

F260

1925

გამოცემის წელი მეორე.



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 2

თ ე ბ ე რ ვ ა ლ ი

1925



ტფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიუმის გამოცემა

ტ ფ ი ლ ი ს ი

გრძელდება ხელის მოწერა 1925 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

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

ჟურნალში შექმნილი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრი-
ვი მედიცინა, მიმოხილვები, კოკონსპონდენციები, კაფე-
რატები, 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.

გამთვინა გასასყიდად

პროფ. ალ. ალადაშვილის

ახალი წიგნი

„კლინიკური რეცეპტები“.

სტუდენტთა და ექიმთათვის

ქურნალ „თანამედროვე მედიცინის“ გამოცემა.

ფასი 1 მ. 30 კ.

გამოცემის წელი. მეორე.

61(05)
თ-20



თანამედროვე



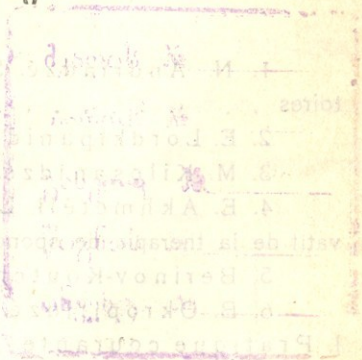
მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 2

თ ე ბ ე რ ვ ა ლ ი

1925



ცაილისის უნივერსიტეტის უმცრტას მკარწავლელთა ჯალუგიუბის ცამოცემა

ტ ფ ი ლ ი ს ი

თანამედროვე მედიცინა № 2

(შინაარსი)

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

1. ნ. ანდრიადე, სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმეტები	83
2. ი. ლორთქიფანიძე, ღვიძლის უხინოკოკის კახუსტიკისათვის	97
3. მ. კილოსანიძე, ქოლერული ტუაერკულოზი ბავშვის ასაკში	107
4. ი. ახმეტელი, Albée-ს ოპერაცია, როგორც ტუბერკულოზური სპონდილიტის წამლობის კონსერვატიული წესი	121
5. ს. ბერინოვი-კუჭაიძისა, ორსულობის შემთხვევა ორმაგ სა- შვილოსნოში	128
II. საზოგადოებრივი მედიცინა:	
6. ბ. ოქროპირიძე, ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ საქართველოში	136
III. პრაქტიკული თერაპია	144
IV. რეფერატები	151
V. კორესპონდენციები	157
VI. ქრონიკა	159

Thanamedrové medicina № 2.

(Médecine contemporaine).

Sommaire.

1. N. Andriadzé. Sur les tumeurs malignes des organes respira- toires	pp. 87
2. E. Lordkipanidzé. Sur le kyste hydatique du foie	97
3. M. Kilosanidzé. Tuberculose chirurgicale dans l'enfance	107
4. E. Akhmétéli. L'opération d' Albée, comme le moyen conser- vatif de la therapie de spondilite tuberculeuse	121
5. Berinov-Koutchaïdze Gravidité dans l'uterus bicornée	128
6. B. Okropiridzé. La lutte antipaludeene en Géorgie	136
I. Pratique courante.	144
II. Revues	151
III. Correspondances	157
IV. Chronique	159

ჟურნალის რედაქცია: ზ. მაისურაძე, მ. მგალობლიშვილი, შ. მიქელაძე,
პ. ჯავთარაძე და ნ. უიფშიძე.

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

მთავლიტი № 210.

შუკ. № 3959/635.

ტირაჟი 600.

I

თეორიული და კლინიკური გედიცინა.

6. ანდრიასე.

კერძო პათოლოგიის და თერაპიის კათედრის ასისტენტი.

სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი სოკოვანი ცვლილებები*).

(ტფილისის უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. სპ. ვირსალაძე).

ჩემი შემთხვევების რიცხვი უდრის ორს. ამათში იყო:

ფილტვის პირველადი კირჩხიბი	4	შემთხვევა
ფილტვის პირველადი სარკომა	3	”
და პლევრის პირველადი სარკომა	1	”

ყველა ამ შემთხვევებში დიაგნოზი დადასტურებულია პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთით.

1. ალაბეკ პ—ი. მოთავსებულია მიხეილის სახელობის საავადმყოფოში 17/II—1905 წ. გადაცვილია 8/III.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Carcinoma pulm. Sinistra lobi Super. et. carcinoma Secund. gland. bronchial. et. vertehr. II lumb.

2. გრიგოლ ს—ი. 52 წ. დაწოლილა საავადმყოფოში 8/XI—1924 წ. გადაცვილია 5/II—1905 წ.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Carcinoma pulm. Sinis. et cavernae in. lobi infer.

3. ნადეჟდა ა—ი 35 წ. დაწოლილა საავადმყოფოში 7/I—1911 წ. გადაცვილია იმავე დღეს.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Carcinoma pulm. et Sec. in. hepat.

4. ხანა მ—ა 35 წ. დაწოლილა საავადმყოფოში 10/XI—1914 წ. გადაცვილია 14/XII.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Carcinoma pulm. dext.

5. გურჯ ნ—ი. 19 წ. დაწოლილა საავადმყოფოში 11/VIII—1912 წ. გადაცვილია დილით მეორე დღეს.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Sarcoma gland. bronch. et. pleuritis Sarcoma dext.

6. პავლე ი—ი 46 წ. დაწოლილა საავადმყოფოში 18/XI—1905 წ. გადაცვილია ორი დღის შემდეგ.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Sarcoma pulm. et. mediast. Sin.

დანარჩენ ორ ისტორიას, საჭიროდ ვსთვლი, უფრო დაწვრილებით გაგაცნოთ:

7. ავადმყოფი შ—სკი, პოლანელი, 54 წ., ცოლშვილიანი, შემოვიდა შინაგან სნეულებათა

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს მაისში 1924 წ.

თანამედროვე მედიცინა № 2—1925.

F1540

ჰოსპიტალურ კლინიკაში 12|IX—1923 წ. უჩივის სისუსტეს, ხველებას და ქოშინს. ავად გრძნობს თავს 5 თვეა.

დაბადებულია და რვა წლამდის აღზრდილა პოლონეთში, ლუბლინსკის გუბერნიაში. ცხოვრების პირობები მეტად ცუდი ჰქონია. სიღარიბე სულ კვალდაკვალ სდევდა. 21 წლისა ყოფილა გაწვეული ჯარში და დანიშნული ტფილისში მდგომ ერთ-ერთ პოლკში. სამსახურის დასრულების შემდეგ აქვე დაბინავებულია და დაცოლშვილებულა. წარსულში ავადმყოფობას არ აღნიშნავს. თამბაქოს წვევა დაუწყია 20 წლისას. ალკოჰოლს ეტანებოდა 22 წლიდან და დაახლოვებით თვეში ერთხელ თვრებოდა. ვენერიულ სენიდან აღნიშნავს სუსუნტას.

აწინდელ ავადმყოფობით არის ავად აპრილიდან. ავადმყოფობა დაწყებია ხველებით და ქოშინით და სახისა და კედა კიდურების შეშუპებით, რომელსაც მცირე წამლობის შემდეგ მალე გაუფლია. მომჯობინებისთანავე, როგორც უმუშევარი, გაგზავნილი ყოფილა იენისში ყარაიაში, მინდერებზე სამუშაოდ, მაგრამ აგვისტოში ავადმყოფი დაბრუნებულია. მალარიას ყარაყოფს. მისი სიტყვით ავადმყოფობა გამოიხატებოდა სისუსტეში, ხველებასა და ქოშინში. ერთი თვის შემდეგ, ფეხზე უშედეგოთ წამლობისა, ავადმყოფს მოუშართავს კლინიკისათვის.

ავადმყოფი მალაღია, სწორი აგებულობის, ძვლების სისტემა ნორმალურად აქვს განვითარებული, კანქვეშა ცხიმი კი სუსტად. კანისა და ლორწოვანი გარსთა ფერი მკრთალი, ანემიურია. გულმკერდზე მკაფიოდ აქვს გამოხატული ვენოზური ბადე. ილღის ლიმფატური ჯირკვლები ოდნავ აქვს გადიდებული. სისხლის პერიფერიული მილენი შემავრებული აქვს, განსაკუთრებით art. temp. პულსი რითმიული, საშუალოდ სავსე 84—86 წუთში. გულის საძვგერი მე-5 ნეკნთა შუა არეშია მარცხნივ, მეტად სუსტად გამოხატული. გულის აბსოლუტური ყრუ მისი საზღვრები: მარცხნივ—ძუძუს საზზე, მარჯვნივ 1 სანტ. გადაცილებით lin. Ster. Sin., ზედა-მეოთხე ნეკნის ზემო კიდე. ტონები სუფთაა შესამჩნევად მოყრუებული. სუნთქვა 28 წუთში. მარჯვენა ნახევარი მკერდისა სუნთქვის დროს იგვიანებს. Frem. pector. შესუსტებულია. პერკუსია შემდეგ ცვლილებას იძლევა: დაწყებული ლავიწიდან მე-5 ნეკნამდის, როგორც წინ, ისე უკან პერკუტორული ხმა იძლევა აბსოლუტურ ყრუ ხმას. მეხუთე ნეკნის ქვევით ხმა სუფთადგება შედარებით ზედა ნაწილთან, აუსკულტაცია მოყრუების სივრცეზე—იძლევა მეტად სუსტ სუნთქვას. მარცხენა ფილტვის საზღვრები ერთი ნეკნით დაწყულია. ელენთას საზღვარი ნორმა, ღვიძლი დაწყულია და გამოდის ნეკნთა რკალიდან lin. mam.—ორი თითი; axillar. ant.—3 თითი. ღვიძლი მტკივნეულია. სისხლის ანალიზი: წითელი ბურთულები—3.200.000. თეთრი—5.000 შეფარდება 1—640. ლეეკოციტების ფორმულა: ნეიტროფილები 68%, ეოზინოფილები—1%, პატ. ლიმფ.—16%, მონონუკლ.—10% გარდამავალი—5%. შარდის ანალიზი: ფერი—მუქი ყვითელი, რეაქცია—სუსტად მჟავე, სვე. წონა—1018, ცილა.. 0,03%, შაქარი... არა. ნალექში ჩირქის ბურთულები 4-5 თვალის. არეში, პრტყელი ეპიტელიუმი. აქ—იქ გიალინის ბოჭკოების ნაწყვეტები. დიაზორეაქცია—განმეორებით დადებითი.

Cursus morbi: ღირს შესანიშნავია ის გარემოება, რომ მესამე დღეს, ნახველის გასინჯვის დროს, Koch-ის ჩხირები არ აღმოჩნდა, მაგრამ ბევრი ლეეკოციტი იყო და მრავალი სარკომატოზული უჯრედები. ქოშინი და სულის ხუთვა დღით დღე უძლიერდებოდა. დიაზორეაქცია სულ დადებითი იყო. 6/X გადაიცვალა. კლინიკური დიაგნოზი: ვინაიდან ნახვრელში ნაპოვნი იყო სარკომატოზული უჯრედები, ობიექტიურად-სიცრუე, რომელიც იწყებოდა ლავიწიდან და იკავებდა ფილტვის ორ მესამედს, გადიდებული ჯირკვლები ილღიაში და მკაფიოდ გამოხატული ვენოზური ბადე გულმკერდზე, დასმული იყო დიაგნოზი: Sarcoma pulmonis dextrae.

გაკვეთის ოქმი. ამონაწერი (პროფ. ვიხრევი). გულმკერდი: ლავიწხედა ფოსოები მკვეთრად გამოხატულია ორივე მხრივ. საუფლვე ფოსო ამგვარადვე მკაფიოდ აღინიშნება. მარცხენა ნეკნთა შუა არეები შიგნით შეწეულია, მარჯვენა ნეკნთა შუა არეები კი გასწორებულია. გულმკერდის მარჯვენა ნახევარი უფრო მორგავალა, ვიდრე მარცხენა. მუცელი საშუალოდ გაბერილია, ჰიმის რგოლი შეწეულია. კედა კიდურებზე, გარდა მკვეთრი სივამხდრისა, არავითარი პათოლოგიური ცვლილება არ აღინიშნება. შინაგანი გასინჯვა: კანქვეშა ცხიმი სუსტად არის განვითარებული. კუნთები უფერულია, მშრალი. გულის ყაფაზი იყო გაკვეთილი მარჯვნივ და მარცხნივ თანჯრის სახით გვაზე, მკერდის და კედა ექვსი ნეკნის შენახვით. მარჯვენა ფილტი არ იფუშება, შუა ნაწილში მოთეთრო ფერისაა და მისი ზედაპირი წვრილ-ხორკლოვანია, პლევ-

სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი ხორკმეტები.

რა ბრკყვიანაა, შეწებობებიანი გულმკერდთან არ არის. ფილტვის შუა ნაწილში ცალ-ცალკე მო-
 თეთრო კვანძებია. ქვედა წილი ნაწილობრივ ატელექტატურია. მარჯვენა მხარეს შუასაყარი
 ამოვსებულია ზემონაწილის წინაკიდით. მარცხნივ სჩანს ნორმალური კონსტინტენციის ჩაჩუტუ-
 ლი მაცხენა ფილტვი. გულის პერანგი დაკიმულია და გადაწეულია მარცხენა მხარეს დერილის
 ხაზზე 3 სანტიმეტრით, მორგავლო გამობერვით. შუასაყარი გამოწეულია ბორცვით მარცხენა
 მხარეს. გულის პერანგის გაკვეთის დროს ღრუში ნახულია 100,0 გამჭვირვალე სეროზული სით-
 ხე. მარჯვნივ გულის პერანგი შეხნეკილია ბორცვით, რომელიც აწეება მარჯვენა წინაგულს ზე-
 მო და ქვედა ღრუ ვენებთან შეერთების ალაგს ისეთის სიძლიერით, რომ მათი ღერძი ამ ალაგს
 წარმოდგეილია ბლაგვ კუთხედ, რომლის მწვერვლო მიმართულია მარცხნივ. ვარდა ამ დიდი
 ბორცვისა ფუძეზე სჩანს კიდევ რამოდენიმე მცირე ხორკლი, რომელნიც შეხნეკილი-არია გულის
 პერანგში დიდი სისხლის ძარღვების არეებში. გულმკერდის და ქვედა ნეკნების ამოკვეთის შემ-
 დგ ნახულია; ზედა ნაწილი მარცხენა ფილტვისა მიბჯენილია გულის ყაფაზთან, სიგრძით 24 ს.
 მისი წინა ნაწილი ხორკლოვანია, მოთავსებულია მკერდის უკან და 3 ს. ვადადის შუახაზიდან.
 შუა და ქვედა ნაწილები მიწეული არიან უკან ხორკლოვანი და დაგრძელებული ფილტვის ზედა
 ნაწილით.

ფილტვის წინა და ქვედა ნაწილების შეერთების კუთხე ქმნის ხორკლოვან წარზიდვას,
 რომელიც აწეება გულის პერანგს ზედა და ქვედა ღრუ ვენების შეერთების ალაგას. მარჯვენა
 ფილტვის ზედა ნაწილის ზედა პირი წვრილ ხორკლოვანია. ფერი მორუხო თეთრია. კონსტინ-
 ტენცია მკვრივი განაკვეთზე მისი ზედაპირი თანაბრად სწორია, ალაგ-ალაგ გარბილებულია.
 მარჯვენა ბრონხის ზედა ტოტი მთლიანად დახშულია შეზრდილ სიმსივნით და დაშლის მდგო-
 მარეობაშია. ფილტვის არტერიის ტოტი უშუალოდ შედის სიმსივნეში და ამ უკანასკნელით
 დახშულია სრულ გაუქვლობამდე, ზედა ნაწილის ვენები დაცალიერებულია. შუა ნაწილში არის
 რამოდენიმე მცირე ოდენობის (21-მდე) სიმსივნის თეთრი კვანძები; ქვედა ნაწილი კი ნაწილობ-
 რივ ატელექტატურია, უკან კი შემუშაებულია. მარცხენა ფილტვი ცვლილებას არ წარმოადგენს.
 პერიბრონქული ჯირკვლები ნაწილობრივ გადიდებულია, შეწებოებულია მარჯვენა ბრონხთან
 და სიმსივნით შეცვლილია. განაკვეთის ზედა პირი სადაა და მკვრივი. მარცხენა ბრონხის ჯირ-
 კვლები პიგმენტანია. გული მარცხნივ არის გადაწეული. მარჯვენა კიდე თითქმის მკერდის
 მარცხენა კიდესთანაა. ფილტვის ამონაუხევის მიკროსკოპიულ გამოკვლევით ნახულია სარკომა-
 ტოზული ელემენტები.

Epicrisis: Cachexia universalis et anaemia univ. Tumor primar. pulmonis dextra
 (Sarcoma) lobi Superioris et lobi medii. Atelectasis et oedema lobi infer. et partis lo-
 bi medii. Degeneratio mucosa Stratii adiposis cordis. Cirrhosis hepatis. Induratio lienis.

პისტოლოგიურად გამოსაკვლვეი პრეპარატები ჯერ დამაგრებელი იყვნენ 2¹/₂% ფორმა-
 ლინის ხსნარში, შემდეგ ჩვეულებრივი წესით გარეცხვით და ფორმალინის ნეიტრალიზაციით
 დამუშავებული იყვნენ სპირტში ამაველ სიმაგრით, პარაფინით ჩასხმული და დაჭრილი მიკრო-
 ტომით. ნაკვთები შეღებილია პიკროკარმინით. ნაკვთები ამოღებულია მეტასტაზიდან, ვინაიდან
 თვით მასა სიმსივნისა უმეტეს ნაწილში დაშლილია. მიკროსკოპის ქვეშ მოსჩანს მცირე უჯრე-
 დოვანი სარკომა.

8. ელადიმერ ა—ლი, 24 წ. ქართველი, მცხოვრები სოფელ ამაღლებისა, მიწის მუშა. და-
 წვა რესპუბლიკის მთავარ საავადმყოფოში 2/1—1924 წ. უჩივს ტკივილებს მარცხენა გვერდში,
 ხველებას და ქოშინს. ნახველი ლორწოვანი აქვს და ძლიერ ძნელად ამოსდის. ნახველში სისხლი
 არასოდეს არ შეუმჩნევია. თავს ავად გრძნობს 7 თვეა. ავადმყოფობა თანდათან განუფიარდა,
 სახელდობრ ტკივილები მარცხენა გვერდში და ქოშინი, და ეს ორი უკანასკნელი თვე ავადმყო-
 ფი მარცხენა გვერდზე წოლის ველარ ანერხებს. სამი თვის წინეთ ავადმყოფი წოლილია ბათუ-
 მის ქალაქის საავადმყოფოში, სადაც, მისი სიტყვით, მისთვის 4-ჯერ გაუქვთებიათ საცადი პუნ-
 ქცია—ოთხჯერვე უშედეგოთ. წოლილია აგრეთვე ქუთაისის ქალაქის საავადმყოფოში—იქაც
 ექვსჯერ ქონია გაკეთებული საცადი პუნქცია და ექვსჯერვე უშედეგოთ. ერთი თვის შემდეგ გა-
 მომგზავრებულია ტფილისში, სადაც ჩამოსვლისთანავე მოთავსებულია ჩვენს საავადმყოფოში. Ex.
 Objectivum. საშუალო ტანისაა, სწორი აგებულობის. კან ქვეშა ცხიმი კარგად აქვს განვითა-
 რებული. გმჩნევა ციანოტიური შეღებვა ტუჩების ლორწოვანი გარსისა, სილურჯე ცხვირის ბო-

ლოსა და ყურების ბიბილოსი. ლიმფური ჯირკვლები ორთავ ილიისა გადიდებული აქვს. გულ-მკერდის მარცხენა ნახევარი მკაფიოთ გამოწვეულია. ამეგ მკერდის მარცხენა ნახევარზე თვალსაჩინოდ განვითარებულია ვენოზური ბადე, რომელსაც უერთდება ქვევიდან ამომავალი ფანქრის სისქის ოდენობის ვენა. სუნთქვა ხშირია 32-34 წუთში. გულის პერკუსია შემდეგ შესანიშნავ ცვლილებებს იძლევა: როგორც ზედა, ისე მარცხენა საზღვრის აღმოჩენა არ ხერხდება, ვინაიდან უერთდებიან ფილტვის სიყრუეს, მხოლოდ აბსოლუტური სიყრუე მარჯვენა გულისა ძვეს ხაზზე—*lin. mam. dext.* მარცხენა ფილტვის პერკუსია იძლევა, დაწყებული ლავიწიდან, აბსოლუტური ყრუ ხმას, რომელიც უერთდება ელენთის სიყრუეს. ელენთა გადიდებულია და მკვრივია. მარჯვენა ფილტვის საზღვრები დაწვეულია ერთ ნეკნზე. აუსკულტაციის დროს მოყრუების ხმის არეზე სუნთქვა არსად არ ისმის, გარდა მწვერვალის, ისიც მეტად სუსტი.

Vasserman-ის რეაქცია უარყოფითია. სისხლის ანალიზი: წითელი ბურთულები 4.500.000. თეთრი—6.800, ჰემოგლობინი Fleisch-Miescher-ის აპარატით—75% ლეიკოციტების ფორმულა: ნეიტროფილები-40%, პატარა ლიმფოციტები—25%, მონონუკლარი—20%, გარდამავალი—14%. ეოზინოფილი 1%. შარდში ცვლილება არ არის. დიაზოორეაქცია—უარყოფითია.

ავადმყოფი გადაიცვალა მეორე დღეს, საღამოს 6 საათზე. კლინიკური დიაგნოზი: ვინაიდან ავადმყოფი ახალგაზდა იყო, გულმკერდზე ვენოზური ბადე ძლიერ ქონდა განვითარებული, ორთავე ილიაში ისინჯებოდნენ გადიდებული ჯირკვლები, პერკუტორული ხმა კედლისებურ სიყრუეს იძლეოდა და ადგილი ქონდა დიდად გადაწვეას გულისას, დასმული იყო დიაგნოზი: *Neoplasma pulm.* ფრჩხილებში *Sarcoma.*

გაკვეთის ოქმი. ამონაწერი. (პროფ. ვისრევი). გულმკერდის მარცხენა ნახევარი შედარებით მარჯვენასთან მკვეთრად გამოდრეკილია. განსაკუთრებით ქვედა ნაწილში. მარცხენა ფილტვი საკმარისად ფაშალი შეწებებებით შეერთებულია მთელ პერიფერიაზე გულის ყაფაზთან. პლევრის ღრუ არსად არ არის. ფილტვის სიმაღლე უდრის 27 ს. დანაწილება არ ემჩნევა. ფილტვის მწვერვალ, თავის შიგნითა კიდით გადადის შუახაზზე—მოაირდაპირე მხარეზე, დაახლოვებით 2 $\frac{1}{2}$ -ს. გულის პერანგი შიგნიდან გამოწვეულია რამოდენიმე ბორცვით, რომლიდანაც ერთი მიმართულია წინიდან უკან. ამის ქვეშ გულის პერანგი, რომელიც ამ ადგილიდან მიდის თითქმის თავის ნორმალურ ადგილამდე, შეწებებულია მარცხნივ შუახაზიდან. გული დაწვეულია. მარჯვნივ მისი მარჯვენა კიდე აღწევს დერდლის ხაზს. მწვერვალო-გულმკერდის შუა ხაზზე. სისხლის ძარღვების ფუძეები, სახელდობრ *art. pulm.* გადაწვეულია სიმსივნით 3 $\frac{1}{2}$ -ს. მარჯვნივ, მარჯვენა ფილტვი თითქმის თავისუფალია გულის ყაფაზში, მხოლოდ მისი მწვერვალო შეწებებულია ზედა ნეკნების საზღვრებში. მარცხნივ დაიფარგმას გუმბათი არ არის, დაიფარგმა ჩაზნექილია მუცლის ღრუში. ღვიძლი ირიბად ძვეს. მისი მარჯვენა ნაწილი ნეკნების კიდეს ცილდება. როგორც მარცხენა, ისე მარჯვენა ნაწილის კიდე სდგას ჰიპის დონეზე. ელენთა თავის ზედაპირით ეხება მუცლის ღრუში ჩაზნექილ დაიფარგმას ნეკნების რკალის ხაზზე. საყლაპავი მილის გამოსვლის ალაგი გადაწვეულია მარჯვნივ სხეულის შუა ხაზიდან—7 ს. ეს ადგილი თითქმის ერთ დონეზეა გულის მარჯვენა კიდესთან. მარცხენა ფილტვის ამოღებისას აღმოჩნდა, რომ ნეკნთა შუა არეებში, დაწყებული მე-7 ნეკნიდან სიმსივნის მეტასტაზებია. ამ სიმსივნით სრულიად გადაგვარებულია კუნთები. მეტასტაზები აღწევს უკან ილიის ხაზს. მარჯვენა ფილტვის ფესვი თავისუფალია სიმსივნისაგან. ლიმფური ჯირკვლები არაა გადიდებული, მაგრამ მეტად პიკმენტანია. ბრონხები და სისხლის მილები სიმსივნის გარეშეა. გაკვეთამ ბრონხების და სისხლის მილების მიმართულების ფილტვის სისქეში აღმოაჩინა, რომ ფილტვის ქსოვილი ზემო, შუა და ქვედა ნაწილებში მთელ სიგრძეზე ჩაფუშულია, ატლექტატურია *ad maximum* და შემოზღუდულია სიმსივნით, რომელიც სრულიად ფარავს მას და ორგანოც მის შუა ჩაწოლილი. ნაწილთა შუა არეებში სიმსივნე ჩასოვილია მთელ პლევრის სივრცეზე. ფილტვის ქსოვილი ადვილად გამოიყოფება სიმსივნისაგან, რადგანაც ამ უკანასკნელთან ფილტვი შეკავშირებულია ფაშალი შემეგრებელი ქსოვილით. გულის ზომები მომატებულია. მარცხენა პარკუჭის კიდე გასქელებულია. *Epicrisis. Sarcoma pleurae pulm. Sin. primaria. Hypertrophia cordis. Dislocatio cordis. Mal. chron. Induratio lienis.*

ნაკვეთები ამოღებულია სიმსივნის სისქიდან, გამკვრივებულია 2 $\frac{1}{2}$ % ფორმალინის ხსნარში გარეხვის შემდეგ ჩვეულებრივი წესით გატარებული სხვადასხვა სიმაგრის სპირტში და მიკრო-

ტომით დაჭრილი. ნაკეთები შეღებილია ჰემოტოქსილინ-ვოზინით. ჰისტოლოგიური სურათი წარმოადგენს მსხვილ უჯრედოვან სარკომას. შემეორთეხელი ქსოვილი პლეგრისა გასქელებულია და გამსჭვალულია სარკომატოზული უჯრედებით. ალაგ-ალაგ მოსჩანს სისხლის ჩაქცევა.

სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმეტები, როგორც კირჩხიბი, ისე სარკომა, ისე იშვიათად გვხვდება ცხოვრებაში, რომ მათ დღევანდლამდის არა აქვთ დათმობილი შესაფერი ადგილი როგორც შინაგან სნეულებათა, ისე პათოლოგიური ანატომიის სახელმძღვანელოებში. განსაკუთრებით ეს შეეხება ფილტვების პირველად სარკომას, რომელიც—მართლაც, იმდენად იშვიათი სენია, რომ ზოგიერთი ავტორი (Grangin) სრულიად უარყოფს ფილტვის პირველადი სარკომების არსებობას. ამ შეხედულების გავრცელებას ხელს უწყობდა ის გარემოება რომ სასუნთქი ორგანოების ყველა ავთვისებიან ხორცმეტს ავტორები უწოდებდნენ „კირჩხიბს“ და კირჩხიბსა და სარკომებს ვერ არჩევდნენ. Hoffman-მა 1893 წ. წინადადება შემოიტანა სასუნთქი ორგანოების ყველა ავთვისებიანი ხორცმეტებისათვის დაეტოვებიათ კირჩხიბის სახელი, მიუხედავად მორფოლოგიური თვისებებისა და ჰისტოგენეზისა. მაგრამ მიკროსკოპიული ტექნიკის განვითარებამ და მასთან ფაქტიური მასალის დაგროვებამ იძულებული გახადა მკვლევარები დაეთმოთ ფილტვების პირველადი სარკომებისათვის შესაფერი ადგილი ფილტვების სხვა სნეულებათა შორის. და თუ, როგორც ზევით მოვიხსენიეთ, სასუნთქი ორგანოების, ავთვისებიანი ხორცმეტები სახელმძღვანელოებში ჯერ კიდევ არ არის გამოყოფილი ცალკე თავად, ეს მხოლოდ, ჩემის აზრით, დროებითი მრგვლიანია.

სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმეტების ისტორია იწყება სხვადასხვა დროს: კირჩხიბის 1810 წ., სარკომების კი უფრო გვიან, სახელდობრ 1856 წ. პირველი სწორი ცნობები ფილტვების პირველადი კირჩხიბის შესახებ მოგვცა Bayl-მა, რომელმაც 900 შემთხვევაზე ფილტვების ტუბერკულოზისა იპოვა 3 შემთხვევა, რომელსაც მან უწოდა სახელად „Phtisis cancerose“ Laennec-მა შესცვალა სახელწოდება Bayl-ისა და აწერა თავის შემთხვევა. ამის შემდეგ იწყება აწერა ფილტვების პირველადი კირჩხიბის თითქმის ყველა ქვეყნებში. ასე Hasse-მ აწერა 1841 წ. მეორეი ფილტვების ხორცმეტები, მანვე პირველად დაჰყო კირჩხიბები პირველად და მეორადზე. იმავე 1841 წ. Klefens-მა თავის დისერტაციაში „De cancro pulmonum“ შეაჯროვა 27 შემთხვევა ფილტვების პირველადი კირჩხიბის. არ ჩამორჩენ ამ სნეულების აწერაში არც ინგლისელი ავტორები, როგორც მაგალითად Stokes-ი და Valsche. მაგრამ ყველაზედ მეტი იმუშავეს გერმანელმა ავტორებმა, განსაკუთრებით Köhler-მა, რომელმაც თავის დისერტაციაში „De pulmonum carcinomate“—1847 წ. და მონოგრაფიაში „Krebs und schein-krebs Krankheiten“ 1853 წ.—სისტემატიურად აწერა ამ სნეულების ეტიოლოგია, პათოგენეზი, პათოლოგიური ანატომია და სიმპტომატოლოგია, მოიყვანა თავისი ორი შემთხვევა და 75 ლიტერატურიდან შეგროვილი. საერთოდ 1903 წლამდის საზღვარ გარეთელ ლიტერატურაში გამოქვეყნებულია დაახლოებით 200 შემთხვევა. რუსული ლიტერატურა ამ შემთხვევაში ღარიბია. 1903 წლამდე Шор-მა შეაგროვა ფილტვის პირველადი კირჩხიბის 16 შემთხვევა და გაარჩია ჰისტოლოგიურად.

უფრო მოკლე და მცირერიცხოვანია ფილტვების პირველადი სარკომების ისტორია. მხოლოდ 1856 წ. დაიწყო სისტემატური შესწავლა მათი, როგორც მეტად იშვიათ სენისა. ამ წელს Poisson-მა და Robin-მა გამოაქვეყნეს თავისი პირველი შემთხვევა ფილტვების პირველადი სარკომისა. Lubin-მა 1909 წლამდის შეკრიბა 31 შემთხვევა. მაგრამ, როგორც გვაჩვენებს ლიტერატურული მიმოხილვა, გამოქვეყნებული დამტრენკო-ს მიერ, Lubin-ის სია საცხე არ ყოფილა, ეინაიდან მასში არ არის შეტანილი შემთხვევები მთელ რიგ ავტორებისა. (Mirinescu, West, Dumarest, Pollak, Davis, Steel და სხვ.) თუ ამას მივუმატებთ Воскресенский-ს შემთხვევებს, აგრეთვე გამოტოვებულ ზემო ჩამოთვლილი ავტორების მიერ შემთხვევებს Webber-ისა, Львов-ისა, Lehdorff-ისა და ბოლოს აწერილ Menetrier-ს მიერ 10 შემთხვევას, მაშინ მივიღებთ

აწერილ ფილტვების პირველადი სარკომების რიცხვს—დაახლოებით 58. რუსი ავტორებიდან აღნიშნული უნდა იყვეს ЛЬВОВ-ი, რომელმაც პირველად აწერა ფილტვების პირველადი სარკომა 1899 წ. აგრეთვე Гейслер-ი, Воскресенский, Божовский და Дмитренко. რაც შეეხება პლევრის პირველად კირჩხიბს, პირველად აღწერა იგი 1804 წ. Rengger-მა, რომელსაც გაკვეთის დროს ეპოვა პლევრის ზედაპირზე მრავალი მოთეთრო ფერის და ხორხისებრი-კონსტინტენციის კვანძები. ამის შემდეგ მთელი საუკუნის განმავლობაში სხვადასხვა ავტორების მიერ აწერილია შემთხვევები პლევრის პირველადი კირჩხიბის (Lepine, 1869 წ. Kander, 1880 წ., Pitti 1888 წ., Fossard—1899 წ. და სხვები), ასე რომ მათი რაოდენობა საკმაოდ დიდია. პირველადი სარკომები კი შედარებით ნაკლებად არის აწერილი. მისი პირველი აღწერა გუსტოვის Младшевский-ს 1898 წ, რომლის შემთხვევაში ყოფილიყო მრავალჯერდოვანი სარკომა მარცხენა პლევრისა. 1899 წ. გამოვიდა შრომა Podack-ისა, რომელმაც აღწერა ორი შემთხვევა და მიკროსკოპით გარჩევით მიაჩვენა ისინი პლევრის სარკომებს.

ხორცმეტები ფართოდ არის გავრცელებული, როგორც ადამიანთა, ისე ცხოველებთა შორის. თითქმის ყველა ცხოველებს უჩნდებათ, როგორც კირჩხიბი, ისე სარკომები, მაგალითად: ბაჭიებს, ძაღლებს, ხარებს და გარეულ ცხოველებსაც. ასე, მაგალითად, Murray აღწერს სარკომებს და კირჩხიბს ტურების, დათვების და ლომებისას. ამასთანავე შემჩნეულია, რომ პირველადი სარკომები ფილტვებში ცხოველებს უნივთარდებთ შედარებით ხშირად. რაც შეეხება მოსაზრებას, რომ ავთვისებიანი ხორცმეტები ცივილიზაციის შედეგია, უკუგდებული უნდა იქნეს. Meldorf-ის გამოკვლევით, ავთვისებიანი ხორცმეტი არც ისე იშვიათი სენია გრენლანდიაში. იქ 5,032 სიკვდილიდან—37 შედეგი იყო ავთვისებიანი ხორცმეტისა. ყველაზე უფრო ჩრდილოთ მდებარე ნორვეგიის ქალაქებში, როგორც არის Tromsø-Hamerfeld-ი დიდია სიკვდილიანობის % კირჩხიბის გამო. ჩრდილო ამერიკაში 25 წ. განმავლობაში 1872—97 წ. ყოველ 10,000 მცხოვრებლებზე კვდებოდა კირჩხიბისაგან საშუალოდ 46 თეთრი და 41 შავკანიანი. ერთეული შემთხვევები კირჩხიბისა აწერილია ველურთა შორისაც, მაგ. სუდანში, ავსტრალიაში, ფიჯის კუნძულზე.

რაც შეეხება ფილტვების პირველადი კირჩხიბისა და სარკომის სიხშირეს, Lebert-მა 446 გაკვეთაზე ავთვისებიანი ხორცმეტების გამო, იპოვა მხოლოდ ფილტვის პირველადი კირჩხიბის 6 შემთხვევა. Begin-მა 200 გაკვეთაზე მიიღო მხოლოდ 2 ჯერ ფილტვის კირჩხიბი. Herrich-ს და Popp-ს 1121 გაკვეთაზე შეხვდათ 6 ჯერ ფილტვის პირველადი კირჩხიბი. თვით Reinhard-მა, რომელმაც გადაათვალიერა დრეზდენის ქალაქის საავადმყოფოს ოქმები, შედგენილი Zenker-ის, Fiedler-ის და Birch-Hirschfeld-ის მიერ, მიიღო რომ 8716 გაკვეთაზე სულ ფილტვის 74 კირჩხიბი იყო. ამათ შორის პირველადი იყო 5, რაც შეადგენს 0,057%, უფრო იშვიათია სარკომები. Fuchs-ს, რომელსაც გადუთვალისწინებია მიუნხენის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტის ოქმები 1854—1888 წ. მიუღია 12,307 გაკვეთაზე, ფილტვების პირველადი სარკომების 8 შემთხვევა, რაც შეადგენს ყველა გაკვეთის 0,065%. ფილტვების პირველადი სარკომების შესახებ თითქმის ყველა ავტორი (Hertz, Birch-Hirschfeld, Wirchov, Ziegler, Ribbert, Pollack) ერთი აზრისაა, რომ იგი იშვიათი სენია. იგივე Fuchs-ი, რომელიც ზევით მოვიყვანე, იმავე მიუნხენის პათოლოგ-ანატ. ინსტ. მასალის 12,307 გვანის გაკვეთის მიხედვით დაასკვნის, რომ ფილტვების პირველადი კირჩხიბი გვხვდება 0,065%-ში, პირველადი სარკომები ფილტვის-კი 0,009%-ში. შეფარდებით ეს გამოიხატება

7,2 : 1 ე. ი. კირჩხიბი გვხვდება 7-ჯერ ხშირად. ჩვენი მასალიდან, რომელიც შეიცავს 19,736 ავადმყოფების ისტორიას, განვიღოს რესპ. მთავარი საავადმყოფოს, თერაპიულ განყოფილებაში 1905—1923 წ. სჩანს, რომ სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმეტით შეპყრობილი და გადაცვლილი ყოფილა, რასაც ამტკიცებენ გაკვეთის ოქმები,—9. მათ შორის—5 ფილტვის პირველადი კირჩხიბით. 3—ფილტვის პირველადი სარკომით და 1 პლევრის პირველადი სარკომით. ამგვარად ჩვენს შემთხვევებშიაც ფილტვის პირველადი კირჩხიბი უფრო ხშირია, ვიდრე ფილტვის პირველადი სარკომები.

ასაკის მხრივ ავთვისებიანი ხორცმეტების გავრცელების შესახებ უნდა ითქვას, რომ კირჩხიბი უფრო მე-4 ათეულის ხვედრია. პროფ. Петров-ის ცხრილი გვიჩვენებს, რომ კირჩხიბით დაავადების მრუდე ელვის სისწრაფით იწვევა ორმოცი წლის შემდეგ და აღწევს მწვერვალს 60 წელზე. ამის შემდეგ იმგვარად სისწრაფით ეცემა 80 წლამდის. ამ გვარად ერთხმად მიღებული დებულება, რომ კირჩხიბი ხანშესულ ადამიანთა სნეულებაა, სადაო არ არის. პირიქით, ეს ფაქტი დამტკიცებულია ცხოველებზე დაკვირვებით და განსაკუთრებით ძაღლებზე. ექიმთა უკანასკნელ კონგრესზე ბუდაპეშტში Bashford-მა ამ დებულების დასამტკიცებლად დიდი მასალა წარმოადგინა თავებზე. აღმოჩნდა, რომ თავები ხდებიან ავად კირჩხიბით 18 თვის ხნელების შემდგომ. საინტერესოა ის გარემოება, რომ იმ ეროვნების წარმომადგენელთ, რომელნიც ადრე ბერდებიან, კირჩხიბიც უფრო ადრე უჩნდებათ. ასე, Bentol-ის დაკვირვებით, ინგლისში კირჩხიბით ხდებიან ავად ასაკში 56—65 წლამდე, ტრაიანკორაში კი (სამხრეთ ინდოეთში) 36—46 წლამდის. სარკომებზე სხვა შეხედულებაა. ეს ავთვისებიანი ხორცმეტი უფრო ახალგაზრდათა ხვედრია. ასეთი აზრისა არიან Birch-Hirschfeld-ი, Roth-ი, Greef-ი და სხვები, რომელნიც ამ ხორცმეტისათვის სთვლიან საშუალოდ 41 წლის ასაკს. Божовский-ს მიერ მოყვანილი ცხრილიდან სჩანს, რომ ყველაზე ახალგაზრდა ავადმყოფი ყოფილა 2 $\frac{1}{2}$ წ. და ყველაზე უხნეირესი—80 წლისა. ამ გვარად საშუალო გამოდის 40 წ. ჩემს ოთხ შემთხვევაში ორი იყო ახალგაზრდა, ერთი 19 წ. და მეორე 23 წ. ორი უკანასკნელი—ერთი 46 წ. და მეორე 54 წ. ამ გვარად, ამ ოთხი შემთხვევიდან სჩანს, რომ სარკომა ერთგვარად ხშირია, როგორც ახალგაზრდაში, ისე მოხუცებულობაში, რის გამო შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ ახალგაზრდას არა აქვს ეტიოლოგიური მნიშვნელობა სარკომების წარმოშობაში.

