

Танамедрове Медицина.

(Современная медицина № 5 — 6.)

РЕФЕРАТЫ.

Проф. Ив. Тиканадзе. Применение Рентгеновских лучей в акушерстве.

Автор на основании новейших литературных источников по вопросу применения Рентгеновских лучей в акушерстве приходит к следующим заключениям:

1. Метод рентгено-диагностического исследования в акушерстве имеет большое значение; в тяжелых случаях акушеру-клиницисту он оказывает большое действие.
2. Исследование Рентгеновскими лучами совершенно безвредно как для матери, так и для ребенка.
3. Для распознавания беременности Рентгеном можно пользоваться с 4 месяца; для распознавания более ранней беременности этот метод пока еще не разработан.
4. Рентгеном можно распознать: 1) беременность с 4 месяца; 2) количество плодов; 3) положение; 4) величину; 5) уродство; 6) внутренние размеры малого таза с математической точностью; 7) отношение между размером головки плода и вместимостью таза.
5. С его помощью дается нам возможность проследить весь механизм родов.

Д-р С. Одишария. Профессиональные повреждения среди работающих на рентгеновских лучах.

Автор по данным соответствующей литературы и на основании собственных наблюдений причины, вызывающие профессиональные повреждения, сводит к трем основным факторам: 1) токам высокого напряжения; 2) ядовитым газом и 3) самим Рентгеновским лучам. В кабинетах, где приходится иметь дело с током высокого напряжения, появляются вредные для человеческого организма химические соединения, как то: азотистые соединения (кислоты), токсический озон и др., затем там же находят вредные для организма соединения серебра, серы и свинца. Еще более вредным и опасным автор считает действие самих Рентгеновских лучей, которые хотя и действуют в малых дозах, но обладают кумулятивным действием. Результатом этого является развитие т. н. Röntgendermatit-a, который впоследствии может перейти в Röntgencarcinom-у. Что же касается общего действия Рентгеновских лучей на организации, то здесь надо отметить их влияние на кроветворные органы и на состав самой крови

გამოცემის წელი მეოთხე

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 7—8

ივლისი — აგვისტო

1927



ვ. ივლიანის რედაქციის დასრულებულია კვლევიუმის გამოცემა

თბილისი

Танамедрове медицина

(Содержание №№ 7—8).

I. Теоретическая и клиническая медицина.

1. Д-р А. Мамулайшвили — Секреторная функция желудка при амёбной дизентерии. 339
2. Д-р И. Цинцадзе — Случай афонической недостаточности аортальных клапанов 344
3. Д-р П. Нанейшвили — О некоторых изменениях ц.-спинальной жидкости при менингитах 347
4. Д-р Г. Хуцишвили — К вопросу перевязки внутренней яремной вены при sinus thrombosis-е ушного происхождения 358
5. Д-р Г. Джибути — Задержка мочи в послеоперационном периоде и ее лечение фармакологическими веществами 365
6. Д-р К. Курашвили — К вопросу лечения острого травматического тетануса 376
7. Д-р Г. Хечинишвили — Значение реакции Ruge II и Philipp-a при искусственном аборте 383
8. Д-р Т. Николайшвили — Лечение скрофулёзного заболевания глаза рыбьим жиром. 388

II. Обзоры.

III. Библиография.

IV. Рефераты.

Thanamédrové Medicina

Sommaire

(Médecine contemporaine № 7--8).

I. Le médecine theorique et clinique.

1. D-r Mamoulaïchvili. „Au sujet de l'acidité du suc gastrique pendant la dysenterie amibienne“ 339
2. D-r Tzintadzè. „Un cas d'insuffisance aortique aphone“ 344
3. D-r Naneichvili. Sur quelques modifications dans le liquide céphalo-rachidien pendant les méningites 347
4. D-r Koutzichvili. La ligature de la veine jugulaire interne au cours de la trombose du sinus, d'origine auriculaire“ 358
5. D-r Djibouti. „La rétention urinaire post-opératoire et son traitement par les moyens pharmacologiques“ 365
6. Courachvili. „Au sujet du traitement du tétanos traumatique aigie“ . . . 376
7. D-r Khetchinachvili. La signification des réactions Rugellet de celle de Philipp au cours de l'abortement artificiel*. 383
8. D-r Nicolaïchvili. „Traitement des kèrato-conjonctivites scrofuleuses par l'huile de foie de morue 388

II. Revue.

III. Bibliographie.

IV. Analyses.

ემ. ა. მაგულაიშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

კუჭის სეკრეტორული ფუნქცია ამებურ დიზენტერიის დროს. *)

(შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალურ კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. ვირსალაძე).

ამებაში თუმცა ადგილობრივი პროცესია, მაგრამ იმავე დროს ზოგადი ავადმყოფობაა, რომელიც ღრმა ცვლილებება იწვევს სხვადასხვა ორგანოებში და აგრეთვე ზოგად ინტოქსიკაციას. ამიტომ, როდესაც ამებაში შესახებ ფართოდ არის დასმული საკითხი, მიზანშეწონილია კუჭის მდგომარეობის და მის ფუნქციის გამოკვლევა ამ ავადმყოფობის დროს. როგორც ვიცით, საჭმლის მომნელებელ მილის სხვადასხვა ნაწილებს შორის არსებობს ფუნქციონალური და მოკიდებულება. ცნობილია, რომ მის ერთი რომელიმე ნაწილის მოშლას უთუოდ ყველა თან სხვა ნაწილების ფუნქციის დაქვეითება, ან პირიქით, მათა კომპენსატორული გაძლიერება, რა თქმა უნდა იმდენად, რამდენადაც ისინი ერთი მეორესთან ფიზიოლოგიურად არიან დაკავშირებული. ასე მაგალითად, კუჭის ატროფიულ კატარის დროს თორმეტ-გოჯა ნაწლავის ბრუნერულ ნაწილის ფუნქცია ძლიერდება და თვით კუჭის ლორწოვანიც იფარება ეპითელიალურ უჯრედებით, რომელიც დამახასიათებელია 12 გოჯა ნაწლავის ზემო ნაწილებისათვის. აღნიშნულის გამო თითქოს შესაძლებელი უნდა ყოფილიყო ზოგიერთი აპრიორული დასკვნების გამოყვანა, რომ მსხვილი ნაწლავების დაავადებაც ცოტად თუ ბევრად გავლენას უნდა ახდენდეს კუჭის სეკრეციაზე, რომ ფუნქციონალური კავშირი კუჭის და მსხვილ ნაწლავებს შორის არსებობს, — ეს ურყველად დამტკიცებულია ექსპერიმენტებით არამც თუ ცხოველებზე, არამედ ადამიანზეც. Spiro-ს, Rodzikowsky-ს, Molinier-ის, Цитович-ის, Лобасов-ის, Саноцкий-ის და მრავალი სხვების ცდებით დადასტურებულია, რომ ზოგიერთი ნივთიერებანი, მაგალითად ლერწმის შაქრის, საჭმელ მარილის ხსნარები, შეყვანილი მსხვილ ნაწლავში აძლიერებენ კუჭის სეკრეციას. მეორეს მხრივ, აგრეთვე დამტკიცებულია, რომ ზოგადი დაავადებანი, რომელნიც დაკავშირებული არიან კუჭის დაქვეითებასთან (მაგალ. მკვეთრი სიციხიანი დაავადებანი) იწვევენ კუჭის სეკრეციის დაქვეითებას. მაგრამ ჩამოთვლილ შემთხვევებში კუჭის სეკრე-

*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-4-ე კონგრესზე.

ციის დაქვეითება არ არის მუდმივი და დამახასიათებელი მოვლენა აღნიშნულ შემთხვევებისა.

პათოგენეტიური მომენტი კუჭის სეკრეტორული ფუნქციის მოშლილობისა არ არის პირდაპირ დამოკიდებულებაში ამ დაავადებებთან და დაკავშირებულია მათთან იმდენად, რამდენადაც ეს დაავადებები იწვევენ ზოგადი ხასიათის ცვლილებებს. მრავალი კლინიკური დაკვირვებანი ადასტურებენ ამ ფაქტს.

ჩვენთვის საინტერესო საკითხს, ე. ი. შესწავლას კუჭის სეკრეტორული ცვლილებებისა ამებურ დიზენტერიის დროს ჩვენ მიუღდექით ორ მხრივ ერთი — არსებობს თუ არა დიზენტერიის დროს რაიმე დამახასიათებელი ცვლილება კუჭის სეკრეტორული და თუ არა, —ის ცვლილებები, რომელიც ხშირად გვხვდება ამეზიასის დროს არის თუ არა მეორადი მოვლენა, დაკავშირებული ზოგად მოვლენასთან? საჭიროა აღინიშნოს, რომ ამებური დიზენტერია ამ მხრივ ჯერ-ჯერობით არ არის შესწავლილი, მიუხედავად იმისა, რომ ეს საკითხი არ არის ახალი და მას აქვს კარგი ხნის ლიტერატურა. ამიტომ დიზენტერიის მნიშვნელობა ცალკე ორგანოების ფუნქციის გამოვარდნაში მოითხოვს კიდევ შემდეგ შესწავლას და კლინიკურ დაკვირვებებს, კერძოდ ეს ეხება კუჭის სეკრეტორულ ცვლილებებს.

ამებურ დიზენტერიის მრავალ შემთხვევებიდან, რომელმაც გაიარა ჩვენს კლინიკაში, ჩვენ ვარჩევდით სუფთა შემთხვევებს, ე. ი. ისეთებს, სადაც არ იყო კომბინირებული დაავადება, მაგალ., დიზენტერიის მალარიასთან, ლუსთან და სხვ. ასეთები აყო გადარჩეული 25 შემთხვევა.

უმრავლესი იყო ქრონიკული შემთხვევები, ზოგნი დროებითი გამწვავებით. ჩვეულებრივ კუჭის წვენს ვიღებდით რამდენიმეჯერ, რათა თავიდან აგვეცილებია შემთხვევითი ხასიათის შეცდომები. ავადმყოფებს ეძლეოდათ არა Ewald-Boas-ის არამედ მშრალი საცდელი საუზმე, რადგან, როგორც ეს ჩვენ კლინიკიდან გამოსულ შრომაში ექ. მკედელი შვილის მიერ დამტკიცებულია, Ewald-Boas-ის საუზმე, როგორც სითხის მქონე, ანზავებს კუჭის სეკრეტს და ამიტომ იძლევა ხშირად შემცდარ წარმოდგენებს კუჭის სეკრეციაზე.

თითქმის ყველა შემთხვევაში იკვლეოდა კუჭის მამოძრავებელი ფუნქცია Boas-ის ქლოროვილის ცდით. რათა საკმარისი წარმოდგენა ვეჭონოდა სეკრეციის თანდათანობითი მსვლელობაზე და თვით სეკრეტორულ უჯრედების მუშაობაზე, ბევრ შემთხვევაში ვატარებდით კუჭის ფუნქციონალურ დიაგნოსტიკას პროფ. Зимницкий ს წესით.

მთელი ჩენი მასალა 3 ჯგუფად იყო დაყოფილი:

I—შემთხვევები დაქვეითებულ სიმკვავებით,

II—შემთხვევები ნორმალურ სიმკვავებით,

III—შემთხვევები მომატებული სიმკვავებით.

პირველ ჯგუფიდან სულ 12 შემთხვევა:

ზოგადი სიმკვავე	თავის. Hcl	შეკავშირ. Hcl
1. 16	abs	ნიშნები
2. 32	abs	ნიშნები



ზოგადი სიმკვლე	თავის. Hcl	შეკავშირ. Hcl
3. 10	abs	ნიშნები
4. 34	0.04 ⁰ / ₀	0.07 ⁰ / ₀
5. 10	0.036 ⁰ / ₀	ნიშნები
6. 22	abs	0.05 ⁰ / ₀
7. 24	0.036 ⁰ / ₀	ნიშნები
8. 32	0.07 ⁰ / ₀	0.03 ⁰ / ₀
9. 24	abs	0.05 ⁰ / ₀
10. 14	abs	ნიშნები
11. 38	0.09 ⁰ / ₀	0.03 ⁰ / ₀
12. 38	0.07 ⁰ / ₀	0.05 ⁰ / ₀

შეზღვევის ამ გვუფიდან იყენენ ძლიერ გამოხატული კახექსით და სის-
 ხლის თვალსაჩინო ცვლილებებით (რაოდენობითი და თვისებითი დაქვეითებით).

საინტერესოა სისხლის ცვლილებები ამ მხრივ. ასე, პირველ შემთხვევაში
 ერითროციტთა რაოდენობა იყო 2.790.000, ლეიკოციტები—7260, Hb—50⁰/₀
 ფერადი კოეფიციენტი—0,89.

მეორე შემთხვევაში ერითროციტები 2,100.000, ლეიკოციტები—7,800 Hb—
 40⁰/₀, ფერადი მღებავი—0,9. შეთხვევა მესამე: ერითროციტები—2.800.000,
 ლეიკოციტები—7,750, Hb—40⁰/₀. ფერადი მღებავი—0,7 შემთხვევა მეოთხე:
 ერითროციტები—3.300.000, ლეიკოციტები—5,950, Hb—55⁰/₀, ფერადი მღებავი—
 0,83 და დაახლოებით ასე სხვა შემთხვევებშიც. ყველაზე ერითროციტებში—
 პოიკლოციტოზი, ანიზოციტოზი.

მეორე ჯგუფის შემთხვევები, ე. ი. ნორმალურ სეკრეტორული იყო
5 შემთხვევა:

ზოგადი სიმე.	თავის. Hcl	შეკავშირ. Hcl
1. 48	0.08 ⁰ / ₀	0.05 ⁰ / ₀
2. 48	0.07 ⁰ / ₀	0.07 ⁰ / ₀
3. 62	0.12 ⁰ / ₀	0.08 ⁰ / ₀
4. 42	0.1 ⁰ / ₀	0.036 ⁰ / ₀
5. 46	0.12 ⁰ / ₀	0.036 ⁰ / ₀

რაც შეეხება სისხლს, ამ შემთხვევაში რაიმე საყურადღებო ცვლილებები,
 როგორც ქვემოთ მოყვანილიდან სჩანს, არ აღენიშნებოდა.

პირველ შემთხვევაში ერითროციტთა რაოდენობა უდრიდა 4.630.000,
 ლეიკოციტები—9375, Hb—80⁰/₀, ფერადი მღებავი—0,86, მეორე შემთხვევაში
 ერითროციტები—4.250.000, ლეიკოციტები—7750, Hb—75⁰/₀, ფერადი მღებავი—
 0,88, მესამე შემთხვევაში—ერითროციტები—3.650.000, ლეიკოციტები—
 6380, Hb—60⁰/₀, ფერადი მღებავი—0,8 და სხვ.

მისამე ჯგუფში 8 შემთხვევა:

ზოგადი სიმე.	თავის, HCl	შერთ. HCl
1. 80	0.2 ⁰ / ₀	0.08 ⁰ / ₀
2. 108	0.24 ⁰ / ₀	0.08 ⁰ / ₀
3. 102	0.25 ⁰ / ₀	0.09 ⁰ / ₀
4. 106	0.25 ⁰ / ₀	0.12 ⁰ / ₀
5. 78	0.08 ⁰ / ₀	0.05 ⁰ / ₀
6. 74	0.14 ⁰ / ₀	0.1 ⁰ / ₀
7. 80	0.14 ⁰ / ₀	0.1 ⁰ / ₀
8. 120	0.14 ⁰ / ₀	0.1 ⁰ / ₀

ამ შემთხვევებშიც, როგორც მეორე ჯგუფის შემთხვევებში რაიმე საყუარადღებო პათოლოგიური ცვლილებები სისხლის მხრივ არ აღნიშნებოდა და კვების თვალსაზირობით დაქვეითება არ იყო. მოტორული ფუნქცია იმდენად იყო დარღვეული, რამდენად მომატებული სიმძავეობა იწვევს პილორუსის რეფლექტორულ დაკეტვას და საჭმელ ნივთიერების გადასვლის განელებას. კუჭის ფუნქციონალური დიაგნოსტიკა გვიჩვენებდა ნორმალურ სეკრეციის ტიპს.

ამრიგად, ჩვენს 25 შემთხვევიდან 12 იყო დაქვეითებულ სიმძავეებით, რაც შეადგენს 48⁰/₀-ს, 5 იყო ნორმალურ სეკრეციით, რაც 20⁰/₀-ია და მომატებულ სიმძავეებით 8 შემთხვევა, რაც 32⁰/₀ შეადგენს.

კლინიკური ინტერესი აღნიშნულ შემთხვევებისა ჩვენი აზრით კუჭის სეკრეციის სხვადასხვაობაშია, რომ კუჭის ფუნქცია არ არის პირდაპირ და აუცილებელ კავშირში მსხვილ ნაწლავების ცვლილებებთან. როგორც მოყვანილ შემთხვევებიდან სჩანს ამებურ დიზენტერიის დროს გვხვდება კუჭის ყოველგვარი სეკრეცია დაწყებული დაქვეითებელი სიმძავეებიდან ნორმალურ და გაძლიერებულ სიმძავეებამდე.

გადავდივართ რა ეთიოლოგიურ მომენტებზე პირველ ჯგუფს ავადმყოფობის კუჭის წვენის სიმძავეების დაქვეითებისა, უნდა აღნიშნოთ ამ ავადმყოფების კახექტიური მდგომარეობა და სისხლის რაოდენობითი და თვისებითი ცვლილებები. უკვე ეს ზოგადი ხასიათის მოვლენები, გარეშე სხვა რომელიმე ფაქტორებისა საკმარისია კუჭის წვენის სიმძავეების დაქვეითების გამოსწვევად. ცნობილია, რომ სიმძავეობა შეიძლება იყოს შესუსტებული და სრულიად მოსპობილი მაშინაც კი, როცა სეკრეტის გამომყოფი ელემენტები საღი არიან, მაგრამ მათთან სისხლით მოტანილი მასალა შეცვლილია ან არასაკმარისია სეკრეტის იმ სახით და რაოდენობით ვამოქმედებისათვის, რომელიც ნორმის შეადგენს. Martius-ის, Dravitz-ის, Rosenheim-ის, და Тр жецески й-ს შრომებით დამტკიცებულია, რომ სეკრეციის დაქვეითება უფრო იქ ვითარდება, სადაც არის ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის თვისებითი ცვლილება და სისხლში არსებობს ტოქსიური ხასიათის ნივთიერებები. ამასვე აღნიშნავს Rigel-ი. მსხვილ ნაწლავების ლორწოვანი გარსის ნეკროტიზაციით და ნივთიერებათა დაშლის პროდუქტების შეწოვით ადვილად აიხსნება კუჭის სეკრეციის დარღვევა დიზენტე-



რის დროს იმდენად, რამდენადაც ისინი სცვლიან სისხლის თვისებითი შემადგენლობას და არღვევენ ნორმალურ გაცვლა-გამოცვლას.

აქედან თვით სეკრეციის დეპრესიის ხარისხი სხვადასხვა უნდა იყოს, ტოქსინების რაოდენობის და ზოგადი მოვლენების მიხედვით. ის მოვლენა, რომ ბევრ შემთხვევაში ამებური დიზენტერია მიმდინარეობდა ნორმალურ და ბევრჯერ მომატებულ სიმტკიცებით, როგორც ეს მეორე და მესამე ჯგუფის შემთხვევებში ვნახეთ, სადაც ზოგადი ხასიათის მოვლენები (კახექსია) არ იყო გიმობატული კიდევ მეტად ასაბუთებს ამ დებულებას. ამის გამო ამებური დიზენტერია არ უნდა ახდენდეს რაიმე სპეციფიურ გავლენას კუჭის სეკრეციაზე და კერძოდ მის სიმტკიცებაზე. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა ეს ეხება ქრონიკულ ამებიოზს. რაც შეეხება კუჭის ფუნქციონალურ მდგომარეობას ამებურ დიზენტერიის მკვეთრ ფორმების დროს—ეს კიდევ მოითხოვს შემდეგ შესწავლას.

ზემოაღნიშნულიდან ჩვენ შემდეგი დასკვნები გამოგვყავს:

I—ამებურ დიზენტერიის დროს თუმცა უმრავლეს შემთხვევებში გვხვდება კუჭის წველის სიმტკიცების დაქვეითება, მაგრამ ეს უნა იყოს შედეგი ზოგადი ხასიათის ცვლილებებისა, რასაც იწვევს დიზენტერია (ძლიერი სისხლ ნაკლოვანობა, კახექსია და სხვ.).

II—თვით ამებიოზს არა აქვს სპეციფიური გავლენა კუჭის სეკრეციაზე;

III—ხარისხი კუჭის წველის სიმტკიცების დაქვეითებისა, კავშირშია ნივთიერებეთა გაცვლა-გამოცვლის დარღვევასთან და ორგანიზმის ზოგადი ტონუსის დაწევასთან.



ი. ცინცაძე.

კლინიკის ორდინატორი.

აორტის სარქველების აზონიური ნაკლოვანების შემთხვევა*.

(შინაგან სნეულებათა კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის კათედრის პროპედე-
გტიული კლინიკიდან. გამგე—დოც. შ. შიქელაძე).

აფონიური, უშუალო მანკები შედარებით იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. ამიტომ მე საკვიროდ მიმანია გააცნოთ ასეთი მანკის ერთი შემთხვევა რომელსაც ადგილი ჰქონდა პროპედეგტ. თერაპ. კლინიკაში.

ავადმყოფი ს—ი სოლომონ, 27 წ. ებრაელი, შემოვიდა კლინიკაში ა/წ. 15/II. უჩივის ძლიერი ქოშინის, ტკივილებს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და ძლიერ სისუსტეს. ავად გრძობს თავს სამი თვეა, ხოლო უკანასკნელ ერთი თვის განმავლობაში ავადმყოფობა გაუძლიერდა, რაც ქოშინში და ფერდქვეშა მიდამოში ტკივილებით გამოიხატა. ავადმყოფი აღნიშნავდა თავბრუს ხვევას, ცუდ ძილს, გულის რევას და ხანდახან ფაღარათობას უსისხლოთ და ულორწოთ, ხველა არასოდეს არ აწუხებდა. ავადმყოფი ხელობით ხელზე მოვაჭრეა; ცხოვრების პირობები არა აქვს დამაკმაყოფილებელი. ბავშობაში რით იყო ავად არ ახსოვს, მოზრდილობაში რაიმე ინფექციურ სნეულებას უარყოფს, უარყოფს აგრეთვე ვენერიულ სნეულებათ. მაგარ სასმელებს არ ეტანება. შთამომავლობის მხრივ რაიმე ღირსშესანიშნავს არ აღნიშნავს.

St. Praesens. ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, სწორი აგებულების, მდგომარეობა ლოგინში აქტიური. სახის გამომეტყველება შეწუხებული, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული. კანი მკრთალი-მოყვითალო ფერისაა; გარეგანი ლორწოვანი გარსები ანემიური და ოდნავ ციანოტიური. ფეხებზე კოჭებთან ოდნავ ემჩნევა შეშუპება. გულ-მკერდს წინიდან დახედვით, მარცხნივ ემჩნევა გამოზნექილობა, გულის არეს მკაფიო პულსაცია, საძგერი მე-VI ნეკნთა შუა სივრცეშია მარცხნივ მამილარულ ხაზიდან, გაშლილია, ხელის შეხებით მკაფიოდ გამოხატული Fremissement cataire; კარგად სიანს პულსაცია არტერიების (brachialis carotis და სხვა). გულის სახლდარი მარცხნივ—წინა აქსილარული ხაზი, მარჯვნივ—მარჯვენა სტერნალური ხაზის გარეთ: ქვემო ნაწილში ორი თითით, ზემოდ კი 1 1/2 თითით; ხემა სასლდარი მე III ნეკნის ზედა კიდე. მკერდის ტარზე (აორტის მიდამოში) გამოხატულია მოყრუება, რომელიც ორ თითს უდრის. მოსმენის დროს მწვერვალზე გვესმის მკაფიოდ გამოხატული სისტოლიური შუილი და ნაწილობრივ დისტოლიური, მე II ტონი ოდნავ გამოხატულია (ვერტიკალურად ნათლად); მე IV ნეკნთა სივრცეში ზემოდ სისტოლიური შუილი ნაკლები ინტენსივობისა, ვიდრე მწვერვალზე, მაგრამ მე II ტონი მკაფიოდ არის გამოხატული. მარჯვნივ წინ მე II და მე III ნეკნთა სივრცეში ისმის ნახი სისტოლიური შუილი, აქვე მეორე ტონი წმინდა, მხოლოდ მაგარი და დაძაფრული; მარცხნივ იგივე მოვლენა. Art. Femoralis-ზე ნათლად გამოხატული Durosier-ს ორმაგი შუილი და Traube-ს ორმაგი ტონი, ცხადათ ემჩნევა აგრეთვე Quincke-ს კაპილარული პულსი. სისხლის

* მოხსენდა ავადმყოფის დემონსტრაციით პროპედეგტიული თერაპიული კლინიკის ექიმთა კონფერენციაზე 13/III 1927 წ.



ძარღვები ელასტიურია, პულსი Celer et altus ტიპისაა, რითმიული, თანაბარი ორთავე მაჯაზე და სინქრონიული გულის ძვრასთან. სისხლის წნევა Korotkოვით 115 max. და 35 min. ფილტვების მხრივ აღსანიშნავია მოყრუება მარჯვენა ფილტვის მწვერვალზე და იქვე მკერდის სუნთქვა ამოსუნთქვით და აქა-იქ მშრალი ხიზინი.

საკმეოსის მომწელებელ ორგანოების მხრივ აღინიშნება სამი თითით გადიდებული ღვიძლი, რომელიც რბილია და მტკივანი; ელენთა ერთი თითით გამოდის ნენთა რკალიდან. მომაგრო კონსისტენციისა და ოდნავ მტკივანი.

რენტგენოსკოპია (ექ. მ. ნემსაძე): გული ელიპტიური ფორმისაა, მისი მარჯვენა სახლე-ვარი ერთი თითით მარჯვენა ძუძუს ხაზის შიგნით; მარცხენა—ორი თითის დადებით მარცხენა ძუძუს გარეთ; ქვედა სახლევარი ძვეს დიაფრაგმაზე და ცილდება მის მოძრაობისას; ორივე პარკუჭები გაგანირებულია, გაგანირებულია აგრეთვე მარცხენა წინაგული და ოდნავ arcus aortae.

სისხლი: Hr. 1800.000; L. 6.600; Hb. 60%; F. J. 0.6.

ნეიტროფილები 61%; დიდი ლიმფოციტები 8%; პატარა ლიმფ. 20%; ეოზინოფილები 2%; მონოციტები 5%; Ried 2%.

შარდის ანალიზი: ხვედრი წონა 1018, რეაქცია—მეფე; ფერი ჩალის, მომღვრიო, შაქარი არ არის, ცილა—ნიშნები; ინდიკანი N. ურობილინი N. ნალევის პიგმენტები არ არის; ნალექი: თეთრი ბურთულები 3—4 მხედველ. არეში, ამდენივე რაოდენობა წითელი ბურთულებისა; გიალინური და მარცვლოვანი ცილინდრები 2—3 მთელს პრეპარატში.

განავლის ანალიზი: განავალი ყვითელი ფერის, ჩვეულებრივი კონსისტენციის, ტუტე რეაქციის, საკვად მონელებული კენთოვანი ბოკოები, მცირე რაოდენობით სახამებლის უჯრედები და აქა-იქ ნეიტრალური ცხიმების წვეთები. სისხლი Boas-ის რეაქციით არ არის, ნაწლავთა პარაზიტების კვერცხები და Protozoa არ აღმოჩნდა.

ყველა ზემოჩამოთვლილ კლინიკურ სიმპტომების მიხედვით, რათქმა უნდა, არავითარი ეჭვი არ არის, რომ ჩვენს შემთხვევაში საქმე გვაქვს გულის დაავადებასთან დეკომპენსაციის დასაწყის პერიოდში. გულის გარდი-გარდმო დიამეტრის ფრიად საგრძნობი გადიდება, მწვერვალზე სისტოლიური და დისტოლიური შუილი ფილტვის არტერიაზე მეორე ტონის აქცენტი, Irémissenieut ca-taive —ყველა ეს ნათლად ამტკიცებს, რომ ჩვენს შემთხვევაში ადგილი აქვს მიტრალური სარქველების დაავადებას—ორსარქველას ნაკლოვანებას და მისი ხერ-ვლის სტენოზს.

მაგრამ ჩვენს შემთხვევაში საინტერესო ეს ორმაგი მანკი კი არ არის, ვინაიდან ეს ფრიად ბანალურსა და ჩვეულებრივ მოკლენას წარმოადგენს, არამედ სულ სხვა გარემოება.

ჩვენ ვხედავთ, რომ ჩვენს ავადმყოფს აქვს მკაფიოდ გამოხატული პერიფერიული არტერიების პულსაცია (la danse des ortères—ფრანგ ავტორების) pulsus celer et altus, Traube-ს ორმაგი ტონი, Durosiez-ს ორმაგი შუილი Quincke-ს კაპილალური პულსი, დიფერენციალური წნევის ძლიერი მომატება (80mm.) და დიასტოლიურის ძლიერი დაქვეითება (35 mm.). ყველა ეს სიმპტომები ყოველად წარმოუდგენელია მიტრალური სარქველების დაავადების დროს და შესაძლებელია მხოლოდ, რომ არსებობდეს აორტის სარქველების ნაკლოვანების დროს; და ჩვენს შემთხვევაში ყოველ ეჭვს გარეშეა, რომ ავადმყოფს აორტის სარქველების ნაკლოვანება აქვს. მაგრამ ჩვენ არა გვაქვს ამ მანკის ერთი უმთავრესი ნიშანთაგანი—დიასტოლიური შუილი აორტაზე ან მკერდის ძვალზე. აქ ჩვენ გვესმის მხოლოდ სისტოლიური შუილი, რომელიც ჩვენ მწვერვალოდან გატარებულად შეიძლება ჩავთვალოთ ანდა, უფრო შესაძლებელია აორტის სარქველების

ნაკლოვანობის დროს ხშირად თანდართულ სისტოლიურ შუილად მივიღოთ, ასეთი სისტოლიური შუილი, Rosenbach-ით, აიხსნება იმ გარემოებით, რომ მარცხენა პარკუჭის სისტოლის დასაწყისში აორტიდან სისხლის ნაკადი მისი სარქველების ნაკლოვანების გამო კიდევ მიდის მარცხენა პარკუჭში და ამგვარად პარკუჭისაგან გაგზავნილი ტალღა ხვდება ამ ნაკადს და ქმნის შუილს სისტოლის დროს. აორტის მეორე ტონი დაძაბურული და გაძლიერებულია ისევე, როგორც ფილტვის არტერიაზედაც. უნდა ვიფიქროთ, რომ აორტაზე ეს ხმიანობა გატარებულია ფილტვის არტერიიდან, სადაც ეს გარემოება კარგად აიხსნება მეტრალური სტენოზით.

შესაძლებელია თუ არა, რომ ჩვენ აორტას სარქველების ნაკლოვანების დროს დიასტოლიური შუილი ვერ მივიღოთ? მთელს რიგ სახელმძღვანელოებში ეს გარემოება აღნიშნული არ არის, მაგრამ ლიტერატურაში ასეთი შემთხვევები მაინც აღწერილია, თუმცა, როგორც ძლიერ იშვიათი მოვლენა, (Litten, Leube, Vaguez Bard, Зимницкий და სხვები).

რით აიხსნება დიასტოლიური შუილის არ არსებობა აორტაზე მისი სარქველების ნაკლოვანების დროს? ზოგის აზრით (Litten) ეს მოვლენა არის მაშინ, როდესაც ეს ნაკლოვანება ძლიერ დიდია და აორტისა და პარკუჭის შუა ხვრელი სარქველების დახურვის შემდეგაც იმდენად დიდი რჩება, რომ სისხლის უკუქცევით მოძრაობას არავითარ შესამჩნევ წინააღმდეგობას არ უწყევს და ამიტომ ხმიანობასაც არა ქმნის. ამ აზრს ემხრობა აგრეთვე Sufuet-იც. Bard-ის აზრით, დიასტოლიური შუილის არ არსებობა აორტას სარქველის მანკის დროს, აიხსნება იმით, რომ სარქველები დაზიანებულია მათ მიმაგრების ადგილას, მათი კედლები კი სრულიად ელასტიურია და ამიტომ კარგად იხურება.

არის კიდევ ერთი შესაძლებლობა, რომელიც ხელს უწყობს აორტის სარქველების ნაკლოვანების დროს დიასტოლიური შუილის არ არსებობას—ეს, როდესაც აორტაში სისხლის ნაკადი შედარებით მცირე გადადის და ეს შესაძლებელია მაშინ, როდესაც აორტის სარქველების ნაკლოვანებასთან ერთად არსებობს მეტრალური სარქველების ნაკლოვანება და სტენოზი.

რით აიხსნება ჩვენს შემთხვევაში აორტის სარქველების ნაკლოვანების დროს დიასტოლიური შუილის არ არსებობა?

ჩვენს შემთხვევაში ადგილი ქონდა ორთავე მომენტს, რომელთაც შეუძლია გამოიწვიოს დიასტოლიური შუილის არ არსებობა: 1) აორტის სარქველების ნაკლოვანებასთან ერთად ჩვენს ავადმყოფს ქონდა აგრეთვე მეტრალური სარქველების ნაკლოვანება და სტენოზი და ამვე დროს 2) აორტა იყო გაგანიერებული. ამგვარად უნდა ვიფიქროთ, რომ საერთოდ ნაკადი სისხლის პარკუჭიდან აორტაში გადადიოდა შედარებით მცირე ორსარქველას მანკის არსებობის გამო და მეორეს მხრით აორტისა და მარცხენა პარკუჭის შუა არსებული ხვრელი დიდი იყო აორტის გაგანიერების გამო.

ამით უნდა აეხსნათ უშუალო მანკის არსებობა ჩვენს შემთხვევაში.

3. ნაწილი.

3. — სპინალური სითხის ზოგიერთი ცვლილებების შესახებ მენინგიტების დროს¹⁾.

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბავშთა სნეულების კლინიკიდან.
გამგე—პროფ. ს. გოგიტიძე).

ცნობილია, რომ ხანდახან მენინგიტების სხვადასხვა ფორმებს შორის დიფერენციალური დიაგნოზი წარმოადგენს დიდ სიძნელეს. დიდი კლინიკისტებიც ზოგიერთ შემთხვევაში შეეჭვებულან და კიდევაც შემცდარან. ეს ხდება, რასაკვირველია, იმიტომ, რომ ის სიმპტომები, რომელიც ახასიათებს ამა თუ იმ ფორმას მენინგიტისას არა იშვიათად გამოჩნდებიან ფორმებში, რომლებსთვის ისინი დამახასიათებელი არ არიან.

რაც შეეხება ტვინის სითხის გამოკვლევას, ის ძალიან ხშირად გვშველის, მაგრამ არიან შემთხვევები, როცა ისიც ვერ გვიფარავს შეცდომიდან.

ასე მაგალითად, ცნობილი ფორმულა Sicard-ის, თითქოს ლიმფოციტოზი ახასიათებს ტუბერკულოზურ მენინგიტს, პოლინუკლეოზი ჩირქოვანს—არ აღმოჩნდა უცვლელი და მუდმივი.

ხანდახან ტუბერკულოზური მენინგიტის დროსაც გვხვდება პოლინუკლეოზი და ჩირქოვანის დასაწყისში და ბოლოში არა იშვიათია ლიმფოციტოზი. აგრეთვე ლიმფოციტოზს ვხედავთ ჩვენ ე. წ. სეროზული მენინგიტის დროსაც. ცხადია მაშასადამე, რომ ზოგიერთ შემთხვევებში, ვერც კლინიკური სურათის შესწავლა და ვერც სითხის ციტოლოგიური გამოკვლევა ვერ იძლევიან საკმარის საბუთებს სწორი დიაგნოზის დასასმელათ.

ალბად ამით აიხსნება, რომ ამ უკანასკნელ დროს სულ უფრო ხშირად მიმართავენ ტვინის სითხის ქიმიურ შესწავლას. ცნობილია მაგალითად, მთელი რიგი რეაქციებისა გლობულინებზე (Pandy, Nonne-Apelt, Weichbrodt და სხვები). გულმოდგინედ იკვლევენ ცილას რაოდენობას სითხეში. არის შრომები შარდმეყავას რაოდენობის შესახებ ტვინის სითხეში. (Baumritter).

მაგრამ შეიძლება ითქვას, რომ სითხის ქიმიურ შემადგენლობაში ყველაზე უფრო დიდ ყურადღებას იწვევს ქლორიდების და შაქრის რაოდენობა სითხეში.

არსებული ლიტერატურის მიხედვით მენინგიტი, და ყველაზე უფრო ტუბერკულოზური, ხასიათდება ამ ნივთიერებების დაწევით. ასე კიდევ Roger Voi-

¹⁾ მოხსენდა ქართულ ეკიმთა საზოგადოებას 28 ოქტომბერს 1926 წ.



sin'ი 1903 წ. აღნიშნავდა ქლორიდების დაწვევის დიდ მნიშვნელობას ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს. 1904 წ. იგივე Voisin'ი აღნიშნავს ქლორიდების დაქვეითების შესაძლებლობას ეგრეწოდებული états méningés'ების დროს მაგრამ ხაზგასმით ამბობს, რომ აქ ეს დაქვეითება არ არის ისე დიდი, როგორც ეს ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს ხდება.

ამ ავტორის ციფრები საშუალოდ შემდეგია:

ნორმა 7,46.
 პნევმონიების დროს, როცა არ არის გართულება მენინგ. მოვლენებით 7,10
 პნევმონიების დროს, როცა არის გართულება ამ მოვლენებით 6,94

Iean Golay-ც 1917 წ. d'Espine-ის კლინიკიდან დიდ დიფერენციალურ დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას აძლევს ქლორიდების გამოკვლევას ტვინის სითხეში. მას გამოუკვლევია სულ 13 შემთხვევა. 6 états méningés'ების დროს, 1 სიფილიტიური და 6 ტუბერკულოზურის დროს. ყველა შემთხვევაში გარდა ტუბერკულოზურისა, ციფრები ყოფილა 7-ზე მეტი. ტუბერკულოზურის დროს ყოფილა შემდეგი ციფრები: (7,40; 6,30; 5,5; 6,1; 6,5; 6,2);. ამ ერთ დიდ ციფრს ტუბერკულოზური მენინგიტისას 7,4 ს., ავტორი სთვლის გამონაკლისად და ამბობს, რომ ამ შემთხვევაში საქმე უფრო მილიარულ ტუბერკულოზში იყო, ვინემ მენინგიტში და ვინაიდან დანარჩენ შემთხვევაში ციფრი არ ყოფილა 6,5-ზე მეტი, ამ ციფრს აძლევს ის გადაწყვეტ მნიშვნელობას და აცხადებს, რომ თუ ქლორიდების გამოკვლევით ჩვენ ვნახეთ ციფრი 6,5 ან ნაკლები, შეიძლება გადაწყვეტით დაისვას ტუბერკულოზური მენინგიტის დიაგნოზი. Mestrezat სთვლის ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებლად ციფრებს 5, და 6-შუა.

უკანასკნელად Steiner'ი და Beck'ი უსვამენ ხაზს ქლორიდების გამოკვლევის დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას. ისინი არ უარყოფენ ქლორიდების დაწვევის შესაძლებლობას მენინგიტების დროსაც, მაგრამ მენინგიტების დროს ქლორიდების ციფრი არასოდეს არ იწევს 6-ზე ქვევით და გარდა ამისა ტუბერკულოზური მენინგიტი ხასიათდება კიდევ თანდათანობითი დაცემით ამ ქლორიდების ციფრებისა. ასე მაგალითად, თუ აღინიშნა დაწვეული ქლორიდების ციფრების ხელახალი მომატება, ამ ავტორების აზრით სავსებით შეიძლება ტუბერკულოზური მენინგიტის გამორიცხვა.

ჩვენ ვხედავთ, რომ ყველა ავტორები ერთხმად აღნიშნავენ ქლორიდების რაოდენობის დაწვევის მნიშვნელობას ტუბერკულოზური მენინგიტის დიაგნოსტიკაში. განსხვავება მხოლოდ ციფრების განსაზღვრაშია. თუ Mestrezat, Steiner'ი და Beck'ი მარტო 6-ს დაბლა სვამენ გადაჭრით ამ საშინელ დიაგნოზს, Golay'ი 6,5-ს თვლის უკვე გადაწყვეტ ციფრად.

ჩვენ კიდევ ამას წინად გვკონდა საშუალება აღგვენიშნა, რომ ჩვენ მივიღეთ ერთხელ ქლორიდების გამოკვლევის დროს ციფრი 6,4 ისე, რომ ტუბერკულოზური მენინგიტზე ლაპარაკიც არ შეიძლებოდა. მიმდინარე სამოსწავლო წელში ჩვენ გავატარეთ სულ 95 შემთხვევა მენინგიტისა. ამათში იყო 26 ტუბერკულოზური მენინგიტი, 19 ჩირქოვანი სხეადასხვა ეტიოლოგიის, და 50 მენინგიალური მოვლენების, უმთავრესად პნევმონიების დროს.



26 ტუბერკულოზური მენინგიტიდან, 22-ს გაესინჯა სითხე ქლორიდებზე *) სულ იყო წარმოებული 46 გამოკვლევა. პირველი გამოკვლევის დროს ჩვენ მივიღეთ ორჯერ ციფრი 7 და მეტი (7,02; 7,25) ხუთჯერ 6,5 და 7-ს შუა, მასასადავს სულ 7-ჯერ 6,5-ზე მეტი.

11-ჯერ იყო ციფრები 6,5 და 6-ს შუა. 4-ჯერ კი იყო 6-ზე დაბლა. ყველაზე დაბალი ციფრი 5,85.

12-ტ შემთხვევაში იყო წარმოებული განმეორებითი გამოკვლევა. 8 შემთხვევაში ორჯერ; სამ შემთხვევაში აქედან აღნიშნულია ერთი და იგივე ციფრები, 4 შემთხვევაში არის აღნიშნული ქლორიდების რაოდენობის დაცემა, ერთხელ მომატება; დანარჩენ შემთხვევებში, როცა იყო წარმოებული სამი და მეტი გამოკვლევა, ყოველთვის ვლბებულობდით ციფრების მერყეობას.

მაგალ. შემთ. № 187 კარლო მძეს ციფრები ასეთია: 6,49; 6,9; 6,6; 6,9; 6,9; 6,43; 6,08.

ამნაირად ჩვენ ვხედავთ რომ ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს, საერთოდ რომ ვსთქვათ, ქლორიდების რაოდენობა სითხეში კლებულობს, მაგრამ ჩვენი მასალის მიხედვით გამოჩანისი არც ისე იშვიათი ყოფილა.

ჩვენ 22 შემთხვევიდან 1-ლი გამოკვლევის დროს ქლორიდები 7-ჯერ ვნახეთ 6,5-ზე მეტი, ასე, რომ Iean Lolay-ს გზას რომ ვაყვებით, ჩვენ ეს 7-დი შემთხვევა გამოჩანისათ უნდა ჩავთვალოთ და მათთვის თავისებურებები უნდა ვეძიოთ. მან ეს ადვილად, თუმცა სრულიად დაუსაბუთებლად, შესძლო თავისი ერთი შემთხვევისთვის 6-დან, ჩვენთვის კი არც ისე ადვილი საქმეა 7 დი შემთხვევისთვის 22-დან ასეთი თავისებურებების გამოძებნა და, რაც უმთავრესია, ამგვარი ძებნა სრულიად უმადურ საქმეთ მიგვაჩნია.

თუ Steiner-თან და Beck-თან ერთად ციფრს 6-ს მივანიჭებთ გადამწყვეტ მნიშვნელობას, ჩვენ 22-რი შემთხვევიდან მარტო 4-ჯერ შევძლებდით სწორი დიაგნოზის დასმას. და თუ უარყოფდით ტუბერკულოზურ მენინგიტს ყოველთვის მაშინ, როცა ერთხელ დაწეულმა ციფრმა ქლორიდების რაოდენობისა იწყო ხელახალი მომატება, ჩვენ ამ 22 შემთხვევიდან 5-ჯერ მაინც უნდა შევმცდარიყავით.

