

260
925

პოცემის წელი მეორე.



204

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 3-4

მ ა რ ტ ი - ა პ რ ი ლ ი .

1925



ცეილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კლუბიუმის გამტყმას

ტ ფ ი ლ ი ს ი

გრაქელდავა ხელის მოწერა
1925 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

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

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:
თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი
მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეზუ-
ლტატი, ბიბლიოგრაფია და ძრონიკა.

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

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

გამთვინდა გასასყიდად
პროფ. ალ. ალადაშვილის

— ახალი წიგნი —

„კლინიკური რეცეპტები“.

სტუდენტთა და ექიმთათვის

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინის“ გამომცემს.

ფასი 1 მ. 30 კ.

F-260
1925

61(05)
თ-20



გამოცემის წელი მეორე.

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 3-4

მ ა რ ტ ი - ა ვ რ ი ლ ი .

1925



ცდილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეჯიუმის გამომცემი

ბ ვ ი ლ ი ს ი



თანამედროვე მედიცინა № 3-4

(შინაარსი)

I თეორიული და კლინიკური მედიცინა



83-

1. პროფ. მ. შინამძღვრიშვილი, ფილტვის კავერნის ამოსაცნობ ფიზიკურ საშუალებათა დიაგნოსტიკური ღირებულება	161
2. ი. გიგინეიშვილი, კუჭის ავზნიანი ხორცმეტის ადრეული დიაგნოსტიკა „Wolff-Junghans“-ის რეაქციით	179
3. ნ. გეგეჭკორი და ს. კეთილაძე, შაქრის რაოდენობის განსაზღვრა სისხლში მარტივი მეთოდით	190
4. პროფ. ივ. თიკანაძე, ნაღლის ბუშტის კენჭების გამო ქირურგიულ ჩარევისათვის	194
5. გრ. ხუციშვილი, ჭიაყელისებრივი დანამატის ტუბერკულოზი	201
6. გ. ლორთქიფანიძე, Coitus-ის დროს საშოს თაღების და შორისის დაზიანებათა კაზუსტიკისათვის	211
7. ლ. ელიაშვილი, Raubitschek ისა და Kamnizer-ის ორსულობის ამოსაცნობ რეაქციათა შესახებ	219
II. პრაქტიკული თერაპია	234
III. კორესპონდენციები	237
IV. რეფერატები	243
V. ქრონიკა	246

1925.

Thanamedrové Medicina

№ 3-4

(Médecine contemporaine)

Sommaire:

1. Prof. M. Tzinamzgvrichvili. Appreciation des methodes physiques de diagnostic des cavernes pulmonaires.	161
2. J. Guiguineichvili. Diagnostic précoce des neoplasmes gastriques malignes par la réaction de Wolff-Junghans.	179
3. N. Guéguétkhori et S. Kéthiladzé. Méthode simple d'évaluation du taux du glucose dans le sang.	190
4. Prof. J. Thikanadzé. Intervention chirurgicale au cours de la lithiase de la vesicule biliaire.	194
5. G. Khoutzichvili. Sur la tuber. de l'appendice vermiculaire.	201
6. G. Lordkipanidzé. Un cas du traumatisme du vagin et du periné sub coitu.	211
7. L. Eliachvili. L'épreuve de Raubitschek et de Kamnitzer et Joseph dans le diagnostic de la grossesse	219
1. Pratique courante.	234
II. Correspondances.	237
III. Revues.	243
IV. Chronique.	246

თეორიული და კლინიკური მუშაობა.

პროფ. გ. წინამძღვრივილი.

ფილტვის კავერნის ამოსაცნობ ფიზიკურ საშუალებათა დიაგნოსტიკური ღირებულება*).

(საკუთარი გამოკვლევანი).

თერაპია და უმთავრესად პროგნოზი ფილტვის ტუბერკულოზის დროს ამ სნეულების სხვადასხვა პერიოდის სრულად სწორს დიაგნოსტიკას გულისხმობს. დღეს მე სახეში მაქვს მხოლოდ ფილტვის კავერნა, კერძოდ მისი ფიზიკური დიაგნოსტიკა.

როგორც მოგეხსენებათ, არსებობს რამდენიმე ფიზიკური სიმპტომი, რომლის საშუალებითაც ჩვენ ხშირად დაქვემდებარებით შეგვიძლია ამოვიცნოთ ფილტვში კავერნა, ანუ როგორც ჩვენ ვეძახით — ღრუ, და, მართლაც, ამ დიაგნოზს გვამის ვაკვეთა ბევრჯერ სავსებით ადასტურებს ხოლმე.

მაგრამ ამავე დროს ცნობილია, რომ კავერნის დიაგნოზი მუდამ ისე ადვილი არ არის, როგორც ბევრს, შესაძლებელია, ეგონოს. პირიქით ყველა კლინიკისტმა იცის, თუ რამდენად ძნელია ხოლმე ზოგჯერ სიღრუის ამოცნობა. ხშირად არის შემთხვევები, როდესაც გვამის ვაკვეთის დროს აღმოჩნდება ხოლმე კავერნა, რომელიც კლინიკურად არ იყო ამოცნობილი. ფრთხილ გამოკვირებას ნაღობს, ძლიერ გულდასმითაც რომ გასინჯოს ავადმყოფი, მაინც შესაძლებელია სრულიად გამოეპაროს საკმარისად მოზრდილი და ზერეულედ მდებარე კავერნა. მეორეს მხრით სრულიად შესაძლებელია, რომ სიღრუის კლინიკური დიაგნოზი არ გამართლდეს.

ცხადია, რომ უნდა არსებობდეს განსაკუთრებული ფიზიკური ფაქტორები, რომლებიც კავერნის დიაგნოზს აძნელებენ. დღევანდელი ჩემი მოხსენების მიზანს სწორედ ამ ფაქტორების გათვალისწინება შეადგენს. ვიდრე საკუთარ დაკვირვებებს მოვიყვანდე, მე შეეხებები კავერნის ფიზიკური დიაგნოსტიკის ძირითად დებულებებს.

ყველაზედ უწინ, როგორც ვიცით, შესაძლებელია, რომ ფილტვში არსებობდეს ღრუ, მაგრამ მის ადგილას ჩვენ ტიმპანურს ტონსაც კი არ ვიღებდეთ, თუკი კავერნა განსაზღვრული ოდენობისა არაა, კედლები არა აქვს განსაზღვრულს

*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესზე მაისში 1924 წ.



ხარისხამდე გაჭიმული, თუ საკმაოდ ზერელებდ არ სდევს იგი და ბოლოს თუ ნახველით ან სითხით არის ამოვსებული. თუ კავერნა ძლიერ პატარაა მაგ. რამოდენიმე სანტიმეტრის ოდენა, ან Skoda-ს განმარტებით პლესიმეტრზე ან კაკალზე უფრო მცირეა, მაშინ, შესაძლოა, მან სრულიად არავითარი ცვლილება არ გამოიწვიოს პერკუსიული ტონისა. იგივე მოხდება, როგორც მოგვხსენებათ, იმ შემთხვევაში, თუ კავერნა დიდი, მაგრამ ღრმად არის მოთავსებული ფილტვში.

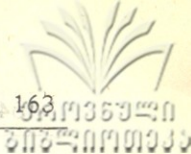
გარდა ამისა, ცნობილია, რომ თუ ჰაერის წნევა რომელსამე ღრუში, მაგ. საქონლის ბუშტში ზომიერებას გადასცილდა და თუ ამის გამო ბუშტის კედლები მეტის მეტად გაიჭიმა, ტიმპანური ხმიანობა თანდათან სუსტდება და ბოლოს მოკრუებულს ტონად იქცევა. Skoda-ს აზრით, მოდუნებულს ბუშტზე ტიმპანურს ტონს ვიღებთ იმიტომ, რომ ანაირ სიღრუეში მხოლოდ ჰაერი ირყევა. თუ ბუშტს ძალზე გავებრავთ, მისი კედლები გაჭიმულს სიმსავით იწყებს დამოუკიდებელ რყევას, ამ დროს ბუშტის კედელსა და მასში მოთავსებულ ჰაერს შორის ხდება რყევათა ინტერფერენცია, რის გამო პერკუსიული ტონი ჰკარგავს ტიმპანურს ხასიათს და ხმაურობად იქცევა. ანალოგიური ფიზიკური კანონი მოქმედებს, როგორც ეტყობა, აგრეთვე ღრუში. თუ რაიმე მიზეზისაგან ჰაერის წნევამ კავერნაში ძალზე მოიმატა და თუ მისი კედლები ამის გამო ფრიად გაიჭიმა, ტიმპანური ტონი აუცილებლად უნდა მოიხსპოს. ავილოთ მაგალითი: თუ ღრუსთან შეერთებული ბრონქი ყოველს ექსპირიუმის დროს სარკველისებრ იხურება და თუ ამის გამო კავერნაში შესული ჰაერი უკან ვეღარ ბრუნდება, მაშინ კავერნა იმდენად ივსება ჰაერით, ხოლო მისი კედლები იმ ზომამდე იჭიმება, რომ ტიმპანური ტონის წარმოქმნა შეუძლებელი ხდება, იგივე მოხდება იმ შემთხვევაში, თუ კავერნა პირიქით მოდუნებულია, კედლები იმდენად მცირედ აქვს გაინფლტრაციებული, რომ სხვახელისაგან განთავისუფლების შემდეგ სრულიად იკუმშება.

მაგრამ წარმოვიდგინოთ, რომ კავერნა სავსებით აკმაყოფილებს ყველა იმ ფიზიკურ პირობათ, რომლებიც ტიმპანური ხმიანობისათვის არის საჭირო.

რასაკვირველია, ეს საკმარისი არაა, რომ კავერნა იქმნას ამოცნობილი. ტიმპანური ხმიანობა, როგორც ვიცით, სრულიადაც არ არის კავერნის ნიშანდობლივი სიმპტომი: სიღრუის პერკუსიული სიმპტომი, იმდენად ტიმპანური ტონი არაა. რამდენადაც ამ ტონის ცვალებადობა. თუ ეს უკანასკნელი არ არსებობს, მაშინ კავერნის დიაგნოზი პერკუსიის საშუალებით სრულიად შეუძლებელი ხდება.

მოგვხსენებათ, რომ, თუ ფილტვში ღრუ არსებობს, მაშინ თანახმად Wint-rieh-ის ცდებისა პირის გაღების და დახურვის დროს ტიმპანური ტონის სიმალლე ცვალებადობს. ტიმპანური ხმიანობა, რომელიც კავერნაში წარმოიქმნება, განსაზღვრული ფიზიკური პირობების გამო შესაძენვე რეზონანსს იწყევს სასულესა და მასთან შეერთებულ პირის ღრუში. ხოლო პირის გაღების და დახურვის დროს ხსენებული რეზონანსის სიმალლე ცვალებადობს.

ეს მოვლენა ზოგჯერ იმდენად დამახასიათებელია, რომ კავერნის დიაგნოზი, შესაძლოა, მარტო ამ ფენომენზე იქმნას დამყარებული.



მაგრამ მეორეს მხრით არსებობს მთელი რიგი წმინდა ფიზიკური მიზეზებისა, რომლებიც ამ ფენომენის წარმოშობას ხელს უშლიან ან და სრულიად შეუძლებლად ხდიან.

ყველაზედ უწინ კავერნა მხოლოდ იმ შემთხვევაში მოგვცემს Wintrich-ის ფენომენს, თუ იგი რამოდენადმე მსხვილს ბრონქთან არის შეერთებული. პირიქით, რამოდენადაც წვრილია ბრონქი, იმდენად უფრო გაურკვეველი ხდება ეს ფენომენი, რადგანაც წვრილ ბრონქში პერკუსიული შერყევის ამპლიტუდა მცირეა, ამიტომ უკანასკნელი პირის ღრუში საკმარისს რეზონანსს ვერ გამოიწვევს. ხოლო თუ კავერნასთან შეერთებული ბრონქი რაიმე მიზეზისაგან სავსებით დაიხურა, დაიხშო, მაშინ ტონის ვინტრიხისებური ცვალებადობა სრულიად შეუძლებელი ხდება, სანამ ბრონქი არ განთავისუფლდება და ხელმეორედ არ შეუერთდება კავერნას.

რომ Wintrich-ის ფენომენი გარკვეულ აკუსტიკურს შთაბეჭდილებას ახდენდეს, როგორც ვიცით, საჭიროა, რომ პერკუსიული ტონის შედარება სუნთქვის ერთსა და იმავე ფაზაში სწარმოებდეს, ე. ი. ან შესუნთქვის, ან ამოსუნთქვის დროს; რადგან, თუ პირის მოკუმვა ღრმა ინსპირიუმის დროს მოხდა, ტიმპანური ტონის ცვალებადობა, შესაძლოა, შეუმჩნეველი დარჩეს, ვინაიდან შესუნთქვა პერკუსიულ ტონს ამაღლებს, პირის დახურვა კი წინააღმდეგ მოქმედებს. შედეგი ის იქნება, რომ აქ ორი მოწინააღმდეგე ფაქტორის ინტერფერენცია, ე. ი. ერთი-მეორის გაბათილება მოხდება.

გარდა ამის შესაძლებელია, რომ ჩვენ გვეჩვენდეს Wintrich-ის ფენომენი, მაგრამ ფილტვში კი არ იყოს კავერნა. მოგვხსენებათ, რომ არის შემთხვევები, როდესაც Wintrich-ის ფენომენს სულ სხვა პათოლოგიური მიზეზები უდევს საფუძვლად.

პნევმონიის დროს, თუ ინფილტრაცია საკმარისად მკვრივია და თუ იგი მსხვილს ბრონქამდე აღწევს, შესაძლოა ვინტრიხისებური ტონის ცვალებადობა მივიღოთ, განსაკუთრებით გულ-მკერდის წინა მხარეს, ზემოთა ნაწილში.

ექსუდატური პლევრიტის, აგრეთვე შუასაყარის ან პლევრის ხორცმეტის დროს, შემდეგ ანევრიზმისა ან ექსუდატური პერიკარდიტის გამო, ერთი სიტყვით ყველა იმ პათოლოგიურს პირობაში, როდესაც წნევა გულის ყაფაზში იმდენად დიდია, რომ ფილტვის ქსოვილის სრულს შეკუმშვას იწვევს და, თუ ფილტვის ამგვარი ატლექტაზური მდგომარეობა მსხვილს ბრონქამდე ვრცელდება, მაშინ ლავიწის ქვემოდ ხშირად ტიმპანური ტონის სიმაღლე ცვალებადობს. აღნიშნულ შემთხვევაში ჩვენ ერთგვარ ფიზიოლოგიურ ღრუებთან გვაქვს საქმე. ფილტვის გამკვრივებული ქსოვილი რამდენადმე ძლიერს პერკუსიულ შერყევას ადვილად გაატარებს ქვემდებარე მთავარს ბრონქში. ხშიანობა, რომელიც სუსტი პერკუსიის დროს ყრუ იყო, ამ დროს ტიმპანურს ხასიათს იღებს და პირის გაღების და დახურვის გამო ცვალებადობს.

ხსენებული აკუსტიკური მოვლენის, რომელსაც, როგორც ვიცით, Williams-ის ტრანზალურს ტონს უწოდებენ, ნამდვილს Wintrich-ის, კავერნოზული ფენომენისაგან ვარჩევა მუდამ ვერ ხერხდება.

თუ ტიმპანური ხმიანობის სიმაღლე უკვე სუსტი პერკუსიის დროს ცვალებადობს, მაშინ ფიქრობთ, რომ ფენომენის მიზეზი უფრო კავერნა უნდა იყოს,

ვინაიდან Williams-ის ტრახეალურს ტონს მხოლოდ ძლიერი პერკუსია წარმოშობს, რადგანაც მსხვილი ბრონქი ღრმად მდებარეობს და ამიტომ პერკუსიული შერყევა უნდა ღრმად ჩასწვდეს ქსოვილებში.

მაგრამ, ვთქვათ, კავერნაც ღრმად არის მოთავსებული ფილტვში, მაშინ Wintrich-ის ფენომენის Williams-ის ტრახეალურს ტონისაგან გარჩევა ზემონათქვამის წესით, ე. ი. სხვადასხვა ძალის პერკუსიით შეუძლებელი ხდება. — ამგვარ შემთხვევაში ჩვენ შემდეგ ხერხს მივმართავთ ხოლმე. ავადმყოფს გავსინჯავთ ჯერ დაჯდომილს და მერმე სხვადასხვა გვერდზე მუოლიარეს. თუ რომელსამე მდგომარეობაში Wintrich-ის ფენომენი მოისპო, ეს ფილტვის კავერნას ნიშნავს. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ სხეულის განსაკუთრებული მდებარეობის გამო კავერნის კედელზე ჩამომდინარებს სითხე, რომელიც ღრუსთან შეერთებულ ბრონქს ახშობს. ამის გამო ჰაერის სვეტის მთლიანობა ბრონქსა და კავერნას შორის ირღვევა და ამგვარად ისპობა თვით ფიზიკური შესაძლებლობა Wintrich-ის ფენომენისა.

აღნიშნული მოვლენა, ე. ი. Wintrich-ის ფენომენის შეწყვეტა ავადმყოფის განსაზღვრული მდებარეობის გამო, უეჭველია, ფასდაუდებელ ღირებულებას მიანიჭებდა ხსენებულს ფენომენს, როგორც კავერნის სიმპტომს, რომ ეს მოვლენა მუდმივი და შეურყეველი ყოფილიყო. — მაგრამ კლინიკური დაკვირვებანი, პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევით შემოწმებული, გვიჩვენებს, რომ თუ სეკრეტი სქელოა, წებოვანი, ღრუს კედელთან შეწყობილი და ამიტომ ავადმყოფის სხვადასხვა მდებარეობის მიხედვით არ მოძრაობს, მაშინ Wintrich-ის ფენომენის მოსპობას, რომელსაც ესოდენი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს, ადვილი არ ექნება.

ყველა ზემონათქვამიდან კი უცილობლად გამომდინარეობს დასკვნა, რომ Wintrich-ის ფენომენი არ არის კავერნის პათოგნოსტიკური სიმპტომი.

კავერნის მეორე დამახასიათებელ ნიშნად, როგორც მოგვსენებათ, Gerhardt-ის სიმპტომი ითვლება. ცნობილია, რომ, თუ კავერნას ელიფსოიდური, კვერცხის მსგავსი მოყვანილობა აქვს, თუ იგი ერთსა და იმავე დროს ჰაერსა და ადვილად მოძრავ სეკრეტს შეიცავს, მაშინ ავადმყოფის სხვადასხვა მდგომარეობის მიხედვით სითხე ადვილს იცვლის და მასთან ერთად სველის კავერნის დიამეტრს. ხოლო ამას ცნობილი კანონების ძალით ტიმპანური ტონის სიმალლის ცვალებადობა მოსდევს.

მაგრამ გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც კავერნის კლინიკური დიაგნოზი უცილობლად დამტკიცებულია, სრულიად გარკვეულს Gerhardt-ის სიმპტომს იშვიათად ვიღებთ ხოლმე. მიზეზი ისაა რომ ფილტვის კავერნა სანამდვილეში ძლიერ იშვიათად შეიცავს ყველა იმ ფიზიკურ პირობას, რომლებიც ამ ფენომენისათვის არის საჭირო. ელიფსოიდური მოყვანილობა, რომელიც ამ შემთხვევაში კავერნის ძირითად ფაზიკურ თვისებას უნდა შეადგენდეს სინამდვილეში ძლიერ იშვიათად გვხვდება.

მაგრამ კავერნას რომ კიდევაც ჰქონდეს შესაფერისი კონფიგურაცია, Gerhardt-ის ფენომენს მაინც ვერ მივიღებთ, თუ კი სითხე კავერნაში ცოტაა ან თუ მას სქელი კონსისტენცია აქვს. ცხადია, რომ მაშინ ავადმყოფის სხვადასხვა

მდგომარეობის გამო იგი ვერ შესცვლის კავერნის დიამეტრს და მამასადამე ვერც გარკვეულს აკუსტიკურ შთაბეჭდილებას მოახდენს. ბოლოს თუ Gerhardt-ის სიმპტომი არ არის საკმარისად მკაფიოდ გამოხატული, მას ეკარგება ყოველივე მნიშვნელობა, ვინაიდან ტონის მცირეოდენი ცვალებადობა სხვადასხვა მდებარეობის მიხედვით, შესაძლოა, წმინდა ფიზიოლოგიურ პირობებშიაც წარმოიშვას.

უფრო ნაკლები მნიშვნელობა აქვს Friedreich-ის ფენომენს, რადგანაც ტონის სიმალლე ღრმა სუნთქვის გამო თავთ ჯანსაღ ფილტვზედაც მცირეოდენად ცვალებადობს, ამიტომ სუბიექტურს მსჯელობას აქ უფრო ფართო სარბიელი ეძლევა.

გაბზარული ქოთნის ხმა ანუ Laennec-ის სახელწოდებით bruit de pot felé, რომელიც თითქმის მუდამ თან სდევს ხოლმე Wintrich-ის ფენომენს, აგრეთვე ითვლება კავერნის სიმპტომად.

მაგრამ ჯერ ერთი ცნობილია, რომ ამ ხმიანობას სრულიად ჯანმრთელი ადამიანის გულმკერდზეც მივიღებთ, თუ კი უკანასკნელი მეტად თხელია, მოქნილი მეტადრე ლაპარაკის ან ძლიერი ექსპირიუმის დროს. ესაა მიზეზი, რომ ყველაზე ხშირად მას ბავშვებში ვხვდებით. Friedreich-ის დაკვირვებით 46 ბავშვში — 4-14 წლამდე გაბზარული ქოთნის ხმა ლავიწს ქვემოთ 26-ს აღმოაჩნდა. მათ შორის 14-ს ორთავე მხარეს, დიდებსაც, თუ გულმკერდი თხელი აქვთ, მეტადრე ლაპარაკის ან ძლიერი ამოსუნთქვის (ექსპირიუმის) დროს, პერკუსია ხშირად იძლევა ამ ფენომენს.

მოგეხსენებათ, რომ აღნიშნულ შემთხვევაში პერკუსიული დარტყმა მსხვილ ბრონქში ჰაერს შეარყევს, ხოლო ეს უკანასკნელი შევიწროებულ ბგერავ ხერხელში სწრაფად შეიჭრება და ხსენებულს აკუსტიკურ მოვლენას გამოიწვევს.

მაგრამ სრულიად უცილობელი ნიშნებიც რომ გვქონდეს ფილტვის დაავადებისა, როგორც ვიცით, bruit de pot felé მაშინაც არ იქნება უეჭველად კავერნის სიმპტომი. ყველა იმ პათოლოგიურ პირობაში (ინფილტრაცია, ატელექტაზი), რომლებსაც თან სდევს Williams-ის ტონი, ჩვენ ხშირად გაბზარული ქოთნის ხმასაც ვიღებთ. გარდა ამისა როდესაც ფილტვის პარენქიმა, რაიმე პათოლოგიური მიზეზისაგან (მექანიკური წნევის, ჰიპერემიის ან შეშუპების გამო) მოდუნებულია, ელასტიური ვაჭიმულობა აქვს დაქვეითებული, მამასადამე ყველა იმ პირობაში, როდესაც ნაცვლად ფილტვის ნორმალური ტონისა, ტიმპანურს ხმიანობას ვისმენთ, გაბზარული ქოთნის ხმაც ხშირი მოვლენაა.

თუ რა ფიზიკური მიზეზები წარმოშობს bruit de pot felé-ს ამგვარ პირობებში ჯერ კიდევ არაა გამოჩვენებული. ჰგონიათ, რომ ფილტვის მოდუნებული ქსოვილი სწრაფი შერყევის დროს უფრო ადვილად უთმობს ჰაერს ბრონქებს ვიდრე ნორმალურად ვაჭიმული ფილტვი, რომელიც ელასტიურობის გამო პერკუსიულ დარტყმას ეწინააღმდეგება და ამგვარად ხელს უშლის ალვეოლებიდან ჰაერის განდევნას ბრონქებში.

გაბზარული ქოთნის ხმა, როგორც ვთქვით, ჩვეულებრივ თან სდევს ხოლმე Wintrich-ის ფენომენს და ამიტომ იგი ხშირად კავერნაში წარმოიქმნება, სახელდობრ მის შევიწროებულ ყელში. მაგრამ ყველა ის ფიზიკური ფაქტორი, რომელიც უკარგავს მნიშვნელობას Wintrich-ის ფენომენს, როგორც კავერნის უცილობელ სიმპტომს, საესებით შეეხება აგრეთვე bruit de pot felé-ს.

სულ სხვა საქმეა, თუ გაბზარული ქოთნის ხმას ვიღებთ მხოლოდ, რომელსავე მდგომარეობაში, მაგ. ვერტიკალურში და, თუ ავადმყოფს დავაწვენთ, იგი ჰქრება. ეს შეიძლება მოხდეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ რომელსავე მდგომარეობაში ხვრელი ბრონქსა და კავერნას შორის იხშობა, იხურება.—გაბზარული ქოთნის ხმის შეწყვეტა ავადმყოფის ამა თუ იმ მდგომარეობის გამო იმდენად დამახასიათებელი ნიშანია კავერნისა, რომ სიღრუის დიაგნოზი, შესაძლოა მარტო მასზე იქნას დამყარებული. ეს მოვლენა მით უფრო საგულისხმოა, რომ იგი შესაძლებელია ფრიად მცირე კავერნაზედაც წარმოიშვას იმ დროს, როდესაც უკანასკნელი არავითარ სხვა სიმპტომს არ იძლევა.—მაგრამ, საუბედუროდ, ეს მოვლენაც, ისე როგორც Wintrich-ის ფენომენის შეწყვეტა არ არის მუდმივი და აუცილებელი კავერნის დროს, იმავე ფიზიკური ფაქტორების მიზეზით, რომლებიც მე უკვე ზევით აღვნიშნე Wintrich-ის ფენომენის შესახებ.

ყველა ზემოხსენებულიდან ცხადი უნდა იყოს, რომ გაბზარული ქოთნის ხმას თავისთავად არ შეიძლება დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ჰქონდეს როგორც კავერნის სიმპტომს.

ლითონის პერკუსიული ტონი, რომელიც აგრეთვე ითვლება სიღრუის სიმპტომად, როგორც მოგეხსენებათ, იშვიათად გვხვდება კავერნაზე. კავერნა ან პატარა ან კედლები არა აქვს სადა და მკვრივი, ან სათანადო წნევა არაა შიგ ან ხვრელი არა აქვს შედარებით ვიწრო, ერთი სიტყვით ვერ აკმაყოფილებს ყველა იმ რთულს ფიზიკურს პირობათ, რომლებიც ამ ხმისაღებისათვის არის საჭირო. ამ გვარად ლითონის ხმის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა მხოლოდ საკმარისად მოზრდილი ან Skidz-ს განმარტებით მუშტზე არა ნაკლები ოდენობის კავერნებით განისაზღვრება, ისიც თუ კავერნა სავსებით შეიცავს ყველა ზემოაღნიშნულ ფიზიკურს თვისებას, რაიც იშვიათი მოვლენაა.

რაც შეეხება აუსკულტაციას, ამ მხრივ უნდა აღვნიშნოთ ეგრედ წოდებული მეტამორფოზული, ანუ ცვალებადი სუნთქვა, რომელიც პირველად Seitz-მა აღწერა და სცნო იგი კავერნის პათოგნომონიურ სიმპტომად.

მეტამორფოზულს, როგორც მოგეხსენებათ, იმ გვარ სუნთქვას ვუწოდებთ, რომელიც სუნთქვის ერთსა და იმავე ფაზაში იცვლის ხასიათს: ან ბრონქული ამფორულად იქცევა, ან მკვრივი—ბრონქულად, ან და მხოლოდ ბრონქული სუნთქვის სიმაღლე ცვალებადობს.

Riess-მა სამი წლის განმავლობაში 27 შემთხვევა შეკრიბა მეტამორფოზული სუნთქვისა. 18 შემთხვევაში კავერნა გვამის გაკვეთით იქნა დადასტურებული, დანარჩენებში-კი სხვა ფიზიკური მეთოდების საშუალებით.

მართლაც, თუ ეს აუსკულტური მოვლენა საკმარისად აშკარად არის გამოსახული, უმთავრესად თუ დიდხანს ისმის და შემთხვევითი ხასიათი არა აქვს, იგი უცილობელ სიმპტომად ითვლება კავერნისა.

მაგრამ საქმე იმაშია, რომ არის შემთხვევები როდესაც მეტამორფოზული სუნთქვა არსებობს უკავერნოთ, მეორეს მხრით, შესაძლებელია, იყოს კავერნა მაგრამ მეტამორფოზული სუნთქვა კი არ ისმოდეს.

მიზეზი ამ მოვლენისა ჯერ არაა სავსებით გამორკვეული. ჰგონიათ, რომ მეტამორფოზული სუნთქვა, შესაძლოა, თვით ბრონქში წარმოიშვას, როდესაც

უკანასკნელი ლორწოთია ძალზე შევიწროებული. ღრმა შესუნთქვის დროს ჰაერის ძლიერი მოძრაობა ლორწოს განზე სწევს და ბრონქის ხვრელს აფართოვებს ხოლო ამას სუნთქვის აღნიშნული ცვალებადობა მოსდევს. — გარდა ამისა ავტორებს მოჰყავთ შემთხვევები როდესაც კრუპოზული პნევმონიის დროს მეტამორფოზული სუნთქვა ისმოდა. შესუნთქვის დასაწყისის იგი ბრონქული იყო, ხოლო დასასრულს — მკვრივი. ჰგონიათ, რომ მკვრივი დაბოლოვება ინფილტრაციის მახლობლად წარმოიქმნება, ბრონქების ატელექტაზური შევიწროების გამო.

ამფორული ანუ კავეროზული სუნთქვა, როგორც ვიცით, უტყუარი სიმპტომია სიღრუვისა, მაგრამ იგიც სწორედ იმავე ფიზიკურ პირობებში წარმოიქმნება, როგორშიაც ლითონის პერკუსიული ხმა, ე. ი. მოზრდილსა და მასთან ერთად საღა კედლებიანს და ჯეროვნად გაქიმულს კავერნაში. ესაა მიზეზი, რომ ამფორული სუნთქვის არსებითს და აუცილებელ თვისებას ლითონის ელფერი შეადგენს. ამფორული სუნთქვა, ექვს გარეშეა, ფრიად მნიშვნელოვანი და თითქმის გადამწყვეტი სიმპტომია კავერნისა, მაგრამ მისი გამოყენების ფარგლები ისე როგორც ლითონის პერკუსიული ტონისა, ვიწროა და მისი მთავარი ნაკლიც სწორედ ამაში მდგომარეობს. კავერნა უმეტეს შემთხვევაში ვერ აკმაყოფილებს ყველა იმ ფიზიკურ პირობას, რომლებიც ამგვარი სუნთქვისათვის არის საჭირო.

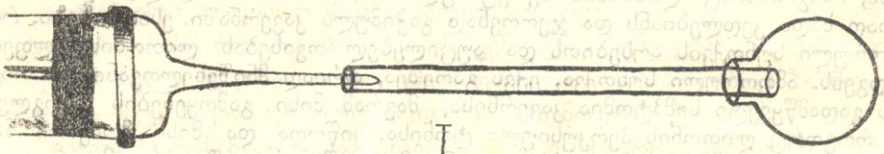
ამფორული სუნთქვის დიავნოსტიკური მნიშვნელობა უფრო შევიწროვდა მას შემდეგ, რაც პროფ. Dehio-მ საუცხოვო ექსპერიმენტალური ცდებით გამოარკვია ახალი, საკულისხმიერო ფაქტები. საქმე იმაშია, რომ ამფორული სუნთქვა, როგორც ჩვენ ეხლა უკვე ვიცით, არ არის დამოუკიდებელი აკუსტიკური მოვლენა. იგი წარმოადგენს მხოლოდ ბრონქული სუნთქვის გამოძახილს, რეზონანსს, რომელიც კავერნაში წარმოიქმნება. ამავე დროს, როგორც პროფ. Котовщиков-ი გვარწმუნებს, ამფორული სუნთქვის წარმოსაშობად საჭირო არ არის, რომ კავერნაში უეჭველად ჰაერი შედიოდეს, ე. ი. რომ კავერნა ბრონქთან იყოს შეერთებული. სრულიად საკმარისია, რომ ბრონქული სუნთქვა სიღრუის მახლობლად, მოსაზღვრე ფილტვის ნაწილებში წარმოიშვას. ამგვარად როდესაც კავერნასა და ბრონქს შორის კავშირი შეწყვეტილია, ამფორული სუნთქვის წარმოქმნა სწორედ ამ გზით უნდა ვიკულისხმოთ და რომ ეს, მართლა, შესაძლებელია, ამას გვიმტკიცებს ამფორული სუნთქვა ზოგჯერ დახურული პნევმოთორაქსის დროს.

მაგრამ სწორეთ აქ არის დაფარული ის ზედმეტი ფიზიკური დაბრკოლებანი, რომლებიც შესაძლებელია, ამფორულს სუნთქვას ხელს უშლიდნენ. თუ წარმოვიდგენთ კავერნას შესაფერისი ფიზიკურის თვისებებით, და ამავე დროს — ბრონქს, სულ ერთია, მასთან შეერთებულს, თუ მის მახლობლად მდებარეს, და თუ უკანასკნელში ბრონქული სუნთქვა წარმოიქმნა, იგი კავერნაში რეზონანსს ე. ი. ამფორულ სუნთქვას გამოიწვევს. მაგრამ საქმე ისაა, რომ როგორც Dehio-ს ექსპერიმენტებიდან სჩანს, ბრონქის კონფიგურაციას, მის ოდენობას, დიამეტრს, ჰაერის მოძრაობის სისწრაფეს, ყველა ამას უეჭველია, დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს. ერთს შემთხვევაში ისმის მაღალი ხმა, მეორეში — დაბალი, ზოგჯერ კი — სრულიად არაფერი.

ბრონქული სუნთქვა მხოლოდ იმ შემთხვევაში გამოიწვევს კავერნაში შესაფერის რეზონანსს (ამფორულ სუნთქვას) თუ ბ. ს. საკმარისად ძლიერია, თუ მაშასადამე ბრონქი საკმარისად გამკვრივებული ქსოვილით არის გარემოცული, ან და თუ თვით კავერნაში საკმაოდ ძლიერი ჰაერის ტრიალია. გარდა ამისა ბრონქული სუნთქვა იმ შემთხვევაში მიიღებს ამფორულს ელფერს, თუ მას განსაზღვრული სიმაღლე აქვს, სწორეთ ისეთი, რომელიც კავერნის ოდენობას შეეფერება. თანახმად ფიზიკური კანონებისა, სიღრუე მხოლოდ იმ შემთხვევაში გამოეხმაურება ბრონქულ ხმიანობას, თუ უკანასკნელის სიმაღლეა და სიღრუის ოდენობას შორის განსაზღვრული შეფარდება არსებობს, ანუ როგორც ფიზიკოსები იტყვიან, თუ რეზონატორი შესაფერის ტონზეა მოწყობილი.

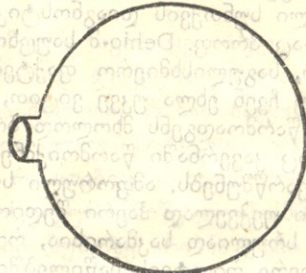
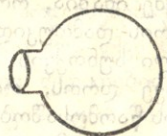
გადავალ ახლა საკუთარს ექსპერიმენტალურ ცდებზე. მე არ შეეჩვრდები
დეტალეზზე, აღვნიშნავ მხოლოდ მთავარ მომენტებს, რომლებიც დართულ სქე-
მატიურ ნახატებზეა წარმოდგენილი.

ჩვენ გავიმეორებთ Dehio-ს ცდები ზოგიერთის ცვლილებით. Dehio აწარმოებდა
ექსპერიმენტებს პარაფინისაგან ვაკუუმულ კავერის ფანტომზე. ჩვენ კი ამ მი-
ზნით ფისარგებლეთ ელასტიური ბუშტით, ინვეარისავე რეზინის მილით და
ჰაერის შემრყევ იარაღით. უკანასკნელი წარმოადგენდა მოზრდილ შპრიცს (200
c. cm, მოკულობისა), რომლის საშუალებითაც ბუშტში ჰაერს ჩაებერავდით. ამავე
დროს მინომეტრის საშუალებით შეგვეძლო წნევის განსაზღვრა (იხ. I).

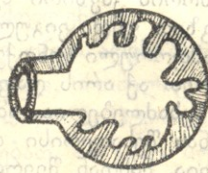
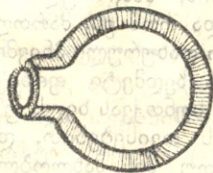


I

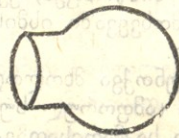
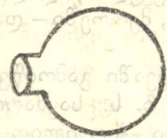
II



III



IV



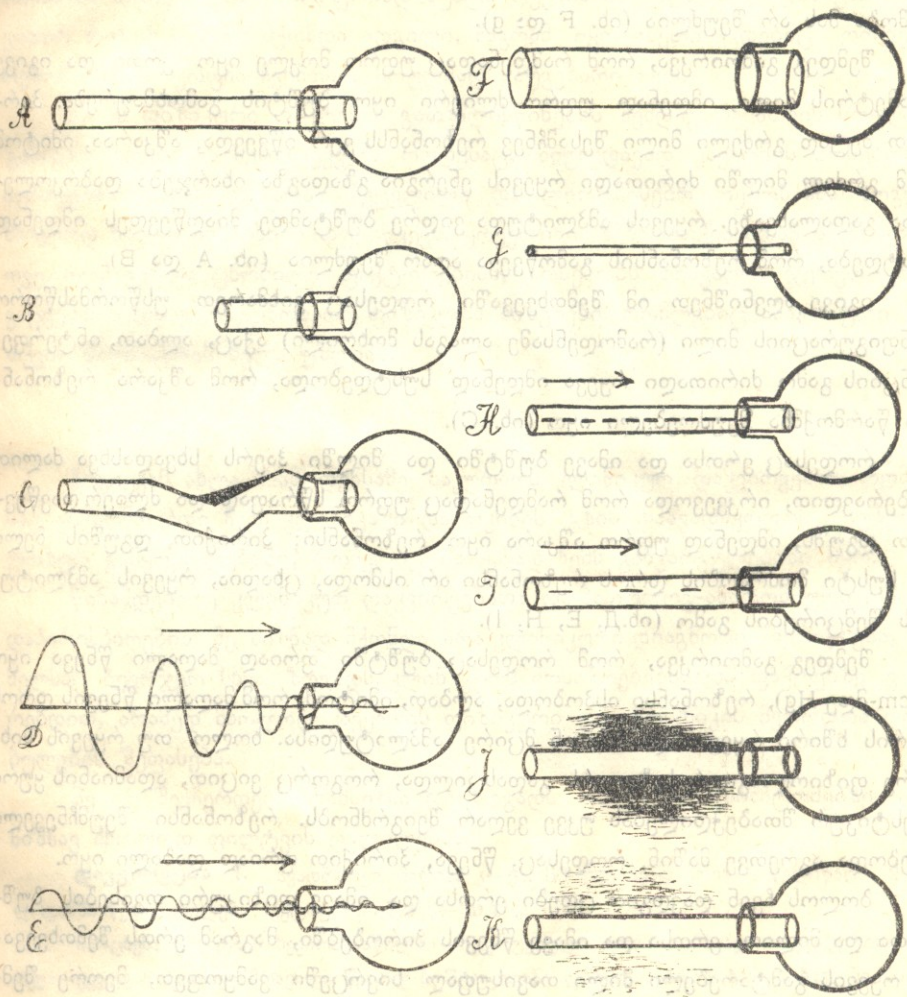
სქემ. ნახ. I.

როგორც სქემატიურ ნახატებზეა წარმოდგენილი, ცდებს ვაწარმოებდით
სხვადასხვა ოდენობის, დიამეტრის და კონფიგურაციის ბუშტითა და მილით
სხვადასხვა ხარისხის წნევისა და რყევის პირობებში.

გამოირკვა, რომ რაც უფრო დიდი იყო ბუშტი, იმდენად უფრო მკაფიოდ
იყო გააზონაურება (რეზონანსი). პირიქით, ძლიერ მცირე 2-3 სანტიმეტრის დია-
მეტრის ბუშტში შესამჩნევ რეზონანსს ვერ ვიღებდით (იხ. II). ბუშტი, რომ-



ელსაც ფართო ხერელი ჰქონდა, უფრო აშკარა რეზონანსს იძლეოდა, ვიდრე ვიწრო ყელიანი (იხ. IV). ფრიად ვიწრო ხერელიან ბუშტში (1-2 m.m.-იან დიამეტრის) რეზონანსი სრულიად გაურკვეველი იყო. ერთი და იგივე ოდენობის, მაგრამ შიგნითა ზედაპირით განსხვავებულ ბუშტებში ცდების შედეგი სხვადასხვა იყო. სადა კედლებიან ბუშტში რეზონანსი აშკარად ისმობდა, იმ ბუშტში კი, რომელსაც შიგნითა ზედაპირი უსწორ-მისწორო ჰქონდა (ამ მიზნით ბუშტში რაიმე ფხვნილს-სახამებელს ან ინფუზორის მიწას ჩაყრიდით და თან ოდნავ წყლით შევსველებდით, რომ ფხვნილი გუნდებად მიჰკრობოდა ბუშტის შიგნითა ზედაპირს) რეზონანსი სრულიად არ იყო. ცხადია, იმიტომ, რომ ხორკლიან ზედაპირზე რყევათა ინტერფერენცია სწარმოებდა (იხ. III).



სქემა ნახ. 11.

საგულისხმათა, რომ სხვადასხვა ნივთიერებისაგან მაგალ. შექმნილია, რეზონანსისაგან გაკეთებული ბუშტი ერთსა და იმავე ხარისხის რეზონანსს იძლეოდა, თუ

კი დაცული იყო ყველა სხვა ფიზიკური პირობები, როპლებიც რეზონანსის წარმოსაქმნელად არის საჭირო.

მეორე სერიის ცდებს ვაწარმოებდით ერთსა და იმავე ბუშტით, მაგრამ სხვადასხვა თვისების მილით.

გამოირკვა, რომ რაც უფრო ფართო იყო რყევის გამტარებელი მილი, იმდენად უფრო აშკარავდებოდა რეზონანსი, პირიქით თუ მეტად წვრილს 1-2 მილიმეტრიან მილს ავიღებდით, რეზონანსი ისპობოდა. მართლაც მეტად წვრილ მილში იმდენად სუსტია რყევის ამპლიტუდა, რომ შესამჩნევი რეზონანსის წარმოშობა მას არ შეუძლია (იხ. F და G).

შემდეგ გამოირკვა, რომ რამდენადაც უფრო მოკლე იყო ერთი და იგივე დიამეტრის მილი, იმდენად უფრო ძლიერი იყო ბუშტის გამოხმაურება. პირიქით მეტად გრძელი მილი შესამჩნევ რეზონანსს ვერ იწვევდა, აშკარაა, იმიტომ რომ გრძელ მილში ძირითადი რყევის ენერგია გზადაგზა იხარჯება დაბრკოლებათა გადალახვაზე. რყევის ამპლიტუდა ვიდრე ბუშტამდე მიაღწევდეს იმდენად სუსტდება, რომ რეზონანსის გამოწვევა აღარ შეუძლია (იხ. A და B).

იგივე აღვნიშნეთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ვინმარეთ უსწორმასწორო კონფიგურაციის მილი (რამოდენსამე ალაგას მოხრილი) აქაც, ალბათ, ინტერფერენციის გამო ძირითადი რყევა იმდენად სუსტდებოდა, რომ აშკარა რეზონანსის წარმოქმნა შეუძლებელი იყო (იხ. C).

როდესაც ერთსა და იმავე ბუშტში და მილში ჰაერს სხვადასხვა ძალით ჩაებრავდით, ირკვევოდა რომ რამდენადაც უფრო სწრაფად და ძლიერ დავწვედით დგუშს, იმდენად უფრო აშკარა იყო რეზონანსი; პირიქით, დგუშის ნელი და სუსტი მოძრაობის დროს რეზონანსი არ ისმოდა, ცხადია, რყევის ამპლიტუდის შემცირების გამო (იხ. D, E, H, I).

შემდეგ გამოირკვა, რომ როდესაც ბუშტში ფრიად მაღალი წნევა იყო (3 cm-მდე Hg), რეზონანსი ისპობოდა, ალბათ, იმიტომ, რომ მაღალი წნევის დროს ჰაერის ხშირი რყევაა და მასთან მცირე აპლატუდისა. ხოლო თუ რყევის სიხშირე ფიზიოლოგიურ საზღვარს გადასცილდა, როგორც ვიცით, ადამიანის ყური აკუსტიკურ შთაბეჭდილებას უკვე ვეღარ შეიგრძნობს. რეზონანსი შეუმჩნეველი ხდებოდა აგრეთვე მაშინ, როდესაც, წნევა, პირიქით ფრიად დაბალი იყო.

ბოლოს ჩვენ დავდგით ცდები ერთსა და იმავე ფიზიკური თვისების ბუშტითა და მილით, ერთსა და იმავე წნევის პირობებში, მაგრამ ერთს შემთხვევაში რყევის გამტარებელი მილი თავისუფალ სივრცეში ვამყოფეთ, მეორე შემთხვევაში კი მილს ბამბის მკვრივი შრე შემოვკაართ. უკანასკნელ შემთხვევაში რეზონანსი შესამჩნევად უფრო გარკვეული იყო, ვინემ პირველში, ცხადია, იმიტომ რომ ბამბაში გახვეულ მილში ტალღები უფრო ნაკლებად იფანტება

გარემო სივრცეში და ამგვარად ბუშტამდე უფრო ძლიერი რყევა აღწევს (იხ. J და K).

ამ ცდების შემდეგ ჩვენთვის სრულიად აშკარა შეიქნა რომ, მართლაც, მილისა და ბუშტის ამათუიმ ფიზიკური თვისებისაგან არსებითად დამოკიდებულია რეზონანსის არა მარტო ტემბრი, სიმაღლე და სიძლიერე, არამედ ზოგს შემთხვევაში-მისი აკუსტიკური ამოცნობის შესაძლებლობაც. ზოგიერთ შემთხვევაში ადვილად მისახედრი ფიზიკური მიზეზების გამო მაგ. მილის მეტის-მეტი სიგრძისა ან სივრცის გამო, ფრიად სუსტი რყევის ან მაღალი წნევის გამო არავითარ რეზონანსს არ ჰქონდა ადგილი, მაგრამ იყო ისეთი ცდებიც, როდესაც რეზონანსის არყოფნა ჩვენთვის სრულიად გაუგებარი იყო.

აი ამ ფიზიკური ფაქტების გათვალისწინების შემდეგ, ჩვენთვის სრულიად გასაგები ხდება ის შემთხვევები, როდესაც, მიუხედავად კავერნის არსებობისა სუნთქვითი ხმიანობა არაა შეცვლილი და ლითონისებრ რეზონანსს ზოგჯერ მხოლოდ ხველა ან ხიხინი თუ იწვევს. ყოველივე ზემონათქვამიდან სჩანს აგრეთვე, რომ გარდა ცნობილი ფაქტორებისა, არსებობს მრავალი, ჯერეთ კიდევ გაუგებარი და გამოუცნობარი ფიზიკური მიზეზები, რომლებიც ამფორული სუნთქვის წარმოქმნას ხელს უშლიან.

მოვიყვან ახლა რამოდენსამე საკუთარს კლინიკურ დაკვირვებას, რომელსაც ვაწარმოებდი ჩემს კლინიკაში და რკინის გზის საავადმყოფოს ტუბერკულოზურ განყოფილებაში, რომელიც იმ უამად ჩემს განკარგულებაში იყო.