პათოლოგიური ანატომია. ავტორების უმრავლესობა, როგორც მაგალითად Orth-ი, Ziegler-ი, Birch-Hirschfeld-ი, Ribbert-ი, Kaufman-ი და სხვები ფილტვების პირველად კირჩხიბებს შემდეგ ჯგუფებად ყოფენ: 1) კირჩხიბები გამომავალნი დიდ და საშუალო ბრონხების კედლებიდან; 2) კირჩხიბები, გამომავალნი თვით ფილტვის ქსოვილიდან, რომელთაც ეკუთვნიან კირჩხიბები გამომავალნი სულ მცირე ბრონხების კედლებიდან; კირჩხიბები გამომავალნი დიდ და საშუალო ბრონხების კედლების ეპიტელიუმიდან იღებენ კვანძისებურ ფორმებს და სიდიდით ცერცვიდან—ქათმის კვერცხის ოდენობას აღწევენ. კირჩხიბები, გამომავალნი თვით ფილტვის ქსოვილიდან, რომელთაც ავრე-თვე ეკუთვნიან კირჩხიბები გამომავალნი სულ მცირე ბრონხების ეპიტელიუმი-

დან, ვრცელდებიან ინფილტრაციის სახით და იჭერენ ან ფილტვის ერთ ნაწილს ან და მთელ ფილტვს. კირჩხიბის კვანძისებური ფორმები მეტად ძნელი გამოსაცნობია დასაწყისში, მაგრამ ისინი ხშირად იძლევიან მეტასტაზებს, რაც აადვილებს გამოცნობას. უფრო ხშირად მეტასტაზები ასნეულებენ ტრახეის ჯირკვლებს და აქედან რეტროგრადულად, ლიმფური გზით, შეიჭრებიან ხოლმე მეორე ფილტვშიც. უფრო ღირსშესანიშნავია, ვიდრე კვანძისებური ფორმა, ინფილტრაციული ფორმა, რომლის დროს, ფილტვის დიდი ნაწილები ხანდახან კი მთელი ფილტვიც, გამსჭვალულია ნაცრის ფერიდან—მოყვითალო ფერამდის რბილი მასით. კირჩხიბის ეს ფორმა მეტად ხშირად იწვევს ფილტვის ქსოვილის დარბილებას და დაშლას, რომლის შემდეგ ნეკროტიული მასის ამოხვევებით შეიძლება შეიქმნეს ფილტვებში ღრუები. ამიტომაც ამ ფორმის დროს ხშირია პირიდან სისხლის დენა. ეს ფორმა იძლევა მეტასტაზებს მხოლოდ მახლობელ ლიმფურ ჯირკვლებში და ძლიერ იშვიათად დაშორებულ ორგანოებში, წინააღმდეგ კვანძისებური ფორმისა. პირველად კირჩხიბზე უფრო ხშირია ფილტვებში—მეორადი. უმთავრესი გზა მათი ლიმფური სისტემაა. მაგრამ შესაძლოა, თანახმად Pässer-ის, Ernst-ის, Rotman-ის და სხვების აზრისა, მათი გავრცელება ხდება თვით ბრონხის სანათურში. მესამე გზა არის per continuitatem და ამ დროს კირჩხიბი გამსჭვალავს ხოლმე, ყველა მის გზაზე მდებარე ქსოვილებს და ორგანოებს. მეტასტაზების სიხშირე ორგანოებში განისაზღვრება შემდეგი რიცხვებით (Шоп):

ბრონხიალური	25%	შემთხვევების.
პლევრაში	16 "	"
გულის პერანგი }	11 "	"
თირკმელები }		
გულში (გამსჭვალვა)	10 "	"
თირკმლისზედა ჯირკვლებში }	6 "	"
ელენთაში }		
ტვინში }		

ფილტვის სარკომები იწყება, უმეტეს შემთხვევებში ლიმფური ჯირკვლებიდან, ალვეოლარული ქსოვილიდან და ფილტვების შემაერთებელი ქსოვილიდან. კირჩხიბის ჰისტოლოგიური სურათი ყოველთვის 4 ტიპისაა და მასთან მეტად რთული შემთხვევის მიხედვით. სარკომების ჰისტოლოგიური სურათი კი მარტივია და ერთგვარი: ან მცირე მრგვალ-უჯრედოვანი ან და თითისტარისებური.

რაც შეეხება სასუნთქი ორგანოების პირველად ავთვისებიან სარკომების კლინიკურ სურათს, უნდა ითქვას, რომ იგი იმდენად გამოურკვეველია და რთულია, რომ სწორი დიაგნოზის დასმა, დასაწყისში მაინც, თითქმის შეუძლებელი ხდება. Божовский-ის მიერ შეკრებილი ლიტერატურული მიმოხილვიდან სჩანს, რომ 49 შემთხვევიდან, რომელიც ეხებოდა ფილტვის პირველად სარკომებს—15 შემთხვევაში დიაგნოზი სრულიად არ იყო დასმული და 32 შემთხვევაში დიაგნოზი არ გამართლებულა. ასეთი შემთხვევაც ყოფილა, რომ აღნიშნულ დიაგნოზს არავითარი კავშირი არ ქონია ძირითად სნეულებასთან. ამგვარ შემთხვევაში ხშირი დიაგნოზი: Tuberc. pulmon.—9 შემთხვევა; Pleuritis haemor.—13

შემთხვევა. უკანასკნელი—ყველაზე უფრო ხშირად აბნელებს ავადმყოფობის ნამდვილ სურათს. მხოლოდ 17 შემთხვევაში დიაგნოზი დაახლოებით გამართლებულა: აქედან აშკარაა—ავადმყოფობის თავიდანვე სწორად ამოცნობის სიძნელე. ეს სიძნელე ეხება უფრო კირჩხიბს, ვიდრე სარკომებს. ანამნეზს აქაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, როცა ავადმყოფი ახალგაზრდაა; ასაკოვან ხანაში ესეც ჰკარგავს თავის მნიშვნელობას და ამიტომ მოხუცებულობაში დიფერენციალური დიაგნოსტიკა უფრო ძნელია. საყურადღებოა სნეულების ხანგრძლივობა. მიუხედავად თვეობით წამლობისა მდგომარეობა თანდათან რთულდება, ავადმყოფი კარგავს წონაში და სუსტდება. რაც შეეხება კახეკისას, აქ უნდა იქნეს აღნიშნული, რომ კახეკისა ფილტვის კირჩხიბის დროს, შედარებით სხვა ორგანოების კირჩხიბთან, უფრო ნაკლებად არის გამოხატული; ფილტვის სარკომასთან შედარებით კი—თვალსაჩინოდ. სხვადასხვა სუბექტიური ნიშნებიდან უნდა იქნეს გამოცალკევებული შემდეგი: 1) ხველა, ხშირად მშრალი, დასაწყისში მსუბუქი, შემდეგ შეტევითი ხასიათის, როგორც ყოვანა ხველის დროს, რის გამოც ავადმყოფები უძილობით იტანჯებიან. 2) ტკივილები, დრო გამოშვებით მწვავე, და ყოველთვის მჩხვლეტავი ხასიათის—ირადიაციით. ტკივილები მუდმივია და არავითარი კავშირი არა აქვს სუნთქვასთან. 3) ქოშინი—სხვადასხვა ხარისხის, რომელიც თავიდანვე ეწყებათ და ხორცმეტის განვითარებასთან პროპორციონალურად იზრდება. ავადმყოფები ვერ პოულობენ შესაფერ პოზას და დიდად იტანჯებიან. 4) გაძნელება სუნთქვის და იშვიათად ყლაპვისა. 5. I. Schuwalbe აქცევს ყურადღებას აგრეთვე ერთ ნიშანს, რომელიც ქონდათ მის ავადმყოფებს 4 შემთხვევიდან—3 შემთხვევაში. ეს არის Stridor-ი, რომელიც მხოლოდ მაშინ არის გამოხატული, როცა მეტ ხორცი სიკმარისად გაიზრდება და ძვეს მსხვილი სასუნთქავი მილების ახლო. ობიექტიური სიმპტომებიდან აღნიშნული უნდა იქნეს პირველ ადგილზე—მოყრუება და აბსოლუტური სიყრუე პერკუტორული ხმისა. იშვიათად მოყრუების არეზე მოისმის ბრონხიალური სუნთქვა. როცა გვაქვს გამოხატული ხველა, უკანასკნელი ყოველთვის თავდება ლორწოიანი, ჩირქიანი და უფრო ხშირად სისხლნარევი ნახელის ამოტანით. ხანდახან ავადმყოფი ამოახველებს ხოლმე სისხლს, რომელსაც შეუძლია მიაღწიოს საშიშ სიძლიერეს. ჯირკვლები ყოველთვის გადიდებულია. აქვე საჭიროა ხაზის გასმა იმ საყურადღებო ნიშნისა, როგორც არის ვენოზური ბადე, რომელიც გამოხატულია სათანადო მკერდზე. ზოგიერთი ავტორები აქცევენ ყურადღებას პერკუტორული ხმის თვისებას, რომელიც მოგვაგონებს კედლისებურ სიყრუეს. Pleuritis exsud. როგორც კანონი თან სდევს, როგორც ფილტვების, ისე პლევრის კირჩხიბს; სარკომის დროს შეიძლება არ იყოს, როგორც ჩემს შემთხვევაში. პლევრიტის დროს საცდელი პუნქცია ყოველთვის იძლევა სისხლნარევი სითხეს და ძლიერ იშვიათად—სუფთა სეროზულს. საყურადღებოა აგრეთვე, რომ ავტორების ერთი რიგი აღნიშნავს ამ ავადმყოფობის მიმდინარეობას უტემპერატუროთ,—მეორე რიგი კი—დიდი ტემპერატურით. ასე Божовский-ს მიერ მოყვანილი მრუდეებიდან სჩანს, რომ სიცხე 37,4⁰—40⁰ თან სდევდა მისი ავადმყოფების 1/3. Дмитренко-ს მიერ აწერილ ორ შემთხვევაში ფილტვის პირველადი სარკომისა, ორთავე ავადმყოფს დიდი სიცხე ქონდა. იტალიის ექიმთა მე-XIX ყრილობაზე—მილანში 1909 წ.

Lukatello-მ გააკეთა მოხსენება ფილტვების ავთვისებიანი ხორცმეტების 3 შემთხვევის შესახებ, რომლებიც მიმდინარეობდნენ სიცხის აწევით 2⁰—2,5⁰-მდე. Lukatello მიზეზად სიცხისა სთვლის მხოლოდ მეტ ხორცის გაჩენას და განვითარებას აგრეთვე 1906 წელში Bull-ის მიერ აწერილ სხვა და სხვა ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმეტების ოც შემთხვევაში,—14 შემთხვევა სიცხით მიმდინარეობდა. ამ შემთხვევების კრიტიკული განხილვის შემდეგ Bull-ი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ტემპერატურაზე აქვს გავლენა მეტასტაზებს, რადგანაც ყველა სიცხიანი შემთხვევებში, ავადმყოფებს აღმოაჩნდათ მეტასტაზები, უსიცხო შემთხვევებში კი მხოლოდ—არს. Bull-ის აზრით, სიცხე ტოქსიკური ხასიათისაა. წინეთ დიდ მნიშვნელობას აწერდნენ ფილტვების ავთვისებიანი ხორცმეტების დროს ნახველის გასინჯვას. პირველად Stokes-მა შეამჩნია, რომ ნახველი კირჩხობის დროს არის მოწითალო, მუქი მიხაკის ფერის. იგი წარმოსდგება ალბათ ლორწოს სისხლთან მჭიდროდ შერევის გამო, რაც მტკიცდება მიკროსკოპიული გამოკვლევითაც. მაგრამ აქვე გაფრთხილებული უნდა ვიქმნეთ, რომ ამგვარი ნახველი გვხვდება როგორც სარკომების, ისე ტუბერკულოზის დროსაც, რასაც არა ერთხელ შეუყვანია არა ერთი ავტორი შეცდომაში. ამგვარად ნახველის გამოკვლევა მაშინ იძლევა გადამწყვეტს პასუხს, როცა მასში გვხვდება მეტხორცის ელემენტები, მაგრამ მათი გამოცნობა ნახველში დიდ სიძნელეს წარმოადგენს.

ლიტერატურა:

1. Aschoff. Lehrbuch des speziellen pathologische Anatomie 1919. Berlin.
2. Ebstein un'd Schwalbe. Handbuch der praktischen Medizin. 1. Band 1905.
3. H. Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie XIV Band.
4. Ribbert. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. Neunte Auflage 1923.
5. Божовский. Первичная саркома легких. Врачебная газета 1912.
6. Проф. Петров. Учение об опухолях.
7. Дмитренко. По поводу двух случаев первичной саркомы легких распознанных при жизни. Врачебная газета 1912.
8. Kindborg. Theorie und Praxis des inneren Medizin. რუსული თარგმანი 1913 წ.

ი. ლოკალიზაცია.

კლინიკის ასისტენტი.

ღვიძლის ეხინოკოკის კაზუისტიკისათვის.

(ჩიფლისის უნივერსიტეტის ბავშთა სნეულების კლინიკიდან.

განგე—პროფ. ს. გოგიტიძე.)

თუმცა ეხინოკოკის ღვიძლში ლოკალიზაცია იმდენად სპარბობს სხვა ორგანოებში ლოკალიზაციას, რომ თითქმის ყველა შემთხვევების ნახევარზე მეტს შეადგენს (53,3% Aleksinsky-ს სტატისტიკით), მაგრამ ორკამერიათა ეხინოკოკი ღვიძლისა შედარებით იშვიათია (7—17% ღვიძლის ეხინოკოკის, Erlich-ისა და Ve-gas-ის ცნობებით). ამიტომ უადგილოდ არ უნდა ჩაითვალოს ქვემოთ მოყვანილი შემთხვევის გამოკვეყნება, მით უფრო, რომ ის დიაგნოსტიკის მხრითაც წარ-წოდებენ ინტერესს.

გრიჭუა ად—ვი 10 წლის, შემოვიდა კლინიკაში 30/1 1922 წელს მუცლის გადიდების და ტკივილების გამო. ბავშვს მუცლის გადიდება შეამჩნიეს 6 თვის წინეთ. ტკივილები კი ჰქონდა მუცლის დაზღვის დროს, რომლითაც სწამლობდა მას ვილაც სოფლის ექიმი-ქალი. მუცლის სიდიდე მატულობდა მიუხედავად ექიმობისა და ამ გარემოებამ აიძულა მშობლები, რომ ბავშვი კლინიკაში მოეყვანათ.

Anamnesis. დაიბადა ავადმყოფი პირველი ორსულობიდან, თავის დროზე; იკვებებოდა დედის ძუძუთი 1 წლ. 5 თვემდე; იზრდებოდა სრულიად ჯანმრთელ ბავშვად. 3 წლისამ წითელა იხადა. ნახევარი წლის წინად ბავშვს დააწყებინა ციებ-ციხელება, პირველად დღე-გამოშვებით და შემდეგ კი ყოველ დღე—ორი თვის განმავლობაში. ბავშვის დედ-მამა ჯანმრთელია. ოჯახში იყო 5 ბავშვი, იმათგან ერთი მოკვდა წითელასაგან და მეორე კი ყვავილისაგან. ერთი ვაჟი 3 წლის სრულიად ჯანმრთელია; უმცროს ქალზე კი ქვევით გვიჩვენა საუბარი.

Status praes. ბავშვი ნაკლები საზრდობის არის. თვალსაჩინო ლორწოვანი გარსები და კანი ფერმკრთალი აქვს. კანქვეშა ცხიმო ნაკლებად აქვს განვითარებული. ლიმფატიური ჯირკვლები არ აქვს გადიდებული. გულმკერდის წინიდან დათვალეურების დროს ვამჩნევთ, რომ ქვედა apertura გაგანიერებულია და მისი კიდეები არა ჩვეულებრივად გამოწვეულნი არიან გარეთ და ზევით; ამასთან გულმკერდის მარცხენა ნახევარი, მამილარულ და უკანა აკსილარულ ნახევრებს შორის უფრო გამოზნექილია გარეთ. ვიდრე მარჯვენა. უკანიდან შეხედვით აღნიშნავთ, რომ მარცხენა ბეჭის ქვედა კუთხე, შედარებით მარჯვენასთან, უფრო დაშორებულია ხერხემლისაგან.

სისხლის მიმოქცევის ორგანოები: კისერზე ემჩნევა V. jugularis პულსაცია; თვალსაჩინოდ გავრცელებული გულის ძებრა მეორე და მესამე ნეკნთა შუა არეებში მამილარულ და სტერნალურ ხაზებს შორის. პულსი 80 წამში, რიტმიული, საშუალო ვაკუების. პერკუსიით გულის სახედვრები (დიდი მოყრუებისა) შემდეგია: ზედა მეორე ნეკნი, მარცხენა—ძუძუს ხაზი, მარჯვენა—1¹/₂ სტ. მარჯვენა სტერნალურ ხაზს გარეთ. მისწინით ოდნავ მოდუნებული, სუფთა გულის ტონები.

სასუნთქავე ორგანოები: გულმკერდის ნახევართა შორის სუნთქვით მოძრაობაში განსხვავება არ არის. სუნთქვა 22 წამში, რიტმიული, საკმარისი სიღრმის. გულმკერდის პერკუსიის დროს აღინიშნება ნორმალური ფილტვის პერკუტორული ხმის

	მოყრუება		სრული დაყრუება	
	Dext.	Sinist.	Dext.	Sinist.
lin. mamillar. . .	4 ნეკნი		მე 5 ნეკნთა შუა არე	
„ axill. med +	6	5 ნეკნი	მე—8 ნეკნი	„ მე 6 ნ. ქვედა კად
„ scapularis . . .	8 „	6 „	მე—10 „	„ მე 8 ნეკნ.

სუნთქვითი მოძრაობა მარჯვენა ფილტვის ქვედა კიდის თვალსაჩინოდ გამოსახულია, მარცხენა ფილტვის ქვედა კიდის მოძრაობა კი ოდნავად შეზღუდულია. Traube-ს სივრცეზე პერკუტორიული ხმა სრულიად დაყრუებულია. აუსკულტაციის დროს ფილტვებში ისმის ბავშვური სუნთქვის ხმაურობა, რომელიც მარცხენა ფილტვის ქვედა ნაწილებში შედარებით შესუსტებულია.

გულის ყაფახის გარშემოწერილობა:

ძუძუების სიმაღლეზე უდრის—	67 სტ.,	აქედან მარჯვ.	მხარეს ეკუთვ.	32 სტ.,	მარცხ.	35 სტ.
მახვილ. მორჩის დასაწ.	დონ.—68,5 „	„	„	„	33 „	35,5 „
ორი სანტიმეტრი ქვევით	„ —70 „	„	„	„	34 „	36 „

მუცლის გარშემოწერილობა:

მახვილისებრ მორჩსა და ჭიპს შუა დონეზე—69,5 სტ. აქედან მარჯ. ნახევ. უწევს 35,5 მარცხენა 36 სტ. ჭიპზე 63,5 სტ.

მუცლის საერთოდ დათვლიერების დროს, მის ზევითა მარჯვენა ნაწილში ვანჩნევთ ადგილობრივ ამოხნექას, რომელსაც აქვს თალის მოხაზულობა და სიდიდით უდრის მოზრდილ ადამიანის მუშტს. ეს ამოხურთული ადგილი მდებარეობს lin. median-ას და axillar. d. შორის, თავის პერიფერიებით გადადის ღვიძლის უფრო სწორ ზედაპირში ქვეით, ზევით კი იმალება ნეკნთა რკალს უკან. აბურთული ნაწილი მოძრაობს ღვიძლთან ერთად ქვეით და ზევით დიაფრაგმის ექსკურსიის დროს. შენებით ამოხურთული ადგილი უმტკივნელოა, მისი ზედაპირი სწორი არის და კონსისტენცია მკვრივ ელასტიურია. ღვიძლის ქვედა კიდე mamillaris d. ხაზით იწყობება 3 სტ. ჭიპს ზევით, მხოლოდ მარცხენა სტერნალურ ხაზით გამოდის 3 თითის დადებით. (ღვიძლის ზედა საზღვრების შესახებ იხილეთ მარჯვენა ფილტვის პერკუსიის) მარცხნივ მუცელზე, მარცხენა პარასტერნალურსა და მამილარულ ხაზებს შორის არის მანძილი ერთი თითის სიგანისა, რომელიც ამორებს ღვიძლის მარცხენა ნაწილს ელენთასაგან. ელენთა გამოდის ნეკნთა რკალს ქვევით და ის 1½ სანტიმეტრით ვერ აღწევს ჭიპის ჰორიზონტალურ ხაზამდის, ზევით ელენთის მოყრუება ვრცელდება მეზუთე ნეკნამდე (იხილეთ მარცხენა ფილტვის პერკუსიის). ელენთას კონსისტენცია მაგარია, ზედაპირი სწორი და უმტკივნელო.

განავალი ფორმიული, ერთხელ დღე-ღამეში; მიკროსკოპიულად განავალში Oxyuris vermicularis კვერცხები.

შარდის რაოდენობა დღე-ღამეში 1300 კბ. სტ.; შარდი ყვითელი ფერის, მღვრიე, მყავე რეაქციის, ხვედრითი წონა 1022. ცილა, შაქარი, ურობილინი და ნადველის პიკმენტები არ არის; ინდიკანი ნორმას არ აღემატება, დიაზოორეაქცია უარყოფითია. მიკროსკოპიულად მხედველობის არეში 2—3 ლეეკოციტი, დიდძალი ამორფული ურატები. შარდმანი 14 გრამი დღე-ღამის შარდში. სასქესო და საშარდე ორგანოები ცვლილებებს არ წარმოადგენენ.

სისხლი გავსინჯეთ 211 და მივიღეთ შემდეგი:

1. ერითროციტები . . .	4.537.000	ლეეკოციტარ.	a) ნეიტროფ	43,5%.
2. ლეეკოციტები . . .	7.159		b) ლიმფოციტ	38,4%.
3 Hb. (Fleisch-Misch. 8,3 გრ.—55,3% ფორმულა			ვ) ეოზინოფ.	10,5%.
			d) გარღამე. ფორმ.	7,6%.

ღვიძლის ეხინოკოკის კაზუსტიკისათვის.

სისხლი გაუსინჯეთ ხელმეორედ 20 II:

1. ერთოვციტები . . .	+840.000	ლეეკოციტარ. ფორმულა	<table border="0"> <tr> <td>a) ნეეტროფ.</td> <td>. . .</td> <td>40,47%.</td> </tr> <tr> <td>b) ლიმფოც.</td> <td>. . .</td> <td>40,47%.</td> </tr> <tr> <td>c) ეოზინოფ.</td> <td>. . .</td> <td>11,9%.</td> </tr> <tr> <td>d) გარდამავ.</td> <td>ფორმ.</td> <td>7,14%.</td> </tr> </table>	a) ნეეტროფ.	. . .	40,47%.	b) ლიმფოც.	. . .	40,47%.	c) ეოზინოფ.	. . .	11,9%.	d) გარდამავ.	ფორმ.	7,14%.
a) ნეეტროფ.	. . .			40,47%.											
b) ლიმფოც.	. . .			40,47%.											
c) ეოზინოფ.	. . .			11,9%.											
d) გარდამავ.	ფორმ.	7,14%.													
2. ლეეკოციტები . . .	9.321														
3. Hb. (Fleisch. Miscb.)	8,8 გრ.—59%.														

სისხლში ნახულია აგრეთვე plasmod. malar. tertianae; Weinberg-ის რეაქცია ეხინოკოკზე დადებითია.

ვინაიდან შემდეგმა დაკვირვებამ მოგვცა ზოგიერთი ახალი ცნობები, რომელთაც უსათუოდ მნიშვნელობა ჰქონდა დიაგნოსტიკური ამოცანის გადაჭრაში და რთულ სიმპტომატოლოგიის გარკვევაში, ამიტომაც მოგვყავს ავადმყოფობის მიმდინარეობა, მიუხედავად მისი სიმოკლისა.

Cursus morbi: 1/II გარეთ ერთხელ გავიდა; განავალი ნორმალური თვისების. № 37,3—38,2 3/II მუცელში გრძობდა სიმძიმეს და მოდუნებულ ტკივილებს, განსაკუთრებით ამობურთულ ადგილას. ღამით ცუდად ეძინა. № 36,7—39,1.

6/II სისხლში აღმოჩენილი იყო პლაზმოდები tertiana-ს ტიპის; № 36,3—39,3 ბავშს დაწინაურებული ჰქონდა ქინა.

8/II ბავშვს ტკივილები ჰქონდა საღამოთი მუცლის მარცხენა ნაწილში, მაგრამ უფრო მწვავე, ვიდრე პირველად № 36,1—36,9.

10/II ტკივილები საღამოთი ამოხსნილ ადგილას: პალპაციის დროს ტკივილები ამ უკანასკნელიდან გადავიდა ღვიძლის მარცხენა ნაწილს. გარეთ ორჯერ გავიდა საშუალოდ. პულსი კარგი ვეცხების 72 წამში, სუნთქვა 22' № N.

11/II გუშინ საღამოს ტკივილები ჰქონდა ისევ ჩვეულებრივ ადგილას, აგრეთვე მარჯვენა მხარეში და მარცხენა hypochondrium-ში, განსაკუთრებით უფრო შესუნთქვის დროს. ფილტვებში ყველგან პურალური სუნთქვა. გარდა მარცხენა ფილტვის ქვედა ნაწილისა, სადაც ისმის თანე შესუსტებული სუნთქვა.

23/II ტკივილები ისევ გაუმეორდა გუშინ საღამოს, რომელმაც, გასტანა ერთი საათი იმავე თვისებებით და ლოკალიზაციით, როგორც წინადა. საერთოდ მაინც ბავში თავს კარგად გრძობს და თავის ამხანაგებთან თამაშობს ხშირად.

28/II ელენთა დაპატარავდა 2½ სტ., ღვიძლი კი 2 სანტემეტრით.

IV—III გულის ყაფაზის და მუცლის გაზომის დროს აღმოჩნდა გარშემოწერილობა:

ძმუხს სიმაღლეზე	68 სტ.	აქედან მარ. მხარ.	ეკუთ. 32 სტ.,	მარცხენას 36 სტ
მახვილისებრ მორჩის დასაწყისზე.	70 " " " "		33,5 " "	36,5 "
ორი სანტიმეტრით დაბლა .	71,5 " " " "		34 " "	37,5 "
მუც. მახვ. მორჩ. და კიბის შორ.	70,5 " " " "		33,5 " "	37 " "
კიბზე " " " " " "	64 " " " "		— " "	— " "

ზემო აღწერილ შემთხვევაში, ავადმყოფის საერთო დათვლიერების დროს, განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობდა ადგილობრივი მუცლის კედლის ზედა მარჯვენა ნაწილში მყოფი სფეროიული ამოხსნეჭა, რომელიც ამაღლებული იყო ღვიძლის სწორ ზედაპირზე, არ სცილდებოდა ღვიძლის ფარგლებს და მასთან ერთად მოძრაობდა ზევით და ქვევით დიაფრაგმის ექსკურსიის დროს. ეს სფეროიული ადგილი სწორი ზედაპირით მკვრივ ელასტიურ კონსისტენციის იყო და ნათლად განსხვავდებოდა იმ სიმკვრივისაგან, რომელსაც ვლებულობდით ღვიძლის ზედაპირის პალპაციის დროს. მუცლის გარდა, გარეთვე გამოწეული და გაგანიერებული იყო აგრეთვე გულის ყაფაზის ქვედა მარჯვენა ნახევარიც და დიაფრაგმის თალი კი ნორმაზე უფრო ზევით აწეული.

ამრიგად ავადმყოფობის ლოკალიზაცია იყო ღვიძლში, რამაც გამოიწვია ამ უკანასკნელის ძლიერი გადიდება, მხოლოდ იბადებოდა საკითხი, თუ რა სნე-

ულებასთან გვქონდა საქმე? ამის გადასაწყვეტად ჩვენ უნდა ვაგვეტარებია ჩვენს აზროვნებაში მთელი რიგი სნეულებათა, რომელთაც შეეძლოთ გამოეწვიათ ყველა შემოაღნიშნული მოვლენები. ეს ადგილობრივი მუცლის ზრდა შემჩნეული იყო უკვე ექვსი თვის წინედ მშობლებისაგან, დასაწყისი ავადმყოფობის კი ალბათ უფრო შორეულ დროს ეკუთვნოდა.

ავთვისებიანი ხორცმეტები, კერძოდ კირჩხიბიც, ჩვენ გამოვრიცხეთ მათი განსაკუთრებული სიიშვიათის გამო ბავშვის ჰასაკში, ავადმყოფის შედარებით საშუალო საზრდოობის მდგომარეობის შენახვა და ამოზრთულისაგან პალპაციით მიღებული შთაბეჭდილება, როგორც სადა და სფეროვალ სიმსივნეზე, აგრეთვე ეწინააღმდეგებოდა ხორცმეტის და კერძოდ კირჩხიბის შესაძლებლობას. ღვიძლის ჰიპერტროფიული ცირროზი და სიფილისიც ადვილად გამოვრიცხეთ ამ ავადმყოფობისათვის მთელ რიგ დამახასიათებელ სიმპტომების უქონლობის გამო. ჩვენის მოსაზრებით ღვიძლის დაზიანებასაც არ უნდა ჰქონოდა ადგილი, ვინაიდან არ აღინიშნებოდა არც ტკივილი, არც ფლუქტუაცია და არც ჰიპერლეგოციტოზი სისხლში.

ამრიგად, სნეულების ნელი, ქრონიკული მიმდინარეობა, ავადმყოფის საერთო ჯანმრთელობის საშუალო მდგომარეობა, პალპაციით მიღებული შთაბეჭდილება, როგორც სადა, სფეროვალ და მკვრივ ელასტიურ სიმსივნეზე, სისხლის ეოზინოფილია, სპეციფიური Veinberg-ის დადებითი რეაქცია, ყველა ეს ნიშნები მეტად დამახასიათებელი იყო ღვიძლის ეზინოკოკისათვის. „Encore plus que chez l'adulte, სწერს Broca, puisque chez l'enfant l'hydropisie de la vésicule est exceptionnelle au point d'être négligeable, on peut dire que toute tumeur globuleuse de l'hypocondre est un kyste hydatique du foie“.

რაც შეეხება იმას, თუ რა სახის ეზინოკოკთან გვქონდა საქმე, უნდა გვეფიქრა ერთკამერიან ეზინოკოკზე, ვინაიდან ღვიძლის სწორი ზედაპირი მარტო ერთ განცალკევებულ ამალღებით, ფრიად დამახასიათებელია ამ უკანასკნელისათვის. მრავალ კამერიან ეზინოკოკს კი თანა სდევს სიყვითლე, საერთო საზრდოობის ძლიერი დაცემა, ღვიძლის ზედაპირის უსწორმასწორობა, რაც ჩვენ ავადმყოფზე არ შეგვიმჩნევია.

სუბიექტიურ სიმპტომებთან შორის საყურადღებო იყო ტკივილები, რომელნიც საჭმლის მიღებასთან დამოუკიდებლად, დრო გამოშვებით ჰქონდა ხოლმე ავადმყოფს. ხან გრძობდა სიმძიმეს, ან მოდუნებულ ტკივილს, ხან კი ეს ტკივილები უფრო გამწვავდებოდნენ. ტკივილები აღიძრებოდნენ მარჯვენა ჰიპოქონდრიუმში, ან ეპიგასტრიუმში და იქედან ვავრცელდებოდნენ მარცხენა ჰიპოქონდრიუმისაკენ, ხან მარჯვენა მხარში. ასეთი მხარში ტკივილის ვადაცემა აიხსნება ალბათ მარჯვენა phrenicus-ის მონაწილეობით, რომლის ქვედა ნერვიული ბოჭკოები (გამავალი lin. teres hepatis-ში) განგლიოზური უჯრედების ჯგუფების საშუალებით, ვადასცემენ ვალიზიანებას მხარის ნერვებს. ჰიპოქონდრიუმში ტკივილები ალბათ გამოწვეული იყო ღვიძლის ზრდით და მის ვარშემო მყოფ კაპსულის დაჭიმვით, ან პერიტონეუმის აპკის ვალიზიანებით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჩვენი ავადმყოფის გულის ყაფაზის მარცხენა ნახევარი, ძუძუს დონედან დაწყებული, თვალსაჩინოდ გამოზნექილი იყო. გულ-

მკერდის პერიმეტრის მარცხენა ნახევარი 2-3 სტ-მეტრით სჭარბობდა მარჯვენას. პერკუსიით მოყრუება შუა აქსილარულ ხაზით იწყებოდა მეხუთე ნეკნის ზედა კიდედან; Traube-ს სივრცე სრულიად მოყრუებული იყო. მარცხენა ბექის ქვედა კუთხე უფრო დაშორებული იყო ხერხემალს, ვიდრე მარჯვენა. რასაკვირველია, ეს მთელი რიგი ცვლილებათა ძლიერ წააგავდა იმ ცვლილებებს, რომელსაც ექსუდატიურ პლევრიტის დროს ვხვდებით. მაგრამ მიუხედავად ამისა, ჩვენ უარვეყავით პლევრიტის შესაძლებლობა, რადგან მთელი რიგი ნიშნებისა, როგორც ფილტვის ქვედა კიდის მოძრაობის შეზღუდვა სუნთქვის დროს, გულის ყაფაზის მარცხენა ნახევარის კანის შეშუპება, რაც ფრიალ დამახასიათებელ სიმპტომად ითვლება პლევრიტისთვის (პროფ. გოგიტიძე), არ აღვინიშნავს ჩვენს ავადმყოფზე. პლევრიტის წინააღმდეგ ლაპარაკობდა აგრეთვე ის გარემოება, რომ არ იყო გულის საზღვრის მარჯვენა გადაწევა, რასაც დიაფნოსტიურ სიმპტომებთან შორის ერთ უმთავრესთაგანი აღგილი უჭირავს, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა პლევრიტი მარცხენა მხარეზე და სითხის რაოდენობა იწვევს Traube-ს სივრცეს სრულ მოყრუებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენ ნათლად შევამჩნიეთ, რომ მარცხენა მკერდი თანდათანობით იზრდება გარეთკენ, ვინაიდან ფილტვის ქვედა კიდის პერკუსორიული ხმის ცვალებადობა თითქმის სავსებით იყო შენახული, ამიტომ სამართლიანად ვთვლიდით მოსაზრებას, რომ სიმსივნე უსათუოდ დიაფრაგმის ქვევით უნდა ყოფილიყო მოთავსებული. ამრიგად ფილტვის ეხინოკოკის ან რამე ფილტვის სხვაგვარი სიმსივნის არსებობა ჩვენ უკუვაგდეთ.

მაგრამ იბადებოდა საკითხი, თუ რამ გამოიწვია გულის ყაფაზის მარცხენა ნაწილის გარეთკენ გამოზნექა?

ჩვენს ავადმყოფს ჰქონდა ელენთა გაზრდილი თითქმის ჰიპის ჰორიზონტალურ ხაზამდე. ეს იყო მაღარიული ელენთა, რადგან სისხლში აღმოჩნდა მაღარიის პლაზმოდები და დანიშნულმა ქინამ მესამე დღიდანვე შეტევები სრულიად შესწყვიტა; ელენთა მარტო 2¹/₂ სტ. დაპატარავდა ერთი თვის განმავლობაში, ზედა საზღვარი კი უცვლელად დარჩა.

იმ კლინიკური მასალიდან, რომელიც ჩვენს განკარგულებაში იმყოფებოდა ვიცოდით, რომ მაღარიულ ელენთას აქვს მიდრეკილება ქვევითკენ ზრდისა და თუ ზევითკენაც აიწევს, მხოლოდ — განსაზღვრულ ფარგლებში.

ჩვენ ხშირად შეგვხვედრია ელენთა, რომელსაც ეჭირა მუცლის ნახევარი ნაწილი, მაგრამ არასოდეს არ გვინახავს, რომ მისი (ელენთის) ზედა საზღვარი ასცილებოდეს შუა აქსილარულ ხაზით მე-5 ნეკნთა შუა არეს და გამოეზნექოს გულის ყაფაზი გარეთ; რადგანაც ელენთა ზვედიან განიცდის ზედაწოლას ისეთ მძლავრ ორგანოდან, როგორც არის დიაფრაგმა, ამიტომ ის იზრდება ყოველთვის ქვევითკენ, საიდანაც მას არავითარი წინააღმდეგობა არ აქვს.

ყველა სიმპტომების აწონ-დაწონის შემდეგ ვიფიქრეთ ელენთის ეხინოკოკზე; ჩვენის აზრით ეხინოკოკის ლოკალიზაცია უნდა ყოფილიყო ელენთის ზედა ნაწილში; ეს მით უფრო დასაშვებია იყო, რომ მიუხედავად ქინით წამლობისა ელენთა მხოლოდ 2¹/₂ სანტ. დაპატარავდა. ქვევიდან, ზევით კი ისევ ყოფილ ფარგლებში დარჩა. ამრიგად, მაღარიული ინფექციისაგან გამოწვეულ ელენთის

გადიდებას ერთის მხრით და მის ზედა ნაწილში მყოფ ეხინოკოკის ბუშტს მეორეს მხრით, შეედლოთ დიაფრაგმაზე უფრო მეტი წოლა მოეხდინათ ქვევიდან, უფრო მაღლა აეწიათ მისი თალი, ვინემ ეს მარტო წმინდა მალარიულ შემთხვევებში ხდება და მით გავლენა მოეხდინა გულის ყათახზე, მის მარცხენა ნაწილის გარეთ გამოწვეით.

არ დაგვიწყებია ჩვენ არც ღვიძლის მარცხენა ნაწილი, მაგრამ მასხედ ჩვენ არ შეეჩერდით, როგორც ეხინოკოკის ლოკალიზაციაზედ, იმიტომ რომ ღვიძლის მარცხენა ნაწილი არ იყო გადიდებული ქვევით და მარცხნივ (მარცხენა სტერნალურ ხაზით გამოდიოდა მარტო სამი თითის დადებით, მარცხნივ კი ღვიძლის ნაწილი დაშორებული იყო ელენთასაგან ერთი თითის დადებით). რაც შეეხება Traube-ს სივრცეს მიზეზი მის მოყრუებისა ჩვენთვის გამოურკვეველი დარჩა.