რადგან ყველაზე ხშირად ტუბერკულოზური მენინგიტის შეცვლა ვგრწეოდებულნი მენინგიზმებთან ხდება, საინტერესოა გადავხედოთ, თუ როგორ ციფრებს ვლბებულობდით ჩვენ ამ გართულებების დროს.

ჩვენ 49 შემთხვევაში გამოვიკვლიეთ ქლორიდები მენინგიტის მოვლენებით გართულებული ინფექციური ავადმყოფობისა. 25 შემთხვევაში იყო ციფრები 7-ს ზევით, დანარჩენ 24-ში კი 7-დის დაბლა. აქედან: 10-ჯერ იყო ციფრები 6,5-ზე მეტი 8-ჯერ იყო ციფრები 6,5 და 6 შუა.

6-ჯერ იყო ციფრები 6 დაბლა.

ყველაზე დაბალი ციფრი შემთხვევების ამ რიგში იყო 5,5. მართალია ჩვენ ვხედავთ, რომ მენინგიზმების დროს შემთხვევების ნახევარში ქლორიდების

*) ქლორიდებს ჩვენ ვიკვლევდით Volhard-ის მეთოდით. მხოლოდ ამ მეთოდის ტენის სითხისთვის გამოყენების დროს ჩვენ ვსარგებლობდით იმ დარიგებებით, რომელთაც Lochelion-gue-ი იძლევა თავის წიგნში: „Le eiquide céphalo-rachidien et ses anomalies“ Paris 1918 წ. იმ განხილვებით, რომ ჩვენ №10 ხსნარების მაგიერ ვხმარობდით №50 ტიტრირებ ხსნარებს.

რაოდენობა დარჩა 7-ზე მეტი, მაშინ როცა ასეთ დამოკიდებულებას ტუბერკულოზური მენინგიტებში მარტო ქონდა ადგილი ორ შემთხვევაში 22-დან, მაგრამ თუ ჩვენ შევადარებთ ციფრებს მიღებულს მენინგიტების შემთხვევების მეორე ნახევარში, ჩვენ მაინც იძულებული ვიქნებით დაერწმუნდეთ, რომ დიფერენციალური დიაგნოზი ტუბერკულოზური მენინგიტისა მენინგოზმიდან ქლორიდების გამოკვლევით მაინცა და მაინც წინ ვერ იწევა. საინტერესოდ მიმაჩნია აღვნიშნო, რომ 24 შემთხვევაში მენინგიტებისა, როცა ქლორიდების რაოდენობა 7-ზე ნაკლები იყო 19-ჯერ იყო გასინჯული სითხე რამოდენიმეჯერ.

6-ჯერ ვნახეთ ციფრების მერყეობა.

6-ჯერ " თანდათანობითი მომატება.

7-ჯერ " " დაცემა.

ისე რომ Steiner-ის საწინააღმდეგოდ ამ შემთხვევებში ტუბერკულოზური მენინგიტზე ფიქრიც კი არ შეიძლება.

ჩვენ ვიკვლევდით ქლორიდებს ჩირქოვანი მენინგიტების დროსაც. ასეთი გამოკვლევა 17 შემთხვევაში ვაწარმოეთ და მივიღეთ ასეთი შედეგები: 7 შემთხვევაში ციფრები იყო 7-ზე მეტი.

4 შემთხვევაში ციფრები იყო 6,5—7-ს შუა.

5 " " " 6,5—6-ს შუა.

1 " " " 6-ს დაბლა.

ყველაზე დაბალი ციფრი აქ იყო 5,35.

12-ტ შემთხვევაში იყო წარმოებული განმეორებითი გამოკვლევა. 6-ჯერ აღნიშნულია ციფრების მერყეობა.

3-ჯერ აღნიშნულია ციფრების თანდათანობითი მომატება.

3-ჯერ " " " დაკლება.

ამნაირად, უნდა ითქვას, რომ ქლორიდების დაკლება ჩირქოვანი მენინგიტების დროს, თუმცა უფრო ნაკლებათაა გამოხატული, მაგრამ ცალკე შემთხვევაში ჩვენ შეგვიძლია მივიღოთ იმნაირივე სურათი, როგორც ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს. საერთოდ ჩვენ თუ გადავავლებთ თვალს ამ ქლორიდების ციფრებს სხვადასხვა მენინგიტების დროს უნდა ვსთქვათ, რომ თუმცა ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს ისინი უფრო ხშირად არიან დაკლებული, მაგრამ ეს დაკლება აქაც არ არის მუდმივი და აუცილებელი.

ამნაირივე დაკლებას და ხანდახან მეტსაც, როგორც დავინახეთ, შესაძლებელია ადგილი ქონდეს მენინგიტების სხვა ფორმების დროსაც, თუ მივიღებთ მხედველობაში არა მუდმივობას და ცვალებადობას ამ ქლორიდების დაკლებისას მენინგიტების ერთი და იმავე ფორმის დროსაც, ჩვენ ვუიქრობთ, რომ ეს ქლორიდების დაკლება არ უნდა იყოს დამახასიათებელი თვით მენინგიტისათვის. უფრო საფიქრებელია, რომ ეს დაკლება უნდა იყოს გამოხატულება ორგანიზმის საერთო დემინერალიზაციის, რომლის მიზეზი თვით მენინგიტის ინფექცია უნდა იყოს. ყოველ შემთხვევაში ჩვენი გამოკვლევების შედეგებს ასეთი აზრი უფრო შეეფერება.



რაც შეეხება შაქრის რაოდენობას ტვინის სითხეში, მის გამოკვლევას*) ავტორები დიდ მნიშვნელობას აძლევენ მენინგიტების დიაგნოსტიკაში. ნორმალური ციფრი შაქრისა ირყევა 0,55—0,80‰ (Steiner) 0,50—0,75‰ (Borberg) 0,6—0,8‰ (Kahler); ავტორები (Mestrezat, Papenheim, Brock, Steiner და სხვ.) ყველა ერთხმად აღნიშნავენ, რომ მენინგიტების დროს შაქრის რაოდენობა დაკლებულია ტვინის სითხეში, მენინგიტების დროს შაქრის რაოდენობა და ენცეფალიტების დროს ნორმის ფარგლებშია, ან კიდევ მეტი. უკანასკნელად 1923 წელში Bela Steiner-მა დაბეჭდა ვრცელი წერილი, სადაც ის თავის დასკვნებში დიდ მნიშვნელობას აძლევს შაქრის გამოკვლევას მენინგიტების დიაგნოსტიკაში. მას მოჰყავს შემთხვევა, როცა თითქოს ყველაფერი ეწინააღმდეგებოდა ტუბერკულოზურ მენინგიტს (სხვათა შორის იყო უარყოფითი Pandy-ს რეაქცია) და მარტო შაქრის რაოდენობა ყოფილა დაწეული—0,43, რომლის გამო ავტორს დაუსვა მნიშვნელობა ტუბერკულოზური მენინგიტის და ეს დიაგნოზი სექციას გაუმართლებია. ტუბერკულოზური მენინგიტისათვის, ავტორის აზრით, დამახასიათებელია, გარდა შაქრის რაოდენობის დაწევისა, აკრუთე თანდათანობით დაწევა ამ შაქრისა. მაშინ როცა ც. სპ. მენინგიტისათვის, თუ მან მორჩენისაყენ იბრუნა პირი, დამახასიათებელია დაწეული შაქრის ხელახალი მომატება. ავტორი აღნიშნავს ერთ შემთხვევას ტუბერკულოზური მენინგიტისას, როცა დაწეულ შაქარს ხელახლად უწყია მომატება, მაგრამ ის ხაზ გასმით ამბობს, რომ შაქრის რაოდენობას აქაც არ მიუღწევია ნორმამდლო. აი ციფრები ამ შემთხვევის (0,36; 0,23; 0,065; 0,29; 0,36; 0,44; 0,31). Zoltann Bokay-ც 1925 წელში სახსებით ეთანხმება B. Steiner-ს

*) ტვინის სითხეში, პროფ. ვ. ვ. ვორონინის რჩევით, შაქარს ვიკვლევდით Myers და Bayley-ს მეთოდით. (ეს მეთოდი აწერილია Myers-ის „Practical Chemical Analysis of Blood“ 1924 წ.) ის მოუწოდებდა ავტორებს სისხლში შაქრის გამოსაკვლევად. იგი კოლორიმეტრიულია და ემყარება იმ გარემოებაზე, რომ შაქრის ზეგავლენით ყვითელი natrium picronitricum-ის მალალი ტემპერატურის დროს მიზაკისფერ მოწითალო natrium picramicum-ში. რამდენად შაქარი მეტია, იმდენათ ფერით უფრო ინტენსიურია. ტვინის სითხეში შაქრის გამოკვლევას ჩვენ შემდეგნაირად ვაწარმოებთ: 2,5 კ. ს. ტვინის სითხისას უმატებთ 2,5 კ. ს. გამოხდილ წყალს და 0,25 ac. picronitrici. ამ ნარევეს ვანჯვლევთ და დაწდომის შემდეგ ვატარებთ ფილტრში. სამ. კ. ს. ფილტრატისას ვასხამთ მალალ და წვრილ საცდელ შუშაში. ამავე შუშაში უმატებთ ერთ კ. ს. natrii carbonici-ს გამძლარი ხსნარისას. ამნაირივე საკონტროლო შუშაში ვასხამთ 3 კ. ს. საკონტროლო ხსნარისას, (რომელიც წინდაწინ გვაქვს გამზადებული სინათლისთვის გაუვალ ბოთლში შუშის თავსაცობით, ეს ხსნარი წარმოადგენს გამძლარი ხსნარს acidi picronitrici-ს, რომლის 100 გრ. გახსნილია 0,03 გლუკოზის. თავისთავად იგულისხმება, რომ გლუკოზა უნდა გაშრეს მუდმივ წონამდე და აიწონოს ქიმიურ სასწორზე). საკონტროლო შუშაშიც უმატებთ 1 კ. ს. ხსენებული natrii carbonici-ს ხსნარისას. ორივე საცდელ შუშას ვდგამთ 15—20 წუთით მდულარე წყალში. შუშების გაცივების შემდეგ ვდარბებთ ფერს და რომელშიც ფერი უფრო ინტენსიურია, უმატებთ ბიურეტყიდან გამოხდილ წყალს, სანამ ორივე საცდელ შუშაში ერთნაირი ფერი არ იქნება. მიმატებული წყალის რაოდენობის მიხედვით ადვილია შაქრის რაოდენობის გამოანგარიშება გამოსაკვლევ ტვინის სითხეში. ფერის შედარებას ჩვენ ვახდენთ შტატევიში, რომელიც გაკეთებულია Sahli-ს ჰემოგლობინომეტრის შტატევის მაგვარად. მთელმა რიგმა ცდებო-სამ ჩვენ დაგვარწმუნა, რომ შეცდომა ამ მეთოდით შაქრის გამოკვლევას დროს ტვინის სითხეში არ აღემატება რამოდენიმე მილიგრამს ლიტრზე, რაც სრულიად საჭარბის სისწორედ უნდა ჩაითვალოს კლინიკისათვის; თავისი სიმარტივით კი მეთოდი ყველა ცნობილ მეთოდებზე მაღლა სდგას.

თავის დასკვნებში და ისიც აღნიშნავს, მხოლოდ ერთ შემთხვევას, როცა შაქარს ტ. მენინგიტის დროს უწყია მომატება, მაგრამ მის შემთხვევაშიც არ მიუღწევია ნორმამდინ. ავტორს იმდენათ სწამს, რომ ტ. მენინგიტის დროს შაქრის რაოდენობის ციფრი შეჟწერებლად უნდა ეცემოდეს, რომ ის ამ შემთხვევაში გამოკვლევის დროს შეცდომის შესაძლებლობაზე ლაპარაკობს.

ჩვენ შეგვიძლია დავადასტუროთ ჩვენი გამოკვლევების მიხედვით, რომ ტ. და ჩირქოვანი მენინგიტის დროს შაქრის რაოდენობა კლებულობს, ის მატულობს და აღის ნორმამდე, თუ ამ უკანასკნელმა მორჩენისაკენ იბრუნა პირი, მაგრამ გამონაკლისები ჩვენ არც ისე იშვიათად გვინახავს.

ასე მაგალითად 19 ჩირქოვანი მენინგიტზე ჩვენ გვქონდა 2, სადაც შაქრის რაოდენობა ნორმის ფარგლებში დარჩა. საკიროდ მიმაჩნია ამ ისტორიების მოკლე მოყვანა.

ისტ. № 241. 4—5 ოგ.ვი. 31/2 თვის. პირველად ბავში მაჩვენეს ძუძუმწოვართა კონსულტაციაში 9 იანვარს 1925 წ., საღამოს 4 საათზე. დედა უჩიოდა, რომ ბავში წუხელსაქეთ, როცა უფკრად გაიღვიძა ტირილით, სულ მოუსვენრად გაჰკვივისო. ერთხელ პირს უღებინებია, 1°—38°. ზასიწვეის აღმოჩნდა მარჯვნივ ბეჭის ქვემოთ ოდნავი მოყრუება და შეცვლილი სუნთქვა. ეტყობოდა ოდნავი კეფის გაშეშება და ყიფლიბანდის ამოხნეკვა. სხვა მენინგიტული სიმპტომები არ ქონია. იმავე საღამოს 9 საათზე, როცა ის უკვე კლინიკაში იყო მოთავსებული, გაუყვდა ც.—სპინალური ფუნქცია. აღმოჩნდა მომატებული წლის ქვეშ გამსჭვირვალე სითხე 20 კ. ს-მდე. Pandy-ს რეაქცია დადებითი. Alb.—0,35%¹⁰⁰; ქლორიდები 7,8%¹⁰⁰; შაქარი 0,63%¹⁰⁰; ნაცხებში. მთელ პრეპარატში 1-2 ლიმფოციტი. ბაქტერიები არ ყოფილან აღმოჩენილი არც მიკროსკოპით და არც გაზრდილა რამე საკვებ ნიადაგზე.

1) იანვარს, მეორე დღეს 1°—37—38,1°. სუნთქვა 40; პ. 116. კეფის გაშეშება მეტათ არის გამოხატული. ფელტებში ორივე მხარეზე ისმის ბლომათ ხმელი ხიზინი და მარჯვნივ უკან და აქსილარულ ხაზზე მოყრუების ადგილებზე წერილ ბუშტოვანი ხიზინი.

11 იანვარს. პ. 124, ს. 48. ფელტებში იგივე მოვლენები. კეფის გაშეშება მეტია. ც.—სპ. ფუნქციამ მოგვცა 25 კ. ს.-მდე. მომღვრო სითხე. Pandy დადებითი; Alb.—0,6%¹⁰⁰; ქლორიდები—7,72%¹⁰⁰; შაქარი 0,7%¹⁰⁰; ნაცხებში, რომელიც გაეთებულა უცენტრიფუგოდ, 20—30 ფორმიული ელემენტი მხედველობის არეში. (91% პოლინუკლიარი და ძალიან იშვიათად ისიც, არა ყველა პრეპარატში თითო ოროლა გრამ დადებით დიპლოკოკი. საკვებ ნიადაგზე ზრდა არ მოხდა. შემდეგ ფელტებში ბავს უკეთესობა დაეტყო, განმეორებულმა პუნქციამ სითხე არ მოგვცა. კეფის გაშეშება გაქრა. ფელტებშიც უკეთესობა დაეტყო და ბავში გაეწერა 16 იანვარს გამოთვლების გზას დამდგარი.

ბავში ახლაც მოჰყავთ ჩემთან კონსულტაციაში და მისი განვითარება ნორმალურად მიდის.

ისტ. № 207. შეეხება 11 წლის ქალს ანიტა კ—შვილს, რომელიც შემოვიდა კლინიკაში 23 დეკემბერს. ორი დღის წინ ბავში ავად გამხდარა უფკრად პირის ღებინებით, სიციხით, თავის ტკივილით. კლინიკაში აღმოჩნდა კარგად გამოხატული მენინგიტის სიმპტომები. 24 დეკემბერს გაეთებულ ც.—სპინალური ფუნქციით—ჩირქოვანი სითხე. ბაქტერიები არც მიკროსკოპით და არც დათესვით არ აღმოჩენილან. შაქარი 0,66%¹⁰⁰; ბავს შემდეგ დღეებში უკეთესობა დაეტყო. 30 დეკემბერს, როცა სიცხე უკვე არ ქონდა, ემჩნეოდა მხოლოდ ოდნავი კეფის გაშეშება. პუნქციამ მოგვცა სრულეებით გამსჭვირვალე სითხე თითო ოროლა ლიმფოციტით მხედველობის არეში. ბაქტერიები არ აღმოჩენილან, Pandy-ს რეაქცია დადებითი; ცილა—0,56%¹⁰⁰; ქლორიდები—7,25; შაქარი 0,645.

ორთავე შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა ჩირქოვანი მენინგიტი და არც ერთ მათგანში შაქრის რაოდენობა დაწვეული არ ყოფილა. ორივე შემთხვევა იყო მეტად კეთილ თვისებიანი. ორივე შემთხვევაში ავადმყოფობა დამთავრდა ერთ

ამნიარად, წინააღმდეგ ავტორების აზრისა, ჩვენ იძულებული ვართ დავრწმუნდეთ, რომ სრულიად შესაძლებელია იყოს კარგად განვითარებული ჩირქოვანი ან ტუბერკულოზური მენინგიტი და შაქრის რაოდენობა ტვინის სითხეში სრულიადაც არ იყოს დაკლებული. პირიქით ის ხანდახან მომატებულიც არის. რაც შეეხება შაქრის რაოდენობის ცვალებადობას განმეორებით ჰუნქციების დროს, შაქარი თანდათან, საერთოთ შეიძლება ითქვას, ეცემა, როგორც ტუბერკულოზური, ისე ჩირქოვანი მენინგიტის დროს, თუ ეს უკანასკნელი მორჩენის გზას არ დაადგა. მაგრამ მაშინ, როცა Bela Steiner-ი მარტო ერთხელ აღნიშნავს დაცემული შაქრის ხელახალ მომატებას, ჩვენ ასეთი შემთხვევა 5-ჯერ გვკონდა. (არ ვსთვლით შემთხვევებს, როცა მომატება 0,1-ზე ნაკლები იყო).

მომყავს შესაფერი ციფრები:

ისტ. № 256 16/1 18/1 20/1 25/1 28/1

0,7 0,77 0,84 1,0 0,93

ისტ. № 296 15/1 17/1 18/1 20/II 22/1 24/1 26/1

0,725 0,74 0,54 0,35 0,44 0,42 0,18

ისტ. № 335 10/II 13/II

0,44 0,65.

ისტ. № 428 20/III, 22/III 24/III 25/III 26/III 28/III 31/III

0,5 0,48 0,37 0,33 0,35 0,56 0,26

ისტ. № 624 16/VI 18/VI 20/VI 22/VI

0,3 0,25 0,34 0,89

ამ ციფრების განხილვა ნათლად გვიჩვენებს ციფრების მერყეობას და სამ მათგანში (შემთხ. №№ 335, 428 და 624) ჩვენ ნათლად ვხედავთ, რომ ერთხელ დაწეული შაქრის რაოდენობა ნორმამდე ავიდა. (0,56; 0,65; 0,89).

რაც შეეხება შემთხვევას № 256, აქ შაქრის რაოდენობა ნორმასაც გადასცილდა 0,2 მაინც. სამწუხაროდ ამ შემთხვევაში გამოკვლევა არ ჩაითვლება დასრულებულათ, რადგან ბავში გაეწერა და ერთ კვირაზე მეტი სახლში იყო. ცხლა, ასე რომ არ ვიცით, დაეცა ბოლოს შაქრის რაოდენობა სითხეში, თუ არა. ამ შემთხვევაში ტუბერკულოზური ჩხირები არ ყოფილა ნახული. ინოკულაცია ცხოველის არ ვაგვიკეთებია, მაგრამ ყველაზე საფიქრებელი დიაგნოზი ჩვენის აზრით მაინც ტუბერკულოზური მენინგიტი იყო. (Pandy დადებითი, ლიმფოციტოზი გარკვეული, ცილას რაოდენობა $0,6^{9/100}$ Pirquet - დადებითი, ბავში კი იყო 5 თვის). მაგრამ თუ ამ შემთხვევაში დიაგნოზი ასე თუ ისე მაინც საეჭვოდ უნდა ჩაითვალოს, შემთხვევებში №№ 335 და 624 დიაგნოზი დადასტურებულია გაკვეთით და სწორედ ამ უკანასკნელ შემთხვევებში ვხედავთ, რომ შაქრის რაოდენობა 2-ჯერ იყო დაწეული და სივდილის დღეს ავიდა ნორმის ფარგლებში (0,65; 0,89).

იმ შემთხვევებში ც. სპ. მენინგიტისა, რომლებიც მორჩენით გათავდა, ჩვენ ვნახეთ დაწეული შაქრის მომატება და ნორმამდე მიღწევა ასეთი შემთხვევების შაქრის მრუდეებზე ჩვენ ნათლად ვხედავთ, თუ როგორ კლინიკურ გაუარესებასთან ერთად შაქრის მრუდე ეცემა, და უკეთესობის დროს კი იწევს ზემოთ.

ეს გარემოება არ უნდა წარმოადგენდეს ჩვენთვის რაიმე მოულოდნელს, რადგან ანთებითი პროცესი, როგორც ასეთი, სრულიად არ ხასიათდება დაკლებული შაქრის გამოყოფით სისხლიდან, ან ამ უკანასკნელში შაქრის რაოდენობის დაკლებით.

მაგალითად, შემთხვევა № 429-ში, როცა შაქარი ტენის სითხეში იყო 0,07, სისხლში ის იყო 0,99, ან შემთხვევა №433-ში ჩირქში შაქარი იყო 0,44, სისხლში კი — 1,16.

მე მოგიყვანეთ აგრეთვე შემთხვევები, სადაც შაქარი ნორმის ფარგლებში იყო ან კიდევ მეტი და ამავე დროს ჩვენ წარმოვიდგინეთ უტყუარი საბუთები (ცილის მომატება, უჯრედების რაოდენობის მომატება სითხეში) იმისა, რომ საქმე მაინც ექსუდატთან გვექონდა. იმ ლიტერატურული ცნობებიდან, რომელიც მე ხელთ მქონდა, სჩანს, თითქოს შაქარი ექსუდატისა ყოველთვის სისხლის შაქარზე დაბლა სდგას, ტრანსუდატის კი იგივეა, რაც სისხლის (Hegler und Schum, Fedrezoni), მაგრამ იქედან, რაც ჩვენ მენინგიტის ექსუდატის შაქარზე ვსთქვით, უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს მთლად ასე არ უნდა იყოს. ყოველ შემთხვევაში, როცა მე მქონდა საშუალება გამესინჯა ერთდროულად სისხლი და პლევრიტული ექსუდატი, 5-დან 2 შემთხვევაში შაქარი ექსუდატის იმნაირივე იყო, რაც სისხლის, სამ შემთხვევაში კი დაკლებული იყო, 1 შემთხვევაში განმეორებით გამოკვლევის დროს შაქარი კიდევ უფრო დაეცა.

დამოკიდებულება იმნაირივეა პლევრიტულ ექსუდატში რაც მენინგიტის ექსუდატში. ჩვენთვის ცხადია, რომ შაქრის დაკლება მეორადი პროცესია, რომელსაც განიცდის შაქარი თვით ექსუდატში და რამდენად ეს ასეა, ჩვენ თავიდან არ უნდა მოველოდეთ შაქრის გამოკვლევიდან საიმედო დახმარებას მენინგიტების მენინგიზმებიდან განსაზღვრის საქმეში. შაქარი იქნება დაკლებული თუ არა ეს დამკვიდრებულია იმაზე, თუ როგორ იშლება ეს შაქარი ექსუდატში: სწარმოებს ეს დაშლა სწრაფად—სისხლი ვერ ასწრებს დანაკლისის ანაზღაურებას, შაქარი იკლებს.

თუ დაშლა შაქრისა ნელია, მაშინ შესაძლებელია, რომ სისხლიდან გამოსულმა შაქარმა შეაჩეროს ის ექსუდატში ნორმის ფარგლებში, ან კიდევაც ასწიოს ის ნორმის ზევით. აქედან ჩვენთვის ცხადი ხდება, რომ ჩვენ გადაჭრით შეგვიძლიან ვიცნოთ მენინგიტი, თუ შაქრის რაოდენობა სითხეში აღმოჩნდა დაკლებული, მაგრამ ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, თითქოს ჩვენ გვექონდეს უფლება უარყოფით მენინგიტი, თუ შაქარი ნორმის ფარგლებში ვნახეთ, ან კიდევ მომატებული.

დასასრულს მე მინდა რამოდენიმე სიტყვით შევეხო ტუბერკულოზური მენინგიტის ციტოლოგიურ ფორმულას. საზოგადოთ მიღებული იყო, რომ ლიმფოციტოზი ახასიათებს ამ ავადმყოფობას, პოლინუკლეოზი კი თითქოს უარყოფს მას. შემდეგმა დაკვირვებებმა დანახვეს აეტორებს, რომ ხანდახან, თუმცა იშვიათად შესაძლებელია პოლინუკლეოზი ტუბერკულოზური მენინგიტის დროსაც. (Hutinel, Moran) ჩემ 22 შემთხვევაში ტუბერკულოზურ მენინგიტისა მე მქონდა 3 შემთხვევა, სადაც პოლინუკლეოზი ცოტათუ ბევრად გამოხატული იყო.



შემთხვევა № 196, პირველი პუნქციით ჩვენ ვნახეთ 40% პოლინუკლეარებისა, მეორე პუნქციის დროს, კი მივიღეთ ლიმფოციტოზი. (100%) გააკეთა—ტუბერკულოზური მენინგიტი.

შემთხ. გ—ძეს (კერძო პრაქტიკიდან) სამჯერ იყო ჩემ მიერ გაკეთებული პუნქცია. სამივეჯერ—პოლინუკლეოზი 89—92% მდე. 1-ლი პუნქციის სითხე გაუსინჯავს ექ. ი. ხათრიძეს, მას უნახავს ლიმფოციტოზი. ამ შემთხვევაში სითხე იყო შემზაპუნებელი ზღვის გოკისათვის, რომლის ჯირკვლებში აღმოჩნდა ტუბერკულოზური ჩხირები. ბავში გარდაიცვალა.

მე-3 მე შემთხ. № 503 გ—ჩია ნინა—ბავში იყო ჩვენთან მარტო 1 დღე-ღამე. ჩვენ ვნახეთ ლიმფოციტოზი და აგრეთვე ტუბერკულოზის ჩხირებიც. ბავნი გაეწერა, სახლში მოწვეული იყო სხვა ექიმი, რომელსაც განმეორებითი პუნქციით მიღებული სითხე გაუგზავნია ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში გასასინჯათ. იქ უნახავთ 70% პოლინუკლეარებისა. აღბათ ამ გამოკვლევის გამო მკურნაე ექიმს უარუყვია ტუბერკულოზური მენინგიტი და დაუწყო ექიმობა ანტიმენინგოკოკური წრატით. შემთხვევა, რასაკვირველია, მაინც სიკვდილით გათავდა, რადგან, ჩვენ მიერ ნახული ტუბერკულოზური ჩხირები, ყოველ ეჭვს გარეშე აყენებდენ ტუბერკულოზური მენინგიტის დიაგნოზს.

ამნარად ჩვენ ამ შემთხვევებში ნათლად დავინახეთ, რომ მიუხედავთ გარკვეული პოლინუკლეოზისა, ტუბერკულოზური მენინგიტის დიაგნოზი მაინც ურყევლად დარჩა.

ყველა ზემოხსენებულიდან ჩვენ გამოგვყავს შემდეგი დასკვნები:

1. ქლორიდების დაწვევა შესაძლებელია შეგვეხედეს მენინგიტების ყველა ფორმების დროს.

2. ყველაზე უფრო ისინი იწვევიან ქვევით ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს, მაგრამ ამაზე აშენება დიფტერენციალური დიაგნოზის, ჩვენის აზრით, არ არის საიმედო, რადგან ხანდახან ქლორიდები ტუბერკულოზური მენინგიტის დროსაც ნორმის ფარგლებშია, მაშინ როცა მენინგიალური თვლელების დროსაც, არა იშვიათად, ისინი განიცდიან დიდ დაქვეითებას.

3. ჩვენ ვადასტურებთ, რომ შაქრის დაკლება ტვინის სითხეში უსათუოდ ნიშნავს მენინგიტს, მაგრამ მისი ნორმის ფარგლებში დარჩენა ან მომატება არ უარყოფენ მას, ჩვენი მისალის მიხედვით.

4. მენინგიტის მენინგიტიდან გასარჩევად ვერც ქლორიდების და ვერც შაქრის გამოკვლევა ვერ ჩაითვლება საიმედო საშუალებათ.

5. ჩვენ შეგვიძლია, ზოგიერთი შესწორებით, დავადასტუროთ დაკლებული შაქრის მომატების კარგი პროგნოსტული ნიშნულობა ც. სპ. მენინგიტის დროს.

6. საჭიროდ მიგვაჩნია ხახი გაუსვათ იმ ცნობილ გარემოებას, რომ ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს ჩვეულებრივი ლიმფოციტოზის მაგიერ ვხედავთ ხანდახან კარგად გამოხატულ პოლინუკლეოზს.

8. ხსოვიწვილი.

ზიგნითა საშლელ ვენის გადაკვანძვის საკითხისათვის, უპრიდან წარმოშობილ Sinus thrombosis-ის დროს.

(უფროსი, ყელის და ცხვირის სნეულებათა კლინიკიდან.

გამგე—მედ. დოქტ. ნ. ასპისოვი).

ჩირქდენა შუა უფრიდან არის ხშირი და სერიოზული ავადმყოფობა არა მარტო იმ მხრივ, რომ მას შეუძლია გამოიწვიოს სენის ფუნქციური მოშლა, არამედ უმეტესად იმის გამო, რომ ამას შეიძლება მოყვეს თავის ქალას ღრუში ჩირქის გადასვლა და ავადმყოფის საშიშ მდგომარეობაში ჩაყენება. შუა უფრის ანთების შესახებ Wilde სამართლიანად აღნიშნავს: „ვიდრე არსებობს ჩირქდენა შუა უფრიდან, ჩვენ არ შეგვიძლია ვსთქვათ როდის, სად და როგორ დამთავრდება იგი და საით წავა.“

მოკლედ მოგახსენებთ გარდიგარდმო სინუსის ანატომიაზე. გარდიგარდმო წიაღი (Sinus transversus) ანუ სიგმოიდური წიაღი (Sin. sigmoideus), როგორც მას აგრეთვე უწოდებენ დასაწყის ნაწილში, მდებარეობს დვრილისებრი მორჩის შიგნით, უკანა ნაპირზე. მორჩის გარეთა ზედაპირზე წიაღის მიმართულება არ აღინიშნება. რენტგენის სხივები მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში გვიჩვენებს მას. ამის გარდა საერთოდ წიაღის მიმართულება ყოველთვის ერთნაირი არ არის და ეს ართულებს მასზე ოპერაციების წარმოებას. მკვლევართა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ საერთოდ მარჯვენა გარდიგარდმო წიაღი უფრო კარვად არის განვითარებული; მარცხენა — უფრო ნაკლებად. აღსანიშნავია, რომ მოკლე თავიანების (ბრაზიცეფალების) წიაღის კედელი უფრო წინისაკენ არის წამოწეული (სასმენი მილისკენ), ვიდრე გრძელთავიანების (დოლიხოცეფალების) ხანდაზან წიაღის გარეთა კედელი ისე ზერეულედ მდებარეობს, რომ სასმენი მილის უკანა კედლიდან და დვრილისებრი მორჩის ზედაპირიდან მხოლოდ რამდენიმე მილიმეტრით არის დაშორებული.

ფლებიტი შეიძლება განვითარდეს შუა უფრის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკულ ჩირქიანი ანთების დროს, როდესაც დვრილისებრი მორჩის ძელის დაზიანების შემდეგ ჩირქი გაიკაფავს გზას თავის ქალას უკანა ფოსოსკენ და აღწევს რა გარდიგარდმო წიაღის გარეთა კედელამდე, იწყებს მის დაავადებას. უმეტეს შემთხვევაში დაავადებულ წიაღში ჩნდება თრომბი, რომელსაც ინფექცია შლის და შემდეგ მისი დაშლილი ნაწილები მაკროსხეულებთან ერთად სისხლის საშუალებით იწყებენ სისხლში გადასვლას.

ე. წ. Körner-ის ოსტეოფლებიტის დროს, რომელიც მხოლოდ მწვავე შემთხვევებში გვხვდება, წინასწარ სინუსში თრომბის გაუჩენლად ინფექცია გადადის პირდაპირ სისხლში. ამ შემთხვევებს ხსნიან იმით, რომ თრომბი ჩნდება ჯერ ძელის წვრილ ვენებში; აქედან ჩადის წიაღში და შემდეგ ვაჭყვება სისხლს.



Brieger-ი ფიქრობს, რომ შუა ყურის მწვავე ანთების დროს ინფექცია შეიძლება უშუალოდ გადავიდეს ახლომდებარე ვენებში და აქედან სისხლის მიმოქცევაში. Hessler-ით წიაღის ანთება მამაკაცებს 3/2-ჯერ უფრო ხშირად ემართებათ დედაკაცებთან შედარებით. გარდიაგნოზში წიაღში გაჩენილი თრომბი პირველად ყოველთვის კედლის ამყლია. უკანასკნელი ჩნდება იმის გამო, რომ ანთებითი ვალიზიანების ზეგავლენით წიაღის შიგნითა კედლის ენდოთელიუმზე სისხლიდან ილექება ფიბრინი. თუ თრომბმა იმატა, ის მიადწევს წიაღის მოპირდაპირე კედელს და დაახლოებს მას (დამკობი თრომბი). ზოგიერთ იშვიათ შემთხვევებში ხდება თრომბის შემანერტებელ ქსოვილოვანი ორგანიზაცია. ჩვეულებრივად თრომბს ინფექცია შლის და ამასთან ერთად თანდათანობით არღვევს წიაღის კედელს. გარდიაგნოზში წიაღში თრომბი იზრდება. როგორც გულის, ისე ტვინის მიმართულებით. ხანდახან ის ჩადის საუფლე ვენის ბოლქვში (bulbus v. jugularis) და მაშინ საუფლე ვენის საშუალებით აღწევს ლავიწვეშა ვენამდე. თრომბი ზოგჯერ აწმობს ზედა და ქვედა კლდოვან წიაღებს (sin. petros. sup. et infer.) და გადადის მღვიმოვან წიაღში (sin. cavernosus), საიდანაც ინფექცია შეიძლება გადავიდეს თვალის ვენაში (v. ophthalmica) და მეორე მხარის მღვიმოვან წიაღში (რკალოვანი წიაღის sin. circularis საშუალებით). ზოგ შემთხვევებში თრომბი იზრდება და ვრცელდება უკუ მიმართულებით — გადადის გარდიაგნოზში წიაღით და აღწევს torcular Herophilli-ს; აქედან კი ინფექციის გადასვლა შეიძლება მოხდეს მეორე მხარეზეც. დიდი სისხლის წიაღებში ინფექცია შეიძლება გადავიდეს უშუალოდ აგრეთვე საფეთქლის ძვლის სხვა ადგილებიდანაც. როგორც უკვე ზევითაც იყო მოხსენებული, დაფის დრუნა ფუძიდან ინფექციის გადასვლა შეიძლება მოხდეს საუფლე ვენის ბოლქვში; დაფის აკოს წინა კედლიდან — საძილე წნულში (plexus caroticus); ლაბირინტიდან ზედა და ქვედა კლდოვან წიაღებში და აგრეთვე საუფლე ვენის ბოლქვში, ხოლო აქედან თრომბი შეეძება ზოგჯერ გადადის სიგნოიდურ წიაღში.

Sin. thrombosis თითქმის ყოველთვის გართულდება ხოლომე პიემიით, რაც აიხსნება ინფექციისაგან დაშლილ თრომბის ნაწილებთან ერთად ნიკროსხეულების და ტოქსინების სისხლში გადასვლით. ნეტასტაზები უფრო ხშირია ფილტვში; უფრო იშვიათი სახსრებში, კუნთებში, კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში, თვალში, ტვინში, თირკმელში და გულის სარქველზე. ყურიდან წარმოშობილი საერთო ინფექცია, როგორც უკვე მოგახსენეთ, ჩვეულებრივად იძლევა პიემიის სურათს. შედარებით იშვიათად ვხვდებით სექტიურ ფორმას, ხოლო უფრო ხშირად შერეულ ფორმას (სექტოკოპიემიას).

აღსანიშნავია, რომ ბავშვებს sin. thrombos. დროს ხშირად აქვთ მუდმივი ტიპის მალალი სიცხე. მაჯა ჩვეულებრივად სუსტი აესების, სიხშირე უმეტეს შემთხვევაში ესაბამება 1°; მძიმე შემთხვევებში მაჯა ზოგჯერ სრულებით არ ისინჯება.

სუბიექტიურ სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ტკივილები, მეტადრე ავადმყოფობის დასაწყისში. ტკივილები ხან ვრცელდება თავის ქალას დაავადებულ მხარის მთელ ნახევარზე, ხან კი უფრო ძლიერი ტკივილები არსებობს წიაღის არეში. ტკივილებს ვიღებთ აგრეთვე შიგნითა საუფლე ვენის მიმართულებით კისრის მოძრაობის ან ხელის დაკერის დროს იმ შემთხვევებში, სადაც აღნიშნულ ვენაში მოთავსებულია თრომბი. თუ პროცესში ჩართულია დვრილისებრი საშვები (emissur. mostoidei), მაშინ ტკივილები და სიმსიენე იქნება დვრილისებრი მორჩის უკანა საზღვართან (Griesinger-ის სიმპტომი). Sinus thrombosis წმინდა შემთხვევებში გონება ჩვეულებრივად არ არის დახშული. თუ ეს უკანასკნელი გვაქვს, ამის მიზეზია დამკობი თრომბით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, ან სეროზული მენინგოენცეფალიტი. თრომბოზის ოდენობის მიხედვით მას თან

დაერთვის ხოლმე შემდეგი დამატებითი სიმპტომები: საუფლეს ვენის ბოლქვის თრომბოზის შემთხვევებში საუფლეს ფოსოზე ზედაწოლის გამო შეიძლება განვითარდეს ცთომილი, ენა-ხახის და დამატებითი ნერვების (n. n. vagus, glossopharyngeus et accessor.) გაღიზიანება ან დაძაბვა, თუ ერთდროულად დაზიანდა მღვიმრვანი წიაღი და აქედან თვალის ვენა, მაშინ მივიღებთ თვალის ქუთუთოების შესუბებას, თვალის ფლემონას და ზოგიერთ შემთხვევებში მხედველობითი ნერვის ანთებასაც. ამასთან ერთად შეიძლება დადამბლავდეს ამ არეში გამავალი ნერვები: გამზიდველი, თვალის მამოძრავებელი, ქალისებრი და სამწვერა ნერვის (n. n. abducens, oculomotor, trochl. და trigeminus) პირველი ტოტი.

Sin. thrombosis და ამ ნიადაგზე განვითარებულ პიემიის დადასტურება ზემოდ მოყვანილ სიმპტომების არსებობის დროს არც ისე ძნელია.

სინუსის დაავადებაზე უნდა ვიფიქროთ თუ სხვა მხრივ ჯანმრთელ ადამიანს შუა ყურის დაზიანების დროს უფროვე აუწყებს სიცხე. თუ შუა ყურის მწვევე ანთების დროს დაფის აპკის პერფორაციის ან პარაცენტეზის შემდეგ სიცხე არ დაეარდა, მეტადრე თუ ავადმყოფი მოზრდილია, უნდა ვიფიქროთ სინუსის თრომბოზზე; ასევე უნდა მოვიტყუთ, თუ შუა ყურის მწვევე ანთების განვლების შემდეგ სიცხემ კვლავ აიწია. აღსანიშნავია, რომ ბავშვებს სიცხის აწევა 38—39° ხშირად აქვთ ჩირქის თავისუფალი დენის დროსაც. ცხადია, ამავე დროს უნდა გამოირიცხებოდეს სხვა ავადმყოფობანი, რომელნიც აგრეთვე ცხელებით იწყება; ასეთია მაგალითად, მცირე მხრის შუა ყურის ანთება და ინფექციური ავადმყოფობანი, რომელნიც მეტადრე ისე ხშირია ბავშობის ხანაში. Leutert-ის აზრით თითქმის ყოველთვის სინუსის დაავადებასთან გვაქვს საქმე, თუ შუა ყურის ქრონიკულ ანთების დროს უფროვე აიწია სიცხემ და ამავე დროს არ არის ჩირქის შეგუბების ნიშნები. თუ სხვა რომელიმე ავადმყოფობა (ტიფი, მალარია) გამოირიცხებოდა, თუ ავადმყოფი აღნიშნავს თავის ტკივილს და ამავე დროს დევილისებრი მორჩი ხელის დატერის დროს მტკივნეულია, შეიძლება დავსვათ სინუს თრომბოზის დიაგნოზი ჯერ კიდევ მეტასტაზების განქანამდე.

სამაგიეროდ ძალიან ძნელია დიაგნოზის დადასტურება გარდამავალ ფორმების შემთხვევებში. ასეთივე სიძნელეს წარმოადგენენ შემთხვევები, რომელნიც გართულებული არიან მენინგიტით და ტვინის ჩირქპროვით.

დიაგნოზის დამატებით დამადასტურებელ საშუალებად Leutert-ი სთვლის სინუსიდან და ხელის ვენიდან აღებულ სისხლის შედარებით ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას თავის დაკვირვების მიხედვით ის ამტკიცებს, რომ თუ სინუსიდან აღებულ სისხლში გვაქვს სტრებტოკოკები, უნდა ვიფიქროთ სინუსის თრომბოზზე; ან თუ სინუსის სისხლში სტრებტოკოკების რაოდენობა სკვარბობს ხელის ვენის სისხლისას, ესეც აგრეთვე ადასტურებს სინუსის დაავადებას. უნდა გვახსოვდეს მხოლოდ ის, რომ უარყოფითი შედეგი ამ შემთხვევებში კიდევ არ ამტკიცებს, რომ არ არსებობს სინუსის დაავადება, — ვინაიდან თუ თრომბოზი მხოლოდ sinus-შია და საქმარისად ღრმად არ გავითვს პუნქცია, სისხლის დათესვამ შეიძლება უარყოფითი შედეგი მოგვცეს.

ოტოგენური პიემიის პროგნოზი იმ შემთხვევებში, თუ არავითარი მკურნალობა არ იქნა გატარებული თითქმის ყოველთვის არაკეთილსაიმედოა. ასეთი ავადმყოფები კვდებიან პიემიის ან სეპსისისაგან. ზოგჯერ სიკვდილის მიზეზი არის მენინგიტი, ტვინის ჩირქპროვა და შედარებით ხშირად პლეგროპნეუმონია. პროგნოზი უფრო კარგია, როდესაც ოპერატიული საშუალებით ვაცილებთ ჩირქიან ბუდეს შუა ყურში და სანუსში. Körner-ის სტატისტიკის თანახმად ავადმყოფები იკურნებიან ოპერაციის შემდეგ თითქმის 50%, შემთხვევებში. შედეგი იმდენად კარგია, რამდენადაც ადრე კეთდება ოპერაცია.

ამჟამად ყველა ავტორები სთვლიან, რომ სინუს თრომბოზის წამლობა მხოლოდ ოპერატიულია. არსებობს ოპერატიულ საშუალებათა სხვადასხვა გზაწესი



იმის მიხედვით თუ რამდენად შორს არის წასული პროცესი. მე მხოლოდ საუბრე ვენის გადაკვანძის საკითხზე.

პირველად 1880 წ. Zaufal და შემდეგ 1886 Horsley-მ გამოთქვეს ახრი გარდიგარდმო სინუსის გაკვეთის და საუბრე ვენის გადაკვანძის შესახებ ოტოგენური პიემიის დროს. ისინი ფიქრობდნენ, რომ ამ ოპერაციის შემდეგ ინფექცია ველარ გადადის სისხლში.

