

1926



გამოცემის წელი მესამე.

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 4

ა კ რ ი ლ ი

1926



ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებულთა კოლეგიუმის გამოცემა

ც ფ ი ლ ი ს ი

მიიღება ხალის მოწერა 1926 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

ჟურნალი გამოვა იმავე პროგრამით, როგორითაც გამოდიოდა 1925 წ. განმავლობაში.

ჟურნალში შექმდეგი განუყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, მიმოსილვები, კორმასკონდენსიები, რეჟიმ-რატები, ბიოლიოგრაფია და ძრონიკა.

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწ. უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები, პროვინციელი ექიმები.

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

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

ტფილისი ს. ს. შ. ს. პოლიგრაფტრესტის 1-ლი სტამბა. პლენხან. პრ. № 91.
7/IV—26. შეკ. № 6963/1032. მთავარლიტი № 301. დაიბეჭდა 700.

გამოცემის წელი მესამე.

საქართველო
პრესა

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური საგურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

F 2150

№ 4

აპრილი

1926



ტფილისის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის კალენდარის განყოფილება

ტფილისი



შ ი ნ ა ა რ ს ი

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

1. ირ. ტატიშვილი. გულის და დიდი სისხლის მილების ტერატო- ლოგიისათვის atresia ostii aortae et stenosis aortae ascen- dentis et arcus aortae-ს შემთხვევის აწერით	241
2. პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი. ორთოსტატიკური ალბუმინურიის პრო- ბლემისათვის	264
3. ნ. ყიფშიძე. ტუბერკულოზის კალციტერაპია	275
4. იოს. ჯავახიშვილი. სისხლის მორფოლოგიური და ფიზიკური თვი- სებების საკითხისათვის ოსტეომალაციის დროს	287
5. ს. ანდრეევა. კურორტი მაცესტა	296
6. პროფ. კახიანი. ქირურგიული ტუბერკულოზის იოდ-იოდოფორის ემუ- ლსიით მკურნალობა.	307
7. მიხ. კილოსანიძე. არტროდეზის საკითხისათვის	318
8. ა. წულუკიძე. ცისტო-ურეტრო-პიელოგრაფია, როგორც დიაგნოსტი- კური წარდ-სასქესო ორგანოების დაავადების დროს	324
9. მ. ფურცელაძე. ქირურგიულ ტუბერკულოზის, მალარიის და ათაშან- გის შეერთებული შემთხვევები	330
10. მიხ. მგალობლიშვილი. საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაცია, თუ მისი სრული ამოკვეთა მიომების და სხვა დაავადების დროს	335
II. კორესპონდენციები	347
III. რეფერატები.	358

იხაკლი ტატიშვილი.

გულის და ღიდი სისხლის მილვების ტერატოლოგიისათვის *atresia ostii aortae et stenosis aortae ascendentes et arcus aortae-ს* შემთხვევის აწერით.*)

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის და ტფილ. ქალაქის I საავადმყოფოს
პათოლოგიურ-ანატომიური ინსტიტუტებიდან. გამგე—პროფ. ვლ. ჟღენტაი).

ემბრიონალ განვითარების მექანიზმის მოშლა და ამ მოშლასთან დაკავშირებული მრავალრიცხოვანი თანდაყოლილი განვითარების მანკების ე. წ. *vitia formationis* შესწავლა თანდათანობით გამოეყო ნორმალსა და პათოლოგიურ ანატომიას და ცალკე მეტად ვრცელ და ზემოწიფებით რთულ მეცნიერულ დისციპლინის—ტერატოლოგიის—საგნად გადაიქცა. თუმცა *vitia formationis* საერთოდ და მათი უმაღლესი საფეხურიც ე. წ. სიმახინჯე (*monstrum*) უზშირესად ემბრიონალ პერიოდში იწყება და ვითარდება. მაგრამ პოსტემბრიონალ ხანაშიც, სახელდობრ ორგანიზმის ზრდისა და მომწიფების პერიოდშიც, შეიძლება ჩვეულებრივი განვითარების ხაზიდან მკვეთრი გადახრა მთელი ორგანიზმის, მაგ., ქონდრის კაცობის (*nanosomia*) და ზუმბერაზი ზრდის (*macrosomia*),—ან და ცალკე ორგანოების, მაგ., ბავშვის საშვილოსნოს (*uterus infantilis*), მკერდუკანა ჯირკვლის პერზისტენციის (*thymus persistens*) სახით და სხვ. მე არ შევეცდები აქ ცნება—სიმახინჯის—ზუსტ განსაზღვრას, რადგანაც ეს ისევე ძნელია, როგორც დაავადების ზუსტი განსაზღვრა;—არ შევეცდები აგრეთვე მკვეთრი საზღვრის გატარებას ნორმალსა და მანკიერად განვითარების შორის, ვინაიდან ესეც ისევე ძნელია, როგორც ჯანსაღობისა და დაავადების შუა მკვეთრი საზღვრის და გარჩევის გატარება. ჩვენი დღევანდელი ცოდნის მიხედვით სწორი იქნება ითქვას, რომ მანკიერად განვითარების უფრო უმაღლესი საფეხურები თანდათანობით და შეუქმნევლად გადადის ნორმალ განვითარების ჩვეულებრივ ფორმებში და მათ შორის ნათელი და მკვეთრი საზღვარი არ არსებობს ისე, როგორც არ არსებობს ასეთი საზღვარი ორგანიზმის მცირეოდენი პათოლოგიური გადახრის და ფიზიოლოგიურ მდგომარეობის შორის, აქედან ცხადია, რომ განვითარების მანკად აღინიშნება მხოლოდ საკმაოდ ნათლად გამოხატული გადახრა ნორმალ განვითარებისაგან და, მიუხედავად ასეთი შედა-

*) მოხსენებულია ტფილისის ქართულ ექიმთა საზოგადოების მორიგ სხდომაზე 15 აპრილს 1926 წ.



რებით ტლანქი საზომით საკითხისადმი მიდგომისა, მაინც თეორიულად აღ დასაშვებია, და ფაქტიურად ეს მართლდება კიდევ, რომ მაკროსკოპულად ყოველივე ადამიანის ორგანიზმში მოიხსნება ესა თუ ის რაოდენობა განვითარების ანომალიისა.

მე არ ვისახავ მიზნად ამ წერილის საგანთან დაკავშირებით მოკლედ მაინც შევეცხო საერთოდ სიმახინჯეებს, მათ ფორმალ და კაუხალ გენეზს, სიმახინჯეების თავისებურებების მიხედვით ტერატოგენეტიურ ტერმინაციულ პერიოდის ინტერპრეტაციას, სიმახინჯეების კლასიფიკაციის გადასინჯვას და განპარტებას, სისშირეს და სხვ., რადგანაც ყველა ეს ძლიერ მოკლედაც განმარტებული, დიდ ადგილს დაიკავებს. აელნიშნავ მხოლოდ, რომ ჩემ მიერ ასაწერი შემთხვევა *atresia ostii aortae et stenosis aortae ascendentes et arcus aortae* ეკუთვნის მხოლოდითი სიმახინჯეების (ე. წ. *monstra per defectum*) იმ რიგს, რომლებსაც ახასიათებს ამა თუ იმ სხეულის ნაწილის ან ორგანოს სრული უარსებლობა, ან მათი ზრდის შეჩერება ან შეფერხება და, რომელშიც თავსდება აგენეზიები (აპლაზიები), ჰიპოპლაზიები და სხვ.

გადავიდეთ საკუთარი შემთხვევის აწერაზე.

წინასწარი ცნობები.

ა—ი., მამრობითი სქესისა, 4 დღისა, სომეხი;—გვამი მოტანილია ქალაქის I საავადმყოფოს პროზექტლოში ამავე საავადმყოფოს საბებიო განყოფილებიდან. სამწუხაროდ არავითარი კლინიკური ცნობები გვამთან ერთად არ ყოფილა განყოფილებიდან გამოგზავნილი.

პათოლოგ-ანატომიური ნაწილი.

გაკვეთის ოქმი და პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი (ქალაქის I საავადმყოფოს პროზექტორის გაკვეთის ოქმი № 223, 25 დეკემბერი 1921 წ. გაკვეთა პროფ. ვლ. ულენტმა).

სწორი და საშუალო აგებულების მამრობითი სქესის ახალშობილის გვამი; სხეულის სიგრძე 42 cm. თავზე თმა სიგრძით 2 cm. კიპის არეში გამხმარი კიპლარის ნაშთი დაფარული დოლბანდით. გვამის გაშეშება საშუალოთაა გამოხატული. კანი მთელ სხეულზე მუქი წითელია; კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად არის განვითარებული.

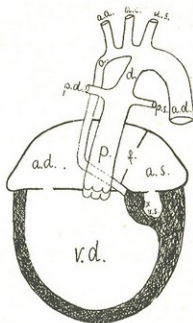
სეროზული ღრუები.

ორივე პლევრის ღრუში გამსჭვირვალე ქარვისებრი სითხის მცირე რაოდენობა.

პერიკარდიუმის ღრუში მოყვითალო სეროზული სითხის ჩვეულებრივი რაოდენობა.

მუცლის ორგანოების მდებარეობა ჩვეულებრივია. პერიტონეუმი კრიალა და სველია, მის ღრუში სისხლით შეფერილა სითხის მცირე რაოდენობა.

ცენტრალური ნერვების სისტემა. ტვინის მაგარი გარსი გაქიმულია; ტვინის რბილი გარსები სველი და სადაა. ტვინის ხვეულები და ღარები ჩვეულებრივია. ტვინის როგორც გვერდითი პირკუთების, ისე მესამე და მეოთხე პარაკუქის ღრუს ტეობა შედარებით ნორმულია; პარაკუქების ევენდიმა ყველგან კრიალა და სადაა. დიდი ჰემისფეროების როგორც რუხი, ისე თეთრი ნივთიე.



სურ. № 1. გული ნაკვეთზე (სქემატიური)

- v. s. -ventriculus sinister (ჰიპობლასიურია).
 v. d.—ventriculus dexter (ექსცენტრულად ჰიპერტროფიულია).
 x.—ადგილი, სადაც მარცხენა პარკუჭის კედელში უნდა იყოს აორტის კარი.
 a. s.—atrium sinisterum (ჰიპობლასიური).
 a. d.—atrium dextrum (ექცენტრულად ჰიპერტროფიული).
 f.—foramen ovale apertum (განიერი).
 p.—arteria pulmonalis (მეტად გინიერი).
 p. d.—arteria pulmonalis dex.
 p. s.—arteria pulmonalis sin.
 d.—ductus Botalli (მეტად განიერი).
 a.—სტენოზური ასწერივი აორტა და მისი რკალი.
 a. d.—aorta descendens.
 a. a.—arteria anonyma.
 a. c.—arteria carotis sinistra.
 a. s.—arteria subclavia sinistra.

რება ზედმიწევნით რბილია;—რბილია აგრედვე ნათხემის, ვაროლის ხილს და მოგრძო ტვინის ნივთიერებაც.

საქმლის მომწელებელი მილი. პირის ღრუს, ხახის და საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსი აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის, გარდა ოდნავი სისხლსავსეობისა და სიკვდილის შემდგომი იმბიბიციისა.

კუჭის ლორწოვანი ოდნავ შესქელებულია; ლორწოვან გარსზედ ლორწოს მცირე რაოდენობა; ლორწოვანის ნაოჭების მწვერვალებზე წერტილოვანი სისხლის ჩაქცევებია.

წვრილ და მსხვილ ნაწლავებში აღსანიშნავი ცვლილებები არ არის.

ღვიძლი ჩვეულებრივი კონფიგურაციის და ოდენობის, მომკვრივო კონსისტენციის, განაკვეთზე მუქი წითელი ფერისაა.

ნადღლის გუბები ნადღლისათვის გამავალია. **ნადღლის ბუშტში** მოყვითალო-მწვანე ფერის ნადღლის მცირე რაოდენობა; ლორწოვანის ზედაპირი ხავერდისებრია.

პანკრეასი აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის.

სასუნთქავი ორგანოები.

ხორხის სარქველი და ხორხი თვალთაღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის. სასულეს და ბრონქების ლორწოვანზე სისხლით ოდნავ შეფერილ ლორწოს მცირე რაოდენობა.

ფილტვები ასაკის მიხედვით შედარებით დიდებია, სისხლსავსეა, მომკვრივო კონსისტენციისა; პლევრის ქვეშ იქა-აქ წერტილოვანი სისხლის ჩაქცევები.

შარდ სასქესო ორგანოები.

თირკმლები ჩვეულებრივი ოდენობისაა, წილადოვანია, მომკვრივო კონსისტენციის, სისხლსავსეა, მეტადრე პირამიდები, —ქერქოვანი ფენა მკრთალია. კახსულა ადვილად სცილდება.

შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსი ჩვეულებრივი შეხედულებისაა.

წინამდებარე ჯირკველი ჩვეულებრივი ოდენობის, მომკვრივო კონსისტენციის და განაკვეთზე რუხი მოყვითალო ფერის.

შინაგან ხერქეციის ორგანოები.

თირკმელზედა ჯირკვლები ჩვეულებრივი ოდენობის და შეხედულებისაა. **ფარისებრი ჯირკველი** ჩვეულებრივი ოდენობის და განაკვეთზე მოყვითალო-წითელი ფერის.

ტვინის ქვედა დანაშატი აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის.

მკერდ-უჯანა ჯირკველი შედარებით დიდია.

სისხლის მიმოქცევის ორგანოები. **ელენთა** პატარაა, მომკვრივო კონსისტენციის, განაკვეთზე მუქი-წითელი ფერის — სისხლსავსეა.

გული — ასაკთან შედარებით დიდია, ჩვეულებრივი კონსისტენციისაა. გულის გასწვრივი ზომა 6 ctm. (უნდა იყოს დაახლოებით 3,1 ctm.), გარდიგარდმო 5 ctm. (უნდა იყოს დაახლოებით 4 ctm.), სისქე 3,5 ctm. (უნდა იყოს დაახლოებით 1,8მ ctm.), მარჯვენა პარკუჭი ძლიერ გაგანიერებულია, მისი კედლები გასქელებულია — $\frac{1}{2}$ ctm., სამკარიანი სარქვლის იალქნები ჩვეულებრივია; ფულტვის არტერიის ნამგლისებრი სარქვლები ნახები და დიდებია. ფილტვის არ-

ტერია გაგანიერებულია, მისი გარშემოწერილობა 3 ctm. (უნდა იყოს 2,4 ctm.). ბოტალის სადინარი განიერია. მარჯვენა წინაგული ზომიერად გაგანიერებულია, მისი კედლები გასქელებულია. მარცხენა პარკუჭი და წინაგული ჰიპოპლაზიურია; მარცხენა პარკუჭის ღრუ ზედმიწევნით პატარაა; ენდოკარდიუმი მაკროსკოპულად აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის. ზედმიწევნით გასქელებულია თვით პარკუჭის კედელი— $1\frac{1}{2}$ ctm. ორკარიან სარტყელის იალქნებიც ძლიერ პატარები და ზომიერად გასქელებულია. Ostium arteriosum sinistrum არ არსებობს. ასწერივი აორტა და აორტის რკალი ზედმიწევნით შევიწროვებულია. ორივე პარკუჭი გაყოფილია ერთი მეორისგან ძვიდეთი. ოვალი ხერელი ფართეა, მისი ზომა 3×5 , და ამრიგად ორივე წინაგული უერთდება ერთი მეორეს.

Diagnosis anatomica. Atresia ostii aortae et stenosis aortae ascendens et arcus aortae. Ductus arteriosus Botalli persistens. Foramen ovale apertum. Hypertrophia excentrica ventriculi et atrii dextri. Hypoplasia et hypertrophia concentrica ventriculi sinistri. Hypoplasia ostii venosi sinistri et valvulae bicuspidalis. Haemorrhagiae punctatae sub pleurae et musosae ventriculi. Cyanosis universalis.

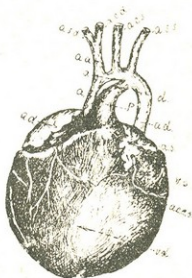
გულის უფრო დეტალურმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ მისი გარეგანი ფორმა ოვალაა, როგორც წინა-უკანა ($3,5$ ctm.), ისე გარდიგარდმო ზომა (5 ctm.) მონატებულია და გული თავის მოხაზულობით უახლოვდება ბურთობს.

გულის ფუძე, რამდენათაც ამაზე შეიძლება ლაპარაკი 5% ფორმალინის სნარში ფიქსაციის შემდეგ, საკმარისად არის გამოხატული, მიქცეულია ზევით და მარჯვნივ, მწვერვალი კი შემრგვალებულია და იყურება ჩვეულებისამებრ ქვევით და მარცხნივ.

გულის წინა ზედაპირი (facies sternocostalis) ზედმიწევნით ამობერილია, უკანა (facies diaphragmatica)—კი ოდნავ შემრგვალებულია, რის გამოც გულის მარჯვენა და მარცხენა გვერდითი კიდეები სუსტად ემჩნევა.

გულის გარდიგარდმო ღარი (sulcus transversus seu sulcus coronarius resp. sulcus circularis) როგორც წინა, ისე უკანა ზედაპირზე თითქმის შესწორებულია.

გულის უკანა გასწერივი ღარი (sulcus longitudinalis posterior) მარჯვენა გვერდითი კიდედგან დაშორებულია $\frac{3}{4}$ ctm., რაც შეეხება წინა გასწერივი ღარს (sulcus longitudinalis anterior), ეს გულის ზემო და შუა მესამედის საზღვარზე ჰქმნის კუთხეს, მკვეთრად უხვევს მარცხნივ და იკარგება გულის უკანა ზედაპირზე. გულის ორივე გვირგვინოვანი არტერიები (arteriae coronariae cordis) გამოდის სტენოზური აორტის დასაწყისში; მარცხენა გვირგვინოვანი არტერია ოდნავ მსხვილია მარჯვენაზე. Arteria coronaria sinistra s. anterior გადის sulcus circularis-ში გულის მარცხენა კიდის ირგვლივ, ჰგზავნის წინა გასწერივი ღარში ტოტს, რომელიც უკანასკნელთან ერთად იკარგება გულის უკანა ზედაპირზე. Arteria coronaria dextra s. posterior გადის წინა ზედაპირზე მდებარე sinus circularis-ში გულის მარჯვენა კიდისკენ, შემდეგ გადადის უკანა



სურ. № 2.

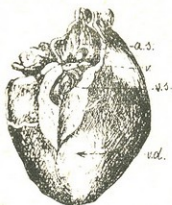
- v. s.—ventriculus sinister.
 v. d.—ventriculus dexter.
 a. s.—auriculum sinister.
 a. d.—auriculum dexter.
 a. c. c. s.—arteria coronaria cordis sinistra.
 p.—arteria pulmonalis.
 d.—ductus arteriosus Botalli.
 a.—aorta ascendens.
 a.—arcus aortae.
 a. d.—aorta descendens.
 a. a.—arteria anonyma.
 a. c. s.—arteria carotis sinistra.
 a. s. s.—arteria subclavia sinistra.
 a. s. d.—arteria subclavia dextra.
 a. c. d.—arteria carotis dextra.



(chordae tendinae) იწყება სარქველების თავისუფალ კიდედან და ნაწილობრივ პარკუჭის ღრუსაკენ მიქცეული ზედაპირიდან, და უმაგრდება პარკუჭის კედლიდან წინ წამოწეულ კუნთოვან კონებს (musculi papillares). აღნიშნული სიმები ოდნავ გასქელებულია. გასქელებულია აგრეთვე *m. m. papillares* როგორც წინა, — ისე უკანა ლატერალი და მედიალი დერილოვანი კონები, რომელნიც მოთავსებულია მეზობელ იალქნების შუა მყოფ სივრცეებში. მარჯვენა ვენურ კარს დაკარგული აქვს ოვალი ფორმა და მდებარეობს მარჯვენა პარკუჭის ფუძის მარჯვენა კუთხეში. *Valvula tricuspidalis*-ის *cuspis anterior*, *cuspis medialis* et *cuspis posterior*-ი ჩვეულებრივია. მარჯვენა არტერიული კარი მრგვალი მხახულობისაა, ვაგანიერებულია (მის გარშემოწერილობა 3 *ctm.*) მოთავსებულია პარკუჭთა ფუძის *resp.* გულის ფუძის ცენტროში და გადადის ზედიწვენით ვაგანიერებულ მილში — ფილტვის არტერიაში — რომლის გარშემოწერილობა უდრის 3 *ctm.*

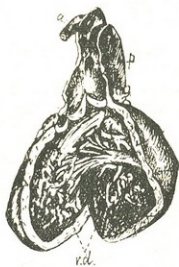
ფილტვის არტერიის კარის ნამკლისებრი სარქველები (*valvulae dex., posterior et sin.*) შედარებით დიდებია და ნაზებია; *noduli valvularum semilunarium Arantii* ძლიერ სუსტად არის გამოხატული. ფილტვის არტერია დაახლოვებით $\frac{1}{2}$ *ctm.*-ის მანძილზე სარქველებიდან იძლევა ორ ტოტს: *art. pulmonalis dex. et sin.*, მთავარი ღერო მისი კი გადადის ბოტალის სადინარში; მარჯვენა, უფრო გრძელი ფილტვის არტერიის ტოტა მიდის ზემო ღრუ ვენის უკან მარჯვენა ფილტვის კარისაკენ, მარცხენა უფრო მოკლე ტოტი კი, მიდის დასწვრივ აორტის წინ მარცხენა ფილტვის კარისაკენ. $1\frac{1}{3}$ *ctm.*-ის (უნდა იყოს დაახლოვებით 6,9 *m.m.*) სიგრძის მქონე და ზედიწვენით გაგანიერებული 1,5 *ctm.* (უნდა იყოს დაახლოვებით 4,3 *m.m.*) ბოტალის სადინარი ერთის მხრივ გადადის პირდაპირ დასწვრივ აორტაში, რომელიც ფორმით ჩანს საესკებით ნორმული, ხოლო მეტად ვაგანიერებული სანათურით, და მეორე მხრივ კი შეერთებულია მეტად ვიწრო აორტის რკალის სანათურთან. შესაბამის ადგილებიდან დასწვრივ აორტიდან გამოდის ნეკნთა შუა არტერიები. აორტის რკალს, სწორედ *art. anonyma*-ს გამოსვლის პირდაპირ ერთვის შედარებით უფრო დიდი, გულიდან გამომავალი სისხლის მილი. ეს მილი მარცხენა პარკუჭის ფუძესთან თავდება ბრმად, ხოლო ზევით, როგორც იყო აღნიშნული იღებს აორტის რკალის ხასიათს. ცხადია, აღნიშნული სისხლის ძარღვი წარმოადგენს ძლიერ შევიწროვებული ასწვრივი აორტას, რომელიც ატარებს ბატის ფრთის წვირლ ღეროს, ჩვეულებრივ კი მისი გარშემოწერილობა უდრის 2 *ctm.* აორტის რკალიდან ჩვეულებრივად წესით გამოდის *art. anonyma* (რომელიც ზევით იყოფა *art. carotis communis dextra et subclavia dextra*-დ) და *art. carotis communis sin. et subclavia sin.*

მარჯვენა წინაგული მოთავსებულია უფრო წინ, ვიდრე მარცხენა; მარჯვენა წინაგულის მარცხენა კედელი წარმომადგარაა *septum atriorum*-ით, რომლის უკანა ნახევარში, ქვედა ღრუ ვენის შესართავის ზევით და გვერდით არის ირიბად მიმავალი *foramen ovale* დიაპეტრით 3 *ctm.* ოვალი ხერელი წინ შემორტყმულია გასქელებულ კუნთოვან მორგვით *limbus foraminis ovalis Vieussenii*; ძვიდის უკანა ნამკლისებრი ნაწილი შეადგენს *valvula foraminis ovalis*, რომელიც საკმაოდ კარგად არის ვაგნიეთარებული. წინაგულის შიგნითა ზედაპირზე *trabe-*



სურ. № 3

v. s.—ventriculus sinister (პიპილახური).
 v. d.—ventriculus dexter.
 v.—valvulae bicuspidalis (პიპილახური).
 a. s.—atrium sinister.



სურ. № 4

v. d.—ventriculus dexter.
 p.—arteria pulmonalis.
 a.—arcus aortae.



ეპიკარდიუმი სქელია, მდიდარია სისხლის მიღებით და ბოქკოვანი შემავოთებელი ქსოვილით. უკანასკნელი შესდგება, როგორც ზედმიწევნით სქელ, ჰომოგენურ და ბირთვებით ღარიბ—ისე უფრო ნაზ და ფიბრილარ ბოქკოვებისაგან. სუბეპიკარდიული სისხლის მიღების კედლებიც ჰომოგენური და ზედმიწევნით გასქელებულია; იქა-აქ ეს გასქელება არათანაბარია სისხლის მილის მიუღ გარშემოწერილობაზე; სისხლის მიღების სანათურები ძლიერ შევიწროვებულია. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რომ იმ მიდამოდან აღებულ ანათლებში, სადაც უნდა იყოს აორტის შესართავი ზევით აღნიშნული ცვლილებები უფრო ინტენსიურადაა გამოხატული, სახელობრ, ნანახია ნაწიბუროვანი შემავრთებელი ქსოვილი, რომელიც მკვირვ ფიბროზულ ქსოვილის სახით შექრილია არტოფიულ კუნთოვან ბოქკოვებს შორის. აღნიშნულ ნაწიბუროვან ქსოვილის ბოქკოვების მიმართულება სხვადასხვაა.

მისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: endo—et myocarditis chronica foetalis.

საერთოდ anomaliae evolutionis cordis მრავალრიცხოვანია. ხშირია გულის ძვიდების მანკები: ზოგჯერ ძვიდები სრულიად არ არის, ზოგჯერ კი დეფექტებია ერთში ან ორივეში; პარკუჭთა ძვიდის ალაზხია ჰქმნის cor triloculare biatriatum-ს, ხოლო ორივე ძვიდის უქონლობა კი—cor biloculare-ს. ძვიდების მანკები შეიძლება იყოს სხვა განვითარების ანომალიებთან ერთად. ასე, მაგ., პარკუჭთა ძვიდის მანკი ხშირია არტერიულ სისხლის ძარღვების ანომალიებთან; არაიშვიათია დიდ არტერიულ სისხლის ძარღვების ტრანსპოზიცია: აორტა გამოდის მარჯვენა პარკუჭიდან, მოთავსებულია მარჯვნივ და წინ, ფილტვის არტერია კი გამოდის მარცხენა პარკუჭიდან და ათავსდება მარცხნივ და უკან. შემდეგ, არც ისე იშვიათია საერთოდ დიდი არტერიული სისხლის მიღების სტენოზები და ატრეზიები.

ჩვენი შემთხვევა, როგორც ზემოდ მოყვანილ დაწვრილებითი აწერიდან სჩანს წარმოადგენს აორტის კარის ატრეზიას, რაც ზედმიწევნით იშვიათ მანკად ითვლება და ასწვრივ აორტის და აორტის რკალის სტენოზს.

აორტის სტენოზების და არტრეზიების სხვადასხვა კლასიფიკაციები არსებობს. ასე, მაგ., პროფ. Herxheimer-ი შემთხვევებს, რომელნიც საერთოდ აორტის შევიწროვებას წარმოადგენს, ჰყოფს სამ მთავარ ჯგუფად: I, აორტის სტენოზი ან სტრეზია მის დასაწყისში—კონუსიდან სარკვლებამდე; II, აორტის სტენოზი ან ატრეზია ductus arteriosus Botallis-ს აორტაში შერთვის მიდამოში და III, საერთოდ ვიწრო აორტა (მთელი აორტის პიპოლაზია). Hamernyk-ი ამავე ანომალიებს ადგილმდებარეობის მიხედვით ჰყოფს სამ ჯგუფად: I, სტენოზი ან ატრეზია isthmus aortae-ს არეში, ე. ი. მარცხენა ლავიწქევეს არტერიის და ბოტალის სადინარის შუა. აქ მიაკუთვნა Raynaud-ის და Rokitansky-ს შემთხვევები; II, სტენოზი ან ატრეზია ductus arteriosus Botalli-ს ზევით;—შემთხვევები Legend-ის და Hamernyk-ისა; III, სტენოზი და ატრეზია ductus arteriosus Botalli-ს ქვევით, როგორც ამ უკანასკნელის ობლიტერაციის გაგრძელება. აქ Hamernyk-მა მიაკუთვნა სხვა მრავალი შემთხვევა. Hamernyk-ის პირველი და მეორე ჯგუფი წარმოიშობა ემბრიონალ ცხოვრების დროს, მესამე კი უფრო გვიან ბოტალის სადინარის ობლიტერაციასთან ერთად. ფრანგები არჩევენ ბოტალის ზევით,

ბოტალის მიდამოში (ბოტალურს) და ბოტალის ქვევით მდებარე აორტის სტენოზს ან ატრეზიას. **Vierordt-ი** წინადადებს იძლევა, რათა სტენოზი ან ატრეზია ductus arteriosus Botalli-სთან Botalli-ს აორტაში შერთვის ადგილას ჩაითვალოს ტიპურად, ხოლო დანარჩენი სახეები კი აღინიშნოს, როგორც ზევითა და ქვევითა სტენოზები ან ატრეზიები.

Bonnét-მა აორტის სტენოზის ან ატრეზიის ყველა შემთხვევები ტიპების და მიხედვით გაყოფა ორ დიდ ჯგუფად: I. ახალშობილთა ტიპი—სტენოზი არის თითქმის ყოველთვის უძლიერესად გამოხატული მარცხენა ლავიწვეშა არტერიის და ბოტალის სადინარის შუა; ეს სტენოზი უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება იმ დროისთვის, როდესაც isthmus aortae უკვე წარმოშობილია, ემბრიონალ ცხოვრების ბოლოში ან პოსტემბრიონალ ცხოვრების დასაწყისში. იმ ფაქტს, რომ ეს ტიპი თითქმის ნიადაგ ახალშობილებში მონახება, **Bonnét-ი** ასე ხსნის: ბავშვები თუ სუსტად არიან განვითარებულნი კვდებიან და თუ გამაგრდენ isthmus-ი მაინც ვითარდება. მაშასადამე, როგორც სჩანს აქ ლაპარაკია isthmus aortae-ს პერზისტენციაზე. Ductus arteriosus Botalli რჩება ვიკარულად გახსნილი თუ სტენოზი უაღრესად გამოხატული და ნაადრევად განვითარებული არის, წინააღმდეგ შემთხვევაში ის ობლიტერაციას განიცდის ჩვეულებრივი წესით. **Bonnét-მა** აორტის ატრეზიის 49 შემთხვევიდან აღნიშნული ტიპი ახალშობილებში ნახა 45 დაკვირებაში. II. მოზრდილთა ტიპი—სტენოზის ჩვეულებრივი ლოკალიზაცია არის ბოტალის სადინარის შესართავი. აქ ადგილი აქვს შემაერთებელ ქსოვილის გავრცელებას უკვე შეზრდილ ბოტალის სადინარიდან აორტაზე, რაც სრულიად ეთანხმება **Scoda-ს** შეხედულებას. შემაერთებელ ქსოვილის ზრდა-გამრავლება გრძელდება აორტაში იმ მიმართულებით, რა მიმართულებითაც მოხდა ბოტალის სადინარის ობლიტერაცია. ეს ტიპი ნახა **Bonnét-მა** ყველა საკუთარ 25 დაკვირებაში (მოზრდილებში). აორტის სტენოზის ან ატრეზიის მოზრდილთა ტიპის შემთხვევებში იშვიათად აქვს ადგილი აღსანიშნავ ანომალიებს; პირიქით, ახალშობილთა ტიპის შემთხვევებში (17 შემთხვევაში 49 შემთხვევიდან) ხშირია სხვა მიმე გართულება, როგორც ძვიდის დეფექტი, დიდ არტერიებთა ტრანსპოზიციები და სხვა. **Bonnét-მა** აღნიშნა აგრეთვე მესამე ჯგუფი იშვიათ შემთხვევებისა—ირეგულარ ხასიათისა. აქ აკუთვნებს იგი მაგ., ისეთ შემთხვევებს, როდესაც სისხლის ძარღვების ანორმალ წარმოშობის გამო სტენოზიც ადგილშეცვლილია. ასეთია აგრეთვე შემთხვევა პირველ ტიპისა, სადაც სტენოზი თავის მაქსიმუმს მხოლოდ აორტის ყელის ქვევით აღწევდა.

უნდა აღინიშნოს, რომ **Münckeberg-ს Bonnét-ის** მიერ წამოყენებული აორტის სტენოზის ან ატრეზიის კლასიფიკაცია ახალშობილ და მოზრდილ ტიპათ, როგორც პათოგენეზური პრინციპი მიაჩნია უვარგისად, ვინაიდან ერთის მხრივ იგი იწვევს არევ-დარევს და მეორე მხრივ ნანახია ისეთი შემთხვევები მოზრდილთა ტიპისა, სადაც ბოტალის სადინარი ღია იყო და ზოგჯერ ანევირიზმულიც კი (**Pansch-ის** შემთხვევა). ამიტომ **Mückeberg-ს** უფრო მიზანშეწონილად მიაჩნია **Vierordt-ის** კლასიფიკაცია.

Жуковский აორტის სტენოზების ან ატრეზიების შემთხვევებს ჰყოფს ორ ჯგუფად: პირველ ჯგუფს ის მიაკუთვნებს ატრეზიებს პარკუჭის დახურულ ძვი-

დით, ხოლო მეორე ჯგუფს—პარკუქის ახდელ ძვიდით. 4 საკუთარი დაკვირვებით დანახი აქვს მას 1 შემთხვევაში. აორტის ატრეზია პარკუქის დახურულ ძვიდით ნანახი აქვს მას 1 შემთხვევაში. აორტის ატრეზია პარკუქის ძვიდის დეფექტით 3 შემთხვევაში.

ფორმის და მახედვით განიარჩევა ორგვარი აორტის სტენოზი: 1. კონუსისებრი და 2. ბეჭდისებრი. კონუსისებრ სტენოზში შევიწროვება იწყება ჩვეულებრივ მარცხენა ლაიწკვეშა არტერიის გამოსავალთან და თანდათან მატულობს ასწვრივ აორტისაკენ მიმართულებით; ბეჭდისებრ სტენოზის დროს აორტა იღებს გარედან ქვიშის საათის სახეს. შესაძლოა კონუსისებრ სტენოზის ბეჭდისებრ სტენოზთან კომბინაცია. ძაბრასებრ, ბეჭდისებრ და უნაგირა სტენოზების დროს აორტის შიგნით ხშირათაა ნანახი ვაკუიშული აპკები, რომელნიც ან სახეებით ხურავენ სანათურს, ან აქვთ ცენტრალად ან ექსცენტრალად მდებარე სხვადასხვა ოდენობის ხვრელი; სხვა შემთხვევებში აორტის სტენოზურ სანათურში მოინახება ერთი ან ორი მოპირისპირეთ მდებარე კარგად გამოხატული ნაოჭი, რომელნიც გარსშემოვლებიან ნაპერტის სახის სანათურს. ეს ნაოჭები წარმოადგენს შეკუმხულ ინტიმას ან შემაერთებელ-ქსოვილოვან (როგორც *Vierordt-მა* აღნიშნა), ან ხრტილოვან წარმოქმნებს; *Delanhy-ს* შემთხვევაში აღგილი ჰქონდა სტენოზის წინ ძელის ფირფიტის არსებობას. *Hamernyk-მა*, *Legrand-მა* და *Martens-მა* ნახეს სტენოზურ სანათურში გარდვიარდმო ძვიდეები. სტენოზურ ადგილის გარეგანი ფორმაც შემთხვევების უმეტეს რიცხვში შეცვლილია; სტენოზი შეიძლება ხდებოდეს უეცრად და თანდათანობით; როდესაც სტენოზი წარმოადგენს უეცარ შევიწროვებას, უკვე გარედან შეიძლება ძვიდის მდებარეობის ამოცნობა; განსაკუთრებით ხშირია (*Barié-თი* ყველა შემთხვევების მესამედში) აქ მეორადი სკლეროზული პროცესები (*Kretz*, *Mönckelberg*, *Bumke*), რასაც მოჰყვება თრომბების გაჩენა; თრომბები კი ორგანიზაციის შემდეგ იწვევს სტენოზის სრულ ატრეზიით გარდაქცევას. ესაა ჭეშმარიტი მიზეზი სტენოზის ატრეზიით გარდაქცევისა.

Herxheimer-ის, *Hamernyk-ის* და სხვათა კლასიფიკაციების გასაერთიანებლად და ამით აორტის სტენოზების და ატრეზიების საკითხში არევ-არევის ასაცილებლად, ჩვენი აზრით უფრო მიზანშეწონილი იქნებოდა დაგვეყო ყველა შემთხვევა აორტის დასახელებულ ანომალიისა ლოკალიზაციის დამიხედვით ოთხ ჯგუფად. პირველ ჯგუფში გავყვებოდა აორტის შესართავის *S.* კარის სტენოზები და ატრეზიები, მეორე ჯგუფისადმი მიგვეკუთნა ასწვრივ აორტის სტენოზები და ატრეზიები, მესამე ჯგუფში შესულიყო როგორც ბოტალის სადინართან, ისე აორტის ყელის მიდამოში მდებარე სტენოზები და ატრეზიები, ხოლო მეოთხე ჯგუფში სტენოზები და ატრეზიები დასწვრივ აორტის მიდამოსი. რაც შეეხება აორტის სტენოზების და ატრეზიების განაწილებას მათ მატარებლის ასაკის მიხედვით, მე ვფიქრობ, რომ ჯერ ჯერობით შეიძლება დამაყოფილება *Bonnét-ის* კლასიფიკაციით.

აორტის სტენოზურ ადგილის სიგრძე *Vierordt-ით* მერყეობს $\frac{1}{2}$ —7 *ctm.* სტენოზის ხარისხი სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვაა.—მის საფეხურის სიმძლავრის აღსანიშნავად მიღებულია თითო, ბატის ან ყვავის ფრთის ღერო (*Schild*), ზონდი და სხვ.

აორტის სტენოზისა და ატრეზიის სისხირის შესახებ უნდა აღინიშნოს, რომ ატრეზია ბევრად უფრო იშვიათია, ვიდრე სტენოზი. **Martens-მა** (1890 წ.) ლიტერატურაში ნახა 13 ატრეზიის შემთხვევა. **Vierordt-მა** (1898 წ.) დასთვალა 14 ატრეზია 137 შემთხვევაზე, მაშასადამე, 1 ატრეზია 9 სტენოზზე. **Vierordt-ი** წმიდა ატრეზიას აკუთვნებს მხოლოდ სამ შემთხვევას (**Ritterschain-ის**, **Rauchfuss-ის**, **Volbeding-ის**). შეიძლება იყოს ატრეზიის და სტენოზის კომბინაცია სხვადასხვა ადგილას.—ასეთია **Preis-ის** შემთხვევა: აორტის ყელის ატრეზია+აორტის სტენოზი სხვადასხვა ნაწილში. **Kayser-ის** შემთხვევა: აორტის ყელის ატრეზია+სტენოზი ბოტალის სადინარამდე.

სტენოზის ან ატრეზიის ლოკალიზაციის სისხირე აორტის სხვადასხვა ნაწილში ერთნაირი არ არის: ასე მაგ., **Dilg-მა** (1883 წ.) კონუსის სტენოზს ან ატრეზიას სარქველებამდე, გამოწვეულს განვითარების ანომალიით მიაკუთვნა 9 შემთხვევა. (**Banks-ის**, **Bouillaud-ის**, **Leyden-ის**, **Schmitzler-ის**, **O'Flaherty-ის**, **Ailis, Laenstein-ის**, **Lindman-ის** და საკუთ.) **Vierordt-მა** კი (1898 წ.)—10 შემთხვევა (**Ellinger-ის**, **Martens-ის** მეორე შემთხვევა, **Banks-ის**, **Bouillaud-ის**, **Leyden-ის**, **Schmitzler-ის**, **O'Flaherty-ის**, **Dilg-ის**, **Burwinkel-ის**, **v. Etlinger-ის**).

აორტის სტენოზი ან ატრეზია ductus arteriosus Botalli-ს მიდამოში წარმოადგენს აორტის ყველაზე ხშირ თანდაყოლილ ანომალიას. **Herxheimer-ის** (1910 წ.) დათვლილი აქვს ლიტერატურაში 174 სათანადო შემთხვევა. Ductus arteriosus Botalli-ს შერთვის მიდამო ტიპური ადგილია ამ მანქისათვის. ბოტალის სადინარი უფრო ხშირად, მაგრამ არაყოველთაის განიციდის ობლიტრაციას. თუ აღნიშნულ იქნება ზუსტად, ამორჩეულ ადგილად აორტის სტენოზის ან ატრეზიის ითვლება მანძილი მარცხენა ლაიწკვეშა არტერიის ქვევიდან მოყოლებული ბოტალის სადინარის შესართავამდე; ეს სწორედ ის მიდამოა, სადაც ინტრაუტერინულ ცხოვრების დროს მცირეოდენი შევიწროება არსებობს isthmus aortae-ს სახელწოდებით. ასეთ შემთხვევაში აორტის ყელი სრულიად არ არის, და ამგვარად ყოველივე კავშირი aorta ascendens და aorta descendens შორის მოსპობილი არის, მხოლოდ aorta descendens წარმოადგენს ფილტვის არტერიის გაგრძელებას.

აორტის ატრეზიის და სტენოზის შემთხვევები ორივე სქესში თანაბრად არ ნაწილდება. **Barié-თი** და **Martens-ით** აორტის ატრეზია მამრობითი სქესში ბევრად უფრო ხშირია, ვიდრე მდედრობითში. **Kriegk-მა** ნახა აორტის ატრეზიის 57 შემთხვევიდან 42 მამრობითი სქესში და დანარჩენი კი მდედრობითში. **Vierordt-ი** 97 შემთხვევაში აღნიშნავს 71 მამრობითი სქესს და 26 მდედრობითს, რაც შეუფარდება დამოკიდებულებას 2,7:1. **Herxheimer-ის** ჰქონდა 100 საკუთარი შემთხვევა სქესის აღნიშვნით, სადაც 75 იყო მამრობითი,—25 მდედრობითი სქესისა.—შეფარდება 3:1, რაც თითქმის სრულიად ეთანხმება **Vierordt-ის** გამოანგარიშებას. **Rauchfuss-მა** ნახა ატრეზია 14-ჯერ მამრობითი სქესში, 8-ჯერ მდედრობითში.

მაგრამ, მიუხედავად მოყვანილი ციფროვანი მონაცემებისა ზოგიერთი ავტორი, როგორც, მაგ., **Manneberg-ი** არ იზიარებს ახრს აორტის ატრეზიის მამრობითი სქესში უფრო მეტი სისხირის შესახებ, ვიდრე მდედრობითში.



ჩვენი შემთხვევა, როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ეკუთვნის ვაჟს, და ჩვენი აზრით, აორტის ატრეზიის უფრო მეტი სიხშირე ვაჟებში, ვიდრე ქალებში დღევანდლამდე არსებულ დაკვირვებების მიხედვით უდავოდ უნდა ჩაითვალოს. ცნობილია, რომ საერთოდ მხოლოდითი სიმახინჯეები უფრო ხშირია ვაჟებში, ვიდრე ქალებში, ასე, რომ აორტის ატრეზიის უფრო მეტი სიხშირე ვაჟებში საესებით ესაბამება და არ ეწინააღმდეგება საერთოდ მხოლოდითი სიმახინჯეების უფრო მეტ სიხშირეს ვაჟთა სქესში. ამრიგად, პრობლემა აორტის ატრეზიის სიხშირისა მამრობითი სქესში არის პრობლემა საერთოდ მხოლოდითი სიმახინჯეების სიხშირისა მამრობითი სქესში.

რაც შეეხება ინტრა-ან ექსტრაუტერინულ სიცოცხლის ხანგრძლივობას უნდა აღინიშნოს, რომ აორტის სტენოზის დროს შესაძლებელია ხანგრძლივი სიცოცხლე (92 წელი Reynaud-ის შემთხვევაში); Duchek-მა ნახა 39 შემთხვევიდან 3 შემთხვევა დაბადების შემდეგ პირველი წელის შესრულებამდე, 2 შემთხვევა 1 და 10 წლამდე, 2 შემთხვევა 10 და 20 წლამდე, 19 შემთხვევა 20 და 40 წლამდე და 13 შემთხვევა 40 წლის ზევით. Kriegel-მა ნახა 15 შემთხვევა 20 წლამდე, 10—20-დან 30 წლამდე, და 26 შემთხვევაში უფრო დიდი ასაკი. Martens-ი თვის საშუალო ასაკად 34 წელს. Vierordt-ის გამოანგარიშებით: 1 წლამდე—8 შემთხვევა, 1-დან 10 წლამდე 4 შემთხვევა, 10-დან 20 წლამდე 14 შემთხვევა, 20-დან 40 წლამდე 42 შემთხვევა; უფრო დადი ასაკი 27 შემთხვევაში. როგორც საშუალო ასაკს იგი აღნიშნავს 30—31 წ. Herxheimer-ს 110 შემთხვევიდან 37-დან 34 შემთხვევა 1 წლამდე, 8 შემთხვევა 1—10 წლამდე, 13 შემთხვევა 10—20 წლამდე, 35 შემთხვევა 20—40 წლამდე და ბოლოს 20 შემთხვევა უფრო მოხუცთა. აქაც სჭარბობს საშუალო ასაკი;—ასეთ მოვლენას Vierordt-ი ხსნის იმით, რომ საშუალო ასაკზე მოდის ყველაზე მეტი ჯაფა, რაც თავის მხრივ უსწრაფებს და ასალმებს ადამიანს სიცოცხლეს.

სიცოცხლის ხანგრძლივობა აორტის ატრეზიის დროს კი ძლიერ მოკლეა. მრავალი იხილება ჯერ კიდევ ჩანასახოვან მდგომარეობაში.—მაგ., Hausmann-ის და Henning-ის შემთხვევებში. ნახევარზე მეტი ცოცხლად დაბადებულ ბავშვების კვდება რამდენიმე საათში ან დღე და ღამეში ან პირველ კვირაში. გამოანგაღისს შეადგენს შემთხვევები Theremin-ის, სადაც ბავშვა იცოცხლა 22 დღე, Lhattock და Rauchfuss-ის—25 დღე, Meyer-ის—27 დღე. ამრიგად ინდივიდუუმებს აორტის სტენოზით შეუძლიანთ იცოცხლონ საკმაოდ დიდ ხანს, აორტის ატრეზიის მქონე ინდივიდუუმები კი კვდება უკვე ინტრაუტერინულ ცხოვრების მიმდინარეობაში, ან ამ ცხოვრების დამთავრების შემდეგ—რამდენიმე საათში ან დღეში ფილტვებში და მარცხენა პარკუჭში სისხლის შეგუბების და მოგრძო ტვინის ცენტროების ანემიის გამო.

ის ფაქტი, რომ არა ისე იშვიათად აორტის სტენოზის ნატარებელი ცოცხლობენ და შესაძლოა აღწევენ ღრმა მოხუცებლობასაც უნდა ახსნილ იქნას დანარჩენი სისხლის ძარღვების კომპენსატორულ მონაწილეობით. თავდაპირველად ფილტვის არტერია განიცდის ინტენსიურ გაფართოებას. ჩვენი შემთხვევა სხვა მრავალ შემთხვევებთან ერთად საესებით ადასტურებს ანას: ახალშობილის ფილტვის არტერიის სანათურის გარშემოწერილობა ნორმულად უნდა იყოს

2,4 ctm., ჩვენ შემთხვევაში კი 3 ctm. იმ შემთხვევაში, როდესაც ბოტაღის სადინარი ღიაა, დასწვრივი აორტა, როგორც ფილტვის არტერიის გაგრძელება ჰგზავნის სისხლს ორგანიზმის სხვადასხვა კუთხეში. შემდეგ შეიძლება გაფართოვდნენ აორტის რაკლიდან გამომავალი დიდი არტერიები. **Barié-b** მოჰყავს 22 შემთხვევა **Truncus anonyms**, მარცხენა **carotis** და ლავიწქვეშა არტერიის ერთდროული გაგანიერება. **Herxheimer**-ის აზრით აქ ადგილი უნდა ჰქონდეს ნერვულ ზეგავლენას. **Loriga**-მაც აღნიშნა სისხშირე ლავიწქვეშა არტერიის გაგანიერებისა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აქ სისხლის ძარღვები, რომელნიც ხელს უწყობენ კოლატერალ სისხლის მიმოქცევას. ეს უკანასკნელი ზოგჯერ სრულიად საკმარისია, რომ აღდგეს კვება იმ ადგილებისა, რომელნიც უამისოდ სისხლნაკლებებას განიცდიან. ამრიგად, როგორც ზევით იყო აღნიშნული აორტის ატრეზიისას პოსტემბრიონალი ცხოვრება, შესაძლოა მხოლოდ კოლეტარალი სისხლის მიმოქცევის წრის შექმნის წყალობით. ჩნდება სისხლის ძარღვები, რომელნიც აერთებს მარცხენა ლავიწქვეშა არტერიის ტოტებს დასწვრივ აორტის ტოტებთან. კოლატერალი სისხლის მიმოქცევა ხორციელდება უპირველეს ყოვლისა *art. mammariae internae* ს ტოტებით; *art. mammariae* არის ლავიწქვეშა არტერიის ტოტება. *Art. mammariae internae*-თი სისხლის მიმოქცევის წრე შეიძლება მიდიოდეს სხვადასხვა გზით: 1) ნეკნთა შუა არტერიებით და შუასაძგიდის ტოტებით. 2) *truncus thyrocervicals* საშუალებით, 3) *art. subscapulares*-ით და 4) *art. thoracicae longae* თი. **Chaberer**-მა ამოაჩინა *art. spinalis* მონაწილეობა კოლატერალ სისხლის მიმოქცევის წრის შექმნაში. ყველა ეს მილები არაჩვეულებრივად ზედმიწევნით განიერდება, ამასთან ერთად მათი კედლები განიკლდის ჰიპერტროფიას სისხლის წნევის მომატების გამო და ხშირად წარმოადგენენ ათეროსკლეროზულ ცვლილებებს.

აორტის ატრეზია საერთოდ, როგორც აღნიშნული იყო უკვე, იშვიათია და საინტერესოა აღინიშნოს, რომ შეფარდება აორტის და ფილტვის არტერიის ატრეზიის სისხირისა უთითებს, რომ აორტის ატრეზია გაცილებით უფრო იშვიათია, ვიდრე ფილტვის არტერიის. **Reitz**-ს უნახავს საკმაოდ დიდი მასალა და მხოლოდ ერთი ასეთი შემთხვევა, **Rauchfuss** 10.000 გაკვეთილ ახალშობილ გვამში ნანახი აქვს 25 შემთხვევა ფილტვის არტერიის ატრეზიისა და მხოლოდ 10 შემთხვევა აორტის ატრეზიისა, **Theremen**-ით გულის 106 თანდაყოლილ მანკზე მოდის 31 შემთხვევაში ფილტვის არტერიის ატრეზია და მხოლოდ 17 შემთხვევა აორტის ატრეზიისა და სხვ.

მოყვანილ აორტის ატრეზიის სისხირის მაჩვენებელ ციფრებში შედის ატრეზიები აორტის სხვადასხვა ნაწილისა. რაც შეეხება კერძოდ აორტის კარის ატრეზიას, ე. ი. აორტის ატრეზიის ლოკალიზაციას სწორედ იმ ადგილზე, რომელშიც იგი ჩვენ შემთხვევაშია მოთავსებული უნდა მიუთითოს, რომ ასეთი ატრეზია მრავალი ავტორების (**Kaufmann** ის და სხვ.) მოწმობით ზედმაწევნით იშვიათია. ხელმისაწვდომ ლიტერატურის გადათვალთვრებამ ჩვენც დაგვარწმუნა აორტის კარის ატრეზიის დიდ იშვიათობაში. ამ ლიტერატურაში ჩვენ ვნახეთ მხოლოდ ჩვენი შემთხვევის ანალოგიური 9 შემთხვევის აწერა (ორი **Mönckeberg**-ის, ორი **Pitisch**-ის დანარჩენი **Jost**-ის და **Жуковский**-ის).



მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ერთი ავტორი არ იზიარებს შეხედულებას აორტის ატრეზიის ფილტვის არტერიის ატრეზიაზე უფრო იშვიათობის შესახებ; მაგ., **Жуковский**, რომელსაც ეკუთვნის აორტის ატრეზიის ოთხი შემთხვევის დაკვირვება, ამბობს, რომ ყველაზე ხშირი გულის თანდაყოლილი მანკი არის აორტის ატრეზია. **Жуковский** ასეთ სხვაობას საკუთარ და ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ დაკვირვებებს შორის ხსნის იმით, რომ იმ დროს, როდესაც ფილტვის არტერიის ატრეზიით სიცოცხლის ხანგრძლივობა უფრო მეტია, აორტის ატრეზია იძლევა სიცოცხლის უფრო ნაკლებ ხანგრძლივობას, უსპობს ახალშობილს სიცოცხლეს პოსტემბრიონალ ცხოვრების პირველ საათებშივე და ზოგჯერ ჰკლავს ნაყოფს თვით საშვილოსნოშიც. აი ამის გამო ასეთი შემთხვევა იშვიათად უკარდება მკვლევარებს ხელში გამოქვეყნებისათვის.

აორტის სტენოზის და ატრეზიის საკითხის ირგვლივ ლიტერატურის გადათვალისწინების და მის ჩვენ შემთხვევასთან დაპირდაპირების შემდეგ ჩანს, რომ აორტის აღნიშნულ ანომალიის დროს შემთხვევების უმრავლეს რიცხვში, მარცხენა პარკუჭი ხშირად პატარაა, განუვითარებელი, რუდიმენტალური. **Martens** აქვს აწერილი მუხუდოს მარცხელის ოდენა პარკუჭი. ჩვენ შემთხვევაში მარცხენა პარკუჭის ღრუს ტეობა უდრის, როგორც ზევით იყო აღნიშნული ოსპის თესლის მიკულობას;—ამასთან, როგორც ქვევით გავიგებთ შეიძლება მარცხენა პარკუჭი მაკროსკოპულად არც მოინახოს, მაგ., **Ziegenspeck-ის**, **Vernon-ის**, **Owen-ის**, **Rauchfuss-ის** შემთხვევებში ვერ ნახეს მარცხენა პარკუჭი, რომელმაც სრული ინვოლიუცია განიცადა ანთებისაგან. აქვე მოხსენებული უნდა იქმნას, რომ ძლიერ ხშირად გული ყალბად მიუღიათ როგორც *cor triloculare biatriatum resp. univentriculare biatriatum*; მაგ., პროფ. **Oberndorffer-მა** გადასცა **Mönckeberg-ის** შემთხვევა აღნიშვნით, რომ გული მისი აზრით წარმოადგენს ტიპიურ *cor triloculare biatriatum-ს*, დაწვრილებითი გამოკვლევისას კი განოაშკარავდა, რომ საერთო პარკუჭი ჩანს მარცხენა პარკუჭის განუვითარებლობის გამო. მიკროსკოპმა **Jest-ის** შემთხვევაში აღმოაჩინა ენდოკარდიუმით გამოფენილი ღრუ, შიგ სისხლი და მოწითალო მიხაკის ფერი სისხლის პაემენტი. **Mönckeberg-ი** გვაფრთხილებს, რომ ასეთ შემთხვევებში შეიძლება პარკუჭში ენდოკარდიუმი არ იყოს რამე შემთხვევითი ან სიკვდილშემდგომი მიზეზების გამო.

ამრიგად აორტის ატრეზიისას მარცხენა პარკუჭი შეიძლება იყოს ისე პატარა, რომ იგი ვასცდება უშუსტეს მაკროსკოპულ კვლევა-ძიების და მხოლოდ ყველა ანათლების სერიათა მიკროსკოპში გასინჯვისას შეიძლება ამოჩინდეს იქმნას აღნიშნულ პარკუჭის რუდიმენტი. **Mönckeberg-ი** გულის მანკის აწერილ ტიპს უწოდებს *cor pseudotriloculare-ს* რუდიმენტალური მარცხენა პარკუჭით. ამასთან ერთად ბუნებრივია და გასაგები, რომ აორტის შესართავის ატრეზიისას მარცხენა პარკუჭი ვარდება იძულებითი უმოქმედებაში—მისი კედელი იზრდება, ღრუ კი რჩება სტაციონალურად და **Rauchfuss-ის** აზრით ენდოკარდიტის გარეშეც მან შეიძლება სრული ინვოლიუცია განიცადოს, ზოგჯერ თრომბოზით.

