

გამოცემის წელი მეოთხე


ქართული
ენციკლოპედია

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიუმის ორგანო

10—11

ოქტომბერი—ნოემბერი

1927

საქ. ჯანდაცობის კომისარიატის გამომცემლობა

ტფილისი

მიიღება ხალის მოწერა 1928 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა
კოლეგიუმის ორგანო

ჟურნალში შექმნილი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა; საზოგადო-
მედიცინა, პრეპარატიული მედიცინა, მიმოსხილვა-
ბი, კორმისონდამედიცინა, რეზერვაციონი, ბიოლინგვისტიკა
და ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწ.
უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორ-
ები, პროვინციული ექიმები და აგრეთვე მონაწილეობას
მიიღებენ საბჭოთა კავშირის და უცხოეთის ექიმ-მეცნიერნი.

შუბნის ფასი:	{	1 წლით	10 მან.
		1/2 წლით	5 მან.
		ცალკე ნომერი	1 მან.

რედაქტორები: ივ. ლორთქიფანიძე, ზ. მაისურაძე, მ. შვალაძე-
შვილი, პ. ქავთარაძე, ნ. ყიფშიძე და მ. ცხაკაია.

რედაქციის მისამართი. ტფილისი, კომინტერნის ქ. 5
ჯანსაღის გამოსცემლობის მაღაზია

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიის ორგანო

10-11

მეცნიერებათა — ნოემბერი

1927



საქ. ჯანმრთელობის კომისიის ორგანო

შ ი ნ ა ა რ ს ი.

85

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

1. ექ. ი. შვედლიშვილი. ალკოჰოლიზმი და კუჭის დაავადებანი 519
2. ექ. ვ. თოხაძე. ტუბერკულოზის სიხშირე ბავშვთა ასაკში ქალაქის 1 საავადმყოფოს პათოლოგ—ანატომიური გაკვეთების მიხედვით 524
3. ქირ. დოქტ. კ. ერისთავი. ჩირქოვანი პლევრიტების მკურნალობის შესახებ 529
4. ექ. ე. შალამბერიძე. Dührssen-ის ოპერაცია, როგორც მუცლის ხელოვნური მოწყვეტის მეთოდი 537
5. ექ. ივ. სიხარულიძე. ექსპულსიური სისხლის დენის საკითხისათვის . . . 549
6. ექ. დ. ჯავახიშვილი. კუჭის ტალახის სამკურნალო თვისებანი . . . 560
7. ექ. ვ. ლორთქიფანიძე. ბავშვთა ინფექციები 573

II. მიმოხილვა.

8. ექ. ნ. ანდრიაძე. ჰიპერტონიების პათოგენეზისათვის 584
9. ექიმთა საზოგადოების ანგარიშები 607

III. ბიოგრაფია.

IV. ნეკროლოგი.

V. რეფერატები.



Танамедрове медицина.

(Содержание №№ 10—11 номеров).

1. Д-р Мchedlishvili. Алкоголизм и болезни желудка 519
 2. Д-р Тохадзе. Частота туберкулеза в детском возрасте на основании патолого-анатомических вскрытий 1-ой городской больницы (Тифлис) 524
 3. Д-р Хир. К. Эристов. По поводу лечения гнойных плевритов. 524
 4. Д-р Ев. Шаламберидзе. Операция Dührssen-a, как метод искусственного выкидыша 538
 5. Д-р Сихарулидзе. К вопросу об экспульсивном кровотечении 549
 6. Д-р Джавахишвили. Целебное действие грязи Кумисского Озера 560
 7. Д-р В. Лордипанидзе. Инфекцион. болезни детского возраста. 573
- II. Обзорение.
8. Д-р Н. Андриадзе. К патогенезе гипертонии 584
 9. Отчеты Медицинских Обществ. 607
- III. Биография.
IV. Некролог.
V. Рефераты.
-

Thanamédrové Médicina.

S ó m m a i r e .

(Médecine contemporaine № 10 — 11).

I. Médecine théorique et clinique.

1. D-r. J. Mtchedlichvili L'alcoolisme et les affections gastriques 519
2. D-r. Tokhadzé. La fréquence de la tuberculose infantile d'après les necropsies du I Hôpital Municipal 524
3. D-r. K. Eristoff. Traitement des pleurésies purulentes 529
4. D-r. E. Chalamberidzé. L'opération de Dührssen, que des méthodes de l'avortement artificiel 537
5. D-r. Sikharulidzé. Au sujet de l'hémorragie expulsive 549
6. D r. Djavahischvili. Propriétés curatives des banes du lac Koumissi 560
7. D-r. J. Lortkipandzé. Les infections infantiles en 1925 en Géorgie 563

II—Revues.

III. Bibliographie.

IV. Necrologie.

V. Analyses.

ი. მხედლიშვილი.

კლინიკის ასისტენტი.

ალკოჰოლიზმი და კუჭის დაავადებანი. ¹⁾

(შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალური კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. ს. ვირსელაძე).

საკითხი ალკოჰოლიზმის მნიშვნელობის შესახებ კუჭის პათოლოგიაში—ძველი საკითხია. იგი როგორც ექსპერიმენტალურად, აგრეთვე კლინიკურად საკმარისად შესწავლილია. მიუხედავად ამისა ავტორთა შორის არ არსებობს ერთსულოვნობა მცირე რაოდენობაში მიღებულ განზავებულ ალკოჰოლის გავლენის შესახებ. ასე, მაგალითად, Beddis-ი, Tischer-ი, Кувшинский, Кравков-ი, Cenzinsky ²⁾, Bernard-ი ³⁾, Notnagel-ი, Spiro, Rosbach-ი და სხვები აღნიშნავენ, რომ ამგვარად ხმარებული ალკოჰოლი ხელშემწყობი პირობებს ქმნის საჭმლის მონელებისათვის. ამავე დროს Цитович-ი უარყოფს ამგვარ გავლენას, Blumenau-თი კი განზავებული ალკოჰოლი ხელს კი არ უწყობს, პირიქით აფერხებს კუჭის ყველა ფუნქციებს.

თუ განზავებულ ალკოჰოლის მცირე დოზების გავლენის შესახებ არსებობს აზრთა უთანასწორობა, დიდი რაოდენობაში და შედარებით მძლავრ კონცენტრაციაში მიღებულ ალკოჰოლის შესახებ ერთსულოვნობაა. Aliberton-ით, Lussann-ით, Rikfalvi-ით, Ogata-თი ⁴⁾ საშუალო დოზები, Цитович-ით კი უკვე 10% ალკოჰოლი, აფერხებს საჭმლის მონელებას, აბსოლუტური კი სრულიად სპობს მას.

ჩვენ არ შევხებით სპირტულ სასმელების გავლენას, როდესაც იგი იზმარებოდა მცირე რაოდენობაში და იშვიათად. ჩვენი მოხსენების საგანს შეადგენს ალკოჰოლით ქრონიკულ მოწამვლის შეფასება. კლინიკამ უკვე დიდი ხანია დაამტკიცა, რომ ალკოჰოლიზმს აქვს უაღრესი მნიშვნელობა კუჭის დაავადების პათოგენეზში (Boas-ი, Riegel-ი, Conheine, Образцов-ი და მრავალი სხვა). სპირტულ სასმელების ხანგრძლივობის ხმარებისდა მიხედვით წარმოიშობა მკვეთრი ან ქრონიკული გასტრიტები.

ჩვენი მასალაც ამას ამტკიცებს. 425 ავადმყოფთა შორის, რომელნიც ჩვენ მიერ იყო გატარებული, გამოვეყვით 3 ჯგუფი. 1 ჯგუფს შეადგენს ავადმყოფები, რომელნიც ძლიერ ეტანებოდნენ სპირტულ სასმელებს (ლვინოს, არაყს).

¹⁾ მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მეოთხე კონგრესზე მაისში 1926 წ.

²⁾ Vinz-ით და Смоленский-ით.

³⁾ Цитович-ით.



მე II ჯგუფის ავადმყოფები ან სრულიად არ ხმარობდნენ ალკოჰოლს, ან და მცირე რაოდენობაში და იშვიათად. მე-III ჯგუფში შეტანილი არიან ის შემთხვევები. სადაც ეთიოლოგიურ მომენტად გარდა ალკოჰოლიზმისა უნდა ყოფილიყო სხვა მავნე გავლენებიც (ნიკოტინიზმი, არა მიზანშეწონილი კვების რეჟიმი, კბილების მდგომარეობა და სხვა). ავადმყოფები, რომელნიც ზომიერად ხმარობდნენ სპირტულ სასმელებს ანგარისში მიღებული არ არიან.

პირველ ჯგუფს შეადგენს 37 ავადმყოფი, რომლიდან 36 მამაკაცია და 1 დედაკაცი; ამ რიცხვებიდან ქალაქის მცხოვრებელ ითვლებიან 25, სოფლის კი 12 ავადმყოფი. მე-II ჯგუფში შედის 121 შემთხვევა, მათ შორის 60 მამაკაცი და 61 დედაკაცი; ამ ჯგუფიდან 86 ეკუთვნის ქალაქში მცხოვრებს და 35 სოფელელებს, მე-III ჯგუფში 126 ავადმყოფია. მათი გამოკვლევას ვაწარმოებდით ჩვენ მიერ შემუშავებულ სქემის მიხედვით.

როგორც ჩანს მოყვანილ ტაბულიდან:

	I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
	ავადმყოფები რომელნიც არ ეტანებოდნენ სპირტულ სასმელებს.	ალკოჰოლიზმი არ აღინიშნება.	ალკოჰოლის ერთად აღინიშნება სხვა მავნე მოვლენებით.
1. Gastritis acida	26	20	52
2. Ulcus ¹⁾ +gastritis acida	8	3	59
3. Ulcus +გასტრიტი ნორმალური სიმეავობით	—	2	—
4. Ulcus +gastritis subacida.	—	3	—
5. Ulcus უგასტრიტო.	—	13	—
6. გასტრიტი ნორმალური სიმეავობით	1	14	9
7. Gastritis subacida	—	11	2
8. Achylia gastrica.	1	22	4
9. Hiperaciditas	1	35	—
ს უ ლ	37	121	126

ავადმყოფთა რიცხვი, რომელთა კუჭის დაავადება გამოწვეული იყო სპირტულ სასმელების გადაჭარბებული ხმარებით, შედარებით მცირეა, ვინაიდან სუფთა შემთხვევების გამოყოფა ძნელია. ამ ჯგუფს შეიცავს მხოლოდ 37 შემთხვევა, მათ შორის 26 მეთვე გასტრიტით, 8 კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით და ერთდა იმავე დროს მეთვე გასტრიტით, 1 გასტრიტით ნორმალური სიმეავით, 1 კუჭის აქილით და მხოლოდ ერთი კუჭის ფუნქციონალური დაავადებით (Hyperaciditas). ჩვენი აზრით ესეც საკმარისია, იმისათვის, რომ

¹⁾ კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის ან ulcer pyloroduodenale.



ალკოჰოლიზმს ვაკუთვნოთ პათოგენური მნიშვნელობა კუჭის ორგანიზმში.

აქ ერთი რამ იპყრობს ჩვენს ყურადღებას: დიდი რაოდენობა მყავე გასტრიტიისა. გამოვარკვიოთ, არსებობს თუ არა რაიმე დამოკიდებულება მყავე გასტრიტის და ალკოჰოლიზმის შორის, მართლაც იწვევს თუ არა უკანასკნელი მეტად ხშირად ამგვარ დაავადებას?

I და მე-II ჯგუფების შედარებიდან აშკარად ჩანს, რომ, როგორც ალკოჰოლიზმის დროს, აგრეთვე უმისოდ საერთო რიცხვი თვითეულ ჯგუფში მყავე გასტრიტით დაავადებულთა თითქმის თანაბარია. ჯგუფში, როგორც უკვე მოგახსენეთ, ამგვარი ავადმყოფი 26-ია, მე-II ჯგუფში კი 20. ამ ციფრების მიხედვით, ალკოჰოლიზმი თითქოს არ უნდა იწვევდეს მეტად ხშირ დაავადებას მყავე გასტრიტით, მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში დაავადების საერთო რიცხვს თვითეულ ჯგუფში, სადაც I ჯგუფში ირიცხება 37. მე-II კი გაცილებით მეტი, ე. ი., 121, აშკარა ხდება, რომ პროცენტულად ალკოჰოლიზმის დროს სპარობობს მყავე გასტრიტით დაავადება—ამგვარ ავადმყოფთა რიცხვი უდრის 70,3% -ს, იქ სადაც ალკოჰოლიზმი არ აღინიშნება მხოლოდ 16,5% -ს. ამას ამტკიცებს აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ ალკოჰოლიზმის დროს, როგორც I ჯგუფიდან ჩანს, 26 მყავე გასტრიტით ავადმყოფზე მხოლოდ II შემთხვევაში აღინიშნება სხვა დაავადებანი და მათ შორის 8 ერთდროულად წყლულით და მყავე გასტრიტით. მე-II ჯგუფში კი სხვა დაავადებების რიცხვი უდრის 102-ს და მათ შორის აღინიშნება მხოლოდ 3 შემთხვევა ერთდროული დაავადებისა წყლულით და მყავე გასტრიტით. შემთხვევები მე-III ჯგუფიდან, ვფიქრობთ, კიდევ მეტად ამტკიცებენ ჩვენ აზრს. მართალია მყავე გასტრიტს, როგორც აღინიშნავს Conheim-ი იწვევს გარდა ალკოჰოლიზმისა, აგრეთვე ნიკოტინიზმი და ექსცესები კვების მხრივ. მე-III ჯგუფში სწორედ მოყვანილია ამგვარი შერეული შემთხვევები, მაგრამ თუ შევადარებთ ამ ჯგუფს მე-II ჯგუფთან, სადაც სპირტულ სასმელებს ავადმყოფები არ ეტანებოდენ, აღნიშნულ მავნე გავლენებს კი ჰქონდა ადგილი, ვნახავთ, რომ საერთო რიცხვი მყავე გასტრიტით დაავადებულებისა მე-III ჯგუფში გაცილებით მეტია, ვიდრე მე-II-ში. მე-III ჯგუფში საერთო რიცხვი ამგვარ ავადმყოფებისა უდრის 52-ს, მესამეში კი 20-ს. ამგვარი შეფარდება არსებობს თითქმის თანაბარ ავადმყოფთა ზოგად რიცხვზე თვითეულ ჯგუფში. მაშასადამე ჩვენ შეგვიძლიან დაუშვათ, რომ უკანასკნელ ჯგუფშიაც ნაწილი მყავე გასტრიტით დაავადებისა უმთავრესად გამოწვეული უნდა ყოფილიყო ალკოჰოლიზმით.

ამრიგად, მიუხედავად იმისა, რომ მყავე გასტრიტებს იწვევს არა მარტო ალკოჰოლიზმი, ჩვენ მაინც მოყვანილ მასალის მიხედვით შეგვიძლიან გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ სპირტულ სასმელების გადაჭარბებული ხმარება გაცილებით უფრო ხშირად უნდა იწვევდეს ამგვარ დაავადებას. კუჭის სიმეფობის გაძლიერება მყავე გასტრიტების დროს, ჩვენ ვფიქრობთ, გამოწვეულია თვით ალკოჰოლის ზეგავლენით კუჭის სეკრეციაზე, რაც ექსპერიმენტალურად უკვე დადასტურებულია. Цитович-ით 5—10% ალკოჰოლი იწვევს გიპერქლორიდრიას ურთიერთ დამოკიდებულებას უკანასკნელის და ალკოჰოლიზმის შორის



აღნიშნავს აგრეთვე Cenzinsky¹⁾, Froun-ის და Molinier-ის²⁾ ცდებით დამტკიცებულია, რომ ალკოჰოლი არამც თუ per os (20%), არამედ ოყნის სახით (30%) შეყვანილი იწვევს გამოყოფას მეტად მჟავე და მომქმედ კუჭის წვეს.

ჩვენ მარტონი არ ვამტკიცებთ, რომ მჟავე გასტრიტის მიზეზად ხშირად უნდა იყოს ალკოჰოლიზმი. Boas-ი დაბეჯითებით აღნიშნავს, რომ gastritis acida არა იშვიათია მსმელებთა შორის. Conheim-ი სავსებით იზიარებს თავის მასწავლებლის აზრს.

ამის შემდეგ საინტერესოა გამოვარკვიოთ აქვს თუ არა ალკოჰოლიზმს რაიმე მნიშვნელობა კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით დაავადების პათოგენეზში. ამის სასარგებლოდ ლიტერატურაში არსებობს გარკვეული ცნობები.

Лихачев-ის აზრით ალკოჰოლიზმს შეუძლიან გამოიწვიოს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. Tager-ი მამაკაცთა შორის შედარებით ხშირ დაავადებას თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით ხსნის სპირტულ სასმელების გადაჭარბებულ ხმარებით. Boas-ით ალკოჰოლი მოქმედობს რა კუჭის ლორწოვან გარსზე იწვევს ქრონიკულ ანთებად პროცესს და მით ქმნის ხელშემწყობ პირობებს წყლულის წარმოშობისათვის.

ჩვენც ვფიქრობთ, რომ ალკოჰოლიზმი არ წარმოადგენს კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის უშუალო მიზეზს. მას ამ სნეულების პათოგენეზში უნდა ეჭიროს მნიშვნელოვანი ადგილი იმდენად, რამდენად იგი ქმნის ხელშემწყობ ნიადაგს, — სახელდობრ ლორწოვან გარსის ანთებად პროცესს. გასტრიტის ან დუოდენიტის მნიშვნელობას ხაზგასმით აღნიშნავენ გარდა Boas-ისა, Roux-ი, Mathien-ი, Conheim-ი, Ed. Henriqueze-ი, Gaston Dourand-ი, Konjetzny, Naumerck-ი. ამას ადასტურებს აგრეთვე ჩვენი მასალაც.

როგორც ჩანს მოყვანილ ტაბულიდან უგასტრიტო წყლულით დაავადების რიცხვი უდრის 13-ს ან 15,2%¹⁾-ს, ამავე დროს წყლულით და ერთდროულად გასტრიტით დაავადებულნი იყვნენ 83 ავადმყოფი ან 84,8%²⁾, მათ შორის 70-ს (ან 95,9%¹⁾-ს) ჰქონდა მჟავე გასტრიტი. ამ რიცხვიდან მხოლოდ 3 შემთხვევაში (4,1%¹⁾) არ აღინიშნება ალკოჰოლიზმი, დანარჩენ 67 (ან 95,7%²⁾) შემთხვევაში კი ავადმყოფები ეტანებოდნენ სპირტულ სასმელებს.

თუ ალკოჰოლიზმი თითქოს ხშირად იწვევს მჟავე გასტრიტს და ამგვარ დაავადებას ასე ხშირად ვხვდებით წყლულთან ერთად, ჩვენ ვერ უარვყოფთ ალკოჰოლიზმის საბედისწერო მნიშვნელობას წყლულის წარმოშობაში. თუმცა კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პათოგენეზში აღინიშნება მთელი რიგი თეორიებისა (მექანიური, ინფექციური, კონსტიტუციონური და სხვა) და ყოველივე მათგანს აქვს საფუძვლიანი დასაბუთება, მაგრამ, ვიმეორებთ, ალკოჰოლიზმის გავლენას იქ, სადაც იგი აღინიშნება, ჩვერ ვერ უარვყოფთ.

ზემოაღნიშნულიდან ჩვენ გამოგვყავს შემდეგი დებულებები:

I. სპირტულ სასმელების გადაჭარბებული ხმარება იწვევს კუჭის ორგანიულ დაავადებებს;

II. მათ შორის იგი გაცილებით ხშირად უნდა იწვევდეს მჟავე გასტრიტს;

1) Vinz-ით და Смоленский-ით

2) Шитович-ით



III. კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის პათოგენეზში ლიზმს უნდა დაეთმოს მნიშვნელოვანი ადგილი.

ლიტერატურა.

- 1) J. Boas. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten 1925.
- 2) В. П. Образцов. Болезни желудка и кишек 1924.
- 3) И. Цитович. О влиянии алкоголя на желудочное пищеварение 1905 г.
- 4) М. Кончаловский. Желудочная ахилия 1911 г.
- 5) A. Mathieu et Jean-Charles Roux. Patalogie gastrointestinale 1923.
- 6) Ed. Henriqueze et Caston Durand. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Я. Чернак-ის თარგმანი 1926 წ.
- 7) Н. Тагер. Язва двенадцатиперстной кишки 1925 г.
- 8) P. Conheim. Болезни пищевода, желудка и кишечника 1913 г.
- 9) Н. Лихачева. Больные язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и их диетическое лечение. Вр. Дело 1922 № 16-20.
- 10) F. Riegel. Die Erkranungeu des Magens 1897.
- 11) Obendorfer. О Причинах и течении круглой язвы желудка и рака, возникш. на почве язвы. Биология и патология. 1926 г.
- 12) П. Кувшинский. О влиянии некоторых пищевых и лекарственных средств для отделения панкреатического сока. Диссерт. 1888 г.
- 13) Кравков. Основы фармакологии. 1 часть. 1925 г.
- 14) С. Binz и П. Смоленский. Энциклопедия медицинских наук. 1891 г.

3. თოხაძე.

კლინიკის ორდინატორი.

ტუბერკულოზის სიხშირე ბავშვთა ასაკში ქალაქის I საავადმყოფოს პათოლოგ-ანატომიური ბაჰვეთების მიხედვით*).

ტფილისის სახემწიფო უნივერსიტეტის ბავშვთა კლინიკიდან
გამგე — პროფ. ს. გოგიტიძე.

ბავშვთა შორის ტუბერკულოზის სიხშირის საკითხის შესასწავლად არსებობს რამოდენიმე გზა:

1. ბიოლოგიური რეაქციების (Firquet, Calmette) წარმოება;
2. სტატისტიკური ცნობები, დამყარებული ექიმის მიერ აღნიშნულ სიკვდილიანობის მიზეზზე;
3. კლინიკური მასალის შესწავლა და
4. პათოლოგ-ანატომიური მასალების შესწავლა.

ამ გზების ცალ-ცალკე დადასტებას მე არ შეეძლება, მხოლოდ აღვნიშნავ რომ Firquet-ის რეაქციით ტუბერკულოზის სიხშირის გამორკვევა საქართველოში პირველად უწარმოებიათ ექიმებს ნანეი შვილს და კვეზერელ-კობაძეს ორ ქართულ სკოლაში (მათი შედეგები გამოქვეყნებულია). აგრეთვე ამავე გზით გამორკვევა უწარმოებიათ ექ. გიგინეი შვილს და კობიაშვილს გურიის ზოგიერთ სოფლებში. სტატისტიკური ცნობები საქართველოში ტუბერკულოზის სიხშირის შესახებ მოპყავთ ექიმ აბაკელიას და ექ. წერეთელს თავიანთ შრომებში.

ჩვენ ვფიქრობთ რომ ტუბერკულოზის გავრცელება საქართველოში ისეთი საკითხია, რომ მის შესასწავლად უნდა იყოს გამოყენებული ყოველივე გზა. ამიტომ ჩვენ მივგანწიხ მიზანშეწონილად გადამუშავებული იყოს, ამ მხრივ, საქართველოში არსებული ყველა საავადმყოფოების, როგორც კლინიკური, ისე პათოლოგ-ანატომიური მასალები. პირადად მე დავისახე მიზნად შესწავლა ქალაქის I საავადმყოფოს პათოლოგ-ანატომიური 10 წლის (1914—1923 წ.) მასალები.

ამ მასალებიდან განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციე ბავშვთა ასაკის იმისათვის, რომ ყველა ავტორები, არა პედიატრებიც კი, ამტკიცებენ, რომ ტუ-

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა შესამე კონგრესს 1925 წ. 24 მაისს.



ბერკულოზი უმთავრესად ბავშვთა სნეულებაა, რადგან ის ამ ასაკში ჩაისახება და ამისათვის, ვისაც საზოგადოდ ტუბერკულოზის შესწავლა სურს, მან ეს ბავშვთა ასაკიდან უნდა დაიწყოს. ყოველ შემთხვევაში Aschoff-მა თავის მოხსენებაში ასეთი აზრი გაატარა მოსკოვში პათოლოგების ყრილობაზედ.

პათოლოგ-ანატომიური მასალების დამუშავებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს წესს ამ მასალების დამუშავებისას: მუშავდება ის მარტო მაკროსკოპიულად, მიკროსკოპიულად, თუ კიდევ დაერთვის ცხოველებზე ინოკულაცია.

ლიტერატურაში არის გამოქვეყნებული რამოდენიმე შრომა, რომელიც დამყარებულია მიკროსკოპიულად გულმოდგინეთ შესწავლილ მასალებზე.

მაგალითად, Naegeli-ის გამოკვლევით აღამაინთა მხოლოდ 3⁰/₁₀-ია თავისუფალი ტუბერკულოზის ინფექციისაგან, დანარჩენი 97⁰/₁₀ კი ან არის, ან ყოფილა ოდესმე დაავადებული ტუბერკულოზით.

Burkhardt-მა 1400 მოზრდილთა გვამის გაკვეთით საერთოდ დაამტკიცა Naegel-ის გამოკვლევა.

Raczynski-ს დაკვირვებით კრაკოვის საბავშვო საავადმყოფოს პაციენტების თითქმის ნახევარი შეპყრობილი ყოფილა ტუბერკულოზით. 3.341 გაკვეთილ ბავშვებზედ ტუბერკულოზი აღმოჩნდა 611 შემთხვევაში, როგორც უშუალო მიზეზი სიკვდილისა, ესე იგი 18,3⁰/₁₀-ში და 112 ბავშვს აღმოაჩნდა ტუბერკულოზი, როგორც შემთხვევითი მოვლენა.

Cezeman-მა (პეტროგრადის ელისაბედის სახელობის საბავშვო საავადმყოფოში) 500 გაკვეთილ ბავშვების ოქმების გადასინჯვით ტუბერკულოზი 32⁰/₁₀-ში ნახა, როგორც უშუალო მიზეზი სიკვდილისა და 14⁰/₁₀-ში შემთხვევითი t. b. c.

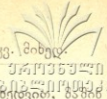
Шор-მა 240 გაკვეთილ ბავშვის გვამებზე (პეტროგრადის ელისაბედის სახელობის საბავშვო საავადმყოფოში) აღმოაჩინა ტუბერკულოზი 44,17⁰/₁₀-ში.

Медовиков-მა მთელ თავის 5 ათასზე მეტ გაკვეთილ ბავშვის გვამებზე (15 წლამდე) ტუბერკულოზური ცვლილებები საშუალოდ 33⁰/₁₀-ში აღმოაჩინა.

Hamburger-მა და Sluka-მ ვენაში პროფესორ Ghon-ის მიერ წარმოებულ 401 გაკვეთილ გვამში (0—14 წლ.) საშუალოდ 40⁰/₁₀-ში ტუბერკულოზური ცვლილებები აღმოაჩინეს.

სანამ ჩვენ მიერ მიღებულ ციფრებს მოვიყვანდ, საჭიროდ მიმაჩნია აღვნიშნო, რომ ჩვენი მასალა არის მარტო მაკროსკოპიულად გამორკვეული ტფილისში კარგად ცნობილი განსვენებული პათოლოგ-ანატომის მუხარინსკის მიერ. არც მიკროსკოპი და არც ინოკულაცია ხმარებული არ ყოფილა; რასაკვირველია ეს გარემოება ცხად ჰყოფს, თუ რატომ იქნება ჩვენი ციფრები შედარებით უფრო მცირე, მაგრამ, ვინაიდან ისინი, ჩვენის აზრით, საკმარისად ახასიათებენ საერთო სურათს ტუბერკულოზის გავრცელებისას, ჩვენ ვფიქრობთ, რომ მეტი არ იქნება თქვენი ყურადღების შეჩერება ამ ჩვენ ციფრებზე.

სულ 10 წლის განმავლობაში გაკვეთილა 600 ბავშვი და ტუბერკულოზური ცვლილებები აღმოჩენილა 174 შემთხვევაში, რაც 29⁰/₁₀ შეადგენს. ეს პროცენტი უახლოვდება Медовиков-ის მიერ მიღებულ ციფრებს. რასაკვირველია, რომ მიკროსკოპიული გამორკვევა ყოფილიყო ჩვენი შემთხვევების, მაშინ ეს ციფრი მეტი იქნებოდა.



თუ კი ჩვენ შევეხებით ტუბერკულოზის სიხშირეს ასაკის მიხედვით, მაშინ დავინახავთ, რომ ტუბერკულოზის შემთხვევები მით უფრო ხშირია, რაც უფრო ასაკი მაღალია.

Hamburger-ის და Sluka-ს ტაბულა ასაკის მიხედვით ტუბერკულოზის შემთხვევების ზრდას ნათლად გვიჩვენებს.

Hamburger-ის და Sluka-ს ტაბულა

ჩვენი ტაბულა

ასაკი (წლ.)	ბავშვით- ლი იყო	ს. ხ. ც. არ აღმო- ჩნდა	ს. ხ. ც. აღმოჩნ- და	% ს. ხ. ც.
1 წლ.	154	130	24	16
2 „	88	51	37	42
3—4 „	80	33	47	59
5—6 „	29	12	17	60
7—10 „	28	10	18	64
11—14 „	22	5	17	77
სულ 1—14 წლ.	401	241	160	40

ასაკი	ბავშვით- ლი იყო	ს. ხ. ც. არ აღმო- ჩნდა	ს. ხ. ც. აღმოჩნ- და	% ს. ხ. ც.
1 წლ.	50	44	6	12
2 „	81	63	18	22,2
3—4 „	82	50	23	28
5—6 „	90	62	28	31,1
7—10 „	177	119	58	32,7
11—14 „	120	79	41	34,1
სულ 1—14 წლ.	600	426	174	28

ჩვენი ტაბულაც გვიჩვენებს, რომ ტუბერკულოზის სიხშირე ასაკის მიხედვით თანდათან მატულობს, მხოლოდ აქაც აღინიშნება საზოგადოდ პროცენტის სიმცირე, რის მიზეზიც ზემოდ ნათლად იყო ნაჩვენები.

ებლა, თუ ჩვენ დავყოფთ ტუბერკულოზისაგან სიკვდილიანობას ისე, როგორც Naegeli ჰყოფს: ლეტალური (როცა t. b. c. იყო უშუალო მიზეზი სიკვდილისა) და არალეტალური (როცა t. b. c. შემთხვევითი იყო და მას სიკვდილი არ გამოუწვევია), ჩვენ დავინახავთ, რომ ლეტალური ტუბერკულოზი მცირე ასაკში დიდია და წლოვანების მომატების მიხედვით კლებულობს.

Hamburger-ის ტაბულა

ჩვენი ტაბულა

ასაკი:	1 წლ.	2 წლ.	3—4 წ.	5—6 წ.	7—10 წ.	11—14 წ.
t. b. c. შემთხვევების რაოდენობა . . .	49	74	102	38	41	31
ამათში ლეტალური t. b. c.	44	51	69	23	28	16
% ⁰ / ₀ ლეტალური ტუბ.	90	70	67	60	68	50

ასაკი:	1 წლ.	2 წლ.	3—4 წ.	5—6 წ.	7—10 წ.	11—14 წ.
t. b. c. შემთხვევების რაოდენობა . . .	6	18	23	28	58	41
ამათში ლეტალური t. b. c.	6	15	17	20	48	33
% ⁰ / ₀ ლეტალური ტუბ.	100	83,3	73,9	71,4	82,7	80,4

*) ამ მასალების შესასწავლად დათმობისათვის მადლობას ვუძღვნი ქალაქის 1 საავად-მყოფოს პროზექტორის განგეს პროფ. ე. ჟღენტს.

ამგვარად, როგორც Hamburger-ის, აგრეთვე ჩვენი მასალების მიხედვითაც ლეტალური ტუბერკულოზი კლებულობს წლოვანობის ზრდის მიხედვით.

თუმცა ჩვენმა მასალებმა დაგვანახა, რომ პირველ წლის ასაკში ყველა შემთხვევები, სადაც კი გაკვეთამ ტუბერკულოზი აღმოაჩინა—ლეტალური ხასიათის იყვნენ, მაგრამ მაინც არ შეიძლება არ აღვნიშნოთ ის გარემოება, რომ არალეტალური ტუბერკულოზი არ გვხვდებოდეს პირველ წლის ასაკში.

მაგალითად პროფეს. R. Fische-ს მოჰყავს თავისი დაკვირვება 77 ტუბერკულოზით შეპყრობილ ძუძუმწოვარა ბავშვებზე. ამ ბავშვებიდან მან 17 შემთხვევაში გამომრთელების შედეგი მიიღო. Langer-ს მოჰყავს თავისი მასალა, რომელიც ეხება 140 ტუბერკულოზით დაავადებულ ძუძუმწოვარა ბავშვებს, რომელთა შორის ტუბერკულოზით სიკვდილიანობა 60% აღწევს. დანარჩენი კი საცხებით გამომრთელებულან. ტუბერკულოზი კი ყოფილა დამტკიცებული, როგორც რენტგენით, ისე Pirquet-ის რაქციით.

ეხლა საინტერესოა აღინიშნოს, თუ რა სახის ტუბერკულოზით კვდება ბავშვები ასაკის მიხედვით. Hamburger-ის ტაბულა ამტკიცებს, რომ ბავშვების მცირე ასაკში სიკვდილის მიზეზად უმეტესად აღინიშნება მილიარული ტუბერკულოზი, ან ტუბერკულოზური მენინგიტი, თელტვების ქლექი და ქრონიკული ზოგადი ტუბერკულოზი, როგორც მიზეზი სიკვდილისა, უფრო მეტია დიდ ასაკში. Hamburger-ის და ჩვენი მასალების მიხედვით ლეტალური ტუბერკულოზის მწვავე და ქრონიკული ფორმების დანაწილება გვიჩვენებს, რომ პირველი უფრო მეტად გვხვდება მცირე ასაკში და მეორე კი დიდ ასაკში.

Hamburger-ის ტაბულა

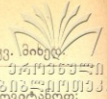
ჩვენი ტაბულა

ა ს ა კ ი	Hamburger-ის ტაბულა						ჩვენი ტაბულა					
	1 წლ.	2 წლ.	3-4 წ.	5-6 წ.	7-10 წ.	11-14 წ.	1 წლ.	2 წლ.	3-4 წ.	5-6 წ.	7-10 წ.	11-14 წ.
მწვავე სახის ლეტალური t. b. c.	13	19	28	10	8	2	6	8	8	4	13	9
ქრონიკ. ლეტ. ტუბერკ.	7	6	6	1	4	6	—	7	9	16	35	21

დასასრულ აღვნიშნავთ ერთ გარემოებას, რომ ყველა ასაკის გვამების გაკვეთამ (10 წლის განმავლობაში 2914 გვამი) დაგვანახა, რომ ტუბერკულოზის სიხშირე ქართველთა შორის მეტია, ვიდრე სომხებსა და რუსებს შორის ცალკე.

ტუბერკულოზის სიხშირე ეროვნების მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება:

	ქართველი	სომეხი	რუსი	სხვა ეროვნება
გაკვეთილი იყო.	461	1151	812	490
აღმოჩნდა t. b. c.	116	195	87	62
% t. b. c.	25	16,9	10,8	12,4



ყველა ზემოაღნიშნულიდან შეგვიძლიან შემდეგი დასკვნა გამოვიტანოთ:

I. ქალაქის I საავადმყოფოს პროზექტორის გაცვეთის მასალები თავისი მთლიანობით და სისრულით თუმცა სავსებით არ აკმაყოფილებენ ჩვენი მიზნის მოთხოვნილებებს, მაგრამ მათ მაინც აქვთ მნიშვნელობა ტუბერკულოზის სიხშირის საკითხის გამორკვევისათვის.

II. პათოლოგ-ანატომიური ტუბერკულოზი მით უფრო ხშირია, რაც ასაკი მალალია.

III. რაც უფრო ახალგაზრდაა ბავშვი, მით უფრო ხშირად მისი ტუბერკულოზით დაავადება იწყებს სიკვდილს.

IV. ბავშვების მცირე ასაკში, ტუბერკულოზისაგან სიკვდილით დამთავრებულ შემთხვევებში, სიკვდილის მიზეზად უმეტესად აღინიშნება მილიარული ტუბერკულოზი, ან ტუბერკულოზური მენინგიტი; ფილტვების ქლექი და ქრონიკული ზოგადი ტუბერკულოზი, როგორც მიზეზი სიკვდილისა უფრო მეტია დიდ ასაკში.

V. ყველა ასაკის გვამების გაცვეთა გვიჩვენებს, რომ ქართველები იძლევა მეტ პროცენტს ტუბერკულოზისა, ვიდრე სომხები და რუსები ცალ-ცალკე.

VI. სხვა ზომებთა შორის საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების შესასწავლად საჭიროა დამუშავებული იყოს საქართველოში არსებული ყველა საავადმყოფოების, როგორც კლინიკური, ისე პათოლოგ-ანატომიური მასალები.

VII. 600-ს გაცვეთილ ბავშვის გვამზე (0—14 წლ.) ტუბერკულოზური ცვლილებები აღმოჩნდა 174 შემთხვევაში, რაც 29% შეადგენს.

ლიტერატურა.

1. პ. ნანეიშვილის და ვვ. კვეზერელი-კობახისა. ბავშვის ასაკში ტუბერკულოზის სიხშირის საკითხისათვის. „თანამედროვე მედიცინა“ № 6 1924 წ.
2. ი. აბაკელია ტუბერკულოზი 1921 წ.
3. Пожариский. Патологическая анатомия. 1918.
4. Шлоссман. А. Туберкулез у детей.
5. Кисель. А. Туберкулез грудных детей. 1924 г.
6. Гамбургер. Ф. Туберкулез у детей. 1923 г.
7. Медовиков, П. С. Туберкулез в детском возрасте. 1916 г.
8. Яновский. Туберкулез легких. 1923 г.
9. Меерсон Д. Л. Реакция Pirquet. 1921 г.
10. Проф. Штефко. Туберкулез и голодание. 1923 г.
11. Проф. Н. Мух. Детский туберкулез, его распознавание и лечение. 1923 г.
12. Ленский Е. Лекции о туберкулезе детского возраста. 1923 г.



ქირურგიის დოქტორი კ. ჯარისთავი.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი

ჩირქოვანი პლევრიტების მკურნალობის შესახებ.*

(ტფილისის უნ-ტის პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკიდან,
გამგე—პროფ. ნ. კახიანი.)

საკითხი ჩირქოვანი პლევრიტების მკურნალობის შესახებ არა ერთი და ორი მეცნიერის ყურადღებას იპყრობდა; ამ 37 წლის წინად მისი მკურნალობის საკითხი ვენის თერაპევტთა კონგრესის საპროგრამო საკითხად იყო დასმული და მომხსენებლად იყვენ ისეთი გამოჩენილი ექიმები, როგორც არიან Immermann-ი და Schede. 1924 წ. რუსეთის დოსტაქართა კონგრესზე აგრეთვე საპროგრამო საკითხად იყო ზემოდ დასახელებული დაავადება და რუსეთის ცნობილ ქირურგთა მთელმა რიგმა წარმოადგინა ამ საკითხის შესახებ საკუთარი დაკვირვებანი (მაგ. Покотило, Краснобаев, Мануйлов, Петрашевская, Греков, Опокин, Кончаловский და სხვ.). ეს გასაკვირიც არ არის, რადგან ყველაშიც, რომ თუ ავადმყოფი ჩირქოვან პლევრიტის ოპერაციას გადაურჩა, ხშირად ხანგრძლივი ფისტულის გამო, თუ სხვადასხვა გართულების მსხვერპლი არ ხდება, სკირდება ისეთი დამამახინჯებელი ოპერაციები, როგორც Schede, Délorime, Estlander და სხვ. თუ ბევრ დასტაქარისთვის გადაჭრილია ჩირქოვანი პლევრიტების მკურნალობის საკითხი ოპერაციის სახით და ყოველთვის მას მიმართავენ, ბევრისთვის ეს საკითხი დღემდის სადაოა და ხშირად უპირატესობას აძლევენ კონსერვატიულ მეთოდს ოპერაციასთან შედარებით. ამ საკითხის შესახებ ერთსულოვნობა არ არის მიღწეული და ამიტომ ვბედავ ჩვენი მცირე მასალის გამოქვეყნებას, რადგან შეიძლება საკითხის გადაჭრაში მასაც მნიშვნელობა ჰქონდეს; მაგრამ სანამ მის განხილვას შეუდგებოდე ორიოდ სიტყვით შევხები ემპირიების ბაქტერიოლოგიას, კლასიფიკაციას და ლოკალიზაციას. ძველი დროიდან შემჩნეულია, რომ ჩირქოვანი პლევრიტი უმეტეს ნაწილად ცალმხრივია და უფრო ხშირად ვითარდება მარცხნით, ვიდრე მარჯვნივ. Фабрикант-ის სტატისტიკით 341 ასეთი პლევრიტის შემთხვევიდან 139 იყო მარჯვნივ, 161—მარცხნით და 41-ეი ორმხრივი; Redvitz-ის 328 შემთხვევიდან 152 იყო მარჯვნივ და 162—მარცხნით, 14 კი—ორმხრივი (Landois). მარცხენა ჩირქოვანი პლევრიტებს სიხშირეს Мельников-ი ხსნის ანატომიური თვისებებით: მარცხენა

* მოხსენდა ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს ექიმთა კონფერენციას 1927 წ.



ფილტვი უფრო გრძელი და ვიწროა, ვიდრე მარჯვენა, ამიტომ არის, რომ მარცხენა ფილტვის სისხლის ძარღვები უფრო მაგისტრალური ტიპის არის, ვიდრე მარჯვენასი, რომელშიც სისხლის ძარღვები უფრო გაბნეულია. ჰემოდინამიკის მიხედვით მაგისტრალური ტიპი გაბნეულზე უფრო მალა დგას. ბრონქები დალაგებულია სისხლის ძარღვებთან, რა მიზეზითაც ისინი მარცხენა ფილტვში უფრო მაგისტრალურ ტიპს უახლოვდება. ეს გარემოება შეიძლება ფილტვების ვენტილიაციისათვის არ იყოს ხელსაყრელი, რადგანაც ხელს უწყობს პლევრაზე ავადმყოფობის გადასვლას.

მეორე განმარტება იპავე Мельников-ისა არის შემდეგი: V. pulmon. იმყოფება f. mediastinal. არეში, სადაც მოთავსებულია გულიც. ამას აქვს ფიზიოლოგიური მნიშვნელობაც, ვინაიდან დიასტოლის დროს გული აწევა სისხლის მიმგვრელ ძარღვებს და ამნაირად ხელს უწყობს სისტოლის დაწყებას. ეს მოვლენები აშკარაა უფრო გამოხატულია მარცხნივ, რადგან მარცხენა ფილტვი უფრო ახლოს არის მოთავსებული გულთან. ფილტვის ანთების დროს გულის კუნთი მოწაპლულია ტოქსინებით და მუშაობს ცუდად, რაც გამოიხატება მის გაგანიერებაში, განსაკუთრებით მარცხნივ. ამნაირად დიასტოლის დროს გაგანიერებული გული უფრო ვრცლად აწევა სისხლის მიმგვრელ ძარღვებს და იწყებს მარცხენა ფილტვში შეგუბებას, რაც ხელს უწყობს ინფექციის გადასვლას პლევრაზე. როგორც Мельников-ს გონია, უფრო დასაბუთებული უნდა იყოს ჩირქოვანი პლევრიტების მარცხენა მხრივ სიხშირის ახსნა ამ მეორე განმარტების მიხედვით.

რაც შეეხება ჩირქოვანი პლევრიტების ფლორას Redvitz-ის, Beck-ის, Netter-ის სტატისტიკით პირველ ადგილზე სიხშირის მიხედვით დგას სტრეპტოკოკი და უკანასკნელზე კობის ჩხირი. Красиобаев-ის და Фреидин-ის სტატისტიკა პირველ ადგილს უთმობს დიპლოკოკს, შემდეგ სტაფილოკოკს, სტრეპტოკოკს და ბოლოს — შერელს.

ალსანიშნავია, რომ ზოგიერთ ავტორს უფრო იოლად მიაჩნია შერეული ინფექციით გამოწვეული პლევრიტები; სტრეპტოკოკის ემპიემებს კი თითქმის ყველა ავტორი განსაკუთრებულ მძიმე დაავადებად სთვლის. Landois ახრით უფრო კეთილთვისებიან პლევრიტათ უნდა ჩაითვალოს პნევმოკოკური პლევროემპიემა და უფრო ავთვისებიანათ სტრეპტოკოკური. მათში საშუალოა სტაფილოკოკით და ინფლუნციის ჩხირით გამოწვეული ემპიემები. ჩვენ ორიოდ სიტყვით შევხებით პლევრიტების ფლორას, მაგრამ მეტი არ იქნება ვსთქვათ, რომ ამ პლევრიტების განვითარებაში პირველ ადგილზე დგანან ფილტვის დაავადებანი და განსაკუთრებით პნევმონიები; ამის მიხედვით მთელი რიგი ავტორებისა, როგორც Грекоი-ი, Петрошевская, Landois და სხვანი, ხშირად ხმარობენ ტერმინს „მეტაპნევმონური ემპიემა“. აგრეთვე ჩვენ ვერ დავივიწყებთ, რომ ხშირად მუცლის ღრუს ინფექციას შეუძლია გამოიწვიოს ჩირქოვანი პლევრიტები. ყოველმა ქირურგმა იცის, რომ ხოლცესტიტს, აპენდიციტს, პარანეფრიტს, ლეიღლის ჩირქოვას და სხვადასხვა პერფორაციებს პერიტონეუმის ღრუდან შეუძლიან გამოიწვიონ პლევროემპიემები. ჩვენ ვიცით, რომ პლევრაში გადადის მრავალრიცხოვანი ლიმფური მილები, რომელთაც კავშირი აქვთ მუც-



ლის ღრუსთან (Küttner); არ შეგვიძლია აგრეთვე უარვყოთ ჰემოტოგენური ინფექცია, რომლის მიზეზი შეიძლება შეიქნეს ყოველგვარი მწვავე ინფექციური დაავადება და აგრეთვე ჩირქოვანი ორგანიზმში.

ეთიოლოგიური მომენტების განხილვის დროს ვერ აუვლით გვერდს ვერც ტრავმას, რომელიც განსაკუთრებით ხშირად იწვევდა პლევრიტებს წარსულ ტრავმულ ეპიდემიის დროს. გულმკერდის ტრავმულ დაზიანების დროს პლევრალური ემპიემები შეადგენდნენ Holbeck-ის სტატისტიკით 18,2%.

უნდა ითქვას, რომ გარდა ტრავმულ, მწვავე ინფექციისა და ჩირქოვანებისაგან წარმომდგარი პლევროემპიემებისა აშკარაა ძლიერ გავრცელებულია ტუბერკულოზით გამოწვეული პლევრიტებიც, განსაკუთრებით ჩვენში. თუ ეს უკანასკნელი რუსეთსა და ევროპაში 6-10% უდრის, ჩვენში მე მგონია გაცილებით უფრო დიდ პროცენტს უნდა შეადგენდეს. ყველასათვის ცხადია, რომ გარდა ტოტალური პლევრიტებისა, სადაც დაკავებულია მთელი პლევრა, ხშირად ვხდებით შეზღუდულს; და ინტერლობალურ პლევრიტებს.

მეტი არ იქნება მივაქციოთ ყურადღება ჩირქოვანი პლევრიტების სიხშირეს სხვადასხვა ჰასაკში.

აშკარაა ასეთი პლევრიტები უფრო ხშირი მოვლენა უნდა იყოს ბავშთა ჰასაკში, რადგან ყოველგვარი მწვავე ინფექცია, ფილტვების ანთებანი და, თუ გსურთ, ტუბერკულოზიც უფრო ხშირი მოვლენა ამ ჰასაკში. Кружков-ის, Краснобаев-ის, Фрейдин-ის და Романцев-ის სტატისტიკა გვიმტკიცებს, რომ უფრო ხშირია ჩირქოვანი პლევრიტები 12 წლამდე და შემდეგ კი თანდათან კლებულობს მეტადრე დიდია ჩირქოვანი პლევრიტების % 1-4 წლამდე.

ვერ აუვლით აგრეთვე გვერდს იმ არა სასიამოვნო სტატისტიკას, რომელიც ითვალისწინებს ჩირქოვანი პლევრიტების დროს სიკვდილიანობას. Лебедев-ის აზრით ჩირქოვანი პლევრიტების ოპერატიული მკურნალობა იძლევა სიკვდილიანობის 18%, თუმცა ზოგიერთ ავტორთა აზრით იგი 55%-მდისაც აღწევს. Brown-ის სტატისტიკა უდრის 75%, Holt-ის 65%, Gameron-ის და Osman-ის 75%, Ladd-ის 15,9%, 2 წლამდის 35,81% (Романцев-ით). Кружков-ის სტატისტიკა იძლევა 24,8% სიკვდილიანობისას, Краснобаев-ის და Фрейдин-ის 35,5%-ს. აშკარაა, როგორც სტატისტიკიდან სჩანს, რაც უფრო მცირეწლოვანია პაციენტი, მით უფრო საძნელოა მისთვის ჩირქოვანი პლევრიტისაგან განკურნება. იმ შემთხვევაში, რომლებიც სტატისტიკის მიხედვით განკურნებულად ითვლება, ჩემის აზრით უნდა შედიოდეს ისეთი შემთხვევებიც, სადაც ავადმყოფები ბოლოს და ბოლოს ხშირად იძულებულნი არიან მიმართონ ისეთ მძიმე ოპერაციებს, როგორც არის Estlander-ი, Schede, Субботин-ი, Délorne, Simon ი. და Küster-ი. ამ სტატისტიკის ოპერატიულ სიკვდილიანობის მრავალრიცხვანობას თუ დაუყირდებით დავინახავთ, თუ რა უმწეო მდგომარეობაშია დასტავარი ჩირქოვანი პლევრიტების მკურნალობის დროს მაგრამ არის აგრეთვე ასპირაციით ნააქიმები პლევროემპიემის სტატისტიკა, რომელიც იძლევა შედარებით გამამხნეველ ციფრებს. როგორც Краснобаев-ის, Фрейдин-ის, Романцев-ის და Лебедев-ის სტატისტიკიდან ჩანს, იქ, სადაც ჩირქოვანი პლევრიტების



მკურნალობა გატარებული იყო მხოლოდ პუნქციით და ასპირაციით, სიკვდილიანობის % დაეცა თვალსაჩინოდ.