ამ ახრის იზიარებს ბევრი როგორც ევროპელი, ისე რუსი ავტორები (Alexander, Neumann, Ашисов, Шатовиц და სხვ.) Шатовиц-ის 1910 წ. აქვს აღწერილი ოტოგენური პიემიის ორი შემთხვევა, სადაც ავტორს უწარმოებია შიგნითა საუბრე ვენის გადაკვანძვა. ერთი ამ ავადმყოფთაგანი ავტორს დაუკარგავს და ამის მიზეზად სთვლის იმას, რომ ანამნეტიკური ცნობების უსწორობის წყალობით, მან პირველადვე ვერ აწარმოვა ოპერაცია სინუსზე და საუბრე ვენაზე. სამაგიეროდ ის აღწერს მეორე უფრო მძიმე შემთხვევას, სადაც ტვინის მოკლებებისა და ადგილი, მაგრამ ამის მიუხედავად, დროულ გაკვეთებულ ოპერაციას სინუსსა და საუბრე ვენაზე ავადმყოფი სიკვდილისაგან გადაუტრიალა.

1911 წ. ექ. ასპისოვს აქვს აღწერილი სინუს თრომბოზის ორი შემთხვევა (წარმოშობილი ყურის დაავადების ნიადაგზე), სადაც მას ორივე შემთხვევაში მოუხდენია შიგნითა საუბრე ვენის გადაკვანძვა და სინუსის კედლის გაკვეთა. ოპერაციის მეორე დღესვე იმ დაეარჩინა და ორივე ავადმყოფი შედარებით მკირე დროს გინაველობაში განკურნებულა. ავტორი მიღებულ შედეგებს საყვებით აწერს საუბრე ვენის გადაკვანძვას.

მოწინააღმდეგენი ვენის გადაკვანძვას არ ახლენენ და ამ ოპერაციას სთვლიან სრულიად უსარგებლოდ და მიზანშეუწონლად. იმათი აზრით, იმის მიუხედავად, რომ მთავარი ვენური გზა გადაკვანძულია, ინფექცია მაინც შეიძლება გავრცელდეს სხეულში რეტროგრადული გზით.

1909 წ. Boley-მ მე-XVI საერთაშორისო საექიმო კონგრესზე ზუდაემტში გააკეთა მოხსენება „საპიროა თუ არა გარდიგარდმო სინუსის თრომბოზის დროს გადაკვანძვას შიგნითა საუბრე ვენაზე“ ავტორი აცხადებს, რომ პირველად შიგნითა საუბრე ვენის გადაკვანძვის მომხარე იყო. იმის შემდეგ კი, რაც მას გადაურჩა ოთხი ავადმყოფი ვენაზე ლიგატურის დაუდებლად. ხოლო ლიგატურის დადების შემდეგ დაკარგა ოთხი — მიეზრო მოწინააღმდეგეთა აზრს. მისი აზრით თვით ლიგატურის დადება ავადმყოფის სიცოცხლისათვის საშიშროებას წარმოადგენს; ის იწვევს სისხლის ცირკულაციის დარღვევას ტვინში, მის შესუბებას, დარბილებას და ტვინის ქსოვილის ინფილტრაციას; ზოგჯერ ამას თან ერთვის კიდევ ტვინის გარსებში წიგრილოვანი სისხლის ჩაქცევა და მენინგიტიც. ამის გარდა ლიგატურა ვერ უზრუნველყოფს ბოლქვს ინფექციისაგან, ხოლო ბოლქვში იხსნება sin. petrosus inf., რომელიც აერთებს მას sin. cavernosus, sin. occipitalis და plex. basilaris-თან. ამასთან ერთად მარჯვენა და მარცხენა მღვიმეოვანი და კლდოვანი წიაღებს შორის არსებობს გვირგვინოვანი სინუსები და სხვ., რომლებიც აერთებენ ტვინის ორივე მხრის ვენურ სისხლის მიღებს. მომხსენებელის აზრით ლიგატურას შეუძლია აკრთვედ მოახდინოს თრომბის მთლიანობის დარღვევა და ამით ხელი შეუწყოს ემბოლიის გაჩენას.

რაც შეეხება საუბრე ვენის გადაკვანძვას, ის მხოლოდ იმ შემთხვევაში სთვლის ვენის გადაკვანძვას დასაშვებად, სადაც არსებობს საუბრე ვენის თრომბოზის ნამდვილი ნიშნები. იმ შემთხვევებში, სადაც სინუსზე უკვე არსებობს ხერელი (ფისტულა), ავტორის აზრით, საკმარისია მხოლოდ გაიკვეთოს სინუსი, რომ ავადმყოფი განიკურნოს პიემიისაგან. სხვა მრავალი ავტორებიც (jansen, Heine, Luc, Halle და სხვ.) უარყოფენ საუბრე ვენის გადაკვანძვას და თითქმის ყველა აღნიშნავს, რომ ვენის გადაკვანძვად უფრო მეტი ავადმყოფი რჩება, ვიდრე მის გადაკვანძვის დროს.

საინტერესოა ამ მხრივ შემდეგი მასალა: Halle-ს კლინიკაში 68 ოტოგენური პიემიის შემთხვევიდან მორჩენილა 32, რომელთა შორის მხოლოდ სამ შემთხვევაში უწარმოებიათ ვენის გადაკვანძვა, ხოლო 36 გარდაცვლილა, სადაც 9 შემთხვევაში ჰქონია ადგილი ვენის გადაკვანძვას. Heine-ს მორჩენია 32 ავადმყოფი, — ლიგატურისთვის მას მიუშართავს ორ შემთხვევაში. Moure-ს 15 ავადმყოფიდან მორჩენია რვა, ლიგატურისთვის მას სრულბით არ მიუშართავს.

ჩვენი კლინიკა სასვებით ეთანხმება იმ ავტორებს, რომლებიც ამბობენ, რომ არ არის საჭირო ყველა შემთხვევაში გადაიკვანძოს შიგნითა საულლე ვენა. უმეტეს შემთხვევაში საკმარისია გაიკვეთოს სინუსი, ამოიწმინდოს თრომბის დარბილებული ნაწილები და გაკეთდეს ვენაში ცენტრალურად და პერიფერიულად პატარა ფილტები. ამის შემდეგ ჩვეულებრივად სიცხე მალე იწვევს ქვემოლ და ავადმყოფები დგებიან მორჩენის გზაზე. ვენის გადაკვანძას მივმართავთ მაშინ, როდესაც თრომბი გადასულია ვენაში და მეტადრე თუ გვაქვს უკვე მეტასტაზები სხვა ორგანოებში.

გადავდივარ კლინიკის მასალის განხილვაზე. 1922—1925 წლის აპრილის ბოლომდე, შუა ყურის ჩირქიანი ანთებით იყო სულ 161 ავადმყოფი; აქედან ქრონიკული ანთებით 45, ხოლო მწვავეთი 116.

ქვემოლ მოვიყვან სინუს თრომბოზის 5 შემთხვევას, რომლიდანაც ოთხი ეკუთვნის კლინიკის მასალას. უკანასკნელი შემთხვევა ეხება ღრმად პათევციმულ ჩემს ხელმძღვანელის კერძო ავადმყოფს.

1. ავ. N., 26 წლ. მამაკაცი, ქართველი, სოფლის მუშა. შემოვიდა კლინიკაში 16/4 — გაეწერა 20/6—24 წ.

დიაგნოზი:—Otit. med. ac. pur. cum mastoidit. dex, sinus thrombosis dex.

ავად. ცოტა ხნის წინად წოლილა კლინიკაში მარცხენა შუა ყურის ჩირქიანი ანთების გამო და თავისი სურვილით გაწერილა ოპერაციის გაუკეთებლად. კლინიკიდან გაწერის სამი დღის შემდეგ მარჯვენა ყურში უეცრად დაწყებია დიდი ტკივილები და მიუცია სიცხე. ამბულატორიულად გაკეთებულ პარაცენტეზის შემდეგ ტკივილებს მაინც არ გაუვლია და უკანასკნელ დღეებში შესივებია მარჯვენა დერილისებრი მორჩის არე. ღამ-ღამობით ოფლიანდებდა.

ობიექტიური აღ: მარჯვენა დაფის აკვის ქვედა ნაწილში მოთავსებულია ტინძისთვის ოდნობის პერფორაცია, საიდანაც ფეთქით გამოდის ჩირქი. დერილისებრი მორჩი შესივებულია და მტკივნეული ხელის დაკერის დროს. ლაბირინთის ფუნქცია ნორმალა. 1° 35,0—41,5 მაჯა ჩქარი, მაგრამ ესაბამება ტემპერატურას. გონება ნათელი. დანარჩენ ორგანოების მხრივ პათოლოგიური ცვლილება არ აღინიშნება.

17/4—ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ დერილისებრი მორჩის ტრეპანაცია. ჰეროვან უჯრედებში მრავლად ჩირქი და გრანულაციები. სინუსის ძვლოვანი კედელი დაშლილია. თვით სინუსის პათოლოგიური ცვლილება არ ემჩნევა, რის გამოც ის დატოვებულ იქნა ხელუხლებლად.

18/4—უყუთობა არ ემჩნევა. 1°—39—39,3. მაჯა 100, არითმიული. უჩივის კისრის ტკივილს.

19/4—შებვევა. სინუსი არ ფეთქავს. პუნქციით სისხლი არ იქნა მიღებული. ისინჯება მკვრივი, მტკივნეული ზონარი კისერზე საულლე ვენის მიმართულებით. სასწრაფო ოპერაცია: სინუსის გახსნა თრომბის დარბილებული ნაწილების ამოფხვებით. ოპერაცია დამთავრდა შიგნითა საულლე ვენის გადაკვანძით.

20—28/4 1° კანაობს. ავადმყოფი კვლავ ოფლიანდებდა. უჩივის ძლიერ ჩხვლეტას მარჯვენა გვერდში. თერაპევტმა დაადასტურა მარჯვენა ფილტვის ინფარქტი. შიგნით ეძლევა collargol-ის 2% ხსნარი.

29/4—10/5 1° დავიდა N. ავადმყოფი თავს კარგად გრძობს, კრილობა იწმინდება. 20/6 ავად. გაეწერა განკურნებული.

აქ ჩვენთვის აშკარაა, რომ ასეთი მიძიმე ავადმყოფის გამოკვება სასვებით დამოკიდებული იყო შიგნითა საულლე ვენის თავის დროზე გადაკვანძაზე. ვენის გადაკვანძამ ინფექციას მოუსპო პირდაპირი გავრცელების გზა, ხოლო ის, რაც უკვე გაყვა სისხლის მიმოქცევას და გამოიწვია მარჯვენა ფილტვის ინფარქტი შედარებით ადვილად და მალე სძლია ორგანიზმში.



2. ავად. N, 45 წლ., მამაკაცი, თათარი, საბჭოთა მოხელე, დაწვა კლინიკაში 24/10—24 წ., გაეწერა 24/11—24 წ.

დიაგნოზი:—Otit. med. pur. ac. cum mastoidit. dex. Sinus thrombosis dex.

ავ. ერთი თვის წინად დაწვებია მარჯვენა ყურის ტკივილი. უკანასკნელ დღეებში ტკივილებმა და სიცხეს უმატა. ხშირად ოფლიანდებდა.

ობიექტიურიად: პერფორაცია დაფის აპიკს ჰქვდა უკან კვადრანტში. ჩირქდენა ყურიდან. დერილისებრი მორჩი ოდნავ შესივებული და მტკივნეული. სიარული არ შეუძლია. ლაბირინტის ფუნქცია ნორმალა. 1° 36,6—39,0. ოფლიანდებდა. 25/10—ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ დერილისებრი მორჩის ტრეპანაცია. მორჩის ზედმეტი უჯრედოვანობა. უჯრედები საესეა ჩირქით და გრანულაციებით. სინუსის ძვლოვანი კედელი დაშლილია 2/3 ცმ. სიგრძეზე. სინუსიდან პატარა ზეგელის საშუალებით გამოდის ჩირქი. სინუსის გაკვეთა და თრომბის დარბილებული ნაწილების კოვხით ამოფხვკა. სიცხე იმ დღესვე დაეარდა. ავადმყოფობის შემდეგი მსვლელობა ნორმალა. 24/11 ავ. ეწერება მცირე კრილოზობა.

3. ავ. N., 17 წლ., მამაკაცი, ქართველი, მოწაფე. შემოვიდა კლინიკაში 25 I. გაეწერა 21/3—25 წ.

დიაგნოზი:—Otit. med. chron. pur. sin. Sinus thrombosis sin.

მარცხენა ყურიდან 14 წელიწადია სდის ჩირქი. ერთი კვირის წინ ჩირქდენამ და ტკივილებმა უმატა. სიცხე მაღალი. აღნიშნავს ოფლის დენას.

ობიექტიურიად: მარცხენა დაფის აპიკს სრულიად დაშლილია. შუა ყურში მოსხანს გრანულაციები და ჩირქი. დერილისებრი მორჩი ოდნავ შეშუპებულია, მისი მწვერვალო მტკივნეული. ლაბირინტის ფუნქციას ნორმიდან გადახრა არ ემჩნევა. დანარჩენ ორგანოების მხრივ N 1° 38,5—40,5. 31/1—ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ გაკეთდა რადიკალური ოპერაცია. სინუსის ძვლოვან კედელზე დეფექტი და იმის და მაგარი გარის შორის მოხრდილი ჩირქგროვა (გადმოვიდა დაახლოებით 5,0 ჩირქი). თვით სინუსის კედელი I ცმ. მანძილზე განიციდის ნეკროზს; მისი ქვედა და ზედა ბოლოებიდან გამოდის ჩირქი. სახის წერვის დეზი კარიოზულია. სინუსი გახსნილ იქმნა ნეკროტიული ნაწილის მოცილების საშუალებით.

1/11 1° კრიტიკულად დაეცა. ავად. აღარ ოფლიანდებდა. თვითგრძნობა კარგი. შემდეგში თანდათანობით უკეთობა და 24/6 ავ. ეწერება კლინიკიდან მცირე კრილოზობით განკურნებული.

4. ავ. N, 45 წლ., დედაკაცი, სომეხი, საბჭოთა მოხელე. შემოვ. კლინიკ. 7/3, გაეწერა 10/3—25 წ.

დიაგნოზი:—Otit. med. pur. ac. cum mastoidit. dex. Sinus thrombosis dex.

ორი კვირის წინ უტკივოდ ასტკივდა მარჯვენა ყური. უკანასკნელ დღეებში მდგომარეობა გაუმჯობესებულა, სიცხე მაღალი აქვს და აწუხებს ძლიერი თავის ტკივილი.

ობიექტიურიად: პერფორაცია დაფის აპიკს ზედა უკანა კვადრანტში. ჩირქდენა პულსაციით. სახის წერვის პარეზი. 1° 39,0. ლაბირინტის ფუნქცია ნორმალა.

7/3—ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ გაუკეთდა დერილისებრი მორჩის ტრეპანაცია. დერილისებრი მორჩის დაზიანებული უჯრედების ამოტეხვა და ამოფხვკა. სინუსში აღმოჩნდა თრომბი, რის გამოც ის იქნა გაკვეთილი გასწვრივი მიმართულებით. სინუსის კრილოზობის კეთებში ჩადებული იქნა ფილთები.

8/3—1° N. თვითგრძნობა დაამკამყოფილებელი. შემდეგი მსვლელობა ნორმალა. სახის წერვის პარეზი უფრო ნაკლებად არის გამოსახული. 10/3 ავ. გაეწერა ამბულატორიული წამლობისათვის მცირე კრილოზობით.

ამ სამ შემთხვევიდან პირველ ორ შემთხვევაში აშკარად იყო გამოხატული პიემიის სურათი. სამივე შემთხვევაში აღმოჩნდა სიგმოიდურ სინუსის თრომბოზი. თრომბოზი არ აღინიშნებოდა შიგნითა საუღლე ვენის გაყოლებაზე. ასეთ შემთხვევებში ჩვენ, როგორც უკვე მოგახსენეთ ზემოთ, ვენის გადაკვანძვას არ ვაწარმოებთ და ვკამყოფილებდით სინუსის კედლის გახსნით. თუ მივაქცევთ ყურადღებას მეტადრე მესამე შემთხვევას, სადაც ისეთი დიდი დაშლა გვქონდა

(სინუსის ძვლოვანი და თვით სინუსის კედლების ნეკროზი, მოზრდილი ჩირქგროვა, სახის ნერვის დეზის დაშლა) საკმარისი იყო სინუსის გახსნა, თრომბის დარბილებულ ნაწილების მოცილება და ამ შემთხვევაში, ქრონიკულ პროცესის გამო, შუა ყურის ყველა ღრუების გახსნა (რადიკალური ოპერაცია), რომ ინფექცია აღარ გავრცელებულიყო სისხლში და ავადმყოფი მალე წამომდგარიყო. მეორე და მეოთხე შემთხვევებში იყო მწვავე პროცესი, რის გამოც დერილისებრი მორჩის უჯრედების და სინუსის კედლის ფართოდ გახსნის შემდეგ ავადმყოფები განიკურნენ.

5. ავ N, 15 წლ. გახდა ავად სამი კვირის წინ მარცხენა ყურის მწვავე ჩირქიანი ანთებით. სიცხემ და ტკივილებმა, რომელიც რამდენიმე ზნის განმავლობაში სრულიად არ აწუხებდენ ავადმყოფს, უკანასკნელ დღეებში კვლავ იჩინეს თავი. არ ოფლიანდებდა.

ო ბ ი ე კ ტ ი უ რ ა დ: ჩირქიან მარცხენა შუა ყურიდან, დაფის აპკი დარღვეულია ქვედა უკანა კვადრანტში. დერილისებრი მორჩის მწვერვალა ძლიერ მტკივნეული. ლაბირინტის ფუნქცია ნორმალა. 1° შპ(0).

ა/წ. იანვრის პირველ რიცხვებში გერმანელების საავადმყოფოში გაუყეთდა დერილისებრი მორჩის ტრეპანაცია ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ. დერილისებრი მორჩის ჰაეროვანი უჯრედები გაქვნილია ჩირქით და საესე გრანულაციებით. სინუსის ძვლოვანი კედელი დაშლილია მცირე მანძილზე. თვით სინუსს პათოლოგიური ცვლილება არ ემჩნევა.

პირველი 6 დღის განმავლობაში პიემიური ხასიათის სურათი. ტკივილები კისრის მოძრაობის დროს მარცხენა საუღლე ვენის გაყოლებაზე, რომელიც უფრო მკაფიოდ არის გამოზატული ხელის დაჭერის დროს. მარჯვენა ფილტვში აღმოჩენილ იქნა ინფარქტი. სასწრაფოდ რეოპერაცია. სინუსში აღმოჩენილა თრომბი ნაწილობრივ უკე დაშლილი. კრილოზის ჩვეულებრივ ტულეტთან ერთად გადაკვანძულ იქნა შიგნითა საუღლე ვენა.

მეორე დღესვე 1°-მ დაიწია, მაგრამ მაინც ქანაობს. 19 დღეში 1° გამოსწორდა და ფილტვშიც ყველა მოვლენებმა გაიარა. ავადმყოფი განიკურნა.

აღნიშნულ შემთხვევაში, ისევე როგორც პირველში, ბრწყინვალე ეფექტი ჩვენის ახრით სავსებით უნდა მიეწეროს შიგნითა საუღლე ვენის გადაკვანძვას.

ლიტერატურული მასალის მიხედვით და ჩვენი შემთხვევების თანახმად ნებას ვაძლევთ ჩვენ თავს გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნები:

1. სინუსის თრომბოზის და აქედან წარმოშობილი პიემიის რადიკალური მკურნალობა მხოლოდ ოპერატიულია.

2. შიგნითა საუღლე ვენის გადაკვანძვა საჭირო არ არის ყველა შემთხვევაში. იგი უნდა გადაკვანძულ იქნეს მხოლოდ მაშინ, როდესაც თრომბოზი ვრცელდება აღნიშნულ ვენაშიც.

გერმანე ჯიბუბი.

კლინიკის ორდინატორი.

ოპერაციის შემდეგ ხანაში შარდის შეკავება და მის საწინააღმდეგო ფარმაცოლოგიური საშუალებანი.

(ტფილ. სახელმწ. უნივერსიტ. ჰოსპიტ. ქირურგ. კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. გრ. მ. მუხაძე.)

ოპერაციის შემდეგ ხანაში შესაძლებელია ბევრ გართულებებს ქონდეს ადგილი. მე შევეჩები მხოლოდ ერთ-ერთ მათგანს, რომელსაც ადგილი აქვს შედარებით ხშირად, ზოგიერთ ოპერაციების შემდეგ კი — თითქმის ყოველთვის — ეს არის შარდის შეკავება.

შარდის ბუშტის ინერვაციის და მისი ფიზიოლოგიის შესახებ, დღესაც აზრთა სხვადასხვაობას აქვს ადგილი, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ საკითხი ჯერ კიდევ საბოლოოდ არ არის გამოკვლეული. ყოველ შემთხვევაში, თანამედროვე ფიზიოლოგიის მიხედვით შარდის ბუშტის ინერვაცია შემდეგია: 1) ავტონომიური კვანძები, რომლებიც მდებარეობენ შარდის ბუშტის კედელში, განსაკუთრებით მის უკანა და ქვემო არეში და შარდსაწვეთების შესართის ადგილას. გარდა ამისა, ქვემო უკანა ნაწილიდან ზემო მიმართულებით, ორივე მხარეზე განვითარებულია სქელი ნერვიული წნულები, რომლებსაც plexus vesicalis ანუ plexus hypogastricus უწოდებენ და რომლებიც განვლიერ კვანძებს შეიცავენ.

2) აღნიშნულ შარდბუშტის წნულებს უერთდება ბოკკოები სიმპატიური (n. hypogastricus) და პარასიმპატიური (n. pelvica) სისტემისა.

ორივე ნერვი შეიცავენ ორივე სახის ნერვიულ ბოკკოებს, როგორც გამფართოებელს, ისე შემკუმშველს და ამნაირად განხორციელებულია „ჯვარედინი“ ინერვაციის კანონი: ner. pelvica აღუნებს სფინქტერს და კუმშავს დეტრუსორებს, ხოლო ner. hypogastricus — პირიქით, კუმშავს სფინქტერს და აღუნებს დეტრუსორებს.

nervus pelvica შეიცავს აგრეთვე მგრძობიარე ნერვების ბოკკოებს, რომლებიც ბუშტის გაღიზიანებას გადასცემენ თავის ტვინს. უნდა შეიცავდეს კიდევ გარეთა სფინქტერის შემკუმშველ ნერვებს.

გარდა ზემოხსენებულისა, შარდის ბუშტის მექანიზმზედ უნდა მოქმედებდენ კიდევ სამი ცენტრო, რომლებიც მოთავსებულია ცენტრალურ ნერვიულ სისტემის სხვადასხვა ადგილებში:

1—ზურგის ცენტროები—Centrum vesicae spinale;

II—ქერქ ქვეშა ცენტროები.

III—ქერქოვანი ცენტროები.

და IV—ცენტრო, მოთავსებული ტვინის შუბლის ნაწილში, განაგებს ყველა დანარჩენ კორტიკალურ ცენტროებს, აწარმოებს ზემოჩამოთვლილ ცენტროებსა და შარდის ბუშტის ურთი-ერთ შორის მიზანშეწონილობის რეგულაციას, ქმნის ყოველივე იმპულსს სათანადო მოქმედებად, რომელიც შეეფერება ყოველ დღიურ ჩვეულებრივ ბუნებრივ მოთხოვნილებას.

ნორმალურად შარდზედ გასვლის სურვილი გამოიხატება იმაში, რომ ადა მიანი გრძნობს საერთო სიმძიმეს შარდის ბუშტის არეში და წყას მის ყელში. ეს მოვლენები გადაეცემა ცენტრ. ნერვიულ სისტემას და იქედან მოდის სათანადო ნებითი იმპულსები.

Müller-ი, Frankl—Hochwarth-ი, Zuckerkandl-ი ფიქრობენ, რომ შარდის და-ქცევის სურვილი აღიძვრის დეტრუსორების შეკუმშვით, რომელიც რეფლექტორ-ულად წარმოიშობა ბუშტის კედლების დაქიმვის დროს.

Goltz-ი Finger-ი და Pesner-ი კი ამტკიცებენ, რომ არა დეტრუსორების შეკუმშვაა მიზეზი შარდის დაქცევისა, არამედ მათი შეკუმშვა იწვევს შარდის ნაწილის გასვლას ბუშტის და შარდსადინარის პროსტატიულ ნაწილში; ხოლო უკანასკნელის გაფართოება და გაღიზიანება კი იწვევს მოშარდვის სურვილს.

Müller-ი ამ უკანასკნელ აზრსაც იზიარებს და ამობს, რომ მოშარდვის სურ-ვილს აღძრავს დეტრუსორების შეკუმშვა, მხოლოდ აძლიერებს და ავსებს პროს-ტატიული ნაწილის გაფართოება და გაღიზიანება.

არის მოსაზრება კიდევ Adler-ისა, რომელსაც Pleschner-იც უერთდება, რომ მოშარდვის მოთხოვნილება აღიძვრის მხოლოდ სფინქტერის შეკუმშვის შეგრ-ძნობით. შარდის ბუშტი ივსება შარდით, მისი კედლები იჭიმება, წოლა მატუ-ლობს, ამის გამო სფინქტერი იძულებულია შეიკუმშოს; რაც მეტია დეტრუსო-რების დაქიმვა, მეტია სფინქტერის შეკუმშვა და მისი წინააღმდეგობა.

დეტრუსორების დაქიმვაში და სფინქტერის შეკუმშვაში დიდ როლს თამა-შობს არა რაოდენობა შარდისა, (ბუშტში) არამედ ბუშტში ჰიდროსტატიული ზედაწოლის სიძლიერე. როგორც ამტკიცებენ, ნგრძნობიარე გაღიზიანება შარ-დის დაქცევისა ანუ მოშარდვის მოთხოვნილება, გამოწვეული დეტრუსორების თუ სფინქტერის ზედმეტი შეკუმშვით—გადაეცემა ზურგის ტვინს n. pelvici-ს საშუალებით და აქედან თავის ტვინს gyrusfornicatus-ში.

ებლა გადავიდეთ იმაზე, თუ რა და რა სახისაა შარდის შეკავება.

ბუშტში შარდის შეკავება შესაძლებელია იყოს ორ ნაირი:

1) ფიზიოლოგიური—რომელიც ემორჩილება (ჩვენს) ნებითი სფეროს; ეს ხდება განზრახ, შესაფერ პირობებში და განსაზღვრულ დრომდის.

ფიზიოლოგიური შარდის შეკავება დამოკიდებულია შიგნითა სფინქტერის ტონურ შეკუმშვაზედ; რაც შეეხება გარეთა სფინქტერს, ეს უკანასკნელი წარმო-ადგენს დამხმარე—სათადარიგო აპარატს შიგნითა სფინქტერისას, რომელიც მო-ქმედობს მაშინ, როდესაც გაძლიერებულია შიგნითა სფინქტერის მოქმედება, ან უკანასკნელი განიცდის რაიმე პათოლოგიურ ცვლილებებს და საესებით ვერ ას-რულებს თავის მოვალეობას.



2) პათოლოგიური შეჩერება შარდისა;— უკანასკნელის დროს შესაძლებელია ადგილი ქონდეს ორ მოშლილობას: ორგანიზმს და ფუნქციონალურს.

ორგანიული დაზიანება გულისხმობს ადვილობრივ ანატომიურ ცვლილებებს, ფუნქციონალურის დროს კი, მოშლილობა უფრო ნერვიული ხასიათისაა.

ფუნქციონალურ მოშლილობას, Adler ი ყოფს ორ ნაწილად:

1) შემკავებელი ნეუროზები, რომლებიც ეხებიან შარდის შეკავებას, სფინქტერის სპაზმს, დეტრუსორების ატონიას და 2) ინტენსიური ნეუროზები, რომლებიც ეხებიან შარდის შეუკავლობას. თავის თავად შემკავებელი ნეუროზები იყოფიან შემდეგ ნაწილად:

1. იდეატორული ფორმა, როდესაც ავადმყოფს არ აქვს წარმოდგენა შარდის ბუშტის მდგმარობაზე და ვერ გრძნობს შარდზედ გასვლის მოთხოვნილებას. (სხვადასხვა აფექტებისა და ფსიქიური ტრავმის დროს).

2. მოტორული ფორმა, როდესაც ავადმყოფი გრძნობს მოშარდვის მოთხოვნილებას, აქვს ნებითი იმპულსები, მაგრამ ვერ გადაყავს წარმოდგენა მამოძრავებელ ინერვაციაში.

3. ფსიქო-მოტორული ფორმა, როდესაც მოთხოვნილება-შეგრძნობა შარდზე გასვლისა არის, მაგრამ არ არის აღმძვრელობა (подуждение) მოშარდვისა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს აქვს ნებითი სფეროს დასუსტება.

ამ ფორმას ეკუთვნის ოპერაციის შემდეგ შარდის შეკავება და დამოკიდებულება იმაზე, რომ ფსიქიური შოკის გამო ავადმყოფს არ შეუძლია დასძლიოს სუსტი თუ ძლიერი შემკავებლობა (торможение), რომელიც გამოწვეულია არა საკმაო ინერვაციით ან ერთ და იმავე დროს ანტაგონისტების შეკუმშვის გამო.

ნაოპერაციევ ხანაში შარდის შეკავების სიხშირე დამოკიდებულია იმაზე, თუ ორგანიზმის რომელ ნაწილზედ არის ნაწარმოები ოპერაცია. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ქსოვილების დაზიანების—ტრავმის ხარისხს.

დიდ უმეტეს შემთხვევაში შარდის შეჩერება ხდება მაშინ, როდესაც ოპერაცია ნაწარმოებია ცენტრ. ნერვ. სისტემაზედ, სწორ ნაწლავზედ, შორისის არეში, სახარდულის მიდამოში, სასქესო ორგანოებზედ, მცირე მენჯის არეში და მასში მდებარე ორგანოებზედ.

ხემოჩამოთვლილ ორგანოებზედ ნაწარმოები ოპერაცია იძლევა შედარებით შარდის ხშირ შეკავებას იმიტომ, რომ ისინი უხვად არიან დაკავშირებული შარდის ბუშტთან ნერვიული ანასტომოზების საშუალებით; ყოველივე ტრავმა—გალიზიანება შარდის ბუშტისა იწვევს უკანასკნელის რეფლექტორულ სპაზმს ან მის სრულიად მოდუნებას.

შარდის შეკავებაში მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მუცლის პრესის შესუსტებას ან მოდუნებას ანდა პერიტონეუმის მტკივნეულობას. ოპერაციის შემდეგ ხანაში შარდის შეკავების საწინააღმდეგოდ მრავალგვარი საშუალებები არის მოწოდებული, როგორც ფიზიკური, ისე ფარმაკოლოგიური და თუ გნებავთ ფსიქიურიც.

მათ შორის ჯერ-ჯერობით შარდის კატეტერით გამოშვებას პირველი ადგილი უჭირავს და ის არის ფართოდ მიღებული.

კატეტერიზაცია ავადმყოფისთვის ფრიად უსიამოვნო მანიპულიაციას წარმოადგენს.

გარდა იმისა, რომ ის უსიამოვნოა, მოითხოვს აგრეთვე ცოტა თუ ბევრად ერთგვარ ცოდნას და დაბელოვნებას. არა იშვიათად გვჭონია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი მოუყვანიათ სასწრაფოდ კატეტერიზაციის შემდეგ სისხლის მდინარეობით და ზოგ შემთხვევაში ოპერატიული დახმარებაც დასჭირვებია.

გარდა ზემონათქვამისა, მნიშვნელოვანი და საგულისხმოა აგრეთვე ასეპტიკის დაცვა თვით კატეტერიზაციის დროს.

კატეტერიზაცია, უმეტეს შემთხვევაში, ხდება ისეთ პირობებში და ისეთ ადგილას, რომ ზედმიწევნით ასეპტიკის დაცვა შეუძლებელია; ამიტომ ყოველი ასეთი მანიპულაციების შემდეგ მოსალოდნელია გართულება შარდის ბუშტის მხრივ. ვინაიდან შეტანილ ინფექციას, რომ თავი დაეანებოთ, უაღრესი მნიშვნელობა აქვს ზანაგან, საშარდე მილის კედელში უკვე არსებულ ინფექციის გაღვივებას და ადგილის შეცვლას.

მაშასადამე, კატეტერიზაციას ერთი შეხედვით თითქოს უმნიშვნელო და უბრალო მანიპულაციას, შესაძლებელია მოყვეს მთელი რიგი სერიოზული გართულებებისა, რომლებიც საშიშროებაში ჩააყენებდა ავადმყოფის სიცოცხლეს.

ხაზს უსვამ რა ზემო მოყვანილ უარყოფით მხარეებს, ვიტყვი, რომ კატეტერიზაციის *larga manum*-ს ხმარება არ არის სასურველი, სჯობიან იგი, სადაც შესაძლებელია შეცვლილ იქნეს სხედასხვა ნაკლებ მანე ფიზიკო-ქიმიურ და ფარმაკო-დინამიური საშუალებებით.

ფარმაკოლოგიური საშუალებები, რომლებიც მოწოდებულია ოპერაციის შემდეგ ხანაში შარდის შეკავების საწინააღმდეგოდ, მრავალნაირია და სხედასხვა გზით შეყავთ ორგანიზმში: აძლევენ *per os*, უშხაბუნებენ კანქვეშ, შეყავთ ვენაში, შარდის ბუშტში და შარდის სადინარში, მაგრამ დღემდის ვერც ერთი მათგანი საესებით ვერ ამართლებს დამყარებულ იმედებს.

თანამედროვე საექიმო ლიტერატურაში გამოქვეყნებულია ახალი სამკურნალო საშუალებები შარდის შეკავების საწინააღმდეგოთ და ზოგი ავტორები აწარმოებენ დაკვირვებებს ამ მოწოდებულ საშუალებების ავ-კარგიანობის გამოსაკვლევად.

ამ მოსაზრებით, ჩვენც ვანვიზრახეთ გვეწარმოებია კლინიკაში დაკვირვება რამოდენიმე ფარმაკოლოგიურ პრეპარატზედ, რომლებიც გარდა სხვა თავის ფარმაკოლოგიურ მოქმედებისა, მოწოდებულია, როგორც შარდის შეკავების საწინააღმდეგო საშუალება ნაოპერაციევ ხანაში.

დაკვირვება ვავატარეთ *Urotropin*-სა, *Magnes. sulfurici* და *pilocarpini hydrochlorici*-ზედ.

გინეკოლოგ *Vogt*-მა პირველად დაიწყო უროტროპინის ვენაში შეყვანა. მას გამოქვეყნებული აქვს 200 შემთხვევა, სადაც ყველა შემთხვევაში დადებითი შედეგი მიუღია. ამ მოვლენას ის ხსნის იმით, რომ უროტროპინი ორგანიზმში დაშლისას გამოყოფს ფორმალდეიდს; ეს უკანასკნელი მოქმედებს გამაღიზიანებლად პარასიმპატიურ ნერვიულ სისტემაზედ, რასაც შედეგათ მოყვება დეტრუსორების შეკუმშვა და სფინქტერის მოღუნება; ამ პირობებში ხდება შარდზედ გასვლა.

ზოგი ავტორები ფიქრობენ, რომ ფორმალდეიდი უშუალოდ მოქმედებს გამაღიზიანებლად შარდის ბუშტის ლორწოვან გარსზედ, რაც იწვევს ხანმოკლე



რეფლექს და სფინქტერის სიღამბლავეს. გარდა Vogt-ისა, დადებითი შედეგი მიუღია აგრეთვე Goetz-ის თავის 50 შემთხვევაში.

პირიქით, ზოგ ავტორებს დადებით შედეგებთან ერთად, მიუღიათ აგრეთვე უარყოფითიც.

აღნიშნულია, რომ შორისის, საშოს და თვით შარდის ბუშტის არეში ნაწარმოები ოპერაციის შემდეგ, უროტროპინის დადებითი შედეგები უფრო ნაკლებია, ვიდრე სხვა რომელიმე არეში.

Weinzierl-ს 194 ლაპარატომის შემდეგ შარდის შეკავების დროს, დადებითი შედეგი მიუღია 87% ში.

ამავე ავტორს 28 შემთხვევა გაუტარებია მშობიარებულ და ყველა შემთხვევაში მიუღია დადებითი შედეგი.

Schwab-ის (ჰამბურგი) ქონია 420 შემთხვევა უროტროპინის შესაბუნებისა და მხოლოდ 2,9%-ში მიუღია უარყოფითი შედეგი.

ვენის დასტაქარ Starlinger-ს 40 შესაბუნებიდან 14-ჯერ უარყოფითი შედეგი მიუღია, რაც უდრის 35%-ს, მას მოყავს ცნობა, სადაც 940 ოპერაციანზე, გატარებულს ღრმა ნარკოზის ქვეშ, შარდის შეკავებას ადგილი ქონია მხოლოდ 30 ჯერ ე. ი. 3,2%-ს. Ecke უროტროპინის უარყოფით შედეგს აღნიშნავს 50%-ში; ხსენებული ავტორი არა საიმედოთ სთვლის მის მოქმედებას.

ნაწილი ავტორებისა კი დღემდის გვიჩვენებენ უროტროპინის ხმარებას (Tashch), როგორც ოპერაციის შემდეგ შარდის შეკავების საწინააღმდეგო საშუალება, სხვადასხვა ცისტიტებისა და სამეანო მანიპულიაციების შემდეგ.

უროტროპინის შესაბუნების დრო და რაოდენობა სხვადასხვა ავტორს სხვადასხვანაირად ქონდა შემოღებული. ზოგი უშაბუნებდა ერთი საათით ადრე ან შემდეგ ოპერაციისა, შარდის შეკავების თავიდან ასაცილებლად.

ნაწილი უშაბუნებდა ოპერაციის 6-8-10 საათის შემდეგ; რაც შეეხება დოზას, ესეც სხვადასხვა რაოდენობისა იყო, 2,0 დაწყებული 7,0 — 8,0 მდის, უროტროპინის 40% სხნარისა.

ის ავტორები, რომლებიც უშაბუნებას პროფილაქტიურად აწარმოებდნენ ყოველთვის იწყებდნენ მცირე დოზიდან, რადგანაც მოსალოდნელი იყო, რომ უმრავლესობა ნაოპერაციევ ავადმყოფებისა თავისთავად მოშარდავდნენ და ზედმეტი ნივთიერების შეყვანა ორგანიზმში არა სასურველი იქნებოდა. თუ შარდის შეკავება მაინც მოყვებოდა უშაბუნებას იმეორებდნენ.

აღწერილია, რომ ზოგ შემთხვევაში უროტროპინის ვენაში შეყვანას მოყვება ხოლმე მთელი რიგი გართულებანი, მაგ., ტკივილები შარდის ბუშტის არეში, ქინთვა, ჰემატურია, აგრეთვე უროტროპინი თითქოს იწვევს შარდ-სასქესო ორგანოების ჰიპერემიას.

Goetz-ს აქვს აღნიშნული 2 შემთხვევა cystitis-ის 50 Urotropin-ის შესაბუნებაზე, რომელიც 2 კვირა გაგრძელებულა. Winzierl-ს შეუმჩნევია 4% ქინთვა ტკივილები და 3% ჰემატურია.

Schwab-საც აქვს აღნიშნული ჰემატურია 1,9%-ში. ჩვენ გავატარეთ უროტროპინის შესაბუნება, როგორც მკურნალობის, ისე პროფილაქტიური მიზნით.

სულ ნაწარმოები იყო 62 შეშხაუნება; აქედან 16-ჯერ პროფილაქტიურად შარდის შეკავენამდის, ოპერაციის ერთი საათის შემდეგ; ხოლო 46 კი — შარდის შეკავენის შემდეგ.

პროფილაქტიურად უროტროპინს უშხაუნებდით განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ოპერაცია ნაწარმოები იყო შორისის არეში და სწორ ნაწლავში თავსდება რეზინის მილი; ეს ხდებოდა იმ მოსახრებით, რომ ამ დროს შარდის შეკაება გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე სხვა რომელიმე ოპერაციების დროს, რასაც აღნიშნავს უმრავლესობა ავტორებისა და ამასვე ამტკიცებს ყოველდღიური პრაქტიკული დაკვირვება.

ტეხნიკა შეშხაუნებისა გამოიხატებოდა იმაში, რომ 5 კ. ს. გასტერილებული შესაშხაუნებლით შეგვეყავდა იდაყვის ვენაში თანაწორ ზომიერი ზედაწოლით 5.0 სტერილური 40% უროტროპინის ხსნარისა.

შარდი ისინჯებოდა შეშხაუნებამდის ერთჯერ, ხოლო შეშხაუნების შემდეგ კი რამდენიმეჯერ. ყურადღებას ვაქცივდით შარდზედ გასვლის სისშირეს და მასთან დაკავშირებულ რაიმე მოვლენებს.

იმ 16 შემთხვევაში, როდესაც უროტროპინი შევეანილ იყო პროფილაქტიური მიზნით, უარყოფითი შედეგი მივიღეთ 2 ჯერ, ე. ი. შარდი შეუკავდა და გამოიწევა კატეტერით, რაც უდრის 12,5%.

დანარჩენ 46-ჯერ უროტროპინი შეშხაუნებულ იყო შარდის შეკავენის შემდეგ, იმისდა მიხედვით თუ როდის ხდებოდა ეს შეკაება. ოპერაციის შემდგომ, პირველ 8 საათში შეშხაუნებული იყო 16-ჯერ. აქედან უარყოფითი შედეგი მივიღეთ 8-ჯერ, რაც უდრის 50%. 8 საათიდან 16 ს.—13 შეშხაუნება—უარყოფითი 3-ჯერ 30,7%, 16 ს.—24 ს. 10 შეშხაუნება, უარყოფითი 3-ჯერ—30%, 24 საათის შემდეგ 7 შემთხვევა, უარყოფითი 1, რაც უდრის 14,28%.

ზემო მოყვანილ ცნობებიდან ირკვევა, რომ, რაც უფრო გვიან იხმარება უროტროპინი ოპერაციის შემდეგ, მით მისი უარყოფითი შედეგი მცირდება. ეს გარემოება, ჩვენის აზრით, უნდა მიეწეროს ავადმყოფის ფიზიკურ და სულიერ გამოკეთებას და არა უროტროპინის სპეციფიკურ მოქმედებას.

საშუალო რიცხვით, უროტროპინის დადებითი შედეგი, როგორც შარდის შეკავენის, საწინააღმდეგო საშუალება, უდრის 65%, რაც დამაკმაყოფილებელ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს.

არიან ავტორები, რომლებიც ფიქრობენ, რომ უროტროპინის ხმარებას ისეთი დიდი ფარმაკოდინამიური მნიშვნელობა არ აქვს, როგორც ფსიქიურ მომენტს. მაგალ. Лигин-ი და Шварцах-ი აწარმოებდა დაკვირვებას, როგორც უროტროპინით, ისე natrium bicarbon-ით; გამოიჩინა, რომ natrium bicarbon 0,3 ფუნჯილის მიღების შემდეგ ავადმყოფები გასულა შარდზედ. ასეთი შემთხვევა ქონიათ 12. ფუნჯილის მიღების წინ ავადმყოფებს არწმუნებდნენ, რომ ამ საშუალებას უქვევალად შეუძლია გამოიწვიოს შარდზედ გასვლა.

ცხადია, ასეთი დადებითი შედეგების შემდეგ ისინი დიდ მნიშვნელობას აწერენ ფსიქიურ ზეგავლენას.

ჩვენც მივმართეთ ასეთ ფსიქიურ გავლენას.

ერთ დროს უროტროპინის უქონლობის გამო, ავადმყოფებს უშხაპუნებდი ვენაში 5,0—10,0 ფიზიოლოგიურ ხსნარს და თანაც ვარწმუნებდი, რომ ამის შემდეგ შარდზედ უეჭველად გავიდოდნენ. ამ მიზნით შეშხაპუნება ვაწარმოვე 9 ჯერ. შედეგი მხოლოდ ერთჯერ მივიღე.