ჩვენ შემთხვევაში გულის მარცხენა ნახევრის და განსაკუთრებით მარცხენა პარკუჭის ჰიპოპლაზია დამოკიდებულია აორტის კარის ატრეზიაზე. მარცხენა პარკუჭის ზრდა საერთოდ უმთავრესად დამოკიდებულია იმ სისხლის რაოდენო-

ბაზე, რომელსაც მიდენის ეს პარკუჭი აორტაში, ამ შემთხვევაში კი პარკუჭი მოკლებული იყო აორტაში სისხლის გადენის საშუალებას, აორტის კარის უარსებლობის გამო. გარდა ამისა ჰიპოპლაზია აიხსნება პარკუჭთა ძვიდის გადახრით მარცხნივ, რაც თავის ნხრივ მიზეზობრივ კავშირშია აორტის ატრეზიით გამოწვეულ სისხლის მიმოქცევის მოწლასთან. მართლაც და უილტის ენებით მარცხენა წინაგულში მოტანილი სისხლი გადადიოდა უშუალოდ მარჯვენა წინაგულში არსებულ განიერი ოვალის ხვრელის საშუალებით, ერთი და ამ წინაგულში ჩვეულებრივი გზით მოტანილი სასხლს და აღიდებდა მის რაოდენობას. ამის მოკვეცობა, რასაკვირველია, მარჯვენა წინაგულის ტეობის გადიდება. სისხლის ასეთი გადამეტებული რაოდენობა გადადიოდა მარჯვენა წინაგულიდან მარჯვენა პარკუჭში, რასაც თავის რიგად მარჯვენა პარკუჭის ტეობის მომატება მოკვეცა და აწვე დროს სისხლის გადაჭარბებული რაოდენობის მუდმივად გადენამ, პარკუჭის კედლის ზედმეტმა დატვირთვამ ამ კედლის ჰაპერტროფია გამოიწვია. ასწვრივ აორტის და აორტის რკალის სტენოზი დამოკიდებულია ნაწილობრივ მაინც აორტის კარის ატრეზიაზე, რაც ავდებდა მათ თითქმის სრულ უმოქმედებაში.

ბოტალის სადინარი თითქმის ნიადავ ღიაა (ჩვენს და მრავალ სხვა შემთხვევაში), რაც ფრიად მნიშვნელოვანია სისხლის მიმოქცევისთვის.

ღია ბოტალის სადინარი ჩვენ შემთხვევაში ერთგვარი კომპენსაციაა აორტის აღნიშნულ მანკისა. იგი კოლატეალაა. რომლის საშუალებითაც აორტის რკალში მაინც შედის სისხლი, მაუხედავად აორტის კარის ატრეზიისა და ასწვრივი აორტის სტენოზისა. ასწვრივი აორტა და მისი რკალი ბოტალის სადინარში შესვლამდე მიიღებდა რეტროგრადულად ბოტალის სადინარიდან სისხლის იმ რაოდენობას რამდენიც საკიორი იქნებოდა რკალის ტოტებისათვის. ჩვეულებრივად რაც უფრო ძლიერათაა გამოხატული აორტის დასაწყისის სტენოზი მით უფრო განიერი და ხანგრძლივად რჩება ბოტალის სადინარი, ნორმალ შემთხვევაში კი, როდესაც აორტა საკმაოდ განვითარებულია, ბოტალის სადინარი დაბადების შემდეგვე მოკლე ხანში (2 კვირიდან 3 თვემდე) სრულ ობლიტერაციას განიცდის.

ოვალის ხვრელი თითქმის ყოველთვის ღიაა და ჩვენ შემთხვევაშიც ღია იყო, თუმცა Thèremen-ის სამ შემთხვევაში და Vermon-ის ერთ შემთხვევაში იგი დახურული იყო.

არა მცირე მეცნიერული მნიშვნელობა აქვს ჩვენ შემთხვევაში და საერთოდაც იმ პირობების და გარემოებების გამოძლევენებას და გამოჩვენებს, რომლებსაც შედეგადაც აორტის ატრეზია განვითარდა. მაგრამ ისე, როგორც მიღებულია ორგანიზმის ნორმულ განვითარების ისტორიაში, აორტის პათოლოგიურად განვითარების შესწავლისასაც უნდა გაირჩეს ერთი მეორესაგან ასეთი პათოლოგიური განვითარების ფორმალი და მიზეზობრივი გენეზი. როგორ იწყება და როგორ მიმდინარეობს აორტის ატრეზიის განვითარება — ეს პირველი, ფორმალი გენეზის საკითხია, რა არის ატრეზიის განვითარების დაწყების მიზეზი — ეს მეორე კაუხალი გენეზის საკითხია. გარდა ამისა სინტერესოა გამოიჩვენებს საკითხი თუ როდის, ჩანასახის განვითარების რომელ პერიოდში, დაიწყო აორ-

ტის შენების გადახრა ნორმიდან, და, დაბოლოს, როდის დაიწყო მოქმედება ატრეზიის გამომწვევემა მიზეზმა.

დავიწყით უკანასკნელიდან, ე. ი. ნორმიდან გადახრის დაწყების დროს, ტერატოგენეტიურ ტერმინაციულ პერიოდის შესწავლით. ამ წხრივ, მდიდარ მასალას იძლევა მარცხენა პარკუჭის მდგომარეობა—სიდიდე, რაც დამოკიდებულია ნაადრევ ან ნაკვიანვე ატრეზიაზე. მარცხენა პარკუჭის ღრუ მით უფრო პატარა იქნებოდა, რაც ადრე მოხდებოდა აორტის კარის ატრეზია. ჩვენ შემთხვევაში გულის მარცხენა პარკუჭის ღრუს ტეობა უდრის ოსპის თესლის ნოკულობას. ასე, რომ ამ მოცულობის მიხედვით აორტის ატრეზია უნდა განვითარებულიყო შუა ფეტალურ პერიოდში, როდესაც მარცხენა პარკუჭის ტეობა დაახლოვებით ასეთია. ამ მოსაზრების სასარგებლოდ, გარდა პარკუჭის ტეობისა, ლაპარაკობს აგრეთვე ჩვენ შემთხვევაშივე ნანახი დამატებითი სივრცე, ვაკუმიური მარჯვენა პარკუჭის ღრუდან მარცხნივ, ზედმიწევნით შევიწროვებულ მარცხენა პარკუჭის ქვეშ. Rauchfuss-ით და ზოგიერთ სხვა ავტორებით შუა ფეტალურ პერიოდში განვითარებულ აორტის ატრეზიას ხშირად თანსდევს მარჯვენა პარკუჭის ღრუს გაგრძელება ღრმა ჯიბის სახით მარცხენა გულის არეში, მარცხენა პარკუჭის ქვეშ. ამასთან ერთად, უნდა აღნიშნულ იქნას ისიც, რომ აწერილია ისეთი შემთხვევები აორტის ატრეზიისა, როდესაც მარცხენა პარკუჭის ოდენობა თითქმის ან სრულდებით არ იყო გადახრილი ნორმიდან (Fischer); ასეთ შემთხვევაში სტენოზის ან ატრეზიის გამომწვევი პროცესი უნდა ყოფილიყო ემბრიონალ ცხოვრების უკანასკნელ პერაოდში.

რაც შეეხება ატრეზიის გამომწვევ მიზეზებს ჩვენ შემთხვევაში შეიძლება, რომ მათ დაიწყეს მოქმედება შუა ფეტალურ პერიოდამდე, ე. ი. ვაკილებით უფრო ადრე, ვიდრე გამომჟღავნდა მისი მოქმედების შედეგები. მე არ შეუდგები აქ იმის გამორკვევას, —ხანგრძლივი, თუ მოკლე იყო ან მიზეზის მოქმედება, ერთხელობრივ თუ მრავალჯერ მოქმედებდა ის, ერთი იყო ეს მიზეზი თუ რამდენიმე, და თუ რამდენიმე, მაშინ ერთსა და იმავე დროს მოქმედებდნენ იგინი თუ სხვადასხვა დროს. ყველა ამის გამორკვევა შეუძლებელია, სათანადო მონაცემთა უქონლობის გამო. აღენიშნავ მხოლოდ, რომ ატრეზიის წარმოამქმნის ტერატოგენეტიული ტერმინაციული პერიოდის ამოცნობა საფუძველია ატრეზიის განვითარების გასარკვევად, მაგრამ საერთოდ აორტის სტენოზის და ატრეზიის შემთხვევების დიდ რიცხვში აღნიშნული პუნქტის ზუსტად განსაზღვრა შეუძლებელია.

აორტის ატრეზიის გამომწვევი მიზეზები შეიძლება იყოს შინაგანი და გარეგანი. შინაგანი მიზეზები შეიძლება ჩამარბული იყოს ან დედის კვერცხის ან სპერმატოზოიდის, ან ორივეს ანორმალობაში. ასეთი შინაგანი მიზეზებით გამოიწვევა მეკვიდრობითი ატრეზიები. მაშასადამე თუ აორტის ატრეზია მემკვიდრობითია, — მაშინ იგი უშუალო მიზეზობრივ კავშირშია ჩანასახოვან პლაზმის ანორმალობასთან. ამასთან ერთად განვითარების მოშლა შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვა მიზეზებით (მაგ., ბლასტოფორია).

განვითარების ანომალიაზე ვანსაკუთრებით მიუთითებდნენ Gerhardt-ი და Rauchfuss-ი. განვითარების ანომალიათ შეიძლება მიღებულ იქნას აორტის ატრე-

ზიის ისეთი შემთხვევები, როდესაც გულს აქვს კიდევ სხვა დევექტი, მტკიცედ დგლის მანკი, რასაც **Rauchfuss**-ი თვლის ტიპურ ნიშნად განვითარების ანო-მალის ჩანასახოვან ენდოკარდიტიდან განსასხვავებლად. იგივე ინდივიდუუმის სხვა ანომალიები ერთგვარი მაჩვენებელია იმისა, რომ აორტის სტენოზი და ატრეზია მანკიერად განვითარების შედეგია.

ფრანგი შესაძლოა, თუმცა არა დამტკიცებული, რომ შინაგან სერკეციის მოშლა ინტრაუტერინულ ცხოვრებაში იძლეოდეს საბაბს განვითარების შეჩერებისათვის—ატრეზიისათვის. მაგრამ მეცნიერების ცოდნა ფეტალურ ჰორმონებზე ჯერ-ჯერობით შეტად მცირეა.

აორტის ატრეზიის გარეგან მიზეზებად ითვლება მექანიკური, ფიზიკური და ქიმიური ზეგავლენანი. მეტად მნიშვნელოვანია **J. Loet**-ის გამოკვლევები, რომელიც სხვადასხვა იონების ზეგავლენით ზღვის ზღარბის კვერცხზე იღებდა სხვადასხვა ანომალიებს. არაა ინტერესს მოკლებული აგრეთვე **Stockard**-ის, **Mc. Clendon** და **Weber**-ის ცდები დაბალ საფეხურზე მდგომ სხვადასხვა ცხოველების კვერცხზე ტოქსიურ ნივთიერებათა მოქმედებისა, რასაც თან სდევდა სხვადასხვა ფორმის სიმახინჯეები. ამასთან ერთად აღსანიშნავია, რომ ექსპერიმენტალმა ზოოლოგიამ და ბოტანიკამ ბიოლოგიურ ცდებთან ერთად დაგვიმტკიცა, რომ ტემპერატურის ზეგავლენას, სინოტიეს ცვალებადობას, კვების პირობების შეცვლას და სხვ. შეუძლია გამოიწვიოს საერთოდ ფორმის შეცვლა. აქედან ცხადია, რომ საერთოდ აორტის ატრეზიის და სახელდობრ ჩვენ შემთხვევაში აორტის კარის ატრეზიის კაუზალი გენეზის ვასარკვევად საჭიროა მონაცემთა მთელი რიგი, რომელშიც ვითარდებოდა ჩანასახი. საჭიროა ვიცოდეთ, განიცდიდა თუ არა ნაყოფი დედის ორგანიზმში რაიმე მექანიკურ და ფიზიკო-ქიმიურ ზეგავლენას და თუ განიცდიდა რა სახის, რა ხნით და რა სიმძლავრის. საჭიროა ვიცოდეთ აგრეთვე, ჰქონდა თუ არა დედის ორგანიზმში ადგილი ტოქსიურ ნივთიერებების არსებობას და დაშლას, რომელიც სისხლს გზით გადავიდოდა ნაყოფში. მაგრამ როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ჩვენი შემთხვევის შესახებ შესაფერისი წინასწარი ცნობები არა გვაქვს.

აორტის ატრეზიას უკავშირებენ ათაშანგს, რომელიც იწვევს დეგენერაციას და ატრეზია კი არის დეგენერაციის გამომხატველი. ასევე ალკოჰოლიზმის შესახებ. ასეთი შეფარდებანი კლინიკურად შეიძლება დასაშვები იყოს, მაგრამ მათი ზუსტად დამტკიცება შეუძლებელია. **Жуковский**-ს დაკვირვებებით, ათაშანგი გვხვდება ბავშვთა გულის თანდაყოლილი მანკების ყველა შემთხვევების თითქმის ნახევარში; რომ ათაშანგი ერთ-ერთ ეტიოლოგიური მომენტია გულის თანდაყოლილი მანკების წარმოშობისათვის, ამას ყურადღება მიაქციეს **Grocker**-მა, **Virchow**-მა, **Rauchfuss**-მა, **Hochsinger**-მა და სხვებმა. მიზეზობრივ როლს ათაშანგის გარდა შეიძლება თამაშობდეს ზოგიერთი სხვა ინფექციები ნაყოფის ჩანასახოვან ცხოვრებაში, რის ზეგავლენით ხდება ენდოკარდიუმის ანთება.

აორტის ატრეზიის დროს ზშირად მოინახება ანთებადი პროცესების კვალი, რომელიც შეიძლება გასინჯულ იქმნას როგორც პირველადი—ატრეზიის გამომწვევი, ან და როგორც მეორადი, რომელმაც გაართულა განვითარების

F 2250



ანომალიით წარმოშობილი ატრეზია. განვითარების ანომალიები ჰქვნიან loci minoris resistentiae, სადაც უკვე ადვილად ჩნდება მეორადათ ანთებები.

Marchand-ის საწინააღმდეგოდ, რომელიც საერთოდ არ სცნობს ანთებას ემბრიონალ განვითარების ნაადრევ პერიოდში, ვინაიდან ანთება მისი აზრით მოითხოვს ქსოვილების მხრივ თავისებურ თვისებებს და შემადგენლობას—რაც არ ესაბამება და რასაც მოკლებულია ემბრიონალი მდგომარეობა, ჩვენ ვიტყვით, რომ წმიდა ანატომიური პირობები ანთებადი პროცესებისათვის არის უკვე მაშინ, როდესაც სისხლის ძარღვები გაჩნდება ქსოვილებში და ვინაიდან ეს ხდება ძლიერ ნაადრევ პერიოდებში, შესაძლოა ნაადრევი ემბრიონალი ანთებაც. ის ფაქტი, რომ ანთება, მეტადრე გულისა ასე იშვიათად გვხვდება ემბრიონალ სტადიებში არაა დამოკიდებული **Fischer-ის** აზრით ანატომიურ მოუზნადებლობით, არამედ დამოკიდებულია ემბრიონალ ქსოვილების იმუნიტეტით ინფექციურ შხამების მიმართ. მაგრამ ჩანასახის განვითარებასთან ერთად ხდება ქიმიური დიფერენციაცია და სხვა მრავალრიცხოვანი მეტამორფოზა, რაც ხდის ორგანიზმს მიღრეკილად ანთებადი დაზიანების მიმართ. რაც უფრო ვითარდება ჩანასახი, მით უფრო მეტ ტოქსინებს და ინფექციას მიიღებს ემბრიონალი ქსოვილები. **Fischer-ით** თუ საერთოდ მიღებულ იქნება ინფექცია დაზიანების მიზეზად განვითარების პირველ სტადიებში, მაშინ უნდა მიღებულ იქნას მოქმედების სხვა მექანიზმები (და არა ანთებადი პროცესები). რაც უფრო ახლოა ორსულობის ბოლო, მით უფრო მეტად უქადის ჩანასახს ხიფათი ინფექციის, ე. ი. მით უფრო ადრე გაჩნდება დაზიანების გამომწვევი ანთებადი მოვლენები.

Жуковский-ს თავის შემთხვევიდან აორტის შესართავის ატრეზიისა (4 შემთხვევა—ი ენდოკარდიტი, 1 განვითარების ანომალია) გამოჰყავს ის დასკვნა, რომ აორტის ატრეზიის უმეტესი რიცხვი არა მოაზოლოგიურ გენეზისა, არამედ ანთებადისა და ჩნდება იგინი, მაშასადამე მიმდინარე პათოლოგიურ პროცესების ნიადაგზე ინტრაუტერინულ ცხოვრებაში.

ჩვენ შემთხვევაში ნახული მარცხენა პარკუჭის ენდოკარდიუმის, ამ პარკუჭის კუნთის და აკრეთვე იმ ადგილის, სადაც აორტა უნდა იწყებოდეს მიკროსკოპული ცვლილებები განხილული იყო ზევით. ეს ცვლილებები აშკარა ანთებადი ხასიათისაა. ასეთი ცვლილებები ნახულია წინადა ზოგიერთი სხვა ატრეზიის მიერაც. მაგ., აორტის ანთებადი ატრეზიების დროს მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმში აწერილია მიოკარდიუმის კოჟიები, წვრილ სისხლის ძარღვებში და კაპილარებში ლეიკოციტების დაგროვება, ვრცელი გაკირვები, ნეკროზები, მრავალრიცხოვანი გავანიერებული მილები და გიგანტური უჯრედები. ყველა ეს ცვლილებები ამოჩენილი იყო მიკროსკოპულ გამოკვლევებისას, ისე რომ უმიკროსკოპოდ ყოვლად დაუშვებელია აორტის ატრეზიის ამათუიმ ენდოკარდიუმში, ისე მიკუთვნება, მით უმეტეს, რომ არც ისე იშვიათად როგორც ვინაიდან კატეგორიისადმი მარცხენა პარკუჭის სარქველოვანი აპარატი მაკროსკოპულად არავითარ თვალთაღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის, იმ დროს, როდესაც მიკროსკოპულ გამოკვლევებისას აშკარადდება მთელი რიგი ანთებისათვის დამახასიათებელ ნიშნებისა. გვიხსენოდ ისიც, რომ ძლიერ ხშირად endomyocarditis და endocarditis recurrens თან სდევს განვითარების ანომალიებს.

პირველი, რომელმაც ზუსტად და კეშმარიტად აწერა ანთებადი ფორმები იყო Bardeleben-ი.

Fischer-მა ნახა მიოკარდიუმის კოჩიეები და ხაზვასმით აღნიშნა მუსკულატურის გამოკვლევის მნიშვნელობა ანთებადი წარმოშობის გამოსარკვევად.

Vierordt-ით ანთებადი პროცესის ნიადაგზეა განვითარებული Devilliers-ის, Mayer-ის, Eppinger-ის, Jost-ის და Shattock-ის შემთხვევებში ნანახი აორტის ატრეზია. Mönckeberg-იც თავის შემთხვევას ხსნის ენდოკარდიტით. თითქმის ყველა შემთხვევა დახურულ პარკუჭთა ძვიდით თუ არაა ჩვენ წინაშე განვითარების სხვა რაიმე მანკი უმრავლეს ავტორის აზრით უნდა მიეკუთვნოს ენდოკარდიტს.

აორტის ატრეზიის და სტენოზის ასახსნელად მოვიყვან აგრეთვე სხვადასხვა ავტორის მიერ წამოყენებულ შეხედულებებს.

Scoda-ს, Kundrat-ის, Brunner-ის და Barié-ს აზრით isthmus aortae უკვე ან ჩანასახოვან ცხოვრების დროს განიცდის ობლიტერაციას ან და ductus arteriosus Botalli-ს ობლიტერაციის პროცესი აორტაზედაც ვრცელდება.—ისე, როგორც ბოტალის სადინარში, აორტაშიც ობლიტერაციის დროს უნდა განვითარდეს ვრანულაციური მარცვლოვანი ქსოვილი, რომელიც შემდეგში განიცდის შეკუმშვას და წარმოიშვება მკვრივი პოჭკოვანი შემაერთებული ქსოვილი.

Eppinger-ის აზრით პროცესი ბოტალის სადინარის შესართავიდან იწყება, სადაც ორი მოპირდაპირე მიმართულების სისხლის ნაკადი ერთმანეთს ეხლება; ასე, რომ კედელი აქ შემაერთებულქსოვილოვან გასქელებას განიცდის, რათა გაუწიოს წინააღმდეგობა გაგანიერებას.

Kriegk-მა და Sommerbrodt-მა მიაქციეს ყურადღება მემკვიდრეობითი მომენტს. აორტის ატრეზიის კაუხალი გენეზის ასახსნელად გამოთქმული იყო კიდევ სხვა მრავალი აზრი, მაგრამ მათ ვერ მოიხვეჭეს მიზნეუარნი.

ღირსალსანიშნავია აორტის ისეთი ატრეზიის წარმოშობის მექანიზმი, რომელიც წმიდა ანომალიას წარმოადგენს და არა ანთებადი პროცესის შედეგს; ადამიანის ჩანასახის განვითარების განსაზღვრულ პერიოდში გულის მარტივი ღულა სხვადასხვა რთულ მეტამორფოზის შემდეგ მოიკეცება ორმაგ მარყუჟად: ზევით გული გრძელდება არტერიულ წველში, truncus arteriosus s. bulbus aortae, ქვევით იგი იღებს ორ ვენას vv. omphalomesentericae. ამრიგად გულის მარტივ ღულიდან წარმოშობილ truncus arteriosus-ის ზედა ნაწილში ჩნდება შემდეგში ძვიდუ, რომელიც ვრცელდება ქვევით და შეეზრდება პარკუჭთა ძვიდეს. ასეთი წესით truncus arteriosus-ი იყოფა თავის სიგრძის მიმართულებით ფილტვის არტერიად და აორტად.

აი სწორედ ამ truncus arteriosus-ის არანორმულ გაყოფაზეა დამოკიდებული აორტის სტენოზის და ატრეზიის წარმოშობის მექანიზმი. რომ ასეთ შემთხვევებში ადგილი აქვს truncus arteriosus-ის ძვიდის ვადახრას, ჩანს Mönckeberg-ით იქიდან, რომ ხშირად გვხვდება ორივე დიდ სისხლის ძარღვის (აორტის და ფილტვის არტერიის) არანორმული ვადაჯვარდინება. ვინაიდან აორტის სტენოზის და ატრეზიისას აორტა მოთავსებულია ჩვეულებრივ ფილტვის არტერიის მარჯვნივ, იშვიათად აგრეთვე უკან და მარცხნივ, Mönckeberg-ი არჩევს truncus arteriosus-ის გაყოფის და მის ძვიდის განვითარების სხვადასხვა შესაძლებლობებს.

ძვიდღე შეიძლება გადიოდეს truncus arteriosus-ის გარდიგარდმო ნაკვეთის ცენტროში და ამრიგად ჰყოფდეს წველს ორ სიმეტრიულ ნაწილად: ფილტვის არტერიად და აორტად. შიშდევ, ძვიდღე თავის განვითარებაში შეიძლება აწარმოვოს ბრუნვა საათის ისრის მიმართულებით 45° , 90° , 135° , 180° , და 225° -ით; თვითვეულ ასეთ შემთხვევაში არტერიული წველი გაიყოფა ისევ სიმეტრიულად, ვინაიდან მთავარი მომენტი (პირობა)—ძვიდის მიმაგრების წერტილის მდებარეობა წველის გარდიგარდმო ნაკვეთის ცენტროში არ ირღვევა. მაგრამ, თუ ძვიდის მიმაგრების წერტილი გადმოიწევს თანაზომიერად ზევიდან წინისაკენ ისე, რომ ძვიდღე აღარ გაივლის truncus-ის გარდიგარდმო ნაკვეთის ცენტროში, მაშინ მიიღება არათანაბარი გაყოფა. აქაც, ძვიდღე შეიძლება აწარმოვოს ბრუნვა 45° , 90° , 135° , 180° და 225° -ით. თვითვეულ ასეთ შემთხვევაში მიიღება ასიმეტრიული გაყოფა. ძვიდის 225° -ით ბრუნვისას საათის ისრის მიმართულებით, ვიწრო აორტა წვება ფილტვის არტერიის მარცხნივ, მასთანადე ნორმულ ადგილზე. თუ ძვიდღე მიბრუნდება 135° -ით სპირალურად, აორტის მიმაგრების ალაკი მოთავსდება ფილტვის არტერიის მარჯვნივ; შესაძლებელია, აქ იყვეს მობრუნება მხოლოდ 45° -ით საათის ისრის მოწინააღმდეგე მიმართულებით. ეს სახე **Mönckeberg-ით** წარმოადგენს არტერიულ წველის გაყოფის უფრო ხშირად ნანახ ტიპს. თუ ამ აღნიშნულ გაყოფის სახისას, ძვიდღე გადაიხრება ირიბად მარჯვნივ და უკან, მაშინ მიიღება აორტის სრული ატრეზია ძვიდის სიბრტყის წველის შიგნითა ზედაპირთან შეზრდის გამო.

აორტის ატრეზიის განვითარების გასაგებად, მეტად მნიშვნელოვანია გამოკვება ნორმულ განვითარების მოძღვრებიდან, გულის ცალ-ცალკე სისხლის ძარღვების და სახელობრ ფილტვის არტერიის და აორტის ურთიერთ შორის დამოკიდებულებისა; აქ მთავარ ამოცანას შეადგენს გარკვევა რამდენად გულის ცალ-ცალკე სისხლის ძარღვების განვითარება იმყოფება ურთიერთ შორის დამოკიდებულებაში, თუ არიან დამოუკიდებელი და ვითარდებათ თვითდღეფრენციაციის საშუალებით. ჩვენ ვიცით ფიზიოლოგიიდან, რომ მცირე და დიდი წრე სისხლის მიმოქცევისა, მარჯვენა და მარცხენა გული resp. ფილტვის არტერია და აორტა არიან უმჭიდროეს კავშირში: დიდი წრე დამოკიდებულია მცირე წრისაგან და პირიქით. ჩვენ უნდა დავსვათ საკითხი: ხდება თუ არა აორტის სისტემის განვითარება იგივე დამოკიდებულებებით ფილტვის არტერიის სისტემისაგან, თუ აორტის სისტემა ვითარდება დამოუკიდებელი თვითდღეფრენციაციის საშუალებით? ამ საკითხზე პასუხის გასაცემად სრულიად საკმარისია სისხლის ძარღვების ემბრიოლოგიიდან გახსენება არტერიულ წველში ძვიდის განების საშუალებით ფილტვის არტერიის და აორტის წარმოქმნისა.

ადვილი გასაგებია, რომ აორტის ატრეზიის თვითვეული შემთხვევა უნდა ცალკე დამოკველულ იქმნას და ძნელი მისაცემია საერთო დასკვნა ყველა ატრეზიების ფორმალ გუნებისთვის. ის ძვიდღე, რომელიც ჩნდება საერთოდ არტერიულ წველში და ჰყოფს აორტას ფილტვის არტერიისაგან ყოველთვის არ წარმოიქმნება შუაში, არამედ ხან ერთი, ხან მეორე გვერდისაკენ, ძლიერ ახლოს კედელთან ისე, რომ ასეთ შემთხვევებში აღარ რჩება თავისუფალი შესავალი აორტისათვის. მისაღებია, რომ თუ ჩვენთვის უხილავ მიზეზების გამო არტერიულ

წველის ძვიდის მიმაგრების წერტილი ასცდება წველის ცენტროს, მიიღება ანათანაბარი ასიმეტრიული გაყოფა და სხვათა შორის აორტის სტენოზი და მის კარის ატრეზიაც.

აორტის ატრეზიასთან ერთად გულში და სხვა ორგანოებში არაიშვიათია სხვადასხვა ანომალიები. ნაგ., **Rauchfuss-ის**, აგრეთვე **Jost-ის** შემთხვევაში **Ritters-chain-მა** ნახა ერთდროულად palatoschisis და სისხლის ძარღვების ტრანსპოზიცია situs inversus-ის დროს. **Sieber-ის** შემთხვევაში არ იყო სავსებით პარკუთა ძვიდე (cor triloculare batriatum) და ადგილი ჰქონდა მარჯვენა მუცლე ნეკნის, ზედა კიდურების და საყლაპავ მილის ანომალიებს; **Crespin-ს** ნანახი აქვს dextrocardia; **Barett-ს** — ectopia cordis ვიპის თიაქარის დროს; **Marchand-ს** ნაწილობრივი situs inversus-ი; **Sternberg-ს** მუცლის ღრუს ორგანოების situs inversus-ი. ადგილი ჰქონდა აგრეთვე სასის და ტუჩის ნაპრალებს **Bochdalek** და **Rokitansky-ს** შემთხვევაში, hypospadias-ს **Wood-ის** შემთხვევაში, hypospadias-ს და kryptorchismus **Hochsinger-ის** შემთხვევაში. **Martens-მა** ნახა კუჭი ჩანასახოვან მდგომარეობაში, **Ramard-მა** ფეხების სიმრუდე და თანდაყოლილი თიაქარი, **Church-მა** — jchtyosis და კბილის ანომალია. **Kohl-ის** მიერ აწერილი **Herxheimer-ის** შემთხვევაში ნანახია ოთხწლიანი მარჯვენა და სამწლიანი მარცხენა ფილტვი. **Barié-თი** 38% და **Bonnét-ით** 17% აორტის ატრეზიასთან ერთდროულად გვხვდება გულის და სხვა ორგანოების სხვადასხვა ანომალიები.

აორტის ატრეზიის საკითხის გასაშუქებლად აქაც ისე, როგორც საერთოდ სიმახინჯეების მიმართ საჭირო იქნებოდა ალბად ცდების წარმოება განვითარების მექანიზმის სფეროში. განვითარების მექანიკის ანალიზი ექსპერიმენტებით გამოიკვლევს თუ რა გავლენას ახდენს განსაზღვრული ფიზიკური და ქიმიური პირობები განვითარებაზე. ცხადია, რომ აორტის ატრეზიის საკითხისთვის ასეთი მასალა, მოპოებული განვითარების მექანიკის ცდებით, მეტად ძვირფასი უნდა იყოს ბუნებრივად მომხდარ ატრეზიებთან შესადარებლად. მაგრამ ასეთი შედარების დროს, უნდა მხედველობაში მიიღებულ იყოს ისიც, რომ ექსპერიმენტულ და ბუნებრივ ატრეზიებს შუა მზავსონის არსებობის მიუხედავად, არ შეიძლება დასკვნების გამოტანა თუ ორივეს არა აქვს ერთნაირი ფორმალი და კალხალი გენეზი.

განვითარების ანომალიით გამოწვეულ აორტის კარის ატრეზიას თანსდევს ხშირად პარკუთა შუა ძვიდის დეფექტი. ეს ადგილი წარმოსადგენია, ვინაიდან პარკუთა ძვიდე წარმოიქმნება გულის მწვერვალოდან და წინაგულიდან გამოზრდილ კედლიდან, იმ დროს, როდესაც მისი საბოლოო დახურვა ხდება წველის ძვიდის ქვევით მიმართულებით ჩაზრდის გამო. ცხადია, თუ წველის ძვიდის გადხრა განვითარებაში თვით truncus-ის კედელთან შეზრდამდე და მით გამოწვეული ატრეზია, უნდა იყოს პარკუთა ძვიდის ზედა ნაწილის შემქმნელის დეფექტიც; ჩვენ შემთხვევაში კი გულში, როგორც იყო აღნიშნული პარკუთა ძვიდე შენახულია. ამას გარდა, როგორც ზევით გავეცანით, ჰისპოპათოლოგიურ გამოკვლევამ ამაჩინა ჩვენ შემთხვევაში endo — et myocarditis chronica-ს აშკარა ნიშნები; — ამრიგად ჩვენ დაკვირვებაში აორტის კარის ატრეზიის გაჩენის მიზეზი ცხადია (endomyocarditis chronica foetalis), თუმცა არ შეიძლება სავსებით უარე-



ყოთ ის გარეშობა, რომ ანთებას შეიძლება წინ უძღოდა განვითარების ნაკლებობა, მით უმეტეს, რომ ხშირად განვითარების ანომალიები ჰქმნიან, როგორც ზევითა ნათქვამი *loci minoris resistentiae* სადაც უკვე აღვილიდ ჩნდება მეორადი ანთებები.

ჩვენი შემთხვევის შესწავლამ და აგრეთვე ლიტერატურის გაცნობამ დაგვარწმუნა, რომ აორტის ატრეზიის პათოგენეზი სხვადასხვაგვარია და თვითვეული ცალ-ცალკე შემთხვევის პათოგენეზის გამოსარკვევად აუცილებლად საჭიროა შემთხვევის გარდა მაკროსკოპული შესწავლისა, დაწვრილებითი მიკროსკოპული შესწავლა და კაუხალი ფაქტორების ცოდნაც.

რაც შეეხება აორტის ატრეზიის და ჯერ-ჯერობით აწენების და ალორძინების ხანაში მყოფ კონსტიტუციის შორის არსებულ კავშირს, მისაღებია, რომ მემკვიდრეობითი თვისებები, რომლებზედაც დამოკიდებულია ანორმული კონსტიტუცია უნდა გასინჯულ იყოს ფართე აზრით, როგორც სიმბახინჯე ან და, რომ სიმბახინჯე ჩანასახოვან პლაზმისა იწვევს კონსტიტუციის ანომალიას. ამასთან ერთად ცხადია, რომ ყველა ატრეზია თეორიულად არის გადახრა კონსტიტუციის ნორმიდან.

დიდათ პატივცემულ პროფ. ვლ. ულენტს გულითად მადლობას მოვახსენებ შემთხვევის აწერის ნების დართვისათვის და აგრეთვე უშუალო ხელმძღვანელობისათვის ამ შემთხვევის დამუშავებაში და შესწავლაში.

დიდათ პატივცემულმა პროფ. ალ. ნათიშვილმა იხება პრეპარატის დათვალიერება, რისთვისაც მას დიდ მადლობას მოვახსენებ.

Héraclès Tatichvili.

Matériaux pour l'étude de la tératologie du coeur et des grands vaisseaux avec description d'un cas d'atresia ostii aortae et stenosis aortae ascendantis et arcus aortae.

(Des Instituts de Pathologie Anatomique à l' Université Nationale de Tiflis et du 1-er hôpital municipal de Tiflis.—Directeur le prof. VI. Jghenti).

Résumé.

Dans le cas que je décris il s'agit d'un vice très rare du développement de l'aorte—atresia ostii aortae et stenosis aortae ascendantis et arcus aortae. Ce cas fut observé par moi sur un enfant de quatre jours, né à terme, du sexe masculin. Les grands vaisseaux et le coeur présentent les anomalies suivantes: absence totale de l'ostium de l'aorte; rétrécissement de la partie ascendante et de l'arc de l'aorte, qui ne laissent pénétrer une plume fine d'oie qu'avec peine; le commencement de l'artère pulmonaire est élargi et communique avec le commencement de l'aorte descendante par l'entremise d'un duc-tus Botalli élargi.

La cavité du ventricule gauche est petite, de la grosseur d'une lentille, séparée de la cavité du ventricule droit par une cloison compacte. Le ventricule gauche n'a qu'une seule ouverture—l'atrioventriculaire, de moindre dimension qu'à l'ordinaire; les parois du ventricule gauche sont épaissies; les muscles papillaires et les chordae tendineae sont courts, les valves et la soupape à deux valves sont petites et épaissies. Le foramen ovale est large. L'oreillette droite est élargie, l'ouverture atrioventriculaire de même. Les parois du ventricule droit sont épaissies. La cavité du ventricule droit est élargie, occupant non seulement le côté droit du coeur, mais encore formant une grande poche, s'avancant à gauche et s'y installe au dessous du ventricule gauche. Quant à la cavité du ventricule gauche, elle se trouve dans le coin supérieur à la gauche du fond du coeur.

Les recherches hystopathologiques des différentes portions des parois du ventricule gauche, ont dévoilé un endomyocarditis chronica fœtalis, dont il faut conclure que pour cette fois l'atrésie de l'ostium de l'aorte s'est développé à la suite d'un procès inflammatoire introûterin.

ზოგიერთი ლიტერატურული წყაროები.

1. Aschoff. Pathologische Anatomie. Jena. 1923. გვ. 324.
2. Hertwig. Die Elemente der Entwicklungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. Berlin. 1912. რუს. თარგმ. გვ. 416.
3. Herxheimer. Missbildungen des Herzens und der grosse Gefässe—Schwalbe. Handbuch... 1910. გვ. 450.
4. Kaufmann. Spezielle pathologische Anatomie. Berlin. 1922. გვ. 68.
5. Mönckeberg. Herz und Gefässe—Aortenstenose und—atresie. Henke und Lubarsch. Handbuch der spez. Patholog. Anat. und Histologie. II Band. Berlin. 1924. გვ. 122.
6. Bauber—Kopsch. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Abteilung 3. Leipzig. 1906.
7. Ribbert. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. Leipzig. 1919. გვ. 326.
8. Orth. Pathologisch-anatomische Diagnostik. Berlin. 1909. გვ. 254.
9. Schmaus—Herxheimer. Grundriss der pathologischen Anatomie. Berlin. 1922. რუს. თარგმ. გვ. 331.
10. Vierordt. Die Angeborenen Herzerkrankheiten.—Nothnagel. Spec. Pathologie und Therapie XV Band. Wien. 1898. გვ. 141.
11. Дмоховский. Анатоми-патологическая диагностика. С. Петербург. 1904. გვ. 116.
12. Жуновский. Врожденные пороки сердца у детей при рождении. Монография. Изд. практ. мед. С. Петербург. 1913. გვ. 1.
13. Зернов. Анатомия сосудистой системы (Ангиология II ч.) Москва. 1916.

პროფ. მ. წინამძღვარიშვილი.

დიაგნოსტიკური კლინიკის გამგე.

ორთოსტატიკური ალბუმინურიის პრობლემისათვის *).

(საკუთარი გამოკვლევანი).

ამჟამად უკვე ცნობილია, რომ გარდა ნეფრიტული ანუ ახალის ნომენკლატურით-ნეფროზული ალბუმინურიისა, რომელსაც Bright-ი მუდამ თირკმელის ანთეზას ზნ დეგენერაციულ ცვლილებას უკავშირებდა, არსებობს ჯგუფი არანეფრიტული ალბუმინურიებისა. ამ კატეგორიის ალბუმინურიებ შორის ყველაზე უფრო მეტ ინტერესს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მხრივ წარმოადგენს ეგრედ წოდებული ორთოსტატიკური ალბიმინურია.

პირველი საფუძვლიანი შრომა არანეფრიტულ ალბუმინურიის შესახებ ინგლისელმა კლინიცისტმა, პროფ. Pavy-მ გამოაქვეყნა 1885 წელს. მან შეაჩინა, რომ ცილის გამოყოფას პერიოდული ხასიათი აქვს და ამიტომ მას „ციკლოურია ალბუმინურია“ უწოდა. 2 წლის შემდეგ მეორე ინგლისელმა ავტორმა Stirling-მა დაამტკიცა, რომ ამნაირი ალბუმინურიის მიზეზი სხეულის ვერტიკალური მდგომარეობაა, მაშინ როდესაც ჰორიზონტალური მდებარეობის დროს, ე. ი. წოლის დროს ალბუმინურია ჰქრება. ინგლისელი კლინიცისტების დაკვირვებანი ნალე დადასტურეს Micheli-მ, le-Noir-მა და Tessier-მ, რომლებმაც ამ ალბუმინურიის ორთოსტატიკური ალბუმინურია უწოდეს. ეს სახელწოდება დღემდე დარჩა საბუნდოლო ლიტერატურაში, მიუხედავად იმისა, რომ ზოლო ხანებში ბევრ სხვა სახელწოდებასაც ხმარობენ. მაგალითად, Heubner-ი უძახის „ოროთოტულს“, Posner-ი—„ესენციალურს“, Ralfes—„ფუნქციონალურს“, Kraus-ი—„პერიოდულს“ და ზოლოს Jehle—„ლორდოზულ“ ალბუმინურიის. ყველა ეს სახელწოდება ერთ-სა და იმავე კლინიკურ მოვლენას გულისხმობს, სახელდობრ შარდში პერიოდულად ცილის გამოყოფას სხეულის ამა თუ იმ მდებარეობის მიხედვით.

ბატონებო, მე მიინდა დღეს შევაჩირო თქვენი ყურადღება ამ ფრიად საგულისხმო კლინიკურ მოვლენაზე, რომლის არსი და პათოგენეზი დღემდე ჯერ კიდევ გაუგებარია. საკითხი მარტო თეორიულ ინტერესს არ წარმოადგენს. მას, შექველია, დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობაც უნდა ჰქონდეს.

რაში მდგომარეობს კლინიკური არსი ამ მოვლენისა, შეიძლება თუ არა იგი ეგრედ წოდებულ ფიზიოლოგიურ ალბუმინურიათა ჯგუფს მივაკუთვნოთ;

*) მოხსენებულა სრულიად საქართველოს ექიმთა მესამე კონგრესზე მაისში 1925 წ.

არსებობს თუ არა რაიმე კავშირი ხსენებულ ალბუმინურიისა და თირკმელის პათოლოგიას შორის, ან იქნება რაიმე სხვა სახის ანომალია ედოს მას საფუძვლად, როგორია ქიმიური კონსტიტუცია ცილოვანი ნივთიერებისა, რომელიც ამ დროს ილეკება შარდში — აი ის კითხვები, რომლებიც ბუნებრივად იბადება და რომლის გაშუქებას ცდილობდნენ ავტორები.

მე შევეცდები ჯერ მოკლედ აღნუსხო მთავარი შეხედულებანი ამ საკითხის შესახებ არსებული ლიტერატურული მასალის მიხედვით, შემდეგ მოვიყვანო ზოგიერთი საკუთარი გამოკვლევანი, რომლებსაც ექნებათ ჯერ მხოლოდ წინასწარი და ზოგადი მოხსენების ხასიათი.

წინამდებარე საკითხის უფრო დეტალური დანუშავება, რასაკერვლია, წელნადებს მოითხოვს და ჩვენც ვვუძრებით ამ მიზართულებით განვაგრძოთ მუშაობა მომავალშიც.

ორთოსტატიკური ალბუმინურია უფრო ხშირია ბავშვებ შორის. ყველა იზიარებს იმ აზრს, რომ ეს მოვლენა ფრიად იშვიათია პატარა ბავშვებში, პირიქით, რაც უფრო ვუახლოვდებით სქესობრივი მომწიფების ხანას, ე. ი. 14-დან 18 წლამდე, იმდენად იგი უფრო ხშირად გვხვდება. როგორც ბოლოდროინდელ გამოკვლევებიდან სჩანს, სქესს ამ მხრივ მნიშვნელობა არა აქვს. ყველა ავტორი დიდი მასალის მიხედვით აღნიშნავს ოჯახურ მემრეკილებას. მაგალ., Novak-ი მოგვითხრობს ოჯახის შესახებ, სადაც ყველა მ შვილს ჰქონდა ორთოსტატიკური ალბუმინურია, რომელიც იმდენად უფრო მკვეთრად იყო გამოხატული, რაც უფრო მოზრდილი იყო ბავშვი.

ზოგად კლინიკურ სურათს ავტორები სხვადასხვანაირად აღწერენ. Heubner-ის დაკვირვებით ორთოსტატებს ენჩნევათ საერთო უღონობა, დაღლილობა, აკლიათ სიქორფე, შრომის ხალისი. ხშირად თავისა და კიდურების ტკივილს სჩივიან. Oswald-ი აღნიშნავს სისხლნაკლებობას, Langstein-ი ორთოსტატებს სამ ჯგუფად ჰყოფს. ყველაზე უფრო ხშირს, ეგრედ წოდებულ „ანგიოსპასტიკურ“ ტიპს ახასიათებს ფერმკართალობა, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულის ფრიალი, ზოგადი ტუმბრკულოზური habitus-ი, კისრისა და ყბისქვეშა ჯირკვლების გადიდება. მეორე, ეგრედ წოდებულ „ერგტიული“ ტიპის ორთოსტატებს საღი შეხედულება აქვთ, დრო გამოშვებით თავის ტკივილს ან იშვიათად კუჭის ტკივილს თუ სჩივიან. მესამე ტიპს Langstein-ი აკუთვნებს იმ პირთ, რომლებიც სრულიად არაფერს სჩივიან და არც რაიმე ობიექტური ცვლილება ენჩნევათ. ალბუმინურია მათ უმეტეს ნაწილად შემთხვევით აღმოაჩნდებათ ხოლმე.

დამახასიათებელ ობიექტურ ცვლილებებს შინაგანი ორგანოების მხრივ, ავტორები ვერ აღნიშნავენ. ვინაიდან ორთოსტატიკური ალბუმინურია გარკვეულ კლინიკურ სურათს არ იძლევა, ამიტომ ფიქრობენ, რომ ზოგადს კლინიკურ სიმპტომებს და ალბუმინურიას შორის მიზეზობრივი დამოკიდებულება არ უნდა არსებობდეს და რომ ეს სიმპტომები უფრო შემთხვევით მოკლენებს წარმოადგენს. ამგვარად არსებითი კლინიკური მნიშვნელობა უფრო შარდის ცვლილებას ეკუთვნის.

ორთოსტატის შარდი ცილას არ შეიცავს. სანამ სხეულს ჰორიზონტალური მდებარეობა აქვს; როგორც კი ადამიანი ფეხზე დგება, ე. ი. ვერტიკალურ



მდგომარეობას იღებს, შარდში ჩნდება ცალა. ავადმყოფმა რომ რამოდენიმე წესს შემდეგ ისევ ჰორიზონტალური მდგომარეობა მიიღოს, ცილა ხელშეორედ ჰქრება. ამიტომ ამნაირი ავადმყოფების ღამინდელ შარდში ცილა არ მოიპოვება, მაშინ როდესაც დღისით—შარდი ცილის ცოტად თუ ბევრად დიდ რაოდენობას შეიცავს. როგორც Pavy-მ დაამტკიცა, ცილის გამოყოფას ერთნაირი კანონიერება ემჩნევა. განსაზღვრულ საათებში ალბუმინურია maximum-ს აღწევს, შემდეგ კი თანდათან ისევ კლებულობს. დამახასიათებელია, რომ როდესაც ორთოსტატის ჰორიზონტალურ მდებარეობას იღებს, თანახმად Jehle-ს გამოკვლევითა, ცილა მხოლოდ თანდათანობით, ე. ი. 2—3 საათის შემდეგ ჰქრება. ამიტომ, ავადმყოფმა ძილის წინ რომ მოშარდოს კიდევ, ღამის შარდში მაინც შესაძლებელია ცილა აღმოჩნდეს, რომელიც გამოსდევს შარდს დაწოლის შემდგომ, პირველ 2-3 საათის განმავლობაში. აღნიშნული გარემოების გამო, ორთოსტატიკური ალბუმინურის სწორი ამოცნობისათვის Jehle ურჩევს საშარდზე ზუშტის დაცარიელებას ძილის წინ და კიდევ 2-3 საათის შემდეგ აუ ეს ვერ მოხერხდა, მაშინ დილის პირველი შარდი კი არ უნდა გაისინჯოს, არამედ—მეორე. მასთან მეორე მოშარდვამდე ავადმყოფი უნდა ლოგინში იწვეს. თუ ეს პირობები დაცულია, მაშინ ორთოსტატის დილანდელი შარდი ცილის ნასახსაც კი არ უნდა შეიცავდეს.

ავტორების ღმრავლესობა, მათ შორის Heubner-ი და მისი მოწაფეები ორთოსტატიკური ალბუმინურის დამახასიათებელ თვისებად სთვლიან კიდევ იმას, რომ შარდის ნალექში ამ დროს სრულიად არ მოიპოვება არც ცილინდრი, არც თირკმელის ეპიტელიუმი. თუ ზოგჯერ Jehle ს და Fischl-ს ტიპიური ორთოსტატიკური ალბუმინურის დროს ცილინდრები ან თირკმელის ეპიტელიუმი აღმოჩნდება, ეს, როგორც სამართლიანად ფიქრობენ Gützy, Noorden-ი Novák ი და თვით Jehle, შემთხვევითი მოვლენად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან დიდი ხანია ცნობილია, რომ ანატომიურად და ფუნქციონალურად საღი თირკმელიც ზოგჯერ შემთხვევით განაოპოფს თვითეულ ცილინდრს ან ეპიტელიუმს. ორთოსტატიკური ალბუმინურის უარყოფა მარტო ამ მიზეზით, რასაკვირველია, არ შეიძლება.

Jehle-მ რამოდენსამე შემთხვევაში აღნიშნა კიდევ ერთი თავისებური თვისება ორთოსტატის შარდისა. შარდი, რომელიც ეყრს ცილას შეიცავდა (16%-მდე), მოშარდვის შემდეგ 2-5 წამი რომ გაივლიდა, ლაბისებურ ნივთიერებასავით იყინებოდა საცდელ შუშაში. შარდის სვეტი იქცეოდა მკვრივ მასად, რომელიც ადვილად შეიძლებოდა გადატანილიყო ერთ შუშოდან მეორეში. მიკროსკოპიული კვლევის დროს ხსენებული მკვრივი წარმონაქმნი, სქელ ბადეს წარმოადგენდა, რომელიც თითქოს ფიბრინოზულ ძაფებისგან იყო შემდგარი. მასში მრავალი თეთრი ბურთული იყო მოთავსებული.

რა დამოკიდებულება აქვს ორთოსტატიკურ ალბუმინურის თირკმელის პათოლოგიასთან, განიცდის თუ არა თირკმელის პარენქიმა რაიმე ცვლილებას ხსენებული ალბუმინურის დროს?

მე არ შეეხებები დაწვრილებით ლიტერატურულ მასალას ამ საკითხის შესახებ, აღენიშნავ მხოლოდ, რომ ზოგი ამ ალბუმინურის უყურებს როგორც



ფარულად მიმდინარე ნეფრიტს ანუ ნეფროზს ანდა, როგორც ნეფრიტის სტატიკური ალბუმინურიის ბოლო საფეხურს. ზოგის ფიქრით ორთოსტატიკური ალბუმინურია თანდათან ნეფროზად იქცევა. ახალი კლინიკისტიების დიდი უმრავლესობა კი უარყოფს რაიმე პარენქიმატოზულ ცვლილებებს თირკმელში. მათის აზრით ნეფრიტსა და ორთოსტატიკულ ალბუმინურიის შორის არავითარი დამოკიდებულება არ უნდა არსებობდეს.

რაც შეეხება ორთოსტატიკური ალბუმინურიის პათოგენეზს, თანამედროვე ავტორების უმრავლესობა, ამ ალბუმინურიის უკავშირებს სისხლის მიმოქცევის მოშლილობას თირკმელში, რასაც ვაზომოტორების ადგილობრივი, ან ზოგადი ხასიათის მოშლილობა უდევს საფუძვლად, ანდა თვით გულის კუნთის ნაკლებანება. თვითეული ავტორი თავისებურად ხსნის ვაზომოტორების გავლენას თირკმელზე, მაგრამ საერთო მათ შორის ისაა, რომ მათი თეორიები არაა მკვიდრ ნიადაგზე აშენებული, და ამიტომ ყოველსავე მათ დასკვნას წმინდა ჰიპოთეზური ხასიათი აქვს.

უფრო მეტად დასაბუთებულია ახალი, მექანიკური თეორია, რომელიც შექმნა ვენის მკურნალმა Jehle-მ.

Jehle უწინარეს ყოვლისა ამტკიცებს, რომ ორთოსტატიკური ალბუმინურია სხეულის მდებარეობისაგან კი არაა დამოკიდებული, არამედ ხერხემლის სვეტის არანორმალური კონფიგურაციისაგან. მისი დაკვირვებით ალბუმინურია ჩნდება სხეულის მხოლოდ იმგვარ მდებარეობაში, როდესაც ხერხემლის სვეტი წელის მიდამოში ლორდოზულ შედრეკილობას წარმოქმნის. მისი თეორიით ალბუმინურიის მიზეზი ორთოზი კი არაა, არამედ ლორდოზი. ცილის გამოყოფის თავისთავად სხეულის ვერტიკალური მდებარეობა კი არ იწვევს, არამედ მხოლოდ ის თუ როგორი ხარისხის და რა სახის შედრეკილობაა ხერხემლის სვეტისა წელის მიდამოში. ავადმყოფი რომ იჯდეს ცხენზე ან სავარძელზე ისე რომ სხეულს სავსებით ვერტიკალური მდებარეობა ჰქონდეს, ან რომ ორთოსტატიკური ვერტიკალურად ჩამოვკიდოთ ან და ფიცართან დავაყენოთ ისე რომ მთელი ზურგი, ე. ი. გულჰკერდი და წელი ფიცარს ეხებოდეს, შარდში ცილა არ აღმოჩნდება, რადგანაც ხერხემლის სვეტს ამ დროს ან სრულიად ვერტიკალური მდებარეობა აქვს ანდა ოდნავ კიფოზურად მოხრილი. ალბუმინურია ჩნდება იმ წამსვე, როგორც კი ცხენზე ან სავარძელზე მჯდომარეს ფეხზე წამოვაყენებთ, ან თუ ფიცარზე მიყრდნობილს ფიცარს მოვაშორებთ. მიზეზი Jehle-ის აზრით ისაა, რომ ამ დროს ხერხემლის სვეტი წელის მიდამოში ლორდოზულად იდრიკება.

იმის დასამტკიცებლად რომ სწორედ ხერხემლის სვეტის პათოლოგიური ლორდოზია ერთადერთი მიზეზი ალბუმინურიისა, Jehle ხის მოდელების და გიფისის ნახვევის საშუალებით ხელოვნურად ჰქმნიდა ტიპურ ლორდოზს და ამგვარად მან ჯანსაღ ბავშვს შორის 50-ს აღმოაჩინა ალბუმინურია. მეორეს მხრით საკმარისი იყო ჯანსაღი ადამიანი დაეწეინა მუცელზე, ამავე დროს სხეულის ზემოთა ნაწილი ბალიშების საშუალებით მაღლა მოეთავსებინა, რომ ანაირად წარმოქმნილ ხელოვნურ ლორდოზს მოჰყოლოდა ალბუმინურია.



უარყოფით შედეგს ზოგს შემთხვევაში jehle იმით ხსნის, რომ ყველა ბავშვს არა აქვს საკმარისად მოქნილი ხერხემალი და ამიტომ ხელოვნური მანიპულაციების დროს იგი მუდამ ვერ იღებს ლორდოზულ კონფიგურაციას.

ამგვარად თვისი თეორიის სისწორეს jehle ამყარებს ჯერჯერობით იმ ფაქტზე, რომ განსახლვრულ პირობებში ორთოსტატიკური ალბუმინურია ის-პობა, ე. ი. რომ ანაირი ავადმყოფები, თუ კი ლორდოზს მოვაშორებთ, უცი-ლო შარდს გამოჰყოფენ თუნდაც სხეულს ვერტიკალური მდებარეობა ჰქონდეს. მეორეს მხრით შესაძლებელია, რომ სხეულის ჰორიზონტალურ მდებარეობაშიც აღმოჩნდეს ცილა, თუ კი წელის მიდამოში ამ დროსაც არსებობს ლორდოზი.

jehle-მ გამოარკვია, რომ ყოველგვარი ლორდოზი ვერ გამოიწვევს ალბუ-მინურიას, როგორც მაგალითად ჯანსაღი ბავშვის ოდნავ გამოხატული ფიზიო-ლოგიური ლორდოზი. სულ სხვა სურათს წარმოადგენენ მისი დაკვირვებით ორთოსტატები. აქ თვალში გვხვდება ხერხემლის სვეტის მკვეთრი შედრეკილო-ბა, რომლის უღრმესი წერტილი წელის ზემოთა ნაწილში იმყოფება.