თუ მუცლის ღრუს გაკვეთა ქარურავის დღევანდელ მდგომარეობაში საშიშროებას არ წარმოადგენს, ამის თქმა არ შეგვიძლია გულმკერდის შესახებ, იმ თავისებურ ანატომო-ფიზიოლოგიურ თვისებების მიხედვით, რომელშიდაც ჩაყენებულია ეს უქანასკნელი. ის უარყოფითი წნევა, რომელიც ნორმალურად არსებობს პლევრის ღრუში, აშკარაა იცვლება დადებითად პლევრის გახსნის შემდეგ და რაც უფრო ხანგრძლივია ეს არანორმალური დადებითა წნევის არსებობა პლევრის ღრუში, მით უფრო საშიში ხდება ფილტვის კოლაპსი; საძნელთა ამის გამო პლევრაში მიღებულ თავისუფალ არესთან ბრძოლა; აშკარაა აქ უნდა გაიშალოს ისევ ფილტვი, ე. ი. პლევრის ღრუში განვითარდეს უარყოფითი წნევა; ანდა ეს ღრუ ამოივსოს სხვა ქსოვილებით, — ფილტვის კოლაპსი დარჩეს მუდმივი. ეს უქანასკნელი გამოსავალი არც ისე ხელსაყრელია ორგანიზმისათვის, რადგან ერთი ფილტვის დაკარგვა ადამიანისთვის დიდი დანაკლისია, მაგრამ თუ ფუნქციის აღდგენა არ მოხდა ფილტვის, პლევრის ფისტულის დახურვით და მასში უარყოფითი წნევის განვითარებით, მუდმივ ფისტულას, რომელსაც ძლიერ ხშირად დალუპვისავენ მიყავს ორგანიზმი, ისევ ერთი ფილტვის დაკარგვა სჯობია. ჩვენ არ გვავიწყდება ის ხელოვნური მეთოდები, რომლებიც მოწოდებულია ფისტულის დასახურავათ და აშკარაა, რომელთაც უნდა მივმართოთ ბოლოს და ბოლოს; მაგრამ ვისაც მათთვის მიუმართავს, მან იცის მისი ბევრი არასასურველი შედეგები. ყველა ეს შორეული გართულებაა პლევროტომიისა, მაგრამ იმას თუ დაუმატებთ ოპერატიულ პნევმოტორაქს და მის მიერ გამოწვეულ შოკს აშკარა ვასავები იქნება ის სამართლიანი იერიშები, რომლებიც მიმართულია ჩირქოვანი პლევრიტების ოპერატიულ დახმარებისაკენ.

ყველა ზემონათქვამის მიხედვით აშკარა იყო უნდა მოგვეძებნა ისეთი გზა, რომელიც შეამოკლებდა ამ სიკვდილიანობის პროცენტს; და ამას ერთგვარი ხელის შემწყობი მიზეზიც ქონდა ჩემს პრაქტიკაში ერთი ავადმყოფის მკურნალობის დროს, რომლის ავადმყოფობის ისტორია შემდეგია:

1. ავადმყოფი ი ა ვ რ უ ნ ც ი 18 წლის ტომით სომეხი, რომელმაც მომმართა ნაოპერაციები ჩირქოვანი პლევრიტის გამო. ავადმყოფი ჩემთან მკურნალობდა 1924/25 წლებში განმავლობაში; სიცხემ 1924 წლის ბოლოს თანდათან იკლო; ი არა ჩირქისაგან გაიწმინდა, მაგრამ აშკარა იყო, რომ ფისტულა ბრონქს უერთდებოდა. მიღებული იქნა ზომები ფისტულის დასახურავად. ავადმყოფმა ფისტულის დახურვის შემდეგ მოიკეთა და რვა გირვანქა წონაშიც მოიმატა. ასე იყო 1925 წლის აპრილის ბოლო რიცხვებამდე, როდესაც დაეწყო სიცხის დროგამოშვებით აწევა. (38,0 39,5). რენტგენმა მარცხენა ღვიწხს ქვევით აღმოაჩინა ბავშვის მუშტის ოდენა „კავერნა“. დროგამოშვებით ნახევლთან ერთად ამოდის ბევრი ჩირქი და სიცხე იკლებს. გავატარეთ კურსი კალციუმ ტერაპიისა, ეცადეთ მირიონი. მაგრამ უშედეგოთ. ავადმყოფი უარესად გრძობდა თავს. მისში. როდესაც სიცხემ თანდათან უმატა (39-39,5), ავადმყოფს დაეტყო გულის დეკომპენსაცია და ფეხებიც შეეშუბდა; ჩვენთვის აშკარა შეიქნა, რომ საქმე გვექონდა ფილტვის ჩირქოვანთან. მოწვეულმა ტერაპევტებმა დაადასტურეს დიაგნოზი და პროგნოზის მხრივ უიმედობა გამოსთქვეს. მეორე დღეს განმეორებით კონსილუმმა დაადასტურა პირველი კონსილუმის აზრი და გამოსთქვა უიმედობა ავადმყოფის ოპერაციის გადატანის მხრივ. რადგან ავადმყოფი ძლიერ იტანჯებოდა მისი მდგომარეობის შემსუბუქების მიზნით გადავწყვიტე ჩირქის ასპირაცია მომეხდინა, რომელიც კიდევ ცვადა, მაგრამ რადგან ჩირქის მოკლებამ ეტყობა გამოიწვია ფილტვის



ჩიქოვანი პლევრიტების მკურნალობის შესახებ.

გაშლა. ამას ავადმყოფმა ვერ გაუძლო და დიდი ტკივილები იგრძნო; ამან გვაიძულა ასპირაციის ჩირქის შეგვეწყვიტა; მეორე დღეს ვრთ და იმავე დროს, როდესაც ჩირქს ვიღებდი, ჩირქტროვის არეში შეგვყავდა ფიზიოლოგიური ხსნარი. ამნაირად ჩირქტროვა გამოირეცხა და დაახლოებით მასში დატოვებულ იქნა 1/2 კილო ფიზიოლოგიური ხსნარი, რაც უდრიდა დაახლოებით გამოღებულ ჩირქის ნახევარს. ასპირაცია მოხდენილ იქნა მე-5-6 ნექთა შუა სწორედ იმ ალაგს, სადაც რენტგენი უჩვენებდა „კავერნაზე“ (გული პლევრიტის გამო გადანაცვლებულ იყო მკერდის ძლის მარჯვენა მხრით). ამნაირად ჩირქიანი არე გამოირეცხილ იქნა. ავადმყოფს მეორე და მესამე დღეს სიცხემ უკლო, მომჯობინდა, გული უკვდ მუშაობს. გადაეწყვიტე ოპერაციის გაკეთება, მაგრამ იმ არეში საცდელი პუნქციით ჩირქი ვეღარ მივიღეთ. ავადმყოფი ნელ-ნელა, მაგრამ თანდათან, უკვდ ხდება; სიცხეს 37,5 ზევით აღარ აუწევია, ზაფხული გაატარა აგარაქზე და შემოდგომაზე 20 გირვანქა მოიმატებული დაბრუნდა კლინიკურად სრულიად სალი; არც რენტგენით, არც ჩვეულებრივი გასინჯვით ფილტვში ცვლილება არ აღმოჩნდა. ავადმყოფი დღემდის სრულიად სალია და განაგრძობს ნორმალურ მუშაობას.

აშკარაა ამ შემთხვევამ ჩვენ გავცათამამა, რადგან თუ ფილტვის ჩირქტროვის დროს ასპირაციით განკურნება მივიღეთ მიუხედავად იმისა, რომ მის ოპერაციას კატეგორიულად მოითხოვენ ისეთი გამოკვდილი დოსტატრები, როგორც არიან Фабрикант-ი, Греков ი, Опокин ი, Кончаловский და სხვ. რასაკარგვლია ჩვენ უფრო გაბედულად მოვკიდეთ ხელი ჩიქოვანი პლევრიტების ასპირაციით მკურნალობას, მით უმეტეს, რომ მთელი რიგი ქირურგთა აღიარებენ ასპირაციის მკურნალობის უპირატესობას ოპერატიულთან შედარებით.

აღსანიშნავია, რომ ამ ავტორთა აზრით თუ ასპირაციით შედეგი ვერ მივიღეთ, ყოველ შემთხვევაში ასპირაცია საგრძნობლად აადვილებს ავადმყოფისათვის პლევრიტის ოპერაციის გადატანას.

2. ავადმყოფი კ. 7 წლის 1925 წელს მარტში ავად გახდა პნევმონით. რომელიც გართულდა ჩიქოვანი პლევრიტით: გამოღებულ იქნა ინტერლობარული არიდან დაახლოებით 5 გრ. ჩირქი, მარცხენა გვერდის მეთხებ-მეთხებ ნექთა შუა; იმავე არეში შეყვანილ იქნა 1 გრ. იოდოფორმის ვჟლუსისა გლიცერინზე დამზადებული.

ტემპერატურა 38,5-39-დან თანდათან დაეცა ნორმამდე; ბავში სრულიად განიკურნა და დღესაც ჯანსაღია.

3. ავადმყოფობის ისტორია № 3086 ე. ვლ. 11/2 წლ. შემოვიდა საავადმყოფოში 11/6-1926 წ. ავად იყო წითელათი, რომელიც გართულდა ორმხრივი ბრონქოპნევმონით; ეს უკანასკნელი კი გართულდა ჩიქოვანა პლევრიტით. გამოღებულა 25,0 გრ. ჩირქისა და დატოვებულია 10,0. ფიზიოლოგიური ხსნარის. მესამე დღეს განმეორებულ იქნა პუნქციის და არეს გამოირეცხა ხსნარის დატოვებით. ბავში მალე გაეწერა კარგ მდგომარეობაში.

4. ავადმყოფობის ისტორია № 2664, კას. 3 წლ. შემოსულია საავადმყოფოში 20/2-1926 წ. მარცხენა ჩიქოვანი პლევრიტით. სიცხე დიდი აქვს. ამოღებულა ჩირქი და გამოირეცხილია არე. ბავში კარგად გიმნობს თავს. 17 დღის შემდეგ გაეწერა ნორმალურ ტემპერატურით. ამოღებულ ჩირქში ბაქტერიალური ფლორა არ აღმოჩნდა.

5. ავადმყოფობის ისტორია № 210. ო. გ. 38 წლ. აქვს მარცხენა მხრის ემპიემა, როგორც გართულდა პლევროპნევმონიისა. საავადმყოფოში შემოსულია 21/1-1927 წლ. ჩირქი ამოვიღეთ და პლევრის ღრუ გამოირეცხეთ ფიზიოლოგიური ხსნარით, მისი ნაწილის პლევრაში დატოვებით. 23/1. სიცხე რომელიც 38-მდის ადიოდა, მეორე დღეს დაეცა თანდათან ნორმამდე. მესამე დღის შემდეგ სიცხეს 37-ს ზევით აღარ აუწევია. გაეწერა კარგ მდგომარეობაში, ნორმალური ტემპერატურით. ჩირქში ბაქტერიალური ფლორა არ აღმოჩნდა.

6. ავადმყოფობის ისტორია № 761. ს. გ. 21/2 წლ. ავადმყოფი სუსტი, ფერმკრთალია, მარჯვენა მამილარულ ნახზე მე-6-7 ნექნების არეში შემოფარგლული ჩირქტროვა გართულდა იმავე მხრის ფილტვის ანთებისა. ამოღებულ ჩირქში აღმოჩნდა ოქროსფერი სტაფილოკოკი. სიცხე აღწევს 39,5. გაუკეთდა ჩირქის ასპირაცია რვაჯერ. დაახლოებით 3-5 დღის ინტერვალებით



ჩირქის ვილებდით 100-350 გრამამდე პლევრა ირეცხებოდა ფიზიოლოგიური ხარისხით. ჩირქის არეში 1% გენციან-ვიოლეტის შემთავება 6-10 გრ. რამდენჯერმე აღსანიშნავია, რომ სიკვამლე ჩირქის ყოველ ასპირაციის შემდეგ ვარდებოდა თითქმის ნორმამდე, მაგრამ 3-5 დღის შემდეგ ისევ 35-მდე აღწევდა. მერვეჯერ ჩირქის გამოღების და არეს ფიზიოლოგიური ხსნარით გამოორების შემდეგ სიკვამლე თანდათან დაეცა; დაეცა ნორმამდე, 15 დღის განმავლობაში და გაეწერა სრულიად ვანკურნებულად. ბავშს დღემდე თვალ-ყურს ვადევნებთ და სრულიად საღად ყოველ მხრივ მოაქვთ.

7. ავადმყოფობის ისტორია № 2684 გ. ნ. 28 წლ. შემოვიდა კლინიკაში 11/2-27 წ. მას ჰქონდა ოპერაცია მარცხენა თირკმელზე კენჭის გამო, რაც გართულდა მარცხენა მხრის პლევრიტიით, ამოღებულ ჩირქში აღმოჩნდა ოქროს ფერი სტაფილოკოკი.

გაუქმდა ჩირქის სრული ასპირაცია და შემდეგ პლევრის ღრუს გამორცხვა ფიზიოლოგიური ხსნარით რვაჯერ. ეიმზარეთ აქაც რამოდენიმეჯერ 1% გენციანვიოლეტი (10-12 გრ.) ჩირქის ყოველ ასპირაციის შემდეგ სიკვამლე ვარდებოდა, რომელიც დაახლოვებით 4-6 დღის შემდეგ კიდევ აღწევდა 10,5-მდე. უკანასკნელ ასპირაციის შემდეგ სიკვამლე თანდათან დაიწია ნორმამდე და შემდეგ აღარ აწივლა, როგორც პერკუსიით და აუსკულტაციით. ისევ რენტგენით ჩირქი პლევრის ღრუში აღარ აღმოჩნდა. ავადმყოფი ხშირად მოგვიმართავს თირკმლის დაავადების გამო, მაგრამ პლევრის მხრივ არავითარი გართულება არ ეტყობა.

8. ავადმყოფობის ისტორია №-1741. ლ. თ. 1 წლ. 4 თვ. შემოვიდა 28/3-27 წ. აქვს მარცხენა ჩირქოვანი პლევრიტი დიდი სიკვამლე. გაუქმდა ჩირქის ასპირაცია და ღრუს ამორცხვა ოთხჯერ. ბავშვი მოიკეთა, სიკვამლე უკლო, თითქმის ნორმამდე დაეცა. ავადმყოფი ასეთ მდგომარეობაში იყო და უნდა გაეწერილიყო, მაგრამ მოულოდნელად სიკვამლე დაიწია, რომლის მიზეზი აღმოჩნდა ახლად შეყრილი წითელი. პუნქციის საშუალებით პლევრაში ჩირქი არ აღმოჩნდა. ბავშვი გაეწერა 5/5-27 წ.

ამნიარად ჩვენ მიერ გატარებული შემთხვევებიდან მივიღეთ დამაკმაყოფილებელი შედეგები, მაგრამ ეს მასალა გადაკრილ დასკვნის გამოსატანად არ არის საკმარისი. ერთი კი აშკარაა: სახელდობრ, უარყოფილ უნდა იქნას ის შეხედულება თითქოს ყოველ ჩირქოვანი პლევრიტების დროს ყოველთვის აუცილებელი იყოს ოპერაცია; ჩვენის აზრით ჩირქოვანი პლევრიტის მკურნალობის დაწყებამდე საჭიროა გამოვარკვიოთ ეთიოლოგიური მომენტი და თუ საქმე გვაქვს სტრეპტოკოკიან პლევრიტთან, აშკარაა უნდა ვაკეთდეს ოპერაცია პლევრის ფართო გახსნით.

სხვა მიკრობებისაგან გამოწვეულ პლევრიტების დროს ჩვენის აზრით ოპერაციულ დახმარებამდე უნდა გატარდეს ჩირქის ასპირაცია, მით უმეტეს, რომ, როგორც ზეით ვთქვით, ეს ასპირაცია ერთგვარი მოშადებაა ოპერაციის გადასატანად. (Lehn-ი, გაშლა ფილტვის და ნაწილობრივი ფიქსაცია).

9. ავადმყოფობის ისტორია № 916 ა. ხ. 20 წლის შემოვიდა კლინიკაში 17/2-27 წ. მარჯვენა პლევრის ჩირქოვანი ანთებით, რომელიც იყო კრუპოზული პნევმონის გართულება. ავადმყოფი ძლიერ კუდ მდგომარეობაშია: დიდი სიკვამლე (39,2), ძლიერ აჩქარებული მაჯა (140) და აგრეთვე აჩქარებული სუნთქვა (38). საცდელი პუნქციით ამოღებულ ჩირქში აღმოჩნდა ფრენკელის დიპლოკოკი და სტაფილოკოკი. მცირედნი ლეიკოციტოზი. რამოდენიმეჯერ მოვახდინეთ პლევრის გამორცხვა, ხან ფიზიოლოგიური ხსნარით და ხან გენციანვიოლეტის შიგ დატოვებით. ავადმყოფი მომჯობინდა, მაჯა გამოუკეთდა, სიკვამლე ცოტა უკლო და 9/4-გაუკეთდა ოპერაცია—რეზექცია. ეს ოპერაცია მიტომ დაგვიკრდა, ომ მეორე გასინჯვის დროს აღმოჩნდა სტრეპტოკოკი. ავადმყოფმა მოიკეთა და გაეწერა 25/5—ნორმალური ტემპერატურით. მაგონა ფისტულით.

10. ავადმყოფობის ისტორია № 2350 თ. თ. 14 წლ. შემოვიდა კლინიკაში 17/4-27 წ. აქვს მარცხენა გვერდის ჩირქოვანი პლევრიტი, როგორც გართულება გრიპისა. საცდელ პუნქ-



ციით ამოღებულ ჩირქში აღმოჩნდა თეთრი სტაფილოკოკის ფლორა. ავადმყოფი მძიმე მდგომარეობაშია. მცირედენი ლეიკოციტოზი. სიცხე ძლიერ ქანაობს (37,4—40,4), პულსიც აჩქარებული (130-136); სუნთქვა მტკივნეული და ჩქარი (42). ორჯერ ამოღებულ იქნა თითო ლიტრა ჩირქი პლევრის გამოკვებით. როგორც სიცხე, ისე პულსი და სუნთქვა თანდათან დაუახლოვდა ნორმას, მაგრამ ხშირად გროვდება სქელი ჩირქი, რომლის სავსებით ამოღება არ ხერხდება. 3/II-წყენთა შუა გაყვანილია ერთი სანტიმეტრის სიგრძეზე განაკვეთი, საიდანაც გამოიოცება პლევრის ღრუ. სიცხე დაეცა, განაკვეთი დაიხსრა და ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული; მას ხშირად ვხვდებით დღემდის.

როგორც ჩანს მეცხრე შემთხვევიდან, ავადმყოფი ძლიერ ცუდ მდგომარეობაში იყო: მას ქონდა შერეული ინფექცია, რომელიც შემდეგ სტრეპტოკოკის ინფექციითაც კი გართულდა. ჩვენ ვცადეთ ჩირქის ასპირაციით ავადმყოფის გამოჯობინება, რაც შევძელით; ჩვენი აზრით ამ მძიმე ავადმყოფის ასე ადვილად გადარჩენა უნდა მიეწეროს ოპერაციამდე პლევრიდან რამოდენიმეჯერ ჩირქის ასპირაციას. იმ მძიმე მდგომარეობაში, როდესაც ავადმყოფი შემოვიდა, იგი ოპერაციული პნევმოტორაქსით გამოწვეულ შოკს ვერ გაუძლებდა.

მეათე შემთხვევაც ძლიერ სერიოზული იყო, მაგრამ აქ ჩვენ შევძელით ჩირქის ასპირაციით ავადმყოფის ფეხზე წამოყენება. თუ პლევრა აქ გაკვეთილ იქმნა, ეს იმიტომ, რომ ტენიკური დაბრკოლების გამო ვერ შევსძელით პლევრის ღრუს ჯეროვნად გამოკვება. აქ ჩვენ ღია მკურნალობა თითქმის არ გვიწარმოებია, პლევრის ღრუ რამოდენიმე დღეში დაიხსრა.

მთელი რიგი ავტორებისა, როგორც მაგ: Рейер-ი, Петров-ი, Rosenstein-ი Drury-ი, Curschmann-ი და სხვანი გვიჩვენებენ ჩირქის ნეიტრალიზაციას ასეპტიური სითხის საშუალებით.

სითხე, რომელსაც ხმარობენ ჩამოთვლილი ავტორები შემდეგია: ვუცინი 1: 500, ეიკუპინი 1: 200, რივანოლი 1: 500, გენციანვიოლეტი 1: 1000, გამოკვება დაკენის სითხით და სხვ.

როგორც ჩანს ლიტერატურიდან სხვადასხვა ავტორები სულ სხვადასხვა სითხეს ხმარობენ ჩირქოვანი პლევრიტების დროს. მაგ: Curschmann-ი და Романцев-ი მიმართავენ გენციან-ვიოლეტს. Kohn-ი იოდოფორმ—გლიცერინს, Rosenstein-ი რივანოლს, Лебедев-ი, Карякина და Каплун-ი ფიზიოლოგიური ხსნარით რეცხავენ ღრუს პნევმოტორაქსის დადებით. Петров-ი დაკენის სითხეს ხმარობს, Левашов-ი და Руднев ი ფიზიოლოგიურ ხსნარს, Gerhardt parayotin-ს და tripsin-ს. მიმართავენ აგრეთვე იოდის კალიუმში გახსნილ იოდს, ლიზოფორმს, კალიუმ პიპერმანგანიკუმს, არგენტუმ ნიტრიკუმს, ბორის სიმეავეს და სხვას. (Stahl-ი, Spengler-ი, Brauer-ი და სხვ.)

ჩვენ უპირატესობას ამ სითხეებში ვერც ერთს ვერ მივცემთ, უნდა ვიფიქროთ რომ ჩირქოვანი პლევრიტების დროს უმნიშვნელოვანესია პლევრიდან ჩირქის სრული ასპირაცია, რამდენადაც ეს შესაძლებელია და ერთერთ ზევით ჩამოთვლილ სითხით გამოკვება. ბოლოს და ბოლოს აქ შესაძლებელია მექანიური გაწმენდა და არა ქიმიური. მნიშვნელობა უნდა ქონდეს საღებავის შესხმას გამოკვებილ პლევრაში. ჩვენ ზოგიერთ შემთხვევებში გენციან-ვიოლეტმა საგრძნობლად შესცვალა ჩირქის ხასიათი. ამ საღებავის შემზაპუნების შემდეგ პლევრის ღრუდან ამოღებული ჩირქი უფრო გავდა ქელეს, ვიდრე ჩირქს; მასში

თანამედროვე მედიცინა № 1927.





ბაქტერიალური ფლორაც შემცირდა. საკმარისი იყო საღებავის არ გაგვემეორებია, რომ ავადმყოფის კლინიკური მდგომარეობაც გართულებულიყო და პლევრაში ჩირქიც დაგროვილიყო.

დასასრულ უნდა აღვივაროთ, რომ 1) გულმკერდის ქირურგიაში, განსაკუთრებით ჩირქოვანი პლევრიტების და ფილტვების აბსცესების დროს აუცილებელია დოსტაქარისა და თერაპევტის თანამშრომლობა.

2) პლევრო ემპიემის დროს, სანამ მკურნალობის ამა თუ იმ მეთოდს მივმართავდეთ, საჭიროა დაწვრილებით გამოვარკვიოთ პლევრის ღრუდან ამოღებული ჩირქის ხასიათი.

3) უნდა უკუგდებულ იქნას ის აზრი, რომ თითქოს ყოველი ჩირქოვანი პლევრიტის დროს საჭიროა ოპერაცია.

4) სტრეპტოკოკისაგან გამოწვეულ პლევრიტის დროს საჭიროა ფართო ტორაკოტომია ნეკნის რეზექციით.

5) სხვა მიკრობებისაგან გამოწვეულ პლევრიტებზე უნდა ნაცადი იქნას ჩირქის ასპირაცია, რომელიც არ წარმოადგენს არავითარ საშიშროებას; ასპირაციამ თუ შედეგი არ მოგვცა, ყოველ შემთხვევაში იგი ავადმყოფს აყენებს უკეთეს პირობებში ოპერაციის გადასატანათ; თუ საჭიროა ასპირაცია უნდა განმეორდეს რამოდენიმეჯერ.

6) თუ საშუალება გვაქვს, სასურველია პლევრა გამოირეცხოს ანტისეპტიური სითხით და დატოვებულ იქნას ეს სითხე პლევრაში ამოღებულ ჩირქის ნახევარი რაოდენობით.

მედიკალინური საზღვრო დაცვა.

უფროსი ასისტენტი.

DÜHRSENის ოპერაცია, როგორც მუცლის ხელშეწყობის მოწყობის მეთოდი.

(ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიკალინური კლინიკიდან,

გამგე—პროფ. ივ. თიკანაძე.)

მთელი რიგი ფაქტებით დამტკიცებულია, რომ ორსულობის პირველ ნახევარში მუცლის მოწყვეტა ყოველთვის არ არის დაზღვეული სხვადასხვა მძიმე გართულებებისაგან, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საშვილოსნოს ყელი მკერდითა და მის ქსოვილების გამწეობა ადვილად ვერ იტანს Hegar-ის ჩხირებით გაგანიერებას და იხევა. ასეთი ვახევა, მართალია, ყოველთვის არ იძლევა მომავლდინებელ სისხლის მდინარეობას, მაგრამ, ზოგიერთ შემთხვევაში, იგი ფრიად ხელსაყრელ ნიადაგს ქმნის და მით ხელს უწყობს საშვილოსნოს ყელში დაბუდებულ სხვადასხვა ინფექციის გავრცელებას. ამის შედეგად ჩვენ ხშირად ვღებულობთ პარამეტრიტს, ტრომბოფლებიტს, პერიტონიტს და სხვა მძიმე გართულებებს, რომელნიც ქალის ჯანმრთელობაზე ძალიან ცუდად მოქმედებენ.

მიუხედავად ასეთი მოსალოდნელ სერიოზულ გართულებათა, ჩვენ შენებთ Volens-nolens იძულებულნი ვართ ქალს მუცელი მოუწყვიტოთ მის ავადმყოფობის ან სხვა საპატიო მიზეზების გამო ორსულობის რომელი ხანაც არ უნდა იყოს.

მაგრამ როგორ, რა წესით უნდა მოუწყვიტოთ ქალს მუცელი?

ეს საკითხი ჩვენთვის ერთ-ერთ მეტად რთული და მასთან დიდი საპასუხისმგებლო საკითხთაგანია. ამიტომ ჩვენ მიზნად დავისახეთ თანამედროვე ლიტერატურისა და ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიკალინური კლინიკის დაკვირვებების მიხედვით გავაშუქოთ, თუ რა წესით უნდა წარმოებდეს ორსულ ქალის მუცლის მოწყვეტა 3-დან 7-თვემდის, რომ ოპერაციის დროს უხერხულ მდგომარეობაში არ ჩავაყენოთ როგორც ავადმყოფი, ისე ჩვენი თავი.

თავისთავად ცხადია, რომ მუცლის მოწყვეტის დროს საშვილოსნოს ყელი ორსულობის სიდიდის მიხედვით შესაფერად უნდა იქნეს გაგანიერებული. ეს მოთხოვნაა, როგორც მთავარი აქტი ოპერაციისა, მტკიცედ უნდა იქნეს დაცული. წინააღმდეგ შემთხვევაში სულ ადვილად შეიძლება დიდი ზიანი მივაყენოთ საშვილოსნოს და ნაყოფიც მთლიანად ვერ გამოვიტანოთ. ცნობილი იქნება Schauta საშვილოსნოს პერფორაციას ყელის არასაკმარისად გაგანიერებას მიაწერს.

ამიტომ მუცლის მოწყვეტის დროს საშვილოსნოს ყელის გაგანიერების საკითხი ყოველთვის შენებთა დიდ ინტერესს იწვევდა. ამ უკანასკნელთა მთელი



ყურადღება იქითკენ იყო მიქცეული, თუ რა წესით გამოეწვიათ საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება ბუნებრივი გზით, რომ თავიდან აეცილებიათ საშვილოსნოს ყელის მექანიკურ გაგანიერებასთან დაკავშირებული ყველა გართულებანი. სწორედ ამ კვლევა-ძიების ნიადაგზე წარმოიშვა ის მრავალი სხვადასხვა საშუალება, რომელსაც მუცლის მოწყვეტის დროს საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად ხმარობენ. ჩვენ აქ არ გამოვუდგებით ყველა ამ საშუალებათა შედარებითი შეფასებას, ვინაიდან ეს მეტად შორს წაგვიყვანდა. ამიტომ აღვნიშნავთ მხოლოდ ზოგიერთ მათგანს.

ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიკალინო კლინიკაში საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება ორსულობის 3 თვემდის მხოლოდ Hegar-ის ჩხირების საშუალებით ხდებოდა. Hegar-ის ჩხირებით საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება 13—14—Ne-დის სრულიად საკმარისია იმისათვის, რომ საშვილოსნოდან 3 თვის ნაყოფი გამოვიტანოთ, თუმცა 14—Ne-მდის ყელის გაგანიერების პროცესშიც არაიშვიათია ყელის და საშვილოსნოს გახვევა, მაგრამ შედარებით ასეთი გართულებანი უფრო ხშირია მაშინ, როდესაც ჩვენ საქმე გვაქვს 3 თვეზე უფრო გვიან მუცლის მოწყვეტასთან. აქ საჭიროა საშვილოსნოს ყელის 2-3 თითის დონემდის გაგანიერება, ვინაიდან 4—5 და მით უფრო 7 თვის ნაყოფის თავი ამ ხანაში ძალიან დიდია. მაგალითად, 6 თვის ნაყოფის თავის გარსშემოწერილობა 20-21 სანტიმეტრს უდრის. ცხადია, რომ საშვილოსნოს ყელი ამ დონემდე მექანიკურ გაგანიერების დროს ყოველთვის იხვევა. ამიტომ საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად მივმართავთ რეზინის ბალონს—მეტრეირინტერს, რომელიც საშვილოსნოს ღრუში შეტანის შემდეგ იწვევს საშვილოსნოს მოკუმშვასთან ერთად მის ყელის თანდათანობით ბუნებრივი გზით გაგანიერებას. საშვილოსნოდან მეტრეირინტერის გამოვარდნის შემდეგ უმეტეს შემთხვევაში ნაყოფი მომყოლიანად თავისუფლად იბადება.

მაგრამ, როგორც გვიჩვენებს 5 წლის დაკვირვება ჩვენი კლინიკისა, ეს წესი ყოველთვის ვერ აღწევს თავის მიზანს, და ეს განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც საშვილოსნოს ყელი გრძელია და მასთან ძალიან მკვრივია ანდა, როდესაც პათოლოგიურ პროცესის ნიადაგზე ყელში გადაგვარება ან ნაწიბურები გვხვდება. ასეთ შემთხვევაში, ერთის მხრით, ჰეგარის ჩხირებით 18—20—Ne-მდის მეტრეირინტერის შესატანად საშვილოსნოს ყელის გაგანიერების დროს ეს ყელი, განსაკუთრებით მისი შიგნითა პირის ლორწოიანი გარსი თითქმის ყოველთვის ცოტად თუ დიდად იხვევა და თუ ეს გახვევა თავისდროზე არ იქნა შემჩნეული, მაშინ შესაძლებელია, რომ გახვევა უფრო გაღრმავდეს და ჰეგარის ჩხირმა პარამეტრიუმში ამოჰყოს თავი ან და საშვილოსნოს სისხლის ძარღვები დააზიანოს. ასეთ შემთხვევებს კლინიკაში 3-ჯერ ჰქონია ადგილი, რაც შეადგენს 7,5%-ს. მეორეს მხრივ მეტრეირინტი ყოველთვის არ იძლევა მოსალოდნელ ეფექტს, თუნდაც წინაღმდეგ კლინიკაში მიღებულ საერთო წესისა, იგი 24 საათი და მეტიც დარჩეს საშვილოსნოში. 43%-შემთხვევაში ჩვენ მეტრეირინტი საშვილოსნოდან თანდათანობით ძალდატანებით გამოვავაქვს, რის შედეგად არა იშვიათად ვღებულობთ საშვილოსნოს ყელის გახვევას, რაც შეადგენს 7,5%-ს. მაგრამ, მიუხედავად მეტრეირინტერის ასეთი ძალდატანებით გამოტანისა, საშვილოსნოს ყელი ზოგჯერ ერთ თითნახევრის დონეზე მეტს მაინც



ალარ იხსნება, და ნაყოფის და მისი დანამატის გამოტანა ნაწილ-ნაწილად გვიხდება.

აშკარად უნდა ვაღიაროთ, რომ ასეთი მინიმალური საშვილოსნოს ღრუში არ არის მიზანშეწონილი. ამ აზრისა პრივატ-დოცენტი ГЕНТЕРН-იც. რამდენადაც მას მეტრერიზი მიზანშეწონილად მიაჩნია ნადრევი მშობიარობის გამო-საწვევად, იმდენად უხერხულად სთვლის მის გამოყენებას 3-დან 7 თვემდის მუცლის მოსაწყვეტად.

შეიძლება აქ ვინმე დაინტერესდეს საკითხით, თუ რად არ ეხმარობდით ჩვენ საშვილოსნოს ყელის წინასწარ მოსამზადებლად ლამინარიას, ტუბელოს და სხვა საშუალებებს, რომელნიც, Bumm-ის აზრით, სრულიად უმტკივნელოდ აგანიერებენ საშვილოსნოს ყელს. უნდა ვთქვათ, რომ ჩვენი კლინიკის დაკვირვებებით და აგრეთვე პროფ. ОТТ-ის აზრითაც, ყველა ის საშუალება, რომელიც საშვილოსნოს ყელში დიდხანს რჩება და მექანიკურად აჩერებს საშვილოსნოდან სითხის მდინარეობას, ხელს უწყობენ ამ სითხის შესრუტვას და ინფექციის გავრცელებას. მაგ. Metreiris-ს 43% - შემთხვევაში სიცხის აწევა მოუცია და მათ შორის უმალეს სიცხეს — 39,5°-ს 8-ჯერ ჰქონია ადგილი. გარდა ამისა ლამინარიით და სხვა ამგვარი საშუალებებით გამოწვეული საშვილოსნოს ყელის შეშუპება კიდევ ვერ სპობს ყელის ქსოვილების გამწვობის საზღვარს და ჰეგარის დიდი ჩხირებისაგან ყელი მაინც იხევა. აგრეთვე ლამინარიის და ტუბელასი გაუსნებოვანება ისე ადვილიც არ არის, როგორც ზოგიერთს ჰგონია. ამერიკელ ექიმების მიერ აღწერილია შემთხვევა, სადაც ლამინარიას ტეტანუსით გართულება გამოუწვევია. ის ფაქტი, რომ ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიკალინური 5 წლის განმავლობაში საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად ლამინარიით და ტუბელოთი სარგებლობის შემთხვევა მხოლოდ 3-ჯერ იყო დაშვებული, გვიჩვენებს, რომ არც ერთმა ამ საშუალებათაგანმა კლინიკაში მოქალაქობრივი უფლება ვერ მოიპოვა.

ვერ მოიპოვა მოქალაქობრივი უფლება აგრეთვე Bossi-ს იარაღმაც, რომელიც კლინიკაში მხოლოდ ლექციებზე დემონსტრაციისთვის გვაქვს, ვინაიდან თუ მას საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებლად ვიხმართ, მას შეუძლია ყელის ისეთი ტრაუმა მიაყენოს, რომ art. uterina გახიოს. ამიტომ Bossi-ს იარაღის გამოყენება ყელის გასაგანიერებლად სრულიად დაუშვებელია.

მართალია, პროფ. Bumm-ის რჩევით, 3 თვეზედ უფრო გვიანი მუცლის მოსაწყვეტად შეიძლება გამოყენებული იქნას საწყლე გარსის გახევა ზონდით ან სატყევი მანუბრით. ასეთ შემთხვევაში წყლის დაღვრის შემდეგ საშვილოსნო იკუმშება, ნაყოფი აწევა საშვილოსნოს ყელს, ყელი თანდათანობით იხსნება, და ნაყოფი მომყოლიანი იხადება. მაგრამ საწყლე გარსის გახევა ყოველთვის სასურველ შედეგს როდი იძლევა: ზოგჯერ საშვილოსნოში ნაყოფი მომყოლით დიდხანს რჩება, შიგნით იხრწნება და ასეთ შემთხვევაში სეპსისით გართულება არაა იშვიათი მოვლენა. არც P. F. Лурье არის თავის მასალების მიხედვით მუცლის მოსაწყვეტად საწყლე გარსის გახევის მომხრე.

ამნაირად, ჩვენ არ გვაქვს სისხლდაუღვრელი ისეთი საშუალება, რომელიც მუცლის მოწყვეტის დროს ყოველთვის დადებითი შედეგს იძლეოდეს. ამი-



შვილოსნოს ყელის წინა კედელს წინა უკანა მიმართულებით გავსჯრით დანით ან მაკრატლით, ყელის არხის წინასწარ გაუსწებოვანების შემდეგ. მერე სატყვიე მაშები თანდათანობით გადავავაქვს ზევით ჭრილზე და ამავე დროს საშვილოსნოს ვსწვევთ ძირს. ჭრილში გამოიბერება სანაყოფო ბუშტი.

ყველა ამ მანიპულაციის შემდეგ კორნცანგით ან ხელით გამოვავაქვს ნაყოფი და აგრეთვე მომყოლიც, თუ იგი თავისით ან Crede-ს საშუალებით არ გამოდის. ნაყოფის გამოტანის და საშვილოსნოს ღრუს დიდი კოვზით (პროფ. ლებედვის კოვზი) გამოსუფთავების შემდეგ საშვილოსნოს და მის ყელის ჭრილის კედლებს ერთი მეორეს ვუერთებთ კეტგუტის (№ 3-4) ან აბრეშუმის ძაფის შემწვობით და აწეულ საშოს წინა კედელს ჩამოვსწვევთ ძირს და საშვილოსნოს ყელს მივაკერებთ. ყელის ორივე მხრით ჭრილში ფილთას ჩავუდებთ (რომელსაც მესამე დღეს გამოვიღებთ). ამით თავდება ოპერაცია.

ეს ოპერაცია, ე. ი. საშოს მხრივ ფარის ვარეშე საკეისრო ვაკვეთა, პირველად 1896 წელს Dührssen-მა შემოიღო და ამიტომ ოპერაციას Dührssen-ის ოპერაციის უწოდებენ. ხოლო Dührssen-ი, ვარდა ყელის წინა კედლისა, სჭრის აგრეთვე მის უკანა კედელსაც, რომ ყელის ფართე გავანიერება მიიღოს. მაგრამ პროფ. OTT-ს და აგრეთვე ჩვენც ორსულობის ორივე ხანაში საშვილოსნოს ყელის მარტო წინა კედლის ვაჭრა სრულიად საკმარისად მიგვაჩნია.

არსებობს აგრეთვე Dührssen-ის ოპერაციის ბევრი სხვა მოდიფიკაციაც, რომელიც წარმოიშვა, ერთის მხრით, იმ შიშის ნიადაგზე, რომ საშვილოსნოს არხი ყოველთვის არ არის სტერილური, და მისი ვაჭრის დროს შიგ დაბანაკებულ სხვადასხვა მიკრობებს, განსაკუთრებით გონოკოკებს, შეუძლიათ ოპერაციის შემდეგი ხანა ვაართულონ. მეორე მხრივ, შიშობენ, რომ Dührssen-ის ოპერაციას საშვილოსნოს ყელის დამახინჯება არ მოჰყვეს. ამიტომ ზოგიერთი ავტორი საშოს მხრივ მუცლის მოსაწყვეტ ოპერაციის დროს საშვილოსნოს ყელის ვაჭრას ან სრულიად ვაჭრბის ან და სჭრის მას ნაწილობრივ. მაგ., Какушкин-ი საშვილოსნოს ყელს სრულიად არ სჭრის. ჭრილი მხოლოდ ყელის შიგნითა პირიდან დაწყებული ზევით საშვილოსნოს ფსკერამდის ვაჭყავს. ამ ოპერაციის დროს მუცლის ფარი ყოველთვის იჭრება. ამ წესით ავტორს 3 მუცლის მოწყვეტა ვაუკეთებია.

Heinsius-ი საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირს სჭრის და აქედან ჭრილი ვაჭყავს მხოლოდ საშვილოსნოს ქვემო სეგმენტზე. ავტორს ამ მეთოდით 3 ოპერაცია ვაუკეთებია ორსულობის მე-3 თვეზედ და ძალიან კმაყოფილი დარჩენილა. სხვათა შორის ამ მეთოდზე ავტორს სათანადო მოხსენება ვაუკეთებია ბერლინის მეანთა საზოგადოებაში 1923 წელს.

Лейнчик-ი წინასწარ საშვილოსნოს ყელს ავანიერებს ჰეგარის ჩხირებით 10-№-დის. უკანასკნელი ჩხირი არ გამოაქვს, ისე სჭრის ყელის ზემო მესამედს. ჩხირის გამოტანის შემდეგ ჭრილი ვაჭყავს ზევით საშვილოსნოს ქვემო სეგმენტზე. ამ წესით Лейнчик-ს ვაუკეთებია 15 ოპერაცია ორსულობის 3-დან 5^{1/2} თვემდის და კმაყოფილი დარჩენილა.

ასეთია ზემოხსენებულ ავტორთა ოპერაციის მეორე ნაწილი. ხოლო, რაც შეეხება მათი ოპერაციის პირველ ნაწილს, ეს ან Dührssen-ის ოპერაციის პირ-



ველ ნაწილს ჰგავს (Какушкин-ი, Лейбчик-ი) ან ჰგავს Bumm-ის hysterotomia anterior-ის პირველ ნაწილს (Heinsius-ი).

ახლა, თუ Dührssen-ის ოპერაციის სხვადასხვა მოდიფიკაციას ერთმანეთს შევადარებთ, დავინახავთ, რომ Какушкин-ის ოპერაცია მიზანშეწონილი არ არის, რადგანაც ამ ოპერაციის დროს მუცლის აპკი ყოველთვის იჭრება, რაც საშოს მხრივ საკეისრო გაკვეთას მთელ მის მნიშვნელობას უკარგავს. ყველგან ცნობილია, რომ აპკის გარეშე ოპერაცია ყოველთვის უფრო მეტ გარანტიას იძლევა ინფექციის მხრით, ვიდრე აპკის შიგნითა ოპერაცია. მართალია, Heinsius-ის ოპერაციის დროს მუცლის აპკი აღარ იჭრება, მაგრამ სამაგიეროდ, საშვილოსნოს ქვემო სეგმენტზე ჭრილი იმდენად შეზღუდულია, რომ აპკის დაუზიანებლად 5—6 თვის ნაყოფის გამოტანა საშვილოსნოდან ძალიან საეჭვოა. პრივატ-დოცენტს Гентер-ს Heinsius-ის მეთოდით 2 ჯერ გაუკეთებია ოპერაცია ორსულობის მე-4 თვეზე. ერთჯერ ოპერაციის დროს მუცლის აპკი გაუჭრია და მასთან ნაყოფის გამოტანის დროს ნაყოფს თავი მოვლეჯია, ალბად ჭრილის სივიწროვის გამო.

Лейбчик-ს Heinsius-ის მეთოდით 3 თვის ორსულ ქალისთვის გაუკეთებია მუცლის მოწყვეტა, რომელიც მარჯვენა პარამეტრიტით გართულებულა. ასე რომ, ჩვენის აზრით, ხელოვნური მუცლის მოსაწყვეტად არც Heinsius-ის მოდიფიკაციაა მიზანშეწონილი.

რაც შეეხება Лейбчик-ის მოდიფიკაციას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ არც ეს უნდა იყოს მიზანშეწონილი, ერთის მხრით, იმიტომ, რომ Лейбчик-ი წინასწარ საშვილოსნოს ყელს აგანიერებს ჰეგარის ჩხირებით და, მეორეს მხრით, იმიტომ რომ ყელს სჭრის ნაწილობრივ. ჩვენის აზრით, თუ ინფექცია ყელის ქვემო ნაწილში იმყოფება, თავისთავად (ჯაბია, რომ ყელის გაგანიერების დროს ეს ინფექცია ადვილად შეიძლება საშვილოსნოს ღრუში ჰეგარის ჩხირებით იქნეს შეტანილი, რადგანაც დახურულ ყელში ანტიისებტიკის გატარება უფრო ძნელია, ვიდრე სრულიად გაჭრილ-გადაშლილ ყელში.

ხოლო რაც შეეხება იმ მოსაზრებას, თითქოს ყელის მთლიანი გაჭრა მის დამახინჯებას იწვევს, ამის შესახებ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენს კლინიკაში Dührssen-ის ოპერაციის გამო ყელის დამახინჯებას ერთხელაც არ ჰქონია ადგილი. ჩვენის აზრით იქ, სადაც ჭრილის პირველადი შეხორცება ხდება, დამახინჯებას არ უნდა ექნეს ადგილი.

ამაირად, ხელოვნურად მუცლის მოწყვეტის საკითხში საშოს მხრივ ოპერაციათა შორის Dührssen-ის ოპერაცია, როგორც ამას პრ. Отт-ისა და ჩვენი კლინიკა ატარებს ცხოვრებაში, სრულიად მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს. Dührssen-ის ოპერაციას Отт-ისთვის 30 წლის პრაქტიკაში ერთხელაც არ უმტყუნებია. ამიტომაც ხსენებული პროფესორი ყველას ურჩევს ამ მეთოდს მუცლის მოსაწყვეტად.

მართალია, სისხლდაღვრითი ოპერაციის დროს შესაძლებელია ადგილი ექნეს სხვადასხვა გართულებებს და, უმთავრესად, საშარდე ბუშტის გახვევას, მაგრამ, ჩვენის აზრით, ეს ძალიან იშვიათად ხდება და ისიც უმეტესად ისეთ შემთხვევაში, როდესაც ოპერაცია ორსულობის მეორე ნახევარს ეხება. Esch-ის სტა-



ტისტიკით 306 შემთხვევაში საშარდე ბუშტის დაზიანებას მხოლოდ 2.ჯერ ჰქონია ადგილი (OTT-ი). სამაგიეროდ, OTT-ის სამეანო—გინეკოლოგიურ კლინიკაში საშარდე ბუშტის დაზიანებას ერთხელაც არ ჰქონია ადგილი. ჩვენი კლინიკის შემთხვევიდან, ოპერაციის გამო არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა არავითარი გართულება, გარდა ერთისა, რომელსაც ოპერაციის შემდეგი ხანა, როგორც გამოირკვა, გონოკოკების ნიადაგზე პარამეტრიტით გაურთულდა, ისიც თავის სახლში.

ჩვენი მასალა ორსულობის მიხედვით ნაწილდება ამნაირად:

3 ¹ / ₂	თვის ორსულობას	ადგილი	ჰქონდა	1	ჯერ
4	"	"	"	3	"
5	"	"	"	3	"
5 ¹ / ₂	"	"	"	1	"
და 6	"	"	"	6	"

მუცლის მოწყვეტის ჩვენება იყო ტუბერკულოზის გამო	. . . . .	8	ჯერ
სოციალური მდგომარეობის გამო	. . . . .	2	"
თირკმელების ანთების გამო	. . . . .	1	"
ეკლამპსიის გამო	. . . . .	1	"
მომყოლის წინამდებარეობის ნიადაგზე სისხლის დენის გამო	. . . . .	1	"
hyperemesis gravidarum-ის გამო	. . . . .	1	"

ყველა ავადმყოფს ჭრილის შეხორცება ჰქონდა per primam, t-⁰ საშუალოდ 36,6-"; ქლოროფორმი იხარჯებოდა საშუალოდ 25,0, თუმცა იყო შემთხვევა (3) ავადმყოფის მოთხოვნით უბანგოთაც გაგვიკეთებია ოპერაცია—და უნდა შევნიშნოთ, რომ ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფის მხრით არავითარი უკმაყოფილება არ შეგვიჩვენია. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფები კლინიკაში რჩებოდნენ საშუალოდ 9 დღეს.

ერთი სიტყვით 3 თვეზედ უფრო გვიან მუცლის მოსაწყვეტად Dührssen-ის ოპერაციის ჩვენების წინააღმდეგ ჩვენ ვერავითარ მიზეზს ვერ გამოვსთქვამთ, გარდა იმისა, რომ ამ ოპერაციის გაკეთებას ბევრი დამხმარე ხელები სჭირდება და ავადმყოფის პირობები და აგრეთვე ისა, რომ Dührssen-ის ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი კლინიკაში შედარებით უფრო მეტხანს რჩება, ვიდრე მეტრეირიზით გამოწყვეულ მუცლის მოწყვეტის შემდეგ.

ამნაირად, უნდა ვაღიაროთ, რომ Dührssen-ის ოპერაციას მეტრეირიზთან და სხვა სისხლდაღვრითი მეთოდთან შედარებით დიდი უპირატესობა აქვს.

ამიტომ ხსენებული ოპერაცია ხელოვნური მუცლის მოსაწყვეტად ჩვენს სინამდვილეში ფართოდ უნდა იქნეს დაყენებული. ის ფაქტი, რომ ტფილისის სამეანო კლინიკაში ამა წლის 5 თვის განმავლობაში 3 თვეზედ უფრო გვიან მუცლის მოწყვეტა მეტრეირიზის საშუალებით მხოლოდ ერთხელ იყო გაკეთებული და ამავე დროს Dührssen-ის ოპერაციით კი 8-ჯერ, აშკარად ჰყოფს კლინიკის სიმპატიას Dührssen-ის ოპერაციისადმი.

ჩვენი მასალა Dührssen-ის ოპერაციის შესახებ ძალიან მცირეა, მთლად შეიცავს 14 შემთხვევას. ამიტომ ჩვენი მასალის მიხედვით ჩვენ ჯერ კიდევ არ შე-



გვიძლია უდაო დებულებები გამოვიტანოთ, ამისთვის საჭიროა უფრო მეტი დაკვირვებანი. გამოვსთქვამთ მხოლოდ ასეთ ჩვენ შეხედულებას, რომ:

1. Dührssen-ის ოპერაცია 4,5 და 7 თვის ნაყოფის გამოსატანად საშვილოსნოს ყელს სრულიად საკმარისად ავანიერებს.

2. Dührssen-ის ოპერაცია ძალიან მარტივია და მასთან სწრაფად ათავისუფლებს ქალს ნაყოფისაგან.

3. Dührssen-ის ოპერაცია საშვილოსნოს ყელში ანტისეპტიკის გასატარებლად სხვა მეთოდთან შედარებით ხელსაყრელ პირობებს იძლევა.

და 4. Dührssen-ის ოპერაცია მენისაგან მოითხოვს ტექნიკას და ამიტომ სასურველია, რომ ეს ოპერაცია საავადმყოფოში კეთდებოდეს.

შემთხვევა I. გ. თ., 23 წლისა, შემოვიდა სამეანო კლინიკაში 7/VIII 1924 წ. (№ 1008) ელამპსიის ნიშნებით კომატოზურ მდგომარეობაში. გარეგანი გასინჯვით ორსულობა 6 თვის უდრის. ვინაიდან მიღებულმა ზომებმა (Morfii, Chloral hydrat.) შეტევები ვერ შეაჩერეს და ავადმყოფის მდგომარეობა ძალიან ცუდი იყო, ამიტომ 8/VIII გადავწყვიტეთ მუცელი მოგვეშალა სასწრაფოდ Dührssen-ის ოპერაციის საშუალებით. წინა თალისა და საშვილოსნოს ყელის წინა ზედაპირის საზღვარზე იყო გაყვანილი გარდიგარდმო ჭრილი. საშოს წინა კედელი და საშარდე ბუშტი მოშორებული იყო ბლაგვი წესით და აწეული ზევით სარკითი. შემდეგ ყელის წინა კედელზე გაყვანილი იყო გასწვრივი განაკვეთი. ამის შემდეგ ნაყოფი მობრუნებული ფეხზე და გამოტანილი საშვილოსნოდან. მომყოლი Crede-ს საშუალებით გამოიჭყლიტა. შემდეგ ყველა განაკვეთი აღდგენილი იყო კეტგუტის ძაფებით. ბანგი იყო ქლოროფორმის (15,0). ოპერაცია გაგრძელდა 20 წამს. მე-7 დღეზე ავადმყოფს მოვხსენით ძაფები, შეხორცება per primam, t-^o ოპერაციის შემდეგ საშუალოდ 37°; კლინიკიდან გაეწერა ოპერაციის შემდეგ მე-10 დღეზე სრულიად ჯანსაღი.