8-ჯერ გამოუშვით კატეტერით. ერთი შემთხვევა კიდეც ასეთი: ორ ავადმყოფს შარდის შეკავების შემდეგ შეუშხაპუნე ვენაში ფიზიოლოგიური ხსნარი 5,0.

მოქმედება არ იყო, გამოეშვა კატეტერით. იმავე ავადმყოფებს შარდის შეკავება; ორივეს შეშხაპუნებული ქონდა ვენაში 5,0 Sol. Urotropini 40% Sterilis. ერთ შემთხვევაში მოქმედება იყო 20 წუთის შემდეგ, ხოლო მეორეში კი 30 წ. შემდეგ.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ზოგ შემთხვევაში, კარგი შედეგი მოაქვს კომბინირ საშუალებას: სათბურსა და უროტროპინს. იყო შემთხვევები, როდესაც სათბური დავადეთ, მოქმედება არ იყო, ხოლო უროტროპინის შეშხაპუნების შემდეგ ავადმყოფი გავიდა შარდზედ; ან პირიქით, შეყვანილ იყო უროტროპინი, მოქმედება არ იყო, ხოლო სათბურის დამატებით მოქმედება გამოვიწვიეთ.

რაც შეეხება გართულებებს, როგორც უროტროპინის შეშხაპუნების შედეგს, უნდა აღვნიშნო, რომ 62 შემთხვევიდან, მხოლოდ სამჯერ ქონდა ადგილი. ორ შემთხვევაში გამოხატული იყო Cystitis უმნიშვნელო ჰემატურიით, ხოლო ერთ-ჯერ გამოხატული იყო დიზურული მოვლენები. ყველა ეს მოვლენები იყო არა მძიმე ხასიათის და ვაიარა 2—6 დღის განმავლობაში. დანარჩენ შემთხვევაში შეიძლება ითქვას, რომ არავითარ გართულებებს ადგილი არ ქონია.

უახლოესი დრო, რომლის განმავლობაშიც გამოვიველ იყო მოქმედება უროტროპინის შეშხაპუნებით, უდრის 15 წუთს, უგვიანესი—კი 2 საათსა და 30 წ. დიდი უმრავლესობა დადებითი შედეგებისა მოდის შეშხაპუნების 1-ლ საათის განმავლობაში. (იხ. ცხრილი № 1).

შემდეგი ცდები, რომელიც გავატარეთ კლინიკაში, ეხება Pilocarpini hydrochloricum-ს და Magnesium sulfuricum-ს.

შარდის შეკავების შემდეგ, შეგვყავდა ვენაში Sol. pilocarpini muriatici 1%—1,0, რასაკვირველია გასტერილებული.

შეშხაპუნების უმაღლეს მანძილზე და აჩქარებას და აღიოდა 90-100-120-1, ზოგ შემთხვევაში ეტყობოდა შესუსტებაც. ამას მოსდევდა ბლომად ნერწყვის გამოყოფა, ცრემლის დენა, კანის გაწითლება და ოფლი. ავადმყოფები გრძნობდნენ სუნთქვის უხერხულობას და ზოგჯერ მის აჩქარებასაც. შემჩნეული იყო აგრეთვე ნაწლავების პერისტალტიკა, მაგრამ მუცლის მოქმედება კი არასოდეს არ გამოუწვივია.

ასეთი მოვლენები სხვადასხვა ავადმყოფზედ გამოხატული იყო მეტ-ნაკლებობის სიძლიერით, რაც ახსნილ უნდა იქნას ინდივიდუალობის რეაქციით.

ყველა ეს მოვლენები თანდათანობით კლებულობდა და 10—15 წუთის განმავლობაში სრულიად ქრებოდნენ.

მოშარდვის სურვილი აღიძვრებოდა დიდ უმეტეს შემთხვევაში შეშხაპუნებიდან პირველი ორი-სამი წუთის შემდეგ და ზოგჯერ იმდენად ძლიერი იყო, რომ ავადმყოფი ვერ ითმენდა ქურჭლის მიტანამდის, თუ იქვე მზად არ ქონდა.

დაავადებანი და ოპერაციები, რომლის შემდეგ ნაწარმოები იყო უროტროპინის შესაპუნება.

ცხრილი № 1.

Diagnosis.	რაოდენობა	Operatio	ნარკოზი	შენიშვნა.
Hern. ing. bilat.	3	Herniotomia bilat.	ბერბენლის ტენის ანესტეზია	
Hern. ing. dey. incarcer.	1	Herniotomia		
„ ing. dextra	7	Herniotomia		
Varices haemorrhoid.	24	Ligaturae—21		
Varic. haemorrhoid.		Langebeck-ის 2		
		Whitehead 1		
et Fistula ani	2	Incisio et ligaturae		
Fissurae ani	3	Termocauterisatio		
Fistula ani	2	Incisio		
Condylom. ani	2	Extirpatio		
Stricture ani	1	Whitehead-ის ოპ.		
Neoplasma recti	1	Amputatio recti		
Vuln. caesi abdom.	1	Laparotomia	{ ზოგადი ნარკოზი	
Sackson-ის ვებლეზ.	1	Trepanatio		
Appendicitis chron.	1	Appendectomy	{ ადგილობ. ანესტეზია	
Papiloma recti.	1	Termocauterisatio		

62 შესაპუნება ნაწარმოები იყო 50 ავადმყოფზედ

12 შემთხვევაში დაგეჭირდა შესაპუნების განმეორება.

სულ ნაწარმოები იყო 50 შესაპუნება 37 ავადმყოფზედ. აქედან 39 შემთხვევაში შარბზედ გასვლა გამოწვეული იყო პირველ 5 წუთში შესაპუნებიდან. 7 შემთხვევაში—ათი წუთის შემდეგ, 2 შემთხვევაში—15 წუთის შემდეგ, ხოლო ორ შემთხვევაში მოქმედება არ იყო და გამოეწვია კატეტერით, შესაპუნებიდან 1 ს. 30 წ. შემდეგ.

შესაპუნების განმეორება დაგეჭირდა 9 ავადმყოფზედ. 6 ავადმყოფს განმეორებული ქონდა ერთჯერ, 2 ავადმყოფს 2 ჯერ, ხოლო ერთ ავადმყოფს 3 ჯერ.



პილოკარპინის შემზაპუნების შემდეგ არაერთარ გართულებებს აღგილი არ ქონია, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ იმას, რომ ერთ შემთხვევაში ავადმყოფმა შარდზედ გასვლა ვერ გაიგო და ჩაიშარდა შემზაპუნებიდან 5 წუთის შემდეგ. დანარჩენ დროს ავადმყოფი შარდავდა ნორმალურად. (იხ. ცხრილი № 2).

დაავადებანი და ოპერაციები, რომლის შემდეგ ხმარებული იყო პილოკარპინის ხსნარის შემზაპუნება.

ცხრილი № 2.

Diagnosis	რაოდენობა	Operatio	ნარკოზი
Hernia ing. bilat.	5	Herniotomia	ხერხემლის ტვ. ანესტ.
Hernia ing. dex.	4	Herniotomia	" " "
Hernia ing. d. incarcer.	2	Herniotomia	" " "
Hernia ing. sin.	4	Herniotomia	" " "
Hern. ing. incarcer.	1	Herniotomia	" " "
Appendicitis chron.	3	Appendectomy	" " "
Appendicitis ch. et hern. lin. alb.	1	Appendectomy et herniotomia atip.	ადგილობრივი ანესტეზია
Abscessus reprotoerit.	1	Incisio	ტენის ანესტეზია
Varices haemorrhoid	12	Ligaturae	ზოგადი ნარკოზი
Fistula ani	3	Incisio + შილი	ხერხემლის ტვ. ანესტ.
Hernia lin. alb; diast. mm. rector et appendic. chronica	1	Herniotomia—plastica et appendectomy	ხერხემლის ტვ. ანესტ.
სულ 37 ავადმყოფი-50 შემზაპუნება, დადებითი 48 შემთხვევა რაც უდრის 90%			

დაკვირვება Magnesia sulfurici-ს შესახებ გვქონდა 15 შემთხვევაში. შარდის შეკავების შემდეგ კანქვეშ შეგვყავდა 2,0 კ. ს. 25% სტერილური ხსნარი Magnesia sulfurici-სა, თუთხმეტი შემზაპუნებიდან დადებითი შედეგი, ე. ი. შარდზედ თავისით გავიდა ავადმყოფი 3 ჯერ, შემზაპუნების ნახევარი საათის შემდეგ. დანარჩენ 12 შემთხვევაში 2 საათის და 30 წუთის განმავლობაში არაერთარ შედეგი. ერთჯერ განმეორებულა იყო შემზაპუნება, მაგრამ უშედეგოდ. 6 ჯერ გამოშვებული იყო კატეტერით. 5 შემთხვევაში შეყვანილი იყო ვენაში Sol. pilocarpini muriatici 1%—1,0 და შედეგი დადებითი მივიღეთ; ხოლო ერთ შემ-

თხვევაში შესხაპუნებულ იყო ვენაში Sol. Urotropini 40%—5.0 და 20 წუთის შემდეგ ავადმყოფმა მოშარდა.

Magnesium sulfuricum-ის შესხაპუნების დროს არავითარ გართულებებს აღვლი არ ქონია, არც ადგილობრივს და არც საერთოს. (იხ. ცხრილი № 3).

დაავადებანი და ოპერაციები, რომლის შემდეგ ნაწარმოები იყო Sol. magnes. sulfuric-ს შესხაპუნება:

ცხრილი № 3.

Diagnosis	რაოდენობა	Operatio	ნარკოზი	შენიშვნა
Hern. inguin. dex. incarcer.	1	Herniotomia	ხერხემლის ტვ.	
Hern. inguin. bilater.	1	Herniot. bilat	" "	
Varic. haemorrhoid.	7	Ligaturae	" "	
Fistula ani	2	Incisio + მილი	" §	
Defect. cutis fem. dex.	1	Plastica	ხერხ. + ზოგადი	
Appendicitis acuta	1	Appendectomy	ადგილობრივი	
Appendicitis chron.	1	Appendectomy	ადგილობრივი	
Sackson-ის ვილუბ.	1	Trepanatio	ზოგადი ნარკოზი	

სულ 15 შესხაპუნება, დადებითი შედეგი 3 ჯერ, ხოლო დანარჩენ 12 შემთხვევაში შედეგი უარყოფითია, რაც შეადგენს 80%.

გინეკოლოგიურ ოპერაციებისა და განსაკუთრებით მშობიარობის შემდეგ შარდის შეკავების საწინააღმდეგო შესხაპუნებული magnes.-sulfuric-ის ხსნარს თითქოს კარგი შედეგი მოაქვს. (Квартер, Николаев, ლამბაშიძე).

მაგალითისთვის მოვიყვან ექ. ს. ლამბაშიძის შემთხვევებს, რომელსაც ტფილ. სახ. უნივერსიტ. სამედიცინო კლინიკაში გაუტარებია 25 შემთხვევა მშობიარობის შემდეგ შარდის შეკავების საწინააღმდეგო Magnes. sulfuric-ის შესხაპუნება და ყველა შემთხვევაში დადებითი შედეგი მიუღია.

ჩვენს შემთხვევაში დიდი % უარყოფ-თი შედეგისა არ შეიძლება მივაწეროთ რაიმე შემთხვევითი ხასიათის მოვლენას. ავიღოთ თუ გინდ ხერხემლის ტვინის ანესტეზია. ნაწილი ავტორებისა აღნიშნავს, რომ ხერხემლის ტვინის ანესტეზია, ზოგ შემთხვევაში, ხელს უწყობს ნაოპერაციევ ხანაში შარდის შეკავებას. მაგრამ, ჩვენს მიერ ნაწარმოები იყო Pilocarpini-muriatici, უროტროპინი და Ma-



gnes. Sulfuri ს შეშხაუნება ისეთ ავადმყოფებზედ, რომლებსაც დაახლოებით გაკეთებული ქონდა ერთი და იგივე ოპერაცია ერთ და იმავე ნარკოზის ქვეშ.

მიუხედავად მასალის ასეთი ერთნაირობისა, პირველ ორ შემთხვევაში შედეგი დამაკმაყოფილებელი მივიღეთ; უკანასკნელ შემთხვევაში კი არა დამაკმაყოფილებელი. აქედან შეიძლება ითქვას, რომ Magnes. Sulfuricum, უფრო სუსტად მოქმედებს შარდის შეკავების წინააღმდეგ, ვიდრე პილოკარპინი და უროტროპინი. ამასვე ნათლად ამტკიცებს ის ექვსი შემთხვევა, როდესაც შეშხაუნებულ იყო Magnes. Sulfuricum და მოქმედება არ იყო, რის შემდეგ მოქმედება გამოწვეულ იქნა 5 შემთხვევაში pilocarpini muriatici-ს და ერთ შემთხვევაში უროტროპინის შეშხაუნებით.

ჩვენს მიერ გატარებული დაკვირვება ნებას გვაძლევს ვსთქვათ, რომ 1% Sol. pilocarpini muriatici (Sterilis) შეყვანილი ვენაში ძლიერ კარგი საშუალებაა ნაოპერაცივე ხანაში შარდის შეკავების საწინააღმდეგოდ.

Pilocarpini muriat-ის შემდეგ კარგ საშუალებათ ჩაითვლება აგრეთვე უროტროპინი; ხოლო რაც შეეხება Magnes. Sulfuricum-ს უნდა ვსთქვა, რომ ჩვენს მიერ გატარებული 15 შემთხვევა ძლიერ მცირე რიცხვია მისი საბოლოო შეფასებისათვის, მაგრამ მიღებული შედეგი არ არის დამაკმაყოფილებელი.

დასასრულ ჩემი გულწრფელი მადლობა მასწავლებელ პროფ. გ. მ. მუხაძეს ამ მუშაობის დროს ყოველგვარ დახმარებისათვის.



საკმაო დიდ რაოდენობით არის ნახმარი და თუ თვით შრატის ახალი და სათანადოდ დამზადებული. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ Subdura—ლურად და ტენის პარკუჭებში შეყვანილ შრატს (Никитин) აქვს მეტი მნიშვნელობა, თუმცა ტენიკურად ეს უკანასკნელი მეთოდი ძნელია და მასთან საშიშარიც. ზოგიერთი ავტორები პირდაპირ აღნიშნავენ განკურნების შედეგებს შრატის ხმარების შემდეგ. Галлер-ის აზრით შრატის ხმარების შემდეგ სიკვდილიანობა tetanus-ისაგან დაეცა 5%/ით. პროფ. Гуревич-მა შრატის ხმარების შემდეგ მიიღო განკურნება 200 ავადმყოფიდან 55%/ით. В. А. Самгин А. Н. Раевский აღნიშნავენ, რომ სიკვდილიანობის % შრატის შემოღების შემდეგ საგრძობლად დაეცა. ამ უკანასკნელი ავტორების სტატისტიკური ცნობებიდან სჩანს, რომ 7477 ავადმყოფებიდან გადაარჩენილა 466, გარდა 69-სა, რომლებიც უკვე მომავალდებები იყვნენ საავადმყოფოში მოთავსების დროს. ამრიგად ის ავადმყოფები, რომლებზედაც იყო გატარებული მკურნალობა შრატით 56,2%/ით — განიკურნა.

ზემოხსენებული ავტორების აზრის მიუხედავად სპეციფიური შრატის ვერ ჩაითვლება უებარ საშუალებად tetanus-ის მკურნალობაში. მარტო შრატით მკურნალობა სხვა ავტორების და ჩვენი კლინიკური დაკვირვებითაც, მწვავე შემთხვევებში ხშირად სასურველ შედეგს ვერ გვაძლევს; სხვა საშუალებებთან ერთად კი შრატის ხმარება საჭიროა და აუცილებელიც. ამრიგად საკითხი, ანტიტეტანური შრატის სპეციფიური მნიშვნელობის შესახებ tetanus-ის მკურნალობის დროს ჯერ არ ჩაითვლება ამოწურულად. რაც შეეხება შრატის ხმარებას პროფილაქტიკური მიზნით დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ ამ მიზნით ხმარებული შრატი უეჭველად აღწევს დადებით შედეგს; ასუსტებს tetanus-ის მოვლენებს და ხშირად სრულიად სპობს მის განვითარებას.

არის დაკვირვებები იმის შესახებ, რომ სხვადასხვა ადგილას შეყვანილი ანტიტოქსინი მოქმედობს სხვადასხვანაირად. პროფ. Н. Н. Петров-ის მოკავს Scherington-ის ექსპერიმენტალური შრომებიდან ცნობები იმის შესახებ თუ, რა მნიშვნელობა აქვს შრატის სხვადასხვა ადგილას შეყვანას.

	გარდაიცვალა	მორჩა
ანტიტოქსინი შეყვანილია Subdura-ლურად	11	14
„ „ ზურგის ტენისში	„	„
„ „ მოგრძო ტენისში	12	13
„ „ ვენაში	18	2
(Shera-თი) კანქვეშ	29	2

როგორც ამ ცხრილიდან სჩანს ანტიტოქსინი შეყვანილი Subdura-ლურად უფრო კარგად მოქმედობს და განკურნების %-ც მეტია.

ბოლოს უნდა აღინიშნოს კარბოლის ხსნარის ხმარება tetanus-ის მკურნალობაში, რომელიც დიდი ხანია შემოღებულია Bacelli-ს მიერ და ატარებს მის სახელს. ავადმყოფს უკეთდება 3%-ანი კარბოლის ხსნარი—თითო გრამი ყოველ 1 საათის განმავლობაში კანქვეშ, მომეტებულად დაზიანებული ადგილის ირგვლივ და მისი მახლობლად. თვით Bacelli ამ საშუალებას აძლევდა დიდი მნიშვნელობას და აგვიწერდა განკურნების შემთხვევებს მისი ხმარების შემდეგ. ბევრი სხვა ავტორების მიერ იყო აგრეთვე ხმარებული ეს საშუალება დამაკმაყოფილებელი შედეგებით. მიუხედავად ამისა Bacelli-ს მეთოდმა ვერ მიიღო ფართო გავრცელება და თითქმის სრულებით იქნა დავიწყებული.

საერთოდ ცნობილია, რომ კარბოლის ხსნარს აქვს თვისება რეფლექტორული აღზნების დაწვევის და ნერვული სისტემის დამშვიდების. ამასვე აწერენ ანტიფრეზიული და ანტიტოქსინური მოქმედებას. А. Д. Каплан-ი თავის შრომაში „К казуистике послеоперационного



столбняка и необычайных его осложнениях (перелом шейки бедра), и к вопросу его лечения“, საქმოდ ვრცლად ეხება tetanus-ის მკურნალობის საკითხს. არჩევს სხვადასხვა მეთოდებს და ბოლოს დაასკვნის, რომ tetanus-ის მკურნალობაში კარბოლის ხსნარს საერთოდ და Baccelli-ს მეთოდს კერძოდ,—საპატიო ადგილი უნდა დაეთმოსო.

De Montille, Talmont, Сперанский, Гуляев-ი და ჩენი კლინიკაც აგრეთვე უპირატესობას აძლევენ Baccelli-ს მეთოდს—სეროთერაპიასთან შედარებით. Димитриев-ის აზრით ორივე მეთოდი ერთნაირად მნიშვნელოვანია და ერთი-მეორეს შეაყვებს. კარბოლის ხსნარის დადებით მოქმედებას აღნიშნავს აგრეთვე Сыренский-ც, მაგრამ მიუხედავად მთელი რიგი მომზრებებისა, ამ მეთოდს ჰყავს აგრეთვე მოწინააღმდეგენიც.

უნდა აღინიშნოს, რომ არიან ისეთი ავტორებიც, რომლებიც პესიმისტურად უყურებენ საერთოდ ყველა საშუალებას. მათი აზრით არც ერთ საშუალებას არ აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა. ასეთებს ეკუთვნიან Новиков-ი, Фейман-ი და Тарасевич-ი. უკანასკნელმა რუსეთის თერაპევტების მე-VI ყრილობაზე 1916 წ. საჯაროდ განაცხადა, რომ tetanus-ის წამლობა შეუძლებელია, მასთან ბრძოლა შეიძლება მხოლოდ პროფილაქტიური საშუალებებით. ამ მოკლე ლიტერატურული მიმოხილვის შემდეგ გადავდივართ ჩენი საკუთარი შემთხვევაზე. მოგვყავს ავადმყოფობის ისტორია ძლიერ მოკლედ:

ავად. 3—ვა ლიდია კონსტატინეს ასული, 29 წ., ექიმი—შემოვიდა კლინიკაში 10/VIII 26 წ. ჩივილით მარცხენა წვივის მიდამოში ნაფლეთოვანი კრილობაზე. სამი დღის წინედ ჩამოვარდნილა ცხენიდან და უკანასკნელს დაუკრავს მისთვის ფეხი, რის შედეგად მიუღია აღნიშნული კრილობა მარცხენა წვივის შუა მესამედში. პირველი დაზიანება შეხვევის სახით მიუღია სამი საათის შემდეგ. ადგილობრივი ექიმს (ფასანაურში) კრილობა გაუკერია ყრუთ. მოყვანიას ავად. ემჩნევა შესიება და შეწყითლება კრილობის ირგვლივ; თვით ნაფლეთი კი განიცდის სრულ ნეკროზს და გაშავებულია. მაკრატლით ექნა მოკვეთილი ნარკოტიული ნაწილი და კრილობაზე დაედო სველი ნახვევი Dakir-ის ხსნარიდან. დანარჩენი ორგანოების მხრივ ავად. ცვლილება არ გტყობა. 1⁰—37-2 მაჯა—86-1.

12/VIII საერთო მდგომარეობა კარგია. კრილობა სუფთავდება.

13/VIII ავადმყოფმა საღამოს შეაშინა ტკივილები m. masseter-ის არეში და პირის გაღება ოდნავ უმძიმს. ექვი ექნა აღებულნი tetanus-ზე და სასწრაფოდ იმ ღამითვე ექნა გაკეთებული კანქვეშ 10,0 ანტიტეტანური შრატის.

14/VIII 1⁰ 36,5 მაჯა 80. ავად. ძლიერ შფოთავს. უჩივის ტკივილებს ყლაპვის დროს. მკაფიოდ გამოხატული ტეტანიური კრუნჩხვები. ექნა გაკეთებული Subdur-ალურად 10,0 ანტიტეტანური შრატი, წინასწარ ექნა გამოშვებული ზურგში ტენის სითხე 5,0 ავად. ჰქონდა ორჯერ გაძლიერებული კრუნჩხვა.

15/VIII საერთო მდგომარეობა თანდათან რთულდება; კრუნჩხვები მატულობს, როგორც რიცხვობრივ ისე სიმძიმის მხრივ. აქვს ნათლად გამოხატული ოპისტოტონური და risus sardonicus-ი.

ავადმყოფს დავნიშნა: ქაფური და ნარკოტიული ნივთიერებანი, სპეციფიურიდან კი კარბოლის ხსნარი და ანტიტეტანური შრატი.

MgSO₄-ს ჩვენ არ ვხმარობთ კარბოლის მეკავსთან ერთად, რადგანაც ეს უკანასკნელი და კარბოლის ხსნარი ანტიკონსტრუქციის ჯგუფს ეკუთვნის. წამლობა ტარდებოდა შემდეგი წესით: დანიშნულება იწყებოდა დილის 6 საათიდან და თავდებოდა ღამის 12 საათზე. ამის შემდეგ ავად. არაფერს ღებულობდა და ისვენებდა. ოთახი რასაკვირველია დაბნელებული და დაცული იყო სრული სიჩუმე, შრატს ღებულობდა 2-რ—დილით 10,0 და საღამოთ 10,0, სანამ კრუნჩხვები ჰქონდა. Sol. morph. mur. 1%—1,0 ყოველ 4 საათში. Chloral hydr. 5,0 ოცნით ორ გაკეთებაზე დილა საღამოს. კრილობა ირეცება 3% Acid. carbol. და ყვრება იოდოფორმი. ქაფური ყოველ 4 საათში 2,0. თხელი დიეტა.



16—20/VIII ავად. მდგომარეობა მძიმეა. აქვს კრუნჩხვები ძლიერ მძიმე ფორმის. კრუნჩხვის დროს ძლიერი ციანოზი. პირიდან მოსდის დორბლი. სიზშიერ კრუნჩხვის, I საათში 50-ჯერ. ხანგრძლივობა 2-დან 5 წუთამდე. დაკბენილი აქვს ენა, საიდანაც სდის სისხლი. გუგები კრუნჩხვის დროს ძლიერ უგრძობდება. კრილობაზე ადგილობრივ გამჩნევთ კუნთების ფიბრილალური შეკუმშვას. წამლობა ივივე. შრატის გაკეთდა როგორც subdur-ალურად ისე ვენაშიც.

20—26/VIII № 36,5; მაჯა 90. tetanus-ის მოვლენები თანდათან რთულდება. კრუნჩხვა აქვს 100-120 ჯერ საათში.

პირს სრულებით ვერ აღებს; ავად. ძლიერ ოფლიანდება; ხშირად ამოქნარებს; აქვს ყაბ-ზობა; უყვითდება ოყნა უბრალო და სიფონის, სისტემატიურად ესინჯება შარდი—ცელიდება არ არის. შარდზე თითონ ვერ გადის—უშვებენ კატეტერით.

27/VIII ავად. უყვითობა ეტყობა; კრუნჩხვებმა უკლო რიცხვობრივ; გარდა ამისა მისი სიძლიერე ნაკლებია; იოლი ფორმის კრუნჩხვები სკარბობს. ყველა მოვლენები tetanus-ისა შე-ნეულდა თვალსაჩინოდ ასე, რომ 27/VIII ჰქონდა კრუნჩხვა მხოლოდ ზუთჯერ; 28/VIII კი 1-ჯერ ლამით. 29/VIII-დან 30—31/VIII დაწყებული ავად. კრუნჩხვები არ ჰქონია. ყველა მოვლენები თანდათან გაქრენ; ოპისტოტონუსი თითქმის არ აქვს; risus sardonicus სრულებით არ ეჩნე-ვა, კრუნჩხვები abs. ყაბზობა არ აქვს. შარდზე თითონ გადის. კრიკა კი ისევ შეკრული აქვს. 27/VIII-ან ავად. არ ღებულობს არავითარ წამალს გარდა 1,0 მორფიუმისა ლამით. კრილობა მოსუფთავდა გრანულაციებს ეტყობა გაცხოველებული ზრდა.

1—7/IV. ავად. კარგად გრძობს თავს. არავითარი მოვლენები tetanus-ისა მას არ აქვს გარდა კრიკის შეკვრისა, მაგრამ ეხლა პირს ცოტათი მაინც აღებს. გაუკეთდა აბაზანა. მოით-ხოვს დაეინებთ გაწერას. სიარული შეუძლია ჯოხის საშუალებით.

8/IX ავად. ეწერება კლინიკიდან განკურნებული.

გამოანგარიშებული იქნა მკურნალობის დროს დახარჯული ნივთიერების რაოდენობა. აღმოჩნდა, რომ Serum antitetanicum-ი (რუსული ფორმის) ავად. მიუღია სულ 190,0; რაც შეადგენს 245.000 A. E.; ამასში ვენაში იქნა შესა-ბუნებული 30,0-სამჯერ; subdur-ალურად 10,0 და დანარჩენი 150,0-კი კან-ჭვეშ იქნა გაკეთებული. წმინდა ფენოლი (კარბოლი 3%, ხსნარის სახით) მიუ-ღია 2,052. Chloral hydrati-ოყნი, მიუღია 60,0, 1%, მორფიუმის ხსნარი კონია გაკეთებული 72 ჯერ. ol. Camphor. 92,0,

როგორც ვხედავთ ჩვენი შემთხვევა ეკუთვნის მწვავე ტრავმატიული tetanus-ის საკმაოდ მძიმე ფორმას, რომელიც განკურნებით დამთავრდა. იბადება სა-კითხი, რომელ ამ საშუალებებთაგანს უნდა მიეწეროს თერაპევტიული ეფექტი ამ შემთხვევაში? ჩვენის აზრით ერთი რომელიმე მათგანს განკერძოებით ასეთი შე-დეგის მოცემა არ შეეძლო. კარბოლის ხსნარმა შრატის დიდი რაოდენობასთან (190,0) ერთად აუცილებლად იმოქმედა დადებითად.

რაც შეეხება კარბოლის ხსნარს, მას აუცილებლად დიდი მნიშვნელობა აქვს tetanus-ის მკურნალობაში, და Imperiali-ის სტატისტიკას (83% განკურნე-ბისა) ანგარიში უნდა გაეწიოს. ამიტომაც ჩემის აზრითაც კარბოლის ხსნარს tetanus-ის მკურნალობაში საპატიო ადგილი უნდა დაეთმოს. საერთოდ ცნობი-ლია, რომ მწვავე tetanus-ი იძლევა მეტ სიკვდილიანობას ვიდრე ქრონიკული;

И. Θ. Сперанский-ის 13 შემთხვევიდან გარდაიცვალა 9. ამ უკანასკნელ-თა რიცხვში მწვავე tetanus-იანი ყოფილა 7, ქრონიკული 2. პროფ. Н. Н. Петров-ს მოჰყავს Richter-ის სტატისტიკა ფრანგებ-პრუსიელების ომის დროს გან-ვითარებული ყველა tetanus-ის შესახებ და ასეთი ციფრებს იძლევა:

ინკუბაციის ხანა	საერთო რაოდენობა	% სიკვდილიანობის
დაავადებული 1-7 დღემდე	იყო 87	96,5
" 8-14 "	" 99	85,5
" 15-21 "	" 29	55,0
" 21 დღიდან	" 13	არ არის აღნიშნული

აქედან აშკარად სჩანს, რომ რაც ნაკლებია ინკუბაციის ხანა მით % სიკვდილიანობის მეტია.

ჩვენი კლინიკაში 1918 წ.—1926 წ. ყოფილა 10 tetanus-იანი ავადმყოფი ამ უკანასკნელი შემთხვევის გამოკლებით. ამათში მწვავე ფორმის ყოფილა 8 და ქრონიკულის 2; გარდაცვლილა სულ 8; ამათში მწვავე tetanus-იანი ყოფილა 8. ზოგი ავადმყოფებზე ყოფილა ხმარებული კარბოლას ხსნარი, შრავტი და ზოგიერთებზე $MgSO_4$ -ც, უნდა აღინიშნოს, რომ სადაც იყო ნახმარი შრავტი და კარბოლის ხსნარი ერთად უმეტეს შემთხვევაში ყოფილა განკურნება. ამრიგათ, რაც უფრო დიდია ინკუბაციის ხანა მით უფრო კარგი შედეგს იძლევა წამლობა და ნაკლებია სიკვდილიანობა. ნაკლები ინკუბაციის ფორმებში კი სიკვდილიანობის % გაცილებით დიდია; თუმცა ამ აზრს არ იზიარებენ Bary, Димитриев-ი და სხ. რომ მწვავე tetanus-ი წარმოადგენს ერთ-ერთი მძიმე ფორმას საერთო tetanus-ისა და განკურნების %-იც ამ შემთხვევაში ნაკლებია—ეს ნათლად სჩანს, როგორც ძველი ისე ახალი სტატისტიკური ცნობებიდან (Baccelli, Федоров, Гаилер და Сыреиский).

ჩვენი და სხვა ავტორების აზრითაც tetanus-თან საბრძოლველად კარბოლის ხსნარი სხვა საშუალებებთან ერთად პირველ რიგში უნდა იქნეს დაყენებული.

რაც შეეხება თვით წესს, მეთოდს მკურნალობისას, ჩვენი და სხვადასხვა ავტორების კლინიკური დაკვირვების მიხედვით, ჯერ-ჯერობით მისაღებია კომბინიური მეთოდი: ე. ი. Baccelli, სეროთერაპია და სიმპტომატიური საშუალებანი. თვით განკურნების შედეგი, გარდა სხვადასხვა საშუალებების და მეთოდებისა, უმთავრესად დამოკიდებულია შემდეგი პირობებზე:

- 1) რამდენად ძლიერია ინფექცია, რომელიც შეიჭრა ორგანიზმში ამა თუ იმ ტრავმის დროს;
- 2) რამდენად დიდია და უსუფთაო დაზიანებული მიდამო;
- 3) რამდენად ახლოა დაზიანებული მიდამო მთავარი ნერვთან ან მისი მნიშვნელოვანი ტოტთან, რომელიც ამ შემთხვევაში წარმოადგენს ინფექციის გამტარებელი გზას, და
- 4) რამდენად ჯანსაღია თვით ავადმყოფი და აქვს შენახული ენერგია შეჭრილი ინფექციისთან საბრძოლველად. მძიმე შემთხვევებთან ბრძოლა საერთოდ ძნელია; იოლი ფორმები, ევრწოდებული ადგილობრივი, tetanus-ისა, შეიძლება ადვილად მორჩეს სპეციფიური წამლობის გარეშეც (Steinitzer, Федоров-ი და სხვა).

Tetanus-ის ადგილობრივი წამლობაშიც სხვადასხვა წესებია მოწოდებული. ზოგი ავტორები გვირჩევენ დაზიანებული ადგილის ამოჭრას და Pagueლინით ამოწვას, არის რიგი ავტორებისა, რომლებიც სრულებით წინააღმდეგია ქირურგიული ჩარევის, ვინაიდან ამ უკანასკნელი საშუალებას შეუძლია გამოიწვიოს გაძლიერებული კრუნჩხვები (Димитриев, Сперанский, Проскурин და სხვა).

ამრიგად ჩვენი შემთხვევის გარჩევის და სათანადო ლიტერატურული მიმოხილვის შემდეგ საჭიროდ მიმაჩნია გამოვსთქვა ზოგიერთი მოსაზრებანი:

1. მწვავე ტრავმატიული tetanus-ი წარმოადგენს ერთ-ერთი მძიმე ფორმა-თაგანს საერთო tetanus-ისა, როგორც მიმდინარეობის ისე მკურნალობის მხრივაც.

2. სპეციალური წამლობა ამ დაავადების წინააღმდეგ ჯერაც დანამდვილებით ცნობილი არაა და მოითხოვს შემდეგი კლინიკური და ექსპერიმენტალური დაკვირვებას და გამოკვლევას.

3. ყველა შემთხვევაში, როდესაც ჭრილობაში მოხვედრილია საეჭვო ჭუჭყი უნდა იქნეს ხმარებული ანტიტეტანური შრატის პროფილაქტიური მიზნით.

4. Tetanus-ის მკურნალობაში მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს მხოლოდ კომბინირებული მეთოდი — Baccelli, სეროთერაპია და სიმპტომატიური საშუალებანი.

5. ანტიტეტანური შრატის ხმარებას აქვს მნიშვნელობა მხოლოდ მაშინ, როდესაც საჭიროებისამებრ იქნება ხმარებული მისი საკმაოდ დიდი რაოდენობა, სხვა საშუალებებთან ერთად.

6. კარბოლის ხსნარს tetanus-ის მკურნალობაში, თვალსაჩინო თერაპევტიული მნიშვნელობა აქვს და მას აუცილებლად საპატიო ადგილი უნდა დაეთმოს.

ბ. ბ. ხაჩინიშვილი.

კლინიკის ასისტენტი

Ruge II-ს და Philipp-ის რეაქციის მნიშვნელობა ხელოვნურ მუცლის მოშლის დროს.

(ქალაქის I საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკურ განყოფილებიდან.
გამგე—დოც. ბ. ლოლობერიძე).

როგორც მოგეხსენებათ, დედაკაცის სასქესო ორგანოების და სახელობორ
საშოს და საშვილოსნოს ცერვიკალურ მილის ფლორა ძლიერ მრავალფეროვანია.
მეცნიერების უკანასკნელ თვალსაზრისით დედაკაცის სასქესო ორგანოების ფლო-
რა შეიძლება დაიყოს სამ ჯგუფად; პირველ ჯგუფს წარმოადგენს ეგრეწოდე-
ბული სასქესო ორგანოების ნორმალური ფლორა; მის შემადგენლობაში შედიან:
1) bacillus vaginalis vulgaris, 2) coccobacillus vaginalis, 3) bacillus bifidus Tis-
sier და 4) Streptococcus anaerobus Meuge. მეორე ჯგუფში შედიან ის მიკრო-
ბები, რომლებიც წარმოადგენენ გინეკოლოგიურ დაავადებათა ჩვეულებრივ გა-
მომწვევ მიზეზს, როგორც მაგალითად 1) streptococcus, 2) staphylococcus, 3)
gonococcus, 4) bacterium coli commune და 5) bacterium tuberculosis. მესამე
ჯგუფში შედიან მიკრობები, რომლებიც წარმოადგენენ გინეკოლოგიურ ინფექ-
ციურ დაავადებათა შემთხვევითი გამომწვევ მიზეზს, მაგალითად: 1) diplococcus
lanceolatus Fränkel-ის, 2) Pneumobacillus Fridländer-ის, 3) bacillus diptheriae,
4) bacillus influenzae Pfeifer-ის, 5) bacillus typhi abdominalis, 6) proteus vulga-
ris, 7) bacillus perfringens phlegmonis, 8) bacillus fusiformis Vincenti, 9) baci-
llus pyocyaneus, 10) bacillus fundiformis, 11) bacillus radiiformis, 12) bacillus
anthracis, 13) bacillus tetani puerperalis, 14) bacillus pseudotetani, 15) bacillus
faecalis alcaligenes, 16) micrococcus tetragenis, 17) bacillus ulceris molle Duc-
rey, 18) Spirochaeta pallida Schaudinii.

ყველა ნახსენებ თითოეულ მიკრო-ორგანიზმებთან ან არა იშვიათად არის
მიზეზად დედაკაცის სასქესო ორგანოების და საერთოდ სისხლის მიმოქცევის და
ლინფურ სისტემების მიმე დაავადების, როგორც არის სასქესო ორგანოების
სექტიური ანთება, სექტიციემია და პიემია. მიკრობების გამრავლებისათვის და
სისხლში შეჭრისათვის შეიქმნება ხოლმე საუკეთესო პირობები მაშინ, როდესაც
საშვილოსნო არის გაღებული და გადიდებული და ამასთანავე სხეულს გადატანილი
აქვს რაიმე მიმე ტრავმა, როგორც მაგალითად, ოპერატიული ჩარევა, მშობიარობა
და განსაკუთრებით მუცლის მოშლა. ოპერატიულ ჩარევის და ნორმალურ სათანადო

პირობებში ჩატარებულ მშობიარობის დროს შეიქმნება ხოლმე ნაკლები შესაძლებლობა ინფექციის შეჭრისათვის, ვიდრე ხელოვნურ, ბოროტმოქმედებითი ცულ ასეპტიურ და ანტისეპტიურ პირობებში ჩატარებულ მუცლის მოშლის დროს.

ამასთანავე უნდა მივიღოთ მხედველობაში ის გარემოება, რომ უკანასკნელ წლების განმავლობაში ხელოვნურ მუცლის მოშლას აწარმოებს არა მარტო სათანადო მომზადებული საექიმო პერსონალი საავადმყოფოს კარგ პირობებში, არამედ ბებია-ქალებიც, შინაური ბებიები და თვით ორსული დედაკაცები სრულიად უსუფთაო პირობებში.

თავისთავად ცხადია, თუ რა შედეგი მოჰყვება ხოლმე ამ უკანასკნელ გარემოებას. ამჟამად ჩვენ ვაქტივებით უფრო ხშირად ვხვდებით მუცლის მოშლის და ცულად ჩატარებულ ლოგინობის ნიადაგზე განვითარებულ სეპტიკო-პიემიურ დაავადებებს, ვიდრე ეს შესაძლებელი იყო წინთ; დაახლოებით 10 წლით ადრე ამ გარემოებამ აიძულა საზღვარგარეთელი მეცნიერები მიექციათ სათანადო ყურადღება დედაკაცის სასქესო ორგანოების ფლორისათვის; ამ საკითხში დიდი ღვაწლი მიუძღვით გერმანელ მეცნიერებს და სახელდობრ B u m m-ის სკოლას, რომელიც დღემდე აწარმოებს ამ საკითხის შესწავლას.

Karl Ruge II-მ შეიმუშავა დედაკაცის სასქესო ორგანოების მიკროორგანიზმების ვირულენტობის და მათთვის მოწინააღმდეგე ორგანიზმის დამცველ ძალების გამოსარკვევი მეთოდიკა. Ruge-ს აინტერესებდა განსაკუთრებით ერთ და იმავე დედაკაცის ვირულენტურ ბაქტერიების და სისხლის დამცველ ანუ ბაქტერიციდულ ძალების ურთიერთობა.

დასაწყისში Ruge-მ დაიმუშავა შემდეგი მეთოდიკა: აკეთებდა ავადმყოფის ვენიდან მიღებული 0,5 კუბ. სანტ. სისხლიდან და Döderlein-ის მილის საშუალებით სასქესო ორგანოებიდან მიღებულ ჩირქოვან შლის ერთი წვეთიდან შენახავს; ამ შენახვიდან აკეთებდა ჩამოკიდულ წვეთს, (висячая капля) რომელსაც ათავსებდა მიკროსკოპზე სათბობ მაგიდით 37,0°-მდე (heizmicroscop) და ადვენებდა თვალს 3—4 საათის განმავლობაში განუწყვეტლევ ბაქტერიების ზრდა-გამრავლებას, ლეიკოციტების მოძრაობას და მათი ფაგოციტალურ თვისებებს; თუ რამდენად მრავლდება ბაქტერიები და ამასთანავე იშლება ლეიკოციტები შეიძლება შეიქმნას წარმოდგენა ბაქტერიების აღნიშნულ სხეულის მიმართ ვირულენტობაზე. თავისთავად ცხადია, რომ ამ მეთოდიკის შედეგები დამყარებულია სუბიექტიურ მსჯელობაზე და გარდა ამისა თითოეულ შემთხვევის გამორკვევა თხოულობს 3-4 საათს. ამიტომ თვით Ruge-მ შესცვალა შემდეგში ეს მეთოდიკა ამ რიგად: იგივე შენახვიდან (0,5 კუბ. სანტ. სისხლი და ერთი წვეთი შლა) აკეთებს საგნობრივ მინახე ნაცხებს და შეღებვის შემდეგ სინჯავს მიკროსკოპში; ამასთანავე შენახავს ინახავს თერმოსტატში და 2-3-4 საათის შემდეგ აკეთებს განმეორებით ნაცხებებს და ადარებს მათ პირველ ნაცხებებს ბაქტერიების რაოდენობის მხრივ. ვინაიდან მეთოდიკის მეორე მოდიფიკაციაშიც აქვს აგრეთვე უმთავრესი მნიშვნელობა სუბიექტივიზმს და ბაქტერიების რაოდენობა ნაცხებებში დამოკიდებულია შემთხვევითი პირობებისაგან (სქლად თუ თხლად არის გაკეთებული ნაცხები), Ruge-ს მეთოდიკა დღეს უკვე თითქმის მიტოვებულად უნდა ჩაითვალოს და აწარმოებენ მეორე ბიოლოგიურ რეაქციას, რომელიც დაი-



მუშავა Bumm-ის შეგირდმა Philipp-მა. უკანასკნელის მეთოდის შედეგია: წინასწარ ვაკეთებთ საშოს ანცერვიკალურ მილიდან მიღებულ ჩირქოვან შლიდან საორენტაციო ნაცხებებს იმ მიზნით, თუ როგორ და რამდენად გამრავლებულ ბაქტერიებთან ვაკვს საქმე. ბაქტერიების რაოდენობის მიხედვით გადაგვაქვს საშოდან ან ცერვიკალურ მილიდან 2-6-8 პლატინის მარყუში შლა სტერილურ ბულიონში, რაოდენობით 5 კუბ. სანტიმ.; ერთ და იგივე დროს ვიღებთ სტერილურ პირობებში 10 კუბ. სანტიმეტრამდე სისხლს კუბიტალურ ვენიდან და ვახდენთ მისი ფიბრინის გამოყოფას; ამგვარად დამუშავებულ სისხლში გადაგვაქვს 2-6 8 მარყუში ექსუდატ ნარეგ ბულიონიდან და აქვე ვიღებთ 1 1/2 კუბ. სანტიმ. სისხლს ურევთ 5 კუბ. სანტიმ. გამდნარ სტერილურ ავარ 40,8°-მდე და დავასხამთ სტერილურ Petri-ს ფინჯანზე; უკანასკნელს დარჩენილ სისხლთან ერთად ვსდგამთ თერმოსტატში. 3 საათის შემდეგ ვიღებთ ხელმოვრედ კიდევ 1 1/2 კუბ. სანტიმ. სისხლს და ავართან ერთად ვასხამთ Petri-ს ფინჯანზე. ამ ფინჯანებს ვისინჯავთ მათში გაზრდილ ბაქტერიების კოლონიების რაოდენობის მხრივ 24 საათის შემდეგ; თუ აღნიშნულ ვადაში კოლონიები არ გაიზარდა, ვსტოვებთ თერმოსტატში კიდევ 24 ან 48 საათით. თუ პირველ ფინჯანზე გაიზარდა კოლონიების მეტი რაოდენობა ვიდრე მეორეზე, გაზრდილ ბაქტერიების ვირულენტობა სხეულის დამცველ ძალებთან შედარებით გაცილებით უფრო ნაკლებია, სხეული სძლევს ბაქტერიებს; უნდა დავასკვნათ, რომ დაავადებას მოჰყვება კეთილი მიმდინარეობა და ჩქარა უნდა მოველოდეთ გაუმჯობესებას ან სრულ განკურნებას. თუ კიდევ მეორე ფინჯანზე გაიზარდა მეტი კოლონიები, ვიდრე პირველზე, უნდა დაუშვათ საწინააღმდეგო—დაავადებას მოჰყვება მთელი რიგი მძიმე გართულებებისა ან სიკვდალი, ანდა ავადმყოფობას ექნება ხანგრძლივი მსვლელობა. ამრიგად უნდა დავასკვნათ შემდეგი: in vivo ისე, როგორც in vitro პირველ შემთხვევაში სისხლის ბაქტერეციდული ძალები იმდენად მძლავრია, რომ ბაქტერიები ვერ ვითარდებიან. სისხლი სძლევს ინფექციას, მეორე შემთხვევაში კი პირიქით სისხლის ბაქტერეციდული ძალები ძლიერ სუსტია და ამიტომ ბაქტერიები ვითარდებიან ადვილად აქვე არ შეიძლება გვერდი აუხვიოთ მნიშვნელოვან გარემოებას, რომელზედაც მიგვიითიებენ თითქმის ყველა მკვლევარი: სხეულის დამცველ ძალების შესახებ მსჯელობა უნდა იყოს დამყარებული არა მარტო სისხლის ბაქტერეციდულ თვისებებზე, არამედ სხეულის თითოეულ უჯრედებზედაც, რომლებიც შეიცავენ აგრეთვე თავის დამცველ ძალებს; ხშირად, როდესაც მარტო სისხლი მისი ძალებით ვერ სძლევს ინფექციას, მას შევლიან სხვა უჯრედები.