რატომ იწვევს ლორდოზი ალბუმინურიას? jehle ფიქრობს რომ იგი თირ-კმელში მექანიკურად ვენოზურ შეგუბებას იწვევს, რასაც ამტკიცებს შარდის თვისებები, სახელდობრ ალბუმინურიასთან ერთად მუდმივი ოლიგურია, მაღალი შეფარდებითი წონა და არაიშვიათად წითელი ბურთულეები. თვით ლორდოზის მოქმედების მექანიზმი იმაში მდგომარეობს, რომ შედრეკილობის უღრმესი წერ-ტი, წელის 1 და მე-2 მალის დონეზე ქვედა ღრუ ვენას აწვება-ავიწროვებს სწორედ იმ ალაგას, სადაც ერთვის თირკმელის ვენები და ამიტომ ერთსა და ინავე დროს ორთავ თირკმელში სისხლის შეგუბება სწარმოებს.

სხეულის ვერტიკალური მდებარეობის დროს, ქვედა ღრუ ვენის სისტემა-ში თირკმელებს ქვემოდ ნორმალურ პირობებშიაც გუბდება სისხლი, მაგრამ ეს შეგუბება ფრიად მცირეა და ამიტომ იგი ალბუმინურიას ვერ გამოიწვევს. პა-თოლოგიური ლორდოზი სისხლის შეგუბებას აძლიერებს, რაზედაც თირკმელი როგორც მგრძნობიერი ორგანო უპასუხებს ალბუმინურიით. ამიტომ jehle ამტკი-ცებს, რომ ალბუმინურია შესაძლოა სრულიად ნორმალურ პირობებში შორისაც გა-მოვიწვიოთ, თუ კი ხელოვნური ლორდოზის საშუალებით სისხლის შეგუბებას გაავსიერებთ; მეორეს მხრით ორთოსტატებს შესაძლოა მოუსპოთ ალბუმინურია თუ კი ზედმეტი შეგუბების მიზეზს—ლორდოზს ხელოვნურად ჩამოვაშორებთ.

jehle-ს დებულებები ბევრმა მკვლევარმა დაადასტურა მათ შორის Bin- gel-მა, Schmiedicke-მ, Bruck-მა. მაგრამ ამ თეორიას მრავალი მოწინააღმდეგეც გაუჩნდა, მაგალ. Fische ს საეჭვოდ მიაჩნია, რომ ლორდოზი იყოს ერთად ერთი მიზეზი ალბუმინურიისა.

ამ საკითხის შესახებ ფრიად საყურადღებო წერილია დაბეჭდილი პროფ. Stiller-ის მიერ Berliner Klinische Wochenschrift-ში.

Stiller-ი კრატეის ქარცეცხლში ატარებს jehle-ს თეორიას და ჩემის აზრით სრულიად საფუძვლიანად ამტკიცებს, რომ პათოლოგიური ლორდოზი არაა ერ-თად ერთი მიზეზი ალბუმინურიისა. იგი ამბობს, რომ უკლებლივ ყველა ორთ-ოსტატს ასთენიური სხეულის აგებულება აქვს, რომლის გარეკან და შინაგან სიმპტომებს არა მარტო გადაგვარების ბეჭედი აზის, არამედ იგი ამავე დროს

წარმოადგენს დაუსრულებელ რიგს ფრიად საგულისხმო ცვლილების, რიცაა პატარა, ევრედ წოდებული წვეთისებრი გული, ვიწრო აორტა; მოზრდილი და მასთან სუსტი, ქლექისადმი მიდრეკილების მქონე ფილტვები, მხატე განუვითარებელი კუნთები, ქლოროზისადმი მიდრეკილება; საკმლის მომწვანებელ ორგანოების გრძობიერი, მოტორული და სეკრეციული ანიმალიები; ასიმილაციის დაქვეითება; საზრდობის მოშლა, თვით უმნიშვნელო მიზეზების გამო; ნერვული ცენტრების და ევგეტატიური ნერვული სისტემის ასთენია და სხვა. აი ის სიმპტომები, რომლებიც ასთენიურ აგებულებას ახასიათებს.

Stiller-მა მრავალი წლის განმავლობაში აუარებელ ვადიმყოფებზე დაამტკიცა, რომ ასთენიური სხეულის აგებულება არა მარტო მიდრეკილებას ჰქმნის თვით ევრედ წოდებულ ასთენიურ სნეულებისადმი, არამედ აგრეთვე ხელშემწყობ ნივთავს წარმოადგენს მთელ რიგ სხვა სნეულებების მიმართ, როგორცაა ქლექი, კუქის წყლული, ქლოროზი და მათ შორის ორთოსტატიკური ალბუმინურია.

ორთოსტატიკური ალბუმინურია ისე როგორც ასთენიურ ნიადაგზე განვითარებული სხვა სნეულებანი მხოლოდ განსახლეგრულ წლოვანობაში ვითარდება, სახელდობრ სქესობრივი მომწიფების დასაწყისში და მასთან სხვა სნეულებებზე უფრო ადრე. ამ დრომდე ასთენიური დიათეზი ფარულია. ორთოსტატიკური ალბუმინურიის დამოკიდებულება წლოვანობასთან უცილობლად ამტკიცებს მის კონსტიტუციონალურ პათოგენეზს.

Stiller-ს სწამს, რომ jehle-ს აღმოჩენას დიდი მეცნიერული ღირებულება აქვს, ვინაიდან იგი აღრმავებს ჩვენს ცოდნას ორთოსტატიკური ალბუმინურიის ეტიოლოგიის შესახებ, მაგრამ Stiller ი უყურებს ლორდოზს, როგორც სხეულის აგებულების შედეგს, როგორც ასთენიური პათოგენეზის ერთ ერთ მომენტს. ლორდოზი ოჯახის რამოდენსამე წვერს შორის უცილობლად ამტკიცებს, რომ აღნიშნული ანიმალის ძირითადი მიზეზი ფიზიკურ კონსტიტუციის იგივეობაა.

ამგვარად გარდა წმინდა მექანიკური ფაქტორის ალბუმინურიის წარმოსაშობად Stiller-ის აზრით აუცილებლად საჭიროა კიდევ სხვა არსებითი მიზეზები. უნდა ვიფიქროთ რომ მექანიკური ფაქტორი (ლორდოზი) უნდა მოქმედებდეს ისეთ თერკმელზე, რომელსაც წინასწარ უკვე მიდრეკილება აქვს სნეულებისადმი.

Stiller ი უარჰყოფს jehle-ს იმ დებულებას, ვითომ სრულიად ჯანმრთელ პირებსაც შესაძლებელია ჰქონდეთ ორთოსტატიკური ალბუმინურია. მისი დაკვირვებით ასთენიური დიათეზი და მის ნიადაგზე განვითარებული სნეულებანი მრავალს გრადაციებს წარმოადგენს ნორმის ფარგლებიდან დაწყებული უკიდურეს განვითარებამდე; ამიტომ Stiller ი ფიქრობს, რომ გარეგნულად თითქოს სრულიად ჯანმრთელ პირებს შორის ბევრი მოიპოვება იმნაირი ასთენიკი, რომელსაც ალბუმინურიისადმი მიდრეკილება აქვს, მაგრამ იმდენად ძლიერი არა, რომ მას ორთოსტატი ვუწოდოთ. მაგრამ, რომ ხელოვნური ლორდოზით თუნდა ოდნავ შევაფერხოთ სასხლის ცირკულაცია, როგორც ამას jehle შერებოდა მაშინ, შესაძლოა წარმოიშვას ალბუმინურია.

მართლაც მარტო მექანიკური შეგუბების თვალსაზრისით გაუგებარია ცილის გამოყოფა შარდში უკვე რამოდენიმე წამის შემდეგ, გაუგებარია, აგრეთვე ის, თუ რატომ არ ჩნდება შემუშება, რომელიც ჩვეულებრივ წინ უძღვის შეგუბებითი ალბუმინურისას. ძნელად დასაშვებია, რომ იმ დროს, როდესაც განსაზღვრული მდებარეობის გამო ორთოსტატს უკვე დიდი ხანია მისპობილი აქვს ლორდოზი, ცილის გამოყოფა შარდში მაინც კიდევ რამდენსამე საათს გრძელდებოდეს. მარტო სისხლის შეგუბებით ყველა ამ გარემოებას ვერ აგხსნივით. აქ აუცილებლად უნდა არსებობდეს ფუნქციონალურად ნაკლოვანი თირკმელი ან და, როგორც Martius-ი ფიქრობდა თანდაყოლილი პროტოპლაზმური სისუსტე თირკმლის უჯრედებისა (Stiller-ი).

უნდა ვითქვით, რომ თირკმელს თავდაპირველადვე არანორმალური გამტარებლობა აქვს ცილისა, რაიც გამომჟღავნდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც სხეულის ვერტიკალურ მდებარეობის გამო ლორდოზი წარმოიქმნება და ქვედა ღრუ ვენაში შეაფერხებს ცირკულაციას.

გამოჩენილი რადიოლოგი Alexander-ი ამბობს, რომ ასთენიურ თირკმელს Röntgen-ის სხაევით გაშუქების დროს მორფოლოგიურა თავისებურება ემჩნევა: იგი ისევე ნაზია და სათუთი, როგორც თვით სხეული ასთენიკისა.

თუ როგორია ქიმიური კონსტიტუცია ამ ცილოვან ნივთიერებათა, რომელიც გამოსდევს შარდს ორთოსტატიკური ალბუმინურის დროს, ავტორები ფიქრობენ, რომ გარდა შრატის ჩვეულებრივი ცილისა, აქ იმყოფება კიდევ სხვანაირი ცილა, რომელსაც ის განსაკუთრებული თვისება აქვს, რომ მარტო ძირის მუყავის ზეგავლენით ილექება გაუთბობარ შარდში. აღნიშნული ცილის ქიმიური აგებულების შესახებ ავტორები სხვადასხვა აზრს ადგანან. jehle-ს დაკვირვებით მისი რაოდენობა $0,25\%$ -ს და 32% -ს შუა ირყევა.

Leube მას გლობულინად სთვლის; Langstein-ი ევგლობულინად; Obermejer-ი ნექლეოალბუმინად, ხოლო Mürner-ი ფიქრობს, რომ იგი წარმოადგენს ალბუმინისა და ხონდროითინ-გოვირდმუჯავის შეერთებას. თუმცა, სხენებული ცილის ქიმიური ბუნება ჯერ კიდევ არაა გამოკვლეული, მაგრამ ყველა ავტორსა სწამს, რომ მის აღმოჩენას უცილობლად პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ორთოსტატიკური ალბუმინურის დროს იგი მუდამ იმყოფება შარდში და ამ გარემოებას ფრიად დიდი მნიშვნელობა აქვს დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის. Langstein-ის დაკვირვებით ამნაირი ცილა არასოდეს არ გამოსდევს შარდს ნეფრიტის დროს. იგი დამახასიათებელი სიმპტომია სწორედ ორთოსტატიკური ალბუმინურისა, როგორც ამას განსაკუთრებით აღნიშნავა Noorden-ი.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, თუ როგორი სხვადასხვაობაა მკვლევართა შეხედულებაში წინამდებარე საკითხის შესახებ. პათოგენეზსა და ცილოვან ნივთიერებათა ქიმიურ კონსტიტუციის საკითხსაც რომ თავი დაეანებოთ, მოყვანილ ლიტერატურულ მასალაში თვით ალბუმინურის სიხშირეც კი არაა სრულიად გამოკვლეული. მიზეზი ჩვენის აზრით ისაა, რომ მკვლევარნი სხვადასხვა მასალით და სხვადასხვა მეთოდიკით სარგებლობდნენ.

ჩენი გამოკვლევების მიზანს ჯერ ჯერობით შეადგენდა საკითხი ორთოსტატიკური ალბუმინურის გავრცელების და შემდეგ რამდენადმე თვით ცილოვან ნივთიერებათა კიმიური ბუნების შესახებ. როგორც უკვე ნათქვამი იყო, სამწუხაროდ, ჩვენ იმდენად დიდი მასალა ვერ დავაბუშავეთ, რამდენიც განზრახული გვქონდა. ამიტომ ჩენი დღევანდელი მოხსენება არის მხოლოდ წინასწარი და დასკვნები, კერძოდ ცხრილებში აღნიშნული ციფრები არაა საბოლოო. იგი წარმოადგენს მასალას, რომელიც უნდა საფუძვლად დაედოს უფრო ფართო გამოკვლევებს.

რომ მასალა ერთფეროვანი ყოფილიყო, როგორც წლოვანობის, ისე ჩვეულებრივი მუშაობის მხრით, აგრეთვე იმიტომ, რომ უმრავლესობის აზრით ეს ალბუმინურია უფრო ხშირია მოზარდებ შორის, გამოკვლევა ჩვენ ვაწარმოვეთ ტფილისის ერთ-ერთ (41-ლ) შრომის სკოლის მოწაფეებზე.

კვლევის მეთოდია იყო ამნაირი: ჩვეულებრივის წესით (დუღილით და Heller-ით) შარდში ცილას ვიკვლევდით. შემდეგ იმავე შარდზე სპეციალურ ცდას ვაწარმოებდით ეგრედ წოდებულ „ძმრის მკავეის ცილის“ აღმოსაჩენად თანახმად Pons-ის მეთოდისა. ახლად გამოყოფილ შარდს გავათერებდით. თუ გაფურავის შემდეგ იგი მაინც კიდევ მღვრიე იყო, განმეორებთი ფილტრაციის დროს შარდში ინფუზორის მიწას ჩავყრიდით. ამგვარად გათიერებულ შარდს $\bar{n} = 10$ cm-ს ჩავასხავდით საცდელ შუშაში და შემდეგ \bar{n} წვეთს $10''/6$ -იან ძმრის მკავეს მიუმატებდით. ზოგჯერ უკვე ამდროს ჩნდებოდა მცირე შემღვრევა. თუ ძმრის მკავეს ხელმოკრედ მომატების გამო სიმღვრივე არ ძლიერდებოდა, მაშინ შარდს ორწილად ვყოფდით და ერთ მათგანში კევრცის ცილის 1% -იან ხსნარს ჩავასხავდით $2 \rightarrow 3$ წვეთს. თუ ამის შემდეგ სიმღვრივე აშკარად მატულობდა, ეს იმას ნიშნავდა, რომ შარდში არსებობს „ძმრის მკავეის ცილა“. აღნიშნული რეაქცია, თანახმად Mürner-ის, Pons-ის და ჩენი გამოკვლევისა, ნორმალურ შარდში ან სრულიად არ იწვევს არაფერ ცვლილებას ან და მხოლოდ—ოპალესცენციას, მაშინ როდესაც ორთოსტატების შარდში იგი მუდამ ძლიერ სიმღვრივეს იძლევა. ზოგჯერ კი უხვს ფიფქისებრ ნალექს. ყველა შემთხვევაში ჩვენ ვაწარმოებდით შარდის აგრეთვე დანარჩენ თვისებითი რეაქციებს, მაგრამ განსაკუთრებით გულდასმით ვიკვლევდით ნალექს.

თვითუღლ მოსწავლეს ვუსინჯავდით ჯერ ლამინდელ შარდს, მერმე $\bar{M} = 4$ საათის მეცადინეობის შემდეგ. ლამინდელი შარდის შეკრება სწარმოებდა თანახმად jehele ს ზემოთ მოხსენებული წესისა ე. ი. დაწოლის შემდეგ $2 \rightarrow 3$ საათისა, რათა ლამის შარდს დღისით გამოყოფილი ცილა არ შერეოდა.

ჩვენ გამოვიკვლიეთ სულ 100-მდე მოწავეის შარდი. მაგრამ სრული დაკვირვების წარმოება, ე. ი. როგორც დღისით გამოყოფილის, აგრეთვე ლამინდელი შარდის გასინჯვა, ჩვენგან დამოუკიდებელი გარემოებების გამო, სამწუხაროდ, მხოლოდ $\bar{n} 1$ მოწაფეზე მოხერხდა. ამიტომ დანარჩენი შემთხვევები ჩვენ არ მოგვეყავს რადგანაც იქ, კვლევა არ იყო დამთავრებული. ამ მასალაზე 200-მდე სპეციალური ანალიზი იყო წარმოებული. გარდა შარდისა ჩვენ დაწვრილებით ვიკვლევდით თვითუღლ მოსწავლეს, როგორც სუბიექტური, აგრეთვე ობიექტური ცვლილებების მხრივ (როგორიცაა სხეულის აგებულება, ჩონჩხის და კერ-



ძოთ ხერხემლის მოყვანილობა, შინავენი ორგანოების და ნერვული მდგომარეობა და სხვა).

ჩენი შემთხვევები წარმოდგენილია ამ ცხრილში, სადაც აღნიშნულია მოსწავლეთა სქესი, წლოვანობა, სხეულის აგებულება, ზოგადი ობიექტური მდგომარეობა, შემდეგ—შარდის თვისებები, სახელდობრ ჩვეულებრივი ცილის და კიდევ ეგრედ წოდებულ „ძმრის მკავეის ცილის“ რეაქცია როგორც ღამინდულს ისე დღისით გამოყოფილ შარდში. 54 მოსწავლეში 9 წლიდან—18 წლამდე 30 ქალი იყო, დანარჩენი ვაჟი.

როგორც ცხრილიდან სჩანს, 54 მოსწავლეში, ორთოსტატიკური ალბუმინურია აღმოაჩნდა 18-ს, რაიც შეადგენს $34,8\%$ -ს. ამ რიცხვიდან რომ კიდევაც გამოვკლოთ ის 10 მოსწავლე, რომლებსაც დღის შარდში მხოლოდ ნიშნები ჰქონდათ ცილისა, ე. ი. ის პირნი. რომელთაც, ასე ვთქვათ, სუსტად გამოხატული ორთოსტატიკური ალბუმინურია ჰქონდათ, დარჩება მაინც 8, ე. ი. $14,8\%$ ნამდვილი ორთოსტატებისა. ცილის რაოდენობა უკანასკნელების შარდში იყო 0,25-დან—0, 5-მდე pro mille. ცილის რაოდენობასა და სხვადასხვა წლოვანობას შორის ჩვენს შემთხვევაში, მკაფიო პარალელიზმი არ ყოფილა. აღნიშნულ პირების ღამინდელ შარდში, როგორც ცხრილიდან სჩანს, ცილის ნიშნებიც კი არ მოიპოვებოდა. ნალექში, რომელსაც გულდასმით ვსინჯავდით, არა თუ არ აღმოჩნდა არც ერთი ცილინდრი ან თირკმელის ეპიტელიუმი, არამედ პირიქით გასაოცრად მკირე იყო თვით ფორმიანი ელემენტების (ლევკოციტები, უჯრედების) რაოდენობა.

აქედან უკვე სჩანს, თუ რამდენად დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ორთოსტატიკური ალბუმინურიის ამოცნობას.

ამნაირი შარდი, რომ ლაბორატორიუმში გაისინჯოს ჩვეულებრივის წესით, ადვილად შესაძლებელია, რომ შევცდომით ნეფრიტი (ანუ ნეფროზი) იქნას ამოცნობილი, მეტადრე თუ ნალექში შემთხვევით თვითელი ცილინდრი ან თირკმელის ეპიტელიუმი აღმოჩნდა. თავისთავად ცხადია, თუ რამდენად მავნე იქნება ეს შემცდარი დიაგნოზი და მისგან გამომდინარე მკურნალობა, ისედაც სუსტი ორგანიზმისთვის.

ამავე ცხრილიდან სჩანს, რომ ორთოსტატების უმრავლესობას სხეულის აგებულება ჰქონდა სუსტი, ასთენიური. მაგრამ იყვნენ აშკარა ასთენიკები, რომლებსაც ალბუმინურია არ აღმოაჩნდათ. რაც შეეხება პათოლოგიურ ლორღოზს, იგი ჰქონდა მხოლოდ 5 ს. საყურადღებოა, რომ არც ერთს მათგანს არ ჰქონდა ალბუმინურია.

დასასრულ უნდა აღვნიშნოთ კიდევ ის გარემოება, რომ, როგორც ჩენი ცხრილიდან სჩანს, უკლებლივ ყველა ორთოსტატის შარდში ფრიად მკვეთრად იყო გამოხატული „ძმრის მკავეის ცილის“ რეაქცია, ბევრად უფრო მკვეთრად ვიდრე ალბუმინურია და, რაც უფრო საგულისხმოა, დადებით რეაქციას ვიღებდით ავრეთვე ბევრს ისეთ შემთხვევაში, სადაც ორთოსტატიკური ალბუმინურია ან სულ არ იყო, ან და მხოლოდ ოდნავ გამოხატული.

სადისერტაციო შრომაში, ჩენ თანახმად Mörner-ის ჰიპოთეზისა ხოლო წინააღმდეგ ავტორთა უმრავლესობის აზრისა სხვათა შორის დავაშტკიცეთ, რომ

ტ ბ რ ი ლ ი

ოკთოსტატიკური ალგორითმის გავრცელება ტფილისის 41-ლ შარშის საოლის მოსაზრებების შესახებ

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

№	გვარი და სახელი	წლები	სქესი	სხეულის ანტიპულა	ობიექტური მდგომარეობა	შ ა რ დ ი ს გ ა მ ე კ ვ ლ ე ვ ა							
						რეაქცია	მუცარდ. წილი	ცილის რეაქცია		დანარჩენი ურთებ. რეაქციები	ნალექი	„მზისმე. ცილის“ რეაქცია	
								მ	ლ			მ	ლ
1	ა-ნ თ-რი	9	ქალი	საშუალო	N	მეფე.	1020	არაა.	არაა	არა-ფერო	არა-ნორმა-ლური.	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
2	ს-ვი ნ-ა	9	ქალი	"	"	მეფე.	1021	"	"	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.
3	გ-დ პ-ლე	9	ვატი	"	"	მეფე.	1020	"	"	"	"	"	აშვ. სიმღვ.
4	აღ-მი	17	ქალი	"	"	მეფე.	—	სუსტი.	"	"	"	"	"
5	პი-კორ.	17	ქალი	საშუალო.	Anaemia, Neurastenia.	მეფე.	1024	არაა.	"	"	"	სიმღვრივე.	ნალექი.
6	ოვ-ი. გ.	13	ვატი	"	"	"	1023	არაა	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	ოქალსცენ-ცია.
7	სტ-ან. ჭ.	13	"	"	"	"	1021	"	"	"	"	სუსტი სიმღვ.	სუსტი სიმღვ
8	ა-ფე. ობ.	14	ვატი	"	"	"	1020	"	"	"	"	აშვ. სიმღვ.	ნალექი.
9	ტ-ვი. ზ.	15	ქალი	"	"	"	1030	სუსტი.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	ოქალსცენ-ცია.
10	ან-ვი	17	ქალი	"	Anaemia.	"	1017	უბი ნალექი 0,57/100	"	"	"	აშვ. სიმღვ.	"
11	ზ-ლი ირ.	15	ქალი	"	"	"	1025	არაა.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	ოქალსცენ-ცია.
12	ზ-ლი ალ.	14	ვატი	"	"	"	1029	"	"	"	"	აშვ. სიმღვ.	აშვ. სიმღვ.
13	მინ-ვი მ.	16	ქალი	საშუალო.	Anaemia.	"	—	—	"	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.
14	გ-დ მ.	12	ქალი	"	"	"	1025	აშკარა.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	სუსტი სიმღვ
15	ლ-ვი	17	ქალი	"	"	"	1030	სუსტი.	"	"	"	სიმღვრივე.	ოქალსცენ-ცია.
16	ას-ვი ნ.	17	ქალი	სუსტი.	Anaemia, Neurastenia.	"	1024	სუსტი.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	ოქალსცენ-ცია.
17	ვ-ს იზ.	12	ქალი	"	"	"	1023	არაა.	"	"	"	სუსტი სიმღვ.	ოქალსცენ-ცია.
18	ის-ნ. ა.	14	ვატი	"	"	"	1023	სუსტი.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	სიმღვრივე.
19	ან-ნ	12	ქალი	"	"	"	1024	უბი ნალექი 0,57/100	"	"	"	ნალექი.	ოქალსცენ-ცია.
20	არ-ვ ს.	14	ვატი	"	"	"	1020	არაა.	"	"	"	სიმღვრივე.	ოქალსცენ-ცია.
21	ტრ-ა ვ.	18	ქალი	სუსტი.	Anaemia.	"	1017	ნალექი 0,39/100	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	"
22	კრ-ვი გ.	17	ქალი	სუსტი.	Anaemia.	"	1025	არაა.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	"
23	კლ-ია	17	ქალი	სუსტი.	Anaemia.	"	1016	არაა.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	სიმღვრივე.
24	ერ-ნ გ.	12	ვატი	ასთვნიერი Lordosis+	Anaemia.	"	1023	"	"	"	"	სიმღვრივე.	აშვ. სიმღვ.
25	ალ-ნ ვ.	11	ქალი	სუსტი.	Anaemia.	"	1017	ნალექი 0,25/100	"	"	"	აშვ სიმღვ.	სიმღვრივე.
26	ნაზ-ნ	11	ვატი	ასთვნიერი Lordosis++	Anaemia.	"	1030	არაა.	"	"	"	აშვ. სიმღვ.	ნალექი.
27	სტ-ნ ვ.	11	ვატი	სუსტი.	Anaemia.	"	1022	ნალექი 0,29/100	"	"	"	სიმღვრივე.	ნალექი.
28	იკ-ო ვ.	10	ქალი	საშუალო.	"	"	1015	"	"	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
29	მარ-ნ ზ.	14	ვატი	ასთვნიერი Lordosis+	Anaemia.	"	1020	სუსტი.	"	"	"	სიმღვრივე.	"
30	მალ-ც ა.	13	ვატი	საშუალო.	"	"	1020	სუსტი.	"	"	"	ნალექი.	ოქალსცენ-ცია.
31	არ-ვი რ.	11	ქალი	სუსტი.	Apic. interst.	"	1025	არაა.	"	"	"	აშვ. სიმღვ.	ოქალსცენ-ცია.
32	ნაზ-ნ ვ.	11	ვატი	სუსტი.	ნორმალ.	ტუტე.	1024	სუსტი.	"	"	"	აშვ. სიმღვ.	"
33	გორ-ც ო.	14	ვატი	სუსტი.	Anaemia.	მეფე.	1019	არაა.	"	"	"	"	"
34	საფ-ვი	12	ქალი	ასთვნიერი.	Apic. interst	"	1025	უბი ნალექი 0,57/100	"	"	"	აშვ. სიმღვ.	სიმღვრივე.
35	ფინ-ნ	11	ვატი	საშუალო.	ნორმალ.	"	—	სუსტი.	"	"	"	სიმღვრივე.	ოქალსცენ-ცია.
36	აკ-ვი მ.	13	ქალი	"	"	"	—	ნალექი 0,25/100	"	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
37	დამ-ვი ა.	12	ვატი	ასთვნიერი.	Anaemia.	მეფე.	1018	ნალექი 0,57/100	მცირე ნიშნებ.	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
38	ჩ-ი ა.	12	ქალი	სუსტი.	Ap. interst.	ამფოტ.	1013	არაა.	"	"	"	"	"
39	აკ-ვი	12	ქალი	"	"	მეფე.	1018	არაა.	არაა	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
40	ბ-ც უ.	10	ვატი	სუსტი Lordosis+	Anaemia.	"	1018	აშვ. სიმღვ.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	სიმღვრივე.
41	კ-ვი ვ.	11	ვატი	ასთვნიერი.	Anaemia.	"	1020	არაა.	"	"	"	სიმღვრივე.	"
42	ერ-ვი	10	ქალი	სუსტი.	Anaemia.	ამფოტ.	—	"	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	"
43	მღ-მ ლ.	11	ქალი	სუსტი.	ap. interst.	"	1021	"	არაა	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
44	ბ-ც ირ.	17	ქალი	საშუალო.	Anaemia	"	1023	"	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	"
45	ი-ნ ი.	11	ვატი	"	"	"	—	"	"	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
46	ოვ-ნ ა.	11	ქალი	"	"	"	—	"	"	"	"	"	"
47	არ-ვი გ.	17	ქალი	საშუალო.	Anaemia. Neurast.	"	1025	"	"	"	"	სიმღვრივე.	ნალექი.
48	კრ-ვი	17	ქალი	"	"	"	1022	"	"	"	"	სიმღვრივე.	სუსტი სიმღვ
49	გლ-კი ან.	14	ვატი	საშუალო.	Anaemia.	მეფე.	1024	არაა.	"	"	"	ოქალსცენ-ცია.	ოქალსცენ-ცია.
50	იარ-ვი ს.	10	ვატი	"	"	"	1021	"	"	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
51	არ-ვი ხ.	10	ვატი	"	"	"	1021	"	"	"	"	სიმღვრივე.	სიმღვრივე.
52	კარ-ც	9	ვატი	"	"	"	—	"	"	"	"	"	"
53	პეტრ	8	"	"	"	"	—	"	"	"	"	"	"
54	გორ-მ.	9	ქალი	"	"	"	—	"	"	"	"	"	"



ე. წ. „ძმრის მკავის ცილა“, ე. ი. ცილა, რომელიც მხოლოდ ძმრის მკავის ზეგავლენით ილექება გაუთზობარ შაოდში, შეერთებაა ალბუმინისა იოდოროიტინ გოვირო მკავისთან.

იმ დროს ოოდესაც ორთოსტატიკური ალბუმინურია სხეულის მდგომარეობისაგან არის დაშოკიდებული და კიდევ ზოგიერთი სხვა ფაქტორებისგან და ამგვარად იგი პირობითია, ცვალებადი, ორთოსტატების, ასე ვთქვათ, ხონდროიტურია პირიქით მულმივის და შეურყეველს მოვლენას წარმოადგენს. ახლა თუ დამტკიცდა, რომ ხონდროიტინ გოვიროდ-მკავის აღმოჩენას შარდში რაიმე დამოკიდებულება აქვს თირკმელის ფარულ პათოლოგიასთან, მაშინ ორთოსტატიკური ალბუმინურის პრობლემას, შესაძლოა, ჩამოშორდეს ის გაუგებრობის ბურუსი, რომლითაც იგი დღემდე ჯერ კიდევ მოცულია.

ზემოხსენებულ ლიტერატურულ მასალის და საკუთარ გამოკვლევებიდან შესაძლოა შემდეგი უმთავრესი დასკვნები გამოვიტანოთ:

1. ორთოსტატიკური ალბუმინურია საკმარისად ხშირი მოვლენაა მოზარდებს შორის.

2. ამიტომ, როდესაც მოზარდებს შორის აღმოჩნდება ალბუმინურია სხვა შესაძლებელ მიზეზებთან ერთად უსათუოდ ორთოსტატიკური ალბუმინურიაც უნდა იქნას გათვალისწინებული, რისთვისაც უნდა აუცილებლად გაისინჯოს ლამინდელი შარდიც.

3. ხსენებულ ალბუმინურის დროს შარდში დაღეკილ ცილოვან ნივთიერებათა კონსტიტუციაში და მათ ბიო-ქიმიურ მნიშვნელობაში ჩემის აზრით უნდა იმალებოდეს ორთოსტატიკური ალბუმინურის პრობლემის ამოცანა და ამიტომ მომავალი კვლევაც სწორედ ამ მხრივ უნდა იყოს მიმართული.

ლიტერატურა*).

1. Teissier. Les Albuminuries curables. Paris. La Semaine medicale 1899 წ. გვერდი 425.
2. Heubner „Schmidts Jahrbücher“, 1890 წ. გვ. 289.
3. Jehle. Die lordotische Albuminurie 1909 წ. Wiener kl. Wochenschrift.
4. Martius. Gedenkschrift für v. Leuthold.
5. Strindsberg. დისერტაცია 1903 წ.
6. Pribram. Prager med. Wochenschrift 1904 წ. გვ. 1.
7. v. Nooroden. Deutsches Archiv. f. klin. Medicin. ტომ. 38, გვ. 205.
8. H. Senator. Die Albuminurie 1890 წ. Die Erkrankungen de Nieren.
9. jacobson. Berliner Klin. Wochenschrift 1903 № 40.
10. v. Leube. Virchows Archiv. ტომ. 72 გვ. 145.
11. Gillet. Albuminuries intermittentes. Paris 1902 წ.
12. Gruiblain. L' Albuminurie orthostatique. Paris 1903 წ.
13. E. Frank. Uber den genuinen orthostatischen Typus. დისერტაცია.
14. K. Vorpahl. Berliner klin. Wochenschr. 1910 წ. № 18.
15. Preleitner. Wiener klin. Wochenschr 1902 წ. გვ 275.
16. Wohrisek. Medizinische Klinikk. 1910 წ. № 18.

*.) მოგვეყავს უმთავრესი

ნიკ. ჟივშიძე.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

ტუბერკულოზის კალციტერაპია *).

(ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ს. ვირხლაძე).

მას შემდეგ, რაც ინგლისში Wreit მა შემოიღო Ca თერაპიაში, მან თანდათან მიიპყრო მეცნიერთა ყურადღება და არ ყოფილა არც ერთი დარგი მედიცინისა, როდესაც არ ეხმარად Ca, თუმცა ეს ხმარება ხშირად სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს არ იყო სავსებით დასაბუთებული. Ca-ით სწამლობდნენ ტუბერკულოზს, რახიტს, ოსტეომალაციას, Bazedow-ის ავადმყოფობას, ქლოროზს, არტერიოსკლეროზს, ნეფრიტებს, დიაბეტს, ბრონქიალურ ასტმას, სხვადასხვა ინფექციურ ავადმყოფობას, ჰემორაგიებს, კაროზულ კბილებს, ხმარობდნენ აგრეთვე ორსულობის დროს და სხვ. მალე დარწმუნდნენ, რომ იმედები გადაჭარბებული აღმოჩნდა და ერთ დროს თითქოს დროებით განელდა ინტერესი მეცნიერთა ამ პრეპარატისადმი.

უკანასკნელი ათეული წლის მეცნიერული გამოკვლევის შედეგები გვაძლევს ცხად სურათს იონის მნიშვნელობისა ორგანიზმში. აქ ინტერესის ცენტრში სდგას კალციუმი. ადამიანის სხეულისთვის კალციუმს აქვს დიდი მნიშვნელობა, Forster-მა დიდი ხანია დაამტკიცა, რომ თუ საკმელს მოვაშორებთ მინერალურ მარილებს, ცხოველის სიცოცხლე შეუძლებელია. ამგვარი დემინერალიზაციით საკმლისა საცდელი ცხოველები (ძაღვები და მტრედები) უფრო ადრე იღუპებიან, ვიდრე სრულ შემწეობის დროს. იმ შემთხვევაშიაც კი, თუ ჩვენ ასეთ საკმელს ხელოვნურად მივუმატებთ ყველა იმ მარილებს, რომელნიც წინასწარ ჩამოვაშორეთ, ზრდა ცხოველისა შეუძლებელი ხდება. მთელი რიგი გამოკვლევები უკანასკნელი წლებისა კატეგორიულად ამბობენ, რომ უჯრედს უკალციუმით სიცოცხლე არ შეუძლიან. ამერიკული სკოლა Loëw-ის მეთაურობით პირდაპირ ამბობს—უჯრედს უკალციუმით არც სიცოცხლე, არც რომელიმე ფუნქციის შესრულება არ შეუძლიან. ეს დებულება ეხება არა მარტო ცხოველთა უჯრედებს, არამედ აგრეთვე მცენარეთა. შეიძლება მცენარეს მოვაშოროთ რომელიმე ელემენტი მისი საზრდოობისა, სიცოცხლე შეეძლება მას, მაგრამ უკალციუმით იგი დაიღუპება. უმთავრესად კალციუმს შეიცავს უჯრედის ბირთვი. ყველა ფიზიოქიმიური და ფიზიოლოგიური ფუნქციები ბირთვისა დამოკიდებულია.

*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მესამე კონგრესზე, მაისში 1925 წ.



ბულია მასში კალციუმის შემადგენლობით. Ruse-მ გასინჯა დიდი რიცხვი მცხოვრებლებისა გერმანიაში და შეეცაში და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ კბილების თვისება პირდაპირ დამოკიდებულია წყალზე: რაც მეტ Ca-ს შეიცავს წყალი, მით უკეთესია კბილებისათვის.

სრული უქონლობა საკმელში Ca-სა ექსპერიმენტალურ ცდებში უფრო ადრე იწვევს სიკვდილს, ვიდრე სრული შიმშილი. ხელოვნურად მომატება Ca-სა იმ საკმელში, რომელიც წინასწარი ცდების დროს განთავისუფლებული იყო მარილებისაგან, ამ ნაკლს ვერ აუნაზღაურებს სხეულს. ცხოველები ასეთ საკმელს სრულებით არ ღებულავენ და თუ მიეცემთ ძალით, შეთვისება დაკლებულია.

თუ ჩვენ საკმელში ნაკლებად მიეცემთ იმ ნივთიერებებს, რომელიც შეიცავს Ca-ს, ამ შემთხვევაში ადამიანის სხეული აინაზღაურებს ამ ნაკლს თავის ორგანოებიდან, მეტადრე იქიდგან, რომელიც უფრო მდიდარია Ca-თ—ძვლები და კუნთები. ამ შემთხვევაში კუნთებს შეუძლიან დაჰკარგოს 56% თავისი Ca-სა, ძვლებს-კი უფრო მეტი. მაშასადამე, როდესაც ჩვენ ვაძლევთ საკმელს ლარებს Ca-თ და გამოყოფა ამ ნივთიერებისა ადამიანის სხეულიდან სკარბობს მის შეთვისებას, ჩვენ ვქმნით უარყოფითი ბალანსს, ეს-კი იწვევს უმთავრესად ძვლების და კუნთების გაღარიბებას Ca-ს მხრივ. იგივე ორგანოები ინახავენ Ca-ს იმ შემთხვევებში, როდესაც ჩვენ ვასაზრდოებთ უმთავრესად Ca-ით მდიდარი საკმელით.

ტუბერკულოზის კალციტერაპიის პრინციპი იმაზედ არის დამყარებული, რომ ამ ავადმყოფობის დროს ორგანიზმი განიცდის დეკალცინაციას და ჩვენ ხელოვნურად უნდა აუნაზღაუროთ ორგანიზმს ეს ნაკლი. როდესაც ჩვენ ვფიქრობთ დეკალცინაციის შესახებ და გვინდა გავიგოთ რამდენად Ca-ს ბალანსი ორგანიზმში განიცდის ცვლილებას, უნდა გამოვაკლიოთ ნამდვილი რაოდენობა გამოყოფილი Ca-სა, მაგრამ სავესებით ეს შეუძლებელია, რადგან Ca-თ გამოდის ორგანიზმიდან უმთავრესად შარდთან და განავალთან, მაგრამ მას ჰკარგავს ადამიანი აგრეთვე ნახელოთ, თვლით, ნერწყვით. განავალში Ca-ს რაოდენობის გამოკვლევა ძნელია, ჩვენ არ შეგვიძლია თვითივლ შემთხვევაში ვიცოდეთ გამოყოფილი Ca-ით ისარგებლა ორგანიზმა თუ არა.

იმ შემთხვევაში, როდესაც მუდმივი განსაზღვრული შემადგენლობის დიეტის დაცვით იქნება ნაწარმოები სისტემატიურად გამოკვლევა შარდში Ca-ის რაოდენობისა, შეიძლება ვიხელომდგენლოთ ზედმიწევნით გვაქვს დეკალცინაცია თუ არა. Rodillon-ის მიერ არის შედგენილი სქემა, რომლის მიხედვითაც შეიძლება გავიგოთ, არის თუ არა დეკალცინაცია. ამ სქემის მიხედვით დეკალცინაცია გვაქვს, როდესაც 24 საათში მოკროვილ შარდში არის 0,5 gr. კალციუმისა ვეგეტარიული საკმლის მიღების დროს, 0,7 gr. შერეული და 0,9 gr. მხოლოდ ხორციით საზრდობის დროს. არის თუ არა დეკალცინაცია აუცილებელი მოვლენა ტუბერკულოზის დროს? საფრანგეთის მკვლევარები ამბობენ, რომ ტუბერკულოზის დროს დეკალცინაცია უსათუოდ არის. ძველი სკოლა გერმანელებისა—Schwartz-ი, Hierschfeld-ი, Ott-ი ამ აზრს სავესებით არ იზიარებს; ისინი ამბობენ, რომ თუ საკმლის მოსაწოდებელი აპარატი კარგ მდგომარეობაში იმყოფება და საკმარის კალორიებს იღებს ავადმყოფი, შეიძლება არ იყვეს დარღვეული ბალანსი არა თუ

ტუბერკულოზის დაწყებითი ხანაში, არამედ შემდეგაც. ამ საკითხის გამოსარკვევად ბევრი ცდები მოახდინა Robin-მა და მისმა მოწაფეებმა. მათი აზრით ტუბერკულოზის დროს დეკალცინაცია აუცილებელი მოვლენაა. დეკალცინაცია არის ერთგვარი ფუძე, რომელზედაც აშენებულია კალციოთერაპია. სამწუხაროდ, ამ მთავარ საკითხში როგორც ვხედავთ არ არის ერთაზროვნება.

საინტერესოა, როგორ ხსნიან დეკალცინაციას ტუბერკულოზის დროს. აქაც აზრთა სხვადასხვაობაა, მაგრამ უმთავრეს მიზეზად სთვლიან ტუბერკულოზულ ინტოქსიკაციას. თუ კალციუმს აქვს ასეთი დიდი მნიშვნელობა ტუბერკულოზურ ავადმყოფისთვის, ლოდიკურ შედეგათ ასეთი მდგომარეობისა უნდა იყვეს ხელოვნური რეკალცინაცია. ეს მით უფრო საჭიროა, რომ Emmerich-ის და Loew-ის გამოკვლევები გვიჩვენებენ, რომ Ca ამ შემთხვევებში მოქმედობს თვით გამოიწვევ მიზეზზედ. ცხოველები, რომლებიც 2—3 თვის განმავლობაში ლებულობდნენ კალციუმს საკმელში, იყვნენ უფრო გამძლე ინფექციური სნეულებათა წინააღმდეგ, ვიდრე საკონტროლო ცხოველები. Robin-მა და Ferrier-მა ექსპერიმენტალურად დაამტკიცეს Ca-ს მნიშვნელობა ტუბერკულოზის დროს. საინტერესოა ზოგიერთი სტატისტიკური ცნობებიც ამ მხრივ. გიპსზე მომუშავეთა კავშირმა გერმანიაში, გამოაქვეყნა ცნობები, რომ 400 მუშას შორის 17 წლის განმავლობაში არ ყოფილა არც ერთი შემთხვევა ტუბერკულოზით დაავადებისა. Fissak-ი ამბობს, რომ 40,824 გარდაცვალებულთა შორის ტუბერკულოზისაგან იყო მხოლოდ 17 შემთხვევა იმ მუშათა შორის, რომლებიც მუშაობდნენ კირზე და გიპსზედ. ამ შემთხვევებმა ისეთი შთაბეჭდილება მოახდინეს ზოგიერთებზედ, რომ Coutiere-ი და Maendl-ი გვიჩვენებენ კირის მტერის ინგალიაციას როგორც სპეციფიურ წამლობას ფილტვების ტუბერკულოზის დროს. Emmerich-ი და Loew-ი უფრო შორს მიდიან და ამბობენ, რომ კირზედ მომუშავენი იძენენ იმუნიტეტს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ. ამის შემდეგ იწყება გატაცება Ca-ით. აძლევენ მას საკმელში, აძლევენ per os, pes anum ოქნებით. საერთაშორისო კონგრესზედ ტუბერკულოზის შესახებ 1912 წელს Sidler-მა და Klebs-მა წაიკითხეს მოხსენება და ამტკიცებდნენ, რომ Ca-ში უკეთეს საშუალებას ვაოულობთ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოთ. აქ, რასაკვირველია, ყველგან ლაპარაკი იყო მხოლოდ Ca-ის მიცემაზედ per os. მაშინ Ca-ის ვენაში შეზხაპუნებას ჯერ კიდევ მიუწოდებდნენ საშუალებათ სთვლიდნენ. საექიმო ბაზარი მალე გამოეხიზაურა ამ ფაქტს. გამოუშვეს სხვადასხვა პრეპარატები კალციუმისა—Calcin-ი, Tricalcol-ი, Calceos-ი, Titan-ი, Afeii-ი, Calciglycin-ი და ბევრი სხ. ყველა ცდილობდა ისეთი პრეპარატი მოეგონა, რომელსაც უფრო კარგად შეითვისებდა ორგანიზმი, რადგან ამას დიდი მნიშვნელობა აქვს რეკალცინაციის საკითხში. Bunge და მთელი რიგი სხვა ავტორებისა ექვის თვლით უყურებენ, რომ per os-ით მიცემით მივალწიით კარგ შედეგებს რეკალცინაციის მხრივ, ისინი ამბობენ, რომ ტუბერკულოზის დროს ძალიან ხშირად არის დაავადებული კუჭნაწლავი. ამიტომ Ca-ის ასსიპილაცია ნაწლავების გზით საეჭვოდ მიაჩნიათ, ყოველშემთხვევაში იგი საკმარისად დაქვეითებულია. ამიტომ ცდილობდნენ ისეთი მეთოდი შემოეღოთ, რომლის საშუალებითაც უფრო მეტ Ca-ს შეითვისებდა ორგანიზმი. კანქვეშ და კუნთებში შეზხაპუნება Ca-სა მიუღებელია, რადგან იგი იწვევს ტკივილებს და



ნეკროზებს, თუმცა უნდა აღვნიშნოთ, რომ უკანასკნელ დროს გამოუშვეს პრეპარატები, რომლებსაც ზოგიერთი ავტორები ხმარობენ კანქვეშ. ასეთია, მაგალითად, Schütze-ს მიერ ნახსარი 5% ხსნარი კირისა ისტიოლში, Afenil-ი, calcin-ი, მაგრამ დიდხანს მათი ხმარება შეუძლებელია, რადგან ალიზიანებენ კანს, ამავე დროს შეგვეყავს ძალიან ცოტა თვით კალციუმი. ამრიგად კალციუმის შეშაპუნებამ კანქვეშ ან კუნთებში ვერ მოიპოვა პრაქტიკული გამოყენება.

ექსპერიმენტალური გამოკვლევანი, რომლებიც მოახდინეს უმთავრესად Kossa-მ, Hofmeister-მა, Tanaka-მ ბაქტებზედ ამტკიცებენ, რომ Ca-ი განსაზღვრული დოზისა და კონცენტრაციისა იწვევს გაკირვას იმ ადგილებში, რომელნიც განიცდიან ცვლილებას რაიმე ტოქსინის ზეგავლენით, ამავე დროს გაკირვას საღ ქსოვილში არ იწვევს. იქ, სადაც ხდება გაკირვა აუცილებლად ქსოვილის მოქმედება დარღვეულია ინფექციის ზეგავლენით. ზოგიერთი ავტორი, უმთავრესად იაპონელები ამტკიცებენ, რომ შეიძლება მივიღოთ გაკირვა სრულიად საღი ქსოვილისა და ამით ვნება მოუტანოთ ორგანიზმსა, ასეთი შედეგები მათ მიიღეს ცხოველებზედ, მაგრამ ამას მათი მოწინააღმდეგენი ხსნიან ქლორ-კალციუმის დიდი დოზებით და მაღალი კონცენტრაციით. ამ კამათს აქვს დიდი მნიშვნელობა კალციტერაპიაში. თუ მართლა იგი იწვევს გაკირვას სრულიად საღი ქსოვილისა მაშინ რა აზრი აქვს კალციუმის ვენაში შეშაპუნებას. მაგრამ ამ აზრს იზიარებს მხოლოდ მცირე რიცხვი ავტორებისა, დიდი ნაწილი კი მეცნიერებისა იმ აზრს გამოსთქვავს, რომ ტუბერკულოზით დაავადებული ქსოვილი განიცდის ერთგვარ მიდრეკილებას გაკირვისადმი და, როდესაც კალციუმს ხელოვნურად ვენაში ვუშაპუნებთ, ხდება გაკირვა მხოლოდ იმ ადგილებსა, საღი ქსოვილი კი არ განიცდის გაკირვას. ამ მოვლენას Martel-ი იმდენად პათოგნომონურად სთვლის, რომ როდესაც Röntgen-ი ვეიჩვენებს რომელიმე ლიმფატურ ჯირკვალში გაკირვას უნდა ვიფიქროთ ნხოლოდ ტუბერკულოზზედაო. საინტერესოა ამის შემდეგ კითხვა—გაკირვა ტუბერკულოზური ფოკუსისა არის სასარგებლო ფაქტი ტუბერკულოზურ პროცესის მსვლელობაში თუ არა? ასეთ ფოკუსში შეუძლიან Koch-ის ჩხირს მოქმედება თუ არა? Wegelin-ი Narris, Kurlow-ი, ამბობენ, რომ გაკირვულ ფოკუსში Koch-ის ჩხირს კიდევ რომ ჰქონდეს შენარჩუნებული თავისი პოტენციალური ცხოველმოქმედება მაინც მოქმედება არ შეუძლიანო. ასეთი ტუბერკულოზური ფოკუსი არის თავისუფალი Koch-ის ჩხირებისგან. სამწუხაროდ აქაც არის აზრთა სხვადასხვაობა. არის ექსპერიმენტალური ცდები, როდესაც ასეთი ტუბერკულოზიან გაკირვულ ფოკუსიდან მიუღიათ Koch-ის ჩხირები, რომელთა ცხოველმოქმედება დამტკიცებული იყო ცხოველებზედ. ამრიგად ჩვენ ვხედავთ, რომ თვით ამ საკითხში, რომელიც უნდა ჩაითვალოს დიდმნიშვნელოვან საკითხად ტუბერკულოზის კალციტერაპიაში არ არის ერთაზროვნება.

ტენნიკა ვენაში შეშაპუნებისა არ არის ძნელი. ხმარობენ წმინდა პრეპარატს ქლორ-კალციუმისა—calcium cheratum purissimum crystallisatum, ხმარობენ 1,0—2,0—5,0—25,0—50,0% ხსნარს—დამზადებულს უსათუოდ გამოხდილ წყალზედ და ოდნავ ტუტოვან რეაქციისა. ამ უკანასკნელ გარემოებას უნდა

მიექცეს ყურადღება, რადგან წინააღმდეგ შემთხვევაში მივიღებთ მძიმე გართულებას, რომელსაც ზოგიერთ შემთხვევებში მოჰყვება ანკილოზი. სასურველია ჰემის შემდეგ არ გაუყეთოთ შეშხაუნება, რადგან ხშირად კალციუმი იწვევს გულის რევას და სავსე კუჭი უფრო ადვილად შეუწყობს ხელს პირისღებინებას. უკეთებენ 15—20—25 შეშხაუნებას, დოზა 1,0;—1,5; 2,0, სითხის რაოდენობა დამოკადებულია ხსნარზედ 2,0 კუბიკიდგან დაწყებული 300,0-მდე. ხსნარს უკეთებენ ზოგიერთები უბრალო ნინეინის აპარატით ისევე როგორც ფიზიოლოგიურ ხსნარს ვენაში შეშხაუნებით, ზოგიერთები მიმართავენ Weintraudl-ის ბიურეტას. წინეთ 606 უშხაუნ. ვენეროლ. ამ აპარატით, ზოგიერთები 20,0 Record-ის შპრიცს. როდესაც ვხმარობთ 5,0% ხსნარს, მაშინ საუკეთესოა Record-ის შპრიცი. რაც შეეხება გართულებას ვენაში შეშხაუნების დროს უნდა აღვნიშნოთ, რომ ყველა ეს დამოკიდებულია მხოლოდ ინექციის ტექნიკაზედ და არა თვით ქლორ-კალციუმზედ. აქ უმთავრესი ყურადღება უნდა მიექცეს ამს, რომ ვიდრე სითხეს შევუშვებდეთ, უნდა დარწმუნებული ვიყოთ, რომ ნემსი ვენაში იმყოფება. წინააღმდეგ შემთხვევაში ავადმყოფი იკრძნობს ტკივილს, გაჩნდება ინფილტრატი და რამოდენიმე დღის განმავლობაში ამ ვენით ვეღარ ისარგებლებთ. რასაკვირველია, აგრეთვე დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ ჰაერის ემბოლია არ მივიღოთ შეშხაუნების დროს. ვენაში შეშხაუნება არის უნებები საშუალება, მაგრამ იგი აუცილებლად ჰეპლისხმობს ერთგვარ დახელოვნებას ტენიკის მხრივ.

თუ გადავავლებთ თვალს კალციოთერაპიის თეორეტიულ დასაბუთებას უნდა აღვნიშნოთ, რომ საკმარისად დიდი ავტორიტეტები მუშაობდნენ თავიანთ ლაბორატორიებში ამ საკითხის გასაშუქებლად. თუმცა მთელ რიგ კითხვებში არ იყო ერთაზროვნება, მაგრამ მაინც ამ ნაწილის მიხედვით კალციოთერაპიის პრინციპი იმდენად თვალსაჩინოა, რომ გასაგებია ზოგიერთი კლინიკისტების გატაცება ტუბერკულოზის წამლობაში ქლორ-კალციუმის ვენაში შეშხაუნებით. ეს მეთოდი მათ მიაჩნიათ ახალ ხანათ ტუბერკულოზის წამლობაში. მართლაც ზოგიერთებს მოჰყავთ განსაკვირებელი შედეგები თავიანთ დაკვირვებებიდან.

ვიდრე გადავიდოდეთ საკუთარი შემთხვევების გარჩევაზედ, მე საჭიროდ მიმაჩნია მოკლედ გავაცნოთ იმ შემთხვევებს, რომლებიც ჰქონდათ აწერილი სხვა ავტორებს. ჩვენ ხელთ გვქონდა წერილები საფრანგეთის, გერმანიის და რუსეთის კლინიკისტებისა, რომლებმაც იხმარეს ქლორ-კალციუმი ვენაში შეშხაუნებით. ამ უკანასკნელ წლებში რუსეთში დიდ მომხრეთ ამ მეთოდისა ითვლება მოსკოვის უნივერსიტეტის ლექტორი Ποზეჩ-ი. მან გაატარა 200 შემთხვევა. სამწუხაროდ ამ 200 შემთხვევიდან მას მოჰყავს მხოლოდ ხუთი მოკლე ისტორია ავადმყოფისა, აქედან სამი შეეხება ფილტვების ტუბერკულოზს და ორი ქირურგიულ ტუბერკულოზს. პირველ შემთხვევაში იყო დაზიანებული მარჯვენა ფილტვი უკან ბექის შუა ხაზამდის, მოყრუება, მკვრივი სუნთქვა, კრებიტული ხიხინი, ასეთივე მოვლენები მარცხენა მწვერვალში, ნახველში Koch-ის ჩხირები. მაჯა 100, t°—37,8—38,2. ორი თვის წამლობის შემდეგ ხიხინი აღარ ისმოდა, Koch-ის ჩხირები ნახველში აღარ აღმოჩნდა, t° ნორმაზედ დავიდა. მეორე შემთხვევაში



ორივე მწვერვალოზედ მოყრუება, მკვრივი სუნთქვა და წვრილბუშტოვანი ხიხინი, ნახველში Koch-ის ჩხირები, t° —36,6—37,8. ექვსი კვირის წამლობის შემდეგ ხიხინი გაქრა, ნახველში ჩხირები აღარ აღმოჩნდა, t° დაეცა ნორმადის, წონაში მოიმატა. მესამე შემთხვევაში იყო დაზიანებული მარჯვენა მწვერვალო, ლაიწ ზემოდ და ქვემოდ ოდნავ მოყრუება, მშრალი ხიხინი, სუნთქვა მკვრივი ბრონქიალური ელფერიტ, ნახველში Koch-ის ჩხირები, t° —37,0—37,8. ერთი თვის შემდეგ ხიხინი აღარ ისმოდა, მოყრუება აღარ იყო, Koch-ის ჩხირები გაქრა ნახველში, t° ნორმაზედ დავიდა. სამივე შემთხვევაში კალციტერაპიის ავადმყოფები იყვნენ გაწინჯულნი სამხედრო-საექიმო კომისიის მიერ და სრულიად განთავისუფლებულნი სამსახურიდან. კალციტერაპიის შემდეგ იმავე კომისიამ იცნო იგი ჯანსაღად და სრულიად დამაკმაყოფილებლად სამხედრო სამსახურისთვის.