შემთხვევა II. ე. ნ., 22 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 16 იანვარს 1925 წელს (№ 79) ჩავილით, რომ მას ამ ორი უკანასკნელი თვის განმავლობაში ძლიერი პირისღებინება აქვს, პირველი ორსულობაა. უკანასკნელი თვიური ჰქონია 1924 წ. 25 ოქტომბერს. უკანასკნელი თვიურის მიხედვით მას 3 თვის ორსულობა უნდა ჰქონდეს. მაგრამ გასინჯვის დროს აღმოჩნდა, რომ საშვილოსნოს სიდიდე 3 თვის აღმატება, მასთან დრო გამოშვებით მცირე სისხლის დენა აქვს და პირის ღებინება. 10 დღის დაკვირვების შემდეგ საშვილოსნოს შესამჩნევი ზრდის, სისხლის დენის და შეუჩერებელი პირის საქმების გამო გადაწყდა ოპერაცია. 27/I ქლოროფორმის ბანგის ქვეშ (20,0) გაუკეთდა Dührssen-ის ოპერაცია (სათანადოდ მომზადების შემდეგ).

საშვილოსნოს ღრუში შეტანილ კორნცანგმა გამოარკვია, რომ შიგ ნაყოფის მაგივრად იმყოფება ბუშტნამჭერი (Molla hydatidosa). ბუშტნამჭერის გამოტანის შემდეგ განაკვეთები შეიკრა კეტგუტის ძაფებით. ოპერაცია გაგრძელდა 20 წამს, მე-7 დღეზე 2/II ავადმყოფს მოვხსენით კეტგუტის ძაფები. შეხორცება per primam, t-^o საშუალოდ ჰქონდა 37°. კლინიკიდან გაეწერა 5/II-ს სრულიად ჯანსაღი.



შემთხვევა III. ე. ნ., 21 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 3 თებერვალს (№ 176) ექიმის მოწმობით, რომ მას სჭირდება ფილტვების კატარის გამო მუცლის მოწყვეტა. მეორე ორსულობაა, უკანასკნელი დედათა წესი არ ახსოვს, გარეგანი გასინჯვით ორსულობა უდრის 6 თვეს, 7/II სათანადო მომზადების შემდეგ გაუკეთდა Dührssen-ის წესით საშოს მხრივი საციკრო ვაკეეთა ქლოროფორმის ბანგის ქვეშ (20,0), რომელიც ბოლოს შეცვლილი იყო ეთერის ბანგით (5,0) ასტიქსის გამო. ოპერაცია გაგრძელდა 1 საათს, 9/II ტამპონი გამოტანილ იქნა. 14/II ძაფები მოიხსნა. შეხორცება per primam, გაეწერა კლინიკიდან 17/II. ოპერაციის შემდეგ კლინიკაში დაჰყო 10 დღე. t⁰ საშუალო 36,6

შემთხვევა IV. ო. ს., 25 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 16 თებერვალს 1925 წელს (№ 249) სისხლის დენით, მე-IV ორსულობაა. 3-ჯერ ჰქონია ხელოვნური მუცლის მოწყვეტა, უკანასკნელი თვიური ჰქონია 1924 წ. ოქტომბერში. გარეგანი გასინჯვით საშვილოსნოს სიდიდე უდრის 5 თვის ორსულობას. ვინაიდან სისხლის მდინარეობა თანდათან მატულობდა, ამიტომ გადაწყვეტილი იყო სასწრაფოდ Dührssen-ის ოპერაციის გაკეთება. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა პლაცენტის წინამდებარეობა. (Placenta praevia centr).

ოპერაცია გაგრძელდა 20 წამს, ქლოროფორმი დაიხარჯა 20,0. 18/II ორივე გვერდითი ტამპონი გამოტანილი იქნა. 23/II ძაფები ავხსენით, შეხორცება per primam. 24/II გაეწერა კლინიკიდან ოპერაციის შემდეგ მე-8 დღეზე. საშუალო t⁰ 36,7.

შემთხვევა V. მ. ყ., 30 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 5/VI 1925 წ. (№ 849). ქალაქის პირველ სავადმყოფოდან სასწრაფო დახმარების ეტლის საშუალებით. ავადმყოფი სუპრორთულ მდგომარეობაშია. ცნობიერება დაკარგული აქვს. ძლიერი ქოშინი, მუცლის მიდამოს და აგრეთვე ქვედა კიდურების ძლიერი შეშუბება აქვს. t⁰ 36,8, მაჯა 130, სუსტი, საშუალო ავსების. ავადმყოფს ეტყობა ურემიული მოვლენები. ბუშტში შარდი არ აღმოჩნდა, გაუკეთდა ფიზიოლოგიური ხსნარი 700 კ. ს. ქაფური 1,0 ხომ ყოველ საათში: იდაყვის ვენიდან გამოშვებულ იქნა 100 კ. ს. სისხლი, მაგრამ ავადმყოფის მდგომარეობა იგივე დარჩა. 6/VI დილის 10 საათზე სათანადო მომზადების შემდეგ აყვანილ იქმნა მაგიდაზე და გაკეთდა Dührssen-ის ოპერაცია. თავის პერფორაციის შემდეგ 6 თვის ნაყოფი მომყოლიანად გამოღებულ იქნა. ბანგი იყო ეთერის (70,0) და ოპერაცია გაგრძელდა 40 წამი. ოპერაციის შემდეგ გამოშვებულ იქნა ტროაქარით ასტიქთური სითხე დაახლოებით 400,0. კანქვეშ გაუკეთდა ერგოტინი და ნახევარი საათის შემდეგ Digalen-ი. ქაფური დაენიშნა 1,0 ყოველ ორ საათში. 7/VI საერთო მდგომარეობა იგივეა. გრძნობა არა აქვს. შარდი გამოშვებულ იქნა კატეტერით 300,0 ძლიერ სუნიანი და მღვრიე. აყვანილ იყო მაგიდაზე და საშვილოსნოს ყელიდან გამოღებულ იქნა ტამპონი, ჩაედო ახალი. დაენიშნა ყოველ მეორე საათში ქაფური, ყინული მუცელზე და თავზე. 8/VI გრძნობაზე მოვიდა. შარდი 300,0 კატეტერით გამოეშვა. შარდში აღმოჩნდა 4⁰/₁₀₀ ცილა, გიალინის და წვრილმარცვლოვანი ცილინდრები და ბევრი წითელი და თეთრი ბურთულები. 9/VI—საერთო მდგომარეობა გაუარესებულა. მოწვეულ ტერაპევტმა ავადმყოფის პროგნოზი სცნო pessima-დ. 10/VI მოწვეულ იყო ნევროპათო-



ლოგი, რადგანაც მარცხენა ხელის და სახის სიდამბლე ეტყობა. საღამოს 5 საათზე ავადმყოფს გრძნობა დაეკარგა. ავადმყოფს აქვს Hemiplegia sinistra, მიზეზი უნდა იყოს სისხლის ჩაქცევა Capsula interna-ში. 7 საათზე ავადმყოფი გარდაიცვალა.

Diagnosis: Nephroso-nephritis, graviditas 6 mens. Uremia, Anasarca, Ascitis, Hemiplegia sinistra, Haemorrhagia cerebri. t^o საშუალო 34. ოპერაციის შემდეგ კლინიკაში იმყოფებოდა 5 დღე.

შემთხვევა VI. გ. ა. 28 წლისა, შემოვიდა სამედიკალინური კლინიკაში 8 დეკემბერს 1925 წელს (№ 2011) საქართველოს წითელ ჯვრის ცენტრალურ კომიტეტის ექიმის მოწმობით, რომ იგი შეპყრობილია ფილტვების ტუბერკულოზით და სჭირდება მუცლის მოწყვეტა. პირველი ორსულობაა, უკანასკნელი თვიური ჰქონია 1925 წელს ივლისში. გარეგანი გასინჯვით საშვილოსნოს სიდიდე უდრის 6 თვის ორსულობას. გადაწყვეტილია მუცლის მოწყვეტა მეტრეირიზის საშუალებით. 11/XII სათანადო მომზადების შემდეგ დაეწყო საშვილოსნოს ყელის განიერება ჰეგარის ჩხირებით. ჰეგარის ჩხირის 22 №-ის შეტანის დროს ყელი გაიხა თითქმის უკანა თალამდის. მიუხედავად ამისა მეტრეირიზი საშვილოსნოს ღრუში მაინც შეტანილ იქნა და შიგ (ბალონში) 250,0 ლიზოლის ხსნარი ჩასხმული. 12/XII-ს, ვინაიდან მეტრეირინტერი თავისით არ გამოვიდა, ჩვენ დალტანებით წყლიანად გამოვიტანეთ, მაგრამ საშვილოსნოს ყელი ერთი თითის მეტს მაინც არ უშვებდა, ამიტომ ნაყოფის გამოტანა ასეთი ვიწრო ყელიდან შეუძლებელი იყო. ამის შემდეგ საშვილოსნოს ყელი Dürrssen-ის ოპერაციის საშუალებით იყო გაგანიერებული. ნაყოფი ფეხზე მობრუნებული და გამოღებული. მომყოლი კორნცანგით გამოტანილი და აგრეთვე ჰეგარის ჩხირისაგან განახვევი აბრეშუმის ძაფებით შეკერილი. ოპერაცია გაგრძელდა 25 წამი. მესამე დღეს ტამპონი გამოვიღეთ. მე-7 დღეს ე. ი. 18/XII ძაფები ავხსენით, შეხორცება per primam. საშუალო ტემპერატურა 37. კლინიკიდან გაეწერა 23/XII ე. ი. ოპერაციის შემდეგ მე-12 დღეზე.

შემთხვევა VII. დ. კ. 36 წლისა, შემოვიდა სამედიკალინური კლინიკაში 9/I-1926 წ. (№ 52) ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის სამკურნალო განყოფილებისაგან მოწერილობით, რომ მას სოციალური მდგომარეობის გამო მუცლის მოწყვეტა ესაჭიროება. მესამე ორსულობაა, ერთჯერ მუცელი გაეცუდებია. უკანასკნელი თვიური 1925 წლის 26 სექტემბერს ჰქონია. გარეგანი გასინჯვით საშვილოსნოს სიდიდე 5 თვის ორსულობას უდრის. საშვილოსნოს ყელი დახურულია. 11/I 1926 წ. ვაკეთებულ იქნა Dürrssen-ის ოპერაცია. ოპერაცია გაგრძელდა 20 წამს, ბანგი იყო ქლოროფორმის (20,0). 18/I ძაფები მოვხსენით. შეხორცება per primam.

უმალღესი t^o 37,5, საშუალოდ 37, გაეწერა კლინიკიდან 21/I, ოპერაციის შემდეგ დაჰყო კლინიკაში 10 დღე.

შემთხვევა VIII. მ. ს. 29 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 12/I 1926 წ. (67) ექიმის მოწმობით, რომ მას ფილტვების კატარის (ტუბერკულოზის) გამო სჭირდება მუცლის მოწყვეტა. მე-VII ორსულობაა. 5-ჯერ ჰქონია ხელოვნური მუცლის მოწყვეტა. უკანასკნელი რიგი ჰქონია 8/X 1925 წელს. საშვილოსნოს სიდიდე გა-



რეგანი გასინჯვით უდრის 5 თვის ორსულობას. 15/I 26 წ. სათანადო მომზადების შემდეგ გავაკეთეთ საშოს მხრივ საკეისრო გავკეთა Dührssen-ის მეთოდი. ბანჯი იყო ქლოროფორმის (15,0), ოპერაცია გაგრძელდა 15 წამს. ოპერაციის მეორე დღეს ტამპონი იქნა გამოტანილი და დაენიშნა Ergot. 18/I დაენიშნა საშოს გამორეცხა perhydrol-ით—Ergot. და ყინული მუცელზე. 27/I მაგიდაზე იყო აყვანილი და ძაფები მოხსნილი, შეხორცება per primam. ¹ საშუალოდ 36,8. გაეწერა კლინიკიდან 25/I. ოპერაციის შემდეგ დაჰყო კლინიკაში 10 დღე.

შემთხვევა IX. ქ. ნ., 24 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 19/I—1926 წ. (№ 96) ტფილისის აღმასკომის ჯანმრთელობის ცენტრალურ ამბულატორიის ექიმისაგან მოწმობით, რომ მას პლევრიტის და ტუბერკულოზის ნიადაგზე სჭირდება მუცლის მოწყვეტა. მესამე ორსულობაა. უკანასკნელი თვიური ჰქონია 6/IX—1925 წ. გარეგანი გასინჯვით საშვილოსნოს სიდიდე უდრის 5¹/₂ თვის ორსულობას, საშვილოსნოს ყელი დახურულია. 23/I გაუკეთდა Dührssen-ის ოპერაცია. ოპერაცია გაგრძელდა 20 წამს. ქლოროფორმი დაიხარჯა 15,0. 28/I აყვანილ იყო მაგიდაზე და ძაფები ახსნილი. შეხორცება per primam. საშუალოდ ¹ 37,1. გაეწერა კლინიკიდან 7/II-ს ოპერაციის შემდეგ მე-15 დღეზე.

შემთხვევა X. გ. თ. 24 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 18/II—1926 წ. (№ 260) დამზღვევი სალაროს ამბულატორიის ექიმისაგან მოწმობით, რომ მას აქვს ფილტვების ტუბერკულოზი და მუცლის მოწყვეტა აუცილებელია. 3-ჯერ ყოფილა ორსულად, ერთჯერ ხელოვნურად მუცელი მოუშლია. უკანასკნელი თვიური არ ახსოვს. საშვილოსნოს სიდიდე გარეგანი გასინჯვით 6 თვის ორსულობას უდრის. 21/II ავადმყოფს გაუკეთდა Dührssen-ის ოპერაცია ჩვეულებრივი წესით. ნაყოფი გამოტანილ იქნა ფეხზე მოტრიალებით. მომყოლი დაიბადა თავისით. განაკვეთი ყველგან გაიკერა აპრეშუმის ძაფებით. ყელის ორივე მხრით გვერდებზე ჩადებული იყო ტამპონი. 23/II ტამპონი გამოტანილ იქნა. 1/III მაგიდაზე იქნა აყვანილი და ძაფები მოხსნილი. შეხორცება per primam, ¹ საშუალოდ 36,8. კლინიკიდან გაეწერა ოპერაციის შემდეგ მე-10 დღეზე—2/III.

შემთხვევა XI. გ. ც., 24 წლისა, შემოვიდა კლინიკაში 7/III—1926 წელს (№ 364) მოწმობით, რომ მას ფილტვების კატარი აქვს. მეორე ორსულობაა. უკანასკნელი თვიური არ ახსოვს. გარეგანი გასინჯვით საშვილოსნოს სიდიდე უდრის 4 თვის ორსულობას. ყელი დახურულია და ძალიან მკვრივი. 10/III გაუკეთდა Dührssen-ის ოპერაცია ჩვეულებრივი წესით. ნაყოფი კორნცანგით იყო გამოტანილი. მომყოლი Credé-ს წესით გამოჰყვლეტილი. Cavum uteri კიურეტკით გამოფხეკილი. მე-6 დღეზე მაგიდაზე იქნა აყვანილი და ძაფები მოხსნილი. შეხორცება per primam. ¹ საშუალოდ 36,8. კლინიკიდან გაეწერა 19/III მე-9 დღეზე.

შემთხვევა XII. ბ. ძ., 23 წ. შემოვიდა კლინიკაში 25 მარტს 1926 წ. (№ 365) მოწმობით, რომ მას სოციალური მდგომარეობის გამო სჭირდება მუცლის მოშლა. მეორე ორსულობაა. უკანასკნელი თვიური არ ახსოვს. გარეგანი გასინჯვით საშვილოსნოს სიდიდე უდრის 6 თვის ორსულობას. 26/III გაუკეთდა Dührssen-ის ოპერაცია ჩვეულებრივი წესით. ნაყოფი ფეხზე მობრუნებული და გამოტანილი. მომყოლი Credé-ს საშუალებით გამოჰყვლეტილი. განაკვეთი ყველ-



გან გაიკერა აბრეშუმის ძაფებით, 31/III ძაფები მოხსნილი იქნა. შეხორცება per primam, 1^o საშუალოდ 36,8. კლინიკიდან გაეწერა 3/IV, ოპერაციის შემდეგ მე-9 დღეზე.

შემთხვევა XIII. კ. მ., 27 წ., შემოვიდა სამეანო კლინიკაში 22 აპრილს 1926 წ. (601). ექიმის მოწმობით, რომ მას სჭირდება ფილტვების ტუბერკულოზის აქტიური პროცესის ნიადაგზე მუცლის მოწყვეტა. მე-5 ორსულობაა, ერთჯერ მუცელი ვაცუდებია. უკანასკნელი თვიური ჰქონია 28/III 1926 წ. საშვილოსნოს სიდიდე გარეგანი გასინჯვით უდრის ოთხი თვის ორსულობას. საშვილოსნოს ყელი დახურულია. 23/IV გაუკეთდა Dührssen-ის ოპერაცია. ნაყოფი ფეხზე იქნა მობრუნებული და მომყოლი კორნცანგით გამოტანილი და კიურეტკით საშვილოსნო გამოფხეკილი, განაკვეთი შეკერილი იყო აბრეშუმის ძაფებით და საშვილოსნოს ყელის ორივე მხრივ ფილთა ჩადებული. ფილთა მესამე დღეზე გამოტანილი იქნა, 29/IV ჭრილობიდან მოეხსნა ძაფი. შეხორცება per primam, 1^o საშუალოდ 36,6. კლინიკიდან გაეწერა 30/IV, ოპერაციის შემდეგ მე-7 დღეზე.

შემთხვევა XIV. ც. კ., 20 წ., შემოვიდა სამეანო კლინიკაში 20 მაისს 1926 წ. (№ 761) მოწმობით, რომ მას ფილტვების ტუბერკულოზის გამო ესპკირობა მუცლის მოწყვეტა. მესამე ორსულობაა. უკანასკნელი თვიური ჰქონია 30/II. გარეგანი გასინჯვით საშვილოსნოს სიდიდე უდრის 4 თვის ორსულობას, ყელი დახურულია და მასთან ძალიან მკვრივი. ყელის გარეთა ტუჩი თითქმის გასისხლიანებულია ეროზიის ნიადაგზე. გადაწყვეტილია მუცლის მოწყვეტა მეტრეირიზის საშუალებით, მაგრამ 21/V საშვილოსნოს ყელი 8 ნომრის ზევით ვერ გაევაგანიერეთ. ამიტომ იძულებულ ვიყავით ავადმყოფისათვის Dührssen-ის ოპერაცია გაგვეკეთებია მიღებულ წესით. ნაყოფი კორნცანგით იყო გამოტანილი და აგრეთვე მისი დანამატიც. საშვილოსნოს ღრუ კიურეტკით გამოფხეკილი. განაკვეთი აბრეშუმის ძაფებით იყო გაკერილი. მესამე დღეზე ტამპონის გამოტანა. მე-VII დღეზე ძაფები მოეხსენით. შეხორცება per primam, 1^o საშუალოდ 36,6. გაეწერა კლინიკიდან 29/V, ოპერაციის შემდეგ მე-9 დღეზე.

ლიტერატურა

1. Проф. Д. О. Отт. О руководящих принципах при производстве выкидыша. Научная медицина, Сборник № 10. Петроград 1922 г.
2. Проф. Д. О. Отт. Оперативная гинекология. Петрогр. 1914 г.
3. Приват-доц. Г. Гентер. Hysterotomia vaginalis extraperitonealis modo Heinsius. Сборник научных трудов, посвященный проф. Л. Л. Окинчиц. 1924 г.
4. Ю. А. Лейбчик. „Экспериментальное влагалищное кесарское сечение.“ Журнал акушерства и женских болезней кн. 1, 1926 г.
5. Р. Г. Лурье. К вопросу о выкидыше. Сборник научных трудов, посвящ. проф. Л. Л. Окинчиц. 1924 г.
6. Проф. Какушкин-и. { მოყვანილია Гентер-ის შრომიდან.
7. Heinsius-

03. სისხარულიძე.

კლინიკის ორდინატორი.

ექსპულსიური სისხლის დენის საკითხისათვის.

(ტფილ. სახ. უნივ. თვალის სნეულებათა კლინიკიდან.

გამგე—ვ. მუსხელიშვილი).

ის იშვიათობა, რომელიც ახასიათებს ექსპულსიურ სისხლის დენას უნდა ჩაითვალოს მთავარ მიზეზად იმისა რომ მისი წარმოშობის მექანიზმი დღეს-დღეობით პრობლემატიურია და გადაუჭრელი. აზრთა სხვადასხვაობა გამომდინარეობს უმთავრესად საკითხის იშვიათობისაგან. მიუხედავად ამისა ექსპულსიური სისხლის დენის პათოგენეზის ახსნა-განმარტებით დიდი ხანია, რაც დაინტერესებულია კლინიკისტები—ოფთალმოლოგები. შემთხვევების მიხედვით, რომელიც დღემდე აღწერილია ოფთალმოლოგიურ ლიტერატურაში, უფლება გვაქვს ვილაპარაკოთ ორ მდგომარეობაზე: პირველი—ექსპულსიური ჰემორაგია, როგორც გართულება თვალის კაკალზე ოპერაციის დროს, განსაკუთრებით კატარაქტის ექსტრაქციის ხანაში; მეორე—სისხლის დენა თვალის კაკლიდან მისი კედლების წინასწარ დაუზიანებლად. მაშასადამე, თუ ჩვენ მოვლენის იშვიათობაზე ვუთითებთ მხედველობაში გვაქვს შემთხვევების მეორე კათეგორია; რაც შეეხება სისხლის დენას ოპერაციის დროს ან მის შემდეგის შედარებით თითქოს უფრო ხშირი მოვლენაა.

რომ საკითხი სწორედ იყოს დაყენებული, საჭიროა ოდნავ მაინც განვმარტოთ პირობები, რომლებიც ხელს უწყობენ სისხლის დენას მეორე მდგომარეობის დროს. აქ უნდა დავასახელოთ ერთად-ერთი დაავადება მხედველობის ორგანოსი, როგორცაა გლაუკომა. ღრმა დეგენერატიული ცვლილებების გამო თვალის კაკლის გარსებში, რომელთაც ადგილი აქვს გლაუკომის მიმდინარეობის პროცესში, უნდა ვეძიოთ პირობები, რომლებიც ხელს უწყობენ ექსპულსიურ სისხლის დენის წარმოშობას.

მიუხედავად იშვიათობისა საკითხს ექსპულსიურ სისხლის დენის შესახებ საკმაოდ გრძელი ისტორია აქვს. პირველად Mackenzie და Wecker-ი იძლევა საკმარისად ჩამოყალიბებულ აზრს ამ მოვლენის შესახებ. ორივე ავტორი ეხება გლაუკომის განვითარების ფაზებს. როდესაც ხდება აბსოლუტურ ფორმის დროს თვალის კაკლის სრული დეგენერატიული გადაგვარება, აღნიშნავენ რქოვანას გასკდომას და ექსპულსიურ ჰემორაგიას. მათი აზრით აუცილებლად უნდა არსებობდეს რქოვანას თანდათანობითი ანატომიური და ფუნქციონალური გადა-



ქართული
საბუნებისმეტყველო
მეცნიერებათა
ინსტიტუტი

გვარება, მის გრძნობიარობის სხვადასხვა ხარისხით დაქვეითება, შიებისა და წყლულების განვითარება და წნევის მომატების ზეგავლენით მისი პერფორაცია, რასაც თანსდევს სწრაფი სისხლის დენა. გლაუკომის ამგვარ შედეგებს აგვიწერს აგრეთვე Stellwag v. Carion და სხვ.

ლიტერატურაში მოყვანილია ექსპულსიურ სისხლის დენის 22 შემთხვევა აბსოლუტურ გლაუკომის ნიადაგზე. რომ ქრონოლოგიურად მივეყვით მათ აღნიშვნას, პირველი შემთხვევა ეკუთვნის Baster-ს 1770 წ.; მას მოჰყვება შემთხვევა Flemming-ის (1858 წ.), Blaskowics-ის (1896 წ.), Purtscher-ის (1897 წ.), Terson-ის (1900 წ.), Лисицын-ის (1900 წ.), Адельгейм-ის (1900 წ.).

ზემოაღნიშნულ ავტორების შემთხვევაში ხაზგასმით აღნიშნულია, რომ ექსპულსიური ჰემორაგია განვითარებულა აბსოლუტურ გლაუკომის ხანაში სხვადასხვა უმნიშვნელო ინსულტის ზეგავლენით.

რაც შეეხება Gilfillan-ის (1902 წ.) და Hosch-ის (1902 წ.) შემთხვევებს ავტორები ჰიპერტონიაზე არაუფერს ლაპარაკობენ.

Houdart-ი (1906 წ.) აგვიწერს შემთხვევას, როდესაც 72 წლ. მამაკაცს ჰქონდა მოხუცებულობის კატარაქტა წნევის მომატებით; მას მოუვიდა მოულოდნელი სისხლის დენა ბალახის თიბვის დროს; გამოკვლევით აღმოჩნდა რქოვანას ჰორიზონტალურ მიმართულებით გასკდომა და მინისებრი სხეულის გარედ გამოვარდნა-

შემდეგ Da-Gamma-Pinto (1906 წ.) უთითებს ასეთივე შემთხვევაზე, რომლის დროსაც ადგილი ჰქონია სწრაფი ხასიათის სისხლის დენას გლაუკომატოზურ თვალთან; აქაც აშკარა იყო რქოვანას პერფორაცია; თვალის მიკროსკოპიული გამოკვლევა ამტკიცებდა სისხლის შეგუბებას თვალის კაკალში და მისი ღრმა გარსების გარედ გამოვარდნას.

ანალოგიურ მოვლენას აგვიწერს აგრეთვე Coppez (1908 წ.).

Villard-ის (1908 წ.) ორი შემთხვევა ეხება აგრეთვე გლაუკომატოზურ თვალს მის აბსოლუტურ პერიოდში; აქ ავტორი დანამდვილებით აღნიშნავს რქოვანაზე წყლულის არსებობას.

Bialeli (1908 წ.) ორ შემთხვევაში ამბობს, რომ ექსპულსიური სისხლის დენა მოხდა ისეთ თვალში, რომელშიც რამოდენიმე წლის წინად ვაკეთებული იყო ხელოვნურად ირიდექტომია წნევის დაწვევის მიზნით.

ლიტერატურაში გარდა ამ 18 შემთხვევისა, რომელიც ვრცლად აღწერილი, მოყვანილია კიდევ ორი შემთხვევა: ერთი—Kyll-ის და მეორე—Cheatan-ის. სხვა ავტორებსაც ჰქონიათ შემთხვევები ამგვარი გართულებისა, მაგრამ ისინი აღწერილი არ არიან (Morax, Valude).

პროფ. Головин-ის შემთხვევა ეხება რქოვანას წყლულს, რომლის დროსაც გაუკეთებიათ Saemisch-ის ოპერაცია; დაწყებული ძლიერი სისხლის დენა ექსპულსიური ხასიათისა ჩვეულებრივის მიმე შედეგებით.

უფრო დაწვრილებით გაშუქებულია ექსპულსიური სისხლის დენის შემთხვევა Юдин-ის მიერ (1908 წ.). საქმე ეხება 70 წლ. მოხუც დედაკაცს; გლაუკომატოზურ თვალთან ღამით უეცრად დასწყობია სისხლის დენა. მიკროსკოპიული გამოკვლევა ამტკიცებდა შიგნითა გარსების გარედ გამოვარდნას; რქოვანა შეც-

ვლილი იყო; მისი წინა ეპიტელიუმი ალაგ-ალაგ არ არსებობდა; membrana propria-ში აღნიშნებოდა წვრილ უჯრედოვანი ინფლიტრაკია; დესკემეტის შრი ზოგ ალაგზე ჩაიშორებული იყო და დანაოჭებული: ემწიწიოდა დაკბილვა რქოვანას გამსკდარ კედლებს; წყლულის აღმოჩენა არ მოხეხდა.

ყველა ეს შემთავებები ჰკულისხმობენ ერთ ფრიად საყურადღებო მოვლენას: ექსპულსიური სისხლის დენა განვითარებულა იმ დროს, როდესაც თვალის აბსოლუტურ გლაუკომის ნიადაგზე სავსებით გადაგვარებული იყო. გარდა ორი შემთხვევისა (Cilfillan, Hosch), სადაც წნევის მომატებაზე თვალის კაკალში ავტორები არაფერს ლაპარაკობენ. ერთი საკითხი, რომელიც გადაუჭვრიელი რჩება ავტორების მიერ, ეხება რქოვანას ანატომიურ მთლიანობას. აქ იხადება ორი შეხედულება: უმრავლესობა ამტკიცებს, რომ ექსპულსიურ ჰეპორაკიის განვითარებამდე რქოვანა განიცდის ღრმა ცვლილებებს, ასე რომ მისი მთლიანობა ირღვევა და ვლემუზობთ ქსოვილის დეფექტს წყლულის სახით. მართლაც წყლულის არსებობა, რომელსაც უბიექტიურად ავადმყოფი არც კი აღნიშნავს, ადვილი წარმოსადგენია, თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ამ დროს რქოვანას მგრძობიარობა ძლიერ შეზღუდულია ან სრულიად არ არსებობს. მაშასადამე, წყლულის გაჩენაც ამ გვარად დაჩლუნგებულ გარსზე ავადმყოფს ტკივილს არ მოგვრიდა ან თუ მოგვრიდა ძლიერ სუსტად.

მაგრამ ამ შეხედულების წინააღმდეგ ლაპარაკობს ერთი ობიექტიური ფაქტი: პათოლოგ-ანატომიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევა რქოვანას არაფერს ამბობს წყლულის არსებობაზე. მხოლოდ Villard-ის ორ შემთხვევაში აშკარადაა ნათქვამი რქოვანაზე წყლულის განვითარების შესახებ.

მეორე ჯგუფი ავტორებისა უპირისპირების სახით ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ რქოვანას პერფორაცია შესაძლებელია წყლულის არსებობის გარეშე, თუ, რასაკვირველია, თვალში წნევამ მაქსიმალურად იმატა. ამ შეხედულებამ Houdart-ი აიძულა დაეყენებია ექსპერიმენტალურ ცდების მთელი რიგი. მას შეეყვება ღორების თვალში ჩვეულებრივი შპრიცით წყალი და თანდათან უმატებდა წნევას. ნაწილი ცდებისა გატარებული იყო ამოუღებელ თვალზე, მეორე ნაწილი კი—ენთელეკიის შემდეგ. ყველა შემთხვევაში Houdart-მა მიიღო სკლერის ვასკლომა ეკვატორის არეში; რქოვანას პერფორაციას არც ერთ შემთხვევაში ჰქონია ადგილი.

კვლევა ძიების შედეგები Houdart-ის ექსპერიმენტალურ ცდებში იმას მოწმობენ, რომ რქოვანას ქსოვილი მეტის მეტად ელასტიურია და გამძლე. აქედან Houdart ს ის დასკვნა გამოჰყავს, რომ რქოვანას მთლიანობის დარღვევის გარეშე წარმოუდუნებელია უნდა იყოს მისი სრული პერფორაცია. თავის ექსპერიმენტალურ დაკვირვებას Houdart ი უკავშირებს იმ ავტორების აზრს, რომლებიც უარყოფენ თვალის კაკალში მაქსიმალურად წნევის აწივის დროს რქოვანას სპონტანურ პერფორაციას და სავსებით ეთანხმება იმ შეხედულებას, რომელიც აღნიშნავს რქოვანას ქსოვილის წინასწარ გადაგვარებას და, როგორც ამი შედეგი, მის ვასკლომას.

მართალია, პათოლოგ-ანატომიური და მით უფრო ჰისტოლოგიური გამოკვლევით, იშვიათ გამოჩაჰლისის გარდა, ობიექტიურად არ იქნა რქოვანას ქსოვანამედროვე მდიცინა № 10—11 1927.



ვილში წყლულის არსებობა დამტკიცებული, მაგრამ, როგორც ექსპერიმენტალურ ცდებიდან ჩანს და კლინიკური დაკვირვებაც გვეუბნება, წარმოუდგენელი უნდა იყოს რქოვანას სპონტანური პერფორაცია, რა რიგადაც არ უნდა მოიმატოს წნევამ თვალის კაკალში.

ვისი აზრი წარმოადგენს დასაბუთებულ კლინიკურ მოვლენას, ვლევულობით პირვადათ რქოვანას გასკდომა—პერფორაციას, თუ მის ქსოვილში ხდება წინასწარი დესტრუქტიული პროცესი და შემდეგ სრული გასკდომა,—ამის მტკიცებას ჩვენ არ შეეუდგებით. ჩვენ გვანტირესებს ის წინასწარად თვალის კაკალში შექმნილი მდგომარეობა, რომელიც ხელს უწყობს მოულოდნელ ძლიერ სისხლის დენას თვალის კაკლიდან და მისი ღრმა გარსების გარედ გამოვიარდნას. მით უფრო აღსანიშნავია ეს გარემოება, რომ ყოველდღიურ კლინიკურ ცხოვრებაში ჩვენ საქმე გვაქვს წყლულის ნიადაგზე რქოვანას პერფორაციასთან, მაგრამ ღრმა გარსების ქსოვილიდან სისხლის დენას არ ვლევულობთ. ალბად, უნდა მზადდებოდეს წინასწარ ნიადაგი, პირობები, რომლის მეოხებით ექსპულსიური ჰემორაგია უეცრად იჩენს თავს. ჩვენ შეგვიძლია აპრიორულად ვთქვათ, რომ სისხლის დენის მთავარ ადგილად უნდა ითვლებოდეს ის გარსი, რომელშიც სისხლის ძარღვები მდიდრათაა განვითარებული. მაშასადამე, პირობები ამგვარ მოვლენისა უნდა არსებობდეს თვალის კაკლის სისხლძარღვან გარსში—chorioidea-ში. გლაუკომის აბსოლუტურ ფორმის დროს chorioidea-ში დეგენერატიული ცვლილებები დიდი ხანია, რაც აღწერილია და დამტკიცებული. პათოლოგიურად გადაგვარებულ სისხლის ძარღვის კედლებისათვის საკმარისია ცოტად თუ ბევრად შეცვლა პირობებისა, რომლებშიც ისინი არიან ჩაყენებული, რომ მივიღოთ მათი გასკდომა და სისხლის დენა. რქოვანას პერფორაციის შემდეგ, როდესაც თვალის კაკლის წინა საკანი იკლება, თვალში წნევა სწრაფად ეცემა, და ეს გარემოება თავისთავად იწვევს მოჭარბებულად სისხლის რაოდენობის მომატებას სისხლის ძარღვებში, ვლევულობით ე. წ. hyperemia ex vacuo. გადაგვარებული, ელასტიკობას მოკლებული სისხლის ძარღვის კედელი ვერ იტანს უეცრად შეცვლილ თავის მდგომარეობას და ის სკდება. ცხადია, რომ ამას უნდა მოჰყვეს უხვი და სწრაფი სისხლის დენა წმინდა ექსპულსიური ხასიათისა.

ასეთია აზრი იმ ავტორების, რომლებსაც აინტერესებდა ექსპულსიური სისხლის დენის მექანიზმის შესწავლა (Houdart, Possey, Copppez, Головин). აქედან აშკარაა, რომ უმთავრესი პირობა ექსპულსიური ჰემორაგიის განვითარებისათვის უნდა მდგომარეობდეს chorioidea-ს სისხლის ძარღვების სკლეროტიულ-ატრომატოზულ გადაგვარებაში. თუმცა არ არსებობს სპეციალური ჰისტოლოგიური გამოკვლევა სისხლის ძარღვების კედლებისა ამ მოვლენის დროს, მაგრამ ის გარემოება, რომ ექსპულსიური ჰემორაგია ყველა შემთხვევების მიხედვით განვითარდა ნოზუცებულობის ასაკში, უტყუარად ლაპარაკობს ამგვარ შეხედულების საბუთიანობაზე. გარდა ამისა, მეორე ფაქტორი, რომელიც არა ნაკლებ მნიშვნელოვან როლს თამაშობს სისხლის დენის განვითარების აქტში, გამოიხატება თვალის ჰიპერტონიულ მდგომარეობაში, ე. ი. გლაუკომაში. ამიტომაც, რომ თვალის კაკლის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ ვითარდება სწრაფად თვალში წნევის დაცემა—ჰიპოტონია, ძარღვების კედლებისათვის მოულოდნე-

ლად მდგომარეობის შეცვლა და ამასთან დაკავშირებული მისი გასკდომის საც თან მოჰყვება უხვი სისხლის დენა.

მაშასადამე, ხელშემწყობ მიზეზებად ჩვენ უნდა ჩავთვალოთ ერთი მხრივ მოხუცებულობა და მისი თანამგზავრი სკლეროზი სისხლის ძარღვების და მეორეს მხრივ თვალის კაკლის მთლიანობის დაშლა-დარღვევა.

ეს პირობები, ვფიქრობთ, საკმარისი უნდა იყოს, რომ ექსპულსიური სისხლის დენით გართულებას ჩვენ მოველოდეთ აგრეთვე კატარაქტის ექსტრაქციის ხანაშიაც.

ამიტომ, როგორც თავში აღვნიშნეთ, ამ მოვლენას უფრო ხშირად მაშინ უნდა ჰქონდეს ადგილი, როდესაც ხელოვნურად, თერაპიის მიზნით ჩვენ გვიხდება თვალის კაკლის მთლიანობის დარღვევა, კერძოდ კატარაქტის ექსტრაქციის დროს. გართულებათა შორის, რომელთაც ჩვენ ვხვდებით კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ, მძიმე, რთულ და საბედისწერო გართულებათ ექსპულსიური სისხლის დენა ითვლება. მაგრამ, როგორც აღნიშნული იყო, ეს გართულება მეტის-მეტად იშვიათი მოვლენაა. თვალის ბედი ამგვარ სისხლის დენის შემდეგ, რასაკვირველია, უიშედოა, ვინაიდან ვითარდება მისი თანდათანობითი ატროფია. Poulard-ი ამბობს: „ექსპულსიური ჰემორაგია—ეს არის საბედნიეროდ იშვიათი, მაგრამ მძიმე გართულება, რომელსაც მოსდევს მუდამ მხედველობის დაკარგვა და ხანდახან თვალის კაკლისაც. იგი ვითარდება მოულოდნელად, ოპერატორის შეცდომის გარეშე“.

საინტერესოა საკითხი: რას უნდა დაუკავშიროთ კატარაქტის ექსტრაქციის დროს ექსპულსიური ჰემორაგიის მოვლენა? ე. წ. cataracta senilis ვითარდება ისეთ პირობებში, როდესაც სხეული სხვა ცვლილებებთან ერთად განიცდის სისხლის ძარღვების გადაგვარებას ასაკის ზეგავლენით. გარდა ამისა გლაუკომის პირველი ნიშნებიც მოხუცებულობის დროს იჩენენ თითქმის თავს. და ყველა იმ შემთხვევებში, როდესაც ექსტრაქციის შემდეგ მიუღიათ სისხლის დენა თვალისა—კატარაქტის არსებობასთან ერთად თუ გლაუკომაც აშკარად არ იყო გამოხატული, ოღნავ წნევის აწევას მაინც ჰქონია ადგილი. უნდა ვიგულისხმოთ, მაშასადამე, რომ ექსპულსიური ჰემორაგია განვითარებულა სწორედ მაშინ, როდესაც არსებობდა კომბინაცია ორი დაავადებისა, ე. ი. კატარაქტისა და გლაუკომის ერთად.

ევროპის დიდი კლინიკების სტატისტიკა ამტკიცებს, რომ ექსპულსიური სისხლის დენით გართულება კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ გამოიხატება შემდეგი შეფარდებით: ყველა 500 ექსტრაქციაზე მოდის ერთი შემთხვევა ექსპულსიური ჰემორაგიისა.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის თვალის სნეულებათა კლინიკის მასალის მიხედვით 1921 წ.—1927 წლ., ე. ი. შვიდი წლის განმავლობაში, სადაც გაკეთებულია 1038 ექსტრაქცია, ექსპულსიური სისხლის დენა მივიღეთ მხოლოდ ორ შემთხვევაში (0. 18%). ორივე შემთხვევა თავისი განვითარებითა და მიმდინარეობით იმდენად ერთი-მეორეს მოწინააღმდეგეა, რომ მე ნებას მივცემ ჩემს თავს მოვიყვანო ორივე ავადმყოფობის ისტორია.


შემთხვევა № 1.

ავადმყოფი ხარაძე ალექსი, 65 წლ., ქართველი, შორაპნის მაზრიდან (სოფ. საჩხერე), სოფლის მუშა, შემოვიდა კლინიკაში 1926 წლ. 9/II-თივის მხედველობის დაკარგვას მარჯვენა თვალზე.

Anamnesis.

სამი წლის წინად ავადმყოფისათვის გაუკეთებიათ ოპერაცია მარცხენა თვალზე, რის შემდეგ მას მხედველობა აღსადგენია. ერთ წელზე მეტია ამჩნევს მხედველობის თანდათან დაკლებას მარჯვენა თვალზე და უკანასკნელი ექვსი თვის განმავლობაში სრულიად ვერ ხედავს. ტკივილებს თვალში, შუბლის მიდამოში ან თავისას არ აღნიშნავს. არც არავითარ ტრავმას ჰქონია ადგილი.

Status praesens.

მარჯვენა თვალი. ქუთუთოები, ლორწოვანი გარსი საღი. თვალის კაკალს ცვლილება არ ემჩნევა, რქოვანა გამსკვრივი; წინა სენაკი ნორმალური მოცულობისაა, ფერადი გარსი ცვლილებას არ განიცდის; გუგა მრგვალი, მისი რეაქციები შენახული. გუგის სივრცეში მოსჩანს მკაფიოდ გამოხატული მორაბზო—თეთრი რეფლექსი, ფოკალური განათებით და განვლილი სხივებით აღმოჩნდა, რომ გუგის არეში რეფლექსი დამოკიდებულია ბროლის შემღვრევაზე. თვალის წნევა ორნავ აწეული $T=T+1$). მხედველობა $=\frac{1}{r}$, პროექცია სწორი.

მარცხენა თვალი. ქუთუთოების და ლორწოვანი გარსის მხრივ არავითარი ცვლილება. რქოვანას ზეჰო კიდებზე. ლიმბუსის გასწვრივ,—ნაწიბური, შედეგი კატარაქტის ექსტრაქციისა. წინა სენაკი ღრმაა. ფერადი გარსის ზემო ნაწილში—კოლოზომა, თვალის მოძრაობისას აშკარად გამოხატული iridodonesis. თვალის ფსკერი კარგად ისინჯება. წნევა ნორმალურია. მხედველობა $=15/200 + Sph. 10,0 D=0, 5-0,6$.

დიაგნოზი: *Cataracta subcapsularis senilis matura. o. d. et Aphakia o. s.*

Cursus morbi.

11/II გაუკეთდა—*Extractio catar. cum iridectomy o. d.* იმავე დღეს, შუადღის პირველ საათზე, დაეწყო ძლიერი სისხლის დენა თვალიდან, რომელიც შედრევანს გვაგონებდა. დამწოლი ნახვევით და ყინულით სამი წუთის შემდეგ სისხლის დენა შეწყდა.

12/II—ჭრილობა ღიაა. კონიუნქტივის პარკში ბლომად სისხლის შეგუბება. კრილობის ნაპირიდან გარედ გამოსულია მინისებრი სხეულის დიდი ნაწილი და თვალის ღრმა გარსები,

გამოვარდნილი ღრმა ნაწილება მოვკერით და დავადევით დამწოლი ნახვევი.

14/II—კრილობა შეხორცებულია. თვალი გაღიზიანებულია და ინექციას განიცდის.

20/II—თვალი დამშვიდდა, მოცულობა თვალის კაკლისა მცირდება.

2/II—თვალის კაკალი ატროფიული მდგომარეობაშია. ტკივილებს არ გრძნობს.

10/III—თვალი ძლიერ შემცირდა თავის მოცულობაში, ტკივილები არ აქვს.

22/III—გაეწერა შემდეგ მდგომარეობაში: თვალის კაკალი ყოველი წიმარ-თულობით შემცირებულია; რქოვანა ქვემო ნახევარში გამსჭვრიევი, ზემო ნაწილში შემღვრეულია. წინა სენაკი მცირე მოცულობისაა (Atrophia bulbi). მხედველობა = 0.

შემაჯავებელი № 2.

ავადმყოფი ბიჩინაშვილი ანა, 35 წლ., ქართველი, ქერვი, გორის მაზრიდან (სოფ. მეჯვრისხევი) შემოვიდა კლინიკაში 1927 წ. 14/II—უჩივის მხედველობის სრულიად დაკარგვის მარჯვენა თვალზე.

Anamnesis.

რვა წლის იყო, რაც მარჯვენა თვალში ჩაუვარდა ბზე, რასაც თან მოჰყვა ტკივილები. ტკივილები ორი თვე გავრძელდა. შემდეგ ავადმყოფი ამჩნევს თვალში თეთრის გაჩენას. მხედველობა ძლიერ დააკლდა. ხუთი წლის უკან ავადმყოფი ხელ მეორედ ამჩნევს, რომ დროგამოშვებით მას თვალი უწი აღდებოდა, თანაც ტკივილებს გრძნობს. ასეთ მდგომარეობაში ხუთი თვე იყო. შემდეგ ატყობს, რომ გარედან თვალზე უჩნდება თეთრი და იმ მცირე მხედველობასაც, რომელიც შერჩა, სავსებით ჰკარგავს. ამ ხუთი წლის განმავლობაში ზოგჯერ უწითლდებოდა თვალი და გრძნობდა მსუბუქ ტკივილს და სიმძიმეს შუბლის მიდამოში. ქმართან ცხოვრობდა 14 წელიწადი; ყავს ერთი ვაჟი—13 წლ. გადაუტანია ყივასა ხველა, წითელა, ყვავილი, „ისპანკა.“ მუცელი არ მოსწყვეტია. Lues-ს უარყოფს.

Status praesens.

ავადმყოფი საშუალო აგებულებისაა, ფერმკრთალი; კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად აქვს განვითარებული. ლორწოვანი გარსები ანემიური. შინაგან ორგანოების მხრივ დაწვრილებით არ ყოფილა გამოკვლეული, ხუთი წლის განმავლობაში ემჩნევა ხმის წასვლა; ხმა-მაღლა ლაპარაკი არ ეხერხება. ყელში აღნიშნავს მუდმივ ტკივილებს.

Wassermann-ის და Bezredko-ის რეაქციები არ გაკეთებულა;

Status in loco.

მარჯვენა თვალი. ქუთუთოები—ნორმა. ლორწოვანი გარსები ოდნავ ჰიპერემიული. რქოვანაზე, მის ქვემო სევმენტში, საკმაოდ ღრმა ნაწიბური, რომ-



ლის სისქეში შეზრდილია ფერადი გარსის ნაწილი. წინა სენაკის $2/3$ ჩვეულებრივი მოცულობისაა: ქვემო-გარეთა მესამედი შემცირებული. გუგა მსხლის ფორმის, რომლის მწვერვალი მიმართულია რქოვანას ნაწიბურისაკენ. გვერდითი განათებით გუგის სივრცეში მოსჩანს ნაწილობრივი შემღვრევა ბროლის—ინტენსიურად გამოხატული მის გარეთა—ზემო ნაწილში. თვალის ფსკერი ოფთალმო-სკოპიურად ბურუსში ისინჯება იმ მიმართულებით, სადაც ბროლის გამსქვირვალობა შენარჩუნებულია. დეტალები ფსკერზე არ მოსჩანან. დვრილი არ ისინჯება, წნევა თვალისა აწეულია ($T=T+2$). მხედველობა $= \frac{1}{2}$; პროექცია საეპკო ზემო და შიგნით.

მარცხენა თვალი არავითარ ცვლალებას არ განიცდის. მხედველობა $= 1.0$; სკიოპსოპიურად $Hm=Sph. 0.75D$.

დიაგნოზი: *Leucoma corneae, adhaerens, cataracta traumatica partialis et glaucoma secundar. o. d.*

Cursus morbi.

17/II—გაკეთებულია *Extractio catar. cum iridectomy o. d.*

18/II—ლამის 10 საათზე ავადმყოფი გრძნობს ძლიერ ტკავილებს. უცრად დაეწყო სისხლის დენა, რომელიც მიენსგავსებოდა შადრევანს. ნახვევის მოხსნისას აღმოჩნდა: ქრილობის ნაპირები ღიაა, აუარებელი სისხლის დაგროვება კონიუნქტივის პარკში; ქრილობიდან გამოდის მინისებრი სხეული და თვალის კაკლის ღრმა გარსები. დადებულია დამწოლი ნახვევი და ზემოდან პარკი ყინულით.

19/II—გამოვარდნილი გარსები მოჭრილი და მოშორებული იქნა.

21/II—ქრილობა შეხორცებულია. წინა სენაკი თანდათან მცირდება. თვალის კაკალი კლებულობს მოცულობაში.

23/II—ვითარდება ატროფია თვალის კაკლისა.

2/III—ავადმყოფი გაეწერა შემდეგ მდგომარეობაში: ქრილობის პირი საესებით შეხორცებული; რქოვანა თავის ზედაპირით დამოკლებული; წინა სენაკი მცირე; თვალის კაკალი ყოველ მიმართულებით ძლიერ შემცირებულია (*Atrophia bulbi*). მხედველობა $= 0$.

ერთი გარემოება, რომელიც აკავშირებს ორივე შემთხვევას, გამოიხატება იმაში, რომ შედეგი კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ ერთგვარი იყო, ე. ი. განვითარდა თანდათანობით თვალის კაკლის ატროფია.

რაც შეეხება ავადმყოფობის განვითარებას და მის მიმდინარეობას, აქ სრულიად წინააღმდეგ მოვლენას ვხედავთ. პირველ შემთხვევაში, როგორც ანამნეზიდან ჩანს, ვითარდებოდა ჩვეულებრივი გზით მოხუცებულობის კატარაქტა; არც მის განვითარებამდე და არც განვითარების შემდეგ არავითარ ტკივილს ავადმყოფი არ აღნიშნავს. კლინიკაში შემოსვლის დროს ჩვენ მიერ დასმული იყო დიაგნოზი: *Cataracta subcapsularis senilis matura*. წნევის პალპაციით გამოკვლევა ექვს იძლეოდა მის ოდნავ აწევაზე ($T=T+1$). სამწუხაროდ, ჩვენ ამ მიზნის-

თვის არ მიგვიმართია Schiötz-ის ტონომეტრისათვის, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო წნევის სისწორით გამოანგარიშება. სხვა ნიშნები გლაუკომისა თვალს არ ემჩნეოდა. და თუ მივიღეთ ექსტრაქციის შემდეგ ექსპულსიური სისხლის დენა, უნდა ვიფიქროთ, აქ თავისი როლი ითამაშა ორ ფაქტორმა: პირველი—ავადმყოფის ასაკმა (65 წლ.) და მასთან დაკავშირებული საერთო სკლეროზმა და მეორე—იმ სუსტად გამოხატულ თვალის ჰიპერტონიულ მდგომარეობამ, რომლის არსებობის სინამდვილეში პალპაციითაც დავრწმუნდით.