უპირველესი სიტყვა აღნიშნულ ბიოლოგიურ რეაქციის შესახებ ეკუთვნის, რასაკვირველია, თვით ავტორს—Philipp-ს, რომელმაც გამოაქვეყნა 1923 წელს ზედიზედ ორი შრომა, რომლებშიაც აკრიტიკებს Ruge II-ს მეთოდის და ასაბუთებს თავის აზრს იმით, რომ Ruge-ს როგორც პირველ, ისე მეორე მოდიფიკაციაში სკარბოზს სუბიექტივიზმი. Philipp-ი მოითხოვს, რომ მიკროორგანიზმები იყოს დათესილი იმავე ადამიანის სისხლზე, ვისიც არის შლა, რადგან სხვის სისხლზე ისინი იზრდებიან სულ სხვაგვარად; Philipp-ის აზრით ერთგვარ სიძნელეს წარმოადგენს მიკროორგანიზმების სწორი, მიზანშეწონილი განსავენება, და იდეალურ განსავენებას იგი ეძახის იმგვარს, როდესაც კოლონიების რაოდენობა ფინ-



ჯანზე არ აღემატება 10-ს, რადგან კოლონიების დიდი რაოდენობა არ გვაძლევს საშუალებას მათი სწორი აღრცებისა. Philipp's შეხედულებით იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლში აღმოჩენილია მიკრობები, მისი რეაქცია ჰჰარგავს მნიშვნელობას. ამგვარ შემთხვევისათვის Philipp'i იძლევა შემდეგ მოდიფიკაციას: შეცვივების, ანუ შეტევის დასაწყისში ან $1/2$ საათით ადრე კუბიტალურ ვენიდან ვლებულობთ სისხლს, რომლიდანაც ჩვეულებრივი გზით გამოიყოფა ფიბრინი.

ამგვარად დამზადებულ სისხლიდან ვიღებთ $1\frac{1}{2}$ კუბ. სანტიმეტრს, ურევთ 2% გამდნარ გარსს და ვასხამთ Petri's ფინჯანზე, რომელსაც დარჩენილ სისხლთან ერთად ვინახავთ თერმოსტატში. შენახულ სისხლიდან ვღებულობთ 3 საათის შემდეგ ხელმეორედ $1\frac{1}{2}$ და აგრეთვე აგართან ერთად ვასხამთ Petri's ფინჯანზე. 24 საათის შემდეგ ვადარებთ ერთი მეორეს ფინჯანებს ისე, როგორც Philipp's რეაქციის პირველ მოდიფიკაციაში და თუ უფრო გვიან დათესილ ფინჯანზე გაიზარდა კოლონიების გაცილებით უფრო მეტი რაოდენობა, უნდა დავასკვნათ, რომ ბაქტერიების ზრდა-გამრავლების უნარი სჰარბობს სისხლის დამცველ ბაქტერიაციდულ ძალებს, ეს ნიშნავს ცუდ პროგნოზს დაავადების მსვლელობაში.

Philipp's შემდეგ მის მიერ მოწოდებულ რეაქციას აწარმოებს მკვლევართა მთელი რიგი, როგორც საზღვარგარეთ, აგრეთვე რუსეთშიც. ყველა ესენი ამ რეაქციაზე შეხედულებით იყოფიან ორ ბანაკათ: პირველ ჯგუფს ეკუთვნის Küstner'ი, Pribram'ი, Fuss'ი, Finger'ი და სხვები, რომლებიც ან ანიჰებენ Philipp's რეაქციას ძლიერ მცირე მნიშვნელობას, ანდა სრულიად უარყოფენ მას. მოპირდაპირე ჯგუფს წარმოადგენენ Bumm'ი თითქმის მთელი მისი სკოლით, Ioseph'ი, Sachs'ი, Radice, Gambett'ი, Winter'ი, Dregger'ი და რუსულ ავტორებიდან Писемский, Виноградова, Плетнева და სხვები.

ლიტერატურულ ცნობებით Ruge II და Philipp's რეაქციის და ავადმყოფობის მსვლელობის შორის შეთანხმებას მკვლევარნი ღებულობდნენ $50 - 100\%$ -მდე, საშუალოდ 75% -ში. კერძოთ Виноградова'ს მიუღია ეს შეთანხმება 74% -ში. ჩვენი მასალის მიხედვით კი, რომელიც მართალია ჯერჯერობით საკმაოდ ბლომად არ არის, შეთანხმების პროცენტი დაახლოებით უდრის 80% -ს.

ამ მოკლე წინასწარ მოხსენებაში არ მაქვს საშუალება მოვიყვანო აღნიშნულ თითოეულ ავტორის აზრი და ამიტომ უშუალოდ გადავალ საკუთარ მასალაზე. რომელსაც ადგილი ჰქონდა ქალაქის I საავადმყოფოს სამედიცინო-გინეკოლოგიურ კლინიკურ განყოფილებაში. ჩვენს მასალას წარმოადგენს 10 შემთხვევა, რომლებშიაც იყო ნაწარმოები Philipp's რეაქციის პირველი მოდიფიკაცია. ყველა თითოეულ შემთხვევაში გასინჯულია სისხლი სტერილობაზე, 2 შემთხვევაში ნაწარმოებია Fareus'ის, ერიტროციტების დალექვის რეაქცია. ამ 10 შემთხვევიდან 7 შემთხვევაში გვაქვს საქმე მუცლის მოშლასთან და 3 შემთხვევა კი დროულ მშობიარობასთან. ვინაიდან ჩვენ მიერ ნაწარმოებ ბიოლოგიურ რეაქციის შეფასებაში აქვს თანასწორი მნიშვნელობა, როგორც გართულებულ მუცლის მოშლას, აგრეთვე გართულებულ დროულ მშობიარობას, ამიტომ ვსცანი დასაშვებად მესარგებლა აგრეთვე უკანასკნელ 3 შემთხვევითაც, რომლებიც იყო ჩემს ხელთ.

წარმოდგენილ ცხრილზე არის გარჩეული ყველა შემთხვევა ცალ-ცალკე.

№	მოკლე ცნობები ავადმყოფის შესახებ	დიაგნოზი	სისხლის სვერული	ფარას-ის ტიტრი	ქინაზინი სინტი-გალი ნაცემში	1-ე დიაგნოზი	2-ე-3-ე დიაგნოზი	პათოლოგიის ტიპი	ავადმყოფის წყ.ფსი
I	1-ე 18 წლის, 4 ადრ ობტოლი (მარჯვენა ობტოლი-ზე) წარღობი კონკრეტული დიაგნოზის გარეშე-საფრთხი ნაფრთხი შინაბრძოლი წარმოადგენს სწრაფად, 1° 40,0° და მეტი ზეკვეთის ობტოლის და სენაი ზე.	Sepsis	სტეროლიზი	18°	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 9 კოლია	ფივე სტეროტის 4 კოლია	გრე	ვარტოტენი
II	3-ამ 22 წლის, 3 ობტოლი შინაბრძოლი, მუთი ზე-დიაგნოზი სვერის მიწე (იხი ადრ ობტოლით) ობტო-დინი და ზალი 1° ზეკვეთი, სენაი ზე კან-კოლოგი დიაგნოტენს შესებ ცნობები არ არ.	Sepsis post abortum	სტეროლიზი	18°	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 5 კოლია	ფივე სტეროტის 2 კოლია	გრე	ვარტოტენი
III	1-ე 30 წლის 2 ობტოლი შინაბრძოლი, ობტოლი ობტოტის ობტო ადრ სენაი, შესა ზეკვეთის ზე-კლი მიწე, სენაი-ტის მიწე, 1° სისხლი კვეთი-სენაი ზეკვეთის მიწე	Sepsis post abortum	მ-პლასტოცოც'ენის სვე-რა კოლია	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი და მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 16 კოლია	ფივე სტეროტის 30 კოლია	100%	საკოლო
IV	3-ამ 40 წლის, 12 ობტოლი შინაბრძოლი 2 ზეკლი მიწე, დიაგნოტიკა დიაგნოტიკა, ვარტოტენი ზე-კლი-ტის მიწე, 1° 39,0° - 40,0°-ზე ზეკვეთი, სენაი ზე, კანკოლოტიკა-დიაგნოტის მიწე.	Sepsis post abortum incompletum	საფრე ვარტოტენის სტეროლიზი, სვერ-ის Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის სვერა კოლია	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი და მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 150-ზე კოლია	ფივე სტეროტის და-მ-პლასტოცოც'ენის 100-ზე კოლია	100%	ვარტოტენის ვარტო
V	3-ე 20 წლის, ობტოლი ობტოლი, დიაგნოტიკა-დიაგნოტიკა, საფრთხი შინაბრძოლი ზე 8,1°, ფივე ობტოლის სვერული 1° 40,0° ობტოტის და ზეკვეთი, სენაი ზე.	Sepsis	სტეროლიზი	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 15 კოლია	ფივე სტეროტის 15 კოლია	გრე	ვარტოტენი
VI	22 წლის 42 წლის, 1 ობტოლი შინაბრძოლი, დიაგნო-ტიკა ზეკვეთის სვერის მიწე სენაი-ტის მიწე, 1° 31, ზე ობტო სენაი.	Abortus incompletus	სტეროლიზი	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი და მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 3 კოლია	არფივი არ ვარტოტენი	გრე	ვარტოტენი
VII	გალი 35 წლის 2 ობტოლი შინაბრძოლი, 3 ზეკლი მიწე, დიაგნოტიკა 4 ადრ ობტოლის სვერის ზე-კლი-ტის მიწე, სენაი ზეკვეთი.	Sepsis post abortum? Pelvic peritonitis	სტეროლიზი	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 5 კოლია	ფივე სტეროტის 4 კოლია	გრე	ვარტოტენი
VIII	სე 21 წლის ობტოლი შინაბრძოლი სვერის ზეკლი-ტის მიწე, 1° - 38,0° დიაგნოტიკა ობტოლის ობტო და 1-ე ობტოლი 1° დიაგნოტიკის შესებ 4 და 39,0°-ზე ზე-კლი, ზე სენაი.	Sepsis	სტეროლიზი	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი და მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 30-ზე კოლია და 10-ზე კოლია სვერული კოლია	ფივე სტეროტის 10 კოლია	გრე	ვარტოტენი
IX	მე 32 წლის, 5 ობტოლი დიაგნოტიკა ობტოლი შინაბრძოლი, დიაგნოტიკა-დიაგნოტიკა, ვარტოტენი-სენაი, ობტოლის სვერის 1° - 40,0° ობტოტიკა 184, pel-sonum, peritonitis ovaria dextra.	Delirium comitans Sep-sis	სტეროლიზი	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 15 კოლია	ფივე სტეროტის 2 კოლია	გრე	სენაი ობტოტის მიწე ვარტოტენი
X	მე 24 წლის, 2 ობტოლის სვერის სვერის სვერის მიწე, დიაგნოტიკა ობტოლი შინაბრძოლი სენაი-ტის მიწე და ზეკვეთი, წარღობი ობტოლი.	Sepsis	სტეროლიზი	არ ვარტოტენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენი	Gramm- დავალითი-მ-პლასტოცოც'ენის 11 კოლია	ფივე სტეროტის 10 კოლია	100%	ობტოლის შესებ 2-ზე სტეროტის ტიპის სვერული, სენაი-ტის ვარტოტენი

დ ა ს კ ვ ნ ა .

1. როგორც სხანს ლიტერატურიდან Philipp-ის რეაქციას უნდა მიეცეს უპირატესობა Ruge II-ს რეაქციასთან, ვინაიდან უკანასკნელისათვის საჭიროა ე. წ. heizmicroscop-ი (გასათბობ მაგიდით), რაც არ მოიპოვება ყველა ლაბორატორიუმში და გარდა ამისა მოითხოვს თითოეულ შემთხვევისათვის 3-4 საათის განმავლობაში განუწყვეტლივ დაკვირვებას მიკროსკოპში და ყველა ამასთან დაყარებულია მხოლოდ სუბიექტიურ მსჯელობაზე.

2. Philipp-ის რეაქცია უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე საკმაოდ რთულ რეაქციად, რადგან მოითხოვს თერმოსტატს და სხვა მოწყობილობას (საკვებავე მასალები და სხვ.), რაც არ მოიპოვება ყველა ლაბორატორიუმში, და აგრეთვე სტერილობის სასტიკად დაცვას.

3. როგორც გვიჩვენებს ჩვენი შემთხვევები Philipp-ის რეაქციას სხვა კლინიკურ და ბიოლოგიურ გამოკვლევებთან ერთად აქვს, ექვს გარეშე, მნიშვნელობა დაავადების პროგნოზის დასმაში და ამიტომ უნდა იყოს შემოღებული ფართოდ ყოველდღიურ კლინიკურ მუშაობაში.

4. გარდა მეანობის და გინეკოლოგიის, ჩვენი აზრით, Philipp-ის რეაქციას შეუძლია აღმოუჩინოს დახმარება პროგნოზის დასმაში სხვა დარგში მომუშავე ამხანაგებსაც.

გარდა ყველა ამისა Philipp-ის რეაქციას აქვს ის მნიშვნელობა, რომ Petri-ის ფინჯნებზე მიღებულ მიკრობების სუფთა კოლონიებიდან შეიძლება დამზადდეს თავის დროზე აუტოვაქცინა და ამრიგად იქნეს ჩატარებული, როგორც ადგილობრივი აუტოვაქცინოთერაპია Бездыха's წესით, ისე საერთო აუტოვაქცინოთერაპია.

დასასრულ ვალდებულად ვსთვლი ჩემს თავს გულწრფელი მადლობა გამოუცხადო ღრმად პატივცემულ მასწავლებლებს დოც. ბ. დოლობერიძეს და პროფ. ვ. ვორჰნიანს ამ საკითხის დამუშავების წინადადებების და მუდმივ დაუზარებელ ხელმძღვანელობისათვის.

ბ. ნიკოლაიშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

თვალის სურავანდის თევზის ქონით წამლობა.

(ტფილისის სახელმწ. უნივ. თვალის სნეულებათა კლინიკიდან.

გამგე — ვ. ს. მუსხელიშვილი).

ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივიტებს თვალის სნეულებაში ჩვეულებრივად წამლობდენ და დღესაც წამლობენ შემდეგი საშუალებებით: Per os აღღვენ რკინის სხვადასხვა პრეპარატებს, კირის წყალს, დარიშხანს, თევზის ქონს და სხვას. ადგილობრივად ხმარობენ ყვითელი სინდიის მლამოს, კალამელს, 1% ატროპინის და პილოკარპინის ხსნარის წვეთებს, დიონინს, კოკაინს და სხვას. მაგრამ ასეთი წამლობა, ერთის მხრივ ხანგრძლივია და არც დადებითი შედეგის დიდ % იძლევა, რადგან რეციდივებს თითქმის ყოველთვის აქვს ადგილი მოკლე ხნის განმავლობაში.

ამისათვის სახელმწ. უნივ. თვალის სნეულებათა კლინიკაში შევეცადეთ გამოგვეძებნა ისეთი საშუალება, რომელიც თავის მოქმედებით ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივიტების წამლობის დროს მოგვეცემა მოკლე ხანში უფრო კარგ შედეგს, ვიდრე ზემო ჩამოთვლილი საშუალებანი და რეციდივებიც ნაკლები იქნებოდა. ამ მიზნისათვის 1924 წლის ბოლოს და 1925 წლის პირველი ექვსი თვის განმავლობაში შევეცადეთ სურავანდისაგან გამოწვეულ ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივიტების მკურნალობის გატარებას უკვე ცნობილ ლაქტოთერაპიით და თევზის ქონის კუნთებში შემხაპუნებით. აღმოჩნდა, რომ თევზის ქონის შემხაპუნებით ჩვენ მივიღეთ უფრო კარგი შედეგი, ვიდრე რძით და სხვა საშუალებათა ხმარების დროს. ამის გამო თვალის სნეულებების კლინიკის ლექტორის — პატივცემულ ვ. მუსხელიშვილის ხელმძღვანელობით მე შევეცადე სურავანდისაგან გამოწვეულ ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივიტების მკურნალობის გატარებას თევზის ქონის კუნთებში შემხაპუნების საშუალებით.

თეორეტიულად ჩვენი მსჯელობა თევზის ქონის პარენტერალურად ხმარების შესახებ სურავანდის დროს დამყარებული იყო შემდეგ მოსაზრებებზე:

ჩვენ ვიცით, რომ მრავალი გამოჩენილი მეცნიერის მიერ დღეს-დღეობით სურავანდი ითვლება ქოლერის ბაცილებისაგან გამოწვეულ ავადმყოფობათ. ასეთი აზრისაა მაგალითად Hippel-ი Wessel-ი, Sachl-ი, Wolff-Eisner-ი, Schick-ი, მენიკოვი, ბიურნე, ექ. მელერი და სხვ. Stargardt-ს თვით სურავანდისაგან ვა-

მოწვეულ რქოვანას ფლიქტენაშიც, თუმცა ერთხელ, მაგრამ მაინც უნახავს t. b. c. ჩხირი. თუ ეს ასეა, მაშინ ის საშუალებანი, რომლებიც დღეს ქლექის წინა აღმდეგ იხმარება, უნდა გამოდგეს სურავანდისა და მისგან გამოწვეულ ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივების წამლობის დროსაც. ამ ბოლო დროს ფართო ასპარეზი მოიპოვა, ვგრეწოდებულმა, არა სპეციფიურმა წამლობამ. უკანასკნელი მიზნით ხმარებული საშუალებანი შეიძლება გავყოთ ორ ჯგუფად.

პირველი ჯგუფის აგენტები მოქმედობენ მხოლოდ ადგილობრივ პროცესებზე: იოდოფორმის ემულსია, 3% კარბოლის მეთავს ხსნარი, Ol. terebinthinae, ქაფურ-ტიმოლი, იოდის ტინქტურა, გვიაკოლი და მრავალი სხვა.

მეორე ჯგუფის საშუალებებს მიზნად აქვთ იქონიონ რეზორბციული გავლენა ორგანიზმზე და კერძოდ ადგილობრივ პროცესებზედაც. ამ მიზნით, ხმარობენ: კანტარიდინ-მეთვა-კალიუმს, დარიჩინის მეთავს, ჰეტოლ-ჰეტაიკრუზოლს ინტრავენოზურათ, მწვანე საპნის საღ კანში შეზღვევას, გვიაკოლ-უქა-ლიტოლის კონტაქტში შემზაუნებას და მრავალ სხვას; აღსანიშნავია აგრეთვე მრავალ სხვადასხვა თეორიებზე დამყარებული პროტინოთერაპია. უკანასკნელ ჯგუფს უნდა მივაკუთნოთ აგრეთვე თევზის ქონით თერაპია.

Fizinger-მა და Morie-მ ექსპერიმენტალურად დაამტკიცეს, რომ ლიპაზა მოქმედობს t. b. c.-ის ბაცილის გარსზე, რის გამოც ბაცილებში ხდება ერთგვარი გადაგვარება, რაც მათ გათხელებაში და დამარცხებაში გამოიხატება. მკვლევარებმა ისარგებლეს ამ აზრით და განიზრახეს ამა თუ იმ საშუალების ზეგავლენით, სისხლში ლიპოლიზურ ფერმენტების მომატება. სჩანს, ასეთივე საფუძველი უდევს ცხიმოვანი ნივთიერებების, როგორც თევზის ქონია, და სხვა ცხიმების ხმარებას t. b. c. წინააღმდეგ. თევზის ქონს განსაკუთრებით დიდ მნიშვნელობას აძლევენ სურავანდიან ავადმყოფებისათვის და თითქმის ყოველთვის უწერენ მას per-os სახმარებლად. ბოლო ხანს თევზის ქონს per-os გარდა სურავანდისაგან გამოწვეულ ბლენფარიტების დროს ქუთუთოებში ადგილობრივ შესაზელადაც ხმარობენ ყვითელი სინდიყის მალამოს მაგიერ. ექიმი ა. ფ. სერგაიევა რუმინეცევა თავის მოხსენებაში, ¹⁾ რომელიც მან გააკეთა კიევის ოფტალმოლოგიურ საზოგადოებაში 20 დეკემბერს 1923 წელს, აღნიშნავს, რომ ol. Jecoris Aselli-ის შეზელა სურავანდისაგან გამოწვეულ ბლენფარიტების დროს ქუთუთოებში, ბევრად უფრო კარგ შედეგებს იძლევა, ვიდრე ყვითელი სინდიყის მალამო და სხვა საშუალებებიო. ცნობილია აგრეთვე, რომ ცხიმოვან ნივთიერებების გარდა, რომელსაც შეიცავს თევზის ქონი (Oleini-ი, Palmitin-ი, Stearin-ი, იოდის და ბრომის ცკორე რაოდენობა), მასში ნახულია აგრეთვე ვიტამინები, ანუ ცხიმოვანი A ჯგუფის ფაქტორები. ექ. სერაიევა რუმინეცევა აღნიშნავს თავის მოხსენებაში, რომ თუ ორგანიზმში სრულებით არ შედის საკმელთან ერთად A ჯგუფის ფაქტორები ანდა შედის არა საყოფად, მაშინ მივიღებთ ჩვენ მთელ რიგ აშლილობას, ვინაიდან A-ჯგუფის ფაქტორები საჭირო არიან ორგანიზმის კვებისა და ზრდისათვის და აგრეთვე რქოვანა გარსის ნორმალური

¹⁾ „Частота блефаритов и лечение их рыбьим жиром“.



ფუნქციისათვის. ექ. სერგიევა—რუმინცევას წინ გერმანელ მეცნიერებმა: E. Freise, M. Goldschmidt A Frank მა ასეთი აზრი ექსპერიმენტალურად დამტკიცეს ვირთხებზე. Funk-მა და შემდეგ Guerrero-მ მოახდინეს ცდები ქათმებზე და იმავე წედევს მიაღწიეს. Bloch-ი დაკვირვებით ბავშვებზე დანიაში და Harietten Schick, Elsie ვენის კლინიკაში იმავე დასკვნამდის მივიდნენ.

M. C. Carrison ი იტყობინება, რომ ბრიტანეთის ინდოეთში თვალის დაავადების მთელი ეპიდემია იყო ბრინჯით კვების ნიადაგზე. მაგრამ, როდესაც დაუწყეს ავადმყოფებს თევზის ქონით წამლობა თვალის ყველა პათოლოგიური მოვლენები გაქრნო. სხვათა შორის თვალის სნეულების ეთიოლოგიაში ვიტამინების შესახებ მთელი რიგი ლიტერატურული ცნობებია, რომელნიც არკვევენ იმ დიდ როლს, რომელსაც თამაშობს მათი ნაკლოვანება ორგანიზმში თვალის ლორწოვან გარსისა და რქოვანას დაავადების დროს.

„მე ვფიქრობ,—ამბობს ექ. სერგიევა—რუმინცევა,—რომ ბავშვებს სურავანდის დროს აკლიათ ორგანიზმში A ჯგუფის ფაქტორები, იმისთვის, რომ თევზის ქონის ხმარების დროს, რომელიც მდიდარია ამ ფაქტორებით, ყველა მოვლენები სურავანდისა ქრება: გადიდებული ლიმფატიური ჯირკვლები იწრუტე ბიან, თვალის დაავადებანი სურავანდის ნიადაგზე რჩება და არ მეორდებაო“. ასეთ აზრს გამოსთქვამს ის თავის მოხსენებაში მაშინ, როდესაც თევზის ქონის ხმარობს ქუთუთოებში შესახელად და per-os. თუ თევზის ქონი ასეთ კარგ შედეგს იძლევა per-os მიღების დროს და ქუთუთოებში შეხელის სახით, მაშინ თევზის ქონის ორგანიზმში უშუალოდ შეყვანას უფრო კარგი შედეგი უნდა მოჰყვეს. ასეთი გახლავთ ის მოსაზრებანი, რომლითაც შეიძლება აიხსნას ჩვენი თეორეტიული მსჯელობა პარენტერალურად თევზის ქონის ხმარების შესახებ თვალის სურავანდით დაავადების დროს.

რაც შეეხება ლიტერატურულ ცნობებს თევზის ქონის პარენტერალურად ხმარების შესახებ საერთოდ, და სურავანდისაგან გამოწვეულ ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივითების დროს კერძოდ, უნდა ითქვას, რომ ასეთი ცნობები ლიტერატურაში ჯერ-ჯერობით ძალიან მცირეა. W. Patrschke თავის წერილში, ¹⁾ რომელიც გამოცემულია 1921 წ. პროვ. Уннаს კლინიკიდან, აღნიშნავს კარგ შედეგებს პარენტერალურად თევზის ქონის შეშხაპუნების დროს შემდეგ შემთხვევებში:

კანისა და ჯირკვლების დაავადების დროს, Pruritus senilis, Bubo, Epididymitis, Furunculosis და ოჯლის ჯირკვლების აბსცესების დროს. W. Patrschke ლებულოდა 100,0 გრ. თევზის ქონზე 3,0 გრ. კარბოლის მეფას ე. ი. მას გამოდიოდა 3%, Ol. jecoris Aselli carbolisata. ასეთ პრეპარატს ის ბავშვებს უშხაპუნებდა 0,5 გრ. და მოზრდილებს 1,0 გრამში.

ექ. პოლმანნი თავის წერილში ²⁾ აღნიშნავს, რომ მან გაატარა თევზის ქონის პარენტერალურად ხმარების საშუალებით თერაპია სურავანდისაგან გამოწვეულ ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივითების 347 შემთხვევაში და ყოველ-

¹⁾ „Über iniektionem mit Lebeztran in der dermatol.“

²⁾ „К перэнтеральному применению рыбьего жира в офтальмологии.“ მოთავეებულია „Медицинский сборник ж. д. врачей С. С. Р. 3. К. В.“-ში № 2 გვმ. 1923 წ.



თვის მიიღო ერთი და იგივე შედეგი: ავადმყოფებს სინათლეზე ზედმეტი მგობრობიარობა, ბლევფაროსპაზმი და ლორწოვან გარსის ზედმეტი სეკრეცია ესპობოდა, ფლიქტენები ქრებოდა და რქოვანა თავისუფლდებოდა შემღვრეებისაგან. შემსივნებული და გამაგრებული კისრის ლიმფატიური ჯირკვლები რბილდებოდა, პატარავდებოდა და ქრებოდა. ასეთი მოულოდნელი და კარგი შედეგებით გატაცებული, ის უფრო ფართო ხასიათს აძლევს თევზის ქონით თერაპიას. მას დაუწყია წამლობა ბევრ სხვადასხვაგვარ ავადმყოფებისათვის. რომ გაგაცნოთ ყველა იმ დაავადებებს, რომელსაც წამლობდა ექ. ჰოლმანნი თევზის ქონით და იმ შედეგებს, რომელიც მიუღია მას, ამისათვის მე მგონია საკმარისი იქნება მოვიყვანოთ ცხრილი, რომელშიაც აღნიშნულია ყველა მისი შემთხვევები. ცხრილის შინაარსი შემდეგია: (იხილე ცხრილი № 1).

როგორც ვხედავთ მასალა არც ისე მცირეა და შედეგებიც კარგია. რაც შეეხება თევზის ქონს, ექ. ჰოლმანნი პირველ ხანებში მას ხმარობდა შემდეგი შენაერთით:

- Ol. Jecoris Aselli
- Ol. Ginokardiae
- Ol. Amygdalar. dulc.
- Ol. Camphorat.
- Lecitini
- Mentholi
- Thymoli
- Eucaliptoli

მაგრამ, ვინაიდან ასეთი შემადგენლობის პრეპარატი თავისი სიროთულით დამსგავსა პარაცელსიუსის დროის რეცეპტს, მან შესცვალა ის და შემოიღო სახმარებლათ შემდეგი შემადგენლობას პრეპარატი:

- Ol. Jecoris Aselli 15,0
- Ol. Ginokardiae 10,0
- Ol. Amygdal. dulc. 25,0
- Ac. carbolici 0,5
- ster. № 2

ასეთი შემადგენლობის პრეპარატს ის უშხაპუნებდა მოზრდილებს 2, 58 გრ. ხოლო ბავშვებს წლოვანების მიხედვით არა ნაკლებ 1,0 გრამისა. მაგრამ, როგორც ექ. ჰოლმანნი ისე W. Patrschke-ც, ფილტვების აქტიურ ტუბერკულოზით დაავადებას აღნიშნავენ წინააღმდეგ ჩვენებათ ასეთი წამლობის დროს.

ჩემი დაკვირვების მასალათ მე არ ამიღია ისეთი სხვადასხვაგვარი დაავადებანი, როგორც თქვენ დაინახეთ ექ. ჰოლმანნის სქემიდან. მასალისათვის მე ავიყვანე მხოლოდ ისეთი ავადმყოფები, რომლებსაც კარგად ქონდათ გამოხატული სურავანდისაგან გამოწვეული ფლიქტენულოზური კერატო-კონიუნქტივიტი და მასთან ერთად სურავანდის სხვა დანარჩენი ნიშნებიც, თუ ყველა არა. უმთავრესი მაინც. ავადმყოფები, რომლებზედაც მოვახდინე დაკვირვებები შეადგენდა სულ 280-ს, რომელთა წამლობა გატარებული იყო 1925 წ. ივნისიდან 1927 წ. აპრილამდის.



ავადმყოფობის დიაგნოზი	ავადმყოფთა რაოდენი	გაუმჯობესება			ნემსების რი- ცები		შენიშვნები
		მკაფიო	ჩვეულებ- რივი.	0	საერთო	საშუალო	
Phlyktaenae scrophulosor	347	342	5	—	2157	6,21	მოყვანილია მორჩე- ნილი შემთხვევები
Kerato-iritis t. b. c.	2	2	—	—	19	9,5	
Ulcus corn. trachom.	2	2	—	—	12	6	
„ „ serpens.	3	1	2	—	10	—	წამლობა დაუმთავრებელი.
Papula episcleral. luct.	2	1	1	—	11	—	„ „ ყველას
Jritis luetica.	4	4	—	—	16	4	Wasserm.++++
„ gonorrhoeica metast	3	3	—	—	19	—	წამლობა დაუმთავ- რებელი 2-ს.
„ rheumatica.	2	1	1	—	17	—	„ „ 1-ს.
„ t. b. c.	3	3	—	—	19	6,3	
Opocitat corn. vitr. post Malar.	3	3	—	—	26	8,6	
Chorioiditis post Malar.	2	2	—	—	20	10	
Atrophia N. O. e Rachit. „ „ „ e Lucs.	1	—	1	—	15	—	წამლობა დაუ- მთავრებელი.
„ „ „ exinani- tione.	1	—	1	—	12	—	წამლობა და- უმთავრებელი.
Katarrh. vernalis.	1	1	—	—	2	—	„ „
Xerosis corneae.	1	1	—	—	2	—	
Tenonitis scrophulosor.	2	2	—	—	14	—	წამლობა დაუმთავ- რებელი 1-ს.
Blepharitis „	5	5	—	—	52	—	წამლობა დაუმთავ- რებელი 3-ს.
T. b. c. pleur dext.	1	1	—	—	7	7	
„ „ ossium.	2	2	—	—	18	9	
„ „ glandularum	1	1	—	—	12	12	
სულ.	389	376	11	1	2.486	—	

ავადმყოფები განაწილებიან შემდეგნაირად:

ეროვნების მიხედვით	სქესის მიხედვით	წლოვანების მიხედვით
ქართველი	170 ვაჟი	130 1—15 წ—დე 185
სომეხი	75 ქალი	150 15—25 68
რუსი	13	25 წ. ზევით 27
ოსი	8	
ებრაელი	5	
მუსულმანი	4	
ეზიდი	3	
ბერძენი	2	
სულ	280	280

თვალის ლორწოვან გარსის სეკრეტის ბაქტერიოსკოპიულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა:

არავითარი მიკრობები	245 შემთხვევაში
Bac. xerosis	25 "
Staphylococ. alb.	8 " იშვიათად
Diplobac. Morax.—Axenfeld.	1 " "
Staphylococ.	1 " "
სულ	280.

ცხრილში მოხსენებული staphyloc. alb, Diplobac. Morax.—Axenfeld, და ჩვეულებრივი Staphylococ. უნდა ჩაითვალოს, როგორც შემთხვევითი მოვლენები, იმისთვის, რომ ფლიქტენულოზურ კერატო კონიუნქტივითების დროს ლორწოვან გარსის სეკრეტში ჩვეულებრივად მიკრობებს ჩვენ ვერ ვპოულობთ. წამლობის გატარების შემდეგ არც ერთ შემთხვევაში მიკრობები აღმოჩენილი არ იყო. ფილტვების მხრივ ღირს-შესანვშნავი მოვლენები არც წამლობის დაწყებამდის და არც შემდეგ არ ყოფილა. რაც შეეხება სისხლის მორფოლოგიურ გამოკვლევას, ეს ვერ მოხერხდა სხვადასხვა ტენიკურ მიზეზების გამო. 1⁰-რა წამლობის დაწყებამდის არც ერთ შემთხვევაში არ აღემატებოდა 37⁰. წამლობის გატარების დროს 1⁰.ს ქანაობა უდრიდა 36,5⁰—37,5⁰.

ავადმყოფობის სიმძიმის მიხედვით დანაწილება:

მძიმე	70
საშუალო	135
მსუბუქი	75
სულ	280



სტაციონალურად გატარებული იყო	19
ამბულატორიულად " "	261
სულ	280

სურათის უფრო ნათლად წარმოსადგენათ მოგვეყავს ავადმყოფობის რამოდენიმე ისტორია, რომელიც შეიძლება ჩაითვალოს ტიპიურად ყველა დანარჩენ ავადმყოფებისათვის.

I ავადმყოფი — ა. მ-მე 10 წლისა, სოფელ გრემის ხევიდან, დუშეთის მაზრა. უჩივის ორივე თვალიდან მომეტებულ ცრემლის დენას, სინათლეზე ჩხველტითი ტკივილებს, მხედველობის დაკლებას და თვალების დახუჭვას. ამას გარდა ყბის ქვედა და კისრის ლიმფატიურ ჯირკვლების შეშინებებს.

Anamnesis.

ავადმყოფის მამა გადმოგვცემს, რომ ბავშვს ოთხი თვის წინდ თვალები აუწითლდა, დაეწყო ორივე თვალიდან მომეტებული ცრემლის დენა და სინათლეზე ხედმეტი მგრძობიარება. ორი კვირის შემდეგ თვალების დაავადებიდან, ბავშვს თვალები დაეხუჭა და სინათლეზე მათი გახელა სრულებით არ შეეძლო. ამას გარდა თანდათანობით, ემჩნეოდა ყბის ქვედა და კისრის ჯირკვლების შეშინება. ავადმყოფის მამა აღნიშნავს, რომ ბავშვს დრო გამოშვებით აქვს ფალარათი. სხვა რაიმე ავადმყოფობას ბავშვისას მამა არ აღნიშნავს. 3 წლისას გადაუტანია წითელა; 5 წლისას ყვიანა ხველა. შთამომავლობის მხრივ არავითარი ავადმყოფობა აღნიშნული არ იყო.

Status praesens.

ავადმყოფი — თავის წლოვანების მიხედვით — საშუალო ტანისაა. სხელი ნაზი აგებულებისა; კანი მკრთალი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად გამოხატული. შინაგან ორგანოების მხრივ პათოლოგიური მოვლენები არ ემჩნევა. ავადმყოფის პირის სახე თავისი გამომეტყველებით მოგავონებთ ფუტკრებისაგან დაკბენილ ადამიანს. მას შემსივნებული აქვს ლოყები, ცხვირი, ქუთუთოები და ტუჩები. ცხვირის ღრუს ორივე ნესტო გამოვსებული აქვს მუწუკებით, ისე რომ ორივე ნესტოს სანათურები სრულებით დახუჭულია და ავადმყოფს უხდება ზემეტეს შემთხვევაში პირით სუნთქვა. დამუწუკებული აქვს აგრეთვე ნიკაპის მიდამო და ტუჩები, რომელიც შემსივნების გამო, გარეთ არის გადმობრუნებული. ქუთუთოები შემსივნებული, შეწითლებული და სპაჰპის გამო ისე არიან თავის კიდევებით ერთი მეორეზე მიბჯენილი, რომ მათი თითებით გახსნა შეუძლებელია. ავადმყოფს თვალების ვახელა სრულებით არ შეუძლია. თუ ქუთუთოების კიდევები ოდნავად დასცილდენ ერთი მეორეს, თვალებიდან გადმოდის ბლომად დაეხუბებული ცრემლი. თვალის სრული ანესტეზიის შემდეგ დათვალეირებული ლორწოვანი გარსი და რქოვანა იძლევა შემდეგ სურათს: ორივე თვალის ლორწოვანი გარსი ძლიერ ჰიპერემიულია მთელ თავის სივრცეზე მომეტებული სეკრეტით. რქოვანა შემღვრეულია; მასში ზერელეთ განვითარე-

ბულია სისხლის ძარღვები. მის ზედაპირზე მოთესილია აუარებელი ფლიქტენები, ვითომც რქოვანა ნემსის წვერით იყოს დაჩხვლეტილი. მარცხენა თვალის რქოვანას შიგნითა ქვემო ნაწილში, ყველა ზემოხსენებულ პათოლოგიურ მოვლენების გარდა, მოთავსებულია წყლული 1—2 მილიმეტრის სიგრძე სივანის. წყლულის სიღრმიდან ამობურთულია დესცემეტის შრის ნაწილი თავისი კრიალა ზედაპირით. თვალის ლორწოვან გარსის სეკრეტის ბაქტერიოკოპიული გამოკვლევით მიკრობები არ აღმოჩნდნენ. ყბის ქვედა და კისრის ლიმფატიური ჯირკვლები ძლიერ გადიდებულია და იმგვარად შეერთებული ერთი მეორესთან, რომ მათი თითებით გასინჯვის დროს გამოცალკეება სათითაოდ შეუძლებელია. Diagnosis — Kerato — conjunctivitis scrophulosa.

Cursus morbi.

ავადმყოფს დაენიშნა თევზის ქონის ინიექცია და თფილი აბაზანები. ადგილობრივად 1% ატროპინის ხსნარის წვეთები და სინდიყის ყვითელი მალაპო. დამუშუკებულ ტუჩებისა და ცხვირისათვის ცინკის მალამო. ავადმყოფმა ხუთი ნემსის 1,5—1,5 თევზის ქონის გაკეთების შემდეგ თვალები გაახილა, მაგრამ თვალებს კიდევ ეტყობა სინათლეზე მგრძნობელობა და ლორწოვან გარსის სეკრეტის ბლომათაა. რვა ნემსის გაკეთების შემდეგ თვალებს სრულებით თავისუფლად ახელს და სეკრეტის ცოტაა, ავადმყოფი თავისით იწყებს ამბულატორიაში სიარულს. რქოვანა რამოდენიმე გასუფთავდა შემღვრეებისა და ფლიქტენებისაგან. რქოვანაში განვითარებული სისხლის მილები აღარ ემჩნევა. მარცხენა თვალის რქოვანას წყლულს ეტყობა დანაწიბურებისადმი მიდრეკილება. შემსივნებულ — დამუშუკებული ტუჩები და ცხვირი სრულებით განთავისუფლდნენ ეკზემისაგან და სიმსივნეც ოდნავ ემჩნევა. ყბის ქვედა და კისრის ლიმფატიური ჯირკვლები შერბილდნენ და დაპატარავდნენ იმდენად, რომ თავისუფლად შეიძლება თითებით მათი ერთიმეორისაგან გარჩევა. თუთხმეტი ნემსის გაკეთების შემდეგ მარჯვენა თვალზე ავადმყოფს გვერდითი განათებით ეტყობა რქოვანას ზერწყვ შემღვრევა მის ცენტროს გარეთა ნაწილში; მხედველობა მარჯვენა თვალის უდრის 0,8—0,9. მარცხენა თვალში მივიღებთ Leuc. corn. simplex რქოვანას შიგნითა ქვემო ნაწილში (წყლულის ალავას). მხედველობა მარცხენა თვალის უდრის 0,4—0,5. ყბის ქვემო და კისრის ლიმფატიური ჯირკვლები ძლიესლა ისინჯებიან, ცხვირსა და ტუჩებს დაუბრუნდა თავისი ნორმალური სახე. კანმა მიიღო უფრო მუქი ფერი. ავადმყოფს განსაკუთრებული დიეტა დანიშნული არ ქონია. ყოველ მესამე დღეს ავადმყოფი იკეთებდა თფილ აბაზანას. თუ ყოველთვის აბაზანის გაკეთებას ვერ ახერხებდა, მაშინ იღებდა ნანემსარ ადგილზე თფილ კომპრესებს. T⁰-ის აწევა ნემსების კეთების დროს არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა 37,5°, ზევით *in loco injectionem* აბსცესებს ადგილი არ ქონია. ნემსის გაკეთების შემდეგ მესამე დღეს თუმცა ვლებულობდით ადგილობრივად, ზოგიერთ შემთხვევაში, ოდნავ კანის შეწითლებას და ღრმად მდებარე ქსოვილების გამაგრებას მისი ინფილტრაციის გამო, მაგრამ შემდეგი ნემსის გა-

კეთებამდი თფილი აბაზანების და კომპრესების საშუალებით ეს გამაგრებები სრულიად ქრებოდა.