ორი ქირურგიული შემთხვევა შეეხება ჩამოწვეთილი ჩირქგროვის და კოქსიტის ჯირკვლების გაღიდებით. ორივე შემთხვევაში განკურნება მიიღო, მაგრამ ორივე შემთხვევაში დასჭირდა ქირურგიული დახმარება და კარგი შედეგი-კი Posen-მა მიაწერა ქლორკალციუმის ვენაში შეშხაპუნებას. ამ ავტორმა ბევრი შემთხვევები გაატარა ქელენზოვოდსკში და კარგი შედეგები მიაწერა კალციუმს უმთავრესად და არა ჰაერს და კარგ კვებას. Posen-მა გაატარა კალციტერაპია აგრეთვე მძიმე შემთხვევებში—კავერნებით. ავადმყოფის ისტორიები მას არ მოჰყავს, მაგრამ დასძენს, რომ ბევრჯერ ხანგრძლივი განკურნება მიიღო. საფრანგეთში Ca-ის ვენაში შეშხაპუნებას აწარმოებდნენ პროფ. P. Carnot და P. Blamutier 1922 წელს. ხმარობდნენ მას 1921 წელს საფრანგეთში აგრეთვე Turpin-ი, Dubois-Roquebert, Merklen, Rist, Ameuille, Ravina, Rist და სხვ. ეს ავტორები ქლორ-კალციუმს უყურებენ უმთავრესად როგორც სიმპტომატიურ წამლობას ტუბერკულოზის სხვადასხვა გართულებების დროს—Haemoptoe, ოფლი, ტუბერკულოზურ ფადარათობის დროს. Pellé (1922 წ.) ხმარობდა ტუბერკულოზური ოფლიანობის წინააღმდეგ და ძალიან აქებს შედეგებს. Neumann, Maude, Saxtorph და Pellé ხმარობდნენ სისხლით ხველის დროს. ამ ჟუანასკნელ შემთხვევებში ძალიან გატაცებულია ქლორ-კალციუმის ვენაში შეშხაპუნებით პროფ. Carnot და მისი ასისტენტი Blamutier. მას ჰქონდა სულ 14 შემთხვევა—აქედან 7 შემთხვევა Haemoptoe, 4 შემთხვევა Haematemensis, 1 შემთხვევა Metrorragies, 1 შემთხვევა Haematuria და ერთიც Haemophilia. მე მოვიყვან ოთხ შემთხვევას ისე როგორც სწერს თვით პროფ. Carnot და ასისტენტი Blamutier: Haemoptoe. შემთხვევა I. ავადმყოფს სიცხე აქვს 39,0, სისხლს იღებს ნახველით. მიიღო per os ქლორ-კალციუმი. სისხლის დენა არ შეწყდა. მესამე დღეს ვენაში შეუშხაპუნეთ 2 კუბ. სან. ქლორ კალციუმის 50% ხსნარისა. ნახევარ საათის შემდეგ შეწყდა სისხლის დენა. მეორე დღეს ნახველში ისევ სისხლია. გაუშეორეთ შეშხაპუნება. სისხლი ნახველში აღარ იყო.

შემთხვევა II. მამაკაცი 24 წლისა, აქტიური ტუბერკულოზი, t° —38,8, ყოველდღე Haemoptoe, ჰკარავს ერთ ჭიქა სისხლს. მიეცით Hypophysis ექსტრაქტი, არ უშველა. შეჩერდა იგი მხოლოდ 4 კუბ. სანტ. 25% ქლორ კალციუმის ვენაში შეშხაპუნების შემდეგ. მეორე დღეს შეშხაპუნება გაუშეორდა, Haemoptoe აღარ ჰქონია.

შემთხვევა III. მამაკაცი 34 წლისა, კავერნით, დაკარგა 1 ლიტრი სისხლისა. ინიექცია ვენაში 4 კ. ს. 25% ხსნარისა. შეჩერდა სისხლის დენა 15 წუთის შემდეგ. მესამე დღეს გაუმეორა სისხლის დენამ და ავადმყოფი გარდაიკვალა ისე, რომ ვერ მიიღო მეტი ინიექცია.

შემთხვევა IV—მამაკაცი 34 წლისა, დაწყებითი ხანა tbc. Haemoptoe 4 დღე აქვს. ვიზნარეთ ემეტრნი, მაგრამ შედეგი არ მოგვცაო. გაუკეთეთ ვენაში 2 კ. ს. 50% ხსნარისა. Haemoptoe შეჩერდა 5 საათის შემდეგ. ასეთივეა მისი დანარჩენი შემთხვევების აწერაც. იგი დიდი მოხერხება ამ მეთოდისა და გვირჩევს ვიზნარეთ ქლორ-კალციუმის შემზაბუნება სისხლის დენის დროს. რაც შეეხება მის გაფენას ტუბერკულოზზე აქ ავტორი უფრო თავს იკავებს თუმცა, ერთ შემთხვევაში მან კარგი შედეგი მიიღო. გერმანელი ავტორებიც ბევრ შემთხვევაში ძლიერ აქებენ ქლორ-კალციუმის ვენაში შემზაბუნებას. **Дейске** ამბობს, რომ მან გაატარა რამდენიმე შემთხვევა და კარგი შედეგები მიიღო ამ მეთოდით Haemoptoe დროს.

Boas-ი ძლიერ აქებს ამ მეთოდს კუჭის წყლულით გამოწვეულ სისხლის დენის შესაჩერებლად. Mandl-ს მოჰყავს 6 შემთხვევა, როდესაც მან Haemoptoe-ს წინააღმდეგ იხმარა იგი და კარგი შედეგები მიიღო. სისხლის დენის დროს **Розен-ი** იმდენად გატაცებულია ქლორ-კალციუმის ვენაში შემზაბუნებით, რომ მას არ მიაჩნია არც ერთი პრეპარატი, რომელიც უკეთეს შედეგებს იძლეოდა. იგი ამბობს, რომ არის მხოლოდ ერთი მეთოდი, რომელიც სჯობს ქლორ-კალციუმის ვენაში შემზაბუნებას; ეს მეთოდი ქირურგიულია—როდესაც ადგილობრივ ლიგატურის დადებით შევაჩერებთ სისხლის დენას.

ძლიერ აქებენ გერმანელები ქლორ-კალციუმის ვენაში შემზაბუნებას ტუბერკულოზული ფაღარათობის დროს. Mandl-ს აქვს 7 შემთხვევა ფაღარათობისა tbc. ნიადაგზედ, მან ყველა შემთხვევაში მიიღო კარგი შედეგები, ამავე დროს per-os ხმარებით არ შეამჩნია არავითარი უკეთობა. მასვე აქვს აწერილი 5 შემთხვევა ტუბერკულ. ოფლიანობის წინააღმდეგ, აქაც მან კარგი შედეგები მიიღო.

თვით ტუბერკულოზური პროცესის წამლობის მხრივ უმთავრესი ნაწილი გერმანელი ავტორებისა არ არის ამ საშუალებით გატაცებული, მათ მიაჩნიათ იგი მედიკამენტოზურ წამლობის ერთ-ერთ სახედ. პროფ. Blühdorn-ი 1924 წელს გამოქვეყნებულ შრომაში აქებს ქლორ-კალციუმის ვენაში შემზაბუნებას, მაგრამ ამავე დროს დასძენს, რომ არ შეიძლება მხოლოდ მას მივაწეროთ ყოველივე გაუმჯობესება ტუბერკულოზით ავადმყოფისა.

გადავიდეთ ჩვენი შემთხვევების განხილვაზე. სულ 28 შემთხვევა გვატარეთ. ჩვენ ავადმყოფებს ვყოფთ სამ ჯგუფად. პირველ ჯგუფს შეადგენენ ის ავადყოფნი, რომელთაც ჰქონდათ აქტიური პროცესი ფილტვებში. მეორე ჯგუფს შეადგენენ ავადყოფნი, რომელთაც ჰქონდათ Haemoptoe. მესამე ჯგუფს ეკუთვნიან ავადყოფნი ტუბერკულოზური ფაღარათით. ვიდრე თვითეულ ჯგუფს ცალკე გავარჩევდეთ მოკლედ შეეხები ზოგად მოვლენებს.

ჩვენ ვხმარობდით 5% ხსნარს ქლორ-კალციუმისა ოდნავ ტუტოვანი რეაქციისა. პირველად უკეთებდით ვენაში 10—20 კ. ს. 5% ხსნარისა შემდეგ თანდათან უმატებდით 30—40 კ. ს. მდის. სულ გვაკეთეთ 462 შემზაბუნება და არ

გექონია არც ერთი შემთხვევა გართულებისა დამოკიდებული ვენაში შემზაპუნების ტენიკისაგან. მხოლოდ ორ შემთხვევაში ავადმყოფს აუვარდა დიდი ტკივილები იმ ადგილას, სადაც ინიექცია გაუკეთეთ. ეს აიხსნებოდა მხოლოდ იმით, რომ ცოტა სითხე მოხვდა ვენის გარეთ და მოგვცა ინფილტრაცია, რომელმაც ორი დღის შემდეგ გაიარა კომპრესების გავლენით. გექონდა აგრეთვე ორი შემთხვევა როდესაც შეზაპუნებამ პირისღებინება გამოიწვია, მაგრამ შემდეგ იმავე ავადმყოფებმა კარგად აიტანა და აღარ განმეორებულა პირისღებინება. 1^o ზედკალციუმის შეზაპუნება არ მოქმედებდა, მისი გავლენით ჩვენ ავადმყოფებს სიცხე არ დაჰკლებიათ, არც გართულებას იწვევდა სიცხის მომატებით. ამ მხრივ ავადმყოფები შეზაპუნებას კარგად იტანდნენ. შოკი არც ერთ შემთხვევაში ავადმყოფს არ მოსვლია. შეზაპუნების დროს ავადმყოფები გრძნობენ პირისახეზედ სითბოს, ხანდისხან ლათონის გემოს პირში, მთელ ვენაში გრძნობენ ერთგვარ სითბოს, რომელიც იწყება იდაყვიდგან და გრძელდება ბეჭებამდის, ამავე დროს ძლიერ მალე უთბებოდათ მთელი ტანი. ეს მდგომარეობა $1\frac{1}{2}$ —1 წუთს გასტანდა ხოლმე. საყურადღებოა ცვლილებები გულის მხრივ, რომლებიც გამოიხატებოდა მაჯის ცემის დაგვიანებაში და სისხლის წნევის ცვლილებაში. ჩვენ შემთხვევებში ვენაში შეზაპუნების შემდეგ ძლიერ მალე პულსის სისხირე იცვლებოდა ასე. მაგალითად, თუ შეზაპუნებამდის პულსი ჰქონდა წუთში 100—95 შეზაპუნების შემდეგ იგი იყო 92—88, მაგრამ ეს გასტანდა ხოლმე ცოტა ხანს; შეზაპუნების შემდეგ მაჯის-ცემა ისევ პირვანდელ მდგომარეობას უბრუნდებოდა. ლიტერატურაში არის მოყვანილი შემთხვევები, როდესაც მაჯის-ცემა შეზაპუნების დროს 80-დან—38-მდე ჩამოსულა წუთში, ასეთი ბრადიკარდია საშიშოა და ამ შემთხვევებში შეზაპუნება უნდა შეჩერებული იქნეს. ჩვენ ასეთი შემთხვევები არ გექონია. რაც შეეხება სისხლის წნევას ჩვენ შემთხვევებში იგი ოდნავ მატულობდა შეზაპუნების შემდეგ, თუმცა ზოგიერთი ავტორი ამბობს, რომ სისხლის წნევა თითქმის უცვლელი რჩება. სუბიექტიური მდგომარეობა ავადმყოფისა უმჯობესდება—მადა ეძლევა, ძილი უკეთესი აქვს, ამავე დროს ოფლიც ნაკლებად აწუხებს ავადმყოფს. პირველ ჯგუფში შედის 19 ავადმყოფი. აქედან—17 ფილტვების ტუბერკულოზით და ორი ტუბერკულოზური პერიტონიით. კლასიფიკაციის მხრივ ჩვენი შემთხვევები ასეა განაწილებული: ჩვენ ვხმარობთ Turban Herhard-ის სქემას Штrepнepr-ის დამატებით: I st.—5, აქედან 4 compens., 1 subcomp., II st.—6, მათ შორის 3 compens., 1 subcomp., 2 decomp.; III st.—6, 3 subcomp., 3 decomp. განვიხილოთ ჯერ T—I compens. ასეთი ავადმყოფნი ჩვენ გვყავდა 5. საჭიროთ მივგაჩნია ერთი ავადმყოფის მოკლე ისტორიის მოყვანა—in extenzo. ავადმყოფი რომ შემოვიდა კლინიკაში უჩიოდა ოდნავ ხველას, დილაობით მას ცოტა ნახველიც ამოჰქონდა, სიცხეს არ აძლევდა, საერთო მდგომარეობა სრულიად დამაკმაყოფილებელი იყო, ობიექტიურ გასინჯვით მას აღმოაჩნდა მარცხენა მწვერვალოში ოდნავ მოყრუება პერქუსიით, მკვრივი სუნთქვა და წვრილბუშტოვანი ხიხინი, ხიხინი ისპოდა მხოლოდ უკან, ქედზევითა ფოსოში. ნახველში აღმოჩენილი იყო Koch-ის ჩხირები. დაუწყეთ ქლორ-კალციუმის ვენაში შეზაპუნება, მიიღო სულ 18 ინიექცია. ევქსიკვირის განმავლობაში პროცესი ფილტვებში წინ მიდიოდა და მიუხედავად იმისა,

რომ კლინიკაში შემოსვლის დროს ხიხინი ოდნავ ისმოდა ბექის ზემო ნაწილში, ექვსი კვირის შემდეგ პროცესმა მარცხენა ფილტვის ზედა ნაწილი მთლად დაიკავა, ხველამ უმატა, ნახველი ბლომად ამოჰქონდა, გახდა, წონაში იკლო, ოდნავ სიცხესაც აძლევს ამჟამად. ავადმყოფი რომელიც შემოვიდა T—1 comp. ქლორ-კალციუმით წამლობის შემდეგ გაეწერა. T—1 subcomp. ამ ჯგუფიდან დანარჩენ ავადმყოფებს შესამჩნევი ცვლილებები არ ეტყობოდათ წამლობის შემდეგ, მასი გავლენით ხიხინი არ მოსპობილა.

რასაკვირველია, პროცესის გაუარესებას ფილტვებში ჩვენ არ ვხსნით ქლორ-კალციუმის გავლენით, აქ ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ქლორ-კალციუმმა ფილტვებში გაკირვა ვერ გამოიწვია, დრო ნიდიოდა და ამავე დროს მდგომარეობა ავადმყოფისაც რთულდებოდა, მით უმეტეს, რომ მას არ ჰქონდა გაძლიერებული კვების საშუალება. მეორე ჯგუფის სამ შემთხვევაში ავადმყოფებს უკეთობა დაეტყოთ—ხიხინი ნაკლებად ისმოდა, ხველამ უკლო, ნახველიც ნაკლები ამოქონდათ, წონაში მოიმატეს, მაღა კარგი ჰქონდათ. მაგრამ ამ სამ ავადმყოფში ერთს იმავე დროს მალარია ჰქონდა და მისი შეტევები, რასაკვირველია, არაულებდენ ტუბერკულოზურ პროცესს; რადგან ჩვენ მას უწამლეთ ქინა-ქინით და შეტევები-საგან იგი გავანთავისუფლეთ, ელენტა დაუპატარავდა, სიცხე ნორმალური ჰქონდა და ამ წამლობამ კარგი გავლენა იქონია ავადმყოფზედ.

ჩვენ აქ შეუძლებლად მიგვაჩნია მხოლოდ ქლორ-კალციუმს მივაწეროთ ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება. მეორე და მესამე შემთხვევები ამ ჯგუფიდან ავადმყოფები, მართალია, უკეთ გახდნენ, მაგრამ აქ მნიშვნელობა ჰქონდა აგრეთვე საავადმყოფებში ყოფნას, რეჟიმის დაცვას; თუმცა უნდა აღვნიშნოთ, რომ გაწერის დროს, ნახველში Koch-ის ჩხირები მაინც მრავლად მოიპოვებოდნენ. იქ, სადაც ჩვენ გვქონდა II და III სტად. დეკომპენსაციით ფილტვების მხრივ არავითარ უკეთესობას არ ვამჩნევდით, ობიექტიურად პროცესი წინ მიდიოდა, მაგრამ ავადმყოფები სუბიექტიურად უკეთ გრძობდნენ თავს. თუ გავითვალისწინებთ ტუბერკულოზური ავადმყოფის სულიერ განწყობილებას, მეტადრე ამ პერიოდში, როდესაც იგი ყოველ ახალ საშუალებას დიდის იმედით უყურებს და ამავე დროს იმას, რომ ქლორ-კალციუმი როგორც სიმპტომატიური წამლობა—ოფლის, ფალარათის, უძილობის, ხველის წინააღმდეგ კარგ შედეგებს იძლევა, მაშინ ჩვენთვის აღვილი ასახსნელია, რომ ამ მეთოდით წამლობით ზედმეტად გატაცებულნი არიან არა თუ ავადმყოფები, არამედ აგრეთვე ბევრი ექიმებიც. ჩვენი შთაბეჭდილება კი ასეთია—ზოგიერთ შემთხვევებში ქლორ-კალციუმის ვენაში შესაბამისად მოგვცა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება, მაგრამ ლაპარაკი მისი სპეციფიური გავლენის შესახებ ჩვენ ზედმეტად მიგვაჩნია.

ჩვენი ავადმყოფების მეორე ჯგუფს შეადგენდნენ სისხლის დენით გართულებანი. სულ იყო 9 შემთხვევა—7 სისხლით ხველა Hoemoptoe, ერთი სისხლით ლებინება კუჭის წყლულის გამო და ერთიც სისხლის დენა ნაწლავებიდან მუცლის ტიფის გამო. როგორც ვიცით, ეს გართულება ტუბერკულოზის დროს იყო თითქმის ერთ-ერთი ჩვენებად კალციუმის ხმარებისა. წამლობის შე-



დევები უფრო დამყარებული იყო თეორიულ მოსაზრებებზედ, ვიდრე per os დანაშნულ კალციუმის თერაპიულ ეფექტებზედ. Stähelin-ი სპეციალურ მუშაობას აწარმოებდა სისხლის შედედებაზედ ტუბერკულოზიან ავადმყოფებს შორის, და ამბობს, რომ იგი დაქვეითებულია და გვირჩევს ქლორ-კალციუმის პროფილაქტიურად ვენაში შესაბუნებას, თუ ერთხელ მაინც ჰქონდა ავადმყოფს სისხლით ხველა. Arthus-ის და Pagès შრომებიდანაც ცნობილია, რომ სისხლი არ შედედება, თუ მასში არ არის თავისუფალი იონები კალციუმისა. Adler და Pollak-ი, 1921 წელს კიდევ Maendl-ი აწარმოებდნენ ცალკე მუშაობას სისხლის შედედებაზედ ქლორ-კალციუმის ვენაში შესაბუნების დროს. აგრეთვე მუშაობდნენ Schenk-ი, Schmerz-ი და სხ. მათ ყველამ თითქმის ერთი და იგივე შედეგები მიიღეს. ქლორ-კალციუმის ვენაში შესაბუნებით სისხლის შედედებას ვარქარებთ. ჩვენს 9 შემთხვევაში მივიღეთ კარგი შედეგები. 7 შემთხვევაში ვიხმარეთ მხოლოდ ქლორ-კალციუმი, 2 შემთხვევაში-კი მას მივმართეთ მხოლოდ მაშინ, როდესაც დანარჩენ სისხლის დენის შემაჩერებლებმა წამლებმა არავითარი შედეგი არ მოგვცეს ფრიალ დემონსტრაციული იყო ერთი შემთხვევა, როდესაც მუცლის ტიფის გამო ავადმყოფს დიდხანს ჰქონდა სისხლის დენა ნაწლავიდან, სხვა ჰემოსტატიკამ შედეგი არ მოგვცა, ქლორ-კალციუმის ვენაში შესაბუნების შემდეგ სისხლის დენა შეჩერდა. 6 შემთხვევაში Haemoptoe-სი ქლორ-კალციუმმა კარგი შედეგები მოგვცა,—სისხლით ხველას არ გაუმორებია, თუმცა ჩვენ მაინც ასეთ შემთხვევაში განმეორებით რამდენჯერმე ვუკეთებდით შესაბუნებას. ერთ შემთხვევაში ოთხი დღის განმავლობაში ავადმყოფმა დაჰკარგა ოთხ კვიამდე სისხლი. პირველ შესაბუნების შემდეგ Haemoptoe-მ გაუმორა, მეორე შესაბუნების შემდეგაც ასე მოუვიდა. ავადმყოფი შესაბუნების დროს ძლიერ ლელავდა, ჩვენ მივმართეთ სხვა წამლებს, მაგრამ მაინც შედეგი ვერ მივიღეთ, ავადმყოფი განაგრძობდა სისხლით ხველას. შემდეგ ისევ ქლორ-კალციუმს მივმართეთ, დოზაც მოვუმატეთ, სისხლის ამოღება შეჩერდა. რასაკვირველია, ყველა ამ შემთხვევაში შეიძლება ვიფიქროთ, რომ სისხლის დენა თავისთავადაც შეჩერდებოდა მიუხედავად ქლორ-კალციუმის შესაბუნებისა, მაგრამ მაინც ჩვენი შთაბეჭდილება ამ შემთხვევებში ისეთია, რომ ქლორ-კალციუმის ვენაში შესაბუნება ხელს უწყობს სისხლის დენის შეჩერებას. თუ ამას კიდევ მივუმატებთ სხვა აეტორების დაკვირვებას მაშინ გვაქვს უფლება ვთქვათ ამ მეთოდით წამლობა მეტადრე იმ შემთხვევებში, როდესაც უფრო ადვილად მისაღები წამლები არ მოქმედობენ.

ჩვენი ავადმყოფების მესამე ჯგუფს შეადგენენ ტუბერკულოზური ფალარათით ავადმყოფნი. სულ გვქონდა 8 შემთხვევა, 6 ფილტვის დაზიანებასთან ერთად და ორი ტუბერკულოზური პერიტონიტით. ორ შემთხვევაში ჩვენ მივეციტ ქლორ-კალციუმი ჯერ შიგნით (Per os), მაგრამ შედეგი ნაკლებად და მაკმაყოფილებელი იყო. ეს არც გასაკვირველია, რადგან ჩვენ ვიცით Soetbeer გამოკვლევებიდან, რომლებიც დადასტურებულია აგრეთვე Krieger-ის და Tobler-ის მიერ, რომ დაზიანებული ნაწლავი არ ითვისებს Ca-ს. თუ ასეთ ავადმყოფებს ვაძლევთ Ca-ს per os აქ ადგილი თითქმის არ აქვს მოქმედებას. ქლორ-

კალციუმის ვენაში შეშხაპუნებას ტუბერკულოზურ ფალარათის დროს აქვს განსაკუთრებითი მნიშვნელობა. ფალარათობა, რომელიც მთელი თვეებით აწუხებდა ტუბერკულოზიან ავადმყოფს 4—5 ინექციის შემდეგ ისპობოდა; მართალია ეს მოქმედება ხანგრძლივი არ არის, რეციდივებს ადგილი აქვს, მაგრამ რაც მეტჯერ შეუშხაპუნებთ მით ფალარათობაც უფრო დიდი ხნით მოსპობა. ფრიალ დამახასიათებელი იყო ეს მოქმედება ერთ ჩვენ შემთხვევაში. ავადმყოფს ორი თვის განმავლობაში ფალარათობა ჰქონდა, დღეში 6—7 ჯერ ასაქმებდა. უმათვრესად, მას უფრო ფალარათობა აწუხებდა, თუმცა ფილტვებში ორივე მხრივ პროცესი ჰქონდა. განავალის განმეორებითი გასინჯვის დროს Protozoa არ აღმოაჩნდა. ავადმყოფი იწვა კლინიკაში ორი თვე, ლებულობდა ფალარათობის საწინააღმდეგო წამლებს, მაგრამ შედეგი ვერ მივიღეთ კარგი, ფალარათი მაინც ჰქონდა. როდესაც მიემართეთ ვენაში შეშხაპუნებას, ჩვენ საუცხოვე შედეგი მივიღეთ, ფალარათი აღარ ჰქონდა და მალე ოყნების გაკეთება დასჭირდა. რადგან ამავე დროს ფილტვებში პროცესი წინ მიდიოდა ავადმყოფი შემდეგ გარდაიცვალა და გაკვეთის დროს აღმოჩნდა, რომ როგორც წვრილი ისე მსხვილი ნაწლავები შეიცავდნენ ხორკლებს და წყლულებს. ასეთივე კარგი შედეგები მოგვცა ფალარათობის წინააღმდეგ დანარჩენმა 7 შემთხვევამ. ავადმყოფები, რომლებიც მთელი თვეებით დღეში 4—6 ჯერ გადიოდნენ, ქლორ-კალციუმის ვენაში შეშხაპუნების შემდეგ კარგად გრძობდნენ თავს და ფალარათისგან განთავისუფლდნენ. ჩვენი შემთხვევები ამ მხრივ უფრო ეთანხმება სხვა ავტორების აზრს. იქ სადაც ტუბერკულოზური ფალარათი ძალიან აწუხებს და ასუსტებს ავადმყოფს, როდესაც სხვა საშუალებანი შელავათს არ აძლევენ, უნდა მივმართოთ ვენაში შეშხაპუნებას, მხოლოდ როგორც სიმპტომატიურ წამლობას.

დ ე ბ უ ლ ე ბ ე ბ ი.

1. ქლორ-კალციუმის ვენაში შეშხაპუნების შედეგები ღია ტუბერკულოზის დროს ზოგიერთი ავტორების მიერ გადაჭარბებულია. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო საშუალებათა შორის მას არ შეუძლიან ადგილი დაიჭიროს ცნობილი მეთოდებისა, რომლებიც უკვე მიღებულია (კლიმატოთერაპია, დიეტოთერაპია, ქირურგიული წამლობა პნემოთორაქსით, ტუბერკულინი), მედიკამენტოზურ თერაპიაში-კი მას მაინც განსაზღვრული მნიშვნელობა აქვს.

2. კალციუმის საზოგადოდ ჰემოსტატიური მოქმედება თვალსაჩინოა და ამ შემთხვევაში ვენაში შეშხაპუნება უფრო კარგ შედეგებს იძლევა.

3. ტუბერკულოზურ დიარეის დროს, როდესაც სხვა საშუალებანი შედეგს არ იძლევა, შეიძლება მიემართოთ ქლორ-კალციუმის ვენაში შეშხაპუნებას, მაგრამ იგი იწვევს მხოლოდ დროებით გაუმჯობესებას.

4. თუმცა მთელ რიგ შემთხვევებში ავადმყოფებს ოფლი შეუწყდა, სუბიექტიური მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მაგრამ ნახეჯლში Koch-ის ჩხირები არც ერთ ჩვენ შემთხვევაში არ მოსპობილა.

დასასრულ მაღლობას ვუძღვნი პროფ. ს. ვირსელაძეს, რომელმაც საჭირო რჩევა მომცა ამ მუშაობის შესრულების დროს.

ლიტერატურა.

1. Prof. Carnot. P. Blamutier. Les injections intraveineuses de chlorale de calcium dans le traitement des néorrhagies viscérales. Paris médical 1922.
 2. Prof. K. Blühdorn—Über calcium therapie. Klinische Wochenschrift 1924. № 28.
 3. H. Maendl—Intravenöse Kalziumtherapie bei Lungentuberculose. Zeitschrift für Tuberculose. Band 35. Heit 3. 1924.
 4. Dr. Dezso Mandl—Calcium in der therapie der Tuberculose.—Zeitschrift für Tuberculose. Band 28. 2918.
 5. Розен. Кальцитерапия туберкулеза. 1924 г.
-

იოს. ჯავახიშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

სისხლის მოკვძოვით და ფიზიკური თვისებების სა- კითხისათვის ოსტეომალაციის დროს.

(ტფილისის სახ. უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკური კლინიკიდან. გამგე—პროფ.
მ. წინამძღვრიშვილი).

მიუხედავად საკმარისი რაოდენობის კლინიკური და ექსპერიმენტალური დაკვირვებისა, ოსტეომალაციის ეთიოლოგია აქამდის ჯერ კიდევ გამოურკვეველია.

ცნობილია, რომ ოსტეომალაციის დროს უმთავრესი ცვლილებანი ვითარდება ჩონჩხის ძვლებში; ძვალი კარგავს უმთავრეს შემადგენელ ნაწილს Ca-ს, რომელიც მას სიმკვრივის (სიმკვრეს) ანიჭებს, ე. ი. მისი შეფარდებითი წონა კლებულობს, ამიტომ იგი რბილდება, ადვილად იღრმეება და ტყუდება კიდევ.

ძველი ავტორები ოსტეომალაციას სთვლიდნენ ერთ-ერთ ფორმად რახიტის ანუ ინკლისურ ავადმყოფობისა, რომელიც ბავშვების ძვლებში ვითარდება. მაგრამ Wirhov-მა და სხვა ავტ. სრულიად განაცალკევებს ერთი მეორისაგან ეს ავადმყოფობანი მათი კლინიკური და პათოლოგანატომიური სურათის სხვაობის გამო. რახიტის დროს შეფერხებულია ნორჩი ძვლის გაკირვა, ოსტეომალაციის დროს კი პირიქით უკვე ნორმალური ძვალი კარგავს Ca-ს და ამ მიზეზით რბილდება.

მისი ეთიოლოგიის შესახებ არსებობს რამოდენიმე თეორია.

ვინაიდან ეს ავადმყოფობა უფრო ხშირად გვხვდება მრავალ ორსულიანებ შორის და მეტადრე პუერპერალურ პერიოდში, ამიტომ გამოითქვა აზრი, რომ ორსულობის დროს დედის მინერალური ნაწილები გადადის ბავშვის სხეულში მისი ჩონჩხის საჭიროებისათვის. მაგრამ ეს თეორია ვერ ხსნის ოსტეომალაციის შემთხვევებს დაუორსულებულ ქალებსა და მეტადრე ბავშვთა და მამაკაცთა შორის.

ავადმყოფების ძვლებში და სისხლში რძის მჟავას ამოიხნამ და აგრეთვე მკვლევებით დაქუშავენების გამო ძვლებში მსგავსი ცვლილებების განვითარებამ შექმნა სიმტყულების თეორია.

Fehling-ის და Hofmeier-ის მიერ იყო შექმნილი ნერვული თეორია; იგინი ამ ავადმყოფობას უტყუროდნენ, როგორც საკვერცხეებიდან გამომდინარე ტროფონერიოზს.

ენდემური გავრცელებამ ამ ავადმყოფობისა ზოგიერთ ადგილებში (გერმანიაში, იტალიაში) წარმოშვა ინფექციური თეორია. მართლაც, იტალიელი

Petrole ამბობს, რომ ოსტრომალაციას იწვევს ვინგრადსკი-ს მიერ აღმოჩენილი ნიტროფიკაციის მიკრობები.

შემდეგროინდელი გამოკვლევებით დამტკიცდა ყველა შემოხსენებული თეორიის უსაფუძვლობა.

ბოლო ხანებში გამეფდა აზრი, რომ ამ ავადმყოფობის ეთიოლოგიაში დიდი ადგილი უჭირავს შინაგან სეკრეციის ჯირკვლებს, განსაკუთრებით კი სასქესო ორგანოების ჯირკვლებს.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ოვარიოტომიის შემდეგ აშკარა გამოკეთებისთვის მიუხეცივით.

მაგრამ არის დაკვირვებანი, მათ შორის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკურ კლინიკიდან ასისტენტის გიორგი რუსიშვილის შემთხვევა, როდესაც ოვარიოტომიამ მხოლოდ დროებითი გავლენა იქონია ავადმყოფზე იმ მხრივ, რომ ერთი თუ ორი კვირის განმავლობაში ძვლების ტკივილი შეუყურდა შემდეგ კი ტკივილები კვლავ იმავე სიძლიერით წარმოიშვა და ავადმყოფი ისეთივე მდგომარეობაში გაიწერა კლინიკიდან, როგორშიაც იგი შემოვიდა.

აქედან სჩანს, რომ თუმცა ადამიანის სასქესო ჯირკვლის დაავადებას აქვს ეთიოლოგიური დამოკიდებულება ამ ავადმყოფობასთან, მაგრამ, როგორც ეტყობა სხვა ინკრეციის ჯირკვლების მოშლილობასაც უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა, მით უმეტეს, რომ თანამედროვე მოძღვრებით შინაგან სეკრეციის ჯირკვლთა მოქმედება ძლიერ მჭიდროთაა ერთი მეორესთან დაკავშირებული და ერთი ჯირკვლის მოქმედება მეორის გავლენის გარეშე წარმოუდგენელი ხდება. მაგალითად, სისხლის ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური სურათების შესწავლამ დაამტკიცა, რომ სისხლის მორფოლოგიური ელემენტების პროდუქციაზე გავლენას ახდენს ერთსა და იმავე დროს ინკრეციის რამოდენიმე ჯირკველი, სახელდობრ: ფარისებრი, მკერდუკანა, თირკმლის ზედა და სასქესო ჯირკვლები.

შინაგანი სეკრეციის ჯირკველთა ზეგავლენა სისხლის მორფოლოგიურ შემადგენლობაზე შემდეგში მდგომარეობს: ცნობილია, რომ ლიმფათური სისტემა, (ელენთა, ლიმფათური კვანძები) წარმოშობენ ლიმფოციტებს, დანარჩენ ელემენტებს მიელოიდური სისტემა წარმოშობს (ძვლის ტვინი, განსაკუთრებით კი ბრტყელი ძვლის ტვინი). პათოლოგიურ პირობებში ნორმალური შეფარდება ლეუკოციტების სახეებს შორის იცვლება. მაგ. Basedow-ის ავადმყოფობის დროს, პროცენტული დამოკიდებულება ლიმფოციტების და პოლინიკლუარების შორის ირღვევა იმ მხრივ, რომ ლიმფოციტების რაოდენობა მატულობს ($26-51\%$), პირიქით პოლინუკლუარებისა—კლებულობს ($41-66\%$); ამის მიზეზათ სთვლიდენ ფარისებრი ჯირკვლის სეკრეციის მოშლას. მაგრამ გამოირკვა, რომ ოპერაციული მკურნალობა ამ ავადმყოფობისა არ სცვლის ჰემოტოლოგიურ სურათს, მაშასადამე ამ მხრივ გავლენა უნდა ჰქონდეს სხვა ჯირკველს.

ბავშების ქ. thymus-ის ჰიპერპლაზიის დროს ლიმფოციტების რაოდენობა აშკარად მომატებულია შედარებით პოლინუკლუარებთან ($76:24$); ექსტრინაპაციის შემდეგ შეფარდება იცვლება ($37:62$).

ლეუკოციტების შემადგენლობაზე, თუმცა არაპირდაპირ, მაგრამ მიინც გავლენა აქვს სასქესო ჯირკვლებს. ასე Klose, Lampe და სხვა ავტორები ძალუ.

ბზე, ოვარიოტომიის შემდეგ აღნიშნავენ ლიმფოციტოზს, პოლინუკლეარების რაოდენობის შემცირებით, ეს უნდა მიეწეროს სასქესო ჯირკვლების გლ. thymus-ზე შემკავებელი გავლენის მოსპობას.

ფიზიოლოგიური დამოკიდებულება სასქესო ჯირკვლებსა და ფარისებრ ჯირკველს შორის იმაში მდგომარეობს, რომ უკანასკნელი დიდდება მენსტრუაციის და ორსულობის დროს.

Art. Weil-ს თავის წიგნში შინაგანი სეკრეციის შესახებ, ინკრეციული ჯირკვლების ზეგავლენის შესახებ სისხლზე დაასკვნის: ფარისებრი ჯირკველი აღიზიანებს მიელოიდურ სისტემას, თირკმელს ზედაჯირკვლები როგორც მიელოიდურს ისე ლიმფოციტურს, სასქესო ჯირკვლები კი გლ. thymus-ის საშუალებით აძაბუნებს ლიმფოციტურ სისტემას.

მეორე მაგალითი: ჩვენ ვიცით, რომ სხეულის ზრდაზე დიდ გავლენას ახდენენ მკერდუკანა, ფარისებრი და ეპიტელიალური ჯირკვლები; მათი გავლენა ჩონჩხზე გამოიხატება კალციუმის დაგროვებაში, ტვინის დანამატი კი ძვლების სიგრძითი ზრდას უწყობს ხელს. ამ უკანასკნელი ჯირკველის ანტაგონისტი, როგორც ვიცით, სასქესო ჯირკვლებია, ვინაიდან ჰიპოფიზის წინა ნაწილის ჰიპეფუნქცია იწვევს ძვლების უსაზღვრო ზრდას, ე. წოდებულ აკრომეგალიას.

ეს ორი მაგალითი მოვიყვანე მხოლოდ იმიტომ, რომ ცხადი ყოფილიყო თუ რამდენად რთულია, საზოგადოდ, ინკრეციული ჯირკვლების ზეგავლენა ორგანიზმზე და კერძოდ სასქესო ჯირკვლების დამოკიდებულება იმ ჯირკვლებთან (ფარისებრი, მკერდქვეშა, გლ. thymus, ჰიპოფიზი), რომლებიც ახდენენ გავლენას სისხლის მორფოლოგიურ ელემენტების პროდუქციაზე და ძვლის სისტემის შექმნაზე. ვინაიდან არსებობს აზრი, რომ სასქესო ჯირკვლების გაძლიერებული ინკრეცია, მარტო თვითონ თუ სხვა ჯირკვლებთან ერთად, გამოურყვეველია, აძლიერებს Ca-ს გაცვლა გამოცვლის პროცესს, რასაც შედეგათ მოჰყვება კირით ძვლების გაღარიბება.

ოსტეომალაციის შესახებ ზოგადი ლიტერატურული ცნობები საკმარისი არსებობს. რაც შეეხება სისხლის თვისებებს, მის მორფოლოგიურ შემადგენლობას ამ ავადმყოფობის დროს, აგრეთვე არსებობს დაკვირვებანი, რომლებშიაც სხვადასხვანაირად აღწერენ ჰემოტოლოგიურ სურათს.

რიგი ავტორებისა, მაგ. Eisenhadt-ი აღნიშნავს ერითროციტების ნორმალურ რაოდენობას, ჰემოგლობინისას კი—დაქვეითებულს; პროფ. თიკანაძის შემთხვევაში შემცირებულია, როგორც ერითროციტების ისე ჰემოგლობინის რაოდენობა; ლეუკოციტების რაოდენობა ნორმის ფარგლებში ცვალებადობს.

ერთნაირი აზრი არ არსებობს აგრეთვე ლეუკოციტების სხვადასხვა სახეების პროცენტულ შეფარდების შესახებ. მაგ. Neussner-ის ერთ შემთხვევაში მომატებული იყო ეოზინოფილების რაოდენობა, მეორეში კი, პირიქით, ნეუტროფილები. პროფ. Чистович-ის და პროფ. თიკანაძის შემთხვევებში სკარბობს ლიმფოციტების რაოდენობა, და ამის გამო ავტორები თავის შემთხვევებს უწოდებენ ეოზინოფილურ ან ლიმფოციტალურ ფორმებს.

რაც შეეხება სისხლის ფიზიკურ თვისებებს, პროფ. თიკანაძის შემთხვევაში აღნიშნული მხოლოდ შეფარდებითი წონა, რომელიც შედარებით ნორმალურთან ოდნავად შემცირებულია.



ამ მოკლე ლიტერატურული მიმოხილვის შემდეგ გადავიდეთ საკუთარი დაკვირვების აღწერაზე.

დ-დ პატივცემულ პროფ. მიხეილ წინამძღვრიშვილის დავალებით, მე შევეუდეგი დიაგნოსტიკურ კლინიკაში მწოლიარე ოსტეომალაკიით ავადმყოფის სისხლის მორფოლოგიური და ზოგიერთი ფიზიკური თვისებების გამორკვევას. ვინემ ჰემოტოლოგიური თვისებების აღწერაზე გადავიდოდე საქიროდ ვცნობ მოვიყვანო ავადმყოფობის მოკლე ისტორია.

ავ-ფი ზ. მ-სა, ქართველი, 35 წლისა, გათხოვილი, სამტრედიის მცხოვრები; შემოვიდა კლინიკაში 3/IX 1923 წ.

ავად. უჩივის ძვლების საშინელ ტკივილს და ამის გამო მოძრაობის შეუძლებლობას. ავად გრძნობს თავს უკვე 14 წელიწადია; პირველი ნიშნები ავადმყოფობისა მან შეატყო მეორე მშობიარობის შემდეგ; ამ დროს მან იგრძნო ტკივილები მარჯვენა ბარძაყის ძვალში და ამ კიდურს თავისუფლად ვერ ხმარობდა. ყოველი შემდეგი მშობიარობისას, რომელიც მას კიდევ ექვსჯერ ჰქონდა, ტკივილები ხელმეორედ აღეძრებოდა ხოლმე და სიარულსაც ვერ ახერხებდა. ამ დროს ტკივილებს ყრუ ხასიათი ჰქონდა, მაგრამ უკანასკნელი, ე. ი. მერვე მშობიარობის შემდეგ, ტკივილები იმდენად მწვავე იყო, რომ იგი ლოგინიდან არ ამდგარა ორი წლის განმავლობაში.

ბავშობაში ყოფილა ავად მალარიით.

ვენერიულ ავადმყოფობას უარყოფს.

თუთუნს არ ეწევა, სპირტიან სასმელებს არ სვამს, ცხოვრების პირობები ძლიერ ცუდი აქვს, როგორც ჭამა-სმის მხრივ, ისე ტანსაცმელის და ბინის მხრივ.

St. prae. ავ-ფი დაბალი ტანისაა, სხეულის მაგარი აგებულობისა; კანი მქრთალია, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საშუალოდ გამოსახულია, კუნთები დუნეა. ლორწოვანი გარსი ჩვეულ. ფერისაა, ლიმფატური ჯირკვლები არ ისინჯება; t° ნორმ. წონა

ავ-ფის გულმკერდის მოყვანილობა ოდნავ კასრისებრია; ფოსოები და ნეკნთა შუა სივრცენი ამოვსილია. გულმკერდის ორივე მხარე სიმეტრიულად მოძრაობს.

ფილტვების პერკუტორულად ნორმალურ სახლვრებში ყველგან ისმის ვე-ზიკალური სუნთქვის ხმიანობა. სუნთქვის სიხშირე 1¹—18.

გულის სახლვრები N ტონები წმინდა, ოდნავ სუსტი (მოყრუებული). პულსი რითმიული საშუალო ვაგებისა და სიმკვრივისა—1¹—74.

მუცლის მიდამო ზომიერად შებერილია, კანზე მრავალი striae gravidarum. პალპაციის დროს ტკივილებს არსად არ აღნიშნავს. ღვიძლი და ელენთის კიდეები ნეკნთა რკალს ქვემოთ არ არის ჩამოცილებული. სასქესო და საშარდე ორგანოების მხრივ ყველა ნორმის ფარგლებშია.

ანალიზი: შარდის რაოდ.—1200,⁰, ჩალის ფერისა, რ.—მეავე, შეფარდ. წონა—1018.

თვისებითი რეაქციები შარდისა არა ნორმალურს არ იძლევა; ნალექში ურატების მცირე რაოდენობა და შარდსავალი მილის ეპიტელიუმის საკმარისი რაოდენობა.

განავალში ჭიის კვერცხები არ აღმოჩნდა.

სისხლის გასინჯვის მეთოდითა ამნაირი იყო. სისხლს უღებდით ავ-ფს დი-ლით უზმოზე თითიდან.

Hb რაოდენობის გამოსარკვევად ვსარგებლობდით Sahli-ს წინასწარ შესწორებული ჰემოგლობინომეტრით.

წითელი და თეთრი ბურთულების რაოდენობის გამოსარკვევად ვითვლიდით არა ნაკლებ ორი წვეთისა; დათვლის დროს ვსარგებლობდით Bürker-ის კამერით. მშრალი ნაცხებების ფიქსაციისათვის ღვინის სპირტის და თერის შენართავით ვსარგებლობდით. ნაცხებებს ვღებავდით Giemsa-ს საღებავით. ლეუკოციტების ფორმულის გამოსაყვანათ ვთლიდით არა ნაკლებ 500 ბურთულისა. ნაცხებებში სისხლის ელემენტები ნორმალურად იყვნენ შეღებულნი. ცვლილება ერთროციტებში, როგორც პოიკილოციტოზი, ანიზოციტოზი, პოლიქრომასია არ ემჩნეოდა; ბირთვიანი ერთროციტები (ერიტრობლასტები) არ აღმოჩენილან. ლეუკოციტების მხრივ აღსანიშნავია მხოლოდ ის, რომ ეოზინოფილების პროტოპლაზმა შეიცავდა უკურო წვრილ გრანულებს, ვიდრე ეს ჩვეულებრივ არის ხოლმე.

ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები წარმოდგენილია დართულ ცხრილებში.

როგორც პირველ ცხრილიდან ჩანს ჰემოგლობინის რაოდენობა ცვალება დობს 83—86%-მდე.

ერთროციტების რაოდენობა ცვალებადობს 5.050.000—5.210.000-მდე. საშუალო ციფრებათ მიღებულია Vierordt-ით მამაკაცებისათვის 5 მილიონი და დედაკაცებისათვის 4,5 მილიონი ერთროციტებისა 1 კ.მ.მ., თუმცა Sörensen-ის და მეტადრე პროფ. Sahli-ს გამოკვლევების მიხედვით ერთროციტების რაოდენობა, მამაკაცთა შორის, აღწევს 6 მილიონს, ქალებისა კი უდრის 5 მილიონზე მეტს. ჩვენ მიერ მიღებული რაოდენობა ერთროციტებისა უფრო ახლო სდგას პროფ. Sahli-ს მიერ მიღებულ ციფრებთან.

ამავე ცხრილიდან ჩანს, რომ ლეუკოციტების რაოდენობა ირყევა 7.430—9.300-მდე, ე. ი მათი რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია. შეფარდება თეთრსა და წითელ ბურთულებს შორის—1:559; 1:678-მდე.

ფერადი კოეფიციენტი (Färbenindex) უდრის 0,8 და 0,9.

რაც შეეხება ლეუკოციტების სხვადასხვა სახეების რაოდენობას, როგორც ეს მეორე ცხრილში აღნიშნულ ლეუკოციტალურ ფორმულიდან ჩანს, აღსანიშნავია მკვეთრი მომატება ლიმფოციტების პროცენტულ რაოდენობისა. სისხლის პირველ ანალიზში მათი რაოდენობა უდრის 22%-ს, დანარჩენებში კი—44,3—47,6%-ს, ე. ი. თითქმის ორჯერ მეტს ნორმასთან შედარებით; პოლიმორფობირთვიან ლეუკოციტების საერთო რაოდენობა, პირიქით, მკვეთრად შემცირებულია, როგორც პროცენტურად, ისე აბსოლუტურად; მათი პროცენტული რაოდენობა პირველ ანალიზში უდრის 61,8%-ს, დანარჩენებში—43,9—44,8%-ს.

დამოკიდებულება პოლიმორფობირთვიანი ლეუკოციტების სხვადასხვა სახეებს შორის გამოიხატება შემდეგში: ნეიტროფილურ ლეუკოციტების რაოდენობა აშკარად შემცირებულია, იგი უდრის 34,95—53,7%-ს; ეოზინოფილების რაოდენობა და აგრეთვე ბაზოფილებისა კი მომატებულია; პირველნი ირყევიან

ცხრილი № 1.

ჩხ-ის, პართროციტების და ლევკოციტების კომბინირებული ინდექსის
 ღირებულება (ჩვენს შემთხვევაში).

თვე და რიცხვი.	ჩხ. %	ერთობლი- ვები.	Fb. index.	ლევკოცი- ტები.	L-ის და Er-ის რაოდ. შორის შეფარდება.
1923 წ. 21/XII.	84	5.210.000	0.8	7.675	1:678
26/XII.	86	5.050.000	0.9	7.450	1:677
1924 წ. 8/I.	83	5.200.000	0.8	9.300	1:559
21/I.	84	5.180.000	0.9	8.200	1:631

ცხრილი № 3

შეფარდება პოლინუკლეარების და მონოციტების (ლიმფოციტ. მონო-
 ნუკლეარები, გარდაგავალი) კომბინირებული ინდექსის (ჩვენს შემთხვევაში).

თვე და რიცხვი.	პოლინუკლეარები.			მონოციტები.			გამორეკვირვებული.		
	დათვლ.	%	abs.	დათვლ.	%	abs.	დათვლ.	%	abs.
1923 წ. 21/XII.	202	61.3	4704.77	124	37.5	2878.13	4	1.2	92.1
26/XII.	231	44.1	3285.44	283	54.2	4037.91	9	1.7	126.65
1924 წ. 8/I.	234	43.9	4082.7	296	55.1	5124.3	6	1.0	93.
21/I.	224	44.8	3673.6	273	74.6	4477.2	3	0.6	49.2

ლექსიკონის ფორმულა მსბომალისის დროს (ჩვენი შემთხვევა).

თვე და რიცხვი.	წვეტროფილი.			ვოზინოფილი.			ბაზოფილი.			ლიმფოციტი.			მონონუკლეარი.			გარდამავალი.			სხვა.		
	მთლიანად.	%	abs.	მთლიანად.	%	abs.	მთლიანად.	%	abs.	მთლიანად.	%	abs.	მთლიანად.	%	abs.	მთლიანად.	%	abs.	მთლიანად.	%	abs.
1923 წ. 21/XII.	177	53.7	4121.53	22	6.7	514.20	3	0.9	69.07	73	22.1	1696.2	14	4.2	322.3	37	11.2	850.6	4	1.2	92.1
26/XII.	183	34.95	2903.77	40	7.6	596.20	8	1.55	115.47	232	44.3	3900.35	12	2.4	178.81	39	7.5	558.75	9	1.7	126.63
1924 წ. 8/I.	188	35.4	3292.20	38	7.0	651.00	8	1.5	139.5	250	46.8	4352.40	16	3.0	279.0	30	5.3	492.9	6	1.0	93.0
21/I.	187	37.4	3066.8	32	6.4	524.8	5	1.0	82.0	238	47.6	3903.2	12	2.4	196.8	23	4.6	377.2	3	0.6	49.2
ორთა შუა რიცხვი.	184	40.36	3271.07	33	6.9	564.05	6	1.24	101.51	198	40.2	3310.54	13.5	3.0	244.22	32	7.15	572.11	5.5	1.12	90.24

საქართველოს მედიკალური უნივერსიტეტი, ქ. თბილისი, საერთაშორისო უნივერსიტეტი, 293

6,4—7,6%-ს შუა, უკანასკნელი კი, ე. ი. ბაზოფილები—09,—1,55% შუა; რაც შეეხება ლეეკოციტების დანარჩენ ფორმებს, ე. ი. მონონუკლეარებს და გარდამავალ ფორმებს. მათი რაოდენობაც აღემატება ნორმალურ ციურებს.

ლეეკოციტალურ ფორმულის გადათვლიერების დროს, მონოციტების (ერთბირთვიანი ლეეკოციტების) რაოდენობას მომატება სრულიად აშკარაა.

შეფარდება მრავალ და ერთბირთვიან შორის აღმოჩნდა შემდეგი:

პირველ ანალიზში Poln. 4707 Monzit. 2878.

მეორე " " 3285 " 4037.

მესამე " " 4082 " 5124.

მეოთხე " " 3673 " 4477.

ე. ი. განსხვავება პოლინუკლეარების და მონოციტების რაოდენობის შორის დაახლოვებით უდრის 1000-ს.

გარდა სისხლის მორფოლოგიური შემადგენლობისა, მიზნად გვქონდა აგრეთვე სისხლის ფიზიკური თვისებების გამოკვლევაც, მაგრამ სათანადო ხელსაწყოების და რეაქტივების უქონლობის გამო, ჩვენ შეეძლო მხოლოდ სისხლის შეფარდებითი წონის, წებოვნობის და ერიტროციტების ოსმოტიური გამძლეობის გამოკვლევა.

სისხლის შეფარდებითი წონის გამოსაკვლევად ვსარგებლობდით Hamerchlag-ის მეთოდით,—ბენზოლის და ქლოროფორმის შენარევით. შეფარდებითი წონა აღმოჩნდა ნორმალური, სახელდობრ 1051. ნორმალური ციურები მამაკაცთათვის უდრის ორთაშუა რიცხვით 1,055-ს, და ქალებისათვის კი—1,053-ს.

სისხლის წებოვნობა გამორკვეული იქნა Hess-ის აპარატით. მიღებული იყო ორჯერ ერთიდაიგივე ციური—4,8 (ნორმალური წებოვნობა უდრის 5,1,38%)-წითელი ბურთულების ოსმოტიური გამძლეობის ხარისხი გამორკვეული იყო Ribier-ის მეთოდით, 24 საათის შემდეგ.

Max. resistenz უდრიდა—0,40%-ს.

Min. resistenz—0,38%-ს.

გარდა ამისა გამოვიკვლიეთ სისხლის წნევა Korotkows-ის წესით maxim. უდრიდა 103—105 m. m. და minim 70—72 m. m. ვერცხლის წყლისსვეტისა.

ყველა ზემოდმოყვანილ გამოკვლევების შედეგების მიხედვით შეგვიძლიან ვსთქვათ, რომ სისხლის წითელი და თეთრი ბურთულების და ჰემოგლობინის რაოდენობის მხრივ ავადმყოფის სისხლის პროდუქცია ნორმალურია; ასეთივე ნორმის ფარგლებში ირყევა სისხლის ფიზიკური თვისებებიც; რაც შეეხება ლეეკოციტების სახეების შემადგენლობას, ამ მხრივ აღსანიშნავია ერთბირთვიანი მონოციტების, მონოციტების (ლიმფოციტების, მონონუკლეარების და გარდამავლების) რაოდენობის მომატება, კერძოდ ლიმფოციტებისა, რომელთა რაოდენობა თითქმის 15% აღემატება ნორმალურ მაქსიმუმს. მომატებულია აგრეთვე ეოზინოფილების პროცენტული რაოდენობა, რომელიც ცვალებადობს 6,4—76% ს შორის, ე. ი. ესეც აშკარად აღემატება ნორმალურ მაქსიმუმს.

ამგვარად ჩვენი შემთხვევა ერთსა და იმავე დროს უდგება ოსტეომალაციის, როგორც ლიმფოციტალურ (Чистович, თიკანაძე), ისე ეოზინოფილურ (Neusnner) ტიპს.



დასასრულ გულწრფელ მადლობას ვუძღვნი ჩემს მასწავლებელს, დიდად პატივცემულ პროფ. წინამძღვრიშვილს მუდმივ და დაუზარებელ ხელმძღვანელობისათვის და დარიგებისათვის.

ლიტერატურა.

1. პროფ. ივ. თიანაძე. К вопросу о морфологических изменениях крови при остеомаляции. Русск. Арх. Подвысоцкого 1899 г.
2. გიორგი რუსიშვილი. ოსტეომალიაციის მკურნალობა Bossi-ს და Fehling-ის მეთოდებით. „თანამედროვე მედიცინა“ № 5—1925.
3. Мыкертчянц, А. М. Два случая остеомаляции. Проток. Кавк. Мед. О-ва 1904 г. № 4.
4. Закржевский, В. А. Случай остеомаляции с демонстрацией таза. Прот. К. М. О-ва № 4—1905 г. 106 стр.
5. Art. Weil. Внутренняя секреция. Петроград 1924 г.
6. Бец, В. А. Морфология остеогенеза. Киев 1887 г.
7. Шабад, И. А. Известь в патологии рахита. Петербург 1909 г.

მე. ს. ანდრეივისა.

კურორტი მაცესტა და მისი მომავალი.

მე გადავსწვეითე გაუზიარო ამხანაგებს აგარაკ მაცესტის შესახებ როგორც ჩემი საკუთარი დაკვირვებანი გასულ ზაფხულში, აგრეთვე ჩემთვის ხელსაწყო სხივების ნამუშევარი — იმიტომ რომ მაცესტა, მიუხედავად მისი ჩვენთან ახლოს მდებარეობისა, შედარებით უცნობია ჩვენთვის.