ამრიგად ჩვენ მაინც იმ მოსაზრების მიხედვით, რომელიც ზევით მოგვყავს, მივედით ერთად-ერთ უფრო დასაშვებ დასკვნამდე ღვიძლის მარჯვენა ნაწილის და ელენთის ეხინოკოკის შესაძლებლობისა და აღ—ვი 7/III—1922 წელს გადავიყვანეთ ქირურგიულ განყოფილებაში საოპერაციოდ.

11/III ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ გაკვეთილ იქნა მუცლის კედელი 10 სტმ. სიგრძით ირიბად, მარჯვენა ნეკთა რკალს ქვემოთ ორი თითის დადების დაშორებით; შემდეგ გაჭრილი იქმნა თვით ღვიძლი და მის მარჯვენა ნაწილიდან ამოღებული ეხინოკოკის ბუშტი 11 სტ. დიაეტრით. დასტაქარს დასჭირდა კრილოზის გაგანიერება, რომ ელენთა უფრო საფუძვლიანად გაეწინჯა, მაგრამ ელენთაში არაფერი არ აღმოჩნდა. სამაგიეროდ მან ნახა ეხინოკოკის ბუშტი ღვიძლის მარცხენა ნაწილში, რომელიც ღვიძლის შუა გულიდან მის მაღლა ზედაპირისაკენ იზრდებოდა. დასტაქარმა იმ ბუდიდან, საიდანაც პირველად ამოღებული იყო ეხინოკოკის ბუშტი, გაჰკვეთა დანით ღვიძლის ქსოვილი მარცხნისაკენ და იქედან ამოიღო ეხინოკოკის ბუშტი, უფრო დიდი ვიდრე პირველი—14 სტ. დიამეტრით. თვით ღვიძლის მარცხენა ნაწილი აღწევდა ელენთის ზევითა კიდეს, რომელიც გაჭედილი უყო ღვიძლისა და გულის ყათახს შორის. კრილოზაში ტამპონი ჩადევს და შეახვიეს; კრილოზა მორჩა per secundam intentionem და ბაგეში გაეწერა საავადმყოფოდან სრულიად გამომრთელებული 16/V—1922 წელს.

ოპერაციის შემდეგ, მესხეთე დღეზე, სისხლის ანალიზმა მოგვცა შემდეგი:

1. ერითროციტ. 4.780.000.

2. ლეიკოციტ. 8 717.

ლეიკოციტარ. ფორმულა:

- | | |
|---|----------------------|
| { | a) ნეიტროფ.—62,3% |
| | b) ლიმფოც.—28,8% |
| | c) ეოზინოფ.—5,7% |
| | d) გარდამ. ფორ.—3,2% |

ამრიგად ოპერაციის დროს, ეხინოკოკის მეორე ბუშტი აღმოჩნდა არა ელენთაში, არამედ ღვიძლის მარცხენა ნაწილში. ჩვენთვის ეს მოულოდნელი იყო. მართლაც, ჩვენ ვერ წარმოგვედგინა, რომ ეხინოკოკის ბუშტს, მდებარეს ღვიძლის მარცხენა ნაწილში არ გამოეწვია ამ უკანასკნელის გადიდება და ქვევით დაწევა, როგორც დაწეული იყო მისი მარჯვენა ნაწილის ქვედა კიდე. ძნელი დასაშვებია იყო აგრეთვე ის, რომ ღვიძლის მარცხენა ნაწილს გამოეწვიოს Traube-ს სივრცის მოყრუება, რადგან ღვიძლის მარცხენა წილადის კიდე მარცხნივ არ სცილდებოდა მამილლარულ ხაზს. ამრიგად Traube-ს სივრცესაც მივაქციეთ ყურადღება, მაგრამ ვერ ახსენით მისი მოყრუება, მხოლოდ à posteriori დავინახეთ რომ ამ მოყრუებამ ჩვენი ავადმყოფის მსგავს შემთხვევაში, შესაძლებელია უდიდესი სამსახური გაევიწიოს ღვიძლის მარცხენა ნაწილის ეხინოკოკის ერთ-მეორისაგან და ელენთა ეხინოკოკის გარჩევაში. Post factum შეგვეძლო ახსნა იმ მი-

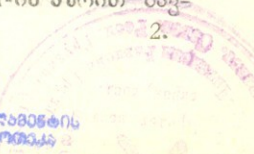
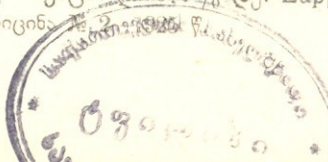
ხევისა, რომელმაც ყალბ გზაზე დააყენა ჩვენი აზროვნება და აქედან დიაგნოზიკ.
ღვიძლი თავის მდებარეობით მუცლის ღრუში წააგავს პირველ გვარის ოწი-
ნარს, რომლის დასაყრდნობ წერტილს წარმოადგენს lig. suspensorium hepatis.
მისი მარჯვენა და მარცხენა ნაწილები შეადგენენ ოწინარის მხრებს. ჯერ კი-
დნეუ ნორმალურად ღვიძლის მარჯვენა ნაწილი, როგორც უფრო დიდი მოკუ-
ლობით და წონით თავისთავად ხელს უწყობს ოწინარის მარჯვენა მხარის ქვე-
ვით დაწევას resp. მარცხენის ზევით აწევას, ე. ი. ოწინარის წონასწორობა თა-
ვრდნ დარღვეულია მარჯვენა მხარის სასარგებლოდ. მარცხენა ნაწილის ქვედა
კიდე რომ ქვევით დაიწიოს, საჭიროა ან სიმსივნის ქვედა პერიფერიის სიახლო-
ვეს განვითარება, და თუ ის ზედა პერიფერიის ახლო იქნება, — ისეთი მოკულობა
და სიმძიმე, რომელიც გადაწონის მარჯვენა ნაწილს. მაგრამ ჩვენს შემთხვევაში
მარჯვენა ნაწილიც თითქმის იმდენად იყო დამატებით დამძიმებული ეხინოკოკის
ბუშტის განვითარებით, რამდენადაც მარცხენა ნაწილი, ასე რომ წონასწორობა
იხვე მარჯვენა მხარის სასარგებლოდ რჩებოდა დარღვეული. მაშასადამე მარცხე-
ნა ნაწილში მდებარე ბუშტი ვერ სწევდა მას ქვევით და ამიტომ მისი ზრდა
ზევით მიმართულ გადიდებას იწვევდა. ბუშტის ზრდასთან ერთად იზრდებოდა
ღვიძლის მარცხენა ნაწილი ელენთისკენაც და თანდათანობით წოლამ ამ უკა-
ნასკნელზე გამოიწვია გულის ყაფაზის მარცხენა ნაწილის გარეთკენ გამოწვევა.
ამრიგად, თუმცა შეეცდით ეხინოკოკის ბუშტის ნამდვილ ლოკალიზაციის გა-
მოცნობაში, მაგრამ ჩვენ რომ ზოგიერთი მოვლენები (მაგ. გულის ყაფაზის გა-
განიერება) მარტო მალარიულ ელენთით აგვეხსნა, მაშინ ეს შეცდომა უფრო დი-
დი და საპასუხისმგებლო იქნებოდა. მაგრამ რადგან ჩვენ დარწმუნებული ვიყა-
ვით, რომ ეხინოკოკი ღვიძლის გარდა იმყოფება კიდევ ელენთაში, ამ გარემოე-
ბამ მიგვაგნებია მის მეორე ბუდე.

დიაფრაგმის მაღლა დგომასთან დაკავშირებული იყო გულის ზედა საზ-
ღვრის აწვევა მეორე ნეკნამდის. გულის საზღვრების ასე მაღლა დგომის და
მსხვილ სისხლის მილების მოხრის გამო (კერძოდ v. cava Superior-ის) ოდნავად
ფერხდებოდა v. jugularis ტოტების გაცალიერება მარჯვენა წინაგულში, მისი
დიასტოლის დროს. უფრო ნათლად მოჩანდა პულსაცია მარჯვენა წინაგულის
შეკუმშვის დროს, როდესაც საზოგადოდ ნორმალურად ხდება დაგუბება და დრო-
ებით შეჩერება სისხლის ნაკადისა, ვენის მილებში; ორივე ეს ფაქტორი — ერთის
მხრით ფიზიოლოგიური, ნორმალური სისხლის დაგუბება და მეორეს მხრით
ოდნავი შეფერხება მილების გაცალიერების მათი უმთავრეს შტოს მოხვრის გა-
მო, გამოწვეული გულის მაღლა დგომით, იყო ალბათ მიზეზი კისრის ვენების
ასეთი პულსაციისა, რადგან მარჯვენა გულის გაფართოებაზე, ან მის მანკზე
ლაპარაკისათვის საფუძველი არ გექონდა.

ოპერაციის შემდეგ, როდესაც ღვიძლი და გული თავის ნორმალურ ფარგ-
ლებში ჩადგენ, პულსაცია კისრის ვენების უკვე გაქრა.

ფრიად საინტერესო იყო ის ცვლილებები, რომელიც ჩვენი ავადმყოფის
სისხლის მორფოლოგიურ შემადგენლობას შეეხებოდა; ჩვენი ავადმყოფის სისხლ-
ში აღმოჩნდა 11,9% ეოზინოფილებისა, ოპერაციის შემდეგ მესუთე დღეს ეო-
ზინოფილების რიცხვი შემცირდა 5,7%-დე. Zappert-ის და Meyer-ის აზრით ბავ-

თანამედროვე მედიცინა



F-1590



შებვის სისხლში ეოზინოფილების რაოდენობა უდრის 5⁰/₆; ამრიგად 5,7⁰/₆. დაბ-
ლოვებით ნორმალურია ჩვენი ავადმყოფისათვისაც. ეოზინოფილის გაქრობა
ეხინოკოკის ბუშტის ამოჭრის შემდეგ იმდენად კანონიერია, რომ თუ ეს არ
მოხდა, მაშინ საფიქრებელია რეციდივი ანუ ეხინოკოკის დარჩენა რომელიმე ორ-
განოში. Schoffard და Boidin-მა აწერეს ეხინოკოკის ერთი მაგალითი, სადაც
ეოზინოფილების რაოდენობა 37⁰/₆ იყო და ოპერაციის შემდეგ 5 საათის განმავ-
ლობაში დაიკლო 1⁰/₆-დე

ეოზინოფილების დანიშნულებას თვით ეხინოკოკის დროს შეადგენს ნეი-
ტრალყოფა და ზიანის აცილება იმ საწაძლავების ვავლენისა, რომელთაც გამო-
იმუშავენს პარაზიტი (Fischer, Fornier, Achard). Veinberg-ის აზრით არსებობს
ნათესაობა ეხინოკოკის ბუშტის სითხისა და ეოზინოფილებისა ერთმანეთთან,
რაც გამოიხატება იმაში, რომ ეოზინოფილები ეხინოკოკის სითხესთან კონტაკ-
ტის დროს ჰკარგავენ თავის ფაგოციტარულ თვისებებს, სითხე კი ჰკარგავს ან-
ტიგენის თვისებას. ამ ეხინოკოკის სითხიდან შეწოვილი საწაძლავების და ორგა-
ნიზმის ცილას შეერთების დროს ჩნდება ისეთი ნივთიერებანი, რომელნიც მო-
ქმედობენ ორგანიზმზე, როგორც გეტეროგენური ცილები. ასეთ გეტეროგენურ
ცილების დაგროვებას, ორგანიზმი უპასუხებს ეოზინოფილების ზედმეტი გამო-
მუშაევით, რომელნიც როგორც ოქსიდაზების მატარებელნი, ლებულობენ მო-
ნაწილეობას ცილოვან ნივთიერებათა დარღვევის პროდუქტების დაქანგვაში და
ზიანის აცილებაში.

ორი თვის წინედ კლინიკაში იყო ჩვენი ავადმყოფის უმცროსი და, რო-
მელსაც აგრეთვე ჰქონდა გაკეთებული ოპერაცია ღვიძლის ეხინოკოკის გამო.

მარუსია ად—ვი S. წლის და 8 თვის. შემოვიდა კლინიკაში 6 დეკემბერს 1921 წელს,
ავად არის 5 თვე. მას შემდეგ, რაც მშობლებმა შეამჩნიეს, რომ ბავშვს მუცელი ეზრდებოდა.

Stat. praes. ავადმყოფი სუსტი ავებულობის; ლორწოვანი გარსები ფერმკრთალი აქვს, კანი
სუფთა. კანქვეშა ცხიმოვანი გარსი ნაკლებად აქვს განვითარებულთ. ჯირკვლები (კისრის, ილ-
ლის, საზარდულების) ოდნავად აქვს ვადიდებული.

პულსი 120. საშვალო გავსების, რიტმული. გულის საზღვრები: ზემოთ მეორე ნეკნი, მარ-
ჯვნივ 1 სტ. სტერნალურ ხაზს გარეთ, მარცხნივ 1,5 სტ. მამილლარულ ხაზს გარეთ. მოსმენით
ოდნავ მოდუნებული ტონები.

გულმკერდის პერკუსიის დროს აღინიშნება ნორმალური ფილტვის პერკუტორიული
ხმის მოყრუება.

Dextr.

Sinist.

Lin. mamill. . . მე 3 ნეკნი

„ axillar. med . მე 5 ნეკნთა შუა არე

„ scapularis . . მე 8 ნეკნი

მე 6 ნეკნთა შუა არე

მე 8 " " "

გარდა ამისა ოდნავ მოყრუებულ ხმას ვლებულობდით ფილტვების ორივე მწვერვალოზე.
მოსმენით ვეზიკულარული სუნთქვა.

გულის ყაფახის გარშემოწერილობა ძუძუების სიმაღლეზე 56 სტ; სამი სანტიმეტრით და-
ბლა 60 სტმ.

მუცელი ვადიდებულია, განსაკუთრებით მის ზედა ნაწილში, რომლის კედელს ეპიგასტ-
რიუმის მიდამოში და ოდნავ უფრო მარჯვნივ ემჩნევა ამოხნეკა. გარდა ამისა მარჯვენა ფლან-
კი და მისი ზემო მდებარე ნაწილი გულმკერდისა დაკიმულია, განსაკუთრებით ამოხნეკილ ნა-
წილში, რომლის კონსისტენცია მკვრივ ელასტიურია. ამოხნეკილი ნაწილი ზევით იმალება ნეკ-
ნთა რკალს უკან, ქვედა პერიფერიებით კი უშუალოდ გადადის ღვიძლის წინა ზედაპირში, რომ-
ლის ქვედა საზღვარი მდებარეობს მამილლარულ ხაზით ორი სანტიმეტრით ჰიპის ქვემოთ-



ღვიძლის ეხინოკოკის კაზუსტიკისათვის.

თვით ამობურთული ადგილის და ღვიძლის ზედაპირიც ყოველგან სწორია და უმტკივნო. მუცლის გარშემოწერილობა მანჯილისებრ მორჩსა და ჰიპს შუა 67 სტ., ჰიპზე 61 სტ. მადა ნაკლები აქვს; გარეთ გადის თხლად 2—3 ჯერ. განავალში გარდა *oxyuris vermicularis* კვერცხებისა, არაფერი პათოლოგიური.

შარდი მუქი ქარვის ფერი. ოდნავ მღვრივ, მტუტე რეაქციის; ხვედრითი წონა 1016; ცილა 2⁰/₁₀₀; შაქარი, ურობილინი და ნალველის პიგმენტები არ არის; ინდიკანი ოდნავ აღემატება ნორმას; ერლიხის დიაზორეაქცია უარყოფითია. მიკროსკოპულად ტრიპელოფოსფატები, ერთეული ლეეკოციტები და საშარდე გზების მტყელი ეპიტელიარული უჯრედები.

16/XII დღე—ლამის შარდის რაოდენობა 700 კ. ს. მუყვე რეაქციის; ხვედრითი წონა 1016, ცილა შარდში 4⁰/₁₀₀.

20/XII. შარდი მუქი ფერის, მუყვე რეაქც., ხვედრითი წ. 1,021. ცილა—12⁰/₁₀₀. მიკროსკოპულად ლეეკოციტები 8—10 მხედველობის არეში, ერთეული ბუშტის ეპიტელი და გიალინოცილინდრები.

23/XII. შარდი მუქ მოყვითლო ფერის, მღვრივ, მუყვე რეაქციის, ხვედრითი წ. 1022. ცილა 20⁰/₁₀₀.

სისხლის ანალიზი გაკეთებული იყო 8/III

1. ერითროციტ	3,325,000	ლეეკოციტ. ფორმულა:	a) ნეიტროფ.	55, 5 ⁰ / ₁₀₀ .
2. ლეეკოციტ	9,375		b) ლიმფოც.	31 ⁰ / ₁₀₀ .
3. Hb.	55 ⁰ / ₁₀₀		c) ეოზინოფილ.	6,5 ⁰ / ₁₀₀ .
			d) გარდამ. ფ.	7 ⁰ / ₁₀₀ .

22/III სისხლის შემადგენლობა ასე შეიცვალა:

1. ერითროც.	3,500,000	ლეეკოციტ. ფორმულა:	a) ნეიტროფ.	53,2 ⁰ / ₁₀₀ .
2. ლეეკოც.	13 427		b) ლიმფოც.	28 ⁰ / ₁₀₀ .
3. Hb.	60 ⁰ / ₁₀₀		c) ეოზინოფილ.	12 ⁰ / ₁₀₀ .
			d) გარდამაფ. ფ.	6,4 ⁰ / ₁₀₀ .

დიაგნოსტიკის მხრით ეს შემთხვევა, როგორც—ღვიძლის ეხინოკოკისა, არ წარმოადგენდა დიდი სიძნელეს. მაგრამ მას ჰქონდა ზოგიერთი თავისებურება შარდის მხრით, რაც სრული ყურადღების ღირსი იყო და თხოულობდა თავის ახსნას.

სისხლის შემადგენლობა მესამე დღეს ოპერაციის შემდეგ ასე შეიცვალა:

1. ერითროციტ.	4,660,000	ლეეკოციტ. ფორმულა:	a) ნეიტროფ.	72,5 ⁰ / ₁₀₀ .
2. ლეეკოც.	10,513		b) ლიმფოც.	18,5 ⁰ / ₁₀₀ .
3. Hb.	69,5 ⁰ / ₁₀₀		გ) ეოზინოფილ.	5 ⁰ / ₁₀₀ .
			d) გარდამაფ. ფ.	4 ⁰ / ₁₀₀ .

ამრიგად ეოზინოფილების რაოდენობა ოპერაციის შემდეგ ამ შემთხვევაშიც ნორმამდე ჩაბოვიდა.

ფრიად საყურადღებო ამ შემთხვევაში ის იყო, რომ ცილას რაოდენობა დღითი-დღე მატულობდა შარდში, მაგრამ გარდა ცოტაოდენ გიალინურ ცილინდრებისა და ლეეკოციტებისა სხვა პათოლოგიური არაფერი იყო ნახული. რა იყო მიზეზი ასეთი ალბუმინურის?

Runeberg-ის და Stokvis-ს აზრით, ყოველივე სისხლის მიმოქცევის შეფერხება თირკმელებში ხელს უწყობს ცილას შარდში გადასვლას. ყოველივე გულის მუშაობის შესუსტება, თირკმელებში სისხლის დაგუბება იწვევს აგრეთვე ცილას შარდში გადასვლას.

ჩვენს ავადმყოფს ჰქონდა დიდი ღვიძლი, რომლის ქვედა კიდე ჰიპს სცილდებოდა. ასეთ მომატებულ ზედაწოლით ადვილად ხდებოდა სისხლის ცირკულიაციის შეფერხება თირკმლის მთავარ სისხლის ძარღვეში და თირკმლის ქსო-

ვილში და ეს იყო ალბათ მიზეზი ალბუმინურიისა, რადგანაც ეს ორგანო (თირკმელი) საზოგადოდ ძლიერ მგრძობიარედ უპასუხებს ყოველგვარ სისხლის დაგუბებას.

თუ ალბუმინურიის გამოსაწვევად საკმარისია ხერხემლის მძივის წელის ნაწილის ლორდოზი (Jehle), რომელიც აგრეთვე იწვევს ცირკულიაციის ცვლილებას თირკმელებში, მაშინ შესაძლებლად მიგვაჩნია, რომ ისეთი მომატებულ ორგანოს ზედაწოლას, როგორც იყო ღვიძლი ჩვენ შემთხვევაში, ადვილად შეეძლო გაგამოეწვია ალბუმინურია. რომ მართლაც აქ ღვიძლის წოლა იყო მიზეზი ასეთ ალბუმინურიისა ეს იქიდან სჩანს, რომ როცა ღვიძლმა დაპატარავება იწყო ოპერაციის შემდეგ, უკვე მესამე დღიდან ცილა შარდში გაჰქრა, რადგან თირკმელში განახლდა ალბათ ნორმალური ცირკულიაცია.

ეს ორი შემთხვევა მით არის კიდევ საინტერესო, რომ ორივე ავადმყოფი იყო ერთი და იმავე ოჯახის წევრი (და—ძმა). ამიტომ უნდა გვეფიქრა სწორედ იმ საერთო პირობებზე, რომელთაც შეეძლოთ გამოეწვიათ და—ძმის ენინოკოკით ინფექცია. ეს ორი შემთხვევა ერთგვარ ნათელს ჰყენს ენინოკოკის ეტიოლოგიურ მომენტებს, რადგან ჩვენის აზრით მიზეზი მათ დაავადებისა იყო ალბათ ძალი, რომელიც ოჯახში ჰყავდათ და მოუქვდათ მათთვის გამოუცნობელ მიზეზებისაგან.

ასეთი მოსაზრება მით უფრო დასაშვებია, რომ არსებობს სრული პროპორცია ძალღების სიმრავლესა და ენინოკოკის ავადმყოფობის სიხშირეს შორის (Peiper). გერმანიის ჩრდილოეთ პროვინციებში (მეკლენბურგი, პომერანია), სადაც ენინოკოკის ავადმყოფობა ძლიერ გავრცელებულია, ქალაქებში 27,8 მცხოვრებზე მოდის ერთი ძალი, სოფლებში კი ერთი ძალი უწევს ყოველ 7,7 მკვიდრს. ბერლინში კი, სადაც ენინოკოკი გაცილებით იშვიათი მოვლენაა, ერთი ძალი მოდის მხოლოდ ყოველ 36,6 მცხოვრებზე.

ზემოხსენებულიდან ადვილი დასაშვებია, რომ ჩვენ შემთხვევაშიც ძალს შეეძლო გადაეცა ენინოკოკის ავადმყოფობა ბავშვებისათვის, მით უფრო, თუ მიღებული იქნებოდა მხედველობაში ის მჭიდრო კონტაქტი, რომელიც ყოველდღე ხდებოდა მათ შორის ვიწრო და არა ჰიგიენურ ბინის პირობებში.

ზემოთ მოყვანილ კაზუისტიკური შემთხვევების მიხედვით შეიძლება შემდეგი დასკვნები გამოვიყვანოთ:

ა) ღვიძლის მარცხენა წილადის ზედა პერიფერიის ახლო შეიძლება განვითარდეს ენინოკოკის დიდი ბუშტი ისე, რომ გამოიწვიოს ამავე წილადის საზღვრის ზევით აწევა; ქვედა საზღვარი შეიძლება უცვლელად დარჩეს.

ბ) ენინოკოკის განვითარების გამო გადიდებულ ღვიძლს, შეუძლია მექანიკურად დაარღვიოს თირკმელში ნორმალური სისხლის ცირკულიაცია და ამ გზით გამოიწვიოს ალბუმინურია და ცილინდრურია.

დასასრულ, ვაღიარებულად ვსთვლი თავს გულითადი მადლობა ვუძღვნა ჩემს მასწავლებელს, პატივცემულ პროფესორ ს. გოგიტიძეს ხელმძღვანელობისათვის.

მ. კილოხანიძე

ქირურგიული განყოფილების უფროსი ასისტენტი.

ქირურგიული ტუბერკულოზი ბავშვის ასაკში*).

(ტფილისის უნივერსიტეტის ბავშვთა სნეულების კლინიკიდან.

გამგე — პროფ. ს. გოგიტიძე).

ქირურგიული ტუბერკულოზი წარმოადგენს იმდენად რთულ და მრავალფეროვან სნეულებას და ამავდროულად იმდენად საინტერესო საკითხს, რომ ძნელად მიმაჩნია სავსებით დაეახასიათო იგი ყოველის მხრივ ერთ მოხსენებაში. ეს საკითხი არა მარტო ჩვენთვის არის საყურადღებო, არამედ ამ საკითხით ამ უკანასკნელ წლებში დაინტერესებულა მთელი დასავლეთი ევროპის მეცნიერნი. რა თქმა უნდა დადგა დრო, როდესაც არც ჩვენ უნდა ვიყოთ გაჩუმებულნი, ჩვენც შეგვიძლიან ამოვილოთ ხმა და ვთქვათ, რომ თუმცა ჩვენ პატარა კაცები ვართ, მაგრამ ამ საკითხს ცოტათი თუ ბევრად ჩვენც ვიცნობთ და შეგვიძლიან ჩვენი აზრიც გამოვთქვათ თუ რას წარმოადგენს ქირურგიული ტუბერკულოზი, რამდენად არის გავრცელებული ჩვენში ეს სენი, რა მიმდინარეობა აქვს მას, რა ხასიათს ღებულობს და როგორი საშუალება გვაქვს ჩვენ ხელთ ამ მიძიმე სენის საწინააღმდეგოდ.

მაგრამ ამ საკითხების გადაწყვეტა ფართო ფარგლებში მე არ შემიძლიან და შეუძლებელია მოახდინოს ერთმა კაცმა. მე მოგახსენებთ მხოლოდ იმას, რაშიაც მე მაქვს უფრო მეტი დაკვირვება და მეტი გამოცდილება. მე მოგახსენებთ მხოლოდ ბავშვთა ტუბერკულოზზე, რისთვისაც ვისარგებლებ ქალაქის პირველ საავადმყოფოს საბავშვო განყოფილების 10 წლის მასალით. მე დარწმუნებული ვარ, რომ ჩემი მოხსენება ყველას ვერ დააკმაყოფილებს, ბევრი მხარე, რასაკვირველია, არ იქნება სავსებით გაშუქებული და უკანასკნელი სიტყვა თქმული, მაგრამ მე ვიმედოვნებ, რომ პატივცემული ყრილობა ამ ნაკლს შეავსებს და თავის კომპეტენტურ აზრსაც გამოსთქვამს. რა თქმა უნდა ქირურგიული ტუბერკულოზი უფრო ნაკლებად არის გავრცელებული ვიდრე ფილტვებისა, მაგრამ ნამდვილად რამდენ პროცენტს შეადგენს საერთოდ ტუბერკულოზით ავადმყოფთა შორის და მით უმეტეს საერთოდ ქირურგიულ ავადმყოფთა შედარებით, მე ვერ გეტყვით. ვერ გეტყვით იმიტომ, რომ ჩვენში ამის შესახებ ჯერ-ჯერობით არავითარი სტატისტიკა არ არსებობს. ჩვენ ვიცით, რომ საფრანგეთში, მაგალითად, ყოველ 2 ათას კაცზე მოდის ერთი ავადმყოფი; გერმანიაში გამოანგარიშებულია დაახლოებით 20 ათას კაცამდე ამ გვარი ავადმყოფებისა. ჩვენთვის ეს რიცხვი, რასაკვირველია, უნდა იყოს გამრავლებული გაცილებით ბევრად სხვა-

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს მისში 1924 წ.

დასხვა მიზეზების გამო, რისგანაც საერთოდ ტუბერკულოზით ავადმყოფნი ჩვენში უფრო მეტიც არის, ამის მიხედვით მეტია აგრეთვე ქირურგიულ ტუბერკულოზით ავადმყოფნი. დაახლოებით ეს პროცენტი განისაზღვრება 20—50% ბავშვთა ჰასაკისათვის. ჩემი გამოანგარიშებით დაახლოებით უდრის 30—35 პროცენტს.

საკითხის გამოსარკვევად ჩვენ უპირველეს ყოვლისა უნდა შევჩერდეთ ტუბერკულოზის იმ ფორმებზე, რომელნიც ეკუთვნის დასტაქრების კომპენეტენციას. ძვალ-სახსართა, სინოვიალური გარსების და პერიფერიული ჯირკვლების დაზიანების გარდა, ქირურგიულ ტუბერკულოზს ეკუთვნის აგრეთვე სხვა ფორმებიც, რომელნიც წინადა მხოლოდ თერაპევტიკის განკარგულებაში იყო. ეს გახლავთ—პლევრიტები და პერიტონიტები, ნაწლავების და ჯორჯალის ჯირკვლების დაზიანება, შარდ-სასქესო ორგანოთა ტუბერკულოზი და სხვა. საჭიროდ ვსცნობ აქვე მოვახსენოთ, რომ ჩვენ 50წ¹) ავადმყოფში ეს ფორმები შემდეგად იყო განაწილებული: პირველი ადგილი ბავშვთა ჰასაკში უჭირავს ლიმფური ჯირკვლების დაზიანებას. იყო 150 ავადმყოფი, ე. ი. ტუბერკულოზთა ავადმყოფების მესამედზე მეტს შეადგენენ. მეორე ადგილი უჭირავს ტუბერკულოზურ პერიტონიტებს—76 შემთხვევა.

მესამე ადგილი უჭირავს ტანის ძვლების მკამელას—74 შემთხვევა.

მეოთხე ადგილი უჭირავს—ხერხემლის ტუბერკულოზს—57 შემთხვევა.

მეხუთე ადგილი უჭირავს—მუხლის სახსრის ტუბერკულოზს—52 შემთხვევა.

მექექსე ადგილი უჭირავს—მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტუბერკულოზს—34 შემთხვევა.

მეშვიდე ადგილი უჭირავს—უნევერსალურ ტუბერკულოზს—19 შემთხვევა.

მერვე ადგილი უჭირავს თავის ქალას და პირისახის ძვლების დაზიანებას—17 შემთხვევა.

მექცხრე ადგილი უჭირავს—ტერფ-წვივის სახსრის დაზიანებას—12 შემთხვევა.

მეათე ადგილი—იდაყვის სახსარს—4 შემთხვევა.

მეთერთმეტე ადგილი—შარდ-სასქესო ორგანოთა და ტუბერკულოზურ წყლულებს—სამ-სამი შემთხვევა.

მეთორმეტე ადგილი—მხარის სახსარს და აბგებს (bursitis tbc.)—ორ-ორი შემთხვევა.

სქესობრივ გაიყოფიან ესე: ქალები 214, ვაჟები 291. ამის მიხედვით ჩვენ შეგვიძლიან ვთქვათ, რომ ძველად თქმული აზრი ვითომდა ქალები უფრო ხშირად ზიანდებოდნენ, არ უნდა იყოს სწორი. ჩვენი ცხრილის მიხედვით ქალები მხოლოდ უნივერსალური ტუბერკულოზით და იდაყვის სახსრის ტუბერკულოზით გადააჭარბებენ ვაჟებს.

ეროვნულად დაყოფვა გვიჩვენებს შემდეგს:

სომხები	242
ქართველები	142
რუსები	66
თათრები	18
სხვა ერები	37

¹) იხილვ ცხრილი.

როგორც ვხედავთ, თითქმის ნახევარს შეადგენენ სომხები, რაც აიხსნება მათი ლტოლვილობით, ანტისანიტარულ მდგომარეობით და სიღარიბით. რაც შეეხება ქართველებს უმეტესი ნაწილი ამ ავადმყოფებისა იყო დასავლეთ საქართველოდან. აქ უნდა იყოს აღნიშნული ჩამომავლობა, გავრცელებული მაღარია, ცუდი კვება და სხვა.

წლოვანების მიხედვით ჩვენი ავადმყოფები შემდეგად ნაწილდება:

0—2 წლამდის	30
2—5 „	91
5—8 „	121
8—10 „	105
10—12 „	158

ამ ცხრილიდან აშკარად სჩანს, რომ დაავადების დიდ პროცენტს იძლევიან მოზრდილი ბავშვები და ნაკლებს მცირე წლოვანი.

რით განსხვავდება ქირურგიული ტუბერკულოზი ფილტვების ტუბერკულოზისაგან? ამაზე შეგვიძლიან მოკლედ ვთქვათ, რომ იგი განსხვავდება თავის ადგილობრივობით, ნაკლები გავლენით მთელ ორგანიზმზე, ნელი მსვლელობით, მაგრამ უფრო მეტად განსაკუთრებული თვისებებით, რომელნიც გამოიხატებიან თავისებურ კლინიკურ ფორმებში და მიმდინარეობაში. გამონაჩენების უკიდურესი სხვადასხვაობა, ატიპიობა, ზოგჯერ პარადოქსალობაც კი, ხშირად გართულებული სხვადასხვა ინფექციით და ავადმყოფობით, დიაგნოზის სიძნელე ავადმყოფობის დასაწყისში მოითხოვს მეტად სერიოზულ მოთხოვნილებებს ექიმისაგან.

შესწავლა, თუ რა გზით ხდება ტუბერკულოზის ინფექციის შეჭრა ორგანიზმში, მისი იმუნო-ბიოლოგიური თვისებებისა და პირობები მისი გავრცელებისა ქსოვილთა და ორგანოთა შორის, აშკარად გვიჩვენებს ჩვენ მის ლოკალიზაციის ნამდვილ მნიშვნელობას და ორგანიზმის საერთო დაავადებასთან დამოკიდებულებას. ჩვენ დავრწმუნდით, რომ ჩვენი ყურადღება უნდა იყოს მიქცეული არა მარტო დაზიანებულ ადგილზე, არამედ უპირველეს ყოვლისა ჩვენ უნდა ვეცადოთ შევქმნათ ისეთი პირობები ორგანიზმისათვის და ისე უნდა შეუწყობთ მას ხელი, რომ მან შესძლოს შეებრძოლოს ინფექციას.

რაც შეეხება ადგილობრივ წამლობას ჩვენ ჯერ კიდევ არა გვაქვს ხელთ ნამდვილი და სანდო საშუალება, არა გვაქვს ჩვენ რადიკალური წამალი ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოდ და ამიტომ გვიხდება მხოლოდ ორგანიზმს დავებნაროთ ამ ბრძოლაში სხვაფორმად.

ამ ადგილობრივ წამლობის გამო ბევრი თქმულა, უფრო ბევრი დაწერილა, ზოგიერთი ცდა და დაკვირვება დასაბუთებულია კიდევ მრავალი ექსპერიმენტებით და კლინიკური მასალით, მაგრამ ამისდა მიუხედავად ამათ არა აქვთ აბსოლუტური გამკურნავი მნიშვნელობა. ამის გარდა მკურნავ ექიმს არას დროს არ შეუძლიან წინასწარ ამოიცნოს ავადმყოფობის მიმდინარეობა და ყოველ შემთხვევაში უნდა ააწონ-დასწონოს მთელი რიგი პირობებისა, სანამ ამოიჩვენდეს ამა თუ იმ გზას წამლობისა. ამასთან ისიც უნდა ითქვას, რომ ხშირად რომელიმე მეთოდის ხმარებაში თუმცა არის შექმნილი ერთი და იგივე ანალოგიური პირობები ერთი და იგივე დასტაქრის მიერ, მაგრამ ბოლოს ანალოგიური

შედევი ზოგჯერ მაინც არ მოჰყვება. დიდ როლს თამაშობს როგორც ზოგადი ისე ადგილობრივი ინდივიდუალური წინააღმდეგობა ტუბერკულოზურ ინფექციის მიმართ და მეორეს მხრივ რეგენერატიული ძალა ორგანიზმისა იმ პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებების შესაცვლელად, რომელნიც იყვნენ გამოწვეული ინფექციით (проф. Есипов).

ამ მხრივ უპირველეს ყოვლისა დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰასაკს. თუ ვადავავლებთ თვალს ლიტერატურას ჩვენ დავინახავთ, რომ მაგალითად, ძვალ-სახსრის ტუბერკულოზის წამლობაში ავტორების მიერ წამოყენებულ მეთოდებში მოყვანილია ჩვენებები, თუ რომელი მეთოდი სჯობს სახმარებლად და არავითარი ყურადღება არა აქვს მიქცეული ჰასაკს. მაგალითად ზოგი მომხრეა სახსრის იმობილიზაციისა გიპსის ხეულით, ზოგი კი ამის წინააღმდეგია და გვირჩევს მხოლოდ გაჭიმვას. Rollier-ის და Bernard-ის მეთოდის მომხრენი ადარებენ რა ამ მეთოდის შედეგებს გიპსით იმობილიზაციას, გვირჩევენ ყველა ავადმყოფს, რომელსაც კი ძვალ-სახსრის ტუბერკულოზი სჭირს, უწამლოთ მხოლოდ ამ მეთოდით. გიპსით წამლობა ამათი აზრით უნდა დავიწყებული იყოს, მით უმეტეს უნდა დავიწყებული იყოს ოპერატიული მეთოდი. რა თქმა უნდა ამათ სრულებით არ გაუწყვეიათ ანგარიში ჰასაკისათვის, თორემ ამგვარ შემცდარ აზრს არ გამოსთქვამდნენ. ჩვენ ბოლოში მოგახსენებთ რა მეთოდს ვხმარობდით ჩვენი ავადმყოფების წამლობაში და როგორი შედეგი მოჰყვა ამა თუ იმ მეთოდს. ესლა კი თუ ჩვენა ვესურს ვიმსჯელოთ იმის შესახებ, რომელი მეთოდი უფრო სასარგებლოა ჰასაკის მიხედვით, ჩვენ შეგვიძლიან ამის დაფასება მხოლოდ მაშინ, როდესაც იქნება შედარებული ერთი და იგივე პირობები სხვადასხვა ჰასაკში. ეს პირობები, პროფესორი ესპოვის სიტყვით, შემდეგია: 1. პროცესის გამოსახულობა და მიმდინარეობა, 2. ერთნაირად მოქმედობს სწეულება ბავშვის და სრულ ჰასაკოვან ადამიანზე, თუ არა, და 3. წამლობის მორალური გავლენა ბავშვზე და დიდზე.

თუ შევადარებთ ყველა ამას, დავინახავთ, რომ ეს პირობები ბავშვის და დიდი კაცის ჰასაკში არ იქნებიან ერთი და იგივე და ბევრში განსხვავდებიან კიდევ.

პათოლოგ-ანატომიური მსვლელობა ტუბერკულოზისა ერთი და იგივე არ არის ანატომიური სტრუქტურის განსხვავების გამო. იგი განსხვავდება: 1. ხარისხით, რომელიც გამოწვეულია დეფორმაციის პროცესით, ზოგჯერ პროცესის ლოკალიზაციით და მისი გავრცელების პირობებით, 2. რეგენერატიული ძალის ხარისხით, და 3. ჩქარი აღდგენით დაკარგული წონასწორობისა.

დიდრონი ძვლების ავადმყოფობის დასაწყისში ტუბერკულოზური ინფექცია ემბოლიურად მდებარეობს სისხლით მდიდარს ეპიფიზის ღრუბლისებრი სუბსტანციაში. ამ პირვანდელ ფოკუსს აქვს გამოსახულობა შემოფარგულ, დარბილებულ ადგილისა. შემდეგში ეს ადგილი ზოგჯერ რჩება ესევე შემოფარგული საღი ღრუბლისებრი ქსოვილით და იწვევს ოსტეოპოროზს, თვითონ კი ნელ-ნელა იზრდება და იკვლევს გზას იქით, საითაც უფრო ნაკლებ წინააღმდეგობას დაინახავს—ან სახსრის ხრტილისაკენ, სახსრის ღრუსკენ, ან ძვლის ეპიფიზალური ნაწილის პერიფერიისაკენ და რბილ ქსოვილებში იჩენს ბუდეს ჩირქისათვის.