ავადმყოფმა მიიღო სულ 22 $\frac{1}{2}$ გრამი თევზის ქონისა და კარბოლის მეთვის შენაერთი. თითო გრამ თევზის ქონზე მოდიოდა 0,03 კარბოლის მეთვა ე. ი. 22 $\frac{1}{2}$ გრამ თევზის ქონთან მან მიიღო მასში გახსნილი დაახლოებით 0,7(0,675) კარბოლის მეთვა. ავადმყოფი წამლობდა ამბულატორიულად 35 დღის განმავლობაში და სრულებით გამოჯანსაღებული დაბრუნდა შინ.

II ავადმყოფი ი.ს - ლი 23 წლისა, უცოლო, მიწის მუშა, მეჯვრისხვევიდან, გორის მაზრა.

Anamnesis.

ავადმყოფი გამოგვეცემს, რომ მას ოთხი თვის წინედ ასტივდა მარცხენა თვალი, რამოდენიმე დღის შემდეგ ამას მოჰყვა მარჯვენა თვალიც. პირველად თვალეები აუწითლდა და დაუწყო მომეტებული ცრემლის დენა. შემდეგ ამას რან დაერთო სინათლეზე ზედმეტი მგრძობიარება—(photophobia) და მხედველობის დაკლება. თვალების დაავადებიდან ორი კვირის შემდეგ ორავე თვალეები დაე ხუჭა და სინათლეზე მათი გახელა სრულებით არ შეეძლო. წამლობდა ქ. გორში თვალის ექითან, მაგრამ, რადგანაც გაუმჯობესება ვერ შეეატყო, ის ჩამოვიდა ტფილისში და მოგვართა ჩვენ.

შთამომავლობით რაიმე სენს ავადმყოფი არ აღნიშნავს. ბავშობისას გადაუტანია წითელა და ყვიანა ხველა.

Status praesens.

ავადმყოფი საშუალო ტანისა და სწორი აგებულებისა. კანი მკრთალი. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საშუალოდ გამოხატული. შინაგანი ორგანოების მხრივ არავითარი პათოლოგიური მოვლენები არ ემჩნევა. ავადმყოფს ორივე თვალი დახუჭული აქვს ძლიერ განვითარებული ბლევაროსპაზმით. სინათლეზე მათი გახელა სრულებით არ შეუძლია. თვალების ლორწოვანი გარსი ძლიერ ჰიპერემიულია მომეტებული სეკრეტით. რქოვანა შემღვრეული და მის ზედაპირზე ბლომად მოთესილია ფლიკტენები. მხედველობის გამოკვლევა შეუძლებელია, ვინაიდან ავადმყოფს სინათლეზე თვალეების გახელა არ შეუძლია. გულვა 1 $\frac{1}{2}$ ატროპინის ხსნარის საშუალებით კარგათ უგანიერდება. ცხვირი შეწითლებული, შემსიენებული და მისი ნესტოები სრულებით გამოვსებულია მუწუკებით. დაყრილი აქვს აგრეთვე ტუჩებზე და მათი შემსიენების გამო ისინი გარეთ არიან გადამობრუნებული. ყბის ქვედა და კისრის ლიმფატიური ჯირკვლები შემსიენებული და გამაგრებული. T⁰ უდრის 36,5.⁰ ავალის ლორწოვან გარსის სეკრეტი ბაქტერიოსკოპიულად სუფთაა.

Diagnosis - Kerato - conjunctivitis scrophulosa.

Cursus morbi.

ავადმყოფს დაენიშნა თევზის ქონის ინიექცია. ადგილობრივად 1 $\frac{0}{0}$ ატროპინის ხსნარის წვეთები და პაგენშტეკერის მალამო. ცხვირის და ტუჩებზე დაყ-



რილისათვის ცინკის მაღალი. 10 ნემსის 2,0—2,0 თევზის ქონის შემდეგ თვალის ყველა პათოლოგიური მოვლენები გაქრა. ავადმყოფს ბლენფაროსპაზმი და მომეტებული სეკრეტი შეუწყდა; თვალებს თავისუფლად ახელს. ლორწოვან გარსმა მიიღო მკრთალი ვარდისფერი. რქოვანა განთავისუფლდა ფლიქტენებისა და შემღვრევებისაგან. ყბის ქვედა და კისრის გადიდებული და გამაგრებული ლიმფატიური ჯირკვლები შერბილდნენ, დაპატარავდნენ და ძლივს იხიან. ყველა ექსემატოზური მოვლენები გაქრა, შემსივნებულ ცხვირს და ტუჩებს დაუბრუნდა თავისი ნორმალური ფორმა. T⁰-ის აწევას 37° ს ზევით ადგილი არ ქონია. In loco injectionem აბცესები არ მიგვიღია.

ავადმყოფს განსაკუთრებული დიეტა დანიშნული არ ჰქონია. მან მიიღო სულ 20,0 თევზის ქონი მასში გახსნილ 0,6 კარბოლის მეფით და 25 დღის წამლობის შემდეგ სრულებით განიკურნა. ავადმყოფი წამლობდა ამბულატორიულად.

III. ავადმყოფი, ნ. ა-ლი 17 წლის, ქართველი, გაუთხოვარი, დღუშეთის მხრიდან.

Anamnesis

ავადმყოფი ბავშობიდან უჩივის დროგამოშვებით თვალების ტკივილს, რაც გამოიხატებოდა თვალების შეწითლებასა, ცრემლის მომეტებულ დენას და სინათლეზე ზედმეტ მგრძობელობაში. სამი წლის წინეთ, თვალების ჩვეულებრივად განმეორებითი ატკივების შემდეგ, მან შენიშნა, რომ თვალებში „რაღაცა თეთრი გაუჩნდა“ და მხედველობაც დააკლდა. რამოდენიმე ხნის შემდეგ ტკივილებმა და ყველა სხვა დანარჩენ მოვლენებმაც გაუარა და კარგად გრძობდა თავს, მხოლოდ აწუხებდა თვალში „რაღაცა თეთრის გაჩენა“ და მხედველობის დაკლება. ორი კვირის წინეთ ტვილისში ჩამოყვანამდის ავადმყოფობას ხელახლად გაუხსენებია და, რადგანაც ამ უკანასკნელ დაავადებას მიუღია უფრო მკაცრი ხასიათი შედარებით ყველა წინანდელ ავადმყოფობასთან, ამის გამო ეს ჩამოუყვანიათ ტვილისში. სხვა რაიმე ავადმყოფობა არც შთამაშავლობის მხრით და არც პირადათ მას არ ჰქონია. ბავშობისას გადაუტანია წითელა, ყვიანა ხეღა და ქუნთრუშა.

Status praesens

ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, სხეული ნაზი აგებულების; კანი მკრთალი; კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტათ გამოხატული. შინაგან ორგანოების მხრით პათოლოგიური მოვლენები არ ემჩნევა. ავადმყოფს თვალები დახუჭული აქვს სინათლეზე ზედმეტი მგრძობელობის გამო გამოწვეულ ბლენფაროსპაზმით. ქუთუთოები შემსივნებული და შეწითლებული. თვალის ლორწოვანი გარსი მთელ თავის სივრცეზე ჰიპერემიული მომეტებული სეკრეტით. ორივე თვალის რქოვანას ცენტროს ცოტა ქვემოთ ემჩნევა ძველათ გაჩენილი თეთრი ნაწიბური, მოზრდილი წერტილის ოდენა. პერიფერიაზე რქოვანა ახალი შემღვრეულია და მის ზედაპირზე აქა-იქ მოთესილია ფლიქტენები. მხედველობის გამოკვლევა შეუძლებელია განვითარებული ბლენფაროსპაზმის გამო. გუგა 1% ატროპინის ხსნარის

წვეთებით კარგად უგანიერდება. ცხვირი და ტუჩები შემსივნებული, შეწითლებული და დამუწუკებული. მუწუკები ბლომად ასხია აგრეთვე პირისსახის დანარჩენ ნაწილზეც, განსაკუთრებით ყურის ძირებში. კისრის ლიმფატიური ჯირკვლები გადიდებული და გამაგრებული. T⁰-36,6. ლორწოვან გარსის სეკრეტი ბაქტერიოსკოპიულად აღმოჩნდა სუფთა.

Diagnosis — Kerato — conjunctivitis scrophulosa.

Cursus morbi

ავადმყოფს დაენიშნა თევზის ქონის ინექცია. ადგილობრივად სინდიის ყვითელი მალამო და 1% ატროპინის ხსნარის წვეთები. დამუწუკებულ ცხვირისა, ტუჩებისა და პირისსახის დანარჩენ ნაწილებისათვის ცინკის მალამო.

ათი ნემსის 2,0 — 2,0 თევზის ქონის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფს თვალის ყველა პათოლოგიური მოვლენები გაუქრა. ბლევაროსპაზმი მოისპო; თვალებს სინათლეზე თავისუფლად ახელს. რქოვანა განთავისუფლდა ფლიკტენებისა და შემღვრეებისაგან. დარჩა მხოლოდ ძველად გაჩენილი თეთრი ნაწიბურები (leuc. corn simpl.) რქოვანას ცენტროს ქვემო ნაწილში. ლორწოვან გარსის ჰაპერემია და სეკრეტი შეწყდა. კისრის გადიდებული ლიმფატიური ჯირკვლები შერბილდა, დაპატარავდა და გაიწრუტა, ძლივს ისინჯება თითებით. საერთო თვითგრძნობა ავადმყოფისა გაუმჯობესდა. T⁰-ს აწევა 37,5° ზევით არ მიგვიღია. in loco injectionem აბსცესებს ალაგი არ ჰქონია. მესამე დამეწვიდე ინექციის შემდეგ in loco injectionem მივიღეთ გამაგრებები, მაგრამ თფილი კომპრესების საშუალებით რამოდენიმე დღის განმავლობაში ეს ინფილტრაცია ქსოვილებისა სრულებით გაიწრუტა და არავითარი ნიშანი გამაგრებისა არ დარჩენილა.

ავადმყოფმა მიიღო სულ 20,0 თევზის ქონი მასში გახსნილი 0,6 კარბოლის მკვით ერთი თვის განმავლობაში და სრულებით გამოჯანსაღდა.

IV ავადმყოფი — ლუბა ზ — ი, 2 წლის, ტფილისელი, უჩივის ორივე თვალისა და ცრემლის დენას, სინათლეზე ზედმეტ მგრძნობელობას და თვალების დახუჭვას.

Anamnesis.

ავადმყოფის დედა გადმოგვცემს, რომ ბავშს ერთი წლის წინეთ ქონდა თვალების ტკივილი, მაგრამ გაუარა. უკანასკნელი ერთი თვის წინეთ ავადმყოფობამ ხელახლად გაუხსენა. ბავშს თვალები აწუთებდა და დაუწყო ცრემლის დენა. სინათლეზე ზედმეტი მგრძნობიარობა თანდათანობით მოემატა და თვალების დაავადებიდან ორი კვირის შემდეგ ორივე თვალი დაეხუჭა. სინათლეზე მათი გახელა სრულებით არ შეეძლო სამი კვირა უტარებია ექიმთან ამბულატორიაში, მაგრამ მკურნალობას არავითარი დადებითი შედეგი არ მოყოლია. თვალების დაავადების გარდა ავადმყოფს არავითარი ავადმყოფობა არ გადაუტანია. შთამომავლობის მხრივაც რაიმე ავადმყოფობა აღნიშნული არ იყო.

Status praesens.

ავადმყოფი თავის ხნევანობის მიხედვით საშუალო ტანისა და სწორი აგებულების. კანი მკრთალი, კან-ქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საშუალოდ გამოხატული. შინაგან ორგანოების მხრივ პათოლოგიური მოვლენები არ ემჩნევა. ცხვირის ღრუში, ტუჩებზე, ყურის ძირებში და თავზე ბლომად აქვს დაყრილი მუწუკები. სხეულის დანარჩენი კანი სრულებით სუფთაა. ქუთუთოები შეწითლებული და შემსივნებული. თვალის ლორწოვანი გარსი მთელ თავის სივრცეზე ჰიპერემიული მომეტებული სეკრეტით. რქოვანა მთლიანად შემღვრეული. მასში განვითარებული ზედაპირული სისხლის ძარღვებით და ფლიქტენებით, თვალეები დახუჭული აქვს სინათლეზე ზედმეტი მგრძობიარობის გამო გამოწვეული ბლეთაროსპაზმით. კისრის ლიმფატიურ ჯირკვლებს გადიდება არ ემჩნევა. თვალის ლორწოვან გარსის სეკრეტი ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევით აღმოჩნდა სუფთა.

Diagnosis—Blepharo—Kerato—conjunct. scrophulosa.

Cursus morbi.

ავადმყოფს დაენიშნა თევზის ქონის ინიექცია და თფილი აბაზანები. ადგილობრივად 1% ატროპინის ხსნარის წვეთები და სინდიყის ყვითელი მალამო. ცხვირის ღრუსა, ტუჩებისა, ყურებისა და თავზე დაყრილი მუწუკებისათვის ცინკის მალამო. ხუთი ნემსის 0,5-0,5 გრ. თევზის ქონის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფმა თვალეები გაახილა, მაგრამ სინათლეს თვალეებს მაინც ვერ უმაგრებს; ლორწოვან გარსის სეკრეტიც ბლომადაა. რქოვანას შემღვრევებს დიდი ცვლილებები არ ემჩნევა, მაგრამ მასში განვითარებული სისხლის ძარღვები ძლიერ შემცირდნენ, ფლიქტენებიც აქა-იქ კიდევ ემჩნევა. პირისახეს და თავს მუწუკებისაგან გასუფთავება ემჩნევა. თუთხმეტი ნემსის გაკეთების შემდეგ თვალის ყველა პათოლოგიური მოვლენები გაჰქრა. ბავში თვალეებს თავისუფლად ახელს. რქოვანას შემღვრევეები, ფლიქტენები და სისხლის ძარღვები გაისრუტნენ და ჩვენ მივიღეთ სრულებით გამსკვირვალე რქოვანა. ლორწოვან გარსმა მიიღო მკრთალი ვარდისფერი, და მომეტებული სეკრეტიც შეწყდა. შემსივნებულმა და შეწითლებულმა კიდეებმა მიიღო მომუქო ფერი. ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსი, ყურის ძირები და თავი სრულებით განთავისუფლდა მუწუკებისაგან. In loco injectionem აბსცესები არ მიგვიღია. T⁰—37,2° ზევით არ აწეულა. ავადმყოფმა მიიღო სულ 7,5 გრ. თევზის ქონი მასში გახსნილი 0,225 გრ. კარბოლის მეჯვით 35 დღის განმავლობაში და სრულებით გამოჯანსაღდა.

თქვენს ყურადღებას სხვა დანარჩენ 276 ავადმყოფის ისტორიის მოსმენაზე არ შევაჩერებ, რადგანაც ყველა ეს ისტორიები, როგორც თქვენ ხედავთ, ერთი და იგივე შინაარსისაა მკორე განსხვავებით. ტენხიკა თევზის ქონის შესაბუნებისა უბრალოა: სათანადო ოდენობის სტერილურ. ol. jecoris Aselli-ს carbolisata-ს 3% (5 წლამდის 0,5 კ. ს., 5-10 წ—ს 1,0 კ. ს., 10-15 წ—ს 1,5 კ. ს., და მოზრდილებისათვის 2,0 კ. ს.) ვიღებთ შპრიცით, რომლის

ნემსი 4—5 სნტ. სიგრძისაა და უშხაუნებთ ღრმად კუნთებში (პირადათ მე უშხაუნებდი ღუნდულში). სითხე თავისი სისქის გამო ნელა შედის ქსოვილებში; ნანემსარი ადგილი ენერგიულად იზილება, რომ ქსოვილში ქონი კარგად გაიფანტოს. ნემსის გაკეთების დროს კუნთები ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს თავისუფლად მოშვებული, ვინაიდან, თუ კუნთები დაჭიმულია, ქონი ძნელი შესაყვანია ქსოვილებში და ამას გარდა ნემსის ამოღების შედეგ ნაწილი ქონისა თან ამოყვება ნაჩხვლვტ ვზას და გადმოინთხევა. შეშხაუნება კვირაში კეთდება სამჯერ—ხან ერთსა და ხან მეორე ღუნდულში; მხოლოდ ყოველ შეშხაუნების დროს ყურადღება უნდა მივაქციოთ საჯდომ ნერეს, რათა ღრმად შეყვანილი ნემსის წვერით არ დავაზიანოთ ის. ერთსა და იმავე ღუნდულში შეშხაუნება ხდება მეოთხე—მეხუთე დღეს. ასე რომ თუ *in loco injectionem* მივიღეთ გამაგრებები, ქსოვილის ინფილტრაციის გამო, ეს ხანა სრულებით საკმარისია, რომ მოხდეს მისი შეწრუტვა აბაზანებისა და თბილი კომპრესების საშუალებით. საერთო რიკხვი ნემსებისა თითო ავადმყოფზე კეთდება 10—15, იშვიათად 20-ს (ავადმყოფობის სირთულის მიხედვით). ამგვარად თევზის ქონისა და კარბოლის მკავეს შენაერთით წამლობა გატარებულია სულ 280 ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივიტიან ავადმყოფზე. შედეგები ყოველთვის ერთი და იგივე იყო: ავადმყოფებს ბლევაროსპაზმი, სინათლეზე ზედმეტი მგრძობელობა, ლორწოვან ვარსის ჰიპერემია და ზედმეტი სეკრეცია ესპობოდა. რქოვანა სულდავდება ფლიქტენებისა და შემღვრეებისაგან; თუ რქოვანას წყლული ღრმა იყო, იქ ჩნდება თეთრი ნაწიბური (*Leuc. corn.*). ამას გარდა ყველა ექზემატოზური მოვლენები ცხვირისა, ტუჩისა, ყურებისა და დანარჩენ პირისახის ნაწილებისა ჰქრება. ჰქრება აგრეთვე ყბის ქვედა და კისრის შემსივნებული და გამაგრებული ლიმფატიური ჯირკვლები. კანი პირისახისა და დანარჩენ სხეულისა იღებს უფრო მუქ ფერს. საერთო თვითგრძნობა ავადმყოფებისა უმჯობესდება. T¹-ს ზედმეტად აწევას ან სხვა რაიმე მოვლენებს, რომელიც წინააღმდეგ მაჩვენებელი იყოს თევზის ქონის შეშხაუნებისა, არც ერთ შემთხვევაში არ ჰქონია ადგილი. რაც შეეხება რეციდივებს, უნდა ითქვას, რომ მათ ქონდა ადგილი დაახლოებით ერთი წლის შემდეგ, მაგრამ ისე სუსტათ იყო გამოხატული, რომ საკმარისი აღმოჩნდა 4—5-თი ნემსის გაკეთება, რომ ავადმყოფები სრულებით განთავისუფლებულიყვნენ თავიანთ დაავადებისაგან. ასეთი რეციდივებით 280 ავადმყოფიდან დაბრუნდა 15, მათში 12 ქონდა სუსტათ გამოხატული ფლიქტენულოზური კერატო-კონიუნქტივიტი და 2-ს კი ისეთივე მძიმედ, როგორც ერთი წლის წინედ, მაგრამ სათანადო წამლობის კურსის განმეორების შემდეგ, ისინიც გამოჯანსაღებულნი დაბრუნდნენ შინ.

საერთოდ თევზის ქონისა და კარბოლის მკავეს შენაერთის პარენტერალურად ხმარებას, შედარებით სხვა საშუალებებთან, რომელნიც დღეს იხმარება სურავანდისაგან გამოწვეულ ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივიტების დროს, უპირატესობა უნდა მიეცეს თავის შედეგებით. ასეთივე კარგ შედეგებს იძლევა თევზის ქონისა და კარბოლის მკავეს შენაერთის პარენტერალურად ხმარება სურავანდისაგან გამოწვეულ ბლევარიტების და ლიმფოადენიტების დროს, რამდენათაც ამის თქმა შეიძლება 280 ავადმყოფზე დაკვირვებით.



ჩემთვის, რომნათელი ყოფილიყო ერთის მხრივ ის გარემოება, რომ აქ მალე-თლადაც თევზის ქონის გავლენა არის და არა კარბოლის მკავის და მეორე მხრივ ადგილობრივად ნახმარ სინდიყის ყვითელ მალამოს აქვს თუ არა რაიმე მნიშვნელობა საერთოდ მკურნალობის დროს, ამისათვის მე ვისარგებლე 25 ავადმყოფით, რომლიდანაც 15-ს უკეთებდი სუჟთა სტერილურ თევზის ქონს იმავე დოზებით და ადგილობრივად სინდიყის ყვითელ მალამოს. უნდა აღინიშნოს, რომ შედეგების მხრივ ვერავითარი განსხვავება მივიღე; მხოლოდ *In loco injectionem* ვღებულობდი ზედმეტ შემსივნებებს და გამაგრებას ღრმად მდებარე ქსოვილების ინფილტრაციის გამო, რაც უნდა ჩაითვალოს ერთგვარ გართულებად. აქედან, ჩემის აზრით, ცხადი უნდა იყოს, რომ თევზის ქონისა და კარბოლის მკავას შენაერთის შეშხაპუნების დროს კარბოლის მკავას უნდა მიეწეროს ერთგვარი მისი დახმარებითი თვისება თევზის ქონის კარგად შეწრუტვისა და არა საერთოდ მისი ორგანიზმზე გავლენა. თუმცა კარბოლის მკავას, როგორც ბაქტერიოციდულ საშუალებას, შესაძლებელია თავისი გავლენაც ჰქონდეს. რაც შეეხება ადგილობრივად სინდიყის ყვითელ მალამოს ხმარებას, ეჭვს გარეშეა, რომ მას აქვს მნიშვნელობა ფლიქტენების და რქოვანას შემღვრეების გაწრუტვის პროცესის დაჩქარებაში, რადგანაც აღმოჩნდა, რომ იმ 10 ავადმყოფს, რომლებსაც უკეთდებოდა მხოლოდ თევზის ქონისა და კარბოლის მკავას შენაერთის შეშხაპუნება, ფლიქტენების და რქოვანას შემღვრეების გაწრუტვა უფრო ნელი ტემპით მიმდინარეობდა. ატროპინის და პილოკარპინის სათანადო ხსნარის ხმარება შეგუებული უნდა იყოს რქოვანას შემღვრეების სიღრმესთან და ფერადი გარსის მდგომარეობასთან.

რას უნდა მიეწეროს თევზის ქონის პარენტერალურად ხმარების დროს მისი ასეთი კარგი შედეგები, ამის თქმა ჯერ-ჯერობით ძნელია. შეიძლება მართლაც აიხსნებოდეს ეს იმ ცხიმოვან A ჯგუფის ფაქტორების (ლიპო-ვიტამინები A ჯგუფის) გავლენით, რომელზედაც მიგვიითიებებს თავის მოხსენებაში ა. ფ. სერგეივა-რუმინაცევა და მის წინ კიდევ გამოჩენილი მეცნიერები: E. Freise, M. Goldschmidt, A. Frank, Gurreio, Bloch, Hariett, Shick, Elsie, M. C. Carrison-ი და სხვები, ან კიდევ იმ მრავალრიცხოვან თეორეტიულ მოსაზრებებით, რომელსაც გამოსთქვამენ თავიანთ შრომებში პროტეინო-თერაპიის დამაარსებელნი და მისი მომხრეები. მე ვფიქრობ, რომ სხვა ჩვენი ამხანაგებიც ვაატარებენ ასეთ ცდას სურავანდისაგან გამოწვეულ ფლიქტენულოზურ—კერატო-კონიუნქტივიტიბიან და ლიმფოადენიტიბიან ავადმყოფებზე, იქონიებენ თავიანთ დაკვირვებებს, გამოსთქვამენ თავიანთ აზრს ასეთი წამლობის შესახებ, შეაცხებენ ყველა იმ ნაკლს, რომელიც შემჩნეული იქნება ჩემს მოხსენებაში და მხოლოდ შემდეგ შეიძლება, ჩემის აზრით, საერთოდ დასკვნის გამოტანა ზემოხსენებული წამლობის მიზანშეწონილობის შესახებ.

დასკვნები.

1. სურავანდისაგან გამოწვეული ფლიქტენულოზური კერატო-კონიუნქტივიტი თვალთა სნეულებაში ხშირი მოვლენაა, უმეტეს წილად პავშობის ასაკ-



ში; დღემდის არსებული საშუალებებით მისი წამლობა მოითხოვს გადათვლიერებას და შეცვლას სხვა საშუალებებით, ვინაიდან ის არ გვაძლევს დადებით შედეგს დიდ % უფრო იმ მხრივ, რომ რეციდივები თითქმის ყოველთვის არის და მოკლე ხნის განმავლობაში.

2. თევზის ქონისა და კარბოლის მეავის შენაერთის პარენტერალურად ხმარება სურავანდისაგან გამოწვეული ფლიქტენულოზურ კერატო-კონიუნქტივითის დროს გვაძლევს უკეთეს შედეგს შედარებით ყველა დღემდის არსებულ საშუალებებთან.

3. თევზის ქონისა და კარბოლის მეავის შენაერთის პარენტერალურად ხმარება უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე მკურნალობის კარგ მეთოდად სურავანდოვან ბლევარიტებისა და ლიმფოადენიტების დროს.

4. თევზის ქონისა და კარბოლის მეავის შენაერთის სათანადო დოზების ხმარების დროს 1⁰-ის აწევა ან სხვა რაიმე მოვლენები, რომელიც წინააღმდეგ მაჩვენებელი იყოს მისი ხმარებისა, არ არის, რაც უნდა ჩაითვალოს მის დადებით მხარეთ.

5. ზემოხსენებული საშუალებით მკურნალობა მოითხოვს მეტ ყურადღებას და ყოველ მხრივ კლინიკურ დაკვირებას, როგორც მკურნალობის ახალი მეთოდი, რომლის შემდეგაც შეიძლება მის ღირებულების შესახებ საერთო დასკვნის გამოტანა.

უკანასკნელად გულწრფელ მადლობას უძღვნი ჩემს მასწავლებელს დიდათ პატივცემულ ვ. ს. მუხელიშვილს თემის მოცემის და საერთო ხელმძღვანელობისათვის ამ დაკვირვებების გატარების დროს.

მ ი მ ო ზ ი ლ შ ე ბ ი.

მძ. ნ. მეზრიანი.

Fahraeus-ის რეაქცია და მისი კლინიკური მნიშვნელობა.

ამ ბოლო დროს Fahraeus-ის რეაქციამ დიდი ინტერესი გამოიწვია, მას ფართოდ ხმარობენ კლინიკურ პრაქტიკაში და მას ხშირად ეხებიან სამკურნალო ლიტერატურაშიც. ამიტომ ჩვენ ზედმეტად არ მიგვაჩნია მოკლე მიმოხილვა მიუწოდოთ ჩვენ ჟურნალის მკითხველსაც.

ერიტროციტების დალექვის რეაქცია დღეს Fahraeus-ის რეაქციის სახელს ატარებს, იმ ფარეუსისა, რომელმაც 1916 წელს შეამჩნია, რომ ორსულ ქალთა სისხლი ილექებოდა უფრო ჩქარა, ვიდრე არაორსულთა. მან მიაქცია ამ გარემოებას ყურადღება, გამოსცადა და გასინჯა ჯანსაღი და არაორსულ ქალთა სისხლის დალექვის სისწრაფე და გამოარკვია, რომ მის მიერ შემჩნეული რეაქციით შეიძლებოდა სარგებლობა ორსულობის გამოსაცნობად, რადგან 96% -ში ორსულთა სისხლი ამ რეაქციის აჩქარებას იძლეოდა.

Fahraeus-მა 1917 წელს სტოკჰოლმის დასტაქართა და გინეკოლოგთა საზოგადოებაში პირველად გააკეთა მოხსენება თავის ახალი რეაქციის შესახებ. Plaut-მა 1920 წელს Fahraeus-ის დამოუკიდებლად შეამჩნია სხვადასხვა სისწრაფე ერიტროციტების დალექვისა მამაკაცების და დედაკაცების სისხლის შორის: მან სხვათა შორის შეამჩნია აგრეთვე დალექვის რეაქციის ცვალებადობა და თავისებურება სხვადასხვა ნერვულ და ფსიქიურ ავადმყოფობის დროს.

როგორც ბოლოს გამოიჩვენა, ეს რეაქცია არ არის ახალი გამოგონება, ამ რეაქციას კიდევ ძველად ქონია თავისი ისტორია და თუ ამ რეაქციის ხმარება მხოლოდ ეხლა შემოვიდა კლინიკურ პრაქტიკაში, ეს მხოლოდ იმიტომ, რომ ამ ემად დამუშავდა მეთოდისა რეაქციისა და ცოტად თუ ბევრად გამოიჩვენა მისი ბიოლოგიური მნიშვნელობა.

Linzenmeier-ის მიერ იქნა აღმოჩენილი ლიტერატურული ძველი წყაროები, საიდანაც ნათლად სჩანს, რომ ჯერ კიდევ Galen-ის დროს მიუქცევიათ ყურადღება ე. წ. Crusta phlogistica-სთვის (თავისებური აკვი შრატისაგან წარმოშობილი), რომელსაც ამჩნევდნენ ერიტროციტების ფენის ზემოდ სხვადასხვა ანთებითი პროცესით დაავადებულთა და აგრეთვე ორსულთა სისხლის გამოშვებისას.

ეს crusta phlogistica არა ერთხელ იყო გამოკვლევის ობიექტი და მის წარმოშობას ხსნიდნენ ერიტროციტების დალექვის სისწრაფით.

J. Hunter-ი იყო პირველი, რომელმაც დაიწყო ერიტროციტების დალექვის რეაქციით სარგებლობა. 1917 წ. შემდეგ ამავე საკითხზე მუშაობდნენ J. Dory, Muller-ი და გემატოლოგიის დამფუძნებელი H. Nasse. ხსენებული ავტორები ცდილობდნენ გამოერკვიათ მიზეზი ამ მოვლენისა და აღნიშნეს ერთგვარი დამოკიდებულება ერიტროციტების დალექვის სისწრაფესა და სხვადასხვა ავადმყოფობათა შორის. სხვათა შორის ვასულ საუქუნის 30-40 წლებში ამ საკითხით ფრიად დაინტერესებულნი იყვნენ და ექსპერიმენტალური გზით ფიქრობდნენ მის გამორკვევას.

მაგრამ, მიუხედავად მრავალი ცდისა, ეს საკითხი გამოურკვეველია და ჰიპოტეზის ხანას არ ასცდენია.

ამჟამად არსებობენ შემდეგი უმთავრესი თეორიები: 1) ფიზიკური თეორია, 2) ელექტრო-კაპილიარული თეორია, 3) თეორია ზედაპირული დაქიმულობისა, 4) ავლუტინაციის თეორია და ბოლოს 5) კოლოიდო-ქიმიური თეორია.

ფიზიკური თეორია ხსნის ერიტროციტების დალექვის სისწრაფეს უმთავრესად: ერიტროციტების სიმძიმით, ხსნარის სისქელით, ხსნარის შინაგანი ხახუნით და ერიტროციტების რადიუსის ამა თუ იმ სიდიდით. სიძლიერე ერიტროციტების მიწისადმი მიმზიდველობისა, შინაგანი ხახუნი სისხლისა და შრატის სისქლე Burkert-ს მიაჩნდა მუდმივ სიდიდეთ და მაშასადამე ერიტროციტების დალექვის სისწრაფე დამოკიდებულია მათი რადიუსისაგან, სიმძიმისაგან და სისქელისაგან. მან ამ თეორიის დასამტკიცებლად მათემატიკური ფორმულაც კი მოიყვანა: $SR = \frac{2}{g} \cdot \frac{D-d}{n} \cdot r^2$, სადაც g —ერიტროციტების სიმძიმეს, D —ხსნარის სისქლეს, d —ირგვლივ მყოფ ხსნარის სისქლეს, n —შინაგანი ხახუნი, r —ერიტროციტების რადიუსი. მაგრამ ეს თეორია ვერ ხსნის სავსებით იმ გარემოებას, რომ თუ ჩვენ საცდელ შუშას, სადაც არის მოთავსებული სისხლი Natrium citrici-ს ხსნარში, ვერტიკალურად კი არა, არამედ ოდნავ დახრით დაეყენებთ, მაგ. $11^\circ/4'$, მაშინ ერიტრ. დალექვის სისწრაფე 3 ჯერ სწრაფდება, თუ $33^\circ/4'$ დაეხრით საცდელ შუშას, მაშინ თითქმის 10 ჯერ სწრაფად ხდება ერიტროციტების დალექვა. შემდეგ ისიც მისაღებია მხედველობაში, რომ ერიტროციტები გეომეტრიულად არ არიან სავსებით ბურთისებრივი ფორმისა, როგორც ეს მიღებული ქონდა Burkert-ს. ფიზიკური თეორია ვერ ხსნის აგრეთვე იმ მოვლენას, რომ ტემპერატურის ცვალებადობა ძლიერ მოქმედობს დალექვის რეაქციაზე. ასე მაგალითად ოთახის ტემპერატურაში დალექვის რეაქცია 6 ჯერ უფრო სწრაფად ხდება ვიდრე 0° -ზე.

იმის დასამტკიცებლად, თუ რა მნიშვნელობა აქვს თვით Er თვისებებს დალექვის რეაქციაში, Мандельштам-ი აცილებდა ერიტროციტებს შრატს და ათავსებდა მათ ფიზიოლოგიურ ხსნარში. ფიზიოლოგიურ ხსნარის და Er კარგად შერევის შემდეგ, ის სდგამდა Fahraeus-ს რეაქციას და ნახა, რომ სხვადასხვა სისწრაფე Er დალექვისა თავის შრატში მქლავნდება ფიზიოლოგ. ხსნარშიც, ე. ი. ის ერიტროციტები, რომელნიც სწრაფად ილექებოდნენ ბუნებრივ შრატში ფიზიოლოგიურ შრატშიც სწრაფად დაილექა და ერიტროციტები, რომელნიც ნელა



ილექტროდენ ბუნებრივ შრატში, ნელა დაილექა. აქედან Mandельштам-მა ის დასკვნა გამოიყვანა, რომ თვით ერიტროციტების თვისებას აქვს მნიშვნელობა Fahraeus-ის რეაქციაში. შემდეგ მანვე დააყენა ასეთი ცდა: სისხლის ბუნებრივ შრატს შრატის წებოვნების გასაძლიერებლად მიუმატა 5% Gummi arabici, კარგად შეურია და Fahraeus-ის რეაქცია დადგა. ამ ცდების დროს შემჩნეული იყო, რომ რაც უფრო წებოვანი იყო შრატი, მით უფრო სწრაფად ხდებოდა დალექვა ერიტროციტებისა. ეს მდგომარეობა გვიჩვენებს ერიტროციტების სიმძიმის ნაკლებ მნიშვნელობას Fahraeus-ის რეაქციაში, ამისათვის უნდა ვიფიქროთ, რომ მართო ფიზიკური კანონებით არ აიხსნება ერიტროციტების სხვადასხვა სისწრაფით დალექვის მიზეზი.

სანამ გადავიდოდეთ ავლუტინაციის ანუ ელექტრო-კაპილარულ თეორიაზე, საჭიროა მოვიგონოთ, რომ დღევანდელი შეხედულება ავლუტინაციაზე არის დამყარებული ერიტროციტების ელექტრულ დატენვაზე. 1904 წ. Höler-მა დაამტკიცა, რომ ერიტროციტები დატენილნი არიან უარყოფითად; სწორედ ამითი აიხსნება, რომ ერიტროციტების ემულსიას ნორმალურ პირობებში აქვს ერთგარი გამძლეობის უნარი: უარყოფითად დატენილნი ერიტროციტები ეჯახებიან და გაურბიან ერთი მეორეს. რაც უფრო ნაკლებად არიან დატენილნი ერიტროციტები, ან რაც უფრო ჩქარა ხდება ნეიტრალიზაცია, მით უფრო სწრაფად დაილექებიან ერიტროციტები. ამით ხსნიდენ ერიტროციტების დალექვის სხვადასხვა სისწრაფეს. სხვათა შორის ამტკიცებდენ განსაზღვრული ცდებით, რომ ორსულ ქალთა Er ნაკლებად არიან დატენილნი, ვიდრე ერიტროციტები არაორსულთა და ჯანსაღებისა. ნაკლი ამ თეორიისა ის არის, რომ ჩვენ ჯერ-ჯერობით არ გვაქვს საშუალება გამოვირკვიოთ Er-ის პოტენციალი.

კოლოიდო-ქიმიური თეორია დამყარებულია შრატში ალბუმინების, გლობულინების და ფიბრინოგენების არსებობაზე და მათი ერთი-მეორესთან დამოკიდებულებაზე. ეს თეორია ბოლო დროს დიდ ყურადღებას იპყრობს. Fahraeus-მა 1921 წ. მიაქცია ყურადღება იმ გარემოებას, რომ რაც უფრო მეტი გლობულინია შრატში, მით უფრო სწრაფად ხდება Er. დალექვა. პირიქით სეარუმ ალბუმინის მომატება ხელს არ უწყობს ერიტროციტების დალექვის სისწრაფეს. თანახმად Schiff-ის, Rosen-ის და Roilen-Adler-ის გამოკვლევებისა ანთებითი პროცესით დაავადებულთა და ორსულ ქალთა სისხლში ხდება გლობულინის რაოდენობის მომატება ალბუმინების ხარჯზე. ასეთი ავადმყოფთა სისხლის წითელი ბურთულები კი სწრაფად ილექებიან, რაც მათი აზრით დამყარებულია გლობულინების რაოდენობის მომატებაზე. Ley იზიარებს გლობულინების მომატების მნიშვნელობას დალექვის რეაქციაში და აღნიშნავს რომ გლობულინებთა შორის უმთავრეს როლს თამაშობს ფიბრინოგენი.

Frich-ი და Starlinger-ი უფრო შორს მიდიან და ამტკიცებენ, რომ ფიბრინოგენის და Er. დალექვის სისწრაფის შორის არსებობს პირდაპირი პარალელი

Lohr-ის აზრით დიდი მნიშვნელობა აქვს დაშლილ უჯრედების ცილის შრატში გადასვლას.

Loeper-მა და Fonnet-მა ნახეს გლობულინის რაოდენობის გადიდება cancer-ით ავადმყოფთა სისხლში და ხსნიდენ ამ მოვლენას დაშლილ უჯრედების ცილის შრატში გადასვლით, რაც იწვევს Fahraeus-ის რეაქციის აჩქარებას.

ამ უკანასკნელ, ე. წ. კოლოიდო-ქიმიურ თეორიას, უფრო ყველაზე მეტი მომხრეები ჰყავს.

ეხლა გადავიდეთ თვით ტენიკის განმარტებაზე Fahraeus-ის რეაქციისა. არსებობს მრავალი წესი Fahraeus-ის რეაქციის გამოსარკვევად, მაგრამ ყველა ისინი შეიძლება გავყოთ ორ ჯგუფად: პირველ ჯგუფს ეკუთვნის Linzenmeier-ის მეთოდი და მისი ვარიაციები. ამ შემთხვევაში აღნიშნავენ დროს, რომლის განმავლობაში ერიტროციტები დაილეკებიან განსაზღვრულ ხაზამდე—18 m/m-დე; მეორე ჯგუფს კი პირიქით აქვს აღებული ფუძეთ გამორკვევა შრატის სიმაღლისა განსაზღვრულ დროს; ეს არის Westergren-ის მეთოდი და მისი ვარიაციები. ეს მეთოდი, რომლითაც სხვათა შორის, ჩვენც ვსარგებლობთ, მდგომარეობს შემდეგში: ორ გრამიანი შპრიცით ვიღებთ 0,4-დე Natri citrici-ს 3,8% ხსნარისას; შემდეგ (რასაკვირველია სტერილურ ნემსის საშუალებით) V. Cubiti-დან ვიღებთ სისხლს 2,0-დე, ლახტს მხარზე არ ვუჭერთ იმ მოსაზრებით, რომ სისხლის შეგუბება არ გამოიწვევით; მხოლოდ ნემსის ჩხვლეტის დროს თანაშემწე ხელს უჭერს მკლავზე ავადმყოფს და ვენაც იოლად ინახება.

როცა 2.0-დე შპრიცს ავაესებთ სისხლით შპრიცს 3-ჯერ გადავბრუნ-გადმოვბრუნებთ, რომ სისხლი და Natrii citrici-ს ხსნარი კარგად ერთი მეორეში აიბროს, შემდეგ შპრიციდან ნემსმოუძრობლად სისხლს ვასხამთ სუფთა და მშრალ საცდელ შუშაში და ბამბით თავს ვუცობთ. 5-20 წუთის შემდეგ სისხლის ვენიდან აღებისა ვდგამთ Fahraeus-ის რეაქციას Westergren-ის ხელსაწყობზე.

ეს აპარატი მოწყობილია შემდეგნაირად: არის ხის შტატივი, რომელზედაც ვერტიკალურად დამაგრებულია 10 პიპეტი. ყოველი პიპეტი 20 cm-ის სიგრძისაა და აქვს სანათური, რომელიც 2,5 m/m-ს უდრის. ყოველი პიპეტი დაყოფილია ხაზებით 0-დან 200 m/m-დე, ამ დაყოფილ ხაზების მოცულობა უდრის ერთ გრამს. ზემო ბოლო პიპეტისა სწორადაა გადაჭრილი, ქვემო კი ოდნავ მახვილია და თავის მოყვანილობით წვერ წათლილ ფანქარს წააგავს. პიპეტის ქვემო ბოლო რეზინის საკობზე იდგმება, ზემო კი მეტალიური ფირფიტით მაგრდება ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

ჩვენ ვიღებთ პიტეტს, შევწოვთ შიგ ციტრიულ სისხლს საცდელ შუშიდან იმ ადგილამდე, სადაც ნიშანია 0; ორჯერ სისხლს ისევ საცდელ შუშაში გადმოვასხამთ, რომ კარგად შევეურიოთ და შემდეგ კვლავ ხაზ 0-მდე შევწოვთ. ზემო პიპეტის სწორ ბოლოზე თითს დევაჭერთ, რომ სისხლი არ დაიქცეს და შტატივში დაეყენებთ. ერთი საათის შემდეგ უნდა აღვნიშნოთ შრატის სიმაღლე, ე. ი. სივრცე 0-ხაზიდან (0-ხაზი პიპეტის ზემო ნაწილშია) ერიტროციტების ფენამდე. ამ სივრცეს სიდიდეს ასო a-თი აღნიშნავენ. ორი საათის შემდეგ (რეაქციის დადგმიდან) კვლავ უნდა აღვნიშნოთ იგივე სივრცე და ეს რიცხვიც ასო b-თი ინიშნება. ამ ორ რიცხვებიდან გამოგვყავს საშუალო არითმეტიკული რიცხვი M (Mittelwert). მაგალითად თუ პირველ საათში შრატის სიმაღლე იყო — a m/m. მეორე „ „ „ — b m/m.

მაშინ $MSR = \frac{a+b}{2}$ m/m ერთ საათში. h თუ უდრის 10; ასე: a თუ უდრის 5:

მაშინ $MSR = \frac{5+\frac{10}{2}}{2} = 5$. ამ მეთოდით რეაქცია იღებება ოთახის t° -ში

და ნორმალური ციფრები Мандельштам-ით ჯანსაღ მამაკაცებისათვის $= 1-3$ m/m-დე; დედაკაცებისათვის კი $= 3-7$ m/m-დე ერთ საათში, ვარიაციები Westergren-ისა: Rumpf ი ხმარობდა *Natr. citricum*-ის უფრო მაგარ ხსნარს (5% -ს) და უფრო ფართო პიპეტებს 0, 3 m/m ამ რეაქციისათვის. Naselhorst-ი ხმარობდა მილებს, რომლის დიამეტრი 3m/m-ს უდრიდა და სიმაღლე კი 12 სანტიმეტრს. დაბოლოს Vidal-მა შემოიღო ამ რეაქციისათვის Sahli-ს გემოგლობინომეტრი. ის 2,0 ციტრიულ სისხლით ავსებდა ამ გემოგლობინომეტრს ნიშან 100-დე და შემდეგ აღნიშნავდა პროცენტებში დალექვის სისწრაფეს 10-20-30 და 60 წუთის შემდეგ.