წინამდებარე კლინიკურ დაკვირვებათა და პათოლოგ-ანატომიური მასალის დაპირისპირებით მე მიზნად მქონდა არა კლინიკური დიაგნოზის შემოწმება, რომელსაც ბევრჯერ სხვა, ზოგადს კლინიკურს მოსაზრებებსა და ფაქტებზე ვამყარებდით, არამედ მხოლოდ კავერნის ფიზიკური დიაგნოსტიკის მეთოდთა ღირებულების შეფასება.

მე არ შეეჩერდები ანამნეზსა და ზოგადს ობიექტურ სიმპტომებზე. ავლენიშნავ მხოლოდ ფილტვის ცვლილებას.

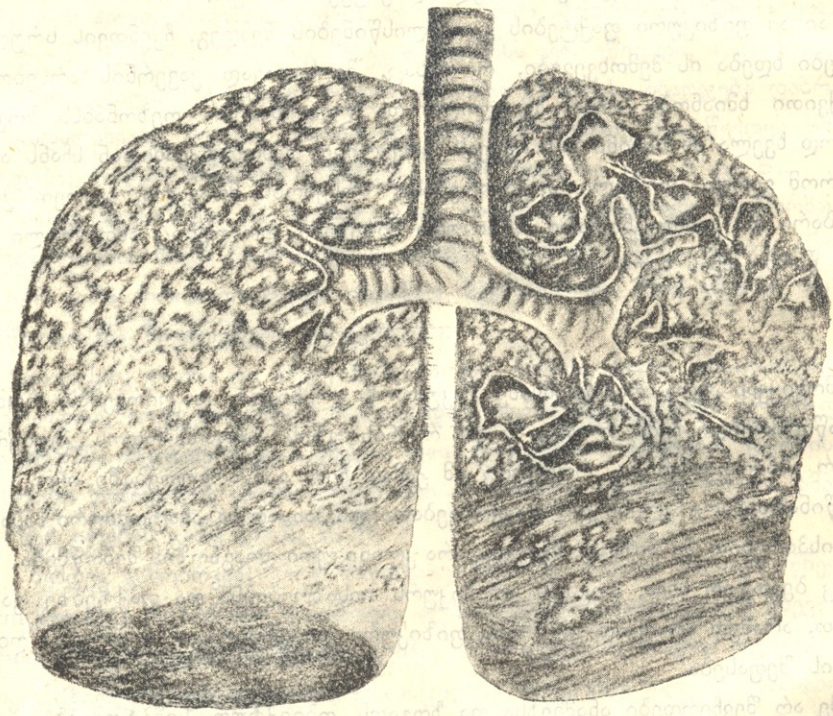
დაკვირება I. ავადმყოფი მარიამ კ-ვი, 30 წლ. ავად არის 3 წელიწადი. 2 თვეა ლოჯინში წევს. ცხელება ჰექტიური, 37,2°-39,4°.

მარცხენა ფილტვის ზევითა ნაწილში-მოყრუებული ტონი ტიმპანურის ელფერით. სუნთქვა-ყველგან მკვრივი. მრავალი წვილ-ბუშტუკოვანი ლითონისებრი ხიხინი. ნახველში Koch-ის ჩხირები. ელასტიურ ბოჭკოებზე ვერ გავსინჯეთ, რადგანაც ავადმყოფი მეორე დღეს გარდაიცვალა. Wintrich-ი, bruit de pot felé, Gerhardt-ი, Friedreih-ი არაა, აგრეთვე ლითონისებრი ტონი. არ ისმის არც ამფორული, არც მეტაფორმოზული სუნთქვა. ერთი სიტყვით არ არის არც ერთი ფიზიკური სიმპტომი კავერნისა.



რასაკვირველია, სნეულებების ხანგრძლივობისა და ავადმყოფის ზოგადი ობიექტური მდგომარეობის გამო, მეტადრე თუ მხედველობაში მივიღებდით ლითონისებრ ხიხინს, კავერნის არსებობა სრულიად შესაძლებლად მიგვაჩნდა, მაგრამ შეუწყვევლის საბუთებით ამის დამტკიცება ჩვენ არ შეგვეძლო.

გვამის გაკვეთამ, რომელიც ექ. Сахаров-მა აწარმოვა, შემდეგი სურათი მოგვცა. როგორც წინას ამ ნახატიდან, რომელიც გვამიდან არის გადმოღებული (იხ. სურ. შემთხვ. 1), მარცხენა ფილტვის ზევითა ნაწილში მთავარი ბრონქის გარშემო 6 კაკლის ოდენა კავერნა აღმოჩნდა. ბრონქი გასწვრივი ღერძის მიმართულებით გაკვეთილ იქმნა. ბრონქის მილი გულდასმით გავსინჯეთ ზონდის საშუალებით, მაგრამ, როგორც ეტყობოდა, არც ერთი კავერნა არ იყო შევრობებული ბრონქთან. ღრუები განმარტოებულნი იყვნენ ფილტვის ქსოვილში და ალაგ-ალაგ ერთი მეორესთან თუ იყო ვიწრო ყელით შეკავშირებული. კედლები უსწორ-მასწორო ჰქონდათ და ზომიერად მკვრივი.



შემთხვ. 1. მარცხენა ფილტვის კვეთილი

ამგვარად სრულიად აშკარა იყო შეუფერებლობა კავერნის ფიზიკური დიაგნოსტიკის შედეგებსა და პათოლოგ-ანატომიურ სურათს შორის: მაგრამ, თუ გავითვალისწინებთ ყველა იმ ფიზიკურ ფაქტორს, რომლის შესახებაც უკვე ზევით ნქონდა საუბარი, მაშინ ცხადი იქნება, რომ შეუფერებლობა იყო სრულიად ბუნებრივი და აუცილებელი. მართლაც Wintrich-ის ფენომენსა და გაბზარულ ქოთნის ხმას, რასაკვირველია, ვერ მივიღებდით, თუ კი არც ერთი კავერნა არ იყო ბრონქთან შევრობებული, ვერ მივიღებდით აგრეთვე ლითონის ტონს და ამფორულს სუნთქვას, რადგანაც თვითველი კავერნა ამისათვის პატარა იყო, სულ



ბევრი 2-2 1/2 სანტიმეტრის ოდენა და არც დანარჩენი ფიზიკური თვისებები ჰქონდა შესაფერისი.

დაკვირვება II. ავადმყოფი სოფიო ქ—ლი, 48 წლ. მ წელიწადია ავად არის. ლიგინში წევს 3 თვე. რამდენჯერმე haemoptoe ჰქონდა. ცხელება—ჰექტიური ხასიათისა. ნახველში—მრავალი ელასტიური ბოჭკო. მარჯვენა მწვერვალზე როგორც უკან, აგრეთვე წინ მეოთხე ნეკნამდე—მოყრუებული ტონი ტიმპანურის ელფერით. მრავალი ტაკცუნა ხიხინი. სუნთქვა დაბალი ბრონქული. მთელ ამ მიდამოზე—აშკარა Wintrich-ის ფენომენი; სხვადასხვა გვერდზე დაწვევის დროს ფენომენი არ ისპობა, მხოლოდ მისი მოსმენის არე ვიწროვდება. იგი ჰქრება ქვედა ნაწილში, ხოლო მკერდის ტარის მარჯვენა კიდის მახლობლად შეუცვლელი რჩება. **Bruit de pot felé** ყველგან თან სდევს Wintrich-ის ფენომენს. მისი მოსმენის არეც გვერდზე დაწვევის გამო მხოლოდ ვიწროვდება. Gerhardt-ი, Friedreich-ი არაა. არ ისმის აგრეთვე არც ლითონის პერკუსიული ტონი, არც ამფორული სუნთქვა. რაც შეეხება მარცხენა ფილტვს, მის მწვერვალზედაც მოყრუებული ტონი ისმოდა ტიმპანურის ელფერით, იგივე—ალაგ-ალაგ მთელს მარცხენა ფილტვის მიდამოზე. მთელს ფილტვზე თავიდან ბოლომდე—დაფანტული (წვრილი და საშუალო) ბუშტუკოვანი ხიხინი. სუნთქვა—ზოგან მკვრივი, ზოგ ადგილას—ბრონქული. კავერნის ცნობილი ფიზიკური სიმპტომი მარცხენა ფილტვზე არც ერთი არ აღმოჩნდა.

თუმცა, როგორც ვთქვი, მარჯვენა ფილტვზე Wintrich-სა და bruit de pot felé-ს აკლდათ კავერნისთვის უმთავრესი დამახასიათებელი თვისება, ე. ი. ფენომენის სრული მოსპობა ავადმყოფის სხვადასხვა გვერდზე დაწვევის დროს, მიუხედავად ამისა, თუ კი მხედველობაში მივიღებდით დანარჩენ კლინიკურს სიმპტომებს (ლოთონისებურ ხიხინს, უმთავრესად კი მრავალს ელასტიურ ბოჭკოს ნახველში), სრული საბუთი გვქონდა მარჯვენა ფილტვში კავერნა ამოგვეცნო. რომელიც, შექვევლია, მოზრდილი უნდა ყოფილიყო, ვინაიდან Wintrich-სა და bruit de pot felé-ს როგორც ვთქვით, მწვერვალიდან დაწყებული მეოთხე ნეკნამდე ვისმენდით. რაც შეეხება მარცხენა ფილტვს, როგორც ვთქვით, მასში არ აღმოჩნდა არც ერთი ფიზიკური სიმპტომი კავერნისა.

გვამის გაკვეთამ, რომელიც ექ. ვარაზაშვილმა აწარმოვა, შემდეგი მოგვცა (იხ. სურ. შემთ. II). მარჯვენა ფილტვის მწვერვალზე სულ ზერელედ პატარა კავერნა აღმოჩნდა 1 1/2-2 cm-ის დიამეტრისა, სრულიად განმარტოებული. არავითარი კავშირი ბრონქთან მას არ ჰქონდა. ცოტა ქვემოთ იყო უფრო მოზრდილი კავერნა—3 1/2-ის ოდენობისა. უსწორმასწორო მოხაზულობა ელიფსოიდურს უახლოვდებოდა. კავერნა მსხვილ ბრონქთან იყო შეერთებული. შემაკავშირებელი ხერხელის დიამეტრი 1/2 cm-ს უდრიდა, სიგრძე—3-ს. ამ მეორე კავერნიდან თითის სიგანე ხერხელი მიიმართებოდა ქვევით მესამე, უფრო დიდს კავერნაში. უკანასკნელის უდიდესი დიამეტრი 6 cm-ს უდრიდა, კედლის სისქე 1/2 cm-ი. მოხაზულობა უსწორმასწორო ჰქონდა, შიგნითა ზედაპირი—მოთხრილი. იგიც შეერთებული იყო მთავარი ბრონქის მეორე შტოსთან. ხერხელის სიგანე 1/2 cm-ი.

რამოდენადმე ქვევით და მასთან უფრო ზერელედ კიდევ კავერნა აღმოჩნდა ორი-სამი სანტიმეტრის დიამეტრისა.

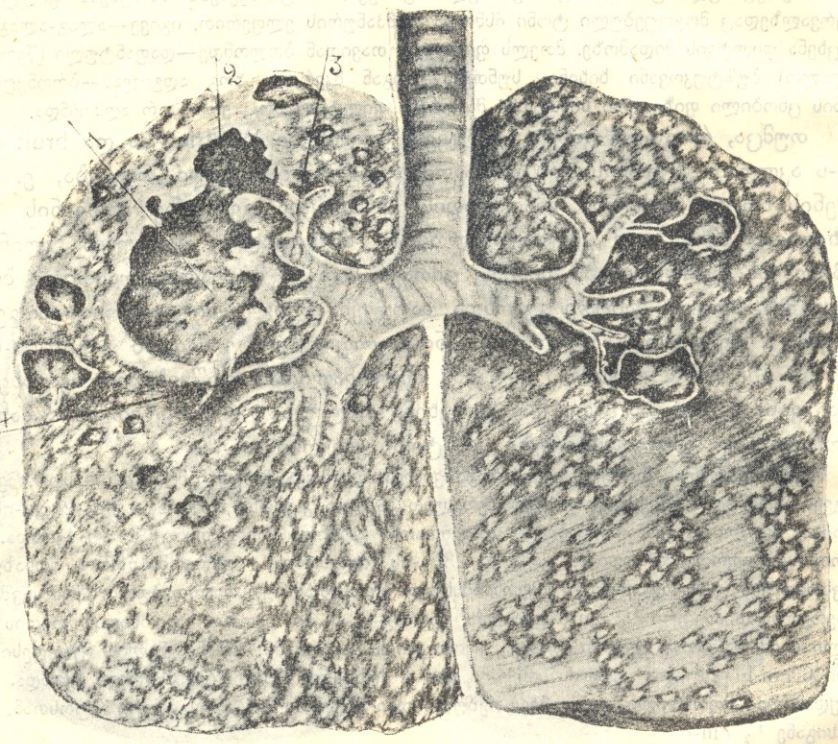
მარცხენა ფილტვის მწვერვალშიც 5 cm-ის სიღრმეზე კავერნა აღმოჩნდა 2 1/2 cm-ის ოდენა. ბრონქთან იმდენად წვრილი ხერხელით იყო შეერთებული, რომ ლითონის 2 მილიმეტრიანი ზონდის გატარებას ძლიერ ვახერხებდით. 4 cm-ით ქვევით, უფრო ახლო ფილტვის მედიალურს ზედაპირთან იყო მეორე უფრო მოზრდილი კავერნა 3 cm-ის დიამეტრისა. სიღრუსი ამოწმების შემდეგ გამოირკვა, რომ იგიც შეერთებული იყო ბრონქთან ისეთისავე წვრილის ხერხელით. რომელიც 2 მილიმეტრიან ზონდს ძლიერს გაატარებდა. კავერნებს თხელი უსწორ-მასწორო კედლები ჰქონდათ (იხ. სურ. შემთხ. II).

ამგვარად კავერნის კლინიკური დიაგნოზი მარჯვენა ფილტვის შესახებ სწორი გამოდგა. მაგრამ პათოლოგ-ანატომიურ სურათში, როგორც ვხედავთ, ზოგიერთი დეტალი გამოირკვა, რომლებიც არ იყო კლინიკურად გათვალისწინებული.



ლისწინებული. ჯერ ერთი, ამოცნობილი სიღრუის გარდა, მარჯვენა ფილტვში კიდევ სამი კავერნა აღმოჩნდა საშუალო ზომისა. მაგრამ ეს კავერნები არც უნდა ყოფილიყვნენ ამოცნობილნი, რადგანაც როგორც ვთქვით, მათ გარეთარო კავერნა არ ჰქონდათ მსხვილ ბრონქთან და ამიტომ Wintrich-სა და b. p. f.-ს, რასაკვირველია, ვერ მივიღებდით.

პათოლოგ-ანატომიური სურათის მეორე დეტალს შეადგენდა ის გარემოება, რომ ლაიფსა და მეოთხე ნექსს შუა ერთი მთლიანი კავერნა კი არ აღმოჩნდა, როგორც ვფიქრობდით, არამედ ორი ერთი მეორესთან ფართო ხვრელით შეკავშირებული; (იხ. 1 და 2). მაგრამ საგულისხმოა კი ის იყო, რომ თვითველი კავერნა



შემოხ. II.

მსხვილს ბრონქთან დამოუკიდებელის ხვრელით იყო შეერთებული. მასთან კავერნათა ხვრელებს სხვადასხვა მიმართულება ჰქონდათ (იხ. 3 და 4) და აი სწორედ ამ გარემოებაში ვეძიებ ჩვენ ნიზეზი იმ კლინიკური ფაქტისა, რომ Wintrich-ი და bruit de p. fêlé ავადმყოფის, სხვადასხვა გვერდზე დაწვევის დროს სავსებით არ ისპობოდა და მხოლოდ აკუსტიკური შთაბეჭდილების არე ვიწროვდებოდა როგორც ეტყობა, ავადმყოფის განსაზღვრული მდებარეობის დროს, კავერნათა ხვრელების მოპირისპირე მიმართულებების გამო, ერთი კავერნის ხვრელი იხურებოდა სეკრეტით და ამიტომ მასში ფენომენის ფიზიკური შესაძლებლობა

ისპობოდა, ხოლო მეორე კავერნაში კი ხვრელი ღია იყო, და ამიტომ ფენომენიც აქ შეუცვლელად რჩებოდა.

გარდა ამისა, თუმცა მოზრდილი კავერნა ნ სანტიმეტრის ოდენა იყო, მაგრამ, როგორც აღვნიშნეთ, შიგნითა ზედაპირი მოთხრილი ჰქონდა და ამიტომ ბუნებრივია, რომ იგი არ იძლეოდა არც ამფორულს სუნთქვას, არც ლითონის პერკუსიულ ტონს.

უკანასკნელი პათოლოგ-ანატომიური დეტალი ის იყო, რომ მარცხენა ფილტვშიც ორი საშუალო ოდენობის კავერნა აღმოჩნდა, თუმცა ამ ფილტვში, როგორც უკვე მოგახსენეთ, კლინიკურად არ იყო აღნიშნული არც ერთი ფიზიკური სიმპტომი კავერნისა. მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კლინიკური დასკვნა სრულიად ბუნებრივად და აუსტილებლად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან, როგორც ზევით ვთქვით, კავერნები მეტად წვრილი, მილიმეტრ ნახევრიან ხვრელებით იყვნენ ბრონქთან შეერთებულნი და ამიტომ ცხადია, რომ Wintrich-ის ფენომენისა და bruit de p. felé-ს წარმოქმნა ფიზიკურად შეუძლებელი იყო, ხოლო ამფორული სუნთქვისა და ლითონისებრი ტონისათვის კავერნები პატარანი იყვნენ.

დაკვირვება III. დარია ს—ძე, 70 წლ. მეოთხე წელიწადია ავად არის. ნახველში მრავალი Koeli-ის ჩხირი და ელასტიური ბოკკო. მარცხენა ფილტვზე: ლავიწვება ფოსოდან დაწყებული მეოთხე ნეკნამდე—მოყრუება ტიმპანურის ელფერით; ბევრი წვრილბუშტუკოვანი ტაკატუნა ხიხინი; მე-2-4 ნეკნა შუა—აშკარა Wintrich-ის ფენომენი და გაბზარული ქოთნის ხმა. ავადმყოფის სხვადასხვა მდებარეობის გამო ფენომენები არ ისპობა. ამფორული სუნთქვა არ ისმის. უკანაც ბეკის ქვედა საზღვრამდე მრავალი წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი. სუნთქვა მკვრივი, ალაგ-ალაგ—ბრონქული.

მარჯვენა ფილტვზე: ლავიწვიდან დაწყებული მეოთხე ნეკნათა შუა სივრცემდე, ხოლო უკან ქედზევითა ფოსოში—მოყრუებული ტიმპანური ტონი. ისმის კონსონანური წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი. Wintrich-ი და bruit de p.f. არაა, აგრეთვე Gerhardt-ის და Friedreich-ის ფენომენები, არ ვისმენთ არც ამფორულს, არც მეტამორფოზულ სუნთქვას.

თუმცა მარცხენა ფილტვზე Wintrich-ის ფენომენი და bruit de pot felé სხვადასხვა მდებარეობის მიხედვით არ ისპობოდა, მაგრამ სხვა ობიექტურ მოვლენებთან ერთად (მრავალი ელასტიური ბოკკო ნახველში) იგინი მაინც საბუთს გვაძლევდნ ამ ფილტვში კავერნა ამოვყენო. მარჯვენა ფილტვზე კი, როგორც აღვნიშნეთ, არ იყო არც ერთი ფიზიკური სიმპტომი კავერნისა.

გვამის გაკვეთამ შემდეგი მოგვცა: მარცხენა ფილტვში მწვერვლიდან 9 cm-ის, ხოლო წინა ზედაპირიდან 3 cm-ის სიღრმეზე, მეორე და მესამე ნეკნათა შუა მიდამოში კავერნა აღმოჩნდა საშუალო ოდენობისა. სიგრძე 3 cm-ი, სიგანე—იმოდენავე. მსხვილ ბრონქთან შეერთებული იყო ხვრელით, რომლის სიგანე 1 cm-ს უდრიდა. შიგნითა ზედაპირი კავერნას მოთხრილი ჰქონდა. მასში ზომიერი რაოდენობა იყო ლორწოს მსგავსი, სქელი კონსისტენციის, წებოვანი სეკრეტისა. 10 cm-ით ქვემოთ მეორე უფრო მოზრდილი კავერნა იყო ქათმის კვერცხის ოდენა, შიგნითა ზედაპირი უსწორ-მასწორო ჰქონდა. უშუალოთ შეკავშირებული იყო ბრონქთან, ხვრელის სიგანე 1 1/2 cm-ს უდრიდა. ფილტვის დანარჩენ მიდამოში ბევრი დაფანტული წვრილი, ფეტვის. ოდენა კავერნა სჩანდა ზაქოსებრი ნივთიერებით ამოვსებული.

მარჯვენა ფილტვის მწვერვალშიც აღმოჩნდა კავერნა, მოგროძო, ელიფსოიდური მოყვანილობისა, რომლის სიგრძე 3 1/2 cm-ს უდრიდა, სიგანე 2 cm-მდე. შიგნითა ზედაპირი უსწორ-მასწორო ჰქონდა, სეკრეტი—მცირე. კავერნა შეერთებული იყო ბრონქთან. ხვრელის დიამეტრი ნახევარ cm-ს აღემატებოდა. ფილტვის ქვედა ნაწილში იყო გამოყრილობა და ჰიპოსტატიკური გამკვრივება.

ამგვარად, თუ შევადარებთ კლინიკურსა და პათოლოგ-ანატომიურ ფაქტებს, შემდეგი ირკვევა. კლინიკური დიაგნოზი მარცხენა ფილტვის შესახებ სავსებით სწორი გამოდგა. ამ ფილტვში, მართლაც, კავერნა აღმოჩნდა ზომიერი ოდენობისა. ამგვარად წებოვანი, ფრიალ სქელი კონსისტენციის სეკრეტი ცხად ჰყოფდა, თუ რატომ Wintrich-ის ფენომენი და bruit de p. f. არ ისპობოდა ავადმყოფის სხვადასხვა მდებარეობის მიხედვით.

რაც შეეხება მარჯვენა ფილტვს, აქ კი კლინიკურსა და პათოლოგ-ანატომიურ სურათებს შორის სრული შეუფერებლობა აღმოჩნდა. მარჯვენა ფილტვის მიდამოზე, როგორც უკვე ვთქვით, კლინიკურად არ იყო აღნიშნული არც ერთი ფიზიკური სიმპტომი კავერნისა, მაშინ როდესაც გვამის გაკეთებამ აქ იმოდენავე კავერნა აღმოაჩინა, როგორც მარცხენა ფილტვში იყო. რა იყო ამის მიზეზი, რატომ კლინიკურად ჩვენ არასოდეს არ მიგვიღია ამ ფილტვზე არც ერთი კავერნოზული ფენომენი, თუ კი მასშიც ღრუ იყო—ეს ჩვენთვის გაუგებარია. კავერნა თითქოს სავსებით აკმაყოფილებდა ყველა იმ ფიზიკურ პირობას, რომლებიც Wintrich-ის ფენომენისა და გაბზარულ ქოთნის ხმის წარმოსაშობად არის საჭირო. კავერნა საკმარისი ოდენობისა იყო, იგი შეერთებული იყო ბრონქთან საკმარისად ფართო ხერხელით, რომლის სანათური (კარიელი იყო და ჰაერისათვის სავსებით გასავალი. სეკრეტი მცირე. ბოლოს, ღრუ ძლიერ ღრმად არ მდებარეობდა. პერკუსიული ფენომენების წარმოსაქმნელად ამ მხრივ დაბრკოლება არ უნდა ყოფილიყო.

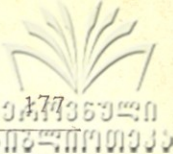
დაკვირვება IV. ეკატერინე ბ-ძე, 30 წლ. 2 წელიწადია ავად არის. უკანასკნელ წელიწადს გამოუნელებელი სიცხე აქვს. ნახველში Koch-ის ჩხრებები და აუარებელი ელასტიური ბოჭკო აღმოჩნდა.

მარჯვენა ფილტი: ლავიწხედა ფოსოდან დაწყებული მესამე ნეკნამდე, ხოლო უკან ქედზევითა ფოსოში მოყრუებული ტონია ტიმპანურის ელფერით. მრავალი ტაკუნა წვრილბუმტუკოვანი ხიხინი ისმის, ზოგჯერ ლითონის ელფერით. სუნთქვა—ყველგან ბრონქული. Wintrich-ი, bruit de p. f., Gerhard-ი, Friedreich-ი არაა. არ ისმის არც ამფორული არც მეტაფორმოზული სუნთქვა. მარცხენა ფილტვში მხოლოდ ემფიზემატოზური ცვლილებაა.

თუ მივიღებდით მხედველობაში ანამნეზსა და მთელ ობიექტურ სიმტომოკომპლექსს (სნეულების ხანგრძლივობას, ჰექტიურ ცხელებას მთელი წლის განმავლობაში, უმთავრესად კი აუარებელ ელასტიურ ბოჭკოს ნახველში), საბუთი გვქონდა კავერნა ამოგვეცნო. მიუხედავად ამისა არასოდეს არც ერთი ფიზიკური ფენომენი კავერნისა ამ შემთხვევაში ჩვენ არ მოგვისმენია. რა იყო ამის მიზეზი, არ ვიცით, რადგანაც გვამის გაკვეთა, მზობლების უარის გამო, სამწუხაროდ, არ მომხდარა.

დაკვირვება V. ავადმყოფი მ-ვი, 35 წლ. მარჯვენა ლავიწხედა ფოსოდან მე-4 ნეკნამდე—ტიმპანური ტონი ოდნავ მოყრუებული. მთელ ამ მიდამოზე ისმის სრულიად გარკვეული ამფორული სუნთქვა დამახასიათებელი ლითონისებრი ელფერით. Wintrich-ის ფენომენი, bruit de p. f., Gerhard-ი, Friedreich-ი არასოდეს არ მოგვისმენია. ავადმყოფი სამწუხაროდ გაეწერა.

ეს შემთხვევა მოგვყავს მხოლოდ იმიტომ, რომ ჩვენის აზრით აქ საგულისხმიერო სიმპტომოკომპლექსთან გვქონდა საქმე. ერთას მხრით ჩვენ გვქონდა კავერნის უმნიშვნელოვანესი სიმპტომი—ამფორული სუნთქვა. მეორეს მხრით ყველა სხვა ფიზიკური სიმპტომი კავერნისა (Wintrich-ი, bruit de p. f., Gerhard-ი)



Friedreich-ი) შეურყევლად უარყოფითი იყო. ამის მიზეზი ან განკერძოებული პნევმოთორაქსი უნდა ყოფილიყო, ან კავერნა, რომელსაც რაიმე მიზეზისაგან შეწყვეტილი ჰქონდა კავშირი ბრონქთან, ან, იქნებ, თავდაპირველადვე ბრონქის გარეშე მდებარეობდა. ეს შემთხვევა ადასტურებს ავტორების მიერ გამოთქმულ აზრს, რომ ამფორული სუნთქვის წარმოსაშობად საჭირო არ არის, რომ ღრუ უეჭველად შეერთებული იყოს ბრონქთან. სრულიად საკმარისია, რომ ბრონქული სუნთქვა სათანადო სიმაღლის და სიძლიერისა სიღრუვეის მახლობლად წარმოიშვას. ამ პირობებშიაც შეუძლია მას კავერნაში რეზონანსი (ამფორული სუნთქვა) გამოიწვიოს.

დანარჩენი რამოდენიმე შემთხვევა არ მოგვეყავს, რადგანაც გვამის გაკვეთა სამწუხაროდ, ვერ მოხერხდა, რომ კლინიკური დიაგნოზი პათოლოგ-ანატომიურ სურათისათვის შეგვედარებინა. თვით კლინიკური სიმპტომოკომპლექსი კი თავის თავად არაფერს საგულისხმეიროს არ წარმოადგენდა.

ვფიქრობ, რომ მოყვანილი მაგალითებიც ადასტურებენ შემდეგ დებულებათ.

თუ ყურადღებით ჩავუკვირდებით ყველა იმ პირობას, რომლებიც კავერნის სხვადასხვა ფენომენის წარმოსაშობად არის საჭირო, უეჭველად დავრწმუნდებით, რომ კავერნის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი სიმპტომები არაა მუდმივი. პირიქით, ძლიერ ხშირად მიუხედავად კავერნის არსებობისა, ჩვენ ვერ ვიღებთ ვერც ერთს დამახასიათებელ ფიზიკურ სიმპტომს. ესაა მიზეზი, რომ კავერნის ფიზიკური დიაგნოსტიკა ხშირად შეუძლებელი ხდება.

მე ვამბობ, ფიზიკური დიაგნოსტიკა და არა კლინიკური, ვინაიდან, როგორც ვიცით, კავერნის კლინიკური დიაგნოზი, შესაძლოა, ზოგჯერ სხვა კლინიკურს მოსახრებებსა და ფაქტებზე იქნას დამყარებული. მაგრამ ისიც მართალია, რომ მართო კლინიკურს ალლოზე, კლინიკურს გამოცდილებაზე დამყარებული დიაგნოზი იგივე არ იქნება, რაც უცილობელს ფიზიკურს მოვლენებიდან გამომდინარე დასკვნა.

მეორეს მხრით თვით კლასიკური სიმპტომოკომპლექსიც რომ გვექონდეს კავერნისა, მაინც არა გვაქვს საბუთი უეჭველად კავერნა ამოვიცნოთ, თუ კი არ იქნება გათვალისწინებული დანარჩენი ფიზიკური შესაძლებლობანი.

კერძოდ Wintrich-ის ფენომენი და bruit de pot felé მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება კავერნის უტყუარ სიმპტომად ჩათვალოს, თუ ავადმყოფის რომელსამე გვერდზე დაწვენის დროს, ან პირიქით დაჯდომის გამო, ორივე ფენომენი ჰქრება. წინააღმდეგ შემთხვევაში მათ, შესაძლოა, სულ სხვა პათოლოგიური მიზეზები ედოს საფუძვლად. თავისთავად ცხადია, რომ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ დადებითს შედეგს, ხოლო თუ ფენომენს აკლია ეს დამახასიათებელი თვისება, კავერნის უარყოფა, რასაკვირველია, არ შეიძლება, ზემოთ მოხსენებულს ფიზიკურს ფაქტორების და ჩვენს მეორე გაკვეთაზე აღმოჩენილს ფიზიკურს შესაძლებლობათა გამო.

დასასრულ უნდა შევნიშნოთ, რომ მეტამორფოზული სუნთქვა, რომელსაც პრაქტიკაში იშვიათად აქცევენ ყურადღებას, უეჭველია, დაგვეხმარებოდა სიღრუის ამოცნობაში განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც არავითარი სხვა სიმპტომი კავერნისა არ არსებობს.

ლიტერატურა*).

1. Horn, Experimentelle Beiträge physicalischen Diagnostik der Respirations—Organe. დისერტ. დორპატი 1894.
2. Weil, Deutsch. Arch. f. Klin. Med. B. XXXI.
3. М. Я. Яновский. Ежегод. клин. газета 1896, № 14 და 15, გვ. 307.
4. Н. Котовщиков. Руководство к клиническим методам исследования 1903.
5. Moritz, Deutsch. Arch. XX, გვ. 348.
6. Dehio, Deutsch. Arch. f. Klin. Med. ტ. XXXVIII, გვ. 447.
7. Seitz, Deutsch. Arch. f. Klin. Med. ტ. 1, 1865. გვ. 292.
8. Котовщиков, Aerztl. Jntellig.—Bl. 1876, № 34 და Медиц. Обзор. 1890, ტ. 38, გვ. 41.

*) მოგეყავს მხოლოდ უმათერესი

ი. ზიზინეიშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

კუჭის ავზნიანი ხორცმეტის ადრეული დიაგნოსტიკა „Wolff-Junghans“-ის რეაქციით *).

(ტფილისის უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკის კლინიკიდან. გამგე — პროფ.

მ. დ. წინამძღვრიშვილი).

კუჭის ავზნიანი ხორცმეტის ადრეული დიაგნოსტიკა, როგორც ვიცით, დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. აქნობამდე ამგვარი დიაგნოსტიკისათვის არ არსებობს არც ერთი საშუალება. ჯერჯერობით გადამწყვეტ სიმპტომად თვით სიმსივნის აღმოჩენა ითვლება ე. ი. სნეულების ის პერიოდი, როდესაც მკურნალობა უკვე დაგვიანებულია. ცხადია, მაშასადამე, რომ ყოველი ახალი მეთოდი, რომელიც კუჭის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკისაკენ იქნება მიმართული, როგორცაა „Wolff-Junghans“-ის რეაქცია, უაღრესად საგულისხმოა. ამ რეაქციის შესახებ გამოქვეყნებული კლინიკური დაკვირვებანი არაა ბევრი და მათი მიხედვით ჯერჯერობით საბოლოო დასკვნების გამოტანა შეუძლებელია.

საკითხი ჯერ კიდევ მეტს კლინიკურ დაკვირვებას მოითხოვს. ამიტომ მე სიამოვნებით ვისარგებლე დიდად პატივცემული პროფ. მ. წინამძღვრიშვილის წინადადებით და შევუდექი „Wolff-Junghans“-ის რეაქციის შემოწმებას, ტფილისის უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკურ კლინიკის მასალაზე.

ჩემი დღევანდელი მოხსენება იქნება მხოლოდ წინასწარი, რადგანაც ჯერ კიდევ განვარძობთ დაკვირვებას. ვფიქრობთ, რომ ფაქტიური მასალა, რომლისაგანაც ჯერჯერობით საბოლოო დასკვნა არ გამოგვყავს და რომელიც გვსურს ჩხოლოდ პატივცემულ კოლეგებს გაუზიაროთ, არ უნდა იყოს ინტერესს მოკლებული.

1911 წ. პროფ. Ewald-ის ასისტენტებმა Wolff-მა და Junghans-მა გამოაქვეყნეს შრომა „გახსნილი ცილის რაოდენობითი განსაზღვრა კუჭის წვენში“. ამ გამოკვლევით მათ უნდოდათ შეემუშავებინათ კუჭის ფუნქციონალური დიაგნოსტიკის იმგვარი მეთოდები, რომლებიც გახსნილი ცილის რაოდენობის მიხედვით კუჭის წვენში საშუალებას მოგვცემდა გამოგვერკვია კუჭის მონელებითი თვისება. ამგვარად Boas-Ewald-ის საუზმის შემდეგ კუჭის წვენში დაშლილი ცილის პროდუქტთა რაოდენობითი განსაზღვრა იყო საჭირო. ამ მიზნით Wolff-მა და Junghans-მა ისარგებლეს ფოსფორ-ვოლფრამის მჟავით, რომელიც მჟავე მინერალურ ხსნარში დალექავს ცილის ნაწილობრივი დაშლის პროდუქტებს, სახელდობრ, ალბუმინებს და პეპტონებს.

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესს.

ამავე დროს გამოირკვა, რომ გახსნილი ცილის რაოდენობა კუჭის კეთილთვისებიან ავადმყოფობის დროს იცვლება პარალელურად პეპსინის რაოდენობასთან, მაგრამ არაპარალელურად თავისუფალ HCl-ის მიმართ.

მაგრამ განსაკუთრებული ყურადღება მიიქცია იმ გარემოებამ, რომ კუჭის წვენში გახსნილი ცილის რაოდენობა მცირე იყო მხოლოდ კეთილთვისებიან ახილის დროს, მაშინ როდესაც კირჩხიბის ნიადაგზე განვითარებული ახილის დროს ცილის რაოდენობა მუდამ დიდი აღმოჩნდა. ამგვარად გახსნილი ცილის დიდი რაოდენობა კუჭის წვენში, თავისუფალი მარილის მქავეს არარსებობის დროს, კირჩხიბისებურ ახილას გამოაცალკეებს მსგავს სნეულებათაგან. ეს რომ სავსებით დამტკიცდეს, ჩვენ გვექნება კუჭის კირჩხიბის დამახასიათებელი ადრეული სიმპტომი.

ამ შრომამ მიიპყრო ყურადღება ზოგიერთი სხვა ავტორისა, რომლებმაც Wolff-ისა და Junghans-ის დაკვირვებანი დაადასტურეს. მაგალითად Einstein-ი, რომლის აზრით ცილის რაოდენობა 100-ზე მეტი უფრო კირჩხიბს მოწმობს, ვიდრე კეთილთვისებიან ახილას. Thiele იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ თუ გახსნილი ცილის რაოდენობა 60-ს უდრის—იგი კეთილთვისებიან ახილას ნიშნავს, ხოლო თუ იგი 200—400 აღწევს—ეს კირჩხიბს მოწმობს. Roubitschek-ი და Weiser-ი აწარმოებდნენ კირჩხიბის გამოკვლევას დაგვიანებულ სტადიუმში. ავტორები ფიქრობენ, რომ ცილის დიდი რაოდენობა, რომელიც მათ შემთხვევებში აღმოჩნდა, სიმსივნის დაშლით არის გამოწვეული. ადრეული კირჩხიბის შემთხვევები მათ არ გამოუკვლევიათ, მაგრამ ფიქრობენ, რომ კირჩხიბის ადრეული დიაგნოსტიკისათვის, როდესაც სიმსივნე ჯერ კიდევ არ დაშლილა, Wolff-Junghans-ის რეაქცია გამოუსადეგარია. Кабанов-ი, რომელმაც 16 ავადმყოფი გამოიკვლია, რაიმე გარკვეული დასკვნისაგან თავს იკავებს. საგულისხმოა სხვათა შორის მისი ერთი შემთხვევა, როდესაც კოლინჯის კირჩხიბი იყო, კუჭი კი არ იყო დაავადებული, მიუხედავად ამისა კუჭის წვენში გახსნილი ცილის დიდი რაოდენობა აღმოჩნდა.

Кузнецов მა მცირეოდენი ცვლილება შეიტანა Wolff-Junghans-ის ტენიკაში; იგი საცდელი საუზმის წინ წინასწარ კუჭს გამოორეცხავდა, რომ კუჭში დარჩენილი საჭმლის ნაშთს არ შეეშალა ხელი ცილის რაოდენობითი კვლევის დროს.

მაგრამ სხვა ავტორები ამ წინასწარ გამოორეცხას ზედმეტად სთვლის.

Кузнецов-ის გამოკვლევებით, ციფრი 20—80-მდე კეთილთვისებიან ახილას ნიშნავს, 200—400-მდე—ავთვისებიანს. 100—უფრო კეთილთვისებიანს.

პროფ. Орловский-ს კლინიკიდან Ленская Wolff-Junghans-ის რეაქციას დიდ კლინიკურ ღირებულებას აკუთვნებს და ამავე დროს დასძენს, რომ კუჭის ახილის დროს უცილობელი მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ დაბალ ციფრებს, რომელიც გვაძლევს საშუალებას კირჩხიბი უარყვოთ.

ამ მოკლე ლიტერატურული მასალიდან, რომელიც ამ ჟამად ხელთ გვეკონდა, სჩანს რომ, ავტორებმა, რომლებიც Wolff-Junghans-ის რეაქციის კლინიკურ ღირებულებას იკვლევდნენ, ერთსა და იმავე შედეგებს ვერ მიაღწიეს, თვით შედეგების დიაგნოსტიკურ შეფასებაშიც ავტორები სხვადასხვა აზრს ადგანან.

იმის ასახსნელად, თუ საიდან წარმოიშობა ცილა კუჭის შეცულობაში მისი კირჩხიბით დაავადების დროს Wolff-მა და Junghans-მა სამი მოსაზრება გამოსთქვეს.

1. შესაძლებელია, რომ თვით კუჭის ლორწოვან გარსის დაავადების გამო, იყოს დაქვეითებული ცილოვან ნივთიერებათა შესრუტვა.
2. კირჩხიბით დაავადმყოფებულ კუჭში არსებობს თავისებური ფერმენტი, რომელიც უფრო ღრმად შლის ცილას, ვიდრე ეს საღ კუჭში ხდება.
3. გახსნილი ცილის რაოდენობის გადიდებაში იღებს მონაწილეობას თვით ხორცმეტის დაშლის პროდუქტები.

სამივე მოსაზრება საკამათო შეიქნა. Strauss-ი და Einstein-ი წინააღმდეგი არიან იმის, ვითომ დაავადებული კუჭის ლორწოვან გარსში შემცირებული იყოს შესრუტვა. Neubauer-ის აზრით, ფერმენტი, რომელიც დამახასიათებელია კირჩხიბისათვის, ღრმად შლის იმ ნივთიერებებს, რომლებიც ფოსფორ-ვოლფრამის მჟავისაგან არ ილექება.

რჩება მესამე მოსაზრება, მაგრამ თუ ის გამართლდა, თავისთავად ცხადია, რომ Wolff-Junghans-ის რეაქცია არ გამოდგება კუჭის კირჩხიბით დაავადების დასაწყისშივე გამოსაცნობად. მაშასადამე ეს საკითხი ჯერ-ჯერობით ღია რჩება.

გადავდივარ ახლა საკუთარ კლინიკურ მასალაზე. დაკვირვების მეთოდითაა ამგვარი იყო. Boas-Ewald-ის საცდელი საუზმის 45 წამის შემდეგ კუჭიდან ამონაღებ წვეს ჩვეულებრივი წესით ესინჯავდით. HCl-ის თვისებითი რეაქციას Töpfer-ით ვაწარმოებდით; სისხლს Weber-ის რეაქციით ვიკვლევდით; ნალველს—Gmelin-ის და Rosenbach-ის მეთოდებით. რძის მჟავას—Siffelmann-ის რეაქციით. რაოდენობითი განსაზღვრას თავისუფალი და შეკავშირებული მარილ-მჟავისა, აგრეთვე საერთო სიმჟავის განსაზღვრას ვაწარმოებდით ჩვეულებრივი წესით.

შემდეგ Ewald-ის მეთოდით ვიკვლევთ კუჭის მოტორულ ფუნქციას. ბოლოს, კუჭის გაბერვითა და Röntgen-ით ვიკვლევდით კუჭის ოდენობას, მდებარეობას და კონფიგურაციას.

დასასრულ ვაწარმოებდით Wolff-Junghans-ის რეაქციას, რომლის ფრიად მარტივი ტექნიკა შემდეგში მდგომარეობს:

კუჭის წვეს გააფილტრებენ. მთელ რიგ საცდელ შუშებში ჩაასხამენ 10-10 c. cm. გამოხდილ წყალს.

წვრილი პიპეტით, რომელიც სანტიმეტრის ასეულ ნაწილებზეა დაყოფილი, უმატებენ თვითეულ საცდელ შუშაში გაფილტრებულ კუჭის წვენს—1,0 0,5 (ერთი გრამიდან დაწყებული, თანდათან მცირე) 0,25-0,17-0,125-0,1-0,05. ამ გვარად წარმოსდგება ერთი ათიდან თანდათან მეტი ხარისხი გაზავებისა. 1 : 10; 1 : 20; 1 : 40; 1 : 60; 1 : 80; 1 : 100; 1 : 200; 1 : 400 და სხვა.

ამის შემდეგ საცდელ შუშებს შეანჯღრევენ და ფრთხილად მიუმატებენ თითო c. cm. რეაქტივს, რომელშიაც მთავარი რეაგენტი არის ფოსფორ-ვოლფრამის მჟავა.

Ac. phosphoro-Wolframiaci	0,3
Ac. hydrochlorici puri	1,0
Alcohol 96°	20,0
Aq. destill.	ad 200,0

კუჭის წვენისა და რეაქტივის საზღვარზე იმ წამსვე ჩნდება ცილის რგოლისებრივი სიმღვრივე, რომელიც უფრო მკაფიოდ შავ მიდამოზე სჩანს, რასა-

კვირველია, თუ საკმარისი რაოდენობაა ცილისა. გახსნილი ცილის რაოდენობას აღნიშნავენ იმ გაზავების ციფრით, სადაც ცილის რგოლი უკვე აღარ ემჩნევა, მაგალითად: თუ გაზავება 1:100-ზე რგოლს გვაძლევს, ხოლო 1:200 რგოლი აღარ ჩანს, მაშინ ამბობენ, რომ ამ კუჭის წვენიში ცილის რაოდენობა 200-ს უდრის. რასაკვირველია, ჩვენ ამ რეაქციას არ უწევდით ანგარიშს, როდესაც კუჭის წვენიში სისხლი ან ნალველი აღმოჩნდებოდა, კუჭს არ ურეცხავდით არც წინა ღამეს, არც საცდელი საუზმის წინ, როგორც ამას Roubischtek-ი, Weiser-ი და Кузнецов-ი შერებოდნენ, რადგანაც, მთელი რიგი ავტორების დაკვირვებით, კუჭის წინასწარი გამორეცხვა შესამჩნევ გავლენას ცილის რაოდენობაზე არ ახდენს სამაგიეროდ თვით მეთოდის მარტივდება. ჩვენ ვაწარმოეთ 67 ავადმყოფ-ზე 105 გამოკვლევა. გამოვსკლეთ რა ის შემთხვევები, სადაც კუჭის წვენიში აღმოჩნდა (თუნდაც მინიმალური რაოდენობა) თავისუფალი HCl, სისხლის ან ნალველის, ჩვენ ვისარგებლეთ ახილის მხოლოდ 15 შემთხვევით, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ Wolff-Junghans-ის რეაქციის პირობებს.

მათ შორის 10 შემთხვევაში კეთილ თვისებებიანი ახილია იყო, 5-ში — ავთვისებიანი. უკანასკნელ შემთხვევებში დიაგნოზი ოპერაციით იქნა დადასტურებული. მოგვყავს ჩვენი ავადმყოფების მოკლე ისტორიები:

შემთხვევა I. ავადმყოფი ფ. ა—ლი, 28 წლ. უჩივის გულზე ზიდილს, პირის ღებინებას მსუქანი და მძიმე საკმლის შემდეგ. აქვს ხშირად ბოყინი, მუცლის შებერვა და დრო გამოშვებით ფაღარათი. 8 წელიწადია რაც ავად არის. ყველა ეს მოვლენები თან და თან ძლიერდებოდნენ უკანასკნელი 2—3 წლის განმავლობაში. დაკარგა წონაში 2 წ. განმავლობაში 22 გირანჯა.

St. praes. აგებულება ნორმალური, საზრდოობა საშუალო; სასუნთქავე და სისხლის მიმოქცევის ორგანოები N. მუცელი ზომიერად შებერილი; კუჭის არე არაა მტკივანი. რეზისტენტობა, ქანჭყალი და პერისტალტიკა არ ემჩნევა.

1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ: *curvat. major* ბოქვენის სახსრის ზემოდ 2 თითის სიგანეზე; *curvat. min.* კიბის ზემოდ ერთი თითის სიგანეზე.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—70; ნაცრის ფერი; შენართვი ბლომად (მოუხარშავი პურის ნაფლეთები) ლორწო ცოტა; თავისუფალი HCl—0. საერთო სიმყავე—8. სისხლი, ნალველი და რძის მყავა არ არის.

3) საცდელი ვახშმის შემდეგ და აგრეთვე უზმოდ კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა; Salol-ის ცდა—ნორმა; კლინიკური დიაგნოზი: *Achylia gastr.* ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—100.

შემთხვევა II. ავადმყოფი ევა ბ—ძე, 31 წლის. აწუხებს უმადობა და სიმძიმე ჭამის შემდეგ. დრო გამოშვებით შეაცივებს და სიცხეს აძლევს. 2 წელიწადია რაც ავად არის. წარსულში ციებ-ცხელება ყოველ წელიწადს.