მეორე შემთხვევა, როგორც ისტორიიდან ჩანს, სრულიად ორიგინალურია. ასაკი ავადმყოფისა (35 წლ.) სრულიად არ ეფუძება ექსპულსიურ სისხლის დენის განვითარებას. მაგრამ ნაცვლად ამისა მეორე ფაქტორი, საესებით ხელშემწყუა, არსებობს მეორადი გლაუკომის სახით, ის ღრმა ნაწიბური რქოვანას ქსოვილში რომლის სისქეში მოყოლებულია ფერადი გარსის ნაწილიც (*leucoma adhaerens*) მექანიკურად ხელს უწყობს მეორადი გლაუკომის წარმოშობას. ექსპულსიური ჰემორაგიის განვითარების შესაძლებლობას ამ შემთხვევაში ხელს უწყობდა, ალბად, მთელი რიგი ცვლილებებისა, როგორცაა *leucoma corneae adhaerens, catar. traumatica, glaucoma secundar.* თუ, რასაკვირველია, ამავე დროს არსებობდა გადაგვარება სისხლის ძარღვების კედლებისა რაიმე სპეციფიურ მიზეზის გამო, რაზედაც ეჭვი გვეპარებოდა ავადმყოფის ზოგადი Status-ის გამოკვლევის შემდეგ მიზეზი ექსტრაქციის შემდეგ სისხლის დენის განვითარებისა ჩვენთვის ნათელი და გასაგები იქნებოდა. მაგრამ, სამწუხაროდ, ამ მხრივ, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, ავადმყოფის გამოკვლევა და შესწავლა არ გვიწარმოებია და არც Wassermann-ის რეაქცია ყოფილა გაკეთებული.

დასასრულ, მე მინდა კვლავ აღვნიშნო ის გარემოება, რომ ექსპულსიური ხასიათის სისხლის დენას კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ ჩვენ არც ისე ხშირად ვღებულობთ, რომ საკითხი მისი განვითარების შესახებ ყოველმხრივ იყოს შესწავლილი. ის მოსაზრებანი, რომელიც ჩვენ ზემოდ ჩამოვთვალეთ, წარმოადგენენ ზოგად დებულებას, ერთგვარ პრობლემას, რომლის გარშემო დღემდე გაცხოველებულად მუშაობს ოფთალმოლოგიური აზროვნება.

დასკვნები.

1. ექსპულსიურა ჰემორაგია იშვიათი მოვლენაა და ამ იშვიათობასთან არის დაკავშირებული ის აზრთა სხვადასხვაობა, რომლის საშუალებითაც სურთ მისი ახსნა.

2. კლინიკური დაკვირვება ამტკიცებს, რომ პირვადთ, თვალის კაკლის კედლის დაუზიანებლად განვითარებულ ექსპულსიურ სისხლის დენას ჩვენ უნდა მოველოდეთ უფრო იშვიათად, ვიდრე თვალის კაკალზე ოპერაციისა და განსაკუთრებით კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ.

3. პირვადთ, სპონტანურად განვითარებულ ექსპულსიურ სისხლის დენას უმთავრესად აბსოლუტურ გლაუკომის ღროს ვხვებით, როდესაც თვალის კაკალში წნევის მაქსიმალურად აწევასთან ერთად სისხლის ძარღვების ღრმა სკლეროტიულ ცვლილებებსაც აქვს ადგილი.



4. როგორც კლინიკური დაკვირება, ისე ექსპერიმენტალური ცდებითაა დადგინებული იმის მოწმობენ, რომ ექსპულსიური სისხლის დენის განვითარებისთვის საჭიროა რქოვანას მთლიანობის დაშლა-დარღვევა.

5. კატარაქტის ექსტრაქციის შემდეგ ექსპულსიური ჰემორაგიით გართულების რისკები ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით (0,18%) არ აღემატება დასავლეთ ევროპის კლინიკების მასალის რიცხვს.

6. თვალის ბედი ამგვარ სისხლის დენის შემდეგ მუდამ ერთნაირია: ზოგ შემთხვევაში ვითარდება ჩქარის ტემპით ატროფია თვალის კაკლისა, ზოგჯერ კი—მისი თანდათანობითი, ნელი გადაგვარება.

7. საჭიროა, ვიდრე კატარაქტის ექსტრაქციას შევუდგებოდეთ, სისწორით იყოს გამოკვლეული თვალის კაკლის წნევა, რათა წინასწარი ღონისძიებათა მიღებით (myotica, წინასწარი ირიდექტომია და სხვ.) თავიდან იქნას აცილებული ექსპულსიური ჰემორაგიით გართულება.

დაბოლოს, სასიამოვნო მოვალეობად მიმაჩნია, უღრმესი მადლობა გამოვუცხადო ჩემ შასწავლებელს—თვალის სნეულებათა კლინიკის გამგეს—**გ. მუსხელიშვილს**, ამ მეტად საინტერესო თემის დანუშავებელ ნოქლოზისათვის და იმ მუდმივ ხელმძღვანელობისათვის, რომელსაც მისგან ვღებულობდი.

ლიტერატურა.

1. W. Mackenzie. — Practical treatise on the diseases of the eye. London. 1854.
2. L. Wecker. — Traité theoretique et pratique des maladies des yeux. Paris. 1868
3. Stellvæg v. Carion. — Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde. Wien. 1861.
4. Baster. — Memoires de la Societé des sciences de Haarlem (პოყვანილია Юдин-ით).
5. Flemming. — The American journal of the Medical-Sciences (პოყვანილია Юдин-ით).
6. Blaskow's. — A szemteke eglez tartalmának eleosése intraocularis verzés Kovet kezteben (Юдин-ით).
7. Purtscher. — Aderhautblutung nach Geschwürsbildung (Юдин-ით).
8. Terson. — Haemorrhagie expulsive spotaanée. Societé d'ophthalmologie de Paris. La clin. Ophthaim. 1900.
9. И. В. Лисицын. — Сообщение о случае самопроизвольного прободения глаза с обильным хороидальным кровоизлиянием. Общ. глазн. врачей в Москве. Вестн. Офтальм. 1900 стр. 422.
10. К. А. Адельгейм. — См. протоколы Общ. глазн. врачей в Москве. Вестн. Офтальм. 1900,
11. Houdart. — Haemorrhagie expulsve et rupture spontanée de la cornée. Bull. et mem. de la Soc. franç. d'ophthalm, Paris. 1906.



12. Coppez.— Sur les ruptures spontanées du globe oculaire dans le glaucome. Arch. d'ophthalm. 1908, p. 609.
 13. Da — Gamma — Pinto. — Encyclopedie française d'ophthalmologie (Юдин-ის).
 14. H. Villard.— Sur les ruptures spontanées du globe oculaire dans le glaucome. Arch. d'ophthalm. 1908, p. 768.
 15. S. S. Colovine. — Sur l'haemorrhagie intra — oculaie expulsive (Юдин-ის).
 16. К. А. Юдин.— К казуистике самопроизвольных разрывов роговицы с экспульсивным кровотечением. Вестн. Офтальм. 1910 г. стр. 185.
 17. Poulard.— Traité d'ophthalmologie.
-

მძ. დ. ჯავახიშვილი.

კუშისის ტალახის სამკურნალო თვისებანი.*)

საკუთარი დაკვირვება ავადმყოფებაზე.

(ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის კლინიკის ასისტენტი. გამგე—პროფ.

პ. გ. მეზერნიცკი.

დიდი ხანი არ არის, რაც საქართველოში ტალახით მკურნალობა დაიწყო, მაგრამ უკვე საკმაოდ მკვიდრი ადგილი დაიჭირა მან ფიზიო-ბალნეო-თერაპიულ დარგთა შორის.

დღეს ყველგან ფიცხელი მცენიერული კვლევა-ძიებანი და დაკვირვებანი სწარმოებს ამ დარგის შესასწავლად; დიდი ყურადღება მიქცეული თვით ტალახის მარაგის და მისი მეურნეობის საქმეზედ.

თუმცა რუსეთი ძლიერ მდიდარია სამკურნალო ტალახის მარაგით მრავალ ტიპებისა და ლიმანების წყალობით, მაგრამ იქაც კი დიდი გაცხოველებული მუშაობაა ნახმარ ტალახის რეგენერაციის საკითხის გარშემო, რადგან სამკურნალო ტალახის მარაგი არც ისეთი დიდია, რომ არ იყოს შიში მისი დაშრეტისა, თუ ესეთი სწრაფი გზით ივლის ტალახის მოხმარება სამკურნალო მიზნით.

ამჟამად უკვე შემჩნეულია ნიშნები საკის და ტამბუკანის ტბის ტალახის თანდათანობითი დაშრეტისა და სათანადო საკურორტო სამმართველოები გაძლიერებულ გამოკვლევებს აწარმოებენ, რათა შეჩერებულ იქნეს ტალახის ეს დაშრეტის პროცესი და მეორეს მხრივ გამოინახოს ტალახის მოხმარების რაციონალური წესი და შესაძლებელი გახდეს ნახმარი ტალახის რეგენერაცია იმავე სამკურნალო დანიშნულებისათვის.

უნდა გამოვტყდეთ და ვსთქვათ, რომ ჩვენში ტალახ-მკურნალობის დიდი განვითარებისათვის არ არსებობს რეალური შესაძლებლობა, რადგან ჯერ-ჯერობით ტალახის მარაგი ძლიერ მცირეა. საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ დღესდღეობით ტალახ-მკურნალობის წყარო მხოლოდ ახტალაა, სადაც მკურნალობა სწარმოებს სეზონში 4 თვის განმავლობაში; ამასთან მთელის წლით ტფილისში ფიზიო-თერაპიულ ინსტიტუტში, ა/კ რკინის გზის საავადმყოფოში, ტფილისის აღმ. ჯანმრთელობის განყოფილების გოგირდ-წყლით და ტალახ-სამკურნალოში და ბათუმის რკინის გზის საავადმყოფოში, გარდა ამისა განზრახულია ტალახ-

*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში 12/V 1927 წ.

სამკურნალოების მოწყობა ლენინაქანში და ქუთაისში; სეზონის განმავლობაში ტალახ-მკურნალობის გარდა ახტალა, ჩემის ანგარიშით, ყოველ დღე უკვე აწვდის შემოხსენებულ სამკურნალოებს ორთა შუა რიცხვით 500-600 ფუტს ტალახს, რომელიც მოხმარების შემდეგ იღვრება წყალში და სამუდამოდ ჰქრება. შედარებით მის მოთხოვნილებების შესაძლებელ ზრდასთან ახტალის ტალახის დებეტი კი არც ისე დიდია. არსებული დაკვირვებების თანახმად, ინჟ.-გეოლოგ კონიუშევსკის გამოკვლევით მისი დღე-ღამის დებეტი არ უნდა აღემატებოდეს 3.000 ვედროს. ამიტომ ჩვენში დიდი მნიშვნელობა ეძლევა სამკურნალო ტალახის ყოველ ახალ ადგილის აღმოჩენას, რათა შეიქმნეს ტალახ-მკურნალობისათვის შესაფერი მატერიალური შესაძლებლობა.

ტალახით მკურნალობის ასეთ ახალ წყაროდ უნდა ჩაითვალოს კუმისის ტბა, რომლის ტალახი წინასწარი ფიზიკურ-ქიმიურ თვისებათა გამოკვლევის თანახმად ალბად სამკურნალო უნდა გამოდგეს. როდესაც გამოირკვა ქიმიკოს კუპციისის მიერ გაკეთებული კუმისის ტალახის ანალიზის შინაარსი, მან საკმაოდ დიდი ინტერესი და ყურადღება მიიპყრო ჯანმრთელობის უმაღლესი ორგანოებისა და კერძოდ დაზღვეულთა სამკურნალო დახმარების ქვეგანყოფილებისა. ჯანსაზღვრებმა იჯარით აიღო ეს ტბა მიწად-მოქმედების კომისარიატისაგან განსაზღვრული ვადით და პირობით, რომელიც მოითხოვდა ამ ტბის და მისი ტალახის ყოველმხრივ გამოკვლევა-შესწავლას და აგრეთვე ამა თუ იმ სახით მისი ექსპლოატაციის დაწყებას.

გადაწყვეტილი იყო მისი გეოლოგიური გამოკვლევა, ტალახის შრის სიღრმის სხვადასხვა ადგილს გაზომვა; მეტეოროლოგიური სადგურის მოწყობა და დაკვირვების დაწყება.

ამასთან მე დამევალა ჩემდამი რწმუნებულ გოგირდ-წყლით და ტალახით სამკურნალოში დამეწყო ამ ტალახის თერაპიული თვისების გამოცდა ჩემს ავადმყოფებზე. მაგრამ ვიდრე გადავიდოდე შემოხსენებულ დაკვირვებების შედეგზედ, შევჩერდები მოკლედ თვით კუმისის ტბის და მისი ტალახის აღწერასა და დახასიათებაზედ.

ეს ტბა ეკუთვნის იმ მლაშე წყლიან ტბებს, რომელნიც გაფანტულია ტფილისის მიდამოებში. მათში ყველაზედ ცნობილია ე. წ. კუს ტბა, შემდეგ ლისისა; თუმცა კუმისის ტბა ბევრად უფრო მეტ ინტერესს წარმოადგენს, ვიდრე შემოხსენებული ტბები, მაგრამ ტურისტები ძლიერ ნაკლებ სწყალობენ მას. ეს იმითი უნდა აიხსნას, რომ იგი შედარებით უფრო მოშორებულია ტფილისიდან; სამაგიეროდ მას კარგად იცნობენ მონადირეები, რომელნიც შემოდგომით და ზამთარში ხშირად დაიარებიან და ხოცავენ იქ გარეულ იხვს და სხვა ფრინველს.

კუმისის ტბა მდებარეობს ზღვის დონიდან დაახლოებით 400 მეტრის სიმაღლეზედ ე. წ. კოდის ველზედ ტფილისის დასავლეთ-სამხრეთით, ტფილისის მაზრაში, მოკლე გზით 12-15 ვერსია; რკინის გზით სადგ. ტფილისიდან კუმისის სადგურამდის 25 ვერსია, მხოლოდ შარა გზით 23 ვერსია.

ტბის მიდამო ტაფობი გარშემორტყმულია ჩრდილო-დასავლეთით თელეთის მთის კალთებით, რომელთა შორის ერჩევა აგრეთვე ქოროლის მთა,



ჩრდილო აღმოსავლეთით ეკვრის სარვანის ველი, რომელსაც სწყვეტავს სწორედ კუმისის ტაფობი.

ეს ტბა შედარებით საქართველოს სხვა ტბებთან საკმაოდ დიდია, ოდნავ მოგრძო, მისი ფართობი 4 ვადრ. ვერსამდეა; ოვალური ფორმისაა, სიგრძით $2\frac{1}{2}$ ვერსი და სიგანით 2 ვერსი, ირგვლივ სიგრძე დაახლოვებით 6-7 ვერსს უდრის.

რომ შევადაროთ იგი ტამბუკანის ტბას, რომლის ტალახი ხმარდება ჩრდილო კავკასიის მინერალური წყლების კურორტებს (პიატიგორსკს, ესენტუქს და სხვას), ვნახავთ, რომ ტამბუკანის ტბის სიგრძე უდრის 2 ვერსს; სიგანე 300-500 საეკნს.

ტბის დასავლეთით 5 ვერსის მანძილზედ მდებარეობს სოფ. კოდა, რის გამოც წინად მას კოდის ტბასაც უწოდებდნენ; ტბის ჩრდილოეთით 3-4 ვერსის მანძილზე ფერდობზედ შეფენილია საკმაოდ დიდი სოფ. კუმისი, რომლის შესახებ ბატონიშვილი ვახუშტი ამბობს: „დაბა დიდი, ვენახოვანი, ლელიანი, ბროწეულიანი, ხილანი“.

ამ მიდამოს რელიეფი ძლიერ ლამაზია, მხოლოდ სამწუხაროდ ამ ქამად მოკლებულია ყოველგვარ მცენარეულობას, თუმცა ოდესღაც ესეც და ტფილისის მთელი მიდამოები ხშირი ტყით იყო შემოსილი.

ამ ტყის გაჩეხვამ, როგორც ქვევით დავინახავთ, ეტყობა ძლიერ იმოქმედა ტბის რეჟიმზედ და მისი დონის მდგომარეობაზედ.

ამ ტბის მიდამოების გეოლოგიური მდგომარეობა, თანახმად უკანასკნელ ხანში ნაწარმოები გამოკვლევისა 15 მეტრ. სიღრმეზედ, ტბის ნაპირზედ ნიადაგს დაბურღვის შემდეგ აღმოჩენილია, რომ მთელ ამ სიღრმეზედ ნიადაგის შრე შესდგება მხოლოდ ჩამოტანილ და ნალექ თიხისაგან. ხელშეწყობილი უფრო ღრმად ველარ ჩატარებიათ; თიხის დიდი წებოვნების გამო მუშაობა გაძნელებულია; თიხა ზოგიერთ სიღრმეზედ ფერით განსხვავდებოდა; მის შრეებში მარილების ჩანაწოლი (залежи) არ ეჩნევა, ამიტომ გლაუბერის მარილი, რომელიც ხშირად ტბის ნაპირებზედ იბროლება ადგილობრივ წარმოშობისა არ უნდა იყოს, არამედ ჩამოტანილი ხსნარად ატმოსფერულ ნალექებით გარემომდამოს ფერდობებიდან.

ნაპირის მოხაზულობა ცხადად ამტკიცებს, რომ ეს ტბა თანდათან შრება და მისი სიღრმე კლებულობს, რაც ტყეების გაჩეხვის გამო ნალექების შემცირებით აიხსნება.

ტბის სიღრმე სხვადასხვანაირია ნაპირებიდან შუაგულამდე:

10 საეკნის მანძილზე უდრის 20 სანტ.

30 " " " " 50 "

40 " " " " 1 მეტრს

ტბის შუაგულში .. 1 მეტრ. 20 სან, -1 მ. 87 სანტ.—დე

ტამბუკანის ტბის სიღრმე არ აღემატება $\frac{1}{2}$ არშინს.

თვით ტბის ფსკერი გადაკრულია თხელი ნაცრისვერი ფენით და მის ქვეშ ჩაწოლილია კუპრივით შავი ტალახი, რომლის ფენა სიღრმით სხვადასხვა ადგილას $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ მეტრამდეა.



კუმისის ტბის მიდამოს კლიმატიური პირობების შესავსებად, სამწუხაროდ მეტეოროლოგიური ცნობები არ აღმოჩნდა, რადგან იქ სადგური მხოლოდ ეხლა ეწყობა; რამდენიმე თვეა სდგას წვიმსაზომი და ტერმომეტრები, მაგრამ დაკვირვების შედეგი 1—2 თვისა აღმოჩნდა და მაშედ დამყარება შეუძლებელია. ამიტომ ჩვენ ვიღებთ მის გარშემო უახლოეს ადგილების, ტფილისის და ყარაიას მეტ. სადგურების საშუალო ტემპერატურის რიცხვებს და იქ ვვარაუდობთ. ტფილისისა და ყარაიას შუა კუმისის მიდამოები იზოთერმიულ ხაზზედ უნდა იყენენ, რაც დაახლოვებით მეტეოროლოგიური ცნობითაც მტკიცდება.

საშუალო ტემპერატურა:

ტფილისისა	13°
ყარაიასისა	13,2°

ამგვარად კოდის ველის, სადაც კუმისის ტბა მდებარეობს, საშუალო ტემპერატურა უნდა უდრიდეს დაახლოვებით 13°.

ნალექიან დღეთა რიცხვი:

ტფილისისა	109
ყარაიასი	87

აბსოლუტური სინოტივე:

ტფილისისა	7,4 mm.
ყარაიასი	4,2

შეფარდებითი სინოტივე:

.	66.6%
.	68%

მოღრუბლულობა:

ტფილისისა	5,6
ყარაიასი	5,6

საშუალო სისწრაფე ქარისა:

ტფილისისა	2,7
ყარაიასი	2,9

ქარის გაბატონებული მიმართულებანი:

ტფილი'ისა	NW და S E
ყარაიასი	NW

დიდ ქარიან დღეთა რიცხვი:

ტფილისისა	36
ყარაიასი	39

სიწყნარე:

ტფილისისა	371
ყარაიასი	455

ყველა ეს ცნობები ცხადია მაინც არ გვაძლევს პაუხის თვით კუმისის მიდამოს კლიმატოლოგიური მდგომარეობის შესახებ, მაგრამ ერთგვარ დასაყრდნობს იძლევა ზოგადი პირობითი დასკვნისათვის და თუ ამას დაუმატებთ ადგილობრივ ხალხში შეკრებილს ცნობებს, შემდეგ ჩვენებს ექიმ მ. დეკანოზიშვილისას, რომელიც წარსულში რამდენიმე წლის განმავლობაში ცხოვრობდა ს. ვაშლივანში, ე. ი. თითქმის კუმისის მიდამოებში და კარგად იცნობს ამ რაიონს, შეიძლება ვსთქვათ, რომ კუმისის ტბის მიდამოების ჰავა მშრალია და თბილი, ზაფხული ცხელი იცის, ღრუბლიანი და წვიმიანი დღეები იშვიათია.

კუმისის ტალახის ფიზიკური თვისებანი.

ტბიდან ახლად ამოღებული ტალახი კუპრით შავი ფერისაა, შუქზედ ან მზეზედ ბჟყერილა, მზხინავი, მხოლოდ ჰაერზედ დარჩენისას რამდენიმე წამის შემდეგ ზემოდან გადაეკვრის ნარინჯ-ნაცრის ფერი და მხოლოდ მაშინ ეკარგება ეს ბზინვა და ბჟყერიალი.

იგი სქელი კონსისტენციისაა და საკმაოდ წებოვანი, კოლორდალური, შეხებისას ტანს მკვრივად ეკვრის, და როდესაც კანიდან ჩამოსწვენდაც მასზედ მკერით შავი ადგილი მაინც რჩება. სამაგიეროდ ტალახი ადვილად ჩამოირეცხება თბილი ან ცხელი წყლით. ტალახს ძლიერ მძიმე სუნი უდის, უმთავრესად დამბალ ორგანიულ ნივთიერებათა, გოგირდწყალბადური, მისი სიმძიმე თავს იჩენს მეტადრე მისი გათბობის, გაცხელების დროს, როდესაც ისეთი სუნი დგება მისგან, როგორც ზოგიერთი ორგანიული ნივთიერების დაწვის დროს არის ხოლმე. გემო, როგორც ტბის წყალს («რაპა»), ისე ტალახს ძლიერ მწარე—მლაშე აქვს.

თბო-მტარებლობა სპეციალური ხელსაწყოებით არ გამოკვლეულა, მხოლოდ ჩვეულებრივი დაკვირვებით ეჩვენება, რომ იგი გვიან თბება და სამაგიეროდ გვიან ცივდება: ერთი და იგივე პირობებში ახტალის ტალახი ცხელდება უფრო ადრე კუმისთან შედარებით, სამაგიეროდ უკანასკნელი ამდენითვე გვიან ნელდება შედარებით ახტალის ტალახთან.

კუმისის ტბის წყლის და ტალახის ქიმიური თვისებანი ხასიათდება ქიმიკოს კუპცისის მიერ გაკეთებული ანალიზით, რომელიც გამოქვეყნებული იყო „თანამედროვე მედიცინის“ 1926 წ. მე-8 ნომერში, ექიმ მ. დეკანოზიშვილის მიერ. ამიტომ მისი მთელი ცხრილის აქ მოყვანა საჭირო არ უნდა იყვეს. ჩვენ მხოლოდ ნაწილობრივ შეეცხებით ანალიზს შესადარებლად ერთის მხრივ ტამბუკანის ტბის ტალახთან და მეორეს მხრივ ახტალასთან. ჯერ ერთი, რომ მას აღმოაჩნდა მათთან შედარებით მეტი რადიუმმაქტივობა:

125 გრამ ახლად ამოღებულ ტალახში 24, 37 მახეს ერთეული

„ „ „ ამოღების 50 დღის შემდეგ 2,27 „ „

ახტალის ტალახის კი, მისი ზედა შრისა უდრიდა 1, 16 მახეს ერთეულს (იხ. ცხრილი № 1).

ამგვარად, როგორც ჩანს სამი ზემოხსენებული ტალახის ამ შედარებითი ანალიზის ცხრილიდან, შეიძლება უდავოდ ჩათვალოს ის დებულება, რომ კუმისის ტალახი ქიმიური შემადგენლობით თითქმის არაფრით ჩამოუვარდება ერთსაც და მეორესაც და ზოგიერთი მხრივ კი სჯობნის ან პირველს ან მეორეს. მის წყალში გახსნილ ნივთიერებათა რაოდენობა ამტკიცებს მის ძლიერ მინერალიზაციას იმათთან შედარებით, რადგან, მაგალითად კუმისის ერთ ლიტრ წყალში აღმოჩნდა:

ქლოროვანი ნატრიუმი	3,3767	გრ.
ბრომოვანი „	1,33302	„
გოგირდმჟავა „	14,4630	„
„ მაგნიუმი	3,0804	„
„ კალციუმი	4,8784	„

ანალიზი ახტალის, ტამბუკანის და კუმისის ტალახისა.

100 გრამ ტალახში აღმოჩენილა	ახტალის ტალახი (კუბცისი)	ტამბუკანის ტალახი (ფომინი)	კუმისის ტა- ლახი (კუბ- ცისი)
წყალი	58,2 ⁰ / ₁₀₀	34,783 ⁰ / ₁₀₀	49 ⁰ / ₁₀₀
მაგარი ნივთიერებანი	41,8 ⁰ / ₁₀₀	58,435 ⁰ / ₁₀₀	49,215 ⁰ / ₁₀₀
წყალში გახსნილი ნივთიერებანი	1,236 ⁰ / ₁₀₀	6,765 ⁰ / ₁₀₀	2,5635 ⁰ / ₁₀₀
რბილი მარილის მგავაში გახსნილი	6,095 ⁰ / ₁₀₀	—	4,252 ⁰ / ₁₀₀
100 გრამ ტალახში აღმოჩენილია:			
იოდი	0,0014 ⁰ / ₁₀₀	—	არ არის
ბრომი	ნიშნები ⁰ / ₁₀₀	—	0,0063 ⁰ / ₁₀₀
ქლორი	1,1483 ⁰ / ₁₀₀	—	0,1492 ⁰ / ₁₀₀
ნატრიუმი და კალიუმი	0,7442 ⁰ / ₁₀₀	0,00152 ⁰ / ₁₀₀	—
ნატრიუმის ენგი	0,0741 ⁰ / ₁₀₀	—	1,6000 ⁰ / ₁₀₀
კალციუმის ენგი	0,0882 ⁰ / ₁₀₀	—	0,9080 ⁰ / ₁₀₀
მაგნიუმის	0,0844 ⁰ / ₁₀₀	—	0,2720 ⁰ / ₁₀₀
რკინის	0,0502 ⁰ / ₁₀₀	5,73605 ⁰ / ₁₀₀	9,7710 ⁰ / ₁₀₀
ალუმინის	0,0983 ⁰ / ₁₀₀	—	14,9500 ⁰ / ₁₀₀
გოგირდმგავა	0,0239 ⁰ / ₁₀₀	—	2,7472 ⁰ / ₁₀₀
ნახშირმგავა შებმული	0,1052 ⁰ / ₁₀₀	13,6283	0,4700 ⁰ / ₁₀₀
სილიციუმი	0,2672 ⁰ / ₁₀₀	0,00074	29,1385 ⁰ / ₁₀₀
ორგანიული ნივთიერებანი	0,2942 ⁰ / ₁₀₀	0,51239	5,1746 ⁰ / ₁₀₀
ლითიუმი	ნიშნები	—	—
რკინა	—	—	—
გოგირდი	—	0,21166	0,1245 ⁰ / ₁₀₀
ტიტანის მგავა	—	—	მცირე კვალი
ფოსფორის მგავა	—	0,01137 ⁰ / ₁₀₀	0,0882 ⁰ / ₁₀₀



ამ წყლის რაღაუქტეობა უდრის 8,6 მახეს ერთეულს; ამიტომ, როდესაც ჩვენ გადავდივართ კითხვაზედ თუ რამდენად შესაძლებელია კუმისის, როგორც წყლის ისე ტალახის სამკურნალო მიზნით გამოყენება შეგვიძლია წინდაწინვე დადებითი პასუხი გავსცეთ და ერთგვარი პასუხისმგებლობა ვიკისროთ, რადგან ე. წ. შესაძლებლობის თეორიის თანახმად მას უთუოდ უნდა ჰქონდეს ბალნეოთერაპიული ეფექტი, ისეთი მაინც, რომელიც აქვს სხვა ანალოგიურ ფიზიო-ქიმიურ თვისების სხვადასხვაგვარი წარმოშობის ტალახს. მართლაც მისი მკურნალობითი თვისების შესახებ ადგილობრივ მოხუცთა შორის ჯერ კიდევ ძველთაგან ყოფილა გადმოცემული ცნობები. დიდი ხანია, რაც ზაფხულობით ქარებიანი ავადმყოფები ბანაობდნენ, როგორც ტბაში, ისე წაისვამდნენ ტალახს და მზეზედ შრებოდნენ რამდენიმე საათით; შემდეგ ძლიერ ხშირია საქონლის ბანება სხვადასხვა პარაზიტარულ ავადმყოფობათა დროს; ამბობენ, რომ ქექს, ქავანას და ზოგიერთ სხვა კანის სნეულებებს მართლაც ძლიერ უხდება, მაგრამ სამწუხაროდ ეს არის მხოლოდ ზეპირგადმოცემანი, რადგან ჯერ არავითარი საექიმო დაკვირვების კვალი არ ამჩნევია ამ საქმეს და მაშასადამე არც წერილობითი რაიმე მოიპოება ამ საკითხის გამო.

ამ მოკლე წინასიტყვაობის შემდეგ მე გადავალ იმ მცირედი ცდის შედეგზედ, რომელიც ეხება რამდენიმე ავადყოფნე კუმისის ტალახის მკურნალობას და მათზედ დაკვირვებას. მხოლოდ ამასთან მოვალეთ ესთვლი ჩემს თავს ვაღიარო, რომ ეს დაკვირვება თავისი მეთოდებით არ არის შესრულებული სავსებით მეცნიერულად, რადგან ამბულატორული ტალახმკურნალობის პირობები ასეთს საშუალებას არ იძლევა და მაშასადამე ეს, ასე ვსთქვათ, სადა, უბრალო აღრიცხვაა, მკურნალობის შედეგისა, მაგრამ შეძლების დაგვარად სწორი; ეს იქნება პირველი ნაბიჯი და იმედია შემდეგი ცდები იწარმოებენ უფრო კარგ შესაფერ პირობებში და სათანადო მეცნიერული მეთოდებითაც. რაც შეეხება პირობებს, რომელშიაც სწარმოებდა ტალახმკურნალობა და მის მეთოდისას, ესენი იყო იგივე, რაც არსებობს სამკურნალოში ახტალის ტალახით მკურნალობის დროს. ტალახი მოგვექონდა კუმისიდან პერიოდულად საჭიროებისამებრ კოდებით (ბოჭკობით) ვიდრე ჩავასხამდით სათბობ თხესაცში (ბაქში), ტალახს რამოდენიმედ ვზელავდით და ვსწმენავდით რაიმე ტლანქი შენარევისაგან, შემდეგ ვათბობდით სათბობ თხესაცში ორთქლმანქანით ე. წ. წყლის აბანოს წესის დაცვით ტალახი ცხელდებოდა 40-45 დე R ით. ავადმყოფებს ენიწნებოდა 34.40"-დ; თვით ტალახმკურნალობა სწარმოებდა კომპრესული სისტემის საერთო წესით ან ნაწილობრივ აბაზანების სახით კასრში.

ხანგრძლივობა აბაზანისა უდრიდა 15-20 წამს, რომლის შემდეგ ავადმყოფი გოგირდ-წყლის შხაპის ქვეშ გაიბანებოდა, გაიმშრალებდა და ბოლოს ისვენებდა დასასვენებელში 15 წამ.—1 საათამდე.

დღიდან დაკვირვების დაწყებისა წარ. წლის დიკემბრიდან კუმისის ტალახით მკურნალობა დაენიშნა 68 ავადმყოფს, მაგრამ დანიშნული მკურნალობის კურსი დაასრულა მხოლოდ 42 ავადმყოფმა ანუ (61,8%), ამათ მიიღეს სულ 710 ტალახის პროცედურა: მაქსიმალური რიცხვი ავადმყოფის მიერ მიღებულ პროცედურებისა უდრის 25 და მინიმალური 10 პროცედურას; თითო ავადმყოფმა მი-

ილო ორთა შუა რიცხვით 16 პროცენტურა; ავადმყოფები სნეულებისდა მიხედვით იყოფიან შემდეგ ჯგუფებად:

	იყო	აქედან გაუმჯობ.	უცვ-დარჩა.
1. სახსრების რევმატიული სნეულებანი	15	15 (100%)	
2. " " ტრავმატიული "	7	5 (71%)	2
3. საჯდომი ნერვის ანთება და წელკავი	6	4 (66%)	2
4. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი	2	2 (100%)	
5. ლიმფადენიტი	1	1 (100%)	
6. პერიტონიტი ქრონიკ.	1	1 (100%)	
7. ნევრასტენია და იმპოტენცია	1		1
8. ოსტეოფიტი წვივის ძვლისა	1	1 (100%)	
9. ქალური სნეულებანი	7	6 (85,7%)	1
10. პეპატიტი	1	1	

ამგვარად მკურნალობა დამთავრებულ ავადმყოფთა საერთო რიცხვიდან ზემო დასახელებულ სნეულებებით, გაუმჯობესება მივიღეთ 36 ავადმყოფისა ანუ 85,7%
უცვლელად დარჩა 6 ავადმყოფი ანუ 14,3%;

ერთი შეხედვით ასეთი კარგი შედეგი მკურნალობისა უნდა გვეჩვენოს გადაჭარბებულად, მაგრამ, თუ მივიღებთ მხედველობაში ავადმყოფთა რიცხვის სიმცირეს, მაშინ ეს ფაქტი შესაძლებელი ხდება. შემდეგ თვით ჩემს მიერ განზრახ უმეტესად ისეთი სნეულებანი იყო დანიშნული მკურნალობაზედ, რომელთაც ტალახით მკურნალობა ჩვეულებრივ მართლაც უხდებათ; ამით მე მიინდოდა უფრო დამეჩქარებინა კუმისის ტალახის თერაპიული ეფექტის გამოცდა ახტალის ტალახის მკურნალობისავე პირობებში; ამიტომ თუ მივიღებთ ამ გარემოებასაც, მაშინ, მით უმეტეს, შეიძლება ეს პირველი ცდა ჩავთვალოთ დამთავრებულად თუ არა—კარგად, ყოველ შემთხვევაში დამაკმაყოფილებლად მაინც.

შემდეგ ვიდრე დავაბოლოვებდე ამ მოკლე მოხსენებას საჭიროდ მიმაჩნია მოვიყვანო ავადმყოფობის რამდენიმე ისტორია.

I „Arthritis et ischias dextr. chron.“

23 /II.ბ-ზი მარგარიტა 28 წ. ქართველი, გათხოვილი, დიასახლისი, სიღნაღიდან. უჩივის სახსრების და მარჯვენა ფეხის ტკივილს, 4 წელია დაეწყო; დრო გამოშვებით უმწვავედება. წარსულს ზაფხულს ახტალაზედ იყო სამკურნალოდ, მაგრამ უშედეგოდ.

დაბალი ტანისაა, სწორი აგებულებისა, ფერმკრთალი, ანემიური.

მარჯვენა ფეხის ატროფია 5 სანტ. საჯდომი ნერვის სიგარძეზედ, მეტადრე გავის ღარში მწვავე მტკივანობა; „Laséque-ს“ ფენომენი აშკარად გამოხატული: მუხლის სახსარში გაძნელებული მოძრაობა და მტკივანობა; გულმკერდი რამოდენიმედ ჩაეარდნელი; მცირეოდენი მოყრუება და მკვრივი სუნთქვა. მაჯა ოდნავ გახშირებული, რბილი, რითმიული, გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, ტონები წმინდა.

მიღებული აქვს 5 გოგ. აბაზ. და 20 კუმის. ტალახის კომპრესი; თავს გაცილებით უკედ გრძნობს; სახეზედ წითური ფერი მოუვიდა; ბარძაყის კუნ-



თებმა 2 სანტ. იმატა. მუხლის სახსარში მოძრაობა უფრო გაბედული და თავისუფალი. გაეწერა გაუმჯობესებით.

2. „Arthritis rheum. chronica,“ 3/II-გულ—შვილი ვასილი 30 წ. ქართველი, მხამის ქარხნის მუშა; წყალში უბდება მუშაობა; უჩივის მხრის სახსრებში ტკივილს; დრო გამომავებით უმწვავედება; უკანასკნელად 13 დღეა გაუმწვავედა.

შუატანისაა, სწორი აგებულებისა, გაძნელებული მოძრაობა მხრის სახსრებში, ღრატუნე, მარცხენა მხრის სახსარი ოდნავ შესიებული, მოძრაობა შეზღუდული. ფილტვებში გაფანტული მშრალი ხიხინი.

მაჯა სწორი, საშუალო მოცულობის და სისწორის, გულის საზღვრ. ნორმ. ფარგლებში, ტონები წმინდა.

10 /III მიიღო 10 ტალახის კომპრესი, თავს უკედ გრძნობს, სახსრებში მოძრაობა თავისუფალი, ტკივილი ძლიერ მცირე—გაეწერა გაუმჯობესებული.

3. „Sinovitis pedis subacuta“. 15 /I-ნონ-ხერი ვლადიმერი 21. გერმანელი, ზეინკალი, უჩივის ფეხების ტკივილს, სიარულს უშლის, დაბჯენა ეძნელება. 2 თვეა ავად არის.

შუატანისაა, სწორი აგებულებისა, წვივტერფის სახსარში მცირეოდენი შესიება და ფეხის ზურგზედ ემჩნევა ამობურცვა, რბილი, და ხელის დაჭერით მწვავედ მტკივანი, მოძრაობა გაძნელებული.

ფილტვებისა და გულის მხრივ ნორმა.

7 /II მიიღო 10 ტალ. კომპრესი; თავს უკედ გრძნობს; წვივტერფის სახსარში მოძრაობა უფრო თავისუფალი, ფეხის ზურგზედ გამობურცვის მხოლოდ კვალი, მტკივნეულობა ნაკლები. გაეწერა გაუმჯობესებით.

4. „Arthritis subacuta“ 13/I კ-ძე დავით 21 წ. ქართველი, მტვირთავი. უჩივის მუხლის სახსრებში ტკივილს. II/2 თვეა ნელ-ნელა დაეწყო, მუშაობას უშლის; ვენერიულს უარყოფს.

შუატანისაა, სწორი აგებულებისა, მუხლის სახსრებში გაძნელებული და მტკივანი მოძრაობა. გულის და ფილტვების მხრივ ნორმა.

II/II-მიიღო 13 ტალ. კომპრესი; თავს უკედ გრძნობს, მუხლის სახსრებში მოძრაობა სრულიად თავისუფალი; ტკივილი ოდნავ; საერთო მდგომარეობა კარგი, გაეწერა სამუშაოდ.

5. „Polyarthritis rheum. chron“. 15/12-26 წ. ჯ-ლი ანა 50 წ. ქართველი, დიასახლისი, უჩივის სახსრების ტკივილს, მეტადრე კოჭებში, 8 თვის წინად დაიხუთა, ლოგინად იყო რამოდენიმე თვე.

შუატანისაა, სწორი აგებულებისა; წვივტერფის და სხივ-ნების სახსრები რამოდენიმედ შესიებულია; მოძრაობა გაძნელებული და მტკივანი; ფილტვების მხრივ ნორმა; გულის საზღვარი მარცხნივ ოდნავ გაწეული; ტონები მოყრუებული, მაჯა რბილი, ოდნავ გახშირებული.

I/II-27 წ. მიღებული აქვს 6 გოგ. და 12 ტალახის კომპრესი; თავს უკედ გრძნობს; სახსრებში სიმსივნე დამკვრალია; მოძრაობა თავისუფალი; ტკივილი მცირეოდენი, გაეწერა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებით.

6. „Arthritis articul. humeri dextra“ 12/I ასი—ვი იოსებ 30 წლ. სომეხი წიგნის მკინძავი. უჩივის მარჯვენა მხრის სახსარში ტკივილს; 7 თვეა დაეწყო, 3 კვირაა გაუმწვავედა.

შუატანისაა, სწორი აგებულებისა; მარჯვენა მხრის სახსარში მოძრაობა გაძნელებული, შეზღუდული და მტკივანი.

ფილტვების მხრივ ნორმა; გულის საზღვარი გაწეული მარცხნივ $1\frac{1}{2}$ თითო. ტონები ოდნავ მოყრუებული;

3/II- მიიღო 20 ტალ. კომპრესი; თავს უკედ გრძნობს; მოძრაობა მხრის სახსარში საგრძნობლად გაადვილებული; გაეწერა გაუმჯობესებით.

7. „Distorsio articul. talo-cruralis sin“ 19/I მირ—ნანოვი ბაგრატი 31 წლ. მემანქანე, უჩივის მარცხენა ფეხის ტკივილს წაქცევის შემდეგ; I თვეა დაემართა, ვენერიულს უარყოფს; მარცხენა წვიცტერფის სახსარი შესიებულია; მოძრაობა გაძნელებული, შეზღუდული, მტკივანი; სხვაფრივ საერთო მდგომარეობა სრულიად ნორმალური.

3/III-მიღებული აქვს 10 გოგ. და 10 ტალახის კომპრესი; თავს გაცილებით უკედ გრძნობს; სახსარში შესიება დაცხრა, მოძრაობა თავისუფალი. გაეწერა სამუშაოდ.

8. „Contusio artic. humeri dextr.“ 18/I-ბუ-გოვი ალექსი 30 წლ. სომეხი, ამმართი (მონტიორი); უჩივის მარჯვენა მხრის სახსრის ტკივილს ბოდის დაცემის შემდეგ, 10 თვეა.

შუატანისაა, სწორი აგებულებისა, მარჯვენა მხრის სახსარი რამოდენიმედ შესიებულ-შეშუაებულია; მოძრაობა გაძნელებული—შეზღუდულია და მტკივანი. სხვაფრივ საერთო მდგომარეობა ნორმალურია.

28/II. მიიღო 20 ტალახის კომპრესი, მხრის სახსარში სრული მოძრაობა; შრომის უნარიანია; გაეწერა სამუშაოდ.

9. „Arthritis articul. humeri dextr. traum.“ 29/12-26 წ. გილ-ნა. არტაშეს 43 წ. სომეხი, დამხარისხავი (სარტიროვშიკი) უჩივის მარჯვენა მხრის სახსარში ტკივილს; 2 თვის წინად წაიქცა. შუატანისაა, სწორი აგებულებისა. მარჯვენა ხელი ჩამოკიდებული აქვს. მხრის სახსარში შესიება, მოძრაობის გაძნელება, შეზღუდვა; ფილტვებში მკვრივი სუნთქვა.

მაჯა რამოდენიმედ გახშირებული, საშუალო მოცულობისა, რიაშიული, გულის საზღვრები ნორმ. ფარგლებში. ტონები წმინდა;

14/III. მიიღო 25 ტალახის კომპრესი; შესიება სახსარში ნაკლებ; მოძრაობა საგრძნობლად გაადვილებული, თუმცა კიდევ შეზღუდული; გაეწერა გაუმჯობესებით.

10. „Ischias dextra.“ 18/12 26 წ. მენტე-ლი ვლადიმერ 39 წლ. ქართველი, სკოლის გამგე, სილნალიდან, უჩივის მარჯვენა ფეხის ტკივილს, რომელიც წელსაც ხედება და მიხვრა მოხვრას უშლის; მეორე თვეა რაც დაემართა; ვენერიულს უარყოფს, მიუღია თბილი მარილწყლის აბაზანები უშედეგოდ. შუატანისაა, სწორი აგებულებისა, სიარული გაძნელებული, მარჯვენა საჯდომი ნერვის გაყოლებით გავის ღარში და მუხლის სახსრის ფოსოში აღინიშნება მწვავე მტკივნაობა; „Lasègue-ს“ სიმპტომი ნათლად გამოხატული; ფილტვებში აქა იქ მშრალი ხიხინი; გულის მხრივ ნორმა.

10/I. მიიღო 10 ტალახის კომპრესი; თავს უკედ გრძნობს; ფეხის მოძრაობა და წელში მიხვრა-მოხვრა უფრო გაბედული; Lasègue-ს—სიმპტომი უკვე



სუსტად აღინიშნება, გაეწერა თავისი სურვილით გაუმჯობესებული მდგომარეობით.

11. „Ischias sin. et lumbago“ 6/12-26 წლ. ვასპარიანი გარეგინ, 20 წლ. სომეხი, ტალახსამკურნალოს სანიტარი, უჩივის მარცხენა ფეხის ტკივილს და წელისაც საერთოდ, მიხვრა-მიხვრას უშლის; 3 კვირაა დაეწყო, ნაოფლი გაცივდა; ვენერიულს უარყოფს;

დაბალი ტანისაა, სწორი აგებულებისა; მარცხენა საჯდომი ნერვის სიგრძეზედ, მეტადრე გავის ღარში მტკივანობა; Lasègue-ს სიმპტომი მკაფიოდ გამოხატული; წელის კუნთებში ხელის დაქერით ეჩნევა დაქინვა და გაშლილი მტკივანობა; სხვაფრივ საერთო მდგომარეობა ნორმალური.

27/12. მიიღო 10 ტალახის კომპრესი, თავს უკედ გრძნობს; თუმცა პირველში ტკივილი უფრო გაუმწვავდა; შეჰმდეგ დაუუჭრდა; მოძრაობა ფეხისა და წელშიც უფრო გაბედული; Lasègue სუსტად აღინიშნება, მუშაობას შეუდგა.

12. „Lymphadenitis articul. cubiti sin. (tumor)?“

5/4. მენთეშაშვილი ნიკოლოზ, ქართველი, ნოქარი, უჩივის მარცხენა ხელის ტკივილს, მეტადრე იდაყვის სახსარში, სადაც აქვს გამოურკვეველი ხასიათის, სიმსივნე დაეწყო ნელ-ნელა, სუსუნატი ჰქონდა დიდი ხანია, Lues-ს უარყოფს.

შუატანისაა, სწორი აგებულებისა; მარცხენა იდაყვის სახსრის თავში შიგნიდან სიმსივნე ქათმის კვერცხის ოდენა, მაგარი, კანქვეშ ნაკლებად მოძრავი; ხელის მოსმით მტკივნული; კანის ფერი ჩვეულებრივი; სახსარში პასიური მოძრაობა თავისუფლად. T⁰ ნორმალური; საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი.

18/4. მიიღო 10 ტალახის კომპრესი; თავს უკედ გრძნობს, მკურნალობის გავლენით სიმსივნე იდაყვის გარემოში დამწიფდა და ავადმყოფი გაიგზავნა დოსტაქართან.

13. „Peritonitis chron. adhesiva“. 22/III ბაისაგულოვი ბარბარე, 37 წ., სომეხი, მასწავლებელი; უჩივის მუცლის არეში ტკივილს, რომელიც ოპერაციის შემდეგ დარჩა; ოპერაცია გაკეთებული აქვს რამდენჯერმე; 4 წელია ავად არის; წარსულ წელს ტალახით მკურნალობის ერთი კურსი გაიარა რამოდენიმე უკეთესობით. დაბალი ტანისაა, სწორი აგებულების, მუცლის არეზედ ილეოცეკალური მხრივ მოგრძო ნაწიბური, მაგარი შეზრდილი ქვემდებარე ქსოვილებთან, მუცლის შიგელი არე პალპაციისას რამოდენიმედ მაგარი და მტკივანი, ზოგან აღინიშნება ბორცვები ხელის ქვეშ, კისრის ლიმფური ჯირკვლები ოდნავ გადიდებულია; ფილტვებისა და გულის მხრივ ნორმა.

19/4 მიიღო 10 ტალახის კომპრესი მუცელზედ, თავს უკედ გრძნობს, პალპაციით ტკივილი ნაკლებ, თუმცა სიმკვრივე მუცლის კედლისა და უსწორმასწორობა ისევ ეჩნევა. გაეწერა რამოდენიმე სუბიექტიური კაუმჯობესებით.

მოყვანილი ნიმუშები ავადმყოფობის ისტორიებისა საქმას ნათელს ჰფენენ იმ ფაქტს, რომ შემოსხენებული ავადმყოფები კუმისის ტალახმკურნალობით როგორც სუბიექტიურად, ისე ობიექტიურად უკედ ხდებოდნენ, ამიტომ დანარჩენის ჩამოთვლა ვფიქრობ საქირო არ იქნება. რაც შეეხება გინეკოლოგიურ ავად-

მყოფებს აქ ჩვენ სპეციალისტის დიაგნოზით ვხელმძღვანელობდით და თერაპიულ ეფექტის შეფასების დროს ვემყარებოდით, როგორც ავადმყოფის სუბიექტიურ მდგომარეობას, ისე ობიექტიურ ცვლილებებს სპეციალისტის მიერ თუ იყო აღნიშნული. შემდეგ თუ გადავალთ მკურნალობასთან დაკავშირებულ კუმისის ტალახის ზოგიერთ თვისებათა დახასიათებაზედ უთუოდ უნდა ითქვას, რომ სუნი ამ ტალახისა ძლიერ უსიამოვნოა და ბევრი ავადმყოფი მან გააქცია და ერთს გულიც წაუვიდა, მაგრამ ცხადია, თუ დაიწყება კუმისის ტალახის ფართო მასშტაბით ექსპლოატაცია, ალბად ვათბობა მისი იწარმოებს საკმაოდ მოშორებით და მაშინ თანდათან გამოირიცხება მისი ეს უარყოფითი თვისება. სამაგიეროდ მის სასარგებლოდ უნდა ითქვას ის, რომ კომპარესული მეთოდით ტალახმკურნალობისათვის ეს ტალახი, როგორც უფრო კოლოიდალური, წებოვანი გაცილებით უფრო მკიდროდ ეკრობა ტანს და ისე ადვილად არ ცურდება ტანიდან, როგორც ახტალის ტალახი. შემდეგ, რადგან მას მეტი თბოტევა ემჩნევა, იგი უფრო გვიან ცივდება ავადმყოფის ტანზე კომპარესის ქვეშ, რაც ძლიერ კარგ თვისებად უნდა ჩაითვალოს; გარდა ამისა კუმისის ტალახი ადგილობრივ გამოდგება ბუნებრივი თბობის ტალახ-აბაზანებისთვის, ეგრედ წოდებული ლავა-შისებური აბაზანებისათვის, რაც ვერ ხერხდება ახტალის ტალახით, რადგან მას მზეზე გაცხელების შემდეგ ზემო პირი სწრაფად უშრება და შემდეგ სკდება და ამით ძლიერ აძნელებს ზემოხსენებულ აბაზანების მომზადების ტექნიკას.