სხვა შემთხვევებში პროცესი არ შემოიფარგლება ხოლმე, არამედ მიისწრაფვის წინ, აზიანებს ძვალს დიდ მანძილზე და იწვევს მის ოსტეოპოროზს. ძვლის ღრუბლისებრი ნაწილი მოკლე ხანში გარდაიქმნება და დარბილდება ხოლმე მიუღწეველ თავის სისხლში არამც თუ მხოლოდ ეპითელიურ ნაწილში, არამედ მეტაფიზის და დიაფიზის ნაწილშიაც. ამ გვარ დაზიანებას ჰქვია ინფილტრაციული ფორმა.

ამ ფორმას ვხედავთ ჩვენ როგორც ბავშვის, ისე სრულჰასაკოვან ხანაში მაშინ, როდესაც ეს ავადმყოფები ძლიერ დასუსტებული და დაღეულები არიან. როდესაც ორგანიზმის ქსოვილები მოკლებული არიან უნარს წინააღმდეგნენ ინფექციას.

რაც შეეხება პირველ ტიპს აქაც ბავშვის ჰასაკში ჩვენ ვხედავთ დიდ განსხვავებას.

ბავშვის ეპითიზი წარმოადგენს თავისი ანატომიური შემადგენლობით უფრო რთულ ქსოვილს. ღრუბლისებრი ძვალი და ხრტილი სცვლიან ერთმანეთს. რაც უფრო მცირეა ბავშვი მით უფრო ხრტილი მკაფიოდ არის გამოსახული. მრავალი სისხლის მიმოქცევა სავსებით უზრუნველყოფს ეპითიზს კვების მხრივ და ამით ეძლევა მას მეტი უნარი წინააღმდეგობისა და რეგენერაციისა. ხრტილის დიდი სიმსხვილის გამო ეპითიზის ძვლიანი ნაწილი უფრო დაშორებულია სახსრის ნაპირიდან. პირველად დარბილება ხდება ძვლის ღრუბლისებრი მეტაფიზის ნაწილში ან რომელიმე მის კუნძულში, რომელიც დაშორებულია დიაფიზისაგან ეპითელიურ ხრტილით. ძვალს უფრო ადვილად ედება ანთებითი პროცესი, ვიდრე ხრტილს. ამას ვხედავთ ჩვენ სხვა ინფექციის დროსაც. არის საჭირო დიდი ხანი, აპობს Calot, სანამ მკამელის გამო გადნებოდეს ხრტილი და პროცესი გადავიდეს ძვლის სხვა ნაწილზე. ეს გარემოება ჰქმნის ორგანიზმში პირობებს წინააღმდეგნენ ინფექციას. ზოგჯერ საკმარისია ამისთანა ბავშვი ჩააწვიონოთ ლოგინში, აუკრძალოთ სიარული, დაუნიშნოთ მარილიანი აბაზანა და სხვა, რომ ცოტა ხანში პროცესი შეაყუჩოთ. მეორეს მხრივ, უხვად შემკული სისხლის, მიღებით ეპითიზი ბავშვის ჰასაკში ჰქმნის ტუმერკულოზის ლოკალიზაციის სხვადასხვაობას და ამიტომ ბევრს იმისთანას, რასაც ჩვენ ვხედავთ ბავშვის რენტგენის სურათზე ვერ ვხედავთ სრულჰასაკოვანზე. ავიღოთ მაგალითად მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტუმერკულოზი—ეგრედ წოდებული კოკსიტი. პროცესის დაწყება ბარძაყის თავში არის ხშირი მოვლენა ბავშვთა შორის. დიდ ადამიანში კი ამ გვარი მოვლენა, როდესაც პროცესი ბარძაყის თავის ბუდიდან გადადიოდეს lig. teres-ის საშუალებით ბარძაყის თავის ფოსოში (fovea), თავზე და სხვა, ან სულ არა ხდება, ან ძლიერ იშვიათი მოვლენაა (Koenig). პირიქით მოზრდილთა შორის დიდ ძვლებში პროცესი დიაფიზისკენ მიდის და ძვლის სკლეროზის გამო უფრო ნელა და ჩუხად მიმდინარეობს; აქ უფრო დიდრონ სექვესტრებსა ვხედავთ სისხლის მიღების ნაკლებობის გამო და უფრო იშვიათი მოვლენაა დიდი დეფორმაციები, როგორც მაგალითად ამოვარდნილობა. ბავშვთა შორის პათოლოგიური ამოვარდნილობა როგორც მაგალითად ბარძაყის თავისა, წვივის ძვლების მუხლის სახსარში, იდაყვის ძვლების—ხშირი მოვლენაა.

განსხვავდება აგრეთვე პროცესის მიმდინარეობა პრტყელ და წვრილ ძვლებშიც. მაგალითად Spondylitis დროს სრულ ჰასაკოვან ადამიანს გულ მკერდის

დეფორმაცია და კიფოზი ძლიერ იშვიათად ემართებათ. როგორც მოსკოვის სა-ტუბერკულოზო ინსტიტუტის სტატისტიკა გვიჩვენებს ამ შემთხვევებში 60—70% ან არ ჰქონდათ კიფოზი და თუ ჰქონდათ მხოლოდ წვეტიანი მორჩის გამოშვე-რა იყო, ან კიდევ სკოლიოზი ემჩნეოდათ. ეს აიხსნება იმით, რომ სრულ ჰასა-კოვან კაცის მძივის დაზიანების ფორმად უნდა ჩაითვალოს ეპიფიზალური, რო-მელიც იწყება ორ მძივთა შუა ძვლის ნაწილების მჭამელით. ამ პროცესის გავ-ლენით დროს განმავლობაში მძივთა შუა ხრტილი იღვევა ნელ-ნელა და მძივე-ბი ერთი მეორეს ეყრდნობა და არა ცურავს ერთი მეორეზე. თუ მჭამელა უკვე ღრმად არის წასული ძვალში, მაშინ, რასაკვირველია, იქნება კიფოზი 1—2 მძი-ვისა. თუ გვერდის ნაწილებია დაზიანებული—მაშინ გვექნება სკოლიოზი და კი-ფო სკოლიოზი. ეს უფრო ხშირად ხდება წელის მიდამოში.

ბავშვთა ჰასაკში კი უმთავრესად ცენტრალური ფორმაა გავრცელებული. ეს ხდება მძივის ცენტრალური არტერიის ემბოლის გამო. მჭამელა ამ შემთხვე-ვაში ცენტროდან პერიფერიისაკენ მიდის, რომლის დარბილების გამო დაწნევის ზეგავლენით ხდება გამოშვერა რამდენიმე მძივისა და წვეტიანი კუზის გაჩენა. რასაკვირველია, არ შეიძლება ითქვას რომ ყოველ შემთხვევაში ესე ხდება. არის შერეული ფორმებიც, მაგრამ დიდი დეფორმაცია და კუზი მაინც და მაინც ბავ-შვთა თვისებაა და არა სრულჰასაკოვანი კაცისა.

2) რაც შეეხება რეგენერაციულ უნარს, აქაც უნდა ითქვას, რომ ბავშვებს ეს უნარი გაცილებით მეტი აქვთ, ვიდრე სრულჰასაკოვან კაცს. რა თქმა უნდა, რეგენერაციისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს, თუ რამდენად არის დაზიანებუ-ლი მჭამელით ძვალი, რბილი ქსოვილები, სინოვიალური შრე, რა სირთულეს წარ-მოადგენს ესა თუ ის სახსარი, ძვალი; აქვს მნიშვნელობა ზედდართულ მეორად ინფექციას, აქვს გავლენა პარენტემატურ ორგანოებზე დიდი ხნის სნეულებას.

ამაზე უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს და განსხვავებას წარმოადგენს ორ ჰასაკთა შორის ეპიფიზალური ხრტილი, რომელიც ზრდის ელემენტს შეადგენს და ამ ეპიფიზის სისხლით აღჭურვა.

ერთის მხრივ ბავშვის ძვლის ტუბერკულოზით დაზიანება არის საშიში მოვ-ლენა. ყოველივე დეფორმაცია (ამოვარდნილობა, კიფოზი და სხვა), კომპენსა-ტორული კონტრაქტურები ხდება სწორედ ძვლების ზრდის ხანაში და რასა-კვირველია მოქმედობს მთელ სტატიკაზე. პროცესი, რომელიც ღუპავს ეპიფიზა-ლურ ხრტილს—აშორებს კიდურს ზრდის უნარს. სრულჰასაკოვანი ამისთანა ხი-ფათს აცილებულია, რაც უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში წამლობის დროს.

მეორეს მხრივ, ხრტილი, რომელიც ზრდის წყაროს წარმოადგენს, თუ არ არის დაზიანებული—ადვილად შეავსებს იმ დეფექტებს ეპიფიზში, რომელიც შეიქმნა პროცესით. შემთხვევები მთლიანი აღდგენისა ფუნქციონალურად და რენ-ტგენოლოგიურად ad integrum არ შეიძლება აიხსნას სხვაფრივ (Rollier, Крассицаев და სხვები) დიდრონები ამას მოკლებული არიან.

და ბოლოს და ბოლოს რეგენერაციულ პროცესში რა თქმა უნდა დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვის ეპიფიზის უხვად სისხლით აღჭურვას, რაც უზრუნ-ველყოფს და დროზედ აწვდენს პლასტიურ მასალას დეფექტების აღსადგენად.

მივიღებთ რა მხედველობაში ყველა ზემოთქმულს ბავშვთა ჰასაკის ქირურგიულ ტუმბერკულოზის შესახებ, ჩვენ დავინახავთ, რომ წამლობაშიაც საჭირო იქნება გატარდეს ინდივიდუალური მეთოდები, შაბლონს ბავშვის ჰასაკში ადგილი არ უნდა ჰქონდეს. როგორც მოგეხსენებათ წინათ ყველა ქირურგიულ ტუმბერკულოზით ავადმყოფს ოპერაციული მეთოდით სწამლობდნენ. იმისთანა გამოჩენილ დასტაქრებს, როგორც იყვნენ Ollier, Volkman-ი, Koenig-ი და სხვები; ვერ წარმოედგინათ, რომ უღროვო და ყველა შემთხვევაში გაკეთებული ოპერაცია არ აშორებს ორგანიზმს ინფექციას და საჭიროა მიექცეს ყურადღება ზოგად-ბიოლოგიურ ფაქტორებს. ამის გამო ხდებოდა უზომო და არა საჭირო დამახინჯება ავადმყოფებისა; ოპერაციულმა მეთოდმა დაჰკარგა ნდობა.

ამის შედეგი იყო ევრედ წოდებული ნახევრად-კონსერვატიული მეთოდი წამლობისა. ისე რადიკალურად ყველა შემთხვევაში აღარ ერეოდნენ, როგორც წინად, საკმარისად სთვლიდნენ ჩირქის გამოშვებას ტრუჟაკარით, გამოფხეკას ფისტულებისა კოვზით, შემხაბუნებას სხვადასხვა წამლისა დაზიანებულ ალაგში და სხვადასხვა. ამ უკანასკნელ წლებში მოხდა გადატეხილობა აქტივობიდან უკიდურეს კონსერვატიზმისაკენ, რაც მოხდა მის შემდეგ, როდესაც მეცნიერულად შეიწყვეტეს ავადმყოფობის შინაარსი ერთის მხრივ და მეორეს მხრივ გააუმჯობინეს ძველი მეთოდები და გამოჩნდნენ ახალი გზა წამლობისა. ამ მეთოდს ეკუთვნის პელიოთერაპია Rollier-ის მეთოდით და სახსრების ტუმბერკულოზის დროს გიპსის ხვეულის უარყოფა და კიდურის გაჭიმვით წამლობა; რენტგენის სხივებით და ხელოვნური სინათლით წამლობა.

აქ საჭიროა მოვიხსენიოთ, თუ როგორ აწარმოებენ Rollier-ის მეთოდის მომხრენი წამლობას, მაგალითად, სახსრის ტუმბერკულოზის დროს. სახსარი იჭიმება მცირე სიმძიმით, საჭიროა დიდი ხნით ლოგინში წოლა და ამავე დროს წამლობა მზის სხივებით, წმინდა ჰაერით, გართობით და სხვა. ზოგჯერ ამას უმატებთ რედრესაციას და ფიქსაციასაც, რაც ყველა ერთად ხელს უწყობს დაშრდევ პროცესის შეჩერებას, ავადმყოფს უბრუნებს დაკარგულ ძალას, რომელიც წინააღმდეგება ტუმბერკულოზს და რეგენერაციას ადვილად შეუდგება. ამ მეთოდით წამლობის შემდეგ, ამბობენ ისინი ხშირად ხდება, რომ სახსარში მოძრაობა არ იზღუდება, როგორც გიპსით წამლობის შემდეგ, როდესაც იდეალურ შედეგად ითვლება ანკილოზი.

მე არა ვარ მომხრე არც უღროვოდ ჩარევისა პროცესის მოსახპობად ოპერაციით და არც კონსერვატიული მეთოდით ვუწამლებ ყოველ შემთხვევაში. ბავშვი, როგორც ზემოთაც მოგახსენეთ უნდა იყოს შესწავლილი ყოველის მხრივ, უნდა იყოს აწონ-დაწონილი ყოველივე მომენტი, რას წარმოადგენს ესა თუ ის დაზიანება, რომელ ხანაშია პროცესი, რა გავლენა აქვს მას ორგანიზმზე და სხვა და სხვა. და შემდეგ უნდა მივმართოთ იმ მეთოდს, რომელიც უფრო ადვილად და კარგი შედეგით იქნება დამთავრებული. მაგალითად, თუ ჩვენ არ გამოვიკვლევთ რა ხასიათისაა ჯირკვლების ტუმბერკულოზი, დიფუზიური ფორმისაა თუ მილიარული ან კიდევ კაზეოზური და ყველა ამ შემთხვევაში უწამლებთ მხოლოდ ოპერაციულად ან მხოლოდ კონსერვატიულად, ჩვენ რასაკვირველია ბევრ შემთხვევაში არამც თუ კარგ შედეგს არ მივიღებთ, არამედ ვაწინებთ კიდევ ავად-

მყოფს, მაგრამ თუ მილიარული ფორმის დროს ჩვენ ვუწამლებთ მას პელიოთერაბით ან რენტგენოთერაპიით და სხვა კონსერვატიული მეთოდით და დიფუზიური ფორმის დროს კი არ დავკარგავთ დროს ტყუილად ამ მეთოდით წამლობაში და პირდაპირ ოპერაციას მივმართავთ—ამ შემთხვევებში მივიღებთ კარგ შედეგსაც. ეს ადვილი გასაგებია. მილიარული ფორმის ტუბერკულოზი ჯირკვლებში დასურათდება ჯირკვლის ცოტათი ვადიდებით და ძლიერ წვრილი ხორკლით; კახეოზური ფორმისა—რამდენიმე ჯირკვლის ან მთელი ჯგუფის სიმსივნით და კახეოზურ გარდაქმნით. ეს კახეოზური დაშლა იწყება ჯირკვლის შუა გულში, პერიფერიაში კი გვხვდება გრანულაციური ქსოვილი ხორკლით და გიგანტური უჯრედებით; ამ ფორმას ხშირად დაჰყვება ხოლმე ფისტულები. ამ შემთხვევაში კონსერვატიული წამლობას უფრო კარგი შედეგი მოჰყვება, სულ სხვას წარმოადგენს დიფუზიური ფორმა, —როდესაც ჯირკველი გარდაქმნილია იმნარიად, რომ გაგონებთ სარკომატოზულ ხორცმეტს, ხორკლი არ იპოვება. აქ მე მგონია არავითარი კონსერვატიული წამლობა არაფერს არ მოგვცემს. აქ საჭიროა ამ ჯირკვლების მოშორება.

მეორე მაგალითი. ტუბერკულოზური პერიტონიტის წამლობა. თუ ჩვენ ავადმყოფობის დასაწყისში, როდესაც პერიტონეუმზე ხორკლის გამოყრას აქვს ადგილი, როდესაც ავადმყოფს სიცხეს აძლევს, როდესაც მუცლის ღრუში ჯერ ცოტა ექსუდატი, ჩვენ მივმართავთ კონსერვატიულ მეთოდს; როდესაც მილიარული ფორმაა—ოპერაციას აქაც არა აქვს ადგილი; როდესაც მშრალი ფორმაა, ნაწლავების ერთმანეთთან შეწყობებით გადახლართვით და ჯორჯალის ჯირკვლების გასიებით—ნაჩვენებია აგრეთვე კონსერვატიული მეთოდი. მაგრამ როდესაც ჩვენ აღვნიშნავთ მუცლის ღრუში ბევრ ექსუდატს, პროცესის უსიცხო მიმდინარეობას, რაც გვიჩვენებს, რომ ხორკლის გამოყრა უკვე დამთავრებულია, ამასთანავე ნაწლავების გაბერვა არ ეტყობა და სხვა; მაშინ ჩვენ ვირჩევთ ოპერაციას, მუცლის ღრუს გამოსუფთავებას და მხოლოდ შემდეგ ვაწარმოებთ ჰელიოთერაპიას და სხვა.

კიდევ ერთი მაგალითი. ძვალ-სახსრების წამლობა ავადმყოფობის დასაწყისში, რა თქმა უნდა, კონსერვატიული უნდა იყოს, მაგრამ აქაც დიდი ყურადღება უნდა იყოს მიქცეული იმისაკენ, თუ რა ხნის ბავშვთან გვაქვს ჩვენ საქმე, როგორი გავლენა ექნება ამა თუ იმ მეთოდს როგორც ბავშვის ფსიხიკაზე, აგრეთვე დასნეულებულ ალაგზე. ზოგ ავადმყოფს კიდურს გავუჭიმავ და ამავე დროს მზის სხივებით ვუწამლებ, ზოგს კი გვიპის ხვეულში ჩაუსვამ და არ შემიშინდება სრულებით ვითომდა ანკილოზის დაბოლოვებით. მაგრამ როდესაც ჩვენ ფისტულებიანი ძვალი გვაქვს დიდრონი სექვესტრებით, აქ ჩვენ უპირველეს ყოვლისა ოპერაციას მივმართავთ და შემდეგ კი კონსერვატიულ წამლობას ვაწარმოებთ. ყველა აქ მოყვანილი აზრების დასასაბუთებლად თქვენ ყურადღებას მივაქცევ ჩემი ცხრილის უკანასკნელ ნაწილზე, ესე იგი წამლობაზე.

ამ ცხრილიდან ჩვენთვის აშკარაა შემდეგი: ზოგიერთი დიდრონი სახსრები როგორც მაგალითად, მენჯ ბარძაყის და მუხლისა—ცუდ შედეგს იძლევიან ოპერაციული ჩარევის შემდეგ და უფრო კარგ შედეგებს კონსერვატიული წამლობის, ანუ ნახევრად-კონსერვატიულ წამლობის შემდეგ. იმ დროს, როდესაც

კოკსიტების დროს კონსერვატიული მეთოდი იძლევა 7,1% სიკვდილიანობისა, ოპერაციული მეთოდი ამავე დროს 50% იძლევა. მუხლის სახსრის ტუბერკულოზი კონსერვატიულა წამლობით მხოლოდ 2,2% იძლევა, ოპერაციული კი — 12,5%. რაც შეეხება ძვლების ტუბერკულოზს ფისტულებით სექვესტრებით და სხვა, აქ ჩვენ ვხედავთ უპირატესობას ოპერაციული მეთოდის დროს — სიკვდილიანობის პროცენტი აქ თითქმის სამჯერ ნაკლებია, ვიდრე კონსერვატიული წამლობის დროს.

ჯირკვლების ტუბერკულოზიც თუ კარგად არის განსაზღვრული რა ფორმისა იგი, ოპერაციის მეთოდით იძლევა ორჯერ ნაკლებს სიკვდილიანობის პროცენტს; აგრეთვეა საქმე მუცლის აპკის ტუბერკულოზის დროსაც. ამგვარად ჩვენ შეგვიძლიან ვთქვათ, რომ ქირურგიული ტუბერკულოზის წამლობა ბავშვთა ჰასაკში უნდა იყოს ინდივიდუალური და წამლობა რომელიმე ერთი მეთოდით ყველა შემთხვევაში შეუძლებელია და არც უნდა იყოს მიღებული განურჩევლად.

მე აქ ნებას ვაძლევ ჩემ თავს მოვიყვანო გამოჩენილი მოსკოვის ბავშვთა დასტაქრის Крaснoბაeв-ის აზრი წამლობის შესახებ. „საუკეთესო შედეგებს ქირურგიულ ტუბერკულოზის წამლობაში იძლევა კონსერვატიული მეთოდი, რომელიც შეიცავს ჰაერით და მზის სხივებით წამლობას, სათანადო კვებას და ორთოპედიულ ქირურგიის ზომების სასტიკად გატარებას. მზით წამლობა არ შეიძლება გამოყოფილ იქნეს კონსერვატიული მეთოდის სხვა ფაქტორებისაგან და უამითოდ არც იძლევა კარგ შედეგებს. ამის გარდა ქირურგიულ ტუბერკულოზის წამლობაში უნდა იყოს ნახშირი აგრეთვე რენტგენის სხივები და ხელოვნური სინათლე. რომ კონსერვატიული მეთოდი საუკეთესოდ გამოვიყენოთ საჭიროა ზრუნვა როგორც ავადმყოფის სულიერ მდგომარეობაზე ისე მის ნერვულ სისტემაზე. ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბავშვთა ჰასაკისათვის, მაგრამ კონსერვატიული წამლობა არ უარყოფს ოპერაციულ მეთოდსაც. როდესაც ავადმყოფობა ვართულებულია მეორადი ინფექციით, როდესაც ძვლებში იმყოფება დიდრონი სექვესტრები და სხვა — ჩვენი მოვალეობაა რადიკალური ოპერაციით დავეხმაროთ ავადმყოფს.“ რაც შეეხება საზოგადოდ ქირურგიულ ტუბერკულოზის წამლობას, რა თქმა უნდა, აქ პირველი ადვილი უჭირაჯს მთელი ორგანიზმის საერთო გამაგრებას.

უპირველეს ყოვლისა ჩვენ უნდა ვეცადოთ გავაუმჯობესოთ ავადმყოფის ჰიგიენური მდგომარეობა და მოუმატოთ კვება, რადგანაც სხვა ნამდვილი საწინააღმდეგო წამლის უქონლობის გამო ჩვენ უნდა ვეცადოთ ამით მაინც დავეხმაროთ ორგანიზმს შეჰქმნას თვით დამცველი მასალა. ამ შემთხვევაში ჩვენ გვშეველიან როგორც ზღვის პირის ისევე მთიანი ადგილების სანატორიუმები. ამ სანატორიუმებს დასავლეთ ევროპაში დიდი ყურადღება აქვთ მიჰქცეული და ამათი რიცხვი ყოველ წელს მატულობს. ამასვე ჩვენზე ვერ ვიტყვი. ამგვარი ავადმყოფობისათვის ჩვენში ჯერ-ჯერობით არც ერთი სანატორიუმი არა გვაქვს, იმისდა მიუხედავად, რომ საქართველო ისე უხვად არის დაჯილდოვებული ბუნებრივ ამისთანა ადგილებით, რომ არც ერთი ევროპიული კლიმატიური სადგური ვერც კი შეეძლება. სანატორიუმში კარგ გავლენას ახდენს ხანგრძლივი ყოფნა ავადმყოფებისა სუფთა ჰაერზე და მზეზე. Leroux-ს, Armanigaud-ს, Calot-სა და Be-

ПЛЯМИНОВ-ის სტატისტიკიდან სჩანს, რომ ამ სანატორიუმებში ქირურგიული ტუბერკულოზი იძლევა 60—90% გამომრთელებას როდესაც ქალაქების სხვადასხვა საავადმყოფოში წამლობა იძლევა მხოლოდ 20—25%.

უკანასკნელ ხანში უფრო დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ქირურგ. ტუბერკულოზის წამლობას მთიან ადგილის სანატორიუმში (Samaden, Leysin).

თერაპიულ აგენტად ამ სანატორიუმებში ჩაითვლება სუფთა ჰაერი და წამლობა მზის სხივებით (ჰელიოთერაპია). მაღლობებზე და მთებზე მზის სინათლე, მყინვართა და თოვლისაგან არეკნის გამო, შეიცავს ულტრასოსანის სხივების დიდ რიცხვს, რომელთაც აქვთ წამლობაში დიდი მნიშვნელობა. მაგრამ მზის სხივებით წამლობას სიფრთხილევ ესაჭიროება, რადგანაც უსწორმასწორო მათი მოხმარება ხშირად იწვევს დერმატიტებს, ნერვიულ მოვლენებს და გულის აშლას. Rollier საჭიროდ სთვლის მთელი ტანის ინსოლაციას და ამისთვის მას აქვს კიდევ შემუშავებული წესრიგი. ზოგი კი მომხრეა მხოლოდ ადგილობრივ ინსოლაციისა. მე აქ არ ვთვლი საჭიროდ მოგახსენოთ, თუ როგორა ხდება ინსოლაცია Rollier-ს წესით, ეს თქვენ ყველამ კარგათ იცით, ვიტყვი მხოლოდ, რომ ინსოლაციის დროს საჭიროა ექიმმა ყური უგდოს ავადმყოფის პულსს, სუნთქვას და საერთო მდგომარეობას. მზის სხივებისაგან ავადმყოფის კანი ღებულობს მუქ წითელს ან მოშავო ფერს. ამ პიგმენტაციას აქვს მნიშვნელობა პროცესის მიმდინარეობაში. რაც უფრო ინტენსიურია პიგმენტაცია და რაც უფრო ჩქარა ჩნდება, მით უფრო მეტია ორგანიზმის მხრივ თვითმცველობა და მით უფრო მეტია იმედი, რომ კარგად ჩაივლის წამლობა (Rolier, Rivier). Carnot-ის შეხედულებით მზის სხივების აბსორბცია (შუქშთანთქმა) ხდება პიგმენტური უჯრედებით და კანის ლიპოზომებით. ეს უჯრედები შემდეგ აძლევენ ორგანიზმს იმ რადიოაქტიურ ენერჯიას, რომელიც იმყოფება მზის სხივებში.

ცდებმა დაავიწყებდა, რომ მზის სხივებს უფრო მეტი გავლენა აქვს ორგანიზმის გამაგრებაში, ვიდრე რენტგენის სხივებს. მაშინ, როდესაც გამამრთელებელი გავლენა X—სხივებისა დამყარებულია უჯრედების ელემენტების დანგრევაზე, მზის სხივები იწვევს არა დანგრევას, არამედ ქსოვილთა რეგენერაციას, უმატებს მჟანგავ პროცესს (Quincke), ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლას და მოქმედობს სისხლის შემადგენლობაზე. ინსოლაციის გავლენა სისხლზე პირველ ხანში გამოიხატება წითელი ბურთულების და თეთრი ბურთულების გამრავლებაში. ეს ხდება იმ დრომდის, სანამ ავადმყოფი არ მორჩება. მორჩენის შემდეგ ეს რიცხვი დაეცემა ხოლმე ნორმამდის. იცვლება აგრეთვე ლეეკოციტარული ფორმულა. ყოველ შემთხვევაში, როცა კი არის დაჩირქება მატულობს რიცხვი პოლინუკლეარებისა ლიმფოციტების ხარჯზედ (76% პოლინუკლეარები და 10—20% ლიმფოციტები), მორჩენის შემდეგ ლიმფოციტების რიცხვი მატულობს.

გამოკვლეულია აგრეთვე, რომ მზის სხივებს აქვს შემდეგი თვისებები: ტონიკური, კონგესტიური და ბაქტერიციდური. რომ მხეს მაცხოვრებელი თვისება აქვს ეს ძველ დროშიც კარგად იცოდნენ. როგორც Finson-ი ამბობს მზე არის მამოძრავებელი ძალა ცხოვრებისა და ენერჯიისა. მზე საჭიროა როგორც მცენარეებისათვის, ისე ცხოველებისათვის. აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს მთბობრ სხივებს.

კონგესტიური მოქმედება იმაში მდებარეობს, რომ კანის იმ ადგილზე, რომელზედაც მოქმედობს მზის სხივები, სისხლის მიღები განივრდებიან, მატულობს სისხლის მოძრაობა და მიღებიდან ემჩნევა თეთრი ბურთულების გამოსვლა. ზოგადი ინსოლაციის დროს კონგესტიური მოქმედება ვრცელდება მთელ კანზე, ემჩნევა სისხლის მოქცევა კანისაკენ; ისე რომ ჰაერის მყავადი პირდაპირ გავლენას ახდენს სისხლის შემადგენლობაზე.

ბაქტერიციდური მოქმედება მზის სხივებისა გამოკვლეულია Duclaux, Arloing, Roux და სხვების მიერ და მოქმედობს უმთავრესად სოსანი და ულტრა-სოსანი სხივების ზეგავლენით. რაც უფრო მეტია სინათლე და სუფთაა ჰაერი, მით უფრო ძლიერია ბაქტერიციდური მოქმედება. ბარზი, ქალაქებში და სხვა ამ გვარ ადგილებში ატმოსფერის ქვემო ნაწილი შეიცავს იმდენად ბევრ მტვერს და ორთქლს, რომ შთანთქმა სხივებისა ხდება ბლომად და იკარგება 90% მათი მოქმედებისა, ზღვის ნაპირებზე Violle-ის გამოკვლევით ჰაერი შთანთქავს 30% და მაღალ მთებზე მხოლოდ 6%. ამიტომ ჰელიოთერაპიისათვის უკეთეს ადგილს წარმოადგენს მთიანი და ზღვის პირის ადგილები, მაგრამ ჩვენი ავადმყოფები მოკლებული არიან ამ გვარ სანატორიუმებში წამლობას, რის გამოც მათი წამლობა უმთავრესად ხდება ჩვენი ქალაქების სამკურნალოებში, რომლებიც, რა თქმა უნდა, მოკლებული არიან ბევრ იმას, რაც აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს ამ ავადმყოფებისათვის. აქ ჩვენ გვიხდება ორგანიზმის ტონუსის ასაწევად მივმართოთ თევზის ზიპს, ლიპანინს, დარიშხანას, რკინის სხვა და სხვა პრეპარატებს და სხვა. ამის გარდა ტუბერკულოზის წინააღმდეგ სხვა და სხვა დასტაქრები ხმარობენ სხვა წამლებსაც, როგორც მაგალითად: Marmorek-ის შრატს (Hoff-ი, Straus-ი და Schenker-ი), იოდის პრეპარატებს (Luton, Durante, Billroth), ქაფურ-ნაფტოლს (Nelatou, Calot Вреден), უფრო ხშირად იოდოფორმის ემულსიას. როგორც ზევითა გვქონდა ნათქვამი ქირურგიულ ტუბერკულოზის წინააღმდეგ უნდა იყოს ნახმარი აგრეთვე რენტგენოთერაპია, რომელსაც ჩვენ უმთავრესად ჯირკვლების დაზიანების დროს ვაწარმოებთ. X-სხივები, Heineke-ის Freund-ის, Iselin-ის და სხვების გამოკვლევით, ახდენენ დანგრევას ლიმფოციტებისა და ფიბრობლასტების გაჩენას. დანგრეულ ლიმფოციტებიდან ჩნდება ფერმენტი და ამ ფერმენტს მიაწერენ გავლენას ტუბერკულოზზე.

მზის სხივებით და რენტგენოთერაპიით წამლობის გარდა უნდა იყოს აღნიშნული აგრეთვე წამლობა Bier-ის და Klapp-ის მეთოდებითაც.

რაც შეეხება ოპერაციულ წამლობას, აქ ჩვენ უნდა ვიხმაროთ ისეთი მეთოდები, რომლებიც უფრო ნაკლებად მიაყენებს ზიანს მთელ ორგანიზმს, არ დაარღვევს ზრდის პროცესს და არ დაამახინჯებს ავადმყოფს.

დიდი ხნით წოლა ლოკინში, საავადმყოფოში, რასაკვირველია ცუდათ მოქმედობს ავადმყოფის ფსიხიკაზე, მაგრამ აქაც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ბავშვის ფსიხიკაზე ისე ცუდი გავლენა არა აქვს, როგორც დიდ კაცზე. ბავშვები ცოტა ხნის შემდეგ ეჩვევიან იქვე მყოფ ამხანაგებს, ერთობიან, თამაშობენ, ითვისებენ ადვილად დისციპლინას და არც კი ფიქრობენ არც სნეულებაზე და არც მშობლებზე. აქ, რასაკვირველია, დიდი მნიშვნელობა აქვს მომვლელ პერსონალს, რომელმაც დიდი თავის დადებით და მოთმინებით უნდა შეეცადოს მოიპოვოს ბავ-

შვის მხრივ ნდობა და სიყვარული. ყველა ეს პირობები იმისთანა მდგომარეობაში აყენებენ ავადმყოფს, რომ მას ეძლევა უნარი ადვილად შეებრძოლოს სნეულებას და ამ ბრძოლიდან გამარჯვებული გამოვიდეს.

ვათავებ რა ჩემ მოხსენებას მე ვთვლი მოვალედ ჩემ თავს გამოვიტანო შედეგი დასკვნა:

1. ვინაიდან ბავშვთა ქირურგიული ტუბერკულოზი ხშირი სნეულებაა საქართველოში, საჭიროა მიექცეს სათანადო ყურადღება სახელმწიფოს მხრივ, რათა იყოს მიღებული საჭირო ზომები სოციალური და ჰიგიენური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

2. იმის გამოსარკვევად თუ რამდენად არის ეს სენი გავრცელებული—საჭიროა დაუყოვნებლად იქნეს შემოღებული სტატისტიკური აღრიცხვა ამ ავადმყოფებისა სახელმწიფოს ყველა კუთხეში.

3. რადგანაც ბავშვთა ჰასაკის ქირურგიული ტუბერკულოზი დიდ განსხვავებას წარმოადგენს პროცესის მიმდინარეობაში და წამლობაში სრულჰასაკოვან კაცისაგან—საჭიროა დაარსებული იყოს განცალკევებული საავადმყოფო, სადაც იქნება გატარებული არა მარტო წამლობა, არამედ სნეულების სხვადასხვა ფორმების შესწავლა.

4. საჭიროება მოითხოვს აგრეთვე სანატორიუმების დაარსებას მთიან და ზღვის პირის ადგილებზე.

5. ბავშვთა ქირურგიული ტუბერკულოზის წამლობა უნდა იყოს ინდივიდუალური. ყველა მეთოდს, როგორც კონსერვატიულს, ისევე ოპერატიულს, შეუძლიან მოუტანოს ავადმყოფს კარგი შედეგი, თუ იგი ნახმარია ყველა შემთხვევის გამორკვევის შემდეგ.

6. საჭიროა ამ დარგში მომუშავე ექიმები იყვნენ კარგად დახელოვნებულნი და მცოდნე სპეციალისტები.

ი. ახმეტელი

კლინიკის ასისტენტი.

Albée-ს ოპერაცია, როგორც ტუბერკულოზური სპონდილიტის წამლობის კონსერვატიული წესი*).

(ტფილისის უნივერსიტეტის პოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. გ. მუხაძე).

სულ 13 წელი გავიდა მას აქეთ, რაც ამერიკელმა ორთოპედმა Albée-მ შეიმუშავა თავისი ოპერაცია და ამ მოკლე ხნის განმავლობაში უკვე საკმაოდ ლიტერატურული შრომები მოიპოვება ამ წესის შესაფასებლად. როგორც ახალ წესს მას მომხრეებიც ყავს და მოწინააღმდეგეებიც. ერთი რიგი ავტორების თუ გატაცებულია და ფართოდ მიმართავს ამ ოპერაციას, მეორე—სიფრთხილეს იჩენს და მხოლოდ განსაზღვრულ შემთხვევებში სარგებლობს ამით. არის აგრეთვე რიგი ავტორებისა, რომელნიც სრულიად უარყოფენ Albée-ს ოპერაციის ღირებულებას. თუ უსაზღვრო გატაცება ხსენებული ოპერაციით, უნდადაგოთ უნდა ჩაითვალოს, რადგანაც ტუბერკულოზური სპონდილიტი თავის კლინიკური მიმდინარეობით იმდენად რთულია, რომ მისი მკურნალობა შაბლონით არ ამოიწურება, არა ნაკლებ სუსტია აგრეთვე პოზიცია მესამე რიგ ავტორებისა, რომელნიც სრულიად უარყოფენ ოპერაციის მნიშვნელობას. საგულისხმოა ის გარემოება, რომ უმეტეს შემთხვევაში მეთოდს მოწინააღმდეგედ გამოდიან ავტორები, რომელთაც მცირე შემთხვევებში აქეთ ნაწარმოები Albée-ს ოპერაცია, ან და სრულებით არ მიუმართავთ ამ ოპერაციისათვის და მათი დასკვნანი აშენებულია მხოლოდ თეორიულ მოსაზრებებზე.

საკითხის ჩისწორით გასაშუქებლად ჩვენ გვსურს შევჩერდეთ მხოლოდ ერთს გარემოებაზედ, სახელდობრ, თუ რა უძვეეს საფუძვლად Albée-ს ოპერაციას და რა ადგილი უჭირავს მას სხვა დახმარებათა შორის ტუბერკულოზური სპონდილიტის მკურნალობაში.

ძვალ-სახსრებს შორის ტუბერკულოზით დაავადება ხერხემლისა განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს, რადგანაც ეს დაავადება საერთოდ ხშირია და ამასთან ამ გვარ დაავადებას მეტად მძიმე გართულებანი მოსდევს. ეს სენი ჩვენ მხარეში კიდევ ზედმეტად არის გაავრცელებული, რის გამოა საკითხის გამორკვევას უაღრესი მნიშვნელობა ეძლევა.

ტუბერკულოზური პროცესი უმთავრესად ვითარდება ხერხემლის წინა სვეტზე, მალეების სხეულზე, რასაც მოსდევს კიფოზური დეფორმაცია ხერხემლისა,

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე სამეცნიერო კონგრესზედ. 19 მაისი 1924 წ.

ჩამონაწვეთი ჩირქვროცების განვითარება, კომპრესიის ნიშნები—კიდურების სი-
დამბლე და სხვა.