St. praesens. აგებულება N; საზრდოობა კარგი; გულის და ფილტვების მხრივ პათოლოგიურ ცვლილებებს ვერ ვპოულობთ. ელენთა ორი თითის სიგანეზე სცილდება ნეკთა რკალს, კიდე მომაგრო კონსისტენციის, ოდნავ მტკიენეული. კუჭის არე მტკიენეულია ხელის შეხებით.

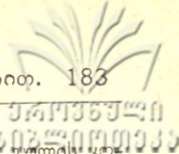
1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ—ნორმალური.

2) კუჭის წვენის ანალიზი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა 25. სუნი—სუსტი მომეაო; შენართვი ბლომად; ლორწო ბევრი; თავისუფალი HCl—0; საერთო სიმყავე—10. სისხლი, რძის მყავა და ნალველი არ არის.

3) საცდელი ვახშმის შემდეგ და აგრეთვე უზმოდ კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა.

4) Salol-ის ცდა—ნორმა.

კლინიკური დიაგნოზი: *Achylia gastr.*; *Malaria chr.* ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—60.



შემთხვევა III. ავადმყოფი ე. კე—ძე, 47 წლ. უჩივის მსუბუქ ტკივილებს ზონთან, ბოყინს და საერთო სისუსტეს. აქვს ფალარათი. როდესაც დიეტაზე არის, თავს კარგად გრძნობს. 10 წელიწადია რაც ავადია.

St. praesens. მაღალი ტანისა, ფერმკრთალი, საზრდოობა ცუდი. ფილტვების მხრივ ზომიერი ემფიზემა. გული გადიდებული მარჯვნივ; ტონები სუფთა, მოყრუებული. ხელის შეხების დროს epigastrium-ში გრძნობს მსუბუქ ტკივილს.

1) კუჭის საზღვრები—ნორმალური.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—70; ფერი-მოყვითალო; სუნი არ აქვს. რეაქცია ნეიტრალური; შენართვი—ბლომად (მოუნელებელი პურის ნაწილები) ლორწო-ზომიერად. თავისუფალი HCl-O; საერთო სიმეცე—2; სისხლი, რძის მეცეა და ნალველი არ არის.

3) უზმოზე კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა.

4) Salol-ის ცდა—ნორმა.

კლინიკური დიაგნოზი: Achylia gastr. Emphysem. pulv. ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—80.

შემთხვევა IV. ავადმყოფი ა. შ—ლი, 50 წლ. უჩივის მუცლის შებერვას და სიმძიმეს საკმლის მიღების შემდეგ, უმადობას და გულზე ზიდის. ავად არის 2 წელიწადი. წონაში ამ ხნის განმავლობაში დაიკლო ცოტა. 4 თვის წინედ თირკმლის ავადმყოფობა ქონდა, რომელსაც თან სდევდა მთელი სხეულის შეშუპება.

St. praesens. სიმაღლე საშუალო; აგებულობა ნორმალური. საზრდოობა კარგი. ქვედა კიდურები და თვალის ქუთუთოები შეშუპებულია. გული ოდნავ გადიდებულია მარცხნივ. 1 ტონი მწვერვალზე გაძლიერებული. მუცელი შებერილი. მასზე—Striae gravidarum. პალპაციის დროს ტკივილებს არ გრძნობს.

1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ—ნორმალური.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ; რაოდენობა—80. ნაცრის ფერი; რეაქცია—მეცე. შენართვი და ლორწო ბლომად; თავისუფალი HCl-O საერთო სიმეცე—18; სისხლი, ნალველი და რძის მეცეა არ არის.

3) საცდელი ვაზშმის შემდეგ და უზმოზე კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა.

4) Salol-ის ცდა—ნორმა.

კლინიკური დიაგნოზი: Achylia gastr. Nephritis. ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—100.

შემთხვევა V. ავადმყოფი თ. შა—ძე, 34 წლ. უჩივის ხველას და საღამოობით t⁰ აწევას, აწუხებს ბოყინი და მუცლის შებერვა საკმლის შემდეგ. აქვს ხან ფალარათი, ხან პირიქით შეკრულობა. წინედ ხშირი ციებ-ცხელება. St. praesens. აგებულობა ნორმალური, საზრდოობა ცუდი. მარცხენა მწვერვალზე მწვავე კატარი. ელენთა ხელს ხდევდა, კიდე მომაგრო, მტკივნეული. კუჭის არეში პალპაციის დროს ტკივილებს არ გრძნობს. რეზისტენტობა, ქანკალი, პერისტალტიკა არ ემჩნევა.

1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ—ნორმალური.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—90,0; ნაცრის ფერი; უსუნო; რეაქცია—მეცე; ლორწო—ცოტა; შენართვი—ბლომად. თავისუფალი HCl-O; საერთო სიმეცე—7. სისხლი, რძის მეცეა და ნალველი არ არის.

3) Salol-ის ცდა—ნორმა.

4) საცდელი ვაზშმის შემდეგ და უზმოზე კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა.

5) რენტგენით გაშუქება: 4 საათის შემდეგ კუჭი დაცარიელდა ფაფისაგან.

კლინიკური დიაგნოზი. Achylia gastr. Apicitis sinist. ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—100.

შემთხვევა VI. ავადმყოფი ი. ს—ძე, 27 წლ. უჩივის მოვლითი ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში. აქვს მეტეორიზმი და ფალარათი. ტკივილებს საკმლის მიღებასთან დამოკიდებულება არ აქვს. 1 წელიწადია რაც ავად არის. ყოველ ზაფხულს აცხელებს.

St. praesens. აგებულობა ნორმალური, საზრდოობა კარგი. მუცელი შებერილი. ხელის შეხების დროს ტკივილებს გრძნობს ileo-coecal-ურ არეში. აქვე ემჩნევა რეზისტენტობა

პალაკის და პერკუსიის დროს. ელენთა სამი თითის სიგანზე სცილდება ნეტა რკალს, კიდ მაგარი, ცოტათი მტკივნეული.

1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ—ნორმალური.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—100,0 ფერი მოყვითალო. სუნი არ აქვს; რეაქცია—სუსტი მჟავე; ლორწო ცოტა; შენართვი ბლომად. თავისუფალი HCl-O; საერთო სიმჟავე—16.

სისხლი, რძის მჟავა და ნალღელი არ არის.

3) Salol-ის ცდა—ნორმა.

4) საცდელი ვახშმის შემდეგ და უზმოდ კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა.

5) რენტგენით გაშუქება: 5 საათის შემდეგ კუჭი დაცარიელდა ფაფისაგან.

კლინიკური დიაგნოზი: Achylia gastr. Appendicit. chr. ცილის რაოდენობა Wolff-Jung-hans-ის რეაქციით—100.

შემთხვევა VII. ავადმყოფი აბდულ-ოღლი 45 წლ. უჩივის ძლიერ ტკივილებს და პირის ღებინებას საჭმლის მიღების შემდეგ. მადა სრულიად არა აქვს. ბევრი დაკარგა წონაში ამ 4—5 თვეში. 3 წელიწადია რაც ავად არის. 9 თვის წინედ გაუკეთეს ოპერაცია ქირურგიულ კლინიკაში (აღმოჩნდა Uleus ventr.)

ოპერაციის შემდეგ უარესად შეიქმნა. წარსულში ხშირი ციებ-ცხელება.

St. praesens. აგებულობა ნორმალური. კანი აქერცლილი, ატროფიული. კან-კვეთა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად აქვს გამოხატული. ლიმფატიური ჯირკვლები კუბიტალური და ილღის ორივე მხარეზე სინჯებიან. ლორწოვანი გარსები ანემიური. ფილტვებში ემფიზემატოზური მოვლენები. გულის მარჯვენა საზღვარი გადიდებული. ელენთა გადიდებული, მომაგრო კონსისტენციის. მუცელი შეზნექილი. ხელის შეხების დროს მტკივნეული მეტადრე epigastrium-ის მიდამოში. ემჩნევა რეზისტენტობა ზემო ნაწილში. რადგანაც ავადმყოფს ხშირი პირის ღებინება ქონდა ჩვენ ვერ მოვახერხეთ ვერც კუჭის გაბერვა, ვერც რენტგენის სხივებით გაშუქება. კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—20,0; ფერი—ნაცრის; რეაქცია—მჟავე; ლორწო და შენართვი ბლომად (შეუცვლელი პურის ნაწილები) თავისუფალი-HCl-O; საერთო სიმჟავე—4. სისხლი, რძის მჟავა და ნალღელი არ არის.

კლინიკური დიაგნოზი: Achylia gastr. Malaria ch.; ცილის რაოდენობა Wolff-Jung-hans-ის რეაქციით—400.

ავადმყოფს პროფ. კახიანი გაუკეთა ოპერაცია. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა შემდეგი. კუჭი დაპატარავებული, შედარებით წინანდელთან. იარა მორჩენილი. ოპერაციის ადგილი კარგად შეხორცებული. არც კუჭში, არც ღვიძლში და კუჭ-ქვედა ჯირკველში და ამასთანავე მთელი ნაწლავების სიგრძეზე რაიმე სიმსივნის ნიშნები არ აღმოჩნდა.

შემთხვევა VIII. ავადმყოფი შ. ფ—ძე, 26 წლ. აწუხებს მუცლის შებერვა და ფალარათი. განავალში სისხლი და ლორწო არ შეუმჩნევია. ტენეზმი და ტკივილი უკან ტანში დეფეკაციის დროს არ აქვს.

St. praesens. აგებულობა ნორმალური. საზრდობა ცუდი. ორივე მწვერვალზე მკვრივი სენთქვა. მუცელი ზომიერად შებერილი. ხელის შეხების დროს ტკივილებს არ გრძნობს.

1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ—ნორმალური.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—40.0 ნაცრის ფერი; სუნი-მჟავე; ლორწო ზომიერად; შენართვი ბლომად. თავისუფალი HCl-O საერთო სიმჟავე—12. სისხლი, რძის მჟავა და ნალღელი არ არის.

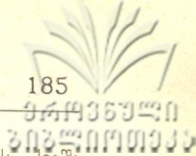
3) საცდელი ვახშმის შემდეგ და უზმოდ კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა.

4) Salol-ის ცდა—ნორმა.

5) რენტგენით გაშუქება: 5 საათის შემდეგ ფაფა სასვებით გადავიდა ნაწლავებში.

კლინიკური დიაგნოზი: Achylia gastr. Anaemia. ცილის რაოდენობა Wolff-Jung-hans-ის რეაქციით—800.

შემთხვევა IX: ავადმყოფი ა. ქ—ლი, 55 წლ. უჩივის სუბუქ ტკივილებს გულის კოვზთან. აქვს ფალარათი, რომელიც გრძელდება 2—3 კვირას. ერთი თვეა რაც ავად არის. წარსულში ციებ-ცხელება. ღვინოს და არაყს ბევრს სვამს.



St. praesens. აგებულობა ნორმალური. საზრდოება ცუდი. ორივე მხარეზე ყბის ქვეშა ლიმფატური ჯირკვლები ისინჯებიან. ფილტვებში ზომიერი ემფიზემა. გულის მარჯვენა საზღვარი ცოტათი გადიდებული. მუცელი შებერილი, გაჭიმული, პალპაციის დროს ოდნავ მტკივნეული.

1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ—ნორმალური.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—20. ფერი—ნაცრის; რეაქცია—სუსტი მჟავე; ლორწო და შენართვი—ბლომად; თავისუფალი HCl—O; საერთო სიმჟავე—12. სისხლი, რძის მჟავა და ნალველი არ არის.

4) რენტგენით გაშუქება: 6 ს. შემდეგ კუჭი დაცარიელდა ფაფისაგან.

კლინიკური დიაგნოზი: *Achylia gast; Emphysem. pulv.* ცილის რაოდენობა *Wolff-Junghans*-ის რეაქციით—40.

შემთხვევა X. ავადმყოფი ე. ლ—ტი. 36 წლ. უჩივის მუცლის ქვედა ნაწილში ტკივილებს, მომეტებულად მოძრაობის დროს. მადა არ აქვს. თავი ხშირად სტკივა. წარსულში ფილტვების ანთება ორთავე მხრივ და ციებ-ცხელება.

St. praesens. აგებულობა ნორმალური. საზრდოება კარგი, სასუნთქავე და სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ ნორმა. მუცელი შებერილი, საშვილოსნოს მიდამოში ხელის დაქერის დროს გრძობს ტკივილებს. სპეციალისტის დასკვნით აქვს *Metritis et Endometr. chr.* კუჭის არე არ არის მტკივნეული.

1) კუჭის საზღვრები გაბერვის შემდეგ—ნორმალური.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—20,0; ფერი მოყვითალო; რეაქცია სუსტი მჟავე; ლორწო-ბევრი, შენართვი ცოტა. თავისუფალი HCl—O; საერთო სიმჟავე—6, სისხლი, რძის მჟავა და ნალველი არ არის.

3) კუჭი საცდელი ვაზუმის შემდეგ და უზმოდ ცარიელი აღმოჩნდა.

4) *Salol*-ის ცდა—ნორმა.

კლინიკური დიაგნოზი: *Achylia gast.* ცილის რაოდენობა *Wolff-Junghans*-ის რეაქციით—80.

შემთხვევა XI. ავადმყოფი პ. ბ—ძე, 53 წლ. უჩივის გულზე ზიდილს და პირის დებინებას. აქვს სუბუქი ტკივილები მაგარი და ძვიმი საჭმლის მიღების შემდეგ. ერთი წელიწადია რაც მუცლის არეში შეამჩნია სიმსივნე, რომელიც ამ ბოლო დროს ძლიერ გაიზარდა. წარსულში ავადმყოფობდა მალარიით. *St. praesens.* პალპაციის დროს, ჰიპის შემოდ 2 სანტიმეტრით შუა ხაზზე, ვენებით მუშტის ოდენა სიმსივნეს, მაგარი კონსისტენციის, ოდნავ მტკივნეულს და რაოდენადმე მოძრავს. ელენთა 3 სანტიმეტრით სცილდება ნეკთა რკალს. დანარჩენი ორგანოების მხრივ N.

1) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ; რაოდენობა—190,0. ფერი მოყვითალო; სუნის მჟავე. რეაქცია სუსტი-მჟავე; შენართვი—ბლომად. ლორწო—ცოტა. თავისუფალი HCl—O; საერთო სიმჟავე—4. ნალველი, სისხლი და რძის მჟავა არ არის.

2) *Salol*-ის ცდა: 80 წამის შემდეგ დადებითი: 29 საათის შემდეგ უარყოფითი.

კლინიკური დიაგნოზი: *Cancer ventr.* ცილის რაოდენობა *Wolff-Junghans*-ის რეაქციით—400.

ოპერაციის დროს აღმოჩნდა კიბო მცირე სიმრუდის პილორულ ნაწილში.

შემთხვევა XII. ავადმყოფი ს. ეკ—ლი, 35 წლ. უჩივის გულის რევას და სიმძიმეს საჭმლის მიღების შემდეგ. აქვს სუბუქი მაგრამ მუდმივი ტკივილები. აწუხებს აგრეთვე ძლიერი სისუსტე. 5 თვეა რაც ავად არის. 4 თვის წინთე გაუკეთეს ოპერაცია (*Ulcus ventr.*), მაგრამ ვერ გამოკეთდა. წასულში ხშირი ციებ-ცხელება. *St. praesens.* აგებულობა ნორმალური. კანი მშრალი, მკრთალი მოყვითალო ფერის. კან-ქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული. ლორწოვანი გარსები ვერ მკრთალი. ხელის შეხების დროს *epigastrium*-ის მარჯვენა ნაწილში და მახვილისებრივ მორჩთან ქსოვილები გაჭიმულია და მტკივანი. სიმსივნეს ვერ ვპოულობთ.

1) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—40,0, ნაცრის ფერი; სუნის—არ აქვს; შენართვი და ლორწო ზომიერად; თავისუფალი HCl—O; საერთო სიმჟავე—10.

სისხლი, რძის მჟავა და ნალველი არ არის:

2) კუჭის წვენი უზმოდ ამოღებული: რაოდენობა—6,0. ლორწო ბევრი; თავისუფ. HCl—O

3) რენტგენით გაშუქება: საზღვრები-ნორმალური. 4 საათის შემდეგ კუჭში მცირეოდენი რაოდენობა ფაფას.

4) Salol-ის ცდა—ნორმა.

კლინიკური დიაგნოზი: Cancer ventr. (კუჭის იარის შემდეგ) ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—400.

ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია. აღმოჩნდა სიმსივნე მცირე სიმრუდევზე; დაზიანებული იყო აგრეთვე (pancreas-ი) და მცირე ბადექონი. (Causa inoperab)

შემთხვევა XIII. ავადმყოფი აღ. კო—ლი, 51 წლ. უჩივის გულზე ზიდილს, პირის ღებინებას და სიმძიმეს კუჭის არეში. ტკივილები აქვს სუბუქი, გრძელდება 7—8 საათს და როდესაც პირს აღებინებს უკეთესად გრძნობს თავს. 2 წელიწადია რაც ავად არის. წარსულში მუცლის ტიფი და იშვიათად ციებ-ცხელება.

St. praesens. საზრდოობა ცუდი. კანი ატროფიული, აქერცილი. ფილტვების საზღვრები დაწეული; გულის გარდი-გარდმო ზომა გადიდებული. ხელის შეხებით epigastrium-ის არეში, მარჯვნივ ვგრძნობთ ქათმის კვერცხის-ოდენა სიმსივნეს, მომაგრო კონსისტენციის, უმოდრას და მტკივნეულს. ხან-გამოშვებით კუჭის მიდამოს აშკარად ემჩნევა პერისტალტიკა და ჯანყალი.

1) კუჭის გაბერვა: curvat major ჭიბის ქვემოთ 3 თითის სიგანეზე; curvat. min. მახვილისებრ მორჩის დონეზე.

2) კუჭის წვენი ანალიზი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—150,0; ფერი ნაცრის; რეაქცია-მჟავე; ლორწო და შენართვი ბლომად; თავისუფალი HCl-O საერთო სიმჟავე—4. რძის მჟავას ნიშნები; სისხლი და ნალღელი არ არის.

3) საცდელი ვანშმის შემდეგ: ამოღებულ იქნა 110 და უზმოდ 250,0 გრ. კუჭის შეცულობისა, აღსანიშნავია, რომ მიკროსკოპიულ გასინჯვის დროს აღმოჩნდა მრავალი ბაქტერიები და Boas-Oppela-ის ჩხირები.

4) გაშუქება რენტგენით: curvat. major ჭიბის ქვემოთ 4 თითის სიგანეზე; curvat. minor მახვილისებრივი მორჩის დონეზე. პილორუსის ადგილზე ნათელი არე. 5 საათის შემდეგ სურათი თითქმის უცვლელია.

კლინიკური დიაგნოზი: Cancer ventr. (Stenosis pyl., ptosis et dilatatio ventr.) ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—200. ოპერაცია: ნაწილობრივი რეზექცია პილორული და ახლო მდებარე ნაწილისა.

შემთხვევა XIV. ავადმყოფი ელ. და—ლი, 55 წლ. აწუხებს სუსტი ტკივილები გულის კოვზთან. საკმლის მიღების შემდეგ აქვს ბოყინი გულზე ზიდილი. უკანასკნელი წლის განმავლობაში წონაში ბევრი დაკარგა. წინეთ ქონდა პრტყელი ჭია.

St. praesens. ავადმყოფი დაბალი ტანის, ნორმალური აგებულობის. კანი მოყვითალო ფერის, მშრალი, ატროფიული. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული. სისხლის მიღებს სკლეროზი ემჩნევა. გული მარცხნივ გადიდებულია. მუცელი შებერილი, მეტადე ქვემო ნაწილში. ჭიბის მარცხნივ და ცოტა ზემოდ სიმსივნე ემჩნევა, ქათმის კვერცხის ოდენა მაგარი კონსისტენციის, უმოდრავო, მტკივნეული.

1) კუჭის გაბერვა: curvat major ბოქვენის სახსრის ზემოდ ორ ნახევარ თითის სიგანეზე. curvat minor. ოდნავ ჭიბის ზემოდ.

2) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—60,0 ლორწო ბლომად; შენართვი—ცოტა. სუნი—ცუდი; რეაქცია მჟავე. თავისუფალი HCl-O; საერთო სიმჟავე—II; სისხლი, ნალღელი და რძის მჟავა არ არის.

3) რენტგენით გაშუქება: curvat major ჭიბის ქვემოთ 6 თითით. curvat min. არ მოსჩანს. 4 საათის შემდეგ სურათი იგივე.

კლინიკური დიაგნოზი: Cancer ventr. ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით—400.

შემთხვევა XV ავადმყოფი ი. ტი—კინი, 64 წლ. უჩივის მუცლის შებერვას და ტკივილებს კუჭის არეში მეტადრე მაგარი საკმლის შემდეგ. ხორცი ჯამა არ შეუძლია, ეზიზღება. 4—5 თვეა რაც ავად არის. დაკარგა წონაში ბევრი. დრო გამოშვებით აქვს ფალარათი.



St. praesens. ავებულობა ნორმალური, კანი ატროფიული, საზრდოობა ცუდი, ლორწოვანი გარსები ანემიური. ფილტვები ემფიზემატოზური. გულის მარჯვენა საზღვარი გადიდებული. მუცლის ზემო ნაწილი შებერილი, პალპაციის დროს მუშტის ოდენა სიმსივნე იშინჯება, მკვრივი, ოდნავ მტკივნეული.

1) კუჭის წვენი საცდელი საუზმის შემდეგ: რაოდენობა—100,0 ფერი მოყვითალო; რეაქცია მჟავე. შენარტვი და ლორწო ბლომად; თავისუფალი HCl-O; საერთო სიმჟავე --15. სისხლი და ნაღველი არ არის; Uffelmann-ის რეაქცია დადებითი.

2) უზმობე კუჭი ცარიელი აღმოჩნდა.

3) რენტგენით გაზუქება: *curvat major* ჰიპის დონეზე. *curvat. min.* მახვილისებრი მორჩის ქვემოდ. პილორული ნაწილის მაგიერ ნათელი არე.

კლინიკური დიაგნოზი: Cancer ventr. ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ის რეაქციით-400.

I ჯგუფი.

კეთილთვისებიანი ახილია.

№ № შემთხ.	საერთო სიმჟავე	თავისუფ. HCl.	ნაღველი	სისხლი	რძის მჟავა	ცილა Wolff-Jungh.-ით	კლინიკური დიაგნოზი
1	8	—	—	—	—	100	Achylia gastr.
2	10	—	—	—	—	60	Achylia gastr. Malaria ch.
3	2	—	—	—	—	80	Achylia gas. Emphysema pulm.
4	18	—	—	—	—	100	Achylia gastr. Nephritis
5	7	—	—	—	—	100	Achylia gastr. Apicitis sinist.
6	16	—	—	—	—	100	Achylia gastr. Appendicitis chr.
7	4	—	—	—	—	400	Achylia gastr. Malaria chr.
8	12	—	—	—	—	800	Achylia gastr. Anaemia
9	12	—	—	—	—	40	Achylia gastr. Emphys. pulm.
10	6	—	—	—	—	80	Achylia gastr.

II ჯგუფი.

ავთვისებიანი ახილია.

№ № შემთხ.	საერთო სიმჟავე	თავისუფ. HCl.	ნაღველი	სისხლი	რძის მჟავა	ცილა Wolff-Jungh.-ით	კლინიკური დიაგნოზი
11	4	—	—	—	—	400	Cancer ventr.
12	10	—	—	—	—	400	Cancer ventr.
13	4	—	—	—	+	200	Cancer ventr.
14	11	—	—	—	—	400	Cancer ventr.
15	15	—	—	—	+	400	Cancer ventr.

Wolff-Junghans-ის რეაქციის შედეგი ჩვენს შემთხვევებში წარმოდგენილია ზემო მოყვანილ ცხრილში.

როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს კეთილთვისებიან ახილის 8 შემთხვევაში ცილის რაოდენობა დაბალი იყო. იგი 40-დან 100-დე ირყეოდა. საგულისხმოა რომ მე-7 შემთხვევაში Wolff-Junghans-ის რეაქციამ ცილის დიდი რაოდენობა მოგვცა, სახელდობრ 400, ოპერაციის დროს კი არც კუჭში, არც ნაწლავების მოსაზღვრე ნაწილებში კირჩხიბის ნიშნები არ აღმოჩნდა; იგივე იყო მე-8 შემთხვევაში, სადაც მივიღეთ ცილის მაქსიმალური რაოდენობა, სახელდობრ 800, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკურად კეთილთვისებიანი ახილია იყო. ავადმყოფი ყმაწვილი კაცი, 5 თვის განმავლობაში ჩვენს დაკვირვების ქვეშ იყო და ეხლაც იმყოფება. სათანადო მკურნალობის შემდეგ, ავადმყოფმა წონაში მოიმატა, სუბიექტური და ზოგადი ობიექტური მდგომარეობაც გაუმჯობესდა. მასთან კუჭის წვენის ანალიზის დროს თავისუფალი მარილის მჟავის მცირე რაოდენობაც კი აღმოჩნდა.

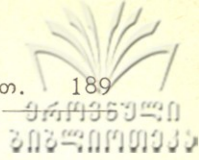
ამგვარი გამონაკლისები სხვა ავტორებსაც ჰქონიათ, მაგალითად, Кабанов-ს, რომლის შემთხვევაში, როგორც ზევით მოგახსენეთ, გარდი-გარდმო კოლინჯის კირჩხიბი აღმოჩნდა, კუჭი კი სრულიად თავისუფალი იყო, მიუხედავად ამისა ცილის რაოდენობა Wolff-Junghans-ით 200-ს უდრიდა. ასეთივე შემთხვევები ჰქონდათ Кузнецов-ს, Thiele-ს და სხვათ.

ეს მოვლენა ჯერჯერობით ჩემთვისაც გამოუტყვეველია. დანარჩენ ჩვენ 5 შემთხვევაში (მე-11, 12, 13, 14 და 15-ში), სადაც კლინიკური სურათი ავთვისებიანი ახილისა იყო, Wolff-Junghans-ის რეაქციამ მაღალი ციფრები მოგვცა, სახელდობრ 4 შემთხვევაში—400 ხოლო ერთ შემთხვევაში—200.

ამგვარად ჩვენი დაკვირვების შედეგი სავსებით ადასტურებს სხვა ავტორების დასკვნებს. თუმცა ავზნიანი ხორცმეტის დროს Wolff-Junghans-ის რეაქცია უმეტეს შემთხვევაში (ჩვენს დაკვირვებაში კი ყველა შემთხვევებში) მაღალ ციფრებს იძლევა, მაგრამ საგულისხმოა, რომ ზოგ შემთხვევაში ცილის დიდი რაოდენობა სრულიად კეთილთვისებიანი ახილის დროსაც აღმოჩნდება ხოლმე, როგორც ამას ადგილი ჰქონდა ჩვენს ორ შემთხვევაში.

მაშასადამე, ცილის დიდ რაოდენობას Wolff-Junghans-ის რეაქციით არ აქვს აბსოლუტური მნიშვნელობა, როგორც cancer-ის სიმპტომს. მაგრამ ჯერჯერობით კი ცხადია, რომ, თუ ეს რეაქცია დაბალ ციფრებს იძლევა, სჩანს, რომ ეს უარყოფს კუჭის კირჩხიბით დაავადებას.

დასასრულ მოვალედ ვთვლი ჩემ თავს უღრმესი მადლობა ვუძღვნა დიდად პატივცემულს პროფ. მ. წინამძღვრიშვილს მუდმივისა და დაუზარებელი ხელმძღვანელობისათვის.



ლიტერატურა:

- 1) W. Wolff—P. Junghans, Berlin. Klin. Wochenschrift, 1911, № 22.
- 2) G. Einstein, Mediz. Klinik, 1912, 12.
- 3) Б. Ф. Кабанов, Врачебная Газета, 1914 г., № 1.
- 4) Д. М. Кабанов. Русский Врач, 1914 г., № 11.
- 5) Р. И. Ленская, Русский Врач, 1915 г., № 12.
- 6) С. С. Кацнельсон, Русский Врач, 1915 г., № 13.
- 7) В. В. Рудевич, Врачебная Газета, 1917, № № 29, 30, 31.
- 8) Л. И. Кузнецов и Н. В. Кузнецов. Сборник Научных трудов в честь 50-ти летия проф. А. А. Нечаева, 1922.
- 9) В. М. Гольдштейн, Врачебное Дело, 1923, № 21—23.

ნ. გეგეჭკორი

და

ს. კეთილაძე

ტფილისის რკ. გზის საავადმყოფოს
მე-2 თერაპიული განყოფილების გამგე.

პროვიზორი-ქიმიკოსი.

შაქრის რაოდენობის განსაზღვრა სისხლში მარტივი მეთოდით*).

ჩვენს მოკლე მოხსენებას მიზნად აქვს დასახული გაგაცნოთ უბრალო, სისხლში შაქრის რაოდენობის განსაზღვრის ადვილად ხელმისაწვდომი მეთოდი, რომელიც შევიმუშავეთ ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს ქიმიურ ლაბორატორიაში. ამ საკითხმა, ვფიქრობთ, უნდა დააინტერესოს თითქმის ყველა დარგის ექიმები, როგორც მაგალითად, თერაპევტები დიაბეტის და ღვიძლის დაავადებაში, დასტაქრები—*gl. suprarenalis* ჰიპერფუნქციის დროს და ნევროპათოლოგები კი ჰემიპლეგიის და ნერვულ სისტემის ფუნქციონალური დაავადების დროს. თუ დასტაქრებისთვის და ნევროპათოლოგებისთვის სისხლში შაქრის რაოდენობის საკითხს აქვს უმეტეს შემთხვევაში მეცნიერული მნიშვნელობა, თერაპევტებისთვის ამ საკითხს ეძლევა პრაქტიკული მნიშვნელობა, ვინაიდან უამისოთ შეუძლებელია სარგებლობა *Banting-Best*-ის ინსულინით და პროფ. *Krawkow*-ის *Pancreotoxin*-ით დიაბეტით დაავადებულებზე. ამ საკითხის შესახებ მეცნიერებაში ცნობილია ბევრი სხვადასხვა გამოკვლევა, მაგრამ მათი სირთულე და ანალიზისთვის სისხლის დიდძალი რაოდენობის საჭიროება შეუძლებლად ჰქმნის ამ მეთოდებით ფართე სარგებლობას სამკურნალო დაწესებულებებში; მაგალითად, *Michaelis*-ის, *Ron*, *Bertran*-ის მეთოდები მოითხოვენ 10 კ. ს. სისხლს და მის განთავისუფლებას ცილის და საღებავი ნივთიერებისგან.

Ivar Bang-ის მიკრომეთოდი გამოქვეყნებული 1912 წ. და შემდეგ ბევრჯელ გადამუშავებული კმაყოფილდება სისხლის ერთი წვეთით. აუცილებლობა განსაკუთრებულ შესაშრობ ქაღალდისა, სპეციალურ ქიმიურ სატრიპლო *Hartman*-ის ფირმის სასწორისა, ქიმიის სავსებით ცოდნა და თვით მეთოდის სირთულე არ აძლევს მას სამკურნალო დაწესებულებებში წარმოების მოქალაქობრივ უფლებას. აგრეთვე არ არის მისაღები მიკრომეთოდი (პროფ. *Wolchard*-ის კლი-

*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში 5 თებერვალს 1925 წ.

ნიკიდან გამოქვეყნებული გასული წლის „Münch. „Med. Wochen“. ოქტომბრის ნომერში) Becher-ის და Herman-ისა, რომელიც დამუარებულია კოლორიმეტრიულ მეთოდზე და რომლის შესახებ ცდებიც ჯერ-ჯერობით არ არის მთლად დამთავრებული.

გასულ წელს ლენინგრადის სამხედრო-საექიმო აკადემიის ექიმთა მეცნიერულ თათბირზე, ფიზიოლოგიურ ქიმიის კათედრის უფროსმა მასწავლებელმა М. Галвяти-მ გააკეთა მოხსენება სისხლში შაქრის განსაზღვრის შესახებ. მისი მეთოდი განსხვავდება სხვებისაგან მით, რომ იგი შაქარს გამოჰყოფს სისხლიდან დიალიზაციის საშუალებით. ანალიზისათვის საჭიროა იდაყვის ვენიდან ამოიღოთ ერთგრამიანი შპრიცით ერთი გრამი სისხლი და მოათავსოთ შუშის ჭურჭელში, რომელსაც უნდა მიუმატოთ ერთი გრამი ფიზიოლოგიური ხსნარისა $0,9\%$, შუშის ჩხირით გაისრისება ორივე შემადგენლობა, რის შემდეგაც უნდა ჩაისხას კოლოდიუმის გილზში პატარა შუშის ძაბრის საშუალებით. კოლოდიუმის გილზი მზადდება შემდეგნაირად: შინჯარაში უნდა ჩავსხათ ერთი გრამი 4% -იანი კოლოდიუმის და ვატრიალოთ ორივე ხელის თითებში თარხულ მიმართულებით. 10—15 წუთის შემდეგ კოლოდიუმი მიაშრება შინჯარის კედელს და მიიღებს მის ფორმას, რის შემდეგ დანის წვერით მთლიანად უნდა მოვაცილოთ კოლოდიუმის გილზი შინჯარის კედელს. გილზები შეიძლება მოვამზადოთ ერთად რამოდენიმე ცალი და შევიწახოთ გამოხდილ წყალში.

ხსენებული ავტორი დიალიზაციას აწარმოებს ფიზიოლოგიურ ხსნარში $0,9\%$; ხუთ-ხუთ გრამს ფიზიოლოგიურ ხსნარს ჩაასხამს ოთხ შინჯარაში, სადაც ჩაუშვებს კოლოდიუმის გილზს სისხლით და ფიზიოლოგიური ხსნარით, პირველ შინჯარაში დასტოვებს 15 წუთს; შემდეგ გადააქვს მეორე, მესამე და მეოთხე შინჯარაში და ყოველ შინჯარაში გილზს სტოვებს 15 წუთს. ერთი საათის შემდეგ მიღებულ დიალიზატს ოთხივე შინჯარიდან ჩაასხამს ერლენმეიერის კულაში, გააცხელებს სპირტის ლამპარით, ამოაქვს ათი წვეთი გააცხელებული დიალიზატიდან პატარა შინჯარაში, რომელიც იხმარება ვიდალის მაკროსკოპიულ რეაქციისთვის მუცლის ტიფის აგლუტინაციის გამოსაკვლევად, რის შემდეგ მიუმატებს ორ წვეთს ინდიკატორს, რომელიც იძლევა მომწვანო ფერს. პირველი შინჯარა იქნება შესადარებელი შტანდარტი. ინდიკატორი მზადდება შემდეგნაირად: $1,0 \text{ K}_4\text{FeCn}_6$ (ყვითელი სისხლის მარილი) უნდა გაიხსნას 50,0 გამოხდილ წყალში და მიემატოს 50,0 96% ძმრის მუყავსი. ცხელ დიალიზატს, ერლენმეიერის კულაში მიუმატებს ბიურეტიდან რამოდენიმე $\frac{1}{20}$ კ. ს. ფელინგის ხსნარს და ადუღებს 3-დან 5 წუთამდე. იმის გასაგებად, რომ ფელინგის ხსნარი დამატებულია საკმაოთ თუ არა ის იღებს ათ წვეთ დიალიზატს (უკანასკნელმა ფელინგის ხსნარს დამატების შემდეგ ოუ ფერი იცვალა საჭიროა მისი ფილტრაცია) მიუმატებს ორ წვეთ ინდიკატორს იმნაირივე შინჯარაში, როგორც არის შტანდარტი, თუ ფერი არ იცვლება შტანდარტთან შედარებით, დაუმატებს ფელინგის ხსნარს $1-2\frac{1}{20}$ კ. ს. ხელმეორეთ გააცხელებს და მესამე შინჯარაში მიუმატებს ორ წვეთ ინდიკატორს და ეს რეაქცია გრძელდება, სანამ სითხე არ მიიღებს ვარდის ან მოყვითლო ფერს. აქვე საჭიროა ვიცოდეთ ფელინგის ხსნარის შემადგენლობა:

№ 1 (პირველი ხსნარი) შესდგება 10,0 CuSO_4 , რომელიც გახსნილი უნდა იქნას გამოხდილ წყალში ერთ ლიტრამდე.

№ 2 (მეორე ხსნარი) 36,2 $\text{Natrio-Kalii tartarici}$, 16,0 NaOH და გამოხდილი წყალი ერთ ლიტრამდე.

პირველსა და მეორე ხსნარს შეუტრევს თანაბრად და ამ ხსნარით სარგებლობს მხოლოდ ერთი კვირის განმავლობაში. თვით ქიმიური რეაქცია მიმდინარეობს შემდეგნაირად: $2 \text{CuSO}_4 + 4 \text{NaOH} = 2 \text{Cu(OH)}_2 + 2 \text{Na}_2\text{SO}_4$. დუღილის დროს 2Cu(OH)_2 იშლება $2 \text{H}_2\text{O} + 2 \text{CuO}$. თუ დიალიზატში არის შაქარი, მაშინ შაქარი ჟანგდება და სპილენძის ჟანგი 2CuO ქვეყანდება წითელი Cu_2O . გაღვასი-ს ანგარიშიდან სჩანს, რომ $1/20$ კ. ს. ფელინგის ხსნარი ჟანგავს, 0,00009 შაქარს, ნორმალურ სისხლისთვის საჭიროა $10/20 - 12/20$ კ. ს. ფელინგის ხსნარისა, ჰიპერგლიკემიის დროს იხარჯება $20/20 - 30/20$ კ. ს. ვინაიდან ყოველ 5 კ. ს. ფიზიოლოგიურ ხსნარისთვის იხარჯება $1/20$ ფელინგის ხსნარისა, რომ მიიღოს ინდიკატორთან ნათელი რეაქცია მას შეაქვს შესწორება, მაგალითად 20 კ. სმ. დიალიზატზე დაიხარჯა $12/20$ კ. სმ. ფელინგის ხსნარისა, აქედან გამოაკლებს $4/20$ მიიღებს $8/20$, რომელსაც გაამრავლებს 0,00009 და მიიღებს ერთ კუბ. სისხლში 0,00073, 100 კ. სმ. სისხლში კი მიიღება 0,073 $1/6$ შაქრისა. ჩვენ გაღვასი-ს მეთოდით ვაწარმოებდით გამოკვლევებს სისხლში შაქრის რაოდენობის განსაზღვრას, როგორც ჯანსაღებზე, ისე დიაბეტით დაავადებულებზე. ამ მეთოდს ხმარობენ ლენინგრადის კლინიკებში და ჩვენც მიგვაჩნია ეს მისაღებად ექიმებისათვის. გაღვასი-ს მეთოდის შესწავლის დროს, გაგვიჭირდა ტფილისის აფთიაქებში $4/6$ კოლოდიუმის პოვნა. რის გამო ჩვენ დავისახეთ მიზნად გამოგვეყოს სისხლიდან ცილა და საღებავი ნივთიერება სხვა საშუალებით და გამოკვლევის დროც შეგვემოკლებინა. ჩვენ ავიღეთ თანაბარი რაოდენობა სისხლისა და Na_2SO_4 ე. ი. 1,0 სისხლი და 1,0 გოგირდ ნატრიუმის მარილი და ფაიფურის ფინჯანში (ტიგელი) ავურიეთ შუშის ჩხირით, შემდეგ ფრთხილად ვაცხელებთ, შუშის შემადგენლობას ვსრისავთ სანამ არ მივიღებთ მოშავო ფერს. ფინჯანიდან გადმოვავაქვს ერლენმეიერის კულაში, ვუმატებთ 20,0 ფიზიოლოგიურს ხსნარს (0,9%) და ხელახლა ავადულებთ; გაცივების შემდეგ ხსნარს ორმაგ ფილტრში ვატარებთ, უკანასკნელი მიიღებს უფერულსა და გამჭვირვალე ფერს, სადაც არის შაქარი და არ არის ცილა და საღებავი ნივთიერება. ასე რომ ხსნარი მიღებული გოგირდ ნატრიუმის მარილის საშუალებით უდრის გაღვასი-ს მიერ მიღებულს დიალიზატს, ფელინგის ხსნარის მიმატებამ გაღვასი-ს მეთოდით მოგვცა დიდ მასალაზე შედარების დროს ერთნაირი შედეგი. ჯანსაღ ადამიანთა სისხლში შაქრის რაოდენობა უდრის 0,05%—0,1%, დიაბეტის დროს კი აღმოვაჩინეთ 0,18%, 0,2%, 0,3%, 0,4%. დიაბეტით დაავადებულნი იყვნენ ჩვენს განკარგულებაში 7, და მასთან ერთ ავადმყოფზე ინსულინით ექიმობას ვაწარმოებდით, ჩვენ მიერ შემუშავებულ მოდიფიკაციას აქვს უპირატესობა ექიმებისათვის გაღვასი-ს მეთოდთან, ვინაიდან გილზის კოლოდიუმიდან გაკეთება მოითხოვს ერთგვარ დახელოვნებას. ჩვენი მეთოდით სარგებლობა შეიძლება სრულიად უბრალო პირობებში და თვით ანალიზი ამოკლებს მუშაობას ერთი საათი და ოცი წუთით. ამ მარტივი მეთოდის ცოდნას, ვთვლით საჭიროთ, როგორც ლან-



გერჰანსის კუნძულის ჰიპოფუნქციის და ისე მისი ჰიპერფუნქციის გამოსაკვლევი პროფ. Боткин-ის სახელობის ექიმთა საზოგადოებაში, ქ. ლენინგრადში 1 აპრილს 1924 წ. პროფ. Кравков მა და პროფ. Оппель მა გამოსთქვეს აზრი, რომ ყველა შინაგან სეკრეციის ჯირკვლებს აქვს ჰიპერფუნქცია და ჰიპოფუნქცია, ლანგერჰანსის კუნძულსაც უნდა ჰქონდეს ჰიპოფუნქციის გარდა, ჰიპერფუნქციაც და ასეთი ავადმყოფები დასეირნობენ თერაპევტთა და ნევროპათოლოგთა შორის. ასეთ ავადმყოფებს უნდა ჰქონდეს Оппель-ის აზრით ჰიპოგლიკემია და სისხლის წნევის დაწევა.

თუ კი ჩვენი მარტივი მეთოდი გაუადვილებს ექიმებს შაქრის რაოდენობის სისხლში განსაზღვრას დიაბეტის დროს და აღუძრავს ინტერესს მოინახოს ლანგერჰანსის კუნძულის ჰიპერფუნქციით დაავადებულნი, მაშინ ჩვენ ჩავთვლით ჩვენს მიზანს მიღწეულად.

პროფ. ი. თიქანაძე.

ნაღვლის გუშტის კენჭების გამო ქირურგიულ ჩარავისათვის.

(აბასთუმნის კურორტის საგინეკოლოგო-ქირურგიული საავადმყოფოდან).

იყო დრო როდესაც ოპერაცია ავადმყოფს შიშის ზარს გვრიდა. ეს იყო ანტისექტიკის და ასექტიკის წინააღმდეგო ხანა, როცა ჯერ კიდევ არ იყო გამოკვლეული ქრილობის გართულების მიზეზები. იმ დროში თითქმის ყველა ოპერაციას და განსაკუთრებით მუცლის ღრუში დანიტ შესვლას ამა თუ იმ დაავადების გამო მეტად ცუდი შედეგი მოყვებოდა, ავადმყოფი უმეტეს წილ შემთხვევაში კვდებოდა მუცლის ფარის (პერიტონეუმის) ანთებით. ამიტომ დასტაქრები ასეთ ოპერაციების გაკეთებას ერიდებოდნენ: დიდებული Pasteur-ის, Lister-ის, Koch-ის და სხვ. გამოკვლევებიდან დღეს ჩვენ ვიცით, რომ ქრილობის გართულების მიზეზი ინფექციაა და ვიცით აგრეთვე, თუ როგორ და რა გზით უნდა ვაწარმოვოთ მის წინააღმდეგ ბრძოლა.

ეხლა დასტაქარი უკვე უშიშრად შედის მუცლის ღრუში და დიდის წარმატებით აკეთებს მეტად რთულ ოპერაციებს იქ მოთავსებულ სხვადასხვა ორგანოზე. გადაჭრით შეიძლება ითქვას, რომ მუცლის თანამედროვე ქირურგიის ტექნიკის განვითარებაში დიდი ღვაწლი გინეკოლოგებს მიუძღვის. Koeberle-ს, Pean-ის, Spenser-Wels-ის, Schroeder-ის, Olchhausen-ის და სხვ. შრომები ამ მხრივ ფასდაუდებელია.

ორი წმინდა გინეკოლოგიური ოპერაცია—ovariotomy და myotomy—საფუძვლად დაედო მუცლის ქირურგიას, და ამ ორმა ოპერაციამ ხელი შეუწყო მის თანამედროვე აღყვავებას. ქირურგია სწრაფის ნაბიჯით წინ წაიწია და დღეს მას თითქმის ერთი უპირველესი ალაგი უკავია კლინიკურ დისციპლინათა შორის. ქირურგიასთან ერთად გაიზარდა ქირურგიული გინეკოლოგია, მეანობაში, რომელიც ქირურგიას გინეკოლოგიაზე უფრო ადრე გამოეყო, Schroeder-ის სიტყვით რომ ვთქვათ, „გაქრა ბებია ქალების სუნი“ და აქაც ქირურგიულმა მართულებამ და მეთოდებმა იჩინა თავი. მართალია დასტაქრის და გინეკოლოგის, ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით, სამოქმედო ასპარეზი თითქოს შემოფარგლული და განსაზღვრულია, მაგრამ სინამდვილეში ამ ორ დისციპლინებს შორის საზღვარის დადება შეუძლებელია და სწორედ ამ საზღვრების სფეროში ხშირად ერთსაც შეხვედება მეზობა და მეორესაც. ამიტომ როგორც ერთი, ისე მეორე დისციპლინის წარმომადგენელი კარგად უნდა იყოს გაცნობილი, როგორც მუცლის არეში მდებარე ორგანოებზე საწარმოებელ ოპერატიულ ტექნიკას, ისე საზოგადოთ მათი დაავადების გამოცნობას. ამ შემთხვევებში მათ არა იშვიათად

თერაპევტებთანაც შეხედვებით ხოლმე ხელი-ხელ ჩაიდებულნი მუშაობა და ზოგჯერ მათი დიაგნოზის თანახმად დასტაქარი ავადმყოფს გაუკეთებს ხოლმე მძიმე აუცილებელ ოპერაციას. სწორედ ამ შეთანხმებულ მუშაობას უნდა მივაწეროთ, რომ ბევრ იმ სატკივრებს, რომელნიც შინაგან სნეულებათა სპეციალისტების სფეროში შედიოდა და რომელთაც თერაპევტები სწამლობდნენ, დღეს დასტაქრის მკრელი დანა ჰკურნავს. ამის მაგალითებს თითქმის ყოველ დღე ვხედავთ, მაგ. ქირურგიული წამლობა აპენდიციტისა, თირკმლების ტუბერკულოზისა, კენჭებისა, კუჭის წყლულის, ნაღვლის ბუშტის კენჭების და სხვა მისი ანთებადი დაავადებისა და სხვ. მე მქონდა შემთხვევა წარსულ გაზაფხულის სეზონში აბასთუმანში სწორედ ამ ეგრედ წოდებულ „მოსაზღვრე არეს“ ფარგლებში ავადმყოფისათვის გამეკეთებია ოპერაცია. ეს შემთხვევა ჩემის აზრით არ არის ზოგიერთ პრაქტიკულ ინტერესს მოკლებული და მინდა ეს დაკვირვება გავეუზიარო ამხანაგებსაც.