მას კი კარგ მომავალს უწინასწარმეტყველებენ, და ეს მომავალი უკვე დაბუღობს რეალურ ფორმებს, ვინაიდან მის მოსაწყობათ თანხები არის უკვე გადადებული.

მაცესტა შედარებით ახალგაზრდა კურორტია; რადგან მისი ნორმალიზაცია ჩვენ საუკუნეს ეკუთვნის. პირველი სააბანოვო შენობა აშენებული იყო 1902 წ., ფაქტიურად კი, როგორც კურორტი, ის მხოლოდ 1912 წ. სწარმოებს. მისი წყაროები აწერილია პირველად აგრონომ Верещагин-ის მიერ 1870 წ., მაგრამ ჯერ კიდევ 1887 წ. მას იხსენებს ინგლისელი James Bell.

ადგილობრივი მცხოვრებნი კი სარგებლობდნენ ამ წყაროებით დიდი ხნიდან: არსებობს ზეპირი ვადმოცემანი, რომ აქ მოდიოდნენ სამკურნალოთ სათათრეთიდან, საბერძნეთიდან და არაბეთიდანაც კი. მაშინ სარგებლობდნენ წყლებით ძლიერ მარტივად, სახელდობრ ამისათვის ამ ამოახრილ ორმოებში.

Подгурский პირველი ექიმი იყო, რომელმაც აღმოაჩინა და აღწერა ეს წყაროები და რომელიც ამ ქაშათაც მუშაობს იქ.

იყო ცდა შესულიყვნენ თვით გამოქვაბულში, საიდანაც გამოდის ეს წყალი, მაგრამ ეს ცდა უშეშარი არ იყო: ჯერ კიდევ 1902 წ. სამი ქართველი, რომელნიც შევიდნენ გამოქვაბულში, იქვე დაიხრჩნენ. ამრიგად, საქართველომ უკვე მოიტანა ადამიანის მსხვერპლი და თავის შეილების სისხლათ მორწყო მომავალი კურორტის საფუძველი.

მაცესტა თავისი წყაროებით დაშორებულია სოჩიდან 12 ვერსტით სამხრეთისაკენ, მდინარე მაცესტის ხეობაში 3 ვერსტით ზემოდ ამ მდინარის შავ ზღვასთან შესართავიდან. აგარაკ მაწერტაში მდინარე მაწერტა ლებულობს მომწვანო რძის ფერს და თვით ხეობაში კი იძლევა გოგირდის სუნს.

წყაროების წყალს აბაზანებში მწვანე ფერი აქვს, საერთოდ კი გამსჭვირვალე და უფერულია. დაუხურავ ჭურჭელში ის სწრაფად იწყებს ჰაეროვან ბუშტუკების გამოყოფას, რომლებიც იკრიფებიან ჭურჭლის კედლებზე და შესდგება CO_2 -სგან.

ჭურჭელში ხანგრძლივი დგომის შემდეგ სითხე იმღვრევა და გამოყოფს გოგირდის ნალექს, შედეგად გოგირდ-წყალბადის და ქანგვისა. ქიმიკოს კარს-

რენს-ის მიერ გაკეთებულ 1910—11 წ. ანალიზით, გოგირდ-წყალბადი 1 Liter-ზე მაცესტას წყალში არის 0,15 (წყარო № 2), და 0,22 (წყ. 6), ან 100-ჯერ მეტი კიდრე Aachen-ის ცნობილ Kaiserquelle-ში, სადაც გოგირდ-წყალბადის რაოდენობა არ აღემატება 0,0023-ს. Пятигорск-ში თავისუფალი გოგირდ-წყალბადის რაოდენობა უდრის 0,001-ს და Kemmern-ის წყაროებში—0,002. ამრიგად გოგირდწყალბადის რაოდენობა სკარბობს ყველა ჯერ კიდევ ცნობილ წყაროებს. საყურადღებოა, რომ დახურულ ჭურჭელში წყლის შემადგენლობა ძლიერ ცოტას იცვლება. ექიმი Подгурский-ს მიერ 8—11 წ. შენახულ წყალში როგორც ანალიზიდან აღმოჩნდა, გოგირდ-წყალბადი ეხლაც 0,19-ს უდრის და გამჟღავნებას სრული დაჩა. რადიოაქტიობა წყლისა უდრის 2,5 (10₂). საინტერესოა აგრეთვე ის გარემოება, რომ მაცესტას წყალი შეიცავს NaCl-ს თითქმის იმავე ფარგლებში, რაც ფიზიოლოგიურ ხსნარშია—0,81-დან—0,83 მდე ‰.

რაც შეეხება წყლის t°-ს, ის უდრის 21,8°C. დღე-ღამის დებეტი წყლისა—100.000 ვედროს უდრის. მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ, რომ t°-ს დებეტის და ნაწილობრივ ზოგადი მინერალიზაციის მხრივ მაცესტის წყაროები განიციდან დიდ ცვალებადობას, რაც უშთავრესად დამოკიდებულია ჰაერის ნალექებზე.

ამ მოვლენის თავიდან ასაცილებლად 1924 წელში შეუდგნენ ამოფურღულ ნაპრალების გაკეთებას, რომლითაც მიზანი აქვთ წყლის ამოღება თვით სიღრმიდან, გარეშე ნიადაგის ზეგავლენისა. ამჟამად უკვე გამზადებულია 3 ნაბურღი, 50—80 საენი სიღრმით, და ამგვარად შესაძლებელი გახდა მუდმივი t°-ს წყლის ამოღება (25,8°C), გოგირდ-წყალბადის, (0,19) და NaCl—8 გრამის შეცულობის 1 Liter-ზე. ზოგიერთ სიღრმეს მუშაობაში წარმოადგენს საკითხი, შესახებ მიღების ამორჩევისა, რადგან ჩვეულებრივად მიღებული შენადღური ფუჭდება, იწლება H₂S-ით ზეგავლენით. ამ უამად წყლის გადმოსაყვანად ახალ მაცესტის შენობაში სარგებლობენ თიხის მილებით, მაგრამ, რა თქმა უნდა, ამით არ წყდება ეს საკითხი და ცდები მასალის ამოსარჩევად განუწყვეტლევ სწარმოებს. უფრო გამძლე Platina და Dur-Aluminium-ი აღმოჩნდა. ლითონის მომუშევარი მაცესტის აბაზანებში შავდება, გოგირდოვან ლითონის კანში წარმოშობის გამო. ვერცხლის ფულები, რომელნიც ამ კურორტზე იყო ხმარებაში, იმდენად იცვლება, გოგირდ-წყალბადის ზეგავლენით, რომ მათ კურორტის გარეშე დიდხანს არღებულობენ.

აბაზანებისთვის ნახშირი წყალი წარმოადგენს ნარევეს 8 წყაროდან. ნაწილი მისი ინახება ხის ჭურჭლებში („ваки“), ბუნებრივ t°-ით, ნაწილს ორთქლით ათბობენ და სასურველ t°-მდე შეზავება ხდება უკვე თვით აბაზანებში. განზავებულ აბაზანებს მაცესტაში ჯერჯერობით არ ხმარობენ. სააბანო შენობა ძველ მაცესტაში შესდგება 12 ცალკე და 2 საერთო კაბინიდან (3 აბაზანებით). აბაზანები ნაწილობრივ ხის, ნაწილობრივ ბეტონისაა. ავეჯეულობა მეტად მარტივია: ხის ტახტი, ასეთივე თარო, ტანსაცმელის ჩამოსაკიდი, თერმომეტრი და სილის საათი. არის აგრეთვე ექიმის მისაღები ოთახი და 2 დასასვენებელი ოთახი.

ძველ მაცესტადან 3 ვერსტის მანძილზედ მდინარე მაცესტას შესართავთან ახლოს, ეგრე წოდებულ „ახალ მაცესტაში“, აშენებულია უფრო დიდი ხის შენობა 30 კაბინით, ნათელი, დიდი, ფართო დერეფანით, მშვენიერ დასასვენებელ

1 Liter წყალში:	Aachlen	Piatigorsk	Kemmern	მ ა ც ე ს ტ ა	
				წვ. № 2	წვ. № 6
H ₂ S	0,00238	0,01321	0,0205	0,15344	0,22185
Na ₂ S	0,0136	—	0,0181	0,01523	—
K ₂ SO ₄	0,1527	—	0,0130	—	—
Ca SO ₄	—	0,07861	1,7705	0,00607	0,00652
KCH	—	0,11582	—	0,1763	0,2459
Na CH	2,6115	1,66272	0,0015	5,9056	8,3299
Ca Cl ₂	—	—	—	0,8082	0,9765
Na J	0,0005	—	—	—	—
Na ₂ CO ₃	0,9187	0,10815	—	—	—
Ca CO ₃	—	—	—	0,2784	0,4495
ორგან. ნივთიერები	0,0769	—	—	—	—
საერთ. მინერალიზაც	4,44815	4,69509	3,5428	7,81134	10,9510
ტემპერატურა (C)	55,°	46,°38	6°,5	21°,8	24°

ცხრილი № 2

მ ა ც ე ს ტ ა ს წ ყ ლ ი ს ა ნ ა ლ ი ზ ი.

წყარო № 2		წყარო № 6.	
Na ₂ O	3,1494	Na ₂ O	4,4235
K ₂ O	0,1115	K ₂ O	0,1573
CaO	0,5605	CaO	0,7475
MgO	0,1910	MgO	0,2972
Cl	4,5148	Cl	6,3124
SO ₃	0,00357	SO ₃	0,00384
S ₂ O ₂	0,0401	S ₂ O ₂	0,00344
CO ₂ (სულ)	0,4607	CO ₂ (სულ)	0,4283
H ₂ S (სულ)	0,16008	H ₂ S (სულ)	0,22185
Si O ₂	0,0104	Si O ₂	0,0107
მშრალი ნალექი	7,7432	მშრალი ნალექი	10,880

ცხრილი № 3.

მარილების დისოციაციის დროს 1 LITER წყალში:

წყარო № 2		წყარო № 6	
კ ა თ ი რ ე ნ ე ბ ი:			
Na	2,3308	Na	3,2885
K	0,0925	K	0,1306
Ca	0,4046	Ca	0,5339
Mg	0,1153	Mg	0,1794
ა ნ ი რ ე ნ ე ბ ი:			
Cl	4,5148	Cl	6,3124
SO ₄	0,00428	SO ₄	0,00461
S ₂ O ₂	0,00468	S ₂ O ₃	0,00401
HS	0,00644	HS	
HCO ₃	0,3496	HCO ₃	0,5484
თავისუფალი CO ₂	0,2152	CO ₂ თავისუფალი	0,0327
თავისუფალი H ₂ S	0,15344	N ₂ S თავისუფალი	4,22185



ოთახებით, ცენტროში დიდი დარბაზით, მეტი კომფორტით მოწყობილი. აქ წყალი მოდის თიხის მილებით, 2400 m. მანძილზე, ილექება ბაკებში, მაგრამ თბება ცალკე ყოველ აბაზანთან დაკლანილ მილებით.

ყოველდღიურად შესაძლებელია 1200 პროცედურა გაკეთდეს. აბაზანების გარდა ხმარობენ ოყნებს და გამორეცხვას (უმთავრესად გინეკოლოგიურ და ცხვირის სნეულების დროს).

ძველ მაცესტაში არის 2 სრულიად მოწყობილი სანატორიუმი, 120 საწოლით, არის აფთიაქი, ფოსტა და საექიმო ლაბორატორია. განზრახულია აგრეთვე გახსნა ქიმიურ ლაბორატორიუმისა და შენდება სახლი რენტგენის კაბინეტისათვის. განზრახულია საწოლების რიცხვის გადიდება სანატორიუმის ავადმყოფთათვის—1500-მდე. კურორტის გადიდების ხუთწლიანი გეგმით, განზრახულია კურორტის გაფართოვება—როგორც მდინარე მაცესტის ხეობაში, აგრეთვე ზღვის განაპირზე სოჩისაკენ. მთელი კურორტი აშენებული უნდა იყოს როგორც ბალი. ყოველი ცალკე სახლი უნდა იყოს მოთავსებული ბაღში უკვე წინასწარ შემუშავებული გეგმით. იქნება გაშენებული square-ები, მოედნები და სხვა; განზრახულია წყლის სადინარის გაყვანა და ჰიდრო-ელექტრო სადგურის აშენება.

რაც შეეხება მაცესტის აბაზანების მოქმედებას, ჯერ ერთი უნდა მივაქციოთ ყურადღება „მაცესტის გაწითლების რეაქციას“, რომელიც გამოიხატება იმაში რომ სხეული, 2—3, maximum 8 წუთის განმავლობაში აბაზანის მილების შემდეგ წუთში, განიცდის ინტენსიურ სიწითლეს და ერთგვარ სითბოს. ზოგ შემთხვევაში ადვილი აქვს აგრეთვე წიწკნას. ეს ჰიპერემია, რაც ხანი გადის, მატულობს და ხანდისხან იღებს მუქ-წითელ ფერს, ზოგჯერ კი ციანოტიურს—ეს უკანასკნელი, როგორც ჩვენ ვიცით, მაჩვენებელია სტაზისა. უნდა ვსთქვათ, რომ ჩვეულებრივ აბაზანების დროს, ექსპერიმენტის გარეშე, ჰიპერემია არ აღწევს ზემოაღნიშნულ საზღვარს, თუმცა ხშირად ჰიპერემიის ინტენსივობა ისეთია, რომ ავადმყოფები შიშობენ და ამ მოვლენას აწერენ აბაზანის მაღალ ტემპერატურას.

მაგრამ დამახასიათებელია, რომ ეს გაწითლების რეაქცია უფრო გამოხატულია დაბალ t° -ს დროს.

რომ მაცესტის ჰიპერემია სულ სხვა არის, ვიდრე უბრალო ჰიპერემია, გამოწვეული ცხელი წყლის აბაზანებიდან, მტკიცდება იმით, რომ მაშინ ჩვენ გვაქვს საერთო სისხლის გათბობა, რომელიც იწვევს: 1) საერთო კანის სიწითლეს, 2) ალიზიანებს გულს და ამცირებს სითბოს გამოყოფას. მაცესტას აბაზანების დროს კი პირიქით, მიუხედავად სითბოს შეგრძნებისა, სითბოს გამოყოფა მომატებულია.

ექ. Правдин-ი თავის მუშაობაში მაცესტას შესახებ ამტკიცებს, რომ აბაზანების დროს t° ილიის ქვეშ და per rectum კლებულობს, კანის t° კი მატულობს იმ ტანის ნაწილებში, რომელნიც წყალში არიან და კლებულობს სხვა ტანის ნაწილებში. აბაზანების შემდეგ, ტანის t° , როგორც კანონი, კლებულობს.

თუ ჩვენ გვინდა ანალოგია გავატაროთ რომელიმე სიწითლებთან, შეგვიძლიან მაცესტის გაწითლების რეაქცია შევადაროთ Bier-ის პასიურ ჰიპერემიას (იმავე დროს, დემარკაციული ხატი შეიძლება შევადაროთ ლახტით გადაჭრით ალაგს).

ასე თუ ისე, ჩვენ გვაქვს საქმე პერიფერიულ მილების გაფართოებასთან და სისხლის ტანში შეგროვებასთან, რაც იწვევს ცვლილებას შიგნითა ორგანოებში — ხანდისხან კი Anaemia-ს იწვევს. ამ მოვლენის შედეგად, ვიღებთ ზულის მუშაობის გაადვილებას, და ნივთიერებათა ცვლის გაუმჯობესობას. ამნიარად, ეს ჰიპერემია მოქმედობს როგორც ერთგვარი „გარეცხა ორგანიზმისა“; ეს „გარეცხა“ კი გამოწვეულია სისხლის მასის გადაჯგუფებით, ცენტრიდან პერიფერიისაკენ აბაზანის დროს, და პერიფერიიდან ცენტრისკენ აბაზანის შემდეგ. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ისეთი აუადმყოფები, რომელნიც განიცდიან მუდმივ ფეხების სიცივეს, შემდეგ რომელთა კანის ტონუსი დაკლებულია, და მიხუტებულნი — გრძობენ თავს კარგად არა მხოლოდ მაცესტის წყალში, ფეხების გათბობის გამო, მაგრამ ხშირად დიდხანს აბაზანის შემდეგაც კი.

უნდა აღვნიშნოთ აგრეთვე, რომ მაცესტის აბაზანების დროს ჩვენ გვაქვს საქმე განსაკუთრებულ მოქმედებასთან ისეთ დიდ მნიშვნელოვან ორგანოსთან, როგორც არის ვეგეტატიური ნერვული სისტემა. სისხლის მილების გაფართოების გარდა, რომელიც გამოწვეულია ვაზომოტორების გალიზიანების გამო, მაცესტის წყალი აღიზიანებს აგრეთვე pilomotor-ებისას, რომელნიც ეკუთვნიან სიმპატიურ ნერვულ სისტემას. ეს „pilo-reactia“ დამახასიათებელია მით, რომ ყველა ტანის თმები „ყალყუხე დგებიან“ და ამ ნიარ მდგომარეობაშია მთელი აბაზანის განმავლობაში, და დაფარულნი არიან გაზის ბუშტუკებით.

ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის მხრივ უნდა ვიფიქროთ აგრეთვე საინტერესო კავშირზე გაწითლების რეაქციისა და დერმოგრაფიზმის შუა. (ეს გავლენა პირველად შეამჩნია ექ. **გალპერინმა**, რომელმაც გაატარა ათას აუადმყოფზე მეტი 3 სეზონის განმავლობაში). მაშასადამე, გაწითლების რეაქცია არ ხდება ამ პირთა შორის, ან დანელებული არის იმ პირთან, რომელნიც არ განიცდიან დერმოგრაფიზმს; საინტერესო მოვლენაა, რომ რამოდენიმე აბაზანების შემდეგ მატულობს, როგორც გაწითლების რეაქცია, აგრეთვე დერმოგრაფიზმი. ზოგჯერ, თეთრ დერმოგრაფიზმის შემთხვევაში, წამლობის ხანაში, იმის მაგივრად ვიღვდით წითელ დერმოგრაფიზმს. ეს გავლენა გაწითლების რეაქციისა და დერმოგრაფიზმის შუა ღირსშესანიშნავია მით, რომ ეს მოვლენა მოვცემს საშუალებას ვიხელმძღვანელოთ მკურნალობის დროს. თუმცა ამ მოვლენას მიაქცია ყურადღება პროფ. **Никольский-მ** კისლოვოდსკში, მაგრამ იგი აქ ხსნიდა CO_2 -ის მოქმედებით. რაც შეეხება მაცესტის წყალს — თავისუფალი CO_2 მცირეა და რაც არის 60% მისი იკარგება გზაში (Trillich-ის მეთოდით გამოკვლევის). მაშასადამე, მაცესტაში როგორც ეს გავლენის სტიმული უნდა ჩაითვალოს H_2S . ეს უფრო მკაფიოდ აიხსნება შემდეგ ფაქტით: რომ ჩვენ გავანთავისუფლოთ მაცესტის წყალი H_2S -დან, (წყლის შენჯღრევით ან დამყავებით), მაშინ არავითარ რეაქციას არ მივიღებთ. მეორეს მხრივ, თუ ჩვენ ჩვეულებრივ წყალს მიუმატებთ H_2S -ს მივიღებთ დამახასიათებელი გაწითლების რეაქციას.

რაც შეეხება პირდაპირ გავლენას გულზედ, დიდი შრომა ექ. **Правдин**-ისა და მისი დაკვირვებანი ამტკიცებენ, რომ ჩვენ გვაქვს საქმე გულის მუშაობის გაძლიერებასთან, რომელიც უნდა ჩაითვალოს როგორც კომპენსატორული აქტი სისხლის წნევის აწევისა; წინააღმდეგ შემთხვევაში სისხლის წნევა უნდა ეცემო-



დეს პერიფერიულ მილების გაფართოების გამო. მაცესტის წყლების გავლენა სისხლის წნევაზე იძლევა სხვადასხვა შედეგებს; ალბად ეს აიხსნება გულის კუნთების სხვადასხვა შემადგენლობით, ვინაიდან საღ ადამიანთა შორის სისხლის წნევის აწევას არ უნდა ჰქონდეს ადგილი.

გულის რითმის მხრივ საინტერესოა მაჯის განელება მაცესტის აბაზანების მიღების დროს იმ შემთხვევაში, თუ t^0 არ არის 27^0 -ზე— 28^0 ზევით მაჯა უკვე ჩქარდება. 28^0 დროს კი მაჯა ცვალებადია: ზოგიერთ პირებს უნელდება, ზოგიერთს კი უჩქარდება.

იყო ნაწარმოები ცდები პირისახის ნიღბებით, რომ სუნთქვის დროს გავლენა არ ჰქონდა შესუნთქაველ H_2S , რადგან ჩვენ ვიცით, რომ H_2S -ის შესუნთქვა იწვევს მაჯის განელებას. ამ ცდების დროს მაჯის დამოკიდებულობა არ იცვლებოდა.

(წინააღმდეგი აზრი გამოსთქვა პროფ. სლოვცოვმა, თავის გამოკვლევითა H_2S -ის შემადგენლობისას ჰაერში; იგი ფიქრობს, რომ ეს სწორედ H_2S , რომელიც იწვევს ერთგვარ „Intoxicatio“-ს და რომლის შესუნთქვა არის მკურნავი ფაქტორი).

შემდეგი გამოკვლევებით შეიძლება აიხსნას ეს ფენომენი.

მაჯის ასეთ განელებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფ გულის დროს. იგი მაჩვენებელია გულის დისტოლის მომატებისა, რაც გვაძლევს ერთგვარ საშუალებას გულის კუნთის დასვენებით, მიუხედავად იმისა, რომ გულის მუშაობა მომატებულია, თვით კუნთი მაინც მეტად ისვენებს. ამნაირად მაცესტის წყალი მოქმედობს როგორც ერთგვარ გულის გინასტიკა, რაც ხდება კარგ პირობებში: რადგან სისხლის მილების გაფართოების გამო, დაბოკლება პერიფერიაზე კლებულობს, იმავე დროს კუნთი უკეთესად იკვებება, რადგან კორონალური მილებით მეტი სისხლი მოდის.

Проф. Плетнев-მა შემდეგნაირად სთქვა CO_2 აბაზანების შესახებ.

„Пред'являя повышенные требования к деятельности сердца, углекислые ванны являются терапевтическим методом, сущность которого сводится к упражнению, к стимулированию сердечной мышцы“.

აშკარაა, რომ ასეთი სტიმულაციას განიცდის არა მარტო გულის კუნთი, არამედ მთელი სისხლის მილის სისტემა. ერთი მაგალითი: ავადმყოფი N, არტერიოსკლეროზით უკვე 11 აბაზანის შემდეგ ჰქონდა ნორმალური სფიგმოგრამა, აბაზანამდე კი ამ ავადმყოფს ჰქონდა დამახასიათებელი დარგვალემა მაჯის ტალღის მწვერვალზე (იხ. სურათი).

მეორეს მხრივ იშვიათი არაა კარგი გავლენა მაცესტის წყლებისა Endoarteriitis obliterans-ის დროს, — რაზედაც ქვევით მექნება ლაპარაკი. ყველა ეს ამტკიცებს, რომ მაცესტის აბაზანები მოქმედობენ სისხლის მილის კედლის ელასტიკობაზე.

სისხლის სურათის გამოსარკვევად ჩვენ პირადად გატარებული გვქონდა მაცესტაში რამოდენიმე შემთხვევა. აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ სხვადასხვა მიზეზების გამო, ჩვენ განკარგულებაში იყო მხოლოდ 15 შემთხვევა. მაგრამ ჩვენი უმთავრესი მიზანი იყო შედარება მაცესტის აბაზანების მოქმედებისა იმ შედეგ-

გებთან, რომელიც ეხება ტალახით მკურნალობას ფიზიო-თერაპევტიულ ინსტიტუტში, და რომელიც შარშან მოხსენებული იქნა Prof. დამბარაშვილის მიერ.

ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები მაცესტაში ანალოგიურია იმ შედეგებთან, რომელიც მიღებული იქნა ტალახით მკურნალობის დროს. (ჩვენ ვიკვლევდით სისხლს: აბაზანის მიღების წინ, მაშინვე მიღების შემდეგ და კიდევ ერთი საათის შემდეგ). ჰემოგლობინის $\%$ მატულობს, მაგრამ არა მაშინვე აბაზანის მიღების-თანავე, არამედ $\frac{1}{2}$ —1 საათის შემდეგ აბაზანის; მიღებისთანავე Hb-ს რაოდენობა ხშირად კლებულობდა.

რაც შეეხება წითელ ბურთულებს, მათი რაოდენობა კლებულობდა აბაზანის შემდეგ. ასეთი დაკვირვებანი გაკეთებული იყო აგრეთვე Prof. სლოვცოვის მიერ. თეორი ბურთულების რიცხვი მუდმივ შესამჩნევად მატულობდა; მაგალითად, მაცესტის აბაზანის წინ ჩვენ მივიღეთ 6,550; აბაზანის მიღებისთანავე — 7.750, შემდეგ კი — 8,000. ამასთანავე ეს მომატება ხდება ლიმფოციტების მხრივ. ქიმიურ პროცესების მაცესტის აბაზანების მოქმედების შესახებ ჩვენ ვიცით მხოლოდ Prof. სლოვცოვის გამოკვლევანი. იგი აწარმოებდა გამოკვლევას, ერთი მხრივ გაზის გაცვლა-გამოცვლაზე (Luntz—Geppert-ის მეთოდით), და მეორეს მხრივ აზოტის ბალანსზე და მარილის ცვლაზე. მისი დასკვნები შემდეგია: მაცესტის აბაზანები მოქმედობენ შესამჩნევად აზოტის გაცვლა-გამოცვლაზე (განსაკუთრებით თუ t° არა ნაკლებია 28° — 30° R), და საერთოდ გაცვლა-გამოცვლაზე; მატულობს აგრეთვე გამოყოფა მკვრივი ნივთიერებისა, კერძოდ შარდი-მანისა, შარდ მჟავისა და ძნელად გასახსნელ მარილებისა. ცვლის პროცესი აგრეთვე გაძლიერებას განიცდის. მისი maximum-ი მიდის 27° — 28° R დროს, როდესაც ცვლის პროცესი მატულობს 32% -ზე, შედარებით ჩვეულებრივ წყლის აბაზანებთან იმავე t° -ის დროს. ეს მოქმედება გრძელდება დაახლოებით 3—4 საათამდე.

რაც უფრო ინტენსიურად მიმდინარეობს გაზების ცვლა 28° დროს — მისი სუნთქვის K უფრო კლებულობს, რაც დამამტკიცებელია იმისა, რომ ამ პროცესში უმთავრეს როლს თამაშობს ცხიმის დაწვა. აპრივად ვიღებთ რა გადაწყვეტებით პროცესის მომატებას. ჩვენ ვაფასებთ მაცესტის წყლის ჩვენებას ცვლის დაავადებათა შორის (Rheumatism-ი და Podagra). ამგვარი ავადმყოფები ღიდი ხანია შეადგენენ უმთავრეს $\%$ -ს მაცესტის ავადმყოფთა შორის. მხოლოდ ამ უკანასკნელ წლების განმავლობაში მათ მიემატა აგრეთვე გულით და სისხლის მიღებით დაავადებულნი; ამას ხელი შეუწყო, ერთის მხრივ მაცესტის ექიმთა ემპირიულ დაკვირვებამ, და მეორეს მხრივ, ზემოაღნიშნულ ექ. Правдин-ის გამოკვლევებმა. განსაკუთრებით კარგ შედეგებს ვიღებთ Miocarditis-ის დროს უმთავრესად გამოწვეული მწვავე ინფექციის მიერ. ამას გარდა, კარგ შედეგებს იძლევა Arteriosclerosis და Angina pectoris ის დროს, შემდეგ, გულის ნევროზების და გულის კუნთის დეგენერაციის დროს. 1924 წ. სეზონში გატარებულ იქნა სანატორიუმის 147 გულის ავადმყოფნი, მათ შორის გაუმჯობესება აღანიშნება 95% -ში — და არც ერთი შემთხვევა არ არის გაუარესებისა. ამულატორიულად გატარებულ იყო 393 გულის ავადმყოფნი — 257 (ანუ 65%) შემთხვევაში გაუმჯობესობა და 2 შემთხვევაში — მდგომარეობის გაუარესება. (უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩემი სტატისტიკური მასალა ეხება 1924 წ., რადგან 1925 წ. მასალა ჯერ

არ არის დამუშავებული. თვითული ცნობები 1925 წ. მიღებული გვაქვს ნაწილობრივ ექ. Подгурский-ს მიერ—(პოლიკლინიკის გამეგე), ნაწილობრივ კი Prof. Гуревич-ის მოხსენებიდან (სოჩის ექიმთა კონფერენციასზე). აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ თუ ამბულატორიული სტატისტიკა უფრო ნაკლებ $\frac{1}{2}$ გაუმჯობესებისა იძლევა, ეს უკანასკნელი უნდა მივაწეროთ: ერთის მხრავ, სტაციონარული ავადმყოფების უფრო კარგ პირობებში ყოფნას და მედრეს მხრივ—ნაწილი ამბულატორიულ ავადმყოფებისა იკარგებიან ექიმის მხედველობის არედან.

სისხლის მიღების დაავადებათა შორის პირველი ადგილი უჭირავს Endoarteriitis obliterans, რომელიც იძლევა გასაოცარ შედეგს. 1925 წ. სულ იყო 20 ავადმყოფი. მკურნალობა ჩაატარა 15 ავადმყოფმა—და 5 შემთხვევაში მივიღეთ მშვენიერი შედეგი. ისობა ციანოსი და კიდურის სიცივე, ჰქრება ტკივილები, ჩნდება პულის arteria tibialis-ზე და arteria dorsalis pedis-ზე.

იყო ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა ამპუტაცია დიდი თითისა და ჭრილობა არ ხორცილებოდა... ერთი თვის შემდეგ $\frac{1}{2}$ ჭრილობაზე იყო დაფარული Epithelium-ით; მე-2 ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა ამპუტაციას ერთი ქვედა კიდურისა და ოპერაცია თირკმელზედაჯირკვლზე პროფ. **ოპელის** წესით... მას ეწყებოდა პროცესი მეორე ქვედა კიდურისა—და ის მეორე სეზონია, რაც ავადმყოფი მიდის მაკესტაში და უკეთობას გრძნობს. ძლიერ საინტერესოა შენთხვევა პროფ. **გურევიჩ-ისა**, როდესაც მის ავადმყოფს პულის გამოაჩნდა კოლატერალზე და აღორძინდა სისხლის მიმოქცევა თითქმის მკვდარ კიდურისა. ავადმყოფმა დაიწყო სიარული. უკანასკნელ ხანამდე უმთავრესი მოთხოვნილება გულით დაავადებულ მიმართ იყო მათი Compensatio. აბსოლუტური წინააღმდეგი ჩვენება—ყოველგვარი თირკმელების დაავადება და უპირველესად, Nephritis, რადგანაც, როგორც ეს დამტკიცდა Prof. სლოვეცოვა-ის მიერ, გაცვლა-გამოცვლა მომატებულ პროცესების გამო, მუშაობა თირკმელების მატულობს; მაშასადამე, უმთავრესი როლი ეკუთვნის კლაკინლ მილაკებს, თირკმელები იტვირთებიან ნამუშევარ ნივთიერებისაგან.

Tbc აგრეთვე Contraindicatio-ს წარმოადგენს არა მარტო ფილტვის tbc, რომლის დროსაც მაკესტას წყალი სასტიკად აკრძალულია, არც ძვლის tbc არაერთარ სასურველ შედეგს არ იძლევა. აღსანიშნავია, რომ ტუბერკულოზიანთა რიცხვი საერთოთ მცირეა, 1924 წ. იყო მხოლოდ 4 შემთხვევა. სამაგიეროდ ათამანგი იძლევა ძლიერ კარგ შედეგებს, განსაკუთრებით მე-3 და მე-2 პერიოდის დროს. ტახესის დროს სუბიექტიური შეგრძნება ყოველთვის გაუმჯობესებულია. საერთოდ, მე-3 სტადიუმის სიფილისისა $92\frac{1}{2}\%$ შემთხვევებში ემჩნევა გაუმჯობესება (126 შემთხვევა). აღსანიშნავია, რომ მაკესტის წყლის ხმარება უადვილებს სპეციფიკურ წამლობას. კარგი შედეგები ვნახეთ სხვა და სხვა ნევრალგიების და ნევრიტების დროს (განსაკუთრებით კი Ischias-ის და Lumbago).

Neurasthenia-სი შედეგები შერეულია: ზოგჯერ უძილობა მოხდა მკურნალობის შემდეგ, ზოგჯერ—საერთოაღზნების მომატება; ზოგჯერ კი—უკეთობა.

Encephalitis epidemica—არაერთარ შედეგებს არ იძლევა.

კანით ავადმყოფობანი—შედეგები კარგია. ეგზემები, ფურუნკულოზები Psoriasis ი და სხვადასხვა წყლულები კარგ შედეგებს იძლევა. რენტგენის წყლუ-

ლების დროს ჩვენ აღენიშნეთ 3 აბაზანის შემდეგ ეპიდემიოზაცია — იმ შემთხვევებში როცა სხვა საშუალებანი უშედეგოდ იყო.

დიდ დახმარებას იძლევა მკურნალობა მაცესტაში Asthma bronchiale და Emphysema-ს დროს. 100⁰/₆-ს უკეთობა დაეტყო, თუმცა ავადმყოფების რიცხვი მცირეა—სულ 5 შემთხვევა 1924 წ.

რასაკვირველია, კარგ შედეგებს ჩვენ ვიღებდით გინეკოლოგიურ ანთებითი პროცესების დროს, არა მხოლოდ აბაზანების ხმარებით, მეტადრე ადგილობრივ საშუალებით.

ამ წლის განმავლობაში ადგილობრივი ხმარება მაცესტის წყლებისა ფართოდ იყო გავრცელებული: როგორც ოყნა ნაწლავების ატონიის და კოლიტების შემთხვევები, როგორც გარეცხა—სხვა და სასუნთქავ ორგანოების დაავადების დროს; ასეთი მკურნა ავადმყოფობა როგორც Ozaena ინკურნებოდა ადგილობრივ მაცესტას წყლის ხმარების შემდეგ.

ამნიარად ჩვენ ვხედავთ, რომ გოგირდ-წყალბადის წყლის ჩვენება ძლიერ ფართოა. მხოლოდ მისი შიგნით ხმარება ჯერ არ არის მიღებული და შესწავლილი, თუმცა საკმაო რიცხვი ავადმყოფთა ლეზიონს ამ წყალს. მაგრამ მაცესტას წყლის შიგნით ხმარების საკითხი—მომავლის საქმეა.

ის მასალა, რომელიც ჩვენ ხელთ გვაქვს, გვიჩვენებს თუ რამდენად ფართოა ის დარგი, რომლისგანაც ჩვენ ველით დიდ დახმარებას ჩვენი ავადმყოფებისთვის. ის მასალა ნათლად ამტკიცებს, რომ მაცესტაში უმთავრესი ფაქტორად უნდა ჩაითვალოს H_2S . Колянико-Корецкий-მ 1914. წ. გამოსთქვა აზრი, უმთავრესი და განსაკუთრებით მნიშვნელობა ეკუთვნის გოგირდოვან-მევე და გოგირდ-მევე მარილებს, რომლებიც წარმოადგენენ უკანასკნელ ხარისხის გოგირდ შეერთებათა გამჟავებისა. სხვა გოგირდიან წყლებში ამგვარ შეერთებას არ აქვს ადგილი. ისინი წარმოადგენენ, ამბობს Колянико-Корецкий, უკიდურეს ფიზიოქიმიურ გარდაქმნას მიწის სიღრმეში. შეიძლება, სწორედ ეს ღრმა ცვლილებანი იყოს მიზეზი მათი მძლავრი სამკურნალო თვისებისა.

დ ე ბ უ ლ ე ბ ა ნ ი .

1. მაცესტა—დიდ მნიშვნელოვანი და წამლობის მხრივ მრავალ-ფეროვანი კურორტი არის.
2. აღენიშნავთ რა H_2S -ის უმთავრეს მნიშვნელობას მაცესტას წყლების მკურნალობის დროს, სასურველია შემდეგი დეტალური გამოკვლევა პარალელურად H_2S და CO_2 -ისი და მარილიან წყლებისა.
3. გულის ავადმყოფობის დროს H_2S მოქმედობს როგორც ერთგვარი რეგულიატორი.
4. გოგირდ-მევე წყალი მოქმედობს არა მარტო შესუნთქვის გამო, მეტადრე სისხლას მიერ.
5. თკურნალობითი მნიშვნელობა მაცესტისა უმთავრესად შეეხება ცვლის პროცესის გაუმჯობესებას და რეგულაციის გულ სისხლის მილის სისტემას.
6. საჭიროა გამოკვლევების წარმოშობა და შესწავლა მაცესტაში წყლის მოქმედებისა ვეგეტატიულ ნერვულ სისტემაზე.



Matsesta et son avenir. Matsesta est une station d'eaux de soufre, située dans les montagnes près de Sotchi (à 3 Km. de la Mer Noire) relativement peu connue et récente—elle ne fonctionne régulièrement que depuis 1914. D'après le contenu de H_2S elle occupe une place exceptionnelle: ses eaux en contiennent 0,15—0,22 par Litre ou 100 fois plus que la Kaiserquelle à Aix-les-Bains. Elles contiennent aussi le CO_2 et le $NaCl$ dans une quantité proche à la solution physiologique 0,8⁰/₁₀₀.

De grands travaux sont entrepris actuellement à Matsesta. On propose d'y élever une ville—jardin ayant pris en considération tous les riches facteurs naturels du lieu, dont chacun doit avoir sa part non seulement dans le planement général des places, des rues etc. mais aussi dans l'architecture des maisons à construire.

L'effet produit par ces eaux est reconnu comme étant considérable non seulement dans les maladies dues à l'échange, telles que le Rhumatisme et la goutte, mais il a été aussi prouvé dernièrement qu'elles sont salubres dans certaines maladies de cœur et des vaisseaux. Il est à noter qu'on a obtenu quelques cas de guérison presque miraculeuse de Endoarteriite obli-terauscle poulx disparu à a. tibialis et dorsalis pedis revenait après quelques bains la jambe reprenait sa couleur et teneur habituelle—et le malade infirme recommençait à marcher. De très bons résultats ont été obtenus également avec l'Asthme bronch. et l'Emphyseme. Amélioration (subjective surtout) lors de la Syphilis Tertiaire.

Point de résultats à la tuberculose des os et des articulations.

Bons résultats à l'emploi local (Ozaena, catarrhes naso-pharyngiens, maladies gynécologiques).

À noter que ces eaux produisent à la peau une réaction caractéristique dite le rouge de Matsesta, qui consiste en un rouge presque scarlatineux des parties de corps plongés dans l'eau et qui disparaît par „iles“ ce qui donne à la peau l'aspect marmoréen après le bain. On a observé aussi une forte action sur le système végétal.

Une étude systématique de ces eaux et de leur action est le problème du plus proche avenir.

პროფ. კახიანი.

პროფ. ქირურ. კლინიკის გამგე.

ქირურგიული ტუბერკულოზის იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობა.

ტუბერკულოზი — ეს ბარბაროსი მთელი კაცობრიობისა-ცნობილი იყო ჯერ კიდევ უძველეს დროში.

ცნობები ქირურგიული ტუბერკულოზის შესახებაც ამავე ძველთა ძველ ხანებს ეკუთვნის, მუმიების საუკუნეებს.

კიდევ მეტი, ჯერ ისევ გერადოტემ მიგვითითა ტუბერკულოზურ დაავადებასა და ტრაემას შორის კავშირზე. იგი იხსენიებს ვილაც ცხენოსანთა ხელმძღვანელს, რომელიც გადმოვარდა რა ცხენიდან-მიიღო სისხლის ფრქვევა და შემდეგ ქლექი.

ამ საშინელმა სენმა, თავის ძლევა მოსილ მსვლელობაში, ფართეთ დაიპყრო ხალხთა მასები.

ტუბერკულოზის წინააღმდეგ უნდა წარმოებულ იქნას, სათანადო ორგანიზების მხრივ, მედგარი და გეგმიანი, მიზანშეწონილი ბრძოლა და, ცხადია ამ ბრძოლის ავანგარდში, მებრძოლთა პირველ რიგებში ჩვენ უნდა ვიდგეთ — ექიმები. ეს ასეც არი.

ექიმობა უკვე ახმაურდა და ირავმება ამ პრობლემის გარშემო.

ამას გვიმტკიცებს თუნდა ის ფაქტები, რომ გერმანიის დასტაქართა მე 45-ე ყრილობაზე, რუსეთის დასტაქართა მე-XI ყრილობაზე და კერძოდ, ჩვენს, საქართველოს ექიმთა ორ ყრილობაზე ზედიზედ, შარშან და წელს, **ტუბერკულოზი** და მასთან ბრძოლის საკითხი ისმება პროგრამის ცენტრში.

ქირურგიული ტუბერკულოზის ოპერატიულმა მკურნალობამ, რომლითაც ასე გატაცებული იყვნენ ჯერ კიდევ არც ისე შორეულ წარსულში — დღეს ისევ კონსერვატიულ მეთოდებს დაუთმო ადგილი.

ამ თვალსაზრისზე სდგას აზერმაღ თანამედროვე კლინიკური ქირურგიის გამოჩენილი წარმომადგენლები. უკანასკნელთა აზრით სისხლიანი ჩარევა დატოვებულ უნდა იქნას მხოლოდ ისეთ შემთხვევებისათვის, როცა კონსერვატიულმა მკურნალობამ ვერ მოიტანა სრულიად შედეგი, ან როცა ავადმყოფის სიცოცხლე უშუალო საფრთხეს განიცდის და სასწრაფო ზომების მიღებაა საჭირო. ეს არის, თუ გნებავთ, ერთგვარი პატარა კორექტივის შეტანა იმავე ავტორთა მიერ, ამ მიღებულ და საზოგადოდ ცნობილ დებულებაში. ქირურგიული ტუბერკულოზის მკურნალობის ეს კონსერვატიული მეთოდი დღემდე, თუმცა შეუპოვრათ, მაგრამ

ნელა იკრებდა თავის გარშემო მიმდევრებს და მხოლოდ მას შემდეგ, რაც გამოძი-
 ლავენდა შრომები და დიდი დაკვირვებანი Bruns-ისა, Miculicz-ისა, Henle-სა და
 სხვათა-მოხდა სრული გარდატეხა მის სასარგებლოდ. დღეს ექიმთა შორის, ვფი-
 ქრობ, ძნელად თუ მოიპოვება ისეთი, რომელიც ქირურგიულ ტუბერკულოზს
 ისე არ უყურებდეს, როგორც საერთო ტუბერკულოზის ადგილობრივ გამოხატუ-
 ლებას და ამისდა მიხედვით არ აწარმოებდეს ბრძოლის ამა თუ იმ მეთოდს მის
 წინააღმდეგ. ამიტომაც, რომ ქირურგიული ტუბერკულოზის მკურნალობის სათა-
 ვეში სდგას ისევ დიეტური და საერთო გამაგრების თერაპიული ზომები შე-
 საფერ კლიმატურ პირობებში. მთელი რიგი დანარჩენ ფიზიკურ, ქიმიურ და შე-
 რეულ გზა-წესებისა მას მოსდევს მხოლოდ.

მე, რასაკვირველია, აქ ვერ შევჩერდები თითოეული ამ გზა-წესის განხილ-
 ვაზე. ეს ბევრ დროს წავგართმევდა და არცაა საჭირო მით უფრო, რომ მიღწე-
 ვანი უმეტესი მათგანისა თქვენთვის უკვე ცნობილია. ჩემი მოხსენების საგანი
 უფრო განსაზღვრულია და სადა. მე მინდოდა ამ კრებისათვის გამეზიარებია
 ჩვენი დაკვირვებანი და შთაბეჭდილებანი იმ მეთოდის შესახებ, რომელსაც ეწო-
 დება ქირურგიული ტუბერკულოზის იოდ-იოდფორმის ემულსიით მკურნალობა
 და რომელსაც ჩვენ უშხაპუნებდით ამ სენით შეპყრობილთ, დაზიანებული ადგი-
 ლის დაშორებით, საერთო ზეგავლენის გამომწვევის მიზნით, რაც შემდეგ იმავე
 ადგილობრივი პროცესის მიმდინარეობაში უნდა გამოხატულიყო.

კონსერვატიული მკურნალობის ყველა დღემდე არსებული ქიმიური მეთოდი
 შეიძლება გაიყოს 2 ჯგუფათ: პირველი ჯგუფი მიზნათ ისახავს მოქმედებას თვით
 ტუბერკულოზური დაავადების ბუდეზე უშუალო ზეგავლენით. ამ ჯგუფს ეკუთ-
 ვის 10% -ანი იოდფორმის გლიცერინიანი ან ზეთოვანი ემულსიები, 3% -ანი
 კარბოლის სიმკავე, 10% -იანი იოდის ხსნარი, $5-10\%$ -იანი ქლორული ცინკი,
 შემდეგ-წყალბადის ზეჟანგი, ტერებიინტინის ზეთი, პერუვიანის ბალზამი, დარიჩი-
 ნის ზეთი, ლუგოლის ხსნარი, კრეოზოტი და სხვა. მეორე ჯგუფი გულისხმობს
 მოქმედებას დაავადებულ ორგანიზმზე საერთო ზეგავლენის მოხდენით, ე. ი. ქი-
 მიურ ნივთიერებათა სისხლის საერთო ნაკადიდან დაზიანებული ადგილზე გადა-
 სვლას და იქ მოქმედებას; ანდა კიდევ ამ სისხლში მოქცეულ ქიმიურ ელემენ-
 ტებს უცქერიან, როგორც აგენტებს, რომლებიც სწევენ და უფრო ცხოველმყო-
 ფელს ხდიან ორგანიზმის საერთო თავდაცვით ძალებს. მათ უშუალო პარაზიტო-
 ტროპიულ და ბაქტერიციდულ თვისებებს ავტორთა უმრავლესობა დღეს უარყოფს
 ან მეორე ხარისხოვან მნიშვნელობას აწერს, რასაც, სხვათა შორის, ჩვენ
 მთლათ ვერ დავეთანხმებით. ამ ჯგუფს ეკუთვნის „მიხაიკს“ სიმკავე და მისგან
 წარმომდგარნი (გეტალი, გეტო-კეზოლი), დარიშხანი, ფოსფორის სიმკავეის
 ხსნარი. ქლოროვანი კალციუმი, კოლოიდალური იოდის პრეპარატი—Mir-
 ion-ი, შემდეგ—ოქროს შენაერთები: cystalgan-ი (Feldt-ისა) დოზებით 0,074 —
 0,01, tryphol-ი დოზებით 0,025—0,2 (Bekman-ისა), Sanacrysin (კოპენჰა-
 გენის ფიზიოლოგის Möllyard-ისა) შემდეგ გვაიაკოლის 25% -იანი ხსნარი,
 ევკალიპტოლის 50% -იან ხსნართან ერთად, სტერილური ვაზელინის ზეთში რომ
 მზადდება (B. C. Филип-ისა) და დასასრულ საგანი ჩემი დღევანდელი საუბრისა—
 იოდ-იოდფორმის ემულსიები (Hotz-ისა). ყველა ამათ უშხაპუნებენ კუნთებში.

ან პირდაპირ ვენაში. ამავე ჯგუფს ეკუთვნის კანის ზელვა მწვანე საპონით, გვიაკოლით და სხვა ნივთიერებით.

გადავიდეთ ეხლა კონსერვატიული წამლობის ფიზიკურ მეთოდებზე. აქ პირველ რიგში სდგას ჰელიოტერაპია, შემდეგ კი მას მიყვება, ზევიდან ქვევით დაწყობის წესით, — კვარცის ლამპები, რენტგენოთერაპია და სინათლით მკურნალობა. (Finsen-ისა). ორტოპედული მეთოდებიდან დიდ ხმარებაშია კიდევ გაჭიმვა, უძრავი ნახვევები, ფიქსაციის აპარატები და სხე.

რაც შეეხება ტუბერკულოზის სპეციფიურ თერაპიას ტუბერკულინით — უნდა მოვახსენოთ, რომ ერთ დროს დამყარებული გავრილება მისადმი, თუ შეიძლება ასე ითქვას, ხელმეორეთ შეიცვალა გატაცებაზე და დღეს იგი ფართოდ იხმარება.

დაგვრჩა აუტოჰემოთერაპია, პროტეინოთერაპია, Bir-ის პასიური ჰაპერემია და სხ., რომლებიც უნდა მივაკუთვნოთ მკურნალობის შერეულ მეთოდებს. აი მთელი ჯაჭვი იმ სხვადასხვა საშუალებათა და მეთოდთა, რომელიც წამოყენებულია ცხოვრებისა და მეცნიერების მიერ კლინიკური, შემოქმედებისა და პრაქტიკული დაკვირვებების გზით, საერთო ტუბერკულოზის ადგილობრივი ფორმის საწინააღმდეგო ბრძოლისათვის.

დღესაც მოგვეპოვება ჩვენ შესანიშნავი შეერთებული მეოთხე მკურნალობისა, რომელმაც Rollier-ის ხელში მოგვცა ქირურგიული ტუბერკულინით დაავადებულთა 85% სრულიად გაჯანმრთელებისა. მათ შორის იყო მეტად გაჯიუტებული, ძველი, განკურნების შესაძლებლობის გარეშეთ ცნობილი შემთხვევებიც. მაგრამ, სამწუხაროთ, უნდა აღვიაროთ, რომ ასეთი ეფექტი შეეძლო მიეღო მარტო Rollier-ს თავის იშვიათად მოწყობილს, თუმცა უაღრესად ძვირ მთის სანატორიუმში, სადაც მთის მზით მკურნალობა უერთდებოდა მშენიერს კვებასა და სრულ სიმშვიდეს სათანადო კლიმატიურ პირობებში.

ჩვენი სოფლის ექიმს ხშირად აქვს საქმე ქირურგიულ ტუბერკულინის ისეთ სხვადასხვა ფორმასთან, როგორცაა კოქსიტები, გონიტები, დაუსრულებლივ ჩირქმდნი ფისტულები; ან ანკილოზები, ჯოხებით რომ გადადის ძლივს-ძლივობით ერთი ადგილიდან მეორეზე, დაწყებითი ან დავიწყებას მიცემული (თავმოებზრებელი) ძველი სპონდილიტები, ცივი ჩირქგროვები, სხვადასხვა ხასიათისა და ხარისხის დამბლები, ავადმყოფს რომ მუდმივად ლოგინზე ავდებს და სხვა.

Греков-ის მოხსენებამ რუსეთის დოსტაქართა მე-XV-ე ყრილობაზე ქირ. ტუბერკულინის იოდ-იოდოფორმის ემულსით მკურნალობის შესახებ, Hotz-ის მეთოდით, თანახმად ყრილობის ანგარიშებისა, ფრად დადებითი შთაბეჭდილება მოახდინა კონგრესის წევრთა უმრავლესობაზე. იმავე შთაბეჭდილების ქვეშ ვიყავ მეც, როცა წასულ წელს წინადადება მივეცი ჩემი კლინიკის თანამშრომლებს ეწარმოებიათ ეს მეთოდი კლინიკის სტაციონალურ და ამბულატორულ მასალების მიმართ.

რამდენათაც ჩვენ ვიცით, ეს მეთოდი ნაკლებათაა ჯერ ხმარებაში სოფლის ექიმთა შორის, იმ რამოდენიმე პირთა გამოკლებით, რომელთაც მე პირადათ ვაგულაინებდი და ვურჩევდი მას.

თითქმის მთელი 1½ წლის დაკვირვებამ მე საბოლოოდ დამარწმუნა იმაში, რომ ამ მეთოდმა უნდა პოვოს სოფლის პრაქტიკაში ფართო გავრცელება,

ვინიდან ჯერ ერთი, იგი ხელმისაწვდომია ყველასათვის, მეორე, საჭიროებს სრულიად მარტივ ტექნიკას და შესაძლებელია რაც უმთავრესია—იძლევა ფრიად მნიშვნელოვან შედეგებს.

ამ მოსაზრებებიდან გამომდინარე, როცა განვიზრახებ ამ თემაზე მოხსენებით გამოსვლა დღევანდელი ყრილობის წინაშე და მისთვის რამდენიმე წამის წართმევა, რომ შევეხო ქირ. ტუბერკულოზის იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობას Hotz-ის მეთოდით და გავუზიარო პატივცემულ ამხანაგებს ის შთაბეჭდილებანი და დაკვირვებანი, რომელიც ჩვენ მივიღეთ დასახელებული მკურნალობის შედეგათ.

ჩვენი მასალა შესწავლილია საკმაო დაწვრილებით მკურნალობის დაწყების წინ და შემოწმებულია მკურნალობის შემდეგ უმთავრეს შემთხვევაში ტერაპეუტიკებთან და ნევროპათოლოგებთან ერთად. იგი შეიცავს 304 შემთხვევას და შეხება ორსავე სქესის როგორც მოზრდილთ, ისე ბავშვთ.

სქესის მიხედვით ამ რიცხვში მამაკაცი იყო	143
დედაკაცი	161
ხნოვანობის მიხედვით, 6-დან 15 წლამდე იყო	80
15—30 წ.	159
30-დან და ზევით	65
ეროვნების მიხედვით, ქართველი იყო	206
სომეხი	41
რუსი	40
უკრაინელი	5
ებრაელი	6
ბერძენი	3
აფხაზი	2
ოსი	1

დაავადების სხვადასხვა სახის მიხედვით.

1. Lymphadenitis იყო 216;	აქედან. Lymphad. colli 109;
	lym. colliet. fos. axil. 58;
	lym. colli, f. axil. etreg ing. 12;
2. Spondilitis 24;	lym. mesenterii et mesocoli 13;
3. Osteomyelitis 15;	„ reg. ing. et cruralis. 24;
4. Orchitis et epididimitis. 6;	
5. Gonitis 11;	
6. Coxitis 12;	
7. Peritonitis 10;	
8. Laringitis 2;	
9. Pleuritis 1;	
10. Periostitis et perichondz 5;	
11. Lupus Vulgaris 2;	

ინექციისათვის ჩვენ ვიღებდით 9,0-ს 10%-იანი იოდოფორმის ემულსიას დამზადებულს სტერილურ გლიცერინზე ან ზეთოვან ნივთიერებაზე (ol. amygdalar) რომელსაც ვუმატებდით 1,0-ს 10%-იანი t-ae jodi; ეს იყო მაქსიმალური დოზა, რომელსაც ჩვენ ვხმარობდით ერთ შეშაპუნებაზე ცოტათ თუ ბევრათ მაგარი აგებულობის მამაკაცების მიმართ. დედაკაცებსა და სუსტ მამაკაცებზე ვიღებდით იმავე ემულსიის 6,0—8,0-ს, ბავშვებზე კი არა უმეტესს 5,0 ისა. ინექციებს ვიწყებდით პატარა დოზებიდან და შემდეგ, თითოეული ახალი ინექციის დროს ვადიდებდით თანდათან. ინტერვალები ინექციათა შორის განისაზღვრებოდა 5—7—10 დღით.

ტ ე ხ ნ ი კ ა .