ყველა ზემოხსენებულის შემდეგ შესაძლებლად მიმართა გამოვსთქვა შემდეგი დებულებანი:

1. თუმცა დიდი ხანი არ არის, რაც საქართველოში ტალახით მკურნალობა დაიწყო, მაგრამ უკვე საკმაოდ მკვიდრი ადგილი დაიჭირა მან ფიზიო-ბალნეო-თერაპიულ დარგში.

2. შედარებით ტალახით მკურნალობის სწრაფ გავრცელებასთან საქართველოში, რომელსაც ამჟამად აქვს ადგილი და მის მომავალში გაფართოებასთან, ჯერ-ჯერობით არ არსებობს რეალური შესაძლებლობა, რადგან სამკურნალო ტალახის მარაგი ძლიერ მცირეა, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ ტალახით მკურნალობის წყაროდ ჩვენში ჯერ მხოლოდ ერთად-ერთი ახტალაა, რომლის დღე-ღამის დებეტი არსებული გამოკვლევების მიხედვით არც ისე დიდია.

3. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ეძლევა სამკურნალო ტალახის ყოველ ახალ ადგილის აღმოჩენას, რათა ტალახმკურნალობისათვის შეიქმნეს შესაფერი მატერიალური შესაძლებლობა.

4. თანახმად შეკრებილი ცნობებისა კუმისის ტბის გეოტოპოგრაფიული მდგომარეობა, მისი კლიმატიური პირობები, მისი წყლის და ტალახის ფიზიკო-ქიმიური თვისებანი და შემაღვენლობა, რომელიც აღმოჩენილია ნაწარმოებ გამოკვლევა-ანალიზებით (ტალახმკურნალობის), მართლაც ახალ წყაროდ ხდიან მას.

5. გოგირდწყლით და ტალახით მკურნალობა, გატარებული ოთხიოდეთუთუ ავადმყოფზედ არის პირველი, ასე ვთქვათ, პრიმიტიული ცდა და ტალახის სამკურნალო მიზნით გამოყენებისა და ამიტომ იგი მხოლოდ პირველ ნიმუშად ჩაითვლება.



6. რადგან გატარებული მკურნალობა, მისი შედეგის მარტივი, სადა კლინიკური აღრიცხვის თანახმად გათავდა ავადმყოფთა საერთო რიცხვის 70-80%-ის გაუმჯობესებით, ნებას ვაძლევთ ჩვენ თავს ვსთქვათ, რომ კუმისის ტალახს ექნება ალბად იგივე სამკურნალო თვისებანი, რომელიც აქვს ყველა ანალოგიურ წარმოშობის სამკურნალო ტალახს.

7. ყველა ზემოხსენებული გვაძლევს უფლებას მივაქციოთ საქართველოს ექიმთა საზოგადოების ყურადღება, რათა მან თავის ავტორიტეტულ მეცნიერულ და იდეურ მფარველობის ქვეშ მიიღოს კუმისის ტბის და მისი სამკურნალო ტალახის ყოველმხრივი გამოკვლევა-შესწავლის საქმე და იქონიოს სათანადო გავლენა ხელისუფლების უმაღლეს უწყებებზე და სახელმწიფოებრივი ღონისძიების მისაღებად.

დასასრულ ვაღიარებულად ვსთვლი მადლობა უთხრა ტალახსამკურნალოს ჩემს თანამშრომელს ამხანაგებს ექიმებს დ. ჭიჭინაძეს, ნ. ერისთავს და ი. ცინცაძეს, რომელნიც მონაწილეობას იღებდნენ ამ დაკვირვებაში; შემდეგ მადლობა მოვახსენო ჯანსახკომის დახმავებით სამკურნალო დახმარების ქ. განყოფილებას და აგრეთვე ტფილისის აღმსკომის ჯანმრთელობის განყოფილებას, რომელთაც ყოველგვარად ხელი შეუწყვეს კუმისის ტალახის პერიოდულ მომარაგების საქმეში.

ლიტერატურა.

1. ბატონიშვილი ვახუშტი. „საქართველოს გეოგრაფია“. რედ. მ. ჯანაშვილისა. ტფილისი, 1904 წ. გვ. 63.
2. ყოფილ სამხედრო-ტერფოგრაფილების რუკები:
 - ა. 250 საჟენიანი ერთ დიუმში.
 - ბ. ერთ ვერსიანი ერთ დიუმში. აგებული 1908 წ.
3. Ляхов. „Военно-статистическое описание Тифл. губ. и Закатальского округа“. Изд. военно-топогр. отдела 1902 г.
4. პროფ. ალ. ჯავახიშვილი. საქართველოს გეოგრაფია. ტომი I. გეომორფოლოგია. ტფილისი 1926 წ.
5. ექ. მ. დეკანოზიშვილი. „კუმისის ტბის სამკურნალო ტალახი“. თანამედროვე მედიცინა № 8. 1926 წ.
6. ტფილისისა და მისი მაზრის კლიმატოლოგიური მასალა. ტფილისი 1925 წ.

მე. ვანო ლორთქიფანიძე.

ბავშვთა ინფექციები.

1 წლამდე ბავშვთა, როგორც დაავადებათა დიდი უმრავლესობა ისე სიკვდილიანობა გამოწვეულა უმთავრესად საჭმლის მომწელებელი აპარატის აშლილობით, 1—2 წლამდე სიკვდილიანობაში პირველი ადგილი უჭირავს სასუნთქი ორგანოების დაავადებას. შემდეგი წლები იძლევიან დაავადებათა და სიკვდილიანობის დიდ % დიფტერიისაგან, ქუნთრუშისაგან, ყვიანა-ხველისაგან და წითელასაგან. ქვემოთ მოყვანილი ცნობები რასაკვირველია არ ამოსწურავენ დაავადებათა ნამდვილ რიცხვს. საქართველოს ეს ცნობები, ისე როგორც ყველა ცნობები ჩვენი სასანიტარო სტატისტიკიდან მხოლოდ დაახლოებითია, საორიენტაციოა. მიუხედავად ამისა ამ ცნობებს მაინც აქვთ დიდი მნიშვნელობა საკითხის შესწავლისათვის (თუკა ქვემოთ მოყვანილ რიცხვებს ერთი უდიდესი დეფექტი აქვთ, მათში არ შედის დამზღვევი სალაროს ცნობები, რომელიც ერთი ორად გააიღებეს ამ რიცხვებს).

წ ი თ ე ლ ა .

წითელა ძლიერ გავრცელებული ბავშვთა ინფექციაა. უმთავრესად ეს დაავადება ბავშვების 2—6 წლამდე, ინფექცია შედის ორგანიზმში სასუნთქ ორგანოების მეოხებით. წითელა თავის თავად იოლი სენია. წითელას და ყვიანა-ხველას მეტი დამოკიდებულება აქვს სოციალ ვითარებასთან, ვიდრე დიფტერიას. წითელას რეგისტრაცია ყოველგან არა სრულია. არ არის სახელმწიფო, სადაც საკმარის რიცხვი დაავადებისა არ იყოს აღრიცხული, 1894 წ. საქართველოში აღრიცხული იყო 6.682 შემთხვევა წითელათი დაავადებისა; 1000 მცხოვრებზე მოდის 3,52 შემთხვევა; 1910 წ. აღრიცხულია 1.852 შემთხვევა.

1000 მცხოვრებზე	0,72 შემთხვევა,	1913 წ.	1.356 შემთხვევა,
1000 მცხოვრებზე	0,48 შემთხვევა,	1921 წ.	249 შემთხვევა,
1000 მცხოვრებზე	0,10 შემთხვევა,	1922 წ.	859 შემთხვევა,
1000 მცხოვრებზე	0,35 შემთხვევა,	1923 წ.	4.947 შემთხვევა,
1000 მცხოვრებზე	2,01 შემთხვევა,	1924 წ.	595 შემთხვევა,
1000 მცხოვრებზე	0,24 შემთხვევა და	1925 წ.	1.078 შემთხვევა,
1000 მცხოვრებზე	0,43 შემთხვევა.		

საქართველოში წითელათი დაავადება, ისე როგორც დანარჩენ ბავშვთა ინფექციების, გაცილებით მეტია, ვიდრე ჩვენ მიერ მოყვანილი რიცხვები. მიზეზი

ორია: უმთავრესი პირველი ის, რომ ჩვენ ცნობებში არ შედის დამზღვევ სალაროს ცნობები და მეორე ის, რომ ბავშვთა დაავადებანი მოსახლეობის უკულტურობის გამო („ბატონები“-ს კულტი) უეჭიმოდ ზემდინარეობს. წითელა უმთავრესად მცირეწლოვან ბავშვთა დაავადებაა 5—6 წლამდე. ჩვენი ცნობები ამას ადასტურებენ. 1925 წ. ცნობები შემდეგ სურათს იძლევა. წითელათი საერთო დაავადებიდან 1 წლამდე მოდის დაავადებათა 7,95%, 1—4 წლამდე 47,09%, 5—9 წლამდე 25,89%, 10—14 წლამდე 9,96%. შემდეგი წლები იძლევიან უმნიშვნელო % დაავადებისას.

1925 წ. 1000 მცხოვრებზე მოდიოდა 0,43 შემთხვევა წითელათი დაავადებისა, 1000 ბავშვზე 0—4 წლამდე მოდიოდა 1,87 შემთხვევა, 1000 ბავშვზე 4—9 წლამდე 0,86 შემთხვევა.

ქ უ ნ თ რ უ შ ა.

ქუნთრუშა ნაკლებ გადაძვლები სენია, ვიდრე წითელა. ქუნთრუშას თითო-ორთა შემთხვევა ყოველთვის და ყოველგან გვხვდება. როგორც ეპიდემია მეორდება 5—10 წლის განმავლობაში ერთხელ, ქუნთრუშა მსუბუქ ფორმებშიც საშიში სენია იმის გამო, რომ აავადებს სხვადასხვა ორგანოებს თუ ამას დაერთო სილარიბე, უკმარისი საზრდოობა, ანტი-ჰიგიენური ბინა, გართულებებიც მეტი და მძიმე იქნება. მკურნალობა სხვადასხვა სახის და შრატის ჯერხნობით სპეციფიური არ არის. უმთავრესი ზომა ამ სენის გავრცელების წინააღმდეგ არის სრული იზოლიაცია—ჰოსპიტალიზაცია ავადმყოფის. ავადმყოფი წარმოადგენს მთავარ საშიშროებას სენის გავრცელებისათვის. აქ ქვემო მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს ქუნთრუშას გავრცელებას სხვადასხვა ქვეყნებში.

1894 წ. საქართველოში აღრიცხული იყო 2.490 შემთხვევა ქუნთრუშით დაავადებისა, 1000 მცხოვრებზე მოდიოდა 1,31 შემთხვევა; 1910 წ. 1.992 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,78 შემთხვევა; 1913 წ. 2.178 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,77 შემთხვევა; 1922 წ. 194 შემთხვევა, 1923 წ. 272, 1924 წ. 192 და 1925 წ. 115 (ეს მცირე რიცხვები აიხსნება მით, რომ დამზღვევ სალაროს ცნობები საერთოდ და ტფილისის კერძოდ არა გვაქვს). წლოვანების მიხედვით დაავადებათა ორი მესამედი 9 წლამდეა; შემდეგი წლები იძლევიან უმნიშვნელო % დაავადებისას.

ყ ი ვ ა ნ ა-ხ ვ ე ლ ა.

ყივანა-ხველა ძლიერ გავრცელებული სენია. წითელა, დიფტერია ქუნთრუშა-სგან იმით განსხვავდება, რომ ხშირად აავადებს ძუძუმწოვარ ბავშვებსაც. თუ სენის თავიდან ასაცილებელი სპეციალი ვაქცინა გამოგონილი არ იქნა ბრძოლა ყივანა-ხველას წინააღმდეგ ძლიერ ძნელია. ყივანა ხველა თითქმის ყოველთვის გადადის ბავშვიდან ბავშვზე. და უმაღლესი სტადია გადადების ავადმყოფობის დასაწყისშია სწორედ მაშინ, როდესაც დიაგნოზის დასმა გასაძვირია, ვინაიდან სენის დასაწყისი ხანა ძლიერ წააგავს უბრალო ბრონხიტს, ბავშვი უკვე დასენიანებული დადის საბავშვო ბაღში, სკოლაში და თანამოთამაშეებს გადასდებს სენს.



გერმანეთში 1901 წ. 100.000 მცხოვრებზე კვდებოდა 40,5, 1912 წ. კი 23,1.

საქართველოში 1894 წ. ყივანა-ხველით დაავადების 512 შემთხვევა იყო აღრიცხული, 1000 მცხოვრებზე 0,26 შემთხვევა.

1910 წ. 2.434 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,95 შემთხვევა,

1913 წ. 1.656 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,59 შემთხვევა,

1921 წ. 372 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,15 შემთხვევა,

1922 წ. 1.193 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,49 შემთხვევა,

1923 წ. 2.636 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 1,06 შემთხვევა,

1924 წ. 1.933 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,78 შემთხვევა

1925 წ. 450 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე 0,18 შემთხვევა.

9 წლამდე 1000 ბავშვზე მოდის 0,74 შემთხვევა. ყივანა-ხველა ხშირად აავადებს ძუძუმწოვარ ბავშვებსაც და ეს ნათლად ჩანს ჩვენს ცხრილიდან: 1 წლამდე ყივანა-ხველა საერთო დაავადებიდან უდრის 19,62%; 1—4 წლამდე 53,80%; 5—9 წ. 18,35% და შემდეგ წლებში კი თითო-ორჯერ შემთხვევა.

დ ი ვ ბ რ ი ა.

უსაშინლესი სენია ბავშვთა ინფექციებში. საშინელია დიფტერია ეპიდემიის დროს, ჩვეულებრივ დროს ბევრ შემთხვევებს დაავადებისას არ იძლევა. სხვადასხვა ქვეყნებში დიფტერიის გავრცელებისას იძლევა ქვემომოყვანილი ცხრილი ბავშვთა ინფექციებზე საერთოდ უნდა ითქვას, რომ მათი სწორი რეგისტრაცია ჯერ კიდევ მომავლის საქმეა.

1894 წ. საქართველოში აღრიცხული იყო 60 შემთხვევა დიფტერიით დაავადებისა, 1000 მცხოვრებზე 0,03 შემთხვევა,

1910 წ. 861 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,33 შემთხვევა,

1913 წ. 1.022 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,36 შემთხვევა,

1921 წ. 557 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,23 შემთხვევა,

1922 წ. 496 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,20 შემთხვევა,

1923 წ. 234 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,09 შემთხვევა,

1924 წ. 400 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,16 შემთხვევა და

1925 წ. 413 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე 0,16 შემთხვევა.

1000 ბავშვზე 1 წლამდე 0,58. წლოვანების მიხედვით დიფტერიით დაავადება ასე ნაწილდება: 1 წლამდე 9,19% საერთო დაავადება, 1—4 წლამდე 38,58%, 5—9 წლამდე 19,85%, 10—14 წ. 12,34%; 15—19 წ. 4,72 და შემდეგ წლებში უმნიშვნელო% დიფტერიის საერთო დაავადებისა.

ი ჯ ვ ა ვ ი ლ ი.

მეცხრაპეტე საუკუნემდე მკვეთრი გადამდები სენები იწირავდა აურციხავ მსხვერპლს. თანდათანობით კულტურის განვითარების გამო სხვადასხვა ქვეყნებში მათ დაკარგეს თავისი სიმწიფავე. მიუხედავად იმისა, რომ რომელიმე სახელმწი-



ფოს ან და სახელმწიფოთა მთელ რიგს მოედებოდა ესა თუ ის ძლიერი ეპიდემია. მაინც შეიძლება ითქვას, რომ ამ სენების მრუდე საუკუნეთა განმავლობაში დაბლა ჩამოდიოდა. განუწყვეტელი ომები, შიმშილი და ეპიდემიები სტუმრებია ჩვენი ეპოქისაც, მაგრამ საერთო კულტურის განვითარებამ მაინც შეასუსტა ეპიდემიების სიმძაფრე. საინტერესოა გროტიანის ცნობა, რომ ქ. ნიურნბურგის (1632 და 1633 წ.წ.) ორი ალყის დროს რამოდენიმე ასეულ მოკლულ ჯარისკაცზე მოდიოდა 37.000 დახოცილი ეპიდემიებისაგან. ეს ადვილი ასახსნელია, ვინაიდან მაშინდელი ქალაქები წარმოადგენდნენ ციხეებს, მოკლებულს თანამედროვე საინტარიის უსაქიროეს მოთხოვნილებებს. დიდი ევროპული ომის დროს უშუალოდ ომში დაღუპულთა რიცხვი 11.000.000 სულს აღემატება და ეპიდემიებისაგან კი გაცილებით ნაკლები და ისიც უმთავრესად ყოფილ რუსეთის ანგარიშზე. 19 საუკუნეში ჯერ ინგლისმა და შემდეგ სხვა სახელმწიფოებმაც შექმნეს ქალაქებში მშვენიერი წყალსადენი, მოაწყვეს კანალიზაციები, ააგეს ასე თუ ისე ჰიგიენური ბინები და 19 საუკუნეშივე გამოჩვეულ იქნა მრავალ სენების გამომწვევი მიკრობიც, რამაც საშუალება მისცა მეცნიერებას (თავის დროზე ეპიდემიის დასაწყისს) საიზოლაციო ზომების მიღებისა.

ყვავილით დაავადება საქართველოში 1894 წ. აღრიცხულა 1880 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,99 შემთხვევა, 1910 წ. აღრიცხულია 440 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,17 შემთხვევა, 1913 წ. აღრიცხულია 646 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,26 შემთხვევა, 1922 წ. აღრიცხულია 2,815 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 1,16 შემთხვევა. 1923 წ. 851 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,34 შემთხვევა. 1924 წ. აღრიცხულია მხოლოდ 77 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,03 და თითქმის იმდენივე 1925 წ. 85 შემთხვევა, ისე, რომ უკანასკნელ წლებში ჩვენ გაუთანასწოროდით ყვავილის დაავადების მაჩვენებელით ევროპულ ქვეყნებს. 1921 და 1922 წ. დაავადებათა შემთხვევების უმრავლესობა მოდიოდა შემდეგ რაიონებში: აქარაში (314), შორაპნის მაზრა (641). რაჭა (852), ქუთაისი (357).

ყვავილით დაავადება ეროვნების მიხედვით დიდ განსხვავებას არ იძლევა. დაღესტანში 1925 წ. განმავლობაში 800,000 მცხოვრებზე ყვავილით დაავადება 250 აღრიცხულია.

საინტერესოა გავეცნოთ ცნობებს ყვავილით დაავადებისას სხვადასხვა ქვეყნებში. 1919 წ. მარტო ევროპულ რუსეთში აღრიცხული იყო 186.755 შემთხვევა ყვავილით დაავადებისა. 1924 წ. კი მხოლოდ 22.331 შემთხვევა, ავსტრალიაში 1919 წ. აღრიცხული იყო 411 შემთხვევა, 1924 წელს კი 0.

ინგლისში 1919 წ. აღრიცხული იყო 294 შემთხვევა, 1924 წ. კი 3.765 შემთხვევა (ინგლისში არ არის სავალდებულო ყვავილის აცრა). გერმანეთში 1919 წ. აღრიცხული იყო 5.012 შემთხვევა, 1924 წ. კი 16 შემთხვევა. იტალიაში 1919 წ. აღრიცხული იყო 34.365 შემთხვევა, 1924 წ. კი 190 შემთხვევა, პოლონეთში 1919 წ. 1864 შემთხვევა და 1924 წ. 861 შემთხვევა. შვეიცარიაში თუ 1919 წ. იყო მხოლოდ 3 შემთხვევა, 1923 წ. აღრიცხულია 2.126 შემთხვევა და 1924 წ. 1.234 შემთხვევა. ჩვენში გამოცემული კანონი ყვავილის სავალდებულო აცრის შესახებ, თუ ისე გატარდა ცხოვრებაში, როგორც ეხლა ტარდება ყვავი-



ლი, მიუხედავად ზოგიერთ კუთხეში დარჩენილ ცრუმორწმუნეობისა, რომ ყვავი-
ლი „ბატონებია“, საშიშროებას ჩვენი ხალხისათვის არ წარმოადგენს.

პარტახტიანი ტიფის გავრცელება საქართველოში.

პარტახტიანი ტიფი უაღრესად სოციალი დაავადებაა. რომელიც ენდემიუ-
რად მხოლოდ კულტურულად ჩამოქვეითებულ ქვეყნებში გვხვდება, პარტახტი-
ანი ტიფის წარმოშობას და განვითარებას დიდად ხელს უწყობს მოსახლეობის
უკულტურობა, უმეცრება, სიღარიბე, ცუდი ცხოვრების ვითარება. პირის
თქმით პარტახტიანი ტიფის ისტორია არის კაცობრიობის სილატაკის ისტორია.

ყველა მოვლენა, რომელიც ხელს უწყობს ადამიანთა დიდი მასების ერთად
შეგროვებას ან აუარესებს მათი ცხოვრების პირობებს, როგორცაა ომი, სიმშო-
ლი, მიწის ძვრა, ადიდებს პარტახტიანი ტიფით დაავადებათა შემთხვევებს და
ხშირად აუარებელ მსხვერპლს იწირავს. 1853—56 წ. ყირიმის ომის დროს გრო-
ტიანით პარტახტიანი ტიფით გარდაიცვალა 16.000 ინგლისელი, 80.000 ფრანგი
და 800.000 რუსი, დიდად იყო გავრცელებული პარტახტიანი ტიფი რუსეთში,
როგორც 1914—1917 წ. დიდი ომის დროს, ისე სამოქალაქო ომის სიმშლიის
დროს შემდეგ წლებში.

ევროპაში, ირლანდია-პოლონეთის გამოკლებით, პარტახტიანი ტიფი იშ-
ვიათი მოვლენაა, გვხვდება სპორადიულად თითო-ოროლა შემთხვევა სხვადასხვა
სახელმწიფოში. დამტკიცებულად უნდა ჩათვალოს, რომ ამ ავადმყოფობის გა-
დამტანია ტანისამოსის მკბენარი (ტილი). ცხადია რა დიდი მნიშვნელობა აქვს
ამ სენის პროფილაქტიკისათვის სიწმინდეს, მკბენარების მოსპობას. ცუდად მო-
წყობილ, ანტიჰიგიენურ, მეტის მეტად დასახლებულ ბინას, საერთო საწოლს,
უაბანობას ცხადია დიდი მნიშვნელობა აქვს პარტახტიანი ტიფის როგორც წარ-
მოშობისათვის ისე განვითარებისათვის, ისე რომ პარტახტიანი ტიფის სრული
მოსპობა შეიძლება მაშინ, როდესაც პირობები ფართო მასებისა, ცხოვრების
გაუმჯობესება და განათლება საერთოდ, კერძოდ კი სანიტარული განათლება
კუთვნილება იქნება ხალხის ყველა ფენების. იქ, სადაც ცხოვრების პირობები
ცუდია, განათლებაც არ არის ფართოდ გავრცელებული, პარტახტიანი ტიფი
ხშირი, თითქმის მუდმივი სტუმარია. აფრიკაში პარტახტიანი ტიფი ენდემურად
არის გავრცელებული, როგორც ეგვიპტეში, ისე მაროკოში. აფრიკის სამხრეთ
კავშირში 1924 წლის განმავლობაში აღრიცხულია 1570 შემთხვევა. ჩრდილო
ამერიკაში 1924 წლის განმავლობაში სულ აღრიცხული იყო 119 შემთხვევა
პარტახტიანი ტიფით დაავადებისა—სამხრეთ ამერიკაში პარტახტიანი ტიფი უფ-
რო გავრცელებულია, მაგ. ჩილი იძლევა 1924 წ. პირველ ნახევარში 1340 შემ-
თხვევას. როგორ არის გავრცელებული პარტახტიანი ტიფი აზიურ ქვეყნებში
დაწვრილებით არ ვიცით, მხოლოდ იაპონიაში აღრიცხულია 1924 წ. მხოლოდ
15 შემთხვევა. მაშინ როდესაც მარტო ს. ს. რ. კავშირის აზიურ ნაწილში იმავე
წელს აღრიცხულია 15.250 შემთხვევა. ავსტრალიაში 1924 წ. აღრიცხულია 5
შემთხვევა. ევროპაში პარტახტიანი ტიფი ამ ბოლო წლებში იძლევა შემდეგ სუ-
რათს (ცხრილი № 4). ამ ცნობიდან ჩანს, რომ ტიფი ზოგიერთ ქვეყნებში (ავ-



სტრია, ფინეთის—სრულიად მოისპო, ზოგიერთში გვხვდება თითო-ორიოლა შემთხვევა (გერმანეთი, იტალია), დანარჩენ ქვეყნებში პარტახტიანი ტიფი ყოველწლიურად კლებულობს. შედარებით დიდ რიცხვებს იძლევა პოლონეთი, სადაც პარტახტიანი ტიფი მძვინვარებს აღმოსავლეთ პროვინციებში, ლიტვა, რუმინეთი და სამხრეთ სლავია. ჩვენში, საქართველოში, პარტახტიანი ტიფი ენდემურ ხასიათის არ არის, თუ ავიღებთ ჩვეულებრივ წლებს, დაინახავთ, რომ პარტახტიანი ტიფით დაავადებათა მაჩვენებელი ძლიერ დაბალია მაგ. ცხრილის № 5 1894 წ. 1000 მცხოვრებზე მოდიოდა 0,09 შემთხვევა, 1910 წელს 0,18 შემთხვევა, 1913 წ. 0,07 შემთხვევა, 1924 წ. 0,37 შემთხვევა და 1925 წ. 0,11 შემთხვევა. 1921 წლის ბოლოში დაიწყო ეპიდემია. პარტახტიანი ტიფის მაჩვენებელი 1000 მცხოვრებზე უკვე ავიდა 0,64 შემთხვევა, 1922 წ. ნამდვილი ეპიდემია გვაქვს, 1000 მცხოვრებზე მოდის 2,87 შემთხვევა და 1923 წ. 1,20 შემთხვევა. შემდეგ, როგორც ზემოდ დაინახეთ, პარტახტიანი ტიფის შემთხვევები თანდათან კლებულობს 1922—1923 წ. ეპიდემიის დროს ყველაზე მეტი დაავადებათა შემთხვევები მოგვცა ტფილისმა, ქუთაისის მაზრამ, ლეჩხუმის მაზრამ, რაქის მაზრამ, სენაკის მაზრამ, ქალ. ფოთმა, აჭარა და აფხაზეთმა, დანარჩენი მაზრები, უმთავრესად აღმოსავლეთ საქართველოს კუთხეები, შედარებით იოლად გადაარჩნენ.

(ცხრილი № 7) გარჩევა დაგვიანებებს, რომ ეპიდემიის დროს 1923 წ. ეროვნების მიხედვით პარტახტიანი ტიფი სხვადასხვა ეროვნებებში სხვადასხვა მაჩვენებელს იძლევა, მაშინ როდესაც 1000 ქართველ მცხოვრებზე მოდის 0,14 შემთხვევა, 1000 სომეხ მცხოვრებზე მოდის 0,48 შემთხვევა, 1000 რუს მცხოვრებზე 0,84, 1000 ებრაელ მცხოვრებზე 1,40 შემთხვევა. დანარჩენი წვრილი ეროვნებები—0,10; 1923 წ. გარდაცვლილა პარტახტიანი ტიფით 232 სული, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,09 შემთხვევა პარტახტიანი ტიფით გარდაცვალებისა. 1924 წელს პარტახტიანი ტიფი შეადგენდა 0,02% საერთო დაავადებისა. ეროვნების მიხედვით დამუშავებულია 1925 წ. (ცნობებიც. ქართველებს (0,11), სომეხებს (0,12), რუსებს (0,13) იძლევიან მცხოვრებზე თითქმის ერთნაირ მაჩვენებელს, ებრაელები იძლევიან უფრო მაღალ მაჩვენებელს 0,26, დანარჩენ ეროვნებების მაჩვენებელი 0,05-ია. წლოვანების მიხედვით იმავე 1925 წლის ცნობები უაფხაზეთოდ ასეთ სურათს იძლევა. 1 წლამდე დაავადებათა შემთხვევა არ არის აღრიცხული, 1—4 წლამდე 1,17% პარტახტიანი ტიფით დაავადებათა ყველა შემთხვევების. 5-9 წლამდე 9,38%, 10-14 წლამდე 7,03%. 15-19 წლამდე 12,89%. 20-29 წლამდე 29,68%. 30-39 წლამდე 16,80%, 40-49 წლამდე 11,72%. 50-59 წლამდე 6,25%. 60-69 წლამდე 3,52%. 70 წელი და მეტი 1,56%. წლოვანების მიხედვით დაავადებათა შემთხვევები მატულობს 15 წლიდან 40 წლამდე, რომ შემდეგ დაიწიოს დაბლა. დაავადებათა დიდი უმრავლესობა ეკუთვნის მომწიფებულ ხანს.

სქესის მიხედვით მამაკაცები უფრო ხშირად ხდებიან ავად, ვიდრე დედაკაცები.

პარტახტიანი ტიფით დაავადება საქართველოში 1894 წ.—1925 წ.

(გარდა დამზღვევ სალონოს ცნობებისა).

	პარტახტიანი ტიფი							
	1894	1910	1913	1921	1922	1923	1924	1925
1. ახალქალაქის	—	—	3 0,02	113 1,67	41 0,60	2 0,02	7 0,10	10 0,14
2. ახალციხის	1 0,01	1 0,01	2 0,02	—	35 0,42	24 0,28	2 0,02	6 0,07
3. ბორჩალოს	—	4 0,02	—	—	38 0,54	6 0,08	13 0,18	2 0,02
4. გო რ ი ს	2 0,01	54 0,24	18 0,78	—	704 3,69	105 0,54	55 0,28	7 0,03
5. დუშეთის	21 0,28	3 0,03	—	124 2,12	91 1,54	17 0,28	21 0,35	10 0,16
6. სიღნაღის	—	—	1 0,00	107 0,78	116 0,83	100 0,71	29 0,20	4 0,02
7. თელავის	—	—	—	93 0,94	143 1,43	25 0,24	3 0,02	11 0,17
8. ტფილისის	15 0,15	— 121	— 73	33 0,23	— 1690	102 0,72	83 0,59	4 0,02
9. ქ. ტფილისა	110 0,69	0,28 —	0,15 —	567 2,52	4,58 —	548 2,34	138 0,57	28 0,11
სულ აღმოს. საქარ.	149 0,16	183 0,14	97 0,06	1037 0,97	2858 2,65	929 0,85	351 0,31	89 0,08
10. ზუგდიდის	—	35 0,28	—	19 0,16	194 1,63	58 0,48	24 0,19	—
11. ქუთაისის	—	114 0,41	—	236 0,82	314 1,08	1010 3,44	101 0,34	55 0,18
12. ლეჩხუმის	—	—	—	—	149 3,29	24 0,52	29 0,63	13 0,29
13. თბილისის	—	2 0,01	—	1 0,00	98 0,82	147 1,22	19 0,15	7 0,05
14. რ ა კ ი ს	—	16 0,18	—	156 2,11	611 8,20	73 0,97	40 0,52	32 0,42

	პარტახტიანი ტიფი							
	1894	1910	1913	1921	1922	1923	1924	1925
15. ზემო სვანეთი	—	—	—	1 0,07	—	—	—	—
16. სენაკის	—	—	22 0,16	8 0,06	313 2,48	159 1,24	22 0,17	3 0,02
17. შორაპანის	—	—	—	42 0,23	219 1,23	242 1,35	46 0,25	14 0,07
18. ქალ. ფოთი	—	—	—	5 0,45	71 6,37	1 0,08	9 0,77	—
სულ დასავ. საქართ. . .	—	167 0,17	22 0,02	468 0,48	1969 2,02	1714 1,74	290 0,29	124 0,12
სულ აღმ. და დას. საქ. . .	149 0,08	350 0,15	119 0,04	1505 0,74	4827 2,35	2643 1,27	641 0,30	213 0,13
19. აჭარა	33 0,38	92 0,55	50 0,27	33 0,26	1997 15,87	246 1,92	65 0,50	24 0,18
20. აფხაზეთი	1 0,00	20 0,15	53 0,31	—	—	—	170 1,00	21 0,12
21. სამხრეთ-ოსეთი	—	—	—	—	152 1,92	76 0,95	57 0,71	19 0,22
სულ რესპუბლიკაში . . .	183 0,09	462 0,18	222 0,07	1538 0,64	6976 2,87	2965 1,20	933 0,37	277 0,11

მუცლის ტიფი.

მუცლის ტიფი დიდ საშიშროებას წარმოადგენს მოსახლეობის მრავალ ჯგუფისათვის მხოლოდ ეპიდემიების დროს. თუ მუცლის ტიფი ენდემურად არის, ის იწვევს, როგორც მრავალრიცხოვან დაავადებას, ისე დიდძალ სიკვდილიანობასაც, განსაკუთრებით საშიშ მდგომარეობაშია ის ერები, რომლებმაც ვერ კიდევ ვერ შექმნეს მკვიდრი სასანიტარო ორგანიზაცია. ცულ მდგომარეობაში იმყოფება აგრეთვე ქალაქები, სადაც წყალსადენი, კანალიზაცია და საერთოდ ქეთილმოწყობა პრიმიტიული სახისაა. გრატინს აქვს ამის შესახებ მშვენიერი საილუსტრაციო ცნობები. ავსტრიაში საერთოდ 1895—1900 წლებში ყოველ 1000 მცხოვრებზე კვდებოდა მუცლის ტიფით 0,09 სული, კულტურულად ჩამორჩენილ კარპატებში კი 0,52; გერმანეთში 1877—81 წ.წ. 1000 მცხოვრებზე კვდებოდა 0,048, 1897—1901 წ.წ. 0,010, 1911 წ. 0,06, 1910 წ. რუსეთში

0,30, 1909 წ. საფრანგეთი 0,017, 1910 წ. ინგლისი 0,05, 1910 წ. ისპანეთში 0,035. საინტერესო შრომას წარმოადგენს ცნობილი ფრანგი მეცნიერი სტატი-სტიკოს Bertillon-ის გამოკვლევა, თუ როგორ მოქმედობს ძუძულის ტიფისაგან სიკვდილიანობაზე მოსახლეობის ამა თუ იმ ჯგუფის ეკონომიური კეთილდღეო-ბა. ამ გამოკვლევით მტკიცდება, რომ ძუძულის ტიფის, როგორც გავრცელებისა-თვის, ისე სიკვდილიანობისას სოციალ ვითარებას დიდი მნიშვნელობა არა აქვს.

მუცლის ტიფის მკურნალობას წინასწარი აცრით აქვს დიდი მნიშვნელობა, მაგრამ უმთავრესი და უდიდესი ყურადღება უნდა მიექცეს პროფილაქტი-კას. თუ შევაჩვენებ ხალხს სიწმინდეს, შევიტანთ მასში სანიტარულ განათლე-ბას, გავაჯანსაღებთ ქალაქებს წყალსადენების, კანალიზაციის, კარგი ჰიგიენური ბინების აშენებით და ამ მხრივ სოფელშიც ცოტა რამ გაკეთდება, მუცლის ტი-ფი ხალხისათვის საშიში აღარ იქნება.

ჩვენს სანიტარულად მოუწყობელ ქალაქ-სოფელში, სადაც კეთილმოწყო-ბილი წყალსადენი იშვიათი მოვლენაა მუცლის ტიფიც ხშირი სტუმარია.

1894 წ. საქართველოში აღრიცხული იყო 595 შემთხვევა მუცლის ტიფი-სა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,31 შემთხვევა, 1910 წ. აღრიცხულია 7.187 შემ-თხვევა, 1000 მცხოვრებზე 2,82 შემთხვევა (ქალაქების მოსახლეობის ზრდაა ამ წლებში). 1910 წ. აღრიცხულია 5.576 შემთხვევა ან 1,98, 1000 მცხოვრებზე. 1921 წ. აღრიცხულია 3.776 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე მოდის 1,57 შემთხვე-ვა, 1922 წ. 3.913 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე მოდის 1.61 შემთხვევა, 1923 წ. 2.141 შემთხვევა ან 0,87 1000 მცხოვრებზე, 1924 წ. 1.927 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე 0,77 და თითქმის იმდენივე 1925 წ. 0,78, 1000 მცხოვრებზე და სულ 1968 შემთხვევა. დაავადებათა უმრავლესობა მოდის ქალაქებზე, პირველობა ეკუთვნის ქუთაისს, შემდეგ ტფილისი, ბათომი, სოხუმი, გორი და სხვა პატარა ქალაქები.

ეროვნების მიხედვით მუცლის ტიფით დაავადება თანაბარია, მხოლოდ რუსები იძლევიან უფრო მაღალ მაჩვენებელს. წლოვანების მიხედვით ყველაზე უფრო დიდ % დაავადებისას იძლევა მომწიფებული ხანა 15-40 წლამდე, ბავშვე-ბი და მოხუცი უფრო ნაკლებ ავადდებიან. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ფრიალ დიდი რიცხვია გიმორეკვევიელ ტიფების მაგალითი მხოლოდ 1925 წ. ასეთი გა-მოურკვეველი ტიფების შემთხვევები უდრის 1.049.

შეპრუნილი ტიფი.

ეს სენი ევროპაში უკვე მარტო უბინავო, უპატრონო, მოხეტიალე ჯგუფე-ბის სენია. ავსტრალიაში და ამერიკაში უკანასკნელ წლებებში არც ერთი შემთხვე-ვა არ იყო აღრიცხული. 1924 წ. განმავლობაში ევროპაში საბჭოთა რუსეთის გამოკლებით აღრიცხულია სულ 546 შემთხვევა. ამ რიცხვიდან 366 მოდის პო-ლონეთზე, 56 რუმინეთში, 91 საბერძნეთში, 3 შემთხვევა გერმანიაში, 15 სამ-ხრეთ სლავიაში და ლიტვა-ესტონეთზე 15 შემთხვევა. 1924 წ. საბჭოთა კავ-შირში აღრიცხულია 50.534 შემთხვევა (1923 წ. იყო აღრიცხული 241.000). სა-ქართველოში უკანასკნელ წლების განმავლობაში შებრუნებითი ტიფმა მოგვცა



ეროვნული
ბიბლიოთეკა

დაავადების მაღალი მაჩვენებელი 1921, 1922 და 1923 წ. 1894 წ. ალრიცხული იყო 19 შემთხვევა—1000 მცხოვრებზე მოდის 0,01 შემთხვევა; 1910 წ.—120 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე 0,04, 1913 წ. 123 შემთხვევა 0,04 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე, 1921 წ. 1.801 შემთხვევა 1,01 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე, 1922 წ. 4,315 შემთხვევა—1000 მცხოვრებზე 1,78 შემთხვევა, კუთხების მიხედვით მძლავრი ეპიდემია იყო აჭარაში, რაჭაში და ტფილისში. 1923 წ. ალრიცხულია 1.147 შემთხვევა, ან 1000 მცხოვრებზე 0,46 შემთხვევა; 1924 წელს 574 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,23 შემთხვევა და 1925 წ. 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,05 შემთხვევა, სულ 146 შემთხვევა. 1925 წ. ეროვნების მიხედვით 1000 ქართველ მცხოვრებზე მოდის 0,03 შემთხვევა. 1000 სომეხზე—0,05 შემთხვევა, 1000 რუსი—0,76. ქართველებს უჭირავთ უკანასკნელი ადგილი წლოვანების მიხედვით: 1-4 წლამდე დაავადებათა ყველა შემთხვევა 2,84%, 5-9 წ. 5,67%/10 14 წ. 15,60%, 15-19 წ. 26,24%; 20-29 წ. 21,29%, 30-39 წ. 13,48%, 40-49 წ. 4,96%, 50-59 წ. 6,38%; 60-59 წ. 2,13%; 70 წ. და მეტი 0,71%. როგორც ჩანს ამ ცხრილიდან, დაავადების უმრავლესობას იძლევა მომწიფებული ასაკი. მამაკაცები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე დედაკაცები.

დ ი ზ ე ნ ტ ე რ ი ა.

დიზენტერია საკმაოდ გავრცელებული დაავადება დედამიწის ზურგზე. ძლიერ არის გავრცელებული აზიურ ქვეყნებში. იაპონიაში 1921 წ. დიზენტერიით დაავადებული იყო 12.445 სული, 1922 წ. 15.135 სული. 1923 წ. 20.270 სული და 1924 წ. 18.647, ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1923 წელს, 16.954 შემთხვევა და 1924 წ. კი 2.309 შემთხვევა. გერმანეთში 1923 წ. 8.449 შემთხვევა, 1924 წ. კი 5.789 შემთხვევა, ავსტრალიაში 1924 წ. 535 შემთხვევა, 1923 წ. 791. ჩეხიაში 1.347, 1924 წ. და წინა წელში კი 1.539 შემთხვევა. სამხრეთ სლავიაში 1923 წ. 3.977 შემთხვევა და 1924 წ. 3.100 შემთხვევა, პოლონეთში 1923 წ. 5.319 შემთხვევა და 1924 წ. ორჯელ მეტი 10.492. ევროპიულ რუსეთში 1923 წ. 176.900 და 1924 წ. 271.146 შემთხვევა—საბჭოთა კავშირში 1923 წ. 186.626 შემთხვევა და 1924 წ. 335.759 შემთხვევა. ინგლისში 1924 წ. ალრიცხულია 388 შემთხვევა, საფრანგეთში 170 და იტალიაში 1.062 შემთხვევა. საქართველოში ჩვენ გვაქვს ფრიალ დიდი რიცხვები დიზენტერიით დაავადებისა. 1894 წ. ალრიცხულია 738 შემთხვევა, 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,38 შემთხვევა 1910 წ. 8.930 შემთხვევა (1000 მცხოვ. 3,50) 1913 წ. 7.171 შემთხვევა (1000 მცხოვრ. 2,55), 1921 წ. 3.949 შემთხვევა (1000 მცხოვრებზე 1,64), 1922 წ. 2.501 (1000 მცხოვ.—1,03) 1923 წ. 2.533 შემთხვევა (1000 მცხოვრ.—1,03) 1924 წ. 4.912 შემთხვევა (1000 მცხოვრ. 1,98), 1925 წ. 8.138 შემთხვევა (3,25 შემთხვევა 1000 მცხოვრებზე). ყურადსაღებია ის გარემოება, რომ ეს დიდი მაჩვენებელი მიღებული გვაქვს დამზღვევ სალაროს ცნობების გამოკლებით. ეროვნების მიხედვით დიზენტერიით დაავადება ასეთ სურათს იძლევა 1925 წ. რესპუბლიკანური მაჩვენებელია 3,25—1000 მცხოვრებზე, დიდი მაჩვენებელი აქვთ რუსებს 7,93—1000 მცხოვრ. ებრაელებს 7,07, სომეხებს 4,93,



რესპუბლიკანურ მაჩვენებელზე ნაკლები აქვთ ქართველებს, აზერბაიჯანელებს და დანარჩენ წვრილ ერებს. წლოვანების მიხედვით ბავშვთა ასაკი იძლევა ძლიერ დიდ პროცენტებს 1 წლამდე—6,5%, 1-4 წ. 28,77%, 4-9 წ. 20,55% და შემდეგი წლები უკვე ნაკლებს.

კ ი ბ ლ.

სპეციალი აღრიცხვა დაწყებულია მხოლოდ 1925 წლიდან. აღრიცხულია სულ 275 შემთხვევა კიბოთი დაავადებისა. შემდეგისათვის კიბოს და საერთოდ სიმსივნეების აღრიცხვას უნდა მიექცეს ჩვენში სერიოზული ყურადღება. დედაკაცები უფრო ხშირად ავადდებიან კიბოთი ვიდრე მამაკაცები. ჩვენი ცნობების მიხედვით. 275 შემთხვევაში 96 შემთხვევა მამაკაცებზე მოდის და 179 დედაკაცებზე.

სულით ავადმყოფობა.

სულით ავადმყოფთა მომართვა ექიმებთან და სამკურნალო დაწესებულებებში წლიდან წლამდე მატულობს. 1910 წ. აღრიცხული იყო 411 შემთხვევა, 1913 წ. 546, 1921 წ. 497, 1922 წ. 242, 1923 წ. 412, 1924 წ. 563 და 1925 წელს ორჯელ მეტი 1.031; 1000 მცხოვრებზე მოდის 0,41 შემთხვევა. ამ რიცხვში არ შედის 300 ავადმყოფი სურამის ახალშენის და ტფილისის ჰსიქო ნევროლოგიურ ინსტიტუტის. ისე რომ 2.000 სულით ავადმყოფი ჩვენში უსათუოდ არის. აუცილებელია მათი იზოლაცია. ეროვნების მიხედვით (1925 წ. ცნობები) ქართველები, სომხები და ებრაელები იძლევიან 1000 მცხოვრებზე პირველნი 0,36, მეორენი 0,58, მესამენი 0,45 და რუსები უფრო მაღალ მაჩვენებელს 1,86 1000 მცხოვრებზე, დანარჩენი წვრილი ერები 0,42 1000 მცხოვრებზე. წლოვანობის მიხედვით სულით დაავადება ასე ნაწილდება: 1 წლამდე დაავადებათა 0,20%; 1-4 წლამდე 1,43%; 5-9 წ. 2,96%; 10-14 წ. 3,88%; 15-19 წლამდე 11,79%; 20-29 წ. 30,54%; 30-39 წ. 19,00%; 40-49 წლამდე 10,02%; 50-59 წლამდე 5,92%; 60-69 წლამდე 3,47%; 70 და მეტი წელი 1,33% და გამოურჩეველი 9,50%. სულით ავადმყოფების ორი მესამედი მომწიფებული ასაკისაა.

6. ანდრიაძე.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

ჰიპერტონიების პათოგენეზისათვის.*)

(მიმოხილვა).

(შინაგან სნეულებათა კერძო პათოლოგიის და თერაპიის პროპედევტიული კლინიკიდან. გამგე— დოც. შ. მიქელაძე).

საკითხი ჰიპერტონიებისა ანუ ჰიპერტენზიების შესახებ ეკუთვნის ჯერჯერობით რთულ პრობლემას. მიუხედავად მრავალრიცხოვან შრომებისა, რომელიც გამოქვეყნებული იქნა უკანასკნელ დროს, როგორც ფრანგულს, ისე გერმანულ ლიტერატურაში, ჯერაც არ არსებობს გარკვეული შეხედულება არც ამ ავადმყოფობის არსზე, არც მის გამომწვევ მიზეზებზე. ეს ადვილად გასაგებია, თუ მოვიგონებთ, რა რთულ მოვლენასთან გვაქვს საქმე და რა რიგ მრავალფეროვან ავადმყოფობის გამოხატულებად შეიძლება იქმნეს ჰიპერტონია.

უკვე ოც წელზე მეტია მას შემდეგ, რაც რომ წნევის გასაზომად გამოიმუშავებული მეთოდით v. Basch-ის, Gärtner-ის და Riva-Rocci-ს მიერ, თანდათან გადაეყარა ბადე ამ მოვლენას, და ის პრიორიტეტი წნევის მომატებაში, რომელიც Bright-ის დროიდან მხოლოდ თირკმელებს ეკუთვნოდა, მარცხენა გულის ჰიპერტოფიის გამო, ამჟამად ყოველდღიურმა დაკვირებამ ეს წარმოსაშობი შესაძლებლობა კიდევ სხვა მანერე მომენტების ზეგავლენას დაუქვემდებარა და სწორედ მაშინ, როდესაც ერთი ჯგუფი მკვლევარებისა ამ მანერე მომენტებს გადაწყვეტით ავადმყოფის კონსტიტუციონალურ მიდრეკილებაში ხედავენ, სხვები ცდილობენ ეს საფუძველი ფსიქო-ნევროლოგიულში, ექსოგენურ-ტოქსიურში, შინაგან სეკრეციის ორგანოების და ნივთიერებათა ცვლის აშლაში იპოვნონ.

წნევის გასაზომავი მეთოდის შემოღების შემდეგ ცნობილია, რომ მომატება არტერიალური წნევისა სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს გვხვდება. წინადარაგინ ცდილობდა ამ სნეულების მრავალგვარი ფორმების პათოგენეტიურად დაყოფას, ვინაიდან მას სიმპტომატოლოგიური თვალსაზრისით უცქეროდენ. ამ შეხედულებას მისდევნენ Hensen-ი, Geisböck-ი, Gibson-ი. ეს შეხედულება გატარებულია Horner-ის შესამჩნევ ნაშრომშიაც. ყველა ეს ავტორები ცდილობდნენ საკითხის მიდგომას მოვლენების ხანგრძლივობის მიხედვით. ასე Hensen-ი

*) მოხსენდა პროპედევტიული კლინიკის ექიმთა კონფერენციას 13/XI 1927 წ.

და Geisböck-ი არჩევდნენ „ფუნქციონალურ“ ჰიპერტენზიას ხანგრძლივ „ალურია“ ჰიპერტენზიიდან.

Vaquez-ი არჩევს „ოსცილატორულს“ (გარდამავალს) და „პერმანენტულს“ (მუდმივს).

ოსცილატორული ჰიპერტენზია, მისი შეხედულებით, ლოკინში წოლით და რაციონალური კვებით რამოდენიმე დღის განმავლობაში ჰქრება, პერმანენტული ჰიპერტენზია კი არის შედეგი ხშირად განმეორების ტრანზიტორული ანუ ოსცილატორული წნევის მომატებისა. ამგვარად ყოფენ ჰიპერტონიებს Ambard-ი და Martinet-ი „ფუნქციონალურ“ და „ორგანიულ“ ჰიპერტენზიებად. ორგანიული ანუ ხანგრძლივი ჰიპერტენზია, ამ ავტორების აზრით, ყოველთვის წარმოშობილია თირკმელების დაავადების ნიადაგზე. კარდინალური განსხვავება ამ ორ ჰიპერტენზიებს შორის იმაშია, რომ პირველი თანმყოფი სნეულებაა და ძირითადი ავადმყოფობის ჩაქრობის შემდეგ თვითვე ქრება. „ესენციალური“ ანუ „პერმანენტული“ ჰიპერტონებია კა ხანგრძლივია, თვეობით და წლობით მიმდინარეობს, ხან თითქმის შეუზღვევლად ავადმყოფისათვის, ხან კი მძიმე სიმპტომებით, და უმეტეს შემთხვევაში თავდება ან ს-სხლის ჩაქცევით ტვინში, ან გულის მეორადი სისუსტით, ან და თირკმელების ნაკლოვანებით. Volhard-ი, შემქმნელი თირკმელების თანამედროვე სწავლისა, არჩევს მხოლოდ ერთ ჰიპერტონიას და უდებს მას სარჩულად თირკმელების დაავადებას. როგორც Volhard-ი, ისე გამოჩენილი კლინიკისტი Romberg-ი თავის მოწაფეებით Sawada-თი, Fischer-ით და Harpuder-ით ამავე შეხედულებისა არიან, რომ ყოველივე ხანგრძლივი ანუ „permanentes hypertension“ თირკმელების ცვლილების ნიადაგზე არის წარმოშობილი.

ამავე შეხედულებისა არის თირკმელების სნეულებათა მეორე შესაძენევი მკვლევარი, შემქმნელი თირკმელების ანთების ფრანგული კლასიფიკაციისა, Widal-ი.