28 ივლისს ნაშუადღევს ორ საათზე აბასთუმნის კურორტის ახალგაზსნილ სადასტაქრო გინეკოლოგიურ საავადმყოფოში, რომელიც ჯერ კიდევ სათანადოდ არც კი იყო გამართული, მოიყვანეს ავადმყოფი ქალი კ-ნა ანასტასია 25 წლისა ქმრიანი, მებაღეს ცოლი, რუსი, ლტოლვილი არტანანის ოლქიდან; აბასთუმანში ცხოვრობს ერთი წელი. ხელობით დიასახლისი და მრეცხავი. ავადმყოფის მომყვანმა გადმოძვა ექ. ი. დემურას ბარათი, რომელსაც ავადმყოფი წინადღით ენახა. ამხანაგი იწერებოდა, რომ ავადმყოფს აქვს ileus-ი და საჭიროებს სასწრაფო ოპერატიულ დახმარებას. ავადმყოფი შუა ტანის ქალია, ნაწი აგებულობისა, საშვალო კვებისა. გამოკითხვით გამოირკვა: გათხოვილია 7 წელი, ყავს სამი ბავშვი ცოცხალი, ორიც მშცლად აკლია. უკანასკნელი მშობიარობა სამი წლის წინეთ, უკანასკნელი ორსულობა, რომელიც 3 თვის მუცლის მოწყვეტით დამთავრდა ერთი წლის უკან. ერთი წლის წინეთ ავად იყო მუცლის ტიფით, 2 თვის წინეთ დიზენტერიით. უკანასკნელი თვიური 8 დღის წინეთ. ავად არის მეორე დღეა ($\frac{26-27}{VII}$ ღამით), უჩივის საშინელ მუცლის ტკივილს, რომელიც უშუფერებლივ სტკივა; გულის რევას, პირველ დღეს პირსაქმებაც ჰქონდა, მუცლის სიყაბზეს. გუშინ თანახმად ექიმის დანიშნისა მიიღო საფალარათო, და ორჯერ ოყნაც გაიკეთა, მაგრამ უშედეგოთ. ვერც მორფიუმის გაკეთების შემდეგ იგრძნო შეღავათი.

საავადმყოფოში გასინჯვის დროს (გავსინჯეთ მე და ექ. ანთელავამ) აღმოჩნდა შემდეგი: სიცხე 37.6°. სახე შეწუხებული, თვალები ოდნავ ჩავარდნილი, სიყვითლე არ ემჩნევა, თვალის გუგები განიერი, რეაკცია მათი ნორმალური, ენა მშრალი, მაჯა 116'-120', ტალა მისი საშუალო სიძლიერის. გულის ტონები სუფთა, ფილტვებში ცვლილება არ ეტყობა. მუცელი თანაზომიერად გამობერილი, ხელის მოვლებზე ყველგან ტკივილებს გრძნობს უფრო კუჭის მიდამოში. მტკივნეულობის და გაბერვის გამო შიგ მუცელში ვერაფერს ვერ ვსინჯავთ. ბრმა ნაწლავის მიდამოში და მის ზევით აყოლებით თითქმის ნეკნებამდე პერკუტორული ხმა ოდნავ მოყრუებულია, მუცლის მარჯვენა ნახევარში defence musculaire უფრო გამოხატულია. Rowsing-ის სიმპტომი უარყოფითია. მარჯვენე ბეჭის მიდამოში ტკივილებს არ უჩივის. მარჯვენა X-XII ნეკნების შუა ხელის დაჭირებით ტკივილებს არ გრძნობს (Boas-ის სიმპტომი). გამოირკვა, რომ ამნაირი ტკივილები ავადმყოფს წინეთაც ჰქონდა, მაგრამ ასე მძაფრად და ხანგრძლივ არ გაჰყლია. შარდზე თავისუფლად გადის. საშოს მხრივ გასინჯვით მცირე მენჯის ორგანოთა კონტურების ნახვა შეუძლებელია მუცელზე გაბერილობის და მტკივნეულობის გამო, მაგრამ მიუხედავად ამისა მკაფიოთ ემჩნევა დიდი ტკივილები თალებზე თითების დაჭერის დროს.

ზემოთ მოყვანილ ნიშნების და სიმპტომების მიხედვით პირველ გასინჯვით ძნელი იყო თქმა, თუ რა დაავადებასთან გვქონდა საქმე, მხოლოდ ერთი რამ ცხადი იყო, რომ ავადმყოფს ეწყებოდა მუცლის ფარის (პერიტონეუმის) ანთება,

ხოლო სად ჰქონდა დასაბამი ამ მოვლენას, სახელდობ რომელ ორგანოში, ანაწი სანამდვილით პასუხის მიცემა შეუძლებელი იყო. ყოველ შემთხვევაში ileus-ის არსებობა საეჭვოდ მივიჩინეთ. უფრო შესაძლებლად მიგვაჩნდა აპენდიციტი ან ღვიძლის ბუშტის დაავადება (კენჭები). ამ ორი მოსაზრების სასარგებლოდ ლაპარაკობდა ის გარემოება, რომ ასეთი ხასიათის შეტევები ავადმყოფს წინეთაც ჰქონია; მოყოლებუა პერიტორული ტონისა ბრმა ნაწლავის მიდამოში, მთელ სიმპტომოკომპლექსს ამ ორგანოს უკავშირებდა, ხოლო სიმწვავე ტკივილებისა გაქანჯულ კენჭების მიერ გამოწვეულ ტკივილებს უფრო წააგავდა გადასწყვიტეთ—კანქვეშ მორფეუმი და საპნიანი ოყნა ავადმყოფის à la vache მდებარეობით; თუ სასურველ შედეგს ვერ მივიღებდით მიგვემართა ოპერაციისათვის. მორფეუმი ტკივილები ოდნავაც არ შეუჩერა, ოყნამ არ იმოქმედა.

იმავე დღეს 4 საათზე ექ. ვ. დემიძოვის (ნარკოზი) და ანთელავას (ასისტენტი) თანამონაწილეობით ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ მე გაუკეთე ლაპაროტომია. მუცელი გავუკვეთეთ თეთრი ზოლის მიმართულებით. პერიტონეუმის გაკვეთისას მუცლის ღრუდან ბლომად გადმოიღვარა მოყვითალო მღვრიე სითხე. ნაწლავების ყულფები გაბერილია, მათი პერიტონეალური საფარი დიდ ჰიპერემიას განიცდის, მკაფიოდ მოსჩანს უწვრილესი სისხლის მილები, ფერფლი პერიტონეუმზე არ ემჩნევა. ჰიპოკლა ნაწლავი (აპენდიკსი) თავისუფალია. არც სასქესო ორგანოებს ეტყობოდა ცვლილება. ნაწლავები ამოვალავეთ, ვადამბულობა ნაწლავებისა არ აღმოჩნდა, ნაწლავის ერთ ყულფში ბევრი ასკარიდები იყო. შარდსაწვეთი თავისუფალია, აგრეთვე თირკმელებიც შევედით ხელით ღვიძლისაკენ, აქ აღმოჩნდა გადიდებული ნაღვლის ბუშტი ვაჟკაცის მუშტზე ბევრად დიდი, უკან გამოღებული ხელი ყვთლად იყო შეღებილი. ჭრილი განვაგრძეთ ჰიპის ზემოთ და შემდეგ განზე მარჯვნივ ნეკების თანვლივად. გაბერილი ბუშტი მტკიცედ შეხორცებული იყო ბადექონთან, ხოლო flex. colli. dextra-სთან უფრო ფაშალი ხლარაობით. შეხორცებანი ზოგან ბლაგვი გზით. ზოგან ორ ნასკეთაშუა გადაჭრის შემდეგ განვაშორეთ. შემდგე ბუშტი მივაკერეთ პერიტონეუმის პარიეტალურ ფურცელზე, გაჩხვლიტეთ შპრიცით, გამოაყვა მღვრიე სქელი ნალველა. ბუშტი გავკვეთეთ, დოლბანდით ნალველი და ლორწო მისი ღრუდან ამოვკრიფეთ, თითოთ ამოვიღეთ სამი მსხვილი თხილის ოდენა კენჭი, ერთიც (მეოთხე) უმცროსი ზომისა მაგრად იყო გაჩრდილი ბუშტის ყელში, ის კორნცანგით ამოვიღეთ. ზონდით გასინჯვეთ დავრწმუნდით, რომ ნაღვლის სადინარი თავისუფალი იყო. ბუშტში ფილთა და რეზინის წვრილი მილი ჩავუდეთ. მუცლის ღრუში ჩავუდეთ მარლის დრენაჟი ერთი ღვიძლის ქვეშ. მეორე ქვემოთ Colou ascendens-ის ჩაყოლებით. ჭრილობა ორსართულიანი ნაკვრით შევკერეთ. ჭრილობა შევუხვით, კანქვეშ გავუკვეთეთ ფიზიოლოგიური ხსნარი. ოპერაცია თითქმის ორი საათი გაგრძელდა. მუცელზე ყინულიანი პარკი. ღამე ორჯერ პირს ასაქმა. მაჯა სუსტი. 130'. სიცხე 37,8. საერთო მდგომარეობა ცუდია. ქაფური ყოველ ორ საათში კანქვეშ. მეორე დღეს სიცხე 36,8. თვითგრძნობა უკეთესი. სკულაზე ემჩნევა სიყვითლე. მაჯა 116'. პირს არ ასაქმებს. უჩივის მუცლის ტკივილს. მესამე დღეს მუცელზე წამობერილობა არ ეტყობა. ქარები არ აწუხებს, მაჯა სწორი 104', კარგი. სახვევი ნალვლით გაუღნითლია. ავადმყოფს თანდათან უკეთობა დაეტყო. ჭრილობა პირვადი შეხორცებით გაუმრთელდა. 17 აგვისტოს ავადმყოფი გაეწერა ნალვლის ბუშტის პატარა ფისტულით. დაიდოდა შესახვევად ყოველ მესამე დღეს. ორს ენკენისთვის ფისტულა დაეჭურა. 14 ენკენისთვის ავადმყოფი კვლავ მეჩვენა თავს კარგად გრძნობდა. 18/XII თარიღით ცნობა მაქვს, რომ კარგად არის.

ამგვარად როგორც ოპერაციის დროს გამოირკვა ყველა ის სიმპტომები, რომელსაც ამ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა გამოწვეული იყო ნალვლის ბუშტის ყელში კენჭის გაჩრით. თვით ბუშტის და მისი პერიტონეალურ საფარის ანთებით, ხოლო ეს ანთებადი პროცესი ისწრაფოდა მუცლის მთელ პერიტონეალურ საფარზე მოდებას. სწორედ ამ პერიტონიტის საშიშროება გვიკარნახებდა გადაუდებლივ გაგვეკეთებია ოპერაცია; თუმცა გულახდილად უნდა ვაღვიაროთ, რომ

პერიტონიტის დასაბამს ჩვენ უფრო აპენდიქსში ვიგულებდით, ვიდრე ნაღვლის ბუშტში. ამ ორი სატკივრის ე. ი. აპენდიციტის და ხოლციესტიტის (resp. ნაღვლის კენჭები) მწვავე შეტევების დროს ერთი მეორესაგან განსაზღვრა და გამოცნობა ერთობ ძნელია, განსაკუთრებით ისეთი შემთხვევები, როცა ჭია-ყელა ნაწლავი ბრმა ნაწლავს ამოედება შიგნით და ზევითკენ ან უკან და ზევითკენ. ორივე შემთხვევაში ტკივილები უფრო მარჯვნივ ექნება და მიახლოებით ერთსა და იმავე ალაგას. მაგრამ თუ მუცელი ერთნაირად სტკივა და გაბერვის გამო ხელის შეხებით შიგ ვერაფერს ვსინჯავთ, მაშინ უნდა ვიხელმძღვანელოთ სხვა ერთსადაც და მეორე ავადმყოფობის დამახასიათებელი ნიშნებით, სხვათა შორის თუ ავადმყოფი ახალგაზრდაა უფრო აპენდიციტი უნდა ვიგულოთ, თუ ხანში შესულია და მეტადრე ქალია ნაღვლის კენჭები; გამოურკვეველ და საექვო შემთხვევაში გვირჩევენ (Федоров) აპენდიციტი ვიგულოთ და გადაუდებლივ ოპერაცია გავუკეთოთ. ჩვენც სწორეთ ასე მოვიქცეთ, ჩვენი ავადმყოფი ახალგაზრდა ქალი იყო. შეფიქრდით აპენდიციტზე და გავუკეთეთ ოპერაცია. მაგრამ ამგვარადვე მოვიქცეოდით ნაღვლის კენჭების არსებობა და საზოგადოთ ასეთი მწვავე ხასიათის ნაღვლის ბუშტის დაავადება, რომ გამოგვეცნო. პროფ. Боткин-ი ეხება რა ხოლელითიაზის საკითხს, ამბობს: „როდესაც ამხანაგების მხრივ ხელაღ დიაგნოზში მუდმივ უნდობლობას, შენც ექვი გეპარება და იმდენად ირყევი, რომ როცა გეკითხებიან, საჭიროა თუ არა გაკვეთა, დადებითი პასუხის მიცემას ველარ ბედავ; ამ გვარად არა ერთხელ უარი მითქვამს ოპერაციის საჭიროებაზე, ხოლო შემდეგ როცა გვამის გაკვეთის დროს გვიჩანდა ნაღვლის სადინარში გაჩრილი კენჭი, ადვილი წარმოსადგენია, რომ დროზე გაკეთებული ოპერაცია ავადმყოფებს სიკვდილიდან დაიხსნოდა; ამიტომ ჩვენი დიაგნოზი რომ უფრო სარწმუნო იყოს, დარწმუნებული ვარ, ოპერაციებიც უფრო ხშირად გაკეთდებოდა და არა ერთი პროცენტი მძიმე ავადმყოფებისა თავს დააღწევდა სიკვდილს. ამიტომ ისეთ შემთხვევაში, როცა ამოცნობაში ექვი არ გვეპარება, მძიმე და ხშირხშირად განმეორებულ შეტევის დროს ანუ თუ ისეთი შემთხვევებია, რომელნიც ავადმყოფს მომაკვდინებელი შედეგით ემუქრებიან, თამამად ვურჩევ ოპერატიულ დახმარების აღმოჩენას“. Боткин-ის შემდეგ დიდმა დრომ განვლო. მას შემდეგ მედიცინამ საერთოდ წინ დიდი ნაბიჯი გადადგა; როგორც შინაგანის ისე ქირურგიულ ავადმყოფობათა ამოცნობის და წამლობის საშუალებანი შესამჩნევად გაუმჯობესდა და გაიზარდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა ბევრ შემთხვევაში ნაღვლის კენჭების ამოცნობა შეუძლებელი ხდება. ისეთი დახელოვნებული კლინიკისტი-დასტაქარი, როგორიც არის Кehr-ი, ამბობს, რომ იშვიათია შემთხვევები სედაც „ერთი შემოკვრით (auf Anhieb) შესაძლებელი იყოს ნაღვლის კენჭების სატკივრის ამოცნობა“ და ვინც ეხლა ამგვარი დიაგნოზის დასმას ცდილობს ის აუხდენელ ოცნებისაგან მიეშურებაო“ დასძენს მეორე არა ნაკლებ Кehr-ისა ამ დარგში გამოცდილი დასტაქარი პროფ. Федоров-ი. მართლაც და ეხლა დასტაქარს თვით კენჭის არსებობა იმდენად არ აინტერესებს, როგორც ის ანთებითი პროცესი ანუ, უკეთ ვთქვათ, ინფექცია, რომლითაც რთულდება ეს ავადმყოფობა; თითქმის ყველა დასტაქარი სწორეთ ამ გართულების გამო იღებს დანას ხელში. შედეგი ამ ოპერატიულ ჩარევისა იმდენად სანუგეშო და კეთილსაყოფელი იქნება,

რამდენადაც ოპერაცია ადრე კეთდება, როცა, Kehr-ისა და Riedel-ის თქმის არ იყოს, ავადმყოფთან დასტაქარს იწვევენ „ტრაგედიის დასაწყისში და არა მის დასასრულს“ ე. ი. როცა სხვადასხვა გართულებას და უმთავრესად ანთებითი ხასიათისა ჯერ კიდევ არ შეუქმნია ისეთი პირობები, როცა ოპერაცია ტენიკუ-ზად ძნელი შესასრულებელია და ავადმყოფისათვის ძლიერ საშიში იქნება. ეს საშიში მოვლენები ჩვენს ავადმყოფს უკვე ემჩნეოდა და ამაში ჩვენ ოპერაციის დროსაც დავრწმუნდით. იყო შეხორცებები ნაღვლის ბუშტის ბადექონთან, ნაწლავთან, იყო ნიშნები ახლად დაწყებული პერიტონიტისა, თვით ბუშტის კედლები შესქელებული, მის პერიტონეალურ საფარ გარსს სიბრტყეიანად დაეკარგა, მრავლად მოსჩანდა სისხლით გავსებული კაპილარები, ლორწოიანი გარსი გაღვივებული და ჰიპერემიული, ნაღველა მღვრიე; შეიცავდა ის მიკრობებს თუ არა ამის თქმა შეუძლებელია, რადგან არ გვქონდა საშვალევა გამოგვეკვლია. ნაღველის ბუშტის სადინარი მიუხედავად იმისა, რომ შიგ ყელში კენჭი იყო გაჩრილი სჩანს საესებით დახშული არ ყოფილა, და ამას უნდა მივაწეროთ, რომ ავადმყოფს სიყვითლე არ ემჩნეოდა, მაგრამ შეგუბება ნაღვლისა მიანიც იყო, ბუშტი ძალზე გაბერილი აღმოჩნდა, ასე რომ შიგ ბუშტში წნევა მომატებული იყო. წნევის მომატება, ყელში კენჭი გაჩრა და გაქანჯვა, შეხორცებანი ბუშტისა ზოგიერთ მახლობელ ორგანოებთან და საზოგადოთ პერიტონეალური მოვლენები უნდა ყოფილიყო მიზეზი იმ საშინელი ტკივილებისა, რომელსაც ავადმყოფი განიცდიდა.

საზოგადოთ ნაღვლის ბუშტის კენჭები იშვიათ ავადმყოფობას არ წარმოადგენს; გერმანიაში ყველა გაკვეთილ გვამების 10% შემთხვევაში ნახულობენ ნაღვლის კენჭებს (Kehr); რუსეთში, ობუხოვის საავადმყოფოს პათოლოგ-ანატომიური მასალის მიხედვით ეს ციფრი უდრის 5,51% (Гецце). თუ რამდენად არის გავრცელებული ჩვენში ნაღვლის კენჭებით ავადმყოფობა, ამით თქმა შეუძლებელია, ვინაიდან ამის შესახებ ჩვენ არ მოგვებოვება დამუშავებული პათოლოგ-ანატომიური მასალა, არც ჩვენი უნივერსიტეტის კლინიკების მასალა არის ჯერ გამოქვეყნებული. ავლნიშნავ მხოლოდ რომ პროფ. გ. მ. მუხაძის ჰოსპიტალურ კლინიკაში¹⁾ 1919-1924 წ. განმავლობაში მუცლის ღრუს ორგანოებზე სხვადასხვა ჩვენებით 545 ავადმყოფთათვის გაუკეთებიათ ოპერაცია და ამათ შორის მხოლოდ 8 აღმოჩენია ნაღვლის ბუშტის და მისი სადინარების კენჭები, ყველა ამათვის ბუშტი ამოუკვეთიათ (cholecystectomy).

ერთ ამ ავადმყოფთაგანს (ისტ. № 1500) თითქმის ისეთივე სიმპტომები ჰქონდა როგორც ჩვენს: მუცლის ტკივილები, რომელიც წინაღამით დასწყებოდა, გაბერილობა მუცელზე, გულის რევა, განავალზე ვერ გადიოდა, სიყვითლე არ ჰქონია, ორჯერ გაუკეთდა ოყნა უშედეგოთ; დიაგნოზი: ileus; ოპერაციის დროს პერიტონიტის ნიშნები არ აღმოჩნდა. ჰიპერემია და გაბერილობა ნაღვლის ბუშტისა. Ductus cysticus-ში ჩაჭედილი კენჭი. Cholecystectomy. შედეგი კარგი.

როგორც დაკვირვებანი გვიჩვენებს უმეტესი წილი ნაღვლის კენჭით დაავადებულ ავადმყოფთა (95%⁰-Kehr ით) თავს შედარებით კარგად გრძნობს, კენჭები თავს არაფრით იჩენს, და ასე ვთქვათ ავადმყოფობა ფარულ (ლატენტურ)

¹⁾ ამ ცნობების მოწოდებისთვის დიდად პატივცემულს ამხანავს პროფ. გ. მუხაძეს დიდ მადლობას ვწირავ.

მდგომარეობაში არი და მხოლოდ 5%-ს ეს სატკივარი გამოუმჟღავნდება ტკივილებით და სხვა მის დამახასიათებელ სიმპტომებით. რაც შეეხება ნაღვლის კენჭების გაჩენის ეტიოლოგიას, უნდა ითქვას, რომ ის ჯერ სავსებით გამორკვეული არ არის, უმთავრეს მიზეზად სთვლიან ნაღვლის შეგუბებას, ბაქტერიალურ ინფექციას და ნაღველ-კენჭის დიათეზს. დედაკაცის ორგანიზმში ბევრია ისეთი ფაქტორი, რომელსაც შეუძლიან ნაღვლის შეგუბების ხელის შეწყობა: სუნთქვა გულმკერდის და არა ჰუცლის კუნთების მონაწილეობით, ორსულობა და ამ მდგომარეობის ზეგავლენით ღვიძლში და ნაღვლის ბუშტში გამოწვეული ჰისტოლოგიური ცვლილებანი. ბევრი ავტორი სწორედ დედაკაცის ამ თავისებურობას მიაწერს, რომ ნაწვილოსნ ქალებში უფრო ხშირია ნაღვლის კენჭებით დაავადებული და აგრეთვე ქალებში საზოგადოთ ეს ავადმყოფობა უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ვაჟებში (20,6%:4,4% Hofbauer). ხელს უწყობს ნაღვლის შეგუბებას აგრეთვე კარსეტის ტარება და ტანთსაცმელის წელზე მოჭერა. Mizokuchi იაპონელ ქალთა შორის ნაღვლის კენჭით ავადმყოფობის იშვიათობას იმ გარემოებით ხსნის, რომ იქ ქალები ტანსაცმელს წელზე არ იჭერენ.

რაც შეეხება ინფექციას, პროფ. Иконикив-ი თავის ექსპერიმენტალური გამოკვლევების თანახმად იმ აზრის არის, რომ მიკრობები ნაღვლის ბუშტში და საზოგადოთ ნაღვლის სადინარებში 12 გოჯა ნაწლავიდან შედიან, ბევრს ამ შემთხვევაში ჰემატოგენური ინფექციაც შესაძლებლად მიაჩნია. ნაღველში როგორც ვიცით კარგად ხეირობს მუცლის ტიფის ბაცილი, პარატიფისა და აგრეთვე Bacterium coli. ტიფის ბაცილს, როგორც გამოკვლეულია (Kaiser), რამოდენიმე წლობით შეუძლია აქ ცხოვრება და რასაკვირველია შესაფერ პირობებში შესაძლებელია იგი გახდეს კენჭების გაჩენის მიზეზად და აგრეთვე გამოიწვიოს თვით ღვიძლის ბუშტის ანთება. ჩვენი ავადმყოფი ორი წლის წინეთ ტაფით იყო ავად, შესაძლოა სხვათაშორის ეს მომენტი მართლა გამხდარიყოს მისთვის კენჭების გაჩენის მიზეზად ან წინასწარ კენჭებით დაავადებულ ბუშტში შეჭრილი იყოს ინფექცია და გამოეწვიოს ანთებითი პროცესი. რომ ანთებად პროცესს აქ წინეთაც ჰქონია ადგილი, ამას გვიმტკიცებს ის შეხორცებანი, რომელიც ოპერაციის დროს აღმოჩნდა. ისიც მისაღებია მხედველობაში, რომ ამ ავადმყოფმა ორი თვის წინეთ გადაიტანა დიზენტერია, რომელიც არა იშვიათად ხდება მიზეზად საზოგადოთ ღვიძლის დაავადებისა. ოპერაციის დროს მუცლის ღრუში საკმაოდ ბევრი მღვრიე ძოყვითალო სითხე აღმოჩნდა. ამ სითხის მოგროვების მიზეზი ადვილი ასახსნელია, ხოლო რაც შეეხება მის სიყვითლეს ამის მიზეზი უნდა ვეძიოთ pericholecistit-ში და საზოგადოთ ნაღვლის ბუშტის შეხორცებებში ბადექონთან და ნაწლავებთან. უნდა დავუშვათ, რომ ბუშტში წნევის მომატების და მისი კედლების ცვლილების გამო მოხდა გამოჟონვა ნაღვლის პიგმენტებისა მუცლის ღრუში, მიუხედავად იმისა, რომ ბუშტის მთლიანობა დარღვეული არ მოფილა.

ავადმყოფს ჩვენ cholecystostomia გაუუკეთეთ. ეს ოპერაცია ამ შემთხვევაში უფრო მიზანშეწონილად დავინახეთ, ვიდრე cholecystectomy. ვინაიდან ნაღვლის სადინარები თავისუფალი იყო, დახშვა არ ემჩნეოდა და არც თვით

ბუშტი ყოფილა დიდად დაზიანებული. ფისტულა ავადმყოფს აღრე დაეხურა. რაც შეეხება კენჭების რეციდივს, რომელსაც თითქოს ბუშტის დატოვება ხელს უწყობს, უნდა ვსთქვათ, რომ საზოგადოთ ნამდვილი რეციდივი იშვიათია და ჩემის აზრით ამ რეციდივიდან ავადმყოფი ნაღვლის ბუშტის მთლიანად ამოკვეთის შემდეგაც არ არის საფრთხით უზრუნველყოფილი.

ლიტერატურა.

1) Kehr. Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie in Wort und Bild. Bd. I. 1913 München.

2) Ehrhardt. Beiträge zur Patholog. Anatomie und Klinik des Gallensteinleidens: Arch. f. klin Chir. 1907 B. 83.

3) Иконников, К вопросу о хирургичес. вмешательстве при воспалит. заболев. желчного пузыря. Труды госпит. хир. кл. проф. Оедорова 1908 г. 2 ч. 2.

4) Förster. Ueber die Beziehungen des Typhus und Paratyphus in den Gallenwege. Münch med. Ws. 1908 № 1.

5) Оедоров. Желчные камни и хирургия желчных путей. Петроград 1918 г.

ზ რ. ხ უ ც ი შ ვ ი ლ ი.

კლინიკის ორდინატორი.

ჭიაყელისებრივი დანამატის ტუბერკულოზი *)

(ტფილისის უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. გრ. მუხაძე).

ამ უმად თითქმის საყოველთაოდ მიღებული Sonnenburg-ის კლასიფიკაციის მიხედვით აპენდიციტები განიყოფება: 1) appendic. simpl., 2) appendic. perforativa, 3) appendic. gangraenosa და 4) სპეციფიური აპენდიციტები—ა) აქტინომიკოტიური და ბ) ტუბერკულოზური. უკანასკნელი შეადგენს დღევანდელ ჩვენი მოხსენების საგანს.

დამოკიდებულება დაავადებულ დანამატსა და ტუბერკულოზს შორის ძლიერ რთულია. ავადმყოფი ტუბერკულოზით, როდესაც ეს უკანასკნელი უკვე ბუდობს ფილტვში, ან სხვა რომელიმე ორგანოში, შეიძლება დაავადდეს აგრეთვე ტუბერკულოზური აპენდიციტით; მაშინ თუ დანარჩენი ნაწლავები სალია, პროცესმა შეიძლება მიიღოს ჩვეულებრივი აპენდიციტის მიმდინარეობა ან, თუ ილეო-ცეკალური არეც ჩათრეულია პროცესში, მოგვეცეს ნაწლავების ტუბერკულოზის სიმპტომოკომპლექსი. საერთოდ ჭიაყელისებრივ დანამატზე შეიძლება ითქვას, რომ მას აქვს ერთგვარი იმუნიტეტი ტუბერკულოზისადმი და ხშირად მაშინაც, როდესაც ileum-ის ქვედა ნაწილი, valv. Bauginii და coecum-იც დაავადებულია ტუბერკულოზით,—აპენდიქსი ან სრულიად ხელუხლებელი რჩება ან ზიანდება მსუბუქად—ხშირად უბრალო ჰიპერემიის სახით (Bérard et Vignard).

კლინიკურად appendicitis acuta, subacuta et chronica ტუბერკულოზით დაავადებულთა შორის შედარებით ხშირად აღინიშნება.

აღსანიშნავია კიდევ ქრონიკული აპენდიციტების ერთი ჯგუფი, რომელიც ფილტვების ტუბერკულოზის სიმულაციას იძლევა—ასეთი ავადმყოფები რამოდენიმე თვის, ხან წლების განმავლობაში წონაში კლებულობენ, სუსტდებიან, მათ აქვთ ღამ ღამობით სიცხე და ოფლი,—ერთი სიტყვით თვალწინ გვაქვს ფილტვების ტუბერკულოზის სრული სურათი. სინამდვილეს ნათელჰყოფს მუცლის უეცრივი ტკივილები, რომელიც მხოლოდ ეხლა მიაქცევს ექიმის ყურადღებას ჭიაყელისებრივ დანამატზე. უკანასკნელის ამოკვეთა ჰკურნავს ამგვარ ავადმყოფებს (იგივენი).

*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას 1924 წ. 4 დეკემბრის სხდომაზე.

ასეთი აპენდიციტებს Walther-მა უწოდა სახელი „აპენდიციტი გულმკერდის მოვლენებით“. Ponset-სა და Lerische-ის აზრით ეს არის ტუბერკულოზი, რომელსაც თან არ ახლავს სპეციფიური დაზიანება.

რაც შეეხება იმ საკითხს თუ რა გზით ვრცელდება ინფექცია ჭიაყელისებრივ დანამატში— ამ ჟამად ცნობილია, რომ ინფექცია შედის უფრო ხშირად ნაწლავების ღრუდან, ხოლო უფრო იშვიათად ლიმფური და ჰემატოგენური გზით. Letulle-ს მოუხდენია 500 ტუბერკულოზიან გვამის გაკვეთა და 144 შემთხვევაში უნახავს ჭიაყელისებრივი დანამატის ტუბერკულოზით დაავადება, რაც შეადგენს უკანასკნელის 28,8⁰/₀. არა ტუბერკულოზიან გვამებზე აღნიშნულ ავტორს ამ მხრივ დანამატის ცვლილება არ შეხვედრია. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ დანამატის განცალკევებული დაავადება ტუბერკულოზით ძლიერ იშვიათია; უმეტეს შემთხვევაში ამას დაერთვის ხოლმე ტუბერკულოზი coecum-ის, წვრილი ნაწლავების და პერიტონეუმის.

თავისი საოპერაციო მასალის მიხედვით Aiglave-ს გამოყავს შემდეგი დასკვნები: 1) ჭიაყელისებრივი დანამატის განცალკევებული დაავადება ტუბერკულოზით იშვიათი მოვლენაა; 2) დანამატის პირველადი ტუბერკულოზი შედარებით მეტად იშვიათია; 3) ტუბერკულოზური დანამატის ამოკვეთის შემდეგ ზოგჯერ რჩება განავალის ფისტულა, როგორც ileum-ის და coecum-ის დაზიანების შედეგი.

ყურადსაღებია საკითხი, სად არის პირველადი ბუდე მაშინ, როდესაც დაავადებულია ტუბერკულოზით ერთდროულად coecum-ი და appendix-ი. ავტორთა უმრავლესობა ფიქრობს, რომ პირველად ავადდება ბრმა ნაწლავი. მათი აზრით უბრალო აპენდიციტის დროს ჩვეულებრივად პირველად სწეულდება ჭიაყელისებრივი დანამატი და შემდეგ ბრმა ნაწლავი, —ტუბერკულოზური აპენდიციტის დროს კი პირიქით— ჯერ ზიანდება ბრმა ნაწლავი. ხოლო შემდეგ მისი დანამატი.

რაც შეეხება ლიმფურ ჯირკვლებს— ისინი ხშირად ძლიერ გადიდებულია მაშინაც, როცა დანამატი შეიძლება ან სულ არ იყოს დაზიანებული, ან იყოს დაზიანებული მხოლოდ მცირეოდნად.

ჩვენს კლინიკაში ხუთი წლის განმავლობაში (1919—1923 წლამდე) 5700 ავადმყოფთა შორის აპენდიციტი აღნიშნულია 242 შემთხვევაში. მათში ტუბერკულოზური აპენდიციტი იყო 5 შემთხვევაში, რაც შეადგენს აპენდიციტების საერთო რიცხვის 2⁰/₀. აქვე საჭიროა დავსძინოთ, რომ ამ რიცხვში შედის მხოლოდ ის შემთხვევები, სადაც ჭიაყელისებრივი დანამატის ანთების ნიშნები იყო მკაფიოდ გამოსახული. მათ შორის ერთ შემთხვევაში დანამატის ჯორჯალზე რამოდენიმე ლიმფური ჯირკვალი აღმოჩნდა ძლიერ გადიდებული (ტყის თხილიდან მსხვილი კაკლის ოდენამდე) და ამავე დროს თვით დანამატიც განიცდიდა ცვლილებებს: მისი სეროზული გარსი იყო დაფარული სპეციფიური ხორკლით.

რაც შეეხება ტუბერკულოზური პერიტონიტის საკითხს, რომელიც ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოდ გადაწყვეტილი— ცნობილია, რომ იგი ხშირად ვითარდება მეორედად და მის ეტიოლოგიაში ხანდახან დანამატის პირვად დაავადებასაც აქვს ადგილი.

ტუბერკულოზური აპენდიციტი იწვევს აგრეთვე ბაცილარულ პერიტონიტს. ახდენს თუ არა ამ შემთხვევებში appendectomy კარგ ზეგავლენას პერიტონიტზე? ეს საკითხი იმ ლიტერატურის მიხედვით, რომელიც მე ხელთ მქონდა, ჯერ-ჯერობით გადაუჭრელი რჩება. ზოგიერთი დასტაქრები კი თავისი მასალის მიხედვით დადებითად სჭირან ამ საკითხს. ისინი ამტკიცებენ, რომ იმ შემთხვევებში სადაც ტუბერკულოზური პროცესი დაწყებულია დანამატიდან და აქედან არის გადასული პერიტონეუმზე და მუცლის ღრუს სხვა ორგანოებზე, დაავადებული დანამატის ამოკვეთას დანარჩენი ორგანოების განკურნებაც მოყვება ხოლმე.

პათოლოგ-ანატომიური სურათის მიხედვით ტუბერკულოზურ აპენდიციტებს ყოფენ შემდეგ ფორმებად: ა) გრანულო-ულცეროზული, ბ) ენტერო-პერიტონეალური, გ) ფსევდო-ნეოპლასტიური, დ) უბრალო და სტერკორალურ ჩირქგროვებიანი (აბსცესებიანი) ფორმა. შედარებით ახლად შესწავლილია კიდევ შემდეგი სამი ფორმა, ვ) ჰიპერტროფიული, ზ) ატროფიული და წყალ-ბუშტისებრივი (კისტოიდური).

ა) **გრანულო-ულცეროზული ფორმა.** აქ პროცესი იწყება დანამატის ფუძეზე. ხორკლები, ვიდრე დაწყულდებოდენ, ზოგჯერ ახდენენ დანამატის ხერხლის ობლიტრაციას, რომელიც უფრო ხშირად V. Gerlach-ის დონეზე ვითარდება; შედეგად დანამატის ობლიტრაციისა შეიძლება განვითარდეს hydropsi. ჩვენი ერთი შემთხვევა შეიძლება მივაკუთნოთ ამ ჯგუფს: ქიკელისებრივი დანამატი იყო დაწყულეული და დაფარული ხორკლით; დანამატის სანათურის ცენტრალური ნაწილი ძლიერ შევიწროვებული; ასეთივე შევიწროვება ემჩნეოდა შუა ნაწილშიც; ღრუები ავსებული იყო ჩაგუბებული ჩირქით.

ბ) **ენტერო-პერიტონეალური ფორმა.** ეს ფორმა შედარებით ხშირია და თუმცა ჩვეულებრივად აპენდიქსის პერფორაციის შედეგს წარმოადგენს, მიუხედავად ამისა გართულება დიფუზიური პერიტონიტით იშვიათი მოვლენაა, რადგანაც პერფორაციის ირგვლივ ზღუდეები შეხორცებების სახით ძალიან მალე ვითარდება.

გ) **ფსევდო-ნეოპლასტიური ფორმა.** ამ შემთხვევებში ჩვეულებრივად ჩათრეულია პროცესში არა მარტო დანამატი, არამედ თვით ბრმა ნაწლავიც და მათსა და ახლომდებარე ორგანოებ შუა ხშირად ჩნდება შეხორცებები.

ერთი ჩვენი შემთხვევა ეკუთვნის ამ ჯგუფს. ავ. №, 17 წლ., ქალიშვილი, სომეხი. ოპერაცია გაუკეთდა 18/1-22 წ. Laparotomia Mc-Bourney-ს განაკვეთით. პროცესში ჩათრეულია დანამატის გარდა—ბრმა ნაწლავიც, ხორკლს ალაგ-ალაგ ემჩნევა კაზეოზური დაშლა. ზომიერი შეხორცებანი ერთი-მეორესთან და ნაწილობრივ წვრილი ნაწლავების მარყუშებთან. დანამატის პოვნას და გამოცალკევებას საკმარისად დიდი დრო დასჭირდა.

დ) **ჩირქგროვებიანი ფორმა უბრალო და სტერკორალური.** აქ, როგორც წინა შემთხვევებში ერთდროულად დაავადებულია ciecum-იც. უბრალო ჩირქგროვები ჩვეულებრივად არ არის დიდი და იმყოფება ილეო-ცეკალურ არეს ფარგლებში. მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში ამას ერთვის ინფექცია bac. coli-ს სახით (პერფორაციის ან ინფექციის თანდათან გადასვლის გამო) და შედეგად ვიღებთ პიოსტერკორალურ ჩირქგროვას, რომელიც თანდათან ვრცელდება და აღწევს cavum ischio rectale-ს და Scarp-ის სამკუთხედამდე; ზოგჯერ კი გაიხსნება კანზე და ჩნდება ჩირქიანი ან ჩირქ-განავალიანი ფისტულა. დამოუკიდებლად ეს

ფორმა ჩნდება იშვიათად. უფრო ხშირად დაერთვის ოპერაციებს: appendectomia-ს და ზოგჯერ საცდელ laparatomia-საც.

ვ) ჰიპერტროფიული ფორმა. ეს ფორმა აღწერა 1909 წ. Geyet-მ. აქ დაზიანება მოთავსებულია მხოლოდ აპენდიქსში და შედარებით იშვიათი მოვლენაა. ხასიათდება კედლების გასქელებით. ამ უკანასკნელის და კიდევ ინფილტრაციის წყალობით ცოტად თუ ბევრად ხდება დანამატის სანათურის ობლიტერაცია, რის გამოც იგი წარმოადგენს მთლიან ერთეულს სეროზასთან, რომელიც აგრეთვე განიცდის ინფილტრაციას და გასქელებულია. ლორწოვანი გარსი მოფენილია ხორკლით და წყლულებით. აქვე გვხვდება აგრეთვე ჩირქგროვები და პატარა-პატარა კაზეოზური ხორკლები, რომლებიც უმეტეს შემთხვევაში სეროზის ქვეშ არიან მოთავსებული.

ამ სურათს წარმოადგენდა ერთი ჩვენი შემთხვევათაგანი: appendix-ი თავისუფლად იყო მუცლის ღრუში; ლორწოვან გარსზე მოთავსებული იყო წყლულები და ხორკლი; კედლები ძლიერ გასქელებული იყო. სანათურში ძლივს გადიოდა წვრილი ჩხირი (ზონდი).

ზ) ატროფიული ფორმა. აღნიშნული ფორმა არც ისე იშვიათია და ვხვდებით წყლულების მორჩენის ხანაში; გაჩენილი ნაწიბურები ავიწროვებენ დანამატის სანათურს. საკითხი — არსებობს თუ არა ატროფიული ტუბერკულოზი წინასწარ წყლულების გაჩენის გარეშე — ჯერ-ჯერობით გამოუჩვენებელია.

ი) წყალბუშტიანობრივი ტუბერკულოზური აპენდიციტი ანუ ტუბერკულოზური hydrops appendicis. პროფ. Jaboulay-მ 1912 წ. აღწერა შემთხვევა აპენდიქსის ჰიდროპის, სადაც ჰისტოლოგიური გამოკვლევის დროს აღმოჩენილა გიგანტური უჯრედები. Alglavi-ი ამ შემთხვევების შესახებ იმ აზრისაა, რომ აპენდიქსში მოთავსებული ჩირქგროვები განიცდიან სეროზულ გადაგვარებას — ჩირქოვანი სეკრეტი გროვდება აპენდიქსის ღრუში (ამ დროს ცეკალური ხერხელი დახურულია) და კედლებზე ზედაწოლით აგანივრებს ამ ღრუს; ამავე დროს იგი კარგავს თავის ჩირქოვან ხასიათს.

ვიდრე ტუბერკულოზური აპენდიციტის კლინიკურ სურათს შევხებოდე, მსურს შევჩერდე ორს საკითხზე. ჩვენ ვიცით, რომ აპენდიციტი საერთოდ თავისი დაავადების ხასიათის მიხედვით სამ ჯგუფად იყოფა — *acuta*, *subacuta* et *chronica*. იბადება საკითხი — რომელი ამათგანი ეკუთვნის საკუთრად ტუბერკულოზს, მარტო ტუბერკულოზით აიხსნება გამოწვეული დაზიანებანი თუ მას ერთვის კიდევ სხვა რომელიმე ინფექცია, და მეორე — თუ გვაქვს ანატომიური დაზიანებანი ტუბერკულოზური ხასიათისა, — როდის იქნება მისი კლინიკური გამომჟღავნება?

ცნობილია შემდეგი ანატომიური-კლინიკური სურათი აპენდიკულარული ტუბერკულოზის:

1) ერთდროული დაზიანება coecum-ის, წვრილი ნაწლავების და სხვა. ამ გვარ შემთხვევებში აპენდიციტი კლინიკურად, არ მჟღავნდება და ჩვენ ვიღებთ სურათს საერთო ტუბერკულოზისას — *coecum-ის*, წვრილი ნაწლავების და სხვა. ზოგჯერ კი წმინდა აპენდიკულარული სიმპტომები იკავებენ პირველ ადგილს.

ყოველ შემთხვევაში ეს ტუბერკულოზური აპენდიციტი, რომელსაც თან ერთვის ილეო-ცეკალური დაზიანება, მიმდინარეობს როგორც აპენდიციტის მწვავე შეტევა. ერთი ჩვენი შემთხვევა ეკუთნის ამ კათეგორიას.

ავ. №, 17 წლ., სომეხი. ქალიშვილი, მილ. 14/1—23 წ., გაეწერა 4/II—23 წ. უკეთობით. ავად არის 1922 წლ. წლის ოქტომბრის დამლევიდან. უჩივის ტკივილებს ბრმა ნაწლავის არეში. ავადმყოფობა დაეწყო ზომიერი, ყრუ ტკივილებით და პატარა სიხით. ნოემბრის პირველ რიცხვებში ტკივილებმა ძლიერ უმატა და t^0 38,0—39,0^o-მდე ადიოდა. 10—12 დღის შემდეგ ტკივილებმა გაუარა; მაგრამ მაინც ხანგამოშვებით გრძობდა ყრუ ტკივილებს მთელი მუცლის არეში და t^0 ქონდა სუბფებრილური. აღნიშნავს ხშირ ყაბზობას. ო ბ ე ქ ტ ი უ რ ა დ: ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, ფერმკრთალი, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და კუნთები სუსტად აქვს განვითარებული. ძვლების და სახსრების სისტემის მხრივ ანორმალობა არ ემჩნევა. ლიმფური ჯირკვლები არ ისინჯება. ფილტვები და გული N, მუცელი ოდნავ შებერილი, მაგარი, მტკივნეული. ეს ნიშნები უფრო მკაფიოდ არის გამოხატული მარჯვენა ილეო-ცეკალურ არეში, სადაც აგრეთვე ადივლად ისინჯება მომრგვალო მოყვანილობის სიმსივნე. უკანასკნელი არ მოძრაობს.

16/1—23 წ. სკოპოლამინ-მორფიუმ-ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ Laparatomia Mc-Bourney-ს გაკვეთით. თითქმის მთელი ნაწლავების მარჯვენა შეხორცებულია ერთი მეორესთან ადგილობრივი პროცესის გამო, ისე რომ დანამატის პოვნა შეუძლებელია. მუცლის ღრუში ჩასხმულ იქნა 10% იოდოფორმ-გლიცერინის ემულსია 15,0 რაოდენობით. კრილობა გაიკვრა ყრულდ.

2) **განცალკევებული აპენდიკულარული ტუბერკულოზი** — შეიძლება მიმდინარეობდეს ლატენტურად ან აშკარად; უკანასკნელ შემთხვევაში მას შეუძლია მოგვეცეს სურათი როგორც appendic. ac., ისე subacuta et chronica-სი. თუ რამდენად ხშირად გხვდება დანამატის სპეციფიური დაზიანება ტუბერკულოზიან გვამებზე — ამას გვაჩვენებს უკვე ზევით მოყვანილი Letulle-ს სტატისტიკა, რომელშიაც 500 ტუბერკულოზიანი გვამის გაკვეთის შემდეგ აღნიშნულა დანამატის ტუბერკულოზი 28,8^o/₁₀₀-ში.

Alglavi-ი ამბობს, რომ ბევრი კვდება ტუბერკულოზით დაავადებული ისე, რომ სიცოცხლეში არავითარ ჩივილს თავის აპენდიქსის შესახებ არ გამოსთქვამდა; გაკვეთას კი აღმოუჩენია დანამატის ტუბერკულოზით დაზიანება. ამ რიგად სჩანს; რომ ტუბერკულოზი ხშირად მიმდინარეობს ჩუმ — ლატენტურ ფორმის სახით. ამნაირად მიუხედავად იმისა, რომ დანამატი შედარებით ხშირად ზიანდება ტუბერკულოზით, კლინიკურად იგი მაინც იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. ამის ასახსნელად არსებობს რამოდენიმე თეორია:

ა) Dieulafoy-ს დახურული კურკლის თეორია, რომელიც ამ ქამად უკვე მიტოვებულია.

ბ) Letulle-ის შერეული ინფექციის თეორია. აღნიშნული ავტორი ფიქრობს რომ აპენდიციტის ძირითადი მიზეზი არის ტუბერკულოზი, მაგრამ ის მწვავე მოვლენები, რომელიც ზოგჯერ მას თან ახლავს, არის გამოწვეული არა კოხის ბაცილებით, არამედ იმ მიკრობებით, რომლებიც შეჭრილია დანამატში მისი ლორწოიანი გარსის დაწყლულების გამო. ამ შემთხვევებში ჩვენ გვექნება ჩვეულებრივი აპენდიციტი, რომელიც განვითარდა ტუბერკულოზური ანთების ნიადაგზე. ანატომიურად ჩვენ ვნახულობთ სპეციფიურ ტუბერკულოზურ დაზიანებას და ამასთან ერთად ჩვეულებრივ ანთებით ცვლილებებს. ავტორის აზრით, თუ ეს შემთხვევები არც ისე ხშირია, ეს იმიტომ, რომ აქ უნდა იყოს რაღაც ანტაგონიზმი კოხის ბაცილასა და სხვა მიკრობებს შორის.