Record-ის ან Luer-ის 10,0-იანი შპრიცით აიღებოდა 9,0 იოდოფორმის ემულსიისა, მიმატებოდა იქვე 1,0 10%-იანი t-rae jodi; ავადმყოფი წვეებოდა შესახვევ მაგიდაზე ან ტახტზე, მუცლით; გაიწმინდებოდა საინექციო ადგილი ჯერ სპირტით, ხოლო მერმე იოდის ხსნარით და ნემსის პერპენდიკული მიმართულებით საინექციო ადგილის სივაკესთან უკეთდებოდა ნელის ტემპით შეშაპუნება. საინექციო ადგილათ მიჩნეული იყო cavum ischio-rectale, სადაც შეგვყავდა კიდეც ნემსი. ინექციის შემდეგ ნანემსარი ადგილის ცოტა შეზელვა, შემდეგ ნაჩველეტი კოლოდიუმისანი სტერილური ბაშის დაფარება (არაა სავალდებულო) და მთელი პროცედურა დამთავრებულათ ითვლებოდა. ავადმყოფი ისვენებდა 2—5 წამს, რის შემდეგაც მას ნება ეძლეოდა ადგომის და შინ წასვლის. პარალელურად ინექციებისა თითოეულ ავადმყოფს უკეთდებოდა იოდის სოზა მთელ ტანზე და კიდურებზე ნაწილ-ნაწილათ 6 დღის განმავლობაში, რის შემდეგ იგი ისვენებდს 2—3 დღით, რომ მერმე ხელახლა დაეწყოს იგი. იოდის წასობას ვაწარმოებდით შემდეგის წესითა და ტეხნიკით:

ჩხირზე დახვეული ბამბა ამოისობოდა 10%-იან იოდის ხსნარში, რომლითაც იგი გაიჟღენთებოდა და წაესმებოდა ავადმყოფს კანზე არა სქლათ, ერთის წასობით, ისე რომ კანი შეღებილიყო თამბაქოს ფერათ. უფრო სქელ წასობას შეუძლია გამოიწვიოს კანის სიდამწვრე, რაც, რასაკვირველია, სასურველი არაა. ასეთი იოდის სოზა მშვენიერათ გადაჰქონდათ როგორც მოზრდილთ, ისე ბავშვებსაც. ძალიან იზვიათი შემთხვევა ყოფილა, და მაშინაც წასობის გადაჰარებით, დროებით შეგვიჩერებია იგა.

ვუსობდით ასე:

- 1 დღე გულმკერდის მიდამო ჭიპის ღონემდი (კისრის ქვედა საზღვარიდან).
- 2 „ ზურგი წინაწანასობის ღონემდი.
- 3 „ ჭიპქვეშა მიდამო წინ ბოქვენის საზღვრამდი და ზურგი ღუნღულეებითურთ იმავე ღონემდი.
- 4 დღე ერთი ბარძაყი წვივტერფის სახსრამდი.
- 5 „ მეორე „ „ „
- 6 „ ორთავე ზედაკიდური მაჯის სახსრებამდი. ამის შემდეგ—დასვენება 2—3 დღე და შემდეგ იგივე პროცედურა თავიდან.

ასეთი წესით იოდის სობას ვაწარმოებდით 2—3 და მეტი თვის განმავლობაში ზედღივდ. ბავშვების მიმართ 5 წლამდე ჩვენ ვაწარმოებდით მხოლოდ ასეთ იოდის სობას. ინექციებისა და იოდის სობის გარდა ყველა ავადმყოფი იღებდა დარიშხანისა და რკინის პრეპარატებს, ერთად ან ცალ-ცალკე, ენიშნებოდათ გაძლიერებული კვება, რამდენათაც კი ეს შესაძლებელი იყო და სხვა.

Bergel-ის შრომებით დამტკიცებულია, რომ ლიმფოციტებს აქვს თვისება ცხიმისა და ლიპოიდების დაშლის, დარღვევის. ეს ორგანიზმისათვის, რასაკვირველია, არაა სასურველი. იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობის დროს კი ხდება სწორეთ—და ამაშია ფაქტიურათ მთელი აზრი და შინაარსი ამ მეთოდისა—ამ ლიმფოციტების გამრავლება. ამიტომ, ვიღებდით რა მხედველობაში ლიმფოციტების ამ თვისებას, ხოლო მეორე მხრივ, ცხიმოვან ნივთიერებათა დიდ მნიშვნელობას ორგანიზმისათვის—ჩვენ ყოველნაირათ ვცდილობდით თუ არ გაგვედიდებია ცხიმის რაოდენობა, არ დაგვერღვია მაინც მისი არსებული წონასწორობა ორგანიზმში. ამ მიზნით ავადმყოფებს ენიშნებოდათ თევზის ზეთი, კარაქი და სხვა ამგვარი ცხიმით მდიდარი ნივთიერებანი.

რაოდენობა ინექციისა (კურსი) ივარგებოდა 5—15; უფრო ხშირად კი ერთი კურსი უდრიდა 10 ინექციას. შემდეგ 1—2 თვის გავლისა შეწყვეტიდან, თუ საჭიროდ დავინახავდით, მას ხელახლა დაეუბრუნებოდით ისევ და იმავე წესით.

მკურნალობის დაწყების წინ და მკურნალობის ხანაში იზინჯებოდა შარდი და სისხლი. ანთებითი პროცესები თირკმლებში მკურნალობის წინააღმდეგ ჩვენებათ მიგვაჩნდა. ამიტომ, თუ თვით მკურნალობის მსვლელობაში შარდში შემჩნეული იქნებოდა ცილა, თუნდა სულ უმნიშვნელო რაოდენობით, ეს უკვე საკმარისათ მიგვაჩნდა, რომ ამ მეთოდით მკურნალობა შეგვეჩერებია. ხოლო როგორც კი შემდეგში ცილის ნიშნები შარდში დაიკარგებოდა—ისევ ვუბრუნდებოდით ინექციებს, მხოლოდ ეხლა უკვე უფრო პატარა დოზებით. რას ვთვლიდით ჩვენ ამ მეთოდის აბსოლუტურად წინააღმდეგ ჩვენებებათ? პირველად ყოვლისა, აქტიურ პროცესებს ფილტვებში, შემდეგ ხანგრძლივი ხასიათის მაღალ ტ°-ს და, როგორც უკვე ვთქვით, ანთებით მოვლენებს თირკმლებში. სერიოზული გართულებანი გამოწვეული ამ მკურნალობით, როგორცაა მაგ. იგივე თირკმლების მწვავე ანთება, იოდით მოწამვლა ორგანიზმისა და სხვა, ჩვენ არ გვქონია არც ერთხელ მთელი ჩვენი მასალის ფარგლებში.

გვქონდა 3 შემთხვევა ცხიმოვანი ემბოლიისა, რომელთა შორის ერთი საკმაოდ მძიმე ხასიათისა იყო, მაგრამ მაინც სამივე კეთილათ დასრულდა. აღსანიშნავია რომ სამივე ეს შემთხვევა გვქონდა ზეთოვანი იოდოფორმის ემულსიის შემხაპუნების დროს. ლიტერატურაშიაცაა აწერილი ასეთი ემბოლიები სწორედ ასეთი ემულსიების ხმარების დროს. ჩვეულებრივ ეს გართულება დიდხანს არ გრძელდება და ავადმყოფები თავისუფლათ ბრუნდებიან შინ, თუმცა ლიტერატურაში, რუსეთში, ისეთი ემბოლიაცაა აწერილი, რომელიც სიკვდილით გათავდა. ჩვენ არ გვინდოდა უარიგვეყო ზეთოვანი ემულსიებისათვის, რადგან იგი შედარებით ნაკლებ მტკივნეულია და მასთან მალე გადადის ლიმფოურ სისტემაში და ამიტომ გართულებათა თავიდან ასაცილებლად რამდენიმეთ შეეცვალეთ

მხოლოდ ტენიკა შემზახუნებისა: ჯერ უშპრიცით შეგვყავს ნემსი in cavo-ishio-rectale და როცა დავრწმუნდებით, რომ ნემსი სისხლის ძარღვში არაა მიხვედრილი (თუ არი სისხლი გამოვა ნემსის თავიდან) ვაცვამთ შპრიცს და ვაწარმოებთ ინექციას ან შეგვყავს ნემსი შპრიცით, მაგრამ ემულსიის შემზახუნებამდე ჯერ თვით ვეზიდებით უკან ღუშს, თუ სისხლი ვერ შევამჩნიეთ—მასასადამე სისხლის ძარღვში არა ვართ და ვაწარმოებთ ინექციას. თუ შპრიცში სისხლი შევამჩნიეთ,—მასასადამე სისხლის ძარღვის სანათურში ვართ, და ვიცვლით საინექციო წერტილს. გადავიდეთ ეხლა თვით შედეგებზე.

წინააღმდეგარა უნდა განვაცხადო, რომ ბევრი იმ ავადმყოფებიდან, რომელნიც მოქცეულია „დიდი უკეთობის“ ან „შედარებითი უკეთობის“ ჯგუფებში, ზოგი ჩვეულებრივი დაუდევრობით და ზოგიც უფრო მეტის საპატიო მიზეზების გამო არ ამთავრებდა ბოლომდე მკურნალობას. ეს გარემოება რომ არ ყოფილიყო, განკურნებისა და გაუმჯობესობის პროცენტი აიწევდა, ან დაიწევდა კიდევ; მაგრამ ყოველ შემთხვევაში ის იქნებოდა უფრო სწორი და სინამდვილესთან ახლო.

საჭიროდ მიმაჩნია ხაზი გაუსვა კიდევ ერთ გარემოებას. ჩვენ არც ერთხელ არ შეგვინიშნავს პროცესის გაჟარესება. ერთი შემთხვევა სიკვდილისა, რომელიც აღნუსხულია ცხრილში, გამოწვეულია საერთო ხასიათის დაავადებით. (ოპრაციაც გაუკეთდა მას orchitis გამო). ეს ფაქტები, რომელიც მოყვანილია ამ ცხრალში და აღნიშნულია დაკვირვებათა შემდეგ ღირსშესანიშნავია პირველად ყოველისა იმ მხრივ, რომ იგი ქმნის საკმაო სიმტკიცით ისეთ შთაბეჭდილებას, რომ თუ ამ მკურნალობით ბევრ შემთხვევაში საბოლოო განკურნებას ვერ მივალწვიეთ—ყოველ შემთხვევაში ჩვენ მივიღეთ პროცესის შემდეგი განვითარების შეზღუდვა-შეჩერება მაინც.

აქვე რამოდენიმე სიტყვა იმ მოტივების შესახებ, რომელმაც აიძულა Hotz-ი ხელახლა დაბრუნებოდა იოდოთერაპიას ქირურგიული ტუბერკულოზის დროს, მას შემდეგ, რაც პირველი ხანის გატარების შემდეგ, ამ მეთოდისადმი თანდათან დამყარდა ერთგვარი სიგრილე და ნაკლები ნდობის განწყობილება.

ძველი ავტორები ქირურგიული ტუბერკულოზის განკურნებას ლამობდნენ იოდოფორმის ემულსიით ადგილობრივ კერაზე უშუალო ზეგავლენის გზით. უკანასკნელები ხსენებულ ემულსიაში ხედავდნენ პრეპარატს, აღჭურვილს ბაქტერიციდული თვისებებით, ხოლო მეორეს მხრივ ისეთ ფაქტორს, რომელსაც შეეძლო ადგილობრივი ლეიკოციტოზის გამოწვევა, რომლის მეოხებითაც სწარმოებს შემდეგში ტუბერკულოზური ინფილტრატის შეწრუტვა და ნაწიბუროვან ქსოვილის განვითარება ტუბერკულოზური ბუდის გარშემო.

Hotz-მა კი, დაეკრძა რა Bergel-ის გამოკვლევებს სისხლის ლიმფოციტების შესახებ, რომლებიც იწვევენ ზოგი ბაქტერიებისა და კერძოდ Koch-ის ჩხირების გარსში არსებულ ცხიმისა და ლიპოიდების დაშლას—1912 წელს გამოამუშავა თავისი შესანიშნავი შრომა ქირურგიული ტუბერკულოზის დროს იოდოთერაპიის შესახებ, რომელშიაც ეს საკითხი დიამეტრალურად წინააღმდეგი სახითაა წამოყენებული. Hotz-ი, იოდის სისხლის ნაკადში უშუალოთ შეყვანილ

№ №.	რ ა ა ვ ა რ ე ბ ა ნ ი .	სულ იყო.	განიკურა.	ღარი უკეთობა	შეღარ. უკეთობა.	უშეღვრობა.	საკვდილობა.
1	ა. Lymphordeniteoilli	109	39	32	27	11	—
	ბ. Lymph. iollietf. orx.	58	12	20	23	3	—
	გ. „ iol, f. ax. etreg. ing.	12	—	9	3	—	—
	დ. „ mesent-mesocoli	13	9	4	—	—	—
	ე. reg. ing. etcrural.	24	9	9	6	—	—
2	Spondilitis	24	3	7	5	9	—
3	Osteomyelitis	15	6	—	3	6	—
4	Orchitis et epidid	6	1	4	1	—	—
5	Gonitis	11	5	3	2	1	—
6	Coxitis	12	7	4	1	—	—
7	Peritonitis	10	7	2	—	—	1
8	Laringitis	2	—	1	—	1	—
9	Pleuritis	1	—	1	—	—	—
10	Periost. perichon	5	3	2	—	—	—
11	Lupus	2	1	1	—	—	—
	ს უ ლ	304	102	99	71	31	1
	პროცენტებით	—	33,3%	32,4%	23,4%	10,3%	0,3%

გულისხმობს თვით სისხლის შემადგენელ ელემენტთა შეცვლას და ამ წესით მოქმედების შემდეგ ტუბერკულოზის პროცესის მსვლელობაზე. მისი და შემდეგ მის თანამოაზრეთა კლინიკური დაკვირვებანი დიდძალ ამბულატორიულ და სტაციონალურ ავთამყოფებზე სავსებით ეთანხმება თეორეტიულ მოსაზრებებს აღნიშნული საკითხის შესახებ.

ჩვენ მხოლოდ ერთში არ შეგვიძლია დავეთანხმოთ Hofz ს; ესაა მისი სკეპტიკური განწყობილება იოდისა და იოდოფორმის ემულსიის ბაქტერიციდული მოქმედებასთან. როგორც ლიტერატურული წყაროებიდან, ისე ყოველდღიურ დაკვირვებებიდან ჩვენ ვიცით, რომ საკმაო რაოდენობა ქირ. ტუბერკულოზით შებყრობილთა განიკურნა იოდოფორმის ემულსიის მხოლოდ ადგილობრივი შემხაპუნებით დაავადებეს ბუდეში. მართალია, ახლო წარსულში გაბატონებული იყო აზრი ტუბერკულოზის დროს ყოველგვარი ქიმიოთერაპიის ზეგავლენის წინააღმდეგ, იმ დასაბუთებით, რომ Koch-ის ჩიზების სანთლოვანი და ცხიმოვანი ვარსი, ხოლო მეორე მხრივ ტუბერკულოზური ხორკლის სისხლის ძარღვების გარეშე არსებობა ეწინააღმდეგება მათ არსში სისხლის საერთო ნაკადიდან ქიმიური ნივთიერების გადასვლის შესაძლებლობას. მაგრამ ამ უკანასკნელ ხანებში Ranke-მ და Hübschmann-მა საკვეყნო დაამტკიცეს, რომ გაკირულ ტუბერკულოზურ კერაშიაც კი მუდამ მოიპოება ისეთი უცვლელი და ნაწიბურებათ გადაგვარებული ადგილები, რომლებიც, ყოველივე ექვს გარეშე, უერთდება ახლო მდებარე ქსოვილების უჯრედთა შორის მდებარე ლიმფურ ნაპარალებს. ბოლოს სულ ახლო ხანებში, Goldman-მა, devitt-მა და Bürger-მა ექსპერიმენტალური გამოკვლევებით დაამტკიცეს შესაძლებლობა საღებავთა სხვადასხვა ხსნარის შეჭრისა ხაქოსებრ გადაგვარებულ ტუბერკულოზურ კერაშიც. კი და თვით ტუბერკულოზის ჩიზებშიაც. ამრიგათ, როგორც ჩანს, გზა ხემოთერაპიულ მოქმედებისა დახშული არ არის.

ესლა დაუბრუნდეთ ისევ სავანს.

იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობის დამატებითი ზომებათ ჩვენ ვაწარმოებდით:

იმავე ემულსიის შეშხაპუნებას ადგილობრივი პროცესის ირგვლივ ან თვით კერაში ისეთ შემთხვევებში, როცა ჩვეულებრივი შეშხაპუნება თვალსაჩინო შედეგებს ვერ გვაძლევდა; ფისტულების გამოფხეკას, სეკესტრების ამოღებას, ცივი ჩირქვროვების დაცარილებას შპრიცის საშუალებით და შემდეგ ამ ღრუში ემულსიის შეშხაპუნებას. ჩირქვროვების ფართო გახსნას, გამოფხეკას და შემდეგ ყრუთ დახურვას და სხვ.

შემჩნეული იქნა შემთხვევა, როცა ავადმყოფი, რომელმაც სხვადასხვა მიზეზის გამო ნაადრევათ მიანება თავი მკურნალობას—განიკურნა კლინიკურათ და წინააღმდეგ გვკონდა ისეთი შემთხვევებიც, როცა წინეთ განკურნებულათ მიჩნეულთ ხელახლა განუახლდათ ავადმყოფობა. აქედან გამომდინარეობს აზრი, რომ მკურნალობა უნდა გაგრძელებულ იქნას მას შემდეგაც, ავადმყოფი გარეგნულად განკურნებულის შთაბეჭდილებას ახდენს. აქვე უნდა ხაზგასმით აღვნიშნო ერთი მეტად საყურადღებო მოვლენა. უშედეგობა ჩვენ მივიღეთ იმ პირზე, რომელმაც სისხლში აღმოაჩინდათ მკურნალობის წინ მეტათ მცირე ლიმფოცი-

ტოზი. საერთოდ, რაც უფრო დიდი იყო სისხლში ლიმფოზიტოზი მკურნალობის წინ, მით უფრო კარგი შედეგები მივიღეთ და წინააღმდეგ. რაც შეეხება გართულებებს—მე უკვე აღნიშნე კეთილათ დამთავრებული 3 შემთხვევა ცხიმოვანი ემბოლიისა. იოდინზის მოვლენანი დროგამოშვებით გვექონდა, მაგრამ მსუბუქი ხასიათისა, რომელიც გაივლიდა, როგორც კი წამლობას შევაჩერებდით დროებით ან ღოზებს შევამცირებდით. საერთო მოწამვლას ადგილი არ ქონია. შეგვიძინებია დროებითი გაუარესება ტუბერკულოზური ლიმფადენიტებისა, რომელიც გამოიხატებოდა ხასიათის მოდუნებაში, ტკივილების გამოწვევაში, ჯირკველთა უფრო ჩქარი ტემპით გადიდებაში და დაჩირქებაში ან ახალის გაჩენაში, მაგრამ ყველა ამ მოვლენას მალე გაუვლია ხოლმე მკურნალობის დაქინებით გაგრძელების შემდეგ. მეორეს მხრივ, ჩვენ არა ერთხელ გვექონია ისეთი შემთხვევა, როცა ავადმყოფი ჩირქიანი ფისტულით, ცივი ჩირქგროვით და მწვავე ტკივილებით, რომელსაც ყოველივე იმედი დაეკარგა გამობრუნების, პირველსავე ინექციების შემდეგ პირდაპირ საკვირველათ გამოცოცხლებულა, ტკივილები შესამჩნევათ დაკლებია, ფისტულები და ჩირქგროვანი რამდენიმე ხანში დაპატარავებულა, ხოლო შემდეგ სრულიად გამქრალა და სხ.

თუ შევიდარებთ პროცენტებს სრული განკურნებისას, მიღებულს ჩვენ და სხვა ავტორთა მიერ—დავინახავთ დიდს განსხვავებას. სხვა ავტორები გვიჩვენებენ 70 და კიდევ მეტს $\%$ -ს სრული განკურნებისას. ჩვენ ასეთ დიდ პროცენტს ვერ გავწვდით. მაგრამ ეს ასეც უნდა ყოფილიყო (და ჩვენ ამას წინააღმდეგ ვითვალისწინებდით) თუ მივიღებთ მხედველობაში ტუბერკულოზის გვერდით, უმეტეს შემთხვევაში, ჩვენში მალარიის არსებობას, საშინელ მატერიალურ გაჭირვებას, მცირე კვებას, მოკლებულს ცხიმოვან ნივთიერებებს, ლოთობას და სხვა მრავალ მოვლენას ჩვენი ცხოვრებისას, რომელთაც დააქვეითეს ჩვენი მოქალაქის ფიზიკური და სულიერი ძალები და რასაც არ შეიძლებოდა გაეღენა არ მოეხდინა ჩვენ შედეგებზედაც.

მიუხედავად ამისა, ჩვენი ფიქრით ხსენებულ ავტორთა მოყვანილი $\%$ ები განკურნებისა მაინც აწეულია. ექვს გარეშეა იქ განკურნებულთა კატეგორიაში მოხვედრილია ბევრი ისეთიც, რომლებიც მხოლოდ იდგენ განკურნების გზაზე. ამას ისიც გვიმტკიცებს, რომ იგივე ავტორები მეტად ხშირად აღნიშნავენ რეციდივებს. მეორეს მხრივ, ჩვენი $\%$ ები კი რამდენიმე დაწეულია, ვინაიდან ბევრი მათგანი რომლებიც „დიდი უკეთობის“ ან „შედარებით უკეთობისა“ ჯგუფშია მოქცეულია—ჯერ კიდევ განაგრძობს მკურნალობას და უნდა ვიფიქროთ მათგან არა ერთი და ორი მიემატება განკურნებულთა კატეგორიას.

ამრიგად ჩვენი კლინიკის მასალები ქირ. ტუ-ზის იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობისა შეიცავს 30± შემთხვევას. მე პირადად კიდევ მაქვს ამდენივე შემთხვევა ჩემს საკუთარ პრაქტიკაში, როგორც ჩვენს დედა-ქალაქში, ისე სოფლად, რომელსაც აგრეთვე უკეთდებოდა ფიქსაცია და რომელიც ეთანხმება კლინიკის მასალების შედეგებს. ესლა, თუ მივუმატებთ მათ ერთმანეთს—ჩვენ გვექნება მასალა 600 შემთხვევისაგან, რაც უკვე სრულიად საკმარისი ციფრია, რომ წამოყენებული საკითხის შესახებ გამოვიტანოთ ერთგვარი გარკვეული შეხედულება.

ჩენი დასკვნები იქნება:

1. ქირურგიული ტუბერკულოზი უნდა განხილულ იქნას როგორც საერთო ტუბერკულოზის ადგილობრივი გამოხატულება.

2. ტუბერკულოზი საერთოდ და კერძოდ ქირურგიული მეტად ფართოდაა საქართველოში გავრცელებული.

3. ტუბერკულოზის მასიურ გავრცელებას საქართველოში ხელს უწყობს მაღარია, ბინის საკითხის მოუგვარებლობა, ცხიმიანი ნივთიერებებით ღარიბი საკვები რაციონი და ლოთობა.

4. ქირ. ტუბერკულოზით დაავადებულნი, უმთავრეს შემთხვევაში, წარმოადგენენ უმწეო დავრდომილთ და დასახიჩრებულთ, რომლებიც მძიმე ტვირთათ აწევს ოჯახსა და სახელმწიფოს.

5. სააგარაკო სანიტარული მკურნალობა ჯერ კიდევ ახალი საქმეა და ბევრს რამეს ითხოვს, ამიტომ

6. Hotz-ის მეთოდი, რომელიც, რასაკვირველია, კიდევ მოითხოვს შემდეგ დაკვირვებებსა და მეცნიერულ დამუშავებას—იმავე სახითაც კი, როგორც იგი ამჟამად იხმარება, წარმოადგენს ფრიად მნიშვნელოვან გზა-წესს, ტუბერკულოზური სენთან ბრძოლაში, განსაკუთრებით ჩენი სოფლის მკურნალობის პირობებში.

7. Hotz-ის მეთოდით მკურნალობა ხშირად იწვევს ადგილობრივი ტუბერკულოზური დაავადების კლინიკურ განკურნებას, რომელიც შეიძლება გახდეს საბოლოოდ, თუ კი იგი განმეორებულ იქნა რამდენიმეჯერ ზედიზედ, მას შემდეგაც კი, როცა ავადმყოფი უკვე განკურნებულის შთაბეჭდილებას სტოვებს. ამასთან ერთად, სასურველია, ხსენებული მეთოდი დაკავშირებული იქნას სხვა მეთოდებთანაც, რომელნიც სწევენ ორგანიზმის საერთო თავდაცვით ძალებს.

8. Hotz-ის მეთოდით წარმოებული იოდური მკურნალობის დადებითი შედეგები უნდა აიხსნას უმთავრესათ ლიმფოციტოზით და სისხლის ლიპოლიტური თვისების გაძლიერებით.

9. კლინიკურ დაკვირვებებთან ერთად სისხლის მორფოლოგიის ცვალებადობის გამოკვლევებს პროგნოსტიული მნიშვნელობა აქვთ.

10. ხსენებული მეთოდის საწინააღმდეგო ჩვენებად უნდა ჩაითვალოს:

ა) მილიარული tbc,

ბ) აქტიური პროცესი ფილტვებში,

გ) სისხლის ხველება,

დ) თირკმლების ანთებითი პროცესები და

ე) მაღალი, ხანგრძლივი ხასიათის t^o.

მის. კილოსანიძე.

ქირურგიული განყოფილების უფროსი ასისტენტი.

არტროდეზის საკითხისათვის.

(საბავშვო კლინიკის გამგე—პროფ. ს. გოგიტიძე).

როდესაც Poliomyelitis anterior acuta-ს შემდეგ რჩება ხოლმე კიდურების მთელი ნაწილები დამბლათ, მიუხედავად იმისა, რომ იყო ნახშიარი ყოველივე ზომები მის წინააღმდეგ, ჩვენ ხშირად ვხედავთ უვარგის და მერყევ სახსრებს. კიდურს კი, რომელსაც აქვს მერყევი სახსრები, წართმეული აქვს უნარი ელემენტარულ ფუნქციების ასასრულებლად. ამისთანა კიდურის ხმარება ძლიერ ძნელია.

ამ შემთხვევაში, რასაკვირველია, კუნთების გადაწერგვას ადგილი აღარა აქვს და უნდა მივმართოთ სხვა საშუალებას. ამგვარ საშუალებათ ჩათვლება artrodesis, ესე იგი სახსრის ხელოვნური გამაგრება, სახსრის ძვლების შედუღება იმ მდგომარეობაში, რომელიც უფრო ხელსაყრელია ავადმყოფისათვის და სასარგებლოა კიდურის ფუნქციისათვის.

არტროდეზი არის, თუ შეიძლება ასე ითქვას, ეკონომიური რეზექცია და ამიტომაც ძლიერ ძნელია საზღვრის გატარება რეზექციის და არტროდეზის შორის.

ორტოპედისათვის რეზექციის მიზანს წარმოადგენს სახსრის მოძრაობა, არტროდეზისა კი—ანკილოზის მიღება.

მაგრამ ნამდვილი ანკილოზის მიღება ადვილი საქმე არ არის მერყევი—დამბლა სახსარში, რადგანაც აღარ არსებობს კუნთების ნორმალური ტრაქცია, რომლის მეოხებით ხდება ახლო და მჭიდრო ყოფნა ძვლებისა ერთმანეთთან, აქ პირიქით მუდამ არსებობს ამ ძვლების დაშორება, იოგოვან აპარატის გაქიმვა და შემდეგ დაგრძელება.

ამიტომაც არტროდეზის ოპერაციის დასაქმყოფილებელ შედეგების მისაღებათ საჭიროთ არის ცნობილი შემდეგი მოთხოვნილებების დაცვა: (Вреден-ით)

1. სახსარი მუდამ უნდა იყოს გაკვეთილი, ხრტილოვანი ნაწილები მოშორებული ძვლებს ბოლოებიდან, რათა ამ გვარად მოტიტვლებული ძვლები მჭიდროდ შეკავშირდნენ;

2. ეს შეკავშირება უზრუნველყოფილი უნდა იქმნას სხვა დამატებითი ზომებით, როგორც შიგ სახსარში, ისევე პერიარტიკულარულადაც;

3. კიდურისთვის შექმნა კარგი იმობილიზაციისა ოპერაციის შემდეგ თაბაშირის ხვეულის საშუალებით.

აქ მე მოვიყვან არტროდენის ოპერაციის წესებს მხოლოდ ქვედა კიდურზე, რადგანაც უზშირესათ ქვედა კიდური ხდება მსხვერპლად სიღამბლისა და ამ კიდურზე კი უმეტეს შემთხვევებში ტერფ-წვივის სახსარი და შემდეგ კი მუხლის სახსარი.

პირველად ეს ოპერაცია გააკეთა დასტაქარმა Albert-მა 1878 წ. 15 წლის ქალზე, რომელსაც ჰქონდა მერყევი მუხლის სახსარი. თითქმის იმავე დროს გააკეთეს ამგვარი ოპერაცია Szymanowsky-მ და Lesser-მა.

ამ ოპერაციის პირველ ხანაში გვირჩევენენ სახსრის გაკვეთას წინიდან, გარდიგარდმო ჭრილობით, სახსრის ამოფხეკას და ბოლოს ამ გადაჭრილ იოგების და ნერვების ხელახლად შეერთებას.

უფრო მიზანშეწონილია ლატერალური მორგავლო ჭრილობა, რომელიც ლატერალურ გოჯს უხვევს ქვევიდან და აქედან მიდის ზევით და შიგნით გამჭიმავ იოგებამდის. ამისთანა გაკვეთის შემდეგ ტერფი ადვილათ იქნება გადახრული შიგნითკენ და სახსრის შუა პირი კარგად გამოჩნდება. ამას მოჰყვება სახსრის ხრტილების ამოფხეკა კოვხით ძვლების პირებამდის და ამის შემდეგ ტერფის ჭრილობა გაიკვრება.

რომ გოჯების და კოჭის ძვლის ზედაპირები მჭიდროთ დაუახლოვდნენ ერთმანეთს Wittek-მა მოახდინა დისტალური სახსრის რეზექცია კოჭის და მკირე წვივის ძვლის შუა, ზემო მიმართულებით. ამის შემდეგ ორივე წვივის ძვლები ადვილათ დაუახლოვდნენ ერთმანეთს.

Starz-ი შუაში და სიგრძეზე აპობს კოჭის ძვალს და ამ გაპობილ ნაპრალში სდებს ხრტილის ნაჭერს იმ მოსაზრებით, რომ კოჭის ორივე ნახევარი სანდოთ იყოს გაწეული, ამის გამო კოჭის გარდიგარდმო ზედაპირი განივრდება და სახსარი მაგრდება.

შემდეგ იყო შემოღებული ანკილოზის შესაქმნელად ძვლების გაკერვა მავთულით, სპილოს ძვლის ლურსნის შერქობა და სხვა.

ამას მოჰყვა Hoffa-ს წესი, რომელიც მდგომარეობს შემდეგში: დიდი წვივის ძვლის უკანა მხარედან ჩამოითლება ძვლის ნაჭერი თავისი ზედაკანით ზევიდან—ქვევით; ეს ძვლის ნაჭერი არ შორდება ნიადაგს, მხოლოდ გადმობრუნდება ქვევით და მაგრდება ქუსლის ძვალზე.

ამ წესს მიაგავს პროფესორი Рокицкий-ს წესი: დაზიანებულ ფეხის პატარა წვივის ძვლის ქვემო და უკანა ნაწილიდან ამოვჭრით ძვლის ნაჭერს. ამ თავისუფალ ძვლის ნაჭერს ვათავსებთ (tend. Achyli) იოგის და ქუსლის ძვლის ბორცვის სიღრმეში ერთის მხრივ, და დიდი წვივის ქვემო ეპიფიზის შუა მეორეს მხრივ; ასეთი ძვლის გაჩხირვა, რასაკვირველია, დაუშლის ტერფის მოძრაობას, მაგრამ სრულიად არ მოსპობს მას, ანკილოზის მიღება იშვიათია.

Cramer-ი სარგებლობს თავისუფალი ძვლით და მისი ზედაკანით გადასანერგათ. ამ ძვალს იღებს დიდი წვივის წინა მხარედან და ათავსებს ტერფ-წვივის სახსრის წინა და ზემო პირზე.

Вреден-ი არ ამორებს წვივის ძვალს ანაჭერს, გადმოაბრუნებს მას ქვევით, ზედაკანით ძირს და ათავსებს ღარში, რომელსაც აკეთებს ტერფის ზურგზე და თავდება მეხუთე წინატერფის ძვლის ხორხლზე. აქ გადმოაბრუნებულ ძვლის ნა-

ქერს ამაგრებს ძაფებით (კეტგუტისა) და გადაჭრილ იოგების მიკერებით ღარის გარდიგარდმოდ ფასციანზე. ამასთანავე Вреден-ი საჭიროთ სთვლის სახსრის გახსნას (გაკეთის დროს) და ხრტილების ამოფხეკას.

პროფ. ლისოვსკაია და ჯანელიძეს წესით—დიდი წვივის ძვლის უკანა მხარეზე და ქვემო ნაწილში კეთდება ღარი, ამისთანა ღარი კეთდება აგრეთვე კოქის ძვალშიც იმავე კრილობიდან და ამ ღარში თავსდება ძვლის ნაქერი, რომელიც ამოიკვეთება მეორე ფეხის წვივის ძვილიდან. შედეგები დასაკმაყოფილებელია, რჩება ცოტაოდენი მოძრაობა pronatio—supinatio-ს მაგვარი. ოპერაცია ტენიკურათ ძნელი გასაკეთებელია.

Lexer-მა არტროდუზის მაგივრად შემოიღო შემდეგი წესი სახსრის გასამაგრებლად. კრილობა ქუსლის ბორცვიდან წინ 3-4 სანტ. მანძილზე, შუა ხაზზე, ძვალამდე. კრილობა განიერდება ბრჭყალებით. ქუსლის ძვალი, კოქის ძვალი, სახსარი და ქვემო ნაწილი დიდი წვივის ძვალისა იხვრიტება ფრეზით. ამ ნახვრეტში ჩაჭურჩის დაკვრით შეგვეყვას ძვლის ლურსმანი; ამ ძვლის ლურსმნებს Lexer-ი ამზადებს გვამებიდან, ან მოჭრილი კიდურიდან, ან თვით ავადმყოფიდან. რენტგენოგრაფიაზე აღნიშნულია, რომ გვამიდან გადატანილ ძვლებს შეუცვლიათ თავიანთი შემოხაზულობა და ბოლოებში კიდევ შესრუტულან. რაც შეეხება თვით ავადმყოფიდან გადატანილ ძვლებს, ჩანს, რომ ჯერ ხდება დასქელება corticalis-ის, რომელიც შემდეგ შეუმჩნეველად უერთდება იმ ძვლების სტრუქტურას, რომელშიაც ზის. აგრეთვე ჩანს, რომ ძვლის ლურსმნები ძვლებში უფრო დასქელებულია, სახსრებში კი ცოტათი დაწვრილებული.

ძვლების ზრდა არ ჩერდება დიდი წვივის ეპიფიზალურ ხრტილის დაზიანების გამო. შედეგი ამ ოპერაციისა ფრიალ დასაკმაყოფილებელი გამოდგა. Lexer-ს მიუღია სახსრის უძრაობა.

ამგვარად ჩვენ გვაქვს ორი წესი მერყევი სახსრის გასამაგრებლად arthrodesis სახსრის ხრტილების ამოფხეკით და მეორე—ძვლის ლურსმნების საშუალებით.

რომელი წესი უფრო მისაღებია? რომელია მათში მარტივი და ნაკლებად დამამახინჯებელი? აი ის კითხვები, რომელნიც ისმიან ჩვენ წინ მუდამ, როდესაც ჩვენ გვაქვს საოპერაციოთ დიდი არჩევანი. ეს დიდი არჩევანი კი ნიშნავს იმას, რომ ჯერ კიდევ არა გვაქვს იმნაირი წესი, რომელიც ყოველმხრივ გვაკმაყოფილებდეს.

ერთ ერთი მთავარი დებულება, რომელიც მუდამ უნდა გვახსოვდეს, როდესაც ვირჩევთ საოპერაციო წესს არტროდუზისათვის არის ის, რომ სახსრის და მათ უმეტეს ეპიფიზალური ხრტილები არ მოვაშოროთ, არ დავაზიანოთ, რადგანაც მათი მოშორება შეაჩერებს ძვლების ზრდას, რომელიც უამისოდაც არსებობს დამბლის გამო. რადგანაც ამგვარი ავადმყოფები არიან უმთავრესად ბავშვები ჩვენ უფლება არა გვაქვს გამოვაცალოთ მათ ისეთი ელემენტები, რომელნიც ხელს უწყობენ ძვლის ზრდას, ესე იგი სახსრის და ეპიფიზალური ხრტილების ამოფხეკა სასარგებლო კი არა, მავნებელია. ამიტომაც ზოგიერთი დასტაქარი მთლად არ აშორებს ხრტილებს, არამედ ამოფულრავს აქა იქ ხრტილს და და ამას სთვლის საკმარისად, რომ მოხდეს ანკილოზი.

მეორეს მხრივ, თუ დაუკვირდებით არტროდენის შედეგებს, დავინახავთ, რომ ნამდვილი ანკილოზი ხდება მხოლოდ 50-60%, როგორც ვადმოგვეცემს ისეთი ავტორიტეტი, როგორიც არის O. Vulpius-ი. რაც უფრო მცირე წლოვანია ბავშვი, მით უფრო ძნელია ანკილოზის მიღება. შემდეგ Vulpius-ის სტატისტიკიდანვე ჩანს, რომ 20-25% ვლებულობთ მხოლოდ შემავრთებელ ქსოვილიან შეერთებას და 15-20% უარყოფითი შედეგს.

ამისთანა მცირე პროცენტს ანკილოზისა ზოგი ავტორი აწერდა კრილოზის გაუღიზიანებელ და სუფთა მორჩენას და ამიტომ გვირჩევედა კრილოზაში ფილთების ჩადებას და გამაღიზიანებელი წამლების ხმაარებას.

ზოგი კი (Bradford, Souther) არ გვირჩევს არტროდენის გაკეთებას 10 წლამდე აღრე, რადგანაც 10 წლამდე დაძვალება არა ხდებათ. არც ერთს და არც მეორე აზრს მე არ ვიზიარებ და არა ვთვლი სამართლიანად იმით, რომ საერთოდ დაჩირქება კრილოზაში არ უნდა წარმოადგენდეს ჩვენ იდეალს, მეტადრე სახსრის დაჩირქება, რომელიც საშიშ მდგომარეობაში ჩააყენებს ავადმყოფს.

რაც შეეხება იმას თუ როდის უნდა გაკეთდეს არტროდენი, მე მოვიყვან აქ O. Vulpius-ის აზრს: „შეუძლებელია და ხშირად მიზანშეუწონლად უნდა ჩიითვალოს პატარა ბავშვების დატოვება ესე დიდი ხანი (ესე იგი 10 წლამდე) უმწყო მდგომარეობაში, უმეტურნველოდ და ამით ხელი შეუწყობთ დეფორმაციის მეტ განვითარებას“.

ჩემი დაკვირვება რამდენიმე შემთხვევაზე მაძლევს უფლებას ვთქვა, რომ პატარა ბავშვებზედაც ისევე ადვილათ შეიძლება მივიღოთ უძრავი სახსარი, როგორც სრულ ჰასაკოვანზე. ამას საცხებით ამტკიცებენ ჩემი შემთხვევები, სადაც მე მივიღე ფრიად დასაკმაყოფილებელი შედეგები.

ესე იგი იმ შემთხვევებში, სადაც არა ვლებულობთ უძრავ სახსარს არ შეიძლება სრულებითაც იმის თქმა, ვითომც და აქ დამნაშავე იყოს ჰასაკი. ჩემი აზრით მიზეზი უნდა ვეძებოთ არამც თუ ჰასაკში, არამედ იმ მდგომარეობაში რომელშიაც იმყოფება კიდური დამბლის გამო. მე მინდა ვთქვა, რომ ამ შემთხვევებში კიდურის ინერვაცია მოშლილია, კვება ჩაპორჩენილია. ერთის სიტყვით, ორგანიზმს აკლია ნორმალური პირობები ალორძინებისა და რათ უნდა გვიკვირდეს, რომ ყოველგვარი დახმარების შემდეგ ჩვენ მუდამ არ ვლებულობთ საჭირო შედეგს.

ამიტომაც ჩემი აზრით არ არის საჭირო სახსრის გაკეთება და ხრტილების ამოთხეკვა, შესაძლებელია სხვანაირადაც მივიღოთ სახსრის გამავრება.

ჩემი წესი ამგვარია: ტერფი დგება იმ მდგომარეობაში, რომელიც საჭიროა და სასარგებლო ავადმყოფისათვის. ორივე გოჯზე იჭრება კანი და კანქვეშა ქსოვილი ძვლამდე. ტრუჟაკარის საშუალებით ვხვრეტთ გოჯებს გარედან—შიგნით—ირიბათ და ქვევით. ესე იგი ორივე მხრიდან გაკეთებული ნახვრეტები გადაჯვარედინდებიან. ამ ნახვრეტებში ჩაქუჩის დაკვრით შეგვეყვას წინდაწინვე ამოჭრილი სალი ფეხის დიდი წვივის ძვლიდან ნაჭერი. ამგვარად ეს ძვლის ნაჭრები გაივლიან გოჯებს, კოქის ძვალს და გაიჩნებებიან ერთი ნაწისებრ ძვალში (os naviculare) და მეორე კუბურ ძვალში (os cuboideum) და ცოტათი გაივლის აგრეთვე ქუსლის ძვალში. კანი გაიკერება. სხვა დამატებითი ოპერაცია



tendofixatio და სხვა არა სჭირდება. ტერფი ისეც მაგრად სდგას. კიდური იხვევა თაბაშირის ხვეულში 2—2 $\frac{1}{2}$ თვით.

წესი სულ მარტივია, არ ზიანდება არც კუნთები, არც იოგები, არც სისხლის ძარღვები და ნერვები. ჭრილობა კანისა უდრის 2-3 სანტიმეტრს; სახსრის ხრტილები მხოლოდ იხვრიტებიან, ეპიფიზარული ხრტილები სრულებით არ ზიანდებიან, მაშასადამე ძვლების ზრდის პროცესი არ უნდა შეფერხდეს, რასაც, რა თქმა უნდა, ძლიერ დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისათვის. ტენიკურად ოპერაცია სულ უბრალო და ადვილი გასაკეთებელია და არ შეედრება არც ერთ წესს, მით უმეტეს იმ წესებს, რომელნიც წვივის უკანა მხარეზე კეთდება.

რაც შეეხება იმას, თუ რა შედეგი მოსდევს ამ წესს, უნდა ვთქვა, რომ ამ წესით გაკეთებულია ოპერაცია ჯერჯერობით ოთხ ავადმყოფზე სამჯერ ტერფ-წვივის სახსარზე (მ. კილოსანიძე) და ერთხელ მუხლის სახსარზე (მ. ნემსაძე). ბავშვების წლოვანობა უდრიდა 4 $\frac{1}{2}$ წ., 5 წ., 6 წ., და 10 წელს. ოპერაციის შემდეგ გაიარა სამ შემთხვევაში ერთმა წელიწადმა და 1 შემთხვევაში 7 თვემ. მე მგონია ეს დრო საკმარისია, რომ ვთქვათ მუდმივია თუ არა შედეგი. ყველა შემთხვევაში მივიღეთ მჭიდრო გამაგრება. ბავშვები დადიან თავისუფლათ, ფეხს ადგავენ მაგრად და აღარ ეშინიანთ, რომ ტერფი გადაუბრუნდებთ და იატაკზე დაეცემათ. ძვლების ზრდა ნორმალურია და არ არის ჩამორჩენილი.

რაც შეეხება გადანერგილ ძვლების ნაჭრებს აღსანიშნავია, რომ არც ერთ შემთხვევაში ჩვენ არ გვინახავს ამ ნაჭრების უკან გამოსვლა, ან შესრუტვნა. ყველა შემთხვევაში R⁰ სურათი გვიჩვენებს მათ შეკავშირებას იმ ძვლებთან, რომელშიაც სხედან.

რასაკვირველია, ეს ოთხი შემთხვევა ცოტაა იმის გადასაჭრელად—იქნება თუ არა მუდამ ესეთივე შედეგი, მაგრამ როგორც ზემოთა გვქონდა აღნიშნული არც სხვა რთული წესები იძლევიან ყოველთვის ანკილოზს, ხშირად ლებულობენ შემაერთებელ ქსოვილოვან შეხორცებას, მაგრამ Vulpus-ის სიტყვით ამ უკანასკნელსაც ფუნქციონალურად ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც ძვლის ანკილოზს.

მე კი ვიმედოვნებ, რომ ჩემს მიერ მიღებული შედეგები ყოველთვის სდევდნენ ჩემი წესით გაკეთებულ არტროდეზს.

ლიტერატურა:

1. E. Kirrmisson. Précis de chirurgie infantile.
2. A. Broca. Chirurgie infantile 1914. Arthrodèse pour pied bot paralytique გვ. 715.
3. F. Calot. L'orthopédie indèspensable aux Praticiens. Traètement chirurgical de la paralysie infantile. გვ. 687.
4. Wullstein—Wilms. Руководство по хирургии. т. III. Заболевания костей и сочленений проф. Е. Рауч. გვ. 516—520.

5. Georg Sultan. Учебник и атлас по частной хирургии. т. II. გვ. 590.
 6. Bergmann, Bruns, Mikulicz.—Руководство практич. хирургии. т. IV. Хир. нижних конечностей. 1903. გვ. 696.
 7. Emile Fergue et Paul Reclus. Курс хирург. терапии. т. II. стр. 544.
 8. П. И. Тихов. Заболевания голеностопного сустава и стопы. Русская хирургия. Выпуск 26. стр. 1421.
 9. M. David. Основы ортопедической хирургии. Изд. 1907 г. стр. 35.
 10. О. Вульпиус. Лечение спинномозгов. детского паралича. 1913 г.
 11. Р. Вреден. Практическое руководство по ортопедии. 1925 г.
 12. Вестник хирургии и пограничн. областей. т. II. кн. 4, 5, 6. стр. 455. проф. Лисовская и Джанелидзе. К технике артрореза голеностопного сустава.
-

მე. ა. წულუკიძე.

ცისტო-ურეთერო-პიელოგრაფია, როგორც დიაგნოსტიკური მეთოდი შარდ-სასქმსო ორგანოების დაავადების დროს.

(უროლოგიური განყოფილება ჰოსპიტ. ქირ. კლინიკის. გამგე—პროფ. მუხაძე).

გერმანელ ფიზიკოს პროფესორის რენტგენის უდიდესმა აღმოჩენამ მთელი რეეოლოგია მოახდინა მეცნიერებაში კერძოდ მედიცინაში. მისი მეოხებით ადამიანის თვალმა ჩაიხედა ადამიანის ორგანიზმის თითქმის ყველა კუნჭულში. მედიცინამ გამოიყენა სხივები არა მარტო სხვადასხვა პათოლოგიურ პროცესების გამოსარკვევად, არამედ მისი საშუალებით მოსახერხებელი გახდა ორგანიზმის სხვადასხვა ორგანოების ნორმალური შენების და მათი ფიზიოლოგიური თვისებების თვალსაჩინო შესწავლა. დღეს უდიდესი წარმატება მიღწეული სხივების გამოყენების საქმეში რენტგენო-თერაპიის და განსაკუთრებით რენტგენო დიაგნოსტიკის მხრივ. ის, რაც 2-3 ათეული წლის წინად კაცობრიობისათვის ოცნებად ითვლებოდა, ეხლა უკვე მომხდარ ფაქტს წარმოადგენს. ამის დამახასიათებელ მაგალითს წარმოადგენს თუნდაც პნევმოპერიტონეუმი, რომელიც ამჟამად ფართოთაა გავრცელებული და აგრეთვე კრანიოგრაფია, რომელიც შეიძლება რენტგენო-დიაგნოსტიკის შედეგადად ჩაითვალოს. ურეტერო-პილოგრაფია, თუმცა არც ისე ახალი მოვლენაა მედიცინაში, უკანასკნელ წლების განმავლობაში ერთის მხრივ ტექნიკურ გაუმჯობესებათა და მეორეს მხრივ უფრო ნაკლებ მავნე საკონტრასტო სითხეების შერჩევის წყალობით, უნდა ჩაითვალოს ფრიალ საინტერესო დიაგნოსტიკურ მეთოდად არა მარტო ურო-გენიტალურ სისტემის პათოლოგიისათვის, არამედ როგორც დამხმარე საშუალება სხვადასხვა ორგანოების ნორმალურ ანატომიურ აგებულების და მათი ფიზიოლოგიური ფუნქციების უფრო სწორ გამოსარკვევად.

საკუროა აღინიშნოს ის წარმატებანიც, რომელსაც კაცობრიობამ მიიღწია გაუმჯობესებულ ინსტრუმენტების და ოპტიკურ მოწყობილებათა შექმნაში, რომლითაც შეიძლება ვისარგებლოთ როგორც დამხმარე მასალით დიაგნოსტიკურ მიზნებით. ამჟამად ადამიანის ორგანიზმის თითქმის ყველა დიდი განყოფილებანი ადვილი მისაწვდომია ადამიანის თვალისათვის და ისეთი ინსტრუმენტები, როგორც ბრონქო-ენოფაგო,—გასტრო,—რექტო,—ცისტო,—და ტორაკო-სკოპები თვალსაჩინო გვიმტკიცებს ამას.



ცისტო-ურეტერო-პიელოგრაფია წარმოადგენს სხივების გაუმჯობესებულ გამოყენების შედეგს. პროფ. კასპერმა ჯერ კიდევ 1899 წელს გამოიკონა კატეტეროზაციული ცისტოსკოპი, რომლის შემწეობით შესაძლებელი გახდა თირკმლებში შესვლა, ხოლო ამის პირდაპირი შედეგი იყო მათში საკონტრასტო სითხის შეყვანის შესაძლებლობა რენტგენოდიაგნოსტიკის მიზნით.

ამგვარად ჩვენ საშუალება გვაქვს გავაკეთოთ შარდბუშტის, შარდსაწვეთის და თირკმელის მენჯის რენტგენოგრაფია.

შარდბუშტის რენტგენოგრაფიის, მასში საკონტრასტო სითხის შეყვანის დროს ჩვენ საშუალება გვქვს უწინარეს ყოვლისა განვსაზღვროთ მისი ნორმალური აგებულება, რაც ამდირებს ჩვენს ცოდნას მისი ანატომიურ ფორმის შესახებ და საშუალებას გვაძლევს თვალყურით ვადევნოთ მის დაცალიერებას. უფრო ნათელი ხდება პათოლოგიური გადახრანი როგორც მის მდებარეობაში, ისე მის აგებულებაში. ყოველგვარი პათოლოგიური პროცესები, როგორც, მაგალითად, სიმსივნეები, შეწეშებანი, რომელიც შეიძლება იყოს ბუშტის მეზობლად მცირე მენჯში, ორსულობა, ყველაფერი ეს მოგვცემს შარდბუშტის ფორმის და მდებარეობის შეცვლას და ადვილად მისაწვდომია რენტგენოგრაფიის საშუალებით. შარდბუშტის თიაქრები, რაც ხშირად მოულოდნელია დასტაქრებისათვის და რასაც ხშირად სამწუხარო შედეგი მოსდევს ოპერაციების დროს, შეიძლება ამ საშუალებით წინასწარ იქნას აღმოჩენილი. წინამდებარე ჯირკვლის ცვლილებანი, მისი ჰიპერტროფია, თვით შარდბუშტის სიმსივნეები აგრეთვე იძლევიან ჩრდილებს რენტგენოგრაფებზე.

შარდბუშტის დივერტიკულები, მათი სიდიდე, ფორმა და მდებარეობა, მისი შეფარდება შარდსაწვეთებთან, აგრეთვე იძლევა თვალსაჩინო გამოსახულებას. შარდბუშტში—სილრუვეების გაჩენა, მისი არა ნორმალური კავშირი მეზობელ ორგანოებთან, როგორც, მაგალითად, წინამდებარე ჯირკვლებთან (გახეთქილ აბსცესის ნიადაგზე), ნაწლავებთან და სხვ. აგრეთვე თვალსაჩინოთ დასანახია ამ საშუალებით.

ამგვარად, ჩვენ ვხედავთ, რომ შარდბუშტის დაავადებათა უმრავლესობა ადვილი გამოსარკვევია რენტგენოგრაფიით და ამ მხრივ ჩვენ გვაქვს უმკველად დიდი დახმარება საშუალება და რაც შეეხება მისი მორფოლოგიის დანახვის შესაძლებლობას, ეს შეადგენს ცისტოგრაფიის პერსპექტივას, რასაც შეუძლია შესცვალოს და გააუმჯობესოს ჩვენი ცოდნა მის შესახებ.

ურეტეროგრაფია, ე. ი. შარდსაწვეთის გადაღება და გაშუქება, როგორც ისეთი, ცალკე, იშვიათად სწარმოებს და უმეტეს შემთხვევაში იგი დაკავშირებულია პიელოგრაფიასთან, ე. ი. თირკმლების მენჯების რენტგენოგრაფიასთან და ამიტომ ჩვენ მას განვიხილავთ ერთად, მით უმეტეს, რომ როგორც პირველის, ისე მეორეს დაავადებანი მჭიდროთაა ერთმანეთთან დაკავშირებული.

1906 წელს პროფ. Völker და von Lichtemberg-მა პირველად აწარმოეს პიელოგრაფია კოლარგოლ-ის 5%-იან ხსნარის შეშაპუნებით შარდსაწვეთის კატეტერის საშუალებით. ამის შემდეგ ფართოდ დაიწყეს ამ საშუალებით სარგებლობა და ლიტერატურაში ამ დიაგნოსტიკურ საშუალების მოწოდებასთან ერთად, ვხვდებით დაწუნებასაც და სიკვდილის შემთხვევებსაც კი. პროფ. ფეოდოროვ-



მა დაჰკარგა პაციენტი კოლარგოლის შეყვანიდან 6 წუთის შემდეგ. გასაგებია, რომ პიელოგრაფიის იდეამ იმდენად დააინტერესა ყველა, რომ მარცხს აღარ შეუშინდენ; დაყენებული იქნა მთელი რიგი ექსპერიმენტებისა თვით სითხის მოქმედების გამოსარკვევად. გააუზიარებეს თვით პიელოგრაფიის ტენიკა და შეეცადნენ გამოერკვიათ წინააღმდეგ ჩვენებანი ამ მანიპულაციისათვის. გვამის გაკვეთამ აღმოაჩინა, რომ თვით კატეტერის შეყვანა შარდსაწვეთში ახდენს ტრავმატიულ დაზიანებას შეყვანის დროს, ხოლო მეორეს მხრივ აღნიშნული იყო კოლარგოლის შეწრუტვა თირკელის პარენქიმაში, რაც იწვევს სიკვდილს, და ამასთან ერთად აღნიშნავდენ ვერცხლით მოწამვლის კლინიკურ სურათს.

Rehn-ის Stussmann-ის და სხვ. ექსპერიმენტალურმა დაკვირვებამ დაამტკიცა, რომ კოლარგოლი ჯანსაღ ქსოვილებზე არ ახდენს უარყოფით მოქმედებას, პარენქიმაში კი იგი იწრუტება ორგანოების დაავადების და დაჩირქების დროს. ამასთან ერთად გამოირკვა, რომ დიდი მნიშვნელობა აქვს ზედდაწოლას, რომლის ქვეშაც უშხაუნებენ კოლარგოლს. აღმოჩნდა, რომ თუ იხმარენ ზედდაწოლას 30—40 მმ. მეტს კოლარგოლი იწრუტება ქსოვილში. ამასთან ერთად აღმოჩნდა, რომ შარდსაწვეთის კატეტერის კალიბრი თამაშობს არსებით როლს, რადგან მსხვილი კატეტერი აზიანებს როგორც შარდსაწვეთს, ისე მენჯებს. ამგვარად, თვით ტენიკის გაუმჯობესთან ერთად დაიწყეს უფრო ნაკლებ მავნე მასალის ძებნა პიელოგრაფიისათვის. მართლაც შედარებით მოკლე დროის განმავლობაში მოწოდებული იყო მრავალი სხვადასხვა ნივთიერებანი: იოდი, ელექტროარგოლი, ტორიუმი, ქანკალი და სხვ. მაგრამ ვერც ერთმა ვერ მოიპოვა მოქალაქობრიობა. 1918 წელს Velt-მა ამ მიზნით წარმოადგინა ბრომის ნატრიუმის 25%-ისნარი, ამასთანავე თავისი აღმოჩენა მან დაადასტურა ექსპერიმენტებით. მართლაც ამის შემდეგ დედამიწის ყველა კუთხეებში წარმოებულმა მრავალმა პოლოგრაფიამ ამ ნივთიერებით მოუპოვა ამ პრეპარატს მოქალაქობრივი უფლება. უკანასკნელ წლებში პროფ. ე. იოზეფმა წარმოადგინა Umbrenal-ი, როგორც არა მავნე ნივთიერება, რომელიც იძლევა უფრო უკეთეს ჩრდილს, ვიდრე ბრომი.