Linzenmeier-ის მეთოდი შემდეგ ში მდგომარეობს: ერთ გრამიანი შპრიცით იღებენ 0,2-დე 5% *Natr. citricum*-ის ხსნარს; შემდეგ ამავე შპრიცით იღებენ *V. cubiti*-დან 0,8 კ. ს. სისხლს. შპრიციდან სისხლის შენახავს უმაღლეს ახსამენ საცდელ შუშაში; საცდელ შუშის დიამეტრი 0,55-ს უდრის და მისი სიმაღლე კი 6,5-ს. ამგვარად საცდელ შუშაში ჩადის ერთ გრამზე ცოტა მეტი. სისხლის ჩახმისას რამოდენინჯერ საცდელ შუშას ფრთხილად გადააბრუნ-გადმოაბრუნებენ, რომ შეურიონ ერთმანეთში სისხლი და *Sol. Natr. citrici*. ამ საცდელ შუშაზე გაკეთებულია დაყოფები; ზემო ხაზი დანიშნულია 0 და ქვემო კი -18 m/m; მთელი მოცულობა დაყოფილ ნაწილისა უდრის 1,0. ამ მეთოდით აღნიშნავენ დროს, რომელიც დასჭირდება სისხლის წითელ ბურთულების ნიშან 18-დე დალექვას.

Linzenmeier-ის დაკვირვებით ნორმალური ხანგრძლივობა რეაქციისა მამაკაცებისათვის ამ მეთოდით არის 6-12 საათი; ქალებისათვის კი 3-5 საათი. ამ მეთოდს მრავალი მოდიფიკაციები აქვს, რომლის ჩამოთვლა ჩვენ აქ საჭიროდ არ მიგვაჩნია.

ბოლო დროს 1921 წლიდან Raunet-ის, Kaufmann-ის Linzenmeier-ის და Панченков-ის მიერ აწერილი იყო ე. წ. მიკრომეტოდული მეთოდი დალექვის რეაქციისა. ამ მეთოდისათვის საჭიროა მხოლოდ 1-2 წვეთი სისხლი, მაგრამ იგი ჯერ-ჯერობით არ გავრცელებულია.

ყველა ზემო ჩამოთვლილ მეთოდებს აქვს თავის დადებითი და უარყოფითი სუსტი მხარეები; მაგალითად ძნელია გრძელი და წვრილი პიპეტის, რომელსაც Westergren-ის მეთოდის დროს ხმარობენ, გაწმენდა და დეზინფექცია. დიამეტრი პიპეტისა მთელ სიგრძეზე 2,5 m/m უნდა იყოს. შემდეგ Linzenmeier-ის მეთოდით გამორკვევის დროს კი 18 m/m-დე დალექვას სჭირდება ბევრი დრო, ზოგიერთ შემთხვევაში 6—8 საათი, რაც კმნის უხერხულობას.

შემდეგ რომელი მეთოდითაც არ უნდა ვიმუშაოთ, მაინც შესაძლებელია ერთნაირი შეცდომები, თუ არ შევასრულეთ შემდეგი პირობები; 1) სისხლი არ შედედდეს, ამიტომ კარგად უნდა აურიოთ ერთმანეთში *Sol. Natri citrici* და სისხლი; 2) სისხლის ვენიდან აღების დროს შპრიცში არ უნდა მოხვდეს

ჰაერის ბუშტუკები; 3) პიპეტი სქელი არ უნდა იყოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ერთის მხრივ შეიძლება მოხდეს ჰემოლიზი, რის გამო მაშინ ვენის ერიტროციტებსა და შრატს შორის საზღვარი კარგად არ გამოჩნდება; გარდა ამისა ჰემოლიზის დროს თვით ერიტროციტებში და პლაზმის ცილას შემადგენლობაში მოხდება ისეთი ცვლილება, რომელიც საგრძნობლად შესცვლის ვითარებას; 4) არ უნდა გადაუჭიროთ ლახტი დიდხანს მკლავზე, რომ CO_2 ბევრი არ შეგროვდეს სისხლში; 5) სწორედ უნდა ავილოთ 0,4-დე Sol. Natr. citr. ci-ის ხსნარი და შემდეგ 2,0 დე სისხლი და ბოლოს 6) ეს რეაქცია უნდა ხდებოდეს ოთახის ტემპერატურაში, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე, თუ როდის არის აღებული სისხლი, ამიტომ სისხლი ყოველთვის ერთ და იმავე პირობებში უნდა იღებოდეს.

ჩვენს კლინიკაში მუშაობის დროს სისხლს ვიღებთ ყოველთვის დილით 8-10 საათამდე. თვიურის დროს ეს რეაქცია ცოტათი აჩქარებულია, რაც უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული. Gragert-ი, Josefowitz-ი, Koch-ი და Linzenmeier-ი აღნიშნავენ, რომ თვიურის დროს რეაქცია ერთი საათით აჩქარებულია. Wichmann-ი და Schröder-ის დაკვირვებით 300,0 რძის მიღების შემდეგ, ეს რეაქცია უცვლელი რჩება. Josefowitz-მა შეამჩნია აჩქარება რეაქციისა საქმლის მონელების დროს.

რომ გადავხედოთ იმ მასალას, რომელიც დაგროვდა ამ რეაქციის შესახებ სხვადასხვა დაავადების დროს, ჩვენ დავინახავთ, რომ მრავალი მეცნიერი დიდ მნიშვნელობას აწერს მას, როგორც დიაგნოზის ისე პროგნოზის ამოცნობაში. აგრეთვე მკუჩხალბობის კონტროლის დროს მას დაუფასებელ დამხმარე საშუალებად სთვლიან. ასე მავალითად, არის გამოქვეყნებული შრომა პანჩენკოვისა და ოდნოლეტკოვასის, რომელთაც გაატარეს დაკვირვება 900 ტუბერკულოზიანი ავადმყოფზე და ამ ავტორების აზრით არსებობს კავშირი ტუბერკულოზის პროცესის გავრცელებასა და Fahraeus-ის რეაქციის შორის. მათი სქემიდან ნათლად ჩანს, რომ რაც უფრო გავრცელებულია პროცესი, მით უფრო აჩქარებულია Fahraeus-ის რეაქცია მათი აზრით ავადმყოფს თუ არა აქვს სიცხე და არც სხვა ნიშნები ინტოქსიკაციისა, მაგრამ თუ Fahraeus-ის რეაქცია აჩქარებულია, მაშინ დაუშვებელია ტუბერკულოზით წამლობა Fahraeus-ის დადებითი რეაქცია მათი აზრით მაჩვენებელია ინტოქსიკაციისა.

პროცესის ინტენსივობა და მისი აქტივობა, რასაკვირველია, დამოკიდებულია ანთებისაგან; ანთების დროს კი ყოველთვის ვიღებთ ცილოვან ნივთიერების დაშლას და მის გადასვლას სისხლში. ჯერ კიდევ 1903 წელს მოროშვეცკის მიერ იყო ნახული ცილას მომატება thc -ით ავადმყოფთა სისხლში.

ამ ცილის გადასვლა სისხლში (იქნება ეს ფიბრინოგენი თუ გლობულინი) უნდა იწვევდეს Fahraeus-ის რეაქციის აჩქარებას და მაშასადამე ამ რეაქციის ინტენსივობას; ამიტომ ამ რეაქციის საშუალებით შეიძლება ვიქონიოთ მსჯელობა თვით პროცესის აქტივობაზე. ისიც უნდა ვთქვათ, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში კლინიკურად აქტიური პროცესი რეაქციის დიდ აჩქარებას არ იძლეოდა, როგორც ეს მოსალოდნელი უნდა ყოფილიყო. ამ ავტორთა აზრით რამდენიმე-ჯერ გასინჯვა გვაძლევს უტყუარ ნიშანს ავადმყოფობის მიმდინარეობის შესახებ: რეაქციის აჩქარება მაჩვენებელია პროცესის მიმდინარეობის გაუარესებისა, შენელება კი პირიქით გაუმჯობესებისა.



ძლიერ დემონსტრირებულ შედეგებს იძლევა Fahraeus-ის რეაქცია პნევმოტორაქსით მკურნალობის დროს. მაგ. ავადმყოფს პნევმოტორაქსის გაკეთებამდე გაცილებით უფრო სწრაფი აქვს დაღეჭვის რეაქცია, ვიდრე პნევმოტორაქსის გაკეთების შემდეგ. ფილტვების შეკუმხვნა და დახშობა ტოქსიური ბუდისა იწვევს Fahraeus-ის რეაქციის შენელებას.

იმ შემთხვევაში კი, სადაც ორივე მხრივი ფილტვების დაავადების დროს პნევმოტორაქსი ვერ იძლეოდა შესაფერ შეკუმხვნას, იქ Fahraeus-ის რეაქციის სისწრაფეც არ იცვლებოდა.

Fahraeus-ის რეაქციის შეფასებაში ბევრი ავტორები ერთნაირი აზრის არიან, თუმცა Moral-ი აღნიშნავს, რომ t. b. c. დასაწყის სტადიაში არ იძლევა თვალსაჩინო საჭირო დასკვნასო. ამას ადგილი აქვს მაშინ, როცა t. b. c. ფილტვისა ძლიერ მცირე ცვლილებებს იძლევა თვით ფილტვის ქსოვილის მხრივ; ასეთ შემთხვევაში შესაძლოა J. R. არ მოგვეცეს აჩქარება, რაც ძნელი ასახსნელი არ არის, მაგრამ ეს გარემოება მაინც არ ამცირებს ამ რეაქციის მნიშვნელობას. Tapees და Абрамова ირკვევდნენ დამოკიდებულებას აქტიურ t. b. c. ავადმყოფთა და Fahraeus-ის რეაქციის შორის და მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ყველა მათ მიერ გასინჯულ შემთხვევაში (სულ 110 შემთხვევა) იმათ ნახეს პარალელიზმი Fahraeus-ის რეაქციისა და კლინიკურად აქტიურ t. b. c. შორის.

Рабухина-აც, რომელმაც აგრეთვე გაატარა 400 t. b. c. ავადმყოფზე Fahraeus-ის რეაქცია, მივიდა იმავე დასკვნამდე. მისი აზრით არსებობს პარალელობა ერთის მხრივ ანატომიურ სურათთან, აქტივობის ხარისხთან, პროცესის გავრცელებასთან და მეორეს მხრივ S. R-ის შორის, მანვე აღნიშნა, რომ Calcio-therapia იწვევს მკურნალობის დროს ამ რეაქციის შენელებას.

სხვათა შორის დიდი ყურადღება და გავრცელება მიიღო Fahraeus-ის რეაქციამ გინეკოლოგიაში. ამ რეაქციის წყალობით საშუალება გვეძლევა გამოვიცნოთ ანთებითი მოვლენები არა ანთებისაგან, ჩირქბროვის ხელშეიწოდებულ შეკრება მცირე მენჯის მიდამოში და მრავალი სხვა.

Мандельштам-მა გამოიკვლია 500-დე გინეკოლოგიური ავადმყოფის სისხლი Fahraeus-ის რეაქციის საშუალებით და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ არა ანთებითი ხორცმეტები, როგორცაა წყალბუშტები, ფიბრომიები, არ იძლევიან Fahraeus-ის რეაქციის აჩქარებას; აქედან გამონაკლის წარმოადგენენ მხოლოდ ის შემთხვევები, რომლის დროსაც გარდა ხორცმეტებისა ადგილი ჰქონდა აგრეთვე რომელიმე ახლო მდებარე ორგანოს ანთებას, დაჩირქებას, ან ავთვისებიან ხორცმეტის გადაგვარებით. ანთებიანი დაავადებანი სასქესო ორგანოებისა იწვევენ Fahraeus-ის რეაქციის აჩქარებას და მით უფრო, რაც უფრო ვირულენტურია ინფექცია ან მკვეთრია ანთება. სექტიური დაავადების დროს Fahraeus-ის რეაქციის შენელება იძლევა კარგ პროგნოზს. Мандельштам-ის, Linzenmier-ის Gippert-ის, Vogel-ის, Попова — Терехинская-ს და მრავალი სხვა ავტორების მტკიცებით Fahraeus-ის რეაქცია მაჩვენებელია ინფექციისა, აქტიური ანთებისა და ეს რეაქცია უფრო მგრძობიარეა, ვიდრე სიცხის გაზომვა, ლეიკოციტების რაოდენობის გამორკვევა და სხვა.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციის მუშაობის მოკლე მიმო- ხილვა. (1924—1926 წლ.)

უნივერსიტეტის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციის მოქმედება დაიწყო 1924 წლის 14 იანვრიდან. კონფერენციის მიზანს შეადგენს ამა თუ იმ ქირურგიული კლინიკის მასალის შესწავლა და კლინიკების თანამშრომლების მოხსენებების მოსმენა. ამისათვის კონფერენციის სხდომები იმართება ორ-კვირაში ერთჯერ რიგ-რიგობით სხვადასხვა კლინიკებში. კონფერენციის თავმჯდომარეთ არჩეული იქნა პროფესორი გრ. მ. მუხაძე. მიღებული წესით სხდომაზე თავმჯდომარეობს იმ კლინიკის გამგე, სადაც კონფერენცია იმართება, მდივნობასაც იმავე კლინიკის თანამშრომელი ასრულებს.

1924 წ.—1926 წლამდე კონფერენციის სხდომებზე მოსმენილი იქნა შემდეგი მოხსენებები:

ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკიდან გაგზავნილი კრ. მ. მუხაძე.

1. ექ. ანდრეევისა — „შარდის ბუშტის ექტოპია და მისი წამლობა Maydl-ის წესით“. წინასწარ მოკლე ლიტერატურის მიმოხილვით მომხსენებელი აცნობს კონფერენციას იმ სხვადასხვა თეორიებს, რომელიც არსებობს შარდბუშტის ექტოპიის შესახებ და აგრეთვე აღწერავს აღნიშნული სიმპტიონის სხვადასხვა კონსერვატიულ და ოპერაციულ დახმარების წესებს. ავადმყოფს გაკეთებული ჰქონდა Maydl-ის ოპერაცია, რომელიც ავადმყოფმა კარგათ გადაიტანა და ოპერაციის შედეგად დამაკმაყოფილებელია, რასაც ამტკიცებს ოპერაციის შემდეგ შარდის გამოკვლევა.

2. ექ. ახმეტელი — „ინფექციით გართულებული ქრილობების უტამპონო წამლობა“. ინფექციით გართულებული ქრილობების ტამპონადას აქვს მრავალი უარყოფითი მხარეები, რის გამოც ქრილობების წამლობის პრობლემა გადაუწყვეტელი რჩება. საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ ქსოვილების რეგენერაციის პირობები. ქსოვილების რეგენერაციისათვის უკეთესი პირობების შესაქმნელად საჭიროა ქრილობების, განსაკუთრებით, ზერელე ჩირქიანი ქრილობების უტამპონოთ წამლობა. მომხსენებელი ახდენს სამი ავადმყოფის დემონსტრაციას ქრონიკული ოსტეომიელიტით, რომელთა წამლობა უტამპონოთ ჩატარდა. შედეგი დამაკმაყოფილებელია.

3. ექ. ხაზარაძე — „ხერხემლის ტვინის ანესტეზიის მასალებისთვის“. 5 წლის განმავლობაში (1918—1924 წწ.) ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 3.440



ოპერაციიდან ხერხემლის ტვინის ანესტეზიით ჩატარდა 778 ოპერაცია, ე. ი. 14% ხერხემლის ტვინის ანესტეზიის დროებითი ხასიათის გართულებებიდან ოპერაციის დროს აღსანიშნავია: პირის ღებინება (3 შემთხვევა) გულის რევა— (18 შემთხვევა), უნებლიეთი დეფეკაცია (3 შემთხვევა). ოპერაციის შემდეგ გართულებები—ქვედა კიდურების პარეზი (7 დღის განმავლობაში) და თავის ტვინი 23 შემთხვევაში; საღამოობით სიცხის აწვევა პირველ დღეს—(37,5"—38,0") აღნიშნულია 103 შემთხვევაში. ავტორი აღნიშნავს, რომ „ვინაიდან ხერხემლის ტვინის ანესტეზია ნაკლებ საშიშია, ვიდრე ზოგადი ნარკოზი, სასურველია მისი ფართოთ ხმარება, განსაკუთრებით სოფლად, სადაც ზოგადი ნარკოზის ჩასატარებლათ ხშირად არ არის შესაფერისი პირობები“.

4. ექ. ცხაკაია — „**ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 1923 წლის მუშაობის ანგარიში**“. საანგარიშო წლის განმავლობაში ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში სტაციონალურად გატარებული იქნა 1197 ავადმყოფი, აქედან— მამაკაცები— 847 (70,7%) დედაკაცები—350 (29,2%). ოპერაციული დახმარება აღმოჩენილი ექნა 752 ავადმყოფს. ანესტეზიურ საშუალებებიდან ქლოროფორმი ნახმარი იყო 318-ჯერ (42%), შერეული (კომბინური ნარკოზი) 99-ჯერ (13%), ეთერი — 73 (9,7%), ეთერ-ზეთის ნარკოზი — 7-ჯერ (1%), ხერხემლის ტვინის ანესტეზია — 103 ჯერ (14,3%), ადგილობრივი (ინფილტრაციული) ანესტეზია — 121-ჯერ (16,8%). 203 ასეპტიური ოპერაციიდან მეორადი დაჰიმვით შეხორცება აღნიშნულია მხოლოდ 10 შემთხვევაში, რაც უდის 4,9%-ს. სიკვდილიანობის საერთო პროცენტი საანგარიშო წლის განმავლობაში უდრის—9,4-ს. თუ მხედველობაში არ იქნება მიღებული მძიმე შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები მოკვდნ ოპერაციამდე, სიკვდილიანობის პროცენტი იქნება 5.

5. ექ. გაგუა — „**ჩაქედილი თიაქრები ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 5 წლის მასალის მიხედვით**“. 5 წლის განმავლობაში (1919—1925 წწ.) ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში წარმოებულია 560 თიაქართვეთა. ამ რიცხვიდან ჩაქედილ თიაქართა რიცხვი უდრიდა 139-ს, ოპერაცია გაკეთებული იქნა 117 შემთხვევაში. სიკვდილიანობის პროცენტი ჩაქედილ თიაქრების ნიადაგზე უდრის 18,8, რასაც ავტორი ხსნის იმით, რომ ჩაქედილი თიაქრიანი ავადმყოფები ხშირად დაგვიანებით მიმართავენ საავადმყოფოს.

6. ექ. თევზაძე — „**სახსრების დაავადება ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალის მიხედვით**“. (ავადმყოფების დემონსტრაციით). 5 წლის განმავლობაში (1919—1924 წწ.) აღნიშნულ კლინიკაში გატარებულია სახსრების სხვადასხვა დაავადებათა 253 შემთხვევა. კლინიკის ძველი მასალის დაწვრილებითი განხილვის შემდეგ, მომხსენებელი უჩვენებს კონფერენციას შემდეგ შემთხვევებს: Caries sicca art. humeri, Ankylosis cotxae utriusquae, arthritis deformans, art. genu utriusquae.

7. ექ თოღაძე — „**შარდსადინარის შევიწროების თანამედროვე მკურნალობის შესახებ**“. ავტორს მოჰყავს ლიტერატურული ცნობები შარდსადინარის შევიწროების თანამედროვე მკურნალობის შესახებ, რის შემდეგ ეხება ჰოსპიტ. ქირურგ. კლინიკის უროლოგიურ განყოფილებაში გატარებულ 36 შემთხვევას. 7 შემთხვევაში შარდსადინარის შევიწროების მკურნალობა წარმოებული იყო



ბუეების საშუალებით, 27 შემთხვევაში გაკეთებული იყო Urethrotomia externa, 2 შემთხვევაში—ოპერაცია Rochet-ს წესით. შარდსადინარის შევიწროების უმრავლესობა (90%) გონორეის ნიადაგზეა წარმოშობილი. ყველაზე უკეთეს შედეგს მკურნალობის მხრივ იძლევა urethrotomia externa; წინასწარ შარდის გადაყვანით. მომხსენებელს მოჰყავს გარეთა ურეტროტომიის საკუთარი გზა-წესი, რომელიც მდგომარეობს იმაში, რომ ურეტრა გამოიყოფა დიდ მანძილზე და მისგან წარმოიქმნება ორი ზონარი, რომლის საშუალებით ხდება შარდსადინარის ბოლოების მქიდრო ფიქსაცია.

8. ექ. ჯიბუტი, „ამოკვეთილ კენჭიან თირკმელების დემონსტრაცია“. 5 წლის განმავლობაში კლინიკაში გატარებულია nephrolithiasis 12 შემთხვევა. 10 შემთხვევაში გაკეთებულია ოპერაცია—nephrotomia—4-ჯერ, nephrectomia—3-ჯერ, pyelolithotomia—3-ჯერ. მომხსენებელი უჩვენებს კონფერენციას უკანასკნელად ამოკვეთილ კენჭიან თირკმელს, რომელიც საინტერესოა კენჭის სიდილის მხრივ. კენჭს, წონით დაახლოვებით 150,0, დაკავებული აქვს თითქმის მთელი თირკმელის არე და გარედან დაფარულია ატროფიული თირკმელის პარენქიმით.

9. ექ. შონია—„ჩიყვის საკითხისათვის“ 1906 წლიდან 1925 წლამდე ყოფილი მხილის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში გატარებული ყოფილა 57 ჩიყვიანი ავადმყოფი: struma nodosa—27 (62%) და struma diffusa—17 (38%). ოპერაციული დახმარება ჩატარებულია 41 შემთხვევაში, —enucleatio—25 (61%), ნაწილობრივი რეზექცია—14 (34%) და art. thyreoid. გადაკვანძვა—2. ყველა შემთხვევაში ოპერაცია გაკეთებულია ადგილობრივი ანესტეზიით.

10. ექ. წულუკიძე—„ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 1924 წლის მუშაობის ანგარიში“. საანგარიშო წლის განმავლობაში კლინიკაში სტაციონალურად გაუვლია 1008 ავადმყოფს—მამაკაცები 739 (73,5%), დედაკაცები—269 (26,5%). ოპერაციული დახმარება აღმოჩენილა 686-ჯერ—ქლოროფორმის ნარკოზით—263, ეთერის ნარკოზით—59, შერეული ნარკოზით (ეთერ-ქლოროფორმი)—28, ხერხემლის ტვინის ანესტეზიით—146, ეთერ-ზეთის ნარკოზით—2. სიკვდილიანობის საშუალო პროცენტი აღნიშნული წლის განმავლობაში უდრის—6,2%-ს.

11. ექ. ხაზარაძე—„ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 1925 წლის მუშაობის ანგარიში“. საანგარიშო წლის განმავლობაში კლინიკაში გატარებულია 1199 ავადმყოფი, აქედან მამაკაცები—854 (70,9%), დედაკაცები—345 (29,1%). გაკეთებულ ოპერაციების რიცხვი უდრის 820-ს. რაც შეეხება ანესტეზიას—ქლოროფორმის ნარკოზით ჩატარებულია 156 ოპერაცია (19%), ეთერის ნარკოზით 95 (11,6%), ეთერ-ზეთის ნარკოზით—3 (0,3%), კომბინური ნარკოზით—22 (2,7%), ხერხემლის ტვინის ანესტეზიით—322 (39,3%), ადგილობრივი ანესტეზიით—208 (25,3%). სიკვდილიანობის საერთო პროცენტი უდრის—5-ს. ასექტიურ ოპერაციებიდან მეორადი დაქიმივით შეხორცება აღნიშნულია 43 შემთხვევაში, ე. ი. 5,2%.

12. ექ. მარგველაშვილი—„ქლოროფორმისაგან დაგვიანებული სიკვდილიანობის საკითხისათვის“. 7 წლის განმავლობაში (1919—1926 წ.). ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში 6,558 ავადმყოფზე წარმოებულ ოპერაციებიდან



ქლოროფორმის ნარკოზით ჩატარებულია 2.039 ოპერაცია ე. ი. 3,08⁰/₁₀₀ ქლოროფორმის ინტოქსიკაციის ნიადაგზე დაგვიანებული სიკვდილი აღნიშნულია 5 შემთხვევაში. ქლოროფორმის ინტოქსიკაციის კლინიკური ნიშნებია: სხეულის კანის და თვალის სკლერის მკაფიო სიყვითლე, თვალების გამოჩეუყველება უხალისო, საერთო აპატია. მაჯა სუსტი და ხშირი. პათოლოგო-ანატომიური გაკვეთის დროს ყველა შემთხვევებში აღმოჩენილი იყო atrophia acuta flava hepatis.

13. ექ. გელოვანი. „შემთხვევა თირკმელის თავისებური ანომალიისა“. ავტორის მიერ აწერილია ცალმხრივი თირკმელის ერთი შემთხვევა. ავადმყოფი შემოვიდა კლინიკაში მარჯვენა თირკმელის ფისტულით, რომელშიაც ჩადებული ჰქონდა რეზინის მილი. მთელი შარდი გამოდიოდა ამ ფისტულიდან და გროვდებოდა ქურჭელში, რომელსაც ავადმყოფი მუდამ თან ატარებს. ცალმხრივი თირკმელის დიაგნოზი დასმულია ცისტოსკოპიის, ურეტროსკოპიის და პიელოგრაფიის საშუალებით. მარჯვენა თირკმელის ფისტულა დარჩენილია გაკეთებულ ოპერაციის—nephrotomy-ის შემდეგ.

14. ექ. ფანჯავიძე. „დაცურებული თიაქრები“. მომხსენებელი აღწერავს დაცურებული თიაქრების 9 შემთხვევას. 8 შემთხვევაში თიაქრის პარკის უკანა კედელს შეადგენდა ბრმა ნაწლავი, ერთ შემთხვევაში s—romanum-ი.

15. ექ. თოღაძე — „მამაკაცის სასქესო ორგანოების სიმსივნეები“. ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის და ყოფ. მიხეილის საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების 25 წლის მასალის მიხედვით საავადმყოფოში გატარებულია მამაკაცის სასქესო ორგანოების სიმსივნეების 70 შემთხვევა. აქედან—ასოს სიმსინე—14, წინამდებარე ჯირკველის—38, სათესლე ჯირკველის—18 შემთხვევა.

16. ექ. ფავლენიშვილი. „Substitutio adiposa renis“. მომხსენებელი უჩვენებს კონფერენციას ოპერაციის დროს ამოცილი თირკმელს, რომლის პარენქიმა სრულიად შეცვლილია ცხიმოვანი ქსოვილით. კლინიკაში ადგილი ჰქონდა 2 ამგვარ შემთხვევას. მსოფლიო-ლიტერატურაში აღწერილია სულ 19 ასეთი შემთხვევა. თირკმელის ცხიმოვანი ქსოვილით შეცვლის ეთიოლოგია ჯერ-ჯერობით საბოლოოდ გამორკვეული არ არის.

პროკედვტიულ ქირურგიულ კლინიკიდან. გაგმა—პროფ. ნ. ს. კახიანი.

1. ექ. ზაქარაია. „ხორხის ექსტრემაციის საკითხისათვის“. მომხსენებელს მოჰყავს ხორხის ექსტრემაციის 3 შემთხვევა პროპედვტ. ქირურგ. კლინიკიდან. 2 შემთხვევაში ოპერატიული ჩარევა ნაჩვენები იყო იმის გამო, რომ მბგერავ იოგებზე მოთავსებული იყო ავთვისებიანი სიმსივნე. მესამე შემთხვევაში მბგერავი იოგები განიციდდა კიბოსმაგვარ ინფილტრაციას. ყველა ეს ოპერაციები ჩატარებულია ადგილობრივი ანესტეზიით. პირველ შემთხვევაში შედეგი დამაკმაყოფილებელია (დაკვირვება სწარმოებს 16 თვის განმავლობაში), დანარჩენ ორ შემთხვევაში შორეული შედეგი უცნობია.

2. ექ. ჯაფარიძე ნ. თავის მოხსენებაში, „შარდბუშტის თიაქრების შესახებ“, აღწერავს 23 შემთხვევას, როდესაც თიაქართკვეთის დროს დაზიანებული



ყოფილა შარდბუშტის კედელი. ორივე შემთხვევაში შარდბუშტის თიაქარი გამო-
ცნობილია ოპერაციის დროს შბ. გაჭრის შემდეგ.

3. ექ. ბურჯანაძე — „თირკმელის პათოლოგიური ფუნქცია“. მომხსენებელი
აუწერს კონფერენციას თირკმელის-ფილის კენქის ერთ შემთხვევას, რის გამოც
გაკეთებული იქნა ოპერაცია nephrotomia. ოპერაციის შემდეგ საღმა თირკმელმა
ერთბაშად შეწყვიტა შარდის გამოყოფა, ხოლო ნაოპერაციებმა თირკმელმა შარ-
დის დიდი რაოდენობა გამოჰყო. ასეთი მდგომარეობა გავრძელდა 10 დღის
განმავლობაში. მე-10 დღეს ორივე თირკმელის ფუნქცია გათანაბრებულა.

4. ექ. ერისთავი — „პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკის 1922—23
წლის მუშაობის ანგარიში“. 2 წლის და 3 თვის განმავლობაში აღნიშნულ კლი-
ნიკაში სტაციონალურად გატარებული ყოფილა 1243 ავადმყოფი. ოპერატიული
დახმარება აღმოჩენილი ექნა 833 ავადმყოფს. სიკვდილიანობის საერთო პრო-
ცენტი უდრის 5-ს.

5. ექ. იოსელიანი — „Art. meningea media-ს დაზიანების კაზუსტიკისა
თვის“. (ავადმყოფების დემონსტრაციით). მომხსენებელს მოჰყავს art. meningea
media-ს დაზიანების ორი შემთხვევა. ოპერატიული ჩარევის შემდეგ ორივე შემ-
თხვევაში მიუღიათ ავადმყოფების განკურნება.

6. ექ. ტყავაძე — „ლიაპისისადმი იდიოსინკრაზიის იშვიათი შემთხვევა“.
(ავადმყოფ. დემონსტრაცია), მომხსენებელი უჩვენებს კონფერენციას ავადმყოფს,
რომელმაც ვერცხლის პრეპარატისადმი (argent. nitricum) გამოიჩინა მკვეთრი
იდიოსინკრაზია, რაც გამოიხატა ნერვიულ სისტემის აშლილობაში. აღნიშნულ
შემთხვევას ავტორი უკავშირებს ავადმყოფის ისტერო-ნევრასტენიულ კონსტი-
ტუციას.

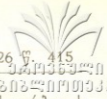
7. ექ. იოსელიანი — „ჯექსონის ეპილეპსიის ოპერაციული მკურნალობის
შესახებ“. მომხსენებელს მოჰყავს ტრავმატიული ეპილეპსიის 3 შემთხვევა. ერთ
შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ქალას ძვლის ჩაზნექვას, მეორე შემთხვევაში—
ქალას ძვლის ჩაზნექვას და ტვინის მაგარი გარსის დაზიანებას, მესამეში—ძვლის
დეფექტს, მაგარი გარსის და ტვინის ქსოვილის დაზიანებას. ოპერაციის შედეგი
დამაკმაყოფილებელია.

8. ექ. ზაქარაია — „ადგილობრივი ანესტეზიის შესახებ“. მომხსენებელი აღ-
ნიშნავს, რომ პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკაში ზოგად ნარკოზს სრუ-
ლიად უმნიშვნელო ადგილი აქვს დათმობილი. ოპერაციების დიდი უმრავლესობა
ტარდება ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ. რაიმე სერიოზულ გართულებას ად-
გილობრივი ანესტეზიის შემდეგ ადგილი არ ჰქონია.

9. ექ. ტყავაძე — „მუცლის კედლის კუნთოვანი პლასტიკის საკითხისათვის“.
მომხსენებელს მოჰყავს თერძის კუნთის გადანერგვის 8 შემთხვევა საზარდულის
მიდამოში არსებული დეფექტების დასაფარავად. გადანერგვა სწარმოებდა Чиж-
ის და de Garay-ს წესით. შედეგი დადებითია. დაკვირვება სწარმოებს რამდენიმე
თვიდან ერთ წლამდე.

ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ა. ბ. მაზაპარიანი.

1. ექ. ორლოვსკი — „ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის 1923 წლის
მუშაობის ანგარიში“.



2. ექ. ასლანიშვილი — „ენდემიური ჩიყვი საქართველოში“. ექ. ორბელის სტატისტიკური ცნობებისა და ქირურგიული კლინიკების მასალების მიხედვით მომხსენებელი დაასკვნის, რომ ჩიყვის ენდემიის უმთავრეს ადგილათ ითვლება ზემო სვანეთი (ორბელის სტატისტიკის მიხედვით ჩიყვიანების რიცხვი ზემო სვანეთში უდრის 20⁰/₁₀₀-ს, ქვემო სვანეთში კი — 2⁰/₁₀₀-ს). ჩიყვი გავრცელებულია აგრეთვე აღმოსავლეთ საქართველოში მდ. არაგვის ნაპირებზე. ჩიყვის ეთიოლოგიას ავტორი უკავშირებს ადგილების მალალ მდებარეობას და სასმელ წყალის გავლენას.

3. ექ. ხეჩინაშვილი „მრავლობითი ეხინოკოკის ერთი შემთხვევა“. (ავადმყოფის დემონსტრაციით). მომხსენებელი უჩვენებს კონფერენციას 22 წლის დედაკაცს, რომელსაც გაკეთებული ექნა ოპერაცია ღვიძლის ეხინოკოკის გამო. ოპერაციის დროს აღმოჩენილი ექნა მარცხენა საკვერცხის კისტოზური სიმსივნე, რომელიც ამოვსებული იყო ეხინოკოკის ბუშტულებით. ცოტა ხნის შემდეგ იმავე ავადმყოფს აღმოაჩნდა დიდი ბადექონის, ღვიძლის და ელენთის ეხინოკოკი. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა უკეთობით.

4. ექ. ჯავრიშვილი — მესხი. „Spondylose rhyzometlique Marie“. მომხსენებელი აღწერს ამგვარი დაავადების 2 შემთხვევას. ორივე შემთხვევაში ავადმყოფობას ახასიათებდა ხერხემლის მკვეთრი მოღუნვა, მალეების სრული ანკილოზი, ზურგის კუნთების მარტოვი ატროფია და მალეების უმტკივნეულობა პერკუსიის დროს.

5. ექ. ბერეჟიანი — „კუჭის მკვეთრი დაშვების და გაუვალობის შემთხვევა“. (ავადმყოფის დემონსტრაცია).

გავთა სნეულთა კლინიკის ძირუკრიული განყოფილებიდან. გაგვა — კარფ. ს. კ. გოგბიძიძე, განყოფ. გაგვა — ძ. კილუსანიძე.

1. ექ. ნემსაძე — *Hernia inguinalis sinistra cum descensus coeci et appendicitis herniarta*“. მომხსენებელი აღწერს ამგვარ თიაქრების 2 შემთხვევას.

2. იგივე — „საბჭოთა კავშირის რენტგენოლოგების II ყრილობის მუშაობის მოკლე ანგარიში“.

3. ექ. კიკინაძე — „თავის ტვინის თიაქრების შესახებ“. მომხსენებელს მოკყავს *encephalocle*-ს 4 შემთხვევა. ყველა შემთხვევაში სიმანხინჯე თანდაყოლილია. მკურნალობა — ოპერატიული.

4. ექ. რატიშვილი — „*Spina bifida*“. მომხსენებელი იხილავს აღნიშნული სიმანხინჯის წარმოშობის მიზეზებს, ეხება ამ საკითხის შესახებ არსებულ ყველა თეორიებს და თავის მხრივ დასძენს, რომ აღნიშნული სიმანხინჯის წარმოშობაში მნიშვნელოვანი როლი უნდა მიეკლთენოს შთამომავლობას და ენდოკრინულ ჯირკვლების ფუნქციის მოშლას.

5. ექ. ნემსაძე — „*Schlatter*-ის ავადმყოფობა“. მომხსენებელი უჩვენებს კონფერენციას *Schlatter*-ის ავადმყოფობის ერთ შემთხვევას. დიაგნოზს ასაბუთებს ანამნეზით, ობიექტიური გამოკვლევით და რენტგენგრაფიით.



გარდა ზემოაღნიშნულ მოხსენებებისა კონფერენციის სხდომებზე ჩატარებული იყო მთელი რიგი კლინიკურად საინტერესო ავადმყოფების დემონსტრაციისა. თითოეულ მოხსენების და ავ. დემონსტრაციის გარშემო გამართულ კამათში მონაწილეობას ღებულობდნენ სხდომაზე დამსწრე დასტაჟრები. 1924—26 წლ. შესდგა სულ 19 სხდომა. გარდა ქირურგიული კლინიკების წარმომადგენლებისა, კონფერენციის სხდომებს ესწრებოდნენ სხვა კლინიკების თანამშრომლები და ტფილისის საავადმყოფოების ქირურგიული განყოფილებების ექიმი-დასტაჟრები.

ექ. კ. ვ—ძე.

ბ ი ბ ლ ი ო ზ რ ა უ ნ ი ა.

Проф. Ю. Ю. Джанелидзе. Раны сердца и их хирургическое лечение.

Издание Ленинградского Медицинского журнала- 1927 г. цена 3 руб.

წიგნი ეკუთვნის ჩვენს თანამემამულეს ლენინგრადის სამედიცინო ინსტიტუტის პროფესორს იუსტინე ჯანელიძეს, შეიცავს 336 გვერდს და წარმოადგენს დიდ მონოგრაფიას გულის კრილოზების და მათ მკურნალობის შესახებ. გულის ქირურგია შედარებით ახალი დარგია; საკმარისია გავიხსენოთ, რომ პირველი ოპერაცია გულზე-გულის კრილოზის გაკერვა (კარდიორაფია), რომელიც გათავდა ავადმყოფის განკურნებით, შესრულებულია მხოლოდ 1896 წელს რომში იტალიელ დასტაქარის Farnia—ს მიერ, მან გაკერვა მარჯვენა პარკუჭის კრილოზა. თუმცა ქირურგები ამ ხანამდეც სცილობდნენ დახმარების აღმოჩენას გულის კრილოზის დროს ოპერაციით, მაგრამ ყველა ასეთი ცდა ავადმყოფის სიკვდილით თავდებოდა და სწორედ ამიტომ ამ ოპერაციას ახლო წარსულში ყველა დასტაქრები უტყუროდნენ, როგორც უიმედო და უაზროს. ისეთი გამოჩენილი და გამბედავი გერმანელი დასტაქარი, როგორც იყო ბილლრტი ამ 40-50 წლის წინად სწერდა: „ქირურგი, რომელიც გაბედავს გულის კუნთის გაკერვას, ღირსია იმისი, რომ დაკარგოს ამხანაგებისაგან პატივისცემა“.

პროფ. ჯანელიძის თავის შრომაში აქვს შეკრებილი მთელი მსოფლიო ლიტერატურიდან გულის კრილოზის ყველა შემთხვევა, სადაც ოპერატიული დახმარება ყოფილა აღმოჩენილი 1896—1921 წლამდე ე. ი. 25 წლის განმავლობაში. სულ ყოფილა გაკეთებული 535 კარდიორაფია. აქედან რუსეთის დასტაქრებს ეკუთვნის 106 შემთხვევა. დასმული საკითხი ავტორის მიერ ზედმიწევნით და სავსებით არის შესწავლილი და შრომაში თითქმის მთლიანად არის გაშუქებული.

ავტორი ენება საკითხის ისტორიას, გულის კრილოზების დახასიათებას, სიმპტომოპათოლოგიას, დიაგნოზს, ყველა მეთოდებს კარდიორაფიის—გართულებებს და, რაც საინტერესოა, საბოლოო შედეგებს. კარდიორაფია ე. ი. გულის კრილოზის გაკერვა წარმოადგენს, სასიცოცხლო ოპერაციას და მისი ტენზია თანამედროვე დასტაქარმა უნდა იცოდეს ისე, როგორც ყოველივე ექიმმა ტრანეოტომიის გაკეთება და სისხლის დენის გაჩერება. პროფ. ჯანელიძის წიგნი ქირურგისათვის უნდა გადაიტყოს სამაგიდო წიგნათ და მის შინაარსს, ჩემის აზრით, უნდა ზედმიწევნით გაცნოს ყოველი დასტაქარი. გულის კრილოზების დროს, ოპერაციის გაკეთება ქირურგს, ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო, ისე სწრაფად უხდება, რომ მას დრო არა რჩება არამც თუ სათანადო სახელმძღვანელოს ან სათანადო თავის გადათვლიერებისათვის, არამედ ხშირად წესიერად ხელის დაბანასაც და იარაღების მომზადებასაც ვერ ასწრებს. ქირურგს, სამწუხაროდ, არ შეუძლია ამ ოპერაციის დროს სხვისი გამოცდილებითაც კი ისარგებლოს, რადგანაც ამ დარგში გამოცდილი ქირურგები ძალიან ცოტანი (თითო ოროლა) არიან. ბევრ ქირურგს მთელი თავის ხანგრძლივ მოღვაწეობის დროს ერთხელაც არ შეხვედრია, არამც თუ გაკეთება, არამედ სხვის ოპერაციასედაც დასწრებაც კი.

პროფ. ჯანელიძის შრომიდან სჩანს, რომ 535 ოპერაცია გაუკეთებიათ 372 დასტაქარს ე. ი. თითო დასტაქარსზე მოდის 1,4 ოპერაცია. 1921 წლამდე ყველაზე ბევრჯერ კარდიორაფია აქვს გაკეთებული გერმანელ დასტაქარს Hesse—ს; და ფრანგს Constantini—ს; თითოს აქვს ექვს ექვსი შემთხვევა; რუსეთში კი პროფ. ცეილდერს, გრეკოს და ჯანელიძეს—ხუთ-ხუთი შემთხვევა. 1921 წლის შემდეგ უკანასკნელს ქონია კიდევ ორი შემთხვევა და მას ახლა მასასადამე აქვს უკვე შეიდი შემთხვევა.

ძლიერ ბევრი საინტერესო ცნობებია მოყვანილი პროფ. ჯანელიძის წიგნში.



გულის კრილობა უფრო ხშირია თურმე ახალგაზრდა ასაკში 20—30 წლამდე. ომიანობის დროს ქალაქებში (ომის ასპარეზის გარეშე) გულის კრილობა ძალიან იშვიათია და უფრო ნაკლებია, ვიდრე მშვიდადბინობის დროს, და ამას აეტორი ხსნის იმიით, რომ ამ დროს ახალგაზრდობა გაწვეული იყო ჯარში და ომის ასპარეზზე იმყოფებოდა. 535 შემთხვევიდან ტყვეთი ყოფილა დაპრილი 133 ე. ი. 25%⁰, დანარჩენი სხვადასხვა ბასრი და მჩხვლეტი იარაღით. 32,2%⁰ (1/3) კრილობა გამოწვეულია თვითმკვლელობის მიზნით; 62,7 (ე. ი. 2/3 სხვას მიუყენებია განზრახ და 5%⁰—ში კრილობას ჰქონია შემთხვევითი—უცებედი ხასიათი. აღსანიშნავია აგრეთვე ის, რომ ქალაქები, რომელიც მდებარეობენ სამხრეთით ან ზღვის პირათ (გამბურგი, ნეაპოლი, შტეტინა, მარსელი) უფრო მეტ შემთხვევას იძლევიან გულის კრილობისას, რუსეთში ყველაზე მეტი შემთხვევა კარდიორაფიისა 109—დან 62 ე. ი. 63,3%⁰ მოდის ლენინგრადზე (ოზუბოვი და პეტრე-პავლეს საავადმყოფო). სახელმწიფოთა შორის 353 შემთხვევა ნაწილდება ასე: რუსეთი 109, გერმანია 103, იტალია 90, საფრანგეთი 83, (ნახევარზე მეტი მოდის პარიზზე) ავსტრია 50, ამერიკა 46, პოლონეთი 15, ინგლისი 11; დანარჩენი 28 ნაწილდება დანარჩენ სხვადასხვა სახელმწიფოთა შორის.