გ) თეორია სპეციფიური ტუბერკულოზური აპენდიციტისა (Poncet et Leriche, Herisson). ამ თეორიის მიხედვით თვით კოხის ბაცილებს შეუძლიათ გამოიწვიონ მწვავე აპენდიციტი დამოუკიდებლად იმნაირადვე, როგორც იწვევენ ისინი სხვადასხვა ორგანოებშიც მწვავე და ქრონიკულა ანთების მოვლენებს,—მაგ. სათესლე ჯირკვლებში და სხვა. მაგრამ ბევრი კლინიკისტი ამ აზრს არ იზიარებს. თუ კოხის ბაცილი იწვევს მწვავე შეტევებს, ამბობენ მოწინააღმდეგენი, მაშინ ჩვენ ხშირად უნდა ვხვდებოდეთ მწვავე ტუბერკულოზური დაზიანების ნიშნებს, მაგ. ასეთი არის ხორკლი აპენდიქსზე. თუმცა ამის შესახებ Poncet et Leriche-ი განმარტავენ, რომ tbc ჩხირი ზოგჯერ იწვევს ანთებას ტუბერკულოზისათვის არა სპეციფიური პათოლოგ-ანატომიური სურათით: ეს ის შემთხვევებშია, როდესაც ბაცილი იწვევს არა სპეციფიურ დაზიანებებს. Bérard-ის et Vingard-ის აზრით ყოველ შემთხვევაში შერეული ინფექციის მნიშვნელობის უარყოფა შეუძლებელია.

გ) ტუბერკულოზური აპენდიციტის პსევდო-ნეოპლასტიური ფორმა. ამ აპენდიციტების დროს თითქმის ყოველთვის დაზიანებულია ილეო-ცეკალური არეც. ოპერაციის დროს ასეთ შემთხვევაში ვპოულობთ აპენდიციტის წმინდა ფორმას, ან აპენდიციტის პერიაპენდიციტით, ან ჰიპერტროფიულ ტუბერკულოზს. უკანასკნელ შემთხვევაში ჩვეულებრივად მწვავე შეტევის შემდეგ მარჯვენა თედოს ფოსოში რჩება დიფუზური სიმსივნე, რომელიც თანდათან მატულობს და რომლიდანაც წარმოიშობა ხშირად შემდეგი ფორმა—ტუბერკულოზური აპენდიციტი თანდართული ჩირქროვით ან ფისტულით.

ეხლა განვიხილოთ ჩვენ 1) ტუბერკულოზური აპენდიციტი, 2) აპენდიციტი ტუბერკულოზით დაავადებულთა შორის და 3) აპენდიციტი, რომელიც ახდენს ტუბერკულოზის სიმულაციას.

1) ტუბერკულოზური აპენდიციტი, როგორც უკვე ვთქვით ზევით, შეიძლება იყოს *acuta*, *subacuta* და *chronica*. როგორ უნდა გამოვიცნოთ ის და როგორ გავიგოთ მისი ტუბერკულოზური ეტიოლოგია? ამის დასამტკიცებლად მართო ის არ კმარა, რომ სხვა რომელიმე ორგანოშიც ამავე დროს ინახება ტუბერკულოზის ბუდე; თუმცა Letulle-ი ამბობს, რომ ტუბერკულოზიან ავადმყოფთა აქვთ მიდრეკილება ქიაცელისებრივ დანამატის ანთებისადმი: მისი აზრით, ამის მიზეზია გაცვლა-გამოცვლის პროცესების განელება. მართლაც, როგორც ვიცით, იგი თითქმის 30%-ში ტუბერკულოზიანთა გვამების გაკვეთის დროს ნახულობდა აპენდიციტს.

მწვავე ტუბერკულოზური აპენდიციტის ერთ-ერთ დამახასიათებელ ნიშნად სთვლიან ფალარათობას, მაგრამ ეს უკანასკნელი ყოველთვის არ არსებობს და აღინიშნება აგრეთვე ჩვეულებრივი აპენდიციტის დროსაც. უფრო დამახასიათებელია სწრაფი რეციდივები. არ ხდება შეტევის სრული ლიკვიდაცია; რჩება სუბფებრილური t¹, საერთო მდგომარეობა უარესდება და ავადმყოფიც თანდათან სუსტდება. ამავე დროს პალპაციით ისინჯება სიმსივნე, რომელიც იმის მაგივრად, რომ დაცხრეს და დაპატარავდეს,—უფრო და უფრო მატულობს და მაგრდება. მიუემატოთ ამას მემკვიდრეობა, სადმე ორგანიზმში ტუბერკულოზური ბუდის უკვე არსებობა და მივიღებთ ტუბერკულოზური აპენდიციტის სრულ სურათს.

რაც შეეხება ქრონიკულ ტუბერკულოზურ აპენდიციტს,—იგი შეიძლება იყოს თავიდანვე ქრონიკულად დაწყებული ანუ პირველადი, ან წარმოშობილი მეორედად მწვავე შეტევიდან. ეს უკანასკნელი უფრო ხშირი მოვლენაა. მის კლინიკურ ნიშნებს წარმოადგენს: ყრუ ტკივილები მარჯვენა თეძოს ფოსოში, ამავე დროს არის დამძიმების გრძობა; პირსაქმებას, როგორც მუდმივ მოვლენას, ჩვეულებრივად ადგილი არ აქვს. უფრო ხშირად გვაქვს გულის რევა. თუ სადმე კიდევ არ არსებობს ტუბერკულოზური ბუდე,—შეიძლება ტემპერატურამ სრულიადაც არ აიწიოს. ზოგჯერ აღნიშნება ფაღარათობაც. თუ პერიტონეუმი არ განიცდის გაღიზიანებას, მაშინ პალპაცია იძლევა უარყოფით შედეგს. როგორც ვხედავთ, ყველა ეს ნიშნები არის ჩვეულებრივი აპენდიციტის დროსაც,—ამიტომ მისი ტუბერკულოზური ხასიათის დადასტურება მარტო ამ ნიშნების მიხედვით შეუძლებელია და დიაგნოზი პროცესის ხასიათის მხრივ სათუთაა.

Letulle-ის აზრით კი ყველა აპენდიციტის ეტიოლოგიაში ტუბერკულოზის ინფექცია სუფევს. Lejars-ი თავის მხრივ ამის შესახებ ამბობს, რომ ჩვენ ისეთივე გაკიცხვას მივიღებთ ტუბერკულოზური აპენდიციტის შედარებითი სიხშირის უარყოფისათვის, როგორც მაშინ, თუ ყველა შემთხვევის მიხეზად იგი ჩავთვალეთო. ტუბერკულოზის დასადასტურებლად საჭიროა, რომ რომელიმე ორგანოში, მეტადრე ფილტვებში, არსებობდეს სპეციფიური ბუდე, ადგილი ჰქონდეს თავისებურ სიმსივნეს მარჯვენა თეძოს ფოსოში; საჭიროა არსებობდეს ჭუცლის სპეციფიური მდგომარეობა და მეტადრე წყალმანკი (ასციტი). თუ ამ უკანასკნელს ე. ი. ასციტს, სპეციფიური ხასიათი აქვს და მუდმივია,—უნდა ვიფიქროთ ტუბერკულოზზე.

ზევით უკვე ვთქვით სიმსივნეს თავისებურობაზე: პალპაციის დროს ვნახულობთ უმოძრაო სიმსივნეს, რომელიც ძალიან მაგარი კონსისტენციისაა. ამასთან ერთად სიმსივნეს ცვლილება არ ემჩნევა ავადმყოფის საწოლში მოსვენების და ყინულის დადების შემდეგ.

ყველა ჩვენი ავადმყოფები ახალგაზრდებია 17—25 წლ. ორ შემთხვევაში გამოსახულია მუდმივი ხასიათის ყრუ ტკივილები, რომელიც რჩება მწვავე შეტევების შემდეგ, ასე რომ ამ ავადმყოფებს მწვავე შეტევამ სავსებით არ გაუარა. პირსაქმება და გულის რევა არის აღნიშნული ორ შემთხვევაში; t° ჰქონდათ აწეული საღამოობით სამს 37,0°—37,8° ფარგლებში. სხვა ორგანოების ტუბერკულოზის ნიშნები აქვს სამს: ორს—ფილტვში, ხოლო ერთს—კისრის ლიმფადენიტის სახით. მუცლის ოდნავი შებერვა გამოსახულია სამ შემთხვევაში. ერთ შემთხვევაში აღსანიშნავია დროგამოშვებითი ყრუ ტკივილები მთელ მუცლის არეში. ორ შემთხვევაში მარჯვენა თეძოს ფოსოში ისინჯება მაგარი კონსისტენციის სიმსივნე.

ზევით აღნიშნულ ხუთ ავადმყოფიდან ერთი გაეწერა უოპერაციოდ. ტუბერკულოზური აპენდიციტის დიაგნოზი დასმული იყო მხოლოდ კლინიკური ნიშნების მიხედვით.

აი მოკლე ისტორია ამ შემთხვევის.

ავადმყ. № 18 წლ., ქალიშვილი, ქართველი; უჩივის მუცლის ტკივილს, სიცხის მომატებას და საერთო სისუსტეს. ავად არის ერთი წელიწადი. პირველი შეტევა დაწყებია უეცრივ, დიდი ტკივილებით მთელ მუცლის არეში. პირსაქმებას არ აღნიშნავს. შეტევების გავლის შემდეგ ავად-



მყოფი განაკრძობდა ჩვეულებრივ ცხოვრებას და თავს შედარებით კარგად გრძნობდა. მისი მივიღებთ მხედველობაში ხანგამოშვებით ყრუ ტკივილებს მთელ მუცლის არეში. უკანასკნელი ორი თვის წინად კვლავ იგრძნო დიდი ტკივილები და 1^o ამის შემდეგ მუდმივად აქვს. ობიექტიური დასუსტებული და გამადარი ქალია. სახე და ლორწოვანი გარსები ფერმკრთალი; t° —37,8^o. ფილტვებში რაიმე პათოლოგიური პროცესი არ ემჩნევა. აღნიშნება ზომიერად გამოხატული საერთო აღენობათა. მუცელი ოდნავ შებერილი, მაგარი და მტკივნეული. უფრო დიდი ტკივილებია Mc—Bourneys წერტილის არეში, სადაც პალპაციით ადვილად ვპოულობთ სიმინენს. უკანასკნელის ზედაპირი მორგვალ მოყვანილობისა და სწორი; კონსისტენცია მაგარი. სიმინენ უმოძრაოა. მუცლის მოქმედება თავისუფალი 1—2-ჯერ დღეში, რასაც ხანდახან თან სდევს ტკივილები.

ტუბერკულოზიან ავადმყოფთა შორის აპენდიციტი მიმდინარეობს ან ქრონიკული აპენდიციტის ან ქრონიკული ილეო-ცეკალური ტუბერკულოზის ნიშნებით. ზოგიერთი ავტორი ფიქრობს, რომ ტუბერკულოზით შეპყრობილ ავადმყოფებს აქვთ აპენდიციტის მსგავსი შეტევები, რომლებიც ჭიკაძისებრივი დანამატის ამოკვეთის შემდეგ ქრება. ზოგიერთ ასეთ შემთხვევებში აპენდიქსის მიკროსკოპიული გამოკვლევის დროს სპეციფიურ ცვლილებებს ვერ პოულობენ. Geye-ს აზრით ამ შემთხვევებში აპენდიქსი იღებს მონაწილეობას საერთო ტუბერკულოზურ ინფექციაში ან მისი ლიმფური აპარატის ტოქსიური გაღიზიანების გამო ან ეს არის რეაქცია სეროზის მხრივ იმ სახით, როგორც ეს ხდება პლევრასა და ტუბერკულოზით დაავადებულ სახსრებში.

1911 წ. Faisans-მა პარიზის საექიმო საზოგადოებაში გააკეთა მოხსენება აპენდიციტების შესახებ, რომლებიც ახდენენ ტუბერკულოზის სიმულაციას. ასეთ ავადმყოფებს წამლობენ ფილტვების ტუბერკულოზისაგან, მაგრამ მიუხედავად ამისა ისინი მაინც სუსტდებიან, ხდებიან, უჩივიან ზველას და ტკივილებს გულმკერდის არეში, მეტადრე მარჯვენა ნაწილში. 1^o აქვთ აწეული დროგამოშვებით. აპენდიციტის შეტევის შემდეგ რამოდენიმე ხნის განმავლობაში კარგად არის გამოსახული მოვლენები ფილტვების მხრივ—ხახუნი და ზოგჯერ ვეზიკულური სუნთქვის შესუსტება მარჯვნივ. აი ამნაირ ავადმყოფის ნახვის დროს ჩვენ არ უნდა დაგვაიწყდეს აპენდიციტი. დაწვრილებითი ანამნეზის შეკრების შემდეგ, კარგად უნდა გავსინჯოთ ხელით მუცელი და ხშირად ვიპოვით ტკივილს Mc—Bourneys წერტილში. Appendectomy გამოაშკარავებს ხოლმე ავადმყოფობის ნამდვილ მიზეზს. Wather ს მოჰყავს აპენდიციტის საინტერესო შემთხვევა გულმკერდის მოვლენებით, სადაც აუსკულტაცია არავითარ ნიშნებს არ იძლეოდა ფილტვის ავადმყოფობის დიაგნოზის დასასმელად. Appendectomy-ს შემდეგ ავადმყოფი განიკურნა, სპეციფიური დაზიანება აპენდიქსში არ აღმოჩნდა.

სწორედ ასეთივე მოვლენები აღწერილია ბავშვთა ასაკშიდაც.

ამ ჯგუფის აპენდიციტების ასახსნელად ზოგი ავტორი ფიქრობს, რომ ასეთ შემთხვევებში ერთსა და იმავე დროს არსებობს ტუბერკულოზიც და აპენდიციტიც. Poncet და Leriche-ი აღნიშნავენ, რომ საერთო მოვლენების გაუმჯობესება დანამატის ამოკვეთის შემდეგ ასეთ შემთხვევებში ცხადია, ვინაიდან მოსპობა ინფილტრაციული ან ჩირქიანი ბუდის აუმჯობესებს ტუბერკულოზის მიმდინარეობას და ზოგჯერ განკურნებამდიც მიჰყავს იგი.

ტუბერკულოზური აპენდიციტის დროს მიღებულია საერთოდ ასეთი თერაპია. მწვავე შეტევის დროს, ისე როგორც ჩვეულებრივ აპენდიციტის შემთხვევაში, ოპერაცია უნდა გაუკეთდეს პირველ 48 საათში. თუ ოპერაცია დაგვიანდა მაშინ საჭიროა ავადმყოფის ლოგინში წოლა, ყინული და ნარკოტიკები. შეტევის გავლის შემდეგ ზედმეტი დაყოვნება ოპერატიული დახმარებისათვის საჭირო არ არის. ნარკოზი სჯობია ადგილობრივი. მწვავე ტუბერკულოზური აპენდიციტის ოპერაციის დროს უნდა გვახსოვდეს სირთულე უკანასკნელის, რადგანაც, როგორც ჩვენ უკვე ვიცით, ამ დროს ხშირად არის დაავადებული coecum-ი და სწორედ ეს არის ხოლმე სტერკორალური ფისტულების წარმოშობის მიზეზი.

შეხორცებების გამო აპენდიქსის გამოყოფა ძნელია და მანიპულაციების დროს შესაძლებელია იგი ადვილად მოგვიწყდეს. ამნაირ შემთხვევებში ზოგიერთი ქირურგი უპირატესობას აკუთვნებს პალიატიურ ოპერაციას ენტეროანასტომოზის სახით.

ილეო-ცეკალური ტუბერკულოზის შემთხვევებში მიმართავენ ან რეზექციას ან ანასტომოზს.

Algive-ს ტუბერკულოზური აპენდიციტის გამო გაუკეთებია ოპერაცია სულ 68 შემთხვევაში; აქედან ოპერაციის გაკეთების პირველ დღეებში გარდაცვლილა 14; დანარჩენ 54 შემთხვევიდან 22 გაწერილა ფისტულით. როგორც ამ შემთხვევებიდან სჩანს, პროგნოზი ტუბერკულოზური აპენდიციტის დროს არც ისე კეთილსაიმედოა.

ჩვენს შემთხვევებში ოპერაცია გაკეთებულ ექმნა 4 ავადმყოფს. ნარკოზი ყველა შემთხვევებში იყო ნახმარი ზოგადი—მორფიუმ, ხან სკოპოლამინ-მორფიუმ-ქლოროფორმის. აპენდიქსი იქნა ამოკვეთილი სამ შემთხვევაში. მეოთხე შემთხვევაში, სადაც იყო გამოსახული ანთებითი შეხორცებები, რომელშიც ჩათრეული იყო, როგორც დანამატი, ისე coecum-ი, აპენდიქსი არ ამოიკვეთა. ყველა შემთხვევაში მუცლის ღრუში ჩავასხით 10,0—20,0 იოდოფორმ-გლიცერინის 10% იმულსია. ნაოპერაციები ჭრილობა ყველა შემთხვევაში გაკერილ იქნა ყრულ. ერთ შემთხვევაში მივიღეთ ნაკერების ზერელე დაჩირქება, რის გამოც ავადმყოფმა დაჰყო კლინიკაში 27 დღე. დანარჩენი სამი ავადმყოფი გაეწერა მე-12—15 დღეზე ოპერაციის გაკეთების შემდეგ.

ჩვენი შემთხვევების და ლიტერატურის მიხედვით გამოგვყავს შემდეგი დასკვნები:

1) ტუბერკულოზური აპენდიციტი შედარებით ხშირი მოვლენაა, მეტადრე თუ ამ ჯგუფში მოვათავსებთ ისეთ შემთხვევებსაც, სადაც ჭიაყელისებრივ დანამატთან ერთად ტუბერკულოზურ პროცესში ჩათრეულია აგრეთვე პერიტონეუნი და ნაწლავები.

2) ოპერატიული დახმარება უკანასკნელ შემთხვევებში ისეთივეა, როგორც ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს და ჭიაყელისებრივი დანამატის ამოკვეთა შეიძლება მხოლოდ მაშინ, თუ იგი მდებარეობს თავისუფლად და სხვა ორგანოებთან მჭიდროდ არ არის შეხორცებული; უკანასკნელ შემთხვევაში appendectomy შეიძლება გართულდეს სტერკორალური ფისტულით და ამ გართულებამ შეიძლება გამოიწვიოს ავადმყოფობის არასასურველი მსვლელობა.

3) თუ ტუბერკულოზური პროცესი მუცლის ღრუში ისაზღვრება მარტო დანამატით, მაშინ დანამატის ამოკვეთა უნდა მოვახდინოთ, რაც შეიძლება მალე, რადგანაც ასეთი ამოკვეთა ხშირად იწვევს სხვა ორგანოებშიც (მაგ. ფილტვში) ტუბერკულოზური პროცესის კეთილმიმდინარეობას.

4) ოპერაციის დროს სჯობს შევიყვანოთ მუცლის ღრუში 10,0–20,0 იოდოფორმ-გლიცერინის 10% ემულსია, რომელიც ჩვენი კლინიკის დაკვირვებით საზოგადოდ ქირურგიულ ტუბერკულოზის დროს იძლევა კარგ შედეგებს.

დასასრულ უღრმეს მადლობას მოვახსენებ ჩემს პატივცემულ მასწავლებელს და ხელმძღვანელს პროფ. გ. მუხაძეს.

ლიტერატურა.

- 1) Dr. Eduard Sonnenburg. Терапия и патология перитифлита. რუსული თარგმანი, 1902.
- 2) Проф. М. И. Ростовцев. Учение о перитифлите. Диссерт. Ленинград 1902.
- 3) L. Bérard et P. Vignard. L'appendicite. Etude clinique et critique. Paris, 1914.
- 4) С. М. Липавский. К вопросу о воспалений червеобразного отростка. Ленинград 1901.

3. ლორთქიფანიძე

კლინიკის ორდინატორი.

COITUS-ის დროს საშოს თაღების და ზოგისის დაზიანებათა კაზუსტიკისათვის.

(ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ივ. თიკანაძე.)

ის შემთხვევა, რომელზედაც მე დღეს მსურს შევაჩერო თქვენი ყურადღება ღირს შესანიშნავია არა მარტო სამედიცინო და გინეკოლოგიური თვალსაზრისით, იგი ყურადსაღებია აგრეთვე სასამართლო მედიცინის თვალსაზრისითაც. პირველთ, მეანებს და გინეკოლოგებს, ასეთი შემთხვევა აინტერესებთ იმდენად, რამდენადაც ასეთი დაზიანება მათი სპეციალობის ფარგლებს არ გაცილებია. განსაკუთრებით მეანები დაინტერესებულნი არიან ამგვარი შემთხვევებით მისთვის, რომ ასეთი დაზიანების მიზეზს კავშირი უნდა ჰქონდეს ორსულობასთან, მშობიარობასთან, მენსტრუაციასთან, ძუძუს წოვის ხანასთან, კლიმაქტერიულ ხანასთან და სხვა ასეთი. სასამართლო მედიცინის თვალსაზრისით ეს შემთხვევა საინტერესოა იმ მხრივ, რომ აქ ექიმს ექსპერტს თვალწინ ეშლება ნათელი სურათი, არა ძალდატანებითი, არამედ ფიზიოლოგიური აქტის დროს მომხდარი დაზიანებისა და ეს კი მას მისცემს საშუალებას სწორი და მიზანშეწონილი დასკვნები გამოიტანოს ამა თუ იმ სადაო საკითხის გადაჭრის დროს.

ავადმყოფი ქალი №, 24 წ. შემოვიდა სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკაში 1924 წ. 16 ნოემბერს—სასქესო ორგანოებიდან ძლიერი სისხლის დენით. ავადმყოფი—ქართველი—ქმრიანი—დიასახლისი, უმუშევრის ცალი. უშობნია ერთხელ დროული ცოცხალი ნაყოფით. საშუალო სიმაღლისა, ძვლისა და კუნთების სისტემა კარგად განვითარებული აქვს. შინაგან ორგანოებში ცვლილება არ ეტყობა. ავადმყოფი ფერმკრთალია, ვინაიდან ბევრი სისხლი დაუკარგავს და უჩივის სასქესო ორგანოებიდან სისხლის დენის გარდა ძლიერ ტკივილებს მცირე მუცლის მიდამოში და თავბრუ ხევეს. ავადმყოფის გამოკითხვით გამოირკვა, რომ მას გუშინ ღამით, ე. ი. 15 ნოემბერს, სქესობრივი კავშირი ჰქონია ქმართან, რომლის დროსაც უგრძენია ძლიერი ტკივილები და ასტენია ძლიერი სისხლის დენა სასქესო ორგანოდან, რომლის შინაური საშუალებით შეჩერება შეუძლებელი გამხდარა და ამიტომ მიუშარათავთ პროფ. ი. თიკანაძისათვის რომელმაც ურჩია კლინიკაში დაწოლა.

კლინიკაში მოყვანისთანავე ავადმყოფი იქმნა აყვანილი საოპერაციო მაგიდაზე და აღმოჩნდა შემდეგი: გარეთა სასქესო ორგანოები დაუზიანებელი და ნორმალურია, მხოლოდ შორისზე აღმოჩნდა ახალი I ხარისხის დაზიანება, ჩახვევა. საშო, მიუხედავად იმისა, რომ შიგ ტამპონი იდგა, ამოვსებულია შედედებული სისხლის ბელტებით, რომლის გამოვრცხვის შემდეგ შესაძლებელი ხდება საშვილოსნოს ყელის, საშოს და მისი თაღების დათვლიერება. საშვილოსნოს ყელი მთელია. საშოს უკანა თაღში მოსჩანს ჭრილობა, რომელსაც ნახევარ მთვარისებრივი მოყვანილობა აქვს. მახვილი დაბოლოებანი ამ განახვევ ადგილისა მდებარეობენ მარჯვენა და მარცხენა თაღების მიდამოში. ჭრილობის დასაწყისი მოთავსებულია მარცხენა თაღის ზემო ნაწილში, შემ-

დღე ეშვება ქვემოთ უკანა თაღზე, სადაც განახევის სიდიდე მაქსიმუმს აღწევს, დაახლოებით 4 სანტიმეტრს, შემდეგ კიდევ ვიწროვდება და გადადის მარჯვენა თაღში. ამრიგად კრილობის მახვილი ნაწილები—მისი დაბოლოებანი, მდებარეობენ მარჯვენა და მარცხენა თაღზე და დრეკილი, უფრო ფართო ნაწილი კრილობისა კი უკანა თაღზე. კრილობას აქვს უსწორმასწორო ნაპირები. კრილობის ფსკერს აქვს სამკუთხედის მოყვანილობა და ღრმად შედის პარამეტრიუმში. ერთის სიტყვით ამ კრილობას უჭირავს საშოს თაღების ორი მესამედი. სიგრძე წინა თაღისა 7 სანტიმეტრი, უკანასი—9 სანტიმეტრი.

მიუხედავად იმისა, რომ დაზიანებასა და ავადმყოფის კლინიკაში მოყვანის შორის გაიარა დაახლოებით 12 საათმა, კრილობიდან სისხლი მაინც ბლომად სდის. ამოცნობილია: *Ruptura perinei et fornicis vaginae sub coitu*.

სისხლის დენის შესაჩერებლად განახევ ადგილზე დაედო ნაკერი და ჩაედო ტამპონი. ნაკერები მოეხსნა მე-6 დღეზე. შეხორცება *per primam*. ვადმყოფი გაეწერა სახლში მე-10 დღეზე სრულიად ჯანსაღი.

სანამ დაზიანების მიზეზს შევეცებოდე, საჭიროდ მიმაჩნია მოგახსენოთ, რომ აღნიშნული პირი მეორეჯერ წევს ჩვენს კლინიკაში. პირველად ის შემოვიდა 21 აგვისტოს 1924 წელს სამშობიარო ტკივილებით. მოიშობიარა ცოცხალი, დროული ნაყოფით მამრობითი სქესისა სრულიად ნორმალურად. გაეწერა კლინიკიდან მე-7 დღეზე ჯანსაღი.

როგორც ზემო მოყვანილი კრილობის მოკლე აღწერილობიდან სჩანს, მიყენებული ზიანი საგრძნობელი და სახიფათოა, ვინაიდან თუ დროზედ არ იქნა მიღებული სათანადო ზომები შეიძლება ავადყოფმა ბევრი სისხლი დაკარგოს და კიდევ დაიღუპოს. ასეთი უბედური შემთხვევები არა ერთია აღწერილი ლიტერატურაში.

მაგრამ არა ნაკლებ საინტერესოდ მიმაჩნია გაშუქება იმ საკითხისა თუ რა მიზეზები იწვევენ საზოგადოთ ასეთს დაზიანებებს და რით იყო კერძოთ ჩვენი შემთხვევა გამოწვეული.

ლიტერატურაში საკმაოდ არის აღწერილი ანალოგიური დაზიანების შემთხვევები და ავტორთ ამ შემთხვევებისა აინტერესებდათ ისეთივე საკითხი, როგორც მე, და მის გასაშუქებლად და გადასაჭრელად მიმართავდნენ: ანამნეზს, აღებული შემთხვევის დაკვირვებას და თუ ვისმეს მათგანს წარსულში კიდევ ქონდა ასეთი შემთხვევა მის შედარებასა და გადაფასებას.

ჩვენი კლინიკის ხუთი წლის ისტორიაში ეს შემთხვევა პირველი იყო და სხვა ანალოგიური შემთხვევები შესადარებლად და დასკვნათა გამოსატანად ჩვენ არ მოგვეპოვებოდა. ამიტომ ჩვენ უმთავრესი ყურადღება ავადმყოფის ანამნეზს და თვით შემთხვევის შესწავლას მივაქციეთ.

მე მინდოდა გვამებზედ მოიხეხინა ცდები, რომ შემეტყო, თუ რამდენი ძალაა საჭირო, რომ საშოს თაღები დაზიანებულ იქნეს; მაგრამ მიუხედავად ასეთი ცდების წარმოების დიდი სურვილისა მრავალ დაბრკოლებათა გამო ეს ჩვენ ვერ განვახორციელეთ და ჩვენი შეხედულება ამ შემთხვევის შესახებ ეყრდნობა მხოლოდ ძველსა და ახალს ლიტერატურულ ცნობებს და ჩვენ საკუთარს დაკვირვებას.

ოპერაციის დამთავრების შემდგომ ჩვენ შეუდევით ავადმყოფის უფრო დაწვრილებით გამოკითხვას ტრავმის მიზეზის შესახებ: ბევრი თხოვნა და მუდარა იყო საჭირო, რომ მიგველო ჩვენთვის საინტერესო ცნობები. ორი დღის შემდეგ ე. ი. რაც ჩვენ, ავადმყოფის თვალში მოვიპოვეთ ნდობა მან გვიამბო: „გუშინ 15 ნოემბერს ღამით მქონდა ქმართან სქესობრივი კავშირი, რის დროსაც ვიგრძენი უეცრივი ტკივილი მცირე მუცლის მიდამოში და სასქესო ორგანოებიდან

სისხლის დენა“ უნდა აღვნიშნო, რომ ავადმყოფი ირწმუნება: მიუხედავად იმისა, რომ იგი გა-
 თხოვილი და ქმარშვილიანია ზემოდ მოყვანილი კავშირი ქმართან მისთვის არის პირველი და
 ნორმალური Coitus-ი. სხვა დანარჩენი ვრცელი ცნობების მიღება ავადმყოფიდან ჩვენ ვერ მო-
 ვახერხებთ, ვინაიდან ნახევრად ინტელიგენტ ავადმყოფ ქალს ამ საკითხის შესახებ სჯა-ბაასი
 მიაჩნდა უხერხულად და დიდს სირცხვილად.

ქალის ასეთი განცხადების შემდეგ პირველი Coitus-ის შესახებ გამოვიწვიეთ ავადმყოფის
 ქმარი. მან დაადასტურა თავისი მეუღლის—ჩვენი ავადმყოფის ნათქვამი პირველი Coitus-ის შე-
 სახებ. აქვე ვსარგებლობ შემთხვევით და დავსძენ, რომ ჩვენს მიერ გაზომილი იყო აღნიშნული
 პირის penis-ი და მივიღეთ შემდეგი. სიგრძე ბოქვენის სახსრიდან ზურგის მხარეზედ გაყოლებით
 14 სანტიმეტრი, გარშემოწერილობა Corporae Cavernosa-ს შუა ხაზზედ 12 სანტიმეტრი და
 გარშემოწერილობა Glaus penis ისა 13 სანტიმეტრი.

ავადმყოფის ქმარმა განაცხადა, რომ მას მის ახლანდელ მეუღლესთან წინეთაც ქონია
 Coitus-ი, მაგრამ ეს არ ყოფილა სრული, ნორმალური, ვინაიდან არ ხდებოდა სრული imisio
 penis. ორი თუ სამი თვის ასეთი ცხოვრების შემდეგ ქალს თავი უგრძენია ორსულად რაც სპე-
 ციალისტ ექიმებს დაუდასტურებიათ და აგრეთვე აღუნიშნავთ ქალის სიქალწულე. (საქალწულო
 აპკი არ ყოფილა დაზიანებული; იგი შემდეგში ორსულობის უკანასკნელ თვეებში გაუკვეთია
 ვილაც ექიმს).

ამის შემდგომ ეს ქალი და კაცი ერთი მეორეს დაშორებია, კაცი სხვაგან წასულა, ქალს
 კი ორსულობა დრომდე მიუტანია და განთავისუფლებულა დროული ცოცხალი ნაყოფით. ბავშვის
 დაბადების შემდეგ, ბავშვის მამას ე. ი. ჩვენი ავადმყოფის ქმარს გადაუწყვეტია ჩვენი ავად-
 მყოფის ცოლად შერთვა და ქორწინების შემდეგ ეს არის პირველი ნორმალური Coitus-ი, რო-
 მელსაც მოყოლია ასეთი გართულება.

აქვე აღვნიშნავ, რომ ჩვენი ავადმყოფის ქმარისათვის ასეთი შემთხვევა ე. ი. ქალის სას-
 ქესო ორგანოების დაზიანება Coitus-ის დროს პირველი არ არის. აღნიშნავს ერთს შემთხვევას,
 სადაც ქალს Coitus-ის შემდეგ სისხლის დენის გამო ოპერაცია დასჭირვებია და 14 დღე ქალა-
 ქის პირველ საავადმყოფოში ყოფილა მოთავსებული.

ნორმალურ პირობებში პირველ Coitus-ის დროს ზიანდება აპკი, რომელიც
 საუკუნოების განმავლობაში მიაჩნდათ და ესლაც მიაჩნიათ ქალის უმალღეს ზნეო-
 ბრივ დარაჯად და მისი დაზიანება ფიზიოლოგიურ, ნორმალურ მოვლენად ით-
 ვლება, თუმცა არა იშვიათად ამ დაზიანებას ძლიერი სისხლის დენა მოჰყვება და
 ქირურგის ჩარევას მოითხოვს. მაგალითად შემთხვევები: Розанов-ის Баряков-
 ский-Ващенко-სი და სხვათა.

გარდა ასეთი დაზიანებისა, შესაძლებელია უფრო საგრძნობელი დაზიანე-
 ბანიც, მაგალითად: საქალწულო აპკის მისი მიმაგრების ადგილიდან მოხვევა, და-
 ზიანება საშოს ლორწოიანი და კუნთოვანი გარსისა, დაზიანება შორისისა და
 სწორ ნაწლავისა, დაზიანება შარდის ბუშტისა და შარდსაწვეთისა, დაზიანება
 საშოს თაღებისა და სხვა ასეთი მრავალი.

Hymen-ის მიმაგრების ადგილიდან მოხვევის შემთხვევა Coitus-ის დროს აღწერილი აქვს
 Reverdein-ს, Заболотский-ს, Львов-ს და სხვებს. ყველა ამ შემთხვევებში საქალწულო აპკი იყო
 ნაწილობრივ მოცილებული თავის მიმაგრების ადგილიდან და ძლიერი სისხლის დენა და ტკი-
 ვილები გამოეწვია.

Масалитинов-ს მოყავს საინტერესო შემთხვევა, როდესაც იგი მიუწვევით ახლად და-
 ქორწინებულ ქალთან, რომელსაც Coitus-ის დროს ასტენია ძლიერი სისხლი დენა, რის მიზეზიც
 იყო შორისის მე-III ხარისხის გახვევა. ამ შემთხვევაში Anus-ის და გახეულ ადგილის შორის
 იყო გადაჭიმული მხოლოდ ტყავი 1½ სანტიმეტრის სიფართოვისა. საქალწულო აპკის მხოლოდ
 შორისის კერძი, ქვემო ნაწილი იყო დაზიანებული.

Barton-Hirst-ი მოვეითხრობს შორისის დაზიანების ისეთ შემთხვევაზედ, როდესაც hy-
 men-ი სრულიად მრთელი და უვნებელი იყო და ამავე დროს შორისი იყო გახეული და ეს გა-

ნახვეი უერთდებოდა საშოს უკანა კედლის ხვრელის საშუალებით სწორ ნაწლავს. ერთი ებრაელის ქალი იყო ამგვარად დაზიანებული, იგი ქარებსა და თხელ განავალს ვერ იჭერდა და მას კი ეგონა რომ ქმართან კავშირი ნორმალური გზით ხდებოდა. Лъвов-ს ნათლად და ლამაზად აქვს აღწერილი ერთი შემთხვევა „Fistulae vesico-vaginalis sub Coitu primae noctis“, როდესაც Coitus-ის დროს დაზიანებული იყო შარდის ბუშტის წინა კედელი.

ამას პროფ. Пазаревич-ი ხსნის შარდის ბუშტის შარდით გაცეებით და საშოს სიმოკლით.

საშოს და მისი თაღების დაზიანების შესახებაც Coitus-ის დროს სკეპოა მასალაა ლიტერატურაში დაგროვილი, მაგრამ მიზეზი დაზიანებისა არც ერთ ავტორს არ აქვს შესაფერისად გაშუქებული. მოვიყვან ზოგიერთს ამ შემთხვევებიდან.

Бартел-ს აღწერილი აქვს ორი შემთხვევა, პირველ შემთხვევაში აღნიშნულია საშოს უკანა თაღის დაზიანება, რომელსაც სამკუთხედის მოყვანილობა აქვს. მეორე შემთხვევაში Coitus-ის დროს სრულიად გახეული იყო საშოს კედელი, რასაც მოყოლია ძლიერი სისხლის დენა,—მაგრამ მიუხედავად ასეთი მდგომარეობისა ქმარი ჯარის კაცი მაინც არ იშლიდა კავშირს ცოლთან მანამ ქალს წ-ამ არ აუწია და ლოგინად არ ჩავარდა. ავადმყოფი გარდაიცვალა; გაკვეთის დროს აღმოჩნდა პეივის დამახასიათებელი ნიშნები. Schauta-ს ავადმყოფს ქონდა მწვავე სისხლნაკლებობის ნიშნები. გასინჯვამ აღმოაჩინა საშოს უკანა თაღის გახვევა პერიტონეუმამდე.

გაზეთ la Clinique 1890 წლ. 24 ივლისის თარიღით აღწერილია უკანა თაღის დაზიანება Coitus-ის დროს, დაზიანებული ადგილის სიდიდე უდრიდა 3 სანტიმეტრს სიგანით და 1 1/2 სანტიმეტრს სიღრმით პერიტონეუმს რასაკვირველია არ აღწევდა.

Teuffel-ს ქონდა ერთი შემთხვევა საშვილოსნოს უკანა თაღის დაზიანებისა Coitus-ის დროს,—სადაც კიდები გახეული კუნთოვანი ქსოვილისა ისეთი მიმართულებით დასცილებიან ერთი მეორეს, რომ განახევ ადგილს მიუღია სამკუთხედის მოყვანილობა და ამ სამკუთხედის ფუძეზედ ნათლად მოსჩანდა პარამეტრიუმის შემაერთებელი ქსოვილი.

Harris-ს მოჰყავს შემთხვევა სასამართლო მედიცინის პრაქტიკიდან. მას გაუყვეთია 10 თუ 12 წლის ქალის გვამი, რომელიც რამოდენიმე დღის წინეთ გაუთხოვებიათ ჯანსაღ და ფიზიკურად კარგად განვითარებულ ინდოელზედ.

გაკვეთის დროს აღნიშნულ ექიმს აღმოუჩინია უკანა თაღის განგრენა და საშოს კედლის დაზიანება სპირალური ფორმისა, ავადმყოფი გარდაიცვალა პერიტონიტი.

ღირს შესანიშნავია აგრეთვე Лъвов-ის ორი შემთხვევა. პირველ შემთხვევაში დაზიანებული ყოფილა საშოს უკანა თაღი და ამ დაზიანებულ ადგილში თავისუფლად ეტეოდა 5-ერთად დაწყობილი თითი.

მეორე შემთხვევაში, საშვილოსნოს უკანა თაღი მოხეული ყოფილა საშვილოსნოს ყელიდან ორთავე შემთხვევაში ავადმყოფნი ნამშობიარეები არიან, ხანში შესული, აღნიშნულია სწრაფი immisio penis, რის დროსაც უგვრძნიათ ძლიერი ტკივილები, ამას შედეგად მოყოლია ძლიერი სისხლის დენა.

Ostermayer-ის შემთხვევა ეხება 40 წლის ქალს, რომელსაც Coitus-ის დროს ასტეხია ძლიერი სისხლის დენა საშოდან. როდესაც ავადმყოფი სარკეებით გაუსინჯავთ, აღმოჩენილა უკანა თაღის დაზიანება სიგრძით 8 სანტიმეტრი. ჭრილობის კედლები მიდიოდენ უმეებით პარამეტრიუმში. საშვილოსნო გადიდებული და ძალზედ წინ გადმოწეული იყო.

შემთხვევა Финкелькраут-ის ეხება 40 წლის ქალს, რომელთანაც ძალით ქონდა Coitus-ი 26 წლის ჯანსაღ მამაკაცს. ქალი რამოდენიმეჯერ ნამშობიარებია. Coitus-ი ყოფილა აღგრძნებითი ხასიათის და მის დროს ქალს უგრძენია ძლიერი ტკივილები მეორე მუცლის მიდამოში და ასტეხია ძლიერი სისხლის დენა. გასინჯვის დროს აღმოჩენილა საშო-უკანა თაღის დაზიანება. საშვილოსნო და საშო ნორმალური ოდენობის და მდებარეობის; მხოლოდ ემჩნევა სიბერის დამახასიათებელი ნიშნები.

Ossar Frankl-ი ავგიწერს შემთხვევას, სადაც ახლად დაქორწინებულნი სამი ღამის უშედეგოდ შეუღლების ცდის შემდეგ ქალი დიდი აღგრძნებაში მოსულა და ქმარს გულზედ დასწოლია. ამდროს მოხდა სწრაფი immisio penis. ქალმა იგრძნო ძლიერი ტკივილები მცირე მუცლის

მიდამოში და აუტყდა სისხლის დენა სასქესო ნაპრალიდან; გასინჯვით აღმოჩნდა საშოს ზეგითა მესამედში ქსოვილის საგრძნობელი დაზიანება.

Heurich Rotter-ის შემთხვევა ეგება 37 წლის ქვრივ ქალს, რომელსაც სქესობრივი ცხოვრება ადრე დაუწყია. ბოლო ხანებში Coitus-ი იშვიათად. საშვილსონო მოძრაევი. მდებარეობა: Anteflexio-versio. საშო ნორმა, თაღები თავისუფალი. გასინჯვით გამოირკვა, რომ დაზიანებულია უკანა თალი. კრილობა ნახევარ მთვარისებრივე ფორმისა, სიგრძით 8 სანტიმ. კრილობის კიდეები მახვილია და სდის სისხლი. საერთოდ საშვილსონო ინვოლუციის ხანაშია.

Müller-ს მოყავს შემთხვევა, სადაც 72 წლის ქალს, რომლისათვის ძალა დაუტანებია ჯანსაღ მამაკაცს, შესულა საავადმყოფოში ძლიერი სისხლის დენით სასქესო ორგანოებიდან. გასინჯვით გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმალური. პატარა ატროფიული საშვილსონო მდებარეობა Anteflexio. დაზიანებულია მარჯვენა და უკანა თალი. კრილობა სიგრძით სამი სანტიმეტრი, შედარებით ღრმა, მაგრამ პარამეტრიუმს არ აღწევს.

Pozanov-ის შემთხვევა ეგება ახლად გათხოვილ 26—28 წლის ქალს, რომელსაც Coitus-ი არ ქონია ქმრის სახლში არყოფნის სამი თვის განმავლობაში. წინაღობით საავადმყოფოში მოყვანამდე სამჯერ ქონია სქესობრივი კავშირი დაბრუნებულ ქმართან. პირველი და მეორე უხიფათოდ, მხოლოდ მესამეს დროს უგრძნვია ძლიერი ტკივილები მცირე მუცლის მიდამოში და ასტენია ძლიერი სისხლის დენა. გასინჯვით: დაზიანება უკანა თალისა სიგრძით 5 სანტიმეტრი, ღრმა, მაგრამ პარამეტრიუმს არ აღწევს. საშვილსონო ოდნავ გადიდებული. მდებარეობა Anteflexio versio.

უფროს Centralblatt für Gynecologie წარსული წლის № 51. Karl Seynsche-ს აქვს აღწერილი ორი შემთხვევა Coitus-ის დროს ქალის სასქესო ორგანოების დაზიანებისა.

პირველ შემთხვევაში დაზიანებული არის საშოს ლორწოიანი გარსი და განახვევი გადადის მარჯვენა თაღზედ, სადაც კრილობა უფრო ღრმადედა და სიგანით უდრის სამს სანტიმეტრს. აღნიშნულია, რომ Coitus-ი იყო წარმოებული ფეხზედ დგომის დროს.

მეორე შემთხვევა 14 წლის ქალს, რომელსაც თვიური ჯერ არ მოსვლია, განუცდია ძალდატანება ჯარის კაცის მიერ. ქალი მიუყვანიათ საავადმყოფოში და აღმოჩენილა რომ hymeni დაზიანებულია და ამასთანავე არის შორისის მესამე ხარისხის დაზიანება, რის გამოც ქალი ვერ იჭერდა ქარებსა და თხელ განაჯალს.

ზემოდ მოყვანილი ცნობები საესებით ვერ ამოწურავს, რასაკვირველია, მთელს საინტერესო მასალას ქალთა სასქესო ორგანოების დაზიანებისა Coitus-ის დროს, ვინაიდან მხოლოდ მცირე და სიცოცხლისათვის საშიში შემთხვევები უვარდებათ ხელში ექიმებს. სხვა წვრილმანი დაზიანებანი კი ჩუმად სახლშივე პრიმიტიულად ინკურნება. მიუხედავად ამისა, ზოგიერთი შემთხვევების დამალვა მაინც შეუძლებელი ხდება და მისი მიზევი გახლავთ, რომ ბევრ ექიმს აქვს ფრიად საინტერესო შემთხვევები გამოქვეყნებული, სადაც მხოლოდ ნაწილობრივ განმარტებული არის დაზიანების მიზეზებიც. მოსაზრებანი კი ამგვარი დაზიანების გამომწვევი მიზეზის შესახებ ბევრია წარმოთქმული.

როგორც ვიცით, ქალის საშო წარმოადგენს მცირე მენჯის შუა მდებარე მილს, რომელიც ქალის ზეზე დგომის დროს შევული (ვერტიკალური) ხაზის ირიბად დევს და მიმართულია ქვემოდან და წინიდან—ზევით და უკანისაკენ. ეს მილი თითქმის პირდაპირია, ოდნავ უკანისაკენ მოღუნული. მისი წინა კედლის სიგრძე უდრის 7—8 სანტიმეტრს უკანა კი $1\frac{1}{2}$ —2 სანტიმეტრით უგრძესია. ყველაზე ვიწრო ნაწილია in froitus vaginae (საშოს შესავალი) ზემოთკენ იგი უფრო განიერდება, ხოლო თაღების ზემო ნაწილში იგი ცოტა კიდევ მოიწვეს. მილის ზეგითა ორი-მესამედი ნაწილი უფრო ელასტიური, მოძრავია და შეუძლია საპირობის დროს გაგანიერება. ამის გამო მისი დაზიანება Coitus-ის დროს უფრო ძნელი და შეუძლებელი უნდა იყოს, მაგრამ ეს სინამდვილეში არ მართლდება.

ბევრი გინეკოლოგი მაგ. Фрич, Славянский და სხვები, აგრეთვე სასამართლო მედიცინის წარმომადგენელი, მაგალითად, Hofmann-ი, Muschka და სხვები სრულიად უარყოფენ ნორმალურად განვითარებული ქალის სასქესო ორგანოების დაზიანების შესაძლებლობას Coitus-ის დროს.

მათ სწამთ მხოლოდ საშოს დაზიანება და ისიც იშვიათ შემთხვევაში თუ ამისთვის იყო რაიმე ხელის შემწყობი მიზეზები, ასეთ მიზეზებად ისინი სთვლიან საშოს ანატომიურსა და პათოლოგ-ანატომიურს ცვლილებებს.

საშოს მილის ზევით მეორე მესამედში დაზიანება მათ მიაჩნიათ შესაძლებლად, მაშინ თუ სრულიად განვითარებულ ასაკოვან მამაკაცს აქვს კავშირი ბავშვთან; „მაგრამ არც ამ შემთხვევაში შეიძლება სავალდებულო დაზიანებაზე ლაპარაკიო“, ამბობს Славянский და მიგვიითობს მის შემთხვევაზე, როდესაც 25—28 წლის მამაკაცს 6—7 წლის ბავშვთან ჰქონია სქესობრივი კავშირი, მაგრამ არავითარი დაზიანება არ გამოუწვევიაო.