რა გზით ხდება ძირითადი ავადმყოფობის განკურნება? სხვა სახსრების
ტუბერკულოზით დაავადების დროს, — ჩვენ გვაქვს ორი მომენტი: პირველი — კუ-
ნთების კონტრაქტურა, რაც ჰქმნის კიდურის უმოძრაობას, მშვიდად ყოფნას და
მეორე — ანკილოზური პროცესის განვითარება. ამ გვარად შექმნილ ფიზიოლოგი-
ურს და ანატომიურს უმოძრაობას მოსდევს პროცესის სპონტანური განკურნე-
ბა. ანალოგიურ მივლენებს აქვს ადგილი ტუბერკულოზური სპონდილიტის დრო-
საც, მხოლოდ აქ ისეთი ხელსაყრელი პირობები არ არის განსაკურნებლად, რო-
გორც სხვა სახსრების დაავადების დროს. ეს აიხსნება იმით, რომ ხერხემალი წარ-
მოადგენს მრავალ ძვალ-სახსრების კომპლექსს და ამასთან მონაწილეობას იღებს
სხეულის ყოველგვარს მოძრაობაში. Prof. Biesalski ხერხემლის სტატიკისა და
დინამიკის შესახებ, გამოსთქვამს შემდეგ: „ხერხემალი მხოლოდ ნაწილია იმ
დიდი ღრუსი, რომელსაც ჰქმნის მენჯი, გულის ყაფაზი ხერხემლით და მუცლის
კუნთები. კუნთების მოძრაობა, იქნება ეს მენჯ-ბარძაყის ან მხრის სახსარში,
მუცლის პრესი, კისრის კუნთები, როდესაც ისინი თავს შუა ხაზზედ აჩერებენ,
ან მთელი კორპუსი თუ რომელიმე მიმართულებით გადახრის ღრუს — თვითეული
ასეთი მოძრაობა მუდამ გავლენას ახდენს ხერხემალზე, რადგანაც კუნთები სა-
ერთო კოორდინაციის მონაწილენი არიან. ამას უნდა დავეურთოთ დატვირთვა
სხეულის სწორე მდგომარეობის დროს და სუნთქვა. თუ მუცელზე მწოლარე და-
ძინებულ კუზიან ბავშვს დავაკვირდებით, შევნიშნავთ, რომ სუნთქვის დროს კუ-
ზი აღის და ჩადის, ე. ი. ხერხემალი მოძრაობს, მხოლოდ თანაბრად კი არა in
toto; მაშინ, როდესაც კისრის ნაწილი წყნარად არის, საღმრთო ძვალი მოძრა-
ობაშია. გულის ყაფაზი, „ინტეგრალური ნაწილი ხერხემლისა (Parow) კუზის
რკალს სჭიმავს გულმკერდის დონეზედ: და როგორც ექსპერიმენტალური ცდები
Parow-ის და Brunne-ს გვიმტკიცებენ, რომ საკმარისია გულმკერდის ძვალი მო-
ვაცილოთ, რომ კიფოზი გაქრეს. და ბოლოს Parow-ის მიერ ექსპერიმენტალუ-
რად გამოკვლეულია, როგორც გულმკერდის, ისე მუცლის ღრუს ორგანოების
გავლენა ხერხემლის სტატიკაზედ.“ აქედან ცხადია. თუ რად წარმოადგენს სპო-
ნდილიტი ქირურგიული ტუბერკულოზის მძიმე ფორმას.

მიუხედავად ამ რთული პირობებისა ტ. სპონდილიტის განკურნება მაინც
ანკილოზის წესით ხდება, პროცესი სწარმოებს ამ გვარად: განკურნების პროცე-
სი იწყობა იმ მომენტიდან, როდესაც დაავადებული მალის სხეულის დარღვევის
შემდეგ, სალი მალეები ერთმანეთს უახლოვდებიან, კონტაქტი შეიქმნება ამ მა-
ლებს შუა დაჩენილი გრანულაციები ფიბროზულ ხასიათს იღებენ და ჩნდება
ნაწიბური. შემდეგ ნაწიბური ძვლოვან გარდაქმნას განიცდის და პერიოსტიუ-
მიდან ახლად განვითარებულ ძვალთან ერთად შეადუღებს სალ მალებს. Kalve-ს
გამოკვლევით ზემოაღნიშნული ანკილოზური პროცესი ვითარდება მხოლოდ ბავ-
შობის ხანაში, და ისიც არა ყოველთვის; მოზრდილებზე კი ფიბროზული ქსოვი-
ლების განვითარებას აქვს ადგილი. ამ ქსოვილში ჩამარბულია ტუბერკულოზის
ნაშთი, რაც ნიშნავს იმას, რომ აქ სრული განკურნება ტუბერკულოზის არ ხდე-
ბა და მუდამ მოსალოდნელია რეციდივის მიღება. აღნიშნულია აგრეთვე მოზ-

რდილებზე ძვლოვანი გარდაქმნა Lig. longitudinale anterius თუმც იშვიათად ანკილოზიური პროცესის განვითარება არ განისაზღვრება მარტო იმ ართი, სადაც ტუბერკულოზური ბუდე არსებობს. ხერხემლის წინა სვეტის ანკილოზთან ერთად ჩნდება ანკილოზი ხერხემლის უკანა სვეტისაც, რკალოვანი და წვეტიანი მორჩების. თუმცა ძველ ავტორებს ეს პროცესი შემჩნეული ჰქონდათ, მაგრამ მას სრულიად ანგარიშს არ უწევდნენ (Hoffa). სამაგიეროდ უკანასკნელ წლებში ამ მოვლენას განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა და ახალი მეთოდის გამოუმუშავებას საფუძვლად დაედვა.

1910 წ. Brakett-მა სპონდილიტების პრეპარატების შესწავლის დროს შეამჩნია რომ ბევრს პრეპარატზე, უმთავრესად როდესაც წინა სვეტის სიმკვიდრე სუსტად იყო გამოხატული, უკანა სვეტი, რკალოვანი და წვეტიანი მორჩების მტკიცე ძვლოვან შეხორცებას განიცდიდნენ. Hoessly-მ გამოიკვლია ხერხემლის პრეპარატები ინსბრუკსა და ბაზელში, სადაც დაწვრილებით აღწერა ძვლოვანი შეხორცება ხერხემლის უკან სვეტისა მისი განმარტებით, უკანა სვეტის იოგები და კუნთები აფერხებენ ხერხემლის მოღუნვას წინა მიმართულებით, რის გამოც განიცდიან ხანგრძლივ გაღიზიანებას და მას კი შედეგად მოსდევს მათი ოსიფიციური პერიოსტიტი. „ამ გვარი ძვლოვანი ცვლილება“ — ამბობს იგი — „ვითარდება თევობით და წლობით, როგორადაც თვით დაავადება და სხეულის წინა ზედაპირის დაშლასთან ერთად პარალელურად სწარმოებს. ნათელია ჩვენთვის ის გზა“, დასძენს Hoessly, „რომლითაც თვით ბუნება ჰქმნის საშუალებას, რომ უვნებელი გახადოს კიფოზური შედეგები“.

1918 წ. პროფ. Турнер-მა თავის მოხსენების დროს ლენინგრადის ქირურგიულ საზოგადოებაში აჩვენა რამდენიმე ხერხემლის პრეპარატი და აგრეთვე დაადისტურა ხერხემლის საღი ნაწილის ძვლოვანი შეხორცება. მან ხაზგასმით აღნიშნა მისი მნიშვნელობა ხერხემლის სახსრების გასამაგრებლად, და ეს მომენტი, მისი აზრით, მაჩვენებელია იმ ბუნებრივი საშუალებისა, რომლითაც თვით ორგანიზმი ებრძვის ტუბერკულოზს. აქვე უნდა დავუმატოთ, რომ Турнер-ის აზრით წვეტიანი მორჩების ანკილოზი არ ხდება, პირიქით უკანასკნელნი ატროფიას განიცდიან.

აღნიშნული დაკვირვებანი გვიმტკიცებენ, რომ სპონტიანური განკურნება ტ. სპონდილიტისა ხდება ანკილოზის წესით. უკანასკნელი ვითარდება ხერხემლის, როგორც წინა, ისე უკანა სვეტზედაც დაავადებული ბუდის დონეზედ, რაც საკიროა მის განტვირთვა და იმობილიზაციისათვის.

შემდეგი საკითხი, რომელიც ჩვენთვის დიდ მნიშვნელოვანია, ეხება ანკილოზური პროცესის განვითარების ხანგრძლივობას.

Hoessly-ს აზრით, ამ გვარი პროცესის განვითარება ითხოვს წლებს, რაც ნიშნავს იმას, რომ ხერხემლის ტუბერკულოზით დაავადება ხანგრძლივი მიმდინარეობის ხასიათისაა. მთელი რიგი ავტორებისა მოწმობენ ამასვე, ასე რომ ხშირად ნაჩვენებია ძველი ავტორების მიერ, რომ ამ დაავადების განკურნება შეიძლება 1/2-2 წლის განმავლობაში, ახლა მიუღებლად უნდა ჩაითვალოს. Kalve, რომელიც გამგეა უდიდესი სანატორიუმის (Berk-sur mer 1000 საწოლით) ამბობს, რომ მხოლოდ ავადმყოფობის მესამე წელში იწყება რევინერაციის ხანა.

ავტოპსიის შემთხვევებში მას არასდროს არ უნახავს დაავადებული ბუდის განკურნება სამ წელზე ადრე, ისიც ბავშობის ხანაში; მოზრდილებზე კი, მისი მტკიცებით, სრული, განკურნება არ ხდება. აქვე აღვნიშნავთ, რომ Kalve-ს დაკვირვებით, ბავშობის ხანაში კლიმატიურ-დიეტეტიური და ორთოპედიული წამლობით ტ. სპონდილიტის სრული განკურნება ხდება არა ადრე 5 წლისა. Jacobs-ის აზრით, საშუალო დრო ტ. სპონდილიტის კონსერვატიული წამლობისა უდრის 3-4 წელს. Humphries-ი და Durham-ი საშუალო დროდ სთვლიან 7 $\frac{1}{2}$ წელს. საერთოდ მიღებულად უნდა ჩაითვალოს 5-7 წელი, რომლის განმავლობაშიც საჭიროა ტ. სპონდილიტის მკურნალობა.

ამ გვარად ჩვენ შეგვიძლია წამოვაცენოთ ორი დებულება: პირველი—ტ. სპონდილიტის სპონტანური განკურნება ხდება ხერხემლის რკალოვანი და წვეტისანი მოჩხების ანკილოზით, მეორე—ანკილოზური პროცესის განვითარება ხანგრძლივ დროს თხოულობს.

რომელი წესით უნდა ვიხელმძღვანელოთ ტ. სპონდილიტის მკურნალობის დროს?

საერთოდ ძვალ-სახსრების ტუბერკულოზის მკურნალობის განვითარებაში პირველი ხანა წმინდა კონსერვატიული იყო. რადგანაც ეს მეთოდი ნაკლებ დამაკმაყოფილებელ შედეგებს იძლეოდა, თანდათან ქირურგიულმა დახმარებამ ფართო ხასიათი მიიღო და როგორც სტატისტიკური ცნობები გვიჩვენებს, შედეგებიც უკეთესი გამოდგა. მაგ. Kocher-მა მიიღო 69% განკურნება, König-მა 68%, Garre-მ 67%, Спизжарний-მ—72% (განკურნება მახლობელ პერიოდში) მაგრამ ვერც ამგვარი შედეგი დააკმაყოფილებს ქირურგს, ამავე დროს კონსერვატიული მეთოდების საშუალებით წამლობა ისევ ყურადღებას იქცევს პეროდული და ფიზიკური მეთოდების საშუალებით საუცხოვო შედეგებს მიღწევს. ახალ მიმდინარეობად ქირურგიულ ტუბერკულოზის მკურნალობაში უნდა ჩაითვალოს ჰელიოთერაპია და ორთოპედია: Rollier-ს ბრწყინვალე შედეგები, გამოქვეყნებული უკანასკნელ წლებში, მეტად საგულისხმოა და წამახალისებელი. ამ მიმართულების მიმდევრად ითვლებიან Berchard-ი, Rollier, Bier-ი, Menard-ი, Вельяминов-ი, Бобров-ი, Есипов-ი, Краснобаев-ი,

თუმცა ქირურგიამ პირი იბრუნა კონსერვატიულ წესისკენ, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ოპერატიული დახმარება სრულებით განდევნილია. განსახლებურული ჩვენების დროს, ოპერატიული დახმარება აუცილებელი ხდება.

ტუბერკულოზური სპონდილიტის, როგორც სიხშირით, ისე თავის გართულებით განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს ტუბერკულოზით დაავადებულთა შორის და მისი წამლობაც განსაკუთრებულ ყურადღებას ითხოვს. ზოგი ავტორის მტკიცებით ამ გვარ ავადმყოფებისათვის სპეციალური დაწესებულებების დაარსებაა საჭირო, სადაც მკურნალობას უნდა აწარმოებდნენ ამ დარგში დახელოვნებულნი სპეციალისტი-ქირურგები.

უმთავრესი წამლობა ტ. სპონდილიტისა კონსერვატიულია. როგორც ვიცით, ამ დაავადების სიხშირე აიხსნება იმ დატვირთვით, რომელსაც ხერხემალი განიცდის, და რადგანაც ხერხეპალი სხეულის ყოველგვარ მოძრაობაში იღებს მონაწილეობას, ამისათვის ტუბერკულოზური პროცესი პროგრესულ ხასიათს

იღებს. კონსერვატიული წესით მკურნალობას მიზნად აქვს დიეტეტიური, პაეროთერაპიული და მედიკამენტური საშუალებით გამოაკეთოს საერთო მდგომარეობა ავადმყოფისა და აგრეთვე ზეგავლენა მოახდინოს თვით დაავადებულ ბუღეზედ.

უკანასკნელი შესაძლებელია განტვირთვის მაქსიმალური ეფექტის მიღწევით და უმოძრაობის შექმნით და ამას კი მოგვეცემს რეკლინაცია და იმობილიზაცია. ამ მიზნით მიმართავენ ვაჭიმვას, კორსეტს, თაბაშირის საწოლს. მიუხედავად იმისა, რომ ორთოპედიაში ბევრი რამ მოახერხა, მაინც ხშირად პროცესის შეჩერება არ ხდება. თუ მივმართავთ სტატისტიკურ ციფრებს სანუგეშო შედეგებს ვერ ვნახავთ. Garre-მ 177 შემთხვევაში მიიღო 35% განკურნება, 17% უცვლელ., 43% სიკვდილიანობა, Kocher-მა 50% განკურნ., Спижарний-მ 50% განკურნ., Vulpus-მა 3,4% სიკვდილ. Mohr-მა 40% სიკვდ. ძველი სტატისტიკით, (Billroth 61 შემთხ.) 46% სიკვდ., საუცხოვო შედეგები მიღებული Rollier-ს მიერ აიხსნება იმ განსაკუთრებული პირობებით, რომელშიაც იმყოფება მისი სანატორიუმი. მან 198 შემთხვევიდან 171-ში 85% განკურნება მიიღო, 11% უცვლელ., 4% სიკვდ. Henle Roelier-ს სტატისტიკის შესახებ აღნიშნავს, რომ მისი ავადმყოფების უმრავლეს კონტინგენტს შეადგენენ ბავშვები და ამასთანავე დასძენს, რომ ხანგრძლივი დაკვირვებანი ყველა შემთხვევებისა არაა მოყვანილი, ჩვეულებრივ პირობებში. ტ. სპონდილატის კონსერვატიული წამლობა, როგორც ამბობს Корнев-ი, სწარმოებს 3-5 წელიწადი და უმრავლეს შემთხვევაში კი ფოზური დეფორმაცია ვითარდება.

თავისთავად ცხადია, რომ ქირურგიული აზროვნებას სპონდილიტის კონსერვატიული წესით წამლობა ვერ დააკმაყოფილებდა და ოპერატიული დახმარებისათვის უნდა მიეპართა.

ოპერატიული დახმარება მიმართული იყო ერთის მხრივ თვით დაავადებული ბუღის მოსაცილებლად. ამ მიზნით შემუშავებულ წესებს ეკუთვნიან: Müller-ის ტრანსპერიტონიალური გამოჩენა II—III წელის მალების და Kocher-ის გვერდოვანი გზა Lumbovertebrotonia; გულმკერდის მალების დაავადებისა Heidenhein, Menard-ის costotransversectomia, კომპრესიის ნიშნების დროს Lamina ectomia ყველა აღნიშნული ქირურგიული წესი რადიკალური ხასიათისაა, მხოლოდ შედეგები იმდენად უნუგეშოა, რომ მათ იშვიათად აწარმოებენ.

მეორე რიგს ოპერატიულ დახმარებისას ტ. სპონდილიტის წამლობის დროს წარმოადგენს ოსტეოპლასტიური ოპერაციები. საფუძვლად ამ გვარ ოპერაციებს უძევს ის ბუნებრივი პროცესი, რომელიც ვითარდება ხერხემალზე ტუბერკულოზით დაავადების დროს. ეს პროცესი დამახასიათებელია იმით, რომ გრძელი დორზალური კუნთების შეკუმშვით ხდება ხერხემლის, ჰიპერექსტენზია, რაც ხელს უწყობს მის განტვირთვის და განკურნების ხანაში, აგრეთვე ვითარდება ანკილოზი არა მარტო სახსრებში, აგრეთვე რკალოვან და წვეტიანი მორჩებს შორისაც. სწორეთ ამ მოსაზრებით ხელმძღვანელობდა Albée, რომლის ოპერაციაც წარმოადგენს ტიპურ ოსტეოპლასტიურ ოპერაციას, როდესაც მან თავის ოპერაცია შეიმუშავა. ის, რაც ბუნებრივად სწარმოებდა, მან თავისი წესით მოგვცა საშუალება ხელოვნურად შეგვექმნა ანკილოზი ხერხემლის უკანა სვეტის, მით

უმეტეს, რომ ხშირად ორგანიზმი ვერ ასწრობს ანკილოზის განვითარებას ან და ანკილოზი იმდენად სუსტად არის გამოხატული, რომ პროცესის შეჩერება არ ხდება.

ოსტეოპლასტიური ოპერაციები შემდეგია:

Hibbs-ის ოპერაცია—გარდატეხა წვეტიანი მორჩების და მათი ქვედა მიმართულებით დაშვება იმ გვარად, რომ წვეტის ძირს კონტაქტი ჰქონდეს ფუძესთან და წვეტის მწვერვალს კი ქვედა მორჩთან.

Albée-ს ოპერაცია—დაავადებული მალების წვეტიანი მორჩების და აგრეთვე ორ-ორი მორჩის ზედა და ქვედა სალი მალების გაბობა, და ამ რიგად შექმნილ ღარში გადანერგილი ძვალოვანი ფირფიტის მოთავსება.

Henle-Whitmann-ის ოპერაცია: წვეტიანი მორჩებისგან თავისუფლებათ რსავე მხრიდან რბილ ქსოვილებისგან და ორსავე მხარეზედ პარალელურად ორად გაბობილ გადანერგილ ძვლის მოთავსება.

Halstead-ის ოპერაცია: დროებითი რეზექცია წვეტიანი მორჩების მათი ფუძეების მოცლა და ამ გვარად შექმნილ ღარში გადანერგილი ძვლის მოთავსება.

Rei-Tuffier-ის ოპერაცია კისრის მალების დაავადების დროს წვეტიანი მორჩების გაბობა და აგრეთვე კეფის ძვალში ფოსოს შექმნა, სადაც უნდა მოთავსდეს გადანერგილ ძვლის ზედა ბოლო. სხვა მრავალი მოდიფიკაციები Albée-ს ოპერაციისა აქ არ მომყავს, რადგანაც მათი დედააზრი იგივეა, რაც აღნიშნული ოპერაციებისა.

ზემოთ მოყვანილ ოსტეოპლასტიური ოპერაციების მიზანია: ანკილოზის შექმნა წვეტიანი მორჩების და მათ შეხორცების გამოწვევა სალი და დაავადებულ ძვლებს შორის, რასაც შედეგად მოჰყვება მობილიზაცია და განტვირთვა დაავადებულ მალების, კიფოზური დეფორმაციის თავიდან აცილება; კორსეტის ხანგრძლივი ხმარება, რაც არა ფიზიოლოგიურ პირობებში აყენებს ავადმყოფს, ზედმეტი ხდება. თუ ზოგჯერ მინც მიმართავენ ოპერაციის შემდეგ თაბაშირის კორსეტს, ავადმყოფს მისი ხმარება სჭირდება გაცილებით მცირე ხნის განმავლობაში, ვიდრე წმინდა კონსერვატიული წამლობის დროს. აქ თუ გავიხსენებთ დაავადების ხანგრძლივ მიმდინარეობას, ამ მხრივ ოსტეოპლასტიური ოპერაცია საგრძნობლად ამცირებს მკურნალობის ხანას.

ჩვეულებრივ ოპერაციის წინ ერთი, ან ორი თვე მუცელზედ ვაწვენთ ავადმყოფს იმ მიზნით, რომ მუცელზედ წოლას მიეჩვიოს, რადგანაც ოპერაციის შემდეგ, ორი-სამი თვე ამ მდებარეობაში უნდა იყოს, გარდა ამისა მუცელზედ წინასწარ წოლით ხერხემლის რეკლინაციას ვიწვევთ და ეს კი გვჭირია მისთვის, რომ მალების ანკილოზი მოხდეს რეკლინაციულ მდებარეობაში. ოპერაციის შემდეგ, როგორც ვსთქვით, ორი-სამი თვე მუცელზედ ვაწვენთ და შემდეგ ფეხზედ წამოვაცყენებთ და აქტიური დახმარება ამით თავდება, იშვიათად თაბაშირის კორსეტი რამდენიმე თვით საჭიროებისამებრ.

თუ თავს მოვუყრით ყველა ზემოთ ნათქვამს, ჩვენ უნდა მივიღოთ, რომ მიზანი Albée-ს ოპერაციისა მის მოდიფიკაციით ტ. სპონდილიტის წამლობის დროს იგივეა, რაც კონსერვატიული წესით და მასასადამე Albée-ს ოპერაცია არსებითად კონსერვატიული წესია, რადგანაც ამ ოპერაციით ჩვენ უშუალოდ

არ ესპობთ დაავადებულ ბუდეს, ჩვენ მხოლოდ ხელოვნურად ვკმნით ხერხემლის სალი ნაწილის ანკილოზს, დაავადებული ბუდის დაშორებით. ეს კორსეცია, მხოლოდ კორსეცია ფიზიოლოგიური, რადგანაც ორგანიზმს ვაყენებთ ნორმალურ პირობებში და ჩვეულებრივი კორსეცის უარყოფით ხმარება თავიდან აცილებულია. ტუბერკულოზური სპონდილიტის წამლობას ვიწყებთ ოპერაციით და ამავდროს ვსარგებლობთ სხვა კონსერვატიული დახმარებითაც (ჰაეროდიეტოთერაპია, ჰელიოთერაპია და სხვა. ოსტეოპლასტიური ოპერაცია გვაძლევს საშუალებას შევამციროთ ტ. სპონდილიტის მკურნალობის ხანა), რაც მის ღირებულებას მოწმობს. თუ ჩვენს აზროვნებას დაუყავშირებთ თანამედროვე პირობებს ჩვენში ხსენებულ წესს უფრო მეტი მნიშვნელობა ეძლევა.

ლიტერატურა:

1. П. Г. Киренев. Оперативное лечение туберкулезных спондилитов. „туберкулез“ № 1. 1922.
2. В. А. Гусев. Остеопластическая фиксация позвоночника при туберкулезном спондилите. Врачебное обозрение № 11. 1923 г.
3. Prof. G. Ledderhose Chirurgie der Wirbelsäule u. w. Diagnostische und Therapeutische Irrtümer und deren Verhütung Chirurgie Zweites Heft 1921.
4. Prof. Biesalski. Zweck und Schicksal des Albeespons in Spondylitischen Gibqus. Archiv für klinische Chirurgie 1923.
5. Prof. A. Henle. Chirurgie der Wirbelsäule und des beckens. 1922.
6. Prof. A. Henle. Die operative Versteifung der Erkrankten Wirbelsäule durch Knochentransplantation. Klinische Wochenschrift № 50. 1924.
7. ი. ახმეტელი. ტუბერკულოზური სპონდილიტის ქირურგიული წამლობა Albée-ს წესით „ტფილისის უნივ. მოაბზე“ № V—1924.

ს. ბერიძის-კუჭაიძისა.

კლინიკის ორდინატორი

ორსულობის შემთხვევა ორმაგ საშვილოსნოში.*)

(ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ი. თიანაძე.)

ორსულობის და მშობიარობის ნორმალური მსვლელობისათვის აუცილებლად საჭიროა სასქესო ორგანოების ნორმალური განვითარება, მით უმეტესად საშვილოსნოსი, რომელიც იღებს თავისად განაყოფიერებულ კვერცხს, ინახავს მას მთელ მის განვითარების დროს და ბოლოს, მომწიფების შემდეგ, მას თავისივე ძალებით გარეთ გამოაძევებს. მიუხედავად ამისა, არსებობს მთელი რიგი არანორმალობისა ქალის სასქესო ორგანოების განვითარების მხრივ, რომელიც არა მარტო ანატომიური და ემბრიონალური თვალსაზრისით, არამედ წმინდა პრაქტიკული სამედიცინო თვალსაზრისითაც დიდს ინტერესს წარმოადგენს. დღეს მე მიზნად მაქვს შევაჩერო თქვენი ყურადღება საშვილოსნოს იმ არანორმალობაზე, რომელსაც სახელად უწოდებენ: *Uterus duplex cum vagina duplici* ანუ *Uterus didelphys cum vagina septa* ე. ი. ორი სრულიად ერთი მეორესაგან დამოუკიდებელი საშვილოსნო, თავის ცალკე-ცალკე საშოს მხრივ ნაწილით და საშოთი. ასე რომ შეიძლება უვნებლად ერთი მეორესაგან დანით გაიყოს. როგორც ემბრიოლოგიიდან ვიცით, საშვილოსნო და საშო წარმოადგენს მიუღიერის ძაფების შეერთებით, რომელნიც დასაწყისში წყვილ მილს წარმოადგენენ, შემდეგ კი დაახლოვებით მერვე კვირიდან იწყებენ შეერთებას თავის დისტალურ ბოლოდგან, ასე რომ შეიქმნება ორი მილი გაყოფილი ტიხარით. შემდეგში ეს ტიხარი თანდათან თხელდება და ბოლოს სრულიად ქრება და ამ გვარად შეიქმნება ჯერ საშო, მერე საშვილოსნო. თუ თითო მიუღიერის ძაფი თავისთვის განვითარდა, ანუ თუ მათი შეერთება ჩანასახის განვითარების ამა თუ იმ საფეხურზე შეჩერდა, მაშინ ჩვენ მივიღებთ სასქესო ორგანოების სხვადასხვა არანორმალობას. *Uterus didelphys et vagina septa* წარმოიქმნება ისეთ შემთხვევაში, როდესაც მიუღიერის ეს ძაფები, რაიმე მიზეზის გამო სრულიად არ შეერთდება ხოლმე. ამ გვარი არანორმალობა შედარებით იშვიათად გვხვდება, ასე რომ ფართე სამედიცინო-გინეკოლოგიურ ლიტერატურაში მას მხოლოდ ოდნავ შესამჩნევი კუთხე უჭირავს. მაგრამ არ შემიძლია არ ვაღიარო, რომ ეს არანორმალობა უფრო ხშირ მოვლენას უნდა წარმოადგენდეს, ვიდრე ამას ყოველდღიური პრაქტიკაში ვხედავთ. საქმე იმაშია, რომ ბევრი ავადმყოფი სრულიად არ ვარდება ექიმის ხელში, ვინაიდან

*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას 8 მაისს 1924 წ.

არ იცის თავის სიმახინჯე და მხოლოდ შემთხვევით შეიძლება მოვიდეს ექიმთან სხვა რაიმე ავადმყოფობის და მიზეზის გამო. Емельянов-ს მოყავს შემთხვევა, სადაც სოფლელი ქალი, რომელსაც ქონდა ცხრა ნორმალური მშობიარობა იყო ორსულად მეთედ, მოვიდა ექიმთან ჩივილით, რომ მას რაღაცა წინიდან გამოსდის და უშლის სიარულს. ვასინჯვის დრომ აღმოჩნდა, რომ ეს რაღაცა იყო საშოს ტიხარი, შემდგარი ხრტილისებრი ნავთიერებისაგან მრავალი ნაწიბურებით. ეს ტიხარი ყოფდა საშოს ორ ნაწილად: მათ ბოლო ნაწილში მოთავსებული იყო საშვილოსნოს ყელი, ერთი მათგანი გადადიოდა ორსულ საშვილოსნოში, მეორე კი არაორსულში. ამ ქალმა მეთედაც მოინიშნა თავისით და ისე ჩქარა, რომ წაყვანა საავადმყოფოში ვერც კი მოასწრეს.

ამ გვარივე შემთხვევა აქვს აღწერილი Пиантковский-ს; ქალს ექვსჯერ მოუშობიარებია, იყო ორსულად მეშვიდედ; მოვიდა ექიმთან მხოლოდ მითომ, რომ რამოდენჯერმე მკვდარი ბავშვი უშობნია და ახლაც ამისი ეწინაა; ვასინჯვის დროს აღმოჩნდა, რომ მას აქვს ორი საშო და ორი საშვილოსნო, რომელთაგან ერთი, სახელდობრ მარცხენა იყო ორსული.

მთელი რიგი ამ ავადმყოფებისა, რომელთაც ქონდათ ასეთი მანკი სასქესო ორგანოებისა, სხვა ფრივ არაერთარ არანორმალობას არ წარმოადგენენ და ისე კარგად იყვენ განვითარებულნი, როგორც ნორმალური სასქესო ორგანოების მქონე ქალები. მხოლოდ Пиантковский-ს მოყავს შემთხვევა სადაც ერთ ქალს ქონდა ამისთანა სიმახინჯე და ამასთან ერთად ძლიერ პატარა ძუძუები, რომელნიც წაავადნენ ძუძუებს 13 14 წლის ქალისას. Uterus didelphys cum vagina septa, როგორც აღვნიშნეთ დიდ კლინიკურ ინტერესს წარმოადგენს, ვინაიდან თუ ამას დაერთო ორსულობა, ხშირად მის მიმდინარეობაში გვხვდება სხვადასხვა გართულება, როგორც არის: საშვილოსნოს სუსტი შეკუმშვა, ორსულობის მოშლა ვადის წინ და სხვა. ამის გარდა, ამ სიმახინჯეს აქვს დიდი დიაგნოსტიური მნიშვნელობა. დიაგნოსტიკა ამ არანორმალობის, არამც თუ მისი ხასიათის, არამედ მისი არსებობისაც, ზოგჯერ ძლიერ ძნელია, ვინაიდან უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფი არაფერს გრძნობს და არ იცის თავისი სიმახინჯე. ექიმიც ვერ პოულობს იმისთანა ძირითად დიაგნოსტიურ ნიშნებს, რომელიც ექვს მიატანიებდეს მას, რომ აქ არის რაიმე არანორმალობა. მართალია ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები, როდესაც მშობიარობის შემდეგ მელოგინეს, ამ გვარი სიმახინჯის გამო, ქონია დიდი სისხლის დენა საშვილოსნოდან, მაგრამ ეს საშვილოსნოს ატონიურ სისხლის დენად ჩაუთვლიათ. ამ სიმახინჯის წინასწარ გამოცნობას დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან გამოუცნობლობას არა იშვიათად შეიძლება ცუდი შედეგი მოყვეს და შეიძლება ავადმყოფი კიდევ დაგვეღუპოს, მაგალითად: საშოს ტიხარი შეიძლება გაიხლიჩოს მშობიარობის დროს და ამას მოყვეს შეუჩერებელი სისხლის დენა, შეიძლება ამ გახლიჩილი ტიხარის ნაწილაკებმა განიცადონ ნეკროზი და ეს გახდეს მიზეზად მელოგინის ავადმყოფობის და სხვა. Winteron-ს აქვს აღწერილი ერთი შემთხვევა, სადაც ხუთი თვის ორსულობის მოშლის შემდეგ, ავადმყოფი დაიღუპა სისხლის მოწამლით. გვამის გაკვეთის დროს აღმოჩნდა, რომ მას ქონდა ორი საშვილოსნო, დაშორებული ერთი მეორესაგან და იყო ჩახეული საშოს ტიხარი, რომელიც იყო გარდაქცეული ინფექციის ბუდე. გარდა ამისა, ამას სხვა შეცდომები მოსდევს. Schroeder-ს მოყავს თავის სახელმძღვანელოში ერთი შემთხვევა, რომელსაც აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშ-

ენელობა. ორ ძლიერ გამოჩენილ მებანს Fischer-ს და Mai-ს გაუსინჯავთ ერთი და იგივე 20 წლის პირველმშობიარე. ერთი მათგანი ამბობდა, საშვილოსნოს ყელი გახსნილია რამოდენიმე თითზე, მეორე კი ამტკიცებდა, რომ ყელი სრულიად დახურულია. ეს კამათი დიდხანს გაგრძელდა და ცუდ შედეგს მოიტანდა, თუ რომ მშობიარის განმეორებით გასინჯვას არ აღმოეჩინა, რომ საშო იყო ორად გაყოფილი და თითო ამ მეცნიერთაგანი სინჯავდა სხვადასხვა საშვილოსნოს Suhmanს მოყავს შემთხვევა, სადაც მან ასეთი არანორმალობა მხოლოდ მეორე მშობიარობის დროს გამოიკვნო, მიუხედავად იმისა, რომ პირველმშობიარობას მანვე აღმოუჩინა სამშობიარო დახმარება მეორე მებანთან ერთად. ავტორი გულახდილად აღიარებს, რომ მას ეს ქალი წინეთაც არა ერთხელ გაუსინჯავს, როგორც ხელით ისე სარკით, მაგრამ ეს არანორმალობა არ შეუღმჩევია. არა ნაკლებ დიაგნოსტიური მნიშვნელობა აქვს იმ შემთხვევას, რომელიც აღწერილი აქვს პროფ. Буальский-ს.

მეთხე მშობიარე. აქვს ძლიერი სამშობიარო ტკივილები. რამოდენჯერმე გასინჯვამ ვერ აღმოაჩინა საშვილოსნოს ყელის გარეთა ხერხელი. დაბოლოს ექიმმა გარდასწყვიტა, რომ ეს ხერხელი შეწყებულა, ტკივილები თანდათან ძლიერდება და წინამდებარე ნაწილი აწევა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტს, რომელიც ძლიერ გათხელებული იყო. ექიმს ეშინოდა საშვილოსნოს გასკდომის, და უკვე მოემზადა საშვილოსნოს ქვედა ნაწილის გასაკვეთად, რომ ამით ნაყოფისათვის გზა გაეკავა, მაგრამ ქალმა თავი ით მოიმშობიარა დროული, მკვდარი ნაყოფით ეს ქალი ხუთი დღის უკან გარდაიცვალა სისხლის მოწამლით. გვამის გაკვეთის დროს აღმოჩნდა, რომ საშვილოსნო და საშოც ორად იყო გაყოფილი. საშოს გამყოფი ტიხარი ჩახეული აღმოჩნდა, როგორც სჩანს მშობიარობის დროს.

წარსული შემოდგომის სემესტრში სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიკალინური კლინიკაში გვქონდა შემთხვევა: *Uterus didelphys cum vagina septa*, რომელიც პრაქტიკულ ინტერესს მრავალ მხრივ არ არის მოკლებული და მინდა ამ შემთხვევას თქვენც გაგაცნოთ.

1923 წელს 21 სექტემბერს დღის 11 საათზე შემოვიდა ევგენია ბ. 23 წლის, რუსი, უჩივის საერთო სისუსტეს და პირსაქმებას. დაბადებულია ტფილისში. პირველი თვიური მას დაეწყო 17 წლისას, მოსდიოდა ყოველ ოთხ კვირას 4-5 დღე. ზომიერად, უმტკივნეულად. უკანასკნელი თვიური ქონდა მას ჩვეულებრივი 1923 წ. 20 ივნისს. რიგის აკრუვის შემდეგ დაეწყო შეუჩერებელი გულის რევმა და პირსაქმება, გრძობდა თავს სუსტად და თან სიცხესაც აძლევდა. ამ სიმპტომების გამო, მან მიმართა ერთ-ერთ აქაურ საავადმყოფოს ამბულატორიას, სადაც ის ექიმებმა გასინჯეს და პირსაქმების შესაჩერებელი წამლობა დაუნიშნეს, მაგრამ ამ წამლობით უკეთობა არ დაეტყო და ენკენისთვის პირველ რიცხვებში დაწვა საავადმყოფოში, სადაც მას გაუკეთეს ხელოვნურად მუცლის მოწყვეტა. მომყავს ზოგიერთი ცნობები მისი ავადმყოფობის ისტორიიდან, რომლის ასლი მან კლინიკაში თან მოიტანა.

I/IX უკანასკნელი თვიური ორი თვის წინეთ. თვენახევარია რაც შეუჩერებელი პირსაქმება აქვს. პირველი თვიური დაეწყო 17 წლისას, მოსდიოდა ყოველ 4 კვირას 4-5 დღე. ქმარს გაყვა ერთი წლის წინეთ. გასინჯვა *per vagin*: საშვილოსნო დიდი, უდრის 2 თვის ორსულს. გაუკეთდა *Abrasio cav. uteri Abortus artificialis*. I/IX საღ. 37°. 2/IX 1° ნორმალური, თეთვგრძობა დაამაკაყოფილებელი. ტამპონი გამოუღეს.

3/IX დღით 1° ნორმალ. საღ 1° 37,0. *Secalae cornuti*: Chinini mur. 0,3 და ყინული მუცელზე 4/IX 1° ნორმ. თვივგრძობა დამაკაყოფილებელი. 5/IX გაეწერა საავადმყოფოდგან.

გაწერის ორი კვირის შემდეგ ე. ი. 20 სექტემბერს ავადმყოფმა მიმართა პროფ. ი. თიკანაძეს, უჩიოდა საერთო სისუსტეს, პირსაქმებას, ცოტა სიცხეს. პროფ. რჩევით 21/IX დაწვა კლინიკაში.

ავადმყოფი შუათანა ტანისაა. ტანის აგებულება ნორმალურია. ძუძუები კარგად აქვს განვითარებული. შინაგანი ორგანოები და გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმალურია; per vaginam გასინჯვის დროს აღმოჩნდა შემდეგი: საშოს შესავლის ერთი სანტიმეტრით შიგნით გვხვდებოდა საკმაოდ მოსქო ტიხარი, რომელიც ყოფს საშოს შესავალს ორ ნაწილად. მარჯვენა უფრო განიერია, მარცხენა კი უფრო ვიწრო. საშოში შევტიანთ მარჯვენა ხელის ორი თითი, ისე რომ მათ შუა ეს ტიხარი მოვათავსეთ. ორ ხელთა შუა მკაფიოდ სინჯება ორი საშვილოსნოს ყელი, თავის გარეთა ხერხელებით, ორი საშვილოსნო. ერთი მათგანი, სახელდობრ მარჯვენა იყო გარბილებული და გადიდებული მისი ორსულობის დონეზე. ყელი კი დახურული იყო. მეორე საშვილოსნო, ე. ი. მარცხენა, ნორმალურზე ოდნავ დიდი იყო და შედარებით უფრო მომაგრო. დანამატები ცვლილებას არ განიცდიდნენ. საშოს სიგრძე, როგორც მარცხენა, აგრეთვე მარჯვენა ყელის გარეთა ხერხელამდე უდრიდა 10 1/2 სანტ. 1/IX 23 წ. ამ ავადმყოფისათვის, როგორც ზემო მოყვანილი ცნობებიდან და ავადმყოფის შემდეგი გამოკითხვიდან ირკვევა აღმოჩნდა, საავადმყოფოში შეუჩერებელი პირსაქმების გამო მუცელი მოუშლიათ, საშვილოსნო გამოუფხვიათ. და 5/IX ე. ი. მე-5-ე დღეს გაუწვრიათ საავადმყოფოდან სახლში. მას ეს პირსაქმება ისევე ასტენია და ცოტა სიცხე ქონია. ამის გამო ის ხელმეორედ წასულა იმავე საავადმყოფოში, სადაც ის მოუთავსებიათ ამ საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში. აქ მომყავს ამ განყოფილებაში დაწერილი ისტორია.