ამ უნიტარული გენეზის წინააღმდეგ ამხედრდნენ, როგორც ვიცით, მთელი რიგი მკვლევარებისა: F. Müller-ი, Löhlein-ი, Krehl-ი, Pal-ი, E. Munzer-ი და სხვ. მართალია, მათ ვერ უარყვეს სიხშირე თირკმელების დაავადებისა ამ ავადმყოფობის დროს, მაგრამ მარტო თირკმელების დაავადების მიზეზობრივი მნიშვნელობის წინააღმდეგ მათ წამოაყენეს შემთხვევები კლინიკურად შესწავლილი და ავტოპსიით დადასტურებული, სადაც თირკმელები სრულიად სალი აღმოჩნდა (Pal. v. Monakow, Schenk und Töppich), სამაგიეროდ სისხლის ძარღვების მძიმე ცვლილებების აღმოჩენა შესაძლო იყო ტვინში (Riebold, Lippmann, Munk). მეორეს მხრივ ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ შორს წასული სკლეროტიული ცვლილებანი თირკმელებში (v. Monakow, Wallgren), ნამდვილი შექმუნული თირკმელები, შესაძლებელია მიმდინარეობდეს გულის უჰიპერტროფიოდ და მასთან წნევის შეუცვლელად. ეს დაკვირებანი, რომელსაც იზიარებს Kahler-ი, დიდად დახელოვნებული ამ საკითხში, ძლიერ ახლოს არის იმ მოსაზრებასთან, რომ თირკმელების ცვლილებებში მივიჩნით მხოლოდ ნაწილობრივი მოკვლევა სისხლის ძარღვების საერთო დაავადებისა (R. Schmidt, Machwitz und Rosenberg, Strasser, Lichtwitz, Williams, Lankohout) ანდა შედეგი მალალი წნევისა (Pal, Löhlein, Goldscheider, Plesch, v. Bergmann, Kylin).



პირველი ამწერი მომატებული წნევისა იყო Stoll-ი მე-XVIII ს. და ბოლოში. მაგრამ უფრო უკედ შეისწავლეს ეს მდგომარეობა და მავთულისებრივი მაჯა Riegel-მა (1870), Christeller-მა (1880), Pal-მა (1903) და Vaquez-მა (1904). ჩვენ არ შევჩერდებით მწვავე პაროქსიზმალურ ჰიპერტონიებზე, რომლებსაც იწვევენ ტყვიით მოწამვლა, ეკლამპსია და ტაბეტური კრიზები და გადავიდეთ მუდმივ ჰიპერტონიების კლინიკურ სურათზე.

თანახმად Schrumpf-ისა, შესაძლოა ლაპარაკი მხოლოდ სამ ფორმაზე: ცერებრალურზე, კარდიო-აორტალურზე და რენალურზე.

პირველი მათგანი ყველაზე მძიმე ფორმაა და შეუპოვარი თავის ტკივილით ხასიათდება, თავბრუს ხვევით, თითების პარესთეზიებით (მკვდარი თითები). ამ ფორმით შეპყრობილნი ათავებენ სიცოცხლეს უმეტეს შემთხვევაში — სისხლის ჩაქცევით ტვინში. ხშირად უნვითარდებათ ავადმყოფებს ჰემიანოპსია, ამბლიოპია, ტრანზიტორული დიპლოპია. ამასთანავე ერთად სისხლის ჩაქცევა რეტინაში, მსწრაფლად გარდამავალი აფაზია, მსუბუქი პარეზები, ხშირად მონოპლეგიები. ეს დამბლები გამოხატულია ხშირად მხოლოდ რამოდენიმე საათის განმავლობაში და მერმე უკვალოდ ქრება.

აღსანიშნავია ის, რომ პსიქიური აშლა ხშირად წინამორბედია ტვინში სისხლის ჩაქცევისა. უკანასკნელის შემდეგ, მანამდის მკვრივი, მავთულისებრივი, მაჯა ხდება გაცილებით უფრო რბილი.

კარდიო-აორტალური ფორმების დროს სკარბობს სიმპტომები გულის მხრივ. აორტა გაგანივრებულია. აღინიშნება ჰიპერტროფია და გაგანივრება, მარცხენა პარკუჭისა. მწვერვალზე ისმის პრესისტოლური ჭენების რითმი. მეორე ტონზე აკენტი. ღირსშესანიშნავია ფიზიკური გარჯვის დროს, მკაფიოდ ქოშინი, შემდეგ ანგინოზური ტკივილები, უკანასკნელნი უფრო ხშირად მაშინ, როცა რაიმე მიზეზის გამო წნევა მატულობს და ხდება მარცხენა გულის მწვავე გაგანივრება.

რაც შეეხება რენალურ ფორმებს, ამას ეკუთვნის ისეთი ფორმები, როცა თავიდანვე, ან და შემდეგ თანდათან აშკარავდება თირკმელების ფუნქციის დარღვევა. უმთავრეს შემთხვევებში საქმე ეხება გლომერულონეფრიტს. მძიმე, შორს წასულ, შემთხვევებში ყოველთვის აშკარაა აზოტის დაგროვება სისხლში და ადრე თუ გვიან ავადმყოფები იღუპებიან აზოტემიური ურემიის გამო. წნევა სიკვდილამდე რჩება მაღალ დონეზე და სიკვდილამდე ისმის პრესისტოლური ჭენების რითმი.

ეხლა, დროებით უკუვადვით რენალური ფორმები ჰიპერტონიისა, სადაც მიზეზობრივი მომენტი თითქოს აშკარაა, მხოლოდ დიდი საკამათოა მექანიზმი მისი წარმოშობისა და გადავიდეთ „ესენციალური“ ჰიპერტონიის განხილვაზე. თანახმად Kylin-ისა, ზოგიერთ ოჯახებში განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება არტერიოსკლეროტიკები, შექმუხნულ თირკმელებიანი, ნეკრისით და შაქრის ავადმყოფობით დასნეულებულნი. ეს დებულება Kümmerer-ის და Weiss-ის მიერ სტატისტიკურად არის დამტკიცებული. მეორე — ესენციალური ჰიპერტონია არის ხანში შესულ ავადმყოფების სნეულება. იგი ძლიერ ხშირად აშკარავდება 40-60 წლამდე, თუმცა არის შემთხვევები ნაადრევი ჰიპერტონიისაც.



ამ მხრივ საინტერესოა Sawada-ს დაკვირვება, რომელმაც რვა ახალგაზრ-
 დას სისხლის მიღების თვალსაჩინო გამკვრივება აღმოუჩინა. სამს მათგანს ქონ-
 დათ ავრეთვე წნევის მომატება 131 mm. Hg.

ძველ შრომებშიაც, რომლებიც ჰიპერტონიის პრობლემებს ეხება, აქა-იქ
 აღნიშნულია შემთხვევები ახალგაზრდების ჰიპერტონიისა. ასეთი შრომებია He-
 tenyi-სა და Sümegi-ს, v. Kauffmann-ის, v. Katsch-ის და Pansdorf-ის. მაგრამ
 ყველაზე უფრო ნაადრევი ჰიპერტონია ხაზგასმულია Bergmann-ის მიერ.

თანამედროვე ლიტერატურიდან შემიძლია აღვნიშნო 16 შემთხვევა, გა-
 მოქვეყნებული Moog-ისა და Voit-ის მიერ ¹⁾. ერთი ამ თექვსმეტთაგანი იყო 16
 წლისა, მეორე—18 ს. და მესამე—20 ს. დანარჩენები ოციდან ოცდარვა წლამდე.

აქედან აშკარაა, ჰიპერტონია არ ეკუთვნის ფიზიოლოგიური ხნოვანობის
 მოვლენას (C. Müller, Kristiania), არამედ უნდა იქმნეს მიჩნეული, როგორც პა-
 თოლოგიური ფენომენი. აღნიშნულია, რომ ღრმა მოხუცებაში ჰიპერტონია
 ძლიერ იშვიათია. დიდად საყურადღებოა ის გარემოება, რომ ეს სნეულება ქა-
 ლებს ხშირად კლიმაქტერიუმის დროს უნეითარდებათ. ამასთანავე შემჩნეულია,
 რომ სქესობრივი მიდრეკილება მამაკაცებს—ჰიპერტონიკებს დაქვეითებული აქვთ,
 რაზედაც პირველად Munk-მა მიგვიჩიოთ. Kerpola-მ კი ამგვარ ჰიპერტონიკებს
 აღმოუჩინა არანორმალურად პატარა და ღუნე სათესლე ჯირკვლები. რაც შე-
 ეხება სისხლის წნევას, აქ მკაფიოდ აღინიშნება უკანასკნელის დიდი ქანობა.
 დღიური ვარიაციები მეტად ძლიერია. Kylin-ის რწმუნებით, თუ ჰიპერტონიკე-
 ბი წვანან და მშვიდად ატარებენ დროს, წნევა დილაობით ნორმამდის ჩამოდის,
 საღამოობით კი ყოველთვის აწეულია ²⁾. თანახმაა იმავე Kylin-ისა, თუ ჰიპერტო-
 ნიკები ლოგინში ატარებენ დროს, შესაძლოა უწამლოთ, რამოდენიმე ხნის შემ-
 დევ წნევამ ნორმამდის მიაღწიოს ³⁾. გარდა ამისა „ესენციალური“ ჰიპერტონია
 ხასიათდება ორგანიულ და არაორგანიულ ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის აშ-
 ლით, რომელიც კონკრეტულად ყოველ შემთხვევაში არ შეიძლება იქმნეს დამტ-
 კიცებული. ასე ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლა ამ ავადმყო-
 ფობის დროს მკაფიოდ დაქვეითებულია. აშლილია კალციუმის გაცვლა. მხო-
 ლოდ სისხლში ხოლესტერინის რაოდენობა მომატებულია. სისხლშივე აწეულია
 შარდვიანის კოეფიციენტი. ლეგკოციტარული ფორმულა ძლიერ უმნიშვნელოდ
 არის შეცვლილი. მონონუკლეართა რაოდენობა ოდნავად მომატებულია. არის

¹⁾ München. Med. Wochen. № 1 1927 წ.

²⁾ ამ განმარტებაში ვერ ვეთანხმებით პრ. Kylin-ს, ვინაიდან ჩვენი მასალის მიხედვით,
 დღის ვარიაციები 20—30 mm. Hg. უდრიდა, ნორმამდის კი არასოდეს არ ჩამოსულა.

³⁾ დროს არ განსაზღვრავს პრ. Kylin-ი, ამიტომ მსურს დაუმატო, რომ ჩვენს მასალაზე
 წნევა თვეობით მხოლოდ ძლიერ ნელა ქვეითდებოდა. ჩვენი განმარტების დასამტკიცებლად შე-
 მიძლია მოვიყვანო სამი შემთხვევა, გამოქვეყნებული ექ. Толухиева-ს მიერ Ланге-ს კლინიკი-
 დან ამა წლის თებერვლის ნომერში Klinisch. Wochensh. სიმივე ავადმყოფები (ხანში შესული
 ქალები იყვნენ 60—68 წ. ერთ მათგანს წნევა ქონდა 240 mm. Hg. დანარჩენს ორს 200. სამი-
 ვეს დაუტოვებიათ კლინიკა ნორმალურ წნევით—პირველს 2 1/2 წლის შემდგომ, მეორეს 2 წლის
 და მესამეს 1/2 წლის შემდგომ. ამგვარად მაღალი წნევა ლოგინში წოლით არც ისე მალე ინ-
 კურნება.



მსუბუქი ეოზინოფილია. ადრენალინის რეაქცია გვიჩვენებს ტიპურს გადახრას ვაგოტონურ ტიპისაკენ. ამ ნივთიერების, როგორც ვენაში შეშხაპუნებით, ისე კანქვეშ შეყვანით ელვულობით წნევის მრუდზე პირველად დაწევას ან და შეგვიანებულ აწევას. ამ მოვლენაზე ჩვენ აქ დაწვრილებით არ შეგჩერდებით, რადგანაც ქვემოდ გვექნება მაზედ ვრცელი საუბარი. ვიტყვი მხოლოდ, რომ Kauffmann-ი და Basch-ი ამგვარ შეხედულებას მთლიანად არ იზიარებენ. Csepel-ი კი, ადრენალინის ვენაში შეშხაპუნებით, ამგვარ ავადმყოფებზე ღებულობს წნევის დაქვეითებას. პირიქით Hetényi და Sümegi კი ამტკიცებენ, რომ „სენციკალური“ ჰიპერტონიის დროს ადრენალინის შეშხაპუნების გავლენით, ისე როგორც ჰიპერტონიის სხვა ფორმების დროსაც, ხდება არანორმალურად წნევის მომატება.

ამ მოკლე დახასიათების შემდეგ, პირველი საკითხი, რომელიც იჭრება ჩვენს წინაშე, არის შემდეგი: როგორ ვითარდება ჰიპერტონია? რა არის მისი ხელშემწყობ პირობები? როგორ ხდება წნევის მომატება ნორმალურ და ავადმყოფობის პირობებში? სურვილი, ამ საკითხებზე პასუხის მიცემისა, აუცილებლად შეგვიყვანს ჩვენ სისხლის დინამიკის ფიზიოლოგიაში. რომ ფიზიოლოგიას შესძლებოდა, თითქოს ამ უბრალო ფენომენის, როგორც არის სისხლის წნევა, ახსნა-განმარტება, მაშინ პათოლოგიას შეეძლო აეღო თავის თავზე შრომა ჰიპერტონიის გაშუქებისა. ფაქტორების საკითხი, რომლებიც იწვევენ წნევას, არის უმთავრესი და ურთულესი ჰიპერტონიის რთულ მოვლენაში. სამწუხაროდ ამ საკითხმა ფიზიოლოგიაში პასუხი ჯერ ვერ ვპოვა. ეს გარემოება ძლიერ ართულებს ისედაც ძლიერ რთულ და სიბნელით მოცულს ჰიპერტონიების საკითხს. სამაგიეროდ ფიზიოლოგია თუმცა ვერ ხსნის წნევის არსს, მაგრამ მაინც იძლევა დიდ მასალას ჰიპერტონიის პათოგენეზისათვის არსებულ მრავალრიცხოვან ჰიპოტეზების შესაფასებლად. თანახმად Tigerstedt-ისა, 3 მომენტი ჰქმნის ჰემოდინამიურ ენერგიას არტერიალურ სისტემაში: 1. Schagvolumen und Minutenvolumen; 2. წინააღმდეგობა სისხლის კალაპოტის ცალკე ნაწილებში და 3. სისხლის წებოვნება. Landois და Vaquez-ი კი ფაქტორებად, რომლებიც იწვევენ წნევას არტერიებში, სთვლიან: 1) სისხლის მასას; 2) გულის შეკუმშვის ღონეს და 3) პერიფერიულ წინააღმდეგობას. გავარჩიოთ თითო ფაქტორი ცალკე: მთელი რიგი გამოჩენილ ფიზიოლოგებისა და კლინიკოსტების (Connheim, Landois, Grawitz, Israel და სხვ.) ფიქრობდენ გულის მუშაობაში, ცენტრალურ მოტორის ენერგიაში, ეპოვათ მთავარი ფაქტორი განსაზღვრული წნევისა სისხლის ძარღვებში, როგორც ფიზიოლოგიურ, ისე პათოლოგიურ პირობებში. Landois პირდაპირ აყენებს შემდეგს დასკვნას: „სისხლის წნევა დამოკიდებულია გულის შეკუმშვის სიხშირისაგან და ღონისაგან. ორთავე ეს ფაქტორები ერთად სწყეიტენ ოდენობას სისხლის ძარღვებში გადასროლილ სისხლის მასისა და აქედან სიმალეს სისხლის წნევისა“. მაგრამ ეს, თითქოს უმთავრესი ფაქტორი ჰემოდინამიკაში, თვით უმთავრესად წარმოიშეება ფაქტორებით, რომლებიც გულის გარეშეა, სისხლის ძარღვებში და სისხლის ფიზიკურ თვისებებში. გულის მუშაობის გადიდება, მრავალ მკვლევართა აზრით უმთავრესად მაჯის აჩქარებით წარმოიშეება. Basch, Hürthle, Bezolg, Langedorf, Landois სთვლიან, რომ მაჯის



აჩქარებას, შეუძლიან წნევის მომატება გამოიწვიოს. Heitler, Höber-ი იმ აზრს ემბრობიან, რომ სწორედ ფიზიკურ გარჯის შემდეგ აჩქარება მაჯისა წარმოშობს ამ დროს აღნიშნულ წნევის მომატებას. მაგრამ, როგორც ცნობილია, კიდევ 1896 წ. Tigerstedt-მა აღნიშნა, რომ არაერთიანი განსაზღვრული დამოკიდებულება სისხლის წნევის სიმაღლესა და მაჯის აჩქარების შორის არ არის. ამ უკანასკნელ დროს ეს საკითხი კვლავ იყო ფიზიოლოგ Langendorf-ის და Landois-ს მიერ აღძრული, მაგრამ ყოველ მხრიდან იქმნა აღნიშნული სისწორე Tigerstedt-ის დებულებისა. უკანასკნელს იზიარებენ კლინიკოსტები Hensen-ი და Geisbok-ი. მე აღარ შეეჩერდები ამ საკითხზე, ვიტყვი მხოლოდ, რომ სრულიად საღი გულის დროსაც ტახიკარდია ყოველთვის არ იწვევს წნევის მომატებას. ასე Alb. Fränkel-ი ლაპარაკობს, რომ წნევა, ატროპინის შეშხაბუნების შემდეგ, მიუხედავად ძლიერი ტახიკარდიისა, უცვლელი რჩება. Kahler-იც ამ აზრისაა. ყველა ზემონათქვამის მიხედვით, ტახიკარდია, როგორც მაზეზი წნევის მომატებისა ადამიანზე, უარყოფილი უნდა იქმნეს, თუმცა აჩქარებული გულის მუშაობით უფრო მეტი სისხლის რაოდენობა იგზავნება არტერიებში. ამკარაა ადამიანის ზედმიწევნით განვითარებული რეგულაციის მექანიზმი ამგვარ შემთხვევებში ანელებს მომატებულ წნევას, რაც არ ითქმის ცხოველების შესახებ (Nicolai).

უფრო მნიშვნელოვანია წნევის საკითხის გაშუქებაში გადიდება Schlagvolumens-ის ე. ი. გადიდება ყოველ შეკუმშვის დროს აორტაში გადასულ სისხლის რაოდენობისა. Павлов-მა ცხოველებზე შეურყვევლად დაამტკიცა, რომ გამოცალკევებული გალიზიანებით N. accelerans-ის ტოტებისა, გულის ცემის სიჩქარის შეუცვლელად, მხოლოდ Schlagvolumens-ის გადიდებით შეიძლება მივიღოთ წნევის აწევა. სამწუხაროდ ასე დაყენებული ცდა ვერ სწევტს საკითხს, რადგანაც სისხლის ძარღვებს, პასუხად აწეულ შიგნეულ წნევაზე, შეუძლიათ შეკუმშვნა და ამ გზით ჰიპერტონიის წარმოშობა. Homberger-ის შეხედულებით სისხლის ძარღვები ყოველ ზედმეტ დატვირთვას აქტიურ გაგანივრებით უპასუხებენ.

Павлов-ის აღმოჩენის მიხედვით, უმეტესი ნაწილი ფიზიოლოგებისა, როგორც მაგ.: Tigerstedt-ი, Nicolai-ი და Landois-ც სთვლიან Schlagvolumens-ის მომატებას, როგორც წნევის აწეველ მომენტს, მაგრამ არის ბევრი ჩვენებანიც, რომ ამგვარ წნევის მომატების დროს, ჩათრეულია სისხლის პერიფერიული მილებიც (Langendorf და სხვ.). კლინიკოსტები ამ მექანიზმს, როგორც წნევის გამოიწვეველს, ძლიერ ეჭვის თვლით უცქერიან. მხოლოდ თირკმელების დაავადების დროს ამ თეორიამ იპოვა მთელი რიგი მიმდევართა. ასე Buhl-ი, რომელიც იმ შეხედულებისა იყო, რომ თირკმელების და გულის ცვლილებანი ნეფრიტების დროს კოორდინალურ მოვლენებს წარმოადგენენ, უჭემდებარებს წნევის მომატებას გულის ჰიპერტროფიას. ეს შეხედულება შემდეგში Grawitz-ის და Israel-ის მიერ ასე იყო შეცვლილი, რომ შარდივანი და აზოტოვანი ნატრიუმი გულის ზედმეტ მუშაობას იწვევენ. რაც შეეხება წნევის მომატებას არა ნეფრიტულ დაავადების დროს, აქ იშვიათად არის შესაძლო ლაპარაკი Sschlagvolumens-ის მომატებაზე, როგორც მიზეზობრივ მომენტზე. ამგვარ შეხედულების არიან Hochhaus-ი, Groz-ი, Külbs-ი, Retzlaff-ი, Hasebroeks-ი და Strasbur-



სისხლის წნევის მომატება. კლინიკისტების დაკვირვებანი აორტის დასუსტების დროს ვერს-ი, რომლებიც წნევის მომატებას გადამეტებულ გულის მუშაობაში ხედავენ სხვადასხვა მიზეზების ზეგავლენით.

O. Rosenbach-მა ვერ ნახა ძალღებზე აორტის ხელოვნურ ნაკულოვანების დროს უფრო ძნელად მისაღებია რაიმე დასკვნის გამოსაყვანათ, ვიდრე დაკვირვებანი ცხოველებზე, რადგანაც ადამიანს აორტის სარქველების ნაკულოვანება წმინდა ენდოკარდიტის ნიადაგზე ძლიერ იშვიათად აქვს. უფრო ხშირად იგი ლუფტიურ და ააერომატოზურ ნიადაგზეა. ამ დროს კი ყოველთვის არის ერთდროული ცვლილებანი სისხლის პერიფერიულ ძარღვებშიაც. ამიტომაც არის, რომ კლინიკისტების დაკვირვებანი დიდად განირჩევიან. ასე Frey, Fellner-ი, Bondi-ი და Müller-ი ამტკიცებენ, რომ ამ სნეულების დროს წნევა ნორმის ფარგლებშია. Janeway, Strasburger-ი, Hörner-ი და Iohn-ი გვითითებენ ცვალებად წნევაზე, მხოლოდ Gibson-ი და Krehl-ი ნახულობდენ მომატებულ სისტოლიურ წნევას. აორტის ექსპერიმენტალურ ნაკულოვანების დროს ხშირი უარყოფითი შედეგები წნევის მომატებისა, გვაძლევენ უფლებას უარყოფით მომატება Schlagvolumens-ის, როგორც ჰიპერტენზიის მიზეზი.

დიდი ყურადღების ღირსია იმ მრავალ ფაქტორთა შორის, საკითხი პლეთორის შესახებ, ვინაიდან დღესაც ერთი რიგი კლინიკისტებისა, მასში ხედავენ მიზეზს წნევის მომატებისა. ფიზიოლოგები კი შეთანხმებულად და მტკიცედ სდგანან იმ თვალსაზრისზე, რომ სისხლის მასის მომატებას არ ძალუძს წნევის აწევა (Tigerstedt, Langendorff, Nicolai), მხოლოდ ზოგიერთ ავტორებს სრულიად უარყოფა ამ მექანიზმისა შესაძლებლად არ მიაჩნიათ (Landois, Hirsch, Stadler). კლინიკური ლიტერატურა პლეთორის შესახებ, როგორც მიზეზის მალა წნევისა, Traube-ს ძველი თეორიიდან, გულის ჰიპერტროფიის შესახებ ნეფრიტების დროს, ღებულობს თავისს დასაწყისს. როგორც ვიცით, იგი ფიქრობდა, რომ ნეფრიტების დროს სისხლის რაოდენობა, თირკმელებიდან სითხის ცუდად გამოყოფის გამო, მატულობს, რის გამოც გულს ზედმეტი მუშაობა აწევება. Bamberger-ი და Rosenbach-ი მიემხრენ მას ამ შეხედულებაში, მაგრამ ახალ დროის კლინიკურ შრომებში, ჰიდრემიული პლეთორა, როგორც მიზეზი ნეფრიტიულ ჰიპერტენზიისა, უკუგდებულია. უმეტესი ნაწილი ავტორებისა იცავენ იმ შეხედულებას, რომ სიმაღლე წნევისა ადვილად გამოსწორდება ხოლმე სისხლის ძარღვების რეგულატორული ვაგანიერებით. ამ უკანასკნელ დროს Явех-მა, როგორც ვიცით, კვლავ წამოაყენა მნიშვნელობა Traube-ს თეორიისა და შეეცადა მის დაცვას. სამწუხაროდ მისი არგუმენტები სხვა ავტორების არგუმენტებზე უფრო დამარწმუნებელი როდია, როგორც უპასუხა მას E. Mayer-მა. Dorner-ი და Alder-ი ფიქრობენ, რომ ჰიდრემიულ პლეთორას აქვს მნიშვნელობა მწვავე ნეფრიტების დროს. როგორც საბუთს, Dorner-ი ემყარება იმ ფაქტს, რომ ამ ავადმყოფობის დროს მრავლად სითხის შეყვანა (Volhard-ის წყლით ცდა) იწვევს წნევის მომატებას. Plesch-მა, რომელიც სისხლის რაოდენობის გამოსაკვლევად საკუთარ მეთოდით მუშაობდა, აღნიშნა ჰიპერტენზიული ნეფრიტების, ესენციალური ჰიპერტონიის და არტერიოსკლეროზის დროს, გართულებულ მაღალ წნევით, სისხლის რაოდენობის მომატება და ამიტომ ჰიპერტონიების გან-



სამართლებლად ამ ფაქტს დაემყარა. Trunczek-ი და Griesbach-იც სთვლიან პლე-
თორას, ესენციალურ ჰიპერტონიის დროს, წნევის ამამაღლებელ ფაქტორად.
Volhard-ის აზრით, ფიზიოლოგების ამხედრება Traube-ს თეორიის წინააღმდეგ
არ არის სწორი, რადგანაც მწვავე ექსპერიმენტალური პლეთორისა და ქრონი-
კულ ზედმეტი ავსების (Überfüllung) სისხლის მიმოქცევის წრისა, ერთიმეორეს-
თან დაპირდაპირება სწორი არ არის. ჰიდრემიულ პლეთორაში იგი მხოლოდ
ხელშემწყობ ფაქტორს ხედავს. მარტო ხანგრძლივ პლეთორას რომ არ შეუძლია
წნევის მომატება, ამაში გვარწმუნებენ ჩვენ შემთხვევები პოლიციტემიისა, წნე-
ვის მოუმატებლად, რომლის დროსაც, შემთხვევების ერთ ნაწილში მაინც, სისხ-
ლის რაოდენობა, ყოველ ექვს გარეშე, მომატებულია. Plesch-მა, სხვათა შორის,
აღმოაჩინა პლეთორა ქლოროზის დროს, რომლის დროს, როგორც ვიცით, წნევა
არასოდეს მომატებული არ არის. აქედან თუ პლეთორას, როგორც ფაქტორს
ჰიპერტენზიის წარმოშობაში, უარყოფთ, ეს სრულიად არ არის იმ შესაძლე-
ლობის წინააღმდეგ, რომ მას ვახომატორული რეგულაციის დარღვევის დროს
არ შეეძლოს წნევის მომატება. Hensen-ს და Fahr-ს ეს მექანიზმი მიაჩნიათ მისა-
ლებლად გარდამავალი ჰიპერტონიის დროს.

ებლა გვრჩება გასარჩევად მესამე ფაქტორი, წინააღმდეგობის მომატება
სისხლის პერიფერიულ ძარღვებში.

უკვე Tigerstedt-მა აღიარა, რომ „წნევის სიმალღე მტკიცედ არის დამო-
კიდებული სისხლის ძარღვების კონტრაქციიდან“-ო და ამ შეხედულებას იზიარე-
ბენ აგრეთვე Basch-ი, Moritz-ი, Tandeloo და Höber-ი. დიდი რიცხვი კლინი-
ტისტებისა ემხრობიან ამ შეხედულებას, რომ მხოლოდ გაძლიერებული წინააღ-
მდეგობა პერიფერიულ ძარღვებში არის მიზეზი ჰიპერტენზიის, როგორც მაგ: Fe-
dern-ი, F. Müller-ი, Volhard-ი და სხვ.

მაგრამ, მაშინ როდესაც ამ ძირითად ფაქტზე ავტორთა შორის სრული
თანხმობა სუფევს, ეს თანხმობა იმ წამსვე იცვლება უთანხმოებათ, თუ მოვისუ-
სურვებთ ლიტერატურაში განმარტებას, რას შეიცავს წარმოდგენა „გადამეტე-
ბული წინააღმდეგობა“-? ფიზიკური თვალსაზრისით შესაძლებელია წინააღმდე-
გობის მომატება პერიფერიულ ძარღვებში სხვადასხვა მომენტებით იყოს გა-
მოწვეული. ასე შესაძლებელია საქმე ეხებოდეს ყველა ძარღვების ელასტიკობის
შემცირებას, ან და მათი დიდი ნაწილისა, შემდეგ შესაძლებელია ანატომიური ანუ
ფუნქციონალური შევიწროება ყველა არტერიებისა ან და იმ ნაწილისა, რომელიც
შობს მიზეზს პერიფერიაზე წინააღმდეგობის მომატებისა. ბოლოს შესაძლებელია,
ამ მხრივ, გარედან ზედაწოლა იყოს მნიშვნელოვანი. ამ უკანასკნელ ფაქტს მხო-
ლოდ მცირე რიცხვი ავტორებისა აღიარებენ, როგორც წყაროს ჰიპერტენზიისა.

ფიზიოლოგები მას სულ არ იხსენიებენ, მხოლოდ, დრო გამოშვებით, კლი-
ნიკისტები აჩერებენ მასზე თავის ყურადღებას. ნუ შეგწერდებით Frenkel-ის შე-
ხედულებაზე, რომელსაც მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა აქვს, თითქოს
ცხიმის დაგროვებას მუცლის კედლებში შეეძლოს ზედ დაწოლა სპლანხნიკუსის
ძარღვებზე (Splanchnicus gefässe) და აქედან წარმოშობა სისხლის გაძნელებულ
მიმოქცევისა და წნევის მომატებისა. დაახლოვებით ამგვარ მექანიზმით ხსნიან
ჰიპერტონიის წარმოშობას, ამ უკანასკნელ დროს, მთელი რიგი ავტორებისა, რო-



გორც Senator-ი, Lanre и Мансветова, Geisböck-ი, Zowi და Moritz-ი, და კიდევ ბევრი სხვები. უფრო საინტერესოა შვეიწროება სისხლის ძარღვებისა, სხეულის განსაზღვრულ მიდამოში და აქედან წარმოშობილი გაძლიერებული წინააღმდეგობა, როგორც ჰიპერტენზიის მიზეზი. Traube-დან დაწყებული 1856 წლიდან, გულის ჰიპერტროფიის განმარტებას ნეფრიტების დროს ცდილობდნენ მით, რომ დაავადებული თირკმლები სისხლის ნაკადს გადამეტებულ წინააღმდეგობას უწევენ. ამ თემის ირგვლივ კამათი ჯერაც არ ჩამქრალა. Bartels-მა ამ თეორიის ძირითადი დებულება, უნიადაგოდ აღიარა. ამ საკითხის ირგვლივ ძლიერ ბევრი ექსპერიმენტალური ცდებია გატარებული, მაგრამ, სამწუხაროდ, შედეგებიც ძლიერ სხვადასხვანაირია.

Traube-ს ე. წ. მექანიკური თეორიის მოწინააღმდეგენი უპირველესად ყოვლისა იმ ფაქტს ემყარებიან, რომ ერთი თირკმელის ამოკვეთა წნევის მომატებას არ იწვევს (Rosenstein, Zander). აგრეთვე, თანახმად Litten-ისა, თირკმლების ორთავე არტერიების სრული გადასკვნა, არ იწვევს წნევის მომატებას. მხოლოდ Lewinski-იმ და Katzenstein-მა მიიღეს ექსპერიმენტალურად წნევის მომატება თირკმლების არტერიების ნაწილობრივ შვეიწროებით. ეს აღმოჩენა მათ ასე განმარტეს, რომ თირკმლების არტერიების საწილობრივი შვეიწროება იწვევს წვრილ ტოტების თრომბოზს და ამგვარად შექმნილი გაძლიერებული წინააღმდეგობა დაავადებული თირკმლების მდგომარეობას უფრო შეეფარდება, ვიდრე სრული გადასკვნა.

სამწუხაროდ Senator-მა მრავალრიცხოვან ცდებზე ორთავე ავტორების ექსპერიმენტების შედეგები ვერ დაადასტურა. არტერიების შვეიწროებით მან სრულიად უსისტემო წნევის რყევა მიიღო, ისე როგორც სრულიად გადასკვნის დროს. აგრეთვე Senator-მა, ისე როგორც Alwens-მა, Fr. Müller-მა და Maas მა, ექსპერიმენტალურად, თირკმლების არტერიებში პარაფინის შემზაპუნებით წნევა ვერ გააღიდა, მაშინ როდესაც Bitorf-მა, ზეთის შემზაპუნებით თირკმლების არტერიებში, მიაღწია აშკარად წნევის მომატებას. შედეგების დიდი განსხვავება ადვილად ასახსნელია, თუ მივიღებთ მხედველობაში, როგორც მეთოდიკის, ისე საცდელი მასალის სხვადასხვაობას. Kahler-ის შეხედულებით, ძლიერ დამარწმუნებელი საბუთი იმ უარყოფით შედეგებშია, რადგანაც არც ერთ დადებით შემთხვევაში გადაწყვეტით არ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ წნევის მომატება, რეფლექტორული გზით არ წარმოიშვა სხეულის ყველა ძარღვების კონტრაქციით. უპირველესად ყოვლისა ხელთ არ გვაქვს იმისი საბუთი, თითქოს ჰიპერტენზიული ნეფრიტების დროს თირკმლებში წნევის გამოსაწვევი გადამეტებული წინააღმდეგობა, როგორც ამას ფიქრობდა Volhard-ი. მუხედავად ზემოდ თქმულისა; ფრანგულ ლიტერატურაში ბევრნი ემბრობიან მექანიკურ თეორიას. ასე Ambard-ი ამ მექანიკური გზით ცდილობს, შექმუხული თირკმლების დროს, ჰიპერტენზიის ახსნას. Couget-ი, L. Bernard-ი, Chauffard-ი და Laederich-ი წინააღმდეგობის მომატებას თირკმელში სთვლიან ნეფრიტული ჰიპერტენზიის უმთავრეს მიზეზად. Явейн-იც ამ აზრისაა. უკანასკნელ დროს მექანიკური თეორია კვლავ წამოყენებულია v. Braun-ის მიერ. ის გამოდის ჰიდრონეფროზის დროს აღმოჩენილ გულის ჰიპერტროფიიდან და Kornitzer-ის ექსპერიმენტალურ ცდებს ემყარება,

რომელმაც ისე, როგორც მის წინ Beckmann-მა, Straus-მა და Rauterberg-მა შარდადენის გადასვენით ცხოველებზე წნევის მომატება მიიღო. კლინიკურ ლიტერატურაში ბევრი საბუთებია იმის დასამტკიცებლად, რომ შარდის შეგუბებას ზოგიერთ პირობებში წნევის მომატება და ხანგრძლივი არსებობის დროს კი გულის ჰიპერტროფია გამოუწვევია. Straus-ს და Brasch-ს უნახავთ ავთვისებიანი სიმსივნით შარდადენის დახურვის გამო წნევის მომატება გულის პირვანდელი ჰიპერტროფიით. ტოტალური ანურიის დროს ჰიპერტენზიის შესახებ მოგვითხრობენ მთელი რიგი ავტორებისა, როგორც Ascoli, Pätzler-ი, Lohleih-ი, Adrian-ი და Volhard-ი. ეხლა თუ გადავავლებთ თვალს ყველაფერს ზემოდ მოყვანილს, რაც Traube-ს მექანიკურ თეორიის სასარგებლოდ და მის წინააღმდეგ ლაპარაკობს, გამოდის, რომ ყველა ექსპერიმენტალური საბუთები მიუხედავად Braun-ის თავგამოდებით მისი დაცვისა, საწინააღმდეგოდ ლაპარაკობენ: პირველი—ნორმალური წნევა მთელი კიდურის ამპუტაციის შემდეგ; მეორე—იმ სნეულების დროს, რომელიც განსაზღვრული ადგილის სისხლის ძარღვების შევიწროებით მიმდინარეობს, როგორც მიგალითად Morbus Raynaud, და მესამე — ნორმალური წნევა სისხლის ძარღვების გარცელებულ სკლეროდერმიის დროს. ამიტომ მექანიკური თეორია უკუგდებული უნდა იქნეს.

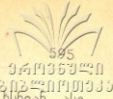
უკვე Traube-მ მიგვითითა იმაზე, რომ წნევის მომატებას და გულის ჰიპერტროფიას, ნეფრიტების დროს, ბიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან ესენი ორგანიზმის თავდაცვითა მოვლენას წარმოადგენენ. წნევის მომატებით მატულობს ფილტრაციული წნევა და დიურეზი უმჯობესდება. როგორც ვიცით, Traube-ს განმარტების შემდეგ, მის მიმდევართა მიერ ეს თეორია კვავ იყო წამოყენებული Bartels-ის, Lewinsk-ის, Leyden-ის, Cohnheim-ის და L. Bernard-ის მიერ. ისინი ხაზს უსვამენ იმ გარშემებას, რომ თირკმლების შედარება სხეულის სხვადასხვა ნაწილებთან დაუშვებელია, ვინაიდან იგი, როგორც უნიშვნელოესი გამოყოფელი ორგანო, მოითხოვს გულიდან—განსაზღვრულ დროს—განსაზღვრულ რაოდენობას სისხლისას. ზედმეტი წინააღმდეგობის გაჩენა თირკმლებში აიძულებს გულს იმ წუთშივე ზედმეტ კომპესატორულ მუშაობაზე, თირკმლებში ნორმალურ სისხლის მიმოქცევის შესანარჩუნებლად. სულ სხვა გვარად განმარტავს ამ მოვლენას Jonson-ი, იგი ლაპარაკობს, რომ თირკმლების ანთების დროს, უპირველესად სისხლის ძარღვები ვიწროვდება. ამის გამო, ნეოთიერებათა ნაწილი გამოუყოფელი რჩება, რაც მავნედ მოქმედებს სხეულის უჯრედებზე და თავდასაცავად ამ მავნე გავლენისაგან, ხდება შეკუმშვება ყველა ძარღვებისა და წნევის მომატება დიურეზის გასაუმჯობესებლად. ამავე თვალსაზრისით უდგებიან წნევის მომატებას Volhard-ის თანამოაზრენი Fahr-ი, Carnot და Rathéry, რომელთა აზრით ჰიპერტენზია ნეფრიტების დროს კომპესატორული პროცესია.

მე აღარ შევაჩერებ ეხლა თქვენს ყურადღებას ელასტიკობის შემცირებაზე და არტერიების ანატომიურ ცვლილებების მნიშვნელობაზე წნევის წარმოშობის დროს, ვინაიდან ეს თითქმის ყველასათვის ცნობილია. მე მსურს, ოდნავად ამომწურავად შევეხო საკითხს, Gefaslumina-ს ფუნქციონალურ შევიწროებისას გამოწვეულ სისხლის ძარღვების კედლების კონტრაქციით, როგორც წყაროს წნევის მომატებისა.



ვაზომატორების აღმოჩენის შემდგომ Weber-ის, Magendie-სა და Glaude Bernard-ის მიერ გამოქვეყნებული იქმნა ურიცხვი ექსპერიმენტალური შრომები, რომლებიც ცდილობენ ამ პრობლემის ყოველ მიმართულებით განმტკიცებას. უკვე ძველი დროიდან ცნობილია, რომ კანის გრძნობიერებითი (sensibler) გალიზიანებით წარმოიშვება წნევის მომატება საერთო ვაზოკონტრაქციის გამო (Magendie, Bezold). Ludwig-მა და Thiry-მ, Павлов-მა, Wooldridge-მა და სხვებმა მიგვიითეს შემდეგ, რომ წნევის მომატება Vagus-ის გადაკვეთით, ისე როგორც გულის პერიფერიული ნერვების გალიზიანებით, (auch bei Acceleransrei Zung ung) იმავე გზით წარმოიშვება. ძლიერ საინტერესოა Bezold-ის და Gscheidlen-ის დაკვირვება, რომ სისხლის მოძრაობის შეჩერების დროს, ვაზომატორული გალიზიანება სისხლის გადასვლას იწვევს არტერიებიდან ვენებში. ამ აღმოჩენაზე დამყარებით, ფიზიოლოგიის თითქმის ყველა სახელმძღვანელოებში დაცულია ის თვალსაზრისი, რომ მთავარი მომენტი წნევის მომატებისა არის პერიფერიულ ძარღვების ფუნქციონალურ შევიწროებაში (Tigerstedt, Nicolai, Tendeloo, Höber). ამასთანავე დიდნიშვნელოვანია როლი პატარა ძარღვების. ძველ დროში მრავალჯერ არის წამოყენებული საკითხი, თუ რა იწვევს დიდი თუ პატარა ძარღვები კონტრაქციას, წნევის მომატებას. ამ პრობლემის ექსპერიმენტალური გზით გაშუქება შეუძლებელია, ვინაიდან ძარღვების შეკუმშვა არასოდეს არ განისაზღვრება ძარღვების ამა თუ იმ ყალიბით. მხოლოდ ზემონათქვამიდან დასაშვებია, რომ საერთო ძარღვების კონტრაქციაში უმნიშვნელოესი ადგილი წნევის მომატებაში კაპილარების წინა არტერიოლებს ეკუთვნის. Славянский-დან დაწყებული v. Basch-მა და S. Meger-მა გვაჩვენეს, რომ ცხოველებზე Splanchnicus-ის გალიზიანება, რომლის ტოტები მთელ შინაგან ორგანოებზე ვრცელდება, განსაკუთრებით ძლიერ წნევის მომატებას იწვევს, ამავე დროს კანის ძარღვები განიერდება. აღნიშნული ავტორების აღმოჩენამ სხვა შედეგებთან ერთად მიიყვანა Dastre-ი და Morat. წ. Loi de balance“-ის შეხედულებამდე, რომლით კანისა და შინაგანი ორგანოების სისხლის ძარღვების შორის სუფევს ანტაგონიზმი იმგვარი, რომ პირვლების შეკუმშვის დროს-მეორეები განიერდებიან პირიქით. ამ დებულების გასამაჯრებლად გამოქვეყნებულია მთელი რიგი შრომებისა, მაგრამ ეს ჩვენს თემას არ ეხება და ამიტომ მე აქ არ შეჩერდები.

მხოლოდ ერთ რამეს უნდა ექნეს გასმული ხაზი, რომ ანტაგონიზმი ავტორების მიერ სხვადასხვა მიმართულებით არის აღმოჩენილი, მაგალითად Splanchnicus-ი წინააღმდეგ კანის, ტვინის და მუსკულატურის (Romberg und Pázler, Gottlieb und Magnus) Splanchnicus-ი და ტვინი — წინააღმდეგ კიდურებისა. (Romberg, O. Müller) Splanchnicus-წინააღმდეგ კანის, ტვინის, თირკმელების Wertheimer u. a.) მეტი ნაწილი მკვლევარებისა შეთანხმებულია იმაში, რომ სიმალე წნევისა, უპირველესად ყოვლისა, splanchnicus-ის მიღების ტონუსზე დამოკიდებული (Coltz, Павлов, v. Basch, u. a.). Tigerstedt-ი იმ შეხედულებისაა, რომ უმთავრესი მნიშვნელობა, ყოველ წნევის მომატების დროს, splanchnicus-ის ძარღვების შეკუმშვას ეკუთვნის და ეს შეხედულება დაცულია ყველა შემდეგ გამოსულ ფიზიოლოგიებში (Nicolai, Moritz, Tendeloo, Höber). მაგრამ არიან ფიზიოლოგები, რომლებიც შესაძლებლობას წნევის მომატებისა არა მა-



რტო განცალკევებული კონტრაქციით Splanchnicus-ის ძარღვებისა Heidenhain und. V. Basch.-მა დამტკიცეს Medulla oblongata-ს ელექტრონიკა-ლიზიანებით, რომ ამ გვარ გალიზიანებით წნევა უფრო მკვეთრად მატულობს, ვიდრე გრძობიერობით გალიზიანების დროს და აქედან მათ დაასკვნეს, რომ ამ ცენტრალური წნევის მომატების დროს, ყველა სხეულის ძარღვები და აგრეთვე კანის ძარღვებიც იკუმშება. ბოლოს საინტერესოა ის მოვლენა, რომ ორთავე Splanchnicus-ის გადაკეთის შემდეგ წნევა 12 დღის შემდეგ კვლავ მიიწვია ძველ დონეს (Asp.), რაც იმის სასარგებლოთ ლაპარაკობს, რომ სისხლის ძარღვებისა აქვთ საკუთარი ტონუსი. Tigerstedt-ი თუმცა სთვლის, რომ ყოველი წნევის მომატებაში მონაწილეობას იღებს N. Splanchnicus-ის მიდამოს ძარღვები მაგრამ იგი მაინც ფიქრობს; რომ არ არის აბსოლუტური ანტოგონიზმი სხვადასხვა მიდამოების სისხლის ძარღვებთა შორის. კლინიკისტიები უფრო დიდ მნიშვნელობას აწერენ Splanchnicus-ის ძარღვების ფუნქციონალურ შევიწროებას, როგორც ტონუსის გამტკიცებელ ფაქტორს. Romberg-ი, მაგალითად, ასე ფიქრობს: „Das Splanchnicus gebiet beherrscht maßgebend den allgemeinen Druck. Dieser Satz hat uneingeschränkte Gültigkeit“. ამ შეხედულებას კლინიკისტიების დიდი ნაწილი იზიარებს (Kolb, Groedel, Pal, Moritz, Horner, Raff u. a.). სამწუხაროდ ამ შეხედულების ძირითადი დებულებანი მკაცრი კრიტიკის შემდეგ არ ითვლება შეურყევლად. ასე წინააღმდეგ მარტო Splanchnicus-ის მიდამოს გადამწყვეტ მნიშვნელობისა წნევის გენეზისათვის არის წამოყენებული დაკვირვებანი Schüller-ს, Lehmann-ის, Schüller-ს, Strasburger-ის და სხვ. ცივი აბაზანებით გამოწვეული წნევის მომატების შესახებ. თუ სწორია ზემოდ მოყვანილი ანტაგონისტური მოქმედება სხეულის ძარღვების სხვადასხვა მიდამოებისა, ცივი აბაზანებით კანის ძარღვების შევიწროება უნდა გაგანიერდეს Splanchnicus-ის ძარღვების მიდამო და წნევა ცივი აბაზანების დროს უნდა დაეცეს. ამ შეუფარდებელ მოვლენას Членов-ი და O. Müller-ი იმიო ფიქრობენ ახსნან, რომ ამ დროს Splanchnicus-ის ძარღვების გაგანიერება არ არის ისეთი მძლავრი, რომ წნევის მომატება გამოიწვიოს, აქედან აშკარაა. Splanchnicus-ი რეგულაციის საკითხში კარგავს იმ მნიშვნელობას, რომელიც მას აქვს განმტკიცებული შეურყევლად ცხოველებზე. შესაძლებელია, მართალია Krehl-ი, რომელიც ფიქრობს, რომ ადამიანის შიშველ კანსა და ძუძუმწოვარ საცდელ ცხოველებთა ტყავის შორის დიდი განსხვავებაა ნერვების განვითარების მხრივ. ამიტომ Krehl-ი ფიქრობს, რომ Splanchnicus-ის ძარღვების კონტრაქციასთან ერთად შევიწროება ძლიერ განვითარებულ კანის ძარღვების, როგორც მიზეზი ჰიპერტენზიისა, მისაღებია. ამ აზრების სხვა და სხვაობის გამო, Kahler-ი მთელ ლიტერატურული მასალის კრიტიკის ქარცხცხში გატარების გამო, გადუწყვეტლად სთვლის, შეუძლია თუ არა განცალკევებულ კონტრაქციას Splanchnicus-ის წნევის გამოწვევა. მაგრამ დამტკიცებულად სთვლის მხოლოდ შემდეგს: „Sicher ist dass bei der Mehrzahl, wenn nicht bei allen Hypertensionen, welche überhaupt durch Gefäßkontraction zu stande kommen, Sämtliche Arterien an der Verengerung beteiligt sind.“

მრავალ მხრივ არის დამტკიცებული, რომ ერთი ნაწილი კლინიკურად გამოხატულ ჰიპერტონიისა წარმოშობილია წმინდა ნერვულ ნიადაგზე, პირდაპირ-



რი გალიზიანებით („psychische“) ვაზომატორული ცენტროსი (Hensen-ის ცენტროსი) Beck, შემდეგში, მთელ რიგ ავტორების მიერ Sommerfeld-ის, A. Israel-ის, Zabel-ის Raff-ის, Grozmann-ის და სხვების მიერ დამტკიცებული რყევა წნევისა, ნერვიულ ინდივიდებზე, იყო ზოგიერთ ავტორების მიერ (Solis—Cohen, H. Herz) სახელწოდებული „Vasomotorische Ataxie“. მეტად საინტერესოა ჩვენთვის, როგორც ჩვენი მიმოხილვის საგნისათვის, რომ არამ თუ გარდამავალი წნევის მომატების დროს, არამედ მუდმივი ჰიპერტონიის დროსაც, დასაშვებია პირდაპირ ცენტრალური ვაზომოტორული გალიზიანება. უკვე Rokitsansky გულის იდიოპათიურ ჰიპერტროფიას, რომელსაც ამ ჟამად ნაწილობრივად შეიძლება ეწოდოს „ესენციალური ჰიპერტონია“, ინერვაციის მოშლით ხსნიდა. შემდეგ Israel-მა გამოსთქვა შეხედულება, რომ ხანგრძლივ ჰიპერტენზიების ზოგ შემთხვევაში არ არის რენალური გენეზი. Monakow-მა, Clough-მა, Krehl-მა და Goldscheider-მა ეხლანდელ დროში, ეს ძლიერ საკამათო ავადმყოფობის გამოხატულება, ვაზომოტორების ცენტროს ვადამეტებულ გალიზიანებას მიაწერა. H. Straus-ი, Pal-ი Rosin-ი და Külbs-ი უშვებენ ამ მექანიზმს („ესენციალურ ჰიპერტონიის“ ერთ ნაწილისათვის, Dubois, Valhart-ი და Pelnar-ი კი სპეციალურად კლიმაქტერიულ ჰიპერტენზიისათვის. Kahler-ის ამტკიცებს, რომ „ესენციალურ ჰიპერტენზიის“ შემთხვევებში ყოველთვის ერთი და აგივე გენეზი არ არის. იგი, როგორც ზემოთ მოყვანილი ავტორები, ერთ ნაწილსათვის იმ შემთხვევებისას, რომელსაც იგი უწოდებს „ხმლბარე“ ფორმას, უშვებს პირვანდელ გალიზიანებას ვაზომოტორულ ცენტროსი, (einen primären Reizzustand). Munk-ი ამგვარ მექანიზმის შესაძლებლობას ავადმყოფობის დასაწყისის ხანაში ლებულობს და უწოდებს მას „neurasthenischen stadium“, რასაც Mosler-იც იზიარებს, მხოლოდ Saaler-ი კი უარყოფს. შემდეგ, სტადიუმს, რომლის დროს, მისი აზრით, უკვე გამოხატულია სკლეროზი ტვინის არტერიებისა, Munk-ი უწოდებს „hypertonische Hirnsclerose.“ უკვე დიდა ხანია მას შემდეგ, რაც Reibold-ის და Lippman-ის მიერ აღნიშნულია არტერიოსკლეროზი ტვინის ბაზალურ არტერიებისა, როგორც ჰიპერტენზიის წყარო. ისინი ფიქრობენ, რომ ძარღვების ეს ცვლილებანი განსაკუთრებით მაშინ იწვევენ წნევის მომატებას, თუ ვაზომოტორულ ცენტროსთან ახლო არიან სოთავსებული. Ceelen-მა ამგვარი ცვლილებანი მოგვძო ტვინში აღმოაჩინა შექმუხნულ თირკმელის დროს, მაგრამ მან ეს შემთხვევა სხვა გვარად განმარტა. ასეა თუ ისე, ნევროგენური თეორია ესენციალური ჰიპერტონიის შემთხვევების ერთ ნაწილისათვის უარყოფილი ვერ იქნება.