ვიდრე აღვწერდეთ პიელოგრაფიის ტენიკას, მე ნებას მივსცემ ჩემს თავს შევიჩრდო მის დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობაზე.

თირკმელის მენჯში შეყვანილ სითხე ნორმალურ პირობებში შედის მხოლოდ ფიალებში და თირკმელის თვით პარენქიმა, რა თქმა უნდა, არა სჩანს. როდესაც ვიცით თირკმლების ნორმალური ანატომიური მდებარეობა, მათი ურთიერთ შეფარდება, მათი ნეკნებით გადაჭრის ადგილები, მენჯების ბუნებრივი მდებარეობა, მათი შეფარდება ნეკნებთან, სრულიად ცხადად ირკვევა თირკმელების მდებარეობა. თუ არაფერს ვიტყვით იმაზე, რომ ძალიან ადვილია პიელოგრაფიის საშუალებით თირკმლების გადანაცვლების ან დაწვევის გამორკვევა, ზედმიწევნით სწორად შეიძლება დავადასტუროთ მოძრავი თირკმელი მისი განვითარების დასაწყისშივე, აქედან კი ადვილად შეიძლება წარმოვიდგინოთ, თუ როგორი თერაპევტიულ ეფექტი შეიძლება მივიღოთ თირკმელის ადგილმდებარეობის თავის დროზე და სისწორით განსაზღვრის დროს. დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე პიელოგრაფიას ნალისებრივ თირკმელის და შარდ-

საქართველო
2020

საწვეთების სხვა ანომალების გამორკვევისათვის, რაზედაც ქვევით გვექნება ლაპარაკი.

თირკმლების სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის, ჰიპერნეფრომების დროს, პიელოგრაფია თამაშობს უდიდეს როლს, მით უმეტეს, რომ აღნიშნულმა დაავადებამ შეიძლება არ მოგვეცეს რაიმე მოვლენა თირკმლების ფუნქციის მხრივ. თირკმელზე ზევიდან დაწოლით და მისი ქვევით დაწვეთით სურათზე ჩვენ ვხედავთ დაბლად მდებარე ფიალებს და გარდვიარდმო გაკიმულ მენჯებს და გორაზონტალურად მდებარე შერდსაწვეთს, რომელმაც დაჰკარგა თავისი რკალისებრივი მოყვანილობა ამ ადგილას პარენქიმაში მდებარე თირკმლების ქვები მოსჩანან სურათზე მენჯის მახლობლად, რასაც ამ შემთხვევაშიც დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ოპერატიულ დახმარების ამორჩევაში მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას—იციის თუ არა დასტაქარმა სად მდებარეობს ქვე პარენქიმაში, თუ მენჯში? აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ მეზობლად მდებარე ქვებმა, მაგალითად, ნალველის ბუშტის ქვებმა შეიძლება შეგვეყვანოს შეცდომაში. თავის თავად ცხადია, რომ მუცლის ღრუს ხორცმეტები შეიძლება ადვილად იქნას განსხვავებული თვით თირკმლის სიმსივნეებისაგან.

თირკმელში არსებული სიღრუეები ტუბერკულოზურ კავერნების ან აბსცესების დროს შეიძლება სისწორით იქნას ამოცნობილი საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანით. ყოველგვარი ცვლილებანი თირკმლების ფიალებში დაშლითი პათოლოგიურ პროცესების დროს, ქვები, რომელიც ხელს უშლის ჩირქის გამოსვლას—ყველაფერი ეს გარკვევით დინახება პიელოგრამაზე. ასევე ცხადია შეგვიძლია დავინახოთ ჩვენ მენჯების აგებულების ცვლილებანი. როდესაც ვიცით მენჯის ნორმალური ტეობა—2-6 კუბ. სანტ. და შეფარდება ფიალებსა და მათ შორის, ჩვენ თავისუფლად შეგვიძლია განვსაზღვროთ მათი გაფართოება: ჩვენ არა თუ შეგვიძლია განვსაზღვროთ პიდრონეფროზი, და მისი ოდენობა, არამედ სისწორით შეგვიძლია გავიგოთ ამ დაავადების მიზეზი: შარდსაწვეთების არა ნორმალური გამოსვლა (მახვილი კუთხის ქვეშ), გადაღუნვა და გადაგრება, მისი შეწებება და გადაქიმვა გარშემო მდებარე ქსოვილისაკენ, მათი შევიწროება—ყველაფერი ეს ირკვევა რენტგენოგრაფიით და ამისდა მიხედვით ქირურგიულ ჩარევის საშუალებების არჩევა სწორი იქნება.

არა ნაკლები მნიშვნელობა აქვს დიაგნოსტიკისათვის შარდსაწვეთის რენტგენოგრაფიას. თუ არაფერს ვიტყვით არანორმალურ მათ გამოსვლაზე თირკმლებიდან, შეიძლება დავინახოთ მათი განვითარების ყოველგვარი ამომადები: რაოდენობა 2-ზე მეტი. მათი გახსნის ადგილი ბუშტში ან დივერტიკულში. თუ ჰიპერნეფრომების დროს შარდსაწვეთის ზედა ნაწილი იღებს ჰორიზონტალურ მდებარეობას, ანთებითი პროცესების დროს, კერძოდ ტუბერკულოზის დროს, იგინი იღებენ დასწვრივ მდებარეობას და იკარგება რკალოვანი მოყვანილობა, რომელიც ნორმალურად აქვთ მათ ზედა და ქვედა ნაწილებში. შევიწროების, გაფართოების ადგილები და მათი რიცხვი ნათლად მოსჩანს სურათზე. ამას უნდა დაუმატოთ კიდევ ის გარემოება, რომ შარდსაწვეთის მუსკულატურამ შეიძლება დაჰკარგოს ნორმალური ფუნქციები, როდესაც შარდბუშტში შემზაპუნებული



საკონტრასტო სითხე ადის ზევით შარდსაწვეთში და მიგვითითებს შარდის უკან მდინარების შემთხვევაზე.

ამგვარად, ჩვენ ვხედავთ მრავალ პათოლოგიურ პროცესებს, რომელიც ადვილი მისაწვდომი ხდება შარდსასქესო ორგანოების რენტგენოგრაფიის საშუალებით. გასაგებია ამ მეთოდის მნიშვნელობა ამ ორგანოების დაავადებათა დიაგნოსტიკის დროს.

ამჟამად ძნელი წარმოსადგენია, რომ ეჭიმა ამ დაავადებათა დიაგნოზის დასმის დროს გვერდი აუხვიოს ამ მეთოდებს, განსაკუთრებით როდესაც თანამედროვე უროლოგიას, რომელიც გამოყოფილია ცალკე დისციპლინად, აქვს ასეთი უებარი საშუალება.

დასასრულ მე შევეხები პიელოგრაფიის წარმოების ტენიკას.

ზემოაღნიშნულ მანიპულაციის საწარმოებლად საჭიროა მხედველობაში ვიქონიოთ შემდეგი მომენტი: ავადმყოფის წინასწარ მომზადება, საკონტრასტო სითხის ამორჩევა. შარდსაწვეთის კატეტერის ამორჩევა და შეყვანა, სითხის შეყვანა და სურათის გადაღება. ავადმყოფის წინასწარი მომზადება მდგომარეობს იმაში, რომ მას წინაღობით კუჭ-ნაწლავი ეწმინდება ზეთით, უმეტეს შემთხვევაში საკონტრასტო სითხით ამჟამად ხმარობენ ბრომის ნატრიუმის 25%-ან ხსნარს (steril). შარდსაწვეთების კატეტერიზაციისათვის პიელოგრაფიის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს შარდსაწვეთის კატეტერის არჩევას; საჭიროა მხედველობაში იქნას მიღებული ის გარემოება, რომ ჩვენ შეგვიძლია წავაწყდეთ სხვა დასხვა დაბრკოლებებს და რომ შარდსაწვეთის კატეტერიზაციას მსხვილ კატეტერით შეიძლება შედეგად მოჰყვეს შარდსაწვეთის ლორწოვანი გარსის დაზიანება, რაც არასასურველ მოვლენას წარმოადგენს. ამიტომ უნდა ავიჩიოთ უურო წერილი, თავისუფლად გასატარებელი კატეტები. კარგია № 5 და კიდევ უფრო კარგი № 4. ბისმუტის კატეტერის შეყვანის დროს ატარებენ მას თანდათანობით და ფრთხილად რა როდესაც გატარებული იქნება დაახლოებით 2-3 სანტიმეტრის მანძილზე, გამოიღებენ ცისტოსკოპს და ამავე დროს ცოტაოდნად გაჰყავთ კატეტერი შარდის ბუშტში. კატეტერის გარეთა ნაწილი უმპლასტოს საშუალებით მაგრდება ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე და ამ მდგომარეობაში ავადმყოფი გადაჰყავთ რენტგენის კაბინეტში; მას შემდეგ რაც სურათის გადასაღებად მოახლოვებულია კომპრესორი, უნდა შევიყვანოთ საკონტრასტო სითხე.

უნდა მიექცეს ყურადღება იმ გარემოებას, რომ კომპრესორის ზედდაწოლა თირკმელზე ზედმეტი არ იყოს, ვინაიდან ლიტერატურაში აწერილია შემთხვევები, როდესაც ზედმეტი ზედდაწოლას ქვეშ გამსკდარა ჰიდრონეფროტული თირკმელი. შემდეგ შარდსაწვეთის კატეტერის საშუალებით რეკორდის დიდი შპრიცით შეყავთ ხსნარი, რომელიც უნდა იყოს გამთბარი სხეულის ტემპერატურამდე. სითხე შეჰყავთ ნელა, განუწყვეტლივ თითის სუსტი ზედდაწოლით, ამასთანავე მენჯის უკიდურესათ გავსებას გვიჩვენებს მწვავე ტკივილი, სათანადო თირკმელში. როგორც კი პაციენტი აღნიშნავს ტკივილს, პაზინვე სწყდება სითხის შეყვანა, ამის შემდეგ გამოსწვევენ კატეტერს და ისევ შეჰყავთ სითხე, სანამ კატეტერი სრულიად არ იქნება გამოღებული შარდის ბუშტიდან. ამ მეორე აქტის შემდეგ სწარმოებს სითხის შეყვანა შარდსაწვეთში. ამის შემდეგ



იღებენ სურათს. სურათის გადაღების შემდეგ ავადმყოფს წინადადებას აძლევენ მოშარდოს. უკეთესია, თუ გამოუშვებთ შარდს და გამოვრეცხავთ ბუშტს. რაც შეეხება ცისტოგრაფიის წარმოებას, იგი ძალიან ადვილია.

წინასწარ ფიზიოლოგიურ ხსნარით გამოვრეცხილ ბუშტში შეჰყავთ იმავე სითხე ბუშტის გავსებამდე, რასაც აღნიშნავს ავადმყოფი, რომელსაც მოშარდვა მოუნდება. შემდეგ სწარმოებს სურათის გადაღება, გამოუშვებენ სითხეს ბუშტიდან, რომელსაც ხელახლად გამოვრეცხავენ რომელიმე ხსნარით.

მ. ფურცელაძე.

ორდინატორი.

ქირურგიულ ტუბერკულოზის, მალარიის და ათაშანგის შეერთებული შემთხვევაში.

(ტფილისის სახელმწ. უნივ. ქირურგიულ ჰოსპიტალური კლინიკიდან.

გამგე პროფ. გ. მუხაძე).

ბატონებო! დღევანდელ ჩემ მოკლე მოხსენების საგანს შეადგენს შედეგები იმ დაკვირვებისა, რომელიც სწარმოებს ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ქირურგიულ ტუბერკულოზით დაავადებულ ავადმყოფზედ. აქ უკვე მრავალმა მომხსენებელმა აღნიშნა, რომ ჩვენი ხალხის გამანადგურებელ და გადაგარების გზაზედ დამყენებელ მიზეზად, უმთავრესად, უნდა ჩაითვალოს ტუბერკულოზი, მალარია და ათაშანგი. მიუხედავად იმისა, რომ ეს გარემოება უკვე დიდი ხანია ნათელია ყველა ქართველ ექიმისათვის, სხვადასხვა მიზეზების გამო (უმთავრესად უსახსრობისა) არამც თუ არ არის სათანადოდ დაყენებული წესიერი ბრძოლა მათ წინააღმდეგ, არამედ ჯერ კიდევ არავის არ აქვს ჯეროვნად შესწავლილი თვით ის პირობები, რომელიც ხელს უწყობენ ჩვენში მათ ასე უზომოდ გავრცელება-გაძლიერებას. ასე, მაგალითად, თუმცა არა ერთხელ გამოთქმულა აზრი, რომ ჩვენს სამშობლოში ტუბერკულოზის მძვინვარებას ხელს უნდა უწყობდეს მალარია, მისი დამასუსტებელ ციებ-ციხლებით, მაგრამ სპეციალური გამოკვლევა ამის შესახებ ჩვენში, როგორც მე ვიცი, ჯერ არავის მოუხდენია; როგორც აქაც იყო აღნიშნული არა ერთხელ გამოთქმულა აზრი, რომ ტუბერკულოზთან ორგანიზმის ბრძოლას აძნელებს ქართული საკმლის სიღარიბე ცხიმოვან ნივთიერებით, მაგრამ მეცნიერულად ჯერ არავის შეუსწავლია ამ მხრივ ჩვენი გლეხის და მოქალაქის ჩვეულებრივი საკმელი. ჩვენ კარგად ვიცით, რომ როგორც ტუბერკულოზი, ისე მალარია და ამ ბოლო საუკუნეში—ათაშანგიც მეტად მოედო ჩვენს ხალხს, მაგრამ დღემდე არა გვაქვს სწორი სტატისტიკური ცნობები მათ გავრცელების და მეტადრე ურთიერთ დამოკიდებულების შესახებ.

ერთი სიტყვით მე მინდა აღვნიშნო, რომ ზემოაღნიშნულ სნეულებათა მეცნიერული შესწავლა ჩვენში იმყოფება ჯერ კიდევ დასაწყის ხანაში, ამიტომაც ყოველი დაკვირვება ამ მხრივ უნდა წარმოადგენდეს ერთგვარ ღირებულებას—მოსაზრება, რომელიც მაძლევს მე გაბედულებას მოგახსენოთ ის შედეგები, რომელიც უკვე დღესაც, თითქმის შრომის დასაწყისშივე, ჩვენთვის გამოიხატა აშკარად და ნათელია.

ჩვენი დაკვირვების საგანს წარმოადგენს ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის ავადმყოფების ის ნაწილი, რომელიც დაავადებულ იყო ეგრედწოდებულ ქირურგიულ ტუბერკულოზით. დაკვირვების მასალად ჩვენ განძრახ ვარჩევდით მხოლოდ იმ შემთხვევებს, სადაც ტუბერკულოზური ეთიოლოგია ძირითადი ავადმყოფობისა, რომლის გამო ავადმყოფი მიღებული იყო კლინიკაში, იყო ყოველ ექვ გარეშე. და თუმც ჩვენი კლინიკა ამგვარ ავადმყოფთა შორის იღებდა მხოლოდ იმთ, ვისაც ესაჭიროებოდა ოპერატიული დახმარება—ესე იგი არ თავსდებოდნენ არც მსუბუქი შემთხვევები, რომელთა წამლობა შეიძლებოდა გატარებულიყო ამბულატორიულად, არც ის მძიმე შემთხვევები, სადაც უიმედობის გამო ოპერატიულ დახმარებას აზრიც არ ჰქონდათ, მაინც ამ წლის 1-ელ იანვრიდან (დრო დაკვირვების დაწყებისა)—დეკემბრამდე, ესე იგი ხუთი თვის განმავლობაში, ასეთ ავადმყოფთა რიცხვმა გადაამეტა 100-ს, რაც შეადგენს ყველა ავადმყოფთა რიცხვის მიხედვით (სულ 400-მდე) 25%.

თუ მივიღეთ მხედველობაში, რომ ეს პროცენტი მოიცა მხოლოდ ქირურგიულ ტუბერკულოზის შემთხვევებმა, ადვილი წარმოსადგენია, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულთა საერთო რიცხვი საქართველოში უნდა გამოიხატოს, შესაძლებელია, ორჯელ უფრო დიდი %-ით. რა საშინელებას წარმოადგენს საქართველოსათვის ეს ციფრები ნათლად სჩანს შემდეგი შედარებიდან: გერმანიაში 1913 წელს, ესე იგი მსოფლიო ომამდე, საერთოდ ყველა დაავადებათა შორის ტუბერკულოზი აღნიშნული იყო 13%; 1922 წელში კი, ომიანობით გამოწვეულ დიდი შიმშილობის შემდეგ ტუბერკულოზით დაავადებულთა რიცხვი გაიზარდა 27%, რაც გერმანიაში ცნობილი იყო საშინელებად და გახდა საკმარის მიზეზად იმით წარმოშობილ ცხოვრების ცუდ პირობების (მეტადრე კვების მხრივ) ყოველგვარ შესწავლისათვის.

ჩვენში კი 25%-მდე იძლევა მარტო ქირურგიული ტუბერკულოზი. ჩვენი დაკვირვების დროს, როგორც პრინციპი, იყო აღებული შეპღევი გეზი: ჩვენ ვახდენდით ჩვენი მასალის ყველა ავადმყოფის სრულ კლინიკურ გასინჯვა-გამოკვლევას. ტუბერკულოზის მხრივ—გარდა ძირითად პროცესისა, რომლის გამო ის მიღებული იყო კლინიკაში, ჩვენ ვსინჯავდით შინაგან ორგანოების მდგომარეობას, მეტადრე ფილტვებისას, რომ დაახლოვებით მაინც გამოგვერკვია, თუ რა გზით შეიქრა ტუბერკულოზური ინფექცია ორგანიზმში. ამასთანავე საექმო შემთხვევების გამოსარკვევად ვსარგებლობდით თერაპევტების კონსულტაციით და რენტგენით ფილტვების გაშუქებით. რუაქციების შორის ჩვენ ვაწარმოებდით Pirquet-ის და Besredko-ს. Pirquet-ის რუაქციით ჩვენ ვსარგებლობდით ყოველ შემთხვევაში გამოუნაკლისოდ; Besredko-ს რუაქცია კი ამ 100 ავადმყოფის მასალაზე, კლინიკისაგან დამოუკიდებელ მიზეზების გამო, ჩვენ შევძენით გატარება მხოლოდ მცირე ნაწილზედ. ჩვენი მასალა ავადმყოფობის მიხედვით ნაწილდებოდა შემდეგნაირად: Spondylitis tbc—29, Lumphadenitis—11, სხვადასხვა ადგილი gonitis tbc—14, Osteomyelitis tbc—13, Cories-ი მტევნის და ტერფის წვირილი ძვლებისა და მკერდ-ნეკებისა—7, Peritonitis tbc—6, coxitis—11, Pyonephritis tbc—2, tbc testis—2, Cystitis tbc—3 და Pleuritis purul.—2. ამ ავადმყოფებიდან მამაკაცები 63, დედაკაცები კი 37. წლოვანების

მიხედვით—3—10 წ.—10; 10—20 წ.—29, 20—30 წ.—33, 30—40 წ.—21, 40—50 წ.—3; 50—70 წ.—4; ყველა ამ ავადმყოფებს, როგორც უკვე ზევით იყო აღნიშნული აკრილი ჰქონდათ 25% Ac. Koch-ის ტუბერკულინი. რეაქციას აკრის შემდეგ, უხშირესად, ვიღებდით 28 საათის განმავლობაში, თუმცა გეჰონდა შემთხვევები, როცა რეაქციის გამოხატულება მივიღეთ ადრეც—12 საათის შემდეგ და დავკვიანებთაც—მესამე დღეს. მკაფიო დადებითი შედეგი რეაქციამ მიიღო 87 შემთხვევაში, დანარჩენმა 13 ავადმყოფმა კი, რომელიც დაუშლურებული და კახექტიური იყვნენ მოგვეცეს უარყოფითი შედეგი. აკრის შემდეგ, საერთო რეაქცია, რომელიც გამოიხატებოდა I აწვევაში 2 შემთხვევაში I⁰-მდე და II-ში კი 0,5—0,8⁰—ტეხვითი ტკივილები სხეულის სხვადასხვა ნაწილებისა და საერთო სისუსტე მოიცა 8 ავადმყოფმა. ასეთივე აკრა ჩვენ ვაწარმოვეთ 51) კლინიკურად ტუბერკულოზიდან სრულიად თავისუფალ ავადმყოფზედ. ამათგან 14-მა დადებითი, დანარჩენმა კი უარყოფითი რეაქცია.

აქ მე მინდა მოკლედ შევეხო Pirquet-ის რეაქციას. წინასწარ უნდა აღვნიშნო, რომ ჩვენ, როგორც Pirquet-ის ისე Bezredko-ს რეაქციებს ვაწარმოებდით არა დიაგნოზის გამოსარკვევად, რადგანაც როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ყველა ამ 100 შემთხვევაში ჩვენთვის დიაგნოზი ექვ გარეშე იყო, რადგანაც ჩვენ განგებ ვარჩევდით ასეთ მასალას—არამედ თვით მასალით გვიწოდდა გამოვევრკე: ია დიაგნოსტიკური ღირებულება მათი. შესახებ Bezredko-ს რეაქციისა ჯერჯერობით, მასალის სიმცირის გამო, მე თავს ვიჭერ რაიმე აზრის გამოთქმისაგან; Pirquet-ის რეაქციის შესახებ კი შემიძლიან აღვნიშნო, რომ ჩვენმა მასალამაც სავეებით დადასტურა ის შეხედულება, რომელიც დღეს, შეიძლება ითქვას, გახდა საყოველთაოდ—რომ დადებითი Pirquet-ის რეაქციის დიაგნოსტიკური ღირებულება მოზრდილ ავადმყოფთა კლინიკისათვის არ არის დიდი, რადგანაც ის მაჩვენებელია მხოლოდ იმისა, რომ ორგანიზმში ყოფილა ოდესმე ან ეხლა არის the ვირუსი. არც ამაზედ მეტი უნდა იყოს მისი პროგნოსტიკური მნიშვნელობა. რაც შეეხება უარყოფითი რეაქციის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობას, არ შეიძლება არ აღვნიშნო რომ 3—4 შემთხვევაში რეაქციამ ბრწყინვალედ გაიმართლა თავი, რაც შემდეგში დადასტურებული იყო პატალოგო-ჰისტოლოგიურ გამოკვლევით. ამ შემთხვევებიდან მოვიყვან მხოლოდ ორს ნამეტნავად დემონსტრაციულს: პირველი შემთხვევის კლინიკური დიაგნოზი arthritis deformans ტუბერკულოზურ ნიადაგზედ. ავ. გაუყვთა Pirquet-ის რეაქცია განმეორებით რამოდენიმეჯერ—ყოველთვის უარყოფითი შედეგი. Wassermann-ის რეაქციამ მოგვცა დადებითი პასუხი (სამი ჯვარი). ავადმყოფი ვადავგზავნეთ ვენერიულ კლინიკაში სპეციფიურ წამლობისათვის. რამოდენიმე თვის შემდეგ ავადმყოფი დაბრუნდა ჩვენს კლინიკაში დაყინებითი მოთხოვნით ოპერაციისა, რადგანაც წამლობამ მას უკეთობა არ დაატყო. ავადმყოფს გაკეთებული ჰქონდა ოპერაცია. ამონაკეთის პრეპარატის პათალოგო-ჰისტოლოგიურმა განხილვამ მოიცა ტიპური ლუეტური სახსრის დაავადება.

მეორე შემთხვევა: ავადმყოფი ვადმოყვანილია საოპერაციოდ ტუბერკულოზურ პერიტონიტის დიაგნოზით. Pirquet-ის რეაქცია უარყოფითი. ოპერაციის

დროს აღმოჩნდა პერიტონეუმის პარიეტალურ ფურცლის მუკოზური მრავალბუშტოვანი კისტომა.

მალარიას ჩვენ ვარკვევდით დეტალურად შეკრებილ ანამნეზით, სისხლის მორფოლოგიურ სურათით და პარაზიტების აღმოჩენით. ნ2 ავადმყოფმა ანამნეზში აღნიშნეს სხვადასხვა ხანგრძლივობის ციებ-ცხელება. სისხლის გასინჯვის დროს 18 შემთხვევაში პოემენტი, ორ შემთხვევაში კი აღმოჩენილი იყო *f. tertiana*-ს გრგოლები; ამ ავადმყოფთ სისხლი აღებული აქვთ შეტევის დროს, რადგანაც ასეთ შეტევებს ადგილი ჰქონდათ მათ კლინიკაში ყოფნის დროს. მალარიით დაავადებულებიდან 10 ავადმყოფს მკაფიოდ ესინჯებოდათ ნეკნების რკალის ქვევიდან გადიდებულ ელენთის კიდე. ცხრა შემთხვევაში კი ელენთა 3, 4 და 5 თითზედაც გამოდიოდა ნეკნების რკალიდან.

რაც შეეხება ათაშანს ჩვენ აქ ვკმაყოფილებით ანამნეზით და Wassermann-ის რეაქციით სისხლზედ, რომელსაც საექმო შემთხვევებში ვიმეორებდით რამოდენიმეჯერ. ზოგიერთ, მართალია მეტად იშვიათ შემთხვევაში, ჩვენ ვაწარმოებდით Wassermann-ის რეაქციას ზურგის ტვინის სითხეზედ. 13 ავადმყოფის Wassermann მა სისხლით მოიცა დადებითი შედეგი. ამ ცამეტში 10 მამაკაცი, ხოლო სამი კი დედაკაცი. წლოვანობის მიხედვით 8—15 6-ის შემთხვევა, დანარჩენი 7 კი 15—40-დე. მცირედი გამონაკლისით ყველა ესენი აღნიშნავდნენ საშუალო გამოხატულ ისტერიო—ნევრასტენიის ნიშნებს. მყესთა რეფლექსები აწუხლია; ადგილი ჰქონდა პათოლოგიურ რეფლექსებსაც—Babynski-ს და როსელიმოს. ექვს შემთხვევაში ამ ავადმყოფობის სქესობრივი გზით შეძენაზედ ზედმეტია ლაპარაკი: ეს ყველა შემთხვევები ეკუთვნის მოზარდ ხანას, როცა ჯერ სქესობრივი ცხოვრება არ დაეწყოთ. ასე რომ აქ უნდა ჰქონოდა ადგილი შთამამავლობითი ლუეტითურ ფორმას. დანარჩენებიდან 4 აღნიშნავს ანამნეზში შეძენილ ათაშანს, არამედ მავარი შანკრით, ჯირკვლების შესივებით და კანზედ გამონაჟართ. ამჟამად ეს ავადმყოფები ათაშანიდან სრულიად განკურნებულად სთვლიდნენ თავს, რადგანაც გაეტარებინათ სპეციფიური წამლობა და მის შემდეგ რაიმე ამ ავადმყოფობის ნიშნებს აღარ ამჩნევდნენ. უკანასკნელი სამი ავადმყოფი კი სავსებით უარჰყოფდნენ ათაშანს ანამნეზში.

ანალიზებიდან გარდა ნახველის და შარდის სრული გასინჯვისა, ყველა შემთხვევაში ჩვენ ვაწარმოებდით აგრეთვე განავლის გასინჯვას ჭიების მხრივ, რადგანაც გვინდოდა გამოგვეჩვენა, თუ როგორი სიხშირით გვხვდებიან ჭიები ტუბერკულოზურ ავადმყოფთა შორის და როგორ როლს თამაშობენ ისინი ავადმყოფის დასუსტების და ტუბერკულოზისათვის შესაფერ ნიადაგის მოსამზადებლად. ჭიები აღმოჩნდა 12 ავადმყოფის განავალში. (*ascars* და *trichoceph.*).

ჩემი დაკვირვების შედეგებიდან უნდა ვიგულისხმოთ, რომ ათაშანი და ჰელმენტიაზისი არც ისე იშვიათად უნდა იყოს ტუბერკულოზისათვის ხელშემწყობი მიზეზად, როგორც მალარია, რომელიც გამოიხატება—52%.

ბატონებო, დღეს ჩემი გამოსვლის მიზანად მე ვთვლი მხოლოდ წინასწარ შთაბეჭდილების სახით გამცნოთ ის, რაც უკვე მტკიცედ გამოისახა მუშაობის დასაწყისშივე. ვიმეორებ კვლავ, რომ ჯერ ჩვენ ვერ მივცემთ ჩვენს თავს ნებას გამოვიტანოთ რაიმე საბოლოო აზრი ჩვენი მცირე დაკვირვებიდან. ამ აზრისა-

თვის საჭიროა დიდი მასალა, რომელიც ან უნდა იყოს გატარებული ერთ პირის მიერ, რაც ტექნიკურად ჩვენს პირობებში შეუძლებელია ან უნდა იყოს შემუშავებული გეგმა, რომლის მიხედვითაც სხვადასხვა კუთხეებში ადგილობრივ იწარმოებს დაკვირვება ამ საკითხის გარშემო და მხოლოდ საერთო ჯამი ამ დაკვირვების მოგვცემს საბოლოო პასუხს.

ჩვენი მუშაობა ნიიღით, როგორც ტუბერკულოზის შესასწავლად დამუშავებული გეგმა, რომელშიაც თქვენ-თქვენი შეხედულების დაგვარად შეგიძლიანთ შეიტანოთ ახლაც ესა თუ ის შესწორება, რომელიც დასახულ მიზნისთვის სასურველია იყოს ერთნაირი და სავალდებულო ყველა მკვლევართათვის.

მე. მიხეილ მგალობლიშვილი.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი

საზვილოსნოს სურავავაგინალური ამპუტაცია თუ მისი სრული ამოკვეთა მიომეზის და სხვა დაავადების დროს*).

(ტფილისის სახელმწ. უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკიდან. გამგე—
პროფ. გ. ღამბაარაშვილი).

ღღევანდელ მოხსენების საგნად ჩვენ ავირჩიეთ წმინდა ქირურგიული საკითხი, რომელიც თუმცა ძველი საკითხია, მაგრამ ღღესაც საკამათოა. საზვილოსნოს სურავავაგინალური ამპუტაცია თუ მისი სრული ამოკვეთა არის საკითხი, რომლის შესახებ ბლომად იწერება გერმანულ და ფრანგულ ლიტერატურაში, რადგან დოსტაჟარ-გინეკოლოგთა შორის ერთსულლოვნობა არ არსებობს გამოქვეყნებული სხვადასხვა მხრიდან მასალა ერთი მეორეს საწინააღმდეგო შედეგებს იძლევა—ეს კი ამ ძველ საკითხს მუდამ ახლად ხდის. თუ რამდენად დიდია საქიროება ამ კითხვის საბოლოოდ გადაჭრისა, თუ გინდ იქიდანაც ჩანს, რომ ის 1924 წლის მეან-გინეკოლოგთა ყრილობაზე ვენაში კიდევ დასმული იყო და მრავალმხრივ გაშუქებული. მრავალ ავტორთა შეხედულების წინააღმდეგ Weibel-ი, Chrobach-ის კლინიკიდან წარმოდგენილ დიდ მასალის და ავრეთვე Fischer-ი და Borex-ი საკუთარ შემთხვევათა შესწავლის მიხედვით ამტკიცებდნენ სრული ამოკვეთის უპირატესობას შედარებით სურავავაგინალურ ამპუტაციასთან. ამ მოსაზრებით ჩვენც დროულად ჩავთვალეთ კლინიკის მასალის გამოყენება. ვფიქრობთ, მასალა საკმაოა, რომ რაიმე დასკვნა იქნეს გამოტანილი. ამის გარდასაყურადღებოა ისიც, რომ მასალა შეიცავს უტყუარ ცნობებს ამა თუ იმ მეთოდით გაკეთებულ ოპერაციის შორეულ შედეგებისას; ამ უკანასკნელის მნიშვნელობა ყველასათვის აშკარაა. იყო კიდევ მეორე გარემოებაც, რომელიც ჩვენ გვიკარნახებდა ასეთი თემის არჩევას, სახელდობრ შარშან საქართველოა ექიმთა მე-2 კონგრესზე წაკითხულ მოხსენებაში ქალის სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის შესახებ ჩვენ ოპერაციის მეთოდებზე არაფერი ვეთქვამს, აღვნიშნეთ კი, რომ იმ შემთხვევებში, როდესაც ნეულუმის უმთავრეს ბუდეს ქალის სასქესო ორგანო წარმოადგენს-ო, ოპერაციული წამლობა საუკეთესო საშუალებაა. თუ რომელი წესით იქნება ამოკვეთილი ტუბერკულოზით დაავადებული საზვილოსნო—ეს, როგორც ქვევით დავინახავთ, არც ისე უბრალო გადასაწყვეტი საქმეა.

*) მოხსენებულია საქართველოს ექიმთა მე-III სამეცნიერო კონგრესზე მასში 1925 წ.

დღეს საშვილოსნოს ამოკვეთის ოპერაციის ორი მეთოდი ეჯიბრება ერთმანეთს. ორივე რადიკალურ ოპერაციათ ითვლება, რადგან ორგანიზმს აშორებს დასნეულებულ ორგანოს. ერთია—სუპრავაგინალური ამპუტაცია Chrobach-ისა და მეორე—საშვილოსნოს სრული ამოკვეთა აბდომინალური თუ ვაგინალური გზით. როგორც მოკესხენებათ, პირველ შემთხვევაში იკვეთება მხოლოდ საშვილოსნოს ტანი შიგნითა ყელის სიმაღლეზე, მეორეში კი—სავსებით მთელი ორგანო.

თავისთავად ცხადია, რომ სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზით დაავადებული შემთხვევები ჩვენ ვერ მოგვცემდა შესაფერ მასალას იმის გამოსარკვევად, თუ რომელი ოპერაციის წესი უნდა იქნას საუკეთესოდ მიჩნეული, რადგან ბოლოს და ბოლოს ამ ორგანოთა განმარტოვებული დაავადება არც ისე ხშირი მოვლენაა. ესეც რომ არ იყოს, ასეთი მასალა სხვა მხრივაც დასახულ მიზნისთვის გამოუყენებელია. ვინ არ იცის, ტუბერკულოზით დაავადების დროს როგორი მკიდრო შეწყებებიანი არსებობს მენჯის ორგანოთა შორის, ვინ არ იცის, როგორ ხშირია ამ დროს არსებობა შერეულ ინფექციისაც, ასე რომ თუ ობიექტიურად მსჯელობა გვსურს, ყველა ამას ანგარიში უნდა ვაეწიოს; აშკარაა ამ გარემოებათა გავლენა ოპერაციის წარმოებაზე და მისი შედეგებზე. ჩვენის ღრმა რწმენით, ოპერაციის ამა თუ იმ მეთოდის შესაფასებლად აუცილებელია შერჩევა ერთგვაროვან შემთხვევათა და ამრიგად თვით ოპერაციის ჩაყენება თანაბარ პირობებში. ამ მხრივ საუკეთესო მასალად შეიძლება ჩაითვალოს საშვილოსნოს ფიბრომიომები და ჩვენც, როგორც სხვა ავტორებმაც, ვისარგებლეთ ასეთი შემთხვევებით. აქვე დაესძინეთ, რომ ჩვენ სხვა დაავადების გამო რადიკალურ ოპერაციით ნააქიმარი შემთხვევებიც მოგვყავს, მაგრამ ზემოდმოყვანილ მოსაზრების გამო მათი გამოყენება რაიმე დასკვნის გამოსატანად მიზანშეუწონლად მივაჩნია.

ქვევით მოყვანილი ცხრილი გვამცნობს, თუ რომელი ოპერაციის წესი იყო ხმარებული მიომიან ავადმყოფებზე და რამდენი იყო მათი რიცხვი წლების მიხედვით.

ცხრილი № 1.

ოპერაციის მეთოდი.	1921 წ.	1922 წ.	1923 წ.	1924/25 წ.	სულ
1. Supravag. Amput. . .	1	4	22	21	48
2. Abdom. Totalexstirp.	5	14	12	6	37
3. Vaginale Totalexstirp.	6	1	1	2	10
სულ . . .	12	19	35	29	95

როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს მიომების ოპერაციის დროს ვაგინალური სრული ამოკვეთისათვის ჩვენ შედარებით იშვიათად მიგვიმართავს. აქ გასაკვირვო



არაფერია. ცნობილია, რომ დოსტაქარს მეტ წილად მიმართავენ ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ უკვე საგრძნობლად გაზრდილი სიმსივნეები. ჩვენ მომხრე ვართ მისი, რომ მიომა, რომელიც დიდია და რომლის ჩამოტანა თავისუფლად პატარა მენჯში არ შეიძლება, უნდა იქნას ამოკვეთილი მუცლის კედლის გზით. დღეს, როდესაც ასეპტიკა ზედმიწევნით კარგად შესწავლილია, როდესაც მუცლის ღრუში მუშაობის ტექნიკა იდეალურად განვითარდა, ცხადია, მხოლოდ გადაჭარბებულად მოტრფიალე ვაგინალურ გზისა თუ გადასწყვეტს კიამდე ან მის ზევით გაზრდილ მიომის საშოს მხრივ ამოკვეთას; სხვა ამ შემთხვევაში, ექვი არ არის, აბდომინალურ გზას აირჩევს. ჩვენ არ ვიზიარებთ Ott-ის შეხედულებას ამის შესახებ. მას ვაგინალურ გზით მუშაობის წინააღმდეგ ჩვენებად მიაჩნია მხოლოდ შეუძლებლობა ხორცმეტის დაპატარავებისა (მისი გაქვეავება) და სივიწროვე სასქესო არხისა. მისთვის არც ხორცმეტის სიდიდე და არც მკიდრო შეხორცებანი სხვადასხვა ორგანოებთან არ წარმოადგენენ რაიმე დაბრკოლებას ამ გზით ოპერაციის გაკეთებისთვის. მართალია, Ott-ის მიერ შემოღებული ვახსნილ მუცლის ღრუს საშოს-მხრივ განათება (ვენტრო-ვაგინოსკოპია) დოსტაქარს ბევრში შეეღის, მაგრამ ამ დროს მაინც არსებობს ერთგვარი უხერხულობა და სივიწროვე, რასაც აბდომინალურად სიმსივნეზე მიღვამის დროს ადგილი არ აქვს.

ისიც აშკარაა, რომ ხორცმეტის სხვადასხვა ორგანოებთან შეწყებების დროსაც მეტია შესაძლებლობა საშიში დაზიანების მიღებისა სწორედ ამ გზით. გასაკვირვია Кипарский-ს განცხადება გინეკოლოგთა ყრილობაზე ლენინგრადში 1910 წ. იმის შესახებ, რომ მან ვაგინალურ გზით ნაწლავის დაზიანება თითქოს მიიღო მხოლოდ 2 შემთხვევაში, აბდომინალურ გზამ კი-ნაწლავის და შარდბუშტის დაზიანება მას 8 ჯერ დაუტოვა. ჩანს, ავტორს აბდომინალური გზა უხმარია გართულებულ შემთხვევებში, წინააღმდეგ შემთხვევაში ძნელი იქნებოდა იმის ახსნა თუ რისთვის სწორედ იმ გზამ, რომელიც შესაძლებლად ხდის ორგანოთა მდგომარეობის კარგად გათვალისწინებას და საჭიროებისდა მიხედვით სურვილისამებრ კედლის ჰრილობის გადიდებას, ასეთი დაზიანება მისცა. ვერვინ უარყოფს იმ ფაქტს, რომ ტენიკის მხრივ ვაგინალური გზით ოპერაციის წარმოება ვაკილებით უფრო ძნელია და მეტ ცოდნას და გამოცდილებას მოითხოვს. არ უნდა დაივიწყოთ ისიც, რომ ვაგინალური გზით სისხლისძარღვების გადასვენა, საზოგადოდ სისხლის ღენის შეჩერება შედარებით უფრო ცუდ პირობებში ხდება, ვიდრე აბდომინალური. ამას ზოგჯერ შესაძლებელია თან დაერთოს ოპერაციის შემდგომი საშიში სისხლის დენა. ლიტერატურაში ასეთი სისხლის ღენის შემთხვევები საკმაოდაა აწერილი. ჩვენც ერთ შემთხვევაში ოპერაციის მე-XII დღეზე განვიცადეთ იგი და მხოლოდ დროზედ დახმარების მიწოდებამ, რაც ხელმეორედ ძაფების დადებაში გამოიხატა, ავადმყოფი სიკვდილს გადავიკარჩინა.

ვაგინალური გზით საშვილოსნოს ამოკვეთას შეიძლება მეორე გართულებაც თან დაერთოს, განსაკუთრებით თუ შეწყებების გართულებული შემთხვევაა. საშვილოსნოს გადმობრუნების ანუ ძირს ჩამოწევის დროს შეიძლება კვარცხსავალი ანუ რომელიმე ოვოი გაიგლიჯოს, რასაც აუცილებლად თან დაერთვის საშიში სისხლის დენა. მაშინ სისხლის ძარღვის დაქერა და გადასვენა,

ადვილი საქმე აღარ არის. აწერილია შემთხვევები, როდესაც გაგლეჯილ სისხლის ძარღვის მოსავლელად საჭიროდ გამხდარა მუცლის კედლიდან ღრუს გახსნა და ამ გზით ოპერაციის დაბოლოვება.

მიუხედავად ყველა ამისა ვაგინალური სრული ამოკვეთა მანც უნდა ჩაითვალოს საუკეთესო მეთოდით გაურთულებელ შეწყობებათა შემთხვევებში და აგრეთვე მაშინაც, თუ სიმსივნე დიდი არ არის და მისი მცირე მენჯში ჩამოტანა თავისუფლად მოსახერხებელია. აი ჩვენ ასეთი ჩვენებით უღებოდით ვაგინალურ გზას და ამის გამოც საშვილოსნოს ამ გზით ამოკვეთის რიცხვი ნაკლები შეიქნა.

რამდენად ადვილია ვაგინალური გზის შეფასება, რომლის შესახებ აზრთა სხვადასხვაობა დოსტაქართა შორის ზოგიერთის გამოკლებით თითქმის არ არსებობს, იმდენად ძნელია შეფასება და საკამათოცაა მეორე საკითხი — სუბრავაგინალური ამპუტაცია თუ სრული ამოკვეთა. შეეკვლია, რომ სუბრავაგინალური ამპუტაცია ტენნიკის მხრივ უფრო მარტივი ოპერაციაა, მაგრამ, თუ მის სიადვილეს, მის სიმარტივეს შეეწირა ოპერაციის კარგი შედეგი, მაშინ ის კარგ და მისაღებ მეთოდით არ შეიძლება გამოცხადდეს. ეს რომ ასეა, ამას შემდეგი ცხრილი ამტკიცებს:

ცხრილი № 2.

	სუბრავაგინალური ამპუტაცია (48 შ.)	აბდომ. სრული ამოკვეთა (37 შ.)	ვაგინ. სრული ამოკვეთა (10 შ.)
სიკვდილის შემთხვევა	1 (2,08%)	2 (5,4%)	0
გ ა რ თ უ ლ ე ბ ა:			
1. კედლის ჭრილობის დაჩირქება	8	6	—
2. ექსუდატი	12	—	—
3. თეთრად შლა	13	1	2 (მალე შესწვდა)
4. სისხლის დენა	1	—	1 (ოპერ. მე-IX დღეს)
5. შეზორცება და ტკივილები	11	—	—
6. გამოვარდნილობა საშოს კედლისა	—	—	—

ამ ცხრილში უმთავრეს ჩვენ ყურადღებას იპყრობს კედლის ქრილობის დაჩირქების სიხშირე, ხანგრძლივობით თეთრად შლას გამოჩენა, არსებობა ექსულატისა და შეწებებათა ტკივილებით; ყველა ეს გამოცხადებული მაშინვე საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაციის შემდეგ და ზოგიერთ შემთხვევაში დიდი ხნით არ შეწყვეტილა (დაკვირვების ხანი 3 თვიდან 3 $\frac{1}{2}$ წლამდე). სამუშაო როდ ყველა ავადმყოფთა დაკითხვა და გასინჯვა ვერ მოვახერხეთ, თორემ, შესაძლებელია, ტკივილებიანი შეწებების შემთხვევების რიცხვი მეტი იქნებოდა. ჩვეულებრივად ექსულატის გაჩენა აშკარადებოდა ცოტაოდნით t° აწევით და ტკივილების დაწყებით. მიღებული სხვადასხვა ზომებით ჩვენ ვალწვედით t° ნორმამდე დაწევას და ტკივილების შემცირება-გაქრობას, რაც შეეხება ექსულატის კლინიკიდან გაწერისას, ზოგჯერ თუმცა საგრძნობლად იკლებდა, მაგრამ სრულიად მაინც არ ქრებოდა. ჩვენ დარწმუნებული ვართ, რომ კედლის დაჩირქება და თეთრად შლას დაწყება ზოგჯერ სწორედ ამ ექსულატის არსებობას უნდა მიეწეროს. ჩვენ გვქონდა 2 მეტად თვალსაჩინო შემთხვევა, როდესაც ჩაჩირქებული ექსულატი მუცლის კედლის ქრილობით გამოვიდა. უნდა ვიფიქროთ, რომ სხვა შემთხვევებში ის ყელის არხით პოულონდა გზას და ეს კი იხატებოდა თეთრად შლას დაწყებაში. Borex-ს ქონია ერთი შემთხვევა ყელის ნაკთომის abscess-ისა, რომელიც ოპერაციის მე-XI დღეს გამოაშკარავდა და, რომლის გამოსავებლად საჭირო შეიქნა საშოს კედლის გაკვეთა. Halban-ს 122 სუპრავაგინალურ ამპუტაციის შემთხვევაში 17-ჯერ (12,9%) მიუღია ექსულატი. G. Burckhard-ი 13,8% აღნიშნავს მას.

აღსანიშნავია, რომ ექსულატი მარტო ტკივილების დროებითი გამოჩენით ან დაჩირქებით კი არ ხასიათდება, არამედ ზოგჯერ მას შეუძლიან დაერთოს დიდი ხნით ავადმყოფისათვის მეტად შემაწუხებელი ტკივილები, რომლებიც ოპერაციის შემდეგ გამოჩენილ შეწებებებით არის გამოწვეული. ასეთი ტკივილები ჩვენ II შემთხვევაში აღნიშნეთ. ავადმყოფთა უმრავლესობა ამის გამო ოპერაციის შედეგით ძლიერ უკმაყოფილო იყო და გვისაყვედურებდა; ტკივილებს უმთავრესად Coitus-ის დროს გრძნობდნენ. ცხადია, ამ ფაქტს დიდი მნიშვნელობა აქვს. ვინ არ იცის, რომ სქესობრივ შეკავშირების რითიმე დაბრკოლება ქალისთვის ზოგჯერ დიდ ოჯახურ უბედურებათ იქცევა. სწორედ ექსულატის თავიდან ასაშორებლად, როგორც ვიცით, შემოღებული იყო ყელის ნაკთომის მოვლის სხვადასხვა წესები; სამუშაო როდ ბოლოს და ბოლოს არც ერთი წესი არ გამოდგა. Ott-ის წესი—ორი კვანძით ყელის გადასკვნა—ამ გართულებას ვერ სპობს. თუ დატოვებული ყელი ძლიერ გადაისკვნა, მაშინ გადასკვნის ადგილის ზევით ქსოვილის ნეკროზია მოსალოდნელი, პირიქით იოლი გადასკვნას თან ერთვის სისხლის ჩაქცევა. ორივე შემთხვევაში იქნება პირობები ინქუვიციისათვის. შემოღებული ამ მიზნითვე დაბალი ამპუტაცია, ე. ი. აღკვეთა გარეთა ხერხლის ზემოდ, საქმეს ვერ შეეღობა, რადგან გართულების მომენტი იგივე რჩება; ესეც რომ არ იყოს, ეს წესი თითქმის არაფრით განიჩივება სრულ ამოკვეთისაგან, დაზიანება შარდასწვეთის და საშარდე ბუშტისა კი უფრო შესაძლებელია. აბდომინალური თუ ვაგინალური სრული ამოკვეთის შემდეგ ექსულატის გაჩენას ჩვეულებრივად ადგილი არა აქვს; ინფექციის გამოჩენაც საშოს ნაკთომიდან

იშვიათი მოვლენაა. ცნობილია, საშოს ბაქტერიების ნაკლები პათოგენობა, აგრეთვე საშოს კედლის თვით გამწმენდავი, ბაქტერიციდული თვისება, ასე რომ ამ მხრივ გართულება გაცილებით უფრო ნაკლებად შესაძლებელია. თუ ზოგჯერ მაინც ჩნდება ძაფების ჩაჩრქება, ეს გართულებად არ შეიძლება ჩაითვალოს. რადგან ის ადგილობრივია და ძაფების შესრუტის ან მათი მოშორების შემდეგ თავისთავად სწყდება. ჩვენ მხოლოდ ერთ შემთხვევაში მივიღეთ ხანგრძლივად ჩირქიანი შლა.

საყურადღებოა კიდევ ორი მოსაზრება, რომელიც ყელის დატოვების წინააღმდეგ ლაპარაკობს: ერთი—რეციდივი დატოვებულ ყელიდან და მეორე—მისი ავთვისებიანად გადაგვარება.

საზოგადოდ მიომა მრავლობითად ჩნდება; ჩვეულებრივად მოზრდილ კვანძებთან ერთად მცირეებიც მოიპოვება. ეს უკანასკნელნი ზოგჯერ შეიძლება იმდენად მომცრონი იყვნენ, რომ დოსტაქარმა ვერც კი შეამჩნიოს. ვის არ უნახავს მარცხი მიომის უბრალო ენუკლეაციის შემდეგ? ლიტერატურა საკმაოდ გვაწვდის ცნობებს ამის შესახებ. ჩვენ არ ვეთანხმებით H. Gromadzki-ს, რომელიც ენუკლეაციას დღესაც „არჩეულ მეთოდათ“ იმჩნევს და აცხადებს: „გინეკოლოგთა ცდა უნდა მიემართებოდეს არა იქით, რომ მოსპოს ესა თუ ის ორგანო, არამედ, რომ დაუბრუნოს მას თვისი პირვანდელი ფუნქცია“-ო. ექვი არ არის, რომ საჭირო ხდება ზოგჯერ ამ მეთოდის ხმარება, მაგრამ „არჩეულ მეთოდათ“ მისი გამოცხადება მიზანშეწონილობას მოკლებულია. რა ფასი აქვს საშვილოსნოს დატოვებას, თუ მოსალოდნელია განმეორებით მისი დასწელება; რა ღირებულებას წარმოადგენს ის ორგანო, რომელიც მრავალი კვანძებისაგან განათვისუფლების შემდეგ, გადაიქცა რაღაც ხორცის ნაჭრად, რომელსაც არ ძალუძს უკვე რაიმე ფუნქცია გამოაჩინოს. ასეთი გადამახინჯებული საშვილოსნო ჩვეულებრივად ინფექციის წყაროა. Olshausen-ი, რომელიც დიდი მომხრეა ენუკლეაციის, ვერ უარყოფს ამას და ასე სწერს: „ენუკლეაციის საშიშროება მაინც Sepsis-იაო“. Kronig-ი რეციდივებს ენუკლეაციის შემდეგ 14% ანგარიშობს. მართალია, დატოვებულ ყელიდან რეციდივის გამოჩენა ხშირი მოვლენა არ არის, მაგრამ ის მაინც მოსალოდნელია, მეტადრე თუ მიომის დიფუზურ ფორმებთან გვაქვს საქმე. Portio-ს მიომები საზოგადოდ უფრო იშვიათია, ვიდრე ყელისა (cervix). 1904 წლამდე Vorbeck-ს ლიტერატურაში მოუძებნია მხოლოდ 14 შემთხვევა და ორიც თავისი აუწერია. R. Mayer-ს, Gueissaz-ს, Fischer-ს და სხვებს აწერილი აქვთ აგრეთვე ასეთი შემთხვევები. რეციდივის გამოჩენისთვის, რა თქმა უნდა, მეტი მნიშვნელობა აქვს სწორედ ყელის მიომებს. Lohlein-ის ასეთი მიომების სიხშირე შედარებით სხვა ადგილის მიომებთან 4⁰/₁₀₀-ში აქვს გამოანგარიშებული. Ott-ი სწერს: „მე რამოდენიმეჯერ გაუკეთე განმეორებით ოპერაცია დატოვებულ ყელის ფიბრომიომის გამო იმ ქალებს, რომელთათვის ადრე თუ ცოტა მოგვიანებით გაუკეთებიათ სუპრავაგინალური ამპუტაცია ამ მეთოდის მომხრეებს“.

რაც შეეხება მეორე გართულებას—დატოვებული ყელის ნაკეთობის ავთვისებიანად გადაგვარებას, ეს ადვილად წარმოსადგენია და დასაშვებია. რისთვის უნდა იყოს მიომიან საშვილოსნოს ყელის კიბო იშვიათი ავადმყოფობა შედარებით არა მიომიან საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან. მიომის დროს, მეტადრე თუ

საქმე ეხება მრავალმშობიარეთ, უკეთესი პირობებია კიბოს გასავითარებლად, რადგან საშილოსნოს ლორწოიანი გარსი მეტწილად დაავადებულია. Olshausen-ი მიომის და კიბოს ერთად გაჩენის შესაძლებლობას 10% ანგარიშობს, დატოვებულ ყელის რეციდივებს კი—2.1%-ში. ლიტერატურაში ბლომად არის აწერილი დატოვებულ ყელიდან კიბოს გამოჩენის შემთხვევები (ch. Marhin, Mareck-ი, N. Thomson-ი, Weibel-ი, Fischer-ი და სხვ.). აი ასეთი რეციდივის თავიდან ასაშორებლად Koblanck-ი იძლევა პრაქტიკულ რჩევას. სუპრავაგინალურ ამპუტაციის შემდეგ მას საშოში 24 საათით 1—2-ჯერ შეაქვს Radium-ი; ამით portio იმდენად იჭუჭუნება და ილევა, რომ შემდეგში, ავტორის აზრით, შეუძლებელია მისგან რაიმე სიმსივნის განვითარება (6 შემთხვევა). აშკარაა, თუ როგორი კონტროლი სჭირდებათ ასეთ ავადმყოფთ, რომ გადაგვარება დროზე იქნეს ამოცნობილი და შესაფერი ზომებიც მიღებული. ჩვენც ერთ შემთხვევაში ოპერაციის ერთი წლის შემდეგ დატოვებულ ყელზე რაღაც საექვო შევამჩნიეთ (ყელის შესივება, მისი უსწორ-მისწორობა, ტკივილი, სისხლის დენა), რის გამოც იძულებული შევიქვითო რენტგენის სხივებისთვის მიგვემართა. ავადმყოფი 45 წ. იყო და ოპერაციის შემდეგ თვითური შეუწყდა.

შიში გადაგვარებისა უფრო მეტი იქნება, თუ მივიღებთ სახეში სიძნელეს, ზოგჯერ პირდაპირ შეუძლებლობას, უკვე ავთვისებიანად გადაგვარებული მიომის ამოცნობისას.

აბდომინალურ სრული ამოკვეთის მოწინააღმდეგენი ამ მეთოდის უვარგისობის საბუთად ასახელებენ სიკვდილიანობის დიდ %; ამავე დროს ამ ოპერაციის ჩვენებად აღიარებენ რთულ შემთხვევებს. მაგ. Mareck-ი აბდომინალურ გზას მიმართავდა თურმე, მაშინ, როდესაც უკვე იყო ავთვისებიანი გადაგვარება ან ეჭვი მასზე, როდესაც არსებობდა ფართე შეხორცებანი ანდა, როდესაც ამოსაკვეთი იყო ყელის მიომა. სრული ამოკვეთის 26 შემთხვევაში მას ერთხელ მიუღია სიკვდილი (3,8%). სწორედ ასეთივე რთულ შემთხვევაში მიმართავდნენ ამ მეთოდს Burckhard-ი, Halban-ი, Olshausen და სხვ. სხვათა შორის Olshausen-ს გამოქვეყნებული აქვს ძლიერ ცუდი შედეგიანი სტატისტიკა, რომელიც სხვადასხვა ოპერატორთა მიღებულ ციფრების შეერთებაა. მაგ. 11 ოპერატორის ციფრების მიხედვით სუპრავაგინალურ ამპუტაციის შემდეგ სიკვდილიანობა უდრიდა თურმე 0—4.5%, აბდომინალურ სრულ ამოკვეთის შემდეგ კი—12%, 15%, 18%, 19% და 21% (12 ოპერატორის ცნობა). თვით Olshausen-ს 35 შემთხვევაში სიკვდილი მიუღია 9-ჯერ (25.7%). ცხადია, ასეთი სტატისტიკური ცნობები ამა თუ იმ მეთოდის შესაფასებლად გამოუსადეგარია. აქ შემთხვევები აღებულია არა ერთგვარი და მასალის რაოდენობაც თანასწორი არ არის. ჩვენ სრული ამოკვეთის 36 შემთხვევაში მივიღეთ ორი სიკვდილი (5,4%). პირველი შეხედვით ეს ძლიერ ამძიმებს ჩვენ სტატისტიკასაც და ცუდად ახასიათებს ოპერაციის მეთოდს, მაგრამ თუ დაკვირვებით გავარჩევთ მათ, მაშინ ნათელი იქნება, რომ აქ მეთოდი არაფერ შუაშია.