Anamnesis: ავადმყოფი დაწვა კლინიკაში ჩვილით, რომ მას აწუხებს ტკივილები პატარა მუცლის არეში, საზოგადოდ კიბის ქვედა მიდამოში. აგრეთვე აწუხებს პირის ღებინება, მიუხედავად იმისა, ჭამს რამეს თუ არა, დღეში რამოდენჯერმე. ჩვენს მიერ იქმნა გასინჯული სისხლის მიმოქცევის და სასუნთქი ორგანოები სრულიად ჯანსაღი თან შარდ-სასქესო. შარდის გასინჯვის დროს არავითარი ცვლილება არ ეტყობა, დაეუნთხეთ რძის დიეტა. მუცელზე კომპრესია. გასინჯული იქმნა გინეკოლოგის მიერ და გადავჯანყეთ გინეკოლოგიურ განყოფილებაში, რადგან მიჩნეული იყო გინეკოლოგიურ ავადმყოფად. გადაყვანილია გინეკოლოგიურ განყოფილებაში. 13/IX. იმავე ისტორიაზე გინეკოლოგიურ განყოფილებაში წაუწვრიათ.

15/IX 1⁰ ნორმალური, პირსაქმება. Hyper. gravidarum. როგორც ამ ისტორიიდან ჩანს აქ მეორედ გასინჯვის დროსაც ვერ შეუმჩნევიან ზემოთ აღნიშნული არანორმალობა და ავადმყოფისათვის უთქვიათ, რომ მეორედ დაორსულებულხარო. ავადმყოფს ეს არ დაუჯერებია, შეშინებია კიდევაც და იმავე დღეს გამოწვრილა საავადმყოფოდან. 21/IX შემოვიდა ჩვენს კლინიკაში. აქ გასინჯვამ ჩვენგან ის, რაც ზემოთ მოგახსენეთ, მარჯვენა საშვილოსნოს სამი თვის ორსულობა ცხადად იყო. გამოჩნდებოდა კი უნდა ყოფილიყო მეორე მარცხენა. მხოლოდ რა იყო გამოტანილი ამ საშვილოსნოდან ამის შესახებ არავითარი ცნობა არ გვქონდა. ვფიქრობთ, რომ ყოველ შემთხვევაში ნაყოფის ნაწილები არ გამოუდრიათ. და არ უნახავთ, რაც იყო თვის ორსულობის ხელოვნურად მოშლის დროს ჩვეულებრივ მოვლენას წარმოადგენს, შეიძლება გამოჩნდებოდა საშვილოსნოს ორსულობა უფრო ნაკლები ხნოვანობის იყო, ვიდრე ორი თვის. და ამიტომ ნაყოფი ან კვრცხის ნაწილები გამოფხვკის დროს შეუმჩნეველი დარჩა. ასეთი მოსაზრება რამდენადმე დასაშვებია, რადგან ლიტერატურაში არის აღწერილი შემთხვევები, როცა ორმაგ საშვილოსნოში სხვადასხვა ხნოვანობის ნაყოფი ყოფილა. მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ავადმყოფის ისტორიის ფურცელში, გაკვრითაც არ არის აღნიშნული, რომ მას ქონდა ტიხარით გაყოფილი საშო და ორი საშვილოსნო ე. ი. ისეთი არანორმალობა, რომელსაც შედარებით იშვიათად ვხვდებით და აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ გამოფხვკის გაკეთების ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფს ეუბნებიან ხელმეორედ დაორსულებულხარო, უნდა მივიღეთ იმ დასკვნამდე, რომ აღნიშნული არანორმალობა გამოცნობილი არ ყოფილა და გამოსახვევი კოვზი ცარიელ საშვილოსნოში შეუტანია. ვინაიდან ავადმყოფს საღამომობით ცოტა სიცხეს აძლევდა, ეჭვი დაგვებადა გამოჩნდებოდა საშვილოსნოში რაიმე არ დარჩენილიყოს ან ინფექცია არ შეპარულიყო, ამიტომ ჩვენ გარდავსწვკითეთ თავდაპირველ ამ საშვილოსნოს ღრუს გასინჯვა და გამოფხვკა. ამ საშვილოსნოს ღრუს სიგრძე დაახლოვებით უდრიდა 11 სანტიმეტრს, ხოლო მიწართულებამისი მილისა ესაბამებოდა თეთრი ზოლისას; ყელის გაგანიერების შემდეგ, ეს საშვილოსნო გამოფხვკით: ნაფხვკის მიკროსკოპიულმა გასინჯვამ ყოფილი ორსულობის არავითარი ნიშნები არ მოგვცა. დეციდუალური უჯრედები შიგ არ აღმოჩნდა. გამოფხვკის შემდეგ სიტყვ ნორმაზე და-

ვიდა. მეზუთე დღეს ე. ი. 27/IX მარჯვენა ე. ი. ორსული საშილოსნოს ყელში ჩაეუდეთ laminar-ის ჩხირი. 28/IX საშილოსნოს ღრუდან კორნცანგით ნაწილ-ნაწილად გამოტანილი იყო ნაყოფი, რომლისაც ხნოვანობა უდრიდა არა ნაკლებ სამი თვისას. საშილოსნო გამოფხვკილი იყო ჯერ ბლაგვი და შემდეგ მახვილი კოვზით. შიგ შეტანილი იყო იოდიანი ტამპონი, რომელიც გამოვიდეთ მეორე დღეს შემდეგ ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობდა და გაეწერა კლინიკიდან 7/IX—23 წ. 19/II 24 წ. ეს ავადმყოფი კიდევ შემოვიდა ჩივილით, რომ მას აწუხებს პირსაქმება. გასინჯვის დროს აღმოჩნდა, რომ ორსული იყო ისევ მარჯვენა საშილოსნო, რომელიც გადიდებული იყო $1\frac{1}{2}$ თვის ორსულობის დონეზე. 21/II სათანადო მომზადების შემდეგ ჯერ ტიხარი ამოვსკერით მთელ მის სიგრძეზე და ჭრილობა შევკვრეთ შეუწყვეტელი ნაკვრით. შემდეგ საშილოსნოს ყელი გაგანიერებული იყო Hegar-ის II №-დღე და გამოფხვკილი ჯერ ბლაგვი, შემდეგ მახვილი კოვზით. შიგ შეტანილი იყო იოდიანი ტამპონი, რომელიც მეორე დღეს გამოვიდეთ. ავადმყოფს ოპერაციის პირველი დღეებში სიცხე ქონდა აწუხული 38°-მდე. შემდეგ კი ნორმალურზე დავიდა. მე-12-ტე ე. ი. 2/III დღეს გაეწერა კარგად მყოფი. 27/III 24 წ. ავადმყოფს მოუვიდა თვიური და გვეჩვენა. გასინჯვის დროს აღმოჩნდა, რომ სისხლი მოსდიოდა იმ მარჯვენა საშილოსნოდან, რომელიც წინეთ ორსულად იყო. როგორც ჩანს მარცხენა საშილოსნოს მენტრუალური ფუნქცია შეკვეცილია, რაც კიდევ უფრო ამოწმებს ჩვენ მიერ ზემოთ გამოთქმულ მოსაზრებას, რომ მარცხენა საშილოსნო ორსული არ ყოფილა.

ამ გვარად, როგორც ჩვენ ზემოთ მოხსენებულიდან ვხედავთ, დიაგნოსტიკური შეცდომები ამისთანა არანორმალობის დროს ადვილი შესაძლებელი ყოფილა ამიტომ, როდესაც ავადმყოფს ვსინჯავთ, ყოველთვის სახეში უნდა გვქონდეს, გვახსოვდეს ასეთი არანორმალობის შესაძლებლობა, რომ თავიდან ავიცილინოთ შეცდომები და აქედან გამომდინარე ცუდი შედეგები. ორი სიტყვაც საშოს ტიხარის შესახებ. ამგვარი არანორმალობა არც ისე ხშირი მოვლენაა. Какушкин-ის მოწმობით სამეანო პრაქტიკაში ის 0,016%—0,027% შემთხვევაში უნახავთ. ხოლო გინეკოლოგურ ავადმყოფთა შორის ეს ციფრი 0,05%—0,21% უდრის. ამ არანორმალობის და საზოგადოდ საშოს წარმოშობის საკითხი ჯერ საბოლოოდ გარდაწყვეტილად არ ჩაითვლება. უმრავლესობა ძველ და ახალ მკვლევართა იმ აზრისაა, რომ, როგორც ორმაგი საშო, ისე მისი ტიხარი Müller-ის ძაფების შეუერთებლობის გამო წარმოიქმნება. Bollk-ი, Spuller-ი და სხვა. ამ აზრს ნაწილობრივ ემხრობიან. მათი აზრით Müller-ის ძაფებიდან ვითარდება საშოს ზემო ნაწილი, ქვემო ნაწილის წარმოქმნას კი Sinus urogenitalis-ს უკავშირებენ. Fuorneux-ს, Horthy-ს და სხვათა შეხედულებით ქვემო ნაწილი Волф-ის სადინრებიდან წარმოსდგება. Какушкин-ი, რომელმაც საფუძვლიანად გამოიკვლია 6 საშოს ტიხარის შენობა, მათ შორის 5 იყო ნაფლეთოვანი და მხოლოდ ერთი მთლიანი, იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ეს წარმოქმნანი უფრო ადგილობრივი, ხასიათის არის და წარმოსდგება საშოს შუათანა ნაოჭების (columnae rugarum) ნომეტებული ზრდით და განვითარებით, რაც ხდება საშოს განვითარების განსაზღვრულ ხანაში. ჩვენ ავადმყოფს ტიხარი ამოვკვეთეთ ერთის მხრივ იმიტომ, რომ ის როგორც აღნიშნული გვქონდა ორსულობის და მშობიარობის დროს გართულებას იწვევს. ამ წარმონაქმნს ავტორთა უმეტესობა ისე უცქერის, როგორც კეთილთვისებიან ხორცმეტს და ამოკვეთა საჭიროდ და მიზანშეწონილად მიიჩნიათ. მეორეს მხრივ, უნდა აღვნიშნო, რომ ამ წარმოქმნის შენობის შესწავლა საზოგადოდ იშვიათად შეადგენდა კვლევა ძიების საგანს. საშოს მთლიანი ტიხარი მხოლოდ ორ შემთხვევაშია გამოკვლეული, ისიც ისეთ შემთხვევაში, როცა საშილოსნოს მხრივ არავითარ არანორმალობას აღავი არ ქონდა. ამი-

ტომ ჩვენ გვსურდა ამ ტიხარის ჰისტოლოგიური სტრუქტურის გაგება. აპრიორულად შესაძლებლად მიგვაჩნდა ამ წარმონაქმნში რომელიმე ემბრიონალურ სადანართა ნაშთის ნახვა, მართლაც და თუ ტიხარი წარმოიქმნა Muller-ის სადინართა კედლების შეუერთებლობით, ამის დამამტკიცებელ ნაშთსაც ვნახავდით. ჩვენ მიერ ამოკვეთილი ტიხარი მაკროსკოპიულად წარმოადგენდა ლორწოიან გარსის მინაგვარ ნაფლეთს, რომლის წინა ნაპირის სიგრძე უდრიდა 6 სანტ. უკანა ნაპირის 5-ს. ტანი კარიპსისაკენ 4 სანტ., სისქე $\frac{1}{4}$ სანტ. საშვილოსნოსაკენ განი 3 სანტ. სისქე $\frac{1}{2}$ სანტ. ამ ტიხარის მიკროსკოპიულმა გამოკვლევამ, რომელიც ჩვენის თხოვნით, წარმოებული იყო პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტის კაბინეტში, რისთვისაც მის გამგეს დოცენტს ვ. ჟღენტს დიდს მადლობას ვუძღვნი, შემდეგი გვიჩვენა:

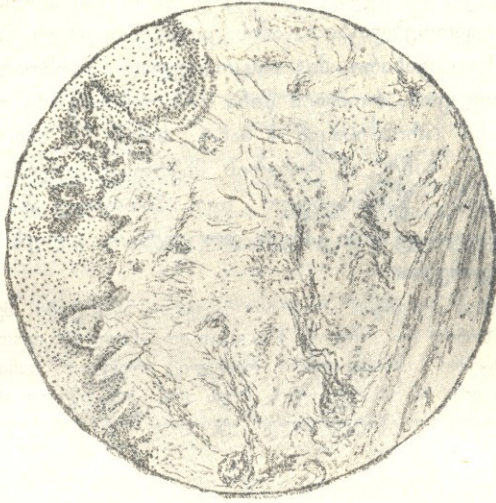
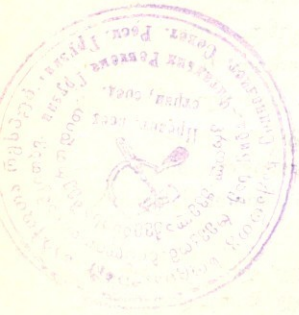
ტიხარის სხვადასხვა ალაგიდან ამოჭრილ ნაკვეთთა ანათლები შეღებილი იყო ჰემატოქსილინ-ეოზინით, ვანგიზონით და აგრეთვე Fucsin-ით. ანათლები ორთავე მხარეს დაფარულია მრავალფეროვანი, ბრტყელი ეპიტელიუმით, რომელიც არაფრით განიჩქევა საშოს ისეთივე ეპიტელიუმიდან. ალაგ-ალაგ ამ ეპიტელიუმის შრეს არა თანასწორი სისქე აქვს. ალაგ-ალაგ მკაფიოდ მოსჩანან გარქავებულ ეპიტელიალურ უჯრდთა შრე (იხ. სურ № 1.). ფუძე! ტიხა-



სურ. № 1.

რისა შესდგება შემავრთებელი ქსოვილისაგან, სადაც მოსჩანს შედარებით მრავალი სისხლის მილფი; სხვადასხვა ყალიბისა. სანათური სისხლის მილფისა გაგანიერებული, კედლები გათხელებული. ალაგ-ალაგ სანათურს ემჩნევა ზედმიწევნით უსწორო მოხაზულობა, რაც უფრო ხშირად ხდება, როცა კედლების სხვადასხვა სეგმენტებს არა თანასწორი სისქე აქვს. არა—იქ პრეპარატში ნერვების ტოტებიც გვხვდება. ეპიტელიუმის ქვეშა ქსოვილი შესდგება კოლაგენური ბოჭკოების კონებისაგან, რომელსაც უმთავრესად ტიხარის ზედაპირის თანვლივი მიმართულება

აქვს. ალაგ-ალაგ ბოქვების მიმართულება იკვლება. კოლაგენურ ბოქვებთან ერთად მოსჩანს ელასტიური ბოქვებიც, რომელთაც განწესრიგება ყველგან ერთნაირი არ არის. (იხ. სურ. № 2)



სურ. № 2.

შუაგულ შრეში აღნიშნულ ბოქვების გარდა არის სადა კუნთების ბოქვებიც ცალკე-ცალკე ეკუმულირები და კონებიც (იხ. სურ. № 3). არავითარი სტრუქტურული ელემენტები, რომელიც, გვაგონებდეს ემბრიონალურ სადინართა ნაშთს არსად მოსჩანს.



სურ. № 3.

ამ გვარად გასინჯული ტიხარის პათოლოგიური სურათი თითქმის ისეთივეა, როგორც საზოგადოდ საშოს კედლებისა და ბევრში წააგავს პროფ. Ka-

кушкин-ის მიერ გამოკვლეულ ამგვარივე ტიხარის სურათს. მაგრამ ამ სურათის მიხედვით ჩვენ არ შეგვიძლია ტიხარის წარმოქმნა საშოს შუა ნაოჭების ზომამზე ზედმეტ ზრდას და განვითარებას დაუკავშიროთ და გავიზიაროთ ამ მხრივ Ка-кушкин-ის მოსაზრება.

დასასრულ დიდ მადლობას ვუძღვნი ჩემ ძვირფას მასწავლებელს პროფ. ივ. თიკაძეს მუშაობაში ხელმძღვანელობისათვის.

საბიბლიოგრაფია

ლიტერატურა.

1. Карницкий: К вопросу об uterus bicornis duplex et vagina septa. Журн. Акш. 1903 г.
2. Пиантковский. Uterus duplex separatus s. di. delphys. Журн. Акушерства 1892 г.
3. Дружинин; К казуистике uteri di delphys cum vagina septa. Журн. акуш. и женск. бол. 1896 г.
4. Штоль, К статистике беременности при двурогой матке. Журн. акуш. и женск. бол. 1892 г. VI г.
5. А. Новиков, Беременность при двух матках. Журн. акуш. 1901 г. XV г.
6. Эмельянов. Случай X-ой беременности при uterus duplex separatus cum vagina duplice separata. Журн. Акуш. 1911 г. стр. 46.
7. Выховский, случай двойной матки с двумя раздельными влагалищами. Журн. Акуш, и женск. бол. 1896 г.
8. Личкус. К вопросу о беременности при уродстве матки. Врач 1892 г.
9. Личкус. Врач. 1884 г.
10. Буяльский, В — мед. Ж. 1833 г.
11. Татарская. Сл. беременности и родов при uterus bicornis duplex с. vagina septa. Журн. Акуш. 1914 г.

მისთვისაც წინააღმდეგობა წინააღმდეგობა უწყვეტად იმის მიმართ, რომელიც
მისთვისაც წინააღმდეგობა წინააღმდეგობა უწყვეტად იმის მიმართ, რომელიც

საზოგადოებრივი პედაგოგია.

ბ. მკრძანიძე.

ტფილ. უნივერსიტ. ტროიკულ სწავლებათა განყოფილების ასისტენტი.

ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ საქართველოში *).

ჩემი მოხსენების მიზანია სუბიექტური გაუგებრობის დასაშლელი იმის, რაც საქართველოს მალარიის დასაბრუნებლად ჩვენში—და მოკლედვე მოგახსენოთ—რა მდგომარეობაში ვიმყოფებით ამ მხრივ დღეს.

საქართველოს მძიმე მალარიულ ადგილების ჩამოთვლით და ცალკე მაზრების და პროვინციების ერთმანეთთან პროცენტულ შედარებით აქ არ მოგაწყენთ. ამაზე ბევრი თქმულა და ეს ყველამ უკვე კარგად იცის. ვისაც ეს აინტერესებს, მგონია, ცოტაოდენ ცნობას მისცემს აქვე წარმოდგენილი რუქა და დიაგრამა.

მალარიის წინააღმდეგი ბრძოლა დაიწყო 1921 წ., როდესაც ამ სენის ექნობამდის წარმოუდგენელმა ეპიდემიამ ჩვენი საზოგადოება დააფიქრა და გამოაფხიზლა. მანამდე მალარია ჩვენ თითქოს იოლ ავადმყოფობად გვეჩვენებოდა და დიდი ყურადღების ღირსადაც კი არ ვთვლიდით. 1920 წელს ექ. სემონ კანდელაკის მეთაურობით და ექ. მ. მარუაშვილის მონაწილეობით გაემგზავრა პირველი მალარიის საწინააღმდეგო ექსპედიცია ყარაიაში და 1921 წელს ამავე ექსპედიციამ იმოგზაურა კახეთში და ალაზანს გაღმა რაიონი მოიარა. მაგრამ ეს ექსპედიციები იყო სპორადიული. მათ ჰქონდათ უფრო გამოკვლევითი ექსპედიციის ხასიათი. შედეგად იყო ის, რომ აქ, ტფილისში, ამ ექსპედიციამ 1921 წ. უფრო ნათლად წარმოგვიდგინა ის სურათი თუ, რადღეს აყრიდა მალარია ჩვენს ქვეყანას. ამავდროს თვით ტფილისიც გახდა მოწამედ იმ საშინელებისა, რომელიც ჩვენს თვალწინ დაატრიალა მალარიამ ჩვენს დედა ქალაქშივე. 500 მალარიის მსხვერპლი საბურთალოში ტფილისის ექიმებს ჯერ კიდევ დიდხანს არ დაავიწყდებათ. თითქოს საბურთალოს უბედურება იყო საჭირო, რომ მალარიის წინააღმდეგი ბრძოლა უფრო შესაფერისად ენერგიულად დაწყებულიყო.

ტფილისი მაშინვე შეუდგა ენერგიულ და მიზანშეწონილ ბრძოლას. მან ამ სენს სათავიდანვე შემოუარა, არ დაერია არავითარ ხარჯს, რომ დედა ქალაქისთვის ეს უკულტურობის პირველი ნიშანი—მალარიის თარეში—თავიდან აეცილებინა. სამი წლის დაუღალავი, შეუწყვეტელი და მიზანშეწონილი ბრძოლის

*მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს მაისში 1924 წ.

წარმოებით **) მან ბრწყინვალე შედეგებს მიაღწია. ქაობების დაშრობით, მთელ საბურთალოს მცხოვრებთა რეგისტრაციით პერიოდულად მათი სისხლის გაშინჯვით, კოლოების კონტროლით, ამ კოლოების ცხოვრების პირობების შესწავლით და ქინის შეუზღუდავი, მაგრამ რაციონალური, მიწოდებით მცხოვრებლებისათვის, ტფილისმა იმას მიაღწია, რომ დღეს საბურთალოში მალარიით დაავადება წინანდელ 100% მაგიერ მხოლოდ 10—15%-ში გამოიხატება. ჩვენ ამას ბრწყინვალე გამარჯვებადა ვთვლით, მით უმეტეს, რომ ეს მუშაობა საბურთალოში ტფილისის ჯერ არ დაუსრულებია. ბრძოლა და მუშაობა ამ მხრივ კვლავ წინანდებური ენერგიით სწარმოებს: ქაობები ჯერ სულ არაა დაშრობილი, და არაა კიდევ მოშორებული აქა-იქ პარაზიტების მატარებელი მცხოვრებლები, რომლებიც თავიანთ შეუვნებლობის თუ დაუდეგობის გამო ამ ბოლო დრომდის არ აწარმოებდნენ ენერგიულად თავისთავის წამლობას, რომელსაც მათ აწვდიდა და აწვდის საბურთალოს სამალარიო ექსპედიცია. იმედია ტფილისის ჯანმრთელობის განყოფილების სათავეში მდგომნი ამ შუა გზაზე არ შეჩერდებიან და დაწყებულ სანაქებო საქმეს ჯეროვანად დაასრულებენ. საბურთალოს ისტორია ისეთი სამაგალითო და თითოთ საჩვენებელი მაგალითია მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლისა ჩვენს ქვეყანაში, რომ მას გვერდი ვერ აეხვევა.—სხვა მალარიან მაზრებსაც რომ მივბაძნათ ტფილისისათვის და იმის ნახევარი მაინც გაეკეთებინათ, რაც ტფილისმა გააკეთა, დღეს ეს მაზრებიც გაბედნიერებულნი იქნებოდნენ იმავე შედეგებით, რაც მიიღო ჩვენმა დედაქალაქმა. 1921 წ. მალარიის ებიდემიამ გამოიწვია სამალარიო ექსპედიციების დაგზავნა საქართველოს ძლიერ დაავადებულ კუთხეებში. ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატმა 1922 წ. დაგზავნა მოკლე ვადიანი ე. წ. „სეზონის“ ექვსი ექსპედიცია: 2—კახეთში, 1—ბორჩალოში, 1—სამტრედიისში, 1—სამეგრელოში და 1—გურიაში. თითო ექსპედიცია შესდგებოდა 1 ექიმისგან, 1 მისი თანაშემწისაგან და ერთი სანიტარისაგან. ექსპედიციები ურიგებდნენ ხალხს ქინას და, ამას გარდა, მათ დაავადებული ჰქონდათ მეცნიერული ხასიათის გამოკვლევების წარმოებაც და ამასთანავე პროაგანდა მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლისა. ექსპედიციებს ხალხი ბლომად მოაწყდა და ამიტომ დროს ნაკლებობის და მუშა ხელის ნაკლებობის გამო საერთოდ ამ ექსპედიციებმა ქინის დარიგების გარდა ბევრის გაკეთება ვერ მოასწრეს. საბოლოოდ ეს ექსპედიციებიც თავის შედეგებით ისევ ის დამზვერი გამოკვლევე რაზმები გამოვიდნენ, როგორც 1920 წ. და 1921 წ. ექ. კანდელაკის ექსპედიციები. ამ ექსპედიციებმა მხოლოდ მოგვცეს უფრო სწორი სურათი ამ კუთხეების დაავადებისა. პრაქტიკულადაც ოთხი თვის ქინის დარიგებამ დიდი შედეგი არ მოგვცა. ამას მოწმობენ ის ექსპედიციები, რომლებიც 1923 წ. ამავე ადგილებში იყო წასული. მცხოვრებლების დაავადებამ 1922 წ. დარიგებული ქინის გამო არაფრით არ მოიკლო. 1923 წ. მალარია ამ ადგილებში ისევ მძვინვარებდა, როგორც წინა წლებში. შედეგი მხოლოდ ის იყო, რომ იმ რაიონის მცხოვრებლები 4 თვეს ფეხზე იდგნენ და ცოტად თუ ბევრად მუშაობა შეეძლოთ.

1922 წელი აღინიშნა ფრიალ მნიშვნელოვანი ორი მომენტი: ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატმა გახსნა ცენტრალური სამალარიო სადგური, და-

**) სახელმწ. უნივერსიტ. ტროპიკულ სნეულებათა განყოფილების ხელმძღვანელობით.

წესებულება, რომელმაც თავისი მეცნიერული კვლევა ძიებით და მის პრაქტიკასთან და სინამდვილესთან შეფარდებით სწორი ხაზი უნდა მისცეს მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლას და სახელმწიფო უნივერსიტეტმაც დაარსა ტროპიკულ სნეულებათა განყოფილება. ორთავეში მალარიის შესწავლას შეუდგნენ რესპუბლიკანური მასშტაბით. სხვა აღარაფერი გაკეთებულა ამ წელს. მთელი ენერგია იხარჯებოდა ქინის ძებნაში, რადგანაც 1921—1922 წლები აღინიშნებოდა ჩვენში ქინის უქონლობით და სიძვირით. ჯამრთელობის კომისარიატმა ცოტად თუ ბევრად მაინც სძლია ეს გასაჭირი და ხალხში დასარიგებლად ქინა იშოვა.

1922 წელსვე დაიწყო ანტიმალარიული ბრძოლა რკინის გზამაც. მე არას ვიტყვი სხვა ხაზებზე, ვიტყვი მხოლოდ რკინის გზის საქართველოს ნაწილზე. აქ უნდა აღინიშნოს, რომ რკინის გზამაც თავიდანვე სწორი გზა აიღო. მან დროებითი ექსპედიციები კი არ გაიჩინა, არამედ შემოიღო მუდმივი შტატი მალარიის წინააღმდეგ მებრძოლი ექიმებისა, რომელიც აწარმოებდნენ სისტემატიურ ქინიზაციას მთელ რკინის გზის მოსახლეობისას. ამ გვარ მუდმივმა, სისტემატიურმა ქინიზაციამ თავისი ნაყოფილ გამოიღო. 1921 წ. რკინის გზებზე კინალამ შეჩერდნენ პერსონალის დაავადების გამო, 1922 და 1923 წ. წ. კი ეს ხიფათი რკინის გზას სულაც აღარა ჰქონია.

საერთოდ ქინის რაოდენობის მხრივ უნდა აღინიშნოს, რომ 1921 წ. საქართველოს რესპუბლიკაში 50—60 კილო ქინაც კი არ იყო. 1922 წ. ჯანსახ. კომისარიატმა მოახერხა და იშოვა ხალხში დასარიგებლად 80—100 კილომდის.

1923 წელს მალარიასთან ბრძოლა რესპუბლიკის მასშტაბით საერთოდ იმავე ხაზით სწარმოებდა, როგორც წინა წლებში. განსხვავება მხოლოდ იმაში იყო, რომ 1923 წ. რესპუბლიკაში შედარებით უფრო მეტი ქინა დატრიალდა, მაგრამ მეთოდი ბრძოლისა საერთოდ იგივე დარჩა, ამ წელშიც ისევე დროებითი „სეზონის“ ექსპედიციები იგზავნება. საქართველოს სხვადასხვა კუთხეში ჯანსახკომმა გაგზავნა 4 ექსპედიცია და დაარიგა 200-მდე კილო ქინა. ექსპედიციები გაიგზავნა: კახეთში 1, ყარაიაში 1, სამეგრელოში 1 და სამტრედიის რაიონში 1. საბოლოო შედეგები ამ ექსპედიციებისა ახლა ამ წელს გამოჩნდება. ახლა დავინახამთ, თუ რამდენად შეამცირეს ამ ექსპედიციებმა მალარია დასახლებულ რაიონებში. თუმცა წინანდელ მაგალითებს და თვით მალარიის ხასიათს თუ გავითვალისწინებთ, წინდაწინვე შეგვეძლება ვთქვათ, რომ პრაქტიკულად მალარიანებისთვის ამ ექსპედიციების მუშაობა მხოლოდ პალიატივი იყო, რომელმაც საშუალება მისცა მათ ზაფხულ-შემოდგომაზე ფეხზე მდგარიყვნენ და თავიანთი ჭირნახული მანდვრებიდან სახლში შეეზიდათ. ესეც, რასაკვირველია, დიდი საქმეა ჩვენთვის. მაგრამ ეს არ არის სისტემატიური, მიზანშეწონილი ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ. მალარიის მოსასპობად ფრიალ მნიშვნელოვანი ზამთარში წაპლობა არც გაზაფხულზე აქ არ არის. ტფილისი 1923 წ. კვლავ განაგრძობდა ისევე სისტემატიურად თავის თავიდანვე აღებული გზით სიარულს და მისი შედეგებიც თვალსაჩინო გახდა. რკინის გზასაც საერთოდ არ შეუცვლია თავისი გეგმა მცხოვრებლების ქინიზაციისა თავის ხაზზე, მხოლოდ მიჰყო ხელი პატარ-პატარა ჰიდროტექნიკურ მუშაობასაც და ჭაობების მანუთით მოსხმას. წინა წლების მალარიის უჩვეულო საძლიერემ ქართველი ექიმობა ფეხზე დააყენა.

გაზაფხულზე ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებამ მოიწვია სრულიად საქართველოს ექიმთა პირველი სამალარიო ყრილობა. ესეც ფრიად დიდი მნიშვნელოვანი და აღსანიშნავი მომენტია მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლისა ჩვენში. ამ ყრილობაზე ექსპედიციების და ადგილებიდან მოხსენებებიდან საშინელი სურათი დაიხატა ჩვენი მომავლისა. ყრილობამ მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლა მთავარ კითხვად გამოაცხადა ჩვენს რესპუბლიკაში და ფრიად საეულის-სხმიერო და მნიშვნელოვანი რეზოლიუციები გამოიტანა. ამავე წელს ზაფხულში მალარიის წინააღმდეგ მებრძოლთ მოქმედა კიდევ ერთი დაწესებულება — ეს გახლავთ საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოება. ამ საზოგადოებამ თავის ერთ-ერთ მთავარ მიზნად მშვიდობიანობის დროს გამოაცხადა ბრძოლა სოციალურ სწეულებებთან და ამათში უპირველესად ყოვლისა მალარიის წინააღმდეგ. ამ თავის მიზნის განსახორციელებლად მან გაგზავნა ერთი დიდი მუდმივი ექსპედიცია პატარა ლაბორატორიით კახეთში ალახანს გაღმა ლავოდეს-აფენის რაიონში, გახსნა ერთი მუდმივი საექიმო პუნქტი სოფ. მანავში გარე კახეთში, 1 მუდმივი პუნქტი სოფ. ნატახტარში დღუშეთის მაზრაში, ერთიც ამ ბოლო დროს სოფ. ბაშში, ქუთაისის მაზრაში; აჭარაში მოქმედობს წითელი მთვარის სამი საექიმო პუნქტი: ქობულეთში, აჭარის წყალზე და ქედაში. ტფილისში ცენტრალურ ამბულატორიასთან წ. ჯ. გახსნა სპეციალურად მალარიანთა ამბულატორია საკუთარი ლაბორატორიით. ამას გარდა ტფილისის ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილების თხოვნით გაგზავნა მალარიულ სეზონში კიდევ ორი დროებითი მფრინავი საექიმო რაზმი მცხოვრებთა ქინიზაციისთვის სართიჭალისა და საგარეჯოს რაიონებში, აგვისტოდან დღევანდლამდე საქ. წითელმა ჯვარმა დაარიგა ხალხში 80-მდე კილო ქინა. ყველა ეს პუნქტები ერთდროულად არ არის გახსნილი. იგინი ერთი ერთმანეთზე მიყოლებით თან და თან იხსნებოდნენ მაგალითად ბაშის პუნქტი სულ 3 თვეც არ არის რაც გაიხსნა. ყველა პუნქტების მთავარი მიზანია მალარიასთან ბრძოლა. საქართველოს წითელ ჯვრის საზოგადოებას თავისი გეგმა აქვს შემუშავებული, რომლის მიხედვითაც საექიმო პუნქტები უნდა გაიხსნას მძიმე მალარიით დაავადებულ ადგილებში და აზრად აქვს ამგვარი პუნქტების ქსელი თანდათან შექმლებისდაგვარად გააფართოვოს. ამ საზოგადოებამ თავიდანვე უარჰყო დროებითი „სეზონის“ ექსპედიციების გზავნა, როგორც მიზანშეუწონელი და გაუმართლებელი ხარჯი. მას უფრო სწორად მიაჩნია იყოლიოს მუდმივი საექიმო პუნქტი ერთსა და იმავე რაიონში, რომელიც მალარიანთა სისტემატიურს და პერიოდულს წამლობას ახდენს მთელი წლის განმავლობაში ზამთარ-ზაფხულ. ამგვარი მეთოდი უფრო სასარგებლო და მიზანშეუწონილად მიიჩნია წითელმა ჯვარმა საბოლოო მიზნის მისაღწევად. ჩვენ ვიცით რომ მალარიანის ერთი დაკვრით მორჩენა შეუძლებელია, რომ მას რეციდივები აღრე თუ გვიან დაეწყო და ამით იგი სხვებისთვისაც საშიში ხდება ინფექციის გადატანის მხრივ. მალარიანი საჭიროებს 2 და ხშირად სამი წლის განმავლობაში ენერგიულს სისტემატიურს წამლობას, რომ განთავისუფლდეს თავის სენისაგან და ამ მხრივ სამ-ოთხი თვიანი სეზონის ექსპედიცია რას მოუტანს მალარიანს? იგი ავადმყოფს ვერ განკურნავს, მხოლოდ მისცემს მას საშუალებას თავისი კირანხული მინდვრიდან ბელელში შეიტანოს და სხვა არაფერს. ამას

გარდა საქართველოს წითელმა ჯვარმა გადასდგა ნაბიჯი იმ რაიონებში, სადაც პუნქტები მუშაობენ, ჰიდრო-ტექნიკური გამოკვლევის მოსახდენად და ხარჯთ-ალრიცხვის შესადგენად კოლოების გამრავლებისთვის ხელსაყრელ პირობების და ქაობიანობის მოსასპობად. ეს ნაბიჯი ჯერ ახალია და არ დასრულებულა. ყველა ეს თხოულობს ერთდროულად დიდს ხარჯს, რის გაღებაც ამ ჟამად უცბად წითელ ჯვრის საზოგადოებას არ შეუძლიან; ამიტომ იგი ნელ-ნელა შეძლებისდაგვარად აწარმოებს ამ საქმეს.

1923 წ. აღსანიშნავია კიდევ იმით, რომ ჯან. სახ. კომის. ცენტრალურმა სამალარო სადგურმა გახსნა კურსები ექიმებისათვის სპეციალურად მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის მოსამზადებლად. ამ წელს ორი კურსი გატარდა. დიდად მნიშვნელოვანია სპეციალური განათლება და მომზადება პროვინციაში მყოფ ექიმებისა ამ საქმეში. როცა ამგვარი ექიმები ყველგან გვეყოლება, მაშინ მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლა უფრო გაადვილდება, მიზანშეწონილად და სისტემატიურად იწარმოებს. მე თვითონ გახლდით პროვინციაში მოწამე თუ ამ კურსებ გათავებული ექიმები რა ენერგიით და ხალისით ჰკიდებენ ხელს ადგილობრივ მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლას. ეს დიდი ნაბიჯია ამ ბრძოლაში.

როგორც ამ მოკლე მიმოხილვიდან სჩანს, ამ სამი წლის განმავლობაში თუმცა სწარმოებდა ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ, მაგრამ არა ერთიანი, ერთი გეგმით, სისტემატიური მთლიანი, არამედ ყოველი დაწესებულებას თავისი გეგმა ჰქონდა და თავისი მეთოდი. ერთიან ხაზს, ერთიან გეგმას ჩვენ ვერ ვხედავთ. 1924 წ. ამ მხრივ უფრო ბედნიერი ხდება. ეს განცალკევებული მუშაობა ცალკე დაწესებულებებისა ბოლოს ყალიბდება ერთად მთავარ სამალარო კომიტეტის სახით ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატთან. ამ მთავარ კომიტეტში თავს იყრიან, როგორც ის დაწესებულებები, ვინც აწარმოებს პრაქტიკულად ბრძოლას მალარიის წინააღმდეგ, ისე მეცნიერული ძალები ჩვენი უნივერსიტეტიდან და წყლის გამგებლობაც თავისი ჰიდროტექნიკური ორგანიზაციებით. ამ კომიტეტის საშუალებით უფრო სისტემიანი შეიქმნება ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ, სამუშაო ყველა ორგანიზაციაში მიზანშეწონილად იქმნება განაწილებული და ნელ-ნელა შევუდგებით მთლიან გეგმის შესრულებას სახლმწიფო მასშტაბით. მისასაღმებელია ასეთი ერთად შეერთება ყველა ორგანიზაციებისა ამ საქმისათვის.

მეორე მნიშვნელოვანი მომენტი ამ წელს გახლავთ ჯან. სახ. კომ. ცენტრალური სამალარო სადგურის ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტად გაფართოვება. ამით გაფართოვდა აგრეთვე მისი მოქმედების ჰორიზონტიც. გაფართოვდება მამასადამე სამალარო კურსებიც ექიმთათვის და უფრო ფართო ცნობებს მიაწვდიან პროვინციელ ამხანაგებს.

შემდეგ უნდა აღვნიშნოთ, რომ მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლაში ჩვენ სხვა ერებიც თანაგრძნობით გვიცქერიან და ხელს გვიმართავენ. საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებამ, შარშან რომ ჩაერია მალარიის საწინააღმდეგო ბრძოლაში თავიდანვე შეიგნო, რომ ეს ბრძოლა მძიმე იქნებოდა და მარტოდ ძლიერ გაუძნელდებოდა ამ ბრძოლის წარმოება. რადგანაც ამ საზოგადოებას აქვს უშუალო დამოკიდებულება სხვა ქვეყნების წითელი ჯვრის საზოგადოებებთან.

ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ საქართველოში.

მან მიმართა. მათ და სთხოვა დახმარება. ჯერების ინტერნაციონალური კავშირი მაშინვე გამოეხმაურა ამ მომართვას და ამას შედეგად მოჰყვა, ის რომ საქართველოში მან გამოგზავნა თავისი წარმომადგენელი ბ—ნი ვერლენი ჩვენი მდგომარეობის გასაცნობად და თან საქართველოს წითელ ჯვრის საზოგადოებას გამოუგზავნა ჯერ-ჯერობით 200 კილო ქინა. მათ სურთ ამას გარდა საქართველოში გამოგზავნონ სპეციალური მალარიის წინააღმდეგ მებრძოლი რაზმი სადგურის სახით. როგორც ვხედავთ ჩვენმა საქმიანობამ და ჩვენმა მდგომარეობამ უცხოელთა ყურადღებაც მიიპყრო და ახლა მარტონი ალარა ვართ ჩვენ წინ მყოფ მძიმე ამოცანის წინაშე მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლაში. ეხლა ჩვენ უფრო გაათქვამებულ ენერგიით შეგვიძლიან შევუდგეთ ამ საქმის გაგრძელებას.