პარალელურად ამ თეორიასთან, მრავალ ავტორების მიერ მიღებულია კიდევ მეორე, წმინდა ნერვულ გზით წარმოშობილი, ძარღვების კონტრაქცია, როგორც ჰიპერტონიის მიზეზობრივი მომენტი. ასე დამტკიცებულია, რომ ცენტრალური ვაზომოტორული გალიზიანება შესაძლებელია წარმოიშვას სისხლის ძარღვების რეფლექსით (Gefäßreflexen). ასეთი რეფლექტორიული გენეზი უპირველესად ყოვლისა, მთელი რიგი გარდამავალი ჰიპერტენზიისათვის არის მიღებული. Magendie და Bezold-იდან დაწყებული, ფიზიოლოგებმა წნევის მომატება, გრძნობიერობითი კანის გალიზიანების დროს, განსაკუთრებით მტკივანი გალიზიანებით, ძარღვების რეფლექტორულ კონტრაქციას მიაწერენ. H. Curschmann-მა



აღნიშნა, რომ აღმნიშნებზე, ამგვარად წნევის მომატება ხდება მუცელში ტკივილების დროს. ზოგიერთები, ხანგრძლივ ჰიპერტონიასაც აგრეთვე, რეფლექტორულ პროცესებს აწერენ. აქ პირველ ადგილას უნდა იქმნეს დასახელებული Federl-ი, რომელიც წნევის ყოველ მომატებას სთვლის შედეგად რეფლექტორული გზით წარმოშობილი ძარღვების კონტრაქციისა და უმთავრეს როლს აწერს ნაწლავების აშლას (Darmstörungen). აგრეთვე მთელი რიგი ავტორებისა ნეფრიტების დროს წნევის მომატებას აწერენ რეფლექს, გამომდინარე დაავადებული თირკმელიდან. პირველი, რომელმაც გამოაქვეყნა ასეთი შეხედულება ჰიპერტენზიების წარმოშობის შესახებ, მწვავე ნეფრიტების დროს, იყო Hallopeau. შემდეგ მას მიემხრენ Loeb, Osthoff, M. B. Schmidt, Fahr ი და ამ უკანასკნელ დროს Taneloo. Mac Gillavry ასეთ შესაძლებლობას იმ ფაქტში ხედავს, რომ ცხოველებზე თირკმელიდან ღორხალურად მდებარე ნერვის გალიზიანება იწვევს წნევის მომატებას. დიდად დაცლებული არ არის ამ რეფლექტორული თეორიისაგან Volhard-ის თეორია. Osthoff-ის შეხედულებასთან დაკავშირებით, რომ თირკმელების სისხლის ძარღვების ანთება რეფლექტორულად splanchnicus-ის გალიზიანებას იწვევს, Volhard-იც ფიქრობს, რომ ნეფრიტების დროს მისი შეხედულებით არსებობს კრუნჩხვა გლომერულების წინაარტერიებისა, ნეფროსკლეროზის დროს, კი პირიქით ელასტიური ჰიპერპლასტიური შესქელება იმავე ძარღვების ინტიმისა, იწვევს რეფლექტორული გზით, Splanchnicus-ის გალიზიანებას, Splanchnicus-ის გალიზიანება ხელს უწყობს ადრენალინის ზედმეტად სისხლში გადასვლას, რაიც ქმნის წნევის მომატებას.



აქედან ჩვენ გადავდივართ ქიმიური თეორიების განხილვაზე. თუ Volhard-ი უმთავრეს ძალას წნევის მომატებაში, რეფლექტორულ მექანიზმში პოულობს, არის მთელი რიგი ავტორებისა რომლებიც ხანგრძლივი ჰიპერტონიის მიზეზად ძარღვების საერთო კონტრაქციას სთვლიან, წარმოშობილს პირდაპირ ქიმიურ ნივთიერებათა ზეგავლენით. მე არ ვაჩერდები იმ ნივთიერებათა გარჩევაზე, რომლებიც ყველასათვის ცნობილია. მოვიხსენებ მხოლოდ, რომ ამ ნივთიერებათ ექვთენის: CO₂, მთელი რიგი ნორმალურ ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის პროდუქტებისა, რომელთა არანორმალურად დაგროვება სისხლში მიჩნეულია წნევის მომატებელ ფაქტორად.

ეს Retentionshypertonie ყოველ მხრივ იყო განხილული ჰიპერტენზიების გასაშუქებლად ნეფრიტების დროს, ვინაიდან, ექვს გარეშეა, რომ ნეფრიტების სტადიუმში ეს ნივთიერებანი მომატებული რაოდენობითაა სისხლში. (Riegel, Bier, Rolb, Ascoli, F. Müller და ბევრი სხვ.). მაგრამ, თუ ყველა ეს ავტორები, ერთხმად აღნიშნავენ ამ ნივთიერებათა არანორმალურ დაგროვებას სისხლში, სამაგიეროდ თვით ამ ნივთიერებათა შესახებ მხოლოდ ზოგადად მსჯელობენ. იმ ფაქტიდან, რომ ნეფრიტების დროს არა იშვიათად ხდება ქლორნატრიუმის დაგროვება სისხლში (Widal, Ambard et Beaujard, Laufer, Bergougnau et Fiessinger, R. Bayer). ეს მთელი რიგი გამოჩენილ ფრანგ ავტორებისა ცდილობდნენ ქლორნატრიუმში ეპოვნათ წყარო ნეფრიტული ჰიპერტენზიისა. Bayer-მა კიდევ შეეცადა ეს შესაძლებლობა ექსპერიმენტალურად დაემ-



ტკიცებია. მან შეამჩნია, რომ მარილიო მდიდარი საჭმლის მიღების შემდეგ იწვევდა და მარილით ლარიბ საჭმლის დროს კი ეცემოდა. მისი ცდები, სხვების მიერ მრავალჯერ განმეორებული, არც ერთხელ არ დამტკიცდა (Броукий, Löwenstein, Horner). თუ დღეს ჩვენ ვიცით, რომ მარილების გამოკლება საჭმლიდან ჰიპერტონიებს ხანდახან უქვეითებს წნევას, ეს სრულიად არ არის საბაბი მისთვის, რომ მას მიზეზობრივი მნიშვნელობა წნევის მომატებაში მივაწეროთ. ცილოვან ნივთიერებათა მნიშვნელობაზე, როგორც ყველასთვის ცნობილზე, მე არ შევჩერდები. ოდნავად შევეხები Trunczek-ის შეხედულებას, როგორც ორგინალურს, რადგანაც იგი უიქრობს, რომ იმ ჰიპერტენზიის დროს, რომელსაც იგი სპასტიურს ეძახის, ძარღვების კრუნჩხვა წარმოსდგება შედეგად გადამეტებული წვისა ნახშირის, გოგირდის და ფოსფორმჟავებისა. უფრო მკირედ მოიძებნება ლიტერატურაში ცნობები ხოლესტერინის მომატების მნიშვნელობაზე ჰიპერტენზიის საკითხში. Mause-ს მიუღია განმეორებით ხოლესტერინის შესწავლებით სისხლში წნევის აწვევა, მაგრამ ჰიპერხოლესტერინემია, როგორც წნევის მომატებული ფაქტორი არ შეიძლება იქმნეს მიღებული, რადგანაც ჩვენ ვიცით მთელი რიგი სნეულებებისა, სადაც აშკარაა ჰიპერხოლესტერინემია, მაგრამ არასოდეს არავის არ უნახავს მაღალი წნევა (Icterus, Cholelithiasis, Xantomatose).

მას შემდეგ, რაც რომ დამტკიცებული იყო, რომ ექსტრაქტი ზოგიერთ შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებისა იწვევენ წნევის მომატებას, ყოველ მხრიდან იყო მითითებული, რომ სხვადასხვა ჰიპერტენზულ, მდგომარეობის დროს წყარო მაღალ წნევისა შინაგანი სეკრეციის აშლაშია. მე არ შევჩერდები იმ ფიზიოლოგიურ ცდებზე, რომლებმაც 1895 წლიდან დაწყებული დაამტკიცეს, რომ თირკმელების ზედაჯირკვლების ექსტრაქტი წნევის მომატებას იწვევს. აღვნიშნავ მხოლოდ, რომ v. Neusser-ი იყო პირველი, რომელსაც ორ დაკვირვებიდან, თირკმელების ზედაჯირკვლების კირჩხიბიანზე, გართულებულზე ხანგრძლივ ჰიპერტონიით, გამოსთქვა ჰიპოტეზა, რომ უთუოდ ამ შემთხვევაში სიმსივნის უჯრედები ჰარბად გამოყოფენ ტონუსის გამაძლიერებელ ნივთიერებას. ათი წლით ადრე, ვიდრე Neusser-ი აღწერდა თავის შემთხვევას, F. Frenkel-მა აღწერა თავისი შემთხვევა, რომელიც კლინიკურად ქრონიკულ ჰიპერტენზიურ ნეფრიტის სახით მიმდინარეობდა, მაგრამ გაკვეთის დროს თირკმელები სრულიად სალი აღმოჩნდა, თირკმელების ზედა ჯირკვლებში კი—ორივე მხარეზე Angiosarcoma იყო. Neusser-ის ერთ შემთხვევაში Biedl-მა შესძლო სიმსივნეში დამტკიცება წნევის მომატებულ ნივთიერების ჰარბად არსებობის, მაგრამ მან, ისე როგორც Greer-მა და Welis-მა, Brooks-მა და შემდეგ Adrtan-მა ხაზი გაუსვეს, რომ hypernephroma-ების ექსტრაქტი არ შეიცავს ტონუსის მომატებელ ნივთიერებას. ეს დასკვნა ეთანხმებოდა იმ კლინიკურ შეხედულებას, რომ ჰიპერნეფრომების დროს წნევა, როგორც კანონი, დაწეულია. მაგრამ, შემდეგში კვლავ მთელ რიგ ავტორებმა აღნიშნეს, თირკმელების ზედაჯირკვლების სიმსივნის დროს, წლობით მიმდინარე ჰიპერტენზია (Orth, Bittorf, Wideroe, Volhard, Munk). ქრონიკული ნეფრიტების და არტერიოსკლეროზის დროს, პირველად ფრანგ ავტორებმა აღი-



არეს, თირკმელების ზედა ჯირკვლების ზედმეტი ფუნქცია, როგორც ჰიპერტენზიის მიზეზი. Vaquez, Ambard et Aubertin, Josué, Widal et Boidin, Gouget, Zanardini-მ აღწერეს ამდღგომარობის დროს ადენომები და ადენომატოზური ჰიპერპლაზია თირკმელების ზედა ჯირკვლების ქერქოვან შრისა და დაასვენეს, რომ წნევის მომატების მიზეზი ქერქოვანი შრის ზედმეტ ფუნქციაშია. ეს სწავლა „Hyperepinephrie“-ბის შესახებ, სუსტი გამოდგა და დიდი კამათი გამოიწვია თვით საფრანგეთში (Ménétrier, Darré, L. Bernard, Chauffard et Laderich) მით უმეტეს, რომ Oliver-მა და Schaefer-მა დაამტკიცეს, რომ წნევის მომატებული ნივთიერება ქერქოვან შრეში კი არა, ტვინოვან შრეშია მოთავსებული და ეს ნივთიერება ტვინოვან შრიდან, როგორც ადრენალინი გამოიყო Takamine-მ. ამის შემდეგ ცდები ტვინოვან შრისაკენ იქნა მიმართული და Wiesel-მა პირველმა დაამტკიცა ასეთი შესაძლებლობა. ფრანგ ავტორებმა (Vaquez და Aubertin, Aubertin და Clunet, Guillard, Baduel, Philpot) აქარდნენ თავის წინანდელ აღმოჩენის უარყოფით და წნევის ამწეე მიზეზად მიიჩნიეს თირკმელების ზედაჯირკვლების ტვინოვანი ნივთიერება, როგორც ნეფრიტების, ისე არტერიოსკლეროზის დროს. სამწუხაროდ, შემდეგი უფრო დაწვრილებითი გამოკვლევით, ეს შეხედულება არ დამტკიცდა. არც არტერიოსკლეროზის დროს (Горновский и Новицкий) არც ნეფრიტების დროს (Aschof und Cohn, Bi torf, d. Allesandro) ან და შექმუხულ თირკმელის დროს არ იყო აღმოჩენილი, როგორც კანონი, ჰიპერპლაზია თირკმელების ზედაჯირკვლების ტვინოვან შრისა. Parodi იმასაც კი ლაპარაკობს, რომ მან ასეთი ცვლილებანი ჰიპოტონიების დროს ნახა უმთავრესად. შემდეგი დასაყრდნობი სიმაგრე, თირკმელების ზედაჯირკვლების ჰიპერფუნქციის მნიშვნელობის შესახებ, ჰიპერტენზიული ნეფრიტების დროს არის Neubauer-ის აღმოჩენაში. იგი ამტკიცებს, რომ ჰიპერტენზიული ნეფრიტების დროს ხშირად ჰიპერგლიკემიას ვხვდებით, რომლის სიმაღლე მიმდინარეობს პარალელურად სისხლის წნევის სიმაღლესთან და რომელიც Neubauer-მა, როგორც Adrenalinhyperglykämie—განმარტა. უკვე Metzger-ის და L. Pollak-იდან ცნობილია, რომ გლიკოზურია ადრენალინის შესაბუნების შემდეგ არის შედეგი ჰიპერგლიკემიისა. ამ შეხედულების წინააღმდეგ, ამ უკანასკნელ დროს გამოილაშქრა Kutschera-მ, რომელიც გამოსთქვამს, რომ ადრენალინის ზედმეტად გადასვლამ სისხლში არ უნდა გამოიწვიოს წნევის მომატება და ჰიპერგლიკემია. მან ჰისტოქიმიურად გამოიყო ადრენალინი, დაწყებული თირკმელების ზედაჯირკვლების ტვინოვან შრიდან ქერქოვან შრის გასწვრივ-კაპსულას ვენამდე და ინიექციის საშუალებით გვაჩვენა, რომ კაპსულას ვენები კარის ვენაში იცლებიან. ამ აღმოჩენის გამო Kutschera ფიქრობს, რომ ადრენალინის სეკრეცია ორი მიმართულებით მიდის—სახელობრ: პირველი—ცენტრალური ვენებით—V. Cava-ში. და მეორე—კაპსულას ვენებით—კარის ვენაში. პირველ მიმართულებით მოქმედება ადრენალინისა გამოიხატება საერთო ტონუსის მომატებაში; მეორე მიმართულებით—შაქრის მომატების ეფექტში. ამ შეხედულებას სრულიად ეთანხმება ცხოველებზე ექსპერიმენტები, რომლების მიხედვით, თანახმად Barbour-ისა და Rapaport-ისა, რექტალური შესაბუნება ადრენალინისა იწვევს ძლიერ წნევის მომატებას და მცირე გლიკოზურიას, მხოლოდ ინიექციის დროს კოლინჯში—

გლიკოზორული ეფექტი სჭარბობს სისხლის მიღებზე მოქმედებას. კლინიკისტები ჯერ-ჯერობით მტკიცედ სდგანან იმ შეხედულებაზე, რომ ადრენალინის შესხაპუნება იწვევს ადამიანზე წნევის მომატებას და ჰიპერგლიკემიას. მომავალმა უნდა გვაჩვენოს, თუ რამდენად მართალია Kutschera-ს შეხედულება.

Neubauer-ის აღმოჩენა სისხლის შაქრის მომატების შესახებ ჰიპერტენზიული ნეფრიტების დროს შემდეგი მკვლევარების მიერ მხოლოდ ნაწილობრივად იყო დადასტურებული. თუმცა ბევრ შრომებშია წამოყენებული, რომ იმ მდგომარეობაში, რომელიც მალალი წნევით მიმდინარეობს, მეტის თუ ნაკლების სისხირით, შესაძლოა შეგვხვდეს სისხლის შაქრის მალალი რაოდენობა, მაგრამ ძლიერ მცირე რიცხვი ავტორებისა, როგორც Neubauer-ი. ჰიპერგლიკემიას მალალ წნევას აკუთვნებენ, ვინაიდან ორთავე სიმპტომი ადრენალინის სეკრეციის მომატებისაგან გამომდინარეობენ (Hagelberg, Priřjesz, Rusca, Hitzemberger und Richter-Quiffner). დანარჩენ ყველა გამოქვეყნებულ შრომებში შემთხვევითი მომატება სისხლის შაქრისა ჰიპერტენზიის დროს არ არის დამოკიდებულებაში მალალ წნევასთან, არამედ მიწერილია რთულ-ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის აშლაზე. ასე ჰიპერგლიკემია Hollinger-ის, Weiland-ის, Stilling-ის, Port-ის, Trannhauser und Pfitzer-ის, Landau-ის და Ajello-ს მიერ აღნიშნულია აპოპლექსიის, ეკლამსიით და ურემიით ჰიპერტენზიის გართულების დროს. სხვა ნაშრომებში, რომლებშიაც ამ გარემოებას არ აქცევენ სათანადო ყურადღებას, აღნიშნულია, უთანაბაროდ ზოგში ხშირი (Hopkins, O'Hare, Grigaut, Brodin und Rauzaud), ზოგში შემთხვევით (Tachau, Hovens) ან და ეზიათი (Kylin, Härle) ერთდროული მიმდინარეობა ჰიპერგლიკემიის და ჰიპერტონიის, ნეფრიტების, არტერიოსკლეროზის და ესენციალურ წნევის მომატებისა გაურთულებელ შემთხვევაში კი სისხლის შაქრის მაჩვენებელი ყოველთვის ნორმალური იყო (E. Frank, Billigheimer). მოკლედ, წინააღმდეგ ჰარბ ადრენალინის სეკრეციის, როგორც საერთო მიზეზის ჰიპერტენზიისა, ნეფრიტების და ესენციალური ჰიპერტონიის დროს, უპირველესად ყოვლისა ლაპარაკობს ის, რომ უმეტეს რიცხვში ჰიპერტენზიის გაურთულებელ შემთხვევებისა სისხლის შაქრის მაჩვენებელი ნორმალურია; გართულებულ შემთხვევებში კი, გართულების განვლების შემდეგ, სისხლის შაქრის მაჩვენებელი სწრაფად ჩამოდის ნორმამდის, მალალი წნევა კი არ იცვლება. ბოლოს Kahler-ი ამტკიცებს იმას, რომ ისე, როგორც Billigheimer-ს, ადრენალინის საცდელი შესხაპუნების დროს ჰიპერტონიკებზე მას მიუღია უთანაბრო შეფარდება სისხლის წნევასა და სისხლის შაქრის შორის, რაც მისი აზრით ადრენალინემიის შესაძლებლობას საეკვოდ ხდის. მხოლოდ ე. წ. შეგუბებითი მალალი წნევის დროს Hochdruck Stauung (Sahli) Kaler-ს უნაბავს ყოველთვის არა მარტო ჰიპერგლიკემია, არამედ სრული პარალელიზმი სისხლის შაქრის და წნევის მაჩვენებელს შორის. ამ შემთხვევისათვის იგი სთვლის შესაძლებლად ადრენალინის გადამეტებულ სეკრეციას, როგორც მიზეზს წნევის მომატებისა. მიუხედავად ყველა ამ ზევით მოყვანილ ფაქტებისა, ზოგიერთი ავტორი დღემდე იცავს იმ შეხედულებას, რომ წნევის გამომწვეველი წყარო ნეფრიტების და ესენციალური ჰიპერტონიის დროს თირკმელების ზედაჯირკვლების ზედმეტ ფუნქციაშია. ყოველ მხრიდან არის



განხილული ის გზები, რომლითაც გავლენას ახდენენ დაავადებული თირკმელები ამ ჯირკვლების ფუნქციაზე. Schur-მა და Wiesel-მა აღნიშნეს, რომ რეტენცია შარდისმავარ ნივთიერებათ აღიზიანებენ თირკმელების ზედაჯირკვლებს და აიძულებენ მათ აღრენალინის მომეტებულ სეკრეციაზე. Romberg-ი სთვლის ამ მექანიზმს შესაძლებლად, Senator-ი მას არ უარყოფს. ორიგინალური ჰიპოთეზა წარმოაყენა Marcuse-მ ზემოდ მოყვანილი—მოსაზრების გასამაგებლად; იგი გამოდის იმ ფაქტიდან, რომ art. suprarenalis არის ტოტი art. renalis-ა. ნეფრიტების დროს უკანასკნელში გაჩენილ ვადამეტებულ წინააღმდეგობის გამო სისხლი art. suprarenalis-აკენ მიეშურება. ამგვარი გაძლიერებული სისხლის მიმოქცევა იწვევს ორგანოს ჰიპერტროფიას და ჰიპერფუნქციას. ამ ჰიპოთეზას მალე გამოეცალა საფუძველი, როცა Beitzke-მ დაამტკიცა, რომ თირკმელების ზედაჯირკვლები იკვებებიან სამი ტოტიდან, რომელთა შორის art. renalis-იდან გამოვალი ძლიერ მერყევი, ე. ი. ხან არის და ხან არა, ჰიპერტენზია ნეფრიტების დროს კი—ხშირია. აღარ შევჩერდები Pribram ის ჰიპოთეზაზე, რომელიც ძლიერ განყენებულია, არც Volhard-ის ჰიპოთეზაზე, ვინაიდან ქვევით გვექნება საშუალება მისი თეორიის გარჩევისა. ვიტყვი მხოლოდ, მიუხედავად ყველა ზევით მოყვანილ ფაქტებისა და ჰიპოთეზებისა, ჯერ კიდევ არ გვაქვს საბუთები იმის დასამტკიცებლად, რომ ჰიპერტონიების დროს საქმე გვაქვს ჰიპერადრენალინემიასთან, ასე რომ Volhard-მა უკვე თავისი თეორია შესაძლებელ ჰიპოთეზად აღიარა. Falta, რომელიც Hitzenberger-ის და Richter—Quittner-ის გამოკვლევაზე დამყარებით, გაცხარებით იცავდა წნევის მომატებას ნეფრიტების დროს თირკმელების ზედაჯირკვლების ვადამეტებულ ფუნქციის ნიადაგზე წარმოშობით, ამჟამად თავის თეორიას აღიარებს, როგორც მხოლოდ შესაძლებელს. თქვენ მიხედვით, თუ რად შევაჩერე თქვენი ყურადღება თირკმელების ზედაჯირკვლების ფუნქციის მნიშვნელობის გარჩევაზე ასე დიდხანს. ზოგი ფრანგი კლინიკისტიები ჯერაც ამ თეორიას იცავენ და ამგვარად კმათი ჯერაც არ შეწყვეტილა.

უფრო მნიშვნელოვანია შინაგანი სეკრეტული მოქმედება საკვერცხებისა წნევის მომატების საკითხში, ვინაიდან ცნობილია, რომ ე. წ. კლიმაქტერიული მაღალი წნევა მკიდროდ არის დაკავშირებული საკვერცხების ფუნქციის გამოვარდნასთან. უკვე Huchard-ის მიერ საკვერცხები აღნიშნულია წნევის დამქვეითებელ მუხრუჭად (frein hypotenseur).

შემდეგ ცდებით ცხოველებზე იყო დამტკიცებული, რომ ექსტრაქტი—ovarium-იდან და Corpus luteum-იდან შეიცავენ წნევის დამქვეითებელ ნივთიერებას. გარდა ამისა Schickele-მ აღმოაჩინა, რომ კლიმაქსის პერიოდში, როცა აქვს ადგილი „გამოვარდნის მოვლენებს“ ხშირად განვითარდება ჰიპერტენზია. აღნიშნულია აგრეთვე მაღალი წნევა საკვერცხების ამოკვეთის და მიომის ოპერაციის შემდეგ ხანაში. თავის ექსპერიმენტალური აღმოჩენის და კლინიკური დაკვირვების მიხედვით Schickele-მ მივიდა დასკვნამდის, რომ გამოვარდნა წნევის დამწვევ საკვერცხების ჰორმონისა აძლევს საშუალებას ანტაგონისტად მოქმედ წინაგანი სეკრეციის ნივთიერებებს, გადაკარბებას და წნევის მომატებულ მოქმედებას. შემდეგში ორგანიზმი თვითონ აღადგენს წონასწორობას, რომელსაც ხელოვნუ-

რად Ovarin-ის პრეპარატებით სულ მოკლე ხანში ვალწევთ. სიხშირე წნევის მომატებისა კლიმაქტერიუმში მთელ რიგ ავტორების მიერ დადასტურებულია (Münzemeier, Pelnar, Stephan u. a.). მხოლოდ თვით მოვლენის განმარტება სხვადასხვანაირია. ასე L. Adler-ი, Jagié und Spengler-ი ისე, როგორც Halban-ი, წნევის აწევას Sympaticus-ის ტონუსის მომატებას აწერენ, Riebold-ი, ისე როგორც Schickele, საკვერცხეების ფუნქციის დაქვეითებას. Aschner-ი, Zuelzer-ი და F. Meyer-ი მიზეზს კლიმაქტერულ მაღალ წნევისას, უფრო ფართოდ, შინაგანი სეკრეციის წონასწორობის დარღვევაში ხედავენ. სხვა ავტორების შეხედულებას მე აქ აღარ მოვიყვან, ვინაიდან ისინი უკვე მოყვანილ შეხედულების ვარიაციებს წარმოადგენენ, მხოლოდ შევჩერდები O. Schleisinger-ის შეხედულებაზე: იგი ფიქრობს რომ ეს „გამოვარდნის“ მოვლენები მით უფრო მკაფიო ხდება, რამდენადაც უეცრივ წარმოიშობა (bei Klimax praecox oder Kastration) და რომ ძლიერი რყევა წნევისა ამ გზით ასახსნელია; ხანგრძლივი ჰიპერტონია კი სულ სხვა სნეულებას უნდა მივაკუთვნოთ. სანამ ამოვწურავდეთ შინაგანი სეკრეციის მნიშვნელობას ჰიპერტენზიის საკითხში, საჭიროა მოვიყვანოთ იმ ავტორების შეხედულება, რომლებიც გვარწმუნებენ, რომ შინაგანი სეკრეციის ორგანოების საერთო, ხასიათის აშლაშია მიზეზი წნევის მომატებისა. Pal-ი იყო პირველი, რომელმაც აღნიშნა მიზეზობრივი დამოკიდებულება „ესენციალური ჰიპერტონიის“ და „სისხლის ჯირკვლებს“ შორის. Senator-მა და Pawinski-მ ასეთი შესაძლებლობა ნეფრიტიულ ჰიპერტენზიისათვის აღიარენ. უკანასკნელ დროს მრავალ მხრიდან არინ მითითებული ესენციალური ჰიპერტონიის გასაშუქებლად შინაგანი სეკრეციის წონასწორობის აშლაზე (Munk, A. Mayer, Schenk und Töpich, Kylin). ამასთანავე Munk-ი, ისე როგორც Глюшинский, ფიქრობს განსაკუთრებით თირკმელების ზედაჯირკვლებსა და საკვერცხეებს შორის დამოკიდებულების დარღვევაზე.

დაგვრჩა უკანასკნელის, კონსტიტუციონალური, მომენტის მნიშვნელობის გარჩევა. ამ უბნელეს საკითხის გასაშუქებლად უკვე Huchard-მა და Teissier-მ აღნიშნეს შთამავლობითი „hypertension artérielle“. ეს ის მდგომარეობაა, რომელიც ამჟამად „ესენციალური ჰიპერტენზიის“ სახელით არის ცნობილი. შთამომავლობის მნიშვნელობა კვლავ ხაზგასმულია ეხლანდელ დროში Klinkert-ის, J. Bauer-ის, A. Mayer-ის, და Richter-ის და Weitz-ის მიერ. Kahler-საც მოყავს თავის მონოგრაფიაში რამოდენიმე შემთხვევა ამგვარი შთამომავლობითი დაავადებისა. კონსტიტუციონალური ფაქტორი ავტორების მიერ სხვადასხვანაირად არის გამოყენებული მაღალ წნევის წარმოშობის გასაშუქებლად. ვაერცვლებულია შეხედულება, რომ ესენციალური ჰიპერტონიით ყველაზედ უწინ დაავადდებიან ხოლმე ძვალგანიერნი (breitknochigen), სისხლსავსენი ე. წ. arthitischen არტრიტული ინდივიდუუმები. J. Bauer-ი და P. F. Richter-ი ლაპარაკობენ „habitus musculo digestivus“-ზე, Kliukert—ნერატრიტის კონსტიტუციის“-ზე. H. Kisch-ი დამნაშავეთ სთვლის ტენიის სისხლის ძარღვების სკლეროზს ლიპომატოზური კონსტიტუციით. Munk-ი ხედავს მიზეზს „ესენციალურ ჰიპერტონიისას“ in einer konstitutionellen Stö-

rungerder Blutbeschaffenheit. ძლიერ ორიგინალურია A. Mauer-ის შეხედულება ამ საკითხზე: იგი იმის წირმოშვებას უკავშირებს მიღების და გულის ჰიპოპლაზიას, ვინაიდან უნახავს, რომ ის პირნი, რომლებიც ახალგაზრდობაში ე. წ. Cor juvenum-ით იყვნენ დაავადებულნი, შემდეგში ჰიპერტენზიით სნეულდებოდნენ. ცხადია, ძებნა კონსტიტუციონალური ფაქტებისა სრულიად არ უნდა იყოს მიჩნეული, როგორც დამაკმაყოფილებელი პათოგენეტიური გაშუქება მაღალი წნევის გენეზისათვის, ვინაიდან სწორედ ამ სნეულების დროს წნევის მომატება დამოკიდებულია განსაზღვრული მექანიზმიდან. მიუხედავად ამისა, წამოყენება ჰიპოტეტური კონსტიტუციონალური მომენტებისა ზოგიერთ ჰიპერტონიების განსაკუთრებით ბნელ ეტიოლოგიის განმარტებისათვის, როგორც წინასწარი სამუშაო ჰიპოტეზა მნიშვნელობას არ არის მოკლებული.

ამოვწურეთ რა ყველა ის თეორიული მოსაზრებანი და ექსპერიმენტალური ფაქტები, რომლებიც მიმართულია ჰიპერტენზიის ბნელი პრობლემის გასაშუქებლად, გადავიდეთ კონკრეტულად იმ თეორიების და დაყოფების განხილვაზე, რომლებიც ამჟამად იპყრობენ გამოჩენილ მკვლევართა ყურადღებას და რომელთა შორის ზოგიერთი გაცხოველებული დისკუსიის საგნად არიან გამხდარი. როგორც ყუელაზე მარტივი, პირველ ადგილას უნდა იქმნეს ნახსენები Dnrig-ის დაყოფა წნევისა სიმპტომატოლოგიური თვალსაზრისით. უმთავრეს მიზეზს წნევის მომატებისას იგი ხედავს ვაზომოტორული რეგულაციის დარღვევაში. იგი არჩევს ფუნქციონალურს და ორგანიულ ჰიპერტენზიას. ფუნქციონალური ფორმები ჰიპერტენზიისა არიან ან ცენტრალური ან პერიფერული, გამოწვეული ან წმინდა ქიმიური ან და ნერვული გზით.

უფრო ვრცლად ეხება ამ საკითხს Kahler-ი. დიდ მასალაზე, რომელიც 64 შემთხვევას შეიცავს ხანგრძლივ დაკვირვებით, ძლიერი ხშირი წნევის გასინჯვით, ხანდახან ყოველ ორ საათის შემდეგაც, ლუმბალური პუნქციით და სისხლის გამოშვებით, აგრეთვე შეშაპუნებით მთელ რიგ ნივთიერებათა, რომლებიც წნევაზე მოქმედობენ, როგორც მაგალითად: კოფეინი, ადრენალინი, პიტუიტრინი, hypophysis-ის წინა ნაწილების ექსტრაქტი, ატროპინი, სტრინინი, ტროპარინი, მორფიუმი, პილოკარპინი, ვენაში შეყვანით შარდივანის ნივთიერებათა, სალიცილის ნატრიუმისა და სტროფანტინის. იგი ყოფს ჰიპერტონიებს პათოგენეტურად შემდეგად:

A. ფუნქციონალური მაღალი წნევა (სისხლის ძარღვების კონტრაქციით გამოწვეული).

I ცენტრალური ვაზომოტორული გაღიზიანება

1. პირველადი: ა) ფსიქიური.
 - ბ) მექანიკური
 - გ) მუდმივი (Läsionell) ტენის ორგანიულ დაზიანებისაგან.
 - დ) ტოქსიური.
2. მეორადი: რეფლექტორული.

II პერიფერული ვაზომოტორული გაღიზიანება

1. პირველადი: ტოქსიური.

2. მეორადი: რეფლექტორული,

B. ანატომიური მალალი წნევა (არტერიოლების ან მთლიანად ან და ძლიერ გავრცელებულ ორგანიულ შევიწროების გამო).

როგორც ხედავთ, თუმცა Kahler-ის კლასიფიკაცია მეტად ამომწურავია, მაგრამ მასთან ძლიერ რთულია, რაც არ შეიძლება დამაკმაყოფილებლად ჩაითვალოს. ეხლა გადავიდეთ Voihard-ის კლასიფიკაციაზე. კლინიკური თვალსაზრისით იგი ყოფს ჰიპერტენზიებს „წითელზე“ და „მკრთალზე“. წითელ ჰიპერტენზიების დროს, მისი აზრით (ეს არის ე. წ. ესენციალური ჰიპერტონია), წნევის მომატება ხდება რეფლექტორული გზით Splanchnicus-ის გაღიზიანებით. ამ რეფლექსის წარმოშობაში პირველი ადგილი უჭირავს თირკმელებს. ეს რეფლექსი შეეფარდება დაახლოებით Kahler-ის ცენტრალურ-რეფლექტორული წნევის მომატებას Climax-ის ხანაში, ისე როგორც არტერიოსკლეროზის დროს. „მკრთალი“ ჰიპერტონიის წარმოშობაში, რომელშიაც შედიან ჰიპერტენზიური ნეფრიტები და პირველადი შექმენული თირკმელები, უნდა თამაშობდნენ როლს ქიმიური, პერიფერიიდან მოქმედნი, ტონუსის მომატებელი ნივთიერებანი.

დიდად განსხვავდება ამ შეხედულებიდან Kylin-ის თვალსაზრისი, რის გამო მათ შორის ჯერ-ჯერობით შეურიგებელი კამათია. იმ თავისი აღმოჩენით, რომ ჰიპერტენზიული ნეფრიტების დროს კაპილარული წნევა მომატებულია, Kylin-ი თვლის შესაძლებლად გამოყოფას პათოგენეტიკურად „ნეფრიტულ მალალ წნევისა“ — „ესენციალურ ჰიპერტონიიდან“. ამიტომ ნეფრიტულ ჰიპერტონიას იგი უწოდებს „კაპილარულ ჰიპერტონიას“, ესენციალურს — კი „არტელიარულ ჰიპერტონიას“. მისი აზრით ნეფრიტული ჰიპერტენზიის მიზეზია კაპილარული წნევის მომატება, ხოლო ამის წარმოშობაში უმთავრეს როლს თამაშობენ კაპილარების გადამსროლელი ღონის შესუსტება და გადამეტებული წინააღმდეგობა წებოვნების მხრივ. „არტელიარულ ანუ ესენციალური ჰიპერტენზიის წარმოშობის მიზეზს Kylin-ი ხედავს, ნერვულ ნიადაგზე განვითარებულ ქრონიკულ წნევის რყევაში; ამაში, მისი აზრით, დიდი მნიშვნელობა აქვს აშლას ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაში. როგორ ხდება ეს აშლა? ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში გაფანტულია უჯრედები, რომლებიც ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემას ეკუთვნიან. ეს უჯრედები უძველესი ქსოვილია ნერვულ სისტემისა. თავის ტვინში ეს უჯრედები უკვე დიდ კომპლექს წარმოადგენენ, რომლებშიც მოთავსებულია ცენტრო ვეგეტატიური ფუნქციისა. ამ ცენტროდან გამოდიან აგრეთვე რეფლექსები, რომლებიც უწევენ რეკულაციას ტემპერატურას, სისხლის შაქარს, სისხლის და ოსმოტიურ წნევას. იმ გამტარებელი გზებით, რომლებიც ცალ-ცალკე ჯერ-ჯერობით ჩვენთვის უცნობია, ეს ცენტრობი შეკავშირებულნი არიან პერიფერულ ნერვულ კომპლექსთან, რომლებიც ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემას ეკუთვნიან. ამ ნერვულ ბოლოებისა და ორგანიული უჯრედებს (Organozelle) შორის მუდმივ კავშირისათვის, სხეული სარგებლობს ელექტროლიტებით, რომელთა შორის, თანახმად Kraus-ის და Zondek-ისა, Ca და K განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. მათი შეხედულებით, ნერვული გაღიზიანება იწვევს გადხრას იონების ურაიერთ დამოკიდებულების შორის (Ionenkonstellation), რაც შემდეგ მოქმედობს ზემოდ აღნიშნულ ნერვულ უჯრედებზე. ამ ძლიერ ნახს

ურთიერთ დამოკიდებულებაში ნერვების და ელექტროლიტებისა იქრება კიდევ შემდეგი ჯგუფი ფაქტორებისა, ჰორმონების სახით. მათი მოქმედება არის ორ ფაზიანი, რაც აშკარადება ცდებით პატარა დოზებით. ასე ადრენალინი მოქმედობს ერთი მხრით--როგორც წნევის მომატებელი და მეორე მხრივ-წნევის შემწელებელი, ისე როგორც--ერთი მხრივ სისხლის შაქრის რაოდენობის ამწევი და მეორე-სისხლის შაქრის რაოდენობის დამქვეითებელი. ორმაგი მოქმედება არ აშკარადება, თუ დიდი დოზები არის ნახმარი. Kylin-ის შეხედულებით ჰიპერტონიის დროს ხდება ტონუსის მოშლა ვეგეტატურ ნერვულ სისტემაში. ამის დასამტკიცებლად იგი სარგებლობს ადრენალინის როგორც კანკვეშ, ისე ვენაში შეშხაპუნებით და იმ პარადოქსალური წნევის მრუდეების მიღებით, რომელიც უკვე აღნიშნული გვაქვს, იგი მიდის დასკვნამდის, რომ ამ მდგომარეობის დროს კალიუმი Vagus-ფაქტორი კალციუმს Simpaticus-ფაქტორს სჭარბობს. ამგვარად ესენციალური ჰიპერტონია წარმოადგენს ვეგეტატურ ნერვულ სისტემაში წონასწორობის დაშლას, რომელიც შეიძლება წარმოიშვას შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების აშლით, აგრეთვე აშლით პროცესებით, როგორც განკლიების ჯგუფში (Ganglioncomplex), ისე, ვეგეტატური სისტემის ნერვულ ბოკკობში და ელექტროლიტების ურთიერთ დამოკიდებულების გადახერხით. რთვორც ვხედავთ, მოხვეული გზით Kylin-ი, ისე როგორც Volhard-ი და Kahler-ი, იმავე რეგულატორულ ცენტროს უბრუნდება, ვეგეტატური ნერვული სისტემის საშუალებით. კარდინალურ საკითხზე, როგორ წარმოებს წნევის რეგულაცია ჰიპერტონიკებზე, რა განსხვავებაა წნევის რეგულაციაში სალი და ავადმყოფ ადამიანებს შორის, ყველა ეს უმთავრესი თეორიები პასუხს არ გვაძლევენ და მომავალ მკვლევარებზეა საბოლოო სიტყვა.

ლიტერატურა

1. Б. Ф. Вериго, проф. Основы физиологии человека и животных. Т. I. 1902 г.
2. Tigerstedt, R.: Lehrbuch der Physiologie des Kreislaufs. Leipzig 1883 г.
3. Вухерт М. И. Изменение функции больных почек. Москва 1912 г.
4. D-r P. Schrupf. Болезни сердца. რუსული თარგმანი 1925.
5. A. C. Guillaume. Ваготонии, симпатикотонии, невротонии, რუსულად ნათარგმნი ფრანგულიდან. Ленинград 1926.
6. М. Я. Брейтман, проф. Болезни органов внутренней секреции. Ленинград. 1926.
7. F. Volhard. О гипертензии. Врачебное Обозрение № 9 1926.
8. И. Гельман. Эссенциальная гипертония. Москва, 1927.
9. H. Kahler. Die Blutdrucksteigerung, ihre Entstehung und ihr Mechanismus. Ergebn. der. inner. med. und kinderheilk. Berlin. 1924.
10. Kylin. E. Hypertoniekrankheiten. Stockholm. 1923.
11. Siebeck, Richard. Über die Beurteilung und Behandlung Kranker mit hohem Beutdruck. Klinische woch. st. 1923. 1925. г.

12. Kylin. E. Zur Frage der Adrenalinreaktion. Mitteilung VII. VIII. IX. Über die bedeutung des Ca—jon und K-jons. Die Zweiphas. des. Adr. st. 260. 969, 501. Klinis. Woch. 1925.
 13. „ Zur Frage über die Ätiologie der essentiellen Hypert. Klinis woch. st. 806. 1925.
 14. Hanse (Kiel) Über die Bedeutung. der. arter. Hypert. in der. Psychiatrie und ihre Behan. mit Nitroskleran. Deut. Medt. Wochen. № 18. 1926.
 15. Zoewy. A. Ein Beitrag. zur Entsch. von Hyperf. Klin. Woch. № 17. 1925.
 16. Moog. und. Voit. Klinische. Beob. an. jugendlich. Hypert. Münch. med. Wochens. № 1. 1927.
 17. F. Volhard. Kritische Beiträge zur. Lehre vom. arter. Hochdruck. Zentralblat. für. inn Medizin. № 1. 1927.
 18. Tolubejva. Pathogen. und. Progn. der. essent. Hypert. Klin. Woch. № 6 1927.
 19. Kylin. E. Zür Frage des. essent. Hoch. Zentralb für. inn. Med. № 17. 1927.
 20. W. Hülse, Bemerkun. zu Vorsteh. Ausführung. V. E. Kylin. Zentralb. für. inn. Med. № 17. 1927.
 21. Baràth. Blutdruckreg. der Hypertoniek. Klinis. Wochen. № 31. 1927.
 22. Kylin. E. Adrenalinreak. Klin. woch. № 19. 1927.
 23. Mac. William. Physiological. Яew. 1915.
 24. Aubertin char. Z'hypertension paroxyst. dans l'ang. de poitrine. Ze journ. médical fran. Fèvr. 1927. r.
-

დ. ს. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების 1925 წლის მოქმედების ანგარიში.

1925 წლის 24 იანვარს შესდგა საზოგადოების წლიური კრება, რომელზედაც მოხდა საზოგადოების გამგეობის არჩევნები. საზოგადოების თავმჯდომარეთ იქნა არეული ექ. ევ. ლოსაბერიძე და გამგეობის წევრებად ექიმები ვალ. აბზიანიძე, გ. ქორქაშვილი და ვალ. ლორთქიფანიძე, პროვიზორი სპ. ნიქარაძე და ბუნებისმეტყველი არ. ჯაფარიძე. შემდეგში ვ. აბზიანიძის ტფილისში გადასვლის გამო მის ნაცვლად გამგეობის წევრად არჩეულ იქნა დ. კახაძე. სარევიზიო კომისიის წევრებად კრებამ აირჩია ნაკოლოზ პოლუმორდვინოვი, ილია კვიციანიძე და თამარა ჩილინგარაშვილი. გამგეობაში მდივნობა დაევალა გ. ქორქაშვილს და მოლარეობა სპ. ნიქარაძეს.

ამ დროს 24—25 წ. საზოგადოებას ჰყავდა 101 წევრი.

საანგარიშო წლის განმავლობაში საზოგადოებას მოემატა 20 ნამდვილი წევრი, მათ რიცხვში 18 ექიმი, ერთი კბილის ექიმი და ერთი ბუნებისმეტყველი. ამავე ხნის განმავლობაში გარდაიცვალა ერთ-ერთი დამფუძნებელი წევრთაგანი სიმ. ხეჩინოვი. სხვადასხვა გარემოებათა გამო ქუთაისიდან წავიდა 15 წევრი, მათში მხოლოდ ერთმა, სახელდობრ ვ. აბზიანიძემ განაცხადა სურვილი ამ საზოგადოების წევრად დარჩენის. რადგანაც დანარჩენებს არაფერი განუცხადებიათ და არც საწევრო გადასახადი შემოუტანიათ, გამგეობა იძულებული გახდა შეკითხებოდა—სურთ თუ არა მათ საზოგადოების წევრად დარჩენა. ამას გარდა საზოგადოებაში ირიცხებოდა ქუთაისში მცხოვრები ისეთი წევრები, რომელნიც წლის განმავლობაში საზოგადოების თითქმის არც ერთი კრებას არ დასწრებია და არც საწევრო ფული გადაუხდია. ამ უკანასკნელთაც გაეგზავნათ ისეთივე შეკითხვა, როგორც ქუთაისიდან გასულთ. გამგეობა ფიქრობს, რომ საზოგადოებამ მათ პასუხს მიმდინარე წლის განმავლობაში უნდა უცადოს და, თუ ამ ხანში პასუხი ვერ მივიღეთ, მომავალ გამგეობას დაევალოს გამორიცხოს ისინი წევრთა სიიდან, როგორც თავის ნებით გასულნი. თუ ამ ორ ჯგუფს მაინც ჩავთვლით წევრებად, მიზინ წევრთა საერთო რიცხვი იქნება 120, მათ შორის საპატიო 2, დამფუძნებელი 70 და ნამდვილი 48.

წლის განმავლობაში სხვადასხვა საკითხების გასარჩევად გამგეობას ჰქონდა 8 სხდომა. გარჩეულ საკითხებიდან უნდა აღინიშნოს შემდეგი:

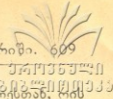
საკითხი საწევრო გადასახადის რაოდენობის შეცვლის შესახებ, ფულის სტაბილიზაციის გამო, გამგეობამ შესაძლებლად დაინახა საწევრო გადასახადით დაწესებულებული წლიურად 3 მან. რაც საერთო კრებამ დაადასტურა და სათანადო მთავრობამ დაამტკიცა. ამასთანავე შესაფერი შესწორება შეტანილ იქნა საზოგადოების წესდებაში. 2. წესდების ერთ-ერთ მიზნის განსახორციელებლად, სახელდობრ ხალხურ ექიმობის შესწავლა, თანახმად თავის დადგენილებსა, გამ.

გეობამ მიმართა დასავლეთ საქართველოს სხვადასხვა კუთხეში მცხოვრებ ექიმებს თხოვნით, ხელი შეეწყობათ საზოგადოების მუშაობისათვის მოხსენებების და საერთო ცნობების მოწოდებით ხალხური ექიმობის და საერთო საექიმო საქმის მდგომარეობის შესახებ. გამგეობის ამ თხოვნას უკვე რამოდენიმე ექიმი გამოეხმაურა. მაგ. შ. ყიფიანი მა წარმოადგინა მოხსენება „სოფელი და სოფლის ექიმი“, რომელიც საზოგადოებამ ერთ-ერთ თავის სხდომაზე მოისმინა. ამას გარდა შესაფერი მასალები მოვიდა შემდეგ კუთხეებიდან: რაჭიდან, ექიმ ბაქრაძემ მოგვარა — დაკვირვებები ხალხურ ექიმობის შესახებ. ამავე შინაარსის მასალები გამოგზავნეს შორაპნის მახრიდან ექიმმა თოხაძემ და დასავლეთ იმერეთიდან სილოვან ნიკურაძემ და რაქდენ ნანეიშვილმა. გამგეობა კიდევ ელის ექიმებისგან ამგვარ მასალას და, როდესაც დაგროვდება თვალსაზრისით რაოდენობა, დამუშავების შემდეგ, საზოგადოებას წარმოუდგენს. 3. საზოგადოების წევრების გამრავლების მიზნით გამგეობამ დაუგზავნა დასავლეთ საქართველოს ყველა კუთხეებში დამუშავებ ექიმებს 1923—1924 წლების ანგარიში და მოუწოდა მათ ხელი შეუწყონ საზოგადოების მუშაობის გაცხოველებას თუნდ წევრად ჩაწერით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დასავლეთ საქართველოს ისეთ ცენტრში, სადაც შედარებით ბლომად ცხოვრობენ ექიმები და ბუნებისმეტყველები (მასწავლებლები) დაეგზავნათ საზოგადოების წესდება მიმართვით, თუ შესაძლებლად დაინახონ, მოაწყონ საზოგადოების ფილიალები. ამ უკანასკნელ ნაბიჯის შედეგი გამოირკვა მხოლოდ მიმდინარე წლის განმავლობაში. 4. თანახმად საზოგადოებების დადგენილებისა გამგეობამ განსაკუთრებულ კომისიასთან ერთად შეიმუშავა ურთიერთ დამხმარე საღაროს წესდება, რომელიც საანგარიშო წლის უკანასკნელ საერთო კრებაზე უკვე დამტკიცდა. 5. გამგეობამ დააბეჭდინა საზოგადოების წესდება. ის იმედოვნებდა, რომ წესდების დასაბეჭდ თანხას საზოგადოება გაინაღდებდა, მაგრამ იმედი გაუცრუვდა, ვინაიდან წევრები ძლიერ ნაკლებად ეტანებიან მის შექმნას და მხოლოდ ათიოდე წევრმა შეიძინა იგი. 6. საზოგადოებას თუმცა შედარებით მცირე მიწერ-მოწერა აქვს, მაგრამ მაინც საჭირო შეიქმნა რემინგტონზე ქალაქების დასაბეჭდავით თვიურად სამი მანეთის გაღება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანრთელობის ინსპექციის კანცელარიის დახმარების გამო საზოგადოებას აღნიშნულ ხარჯის გარდა არავითარი საკანცელარიო გასაფალი არ ჰქონია.

საანგარიშო წლის განმავლობაში საზოგადოებას ჰქონდა 9 სამეცნიერო და ერთი წლიური კრება, რომელზედაც განხილული იყო 1923 და 1924 წლის ანგარიშები. ფაქტიურად 10 სამეცნიერო საზოგადო სხდომა უნდა ვინაგარიშოთ, ვინაიდან 15 აპრილს სხდომა მოხსენებების სიუხვის გამო გაგრძელდა 16 აპრილსაც.