ერთ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა დიდ, ჭიპაძე გაზრდილ ფიბროსარკომას, რომელიც გართულებული იყო ვრცელი შეწებებით და ჯირკვლების მეტასტაზებით; მეორე შემთხვევაში კი—არსებობდა უკვე ნაწილობრივად ნეკროტი-



ული სუბმუკოზური ფიბროიდი და ნაწლავთან მჭიდროდ შეხორცებული, ჩირქოვან პროცესში ჩართული მარჯვენა დანამატი. პირველ შემთხვევაში ავადმყოფის გაუარესება იწყება ოპერაციის მე-11 დღეს, რაც სწრაფად განვითარებულ რეციდივის გამოჩენას უნდა მიეწეროს (გარდაიცვალა მე-20 დღეზე), მეორეში კი—ჩირქოვანი დანამატის ინფექცია გადაიქცა ავადმყოფის დაკარგვის მიზეზად; აქ portio იმდენად ჰიპერტროფიული იყო, რომ ძლიერ გაძნელდა Doyen-ის წესით საშვილოსნოს ტიპური ამოკვეთა. აშკარაა, ამ შემთხვევაში რომელი წესიც არ უნდა გვეხმარა, შედეგი იგივე იქნებოდა: ვაგინალური გზით ნაწლავის დაზიანება უფრო ფართო დარჩებოდა, სუპრავაგინალური ამპუტაცია კი—გარდა ზემოდასახელებულისა გამოიწვევდა კიდევ პოლიპის გაშიშვლებას, რაც უფრო ხელს შეუწყობდა ინფექციის გავრცელებას.

თუ გამოქვეყნებულია აბდომინალური სრულ ამოკვეთის ცუდი შედეგანი სტატისტიკა, სამაგიეროდ არსებობს ამ მეთოდის კარგი შედეგანი სტატისტიკაც. მაგ. Döderlein-მა 1905 წლამდე შეაგროვა 17 ოპერატორის ციფრები და ამის მიხედვით სუპრავაგინალურ ამპუტაციის შემთხვევებში სიკვდილიანობა 8.64%-ში გამოიანგარიშა (2.025 ოპერაცია), სრული ამოკვეთისა კი—8.27%-ში (1668 ოპ.). თვით ავტორმა 170 შემთხვევაში სიკვდილიანობა მიიღო მხოლოდ 3.5%-ში. დავასახელებ აგრეთვე ახლად გამოქვეყნებულ Franz Kiel-ის სტატისტიკას, რომლის მიხედვით სუპრავაგინალურ ამპუტაციის დროს სიკვდილიანობა 0.9% უდრის, სრული ამოკვეთისა კი—0.8%. ჩვენის აზრით, ეს სტატისტიკური ცნობები უფრო ობიექტურია. ჩანს, ავტორებს შემთხვევები არ ურჩევიათ და მეთოდების სწორედ შეფასების მიზნით სათანადო მომენტები მიუღიათ სახეში.

სიმართლეს არ შეესაბამება ისიც, რომ თითქოს აბდომინალური სრული ამოკვეთის შემდეგ უფრო ხშირად პერიტონიტებს და ემბოლიებს ქონდეს ადგილი. (Zweifel-ი, Olshausen-ი). თუ შემთხვევა გართულებული არ არის რაიმე ჩირქოვან ანთებით ანდა ნაწლავთან შეწყობებით, მაშინ მუცლის ფარის ანთებას ადგილი არა ექნება და არც შეიძლება რომ ექნეს. რაც შეეხება ემბოლიებს, ასეთების გაჩენისთვის სრულიადაც არ არსებობს არავითარი საბაზი სრული ამოკვეთის წმინდა შემთხვევაში. ოპერაციის ორივე წესის დროს ხდება უმთავრეს სისხლის ძარღვების გადაჭრა და გადასვენა; რისთვის სწორედ სრული ამოკვეთის დროს მოსალოდნელია ემბოლია—ეს გაუგებარია. თავისთავად ცხადია, ამოკვეთადიდი სისხინისა, რომელიც შეიცავს გაგანიერებულ სისხლის ძარღვებს და თანაც გართულებულია შეწყობებით და სხვადასხვა ორგანოთა ჩირქოვანი ანთებებით, ორივე წესის დროს შეიძლება დამთავრდეს, როგორც მუცლის ფარის ანთებით, ისე ემბოლიით. მაშინ მიზეზი უნდა ვეძიოთ არა რომელიმე მეთოდში, არამედ თვით ხორცმეტში.

სრული ამოკვეთის შემთხვევაში ჩვენ 6-ჯერ მივიღეთ კანის დაჩირქება, უმეტესად საქმე ეხებოდა რითიმე გართულებულ შემთხვევას. ექსუდატის გამოჩენა არც ერთ შემთხვევაში არ აღგვინიშნავს. ექვი არ არის, ამ გარემოებას დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც კრილობის მოშუშების, ისე მომავალში რაიმე გართულების გამოჩენისთვის (შეწყობებანი, საშოს შევიწროვება, თეთრად შლა, ტკივლები Coitus-ის დროს და სხვ.).

ის მოსაზრება, რომ ყელის ამოკვეთა თითქოს იწვევდეს შემდეგში საშოს კედლის გამოვარდნილობას, აქ მოსატანი არ არის. მარტო ყელი სრულიადაც არ წარმოადგენს თუძეს საშოს კედლისათვის; ამ უკანასკნელს სხვაც ბევრი რამ აჩერებს თავის ადგილას. ესეც რომ არ იყოს, ვაგინალური გზით ამოკვეთაც აპასვე უნდა იწვევდეს. კატეგორიულად ვაცხადებთ, რომ ჩვენ სრული ამოკვეთის არც ერთ შემთხვევაში გამოვარდნილობა არ მიგვიღია, თუ, რა თქმა უნდა, თავიდანვე მას ადგილი არ ჰქონდა.

როგორი იყო ოპერაციის შედეგები სხვა დაავადების დროს? სულ ასეთი შემთხვევა გვქონდა 26. თუ რა დაავადების დროს რომელ წესს მივმართავდით ნათელ სურათს გვაწვდის შემდეგი ცხრილი:

ცხრილი № 3.

	აბდომ. სრულ ამოკვეთა	სუპრავაგინ. ამპუტაცია	Zweifel-ის მაღალი აღ- კვეთა	ვაგინალური სრული ამო- კვეთა
Ca colli et cavi uteri	7	—	—	1
Sarkoma ovarii	1	—	—	—
Metrorrhagiae (ut. fibr., Metri- tische. ect.)	4	4	—	—
Riptura uteri (gravid. ettraut)	1	—	—	—
Salp. oophoritis bil.	—	—	2	—
Prolapsus uteri tot.	—	4	—	2
ს უ ლ	13	8	2	3

უნდა აღვნიშნოთ, რომ საშვილოსნოს კიბოს დროს სრული ამოკვეთა მეტ-წილად კეთდებოდა (ზოგიერთის გამოკლებით) Wertheim-ის გაფართოებული წესით. Zweifel-ის მაღალი ამპუტაცია — „Resectio uteri“, — ვიხმარეთ 2-ჯერ, ისიც ავადმყოფების მოთხოვნის გამო. ორივე ახალგაზრდა იყო და ორივე ძლიერ შიშობდა თვიური არ დაკარგოდათ. ერთ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა საშვილო-სნოს დანამატების ტუბერკულოზს, მეორეში კი — დანამატების ქრონიკულ ანთე-ბას საშვილოსნოს კედლის ამ პროცესში თან ჩათრევით.

ცხრილი მეოთხე გვიხატავს, თუ როგორი გართულება დაერთო ამა თუ იმ ოპერაციას.

	აბდომ. სრული ამოკვეთა (13 შ.)	სუპრავაგინ. ამ- პუტაცია (8 შ.)	Zweifel-ის მაღ- ალი აღკვეთა (2 შ.)	ვაგინალურ სრული ამოკვეთა (3 შ.)
სიკვდილი	1 (Ca uteri)	2 (Prol. uteri)	—	—
დაჩირქება	2 (Ca და Metri)	2 (Prol. uteri)	1 (Salp-ooph. tbc)	—
ექსუდატი	—	2 (Metr.)	—	—
შარდ-საწყვეთის დაზიანება	1 (ca uteri)	—	—	—
სისხლის დენა	—	—	1 (Salp. et Metr.)	—
ს უ ლ	4	6	2	0

აბდომინალური სრული ამოკვეთის შემდეგ გამოჩენილი გართულება სრულიად არ შეიძლება ყველა ოთხივე შემთხვევაში მიეწეროს ოპერაციის მეთოდს, რადგან აქედან სამ შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა საშვილოსნოს შორს წასული კიბო ჯირკვლების მეტასტაზებით. სამივე Wertheim-ის წესით იქნა ამოკვეთილი. ცხადია, ასეთი რთული ავადმყოფობის დროს მოსალოდნელია, როგორც სხვადასხვა ორგანოთა დაზიანება, ისე სიკვდილიც.

სულ სხვაგვარი გამოდგა შედეგი სუპრავაგინალურ ამპუტაციისა და Zweifel-ის მაღალი აღკვეთისაგან. მაგ. სუპრავაგინალურ ამპუტაციის, რომელიც საშვილოსნოს გამოვარდნილობის გამო იყო გაკეთებული, 2-ჯერ სიკვდილი დაერთო; მართალია მათ შორის ერთს Pyosalpynx-იც აღმოაჩნდა, მაგრამ მეორე წმინდა შემთხვევას წარმოადგენდა. ამის გარდა ამავე წესით გაკეთებულ ოპერაციის შემდეგ ჩვენ მივიღეთ კედლის დაჩირქება 2-ჯერ და ექსუდატიც 2-ჯერ.

Zweifel-ის წესით გაკეთებულ ოპერაციამაც არ ჩაიარა გაურთულებლად (სისხლის დენა და დაჩირქება). საგულისხმოა, რომ დაჩირქების შემთხვევაში თავდაპირველად გამოჩნდა ფისტულა მუცლის კედლის და საშვილოსნოს ღრუს შუა, საიდანაც თვიურის დროს სისხლი გამოდიოდა. ვერ უარყოფთ, რომ შესაძლებელია აქ ოპერაციის წესი გართულების მიზეზი არც იყოს, რადგან შემთხვევა მარტივი და უბრალო არ ყოფილა.

საყურადღებოა, რომ Zweifel-ის ოპერაციას უკვე აღარ აქვს ის მნიშვნელობა, რასაც მას წინად აკუთვნებდნენ. დღეს აღარ შეიძლება უარყოფა იმ ფაქტისა, რომ ეს ოპერაცია არამც თუ სპობს „mollimina menstrualia“-ს, არამედ პირიქით ზოგჯერ უფრო აძლიერებს მას (Werth). ერთადერთი ჩვენება ამ ოპერაციისთვის უნდა დარჩეს ავადმყოფის ნერვიულობა, მისი დაუსაბუთებელი შიში თვიურის დაკარგვისა.

როგორც მიომის, ისე აქ მოყვანილ სხვა დაავადების მასალა ზედმიწევნით ხათლად ამტკიცებს იმას, რომ ყელის დატოვება ზოგჯერ დიდ ხიფათს უქადის ავადმყოფს. ინფექცია მისგან გაცილებით უფრო ხშირად ჩნდება, ვიდრე საშოს ნაკთობიდან. საშვილოსნოს გამოვარდნილობის ორივე შემთხვევაში, სადაც დაჩირქება მივიღეთ, დატოვებული ყელი მიბჯენილი იყო მუცლის წინა კედელზე მისი გამაგრების მიზნით (ventrofixatio colli uteri). გვაქვს საბუთი ვიფიქროთ, რომ აქ ინფექცია ყელში იყო დაბუდებული და არა გარედან შეტანილი, რადგან მისი არსებობისათვის გამოვარდნილობის გამო პირობები შექმნილი იყო.

ამრიგად ჩვენი მასალის შესწავლა გვარწმუნებს იმაში, რომ უპირატესობა უნდა მიენიჭოს სწორედ აბდომინალურ სრულ ამოკვეთას. **ჩვენი დასკვნები იქნება:**

1. ვაგინალური გზა საშვილოსნოს სრულ ამოსაკვეთად არის საუკეთესო, მხოლოდ საჭიროა სისხიენე ძლიერ დიდი არ იყოს ანდა არ არსებობდეს მისი მკიდრო შეწყება სხვადასხვა ორგანოებთან.

2. აბდომინალური სრული ამოკვეთა მაღლა უნდა იქნეს დაყენებული საშვილოსნოს სუპრავაგინალურ ამპუტაციაზე, რადგან კანის ქრილობის და დატოვებულ ნაკთობის გაურთულებლად მორჩენისათვის უკეთეს პირობებს ქმნის.

3. საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაცია კარგი საშუალებაა ოპერაციის სწრაფად დამთავრებისათვის, მეტადრე თუ საქმე შეეხება ხანშესულ ქალებს, როცა საკვერცხის ატროფია უკვე მომხდარია.

4. Zweifel-ის მაღალი ამპუტაცია, როგორც ოპერაციის მეთოდი, რომელმაც მოლოდინი ვერ გაამართლა, უნდა დატოვებულ იქნას სახმარებლად მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში.

P. S. ეხლა მივცემ ჩემ თავს ნებას და ორიოდ სიტყვით შევეხები საგანს, რომელიც დღევანდელ კონგრესისათვის საპროგრამო საკითხს წარმოადგენს.

გიდგენთ ორ სურათს, რომელიც ამოკვეთილ პრეპარატებს შეეხება. ორივე შემთხვევაში საქმე ეხებოდა სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზს; კლინიკურად ტუბერკულოზი სხვა ორგანოში აღმოჩენილი არ ყოფილა. პირველი შემთხვევა შეეხება შედარებით ახალგაზრდა ქალს (33 წლ.), რომელსაც უკანასკნელ ორ წელში სისხლის დენის გამო 6-ჯერ გაუკეთდა თურმე abscessio, მაგრამ უშედეგოთ. საშვილოსნოს სრული ამოკვეთის შემდეგ, გამოირკვა რომ საქმე გეჰონდა საშვილოსნოს ლორწოიან გარსის ტუბერკულოზთან და აგრეთვე Perisalpyngitis tbc.-სთან. პერიტონეუმი და ნაწლავის სეროზული გარსი სრულიად თავისუფალი იყო ხორკლებისაგან. მეორე შემთხვევაში საქმე ეხებოდა უკვე ხანშესულ პიროვნებას (46 წლ.), რომელსაც მიომის გამო გაუკეთდა სუპრავაგინალური ამპუტაცია. მოულოდნელად აღმოჩნდა, რომ აქაც კვერცხსავლების სეროზული გარსი დაყრილი იყო ტუბერკულოზურ ხორკლებით, მუცლის ფარის სხვა ნაწილი კი ასეთ ხორკლებს არ შეიცავდა. ორივე ავადმყოფი განიკურნა.

ორივე შემთხვევა ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ ზოგჯერ შესაძლებელია ტუბერკულოზური პროცესი არსებობდეს ქალის სასქესო ორგანოში, სხვა ადგილას კი ამ დროს ასეთი ავადმყოფობის კლინიკურად დამტკიცება არ ხერხდებოდა.

ლიტერატურა.

1. Weibel, Fischer, Borex-Geburtshülfl. und Gynäkol. Gesellschaft in Wien. Sitzung Februar 1924. Monatschr. f. Geb. und Gyn. Bd LXVII s. 237 1924.
2. Dn. Omm—Оперативная гинекология. 1914 стр. 337 Ленинград.
3. Кипарский—ref. Zenthl. f. Gyn. № 46 1910.
4. L. Halban. Uterusexstirpation oder supravaginale Amputation bei Myomen.—Zentrbl. f. gyn. № 49, s. 2674 1924.
5. Hofmeier—Schröder—Handbuch Fraken krankheiten 14 auflage s. 305 1908 Leipzig.
6. H. Gromadzki—Le Traitement des fibromyomes de l'uterus. Gynécologie et obstetrique. Tome XI № I p. 33 1924.
7. Olshausen,—Béitrag zur konservativ—chirurgischen Behandlung der Uterusmyome.—Zeitschr. f. Geb. und. Gyn. Bd 53, s I, 1900.
8. Krönig—Operative gynäkologie 1923.
9. Vorbeck—Ueber Cervixmyome, unter besonderer Berücksichtigung der Portiomyome—Diss. 1904 Berlin.
10. R. Mayer—Die Myome und Fibrome des Uterus. veit's Handbuch s. 431.
11. E. Gueissaz—Ueber das Myom der Portio Monatschr. f. Geb. und. Gyn. Bd. 46 n. 6 s. 350 1924.
12. Lohlein—Veitna—Aethiologie der Myome. s. 495.
13. R. Mareck—Zur Behandlung der Uterusmyome. Monatschr. f. Geb. und. Gyn. № 4 1911.
14. N. Thomson in Odessa—Supravaginale Amputation oder Totalexstirpation bei uterusmyom. Zentbl. t. gyn. № 51, s. 2807, 1924.
15. R. Koblank—Berlin—Radiumbehandlung bei gebörmutter blutungen und bei Myomen. strahleterapie Bd. 20 s. 64 1920.
16. Franz Kiel—Operative Myom behandlung. Monatschr f. geb. und. gyn. Bd 32 u. 2 1911.
17. R. Werth—Untersuchungen über den Einfluss der Erhaltung des Eierstockes auf das spätere Befinden der Operiertem nach der supravaginalen amputation und vaginalen Totalexstirpation des uterus. Klinish. Jharbuch Bd 9, H. 3. s. 3,—529, 1902 Jena.
18. C. Fleismann—Bösartige Neubildungen im Cervixstumpfe nach supravaginaler Amputation des Uterus Zentbl. f. Gyn. № 4 s. 219 1925.
19. J. Amreich—Die suprav. Amputation und die vaginale und abdominale Totalexstirpation bei Myomen, Adnexen, Extraterin graviditöten und benignen Ovarialkystomen (Peham-ის კლინიკიდან). Zentbl. f. gyn. № 3 s. 163 1925.
20. G. Burckhardt—Ueber die Dauererfolge der Myomoperationen—Zentl. f. Geb. und Gyn. Bd. 53 s. 8 1900.

კორესპონდენციები.

თვალის რაზმის მოქმედების ანგარიში რაკის მაზრაში.

1924 წელს ზაფხულში ჯანმრთელობის კომისარიატის მიერ რაკის მაზრაში გაგზავნილ იქნა თვალის რაზმი სპეციალურ დახმარების აღმოსაჩენად თვალით ავადმყოფებისათვის. ამ რაზმის გამგეთ დანიშნული ვიყავი მე, თანაშემწედ ექიმი ელის, სარჯველაძე; ადგილობრივ სამაზრო აღმასკომმა ერთი მომვლელი ქალი დაუნიშნა. რაზმის მოქმედება 14 ივლისიდან 13 სექტემბრამდე სწარმოებდა ქ. ონში.

რაზმმა თან მიიტანა საჭირო თვალის ქირურგიული იარაღები, სტერილიზატორი, შესახვევი მასალა და სათვალეები ღარიბ მცხოვრებთათვის უფასოდ დასარიგებლად. საჭირო წამლებს ადგილობრივ აფთიაქში ამზადებდნენ რაზმის მიერ მიცემულ მასალისგან; იმ შემთხვევაში თუ რაზმს არ მოეპოვებოდა საჭირო წამალი, საავადმყოფო თავის ხარჯით იძენდა.

სტაციონალური ავადმყოფნი სამაზრო საავადმყოფოში იყვნენ მოთავსებული; მხოლოდ ამბულატორულ ავადმყოფების მისაღებათ ორი შესაფერისი ოთახი იყო დათმობილი. ღარიბ სტაციონალურ ავადმყოფების ხარჯს სამაზრო აღმასკომი იხდიდა.

ავადმყოფების რიცხვმა რაზმის მოქმედების პირველ დღეებშივე ძლიერ იმატა, რადგანაც რაზმის მისვლის შესახებ მცხოვრებთ წინაღვე ქონდათ გამოცხადებული.

სულ იყო მიღებული—1186, რომელთაც განმეორებითი დახმარება მიიღეს 2500—ჯერ, მათ შორის მამაკაცი—450, ქალი—736.

ავადმყოფობათა გავრცელების რაოდენობა რაზმის მოქმედების რაიონში შემდეგ ცხრილიდან ჩანს:

	რაოდენობა	%
1. ქუთუთოების და კონიუნქტივის ავადმყოფობანი	556	47
2. რქოვანას	125	17
3. ფერადი გარსის	25	2
4. სისხლ-ძარღვოვან გარსის	50	4
5. ბროლის	144	11
6. მხედველობის ნერვის და ბადებრივ გარსის ავად- მყოფობანი	15	1
7. საცრემლო აპარატის ავადმყოფობანი	130	11
8. თვალის კუნთების	20	2
9. რეტრაქციის ანომალია	145	12

ავადმყოფობანი ფორმების მხრივ შემდეგნაირად განაწილდებიან:

1. ქუთუთოების და კონიუნქტივის ავადმყოფობანი: Conjunctivitis chron.—130 შემთხვევა, Conjunctivitis catar. acuta—45, Kerato-conjunctivitis eczematosa—125, Blepharitis—25, Blepharo-conjunctivitis—20, Pterygium—24, Ectropium cicatr. palpebr.—4, Trachoma—3. Kerato-conjunctivitis eczematosa-ით ავადმყოფთა შორის ებრაელი 121 შემთხვევა იყო, ქართველი მარტო—4 შემთხვევა; ეს შეიძლება იმით აიხსნას, რომ ებრაელები ომში განცალკევებულ უბანში ძლიერ მჭიდროდ და უსუფთაოდ სცხოვრობენ, მათ შორის ძლიერ გავრცელებულია სურავანდი. ტრახომით ავადმყოფი ორი ქართველი იყო, ერთიც ებრაელი; რაც შეეხება იმას, თუ საიდან გადაედოთ ეს ავადმყოფობა, მიუხედავად დაწერილებითი გამოკითხვისა, მიზეზი ვერ იქნა გამორკვეული; ამისთანა ავადმყოფი მათ ოჯახებში სხვა არ იყო.

2. რქოვანას ავადმყოფობანი: Leucoma adhaerens—72 შემთხვევა, Staphyloma corneae totale—25, macula—15, Leucoma corneae—4, Ulcera corneae—6, pannus trachomatosus—2, Keratitis parenchymatosus—1. რქოვანას შემდგრევათა მიზეზები: 48 შემთხვევაში—Kerato-conjunctivitis eczematosa, 25-ში ტრავმა, 6-ში Conjunctivitis gonorrhoeica, 4-ში—ყვავილი, 42 შემთხვევაში მიზეზი გამოურკვეველი დარჩა. ამ ავადმყოფობათა შორის უფრო ხშირად Leucoma adhaerens და Staphyloma corneae ხდებოდა, ეს ფორმები მომეტებულ შემთხვევაში წარმოადგენენ იმისთანა ავადმყოფობის შედეგებს, რომლების შესახებაც თავის დროზე არ იყო აღმოჩენილი შესაფერისი დახმარება.

3. ფერად გარსის ავადმყოფობანი: Iritis serosa—8, iritis syphilitica—1, Occlusio et secclusio pupillae—7, Synechia posterior—4, Iridodonesis—3, Coloboma artific.—2.

4. სისხლ-ძარღვიან გარსის ავადმყოფობანი: Chorioiditis disseminata—15. ამ ავადმყოფობის მიზეზები: 3 შემთხვევაში—Lues-ი, 7-ში—Myopia magna, 5-ში მიზეზი გამოურკვეველი დარჩა. Glaucoma inflammatorium chronicum—14, glaucoma absolutum—4, glaucoma secund.—15, Glaucoma simpl.—2, 15 ავადმყოფს გლავკომა ორივე თვალში ქონდათ, 20-ს—ერთ თვალში. მამაკაცი იყო—10, ქალი—25. მეორადი გლავკომის 9 შემთხვევაში მიზეზი Luxatio lentis cataractose in corp. vitr. იყო, ექვს შემთხვევაში მიზეზი გამოურკვეველი დარჩა.

5. ბროლის ავადმყოფობანი:

1.	Cataracta subcapsularis senil. mata	47
2.	" " incipiens	23
3.	" " nondum matura	30
4.	" Zonularis	4
5.	" complicata	6
6.	" mollis	2
7.	" glaucomatosa	6
8.	Aphacia	2
9.	Luxatio lentis cataractose in vitr. corp.	24

Cataracta senilis ავადმყოფთა ასაკი: 35—40 წლამდის—1 შემთხვევა, 50—60 წლამდის—15, 60—70 წლამდის—55, 70—80 წლამდის 29 შემთხვევა; რბილ კატარაქტის მიზეზი ტრაჟმა იყო. Luxatio lentis cataractose in corp. vitr-ის ყველა შემთხვევა სოფლის უფიცეკიმის ოპერაციის შედეგი იყო (Reclinatio); ეს ოპერაცია ამ რაიონში ძლიერ გავრცელებული ყოფილა; მომეტებულ შემთხვევაში ამ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს პანოფტალმიტი უჩნდება, რომელიც phthisis bulbi-თ თავდება, ან კიდევ—irido-cyclitis-ი, რომელიც თვალის ატროფიით, ან აბსოლუტიურ გლავკომით ბოლოვდება. მომეტებული ნაწილი კატარაქტით ავადმყოფნი მრავალ წლობით იყვნენ შეპყრობილნი ამ სენით; მაგალითად, გობეჯიშვილი ბოთოშა, 75 წ., სოფ. ლებიდან ორთავ თვალის კატარაქტას 21—24 წელს ატარებდა, ამ ხნის განმავლობაში მარტო სინათლეს არჩევდა; ამავე მდგომარეობაში იყვნენ მეტრეველი ბაბაღე, 65 წ., ს. უწეროდან—15-18 წლამდის და გძელიშვილი ზეზა, 70 წ., სოფ. სევადან—12-15 წლამდის; ოპერაციის შემდეგ საავადმყოფოდან გაწერის დროს მათი მხედველობა შინების საშუალებით 0,5—0,6 უდრიდა.

6. მხედველობის ნერვის და ბადურას ავადმყოფობანი; Atrophia n. optici—8 შემთხვევა, Retinitis pigmentosa—4, ablatio retinae—3, მიზეზი atrophia n. optici-ს 4 შემთხვევაში lues-ი იყო, ერთს შემთხვევაში (ბავშვი 6 წლისა)—გადატანილი ტვინის ანთება, დანარჩენ შემთხვევების მიზეზი ვერ იქმნა გამოჩვენებული. Retinitis pigmentosa-ს ორი შემთხვევა ძმებსა ქონდათ.

7. თვალის კუნთების ავადმყოფობანი: Strabismus convergens—10, Nistagmus—6, ptosis—4.

8. საცრემლო აპარატის ავადმყოფობანი: Dacryo-cystitis blenorrhoeica—42 შემთხვევა, Dacryo-cystitis cataralis—35, strictura canal. lacrymalis—45, Absces sacci lacrymalis—4, Fistula sacci lacrymalis—4.

9. რეფრაქციის ანომალიები: Hypermetropia—85 შემთხვევა, presbiopia—48, Myopia—8, Astigmatismus—4.

ოპერატიული მოქმედება.

სტაციონალური ავადმყოფი 31 იყო, რომელთაც საავადმყოფოში გატარებული დრო 450 დღეს უდრის.

ოპერაციები და ოპერატიული დახმარება სულ 70 იქმნა გაკეთებული, სახელდობრ შემდეგი:

1. Extractio cataractae	21
2. Exstirpatio sacci lacrymalis	21
3. Iridectomy	4
4. Enucleatio	2
5. Tenotomia	2
6. Blepharoplastica	1
7. Pterygium-ის ოპერაცია	12
8. Chalazion-ის „	2

9. Ulcus corneae-ს Pakelen-ით გამოწვა 1
 10. Conjunctiv-ის ფოლიკულების გამოწურვა 1
 11. Tatuag 3

საოპერაციო ოთახი საკმაოდ მიზანშეწონილი და სუფთა იყო. ავადმყოფები მიღებისთანავე ვანას იღებდნენ და საცვლებს იცვლიდნენ; ოპერაციის წინ თვალის არე საპნის წყლით და სპირტით (95%) სუფთავდებოდა, მხოლოდ კონიუნქტივა—ბორის სიმკვებით (2%). ოპერაციაში მონაწილეთა ხელები ჩვეულებრივ სუფთავდებოდა, ე. ი. ხელის სარცხლით, წყლით და საპნით, მერე 95% სპირტით და 1% სულემით. სტერილიზაცია იარაღებისა მოდულების საშუალებით ხდებოდა, დანარჩენ მასალისა—ავტოკლავში.

რაც შეეხება კატარაქტის ოპერაციების შედეგებს, ერთი შემთხვევა panophthalmitis-გამო არა სასურველად გათავდა ($V=0$); ამ ავადმყოფს კატარაქტა ორივე თვალზე ქონდა, მხოლოდ panophthalmit-ი მეორე ოპერაციის შემდეგ გაუჩნდა; სალი თვალის მხედველობა საავადმყოფოდან გაწერის დროს მიწების საშუალებით 0,5 უდრიდა.

კატარაქტით ავადმყოფნი, რომლითაც ოპერაცია ვერ გაუკეთდათ, კიდევ ბევრი დარჩნენ: ზოგი მათგანი მეორე თვალის ოპერაციაზე სხვადასხვა მიზეზის გამო არ დათანხმდა, ზოგიც რაზმის წამოსვლის წინააღმდეგში გამოცხადდა.

დასასრულ დიდ მადლობას ვუცხადებ ონის საავადმყოფოს ექიმებს შკლიუტკოვსკის და ბაქრაძეს, რომელნიც დიდ დახმარებას უწევდნენ რაზმს.

ექ. კ. რობიჯაშვილი.

ზუგდიდის ექიმთა საზოგადოების სხდომის ოქმი.

1925 წ. ნოემბერს 28 შესდგა ზუგდიდის ექიმთა საზოგადოების სხდომა დაესწრნენ ექიმები: მუჯირი, ქავთარაძე, ლაველია, შენგელაია, იოსავა, ანთელავა და დგებუაძე. საგანგებოთ მოწვეულ იყვნენ: სამალმასკომის თავმჯდომარის მოადგილე აშხ. ბერია, პარტკომიდან აშხ. შელია, კომუნალური განყ. აშხ. ჯანაშია; მასწავლებლები-ვ. მუჯირი და ნ. ნადარეიშვილი.

კრებას თავმჯდომარეობს საზოგადოების თავმჯდომარე ექ. მუჯირი. მდივნობს ექ. დგებუაძე.

დღის წესრიგში შემდეგი მოხსენებებია:

1. მთა-აგარაკი „თეკანაში“-მომხს. ექ. მუჯირი.
2. Tetanus მაგნის მარილებით მკურნალობა-ექ. დგებუაძე.
3. შინაგან ორგანოების ჩხვლეტითი ქრილობების და თავის ქალას და-შიანების იშვიათი შემთხვევა-ექ. ანთელავა.
4. ამებიოზის შესახებ-მომხს. ექ. ქავთარაძე.

კრების თავმჯდომარე ექ. მუჯირს შემოაქვს წინადადება საზოგადოების საპატიო თავმჯდომარედ იქნას არჩეული სამალმასკომის თავმჯდომარე აშხ. აკაკი ქავთარაძე. წინადადება ერთხმად იქნა მიღებული. მისივე წინადადებით ექიმთა საზოგადოების წევრად ერთხმად იქნა მიღებული ექიმი ქავთარაძე.

პირველი მოხსენება ექ. მუჯირის მთა-აგარაკი „თეკანაში“ს შესახებ. მონ. ფართოდ აღნიშნავს მთა-აგარაკი „თეკანაშ“ს მდებარეობას, მის სიმაღლეს, ჰავას, გზებს.

თან დართავს რუქას, სადაც მკაფიოდ დახატულია მთა-აგარაკი თეკანაში. მომხსენებელი აღარებს ამ აგარაკს სხვა მეზობელ აგარაკებს და ის დასკვნა გამოყავს, რომ აგარაკ „თეკანაშ“ს დიდი უპირატესობა აქვს სხვა მეზობელ აგარაკებთან, როგორც ჰავის, ისე მიმოსვლის, წყლის, სურსათ-სანოვავის შოვნით და სხვა. მომხსენებელს აქვე მოჰყავს მისი დაკვირვებები ავადმყოფებზე და მიუთითებს, თუ რა სახის და ფორმის ავადმყოფები უნდა გაიგზავნოს ამ აგარაკზე. მოხსენებამ გამოიწვია გაცხოველებული აზრთა გაცვლა. მთელ რიგ შეკითხვებზე მომხსენებელი შემდეგ პასუხს იძლევა: საკურორტო სამმართველოს უკვე აქვს გაგზავნილი ცნობა მთა-აგარაკი „თეკანაში“ს არსებობის შესახებ. ამ აგარაკის დასათვალისწინებლად სამაღმასკომმა გამოყო კომისია, რომელშიაც თვით მომხსენებელი ერაი. კომისიის დასკვნა ეცნობა ცენტრალურ მთავრობას.

მაღარიან ავადმყოფებზე ამ აგარაკის ზეგავლენა დასტურდებოდა კლინიკური დაკვირვებით, სისხლის გასინჯვის შესაძლებლობა არ იყო.

ეს ადგილი არ არის შეზღუდული, მას ახლავს ფართო გადასახედავი გაშლილი მიდამო. ჰავა ერთობ მსუბუქია, ამისთვის „თეკანაში“ ბავშვთა სნეულებას უფრო რგებს, „ჯაკონია“ კი მაღარიანებს.

ქობიანი ადგილები იქ სრულიად არ არის. სურსათ-სანოვავე ბლომიდაა, ხორცი ყოველ დღე იზოვება; ავადმყოფები უფრო რძეს და მის ნაწარმიებს ხმარობენ. ბინა შეიძლება იქნეს 1000 კაცის. აგარაკის სიმაღლე 880 საყენია.

კრება მაღლობას უცხადებს მომხსენებელს ექ. მუჯირს და აღგენს: ეთხოვოს ადგილობრივ ხელისუფლებას, რათა მომავალი სეზონისთვის სათანადოდ მოაწყოს ეს აგარაკი.

მეორე მოხსენება ექ. დგებუაძისა tetanus-ის მავნის მარილებით მკურნალობის შესახებ.

მომხ. მოყავს მისი დაკვირვება სამაზრო საავადმყოფოში მძიმე ფორმის tetanus-ის შემთხვევის დროს. ავადმყოფს მას შემდეგ, რაც შრატმა არ იმოქმედა, დაენიშნა კან ქვეშ 10% ხსნარი Magn. Sulfur. 10,0-, ამან გამოიწვია ძრიელ ოფლის დენა და კრუნჩხვის შენელება. განმეორებითმა დოზამ კრუნჩხვა სრულიად შესწყვიტა და ავადმყოფმა მოიხედა. ეს ერთი შემთხვევა სრულიად არ არის საკმარისი, ამობობს მომხსენებელი, რომ მავნის მარილების სპეციფიკობა tetanus-ის დროს მივიღოთ და უარყოფთ შრატი, მხოლოდ საჭიროა დაკვირვება და ამას მოვითხოვთ ამხანაგებისაგან.

მავნის მარილებმა, როგორც საერთოდ მარილებმა, იქონიეს რა გავლენა ავადმყოფის ნერვიულ სისტემაზე, გამოიწვიეს ოფლი და კრუნჩხვის შენელება შესაძლებელია ამ პრეპარატმა უშუალოდ იმოქმედა tetanus-ის ტოქსინებზე. ამას ცდები და დაკვირვებები უნდა.

შეკითხვებზე მომხსენებელი იძლევა შემდეგ პასუხს: ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატი საერთოდ, როგორც ვიცით, უნდა გაუქვითოთ ავადმყოფობის დაწყებიდან 36 საათში.



შრავი დაგვიანებულ შემთხვევებში არ მოქმედებს, მე მქონდა სამი შემთხვევა tetanus-ისა აქ, საავადმყოფოში, შრავი თავის დროზე იყო შეყვანილი, განმეორებითაც გაუკეთდა, მაგრამ შედეგი ვერ მივიღეთ.

საერთოდ ტეტანუსის შრავს ისეთს სპეციფიობას ვერ მივაკუთვნებთ, როგორც დიფტერიის შრავს.

მომხსენებელი: შემთხვევა ერთობ მძიმე იყო, ზურგის ტვინში შრავის შეყვანა არ გვიწარმოებია.

კრება უცხადებს რა მადლობას მომხსენებელს, გამოსთქვამს იმ აზრს, რომ ნაკადი შრავის უარყოფა ჯერ-ჯერობით არ შეგვიძლია, მხოლოდ რაც შეეხება მაგნის მარილების პრეპარატის ხმარებას, ეს საჭიროებს სათანადო დაკვირვებებს.

მესამე მოხსენებას შინაგან ორგანოების ჩხვლეტიითი კრილობების და თავის ქალას დაზიანების იშვიათი შემთხვევების შესახებ აკეთებს ექ. ანთელავა.

მომხსენებელს მოყავს ორი მძიმე შემთხვევა სამაზრო საავადმყოფოდან, როგორც ერთი, ისე მეორე კრილობა თავისი ხასიათი ერთობ მძიმე და უნუგეშო იყო. პირველ შემთხვევაში კრილობა იყო მიყენებული მუცლის სიღრმეში; ნაწლავი ორ ადგილას გაგლეჯილი იყო. მეორე შემთხვევაში ჩატებილი იყო თავის ქალა შუბლის ნაწილში.

მიღებულმა ზომებმა ორივე ეს მძიმე შემთხვევა გადაარჩინა. მომხსენებელი შენიშნავს და მიაქცევს ყურადღებას, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს თავის ქალას დაზიანების დროს ტრანსპორტს. ამაზე მომხსენებელს მოყავს ავტორიტეტული აზრი სხვადასხვა მეცნიერებისა.

კრებამ აზრთა გაცვლა-გამოცვლის შემდეგ სიამოვნებით აღნიშნა, რომ ასეთ მძიმე შემთხვევებში ასეთი შედეგები ერთობ დიდ მიღწევებად უნდა ჩაითვალოს. მადლობა გადაუხადა მომხსენებელს და უსურვა მას ენერგიული მუშაობა შემდეგში.

მეოთხე მოხსენება ამებიაზის შესახებ საქართველოში. მოხსენებას აკეთებს ექ. ქალი ქავთარაძე.

მომხსენებელი აკეთებს საერთო განხილვას ამებიაზის ავადმყოფობისას საქართველოში, მისი გავრცელების, მიზეზების და გზების წარმოშობისათვის. იხილავს კლინიკურ ფორმებს და პროგნოზს.

კრებას აინტერესებს, თუ რაში გამოიხატება თერაპია ამებიაზისა, მომხ. აცხადებს, რომ მისი მოხსენების საგანში ამებიაზის საერთო განხილვა იყო, თერაპია კი არ შედიოდა.

კრება უცხადებს რა მადლობას მომხსენებელს, გამოსთქვამს სურვილს, რომ ამებიაზის ირგვლივ ამხანაგებმა აწარმოონ თავიანთი დაკვირვება, მით უფრო რომ ჩვენი მომავალი ყრილობის საპროგრამო საკითხად ამებიაზიც არის გამოცხადებული.

კრება დაიხურა ღამის 11 საათზე.

კრების თავმჯდომარე ექ. მუჯირი.

მდივანი ექ. ა. დგებუაძე.

რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი.

შემთხვევა პოსტენცეფალიტურ ექსტენზიებისა და კრუნჩხვებისა, საერთო ჰიპერტონიით, პარკინზონიზმით, წონასწორობის ტონუსის მოშლილობით—მისი დამოკიდებულება rigidity decerebrée-სთან. (Guillain, Alajouanine, Théovnard). (Revue Neurologique, Tome II, № 2, 1925), ქვემოთ მოყვანილი შემთხვევა საინტერესოა, როგორც კრუნჩხვები ეპიდემიურ ენცეფალიტის შემდეგ და მისი დამოკიდებულებით rigidity decerebrée-სთან.

12 წლის ბავშვი მოყვანილ იყო პირველად Salpêtrière-ში 1919 ეპიდემიურ ენცეფალიტის გამო—დიპლოზიით და დღის განმავლობაში უნებლიეთ მოძრაობით.

1920 წელს მას დაემართა პარკინსონის სინდრომი გაშეშებულობით. 1923 წელს ბავშვი ხელმეორედ იყო მოყვანილი Salpêtrière-ში.

საინტერესოა კუნთების ტონუსის მდგომარეობა როცა ავადმყოფი იღებს სხვადასხვა მდგომარეობას: ზურგზედ წოლის დროს თითქოს ყველაფერი ნორმალურად არის, მაგრამ ასეთი მდგომარეობა დიდხანს ვერ რჩება ასე: უცებ ტანი იწევა მაღლა და იზნიკება მარჯვნივ. თავი იყურება მარჯვნივ. წინამხრები მოკეცილი აქვს მხრებზედ. წვივი განიცდის ექსტენზიას, ბარძაყები როტაციას გარეთკენ, ფეხის ტერფები varo-equinisme-ის მდგომარეობაშია, უფრო კი მარცხენა.

სახე უმოძრაო და გამოუმეტყველებას მოკლებული. დროგამოშვებით მოკლონიები m. orbic. oculi-სა, ცხვირის ფრთის ამწევი კუნთის და ზემო ტუჩისა.

მოკეცილ წინა მხრებში ეტყობა პარკინსონის რიტმის კანკალი, რის გამო ბავშვს ჩვეულებისამებრ ერთი ხელით მეორე უჭირავს რათა შეასუსტოს ეს არასასიამოვნო მოვლენა. ქვედა კიდურებზედ ეტყობა ბრადიკინეზული მოძრაობა ფლექსიის ხასიათისა. ცერი განიცდის ექსტენზიას I-ლ ფლანგისა და ფლექსიას II-ისა, წვივი მოზრილია ბარძაყისაკენ, ბარძაყი მენჯის საკენ. ფეხის ტერფი ექვინიზმის მდგომარეობაშია და ზოგჯერ ეტყობა კლანურ ტიპის კრუნჩხვა. ზურგზედ წოლის დროს ეტყობა საერთო ჰიპერტონია; ქვედა კიდურებზედ უფრო: ბარძაყის უკანა კუნთებზედ და ადდუქტორებზედ, დაკიმული მყესები რელიეფად მოსჩანს. ზედა კიდურებზედ ეტყობა ჰიპერტონია უფრო m.m. bicipites brachial-ზედ, მხოლოდ სუსტად გარდა ქვედა კიდურებზედ.

კეფის კუნთები მარჯვნივ მოდუნებულია, მარცხენა მხარეზედ კი კუნთები პირიქით დაკიმულობას განიცდიან.

მუცელზედ წოლა დიდი ხანი არ შეუძლია, ჩქარა ჩნდება ჰიპერექსტენზია თავისა მარჯვნივ მობრუნებით. წვივები მოზრილია ბარძაყებზედ. ამ მდგომარეობაშია ბავშვი პალატაში. თუ დააყენებთ ბავშვს ოთხ კიდურზედ, მაშინ წვივები ეკეცება ბარძაყებზედ. თავი ჰიპერექსტენზიას იღებს. ზურგი არაა მოზრილი ზევითკენ, როგორც ნორმალურ პირობაში უნდა იყოს, პირიქით იგი ლორღოზშია და გაზრილი მარჯვნივ. ტანის მოხერხა ჩნდება მარჯვნივ და ბავშვი ვარდება წინ და მარჯვნივ.

თუ ბავშვს დაესვამთ საწოლზედ, უნდა დაუჭიროთ თავი, რომელიც ოდნავ მოზრილია გულ-მკერდზედ. მოაღლით თუ არა ხელს, თავი მიდის უკან, ტანი ჰიპერექსტენზიაში გადადის და ბავშვი საწოლზედ ეცემა.

თუ ბავშვს ფეხზედ დააყენებთ, ადვილად შესამჩნევია, რომ მას უჭირს წონასწორობის შესანარჩუნებლად. იგი თითოს წვერებზედ დგას და რამდენჯერმე მარცხენა მხარეს დიდი თითის ზურგის ზედაპირზედაც კი იდგა. წელის არეში ლორღოზია სკოლიოზით მარჯვნივ და

ამიტომ ბავშვი მოკლებულია წონასწორობას. უნდა აღინიშნოს, რომ ბავშვის ფეხზედ გასაჩერებლად საკირთა თავის სწორედ დაჭერა. ამასვე ვხედავთ სიარულის დროს: ეს პროცესი ძალიან ძნელია მისთვის, მაგრამ შესაძლებელია, თუ მას ხელს დაუჭერთ. ბავშვი დადის თითის წვერებზედ თამაშით. მაგრამ რამდენიმე ნაბიჯის შემდეგ თავი ჰიპერექსენზიაში გადადის, ამასვე აკეთებს ტანი და ბავშვი მიწაზედ ეცემა-დაცემის თავიდან აცდენა შეიძლება თუ დაუჭერთ ოდნავ კეფაში.

რაც შეეხება ნებისყოფითი მოძრაობას იგი შენახული იყო კიდურების ყველა სეგმენტებში. კუნთების ძალა ოდნავ დაკლებულია უფრო კი მარცხნივ. მესესთა რეფლექსები ცოცხალია ყველგან.

Babinsky-ს რეფლექსი არა აქვს.

მუცლის და კრემასტერის რეფლექსები—ცოცხალია. მგრძობელობის მოშლილობა არაა, თავის ქალას ნერვები—N.

მხედველობა კარგი. თვალის კაკლების მოძრაობა კარგი; თვალის გუგები თანაბარია.

სინათლეზედ კარგად ეიწროვდება. თვალის ფსკერები—N.

სმენა კარგი, Barany—უარყოფითი.

ბავშვს შეუძლია თვითონ ჭამა-სმა, ყლაპავს შედარებით კარგად, ჭამის დროს იზვიათად ახვევლებს. აქვს სუნთქვის მოშლილობა, რომელიც გავს წმინდა მექანიკურს და სუსტი dyspnoe ხრიალით როცა თავი ჰიპერექსტენზიაში არის. ზოგჯერ ღამე შარდს კარგავს.

მეტყველების მხრივ უნდა აღინიშნოს მონოტონობა, ლულული ცხვირში და ოდნავი ფსიქიური მოშლილობა.

ამ საღამოს ბალლი ავია, მოუქნელი. კონტრაქტურები შესუსტებულია ამ დროს.

ელექტრონით გამოკვლევა გვიჩვენებს გაუკუღმართებას ქვედა კიდურებზედ ქრონაქსის მხრივ:

ქრონაქსია ფეხის მომზრელებისა $= \frac{1}{3}$, იმ შეფარდების მაგიერ $= \frac{2}{1}$, რომელსაც ეპო-ულობთ ნორმალურ პირობებში. პარკინსონის სინდრომის განვითარების დროს ჩვენ დავინახეთ, რომ ბავშვს დაერთო წონასწორობის და სიარულის მოშლილობა, რასაც დაემატა სპეციალური კრუნჩხვები.

აქ ექვს გარეშეა საქმე გვაქვს ვგრად წოდებულ ექსრა-პირამიდულ დისტონიასთან სპეციალურ დაზიანებით წონასწორობის ტონუსისა.

ამ სინდრომის შესახებ შეიძლება ვიფიქროთ, რომ აქ არის Sherington-ის rigidity décèbrée. ეს საკითხი არის სავეტით გამოკვლეული, მაგრამ მრავალი ავტორები ამტკიცებენ, რომ არსებობს კლინიკურად შემთხვევები, რომელნიც წარმოადგენს rigidity décèbrée-ს და რომელნიც სპეციალურ გამართლებული იყო ტვინის ღეროს pedoncolo-protuberantia-ს არეში გაწყვეტით.

Wilson-ის აზრით rigidity décèbrée-ს დროს დამახასიათებელია ზედაკიდურების ექსტენზია წინამზრების ჰიპერატონიციით (პრონატორების ნიშანი), რაც ჩვენ ავადმყოფს არა აქვს.

Hygling Jackson-ს მოყავს შემთხვევა ნათხემის ქვის სიმსივნის დროს rigidity décèbrée, რომელიც აგრეთვე არა გავს ჩვენ ბავშვის ავადმყოფობას.

მოსაბობა უნებლიეთ მოძრაობისა, რაც აქვს ჩვენ ავადმყოფს ზურგზედ წოლის დროს გვაფიქრებინებს, რომ მას აქვს პოსტენცეფალიტიური პარკინსონიზმი.

შევადართ ჩვენ ავადმყოფს ავადმყოფი ქალი, რომელიც ნაჩვენები იყო Société de Neurologie-ში. ამ ხუთი წლის ბავშვს ერთ encephalopathie-ის შემდეგ ქონდა საერთო პოსტურალური ჰიპოტონია და ინტეციონური კონტრაქტურები უფრო მკაფიოდ გამოხატული სახეზედ და იმ ზედაკიდურებზედ, რომელზედაც ქონდა კრუნჩხვები.

ეს ორი შემთხვევა განირჩევა საფუძვლიანად ერთი-მეორისაგან:

პოსტურალური ჰიპოტონია პატარა ქალისა და პლასტიური გაშეშებულობა რეფლექსების აწვეით პატარა ბიჭისა. აი ეს მოვლენები ერთმანეთს ეწინააღმდეგება და ამიტომ მათ ერთ ჯგუფში ვერ მოვაქცევთ. კრუნჩხვები იწყობოდა როცა ბავშვს ეერთკალურად დაეყენებდით,

ემატებოდა სიარულის დროს და იკარგებოდა ზურგზედ წოლისას. ეს მდგომარეობა, რომელიც ვერ აიხსნება მოტორულ ნაკულულოვანობით და, რომელიც კლინიკურად ყველა კუნთის ტონუსის მოშლილობას გვიჩვენებს, უნდა მიეწეროს წონასწორობის კუნთების დისტონია—ეგრედ წოდებულ Stato-dystonie-ას.

ექ. ვ. გულიაშვილი.

О влиянии статического электричества на сосуды изолированного уха кролика
Л. М. Плотникова. Вр. дело 9 май 1925 г.

სტატიკური ელექტრონის მოქმედების შესახებ კურდღლის ბაჭის გამოყოფილ ყურზე ავტორის უწარმოებია ცდები ლენინგრადის ფიზიოთერაპევტიულ ინსტიტუტის ბიოფიზიკურ ლაბორატორიაში. ცდების დროს სარგებლობდა Holtz-ის მანქანიდან მიღებულ ნაკადით. მანქანა თავის მოქმედების დროს იძლეოდა ნაპერწკალს 10—15 სან. სიგრძით, ნაკადის დაჭიმულობა კი აღწევდა 56, 100 ვოლტს.

გამოყოფილ კურდღლის ბაჭის ყურზე, შვერთებულ Ringer-Lock-ის სითხესთან, ამოქმედდა სტატიკურ ელექტრონის სუსტი და ძლიერი ნაკადი. 19 შემთხვევიდან 17 დადებითი მიიღო. უმეტეს შემთხვევაში ყურის სისხლის მიღები ფართოვდებოდნენ სტატიკურ ელექტრონის ნაკადის გავლენის გამო. ამასთანავე ელექტრონის ნაკადის დაჭიმვის მომატებასთან ერთად სისხლის მიღების გაფართოებაც მატულობდა. მიღების გაფართოება დაკავშირებული იყო ელექტრონის ნაკადის აღმოცენებასთან, წინააღმდეგ, მიღების გაფართოება ისპობოდა ნაკადის შეწყვეტისას. მიღების გაფართოება იყო რითმული.

დადებითი პალიუსი იწვევდა მეტ გაფართოებას ვიდრე უარყოფითი. სამ შემთხვევაში ნაკადის მოქმედების დროს შეამჩნია სპაზმი, რომელიც ერთ შემთხვევაში გაგრძელდა ნაკადის მოქმედებამდე, (10 წუთი) და ნაკადის შეწყვეტისას თუმცა მიღები უბრუნდებოდნენ ნორმას, მაგრამ პირველყოფილ ნორმას ვერ აღწევდნენ. ამნაირად ავტორის დასკვნით სტატიკ. ელექტ. ქსოვილთათვის ჩათვლება გამაღიზიანებელ ფაქტორად და არა ფსიქიკაზე მოქმედათ.

8. 3—ძე.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА
„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“
в 1926 г.

(XII год издания)

Как и в 1925 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. Груздев.*

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 1926 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.
Проспекты высылаются по требованию бесплатно.



„სეკარის სიტხე“

ოკგანო-ბეკავეთიული ლაბორატორია

„გალენ-მოსკვა“

დამზადებული პროფესორ ბიუხნარის მიერ

სასქესო ჯირკვლების ახალი თესლისაგან, ნებადართულია ჯან-საღკომის მიერ, № 8362

დარიგება წამლის მიღების შესახებ:

ყოველგვარი ნევრასტენია

დალილობა, სიბერის გავლენა, მძიმე ავადმყოფობის შემდეგ ორ-განიზმის სისუსტე, — ტიფის, ინფლუენცას, სიფილისის, მშობიარო-ბის შემდეგ ავადმყოფობა, არტერიოსკლეროტიული ცვლილებანი მი-ლებისა. კონსტიტუციონალური ავადმყოფობანი: სისხლნაკლულობა, ქლეტი, დიაბეტი, ხერხემლის გახშობა. ადვილად ითვისებს ყველა. არავითარი ზიანი არ მოაქვს ამ წამლის ხმარებას. ერიდეთ სიყალ-ბეს. უსათუოდ მოითხოვეთ მწვანე ბენდეროლით, წარწერით: „კონ-ტროლ“. სეკარის სიტხე, გენერალური წარმომადგენლობა ამიერ-კავკასიაში — თბილისი, თავისუფლების მოედანი, № 2. იყიდება სახ-მედვაჭრობის ყველა აფთიაქების მაღაზიებში, სააფთიაქო სამმარ-თველოებში და წითელი-ჯვრის აფთიაქებში ამიერ-კავკასიის რეს-პუბლიკებში. იგზავნება ფოსტითაც, ღირებულების 20 პროც. ბეს მიღებისთანავე, არა ნაკლებ 4 ფლაკონისა.

— ფასი 2 მან. და 50 კ. ფლაკონი —

წერილობი, შეკვეთები და ფული უნდა გამოიგზავნოს შემდე-გი მისამართით:

კოლპერატივ გალენის ამიერ-კავკასიის წარმომადგენლობას, თბი-ლისი, თავისუფლების მოედანი (ყოფ. თამაშ. პასაჟი) № 2, მე-ორე ხართული, განყ. 30.

Гл. ск. для СССР: Кооператива ГАЛЕН-Москва. Москва ул. Герцена № 5 отд. 30.



5-286

ქურნალის ფასია:	1925 წლის სრული ვომპლექტი	10 მან.
ცალკე ნომერი	1 მანეთი	
ორმაგი ნომერი	1 მანეთი	50 კაპ.

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

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

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

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

ქურნალის მაისის ნომერი უკვე იბეჭდება.

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, საქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩეჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 41), ბათუმში—პ. გიგინეიშვილი, ლანჩხუთში—ვ. ბარამაძე, სენაკში—ი. ჩხეტია, ხაშურში—გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი)—ა. გრიგოლია, ზუგდიდში—ანთელავა, რომელთაც ქურნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციულ ამხანაგებმა.