ინფანტილიზმი და მოხუცებულთა ინვოლიუცია, რასაკვირველია, ხელის შემწყობ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს დაზიანებისათვის.

ინფექციური ავადმყოფობანი, ბავშვობაში და ქალიშვილობაში გადატანილი, რომელნიც გართულებიან საშოს ლორწოიანი გარსის ანთებით, რასაც მოყვება ნაწიბურების განვითარება და ეს უკანასკნელი კი სრულიად შესცვლის საშოს ნორმალურ ფორმასა და მდებარეობას, რასაკვირველია, ხელის შემწყობია დაზიანების წარმოშობისათვის.

ესეე ითქმის, თუ ანთებითი პროცესშია ჩათრეული მცირე მენჯის ფაშარი შემეერთებული ქსოვილი, რომელიც შემდეგში სტოვებს შესამჩნევ ნაწიბურებს ან თუ თვით საშვილოსნოს არანორმალურ მდებარეობა აქვს.

ყველა ეს შესაძლებელია გახდეს საშოს დაზიანების ხელის შემწყობ მიზეზად.

მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თვით მდებარეობას, რომელშიაც ხდება Coitus-ი, მაგალითად: ფეხზე დგას, დაწოლილია ქალი ამ დროს, დამჯდარი, თუნახევრად დამჯდარი, ან თუ აქვს მდებარეობა ეგრედ წოდებული à la vache. ასეთ მდებარეობის დროს შინაგანი სასქესო ორგანოები, მუცლის ღრუში წნევის შემცირების გამო და ნაწილობრივ თავიანთი სიმძიმითაც ძლიერ იწევენ ზემოდ და შიგნით. ამ დროს საშოში შესული ატმოსფერული ჰაერი აძლიერებს წნევას საშოს კედლებზე და თუ ამ მდებარეობის დროს აღგრძნებულ ვაჟკაცს ღრმად შეჰყავს საშოში penis-ი შესაძლებელია საშო დაზიანდეს.

ასეთივე ხელის შემწყობ მიზეზად დაზიანებისათვის უნდა ჩაითვალოს Coitus-ის ფეხზე ჩატარება; ვინაიდან ფეხზე დგომის დროს მუცლის ღრუს ორგანოები თავიანთი სიმძიმის გამო აწევებიან საშვილოსნოს ფსკერსა და თალებს და ეს უკანასკნელი ამ შემთხვევაში გაცილებით დაბლა დგანან, ვიდრე ნორმალურ პირობებში.

ზოგიერთთა აზრით, არათანაბრად განვითარებული სასქესო ორგანო კაცი და ქალისა, რომელთაც კავშირი აქვთ შეიძლება გახდეს მიზეზი დაზიანებისა; მაგრამ ამ აზრს არ იზიარებს სასამართლო მედიცინის წარმომადგენელი, ისინი იმ აზრისანი არიან, რომ საშოს ელასტიობა, გამჭიმობა და თუ გნებავთ

გამძლეობაც, თუ იგი ნორმალურად განვითარებული არის გარანტია იმისი, რომ აქ არავითარი დაზიანება არ მოხდეს.

ორსულობის დროს და მის შემდეგ პირველი ორი თვის განმავლობაში სქესობრივი კავშირი შეიძლება იყოს მიზეზი დაზიანებისა ვინაიდან საშოს და საშვილოსნოს შემკუმშავი ელემენტები ჯერ კიდევ ნორმალურ მდგომარეობაში არ მოსულან.

ვაგინიზმიც შეიძლება იყოს მიზეზი დაზიანებისა, ვინაიდან კუნთები და საშოს კედლები ამ დროს დაჭიმული და დაძაბული, სრულიად მოკლებული არიან ელასტიობასა და გაფართოების უნარს, Hofmann-ი, Vormann-ი და სხვები დაზიანების მიზეზს ხედავენ ორთავე სქესის მხრივ Coitus-ის ენერგიულად აღგრძნებულად წარმოებაში. საინტერესოა, თუ რატომ უფრო ხშირად ზიანდება უკანა და მარჯვენა თალი და არა სხვა რომელიმე ნაწილი?

ამას თანამედროვე მეანები და გინეკოლოგები ხსნიან იმით, რომ მიმართულება penis-ისა ერექციის დროს არის პატრინის მარცხენა ბარძაყისაკენ, ეს კი აიხსნება მით, რომ თითქმის ყველა კულტუროსანი მამაკაცი თავის სასქესო ორგანოს ატარებს მარცხენა ბარძაყის მედიალურს მხარისა და მარცხენა ფეხის პერანგის ამხანავი ტოტის შორისო ამბობს Karl Seynsche და, თუ ეს ასეა, იმავე ავტორის აზრით, მამაკაცის სასქესო ორგანოს შეთანასოვნება დედაკაცის სასქესო ორგანოსთან სქესობრივი კავშირის დროს იქნება მარცხნიდან მარჯვნივ და ეს კი იწვევს, როგორც ზემოდ მოგახსენეთ, უმთავრესად უკანა და მარჯვენა თალის დაზიანებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ჩემს მიერ მოწოდებული მასალები მცირეა და ისიც მოკლედ გადმოცემული, მაინც საჭიროდ მიმაჩნია ხაზ გასმით აღვნიშნო, რომ უმთავრეს შემთხვევაში დაზიანებას წინ უძღოდა რაიმე დამახასიათებელი ხელის შემწყობი მიზეზები ან ქალის მდებარეობის და ან მისი სასქესო ორგანოების ცვლილებების მხრივ.

ჩვენს შემთხვევაში ასეთს მიზეზად მიმაჩნია ავადმყოფის ახლად ნაშობიარების და ბავშვის კვების ნიადაგზედ გამოწვეული სასქესო ორგანოთა კუნთოვანი ელემენტების მოდუნება და ჯერ კიდევ მათი დაუსრულებელი ინვოლიუცია და მეორეც ის რომ ქალი სქესობრივი კავშირის დროს გულდაღმა მწოლიარე ყოფილა. ამასთანავე ვფიქრობ, რომ ამ დაზიანებაში ქმრის სასქესო ორგანოს სიდიდესაც უნდა ქონდეს მნიშვნელობა.

და ბოლოს ორიოდ სიტყვა მინდა მოგახსენოთ ასეთი ქრილობების (დაზიანების) შედეგის შესახებ. ზოგიერთი ავტორი, მაგალითად, Ворман-ი ამბობს რომ: „ასეთი ქრილობები ყოველთვის სასურველ შედეგებს იძლევიან ავადმყოფისათვის, ისინი უეჭველად შეხორცდებიან და ავადმყოფი სრულიად იკურნება“. მაგრამ ეს, ჩემის აზრით, სინამდვილეს არ შეეფერება ჯერ თეორიულად: მოგახსენებათ ეს ადგილი მდიდარია სისხლის ძარღვებით და მრავალი ანოსტომოზებით. და ამათმა დაზიანებამ შეიძლება მოგვეცეს ისეთი სისხლის დენა, რომ ავადმყოფი დაგველუბოს (შემთხ. Vichman-ისა). ამის გარდა დაზიანებული ადგილი შეიძლება გახდეს ინფექციის ბუდე და შედეგი ინფექციისა იქნეს sepsis-ი, რაც ხშირად ავადმყოფის სიკვდილით თავდება (შემთხ. Harsis-სა).

ზემოდ მოყვანილ თეორიულ მოსაზრებას ამართლებს ცხოვრების სინამდვილეც. Vichman-ს აქვს აღწერილი 170 შემთხვევა ქალის სასქესო ორგანოთა დაზიანებისა, საიდანაც 21 დაბოლოვებულა სიკვდილით. ეს შეადგენს სიკვდილიანობის 12,30%-ს. Neugebauer-ის 157 შემთხვევაში 22 დამთავრებულა სიკვდილით ე. ი. 14% გარდაცვლილა.

ყველა ამ არა სასურველ შემთხვევებში სიკვდილიანობის მიზეზი ყოფილა ან ძლიერი სისხლის დენა და ან შემდეგში ქრილობის ნიადაგზედ განვითარებული საერთო სეპტიცემია.

დასასრულ თავს მოვალედ ვსთვლი უღრმესი მადლობა გამოუცხადო ჩემს პატივცემულს მასწავლებელს პროფ. ი. თიკანაძეს, რომელმაც ნება დამართო მესარგებლა ამ კლინიკურ მასალით და ხელმძღვანელობა გამიწია მის დამუშავებაში.

ლიტერატურა.

1. Феноменов: К казуистике поврежд. наносимых Sub. Coitu. 1894 წ. Жур. акушер. и женских болезней № 14.
2. Бондарев: К вопросу об этиологии повреж. влагалища Sub Coitu. Журнал-акушер. и женских болезней за 1896 год.
3. Львов: О повреждениях женских полов. органов при половом сношении 1894 წ. Журнал. акуш. и женских болезней № 4.
4. Karl Seysche: Zur Entstehung von Koitus verletzungen. 1924 წ. დეკემბრის № 51.

ლ. ელიაშვილი.

კლინიკის ორდინატორი

RUBITSCHKE-ისა და KAMNITZER-JOSEPH-ის ორსულობის ამოსაცნობ რეაქციათა შესახებ*).

(ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკიდან გამეგ--პროფ.

გ. ლამბარაშვილი).

Rubitschek-ისა და Kamnitzer-Joseph-ის ორსულობის ამოსაცნობ რეაქციითა შესახებ ამ უამად მრავალი შრომა მოიპოვება, განსაკუთრებით საზღვარგარეთის ლიტერატურაში, მაგრამ ჩვენ მაინც განვიზრახეთ აღნიშნული რეაქციების გასინჯვა და საკუთარი დაკვირვებათა მიხედვით ერთგვარი დასკვნის გამოტანა. სახითხი მეტის მეტად სერიოზული და მნიშვნელოვანია მეანებისათვის და გინეკოლოგებისთვის; მისი მეცნიერულად დასაბუთება და პრაქტიკული ცხოვრებისთვის გამოყენება ჯერჯერობით ძნელი ხდება და აგრეთვე არსებულ მრავალ დაკვირვებათა მიხედვით ანალოგიური შედეგების მიღება არ ხერხდება.

ორსულობის ამოცნობა, მეტადრე ორსულობის პირველ ნახევარში, როდესაც გარდა სათუო ნიშნებისა არც ერთი ნამდვილი სიმპტომი ორსულობის ამოსაცნობად არ მოიპოვება, ხშირად მეან-გინეკოლოგს უხერხულ მდგომარეობაში ავდებს და მით უმეტეს მაშინ, როდესაც ორსულობა ანორმალურია, ე. ი, როდესაც სანაყოფო კვერცხი არა ნორმალურ ადგილზეა და მიმაგრებული და განვითარებული, ან და ორსულობის სურათი სასქესო ორგანოთა ამა თუ იმ ავადმყოფობით არის დაჩრდილული, როგორც არის მაგალ. ფიბრომატოზული კვანძები საშვილოსნოს კედლებში. ან ამ უკანასკნელთა გასქელება და გამკვრივება ქრონიკული ანთებითი პროცესებით, რის გამოც ორსული საშვილოსნოს ფხვიერება და გარბილება განსაზღვრულ ფარგლებშია მოქცეული.

გარდა კონსისტენციისა ხანდახან ორსული საშვილოსნოს ფორმაც კი იცვლება და ეს ხდება მაშინ, როდესაც სანაყოფო კვერცხი ვითარდება ერთ ან ორ რქიან საშვილოსნოში და უკანასკნელის თანაბარი, სწორი გადიდება არ ხდება; აღნიშნულ გარემოებათა გამო არა ერთი მაგალითი ვიცით ლიტერატურიდან, როდესაც სასქესო ორგანოთა ამა თუ იმ ავადმყოფობის დიაგნოზით ქალი საოპერაციო მაგიდაზედ მიუყვანიათ და დიაგნოზი მხოლოდ ლაპაროტომიის შემდგომ გამოკვლეულა. აი სწორეთ ასეთი გართულებული შემთხვევებისაგან თავის დასაღწევად, როდესაც სუბიექტიური და ობიექტიური ორსულობის ამოსაცნო-

*) მოხსენებული იყო ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების სხდომაზედ 19 მარტს 1925 წ.

ბი ნიშნები დიაგნოზის გამოსარკვევად უმწეოა მომეტებულად ორსულობის პირველ სამ თვემდე და არც ისე იშვიათად ორსულობის მეორე ნახევარშიაც ხსენებულ ავადმყოფობათა ზეგავლენით, მკვლევარებმა ადრეული დიაგნოზის პრობლემის გამოსარკვევად მიმართეს ბიოლოგიურს პროცესებს და აი სწორედ ასეთი ბიოლოგიური მეთოდი ორსულობის გამოსარკვევად თავდაპირველად Abderhalden-მა შემოიღო.

Abderhalden-ი ორსულობის ამოსაცნობად თავისი სეროლოგიური მეთოდის შემოღებით შემდეგ აზრიდან გამოდიოდა: ფეტალური ბუსუსების დედის ქსოვილში შეჭრის დროს ნაყოფის უჯრედოვანი ელემენტები და პლაცენტარული გაცვლა-გამოცვლის დაწყებისას კი სისხლისათვის გარეშე ცილოვანი ნივთიერებანი გადადიან დედის სისხლის მილებში დედის ორგანიზმი კი ცდილობს განთავისუფლდეს ამ თუმცა მისთვის მონათესავე, მაგრამ სისხლისათვის უცხო ნივთიერებათაგან, რისთვისაც იგი სპეციალურად გამომუშავებულ ფერმენტების შემწეობით იწვევს მათ დაშლას. აი სწორედ ასეთი ფერმენტების ნახვა, რომელიც პლაცენტარულ ცილას შლიან, შეადგენს Abderhalden-ის ორსულობის სეროლოგიური რეაქციის საფუძველს. მაგრამ, ვინაიდან Abderhalden-ის ორსულობის ამოსაცნობმა სეროლოგიურმა მეთოდმა ვერ გაამართლა თავდაპირველად მასზე დამყარებული იმედები, რადგან ეს რეაქცია გარდა ორსულობისა დადებითი შედეგს სხვა ავადმყოფობის დროსაც იძლეოდა და აგრეთვე თვით ორსულობის დროსაც 70%-ში უარყოფითი შედეგის მაგვარად, მთელმა რიგმა ავტორებისა გაცილებით უფრო მეტი პროცენტი უარყოფითი შედეგისა მიიღეს—30%-ის (R. Freund, Brham, Sachs და V. Octtingen და სხვ.) და ამასთან ერთად ამ ფერმენტატული რეაქციის პრაქტიკულ ცხოვრებაში გატარება მისი რთული ტექნიკის გამო ძნელი არის, ამიტომ მას პრაქტიკული მნიშვნელობა ჯერჯერობით დაკარგული აქვს და ისევ ლაბორატორიის ცდათა გავლენის ქვეშ მოექცა.

1918 წელში ორსულობის ადრინადად ამოსაცნობად გამოქვეყნდა Färrens-ის მეთოდი, რომელიც ორსული ქალის სისხლის წითელი ბურთულების სწრაფ დალექაზედაა აშენებული. ამ მეთოდის მიხედვით ორსული ქალის სისხლში უფრო სწრაფი დალექვა ხდება წითელი ბურთულებისა, ვიდრე არა ორსულისა; მაგრამ მთელ რიგ ავტორების შემდეგმა გამოკვლევებმა გვაჩვენა, რომ ამ მეთოდს არ შეუძლია ჯერჯერობით ორსულობის ამოცნობაში რაიმე მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავოს, ვინაიდან ერთროციტების უფრო სწრაფი დალექვა გარდა ორსულობისა შესაძლებელია აგრეთვე ინფექციურსა და ფსიქიური ავადმყოფობის დროს და აგრეთვე ყველგან, სადაც კი ადგილი აქვს ცილის დაშლას (Geppert და Giselke).

Färrens-ის რეაქციამ ორსულობის ამოცნობაში შეიძლება მნიშვნელოვანი ადგილი დაიჭიროს მხოლოდ მის შემდგომ, რაც გამორკვეული იქნება ამა თუ იმ ავადმყოფობის დროს არსებული საზღვარი სისხლის წითელი ბურთულების სწრაფად დალექვისა (Бырд). მიუხედავად ამისა Färrens-ის რეაქციამ შესაძლებელია მაშინაც ვერ მოიპოვოს ერთგვარი სიმპატია პრაქტიკულ ცხოვრებაში, რადგან ყოველდღიური მუშაობისთვის იგი ტექნიკურად ძნელი შესასრულებელი იქნება.

მაშასადამე აქედან ცხადი უნდა იქნეს, რომ როგორც პირველს—Abderhalden-ის ფერმენტატიულ რეაქციას, ისე მეორე—Färensi-ის მეთოდს—ორსულობის დროს სისხლის წითელი ბურთულების უფრო სწრაფ დალექვას—აქვთ მხოლოდ მეცნიერული მნიშვნელობა და არა პრაქტიკული და უკეთეს შედეგების მოცემამდე ლაბორატორიის კარებს ვერ გაშორდებიან.

ეხლანდელ დროში განსაკუთრებულ ყურადღებას ორსულთა ალიმენტარული გლიკოზურია იპყრობს, რომელიც სისხლში შაქრის რაოდენობის მომატებაზე დამოკიდებული არაა. თუ არაორსული ქალის ორგანიზმში შეყვანილი იქნება 100 gr. ყურძნის შაქრისა, უკანასკნელის რაოდენობა თუმცა სისხლში ნორმაზედ ზევით აღის (0,19—0,2⁰/₁₀), მაგრამ შარდს შაქარი მაინც არ გამოყვება; მაგრამ ორსულებზედ ამას ჩვენ ვერ ვნახულობთ, აქ პირიქით, სისხლში შაქრის რაოდენობა ნორმას არ სცილდება, შეიძლება ნორმაზედაც ნაკლები იყოს, მაგრამ შარდს შაქარი მაინც გამოყვება. აი ასეთ მოვლენის დროს ლაპარაკობენ, რომ საქმე გვაქვს თირკმელების ზედმეტ მგრძობიარობასთან, ამბობენ რენალურ დიაბეტზედ. ეს უკანასკნელი მაშასადამე ნამდვილ დიაბეტისგან მით განირჩევა, რომ აქ პათოლოგიურ ჰიპერგლიკემიას არ აქვს ადგილი. მაშასადამე, ვინაიდან ორსულებზედ ხელოვნურად გამოწვეული გლიკოზურია სრულიადაც არ არის დამოკიდებული ჰიპერგლიკემიაზე ან და გლიკოზურია კი უფრო ადრე ჩნდება, ვიდრე სისხლში შაქრის რაოდენობა maximum-ამდე მიაღწევდეს, ამის ისარგებლეს Frank-მა და Nothmann-მა და 1920 წელში გამოაქვეყნეს თავისი შრომა ალიმენტარული გლიკოზურიის შესახებ, როგორც ორსულობის ამოსაცნობი რეაქცია.

მივსცემთ ჩვენ თავს ნებას დაწვრილებით მოვიყვანოთ როგორც ტენიკა ამ რეაქციისა, ისე შედეგები, რომელნიც მიიღეს Frank-მა და Nothmann-მა, რომ შენდევში შეიძლება გვექნეს ეს უკანასკნელი სხვა ავტორებისა და ჩვენს მიერ მიღებულ შედეგებთან შევადაროთ, რომ ამით შემდეგში ერთგვარი დასკვნა გამოვიტანოთ.

Frank-ის და Nothmann-ის მიერ თავდაპირველად გასინჯული იყო 22 შემთხვევა; ისინი გამოკვლევებს შემდეგნაირად აწარმოებდენ:

პირველად სინჯავდენ სისხლს შაქარზედ და მერმეთ რწმუნდებოდენ უკანასკნელის შარდში არარსებობაზე. ყველა ამ 22 შემთხვევაში შაქარი სისხლში ნორმალურ ფარგლებში იყო და შარდში კი სრულებით არ ყოფილა. მერმეთ საშარდვ ბუშტის კატეტერიზაციის შემდგომ ქალს ასმევდენ 350-500 ent. ჩაიში გახსნილ 100 gr. ქიმიურად წმინდა ყურძნის შაქარს; პირველად $\frac{1}{2}$ საათის განვლისას სინჯავდენ შარდს, შემდგომ კი ყოველ $\frac{1}{4}$ საათში, სანამ შარდში შაქარს არ იპოვნიდენ; უკანასკნელის გამოჩენის შემდგომ სისხლს ხელმოვრედ სინჯავდენ შაქარზედ. პრაქტიკულ მიზნისათვის კი Frank-ი და Nothmann-ი საკმარისად სთვლიან შარდისა და სისხლის შაქარზედ გასინჯვას ერთი საათის განვლისას ყურძნის შაქრის მიღების შემდგომ. ჩვეულებრივად, მათი აზრით, შაქარზედ შარდი $\frac{3}{4}$ საათის შემდგომ უნდა გასინჯოს. სისხლში შაქრის რაოდენობა ფიზიოლოგიურ საზღვარს არ სცილდებოდა (0,19⁰/₁₀).

გასინჯული 22 შემთხვევიდან აღნიშნულმა ავტორებმა 19 შემთხვევაში მიიღეს დადებითი შედეგი, სამ შემთხვევაში კი უარყოფითი. რამოდენიმე ხნის განვლისას გამოირკვა, რომ ეს უკანასკნელნი არ იყვნენ ორსულად. 19 ორსული ქალიდან 4 მესამე თვეზედ იყო ორსული, 11 მეორე თვეზედ და ოთხი კი ისე ადრე, რომ ბიძანუალური გასინჯვით შეუძლებელი იყო ორსულობის გამორკვე-



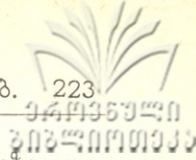
ვა. Frank-მა და Nothmann-მა თავისი რეაქცია სცადეს აგრეთვე საშიშროების გარეშე ორსულობის გამოსარკვევად; გასინჯეს ორი შემთხვევა: ერთ შემთხვევაში მიიღეს დადებითი რეაქცია, მეორეში კი—უარყოფითი; პირველი ლაპაროტომიის შემდგომ *graviditas tubaria* აღმოჩნდა, მეორე კი *Kystoma ovar. bilateral.* შემდეგ Frank-ის და Nothmann-ის მიერ გამოქვეყნებული რეაქცია მთელ რიგ ავტორების მიერ იქნა გასინჯული და გამოირკვა შემდეგი: Nürenberg-მა აღნიშნული რეაქციით 71 შემთხვევა გასინჯა და ყოველთვის დადებითი შედეგი მიიღო ორსულობის პირველ თვეებში; იგი რეაქციას საუკეთესო სათუო ნიშნად სთვლის ადრეულ ორსულობის ამოსაცნობად.

ასეთივე აზრისაა Bauer-იც, რომელმაც ამ რეაქციით დამაკმაყოფილებელი შედეგები მიიღო ორსულობის პირველ სამ თვემდე, უფრო მოგვიანო ხანაში კი დადებითი შედეგი მხოლოდ 66%-ში მიიღო. მან ვერ მიიღო დადებითი შედეგი საშიშროების გარეშე ორსულობის და აბორტის დროს, მაგრამ ამას იგი იმით ხსნის, რომ დადებითი რეაქციისთვის საჭიროა სანაყოფო კვერცხის უფრო მჭიდროდ დაკავშირება საშიშროების კედელთან.

Seitz-მა და Jess-მა ამ რეაქციით 33 შემთხვევა გასინჯეს და დადებითი შედეგი მხოლოდ 50%-ში მიიღეს.

შემდეგი გამოირკვა, რომ Frank-ისა და Nothmann-ის წესით შესაძლებელია სისხლში შაქრის რაოდენობა ფიზიოლოგიურ საზღვარს გადასცილდეს, ე. ი. 0,19—0,2%, რამაც შეიძლება გავლენა იქონიოს შედეგზე და აგრეთვე 100 gr. ყურძნის შაქრის მიცემა თხოულობს ადამიანის ლოგინში წოლას, თანაც ასეთი რაოდენობის შაქრის მიღება ზოგიერთი უძნელდებათ მისი ცუდი გემოვნების გამო და თანაც გლიკოზა შედარებით ძვირია, ამიტომ შემოღებული იქნა უფრო შემოკლებული რეაქცია Rubitschek-ის, რომელიც გამოიხატება 10 gr. ყურძნის შაქრის მიცემაში და 0,5 mg. ადრენალინის 1:1000 ხსნარის კან-ქვეშე შეხებაში. გასინჯვა და შედეგების მიღება იმდგვარია, როგორც პირველი რეაქციის დროს. ამ უკანასკნელი რეაქციით თავდაპირველად შედეგებსაც უფრო დამაკმაყოფილებელს იღებდნენ, ვიდრე პირველით.

მაგალ. Küstner-მა 150 შემთხვევა გაატარა ამ რეაქციით და უარყოფითი 50 შემთხვევაში მიიღო. ამ უკანასკნელი რიცხვიდან გარდა ერთისა ყველა უკანასკნელ თვეებში იყვნენ 1—35 დღემდე. მაგრამ შემდეგი გამოკვლევებიდან ცხადი შეიქნა, რომ ეს რეაქცია არ იძლევა ისეთ დამაკმაყოფილებელ შედეგს, როგორც საჭიროა და აგრეთვე ამ უკანასკნელ რეაქციასაც ისე, როგორც პირველს, თავისი ნაკლიც აქვს—ჯერ იგივე ყურძნის შაქარი, რომელიც უგემურია და ხშირად გულყრას იწვევს მიუხედავად მისი მცირე რაოდენობისა და აგრეთვე, რაც უმთავრესია ზოგიერთი ავტორების მტკიცებით ყურძნის შაქრის მიცემის შემდგომ შესაძლებელია სისხლში შაქრის რაოდენობა ფიზიოლოგიურ საზღვარს ასცილდეს და თანაც გლიკოზა შედარებით ძვირია და რეაქცია მეტ დროსაც თხოულობს, ამიტომ Frank-Nothmann-ის და Rubitschek-ის ორსულობის ამოსაცნობი რეაქციების შემდგომ უმთავრესი ყურადღება Kamnitzer-ის და Joseph-ის ფლორიდინის რეაქციამ მიიპყრო ეს უკანასკნელი რეაქციაც შაქრის პრინციპზედაა აგებული, მაგრამ შედარებით უფრო მარტივია და თანაც ავტორთა მტკიცებით გაცილებით უფრო



დამაკმაყოფილებელ შედეგს იძლევა და სისხლში შაქრის რაოდენობა ფიზიოლოგიურ საზღვარს არას დროს არ სცილდება, ე. ი. 0.19⁰/o (Минковский), Mering-მა გლიკოზიდ-ფლორიდინში ისეთი ნივთიერება ნახა, რომლის შემწეობით სისხლში შაქრის რაოდენობის მოუმატებლად შესაძლებელია ნათლად გამოხატული გლიკოზურიის გამოწვევა, რომელიც გამოწვეულია მხოლოდ თირკმელებში სეკრეტორული პროცესების ცვლილებებით. ბრაიტციტ ფლორიდინის ზეგავლენით თირკმელების პარენხიმის ერთგვარი უჯრედების ჯგუფი სისხლში ნორმალურ საზღვრებში არსებული შაქრის გამოყოფას იწვევს.

ფლორიდინის თირკმელებზედ ასეთი გავლენით, მისი 0,01 დოზა თირკმელების ფუნქციური დიაგნოსტიკისთვის იყო შემოღებული.

Kamnitzer-მა, Joseph-მა და თითქმის ერთ და იმავე დროს Zondek-მა ისარგებლეს ფლორიდინის გლიკოზურიით სისხლში შაქრის რაოდენობის მოუმატებლად და პირველად მის მიერ ფლორიდინის გლიკოზურია გამოყენებული იქნა ორსულობის ამოსაცნობად. ისინი ხმარობდნენ 2 mg. ფლორიდინს და გამოდიოდნენ იმ მოსაზრებიდან, რომ ფლორიდინის ეს დოზა გლიკოზურიას არა ორსულზედ არ იწვევს და თუ ფლორიდინის გაკეთების 1¹/₂ ს. განვლის შემდგომ გლიკოზურია არ მოხდება, შიძლება ორსულობის გამორიცხვა.

ასეთი რეაქციით Kamnitzer-მა და Joseph-მა ორსულობის დროს უარყოფითი შედეგი მხოლოდ 3,5⁰/o-ში მიიღეს, მაშასადამე დადებითი შედეგი 96,5⁰/o-ში. აქედან ცხადია, თუ როგორი შთაბეჭდილება უნდა მოეხდინა ასეთ რეაქციას ორსულობის გამოსარკვევად, როდესაც არავითარი ნამდვილი სიმპტომი უკანასკნელის ადრეულ ხანაში გამოსარკვევად არ არსებობს.

მთელი რიგი ავტორებისა დაეწაფა ამ რეაქციასა და გასინჯვას ორსულობის ამოსაცნობად და, როგორც ჩანს ქვემო მოყვანილ ლიტერატურიდან, შედეგები სულ სხვადასხვანაირია, რამდენადაც საზოგადოდ ეს შაქრის რეაქციები ბლომად იქნა გასინჯული, იმდენად საკითხი უფრო გართულდა და შედეგებიც მრავალფეროვანი შეიქნა. Burger-მა ფლორიდინის რეაქციით 5⁵ ქალი გასინჯა, რომელ რიცხვიდან 28 ორსული იყო და 27 არაორსული. ამ 27 არაორსულიდან დადებითი შედეგი 5 შემთხვევაში მიიღო, ე. ი. 18.51⁰/o-ში, მაშინ როდესაც Kamnitzer-მა და Joseph-მა ამ დროს 3,5⁰/o მიიღეს. უფრო მეტი მნიშვნელოვანია Burger-ის მიერ მიღებული შედეგი ორსულობის დროს; 28 ორსულ ქალიდან 5 შემთხვევაში უარყოფითი შედეგი მიიღო, გასინჯულ ორსულთა რიცხვიდან 25 ქალი სამ თვემდე იყო ორსული და ამ უკანასკნელ რიცხვიდან 4 შემთხვევაში უარყოფითი რეაქცია მიიღო Kamnitzer-ისა და Joseph-ის; პირიქით, Burger-მა ფლორიდინით დადებითი შედეგი იქაც კი მიიღო, სადაც მომყოფს არავითარი კავშირი დედის ორგანიზმთან არ ქონებია. ასე რომ ორსულობის დროს Burger-მა Kamnitzer-ისა და Joseph-ის 96.5⁰/o-ის მაგივრად დადებითი შედეგი 82-1⁰/o მიიღო. აი ამ დაკვირვებათა მიხედვით Bürger-ს შემდეგი გაუგებარი, პრაქტიკისათვის გამოუყენებელი დასკვნა გამოაქვს: ფლორიდინით მიღებული უარყოფითი შედეგი ორსულობას არ რიცხავს და დადებითი კი სათუთო სიმპტომზედ ამბობს. დადებითი შედეგი შესაძლებელია მიღებული იქნეს აგრეთვე მოძველებულ ამორტის დროს და საზოგადოდ როდესაც არავითარი ორსულობა არაა.

ასე რომ Burger-ის შედეგი არც ისე სანუგეშოა, მიუხედავად იმისა, რომ მან ორსულობის დროს დადებითი რეაქცია 82.1%-ში მიიღო.

Zondek-ის აზრით, თუმცა არაორსული ქალები უმეტეს ნაწილად უარყოფით შედეგს იძლევიან ფლორიდინის რეაქციით, მაგრამ ეს რეაქცია ამ დროს 10—15%-ში გლიკოზურის მანც იძლევა. მისი აზრით, ფლორიდინის გლიკოზურის საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის ამოსაცნობად სმარება, ძალიან საეჭვოა.

მაშასადამე ვერც Zondek-მა მიიღო ისეთი ოპტიმისტური შედეგები როგორც Kamnitzer-მა და Josephi-მა; იგი გაფრთხილებას იძლევა ფლორიდინის გლიკოზურისადმი და ამბობს, რომ მანც და მანც დიდ იმედებს ამ რეაქციაზედ ნუ დავამყარებთ, რადგან, მისი აზრით, ამ რეაქციას შეიძლება ისეთივე შედეგი ექნეს, როგორც საზოგადოდ ყველა დღემდე არსებულ ბიოლოგიურ მეთოდს.

Stephan-ს, მიუხედავად იმისა, რომ მან თითქმის ყველა შემთხვევაში, როგორც abortus incipiens-ის, ისე abortus incompletus-ის დროსაც დადებითი შედეგი მიიღო, მანც რაიმე დადებითს ამ რეაქციის შესახებ ვერ ლაპარაკობს.

Küster-ი პირდაპირ ამბობს, რომ ყველა ეს შაქრის რეაქციები დღემდე არსებულ მეთოდებზედ უკეთესი არაა, რადგან რეაქციის დადებითი შედეგი თუმცა ორსულობაზედ ამბობს, მაგრამ უარყოფითი, მისი აზრით, კიდევ არ ნიშნავს ორსულობის საწინააღმდეგოთ.

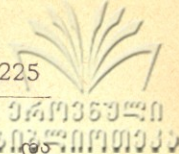
ძალიან სკეპტიურად უყურებს ამ რეაქციებს Freund-იც, რომელმაც ფლორიდინის რეაქციას ისეთივე მომავალი უწინასწარმეტყველა, როგორც Abderhalden-ის სეროლოგიურ მეთოდს ეწვია.

ამგვარივე აზრისაა Sachs-იც მის მიერ ფლორიდინის რეაქციით დაუკმაყოფილებელი შედეგების მიღების გამო.

ძალიან საინტერესოა Neu-ს მიერ ფლორიდინით მიღებული შედეგი: მან ორი შემთხვევა გასინჯა: ერთი ადრეული ორსულობისა და მეორე კი საეჭვო საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაზედ; თუმცა ორივე შემთხვევაში დადებითი შედეგი მიიღო, მაგრამ რამოდენიმე დღის შემდგომ პირველს სრულიად ნორმალური თვიური მოუვიდა და მეორეს კი ლაპაროტომიის შემდგომ არავითარი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა არ გამოჩენია. მან უარყოფითი შედეგი მიიღო აგრეთვე იქ, სადაც ოპერაციის შემდგომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა იყო გამორკვეული.

Neu-მ დადებითი რეაქცია არსებულ ორსულობის დროს 20%-ი მიიღო, იგივე დადებითი რეაქცია 46,5%-ში არა ორსულობის დროს, აი ამ უკანასკნელი ავტორის შედეგებიდან ცხადია, თუ როგორი დიდი განსხვავებაა ორსულობის ამოსაცნობ ფლორიდინის გლიკოზურის შემომღები ავტორთა და Neu-ს მიერ მიღებულ შედეგებს შუა. და მაშასადამე ამ უკანასკნელ ავტორის შედეგების მიხედვით ფლორიდინის გლიკოზურის შესახებ გარდა უარყოფითისა არავითარი დადებითის თქმა არ შეიძლება.

მიუხედავად იმისა, რომ Schefell-მა ამ რეაქციით არა ორსულობის დროს დადებითი შედეგი მხოლოდ 7%-ში მიიღო, იგი მანც ეჭვის თვალთ უყურებს ფლორიდინის გლიკოზურისა და ამას თან დასძენს, რომ ეს მეთოდი არ შეიძლე-



ბა მიღებული იქნეს დიფერენციალური დიაგნოსტიკის მიზნით დაწყებულ დაუსრულებელ აბორტის დროს და ამნაირათვე შეუწყვეტელ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა და დანამატთა სიმსივნეების დროს.

Caricineu-ს აზრით, 2 mg. ფლორიდინის ხმარების შემდგომ რამოდენიმე ხნის განვლისას ვაკეთებული უნდა იქნეს $1\frac{1}{2}$ mg. ფლორიდინისა და თუ რეაქცია ამ დოზის შემდგომაც დადებითი აღმოჩნდა, მაშინ შეიძლება მხოლოდ ორსულობაზე დადანიშნულ ვიფიქროთ და პირიქითი შემთხვევაში კი ორსულობა საეჭვო იქნება.

Rremou-ს აზრით, ფლორიდინის გლიკოზურის ღირებულება იგივეა, როგორც ორსულობის სხვა დანარჩენ სათუო ნიშნების. L. Levin-მა ფლორიდინით ძალიან დამაკმაყოფილებელი შედეგი მიიღო; ორსულობის სამ თვეში მან დადებითი რეაქცია 92% -ში მიიღო, დანარჩენ შემთხვევებში კი საეჭვო. სრულ და დაუსრულებელ აბორტის დროს ყოველთვის უარყოფითი შედეგს ღებულობდა.

ტიმოფეევა და სმირონოვა ფლორიდინით ორსულობის პირველ თვეზე დადებითი რეაქცია 70% -ში მიიღეს, მეორე და მესამე თვეზე კი 66.1% -ში; 5 საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის შემთხვევიდან დადებითი რეაქცია ორ შემთხვევაში; თვიურის დროს გასინჯულ 8 შემთხვევიდან დადებითი შედეგი 3 შემთხვევაში და თვიურის წინ კი 6 შემთხვევიდან დადებითი ორ შემთხვევაში. მათი აზრით ფლორიდინის გლიკოზურია შეიძლება მხოლოდ ორსულობის სათუო სიმპტომად მივიღოთ.

მ. არჯევანიძემ ფლორიდინის გლიკოზურია 92.3% -ში მიიღო ორსულობის დროს, არა ორსულობის დროს კი გლიკოზურია მხოლოდ 6.8% -ში მიუღია. მან დადებითი რეაქცია მიიღო აგრეთვე ხუთ შემთხვევაში თვიურის წინ და ორი-სამი დღის განვლისას მის შემდგომ; მ. არჯევანიძის აზრით, თავისი ასეთი დამაკმაყოფილებელი შედეგების მიხედვით, ორსულობის დროს ფლორიდინით მიღებული დადებითი შედეგი დიდის უეჭველობით ლაპარაკობს ორსულობაზე.

აი ამ მოკლე ლიტერატურულ მიმოხილვიდანაც ნათლად სჩანს, თუ როგორ სხვადასხვანაირია ამ რეაქციით მიღებული გამოქვეყნებული შედეგები. ზოგმა თითქმის დამაკმაყოფილებელი შედეგები მიიღო და ამა თუ იმ რეაქციას, განსაკუთრებით ფლორიდინის გლიკოზურისას, ერთად ერთი საუკეთესო სათუო სიმპტომად აღიარებს, ზოგი კი, მიღებულ შედეგების თანახმად, ამ რეაქციას მნიშვნელობას ორსულობის ამოცნობაში აქარწყლებს და მას ვიდრე დღემდე არსებულ რეაქციებზე უკეთესად არ სთვლის.

ჩვენს მიერ განხილული იყო, როგორც Rubitschek-ის ისე Kamnitzer-Joseph-ის რეაქცია.

Rubitschek-ის რეაქციას შემდგენიარად ვაწარმოებდით: ავადმყოფს კუჭის გაწმენდის და შარდის შაქარზედ გასინჯვის შემდგომ კანქვეშ $0,5$ mg. ადრენალინის 1:1000 ხსნარს უშხაპუნებით და per os ვაძლევდით 10 gr. ყურძნის შაქარს, გახსნილს 40 კ.ს. მოთხო წყალში. შარდის გასინჯვას $\frac{3}{4}$ საათის შემდგომ ვახდენდით; თუ შარდში შაქარი არ აღმოჩნდებოდა, მერმეთ 1 ს. და $1\frac{1}{2}$ ს. შემდეგ ვსინჯავდით.

სისხლის შაქარზედ გასინჯვა არ გვიწარმოებია. შარდის შაქარზედ Nylander-ის და ხან Frommer-ის რეაქციით ვაწარმოებდით.

Rubitschek-ის წესით 105 გამოკვლევა გავატარეთ, ამ რიცხვიდან 85 ნორმალური ორსულობა, ერთი graviditas tub. externa, არა ორსული კი 19. ორსულთა რიცხვიდან $21\frac{1}{2}$ -დი 48 იყო—აქედან უარყოფითი რეაქცია 18 შემთხვევაში ე. ი. დადებითი 55.1% -ში; სამ თვეში 15—აქედან უარყოფითი 10 ე. ი. 80% ; 4 თვეში 7—დადებითი მხოლოდ ერთი.

მე-5-6-7 თვეებზედ 11—ყველა უარყოფითი. 1 graviditas tub. externa—რეაქცია დადებითი.

რეაქციისთვის უმეტეს შემთხვევაში ჩვენ ვირჩევდით ასე თუ ისე ნამდვილ ორსულებს და არა საექვოს და აგრეთვე დადებითი რეაქციაზედ ლაპარაკი მომეტებულ შემთხვევაში გვიხდებოდა მხოლოდ შარდში შაქრის ნიშნების ნახვით. თითქმის ყველა ეს ორსული შემთხვევები, გარდა ექვსისა, ხელმეორედ იყო გასინჯული, ყველას ნამდვილი ორსულობა ემჩნეოდა, მაგრამ გლიკოზურისის მხრივ იგივე შედეგი იყო.

19 არა ორსულთა რიცხვიდან ხუთი თვიურის მოსვლის წინ და ორი დღის განვლისას მის შემდგომ—ყველა უარყოფითი; სამი abortus artificialis გამოთხეკის ორი დღის შემდგომ—რეაქცია უარყოფითი: ორი Salpingo-oo-phritis chr.—ერთი დადებითი; ერთი endometitis haemorrhagica—უარყოფითი; აგრეთვე აქვე უნდა იქნეს აღნიშნული, რომ სამ ავადმყოფს ყურძნის შაქრის მიღების შემდგომ პირი წაალბინა და ისევ მისი მიცემა ხელ-მეორედ დაგვჭირდა.

აი ამ მცირე მასალაზედ ძალბულ შედეგების მიხედვით შესაძლებელია მაინც ერთგვარი შთაბეჭდილების გამოტანა, მაგრამ სანამ ამ უკანასკნელის ახსნა განმარტებას შევეცდებოდეთ, ჯერ ჩვენს მიერ Kamnitzer-ის და Joseph-ის რეაქციით მიღებულ შედეგებზედ შევჩერდებით.

ავადმყოფი, მომეტებულად უზმოდ, ან რამოდენიმე საათის განვლისას ჭამის შემდგომ და საკანტროლო შარდის გასინჯვის მერმეთ კან-ქვეშ ორ მილიგრამ ფლორიდინის მოთხოვნისას უშხაუნებდით და მის შემდგომ $1\frac{1}{2}$ ს. განვლისას შარდს შაქარზედ ვსინჯავდით, თუ შარდში ამდროს შაქარი არ აღმოჩნდებოდა განმეორებით 1— $1\frac{1}{2}$ ს. შემდგომ ვსინჯავდით და თუ მაშინაც არ აღმოჩნდებოდა შაქარი, რეაქციას უარყოფითად ვსთვლიდით. შარდის შაქარზედ ვსინჯვას აქაც Nylander-ის რეაქტივით ვაწარმოებდით, რადგან მთელი რიგი ავტორებისა შარდს შაქარზედ ამ რეაქტივით სინჯავდენ, ვინაიდან უკანასკნელით შესაძლებელია შაქრის თვით უმნიშვნელო ნიშნების აღმოჩენაც კი.

სულ ფლორიდინის რეაქციით 122 გამოკვლევა გავატარეთ; ამ რიცხვიდან ნათლად გამოხატული ორსულობის შემთხვევა 72 და 50 კი არა ორსული.

პირველ რიცხვიდან ორ თვეში 37 იყო, მათში უარყოფითი სამი, ე. ი. 8.1% ; სამ თვეში 18—აქედან უარყოფითი ორი, ე. ი. 11.1% ; 5 თვეზედ ექვსი—ყველა დადებითი; დანარჩენი 11 უკანასკნელ თვეებში—აქედან უარყოფითი 4, ე. ი. 36.3% ; აქედან ჩანს, რომ ჩვენ ორსულობის პირველ ორ თვეში ფლორიდინის გლიკოზურია 91.8% -ში მივიღეთ, შემდგომ კი, რამდენადაც უფრო მოგვიანო ხანა იყო—უფრო ნაკლები,

საერთოდ ორსულობის დროს დადებითი რეაქცია მიღებული იქმნა 87.5% -ში.

50 არა ორსულთა რიცხვიდან 16 დანამატთა ავადმყოფობით იყო; ხუთი amenorrhoea-თი; ცხრა ფიბრომიომით; haematocele retrouterinum-ით; abortus septicus-ით; 3 abortus incompletus-ით; 5 კლიმაქტერიუმის ხანაში; სამ-სამი თვიურის



მოსვლის წინ და უკანასკნელის ორი დღის განვლის შემდგომ; ორი abortus artificial-ით—ორი დღის გავლის შემდგომ; ორი endometritis haemorrhagica-თი.

აი ამ არა ორსულთა რიცხვიდან მიღებული შედეგი ძალიან საინტერესოა. როგორც ზევით ვთქვით დანამატთა ანთებითი შემთხვევები 16 იყო გასინჯული. აქედან ფლორიდინის გლიკოზურია 5 შემთხვევაში იყო მიღებული. რეაქციისთვის დანამატთა ანთებიან ავადმყოფთ ვირჩევდით, ე. ი. მომეტებულად ისეთ შემთხვევებს ვღებულობდით, სადაც საკვერცხეთა ერთგვარი დისფუნქციაზედ—ჰიპოსეკრეციის სახით—შეიძლებოდა ლაპარაკი. ამ 16 შემთხვევიდან სამი შემთხვევა Salpingo—oophoritis bilateral. Sub. 1^o დილ. 37,3^o—სალამოს 37.5^o—აქედან გლიკოზურია ორ შემთხვევაში; 6 Salpingo—oophoritis chr.—გლიკოზურია ერთ შემთხვევაში; ერთი Pyosalpinx et oophoritis purul., სადაც 1^o 37. 2^o არ ასცილენბია.—რეაქცია დადებითი.

ეს უკანასკნელი შემთხვევა მოთავსებული იქნა კლინიკაში როგორც graviditas extrauterina—გარეგნულად უკანასკნელისათვის თითქმის ყველა დამახასიათებელი ნიშნებით, მაგრამ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი ხსენებული დიაგნოზით აღმოჩნდა—Salpingo—oophoritis purulenta—კვერცხები და საკვერცხეები ძალზედ შეცვლილი იყო; ეს ავადმყოფი ოპერაციის ხუთი დღის განვლის შემდგომ კიდევ იქნა გასინჯული და გლიკოზურია მაინც იყო.

ერთი Rystoma ovar. dextr.—გლიკოზურია —ოპერაციის დროს გამოირკვა, რომ მარცხენა საკვერცხეც კისტოზურად იყო გადაგვარებული. ოთხი tumor—tubo-ovtarial. ცალმხრივ—რეაქცია უარყოფითი. ასეთივე დიაგნოზით ერთი შემთხვევა, სადაც რეაქცია გამოურკვეველი იყო. ხუთ შემთხვევიდან, სადაც თვითნაირი გამოურკვეველი მიზეზის გამო იყო შეჩერებული ორ შემთხვევაში დადებითი რეაქცია იყო—ამ უკანასკნელიდან ერთს ორი წელიწადი ქონდა შეკავებული, მეორეს კი სამ წელიწადნახევარი: ორთავენი ახალგაზრდები იყვნენ—გამოვარდნის ნიშნები დაწყებული ქონდათ.

ცხრა ფიბრომას შემთხვევიდან დადებითი რეაქცია სამს აღმოაჩნდა—აქედან ერთი 35 წლისა იყო (Fibromyoma interstitial.), მეორე 50 წლისა, რემელსაც მეტროორარგიული ხასიათის სისხლმდინარობა ქონდა და მესამე კი 45 წლისა, ყველა ამ უკანასკნელთ ოპერაციის დროს აღმოაჩნდათ მაკროსკოპიულად კისტოზურად გადაგვარებული საკვერცხეები.