საერთო სხდომებს წევრები შედარებით ბლომად ესწრებოდნენ. შუათანად დამსწრეთა რიცხვი 50 უდრიდა. წლის თავში დამსწრეთა რიცხვი 60 აღემატებოდა. შემდეგ კი ამ რიცხვმა შესამჩნევად იკლო. ეს მოვლენა შემდეგ გარემოებით აიხსნება.

როდესაც სოფელში მომუშავე ექიმები ჯამაგირს ქუთაისში იღებდნენ ჯანმრთელობის ინსპექციამ ასე მოაგვრა საქმე, რომ ჯამაგირის მიღების რი-



ცხვი შეთანხმებული იყო ჩვენი საზოგადოების საერთო კრებების დღესთან, რის გამო სოფლის ექიმები მრავლად ესწრებოდენ საზოგადო კრებებს. ამჟამად სოფლის ექიმები ჯამაგირს ადგილზე იღებენ და ამ გარემოებამ შესამჩნევი გავლენა იქონია ჩვენი კრებების შემადგენლობაზე. თუ უწინ სოფლის ექიმები სხდომებზე თვალსაჩინო რიცხვს წარმოადგენდნენ, დღეს ერთი ან ორი თუ დაესწრება და ისიც წემთხვევით ქუთაისში ჩამოსული. ზემოდ აღნიშნულ 10 სამეცნიერო სხდომაზე 9 მომხსენებელს 12 მოხსენება გაუკეთებიათ. 1. ექიმ ე. როდუკვიჩის გაუკეთებია სამი მოხსენება 1. ჩემი 13 წლის ქირურგიული მუშაობა ქუთაისში, 2. დიაფრაგმის—ევენტრაცია, 3. რამოდენიმე სიტყვა ქრილობათა ექიმობის შესახებ. 3. გ. გელოვანს ორი მოხსენება: 1. უტამპონოთ ექიმობა ჩირქიან ქრილობისა 2. შარდის ბუშტის საზარდულის თიაქარის კაზუსტიკისათვის (დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინა“-ში). დანარჩენმა 7 მომხსენებელმა: ვალ. ოქროპიროძემ—მალარია კურორტ წყალტუბოში და ბორჯომში, შ. ყიფიანმა სოფელი და სოფლის ექიმი, ა. ასათიანმა—აკრანის შემთხვევა—პრეპარატის დეპონსტრაციით, ქ. კოსტავამ—საბჭოთა სავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების 1922, 1923, 1924 წლ. ანგარიში, პ. ქებაძემ—ანქილოსტომია, ქიმიკოსმა კ. კიკაჩიშვილმა—ქუთაისის ქიმიურ ლაბორატორიის მუშაობის მიზნები და მოქმედება და ლ. ჩეჩელაშვილმა დამზღვევი სალაროს მიზნები. ამას გარდა გ. გოკიელმა უჩვენა კრებას ქინაქინის შეშხაბუნების შემდეგ მარცხენა სხივის ნერვის დამპლით შეპყრობილი ავადმყოფი პირველად ელექტრონით ექიმობის წინ და მეორედ მორჩენილი ამ ექიმობის ვატარების შემდეგ. ე. ლოსაბერიძემ გააკეთა ორი ინფორმაციული მოხსენება—სრულიად საქართველოს ჯანმრთელობის ინსპექტორების ყრილობა—და სრულიად საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესი. ყველა მოხსენებები იწვევდა ფართო კამათს, რომელშიაც დამსწრეთა თვალსაჩინო რიცხვი იღებდა მონაწილეობას.

ყოველივე ზემოთქმულის გარდა საზოგადოება, როგორც წინა წლებში შეძლებისა და საქიროების მიხედვით მონაწილეობას იღებდა საზოგადო ცხოვრებაში: მაგალითად, კონგრესზე წარმომადგენლების გაგზავნა, ექიმების ცხოვრებაში თვალსაჩინო მოვლენების გამო დეპეშების გაგზავნით და სხვა. ანგარიშის დასაწყისში მოხსენებულა, რომ გარდაიცვალა საზოგადოების დამფუძნებელი წევრი ს. ი. ხეჩინოვი—ს. ხეჩინოვი არ იყო საზოგადოების ჩვეულებრივი წევრი, მას მიუძღოდა თითქმის 45 წლის საექიმო მუშაობა მის სამშობლო ქალაქში, ამას გარდა ის იყო წევრი ყოფილ ქუთაისის ექიმთა საზოგადოების და უკანასკნელ წლებში მისი თავმჯდომარე. ამ გარემოებათა გამო, როდესაც გამგეობამ გაიგო მისი გარდაცვალების ამბავი, მან მოაწყო სამოქალაქო პანაშვიდი, რომელსაც მრავლად დაესწრო ქუთაისის საზოგადოება. პანაშვიდზე ჩვენი საზოგადოების სახელით სიტყვები წარმოსთქვენს დ. ნაზაროვმა და ევ. ლოსაბერიძემ, რომელთაც დაახასიათეს განსვენებულის ხანგრძლივი საექიმო და საზოგადო მუშაობა.

თავმჯდომარე ე. ლოსაბერიძე.
მდივანი გ. ქორქაშვილი.

დ. ს. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების 1926 წლის მოქმედების ანგარიში.

1926 წლის განმავლობაში საზოგადოების გამგეობის და სარევიზიო კომისიის შემადგენლობაში ცვლილება არ მომხდარა—საზოგადოების თავმჯდომარეთ იყო ექ ევსევი ლოსაბერიძე, გამგეობის წევრებად ექიმები: გ. ქორქაშვილი, რომელსაც მდივნის მოვალეობა ქონდა დაკისრებული, ვალ. ლორთქიფანიძე და დ. კახაძე, პროვიზორი ს. ნიქარაძე—საზოგადოების მოლარედ იყო ბუნებისმეტყველი არჩილ ჯაფარიძე.

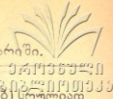
1926 წლის პირველ იანვრისთვის საზოგადოებაში ირიცხებოდა 121 წევრი, რომელთაგან 86 სცხოვრობს ქუთაისში და დანარჩენი საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებში და სოფლებში. წლის განმავლობაში საზოგადოებაში შემოვიდა ერთი წევრი და გამოაკლდა ერთი—გარდაიცვალა აბესალომ ჩარკვიანი. საზოგადოების დამფუძნებელი წევრები ე. ვ. როდზევიჩი მის 35 წლის საექიმო ასპარეზე მუშაობის აღსანიშნავად არჩეული იქნა საპატიო წევრად.

გამგეობამ ვერ მიიღო თავის თავზედ პასუხისმგებლობა საწევრო ფულის გადაუხდელობისათვის წევრების საზოგადოებიდან გამორიცხვის. გამგეობის წერილობითი მიმართვას იმ წევრებისადმი, რომელნიც სისტემატიურად არ იხდიან საწევრო გადასახადს უშედეგოდ არ ჩაუვლია. საწევრო ფული რამოდენიმე სხვა ქალაქებში მცხოვრებ წევრებისაგანაც მივიღეთ. რადგანაც წევრის გამოირიცხვა საზოგადოებიდან, თუნდ საწევრო ფულის გადაუხდელობისათვის ძლიერ სათუთი საქმეა, გამგეობა ფიქრობს, რომ კიდევ მიღებულ იქნეს ზომები მათგან საწევრო ფულის ასაღებათ—მიმდინარე წლის განმავლობაში და მხოლოდ 1927 წლ. დამლევისთვის იქნენ გამორიცხულნი ის წევრები, რომელნიც 1927 წლის და 1928 წლის საწევრო გადასახადს არ გადაიხდიან. რაც შეეხება 1923—1924 წლების გადასახადს, რომლის ჯამი სულ შეადგენს 182 მან., იქნეს მიჩნეული არასავალდებულოდ. გამგეობას საანგარიშო წლის განმავლობაში ჰქონდა სულ ორი სხდომა სხვადასხვა საკითხების გადასაწყვეტათ. მათ შორის აღსანიშნავია ე. როდზევიჩის 35 წლის საექიმო ასპარეზე მუშაობის გამო იუბილეს გადახდის საკითხის დასმა საზოგადოების წინაშე, რომელმაც გამგეობის ეს წინადადება დაადასტურა და 19 დეკემბერს ჩინებულად ჩაატარა. იუბილიარის საპატიოცემლოდ საზოგადოების მიერ მოწყობილ საზეიმო სხდომაზე წარმოთქმული სიტყვები, მოსული დეპუტები და საერთოდ იუბილეს მოწყობის და ჩატარების შესახებ ცნობები ცალკე საქმედ იქნა გამოყოფილი და ინახება საზოგადოების საქმეებში. იუბილეს მოსაწყობად გამგეობას საიუბილეო კომისიასთან ერთად ოთხი სხდომა ჰქონდა.

გასულ 1925 წელში გამგეობის მიერ დაგზავნილი მიმართვა დასავლეთ საქართველოს ისეთ ცენტრებში, სადაც შედარებით ბლომად ცხოვრობენ ექიმები და ბუნებისმეტყველები, ფილიალების დაარსების შესახებ უშედეგოდ არ დარჩა. მოეწყოა ფილიალი სამტრედიისაში და ფოთში, რაც დიდ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს საზოგადოების ცხოვრებაში.



არ იქმნა მოქმედებაში მოყვანილი საურთიერთო დამხმარე სალარო მიუხედავად იმისა, რომ სალაროს წესდება საზოგადოების მიერ უკვე დამტკიცებულია, ვინაიდან გამგეობის არჩევნებთან ერთად უნდა მომხდარიყო მოლარეს არჩევაც. რადგან გამგეობის არჩევნებმა დაიგვიანა, გამგეობა შეუღდა მოსამზადებელ მუშაობას—დააბეჭვდია სალაროს წესდების რამოდენიმე ცალი და ვალდებულების ფურცლები სალაროს წვევების მსურველთა რიცხვის გამოსარკვევად და წარმოადგინა 15 ნომბერს საზოგადო კრებაზე, მაგრამ რაღაც მიზეზების გამო შეუმჩნეველი დარჩა. საქართველოს საბიბლიოთეკო საქმის გამგის ბროსეს მოხსენების გამო საზოგადოებამ გამოაყრ კომისია, საექიმო-საჰიგიენო ცოდნათა პოპულიარიზაციის საკითხს დასამუშავებლად. კომისიაში იყვნენ არჩეული დ. ლორთქიფანიძე, დ. კახაძე და დ. ჩეჩელაშვილი, შემდეგში დ. ლორთქიფანიძის დროებით ქუთაისიდან წასვლის გამო კომისიაში შეყვანილ იქნენ ი. კვიციანიძე და ე. ლოსაბერიძე. კომისიის მუშაობა ნაყოფიერი აღმოჩნდა. ქუთაისის ცენტრალურ ბიბლიოთეკაში საექიმო-საჰიგიენო ცოდნათა პოპულიარიზაციის განყოფილებას საფუძველი ჩაეყარა. იქ მოთავსებულია 115 წიგნი და ჟურნალი აღნიშნულ შინაარსის. ამას გარდა კომისიის მიერ აღიძრა შუამდგომლობა სადაც ჯერარს მოწყობილი ყოფილიყო ქუთაისში კიოსკი საექიმო-საჰიგიენო შინაარსის წიგნების გასაყიდად, რაც ჯანმრთელობის ინსპექტორის მიერ უკვე მოყვანილია სისრულეში—წიგნები იყიდება წიგნის კანტორა „იმერეთში“. საზოგადოებას აქვს წიგნთსაცავი, რომელიც გადმოვიდა მის ხელში, თუ შეიძლება ასე ითქვას, მემკვიდრეობით ყოფილ ქუთაისის ექიმთა საზოგადოებისგან; წიგნთსაცავი მცირეა და შესდგება უმეტეს ნაწილად პერიოდულ გამოცემებისაგან, მაგრამ ჩვენს პირობებში ასეთ წიგნთსაცავსაც დიდი სამეცნიერო მნიშვნელობა აქვს. წიგნთსაცავს უნდა აღწერა და სათანადო კატალოგის შედგენა, ურომლისოდაც მით სარგებლობა შეუძლებელია. ამისთვის კი საჭირო იყო, მართალია მცირე თანხა, მაგრამ არც ეს მცირე მოეპოვებოდა საზოგადოებას. საანგარიშო წლიდან საზოგადოებას დარჩა 80 მან. და, თუ წინა წლების მიხედვით ვივარაუდებთ, საზოგადოების შემოსავალი 1927 წელში უნდა ვიანგარიშოთ შუათანად 150 მანეთი. ასეთ პირობებში შესაძლებელი ხდება წიგნთსაცავის წესრიგში მოსაყვანად გადადებულ იქნეს საჭირო თანხა და აგრედვე გამოწერილ იქნეს პერიოდული გამოცემები. ამ წლის განმავლობაში საზოგადოებას 7 საზოგადო სამეცნიერო კრება ჰქონდა, რომელზედაც ირჩეოდა აღმინისტრაციული საკითხებიც და ერთი საზეიმო. დამსწრეთა რიცხვი თითო სამეცნიერო კრებაზე შუათანად 40 უდრიდა. აღნიშნულ 7 სხდომაზე 8 მომხსენებელს გაუკეთებია 12 მოხსენება. 1. გ. ქორქაშვილიმა გააკეთა სამი მოხსენება: ა) 11 წლის განმავლობაში დაკვირვების შედეგები ყოფილ ქუთაისის პირველ კლასიკურ გიმნაზიის მოწაფეთა რეფრაქციასზე, ბ) კიდევ ქალის მოქალაქეობრივ უფლებების შესახებ და გ) საინფორმაციო „ოკულისტთა პირველ სრულიად საკავშირო კონფერენციის შედეგები 2. ე. ლოსაბერიძემ ორი მოხსენება: ა) ქალის მოქალაქეობრივი უფლებები და მისი ბიოლოგიური ტრავდელია და ბ) საინფორმაციო სრულიად საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესი. 3) ე. როდზევიჩი ორი საინფორმაციო პირადი



შთაბეჭდილებანი ამიერ-კავკასიის ქირურგთა პირველ კონგრესზე და ბ) სრულიად საკავშირო პირველი უროლოგიური კონგრესი 4. თ. ჩილინგარიშვილი — ქუთაისის ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიის მუშაობის ანგარიში 1921—1925 წლების 5. ვ. შუბლაძემ — ქუთაისის საბჭოთა საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების 1925 წლის მუშაობის ანგარიში. 6. დ. ნაზაროვმა — ჩემი მოვლებანი მაღარიის ექიმობის შესახებ. 7. ოსილოვმა — ქობულეთი, როგორც კურორტი და მისი თერაპევტიული მნიშვნელობა (ავტორის დაუსწრებლობის გამო მოხსენება წაიკითხა ექიმ ლოსაბერიძემ). 8. ნ. პოლუმორდვიი — საინფორმაციო — სრულიად საკავშირო ქირურგიული კონგრესი. — ამით გარდა საქართველოს საბიბლიოთეკო საქმის გამგემ ბროსემ გააკეთა ორი მოხსენება „საექიმო-საპიგიენო ცოდნათა პოპულიარიზაციის შესახებ და დ. ს. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების მიერ გამოყოფილ კომისიის მუშაობის ანგარიში. გ. გოკიელმა წარმოადგინა საზოგადოების სხდომაზე სამწვერა ნერვის ტრავმული ნევრაღიით შეპყრობილი ავადმყოფი, რომელიც განკურნებულა ელექტრონული ექიმობით. ყოველი მოხსენება იწვევდა ფართო კამათს, რომელშიაც დამსწრეთა თვალსაჩინო რიცხვი იღებდა მონაწილეობას. ყოველივე ზემოაღნიშნულს გარდა საზოგადოება, როგორც წინა წლებში, შეძლებისა და საჭიროების მიხედვით მონაწილეობას იღებდა საზოგადო ცხოვრებაში — გზავნიდა კონგრესებზე წარმომადგენელს, საექიმო საზოგადოების და კერძო ექიმების ცხოვრებაში თვალსაჩინო მოვლენების გამო გზავნიდა დეპეშებს და სხვა.

საანგარიშო წლის განმავლობაში საზოგადოებამ უკანასკნელი ვალი მოიხადა ქუთაისში გარდაცვლილ ექიმების წინაშე. ნიშნად განსაკუთრებულ პატივისცემისა საზოგადოების წევრის აბესალომ ჩარკვიანის გასვენება, საზოგადოებამ თავის თავზე მიიღო — გაასვენებელი ხარჯების დასაფარავად. საჭირო თანხა ექიმთა შორის იყო შეკრებილი, მიუძღვნა მას გვირგვინი, გაუმართა სამოქალაქო პანაშვიდი და საზოგადოების სახელით სიტყვები უთხრეს დ. ნაზაროვმა და ე. ლოსაბერიძემ. საზოგადოებამ აგრეთვე მიიღო მონაწილეობა ექიმებ იოსებ ჩხეიძის და სილოვან გაბუნიას გასვენებაში — საზოგადოების სახელით სამგლოვიარო განცხადებების გამოშვებით და სამოქალაქო პანაშვილებზე და გასვენებაზე წვერების დასწრებით.

დასასრულად გამგეობა საჭიროდ სცნობს აღნიშნოს ის გარემოება, რომ საანგარიშო წელში სამეცნიერო მოხსენებები წინა წლებთან შედარებით რიცხვით ცოტა იყო. მიზეზი ამისა ბევრნაირია და სხვათა შორის ისიც, რომ მთელი მუშაობის სიმძიმე აქ ორ-სამ კაცს აწევდა. ამიტომ აუცილებლად საჭიროა, რომ თვითუღმა წვერმა, განსაკუთრებით საექიმო დაწესებულებებში მომუშავეებმა, მეტი ყურადღებით მოეკიდოს ამ საქმეს და გამოიყენოს ის მასალა, რომელიც მათ ხელში გადის და მოხსენებების და ავადმყოფთა დემონსტრაციის სახით წარმოადგინონ საზოგადოების სხდომაზე. საზოგადოების მთავარ მიზანს წარმოადგენს ასეთი მუშაობა და თუ წვერებმა ჯეროვანი ყურადღება არ მიაქციეს და თვითუღმა წვერმა თავის მიზნად არ დაისახა საზოგადოების მუშაობის ამ მხრივ ვაცხოველება ისე საზოგადოების ნაყოფიერ მუშაობაზე ლაპარაკი შემდეგში ძნელი იქნება.

თავმჯდომარე: ე. ლოსაბერიძე.

მდივანი: გ. ქორქაშვილი.



პრიატ-დოცენტი, ქირურგის დოქტორი
მიხეილ მაგალობლიშვილი.

პრივატ-დოცენტი მიხეილ მგალოგლიშვილი

დაიბადა 1887 წ. ქალ. ქუთაისში. 1904 წ. დაამთავრა ქუთაისის კლასიკური გიმნაზია. იმავე წელში შევიდა ხარკოვის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე. მაგრამ 1905 წ. სტუდენტთა არეულობის გამო, როგორც მონაწილე, იძულებული იყო დაეტოვებინა ქ. ხარკოვი და გამგზავრებულიყო საზღვარგარედ.

სამკურნალო ფაკულტეტი დაამთავრა ქ. ვენაში, ხოლო სახელმწიფო გამოცდები ჩააბარა ქ. ბაზელში წარჩინებით (magna cum laude) და მიიღო მედიცინის დოქტორის ხარისხი. რვა თვე ის მუშაობდა ვენის კლინიკებში, შემდეგ კი დაბრუნდა რუსეთში და 1910 წელს ყაზანის უნივერსიტეტში ჩააბარა გამოცდები, როგორც საზღვარგარეთელმა, ექიმის ხარისხის მოსაპოვებლად. ამის შემდეგ მგალოგლიშვილი დაბრუნდა საქართველოში და ვიდრე ტფ. უნივერსიტეტში შევიდოდა, ე. ი. 1920 წლ. იმყოფებოდა სხვადასხვა საავადმყოფოებში პასუხისმგებელ თანამდებობაზე ჯერ ქალ. ქუთაისში და შემდეგ კი ქ. ტფილისში.

1920 წლის ენკენისთვის მგალოგლიშვილი არჩეული იყო ტფ. უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკის უფროს ასისტენტად, რომელ თანამდებობასაც იგი დღემდე ასრულებს.

1922 წ. მან ჩააბარა ქირურგიული ჯგუფის სადოქტორანტო გამოცდები.

1925 წ. მან წარუდგინა ფაკულტეტს საჯარო პაექრობისათვის შრომა, დაბეჭდილი ცალკე წიგნით. „საშვილო სნოს ფიბრომიომების ეთიოლოგიის და წამლობის საკითხისათვის“. პაექრობა დამაკმაყოფილებლად იქნა ცნობილი და მას მიენიჭა ქირურგიის დოქტორის ხარისხი.

1927 წ. 6 თვით მივლინებული იყო საზღვარგარედ სამეცნიერო მიზნით. იქიდან დაბრუნებისას, ფაკულტეტმა გაარჩია მისი შრომები და ნება მისცა წაეკითხა მას საცდელი ლექცია. იმავე წლის 14 ნოემბერს, სამკურნალო ფაკულტეტმა მოისმინა რა ქირურგიის დოქტორის მ. მგალოგლიშვილის საცდელი ლექცია, „საშვილო სნოს ლორწოვანი გარსის პათოლოგიური ჰიპერპლაზიის და მისი მკურნალობის“ შესახებ, მიანიჭა მას პრივატ-დოცენტის ხარისხი.

დაბეჭდილი აქვს 18 შრომა ქართულ-რუსულ და გერმანულ საექიმო ჟურნალებში.

ქაიხ გუგა (კონსტანტინე) ჩიქოვანის ხსოვნას.

ქართულმა მეცნიერებამ, ქართულმა უნივერსიტეტმა ჯერ კიდევ ვერ შემოიკრიბა ყოფილი რუსეთის ტერიტორიიდან ყველა თავისი ძალები, რომელნიც მოღვაწეობდნენ მეცნიერების სხვადასხვა დარგში, გაფანტულნი საბჭოთა კავშირის უზარმაზარ სივრცეზე. ერთი მათგანი იყო როსტოვის უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის უფროსი ასისტენტი ექ. ჩიქოვანი, ცნობილი ხარკოვის უნივერსიტეტში, როგორც ერთ-ერთი თვალსაჩინო წევრი ქართველ სტუდენტთა ოჯახისა. დაიბადა 1887 წელს და 1907 წელს შევიდა სამკურნალო ფაკულტეტზე. უნივერსიტეტში ყოფნის დროს გუმა ჩიქოვანმა დაიმსახურა დიდი სიყვარული და პატივისცემა მთელი სტუდენტობისა. მზურგაღე მონაწილეობას იღებდა ქართველ სათვისტომოს ცხოვრებაში. აქტიური მუშაკი იყო სტუდენტთა არალეგალური წრეებისა, ბევრჯერ იყო გაჩხრეცილი მეფის ხელისუფლების მიერ. ჰევიანი, ცოცხალი, გამჭრიახი, განათლებული, დიდი ერთდროითი 1912 წელს გუმა ჩიქოვანი შევიდა ექიმთა ოჯახში. მსახურობდა სხვადასხვა ადგილას საეროთა ექიმად. 1914—17 წლამდე მსახურობდა სამხედრო ექიმად. 1917 წელს დაიწყო მუშაობა როსტოვის უნივერსიტეტში გამოჩენილ ქირურგთან პროფესორ ბოგოროვთან, 2 წლის შემდეგ ის უკვე უფროსი ასისტენტი და ქირურგიასთან ერთად მშვენიერად შეისწავლა რენტგენოლოგიაც. ამზადებს დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად დისერტაციას, რომლის საჯარო დაცვა უნდა მომხდარიყო ამა წლის შემოდგომაზე. მის კალამს ეკუთვნის შემდეგი დაბეჭდილი შრომები:

1) О Кишечной непроходимости, 2) О резекции середины нижней конечности, 3) О кистах трубчатых костей. 4) Об эхинококе почки, 5) Отдаленные результаты реплантации нижней конечности, 6) О почечно-кишечной болезни და სხვა მრავალი წერილი შრომები. 1927 წლის 19 ივლისს ექ. ჩიქოვანი გარდაიცვალა (აბენდექტომიის შემდეგ). გარდა იმისა, რომ ექ. ჩიქოვანმა დაიმსახურა საპატიო სახელი, როგორც მეცნიერულ მუშაებად, მას როსტოვში დიდი პრაქტიკაც ჰქონდა, განსაკუთრებით მშრომელთა შორის და ეს დაუფასეს მით, რომ მის დასაფლავებას აუარებელი ხალხი დაესწრო და მოკვალმა ორატორმა თავისი გულის წუხილი გამოსთქვა ასეთი იშვიათი ადამიანის და ექიმის დაკარგვის გამო. აღსანიშნავია გამოჩენილი რუსი ქირურგის პროფ. ნაპალკოვის სიტყვა, რომელშიც ის თვისი და ქირურგთა სახელით გამოსთქვამდა დიდ მწუხარებას, რომ მეცნიერებას და კერძოდ ქირურგიას დაეკარგა ახალგაზრდა მოღვაწე, რომელზედაც მისი უფროსი ამხანაგები დიდ იმედებს ამყარებდნენ. გუმა ჩიქოვანის სურვილი, სამეცნიერო ხარისხის მიღების შემდეგ წამოსულიყო სამშობლოში და თავისი ცოდნა, გამოცდილება მიეტანა თავის ხალხისათვის, არ ასრულდა. უღმობელმა სიყვდილმა მოგვტაცა მის ამხანაგებს სპეტაკი მეგობარი, ჩვენ ერს კი მშვენიერი ექიმი. შენი სახელი ჩვენთვის, შენი მეგობრობისათვის, დაუიწყებარი იქნება, ჩემო და ჩვენო გუმა.



ეკიმი გუბა ჩიქოვანი.

რ ე ზ ე რ ა ტ ე გ ი.

L-encephale. 1927 წ. იანვარი. № 1. მგრძნობიარობა დიატეზების და ემოტიური სისხლის დროს. M. Nathan.

ფსიხიკის პათოლოგიაში ცნობა „დიატეზი“ საქმარისად კარგად არის გაგებული. ამ დიატეზებთა შორის ყველაზედ კარგად ცნობილი და უფრო უკეთესად შესწავლილი არის ემოტიური დიატეზი—აწერილი პროფ. Claude, პროფ. Dupré და მათი შეგირდების მიერ: Tinel, Targowla, Sautoise, Laigner—Lavastine-ის შრომები ამტკიცებენ, რომ ამ დიატეზების დროს შეცვლილია ვეგეტატიური და ენდოკრინული სისტემა. მხოლოდ მათი აზრით გამოჩვეული არ არის დაზიანდება ჯერ ენდოკრინული და ვეგეტატიური სისტემა და შემდეგ გამოაშკარავდება ფსიხოზი თუ პირიქით ფსიხიკის დაზიანება წინ უძღვის ენდოკრინულ სისტემის დაზიანებას? საკითხის საბოლოოდ გადაწყვეტა, ამბობს ავტორი, ძალიან ძნელია, რადგან ფსიხიური მოვლენები ერთის მხრივ და ენდოკრინული ვეგეტატიური ცვლილებანი მეორეს მხრივ მჭიდროდ დაკავშირებული არიან ერთმანეთთან; ამასთანავე ერთად არ შეიძლება უარყოფით იხიკ, რომ დაწყნარების დროს ბელადონის, ადრენალინის და ეზერინის შემზაპუნებით შეიძლება დეპრესიული და მანიაკალური შეტევების შენელება და ზოგჯერ პერიოდული სისხლოვნების დროს პაროქსიზმების შეჩერებაც. მაინც ძნელია გადაჭრით ითქვას, რომ ენდოკრინულ და ვეგეტატიურ სისტემებს ეკუთვნის პრიორიტეტი. ყველა ჩვენი ემოციების გამომვლავლება ხდება ენდოკრინულ—ვეგეტატიური აპარატით, მაგრამ ვეგეტატიური და ენდოკრინული ფუნქციების შესწავლა ავტორის აზრით საქმარისი არ არის ემოტიურ სისხლოვნების primum moven-ის გამოსარკვევად. ამისათვის ჩვენ ვარჩით, ამბობს ავტორი, მართალია ნაკლებად მეცნიერული, მაგრამ პრაქტიკის მხრივ მეტად გამოსადეგი მეთოდი; საქმარია ღრმად შევიჭრათ ავადმყოფის ისტორიაში, მასთან ერთად ხელახლად გავიაროთ განვლილი გზა. ამ მეთოდის საშუალებით შესაძლებელია გამომვლავდეს სუბიექტის გადაჭარბებული გრძნობიერობის პერიოდები, რომელიც გრძელდებოდა თვეობით და წლებით. აი ამის ერთი მაგალითი: ახალგაზრდა ყმაწვილი კაცი, აღზრდილი ოჯახის ცუდ პირობებში; ემოციონალურმა მისწრაფებებმა ყმაწვილი მიყვანეს დეპრესიამდე. აღზრდისა და ცხოვრების პირობების გამო ყოველთვის შესაძლებელია სისხლონი. ავტორის მოწყვას თავისი პირადი შემთხვევა, როდესაც 17 წლის ქალს ოჯახში აუტანელი პირობების გამო ჰქონდა ისტერიული სინდრომი. მეორე შემთხვევა: 29 წლის ქალი, კარგად აღზრდილი, ნაკითხი, მუსიკის მცოდნე; ოჯახში ყოველთვის უსიამოვნება, ლანძღვა-გინება, შეურაცყოფა; ის მიდის ოჯახიდან, მუშაობს მოწყალე დის თანამდებობაზედ საავადმყოფოში, სადაც გაიცნობს სამხედრო პირს ახალგაზრდა კაცს, გახდება მის საცოლვე—სქესობრივი კავშირი მასთან არა აქვს. ამ დროს საქმაროს ვაგზანთან ომში და რამოდენიმე წლის განმავლობაში საქმაროს შესახებ არ იცის არაფერი. ქალი იწყობება ღრმა დეპრესიაში, მუშაობას მაინც თავს არ ანებებს; ერთი ფაქტის შემდეგ მდგომარეობა უარესდება; ღამე მორიგეობს ერთ ახალგაზრდა კაცთან, რომელიც მას სთხოვს ცოლობას. ქალს ღამე ჩაეძინა, გამოეღვიძა სწორედ იმ მომენტში, როდესაც ყმაწვილი კაცი ძალმომრეობას აპირებდა; ამ ბრძოლის დროს ქალში გაიღვიძებდა სქესობრივი გრძნობები, ქალი ამით ძალიან შეწუხდებდა, რცხენია მას თავისი თავისი. დეპრესია უღრმეა; თერაპეუტიული ზომები ვაგოტონიის საწინააღმდეგოდ მიღებული არ მოქმედობენ.

აქ არის ორი პერიოდი; პირველი ბოლმის, ხოლო მეორე თვით ბრალდების; ორივე დეპრესიისაკენ მიეწევიან. ასეთივეა კიდევ ერთი შემთხვევა: 26 წლ. ქალი სიყვარულის ნიადაგზედ უსიამოვნების გამო წავა ოჯახიდან და დასახლდება პარისში მასწავლებლად. სასწავლებელში

გაცინობს და ძლიერ დაუახლოვდება ორ ახალგაზრდა ქალს, რომლებიც იმყოფებიან დეპრესიულ მდგომარეობაში; მათ მოვლასი ქალი ძალიან დაიღლება და მიდის დასასვენებლად ერთ მონასტერში. ცუდად დახელოვებული ფრედის მიმდევარი ერთი ექიმი გასინჯავს ავადმყოფს, დაუწყებს მას წამლობას და გამოუცხადებს ქალს, რომ მან აქამდინ არ იცოდა თუ ვინ არის თითონ, ის არის ლესბიელი. ეს შემზარავი ამბავი ცუდად იმოქმედებს ავადმყოფზე და მეტად გააუარესებს მის მდგომარეობას. შემდეგში უალრესი დეპრესია, ბოდება.

ამის მაგალითები ბევრია, როდესაც მგრძნობიარე პიროვნება ეწინააღმდეგება და გაურბის გრძნობას ქსიზოზი ყოველთვის თვითბრალდების, დეპრესიული, ან სპეციალური ტიპის ბოდება კარგად აწერილია Morel-ის და Laigrand du Saule-ის მიერ *délire sensitif*-სენსიტიური ბოდვის სახით. მან აგრეთვე გვიჩვენა კავშირი ემოციურ ქსიზოზებთან და აღნიშნა უმთავრეს შემთხვევებში ეთიური მიზეზი, ანუ ეთიური ექვიანობა, როგორც ყველაზე ძნელი, აუტანელი მდგომარეობა. ამის მიზეზი ხშირად რაიმე ფიზიკური ან ფსიხიური ნაკლუღვენება — *debilite motrice de Dupré*; გამაჟკარავდება ახალგაზრდა ქსასკში, მაშინ როდესაც ფორმათა დისჰარმონია პიროვნებაში ქნის დაუჯერებლობას, ექვიანობას.

Sollier ამტკიცებს, რომ ეს ექვიანობა, დაუჯერებლობა საფუძვლად უდევს Janet-ს ფსიხასტიური შემთხვევებს. ამ სტატიის ავტორიც საესებით იზიარებს Sollier-ს აზრს: ფსიხასტიურად ახლოს დგას ემოციურ ფსიხოზებთან; როგორც ეს უკანასკნელი ფსიხასტიურ რეაქციას იძლევა სევდით. ეს იმდენად მართალია, რომ ზოგიერთი სუბიექტი, რომელიც დარწმუნებულია თავის რომელიმე ნაკლუღვენებაში ახვიადებს ამას, ხდება დაუჯერებელი, ექვიანი და ამავე დროს ნაღვლიანი, ასეთია ერთი ფინანსისტი, რომელიც დაჯერებულია თავის ძაღებში, შესაძლებლობაში მხოლოდ და მხოლოდ თავის კაბინეტში. იქ მას არც ეჭვი, არც დაუჯერებლობა არა აქვს, რაიმე მნიშვნელოვანი საკითხის გადაჭრა მისთვის სულ უბრალოა. პირიქით ოჯახში და საზოგადოებაში ის არ არის დარწმუნებული თავის ძაღებში. ერთის მხრივ ასე დახელოვნება ფინანსიურ საკითხებში და ამავე დროს ყოყმანი და ეჭვიანობა სოციალურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. აღზრდილი ოჯახში, მკაცრი, სასტიკი, გულცივი მამის ხელში, ის ბავშვობიდანვე დახელოვნებული იყო მხოლოდ ფინანსიურ საკითხებში. ანაირად ფსიხასტიურად, როგორც ემოციურად დიატეზი არის ევოლუციონური დაავადება. ფსიხასტიური არ იბადება, ის მერე ხდება ავად; საპირთა აგრეთვე წინასწარი განწყობილება. დასასრულს ავტორი დასძენს, რომ ფსიხასტიურად და ემოციურად დიატეზი უნდა განვიხილოთ როგორც მეორადი მოვლენა და მათი ეტაპების დათვალიერება შეიძლება პიროვნების მთელი არსებობის მანძილზე.

ექ. შიუკაშვილი.

Танамедрове Медицина.

(Современная медицина № 10—11).

РЕФЕРАТЫ.

Д-р Иос. Мchedlishvili. Ассистент Госпит. терап. клиники. Алкоголизм и болезни желудка.

Базируясь на данных клинического обследования 284 больных, автор полагает, что алкоголизм вызывает органические заболевания желудка и среди них, как будто, чаще всего кислый гастрит. На ряду с этим по его мнению, алкоголизму следует уделить значительно место в патогенезе язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В этих случаях чрезмерное потребление спиртных напитков, вызывая изменения в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, тем самым создает благоприятные условия для образования язвы.

Д-р Д. Тохадзе. Ординатор детской клиники. Частота туберкулеза в детском возрасте на основании патолого — анатомических вскрытий I-ой Городской больницы (Тифлис).

В прозектуре I-ой Городской больницы за 10 лет (с 1914 по 1923 г.) было вскрыто 600 детских трупов (от 6 до 14 л.) и при макроскопическом обследовании туберкулезные изменения были найдены в 174 случаях, т. е. в 29%, при чем было обнаружено, что 1). Патолого-анатомический туберкулез встречается тем чаще, чем выше возраст; 2). Дети младшего возраста, заболевшие туберкулезом, умирают от него чаще, чем дети — старшего 3) Дети раннего возраста, умершие от туберкулеза, имеют непосредственной причиной смерти чаще всего туберкулезный менингит или милиарный туберкулез; 4). Из 2.914 вскрытых трупов, различного возраста (отноворожден до 80 лет) и национальности оказалось:

	Грузин	Армян	Русских	Ост. нац.
вскрытых	461	1151	812	490
туб. изменения найдено	116	195	87	62
% туберк.	25	16,9	10,8	12,4

Д-р Хир. К. Эрстов. По поводу лечения гнойных плевритов.

Автор приводит ряд случаев гнойных плевритов различного происхождения леченных аспирацией гноя с последующим промыванием плевральной полости. Некоторым больным после аспираций гноя и промывания плевры, в полость вприскивалась 1% генцианвиолет в количестве 10—12 гр..

По мнению автора: 1) При хирургических заболеваниях грудной полости, в особенности при гнойных плевритах и абсцессах легкого, необходимо содружество хирургов и терапевтов. 2) При плевро—эмпиеме до выбора метода лечения, необходимо выяснить характер гноя добытого из плевры. 3) Пора отказаться от мысли, что якобы всякий гнойный плеврит требует широкой оперативной помощи. 4) При стрептококковом гнойном плеврите показана широкая торакотомия с резекцией ребра. 5) При гнойных же плевритах вызванных другими микробами, необходимо провести курс лечения с аспирацией гноя, которая кстати сказать никакой опасности не представляет. Если аспирация гноя не вылечит больного, то во всяком случае подготовит его для операции (вскрытия плевры), которая всегда лучше переносится после аспирации. Вслучае необходимости аспирацию можно повторить несколько раз. 6) Лучше плевру промывать антисептической жидкостью и после промывания оставлять эту жидкость в полости в половинном размере аспирированного гноя.

Д-р Ев. Шаламберидзе. Старший ассистент. Операция Dührssen-a, как метод искусственного выкидыша (из акушерской клиники Тифлисского Унив. зав. проф. Ив. Тиканадзе).

При производстве искусственного выкидыша, в особенности после 3-х месяцев беременности, расширение шейки матки всегда является одним из самых сложных и весьма ответственных вопросов, издавна обращающие на себя особенное внимание гинекологов. Сознвая серьезность положения при механическом расширении шейки матки, гинекологи, чтобы избежать разрыва шейки матки и всех его последствий, выдвинули целый ряд средств, расширяющих естественным путем шейку матки. Из этих средств большим успехом пользовались: ламинария, тупело, бужи, тампонация шейки матки, разрыв плодного пузыря и многие другие; но в настоящее время все они, ввиду задерживания выделения из полости матки, что способствует его всасыванию, потеряли научную почву своего применения, а потому теперь больше успехом среди гинекологов не пользуются. Даже метрейринтер, издавна пользовавшийся хорошей репутацией в деле вызывания искусственного выкидыша, в настоящее время постепенно теряет свой авторитет и ему в большинстве случаев, в особенности, когда шейка матки ригидная, приходится уступить место кровавому методу расширения шейки матки, ибо клинически мы убеждаемся, что метрейринтер навсегда дает достаточный эффект и в таких случаях дело не обходится без осложнений.

В настоящее время в нашей акушерской клинике при производстве искусственного выкидыша после 3-х месяцев беременности, мы, игнорируя по вышеуказанным соображениям некровавый метод расширения шейки матки, прибегаем главным образом кровавому методу расширения шейки матки по способу Dührssen-а, как это практикует проф. Отт в своей клинике, а также и другие гинекологи.

По Dührssen-овскому методу нами было произведено 14 абортот при беременности от 3¹/₂—до 6 месяцев включительно и за исключением одного случая, все прошли без всяких осложнений. Осложнение же одного единственного случая было вызвано гонококками, развившихся в шейке матки. Показания операции были на туберкулез—8 случаев, социальное положение—2, воспаление почек—1, эклампсия—1, предлежание последа—1 и hyperemesis gravidarum—1.

Одним словом, у нас не имеется противопоказания против Dührssen-овского метода, если не считать необходимость большого количества помощников, больничных условий и более долгого послеоперационного срока выдержки. Таким образом нужно признать за Dührssen-овской операцией большое преимущество в сравнении с метрейринтером и кровавыми и некровавыми методами операции. Поэтому названная операция должна быть широко применяема в нашей действительности. Тот факт, что в акушерской клинике Тифлисского Университета в течение 5 месяцев с. г. метрейриз был применен только один раз, а за это же время Дурсеновская операция была применена 8 раз, явно свидетельствует о симпатии нашей клиники к Дурсенов. методу. Правда наш материал применения Дурсеновской операции не велик, он обнимает всего 14 случаев, поэтому мы не можем сделать окончательного вывода, т. к. для этого требуется больше наблюдений, а можем только формулировать наш взгляд:

- 1) Dührssen-овская операция для удаления 4-5-6-7 месячного плода вполне достаточно расширяет шейку матки;
- 2) Dührssen-овская операция несложная и быстро освобождает женщину от плода;
- 3) Dührssen овская операция в шейке матки для проведения антисептики создает наиболее благоприятные условия по сравнению с другими модификациями;
- 4) Dührssen-овская операция требует от гинеколога знания техники, а поэтому желательно, чтобы ее производили в больничных условиях.

Д-р Сихарулидзе. К вопросу об экспульсивном кровотечении.

Автор приводит краткое сообщение литературного характера, где, главным образом, указывается о возможности самопроизвольного разрыва роговицы с последующим обильным кровотечением из внутренних оболочек глаза. Останавливается на абсолютной глаукоме, где на ряду с другими

дегенеративными изменениями во внутренних оболочках глаза, возможно нарушение целостности роговичной ткани, мацерация роговичного эпителия с последующим образованием язвенного кератита. Отмечает несостоятельность положения о том, что спонтанный характер разрыва должен подвергнуться некоторому сомнению. Указывается также на опасность осложнения экспульсивным кровотечением при экстракции катаракты, при чем предвидеть опасность осложнения, зачастую, бывает не так легко. Нужно перед каждой экстракцией с математической точностью выяснить состояние внутриглазного давления.

Судьба глаза в таких случаях одна и та же—развивается то медленно, то быстро атрофия глазного яблока.

Д-р Джавахишвили. Целебное действие грязи Кумисского озера. Тезисы.

1. Хотя в Грузии не так давно началось грязелечение, но тем не менее оно успело занять достаточно широкое место среди других видов бальнеотерапии.

2. Сравнительно с тем быстрым развитием грязелечения в Грузии, какое имеет место в настоящее время, судя по тому, что единственным источником грязелечения является Ахтала, дебит которой не так уже велик, запасы грязи, оказываются скудными для перспективы дальнейшего развития грязелечения.

3. Поэтому большое значение придается в Грузии открытию всякого нового источника грязелечения, дабы этим создать материальную базу для нее.

4. Согласно геотопографическим данным Кумисского озера, климатическим условиям его окрестности судя по физико-химическим свойствам озерной рипы и грязи, озеро это действительно становится новым источником грязелечения в Грузии.

5. Проведенные случаи грязелечения Кумисской грязью нужно считать первым опытом использования этой грязи с лечебной целью.

6. Полученные результаты лечения Кумисской грязью (70% общего количества больных дали улучшение) дают нам право считать эту грязь пригодной для грязелечения.

7. Все вышеизложенное возлагает на нас обязанность усилить всевозможные наблюдения как над режимом озера, его биохимизмом, так и клинические исследования принадлежащей обстановке.

Thanamedrové Medicina.

Sommaire.

(Médecine contemporaine №№ 10—11).

D-r. J. Mtchedlichvili. „L'alcoolisme et les affections gastriques“. En se basant sur 284 cas cliniquement observés, l'auteur suppose, que l'alcoolisme est la cause des affections gastriques organiques, tout spécialement—de la gastrite acide.

Parallèlement, d'après l'auteur, l'alcoolisme peut jouer un rôle de premier plan dans la genèse des ulcères gastriques et duodénaux. Dans ces cas, l'abus de l'alcool entraînant des alterations dans les muqueuses gastriques et celle du duodénum, provoque l'apparition des conditions, favorables pour la formation des ulcus.

D-r. D. Tokhadzé. „La fréquence de la tuberculose infantile d'après les necropsies de l'Hôpital Municipale“ Dans le cours de 10 ans (1914—1923) le service anatomo-pathologique de l'Hôpital Municipale a opéré la necropsies de 600 sujets de 6 à 14 ans et l'examen macroscopique a permis déceler des lésions tuberculeuses dans 174 cas, c. a. d., dans 29%.

L'analyse de ces cas permet a l'auteur de tirer les conclusions suivantes:

1. La tuberculose avec lésions macroscopiques se rencontre chez les enfants avec d'autant plus de fréquence, que l'âge des enfants est avancé.
2. Les enfants en bas âge, frappés de tuberculose, en meurent plus souvent que les enfants plus âgés.
3. Les enfants en bas âge, décédés de la Tbc ont, comme cause de mort—la meningite tuberculeuse ou la Tbc miliaire.
4. Sur 2914 autopsies de sujets d'âge différent (0 à 80 ans) on trouve:

	Géorgiens	arméniens	russes	autres nationalités
necropsies	461	1152	812	490
lésions tuberculeuses .	116	195	87	62
% de la Tbc	20	16,9	10,8	12,0



9444555555
30355010333

D-r. K. Eristoff. „Traitement des pleurésies purulentes“ L'auteur rapporte une série de cas des pleurésies purulentes de différente origine, traités par l'aspiration du pus avec lavage consécutif de la cavité pleurale.

Certains de ces malades ont reçu, après aspiration du pus et lavage de la cavité pleurale, une injection du violet de genciane, en solution à 1^o/₁₀—10 à 12 gr.

D'après l'auteur:

1. Les affections chirurgicales de la cavité thoracique (surtout les pleurésies purulentes et les abcès pulmonaires) exigent une collaboration étroite des chirurgiens et des thérapeutes.

2. En cours de la pleuro-empyème—il est nécessaire, avant le choix de la méthode curative, de procéder à une analyse du pus obtenu par ponction pleurale.

3. Il est temps d'abandonner l'opinion erronée que toute pleurésie purulente nécessite une intervention chirurgicale large.

La pleurésie purulente streptococcique est une indication pour une thoracotomie large avec résection costale.

5. Au cours des pleurésies purulentes, provoquées par d'autres germes microbiens—il est préférable d'appliquer un traitement avec aspiration du pus, d'ailleurs, absolument inoffensive. Si l'aspiration du pus ne guérit pas toujours le malade—elle le prépare pour l'opération (pleurotomie), qui est, alors, de beaucoup mieux supportée. En cas de nécessité, on peut répéter l'aspiration du pus plusieurs fois.

6. Il est indiqué de procéder au lavage de la cavité pleurale par des liquides antiseptiques et d'abandonner ce liquide dans la plèvre, en quantité égale à la moitié du pus aspiré.

D-r. E. Chalambé idzé. „L'opération de Dührssen, une des méthodes de l'avortement artificiel“.

L'auteur préfère à toutes les méthodes opératoires préconisées — celle de Dührssen et exprime ses impressions (l'auteur ne dispose, pour le moment, que de 14 cas) dans les conclusions qui suivent:

1. L'opération de Dührssen élargit bien suffisamment le col de la matrice pour permettre l'enlèvement de l'embryon de 4-5-6-7 mois.

2. L'opération de Dührssen n'est pas compliquée et délivre rapidement la femme.

3. L'opération de Dührssen, comparativement à d'autres méthodes de l'élargissement du col utérin, présente le plus de garanties, quant à l'asepsie du champ opératoire.

4. L'opération de Dührssen doit être pratiquée, de préférence, dans les conditions de l'hôpital.

Sikarulidzé. — Au sujet de l' hémorragie expulsive. L'auteur rapporte brièvement un cas bibliographique, où il est question de la possibilité de la rupture spontanée de la cornée avec grande hémorragie consécutive des membranes internes de l'oeil.

L'auteur s'arrête sur le glaucome adsolue, où, avec d'autres lésions dégénératives des membranes internes de l'oeil, peuvent avoir lieu la rupture du tissu cornéen, la macération de l'épithélium de la cornée avec formation consécutive d'une keratite ulcéreuse. Il note également le malfondé de l'opinion considérant comme douteuse la rupture spontanée. Aussi le danger de l'hémorragie expulsive pendant l'extraction de la cataracte est grand. Mais souvent il est difficile de prévoir cette complication. C'est pourquoi il faut, avant l'extraction, préciser avec la plus grande exactitude la tension intra-oculaire.

En pareils cas l'oeil s'atrophie tautôt lentement, tautôt d'une manière plus accélérée.

D-r. Djavachischvili. "Propriétés curatives des banes du lac Koumissi".

1. La thérapie par les banes, quoique inaugurée en Géorgie récemment, a occupé une place suffisamment large parmi les autres formes de la balnéothérapie.

2. Comparativement à la vitesse des développements de la thérapie par les banes — la réserve des banes (Seule saurée actuellement Akhtala) paraît insuffisante pour l'avenir.

3. Chaque nouvelle source de boue en Géorgie a, par conséquent, de l'importance.

4. Les données géo — et topographiques du lac Koumissi, ainsi que les qualités physicochimiques des limons et boues du dit lac permettent de le considérer comme une des sources de thérapie par les boues en Géorgie.

5. Les résultats du traitement d'orientaux par les boues de Koumissi (70% de malades ont présentés de l'amélioration) — nous permettent de considérer cette boue comme convenable pour l'emploi thérapeutique.

6. Tout ce qui précède — commande l'obligation de multiplier les observations, tant sur le régime du lac et son biochimisme, que sur l'effet curatif des boues — dans des conditions appropriées.

D-r. V. Lordkipanidzé. „Les infections infantiles en 1925 en Géorgie (la variole, le typhus abdominale, le typhus exanthématique et la fièvre récurrente en Géorgie“).

L'auteur, passant en revue les données statistiques en comensant par l'année 1910, arrive à conclure, que malgré une effervescence au cours des années 1921 et 1922 — les maladies transmissibles sus-mentionnées ont une tendance vers la diminution; les cas de variole, surtout se chiffrent par unités.

24 9257 30
302-301013

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА
„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“
1928 г.

(XXIV год издания)

Как и в 1927 г. „Журнал“ будет выходить ежемесячно, книжками в 112 стр. каждая, но, благодаря вновь избранным шрифтам, количество печатаемого материала в каждой книжке будет увеличено в $1\frac{1}{2}$ раза.

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

Отв. Редактор проф. *В. С. Труздев.*

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

Стремясь возможно облегчить подписку на 1928 год, редакция обращает внимание гр. гр. подписчиков на **ГРУППОВУЮ ПОДПИСКУ** на следующих условиях: 1) групповой считается подписка на количество экземпляров не менее 3; 2) каждый участник группы вносит по 1 рублю в месяц в течение 6 месяцев со дня подписки уполномоченному группой лицу из ее участников; 3) уполномоченный группы пересылает редакции деньги и адреса подписчиков (деньги—ежемесячно) и ведет всю переписку с редакцией; 4) «Журнал» будет высылаться каждому участнику группы отдельно (по желанию в адрес уполномоченного лица).

**Требования и деньги направлять по
адресу редакции**

Г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета,
Адрес: *ул. Гоголя, 10*
Адреса подписчиков высылаются по требованию бесплатно.