1924 წ. პრაქტიკული ბრძოლის გეგმა ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატისა შემდეგია: 1) განზრახულია ათი დროებითი „სეზონის“ ექსპედიციის გაგზავნა დაავადებულ კუთხეებში ოთხი თვის ვადით. თითო ექსპედიციას ნავარაუდევია მიეცეს 50 კილო ქინა. (სულ 500 კ. ქ.) 2) 7 სამალარო სადგურის გახსნა მძიმე მალარიან ადგილებში. და ჯერ-ჯერობით 165,000 კაცის ქინიზაცია, რისთვისაც საჭიროა, თუ თითო კაცზე ვინაგარიშებთ 30,0 ქინას, 5000 კილო ქინა. ამის განხორციელებისათვის გამოთხოვილია 563,000 მანეთი, რაც, როგორც ვიცით, ჯანმრთელობის კომისარიატს ჯერ არ მიუღია. 4) ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტს განზრახული აქვს წელს აწარმოვოს სამალარო კურსები უფრო გაფართოებული პროგრამით.

საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებამ, მისმა აფხაზეთის ავტონომიურმა განყოფილებამ წელს გახსნა აფხაზეთში ორი სამალარო საექიმო პუნქტი პროვინციაში და ერთიც პატარა სამალარო სადგური შიგ სოხუმში. მეტი ახლის გახსნა ჯერ-ჯერობით ამ საზოგადოებას არ შეუძლიან შესახრობის გამო. იგი სცდილობს შეინარჩუნოს და უზრუნველჰყოს ქინით ის პუნქტები, რომლებიც მას ღლეს აქვს, და გააფართოვოს მათი მოქმედება ჰიდრო-ტენიკური გამოკვლევებით და ამით გაანაყოფიეროს მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის შედეგები. საერთოდ კი თავისი გეგმა ექმნება სახელმძღვანელოდ და ნელ-ნელა გახსნის ახალ-ახალ პუნქტებსაც თავის ქონების მიხედვით მალარიან ადგილებში.

თუ რა დიდი ყურადღება მიექცა ჩვენში მალარიას, ამის მაჩვენებელია ის გარემოებაც, რომ საკურორტო მმართველობამ გადასწყვიტა საქართველოს კურორტების დეტალურად შესწავლა მალარიის მხრივ და მართლაც კურორტები როგორ იკურორტებენ, თუ მალარია იქნება? ესეც დიდი და გასახარი ნაბიჯია მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის მსვლელობაში.

მიუხედავად ამისა, ყველაფერი ის, რაც აქნობამდის ვაკეთებულა ჩვენში, ჯერ მხოლოდ ერთი კოვზია ზღვაში. უმთავრესი საქმე—ჭაობების ამოშრობა, ჯერ არც კი დაგვიწყია, თითქოს გვეშინიან კიდევ ამ საქმეს მოვკიდოთ ხელში, ისე სამძიმოდ და უიმედოდ გვეჩვენება იგი. ეს კი უმთავრესია. მარტო ქინიზაცია და მალარიანთა წამლობა არ გვიშველის და მალარიას არ მოგვისპობს. ამის თავდება, ღლეს იტალააც და ჩვენი აქნობამდის წარმოებული პრაქტიკული მუშაობაც. ქინიზაცია და ჰიდროტენიკური მუშაობა ერთად უნდა მიდიოდეს—მაშინ შედეგები უფრო თვალსაჩინო და ჩქარიც იქნება, როგორც ტფილისის

მაგალითი გვიჩვენებს. ამასთანავე იმასაც უნდა გაეწიოს ანგარიში, რომ ჩვენი ხალხი დაუდევარია: არა თუ პროფილაქტიური ქინიზაცია, არამედ თვით მალარიის სისტემატიური წამლობაც კი ძნელია, მეტადრე პროვინციაში. საქმარისია რომ ავადმყოფს აღარ ვააციოს და ისიც ანებებს წამლობას თავს, სანამ ისევე ციებას არ დააწყებინებს. ასეთი მდგომარეობა აძნელებს და აგვიანებს ხალხის გაჯანსაღებას. მით უმეტეს გვემართება ჩვენ ჭაობების ამოშრობის საქმეს რაც შეიძლება ჩქარა შეუდგეთ. რაც უფრო დავაგვიანებთ ამ საქმეს მით უფრო მეტი გაუმართლებელი მიზანშეუწყონელი ხარჯი მოგვივა, რომელსაც შეიძლება ფულების ტყუილად გაფლანგვაც ვუწოდოთ. მაგრამ როგორ მიუდგეთ ამას? აქ არა გამოვა რა, თუ ამაში თვით ჩვენივე ხალხი, მკვიდრნი იმ ადგილებისა, საცა ჭაობებია, არ დავინტერესეთ.

1) **პროპაგანდა** ამისთვის საჭირო. სისტემატიური, მეთოდური პროპაგანდა მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლისა. პოპულარული წიგნებით, ამ საგანზე ბასით, ლექციებით და სხვა ამგვარებით ჩვენი ხალხის გონებაზე უნდა ვიმოქმედოთ და ვაძილოთ თვითონ მოჰკიდოს ხელი თავის უახლოეს მიდამოს გაჯანსაღებას. ამაში დიდი საქმის გაკეთება შეუძლიან პროვინციის ექიმებს ყველას თავ-თავის რაიონში.

2) **მეორე ამოცანა იქნება ჩვენი ქვეყნის დეტალური გამოკვლევა მალარიის გავრცელების მხრივ.** ექსპედიციები ამას საერთოდ აწარმოებენ აქ-იქ ამოჭრილ ადგილებში, საჭირო კია ყოველი სოფლის, ყოველი გუბეს გამოკვლევა და აღნიშვნა. უნდა შესდგეს დაწვრილებითი რუქა ჩვენი ქვეყნისა, საცა ყოველი ადგილი ამ მხრივ უნდა იყოს გამოკვლეული და გათვალისწინებული. ყურადღება უნდა მიექცეს ამთავიდანვე სულ მცირედ დაავადებულ ადგილებსაც, ჯერ ერთი რომ ამგვარ ადგილების გაჯანსაღება ვაცილებით უფრო ადვილია და მეორეც იმიტომ, რომ ასეთი ადგილები, თუ უყურადღებოდ დავტოვეთ, ძლიერ ადვილად შეიძლება უმძიმეს მალარიის ადგილებად გადაიქცენ. ამის ნიშნები ჩვენ უკვე გვაქვს: გორის და დუშეთის მაზრები, წინად თუ სუსტ მალარიის ადგილებად ითვლებოდნენ, ეხლა უკვე მძიმე მალარიის ფორმებს იძლევიან და თვით ინფექციაც თანდათან აქ ფართოდ იკიდებს ფეხს. თუ კიდევ დავაყენებთ და ყური არ ვუვადებთ ეს ადგილებიც მალე ალაზანის და რიონის ვეჯის მინაგვარი გახდებიან.

3) **მესამე და ფრიალ მნიშვნელოვანი ამოცანაა მალარიის საწინააღმდეგო ფონდის დაარსება.** ყველგან როგორც ვხედავთ უსახსრობა, უფულობა გვიშლის ხელს, რომ ბრძოლა ჯეროვანი სიფართოვით ვაწარმოოთ. აქ როგორც სახელმწიფო, ისე მთელი საზოგადოება უნდა ამოძრავდეს და, ყოველ პირობებს გარეშე, უნდა საგრძნობი თანხა შეგროვდეს ამ ფონდისათვის. მალარია ეროვნული უბედურებაა ჩვენთვის და ამიტომ მთელი ერი ფეხზე უნდა დადგეს მის წინააღმდეგ.

4) **საჭიროა მალარიის საწინააღმდეგო სპეციალური კანონმდებლობა** გამოუმუშავებული კომპეტენტური ორგანოების მიერ. ამ კანონების მტკიცე შესრულებას ისევე უნდა ედევნოს თვალყური, როგორც სისხლის სამართლის კანონების შესრულებას.

„მოქალაქეობის“ კვირეული

5) საჭიროა შემუშავდეს ერთი, მთლიანი წლობით განაწილებული, ბრძოლის გეგმა. ყოველ წელს დანიშნული სამუშაო განაწილებული უნდა იქნეს ყველა მებრძოლ ორგანიზაციებს შორის და ეს წლიური ამოცანა იმ წელსვე უნდა იქნეს შესრულებული. ამგვარი მეთოდური, რეგულარული მუშაობა უფრო ჩქარა მოგვცემს კარგ შედეგს, უფრო მიზანშეწონილი და იაფიც იქნება.

6) ახალგაზდა ქართველი ექიმები თავიდანვე უნივერსიტეტშივე უნდა ეცნობოდნენ მალარიას და მის წინააღმდეგ ბრძოლის მეთოდებს და აგრეთვე სხვა ტროპიკულ სნეულებებს. ჩვენი ქვეყანა სუბტროპიკული ქვეყანაა და განსაკუთრებულ პირობებში მდებარე. აქ ჯერ კიდევ ბევრია გამოსაკვლევ და ბევრი ისეთი რამეები აღმოჩნდება, რომლის არსებობას ჩვენს ქვეყანაში იქნება სულაც არ მოველოდით აქნობამდის. ტროპიკული მედიცინის გეგანტური ზრდა ამ ბოლო ხანებში გვაძლევს საბუთს ასე ვიფიქროთ და ამასთანავე გზასაც გვიკვლევს ამისაკენ. ტროპიკული მედიცინა საქართველოში მხოლოდ თავის მკვლევარებს უცდის. ჩვენმა კლინიკებმა და ინსტიტუტებმა ამას ანგარიში უნდა გაუწიონ და სწავლა ისე უნდა დააყენონ, რომ ძირითადი პრინციპების გვერდზე „ჩვენი ქვეყნის მედიცინის“ ეს თავისებური მოთხოვნილებაც უცხო არ იყოს ახლად გამოსულ ექიმებისათვის. ჩვენმა საექიმო ფაკულტეტმა ეს გეზი უკვე აიღო და თავისი ნაყოფიც მიიღო. იმედია დროს განმავლობაში ეს უფრო განვითარდება და განმტკიცდება და სულ მოკლე ხანში ცალკე სპეციალური, ტროპიკულ სნეულებათა სვალდებულო კათედრის გახსნით დაგვირგვინდება. ჯერ-ჯერობით კი, კერძოდ მალარიის საწინააღმდეგოდ, ფართოდ უნდა ისარგებლოს მეტადრე პროვინციულმა ექიმებმა ტროპიკული ინსტიტუტის სამალარიო კურსებით ექიმთათვის და შეისწავლოს მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის მეთოდთა მანერა. ჩვენს პირობებში თუ, სხვა არა, კოლო Anopheles-ის კარგად ცნობა მაინც, როდესაც ეს კოლო პირდაპირ ჩვენი აუცილებელი, შინაური ცხოველი გამხდარა, უეჭველად საჭიროა ქართველი ექიმისათვის. ამით იმას მაინც მივალწვეთ, რომ გვეცოდინება რა ადგილებია საშიში ან შეიძლება საშიში გახდნენ მალარიის მხრივ. აი, ამ ახლო მომავლის ჩვენი სამოქმედო გეგმა მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლისა ტლანქ ხაზებში. ამას დეტალიზაცია სჭირდება. ახლად დაარსებული მთავარი სამალარიო კომიტეტი, როგორც უმაღლესი კომპეტენტური დაწესებულება, რასაკვირველია, ყოველ ღონეს იხმარს ამ გეგმის გაფართოების, შესწორება-შეგვებისთვის პირობების მიხედვით და ცხოვრებაში გატარებისათვის. ეს გეგმა ერთი ან ორი წლის სამუშაოთი კი არ იწურება, იგი ითხოვს ათეული წლის მაინც ენერგიულ სისტემურ მუშაობას. ჩვენ იმედით შევცქერით მომავალს და გვწამს, რომ ენერგიული და მიზანშეწონილი შეთანხმებული მუშაობით, ვძლევთ სამუდამოდ ჩვენს გასაჭირს-მალარიას, რომელიც ჩვენს ერს გადაგვარების გზაზე აყენებს.

საქართველოს პარაზიტოლოგიისა და ენტომოლოგიის საზოგადოება

ქვეყნის მთავრობის და მალარიის საზოგადოების მიერ დაფინანსებულია. მისი მისამართი: ქ. თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ. 100, საზოგადოების ადმინისტრაცია.

III.

პრეპარატიული თერაპია

1. მალარიის წამლობა.

a) მალარიის ჩვეულებრივი, არა რეზისტენტული, ფორმების დროს tertiana-სა და quartana-ს დროს უნდა მივცეთ ავადმყოფს ქინაქინის 1,0 — 3 საათით უფრო ადრე, ვიდრე დაეწყება შემცივნება. შემდეგ ასევე ქინაქინის თითო გრამი უნდა ვაძლიოთ ყოველ დღე იმავე დროს, ვიდრე ციებ-ცხელება არ შეწყდება ან და იმ დრომდე, როდესაც სისხლში მას აღარ ეყოლება შიზონტები.

b) პერნიციოზული ფორმების დროს ქინაქინა უნდა მივცეთ ავადმყოფს დღე-ღამეში 2,0 იმ დრომდე, ვიდრე ციებ-ცხელება არ შესწყდება და ქინაქინის ეს რაოდენობა გავანაწილოთ იმგვარად, რომ მივცეთ ან დღეში ოთხჯერ 0.5 ანდა დღეში ორჯერ 1,0.

შემდეგი წამლობა: a) ჩვეულებრივი ფორმების დროს 8 დღის განმავლობაში უნდა ვაძლიოთ 1,0 ქინაქინა, შემდეგ 2 დღე—პაუზა, 2 დღე ქინაქინა, 2 დღე კიდევ პაუზა, 2 დღე კიდევ ქინაქინა თითო გრამი. შემდეგ 6—8 კვირის განმავლობაში უნდა ვაძლიოთ კვირაში ორჯერ ქინაქინის 1.0.

b) პერნიციოზული ფორმების დროს 8 დღის განმავლობაში უნდა ვაძლიოთ ორ-ორი გრამი ქინაქინა, შემდეგ 2 დღე პაუზა, 2 დღე ქინაქინის თითო გრამი, 2 დღე კიდევ პაუზა, 2 დღე კიდევ თითო გრამი ქინაქინა. შემდეგ ამისა 6-8 კვირის განმავლობაში კვირაში ორჯერ თითო გრამი ქინაქინა.

c) ქინისადმი რეზისტენტული ფორმების დროს წამლობა უნდა სწარმოებდეს ისევე, როგორც პერნიციოზული ფორმების დროს მხოლოდ ამასთან ერთად უნდა ვიხმაროთ Neosalvarsan-ი კვირაში ერთხელ: პირველად 0,3; მეორედ—0.45; მესამედ—0.6 და ეს უკანასკნელი დოზა გავიმეოროთ 6-8 კვირის განმავლობაში.

თუ ავადმყოფს გული სრევა მოსდის, უნდა მივცეთ შემდეგი მიქსტურა:

Rp: Chloroformii

Gummi arabici aa 10.0

Sacchari 20.0

Aq. destillatae ad 200.0

MDS. 1/2-1 სუფრის კოვზი ყოველ თითო საათში.

თუ ავადმყოფს ქინისაგან ყურში შუილი მოსდის, უნდა მივცეთ მას pro die 2,0-3,0 kali bromati.

(Ziemann. Deut. Mediz. Wochen. № 39. 1924).

2 ჰიპერტონიის წამლობა.

Kylin-ის აზრით, ესენციალური ჰიპერტონია ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დაავადებას წარმოადგენს (Sympathicus-ის გადაჭარბება vagus-ზე). იგი

გვირჩევს მისი წამლობას კალციუმით და ატროპინით 2-3 კვირის განმავლობაში. ასეთი წამლობის ზეგავლენით ესენციალური ჰიპერტონიით დაავადებულთა მთელმა რიგმა მისცა მას მკაფიო გაუმჯობესება: სისხლის წნევის დაწვევა ნორმამდე, კალციუმის მომატება სისხლში, ნორმალური რეაქცია ადრენალინის შეშხაუნებაზე, საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება. დოზა: 4 ჯერ დღეში $\frac{1}{4}$ mg. ატროპინისა (0,00025), Calcii chlorati 1 gr. (2-3 კვირის განმავლობაში).

Kraus-იც (Berlin) აგრეთვე უყურებს ჰიპერტონიას არა როგორც ნეფროზის დასაწყისის სიმპტომს, არამედ როგორც ნეფროზს და უნიშნავს წამლობას ბრომით. (K ylin. Klin. Woch. № 38 1924 წ.).

ვლ. გ — მია.

3. ფილტვების ტუბერკულოზის სახლში წამლობის სქემა.

საჭიროა, რომ ავადმყოფი უვნებელი იყოს მის გარშემო მყოფთათვის: ცალკე ოთახი, ყოველ შემთხვევაში, ცალკე კუთხე ოთახში, საწოლი მზიან მხარეს, გამოცვლა თეთრეულისა და ცხვირსახოცისა, საკუთარი კურკელი.

ექიმმა უნდა სისწორით ასწონ-დასწონოს შეფარდება ავადმყოფის ძალ-ღონისა და მის მუშაობას შორის.

ტუბერკულოზის წამლობას საფუძვლად უნდა დაედოს — დასვენება. წამლობაში მეორე ადგილი უჭირავს კვებას და სხვა ფაქტორებს — სინათლეს, ჰაერს, წყალს. წოლა ოთახში ღია ფანჯარასთან სჯობია სეირნობას, რადგან მაშინ ორგანიზმს ნაკლები ხარჯი მოსდის. შემთხვევის სიმძიმის მიხედვით უნიშნავენ: ან 1) აბსოლუტურ დასვენებას ლოგინში, ან 2) ნაწილობრივს, ხანგამოშვებით წოლას სავარძელზე, ან 3) წოლას ლოგინში ჩაცმულად, ან კიდევ 4) წოლასთან ერთად ყოველ დღე 1—4 საათის განმავლობაში მუშაობას სუფთა ჰაერზე ან სახლში, 5) ან ჩვეულებრივ მუშაობას, მხოლოდ მის შემდეგ და აგრეთვე კვირა დღეებს წოლას, ანდა კიდევ 6) ჩვეულებრივ მუშაობას, მაგრამ ძილს 9—10 საათის განმავლობაში. საჭიროა მუდმივი კონტროლი ტემპერატურისა და შესაფერისად დოზიროვკა დასვენებისა. სიცხე უნდა იზომებოდეს დაწოლის წინ 8, 11, 2, 5, 7, და 9 საათზე (პირში 5 წამ., ბავშვებს სწორ ნაწლავში), შემდეგ კი 3 ჯერ დღეში. წოლა ლოგინში საჭიროა, თუ ავადმყოფს აქვს $37^{\circ}, 2-37^{\circ}, 5$, შემდეგ თანდათანობით გადასვლა ჩვეულებრივ წოლაზე e. i. c. სრული შრომის უნარის აღდგენამდე. მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული არა მარტო მუშაობის ხანგრძლივობა ქარხანაში (ან სხვაგან), არამედ დაწესებულების სიშორე მუდმივ საცხოვრებელ ადგილიდან და აგრეთვე მუშაობის პირობები: მტვერი, ზედმეტად მაღალი სიცხე და სხვა.

მაგალითად: ავადმყოფს აქვს ცალმხარეს ღია პროდუქტიული პროცესი. $t^{\circ} - 37^{\circ}, 6$ -მდე. — წოლა ლოგინში.

8 დღის შემდეგ ტემპერატურა ნორმალურია, მაგრამ ტოქსიურ ტახიკარდიის და საერთო სისუსტის გამო წოლა მაინც საჭიროა. კიდევ 8 დღის შემდეგ მაჯა 108', წინედ არსებულის 128' მაგიერად. ამის შემდეგ ყოველ დღე 1—2-ჯერ 2 საათის განმავლობაში ნება ეძლევა წამოწვეს ჩაცმული სავარძელში. თანდა-

თანობით ნება ეძლევა წამოდგომისა სადილობის დროს. შემდეგ სიარულისა: 2 ჯერ დღეში ნახევარი საათით 2-საათამდე (2 კვირას), 12 საათი ლოგინში, 4 საათი მოძრაობაში, 8 საათი კი წამოწოლა. ამის შემდეგ თანდათანობით შემცირება წამოწოლის დროსი, გადასვლა მოძრაობიდან ჩვეულებრივ მუშაობაზე; ამასთან ერთად ავადმყოფმა მთელი თავისუფალი დრო უნდა მოანდომოს დასვენებას და ძილს.

კვება დამოკიდებულია ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე. გაძლიერებული კვება საჭიროა მხოლოდ ძლიერი სიგამხდრის და ძალ-ლოხის დაკარგვის დროს.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ძალის, დასვენების, მუშაობის და მოძრაობის სწორს განაწილებას და აგრეთვე დილა-საღამოს ტანის დახეღვას ოთახის ტემპერატურის წყლით, გარდა ამისა ჰაერის აბაზანებს ოთახში, ღია ფანჯარასთან, პირველად 2 წამით და შემდეგ დღეებში $1/2$ წამი მომატებით 20 წამამდე.

მზის აბაზანები. პირველ დღეს უნდა გაშუქებული იყო ტანის წინა ნაწილი 3 წამის განმავლობაში, მეორე დღეს ამდენივე ხნით უკანა ნაწილი, მესამე დღეს ორივე ნაწილი 3-3 წამით, შემდეგ დღეებში გაშუქების ხანას ვშმატებთ $1 1/2$ ან 2 ჯერ, სანამ არ მიაღწევს 2 საათს.

სიმპტომების წამლობითი მკურნალობა. ხველა. ხველას უნდა ევებოდოლოთ, თუ იგი ავადმყოფს მოსვენებას არ აძლევს. სჯობია ხველების წინააღმდეგი საშუალება დავუნიშნოთ ძილის წინ და დილით ლოგინში. შემაწუხებელი ხველების დროს შეიძლება მივცეთ:

- Rp. Luminali 1,0
- Morph. mur. 0,1
- Massae pil. q. s. ut. f. pil. № 10.
- S. ერთი აბი ძილის წინ.

ამოსახველებელი სჯობია არ დავუნიშნოთ. ბრონხიტის დროს შეიძლება მივცეთ კრეოზოტი, რომელიც თანაც ავადმყოფს ჭამის მადას უმატებს.

- Rp. Kreozoti 5,0
- Pulv. rad. Liquir. 9,5
- Glycerini 0,5
- Massae pil. q. s. ut f. pil. № 100
- ან და

- Rp. Kreozot. carbon. 15,0
- S. 3-ჯერ დღეში 4-8 წვეთი რძეში.

უმადობა. მიზანშეწონილი კვება და დასვენება აუმჯობესებს ჭამის მადას. კუჭის წვენში სიმჟავის დაქვეითების დროს მძიმე ავადმყოფებს: Acid. mur. pur. 20,0; 3-4-ჯერ დღეში 10-10 წვეთი $1/2$ ტიქა წყალში ჭამის დროს. თუ უმადობა დამოკიდებულია ორგანიზმის ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციისაგან, იმ შემთხვევაში სპეციფიური წამლობა (ტუბერკულინით) იძლევა კარგს შედეგს.

პ რ ა ქ ტ ი კ უ ლ ი თ ე რ ა კ ი ა .

ღამის ოფლი: კალციუმი, ატროპინი $\frac{1}{2}$ -1 mg. ძილის წინ. თუ ოფლი მოსდის რამოდენიმე საათის შემდეგ დაწოლისა, შეიძლება მივცეთ ძილის წინ Agaricini 0,3, massae pil. q. s. ut. f. pil. № 10, S. თითო აბი. (უხეხილი რეცეპტით).
 თქილო ბაზრომი. Luminal 0,1 ერთი საათით დაწოლის წინ (დღე გამოშვებით).

გართულებების წამლობა. სიცხე წოლა ლოგინში. თბილი წყლით ტანის გაწმენდა, 2 საათის შემდეგ გულმკერდის სველი შეხვევა. განსაკუთრებულ შემთხვევებში სიცხის დამწვევი საშუალებანი 1 საათით წინ სიცხის აწვევისა.

ფილტვებიდან სისხლის დენა არის ნიშანი პროცესის გაუარესებისა მაშინაც კი, როდესაც არ არის შესამჩნევი ადგილობრივი მოვლენები. Brehmer-ით სიკვდილიანობა ასეთი სისხლის დენისაგან 1:20.000 შემთხვევაზე გვხვდება. უბრალო და მასთან სწრაფად მომქმედი საშუალებანი არის: საჭმელ მარილის ჩაის კოვზი $\frac{1}{3}$ ჭიკა წყალში იწვევს ტრომბოკინაზის მობილიზაციას. Natrium bromatum, თუ ავადმყოფი ვერ ისვენებს. მოქმედება იწყება რამოდენიმე წამის შემდეგ და გრძელდება ერთ საათზე მეტს. კარგია აგრეთვე NaCl-ის ვენაში შესხაპუნება:

Rp. Sol. natr. chlor. steril 10 % 10,0

Calcii chlorati 0,1

S. 2 კუბ. სანტ. ერთ შესხაპუნებაზე.

ამის შემდეგ კიდევ რამდენიმე ხნის განმავლობაში კალციუმი შიგნით.

ყანყრატოს ტუბერკულოზი. გაძნელებული და მტკივანი ულავის დროს Anaesthesin 0,3+Morphii muriat. 0,003—0,005. ფხვნილი უნდა იყოს დაყრილი ენის ფუძეზე (თვით ავადმყოფის მიერ, სარკის კონტროლის ქვეშ, ერთი წამით საჭმლის მიღების წინ დღეში 4-5-ჯერ და სითხის დაღვევა ერთს ხანს არ შეიძლება).

რადიკალურია—Nerv. laryng. super-ის რეზექცია. (Blümel. Münch. med. Wft., 1924, № 35 და 42).

ვ. გ.—მა.

4. ბავშვთა მუცო-მებრანოზული ენტეროკოლიტის

წამლობა.

მწვავე მუცო-მებრანოზული ენტეროკოლიტი, რომელსაც უწოდებენ აგრეთვე ფელიკულარულ ენტერიტს, ხშირია ბავშვთა შორის. იგი წარმოადგენს ინფექციურ სნეულებას, რომელსაც უყვარს მსხვილ ნაწლევში დაბუდება. მის განვითარებას მიაწერენ ნაწლავის ჩხირს ან Thiercelin-ის ენტეროკოქს. საჭიროა, რომ იგი გავარჩიოთ ამებური და ბაცილარული დიზენტერიისაგან, რაც შესაძლებელია მიკროსკოპის საშუალებით, რადგანაც ხშირად ამ სნეულებებს კლინიკურად ურევენ. მართლაც, ბავშვს აქვს ხშირი დეფეკაციის სურვილი და მტკივანი ჭინთვით იგი გადის მხოლოდ მემბრანოზული, ლორწოვანი ნაფლეთით, რომელსაც შეერევა ქაფიანი და ხანდახან სისხლიანი სითხეც. ეჭვს გარეშეა, რომ დიზენტერიის დროს melaena-ს უკავია პირველი ადგილი და დეფეკაციით

ბავშვი გამოჰყოფს უხვად წმინდა სისხლს, მაგრამ დიზენტერიის ზოგიერთი განუვითარებელი და შესუსტებული ფორმების დროს მოვლენები და სისხლის დენა არ არის მძლავრად გამოხატული და მაშინ დიზენტერიის სიმპტომატოლოგია უახლოვდება ჩვეულებრივი ფოლიკულარული ენტეროკოლიტის სიმპტომატოლოგიას. ფოლიკულარული ენტეროკოლიტი იწყება ციებ-ცხელებით, ფარათობით, ხანდახან პირსაქმებითაც. სიცხე შეიძლება გაგრძელდეს და მას დაერთოს უმადობა, ენის შეღესვა, თავის ტკივილი და აღინამია. ზოგიერთ შემთხვევებში ჩვენ შეგვიძლია მუცლის ტიფზედაც კი ვიფიქროთ, მაგრამ რამდენიმე დღის შემდეგ, წამლობის მეოხებით, მწვავე მოვლენები ქრება, და ბავშვი გადადის გამოკეთების ხანაში. მუკო-მებრანოზულ ენტეროკოლიტს აქვს მიდრეკილება გამწვავებისადმი და განახლებისადმი, თუ ავადმყოფი საკმაოდ არ იცავდა დიეტასა და ჰიგიენურს ზომებს. იგი შეიძლება გადავიდეს ქრონიკულ სტადიუმში. ხშირად, რამდენიმე მწვავე ან სუბქრონიკული შეტყვის შემდეგ, მუცლის ტკივილები დაიბუდებს ხოლმე მარჯვენა მხარეს და წარმოსდგება აბნედიციტი. ჩვენ ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ ამ უკანასკნელ ავადმყოფობაზე, რომელიც წარმოადგენს ენტეროკოლიტის შედარებით ხშირ გართულებას ან ლოკალიზაციას.

1) მწვავე ფორმის დროს ავადმყოფი ერთი კვირის განმავლობაში უნდა იწვეს ლოგინში. მუცელზე ხმარობენ თბილ კომპრესებს.

2) ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს რძე და კვერცხი და მიეცეს ბრინჯის ნახარში, ბოსტნეულობის ბულიონი და თბილი გამონახარში Fl. Tilliae, Fl. Chamomillae, Fol. Menthae და სხვა.

3) როდესაც სიცხე დაეცემა, მაშინ უნდა მიესცეთ დო, კეფირი, პიურე, კომპოტი, ბისკვიტი, უცხიმო ბულიონი (ტაპიოკა, ვერმიშელი, მანნა). უფრო გვიან ვაძლევთ მშრალად შემწვარ ან ცვრიან ხორცს. წვნიანის მიცემა არ შეიძლება.

4) ხუთი დღის განმავლობაში, ყოველ დილას უნდა მიეცეთ $\frac{1}{2}$ ჭიქა თბილი Vichy-ს (ბორჯომის. რედ.) წყალში Natr. sulfuric. 5,0.

5) როდესაც მწვავე იერიშები გაივლის, გამწვავების თავიდან ასაცდენად ყოველ თვე, 10 დღის განმავლობაში უნდა ვაძლიოთ უზმოზე ნაღული წყლის $\frac{1}{2}$ ჭიქაში შემდეგი შენარევის ერთი ფხვნილი:

Rp. Natr. sulfur. 1,0 გ

Natr. bicarbon. 0,5

Natr. phosphor. 0,25.

Mip. d. t. d. № 10.

6) ავადმყოფი უნდა ერიდებოდეს დაღალვას, სიცხეს, სინესტეს. საჭიროა მუცლის შეხვევა ფართო ბანდით.

7) თუ განავალი ცუდია, შერეულია სისხლნარევ დეტრიტთან და ნახველის მსგავს მასასთან, მაშინ საჭიროა ყოველდღიური გამორეცხვა რბილი ზონდის საშუალებით, რომელიც ჩვენ შეგვყავს სწორ ნაწლევში საკმაოდ მაღლა. გამოსარეცხ სითხედ ვხმარობთ Natr. sulfur. 2 გრამის ხსნარს 500,0 თბილ ნაღულ წყალში.

8) რათა ჩვილ ბავშვს თავიდან ავაცილოთ ფოლიკულარულ ენტეროკოლიტი მისი შედეგებით, საჭიროა მივაქციოთ დიდი ყურადღება ძუძუს წოვას, ხოლო ძუძუდან მოშორების შემდეგ კი ბავშვს არ უნდა მიეცეთ ბევრი საჭმელი, მეტადრე ბევრი ხორცი, და აგრეთვე ისეთი საჭმელი, რომელიც მდიდარია ცხიმით და საგემოვნო ნივთიერებებით (Comby. Presse médicale. № 9. 1925 წ.).

ნ. ჰ.

5. კოკაინი, როგორც თვალში საწვეთავი წამალი.

Frenkel-ი (1924 წ. № 10 Arch. d'ophtalmologie) შემდეგს ამბობს კოკაინის ხმარების შესახებ თვალის სნეულებების დროს: „კოკაინის ხმარება როგორც თერაპიული აგენტისა უნდა იყოს განდევნილი და იგი უნდა დარჩეს ადგილობრივი ანესთეზიისათვის, სადაეანოსტიკო საშუალებად ოფთალმოსკოპიური გასინჯვაში“. თუ რა მოსახრებებით ხელმძღვანელობდა ბ. ფრენკელი არა სჩანს. იმ გარემოებიდან კი, რომ მას საჭიროდ დაუნახავს მოხსენება გაეკეთებია საექიმო საზოგადოებაში, მე მკონია, ცხადი უნდა იყოს, რომ საფრანგეთშიც, როგორც ჩვენში, ამ ბოლო დროს გავრცელებულა კოკაინის უადგილო ადგილას ხმარება.

უფრო ხშირად სწერენ ერთად მარილმჟავე კოკაინს და გოგირდმჟავე ცინკს. ამგვარ რეცეპტებს სწერენ არა თუ მარტო არასპეციალისტები, არამედ თვით მცოდნე სპეციალისტებიც. მაგ. პროფ. ბილშოვსკის „Pepetitorium d. Augenheilkunde“-ს მეექვსე (1922 წ.) გამოცემაშიაც კი არის მოყვანილი ამგვარი რეცეპტი. კოკაინის ამგვარი ხმარება ვერ ჩაითვლება ამ საშუალების თვისებების ცოდნაზე დამყარებულად: როდესაც კოკაინის მარილები, გოგირდმჟავე ცინკი და ნატრიუმის ბორატის ხსნარები ერთად თავსდება, იქმნება გაუხსნელი ნაერთი, რომელიც ფილტრაციის დროს რჩება ფილტრზე. ამნაირად ხსნარში გადადის ან მარტო ცინკი ანდა კოკაინი.

თუ ცალკე კოკაინს ვიხმართ, როგორც თვალის წვეთებს, ეს ხმარება მოიტანს მრავალგვარ არასასიამოვნო შედეგებს. მართალია, დროებით კოკაინი გამოიწვევს თვალის კაკლის დროებითი ანესთეზიას, რისი შედეგიც იქნება ერთგვარი სუბიექტიური შეგება, მაგრამ ეს შეგება შესაძლოა, ძვირად დაუჯდეს ავადმყოფს. კოკაინი მავნებელია რქოვანი გარსისათვის: იწვევს მისი ექსფოლიაციას (გარდაფხვას). რაკი რქოვანი გარსს, კოკაინის ზემოქმედებით, მგრძობიარობა დაკარგული აქვს, მასთანვე თვალის ნაპრალი გადიდებულია იმავე კოკაინის სიმპატიურ ნერვზე მოქმედებით, თვალის ხანხამი უფრო იშვიათია, ყველა ამის გამო მტვერი და მასთან ერთად პათოლოგიური აგენტები რქოვანი გარსის სწრაფად არ სცილდებიან და შეიძლება გამოიწვიონ ანთეზა და დაწყულულება (v. Michel-ის—keratitis cocainica) კოკაინის ჩაწვეთების მწვავე გლავკომის შეტევა (შემთხვევები Iaval, Armaignac და სხვების). აქვე უნდა დავძინო, რომ ზოგიერთი გამოკვლევით კოკაინი, დროებით მაინც, ამცირებს თვალის შიდა წნევას.

კოკაინის ჩაწვეთებას არა ერთხელ გამოუწვევია მოვლენები საზოგადო მოწამელისა—თავის ბრუ, ფერის და გულის წასვლა, ენის ბორძიკი, მაჯის შე-

სუსტება, ცნობის დაკარგვა და სხვ.). კოკაინი აგვიანებს გარსის წყლულის და გადაჭერის შეხორცებას. გარდა ამისა შესაძლოა კოკაინის ხშირმა ჩაწვეთებამ ადამიანი გააკოკაინისტოს. ამგვარად მხოლოდ მცირე შევების გულისათვის, ჩვენ შეგვიძლია დიდი უსიამოვნება, ზიანიც კი მივიღოთ, მორჩენას კი ვერ მივიღებთ. თუ მაინცდამაინც რაიმე მოსაზრების გამო საჭირო შეიქმნა ხანგრძლივი კოკაინის ხმარება, მაშინ იგი უნდა იხმარებოდეს მალამოს სახით

(მაგ.; Rp. Cocaini muriat. 0,1.

Natrii sozojodol. 0,25

Vasellini american. 10,0), რადგან ამ სახით ხმარებულ

ლი ერთი რომ უფრო დიდხანს იმოქმედებს და მეორე მხრით კოკაინის მიერ დაზიანებული რქოვანი გარსის ეპითელიუმი არ იქნება სრულიად ღია და მას ექნება გადაფარებული მალამოს ცხიმი, რაც დაჰფარავს მას ჰაერის და მტვერის მავნე მოქმედებისაგან. მიუხედავად ზემოთ მოყვანილი ცუდი შედეგებისა, რომელიც მოსდევს კოკაინის თვალის წვეთებად ხმარებას, მისი ოფთალმოლოგიაში შემოღების დრო (Köller-ის მიერ 1884 წ.) უნდა ჩაითვალოს ახალი ხანის დასაწყისად საოპერაციო ოფთალმოლოგიაში. თუმცა მას შემდეგ მრავალი სხვადასხვა საშუალება იყო წამოყენებული მის მოადგილედ, მაგრამ ვერც ერთმა ვერ განდევნა საოპერაციო ოფთალმოლოგიიდან. დასკვნა—კოკაინის საოპერაციო ადგილობრივი ანესთეზიისათვის ბადალი არა ჰყავს, როგორც თვალის წვეთები კი (კონიუნქტივიტების დროს) იგი უარყოფით უნდა იყოს.

IV

რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი

ზინაზანი სნეულეზანი.

Goyena. წედის არის ღრმა პერკუსიის შესახებ თირკმლის კენჭების დროს (Pr. Méd № 2. 1925). — თირკმლის კენჭების დიაგნოზი არ არის ყოველთვის ადვილი, რადგანაც ეს სნეულეზა ხანდახან სრულიად არ იძლევა კლასიკურ კლინიკურ სურათს და გამოიხატება სულ სხვა მოვლენებით. სწორედ ამიტომ ავტორი აძლევს დიდ მნიშვნელობას ერთი სიმპტომის არსებობას, რომელიც პირველად შეისწავლა Giordano-მ (გენეციიდან) და რომელიც ხშირად ძალიან გვეყვარების თირკმლის კენჭების ამოცნობის დროს. ეს ნიშანი შენფეგში მდგომარეობს. ავადმყოფი დგას ან ზის და ცოტად დახრილია წინსაკენ. ექიმი გაშლილი ხელების მტკვნის იდაყვის ნაპირით აწარმოებს წელ-ზურგის მიდამოს პერკუსიას გულმკერდის მე-8—9 ნეკნის დონედან მოყოლებული ქვევითკენ. როდესაც იგი ასეთი პერკუსიით მიადრწევს დაზიანებულ ორგანოს არეს, მაშინ ავადმყოფი ჰგრძნობს ისეთს ძლიერს ღრმა ტკივილს, რომ იგი ყვირის და უკან გადმოიხრება, რათა თავიდან აიცილოს ახალი დაკვრა. ავტორს მოჰყავს რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც მან შესძლო, მიუხედავად იმისა, რომ ნეფროლითიაში მიმდინარეობდა სრულიად ატიპიურად, ამ ნიშნის მიხედვით თირკმლის კენჭების გამოცნობა და ეს დიაგნოზი შემდეგში იყო დადასტურებული რენტგენოგრაფიით და ოპერაციით. მაგრამ ეს ნიშანი არსებობს არა ყოველთვის და თუ მისი არსებობას აქვს დიდი მნიშვნელობა, მისი არ არსებობა პირიქით, არ უარყოფს ნეფროლითიაზს. მეორეს მხრივ, უნდა აღინიშნოს, რომ მუცლის ორგანოების სნეულეზანი, და მეტადრე ლეიძლის და კოლინჯის დაავადებანი, და ლუმბაგო იძლევა ასეთ ტკივილს, თუმც კი მას არასოდეს არა აქვს ისეთი ინტენსიური და ღრმა ხასიათი, როგორც ნეფროლითიაზის დროს.