Hematocelae retrouterinum—რეაქცია უარყოფითი იყო—ეს ავადმყოფი გამოგზავნილი იყო კლინიკაში სოფლიდან საოპერაციოდ; დიაგნოზის გამორკვევის შემდგომ ოპერაცია გაუკეთდა და აღმოჩნდა ძველი გამსკდარი მარჯვენა კვერცხსავალი და უკანა დუგლაში ამოვსებული იყო ჩაქცეული შავი სისხლით. დადებითი რეაქცია მიღებული იქნა abortus septicus-ის დროს; რაც შეეხება abortus oncompletus, რეაქცია უარყოფითი იყო.

5 კლიმაქტერიუმის ხანაში გასინჯულთა რიცხვიდან დადებითი ერთი იყო. ორი Endometrits hemorrhagica—ორივეჯერ უარყოფითი; სამ-სამი შემთხვევიდან თვიურის მოსვლის წინ და ორი დღის განვლისას თვიურის შეწყვეტის შემდგომ—მხოლოდ ერთჯერ თვიურის მოსვლის წინ.

მაშასადამე Kamnitzer და Joseph-ის პირიქით დანამდვილებით ორსულობის დროს დადებითი რეაქცია ჩვენ 87.5 % მივიღეთ, არა ორსულობის დროს კი 30%-ში.

ჩვენს მიერ ფლორიდინით მიღებული შედეგები დაახლოებულია Burger-ის Klaffen-ის, ტომოფევის და სმირნოვის და სხვ. მიერ მიღებულ შედეგებთან, უფრო უკეთესია Neu-ს მიერ მიღებულ შედეგებზე და ეს უკანასკნელი ვაცილებით უფრო ცუდია, ვიდრე ეს Kamnitzer-მა და Joseph-მა, Levin-მა, Stephans-მა, არჯვენაძემ და სხვ. მიიღეს.

ჩვენი შედეგებიდან ყველაზედ საინტერესო ის არის, რომ გლიკოზურია ფლორიდინით საზოგადოთ არა ორსულობის დროს 30%-ში მივიღეთ, რაც ვფიქრობთ ფლორიდინის გლიკოზურიას, როგორც ორსულობის ამოსაცნობ რეაქციას ძალიან აქვეითებს. ასეთივე თითქმის შედეგი არა ორსულობის დროს (27%/) Tornig-მა მიიღო.

Rubitschek-ის მეთოდით კი ასეთი დადებითი რეაქცია ჩვენ 10%-მდე მივიღეთ, მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში იმას, რომ Rubitschek-ის მეთოდით გლიკოზურიას ორსულობის დროსაც ცოტა პროცენტში ვღებულობდით, ცხადია, ამ უკანასკნელ რეაქციასაც, გარდა ხსენებულ უარყოფითი მხარეებისა თავისი მნიშვნელობა ეკარგება. უფრო მეტი მნიშვნელოვანი ის არის, რომ ეს რეაქციები (მხედველობაში მაქვს ფლორიდინის რეაქცია, რადგან პირველით ერთი შემთხვევა მქონდა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა გასინჯული და დადებითი რეაქცია მივიღე) არაფერს გველაპარაკება საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის დროს, იმიტომ რომ თუ დადებითი მივიღეთ, ეს კიდევ იმას არ ნიშნავს, რომ საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაა, როგორც ეს ჩვენ შემთხვევაში იყო; გვეგონა საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა—ფლორიდინის გლიკოზურია მივიღეთ და ლაპარატომიის შემდეგ Salpingo-oophoritis bilateral. purulent. აღმოჩნდა და აგრეთვე არაფერს ლაპარაკობს თუ შეწყვეტილი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობაა; ასეთი თუმცა ჩვენ ერთი შემთხვევა გვქონდა, მაგრამ იქაც უარყოფითი შედეგი მივიღეთ.

ჩვენი შედეგებიდან აგრეთვე ჩანს, რომ როგორც Rubitschek-ის რეაქციამ სამ ფიბრომიდან ერთ შემთხვევაში, ისე Kamnitzer-Joseph-ის ფლორიდინის გლიკოზურია 9 ფიბრომიან ავადმყოფიდან სამი დადებითი რეაქცია მოგვცა, აგრეთვე ამენორეიის ხუთ შემთხვევიდან დადებითი რეაქცია ორჯერ მივიღეთ და ასეთივე რიცხვის უკანასკნელის მაგარი შედეგები კლიმაქტერიუმის ხანაში მყოფ ქალებიდან მივიღეთ, ცხადი უნდა იქნეს, რომ როგორც Rubitschek-ის, ისე Kamnitzer-Joseph-ის ფლორიდინის გლიკოზურია, რომელზედაც მაინც უკანასკნელი ავტორები დიდ იმედებს ამყარებდნენ როგორც ორსულობის ამოსაცნობ რეაქციას, არ შეგვიძლია გავიზიაროთ.

ერთი შემთხვევა გვქონდა, როდესაც ფლორიდინით დადებითი შედეგი მივიღეთ; მიუხედავად იმისა, რომ თითების მგრძობიარობა წინააღმდეგს ლაპარაკობდა, შვილის მსურველი ქალი რეაქციის მიხედვით გავახარე, მაგრამ, საუბედუროდ, ეს მისი სიხარული ძველებურ ნატურად გადაიქცა, რადგან სამი დღის შემდგომ მას სრულიად ნორმალური თვიური მოუვიდა.

ასე რომ, აი ამ წელიწადნახევრის განმავლობაში, რაც ჩვენ ამ რეაქციების გასინჯვას ვაწარმოებთ, მიუხედავად ჩვენს მიერ ასე თუ ისე ორსულობის დროს დამაკმაყოფილებელი შედეგების მიღებისა 87.7%, ისეთი შთაბეჭდილება გამოვიტანეთ, რომ რეაქციები ვერ გვარწმუნებდნენ თავიანთი დადებითი თუ უარყოფითი შედეგებით—იყო ეს ორსულობის, თუ არაორსულობის დროს და დია-

გნოზი უფრო გაბედულად ისევ არსებულ ობიექტიური სიმპტომების შემწვობით ირკვევოდა. ეს რეაქციები აგრეთვე ვერაფერს ლაპარაკობენ ფიბრომიომების ზოგიერთ შემთხვევაში, სადაც დიფერენციალური დიაგნოზი ფიბრომისა და ორსულ საშვილოსნოს შორის ხანდისხან ძნელდება; ჩვენი შემთხვევების მიხედვით ამ რეაქციათა შემწვობით ფიბრომიომების დროს შესაძლებელია დადებითი რეაქციაც მივიღოთ და უარყოფითიც; ასე რომ ამ შემთხვევებშიდაც ეს რეაქციები ვერაფერს ლაპარაკობენ, რაც შეეხება დანარჩენ შემთხვევებთ, უმეტესად კლიმაქტერიუმის ხანაში მყოფთ, ამათ შესახებ ქვემოთ ვიტყვი.

ესლა განვიხილოთ მიზეზი როგორც ორსულობის, ისე არაორსულობის დროს შაქრის რეაქციებით გამოწვეულ გლიკოზურიისა, რომ შემდეგში შეძლება გვექნეს ამ რეაქციათა შესახებ ესა თუ ის მოსაზრება გამოვსთქვათ.

Ditrich-ი როგორც სპონტანურ, ისე ალიმენტარულ გლიკოზურიის მიზეზად ნახშირ წყალთა გაცვლა-გამოცვლის დარღვევას ასახელებს, რომელიც გამოწვეული უნდა იყოს ღვიძლის, ან ენდოკრინულ ჯირკველთა ზეგავლენით.

Frank-ის აზრით, ვინაიდან როგორც ორსულთა, ისე არაორსულთა სისხლში შაქრის მრუდე ყურძნის შაქრის მიცემის შემდგომ ერთნაირია, მაგრამ ჰიპერგლიკემია კი გლიკოზურიის მხოლოდ ორსულებზედ იწვევს, ამიტომ ასეთ გლიკოზურიის მიზეზად იგი თირკმელების გაღიზიანებას, მათ მგრძნობიარობას და მასასადამე უფრო ადვილ გამავლობას ასახელებს.

Küstner-ი თავისი ექსპერიმენტალური გამოკვლევებით ცხოველებზედ იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ორსულთა გლიკოზურიის გამომწვევე მთავარ მიზეზად საკვერცხეები უნდა ჩაითვალოს და კერძოთ კი corpus luteum-ზედ ფიქრობს, თუმცა გადაწყვეტით მასზედ იგი ჯერ ვერ ლაპარაკობს, რადგან როგორც იგი ამბობს, მუშაობა მას ამ მხრივ არ დაუმთავრებია. პროფ. ტიმოფეევი და ექ სმირნოვი Stolper-ის გამოკვლევათა მიხედვით, როგორც საკვერცხეთა ამოკვეთილ ცხოველებზედ ისე ქალებზედ და აგრეთვე მთელ რიგ სხვა ავტორთა გამოკვლევების მიხედვით საკვერცხეთა დაავადების დროს იმ დასკვნამდე მიდიან, რომ საკვერცხეთა შეცვლილი ფუნქცია, ე. ი. მათი ჰიპოსეკრეცია იწვევს თირკმელების გლიკოზურიას. როგორც ჩანს, თუმცა ყველა ამ შაქრის რეაქციების მოქმედება ორსულობის დროს აღმოცენებულია თირკმელების მგრძნობიარობაზედ, მათი სინციტიალური ეპიტელის ყურძნის შაქრით, ფლორიდინით გაღიზიანებაზედ, რომლის შედეგად გლიკოზურია უნდა იქნეს, რაც არა ორსულობის დროს არ უნდა მოხდეს და ამასთან ერთად მნიშვნელობას აძლევენ ორსული ორგანიზმის ნახშირ წყლებისადმი intolerans, მაგრამ ცოტათი ძნელი წარმოსადგენია, რომ მართო ამ აღნიშნულ გარემოებათ ქონდეს ამაში მნიშვნელობა. თუ ეს ასეა, მაშინ რით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ორსულობის მოგვიანო ხანაში ეს რეაქციები უფრო ნაკლებ % გლიკოზურიისას იძლევიან, ვიდრე ორსულობის პირველ ორ თვემდე. Rubitschek-ის მეთოდით ჩვენი თითქმის ორსულობის ხუთი თვის შემდგომ დადებითი რეაქცია სრულებით არ მიგვიღია; შეიძლება, რასაკვირველია, ეს ახსნილი იქნეს იმით, რომ ორსულობის მოგვიანო ხანაში თირკმელები ისევ იბრუნებენ თავიანთ რეზისტენტობას, ისეთი მგრძნობიარე აღარ არიან და ახანაც ნახშირ წყლების ასიმილიაცია უფრო გაუმჯობესებულია; მაგ-

რამ თუ ეს ასეა, მაშინ როგორ უნდა აეხსნათ ის მთელი რიგი ავტორების მიერ მიღებული გლიკოზურის დადებითი შედეგები არა ორსულობის დროს და კერძოდ ჩვენი 30⁰/₆, როდესაც ორსულთა თირკმელების არავითარ მგრძობობა-რობაზე და არც ნახშირწყალთა გაცვლა-გამოცვლის ანორმალობაზედ ლაპარაკი არც კი შეიძლება; ან თუ გნებავთ რით უნდა აიხსნას ზოგიერთი ავტორების მიერ მიღებული დადებითი გლიკოზურია Coitus-ის მოკლე ხნის განვლის შემდგომ, ან და თვიურის მოსვლის წინ, ან მის მერმეთ, ან როგორც ამას ზოგიერთი ავტორი abortus artificial-ის ორი დღის განვლის შემდგომ ლეზულობდა.

აი ყველა ამ დასმულ კითხვების ახსნა-განმარტებისათვის უკვე ზემოთ ნათქვამი დღემდე არსებული ასახსნელი მოსაზრებანი არაა საკმარისი; ამ უკანასკნელთა შეიწეობით სრულებით ვერ აეხსნით გლიკოზურის გამოჩენას მეტადრე ზოგიერთ შემთხვევებში, იქნება ეს ორსულობის თუ არა ორსულობის შემთხვევები. როგორც ვიცით, ორსულობის დროს საკვერცხეები ერთგვარ დისფუნქციურ მდგომარეობაში იმყოფებიან—ე. ი. საკვერცხეთა ჰიპოსეკრეცია არსებობს, რის გამოც ფარისებრი ჯირკველი დიდდება და რამოდენიმეთ ასეთივე მდგომარეობას შეიძლება ტვინის დანამატიც განიცდიდეს (ჰიპერსეკრეტორულ მდგომარეობას); ამ ენდოკრინულ ჯირკველთა ჰიპერსეკრეტორული ფუნქცია იწვევს ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის n. simpaticus-ის გაღიზიანებას, რაც, მაშასადამე, Adler-ისა და Christofoletti-ს დაკვირვებათა მიხედვით კასტრაციის შემდგომ შესაძლებელია და ეს გარემოება კი ფლორიდინით გლიკოზურის გამოწვევას აძლიერებს.

ცნობილია, როგორც ამას L. Dünner-ი ამბობს, რომ ფლორიდინის შემხაპუნებით როგორ ადამიანებზედ, ისე ცხოველებზედ შესაძლებელია გლიკოზურის გამოწვევა, რომლის დროს სისხლში შაქრის რაოდენობა არამც თუ მატულობს არამედ ხშირად, პირიქით, კლებულობს: ასე რომ ფლორიდინის გლიკოზურის მიზეზს იგი თირკმელების გამავლობაში ეძებს.

Caro-მ ნახა, რომ თირეოტოკსიკოზების, ბაზედოვის ავადმყოფობის დროს ფლორიდინი გაძლიერებულ გლიკოზურიას იწვევს (მაშასადამე ყველა ამ შემთხვევების დროს ადგილი აქვს ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის, კერძოდ n. simpaticus-ის გაღიზიანებას). ასეთივე მოვლენა ფლორიდინის ზეგავლენით ნახეს Cohn-მა და Peiser-მა pancreas-ის ქრონიკულ ავადმყოფობის დროს, როდესაც ადგილი აქვს n. Simpaticus-ის გაღიზიანებას.

Groté მ დაამტკიცა აგრეთვე, რომ თუ ერთ და იმავე დროს ფარისებრი ჯირკვლის ექსტრაქტს შეუშხაპუნებთ. მაშინ ფლორიდინის გლიკოზურია ძლიერდება

აი ყველა ამ ზემო ხსენებული ცნობებიდან ჩანს, რომ ფლორიდინის გლიკოზურის და ასეთივე თქმაც შეიძლება გლიკოზებზედაც, გამომწვევ მიზეზთაგანად ორსულობის დროს აგრეთვე გაღიზიანებული ვეგეტატიური ნერვიული სისტემით n. Simpaticus-იც უნდა ჩაითვალოს, რომელსაც ადგილი აქვსამა თუ იმ ენდოკრინულ ჯირკველთა დისფუნქციის, თუ სხვა ავადმყოფობათა დროს.

შეიძლება აქ შემდეგი საკითხი დაიბადოს, თუ ეს ასეა, რომ ერთ-ერთი ადგილი ორსულობის გლიკოზურის გამოწვევაში საკვერცხეთა ჰიპოსეკრეციით გამოწვეულ gl. Thyreoidea-ს ჰიპერსეკრეციით გაღიზიანებული n. simpaticus-ს

აქვს, მაშინ რათ ვერ ვღებულობთ ისე ხშირად ამ ალიმენტარულ გლიკოზურიას ორსულობის მოგვიანო ხანაში; ამის ახსნა ადვილია, ეს უნდა ხდებოდეს იმიტომ, რომ ორსულობის პირველ ხანებში *gl. thyreoidea*-ს გაძლიერებული სეკრეტორული მუშაობა უნდა ხდებოდეს, როგორც ეს ზოგიერთ ავტორთა დაკვირვებებიდან ვიცით და შემდგომ კი ფარისებრი ჯირკვალის ეჭვევა ახალ პირობებს. მისი სეკრეტორული პროდუქცია ნორმალურ კალაპოტში ექცევა და მაშასადამე ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის ერთი ნაწილის გალიზიანებაც ნაკლები უნდა იქნეს და აქდან დასკვნაც რომ გლიკოზურიაც უფრო ცუდად გამოხატული იქნება ორსულობის მოგვიანო ხანაში. თუ ასეთი მოსაზრება ორსულობის ალიმენტარული გლიკოზურიის ახსნა განმარტებაში მცირე მნიშვნელოვანი იქნება, ამ უკანასკნელს, ვფიქრობთ, უფრო მეტი მნიშვნელობა უნდა ექნეს არაორსულთა ალიმენტარულ გლიკოზურიის წარმოშობაში. ჩვენს მიერ მიღებული დადებითი რეაქცია დანამატთა ზოგიერთ ავადმყოფობის დროს, როგორც იყო, მაგალ. სამი შემთხვევა *Salpingo-oophoritis bilateral. Sub.*, ერთი *salpingo-oophoritis ch.* აგრეთვე ფიბრომების ოთხ შემთხვევაში (10 ან,) ამენორედიის ხუთ შემთხვევიდან ორ შემთხვევაში, კლიმაქტერიუმის ხანაში მიღებული ერთი დადებითი რეაქცია, ყველა ამ შემთხვევაში ეს უკანასკნელი, ე. ი. ალიმენტარული გლიკოზურია უნდა ახსნილი იქნეს მხოლოდ საკვერცხეთა ჰიპოსეკრეციით და ამ უკანასკნელზედ აღმოცენებული *gl. thyreoid.* ჰიპერსეკრეცია.

ჩვენ რასაკვირველია, ამას ერთგვარ უეჭველ მიზეზთაგანად არ ვაღიარებთ, მაგრამ ვფიქრობთ, რომ მას ერთგვარი მნიშვნელობა არა ორსულობის დროს ალიმენტარული გლიკოზურიის გამოწვევაში, სადაც საკვერცხეთა სეკრეტორული ფუნქციის მოშლაზედა ლაპარაკი, შეიძლება აქვს. ასეთივე გლიკოზურიის მიღებას ადგილი ექნება ფსიქო-ნევროზების დროს, როგორც ეს ზოგიერთმა ავტორმა გამოსცადა. მაშასადამე თუ აღნიშნულ მიზეზს და აგრეთვე მარტო იმ ჩვენს მიერ არა ორსულობის დროს მიღებულ 30%⁰-ს დადებითი რეაქციისაც მხედველობაში მივიღებთ, ცხადია, ყველა ეს შაქრის რეაქციები ჯერჯერობით კიდევ არაფერს გველაპარაკებინან და ისინი ვიდრე დღემდე ორსულობის აღმოსაცნობად არსებულ სათუო სიბტომზედ უფრო მეტს დიაგნოზის გამოსარკვევად არ გვაძლევენ. *Neu*-ს თქმის არ იყოს, რომელიც ყველა ამ შაქრის რეაქციებს საკვერცხეთა ფუნქციის აშლილობაზედ ამყარებს, ავადმყოფისგან კარგად შეკრებილი ანამნეზი და კარგი დახელოვნებული ხელი უფრო მეტის დაბეჯითებით გამოარკვევს ორსულობის დიაგნოზს, ვიდრე ყველა ეს არსებული შაქრის რეაქციები. ყველა ამ შემოხსენებულიდან ჩვენ შემდეგი დასკვნა უნდა გამოვიტანოთ:

1. Rubitschek-ის რეაქციით ორსულობის დროს გამოწვეული გლიკოზურია მომეტებულ ნაწილად ორსულობაზედ ლაპარაკობს და უარყოფითი რეაქცია კიდევ არ ნიშნავს ორსულობის არ არსებობას.

2. Rubitschek-ის რეაქციით არაორსულობის დროს მიღებული უარყოფითი შედეგი დიდის უეჭველობით არა ორსულობაზედ ლაპარაკობს.

3. Frank-Nothman-ის და Rubitschek-ის რეაქციები პრაქტიკული ცხოვრებისათვის ძნელი გამოსაყენებელია როგორც მათი ასე თუ ისე რთული ტენზი-

კის, ისე დაუქმყოფილებელი შედეგის მიღების გამო, მეტადრე ორსულობის მოგვიანო ხანაში.

4. Kamnitzer-ის და Joseph-ის ფლორიდინის რეაქცია უფრო მარტივი და ადვილი შესასრულებელია.

5. თუცა ეს უკანასკნელი რეაქცია ორსულობის ადრეულ ხქნაში მეტ წილად დადებითს შედეგს იძლევა, მაგრამ ეს უკანასკნელი დიდის უქველობით კიდევ არ ლაპარაკობს ორსულობაზე, რადგან ზოგიერთ ავადმყოფობის და სასქესო ჯირკვალთა დისფუნქციის დროს დადებით შედეგს იძლევა.

6. ამ რეაქციით მიღებულ დადებით შედეგს მხოლოდ მაშინ ექნება მნიშვნელობა, როდესაც ავადმყოფის დაწვრილებით გასინჯვის შემდგომ გამოირიცხული იქნება ყველა ის ავადმყოფობანი, რომელნიც რეაქციას დადებითი სახით იძლევიან.

7. ყველა ეს რეაქციები და უფრო კი Kamnitzer-ისა და Joseph-ის ფლორიდინის გლიკოზურია არ შეიძლება გამოყენებული იქნეს დიფერენციალური დიაგნოზის მიზნით საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა და დანამატთა ავადმყოფობის დროს.

8. ამ რეაქციათა მარტო ნახშირ-წყალა გაცვლა-გამოცვლის დარღვევაზე დამყარება ძნელია; ამის გარდა სხვა მიზეზიც უნდა იყოს და ეს კი საკვერცხეთა ჰიპოსეკრეცია და ამ უკანასკნელის ნიადაგზედ ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გაღიზიანება.

9. ყველა ამ შაქრის რეაქციებს ჯერჯერობით ისეთივე სათუო მნიშვნელობა აქვს, როგორც დღემდე არსებულ ორსულობის სხვა სათუო ნიშნებს. დაბოლოს მოვალედ ვთვლი ჩემს თავს მადლობა გამოუტყვადო ჩემს მასწავლებელს პატ. პროფ. გ. ლამბარაშვილს, რომელიც ამ შრომის დამუშავებაში ხელმძღვანელობას მიწევდა.

ვსარგებლობ შემთხვევით მადლობა გამოუტყვადო პატ. პროფ. ივ. თიკანაძეს, რომელმაც ნება დამართო მათი კლინიკის ამბულატორული მასალით მესარგებლებია და აგრეთვე მადლობას ვწირავ ამერიკის ლაბორატორიულ და კერძოდ კი ექიმ ი. ხათრიძეს, რომლის შემწეობით აღნიშნული ლაბორატორიიდან რეაქციის საწარმოებლად ყურძნის შაქარს ვღებულობდი.

ლიტერატურა

1. Küstner—Die Bedeutung der Funktionen der Weiblichen Genitalorgane für den renalen Diabetes (arch. für gynäkologie № 117—1922.
2. Küstner. Der renale Diabetes während der Schwangerschaft in seiner Abhängigkeit von den Funktionen der Drüsen mit innerer secretion (Monatsch. für Geburts und Gyn. Band LXXI 1923, seite 119.
3. Neu M. Zur Kritik der frühgraviditätsdiagnostischen Methoden (Monatsch. für geburts. und Gyn. Band. LXVII August 1924 seite 63

4. Проф. В. В. Подвысоцкий. Основы общей и экспериментальной патологии изд. третье СПб. 1899 г. გვ. 145.

5. W. Scheffel. (Jena). Schwangerschaftsglykosurie und ihre verwendbarkeit zur Frühdiagnose. unter Berücksichtigung des Blutzuckers. რეფერ. Zentralblatt für Gyn. Nr 42, 1923.

6. K. Burger. Über Wert der Phlorizinprobe in der diagnostik der Schwangerschaft, S. 260. (Zentralbl. für Gyn. Nr. 7. 1923.

7, Sachs und v. Oettingen. zur Frage des Nachweises der Abderhaldenschen Reaction (Klin. Wochensch. Ar. 45 1922.

8. P. Köster. Über phlorizidin als Schwangerschafts-diagnostikum (Deutsche Med. Wochenschrift. 1923 Nr. 6).

9. Nothmann. Über die Verwertbarkeit der renalen Schwangerschaftsglykosurie als Frühdiagnostikum der Schwangerschaft (Klin. Wochenschrift 1923 № 19).

10. L. Dünner. Die Phlorizinemphindlichkeit der Diabetiker, რეფ. Врачеб. обоз. № 11 1922 г. გვ. 523.

11. Др. Б. И. Бурд. Краткий обзор современных лабораторных методов диагностики ранних сроков беременности (Врачеб. обозр. № 1—1924.)

12. მ. არჯევანიძე—ორსულობის ამოსაცნობი Kamnitzer-ის და Joseph-ის რეაქცია („თანამედროვე მედიცინა“ 1—2—1924).

13. Проф. А. И. Тимофеев и д-р А. И. Смирнов. О диагностическом значении флоридзиновой гликозурии при беременности (Кар. Мед. журнал № 1924 г. გვ. 390).

14. Окинчиц. О взаимоотношениях некоторых желез с внутренней секрецией СПб. 1913 г.

15. Проф. E. Bumm. Руководство к изучению акушерства, перевод изд. VII 1915 г. გვ. 134 Петроград.

16. Frank. Über die Ätiologie der experimentellen Schwangerschaftsglykosurie (Klin. Wochenschrift № 142—1922).

პრაქტიკული თერაპია.

ხოლესისტიტიისა და ხოლანგიტის მედიკამენტოზური წამლობა.

R. Decker-ი (კუჭ-ნაწლავებით დაავადებულთა სანატორიუმის გამგე მიუნ-ხენში) და Schmidt-ი ცნობას იძლევიან ფრიად კარგი შედეგების შესახებ, რომე-ლიც მათ მიიღეს ხოლესისტიტის და ხოლანგიტის Choleval-ით ვენაში შემხაუ-ნების შემდეგ. Choleval-ი ვერცხლის კოლოიდალური პრეპარატია, იხსნება წყალ-ში; გასაყიდ ამბულეზში ხოლვეალის 0,1 და 0,2. ერთ ამბულას Choleval-ისა ხსნიან 10 კუბ. გამოხდილ წყალში და 1%-ან 2%-იან ხსნარს უმხაუნიებენ ვე-ნაში (თუ კან-ქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილში მოხვდა, ჩნდება მტკივანი ინფილ-ტრათი).

Choleval-ის პირველ შემხაუნიებისთანავე კოლიკების შეტევები ქრებოდა, ქრებოდა აგრეთვე ანთებითი მოვლენები და ეცემოდა t°. საერთოდ საკმარისი იყო 4—5 ჯერ შემხაუნიება 1%-იან ხსნარისა დღეგამოშვებით, მწვავე შეტევების დროს კი 2%-იანისა.

ავტორები ფიქრობენ, რომ Choleval-ი არის საუკეთესო სადებინფექციო საშუალება ნაღველის სადინარებისთვის; მათი აზრით, სანამ არ იქნება ხმარე-ბული წინასწარ Choleval-ის შემხაუნიება, არ უნდა იყოს გაკეთებული ოპერა-ცია ნაღველის ბუშტის მოსაშორებლად, როგორც კარგს ნაღველას მდენს საშუა-ლებას ავტორები ასახელებენ აგრეთვე Cholaktol-ს (პრეპარატია ol. menthal pip)-ჯერჯერობით არ არსებობს ხანგრძლივი დაკვირვება.

(Decker. Münch. med. Woch. №№ 29 და 36. 1924 წ.).

ვლ. გ.—მია.

კალციუმი ფალკატოზის დროს.

(Deut. med. Woch. 1924. № 15).

Fürbringer-ის დაკვირვებით, კალციუმი ახდენს ძლიერ კარგს გავლენას ყო-ველგვარ ფალკატოზაზე. Calcium carbonicum არის იაფი პრეპარატი, თით-ქმის უგემო, მასთან მოქმედობს გაცილებით უკეთ და უფრო ჩქარა, ვიდრე ბის-მუტი, ტანალბინი, ოპიუმი და სხვა. დოზა: 3 ჯერ დღეში 2—3 gr. (დაახლო-ვებით თითო ჩაის კოვზი). ხანგრძლივად მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს შეკრუ-ლობაც. ერთ ავადმყოფს, რომელიც შეუწყვეტილად ლებულობდა კალციუმს,

რომ ფალარათობა არ განმეორებოდა, გაუჩნდა ძლიერი შეკრულობა და შემდეგ დიდი ტკივილებით გავიდა გაკირებულ მასაზე. კალციუმის გამოწერა: *Calcii carbon. praecipitat.* უნდა უბრალოთ *Cretae praeparat.* ასეთივე ცნობებს კალციუმით წამლობის შედეგის შესახებ იძლევა *Saphra-ც* (*ibid.* № 40). ომიანობის დროს, პალესტინის ფრონტზე, გაჩნდა მასიური დაავადება მძიმე და მედგარი ფალარათობის ფორმით (ინფექც. ხასიათისა). მას შემდეგ, რაც ჩვეულებრივი ფალარათობის მოსაჭრელ საშუალებით წამლობამ უშედეგოთ ჩაიარა, მიცემული იყო კალციუმი, რომელსაც სწრაფი ეფექტი მოჰყვა.

Boas-იც (*ibid.* № 44) იძლევა მთელ რიგ ჩვენებებს კალციუმის ხმარებისა ყოველგვარი ფალარათობის დროს. მას სურს მიაქციოს ექიმების ყურადღება ამ იაფი და უბრალო პრეპარატს.

კალციუმით წამლობა კარგს შედეგს იძლევა ე. წ. გასტროგენური (*Achil. gastric.*) ფალარათობის შემთხვევაში. შედეგი უკეთესია, ვინემ მარილ მყავასგან.

პანკრეოგენური ფალარათობის დროს *Boas-ი* აძლევს 3 ჯერ დღეში პანკრეონის 0,3 (*Rhenania*) და, გარდა ამისა, ამავე დროს *Calcii carbon., Calcii phosphor. aa* 0,5.

კალციუმს დიდი სარგებლობა მოაქვს აგრეთვე ბავშვების ფალარათობის დროს.

ბაზედოვის ავადმყოფობის შემთხვევაში კალციუმი არამც თუ სპობს ფალარათობას, არამედ მშვენივრად მოქმედობს დანაჩენ სიმპტომებზედაც (*exophthalmus* და სხვა).

Colitis ulcerosa-ს და აგრეთვე ტუბერკულოზის ნიადაგზე განვითარებულ ფალარათობაზე კალციუმი არ მოქმედობს, რაც შეიძლება ზოგიერთ შემთხვევაში გამოყენებულ იქნეს, როგორ დიაგნოსტიური ნიშანი მათი ჩვეულებრივი კატალური ფალარათობისაგან გასარჩევად.

კალციუმის გამოწერა:

Rp. *Calcii carbon.*

Calcii phosphor. aa

DS. თითო ჩაის კოვზი დღეში 3 ჯერ.

ძლიერ ბევრი კირი არის კვერცხის ქერქში, იხმარება კალციუმის მაგივრად, წვრილად დანაყული და გამოშრალი.

ჩამოთვლილი გაუხსნელი პრეპარატები კალციუმისა უნდა მიცემულ იქნას უზნოზე, ე. ი. ჭამამდე, რადგან კუჭის მარილმჟავა (ჭამის შემდეგ) უკარგავს მათ მოქმედების უნარს, რაზედაც თავის დროზე მიგვითითა *Loes-მ*

ვლ. გ—მა.

მოციმიციმე არითმიის წამლობა ქინილინით.

დასავლეთ ევროპაში მოციმიციმე არითმიას წამლობენ ქინილინით 1918 წლიდან და დღევანდლამდე გერმანულ ლიტერატურაში და ნაწილობრივ ფრანგულშიც გამოქვეყნებულია 376 შემთხვევა ასეთი წამლობისა. 51%-ში წამლობას მოჰყვა კარგი შედეგი.

24 შემთხვევიდან. რომელიც გატარებულ იყო პროფ. გ. ლანგის კლინიკაში, 16 შემთხვევაში სწორი რითმი მიიღეს (66,6%).

წამლობის გეგმა ასეთია: დასვენების, დიეტის და digitalis-ის საშუალებით ავადმყოფი მოყავთ კომპენსატორულ მდგომარეობაში. ამის შემდეგ მოხსნიან ხოლმე digitalis-ს და მეორე დღესვე იწყებენ ქინილით წამლობას.

ზოგიერთ ავადმყოფის ქინილინისადმი მომეტებულ მგრძობელობის გამო (ცენტრალური ნერვიული სისტემის აღზნებულობა, გულის ცემისა და სუნთქვით მოძრაობის შესუსტება) წამლობას იწყებენ ერთხილად 0,2—1 ჯერ პირველ დღეს, 0,2—2 ჯერ მეორე დღეს და შემდეგ მალე გადადიან 0,4—2 ჯერ და 0,4—3 ჯერზე დღეში და ასე განაგრძობენ რამოდენიმე დღის (4—8) განმავლობაში სწორი რითმის აღდგენამდე. თუ უკანასკნელი არ მოხდა, 7 დღით შესწყვეტენ წამლობას და აძლევენ მხოლოდ digitalis-ს, შემდეგ ისევ იწყებენ წამლობას. ქინილინის მიღების დროს ჩვეულებრივად ავადმყოფებს სტკივათ თავი, ეწყობათ ყურში შუილი, ემართებათ ფაღარათი. სხვა მოვლენები $1\frac{1}{2}$ წლის განმავლობაში არ ყოფილა აღნიშნული. ფაღარათობის დროს უნიშნავენ ოპიუმს, სითბოს, თავის ტკივილის დროს—ჩვეულებრივ საშუალებებს. თვიურის დროს ქინილინი არ უნდა იყოს მიცემული. ქინილინით წამლობის დროს, განსაკუთრებით თუ იგი კარგად მოქმედობს, აღნიშნულია ტახიკარდია, მაგრამ ეს არ შეადგენს წამლობისათვის წინააღმდეგ ჩვენებას.

ქინილინის საუკეთესოდ მოქმედებისათვის უნდა იყოს დაცული შემდეგი წესი: 1. ქინილინით წამლობა უნდა იყოს დაწყებული მხოლოდ გულის სრული კომპენსაციის აღდგენის შემდეგ; 2. წამლობა უნდა იყო გატარებული არა ამბულატორიულად, 3. ქინილინთან ერთად უნდა იყოს მიცემული კოფეინი, თეობრომინი, მაგრამ უკეთესია *ol. camphorae* 20%, 2 *cecm*³ იმდენჯერ დღეში, რამდენჯერაც ლეზულობს ქინილინი; 4. ნერვული სისტემის აღზნებულობის მქონე ავადმყოფს უხვად უნდა მიეცეს ბრომი, ვალერიანა, ქლორალ-ჰიდრატი, როგორც დაწყებამდე, აგრეთვე წამლობის დროს და სწორი რითმის აღდგენის შემდეგაც კი; ნარკოტიკებს გვირჩევენ როგორც უმალღეს ნერვულ ცენტროების დამამშვიდებელ ნივთიერებას და აგრეთვე *vagus*-ზე მომქმედს. (Ланг): 5. ქინილინი არ უნდა იყო მიცემული ინფექციურ ავადმყოფობის დროს, და ჯერ უნდა ეუწამლოთ ძირითად სნეულებას და შემდეგ გადავიდეთ ქინილინზე; ქინილინთან ერთად არ უნდა დაენიშნოს *digitalis*.

სწორი რითმი ჩვენს შემთხვევებში გრძელდებოდა მაქსიმალურად 17 თვე: არც ავადმყოფის ხნიერებას, არც გულის დაავადების ხასიათს არ ჰქონია გავლენა წამლობაზე. მნიშვნელობა აქვს თვით არითმიის ხანგრძლივობას, ახალ შემთხვევებში არითმიის შედეგი არის კარგი და სწრაფი.

ამრიგად გულის სნეულებების წამლობაში ჩვენ არ ვკმაყოფილდებით გულის კონპენსაციის აღდგენით, არამედ ვცდილობთ გამოვასწოროთ რითმი, რადგან, როგორც ეხლა უკვე დამტკიცებულია, თვით არითმიას შეუძლია გამოიწვიოს დეკომპენსაცია. (Арьев-ის ავტორეგერატიით).

III

სორესპონდენციები

ფსიქიატრიული საქმიანობა ჩვენში

(გაკვრით:)

საქართველოში ამ უბედურ ოთხი სპეციალური ფსიქიატრიული დაწესებულებაა: უნივერსიტეტის კლინიკა, რესპუბლიკის ცენტრალური სამკურნალო (90 ადგილია—ორთავეში ერთად), სურამის ახალშენი—90 კაცისათვის და ქუთაისის საავადმყოფო 50 საწოლით. საქმის დაყენების მხრით პირველი ადგილი (შედარებით, რასაკვირველია) ცენტრალურ საავადმყოფოს და კლინიკას უჭირავს. ქუთაისის საავადმყოფო მეტის-მეტად უმწეო მდგომარეობაშია. სრულიად გაუმართავი და უბატრონოთ მიგდებულია აგრეთვე სურამის ახალშენიც; სხვათა შორის, ამ დიდ დაწესებულებაში მხოლოდ ორი ექიმია—და იგიც არა ფსიქიატრები. ამ რიგად: მთელ რესპუბლიკაში, სადაც 6000 სულით ავადმყოფი მანც იქნება, მხოლოდ 230 საწოლი გვაქვს და ამათგანაც, თითქმის, ნახევარი არა სპეციალისტების გამგებლობაშია.

რა არის ამის მიზეზი? სიღარიბე? ხელ-მოკლეობა, რასაკვირველია, დიდი დაბრკოლებაა, მაგრამ მარტო ამით არ შეიძლება აიხსნას ფსიქიატრიული საქმის ასე უყურადღებოთ დატოვება და მოუგვარებლობა. საქმე ისაა, რომ სულით ავადმყოფებზე ჩვენში არ აქვთ მართებული შეხედულება, და უამისოთ შეუძლებელია ფსიქიატრიული მზრუნველობის სათანადოდ განვითარება. „ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ექიმს რა საქმე აქვს! თუ ამისთვის, საზოგადოდ, არის ხალხი საჭირო, ეს ისევ ფსიქოლოგები და ფილოლოგები“... „ფსიქიატრიული საავადმყოფო რა საჭიროა! რაკი ადამიანი სულით ავადმყოფი გახდა, აიღე და მოჰკალი... რაღას ეწვალება, მისი მორჩენა ხომ შეუძლებელია!“—ასე მსჯელობენ არა მარტო უბრალო მოქალაქენი, არამედ გამოცდილი და სახელმწიფო ექიმებიც კი. ჩვენ სწორედ იმათგან გავვიგონია ეგ სიტყვები. მათ ავიწყდებათ, რომ ფსიქიურ აშლილობას ბოლოს და ბოლოს საფუძვლათ უდევს ესა თუ ის ნივთიერი ცვლილება და როგორც ასეთს, მას დიდი მიზეზობრივი კავშირი აქვს სხვადასხვა ხასიათის სომატიურ დაავადებასთან. ფსიქიური ცხოვრების მატარებელი ორგანო დამოუკიდებელი, თავისთავად მოქმედი მანქანა როდია. მისი მუშაობა მჭიდროდ დაკავშირებულია ადამიანის მთელ ორგანიზმთან, და ამ უკანასკნელის წონასწორობის დარღვევა—თუ გინდ მის შორეულ ნაწილებში მომხდარ ცვლილებების გამო—ხშირად საბედისწერო გავლენას ახდენს თავის ტვინის (ქერქის) მოქმედებაზედაც. და დღეს, როცა სულიერ აშლილობას ასე მკაცრად უკავშირებენ ორგანიზმის საერთო მდგომარეობას, სისხლის შემად-

გენლობას, ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის პროცესებს, შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების მოქმედებას, თანდაყოლილ კონსტიტუციებს, ხასიათის თავისებურებათ, ანთროპოლოგიურ სხვადასხვაობათ და სხ., ჩვენში ამ საკითხს ისევე ადამის თვალებით უცქერიან და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ექიმის მუშაობა, უბრალო დროს დაკარგვად მიაჩნიათ.—შემცდარია ის აზრიც თითქოს სულიერი დაავადება აბსოლიუტურად მოუტრჩინელი არის. რა უყოთ, რომ ბევრ შემთხვევაში მართლაც სრულიად უძლურნი და უმწეონი ვართ. განა ამიტომ თავი უნდა დავენებოთ ავადმყოფებზე ზრუნვას და მათი განკურნების ცდას! მედიცინის რომელ დარგში არ არის მსგავსი შემთხვევები?—რას ფიქრობს, მაგალითად ქირურგი, როცა კიოჩხიბით დაავადებულ ავადმყოფს ოპერაციას უკეთებს და სხეულის ამა თუ იმ ნაწილს აცლის და ამოვრებს?—რას ფიქრობს თერაპევტი, როცა ის ქლექით ქანც-მილეულ და იმედ-გადაწყვეტალ ავადმყოფს ხელს-კიდებს და წამლებს უნიშნავს? ვის აქვს უფლება უთხრას მათ: „თავი გაანებეთ; ხომ იცით—ველარაფერს უშველით“, ან: „რა კი მოსარჩენი არ არის, აიღეთ და მოჰკალითო.“ მაგრამ, როგორც უკვე მოგახსენეთ, სულით ავადმყოფების მკურნალობა არც ისე უმწეო და უნუგეშოა. სპეციფიური წამლობა ყველა დარგში მცირე და განსაზღვრულია, ხოლო რაც შეეხება სიპტომატიურ ექიმობას, ეგ ლონისძიება ფსიქიატრიაშიაც საკმაოდ კარგს შედეგებს იძლევა. ფსიქოთერაპიაიც ხომ უტყუარ სამკურნალო გავლენას ახდენს ზოგიერთ შემთხვევაში. განკურნების 1/10-ი სულით ავადმყოფთა შორის არც ისე მცირეა, როგორც ზოგიერთებს ჰგონიათ. „მაგრამ რა .. მორჩება— ისევე გაუმეორდებაო“—გვისაცხედურებენ ჩვეულებრივად. არც ეს არის სავსებით სწორი და მართალი. სულიერ აშლილობის განმეორება სრულიადაც არ არის სავალდებულო და აუცილებელი. მაგრამ ასეც რომ იყოს, განა ამიტომ მკურნალობაზე ხელი უნდა ავიღოთ? ავადმყოფობის შეუმჩნევლად მიმდინარეობის და რეციდივების საკითხი—საჭირობოროტო საკითხია საერთოდ მედიცინაში და არა მარტო ფსიქიატრიაში. ყოველ შემთხვევაში, ის არ გამოდგება ფსიქიატრიული მკურნალობის უარსაყოფ საბუთად.

ამ ბოლო დროს ძალიან ბევრს ლაპარაკობენ, ეგრეთ წოდებულ, თავდაცვითი ზომების ორგანიზაციის შესახებ. უმთავრესი ყურადღება მედიცინაში გამაფრთხილებელ ლონისძიებათ ექცევა. ყურადღების ცენტრში მოექცა სხვადასხვა სოციალური დაავადება: ათაშანგი, ქლექი, მალარია... მოსალოდნელი იყო, რომ სულის ავადმყოფობაც იმათ რიცხვში მოჰყვებოდა; მაგრამ მოლოდინი არ გამართლდა, თითქოს სულის ავადმყოფობა დიდ სოციალურ უბედურებას არ წარმოადგენდეს. და ამ დროს, როცა სხვადასხვა უწყებებისა და დაწესებულებების მიერ ჩვენი ქვეყნის ცენტრში და შორეულ კუთხეებში იხსნება სამალარია პუნქტები და სადგურები, არსდება ვენერიულ სნეულებასთან და ტუბერკულოზთან საბრძოლველი დისპანსერები, ეწყობა სპეციალური ექსპედიციები და აუარება თანხა იხარჯება ხალხში სათანადო პროპაგანდის საწარმოებლად,—აი ამ გაცხოველებულ მუშაობის დროს სულით ავადმყოფებს არავინ იგონებს, ფსიქიატრიული მზრუნველობის და პროფილაქტიკის საკითხი ადგილიდან არ იძვრის, და ეგ საქმე, დაახლოებით, ეხლაც ისეთივე მდგომარეობაშია, როგორშიაც იყო ამ რამოდენიმე წლის წინეთ. ჩვენს საზოგადოებრივ აზრს, თითქოს, ბუნებრი-

ვად მიაჩნია სულით ავადმყოფების ქუჩა-ქუჩა სირბილი, აღუშფოთებლად გადა-
 აქვს ის ფაქტი, რომ ბევრი მათგანი მთელი წლობით ჯაჭვებით ჰყავთ დაბმუ-
 ლი (ან ხაროში ჩამწყვდეული) და კიდევ უფრო გულგრილად (ზოგჯერ სიამოვ-
 ნებითაც) უცქერის ჭკუით სუსტებისა და, საზოგადოდ, ქრონიკულ სულით ავად-
 მყოფთა ქორწინებას, რაც ასე საბედისწეროა მემკვიდრეობისათვის და სრუ-
 ლიად მიუღებელია საზოგადოებრივი პროფილაქტიკის თვალსაზრისით.

ჩვენ არ გვყავს ფსიქიატრები. სხვა სპეციალობის ექიმებს კი სულის ავად-
 მყოფობაზე არ აქვთ სათანადო წარმოდგენა. ამის დასამტკიცებელი საბუთები
 მრავლის უმრავლესია. აიღეთ, თუ გინდ, წითელი არმიის ნაწილები. იქ ხშირად
 შეხვდებით გონებრივად ჩამორჩენილ ახალგაზრდებს. ფილტვების ანთება თუ ვერ
 გამოიცილო ექიმმა, ეგ მიუტევებელია, მაგრამ, როცა ის იდიოტს ან იმბეცილს
 სამხედრო სამსახურისთვის სავარგისად სთვლის, ეს მას რატომღაც ცოდვად არ
 ეთვლება.

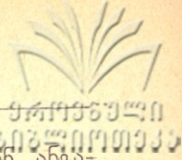
ეხლა სატუსალოებში შეიხედეთ. რამდენი სულით ავადმყოფი იხდის სას-
 სჯელს! ამ ჟამად ფსიქიატრიულ კლინიკაში იმყოფება, სხვათა შორის, ერთი
 ქრონიკული სულით ავადმყოფი, რომელსაც ერთ-ერთ სამაზრო სასამართლოს მი-
 ერ რამდენიმე წლის ტყვეობა აქვს მისჯილი. ეს ავადმყოფი გასამართლების დროს
 ექიმებს შეუმოწმებიათ და ჯანმრთელად უცვნიათ. ნამდვილად კი ბოღვითი იდე-
 ებითაა სავსე და მკვლელობაც (მოჰკლა ცოლი და ორი შვილი) ამ ბოღვითი იდე-
 ების და ჰალუცინაციების გავლენით აქვს ჩადენილი. ასეთი პირი საავადმყო-
 ფოს ნაცვლად სატუსალოში მოხვდა და ვინ იცის, რამდენ ხანს დაჰყოფდა იქ,
 თუ ის შემთხვევით არ ენახა ექიმ ფსიქიატრს, რომლის გამოსარჩლებამაც იხსნა
 ციხის კედლებიდან. კიდევ უფრო საზარელი ფაქტი: 1919 წ. ო-ს სამაზრო სა-
 ტუსალოში მოჰკლეს ერთი ახალგაზრდა პატიმარი, რომელიც აშკარა სულით
 ავადმყოფი იყო და ყოველთვის, როცა ეზოში სასეირნოდ გამოჰყავდათ, სადღაც
 მიიწევდა, თითქოს გაქცევას აპირებო. ერთ ასეთ „თავხედობის“ დროს მო-
 თმინებიდან გამოსულმა ციხის უფროსმა ავადმყოფ კაცს შუბლში რევოლვერი
 დაახალა და წუთისოფელს გამოასალმა. ეს ავადმყოფი რამდენიმე თვის განმა-
 ვლობაში იყო სატუსალოში, მაგრამ ციხის ექიმს ერთხელაც არ შეუნიშნავს, რომ
 მას სულიერი აშლილობის უტყუარი ნიშნები ჰქონდა.