გულის კრილობის გამოცნობა ყოველთვის ადვილი არაა, სწორი დიაგნოზი ოპერაციის წინ ყოფილა დასმული მხოლოდ 54,6%⁰, თვით აეტორს 7-შემთხვევაში 4-ჯერ დაუსვამს სწორი დიაგნოზი, რაც უდრის 56,1%⁰, 1,53%⁰—ყოფილა სათუო; 39,2%⁰ დიაგნოზი არ ყოფილა დასმული და გულის კრილობა შემთხვევით აღმოუჩენიათ სხვადასხვა ორგანოს (გულ—მკერდის არეში) კრილობის გამო დახმარების აღმოჩენის დროს. რაც შეეხება ოპერაციის შედეგს—განკურნებულია 236; გარდაცვლილა—299. მამაკაცთა შორის სიკვდილიანობის % უდრის 54,7%⁰—დედაკაცთა შორის 50,8%⁰, სიკვდილიანობის მიზეზი საერთოდ 50,2%⁰ ყოფილა მწვავე ანემია (სისხლის დაკარგვისაგან) 40,5%⁰—ინფექცია. % განკურნებისა დამოკიდებულია აგრეთვე წლოვანებაზე. 1—10 წლამდე განკურნებულია 75%⁰. 11—20 წლამდე—54,7%⁰; შემდეგ ხანაში განკურნების % ეცემა და 51—60 წლამდე უდრის მხოლოდ 22,2%⁰—ს.

რაც უფრო ადრე გაკეთებულია ოპერაცია, მით უფრო უკეთესი შედეგია მიღებული. პირველ ოთხ საათის განმავლობაში გაკეთებულ ოპერაციათა შორის განკურნება უდრის 51,7%⁰, აქეს მნიშვნელობა აგრეთვე კრილობის ხასიათს, მის სიდიდეს, მდებარეობას და მეტადრე სხვა დასხვა გართულებებს. (ჩირქოვანი პერიკარდიტი, ემიემა, პნევმონია და სხვა), რომელიც აეტორის გულის კრილობას და კარდიორაფიას. რა თქმა უნდა, აქეს მნიშვნელობა აგრეთვე ქირურგის საზოგადო და მეტადრე სპეციალურ (კარდიორაფიაში) გამოცდილებას და მომზადებას.

წიგნს აქვს დართული ბევრი ცხრილები, რომელიც უადვილებენ მკითხველს შინაარსის შეთვისებას და 40-მდე სურათი. მეტადრე მდიდარია სურათებით ის ნაწილი, სადაც აეტორი აწერს კარდიორაფიის სხვადასხვა მეთოდებს და ტენიკას; აქ იგი ენება ყოველივე წერიმალს, რომელსაც აქვს დიდი მნიშვნელობა ოპერაციის შედეგისათვის. ასწერს თითქმის ყველა მეთოდს, რომელიც იყო სხვა და სხვა აეტორების მიერ შესრულებული ან მოწოდებული. ენება იარაღებს და მასალას, იმასაც კი თუ როგორ უნდა მოეხმაროს ან რა უნდა გააკეთოს ქირურგის თანაშემწემ ოპერაციის დროს. ამასთან ერთად აეტორი იყენებს თავის გამოცდილებას და კრიტიკის ცეცხლში ატარებს ყველა წესებს და წინადადებებს და მკითხველს აძლევს საბოლოო რჩევას ამა თუ იმ საკითხის გაშუქების დროს.

აეტორი შრომაში არ ენება გულის კრილობის შეზორცების პროცესს (ჰისტოლოგიას), პერიკარდიუმის განცალკევებულ დაზიანებას, ოპერაციებს, რომელიც გაკეთებულია გულზე—გარეშე სხეულების ამოსაღებად და გულის გვირგვინოვან სისხლის ძარღვების დაზიანებას. თუმცა უკანასკნელ საკითხის შესახებ აეტორი აშაადებს ცალკე შრომას, მაგრამ ასეთი საკითხების გამოტოვება მონოგრაფიის ნაკლად უნდა ჩაითვალოს. რაც შეეხება საბოლოო ხანგრძლივ შედეგებს კარდიორაფიის შემდეგ, ეს საკითხიც სანუგეშოთ სწყდება. ლიტერატურაში ყოფილა აღწერილი 18 წლის დაკვირვებები, და უმეტეს შემთხვევებში ავადმყოფები ისე გამოკეთებულან, რომ მათ შესაძლებელია გაგრძელება თავიანთ ძველი და ზოგჯერ მძიმე პროფესიისაც კი, როგორც არის ხარაზობა, დურგლობა, სამხედრო სამსახური და სხვა. პროფ. ჯანფელიძის ერთ ავადმყოფს უცოცხლია 12 წელიწადი, იმის და მიუხედავად, რომ ამ ხნის განმავლობაში მას გადაუტანია Lues, -ი

სკორბუტი, პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფი, პნეუმონია, გრიპი და სხვა. ზოგიერთებს შემდეგში ოპერაციაც კი გადაუტანიათ ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ. ავტორი აღნიშნავს, რომ დაჭრილი გული ქლოროფორმის ნარკოზს ჩვეულებრივად—კარგათ იტანს. 5%⁰-ტი კარდიორაფისა ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ ყოფილა გაკეთებული, და ქლოროფორმის ცუდი გავლენა ლიტერატურაში არ არის აღნიშნული. თვით პროფ. ჯანელიძე კი მომხრეა უფრო ეთერის ნარკოზის, რადგანაც ამ ნარკოზით გაკეთებულ კარდიორაფიის სიკვდილიანობა უდრის 44,2%⁰ ქლოროფორმით კი 55,8%⁰—ს.

წიგნი საზოგადოთ ფრიად საინტერესოა და გატაცებით იკითხება. კიდევ ბევრი საინტერესო ცნობის ამოკრეფა შეიძლებოდა ამ წიგნიდან, მაგრამ ადგილი ნებას არ გვაძლევს და ამით გავათავებ მის განხილვას. ვისაც სურს და აინტერესებს კარდიორაფიის საკითხი, საჭიროა პირადათ გაეცნოს პროფ. ჯანელიძის შრომას. ქირურგს შეუძლია ამ წიგნიდან ბევრი ცოდნა შეიძინოს და ბევრი ისეთი ცნობები ამოკრიფოს, რომელიც მას ცხოვრებაში დიდ სამსახურს გაუწევს, მეტადრე თუ ცხოვრება არ გუნებს მას კარდიორაფიის გაკეთებას. მე ღრმათ ვარ დარწმუნებული, რომ ამ წიგნის გაცნობის შემდეგ ქირურგები უფრო მომზადებული იქნებიან კარდიორაფიის გასაკეთებლად და პროცენტი განკურნებისა ამ ოპერაციის შემდეგ მათ ხელში უფრო დიდი იქნება.

ექვს გარეშეა, რომ კარდიორაფიის მომავალ წარმატებაში დიდი დამსახურება და ღვაწლი მიუძღვის მონოგრაფიის ავტორს პროფ. ი. ი. ჯანელიძეს, რომელმაც თავის გამოქვეყნებულ შრომით გაუადვილა დასტაქრებს საკითხის მთლიანად და ზედმიწევნით შეთვისება და შესწავლა.

პროფ. გ. მ—ძე.

რ ე ჟ ე რ ა ტ ი ბ ი.

„Beiträge zur Chirurgie der Blutleiter des Gehirns“. Von Dr. E. Neymann. 1927. Beitr. z. cl. Chir. 139/2. 1927.

„მასალები თავის ტვინის სისხლძარღვთა ქირურგიისათვის“. Dr. E. Neymann. „B. B. z. kl. Chir.“ 139/2. 1927.

თითქმის ყველა დასტატურები ერთნაირად აღიარებენ, რომ თავის ტვინის სისხლის მიღების resp. სინუსების დაზიანება, როგორც ომიანობის, ისე მშვიდობიანობის დროს ძალიან ცუდ პროგნოზს იძლევა. E. Peyr-ის სტატისტიკით ცოცხალი რჩება სულ 3—5% პროგნოზი ცუდია აგრეთვე მაშინ, როდესაც კეთდება ოპერაცია თავის ტვინის სიმსივნის ამოსაღებათ, თუ უკანასკნელი შეზრდილია დიდ სისხლის ძარღვთან, res. სინუსთან. ოპერაციის დროს სისხლის მიღის გადაჭრა მაინც და მაინც საშიში არ არის. საშიშია მხოლოდ სინუსის ან სისხლის ძარღვის გადაჭრა მაშინ, როდესაც მათ მახლობლად მრავალ უჩინარ ადგილებიდან: მაგარი გარსიდან, ძვლიდან და სხვა რომელიმე ადგილიდან დაიწყება შეუჭრებელი სისხლის დენა. Sinus-ის დაზიანებას შედეგად მოჰყვება სუნთქვის და გულის სიმდაბლე, გონების დაკარგვა, გვილექტიური კრუნჩხვები. ერთი სიტყვით ბუნებრივი და ზივის ცენტრალური სიმდაბლე. ეს ამტკიცებს იმას, რომ სისხლის მიღება და ტვინის ცენტრებს შორის არსებობს უშუალო კავშირი. ავტორს ჰქონია შემთხვევები, როდესაც მხოლოდ სისხლის ძარღვის გადაჭრას, ან რბილი და მაგარი გარსის სისხლძარღვის გადაკეანჭვას გამოუწვევია ზემოაღნიშნული მოვლენები. ზოგიერთ შემთხვევაში მოჰყოლია ავადმყოფის სიკვდილი მეორე დღესვე. დამტკიცებულია, რომ სიმპატიური ნერვიული ბოჭკოები აკავშირებენ სისხლძარღვთა ცენტრებს. შესაძლებელია სინუსის კედლებიდან რეფლექტორული მოქმედება გადაეცეს ტვინის ცენტრებს და გამოიწვიოს შემკაცვებელი ცენტრების სიღამბლე. არავითარ შემთხვევაში ზემოაღნიშნული მოვლენები არ უნდა მივაწეროთ უბრალო ვენურ სისხლის შეჩერებას ან საერთოდ სისხლის მიმოქცევის მოშლას.

ავტორს შემცდარად მიაჩნია ის აზრი, თითქოს სინუსებს სისხლი მხოლოდ გამოჰქონდეს ტვინიდან და მისი პარკუტებიდან. ოპერატიულ ჩარევის დროს წარმოებული დაკვირვებები გვიჩვენებს, რომ სისხლი არა მარტო ტვინიდან გადადის სინუსებში, არამედ ხშირად უკანასკნელიდან ტვინშიც შედის. ეს აიხსნება იმით, რომ ტვინში არსებობს თავისებური ხასიათის სისხლის მიმოქცევა. თავის ტვინში ვენური სისხლის მიმოქცევა ორგვარია: არტერიები ტვინის ფუძედან შედიან ტვინში და გადადიან ვენურ ქსელში, რომლის დაიშნულუბას შეადგენს უკვე გამოყენებული სისხლის წალბა. მრავალი ვენები სტოვებენ არტერიებს ტვინის ფუძეზე და ერთიან ქალას ფუძეზე მოათავსებულ სინუსებს.

გარდა ამ სისხლძარღვთა ქსელისა ტვინის მაგარ გარსში არსებობს მეორე ვენური სისტემა, რომელიც კარგადაა განვითარებული არა მარტო ფუძეზე, არამედ ტვინის ჰემისფერობებზედაც და რომელიც მრავალი არხებით დაკავშირებულია ტვინის ვენებთან. როდესაც ამა თუ იმ მიზეზით სისხლის მიმოქცევა დაირღვევა, სინუსები ახდენენ კომპენსაციას.

სინუსის დაზიანების საშიშროება მდგომარეობს იმაში, რომ შეიძლება ერთის მხრივ დაიწყოს სისხლის დენა და მეორეს მხრივ განვითარდეს ზივის ცენტრის სიღამბლე. როგორც სიღამბლის სიმძიმე, ისე სისხლის დენა სხვადასხვაწაირია იმისდა მიხედვით, თუ როგორია თვით ქალას ჭრილობა.

მაშინ, როდესაც ჭრილობა ბლაგვია, სწორკედებითი გასული ჭრილობაა, ან ნაჩხლეტია და თავის ქალა დაზურულია. სინუსიდან სისხლის დენა უმნიშვნელოა, ან სრულიად



არ არსებობს. მაგრამ, როდესაც თავის ქალა გახსნილია სიმსივნის ამოღების მიზნით, იყენებენ ძლიერი სისხლის დენა არა თვით სინუსიდან, არამედ მრავალ უჩინარ ადგილებიდან, როგორც ეს ზევით იყო აღნიშნულ.

სწორედ ასეთივე განსზვავება სიღამბლის სიმძიმის მხრივაც. იგი სხვანაირია მაშინ, როდესაც sinus-ი დაზიანებულია და ქალა რჩება დაუზიანებელი და სულ სხვა ხასიათისა მაშინ, როდესაც სინუსის დაზიანება ხდება ქალას გახსნის შემდეგ ოპერაციულ ჩარევის დროს. უკანასკნელ შემთხვევაში, როგორც ამას ადგილი აქვს ოპიათობის დროს, ქალას დაკრის შემდეგ ვითარდება სიღამბლე და ავადმყოფი იღუპება ისე, რომ არ არის გამოხატული არც სისხლის დენის და არც commotio cerebri-ს ნიშნები.

ავტორს მოჰყავს შემთხვევა ქალას კრილობის სავიტალურ ხახუე—დაზიანებული ყოფილა ტვინი და სინუსი, უკანასკნელის კედლები ჩაფლული იყო ტვინის კრილობის ადგილას წარმოქმნილ მასაში. როდესაც კრილობა ამოიწმინდა წინასწარ სისხლის ძარღვის გადაკვანძვის შამდე, აღმოჩნდა სწორ კედლებიანი ორმო პატარა მანდარინის ოდენა. გამოირკვა, რომ სისხლის დენა არ ყოფილა სინუსიდან, არამედ სხვა მრავალ უჩინარ ადგილებიდან. როდესაც სისხლის დენა იწყება სინუსის მახლობლად, ავტორი გვიჩვენებს ტამპონაციას, ან კუნთის თავისუფალ გადანერგვას Horsley-ის წესით.

იმის დასამტკიცებლად, რომ სინუსის დაზიანების დროს შეიძლება სისხლის დენა სრულიად არ იყოს, ავტორს მოჰყავს შემთხვევა: ავ. 32 წლისა დაკრილი ყოფილა ომში, ყუბარის ნატეხი მოხვედრია საუფთქლის არეში. რენტგენის სურათზე — ყუბარის ნაწიბურევი კვდის ძელის არეში პეროპილის შესართავთან გაკეთებული იქნა ucpanatio: აღმოჩნდა sinus occipitalis-ში თავისუფლად მდებარე ყუბარის ნაწიბურევი. სისხლის დენის ნიშნები არ ყოფილა. დაკრილ სინუსიდან სისხლის არდენა, ავტორის აზრით, შესაძლებელია, თუ ქალა მთელი (დაუშვებრეველი) დარჩება ან მისი ნახურეტი იქნება სწორ კედლებიანი; სინუსში სისხლის წინევა, როდესაც ქალა დახურულია, საზოგადოთ უარყოფითია და ასეთივე შეიძლება დარჩეს მიუხედავად ტრილობისა. Sinus-ის დაკრა ქალას დაზიანების დროს მეტად ძნელი ამოცანაობია. Brun-ს Klein-ის კლინიკიდან მხოლოდ 2,4% შემთხვევაში ამოუცვინა სინუსის მონაწილეობა ქალას დაზიანების დროს. სიკვდილის შემდეგაც კი იწვიათა სისხლის ჩაქცევის ნახევა sinus-ის დაზიანების ადგილას, რასაც ავტორი ხსნის უკანასკნელის კედლების შენობის თავისებურებით. იგი არ წარმოადგენს ერთ მთლიან მიღს, როგორც საერთოთ სისხლის მილი, არამედ დაყოფილია მრავალ დამატებით ღრუებთ ნახე ხარისხებით.

ოპერაციულ ჩარევის დროს სისხლის მიღების (სინუსების) დაზიანება ყოველთვის საშიშია იმ მხრივ, რომ სისხლის დენა დაწყება sinus-ის მახლობელ უჩინარ ადგილებიდან და გარეა ამისა დაერთვის ხოლმე ამით იმ ხარისხების ცენტრების მოშლილობანი. ყველაზე ნაკლებად საშიშია sinus occipitalis-ის გადაკვანძვა. ყველაზე უფრო საშიში მღვიმოვან სინუსის ხელის ხლება. სასიფათოა აგრეთვე sinus sagitalis superior-ის გადაკვანძვა. უფრო ძნელი გადასატანია მისი გადაკვანძვა თხემის ქვეშ და კვდის მიდამოში, ვიდრე წინ crista galli-ის ზევით.

ავტორი აგვიწერს შემთხვევას, როდესაც შუბლის მიდამოში sinus sagitalis არეში ყოფილა მოთავსებული ხორცმეტი და უკანასკნელის ამოცლას მოჰყოლია ვეგეტატიურ ცენტრების სიღამბლე. რასაც ავტორი ხსნის სიმსივნის მკიდროთი შეზრდით სისხლის ძარღვებთან.

საკუთარი დაკვირვებების მიხედვით ავტორი დაასკვნის, რომ ექსტრა ცრებრალური სიმსივნები ხშირად იწყევენ ცენტრების მოშლას, როდესაც ივინი სისხლის მიღებთან ახლოს არიან მოთავსებული. ამ მხრივ ბახალური სიმსივნეები უფრო საშიში არიან, რადგან იქ ბევრი სისხლის ძარღვებია.

შემდეგ ავტორი ებება სუბდურალურ სიმსივნეების დიაგნოსტიკას და განსაკუთრებულ მნიშვნელობას აწერს რენტგენის სურათს, შემდეგ ჰაერის შეყვანის ტვინის პარკუბებში და ნეფროს პათოლოგიურ გამოკვლევებს. დიდ მნიშვნელობას აძლევს სიმსივნეების დროს ტვინში წინევის მომატებას, როდესაც შეყვანილია ჰაერი სულ მცირე რაოდენობით კი. გარდა ამისა სიმსივნეების, resp. ტვინის დაკრის დროს სითხის წარმოშობა და დაკრული სითხის ანახლარება აჩქარებულია. მაგ, როდესაც ხდება სითხის შეწოვა პარკუბებიდან (პუნქციის დროს) იმდენად სწრაფად ხდება მისი ანახლარება, რომ Payr-ი უწოდებს მას Liquorwelle-ს ე. ი. სითხის ტალღა.

როდესაც ტვინის წნევა ნაკლებია, მაშინ დაკარგული სითხის შევსება ძალიან ნელა ხდება. თუ რენტგენის სურათზე პარაკუტები ძალიან ვიწროთ მოსჩანან და ამევე დროს ყველა სივრცეები, ცისტერნები და სუბარანოიდალური არეები ყველგან დაკავებულია ჰაერით, ეს ამტკიცებს იმას, რომ სითხის გამოყოფა შემცირებულია. აღსანიშნავია აგრეთვე ის მოვლენა, რომ როდესაც სცდილობენ ჰაერით ან სითხით გაავსონ სივრცეები ქალას შიგნით, ამას შედეგათ მოსდევს ტვინის წნევის მომატების ნიშნები. იშვიათია სისხლის დენის და ტვინის წნევის მომატების ნიშნები არ იყოს გამოზატული ქალას ძვლის ამოჭრილ ნაჭრის გადაწევის და მაგარი გარსის გაჭრის დროს, თუ სიმსივნე sinus-ის მახლობლადაა და, განსაკუთრებით კი, თუ იგი მოთავსებულია შუბლის ნაწილში. ინტრაცერებრალურ სიმსივნეების ამოცილის დროსაც (თუ სინუსთან ახლოს არიან მოთავსებული), ისეთივე მოშლილობას აქვს ადგილი, როგორც ექსტრა ცერებრალურ სიმსივნეების ამოცილის დროს.

შემდეგ ავტორი ეხება sinus-ების რეზექციის საკითხს და აღნიშნავს, რომ სინუსის ამოკვეთას სხვადასხვა ადგილას სხვადასხვანაირი შედეგი მოჰყვება. მაშინ, როდესაც *s. sagittalis sup.* გადაჭრილი იყო დასაწყისში ან შუაში, თითქმის ყოველთვის ავადმყოფი დაღუპულა, ხოლო, როდესაც ამოკვეთილი ყოფილა *Confluens sinuum*-ის ზეითვე ჩანაკადი, ავადმყოფები ცოცხალი გადარჩენილან. ამის დასამტკიცებლად მოჰყავს რაღდენიმე შემთხვევა კარგი შედეგებით.

დაბოლოს ავტორი გვიჩვენებს სიფრთხილედ გამოვიჩინოთ სინუსის რეზექციის წარმოების საკითხში. მაშინაც, როდესაც დარწმუნებული ვართ იმაში, რომ სიმსივნე კეთილთვისებიანია, უნდა გვახსოვდეს, თუ რა საშიშროებას წარმოადგენს მაგარ გარსთან და სინუსთან შეზრდილი სიმსივნის ამოცლა და ამიტომ უარი უნდა ვსთქვათ ოპერაციაზე მაშინ, როდესაც მასთან ერთად *sinus*-ის რეზექციაც იქნება საჭირო. მხოლოდ უკანასკნელ შემთხვევაში, როდესაც მოსალოდნელია ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესება და დაღუპვა, ძალაუფებურად უნდა ავირჩიოთ ეს გზა და სიმსივნესთან ერთად მოვახდინოთ სინუსის რეზექციაც. სიმსივნის რეციდივის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ამოცლა ყველაფერ იმისა, რაც მასთანაა დაკავშირებული. ამნაირი გზით ავტორს სიკვდილისაგან გადაურჩენია მთელი რიგი ავადმყოფებისა. ერთ შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნე მოთავსებული ყოფილა შუბლის და თხემის არეში ოპერაციის დროს, მიუღია მეტად ძლიერი სისხლის დენა. სისხლის დენა დაწყებულა ტრეპანის მიდებისთანავე და ძვლის ნაჭრის გადაწევისას მას მიუღია საშიშარი ხასიათი. სისხლის დენა შეჩერდა მაშინ, როდესაც მაგარი გარსი შემოჭრილი იქნა და დაიწყო სიმსივნის გამოყოფა. საერთოთ ამგვარ მოულოდნელ შემთხვევებს ტვინზე ოპერაციების წარმოების დროს აქვს ადგილი და, თუ ოპერაცია სასურველად თავდება, ამას აქვს ბედნიერი შემთხვევის ხასიათი.

Танамедрове Медицина.

(Современная медицина № 7-8.)

РЕФЕРАТЫ.

Д р А. Мамулайшвили. О секреторной функции желудочного сока при амёбной дизентерии.

Автор изучал состояние секреторной функции желудка у больных амёбной дизентерией. Исследован был желудочный сок у 25 больных, оказалось что среди них были случаи как с пониженной кислотностью (48⁰/₀), так и с нормальной (20⁰/₀) и даже с повышенной (32⁰/₀). Наблюдения показали, что во всех случаях понижения кислотности желудочного сока были резко выраженные явления общего характера: кахексия, изменения качественного и количественного состава крови и т. д.

Напротив, в случаях, где не были выражены явления истощения и понижения тонуса организма, изменение кислотности желудочного сока во всяком случае в сторону понижения не отмечалось. Отсюда автор заключает, что амёбная дизентерия не имеет специфического влияния на изменение секреции желудка, и если таковые и встречаются, то только как вторичные явления, как результат общего истощения и нарушения обмена веществ.

И. Цинцадзе. Случай афонической недостаточности аортальных клапанов.

Автор описывает случай комбинированного порока сердца с недостаточностью и стенозом митральных клапанов и недостаточностью клапанов аорты, но без диастолического шума на основании сердца. Недостаточность клапанов аорты доказывается существованием всех характерных симптомов этого заболевания, кроме шумов: биение артерий, *p. celer et altus*, двойной тон Траубе, двойной шум Durosiez, капиллярный пульс Quincke, резкое увеличение пульсового давления и малое диастолическое давление.

Автор объясняет отсутствие диастолического шума на аорте 2 обстоятельствами: 1) существованием поражения митральных клапанов, вследствие чего волна крови, переходящая в аорту, меньше обычной и 2) расширением аорты, вследствие чего обратная волна крови с аорты не встречает со стороны пораженных клапанов значительного препятствия.

П. Нанейшвили. О некоторых изменениях ц.-спинальной жидкости во время менингитов.

Автор производил количественное определение хлоридов и сахара в ц.-спинальной жидкости в 22 случаях туберкулезного менингита, в 19 случаях Meningitis C.-spinalis purulenta, и в 50 случаях менингеальных явлений при инфекционных болезнях и пришел к следующим выводам.

1. Понижение хлоридов встречается при всех формах менингита.
2. Чаще всего это понижение встречается во время туберкулезного менингита, но строить на этом дифференциальную диагностику автор считает невозможным, т. к. хлориды и во время туберкулезных менингитов остаются в пределах нормы, тогда как и в течении менингеальных явлений при инфекционных болезнях они нередко испытывают большое понижение.
3. Автор подтверждает, что понижение сахара в ц.-спинальной жидкости всегда указывает на менингит, но нормальное его содержание или даже повышение не могут исключить его, по данным автора.
4. Ни определение хлоридов, ни определение сахара нельзя считать надежным средством для отличия т. н. менингитов от менингитов.
5. Автор подтверждает хорошее прогностическое значение повышения количества сахара ц.-спинальной жидкости во время ц.-спинальных менингитов.
6. Автор считает нужным лишний раз подчеркнуть возможность полинуклеоза в течении туберкулезного менингита вместо обычного при этой болезни лимфоцитоза.

Д-р Хуцишвили. Перевязка внутренней яремной вены при Sinus thrombosis-e ушного происхождения.

Автор приводит пять случаев синустромбоза из материала ото ларингологической клиники Тифл. Государств. универс.; из упомянутых пяти случаев перевязка вены была произведена только в двух с ясно выраженным синустромбозом и тромбозом яремной вены. На основании литературы и своих данных, автор приходит к следующему заключению: 1. лечение синустромбоза и отогенной пиемии только лишь оперативное, 2. перевязка внутренней яремной вены не обязательна во всех случаях синустромбоза и показана лишь при распространении тромбоза в самой вене.

Д-р Г. Джибути. Послеоперационная задержка мочи и ее лечение фармакологическими веществами.

Автор приводит новейшие взгляды на физиологию и иннервацию мочевого пузыря, и послеоперационной задержки мочи и ее лечения некоторыми фармакологическими средствами. Приводит свои наблюдения, которые он проводил в клинике, применяя уротропин, пилокарпин и серно кислую магнезию интравенозно или подкожно. Уротропин, в виде 40% раствора 5,0 и пи-

локарпин в виде 1% раствора вводил в вену, а серноокисл. магниезию в виде 25% раствора впрыскивал под кожу — по 2,0.

Из 62 случаев применения уротропина положительный результат получил в 67%. Осложнение отмечено в 3-х случаях в виде цистита и легкой гематурии, длительность которых не превышала 3-х — 6-ти дней. Пилокарпин впрыснут 50 раз.

Положительный результат — в 96%. В большинстве случаев эффект получен в первые же 3—5 минут после впрыскивания.

Раствор сернист. магниезии применен в 15 случаях; результат положительный лишь в 3-х случаях, в остальных желаемого действия не было. С пилокарпином и серно кис. магниезией никаких осложнений не отмечено.

Автор первое место отводит пилокарпину, как наилучшему средству против задержки мочи в послеоперационном периоде, после него уротропину; а что касается серно кис. магниезии, то она лишь в редких случаях дает желаемый эффект.

Курашвили. к вопросу о лечении острого травматического tetanus-a.

Автор приводит тяжелый случай острого травматического tetanus'a, имевший место в Госп. хирург. клин. Гос. У-та и окончившийся выздоровлением. По мнению автора лучшие результаты дает комбинированный метод: метод Basselli (леч. карболовой кислотой), серотерапия (леч. антитетанической сывороткой), соединенные с симптоматическим лечением.

Д-р Г. Хечинишвили. Значение реакции Ruge II и Philipp'a при искусств. аборте.

Учитывая важность изучения состава флоры женской половой сферы и то внимание, которое уделяется изучению ее в настоящее время как на Западе так и в России, автор придает большое значение выяснению взаимоотношений между вирулентностью микробов, обитающих в женской половой сфере (имеется в виду вульва, вагина и цервикальный канал), и защитительными силами крови.

Для установки этого взаимоотношения, по примеру как западно-европейских (главным образом немецких), так и русских ученых, автор пользуется не так давно предложенной реакцией Philipp'a, считая реакцию Ruge II устаревшей и оставленной всеми.

Наблюдения производились автором над септическими абортными больными. Наблюдению подверглись 10 случаев.

Процент правильности указаний реакции Philipp'a в случаях автора колеблется около 80-ти, в то время, как у Виноградовой этот процент равен 79; у других авторов же он колеблется от 50 до 100.

Т. Николайшвили. Лечение скрофулезного заболевания глаза рыбьим жиром.

Результаты терапии фликтенулезных заболеваний глаза, существующими до сих пор способами, (per os: препараты железа, мышьяка, Aq. calc., ol. jecor. aselli и др.; местно: Ung. Hydrarg. pp. flav., каломель, 1% Sol. Atrop. sulf., 1% sol. Pilocarp. mur., sol. cocain. mur. и др., в зависимости от состояния роговой оболочки и пр.) нужно считать несомненно удовлетворительными, так как рецидивы бывают почти всегда и через короткий промежуток времени.

В глазной клинике Тифлисского Госуниверситета, с целью клинического наблюдения, было использовано 280 больных скрофулезным заболеванием глаза, на которых было проведено лечение посредством парэнтерального применения рыбьего жира—с карболовой кислотой (3% ol. jecoris aselli carbolis.).

На 155 больных было проведено лечение посредством парэнтерального применения 3% ol. jecoris aselli carbolis., местно: Ung. Hydrarg. pp. flav., 1% sol. Atrop. sulf. или sol. Pilocarp. mur. (в зависимости от состояния роговицы и ириса). На 15 больных было применено парэнтерально чистый рыбий жир; местно: Ung. Hydrarg. pp. flav. и капли 1% sol. Atrop. sulf., а на 10 больных 3% ol. jecoris aselli carbol., местно—ничего. Вспрыскивания (в ягодицу) производились 3 раза в неделю: от 1—5 лет по 0,5, от 5—10 л. по 1,0, от 10—15 л. по 1,5, а. от 15—20 л. и дальше по 2,0.

Количество уколов при каждом случае зависело от упорства болезни. В общем достаточно было от 10—20 уколов. Затвердения in loco injectionem бывали, но благодаря теплым припаркам и ваннам, скоро проходили. Результаты оказались великолепные: фликтены быстро, часто после 5—6 уколов, исчезали, шейные железы рассасывались, лицо очищалось от экзематозных явлений. Рецидивы, хотя и через год, бывали, но отличались особой незначительностью в смысле субъективных и объективных явлений. Они подавлялись иногда обычно 5—6 уколами. Местное применение Ung. Hydr. pp. flav., капель sol. Atrop sulf., sol. Pilocarp. mur. и sol. cocain. mur. нельзя считать бесполезным, так как при употреблении одного только 3% ol. jecor. aselli carbol. наблюдалось, что процесс проходил более медленным темпом. Парэнтеральное применение 3% ol. jecor. aselli carbol. при скрофулезном заболевании глаза требует еще дальнейшего наблюдения, чтобы окончательно зафиксировать за ним, приписываемые ему достоинства.



Thamedrové Medicina.

Sommaire

(Médecine contemporaine № 7-8)

Dr A. Mamoulaïchvili. „Au sujet de l'acidité du suc gastrique pendant la dysenterie amibienne“.

L'auteur, qui a observé 25 malades, atteints de dysenterie amibienne. S'est attaché spécialement à l'étude chez eux de l'état de la sécrétion gastrique; cette étude le mène à la conclusion, que l'amibiase n'ce, par elle-même, aucune influence sur la sécrétion stomacale qu'on peut observer au cours de cette maladie - aussi bien la diminution, que l'augmentation de l'acidité.

Dr. Tzintzadzé. „Un cas d'insuffisance aortique aphone“.

L'auteur donne une description détaillée d'un cas de vicium cordis combiné (insuffisance et sténose mitrales avec de l'insuffisance aortique).

L'existence de l'insuffisance aortique est prouvée par la présence de tous ces symptômes, caractérisant cette cardiopathie, le souffle excepté: battement des artères, pulsus celer et altus, le ton double de Traube, le souffle double de Durosiez, le pouls capillaire de Quincke, l'augmentation marquée de la pression systolique et la diminution de la pression diastolique.

L'auteur explique l'absence du souffle diastolique au niveau de l'aorte par:

1. l'existence des lésions de la mitrale, grace auxquelles la vague sanguine, refluant dans l'aorte, est moins considérable;
2. la distension de l'aorte, qui conditionne la diminution du choc de la vague de reflux contre les valves.

P. Nareïchvili Sur quelques modifications dans le liquide céphalo-rachidien pendant les méningites.

L'auteur avait dosé les chlorures et le sucre dans le liquide céphalo-rachidien pendant les 22 cas de la méningite tuberculeuse, 19 cas de la méningite cérébro-spinale purulente et 50 cas d'états méningés.

Il arrive aux conclusions qui suivent:

1. La diminution des chlorures est possible pendant toutes les formes de la méningite.
2. Leur diminution est forte surtout pendant la méningite tuberculeuse, mais on ne peut pas se fier exclusivement à ce fait pour le diagnostic,

parce que quelquefois pendant la méningite tuberculeuse les chlorures peuvent être dans les limites de la norme et que souvent pendant les états méningés les chlorures diminuent fortement.

3. La diminution du sucre dans le liquide céphalo-rachidien prouve certainement la méningite, mais suivant les observations d'auteur la quantité normale du sucre ou son augmentation n'exclurent pas toujours le même diagnostic.

4. Pour distinguer le méningisme de la méningite ni l'examen du sucre, ni celui des chlorures ne suffisent pas.

5. Avec quelques réserves l'auteur certifie que l'augmentation du sucre d'abord diminué dans le liquide céphalo-rachidien présente un bon signe pronostique pendant la méningite cérébro-spinale purulente.

6. L'auteur souligne par ses observations le fait connu que lors de la méningite tuberculeuse nous voyons quelquefois polynucléose évidente à la place de la lymphocytose caractéristique pour cette forme de la méningite.

D-r Khoutziehvi. „La ligature de la veine jugulaire interne au cours de la trombose du sinus, d'origine auriculaire“.

L'auteur, qui rapporte 5 cas, appartenant à la clinique oto-laryngologique de Tiflis, arrive aux conclusions suivantes:

1. Le traitement de la trombose du sinus et de la pyohémie qui en peut résulter—ne peut être que chirurgical;
2. La ligature de la veine jugulaire interne, n'est pas obligatoire dans tous les cas et n'est indiquée qu'eu cas d'accroissement du bouchon trombosant jusque dans la lumière de la veine—même.

D-r Djibouti „La rétention urinaire post-opératoire et son traitement par les moyens pharmacologiques“.

L'auteur a employé, pour combattre le rétention urinaire post-opératoire, l'urotropine (solution à 40‰; 5 c. c. par voie endoveineuse), la pilocarpine (solution à 1‰) et le sulfate de magnésium (Solution à 25‰, par voie sous-cutanée).

L'auteur préfère, de tous les moyens employés, la pilocarpine, car, avec cette préparation, il a obtenu 96‰ de réussite, tandis l'urotropine lui a donné 67‰ de résultats positifs et le sulfate de magnésium, 20‰, seulement.

D-r Courachvilè „Au sujet du traitement du tétanos traumatique aigie“.

L'auteur rapporte l'histoire d'un cas de tétanos grave, déclaré chez un malade de la clinique chirurgicale universitaire et qui c'est terminé par la guérison.

Il considère que le traitement de choix cours de cette maladie—est l'association de la thérapeutique spécifique—au moyen du serum antitétanique avec le traitement par l'acide phénique d'après Bacelli, combinés avec la medication symptomatique“.

D-r G. Khetchinaevile. „La signification des réactions Ruge II et de celle de Philipp au cours de l'abortement artificiel“.

L'auteur a employé dans les 10 cas qui furent à sa disposition les réactions de Ruge II et de Philipp et obtint de bons résultats avec cette dernière dans les cas d'avortement septique (80% de réponses positives).

D-r Nicolaichvili. „Traitement des kérato-conjonctivites scrofulieuses par l'huile de foie de morue“.

L'auteur considère, que les méthodes habituelles du traitement des affections scrofulieuses de l'oeuil (c. a. d.: préparations arsénicales ou à base de fer, chlorure de calcium, huile de foie de morue, etc.—en ingestion; onguent mercuriel jaune, calomel, sulfate d'atropine à 1%, etc.—localement) donnent lieu, presque constamment, à des récidiues précoces.

Il préconise l'emploi par voie parentérale (injection dans les muscles de la fesse) de l'huile de foie de morue phéniquée.

Le matériel de l'auteur embrasse 180 cas de conjonctivite scrofulieuse, traités à la clinique ophtalmologique de l'université de Tiflis. Sur ce nombre, 115 malades reçurent, simultanément, l'huile de foie de morue en injection et (suivant l'état de la cornée et de l'iris)—l'onguent mercuriel jaune, l'atropine ou la pilocarpine in loco dolenti; 15 malades furent traités par des injections de l'huile de foie de morue pure et par les mêmes applications locales, que le groupe précédant; 10 malades ne reçurent que des injections d'huile, sans traitement local.

L'auteur a constaté un résultat thérapeutique parfait, aussi bien au point de vue local (disparition des phlyctènes) que général (diminution de l'engorgement ganglionnaire, etc.).

Néanmoins, il considère, qu'il est nécessaire de multiplier ces essais, pour affirmer avec certitude la valeur de la méthode.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА „КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“ на 1927 год

Ответственный редактор — проф. В. С. ГРУЗДЕВ.

Программа журнала: оригинальные статьи по всем отраслям теоретической и практической, лечебной, профилактической, и общественной медицины, обзоры, рефераты, рецензии, библиографии, отчеты о поездках за-границу, съезды, заседания, хроника, спрос и предлож. мед. труда и т. д.

Выходит ежемесячно книжками, каждая не менее 112 стр. убористой печати. В 1927 г. подписчики получат бесплатно несколько приложений, которые будут выходить под названием „Медицинские Монографии“ и будут посвящены различным вопросам, преимущественно прикладного практического характера.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА (с приложениями): на год (12 №№)—6 р., на 1/2 г. (6 №№)—3 р. 50 к. Рассрочка в 2 срока (по 3 руб. при подп. и к 1 июня) и в 3 срока (по 2 руб. при подписке, к 1 апреля и к 1 августа).

Требование и деньги направлять по адресу редакции: г. Казань, Акушерско-Гинекол-Клиника Университета.

ПОДРОБНЫЕ ПРОСПЕКТЫ БЕСПЛАТНО.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1927 г. НА ДВУНЕДЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

посвященный вопросам научной, практической и общественной медицины
Редакция: В. В. Иванов, А. В. Мартынов, А. И. Миксанов (обществ. медицина), Д. Д. Плетнев, В. К. Хорошко.

Ответственные редакторы: Д. Д. Плетнев и В. К. Хорошко.

„Клиническая Медицина“ имеет целью дать врачу научный и научно-освещенный материал, необходимый для обогащения его знаний и непрерывного развития в направлении общемедицинских и врачебных интересов. Врачебные передовицы или клинические лекции, обзоры на избранные темы, оригинальные исследования и отдельные наблюдения, отзывы о книгах, рефераты о важнейших литературных данных, отчеты о научной жизни и т. д. должны служить для углубления и поднятия уровня врачебного сознания и мышления.

ВЫХОДИТ 24 НОМЕРА В ГОД Подписная цена: на год—6 р., на 1/2 года—3 р. 50 к. с приложением—9 р. Приложения: Пожарский П., Расстройство питания прогрессивного характера. С табл. Ц. 4 р. Оппель В., История русской хирургии. Ц 2 р. 10 к. Всего вместо 6 р. 10 к., за 3 р. для годовых подписчиков.

ПОДПИСКА и ЗАКАЗЫ принимаются Отделом Подписных и Периодических изданий Торгсектора Госиздата, Москва, Воздвиженка, 10. Тел. 4-87-19 и 5-88-91. Ленинград, проспект 25 Октября, 28, тел. 5-44-56, в книжных магазинах, киосках, провинциальных отделениях и филиалах Госиздата, у уполномоченных, снабженных соответствующими удостоверениями и во всех почтово-телеграфных конторах.

ЖУРНАЛ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ОРГАН, ПОСВЯЩЕННЫЙ ВОПРОСАМ ПРАКТИЧЕСКОЙ И ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ИЗДАЕТСЯ В ЛЕНИНГРАДЕ ПРИ ГОСУДАРСТВЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР ПРОФ. С. А. БРУШТЕЙН.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИИ, ПРОФЕССОРА: Л. В. БЛУМЕНАУ,
К. Н. ГЕОРГИЕВСКИЙ, П. Н. ДИАТРОПОВ (Москва), К. Э.
ДОБРОВОЛЬСКИЙ, Н. Н. ПЕТРОВ, Д. Д. ПЛЕТНЕВ (Москва)
и Ф. Я. ЧИСТОВИЧ.

== ПОДПИСКА на 1927 г. ОТКРЫТА ==

Журнал ставит себе целью придти на помощь русскому врачу, стремящемуся пополнить знания, знакомя его с новейшими достижениями в области медицины.

В течение 1927 года подписчики получают:

12 книг журнала
убористой печати **и 6** бесплатных
приложений

- Б. Н. Хольцов, проф. Лечение мужской гонорреи.
А. Э. Мандельштам, прив.-доц. Современные биолого-химические методы исследования в гинекологии и акушерстве.
А. А. Немилев, прив.-доц. О свободной пересадке органов и тканей.
Б. М. Бродерзон. Ионтофорез. Под редакцией проф. С. А. Бруштейна.
В. И. Феоктистов. Избранные отделы физики для врачей.
I. Schnarreg, проф. Расстройство кровообращения. Общая патология и терапия.



Подписная цена на год с дост. и пересылкой 10 руб., на шесть мес. 6 р. Допускается рассрочка: при подписке 3 р., к 1 мая 4 р., к 1 сентября 3 р. Групповая подписка по 1 рублю в месяц с подписчика, с покрытием до 1-го ноября 1927 г., при условии подписки на год и непосредственно в Гл. Конторе „Журнал Для Усовершенствования Врачей“, Ленинград, Кирочная, 41.

Имеются комплекты журнала за 1924, 1925 гг. по 6 руб. с пересылкой и за 1926 г. (без № 1-го) с 6 книгами приложений—8 рублей с пересылкой.

11.09.35/15



ქუჩნალის უასი:

1926 წლის სკული კომპლექტი	10 მანეთი
ცალკე ნომერი	1 მანეთი
ოკრმაზი ნომერი	1 მანეთი და 50 კაპ.

ქუჩნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველ-თვიურად დაახლოვებით 70- 80 გვ. ქუჩნალში მოთავსე-ბული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიული, კლი-ნიკური, პრაქტიკული და საზოგადოებრივი მედიცინიდან, მიმოხილვები, რეფერატები სამკურნალო მეცნიერების ყვე-ლა დარგიდან, სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანგა-რიში, კორესპონდენციები, ბიბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები, სადმე უკვე დაბეჭდილი, ქუჩნალში არ დაი-ბეჭდება. წერილები უნდა იყოს **მანქანაზე გადაბეჭდილი და დართული რუსული ავტორფერატით**. რედაქცია იტო-ვებს უფლებას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

რედაქცია სთხოვს პროვინციელ ამხანაგებს გამოაგზაე-ნონ ცნობები და კორესპონდენციები პროვინციის სამკურ-ნალო ცხოვრების გასაშუქებლად და აგრეთვე მასალები საქარ-თველოს მედიცინის ისტორიის შესასწავლად.

რედაქციის ტენხნ. მდივანი—ეჭიმი **ა. რუხაძე**—(ცენ-ტრალური კლინიკური ინსტიტუტი—ნერვულ სნეულებათა კლინიკა), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს ქუჩნალის გამოწერა ან რედაქციის და ქუჩნალის შესახებ რაიმე განმარტება—ცნობა მიიღოს.

ქუჩნალის შემდეგი ნომერი უკვე იბეჭდება.