ი.პ.

Lianet Haguenau. კარდიო-ვასკულარული მოვლენები მწვავე ნეფროიტის დროს (Archives de maladies du coeur des vaisseaux et du sang Tom. XVII n°8. 1924). — შეიდი საკუთარისა და რამდენიმე სხვა ცნობილი დაკვირვების მიხედვით L. და H. ხაზს უსვამენ გულის და სისხლის მიღების მხრივ მოვლენათა, როგორც შედარებითი სიხშირეს, ისე მათ კლინიკურსა და პათოგენეტიურ მნიშვნელობას მწვავე ნეფროიტის დროს.

კარდიო-ვასკულარული სინდრომის მთავარი ელემენტა შორის ავტორები იკვლევდნენ: სისხლის წნევას, რომლის აწევაც საკმაოდ ხშირია, გულის მცირესა და საშუალო ნაკლოვანობას (მწვავე ნეფროიტების დაქანცული გული), გულის დიდ ნაკლოვანობას (მწვავე ნეფროიტების „ნაძალადევი“ გული) და ზოგიერთი მწვავე ნეფროიტების ბრადიკარდიას, რომელიც დღევანდელ დღემდე არ იყო შეფასებული.

L. და H. განსაკუთრებით უსვამენ ხაზს ჰიპერტენზიას. რომელიც შეიძლება იყოს მწვავე ნეფროიტის დროს, როდესაც იგი დაემართება ახალგაზრდას სრული ჯანსაღობის დროს. ეს ჰიპერტენზია, როდესაც იგი არსებობს, ჩვეულებრივ მცირეა; მაქსიმალური წნევა აღემატება ნორმას მხოლოდ Hg 2—4 m.-ით. ხოლო Mm წნევა კი—1—2 mm-ით. იშვიათად შეეხვდებით საშუალო ან დიდ ჰიპერტენზიას. ხშირად იგი მცირდება მწვავე ნეფროიტების სხვა სიმპტომებ-

თან ერთად და სისხლის წნევა აღწევს ნორმას. მაგრამ იშვიათ შემთხვევებში ჰიპერტენზია მხოლოდ მცირდება და არც კრება სრულიად; ან იგი მცირდება და ჩერდება ნორმის მაღალ ციფრებზე. ამ ორ იშვიათ შემთხვევაში, მას აქვს მიდრეკილება ხელ-ახალი აწვეისადმი და საბოლოოდ მუდმივ ჰიპერტენზიად გადაქცევისადმი. ავტორებმა ნახეს ჰიპერტენზია 6 ჯერ 7 შემთხვევაში, მაშინ როდესაც Ameuille-მა და Tixie-მ ნახეს იგი მხოლოდ შემთხვევათა 10%-ში.

პირიქით ჰიპოტენზია მწვავე ნეფრიტების დროს მართლაც რომ იშვიათია: იგი იყო ნახული მხოლოდ მძიმე სიყვითლის დროს, სადაც მწვავე ნეფრიტი იყო სიმპტომატიური კრებულის ერთ-ერთი ელემენტი და სადაც ძირითადი ინფექცია და ინტოქსიკაცია იყო ძლიერი ინტენსიობის.

პათოგენეზის თვალსაზრისით, ეს ჰიპერტენზია არის გამომწვანება ენდოკრინული და სიმპატიური მოშლილობისა, რომელიც შეიძლება იყოს გამოწვეული: ან ნეფრიტით, ან, თუ ნეფრიტი არ არსებობს, ზოგიერთი ტოქსიური ნივთიერებით ან პირდაპირი თუ რეფლექტორული ნერვული მოშლილობით ან ამ ორივე მექანიზმით ერთად.

(L. Rivet-ს რეფერატით) Pr. Méd. № 88. 1924.

ი. ჰ.

Lianet Hagulnau კარდიო-ვასკულარული მოვლენები მწვავე ნეფრიტების დროს (Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang. Tome XVII septembre 1924)—ამ მეორე წერილში L. და H. შეისწავლეს მოვლენები გულის მხრივ, რომელთაც აქვთ არა ნაკლები პათოგენეტიური და კლინიკური ინტერესი, ვიდრე სისხლის წნევის მომატებას, თუმც კი უფრო იშვიათი სანახავია, ვიდრე ეს უკანასკნელი.

ავტორები აწერენ ჯერ მწვავე ნეფრიტების ტიპურ დაქანცულ გულს, რომელსაც აქვს მარცხენა პარკუჭის ადვილი ან საშუალო ნაკლოვანობის სურათი. ასთმემთხვევებში საკმაოდ ხშირია ქოშინი მოძრაობის დროს, ხოლო ჭენების რითმი კი იშვიათია და ცრუ ასე თმის მოვლენები წარმოადგენენ გამინაკლისს. ჭენების რითმის მიზეზი ამ შემთხვევებში იგეგვა, როგორც მარცხენა პარკუჭის ნაკლოვანების მიზეზი, და არაიშვიათია მისი ნახვა ჰიპერტენზიის არსებობის დროსაც კი.

შემდეგ L. და H. აღწერენ მოზრდილთა მწვავე ნეფრიტის „ნაძალადე“ გულს. ავადმყოფი ახდენს ასისტოლიკის შთაბეჭდილებას, მაგრამ ჩვენ ხშირად აღვნიშნავთ: წარსულში გულის მხრივ მოვლენათა არსებობას, პირისახის შეშუპებას, აშკარა ჰემატურიას, შუილების არ არსებობას, ჭენების რითმს, ნელსა და რეგულარულ პულსს, მაქსიმალური სისხლის წნევის აწევას და Ambard-ის კოეფიციენტის მომატებას ნორმალური დიურეზის მიუხედავად. გამოცნობილი მწვავე ნეფრიტის დროს დიდისა და მტკივანი ღვიძლის აღმოჩენა წარმოადგენს მნიშვნელოვან საბუთს გულის ნაკლოვანობის სასარგებლოდ. აწერილ მოვლენებს გულის მხრივ აქვთ ჩვეულებრივ კეთილი. მიმდინარეობა დიეტის და digitalisi-ის გავლენით და პროგნოზი დამოკიდებულია ნეფრიტის მოვლენებზე.

ბრადიკარდია მწვავე ნეფრიტების დროს საკმაოდ ხშირია: ავტორებმა ნახეს იგი 7 შემთხვევიდან სამში. ჩვეულებრივ იგი კლებულობს ნეფრიტის სხვა სიმპტომებთან ერთად.

თერაპიის თვალსაზრისით მიზანშეწონილია ვიზმაროთ, შემთხვევის მიხედვით, სისხლის გამოშვება, cardiaca, თეობრომინი, ხოლო დიეტის მხრივ კი—სითხის ნაკლები შეყვანა ორგანიზმში ქლოროანი ნატრიუმის მაქსიმალურად შემცირებასთან ერთად.

L. Rivet-ს რეფერატით (Pr. méd. № 88. 1924).

ი. ჰ.

ბავშვთა სნეულებანი

Ptof. M Stooss. მენინგეალური რეაქცია და მწვავე სეროზული მენინგიტები ბავშვის ასაკში (Jahrbuch für Kinderhèilkunde მარტი 1924 წ.)

ავტორი ლაპარაკობს მენინგეალური სიმპტომოკომპლექსზე, რომელიც არა იშვიათად ართულებს სხვადასხვა ინფექციურ ავადმყოფობას და აგრეთვე იმ თითქოს (anscheinend)

პირვანდელ დაავადებაზე, რომელიც ვითარდება როგორც მწვავე და მძიმე მენინგიტი, მაგრამ იჩენს კეთილთვისებრივობას და რამოდენიმე დღეში მორჩენით თავდება. აღნიშნავს ავტორების აზრის სხვადასხვაობას ამ საკითხში, რომელთაგანაც ერთნი დღემდე იზიარებენ კიდევ 1894 წ. Dupré-ს მიერ გამოთქმულ აზრს, რომ ეს სიმპტომოკომპლექსი ვითარდება დამოუკიდებლად რაიმე შესამჩნევი ანატომიური ცვლილებებისა და უწოდებენ მას Dupré-ს მიერ შემოღებულ სახელს მენინგიზმს, რომელიც Groer-ს 1919 წ. გადუნათლავს „Meningo-Enzephalismus“-ად; მეორენი კი ფიქრობენ, რომ ამ სიმპტომოკომპლექსის საფუძველში ყოველთვის არის ამა თუ იმ ხარისხის ანატომიური ცვლილებები. (Finkelstein, Jbrahim, Schottmüller, Bridoux, Oseki). Bridoux-ს აუწერია თავის უკანასკნელ წლებში დაწერილ დისერტაციაში (Gille) განსაკუთრებული ფორმა Meningite cerebrospinale purulente aseptique. ავტორს მოყავს ამნარი ასეპტიური ჩირქოვანი მენინგიტი თავის დაკვირვებიდან. შემთხვევა სრული მორჩენით გათავებულა, ც—სპ. სითხე მიკროსკოპიულად და კულტურაში სტერილური ყოფილა. ინოვაცია არ უცდიათ და მანაც ავტორი ნებას აძლევს თავს ჩათვალოს თავისი შემთხვევა ასეპტიურ ჩირქოვან მენინგიტად— მაგრამ თუ გავიხსენებთ Schottmüller-ის შემთხვევას, სადაც ც. სპ. სითხეში არ ყოფილა ნახული მიკრობები, მაგრამ სკვდილის შემდეგ ტვინის აკვების ნაკვეთებში კი ყოფილან სტრეპტოკოკები, პროფ. Stooss-ის შემთხვევის ასეპტიკობას არ შეიძლება არ შეეხედოთ ექვის თვალით. ავტორს მოყავს კიდევ რამოდენიმე შემთხვევა უმთავრესად ინფლუენციის დროს. ზოგიერთი მათგანი სიკვდილით გათავებულა. გაკვეთას ყოველთვის აღმოუჩენია თვალსაჩინო მაკროსკოპიული და მიკროსკოპიული ცვლილებები. ერთ შემთხვევაში, როცა სითხე სრულიად გამსჭვირვალე და თითქმის შეუცვლელი ყოფილა, მიუხედავად იმისა რომ მესამე პუნქციის დროს გრამ-დადებითი დიპლოკოკები ყოფილა აღმოჩენილი, გაკვეთას აღმოუჩენია ჩირქოვანი მენინგიტი. საერთოდ ავტორი იმ აზრისაა, რომ ინფექციური ავადმყოფობების დროს არსებულ მენინგიტალური სიმპტომოკომპლექსისათვის არ არის მისაღები არც Dupré-ს Meningisme და არც Groer-ის Meningo-Enzephalismus-ი, რადგან ყოველთვის არის ესა თუ ის ცვლილება ც. სპ. სითხისა; შეიძლება იგი ძალიან სუსტია, ხანდახან და მაგ. ცილას რაოდენობის მომატების დასამტკიცებლად ზოგიერთ შემთხვევაში გვესაჭიროება ძლიერ ფაქიზი რეაქცია.

რაც შეეხება პირვანდელ მენინგიტებს, მათი ეტიოლოგია არ არის გარკვეული. შეიძლება ზოგიერთ შემთხვევაში მათ ქონდეთ კავშირი თანდაყოლილ lues-თან, ზოგიერთ შემთხვევაში კი შეიძლება ტუბერკულოზთან. ეს აზრი მით უფრო მისაღებია, ამბობს ავტორი, რომ ხელა არავის არ შედის ექვი იმაში, რომ ტუბერკულოზური მენინგიტი შეიძლება შეჩერდეს, განიკურნოს, და რამოდენიმე წლის შემდეგ ხელახლა მოგვეცეს რეკიდივი. რასაკვირველია რეკიდივი არ არის აუცილებელი. ამ აზრს ავტორი ასაბუთებს ლიტერატურული ცნობებით გაკვეთის დროს ტვინის აკვებში ძველი მორჩენილი ტუბერკულების ნახვის შესახებ. მას თვითონ არ ქონია არც ერთი შემთხვევა, რომელიც მოყვანილი მოსაზრებების მიხედვით აიხსნებოდა. ზოგიერთი შემთხვევა პირვანდელი მენინგიტისა შეიძლება ჩათვალოს, ამბობს ავტორი, Netter-ის მიერ აწერილი Heine-Medin-ის ავადმყოფობის მენინგიტისებურ ფორმად. თავისი ოთხი შემთხვევისათვის ავტორს ვერ გამოუხანავს გარკვეული ეტიოლოგია; ორ მათგანში აღნიშნულია იოლი სიწითლე ხანაში.

3. 6.

Steiner u. Beck. ქლორიდების რაოდენობის გამოკვლევის დი-
აგნოსტიური მნიშვნელობა ცერებრო-სპინალურ სითხეში. „Jahrbuch
für Kinderheilkunde“. ნოემბერი 1923 წ.

ავტორები შეცდილან შესწავლათ დიაგნოსტიური მნიშვნელობა ქლორიდების რაოდენო-
ბის გამოკვლევისა ცერებროსპინალურ სითხეში. მათ ნორმად მიღებული აქვთ Csáki-ს მიხედვით
0,68—0,72%, მენინგიტების დროს, როგორც ამას სხვა ავტორებიც აღნიშნავენ, ქლორიდების
რაოდენობა დაკლებულია. ყველაზე მეტად ეს რაოდენობა ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს
კლებულობს, მაგრამ ხან და ხან, როგორც ეს ავტორებს უნახავთ 2 შემთხვევაში ტუბერკულოზ-

მენინგიტისა ოცდაათიდან; ავადმყოფობის დასაწყისში ხლორიდების რაოდენობა შესაძლებელია აქაც ნორმის ფარგლებში იყოს, მაგრამ განმეორებითი პუნქციების დროს ეს რაოდენობა თან და თან იკლებს. თუ მართლა ტუბერკულოზურ მენინგიტთან გვაქვს საქმე და სწორედ ამ თანდა-თანობითი კლებას ხლორიდების რაოდენობისა ც. სპინ. სითხეში ტუბერკ. მენინგიტის დროს აღ-ლევენ ავტორები დიდ მნიშვნელობას; სხვა მენინგიტების დროსაც (ც-სპინ. ეპიდემიური, სერო-ზული) აღნიშნავენ ავტორები ქლორიდების პროცენტის დაქვეითებას; მაგრამ ტუბერკულოზურ მენინგიტთან შედარებით ეს დაბველება აქ არ არის ისე მკვეთრი. რაც შეეხება მენინგიტებს, ავტორებს იშვიათად უნახავთ ხლორიდების $\%$ დაკლება ც.-სპ. სითხეში ამ მდგომარეობების დროსაც, თუმცა მათი აზრით მენინგიტის დროს, როგორც წესი, ქლორიდების რაოდენობა ნორმის ფარგლებში რჩება. ყოველ შემთხვევაში მენინგიტებს ახსიათებებს დაკლება ხლორიდე-ბის $\%$ 0,60 $\%$ კვეით, მაშინ როცა მენინგიტის დროს ის 0,60 $\%$ კვეით არ ეშვება. ქლორი-დების $\%$ -ის დაკლება, რომლის შემდეგ აღნიშნულია ხელახალი მათი მომატება, უსათუოდ რი-ცხავს ტუბერკულოზური მენინგიტის შესაძლებლობას.

Hydrocephalus-ის დროს ხლორიდების რაოდენობა 0,68—0,75 $\%$, ეკლამპტიური შეტე-ვების შემდეგ მომატებულია 0,76—0,80 $\%$, ქრონიკული ენცეფალიტის დროს ნორმა ან ოდნავ მომატებული 0,71—0,77. რახიტის დროს ნორმა. ეს უკანასკნელი ციფრები ავტორებს მიღებუ-ლი აქვთ ძალიან მცირერიცხოვან დაკვირვებებიდან.

3. 6.

მოწაფეთა ჯანმრთელობა ინგლისში 1923 წლ. განმავლობაში. (განათლების სამინისტროს ანგარიში: „Journ. Americ. Med. Assoc.“ Dec. 6 1924). ინგლისში გამოვიდა წიგნი „The Health of the school Child in 1923“ სადაც მოთა-ვებულია სტატისტიკური ცნობები სკოლის ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის შესახებ.

ამ წლის განმავლობაში ყოფილა გასინჯული 1.754.919 მოწაფე; 800.000 უწამლიათ სხვა-დასხვა საავადმყოფოებში; 1.076 განათლების სამინისტროს მიერ დაარსებული სპეციალური სკოლის კლინიკებში, 390 სხვა დაწესებულებათა საავადმყოფოებში, რომელთაც განათლების სამინისტროს ჰქონდა შეთანხმება, სოფლებში კი კერძო ექიმებს ჰქონდათ დაეალბული.

157.000 მოწაფეს ჰქონდა დარღვეული რეფრაქცია. მთავრობის მიერ იყო გამოწერილი 122.000 წყვილი სათვალე; 12.000 კერძო ექიმების მიერ. მოხდენილი იყო 32.000 ოპერაცია გა-დიდებული ნუშიბრებივი ჯირკვლების და ადენოიდების გამო. არა ოპერატიული წამლობა ამავე ორგანოებისა გაუტარებიათ 32.000 მოწაფესთვის. მგრგვალი კია—37.000 მოწაფეს, რომელთაც უწამლა მთავრობამ და 6000 მოწაფეს კერძო ექიმებმა.

ლონდონის ტეითმართველობამ თავისი ხარჯით უწამლა 218.000 მოწაფეს.

ამ მოწაფეთა გასინჯვამ აღმოაჩინა მათში ბევრი ფიზიკური და ინტელექტუალური დე-ფექტები:

სიბრმავე, სიყრუე, ბნედა, კკუსის სისუსტე, კლეჩი და კოკლობა—დაახლოებით 130.000 სულში. ამათგან უნდა გამოეყოთ ეგრეთ წოდებული ნაზი (delicate) აგებულების ბავშვები. ამათ-თვის არიან სპეციალური სკოლები რიცხვით 530, სადაც იმყოფება 41.000 მოწაფე.

კბილებს გასინჯვამ აღმოაჩინა რომ $\frac{2}{3}$ მოწაფეებისას აქვთ გაფუჭებული კბილები. იყო გასინჯული 1.587.249 მოწაფე. მათში 1.077.774 (67,9 $\%$) სჭირდებოდა კბილების წამლობა.

საანგარიშო წელიწადში კბილები უწამლიათ 618.491 მოწაფესთვის.

მ. უ.

პირუხვიული სნეულებაში.

V. B. Ornatckij. К вопросу об адреналине в крови больных „самопроизвольной гангренгой“. Журнал „Врачебное дело“ № 1-2. 1 января 1925 г. Харьков.

სისხლში ადრენალინის არსებობის დასადასტურებლად ყველაზედ მარტივი და გძნობი-ერია Magnus-ის გზაწესი—რძით მაკვებ ცხოველთა გამოცალკეებული ნაწლავი. ადრენალინი-

სადმი ეს გზაწესი განსაკუთრებით უპირატესობას შეიცავს, რადგანაც ნაწლავი ადრენალინის გავლენის გამო იძლევა განსაკუთრებით ცვლილებებს და სისხლის შედეგების გამო წარმოშობილი ნივთიერების ზეგავლენით კიდევ სხვა ცვლილებებს. ეს უკანასკნელი ნივთიერება შრატისებრი ჩაღრმავლობისაა. ეს გარემოება საშვალბას იძლევა მოხსნებულ ობიექტზე ამ ორ ნივთიერებათა ჯგუფის შორის განსხვავება იქნეს გატარებული.

ცდის ობიექტად *Опель*-ის კლინიკაში ხმარობდენ კაცის გამოცალკეებულ ნაწლავს, რომელიც მოთავსებული იყო *Тирад*-ის სითხით გაგებულ კურკულში (ეს სითხე თავისი შემადგენლობით *Ringer*-ის სითხეს უახლოვდება). სითხე მუდმივ $37-39^{\circ} C$ ტემპერატურისაა, და მასში მუკავადის მუდმივი ნაკადია. ამ გვარ პირობებში მოთავსებული განცალკეებული ნაწლავი განაგრძობს თავის ფიზიოლოგიურ პერისტალტიკას. მისი შეკუმშვა კიზოგრაფზედ იწერება და დამახასიათებელ სურათს იძლევა. სისხლს იღებდენ იდაყვის კანქვეშა ვენიდან ჩვეულებრივი შპრიცით. როგორც კანონი სისხლს მსხვილი პლატინის ნემსით იღებდენ. თვით შპრიცში წინასწარ ჰირუდინი იყო მოვრთვილი, რომ შეძლების დაგვარად აცილებული ყოფილიყო იმ ნივთიერებათა წარმოშობა, რომელსაც ადგილი აქვს შედეგების უჩინარ პროცესის დროს და აგრეთვე მაშინ, როდესაც სისხლი ნემსის სანათურში გადის და შპრიცის მინას ეხება.

ნორმალური ადამიანის სისხლის ნაწლავზედ გავლენა გამოიხატა შემდეგში. როგორც კი მოემატა ნაწლავს სისხლი, წარმოიშო ნაწლავის სასტიკი სპაზმი, რომელიც ნორმალურს 3—4 ჯერ აღემატებოდა; ამ სპაზმში 1—2 წამი გასტანა, შემდეგ 3—5 წამის განმავლობაში ტონუსი ნორმას დაუბრუნდა და ამ დროს ცალკალკე შეკუმშვაც კლებულობდა თავის ამპლიტუდაში. შემდეგ როგორც კანონი ნორმის ქვემოთ ეცემოდა, კრუნჩხვა სწრაფად სწყდებოდა და ათი წუთის შემდეგ ვითარდებოდა ტონუსის სავეებითი მოშობა და პერისტალტიკის შეწყვეტა. ვითარდებოდა ნაწლავის მთლიანი სიდამბლე, რაც გრძელდებოდა თითქმის ერთი საათი. ამ მოვლენის ფარმაკოლოგიური ახსნა შემდეგია: მიუხედავად მიღებული ზომებისა მაინც სისხლის აღებისას შედეგება ხდებოდა, ვითარდებოდა შუატისებრი ნივთიერება, რომელიც უპირველეს ყოვლისა ნაწლავის სპაზმს იძლეოდა. რადგანაც აღნიშნული ნივთიერება უზვად ყოფილა, რაც ნაწლავს გადაშეტებულად აღიზიანებდა, მას შემდეგ სიდამბლე მოყვებოდა.

სპონტანური განგრენით დაავადებული იყო ხუთი კაცი. მათ შორის სამი პროდრომალურ ხანაში იყო (ცვალებადი სიკოპლე), ორს კი ქედა კიდურთა განგრენა ქონლა. აქაც უპირველეს ყოვლისა წარმოიშო ნაწლავის მტკიცე სპაზმი, რომელიც ნორმალურს 3—4 ჯერ აღემატებოდა და 1—2 წუთს გძელდებოდა; შემდეგ ტონუსი თანდათანობით ნორმას უახლოვდებოდა, მაგრამ ცალკე პერისტალტიური რყევა არ კლებულობდა. როდესაც იგი მიაღწევდა ნორმას, უკვე ქვემოთ არ ეშობოდა და ორ შემთხვევაში ტონუსის პერიოდული რყევა იყო. ცალკე პერისტალტიური კრუნჩხვა განუწყვეტლივ გრძელდებოდა და მთლიანი სიდამბლე არცერთჯერ არ წარმოშობილა.

ყველა ამ ავადმყოფს *Опель*-ის მიერ ეპინეფრეკტომია გაუკეთდა და მათ შორის ოთხს ხელახლავ იმავ გზაწესით სისხლი გაესინჯა. ყველა შემთხვევაში ერთნაირი შედეგი მიიღეს, მაგრამ შედეგი თვალსაჩინოდ განსხვავდებოდა იმ შედეგებისაგან, რომელსაც ოპერაციამდე იღებდენ. ოპერაციის შემდეგ ამ ავადმყოფთა სისხლი ნაწლავზე მოქმედებდა ისევე, როგორც სპლადამიანთა სისხლი.

ცდები გვარწმუნებს რომ მარცხენა ზედათირკმლის ამოღება სპონტანური განგრენით დაავადებულთა სისხლს თავისებურად სცვლის და ნორმალური ადამიანის სისხლს უახლოვებს თავისი თვისებით. მიზეზი სისხლის ცვლილებისა ამ სნეულების დროს დამოკიდებული უნდა იყოს თირკმლისზედა ჯირკველზე და მის მიერ გამოყოფილი ადრენალინზედ. ყველა მოხსნებულნი მოსახრება ასახულებს სპონტანური განგრენის შესახებ თირკმლისზედა ჯირკვლის თეორიას.

პროფ. ა. მაკავარიანი

ვიდა, რომ გადანერგილ სათესლე ჯირკვლის შესრუტვა თავიდანვე იწყება. ამ გვარად გადანერგილი ჯირკვლის მოქმედებამ შეიძლება დიდი-დიდი ორ წელს გასტანოს. შედეგი ამ გვარ გადანერგვისა კი შეიძლება ძალიან ხანგრძლივი იყოს. ამაში ავტორი დარწმუნდა ვაქს-ევნუხ ოიღუხ გადანერგვის ერთ შემთხვევაში. ამას სასქესო მომწიფების ხანას აღმოაჩნდა მთლიანად მამაკაცთა მეორადი ნიშანთა განვითარება, მიუხედავად იმისა, რომ გადანერგილი ჯირკველი შესრუტული იყო.

პროფ. ა. მაჭავარიანი

N. A. Kelly and R. E. Fricka. Проблемы влечения рака грудной железы. Surg., 9 Русс. and. Obst. vol. XXXVIII 1924. (რეფ. „Врачебное дело“. № 1—2, Январь, 1925).

ავტორი იცავს რადიოთერაპიის აუცილებლობას ძუძუს კირჩხიბის რადიკალური ოპერაციის შემდეგ, ვინაიდან ეს თერაპია ავადმყოფს სიცოცხლეს უგრძელებს. რადიუმს ოპერაციის მეთე დღიდან უნდა მიმართონ. ჯერ ის უნდა ვამოქმედოთ საოპერაციო არეს მიდამოში, მერმე თანდათანობი ილლიაში და ლაფიწხედა და ქვედა ფოსოებში. მხოლოდ რადიუმი უოპერაციოთ ავტორთა დაკვირვებით საკმარისი არ არის.

პროფ. ა. მაჭავარიანი

V.

ქორეისკონდენსიები.

წლიური ანგარიში ტფილისის უნივერსიტეტის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციისა.

1924-ს წელს 14 იანვარს დაარსდა და შესდგა პირველი სხდომა უნივერსიტეტის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციისა. კონფერენციის მიზანია დროგამოშვებით შესწავლა და დათვალიერება ამა თუ იმ კლინიკის მასალისა და კლინიკების თანამშრომლების მოხსენებების მოსმენა. ამისთვის კრებები ინიშნება ორ კვირაში ერთხელ რიგრიგობით სხვა და სხვა კლინიკაში. თავმჯდომარედ არჩეული იქმნა ერთხმად პროფ. გ. მუხაძე, მდივნებად ორდინატორები: ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან ვ. ხაზარაძე, პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკიდან მ. ტყაეაძე, ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკიდან გ. ხეჩინაშვილი. მიღებული წესით სხდომებზე თავმჯდომარეობს იმ კლინიკის გამგე, სადაც შესდგება კონფერენცია, მდივნობას ამავე კლინიკის თანამშრომელი ასრულებს.

1924 წლის განმავლობაში სულ შესდგა 10 სხდომა, რომელზედაც წაკითხული იყო შემდეგი 20 მოხსენება:

1. პროფ. გ. მუხაძის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან:

1) ექ. ანდრეევისა. შარდის ბუშტის ექტოპია და მისი წამლობა Maydl-ის წესით; დაბეჭდილია „ჯანსახკომის მოამბე“-ში 1925 წ.

2) ი. ახმეტელი. ინფექციით გართულებული ქრილობების უტამპონო წამლობა (ავადმყოფის დემონსტრაციით).

3) ვ. ხაზარაძე, ხერხელის ტვინის ანესთეზიის მასალებისთვის. დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინა“-ში № 5. 1924 წ.

4) მ. ცხაკაია. ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 1923 წლის მუშაობის ანგარიში.

5) გ. გაგუა. ჩაჭედილი თიაქრები ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 5 წლის მასალის მიხედვით: დაბეჭდილია „ჯანსახკომის მოამბე“-ში 1925 წ.

6) ა. თევზაძე. სახსრების დაავადება ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალის მიხედვით (ავადმყოფების დემონსტრაციით).

7) ე. თოდაძე. შარდსადინარის შევიწროების თანამედროვე წამლობის შესახებ.

8) გ. ჯიბუტი. ამოკვეთილი კენჭიანი თირკმლების დემონსტრაცია.

II. პროფ. ნ. კახიანი პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკიდან:

1) ე. ზაქარაია. ხორხის ექსტირპაციის მასალებისათვის: დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინა“-ში № 1—2 1924 წ.

2) კ. ჯაფარიძე. შარდის ბუშტის თიაქარი და მისი დაზიანება ოპერაციის დროს.

3) ვ. ბურჯანაძე. თირკმლის პათოლოგიური ფუნქცია.

4) კ. ერისთავი. პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკის ანგარიში დღიდან მისი დაარსებისა.

5) დ. იოსელიანი. Arteria meningeae media-ს დაზიანების კაზუსტიკისათვის.

6) მ. ტყავაძე. ლიპისისადმი იდიოსინკრაზიის იშვიათი შემთხვევა.

III. პროფ. ალ. მაჭავარაძის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკიდან:

1) ნ. ორლოვსკი. ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის 1923 წლის ანგარიში.

2) ი. ასლანიშვილი. ენდემური ჩიყვი საქართველოში: დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინა“-ში № 1—2. 1924 წ.

3) გ. ხეჩინაშვილი. მრავლობითი ეხინოკოკის ერთი შემთხვევა: დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინა“-ში № 3. 1924 წ.

4) ო. ჯავრიშვილი-მესხისა. Spondylose rhyssomilique Marie-Strumpel (ავადმყოფების დემონსტრაციით), დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინა“-ში № 4. 1924 წ.

IV. პროფ. ს. გოგიტიძის ბავშვთა სნეულებათა კლინიკის ქირურგიული განყოფილებიდან (გამგე—უფროსი ასისტენტი მ. კილოსანიძე):

1) მ. ნემსაძე. ორი შემთხვევა Nernia inguinalis sinistra cum descensu caeci et appnedicitis herniaria.

2) მ. ნემსაძე. მიმოხილვა საბჭოთა კავშირის რენტგენოლოგთა მე 2 ყრილობის მუშაობისა.

VI

ქ რ ო ნ ი კ ა

— სამკურნალო ფაკულტეტის დეკანად არჩეულ იქნა 1925 წ. პროფესორი გ. მუხაძე.
— ტფილისში დაარსდა საქართველოს რენტგენოლოგთა და ფიზიოთერაპევტთა საზოგადოება, რომელიც მოკლე ხანში დაიწყებს მოქმედებას.

— შავი ჭირის სტამბოლში, სტამბოლში 29 დეკემბრიდან 11 იანვრამდე ავად გამხდარა შავი ჭირის ფილტვების ფორმით 5 პირი. მიღებულია ზომები, რათა ეს საშინელი სნეულება არ იქნეს შემოტანილი საქართველოში.

— 1925 წ. იანვრის და თებერვლის განმავლობაში ტფილისის უნივერსიტეტის ქირურგიული კლინიკების დასტაქართა კონფერენციაზე წაკითხული იყო შემდეგი მოხსენებები:

1. დ. ბერეჟიანი. კუჭის დაწვევის და განუვალობის შემთხვევა.
2. ვ. ოთხმეხური. Gastroenterostomia-ა შორეული შედეგები.
3. ე. ზაქარაია. ადგილობრივი ანესთეზია.
4. ა. წულუკიძე. ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 1924 წლის მუშაობის მოკლე მიმოხილვა.

ახალი ელემენტის ძებნა. წარსულ წელში აღმოჩენილი იყო ახალი ელემენტი, რომელსაც უწოდეს გაფნიუმი; პერიოდიულ სისტემის 92 ელემენტში—უკანასკნელი არის № 72. ახლა მეცნიერები ახლო არიან ახალი ელემენტის აღმოჩენასთან, რომელიც პერიოდულ სისტემაში დაიჭერს № 61. ამერიკელი პროფ. ლაპი, იშვიათ ნივთიან პრეპარატების გამოკვლევის დროს, წააწყდა ამ ელემენტის სპექტრის ხაზებს და უნდა ვიფიქროთ, რომ მოკლე ხანში შესძლებენ მის გამოცალკევებას: ეს ელემენტი ახლოს დგას ეგრეთ წოდებულ ცერიუმთან, რომლის ნაყანგებს ხმარობენ გაზის ლამპრების საწვავ ბადეთა გაკეთების დროს. ამის შემდეგ უცნობნი დარჩებიან №№ 43,75,85 და 87 ელემენტები.

— ციმბირის წყალული მოსკოვში. უკანასკნელ ხანში მოსკოვში გახშირდა ციმბირის წყალული დაავადების შემთხვევები, რომელიც გავრცელებულია უმთავრესად ხელოსნებში ჯაგარზე და ტყავზე მომუშავეთა შორის. მოსკოვის ჯანმრთელობის განყოფილების მიერ გაცემულია ბრძანება, რათა ექიმების მიერ მიქვეული იყოს სათანადო ყურადღება ყოველ საექმო შემთხვევაზე.

— შავი ჭირის რუსეთში. უკანასკნელ ორი წლის განმავლობაში შავი ჭირით დაავადება აღმოჩნდა ისეთ ადგილებში, სადაც იგი უკვე ასი წელიწადია არ ყოფილა, —ასტრახანის სამხრეთით—მდინარე ვოლგის დელტასთან. პირველი შემთხვევები იყო შემოდგომაზე 1923 წელ. მეორე 1924 წ. ნოემბერში. პირველად ავად გახდა 39, მოკვდა 24; მეორედ ავად გახდა 13 მოკვდა 12 კაცი. უკანასკნელად აღნიშნული იყო ფილტვების შავი ჭირი (გარდა უკანასკნელისა, რომელსაც ჰქონდა ბუბონური ფორმა და მორჩა).

— კირჩხიბი და მასთან ბრძოლა. რუსეთის ჯანსაჯომის კოლეგიის უკანასკნელ სხდომაზე მოსმენილი იქმნა მოხსენებები ექ. Звоницкий-ს და პროფ. Немшов-ისა კირჩხიბის გავრცელების და წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ. მოხსენებიდან სჩანს, რომ ავთვისებიანი ხორცმეტეხი სიკვდილიანობის ერთი უმთავრეს მიზეზს შეადგენენ თითქმის ყველა ქვეყნებში; იმ დროს როდესაც ინფექციურ ავადმყოფობით და კერძოდ ტუბერკულოზით სიკვდილიანობა მცირდება, სიკვდილიანობა კირჩხიბისგან ყველა ქვეყნებში იზრდება. ს. ს. ს. რ. ყოველწლიურად კირ-

ჩინიზისგან იღუპება არა ნაკლებ 150,000 კაცისა—ამათგან 135 ათასი მუშაობის უნარის მქონე ჰასაკში და დაახლოებით 90 ათასი გონებრივ და ფიზიკურ ძალთა გაფუტრჩქენის დროს. მაქსიმალური რიცხვი სიკვდილიანობისა ხვდება 50—54 წლებში ყველა ქვეყნებში. კირჩხიბით უმთავრესად ქალები ავადდებიან; ორგანოთა დაავადების მხრივ პირველი ადგილი კუჭის კირჩხიბს უკავია. ამჟამად უკვე მიჩნეულია მთელი რიგი პროფესიონალურ და სოციალურ პირობათა, რომლებიც ხელს უწყობს კირჩხიბის გავრცელებას. ასეთია: თამბაქოს წევა, ალკოჰოლიზმი, უწყამლავი კარიოზული კბილები, წყლულები, პარაზიტები ცხოველთა ჯგუფიდან, კანის ქრონიკული დაავადება, ხანგრძლივი ქიმიური, თერმული და მექანიკური გაღიხიანება, ბინების ანტისანიტარული მდგომარება და სხვა. პროფესიის მიხედვით კირჩხიბით ავადდებიან—ბუნების მწმენდავნი, მებაღეები, რომლებიც ნიადაგის გასაპოხიერებლად ხმარობენ ქვარტლს, და მუშები, რომლებიც მუშაობენ ფისსზე, დარიშხანის შენაერთებზე, ნავთის და პარაფინის წარმოებაზე, ანილინის საღებავების დამზადებაზე, აგრეთვე ის პირნი რომლებიც ხანგრძლივად განიცდიან რენტგენის და რადიუმის სხივების გავლენას, ანდა მუშაკნი ისეთი წარმოებათა, სადაც ხშირია წვივის დაწვა, დაჭრა და დაიარება. ამრიგად საშიშროება, რომელიც შექმნილია კირჩხიბის განვითარებით ხალხის ჯანმრთელობისთვის, იმ დროს როდესაც მთელ რიგ საშვალელებით შესაძლებელია მისი თავიდან აცდენა, გვაიძულებს დაისვას საკითხი კირჩხიბის წინააღმდეგ ორგანიზაციული და გეგმიანი ბრძოლის და სისტემატიურად შესწავლის შესახებ.

რუსეთის ჯანსაჩქომის კოლეგიამ მოისმინა მოხსენებები და დაადგინა, რომ კირჩხიბის შესწავლა და მასთან გეგმიანი ბრძოლა ჩაითვალოს ჯანსაჩქომის მორიგ საკითხად და აუცილებელ საჭიროებად სცნო უახლოეს დროში მოაწყოს სპეციალური თათბირი კირჩხიბის და მის მომიჯნავე დისციპლინათა სპეციალისტებიდან.



ყოველთვიური პროფესიონალური ჟურნალი

„ს ა უ ნ ჯ ე“

სანიტარული განათლების ორგანო.

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

„საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის მოაზრება“

რედაქციის მისამართი: ტფილისი. საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტი. კამოს ქ. № 47. რედაქციის საქმეებზე მოლაპარაკება და მიწერ-მოწერა ინსტიტუტის საბჭოს მდივანთან გ. ვარაზიშვილთან ყოველდღე.

კლინიკური-დიაგნოსტიკური

კაზინეტი

კ ა ზ ი ნ ე ტ ი

იღებს გამოსაკვლევად:

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

შარდს: ქიმიურ-მიკროსკოპიული, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევანი.

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

ამჟამად ავტორგენურ ვაქცინას.

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

მისამართი: ლუნივის (თლღას) ქუჩა, გამაანთ შესასვლელზე (მუღი-აზგარიანცის სახლის პირდაპირ) № 3.

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

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

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

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

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

ქურნალის მესამე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა მარტის დამლევისათვის.

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, საქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩიჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 11), ბათუმში—პ. გიგინეიშვილი, ლანჩხუთში—ვ. ბარამიძე, სენაკში—ი. ჩხეტია, ხაშურში—გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი)—ა. გრიგოლია, ზუგდიდში—ანთელავა. რომელთაც ქურნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციულ ამხანაგებმა.