რამდენი ერთი დაეასახელო. ასეთი ფაქტებით სავსეა ჩვენი ყოველდღიური
 ცხოვრება. განათლებულ ქვეყნებში იუსტიციის წარმომადგენლებს მაინც და მაინც
 კარგ გუნებაზე ვერ დააყენებდა მზგავსი ფაქტების აღნუსხვა...

დეფექტიურ ბავშვთა აღზრდის საქმეც ასე მოუწესრიგებელია ჩვენში. რა-
 ლაც ორიოდვე სახლი არსებობს მათთვის, მაგრამ გამოცდილ და საქმის მცოდ-
 ნე ხელმძღვანელთ ვერც იქ ვხედავთ.

მწარე სინამდვილე ასეთია: ხალხი არ გვყავს—მომზადებული ხალხი... და
 არც გვეყოლება, თუ იმ გზით ვიარეთ, რომლითაც ეხლა დავდივართ.

ფსიქიატრია კლინიკური მედიცინის ყველაზე უფრო მძიმე და უშემოსავ-
 ლო დარგია. ფსიქიატრს კერძო პრაქტიკა ვერაფერს მისცემს. ფსიქიატრიულ და-
 წესებულბებში მუშაობა მეტის-მეტად ძნელი, სახიფათო, დამალავი და ჯა-
 ნის აღრე გამტეხია. ამის გამო განათლებულ ქვეყნებში ამ დარგში მომუშავენი



შედარებით უფრო კარგ პირობებში ჰყავთ. ძველ [რუსეთშიაც უწყვედნი ანგარიშს ამ გარემოებას, და ფსიქიატრები მაშინ სხვებთან შედარებით ჯამაგირსაც მეტს იღებდნენ და სხვა პრივილეგიებითაც (პენსიის ადრე დამსახურება და სხ.) სარგებლობდნენ. მიუხედავად ამისა, ფსიქიატრიის ახალგაზრდობა მაინც ნაკლებად ეტანებოდა. შემთხვევითი მოვლენა როდია, რომ მრავალრიცხოვან ქართველ ექიმთა შორის მხოლოდ სამი თუ ოთხი სტაჟიანი ფსიქიატრია.

ახალი საქართველოს სინამდვილე ამ მხრით კიდევ უფრო დამაფიქრებელია. ჩვენში რომ 15 ფსიქიატრი იყოს, ამათგან რვა მაინც იძულებული გახდება სხვა საქმეს მოჰკიდოს ხელი. კერძო პრაქტიკა, როგორც ვსთქვით, ამ დარგში არაფერს იძლევა, ჯამაგირიანი ადგილების რიცხვი კი ფრიად განსაზღვრულია. მაგრამ ხალხს ვერც ეს ადგილები იზიდავს. მთელი წლის განმავლობაში დაეძებდა ჯანსაღკომისარიატი ერთ ექიმს სურამის ახალშენისათვის; ბევრს სრულიად გამოუცდელ და უსტაჟო ახალგაზრდასაც კი შესთავაზეს ეგ ადგილი, მაგრამ დიდხანს ვერაფერს დაითანხმეს. ახირებული საქმე: ქალაქისა და რკინისგზის საავადმყოფოებს რომ თავი დავანებოთ, ეხლა სოფლის სამკურნალო პუნქტებზედაც კი ექიმები გაცილებით მეტ გასამჯელოს იღებენ, ვიდრე ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ფსიქიატრიულ დარგში მუშაობა ყოველგან ძნელი და სახიფათო საქმეთაა მიჩნეული. თუ ეს ითქმის ევროპის მშვენიერად გამართული საავადმყოფოების შესახებ, რა მძიმე და აუტანელი უნდა იყოს ფსიქიატრის მუშაობა ჩვენში, სადაც სულით ავადმყოფთა სამკურნალოებში და ახალშენში, სხვას რომ ყველაფერს თავი დავანებოთ, იმის საშუალებაზეც კი არ არის, რომ ავადმყოფებს თავის დროზე თბილი აბაზანა მიაღებინოთ და თეთრეული გამოუცვალოთ. ასეთ პირობებში ხუთი თუმნისთვის ვინ ოხერი გაიმწარებს აწმყოს-მით უფრო მაშინ, როცა პერსპექტივაც არ არის ნათელი და იმედიანი! „კი, მაგრამ... მეცნიერებისადმი სიყვარული, ინტერესი, იდეალი“ — იტყვის ზოგიერთი. ყველა თავისებურად მსჯელობს, მაგრამ, ჩემის აზრით, მშვიერ კაცს (სახეში ჩვეულებრივი ადამიანები მყავს, რასაკვირველია) დიდ-ხანს არც სიყვარული შეუძლია და არც ნაყოფიერი მუშაობა. ლიტერატურულ გმირებს რეალურ ცხოვრებაში ნაკლებად ვხვდებით. მოწინავე ქვეყნებში, ალბათ ჩვენზე კარგად ესმით ეს ქვეშარიტება და ზოგ ადგილზე ცოტა მეტ საკენკს მისთვის ყრიან ხალხის მისაზიდავად...

საქართველოში არ არის არც ერთი უწყება, არც ერ აი, ცოტად თუ ბევრად, მძლავრი საზოგადოებრივი ორგანიზაცია, რომელსაც ფსიქიატრიული საქმე ახლო არ ეხებოდეს; მიუხედავად ამისა, ჩვენში არ არის არც ერთი საქმე, რომელიც ისეთ უმწიერ მდგომარეობაში იყოს, როგორშიაც არის ფსიქიატრიული მკურნალობა, მზრუნველობა, ექსპერტიზა და სხ.

თვალსაჩინო მაგალითი: ტფილისის (ქალაქს) არ აქვს არც ერთი ადგილი სულით ავადმყოფისათვის; ეს იმ დროს, როცა სომხეთში ავადმყოფთათვის მას მშვენიერად მოწყობილი საავადმყოფოები მოეპოვება, როგორც შიგ ქალაქში, ისე მაზრის სხვადასხვა კუთხეებში; არც ზრუნავს ამ საქმეზე. პირიქით, თუ მეხსიერება არ მლაღატობს, შარშან ჯანსაღკომისარიატს, მგონი, ხელიც კი შეუშა-

ლა ახალშენის გამართვის საქმეში—მით, რომ აღრე დაპირებულ შენობაზე ბოლოს უარი უთხრა¹).

მაგალითისთვის ესეც ემარა, თორემ გულგრილობას ამ საქმეში ჩვენ ვუსაყვედურებდით აგრეთვე—წითელ ჯვარს, რკინის გზას, დამზღვევ სალაროს და სხ. რადგანაც ასეთი საყვედური მათაც საკმაოდ აქვთ დამსახურებული.

გასულ წელს ჯანსაღკომისარიატმა განიზრახა სულით ავადმყოფთა რეგისტრაციის ჩატარება; ამ დიდი მიზნის განხორციელებას ის სამკურნალო და საფერშლო პუნქტების საშუალებით აპირებს. სულ არაობას ამ წესით მოხდენილ აღნუსხვაც აჯობებს, მაგრამ დიდი მეცნიერული ღირებულება რომ არ ექნება მას, ეს ყველასათვის აშკარა უნდა იყოს. ჩვენს ექიმებს და, მით უფრო, ექიმის თანაშემწეებს არ აქვთ იმდენი ცოდნა და პრაქტიკული გამოცდილება, რომ მათ მიერ გატარებულმა რეგისტრაციამ საჭირო გარკვეულობით წარმოგვიდგინოს სინამდვილე.

ფსიქიატრია სპეციალური დარგია, და ვისაც სათანადო სტაჟი არ გაუფლია, ის ამ დარგში ვერაფერს გააკეთებს...

რამოდენიმე სანუგეშო ცნობაც:

ამ 7-8 თვის წინეთ ჯანმრთელობის კომისარიატის ინიციატივით დაარსდა „სულით ავადმყოფთა დამხმარე საზოგადოება“. მართალია, ამ საზოგადოებას დღემდე არავითარი ინიციატივა არ გამოუჩენია; მაგრამ, რაკი დაარსებულია, უნდა ვიფიქროთ, რომ მომავალში მაინც გააკეთებს ცოტა რამეს.

რკინის გზას განუზრახავს ათიოდე საწოლის მოწყობა. ასეთივე განზრახვა ჰქონია დამზღვევ სალაროს.

გამსახლების სამმართველოც ჰფიქრობს, თურმე, პატარა განყოფილების გახსნას ტუსაღებისათვის.

სახელმწიფო საგეგმო კომისიაში კითხვა დაუყენებიათ კიდევ ერთი ახალი სამკურნალოს გახსნის შესახებ.

ამბობენ—მომავალ ზაფხულში სამეცნიერო ექსპედიციები გაიგზავნება ზოგიერთ მაზრებშიო...

კარგი იქნება, თუ ეგ ხმები გამართლდა, მაგრამ ჩვენ არც ამ მცირე საქმის გაკეთების იმედი გვაქვს. უკვე არსებული დაწესებულებები ვერ უზრუნველგვიყვია საჭირო მოწყობილობით (აბაზანები, საწოლები, თეთრეული, წამლები). ექიმებით (სურამი), მომვლელ პერსონალის საკმაო რაოდენობით, და ასეთ პირობებში სამეცნიერო ექსპედიციების მოწყობაზე და მით უმეტეს ახალ სამკურნალოს გახსნაზე ფიქრი, რატომღაც, განუხორციელებელ ოცნებად გვეჩვენება...

ორიოდე სიტყვა კლინიკის შესახებაც.

ეგ მნიშვნელოვანი დაწესებულება მოთავსებულია ცენტრალურ ფსიქიატრიულ სამკურნალოსთან და ფაქტიურად მის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს,

¹) ამას წინეთ ერთერთ საარჩევნო კრებაზე ქალ. წარმომადგენელს უსაყვედურეს — ქალაქში ბევრი მწვავე სულით ავადმყოფია, სათანადო პატრონობას მოკლებული, და ჯანმრთელობის განყოფილება რატომ არ აქცევს ამას ყურადღებასო. მან უპასუხა ეს ჩვენი საქმე არ არის; სულით ავადმყოფებზე ჯანმრთელობის კომისარიატმა უნდა იზრუნოსო. მზგავს შემთხვევებზე უთქვამთ, ალბათ: „ყვავს შვილი მოუკვდა და ბუს მიუგდო—შენ იტირე, დიდი თავი გაქვსო“.

რადგანაც ნივთიერად საესეებით ჯანმრთელობის კომისარიატზეა დამოკიდებული; აქვს ოთხი წლის ისტორია და ამ ხნის განმავლობაში მან საკმაოდ დიდი როლი ითამაშა, როგორც ახალგაზრდა ექიმების მომზადების, ისე ფსიქიატრიული მზრუნველობის გაუმჯობესების საქმეში. ავადმყოფებს დღეს გაცილებით უკეთეს პირობებში ინახავენ (შედარებით) და მკურნალობის მეთოდებიც საგრძნობლად გაუმჯობესებულია. გაუქმებულია იზოლატორები და ხმარებაში აღარ არის არც ერთი შემავიწროებელი ღონისძიება. ავადმყოფების მახლობლები ადრინდელ „საგიჟეთს“ დღეს უკვე საკმაოდ ნდობით უცქერიან და ნამდვილ სამკურნალოდ თვლიან. ავადმყოფები ბლომად მოჰყავთ, მაგრამ ადგილების სიმცირე არ იძლევა მათი მიღების საშუალებას. კლინიკა (და, მასასადამე, სამკურნალოც) ჯერ კიდევ ორგანიზაციულ ხანაში იმყოფება; ამავე ღრის ის აწარმოებს მეცნიერულ მუშაობასაც, დასახული აქვს ფართე სამოქმედო გეგმა და უკვე შემდგარია წინმსვლელობის სწორ გზაზე, მაგრამ (ეს ოხერი მაგრამ!) ნივთიერი ხელმოკლეობა სათავეშივე ჰკლავს ყოველივე კეთილ განზრახვას; და, თუ ამას მიუმატებთ მოწინავე წრეებისა და ფართე საზოგადოების გულგრილობას, რომელზედაც ჩვენ ზემოთ გვქონდა საუბარი, მაშინ ნათლად დავინახავთ იმ დიდ დაბრკოლებას, რომლის გადალახვა არც ისე ადვილი საქმეა. ფსიქიატრიული საქმის გამარჯვებისათვის ჩვენში კიდევ დიდი და ხანგრძლივი ბრძოლაა საჭირო.

ტ. ლლონტი.

1925 წ. 25 მარტი

რ ე ზ ე რ ა ს ტ ე გ ი

შინაბანი სნეულეგანი.

Sinton. მალარიის წამლობა მაგნეზიუმ-სულფატთან შერეული ქინა-ქინით და ტუტით. (Indian. med. gaz. Bd. 58, № 9).

მალარიის შეტევას თავის კლინიკური მზავსობის გამო (მოულოდნელი დასაწყისი, კრიტიკული დაცემა სიცხისა, სისხლის წნევის დაწვევა, სისხლის სიმკვავობა, სისხლის თეთრი ბურთულების რიცხვის შემცირება და აგრეთვე სისხლის ფირფიტებისა) უყურებენ, როგორც ანაფილაქტიურ მოვლენას, გამოწვეულს პარაზიტების, როგორც უცხო სხეულის, შეწურვით. სისხლის სიმკვავობასთან ბრძოლას აქვს დიდი მნიშვნელობა, რადგან ქინა-ქინა მოქმედობს პროტოპლაზმურ უფრო მძლავრად ტუტოვან ხსნარში.

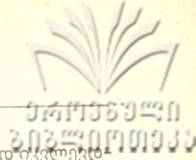
თანაბარი რიცხვი მალარიის კეთილსა და ავთვისებიან ფორმებზე გატარებული იყო წამლობა მაგნეზიუმ-სულფატით და ტუტით და უიმისოთ. წამლობის დაწყების წინ ერთი დღით ავადმყოფები იღებდნენ 3 გრანი კალომელისა და 1 უნც. მაგნეზიუმ-სულფატს.

ტუტე შესდგებოდა 60 gr. Natrium bicarbon. 40 gr. Natrium citr. 1 უნც. წყალზე. ქინა-ქინის ხსნარი— 10 gr. Chinin. sulf. 30 gr. acidi citrici და 60 gr. Magnesium sulf. 1 უნც. წყალზე.

- I ჯგუფში ავადმყოფმა მიიღო 110 grn. ქინა-ქინისა 4 დღის განმავლობაში:
 - 34 ავადმყ. მიიღო ქინა-ქინა ტუტით—რეციდივი იყო 27,9%
 - „ „ მარტო ქინა-ქინა „ „ 40%
 - II ჯგუფში ავადმყოფმა მიიღო 180 grn. ქინა-ქინისა 7 დღის განმავლობაში:
 - 18 ავადმყ. მიიღო ქინა-ქინა ტუტით—რეციდივი იყო 22,2%
 - 14 ავადმყ. მიიღო მარტო ქინა-ქინა „ „ 42,8%
 - III ჯგუფში მიცემული იყო 120 grn. ქინა-ქინისა 4 დღის განმავლობაში:
 - 18 ავადმყ. მიიღო ქინა-ქინა ტუტით—რეციდივი იყო 38,8%
 - 16 ავადმყ. მიიღო მარტო ქინა-ქინა „ „ 56,2%
- ამ სამ ჯგუფში შევიდნენ ავადმყოფები მალარიის კეთილთვისებიან ფორმით დაავადებულნი (tertiana), შემდეგ ჯგუფებში კი—მხოლოდ ავთვისებიანი ფორმით.
- IV ჯგუფში ავადმყოფმა მიიღო 110 grn. ქინა-ქინისა 4 დღის განმავლობაში:
 - 27 ავადმყ. მიიღო ქინა-ქინა ტუტით—რეციდივი იყო 37%
 - 20 ავადმყ. მიიღო მარტო ქინა-ქინა „ „ 68%
 - V ჯგუფ. ავადმყოფმა მიიღო 180 grn. ქინა-ქინისა 7 დღის განმავლობაში:
 - 53 ავადმყ. მიიღო ქინა-ქინა ტუტით—რეციდივი იყო 15,4%
 - 53 „ „ მარტო ქინა-ქინა— „ „ 72,2%
 - VI ჯგუფ. „ „ 120 gr. ქინა-ქინისა 3 დღის განმავლობაში:
 - 5 ავადმყ. მიიღო ქინა-ქინა ტუტით—რეციდივი იყო 20%
 - 5 „ „ ქინა-ქინა „ „ 80%
- (ჰინსბურგის რეფერატით)

ვლ. გ—მია.

A. Chauffard და M. Debray.—თირკმელის და ნაღველას ბუშტის კენჭების ურთიერთ დამოკიდებულება. (Pr. Méd. № 9. 1925).—ამ წერილში ავტორებს მოჰყავთ იმ გამოკვლევების დასკვნები, რომელნიც მათ აწარმოეს თირკმელის და ნაღვე-



ლას ბუშტის კენჭების ურთიერთ დამოკიდებულების შესახებ. ავტორები პარალელურად იკვლევდნენ ჰიპერხოლესტერინემიულ (ხოლელითიაზი) და ჰიპერურიცემიულ (პოდაგრა, თირკმელის კენჭები) მდგომარეობების დროს ხოლესტერინის და შარდის მყავის რაოდენობას სისხლის შრატში. ამ გამოკვლევების და კლინიკური დაკვირვების მიხედვით ისინი შემდეგს დაასკვნან:

1) როდესაც ერთსა და იმავე პირს ერთსა და იმავე დროს აქვს ნალღველას ბუშტის და თირკმლის კენჭები, მაშინ, შემთხვევათა უმრავლესობაში, პირველად ნეფროლითიაზი ჩნდება და ხოლო შემდეგ კი ხოლელითიაზი.

2) ჰიპერურიცემიული მდგომარეობა (პოდაგრა, ნეფროლითიაზი) ძალიან ხშირად იძლევა ხოლესტერინის რაოდენობის მომატებას სისხლში და ამგვარად ხელს უწყობს ხოლელითიაზის წარმოშობას (ცნობილია რომ Chauffard-ი და მისი მოწაფეები სთვლიან ჰიპერხოლესტერინემიას ნალღველას ბუშტში კენჭების გაჩენის მთავარ მიზეზად. ი. პ.).

3) პირიქით, პირველადი ჰიპერხოლესტერინემიული მდგომარეობა (პირველადი ხოლელითიაზი ე. ი. ისეთი ხოლელითიაზი, როდესაც მასთან ერთად არ არსებობს ნეფროლითიაზი) არ იძლევა შარდის მყავის რაოდენობის მომატებას სისხლში და ამგვარად ხელს არ უწყობს არც პოდაგრის და არც შარდის ქვიშის წარმოშობას.

4) თუ ერთსა და იმავე დროს ერთსა და იმავე პირს აქვს პოდაგრა და ხოლელითიაზი, მაშინ ავტორები ფიქრობენ, რომ პოდაგრა წარმოადგენს პირველად სნეულებას. იგი წარმოადგენს იმ ნიადაგს, რომელზედაც წარმოიშობა და განვითარდება ხოლელითიაზი.

ი. პ.

Freund R. და Berger E. (Berlin) სტრეპტოკოკების სისხლში პოვნის საკითხის შესახებ. (Deutsche Medicin. Woch. 1924, № 20.

Isaak—Krieger K. და Friedländer W. (Berlin). ქრონიკული სექტიური დაავადებების, განსაკუთრებით ენდოკარდიტების, კლინიკის და ბაქტერიოლოგიის საკითხის შესახებ. (ibidem).

Robert Koch-ის ინსტიტუტში Freund-ი და Beger-ის მიერ შემუშავებული ტენიკა სისხლის გასინჯვისა იყო შემდეგი: 5—10 კუბ. სანტიმ. ვენიდან აღებულ სისხლს ასხამენ სტერილურ მასრაში. სისხლის შედედების შემდეგ, შრატს გადაასხამენ და დანარჩენი სისხლის კოულურ იხმარება დასათესად. ამისთვის მას ათავსებენ ერლენმაიერის კოლბაში, რომელშიაც 50 კუბ. სანტიმ. ბულიონია +10% ცხენის შრატი. უკვე 24 საათის შემდეგ, ამ მეთოდის საშუალებით შესაძლებელი იყო აღმოჩენა სისხლში სტრეპტოკოკებისა. 19—დან 16—შემთხვევაში Endocarditis lenta-სი მიღებული იყო კულტურა მწვანე სტრეპტოკოკებისა, 3 შემთხვევაში კი მწვანე და ჰემოლიტურისა. სწორეთ ასეთივე შედეგი იყო მიღებული მწვანე ენდოკარდიტის დროსაც. ამნაირად უმრავლეს შემთხვევაში ჩვენ გვაქვს საქმე Streptococcus viridans-თან. ავტორების შეხედულებით ამ უკანასკნელს არ უკავია განცალკავებული ადგილი ჰემოლიტური სტრეპტოკოკის მიმართ, არამედ ჰემოლიტურ სტრეპტოკოკს შეუძლია გადავიდეს არაჰემოლიტურ მწვანე ფორმაში. თუმცა ამ მეთოდის საშუალებით შესაძლებელი არის მიღება კულტურისა თითქმის ყველა 100%-ში Endocarditis lenta-სი, endocarditis acuta-სი და სეპსისისა, მაგრამ მას მაინც არა აქვს გადაპტრელი მნიშვნელობა დიაგნოზისათვის, რადგან ასეთივე შედეგი ავტორების მიერ მიღებული იყო სხვა სნეულების დროსაც, სადაც სტრეპტოკოკები არ იყო პირვანდელი გამოწვევი მიზეზი, მაგალითად ტუბერკულოზის, ქუნთრუშის, ანემიის და Cholangitis-ის დროს. ასეთივე დასკვნამდე კლინიკურ თვალსაზრისით მივიდნენ Isaak-Krieger-ი და Friedländer-ი.

Endocarditis lenta-ს დიაგნოზი დაისმება ავადმყოფობის მსვლელობის და კლინიკურ სურათის მიხედვით. დიაგნოზის დასმაში შეიძლება დახმარება გაუწიოს ბაქტერიოლოგიურმა გამოკვლევამ, რომელსაც აქვს დიდი მნიშვნელობა სწორეთ ავადმყოფობის დასაწყისში.

შემდეგ აღნიშნულია ხაზგასმით, რომ Endocarditis lenta-ს და Endocarditis recurrens-ის განსაზღვრა საგნებით ერთის მეორესაგან შეუძლებელია ყოველ შემთხვევაში სტრეპტო-

კოცების ნახვა სისხლში არ იძლევა უფლებას აუცილებლად ავთვისებიანი დაავადება აღვინიშნოთ, რადგან სტრუბტოკოკებს პოულობდნენ სისხლში აგრეთვე მწვავე Endocarditis დროსაც, რომელიც ჩვეულებრივად თავდება სრული განკურნებით.

ვლ. გ—მაია.

ბავშვთა სნეულებანი

Bela Steinder. Über den Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis. Jahrluch für Kinderheilkunde, იენისი 1923 წ.

ავტორი აღნიშნავს მერყეობას მენინგიტის კლინიკური სურათისა და აგრეთვე ც.-სპინალური სითხის ნიშნების არა მუდმივობას, და მათი ცვალებადობას. ასე მაგ. ის ამბობს რომ ტუბერკულოზური მენინგიტის დროსაც, მას უნახავს უარყოფითი Pandy-ს რეაქცია, მაშინ როცა ზოგიერთებისათვის უარყოფითი Pandy სინამდვილით რიცხავს ტუბერკულოზური მენინგიტის შესაძლებლობას. არც ციტოლოგიური გამოკვლევა იძლევა ყოველთვის გარკვეულ პასუხს. ასე მაგალითად თუმცა მიღებულია რომ ტუბერკულოზური მენინგიტს ახასიათებს ლიმფოციტოზი, მაგრამ ამნაირივე ლიმფოციტოზს ადგილი აქვს არა იშვიათად სეროზული მენინგიტების დროსაც, ხანდახან მას ეპიდემიური ც.-სპინალური მენინგიტის დროსაც ვხვდებით. ამგვარი მდგომარეობის გამო ავტორს განუზრახავს გამოერკვია დიაგნოსტური მნიშვნელობა შაქრის გამოკვლევისა ც.-სპინალური სითხეში. ავტორი ჯერ აღნუსხავს რომ შაქრის რაოდენობა ც.-სპინალურ სითხეში მისი მასალის მიხედვით ნორმალურად ირყევა 0,05%—0,08%—შორის. ეს ციფრები, სრულებით ეთანხმება Borberg-ის (0,05—0,075%) და Kahler-ის (0,06—0,08%) ციფრებს.

რაც შეეხება ტუბერკულოზურ მენინგიტს, ავტორის დაკვირვებით აქ დამახასიათებელია შაქრის რაოდენობის დიდი დაკლება. სწორედ ერთ შემთხვევაში, როცა Pandy უარყოფითი, იყო, ლიმფოციტოზიც ძალიან ნაკლებად გამოხატული, ავადმყოფს ქონდა რწყევა, დიდი სიცხე, გაშტერებული გამომეტყველება (starrer Blick), სისხლში კი ლევიკოციტოზი 21000—მდე, Kernig-ი, Brudzinski და კეფის გაშეშება კისრულებით არ ქონია. ამნაირი სიმპტოკომპლექსის დროს, როცა თითქმის ყველაფერი ეწინააღმდეგებოდა აზრს ტუბერკულოზური მენინგიტის შესახებ, ავტორს დაუსვამს ეს საშინელი დიაგნოზი მარტო შაქრის რაოდენობის დაკლების მიხედვით (0,045%) ეს დიაგნოზი სექციას გაუმართლებია. მაგრამ შაქრის რაოდენობის დაკლება გვხვდება სხვა მენინგიტების დროსაც—დასძენს ავტორი, და ტუბერკულოზური მენინგიტისათვის გარდა ამ დაკლებისა დამახასიათებელია სწორედ მუდმივი თანდათანობითი და ნელი დაკლება ამ შაქრის რაოდენობისა. (მაგ. ნახსენებ ავადმყოფს 16/IX ქონია 0,043%, 19/IX 0,025, 22/IX 0,025, 24/IX 0,012%) მაგრამ ამგვარ თანდათანობით დაკლებას შაქრისა სამწუხაროდ ვხვდებით არა ყოველ შემთხვევაში ტუბერკულოზური მენინგიტისა. ავტორს ქონია ისეთი შემთხვევაც, როცა მიუხედავად ნამდვილი ტუბერკულოზური მენინგიტის არსებობისა, შაქრის რაოდენობის დაკლების შემდეგ მას უნახავს განმეორებითი პუნკციების დროს მისი ხელახალი მიმატება. მაგრამ ასეთი გარემოებას ავტორი თვლის გამონაკლისად.

ც.-სპინალური ეპიდემიური მენინგიტის დროსაც ავტორი, ისე როგორც სხვები, აღნიშნავს დიდ დაკლებას შაქრის რაოდენობისა ც.-სპინალურ სითხეში, მაგრამ აქ ტუბერკულოზური მენინგიტის საწინააღმდეგოდ, ჩვენ ვხვდებით შაქრის რაოდენობის თანდათანობითი მომატებას, თუ ავადმყოფი გამოკეთების გზაზე შედგა, ასე რომ ამ უკანასკნელ გარემოებას შეიძლება ერთგვარი პროგნოსტიური მნიშვნელობა მიენიჭოს.

საინტერესოა აგრეთვე, რომ შაქრის გამოკვლევას ავტორი დიდ მნიშვნელობას აძლევს დიფერენციალური დიაგნოზისთვის ტუბერკულოზურ მენინგიტსა და ე. წ. მენინგიალურ მოვლენებს შორის სხვადასხვა ინფექციური ავადმყოფობის დროს. ავტორი არაფერს არ ამბობს იმის შესახებ, თუ რაითი არის გამოწვეული ეს მოვლენები, აღნიშნავს მხოლოდ, რომ ერთ შემთხვევაში, როცა Pandy-ს რეაქცია იყო დადებითი, და ლიმფოციტოზიც იყო აღნიშნული, ავტორს შეუკავებია თავი ტუბერკულოზური მენინგიტის დიაგნოზის დასმიდან მარტო იმიტომ.

რომ შაქრის რაოდენობა ყოფილა ნორმალური 0,059%/ი. სექციას აღწოჟენია მუცლის ტიფი და ტინის აპკების ჰიპერემია და შეშუბება. ამ შემთხვევის გამო ავტორი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ სწორი დიაგნოზის დასმა მას მარტო შაქრის გამოკვლევამ შეაძლებინა.

ტინის აბსცესის დროს ავტორს შაქრის რაოდენობა ნორმის ფარგლებში უნახავს, ასეთია მდგომარეობა ტინის ხორცმეტების დროსაც. საინტერესოა აგრეთვე რომ იმ შემთხვევებში Heine-Medin-ის ავადმყოფობისა, როცა კლინიკური სურათი და სითხის ცვლილებები (დადებითი Pandy, ლიმფოციტოზი) ძალიან მოგვაგონებენ ტუბ. მენინგიტს, შაქრის გამოკვლევა იძლევა საიმედო საშვალებას გარკვევისას: Heine-Medini-ის ავადმყოფობის დროს შაქრის რაოდენობა სითხეში ნორმის ფარგლებშია.

Hydrocephalus chronicus-ის დროს შაქრის რაოდენობა ყოველთვის რამოდენიმედ დაკლებულია.

რაც შეეხება ეპილეპსიას ავტორს უმეტეს შემთხვევებში შაქრის რაოდენობა უნახავს ნორმის ფარგლებში, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევებში მასაც უნახავს მისი მომატება. მომატება აქვს აგრეთვე აღნიშნული Tetanus-ის ორ შემთხვევაში. *

3. 6.

ვენერიული სნეულეზანი

Л. С. Сирота, Новый опыт лечения гонорреи. (Врач. Дело № 5 1925 г.)

ავტორს მოსვლია აზრი ეხმარა სუსუნატის საწინააღმდეგოდ უროტროპინის 40%/ი-იანი ხსნარი ვენაში შესხმით და იმავე დროს ეწარმოებია შარდსაღინარი მილის გამორეცხვა Sol. Kal. hypermanganicum-ი Janet-ს მეთოდით. ავტორის აზრით, უროტროპინი, თუმცა არ მოქმედობს უშუალოდ ბაქტერიციდულად გონოკოკებზე, მაგრამ ასუსტებს მათ სიცოცხლის უნარიანობას. გარდა ამისა, თვით ურეტრაში მზადდება არა სასურველი ნიადაგი გონოკოკებისათვის შეეებალის საშვალებით. Kal. Hypermanganicum-ის გამორეცხვის დროს.

ავტორს ამნაირი მეთოდით უწამლია 2-3 ავადმყოფი, რომელთა დიაგნოზი იყო: gonorrhoea ac. ant. 18 შემთხვევა და gonorrhoea ac. totalis-5 შემთხვევა. უმრავლესობა ავადმყოფებისა იწყებდნენ წამლობას 2-5 დღის შემდეგ დასნეულებისა, მხოლოდ 5 შემთხვევა იყო, რაც ავადმყოფები გამოცხადდა 5-11 დღის შემდეგ დასნეულებისა. ყველანი იყვნენ უწამლი.

განურჩევლად ავადმყოფობის ფორმისა, ისინი ლეზულობდნენ ვენაში 5,0 უროტროპინის 40%/ი-იან ხსნარს. ერთი საათის შემდეგ გამორეცხვა მილისა Sol. K. hypermangan. (1:5000) დაახლოებით 1000,0 Janet-ის მეთოდით; მეორე გამორეცხვა იმავე დღის საღამოს. მეოთხე დღეს კონცენტრაცია K. H. მატულობს 1:3000 (გამორეცხვა ორჯერ დღეში); კონცენტრაცია მეექვსე დღეს აღის 1:2000 და მერვეს კი 1:1000. შესხმა უროტროპინის ხსნარისა სწარმოებდა ყოველ მეორე დღეს იმავე დოზით; სულ კურსზე 5-6 შესხმა. არავითარ გალიზიანებას ადგილი არ ჰქონია. მე 10-11 დღეზე შარდი სავსებით იწმინდებოდა, ძაფები და გამონადენი სავსებით ქრებოდა. მე 14-15 დღეს ავადმყოფები გაეწერნენ საავადმყოფოდან სავსებით გამომთვლებული *).

საყურადღებოა ეფექტი რომდღსაც იძლეოდა ამნაირი წამლობა don. totali-ს დროს. პირველი ან მეორე შესხმის შემდეგ შარდი სავსებით იწმინდებოდა.

ორ შემთხვევაში (don. ac. ant.) 12 დღის შემდეგ წამლობის გათავებისა ავტორს მიუღია რეციდივი (საინტერესო იყო აღენიშნა ავტორს როგორი შედეგი მიიღო წამლობამ უკანასკნელ ორ შემთხვევაში. გ. ა.)

წამლობის გათავების შემდეგ ავადმყოფებზე ჩატარებული იყო პროვოკაციის ყოველნაირი მეთოდი და მრავალ მხრივმა გამოკვლევამ დაარწმუნა ავტორი სრულ გამომთვლებაში.

გრ. ფხალაძე.

*) 3-4 დღე კონტროლისათვის არ არის საკმარისი. განმეორებითი მიკროსკოპიული გამოკვლევა უნდა სწარმოებდეს 1-2-3-კვირის განმავლობაში და თუ არაფერი არ იქნა აღმოჩენილი, მაშინ საბოლოო დასკვნა უნდა იქნას გამოტანილი მხოლოდ გადათვისვის შემდეგ. გ. ფ.



ქ რ ღ ნ ი კ ა

—სრულიად რუსეთის თერაპევტთა მე 8-ე ყრილობა შესდგება ლენინგრადში 25—31 მაისს 1925 წ. საპროგრამო საკითხებია: 1) ვისცულარული ნერვული სისტემის პათოლოგია და თერაპია (პროფ. დ. Плетнев-ი), 2) ანემიების პათოგენეზი და კლინიკა (პროფ. გ. Ланг-ი), 3) ლვიძლის სნეულებათა-ფუნქციონალური დიაგნოსტიკა (პროფ. მ. Кончаловский).

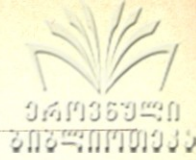
— 29—27 მაისს 1925 წ. შესდგება ლენინგრადში საბჭოთა რესპუბლიკების კავშირის ფიზიოთერაპევტთა პირველი ყრილობა. საპროგრამო საკითხებია 1) სინათლით წამლობა (პროფ. ს. Бруштейн-ი, 2) რენტგენოთერაპია—პროფ. ა. Яровский, 3) იონოთერაპია—პროფ. ს. Вермель-ი, 4) ფილტვის ტუბერკულოზის ფიზიოთერაპია—პრ.-დოც. ნ. Рудницкий, 5) ქირურგიული ტუბერკულოზის ფიზიოთერაპია—პრ.-დოც. პ. Корнев-ი, 6) მოძრაობის მოშლილობათა ფიზიოთერაპია—პროფ. ა. Поленов-ი და 7) შინაგანი სექრეტის ჯირკვლების სნეულებათა ფიზიოთერაპია—პროფ. პ. Мезерницкий.

— გარდაიცვალა გამოჩენილი გერმანელი მეცნიერი-კლინიკისტი, პროფ. Adolf Strümpell-ი. განსვენებული დაიბადა 1853 წ. უნივერსიტეტი დაამთავრა 1875 წ. უკვე 1878 წ. იგი შინაგან სნეულებათა პრივატ-დოცენტი. ამის შემდეგ იგი იყო პროფესორად და შინაგან სნეულებათა კლინიკის გამგედ ერლანგენში, ბრესლავეში, ვენაში და ლეიპციგში. როგორც მეცნიერი და კლინიკისტი Strümpell-ი უმთავრესად ცნობილია ე. წ. spondylite rhizomelique-ის აღწერით, იმ სნეულებით, რომელსაც ამჟამად მისი და P. Marie-ს სახელი ეწოდება, და თავისი ცნობილი სახელმძღვანელოთი, რომელიც პირველად გამოვიდა 1884 წ. და რომლის უკანასკნელ გამოცემა იყო 25. ეს სახელმძღვანელო გადათარგმნილი იყო ყველა ევროპულ ენაზე და მას კარგად იცნობს ქართველი ექიმებიც, რომელთაც არა ერთი ათეული თაობა აღიზარდა მის რუსულ თარგმანზე.

— 1924—1925 წ. პირველ სესიაში სახელმწიფო გამოცდები ჩააბარეს შემდეგმა პირებმა:

1. ექიმის ხარისხით წარჩინებით:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. გროზდოვი თამარ ნიკოლოზის ასული | 9. მუჟვანაძე გედეონ არსენის ძე |
| 2. ვეფხვაძე კონსტანტინე ფარნაოზის ძე | 10. რუხაძე ალექსანდრე კალისტრატეს ძე |
| 3. კაჭახიძე გიორგი ფილიპეს ძე | 11. სვანიძე დამიანე პეტრეს ძე |
| 4. კერესელიძე ელისაბედ ივანეს ასული | 12. სიკინავა ანტონი ილარიონის ძე |
| 5. კობიაშვილი ილია გიორგისძე | 13. შენგელაია გიორგი მიხეილის ძე |
| 6. ლაგვილაძე იასონ პეხუს ძე | 14. ხარაბაძე ივანე ალექსის ძე |
| 7. მამულიაშვილი ალექსანდრე ალექსანდრეს ძე | 15. ხელაია ელენე დარისპანის ასული |
| 8. მეგრელიშვილი ნოე გიორგის ძე | 16. შენგელაია მარიამ ეპიფანეს ასული |



II. მიენიკათ ექიმის ხარისხი:

- 17. აბდუშელიშვილი ლევან იოსების ძე
- 18. აკატოვა-ნიკოლაიშვილისა ნადეჟდა კონსტანტინეს ასული.
- 19. აზატიანი ოლღა სარქისის ასული
- 20. ახვლედიანი ალექსანდრე ვასილის ძე
- 21. ბადრიძე დავით გიორგის ძე
- 22. ბაკურაძე გიორგი ირაკლის ძე
- 23. ბახტაძე გიორგი ანტონის ძე
- 24. გეგელაშვილი თამარ სოლომონის ასული
- 25. გიორგაძე ონისიმე დავითის ძე
- 26. გობეჩია ვლადიმერ ეგგენის ძე
- 27. გოგორიშვილი შალვა სოლომონის ძე
- 28. გორგეშვილი ელისაბედ გრიგოლის ასული
- 29. გუნია ვალერიან ვალერიანის ძე
- 30. დათაძე ელისაბედ კონსტანტინეს ასული
- 31. დონუაშვილი იოსებ გიორგის ძე
- 32. დუგლაძე ვალენტინე თომას ასული
- 33. ევეც მარიამ ანდრეას ასული
- 34. ერქომიშვილი ისიდორე თეოფილეს ძე
- 35. ვაშაკიძე დომნა ბესარიონის ასული
- 36. ზახაროვა მარგალიტა ალექსის ასული
- 37. თედორაძე აკაკი მიხეილის ძე
- 38. თედორაძე გიორგი ლევანის ძე
- 39. იოსავა ორესტი პრიზორეს ძე
- 40. კაკუშაძე გრიგოლ კონსტანტინეს ძე
- 41. კანდელაკი სერგო პორფირეს ძე
- 42. კერესელიძე ალექსანდრა დავითის ასული
- 43. კერესელიძე ალექსანდრე დავითის ძე
- 44. კობიაშვილი ნიკოლოზ დავითის ძე
- 45. კოკოჩაშვილი მიხეილ ივანეს ძე
- 46. ლასხიშვილი კალისტრატე რაჟდენის ძე
- 47. მამალაძე თადეოზ იოსეს ძე
- 48. მარგველაშვილი კალენიკე ალექსის ძე
- 49. მარჭარიან-ძამოევა აიკანუშ ოპანესის ასული
- 50. მაჭავარიანი ელენე ივანეს ასული
- 51. მიქაძე გრიგოლ ლუარსაბის ძე
- 52. მოსიძე მიხეილ ბესარიონის ძე
- 53. მჭედლიშვილი ნინო ზაქარიას ასული
- 54. ნებიერიძე ნინო იაკობის ასული
- 55. ყვანია ლაერენტე ისიდორეს ძე
- 56. საყვარელიძე თამარ აბექის ძე
- 57. საჯავია კალისტრატე გრიგოლის ძე
- 58. სოხაძე ნადეჟდა დავითის ასული
- 59. სულაქაძე ალექსანდრა სტეფანეს ასული
- 60. ტაბიძე შალვა სტეფანეს ძე
- 61. ტოგონიძე მამონტი რაჟდენის ძე
- 62. ტურბელაძე მიხეილ ერასტის ძე
- 63. უსტიაშვილი ალექსი დიმიტრის ძე
- 64. ფარცხალაძე თამარ ალექსანდრეს ასული
- 65. ფალავა ალექსანდრე ნესტორის ძე
- 66. ქავთარაძე მიხეილ არსენის ძე
- 67. ქართველიშვილი ერმო გიორგის ძე
- 68. ქაჯავია კონსტანტინე ელისეს ძე
- 69. ქაჯავია კონსტანტინე რასაპის ძე
- 70. ქუთათელაძე ალექსანდრე ილარიონის ძე
- 71. ღვლაძე ნინო ზაქარიას ასული
- 72. ყანჩელი თამარ ივანეს ასული
- 73. შათირიშვილი ვლადიმერ ივანეს ძე
- 74. შამათავა სილოვან ნიკოლოზის ძე
- 75. შანიძე თამარ ზოსიმეს ასული
- 76. შარაშიძე კალისტრატე ლევანის ძე
- 77. შუბაშვილი ოლღა დავითის ასული
- 78. შუბლაძე ნიკოლოზ იოსების ძე
- 79. ჩიკვაძე იოსებ ბაგრატის ძე
- 80. ჩოხელი ივანე ალექსის ძე
- 81. ცაბაძე ალექსანდრა ივანეს ასული
- 82. ცაგარეიშვილი კონსტანტინე სიმონის ძე
- 83. ცომბია კლიმენტი ბესარიონის ძე
- 84. ძაგანია ნინო სვიმონის ასული
- 85. წიგწივაძე ტატანა პეტრეს ასული
- 86. წულაია თამარ ვარდენის ასული
- 87. ჭელიძე ბარბარე ფილიპეს ასული
- 88. ხუბუტია ოლღა ალექსის ასული
- 89. ჯანელიძე ნესტორ ესტატეს ძე
- 90. ჯაფარიძე თამარ კონსტანტინეს ასული
- 91. ჯობრენაძე ანასტასია ბესარიონის ასული

— გერმანიაში 1922 წ. ყველა სამკურნალო ფაკულტეტზე სწავლობდა სულ 13,489 სტუდენტი, აქედან გერმანელი იყო 11,285, 1924 წ. კი სწავლობდა მხოლოდ 9,316 სტუდენტი, აქედან გერმანელი იყო 7,351.

1923 წ. ყოველ 1000 ბავშვზე მომკვდარა:

ახალ-ზელანდიაში—42	ირლანდიაში—78
ნორვეგიაში—63	ინგლისში—80
ავსტრალიაში—65	შვეიცარიაში—80
შვეიციაში—65	ჰოლანდიაში—80
შვედეთებულ შტატებში—75	დანიაში—86

ბელგიაში—106
ფინლანდიაში—105
საფრანგეთში—120
გერმანიაში—132

იტალიაში—140
ავსტრიაში—155
ისპანიაში—155
იაპონიაში—190

— მოსკოვის ჯანმრთელობის განყოფილების ცნობებით მუცელი მოუწყვეტიან მოსკოვში პირველ ნახევარში:

1923 წ.—2,080 ქალს
1924 წ.—3,261

— გარდაიცვალა გამოჩენილი გერმანელი მეანი და გინეკოლოგი E. Bumm-ი, ავტორი მევანობის ცნობილი სახელმძღვანელოსი, ბერლინის უნივერსიტეტის პროფესორი.

— გარდაიცვალა გამოჩენილი გერმანელი ბაქტერიოლოგი Wassermann-ი, რომელმაც განსაკუთრებით გაითქვა სახელი Bordet-ს რეაქციის მოდიფიკაციით სიფილისის დროს Wassermann-ის რეაქციას).

— სან-ფრანცისკოში. გარდაიცვალა გერმანელი დასტაქარი Fehleisen-ი, რომელმაც 1883 წ. აღმოაჩინა წითელი ქარის გამომწვევი სტრეპტოკოკი.

— ბერლინში გარდაიცვალა გამოჩენილი დასტაქარი პროფ. Trendelenburg-ი.

— ფლორენციაში (იტალია) გარდაიცვალა გამოჩენილი იტალიელი მეცნიერი პათოლოგ-ანატომი პროფ. Banti, რომელმაც პირველად აღწერა სნეულება, ამ უამად ცნობილი და სახელწოდებული Banti-ს სნეულებად.

— ლონდონში გარდაიცვალა გამოჩენილი ინგლისელი კლინიცისტი პროფ. James Mackenzie, ცნობილი თავისი შრომებით და სახელმძღვანელოთი გულის სნეულებებისა.

— ოქსფორდში (ინგლისში) გარდაიცვალა ცნობილი რუსი ჰისტოლოგი პროფ. Кульчицкий.



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

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

მთავლიტი № 613.

შვკ. № 3959/635.

ტირაჟი 600.



ყოველთვიური პროფესიონალური ჟურნალი

„ს ა უ ნ ჯ ე“

სანიტარული განათლების ორგანო.

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

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

პასუხისმგებელი რედაქტორი გ. ყორჩიბაში.

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

„საქართველოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის მოაგზა“

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

ეიჩმ ე. რიჯსვაკის

კლინიკურ-დიაგნოსტიკური

კაბინეტი

იღებს გამოსაკვლევად:

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

შარდს: ქიმიურ-მიკროსკოპიული, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევანი.

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

ამჟამდებს ავტოგენურ ვაქცინას.

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

მისამართი: ლუნიჩის (თლღას) ქუჩა, გამაანთ შესასვლელი (მედი-აზარიანცის სახლის პირდაპირ) № 3.

ქურნალის ტასიას 1924 წლის სრული კომპლექტი 5 მანეთი.	
ცალკე ნომერი	1 მანეთი.
თბმაცი ნომერი	1 მანეთი. 50 კპპ.

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცა-
ლკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ქურნალში არ დაიბეჭდება. წე-
რილები უნდა იყოს დაწერილი ერთ გვერდზედ ზედმიწევნით გარ-
კვეული ხელით ან მანქანაზედ გადაბეჭდილი. რედაქცია იტოვებს უფ-
ლებას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

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

რედაქციის მდივანია—ექიმი **პ. ქავთარაძე**. — (ყორღანოვის
ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რე-
დაქციის და ქურნალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მიიღოს.
ქურნალის მეხუთე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა მაისის
დამლევისათვის.

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, სა-
ქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩეჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 41),
ბათუმში—პ. გეგინეიშვილი, ლანჩხუთში—ვ. ბარამიძე, სენაკში—ი. ჩხეტია, ხა-
შურში—გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი)—ა. გრიგოლია, ზუგდიდში—ანთე-
ლავა. რომელთაც ქურნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციელ
ამხანაგებმა.