

F-260
1925

თ-20.

გამოცემის წელი მეორე.



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 6-7

ივნისი-ივლისი

1925



ცდილისის უნივერსიტეტის უბერთს მასწავლებელთა კოლეგიუზის გამოცემა

ტფილისი



გრძელდება 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, რეფერა-
ტები, ბიბლიოგრაფია და ქრონიკა.

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.

გამთვინებელი გასაცემად
პროფ. ალ. ალადაშვილის

ახალი წიგნი

„კლინიკური რეცეპტები“

სტუდენტთა და ექიმთათვის

ქურნალ „თანამედროვე მედიცინის“ გამომცემს.

ფასი 1 მ. 30 კ.

F 260
1925

61(05)
თ-20.



გამოცემის წელი მეორე.

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 6-7

ი ვ ნ ი ს ი - ი ვ ლ ი ს ი

1925



ცვილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კლუბიუმის გამოცემა

ც ვ ი ლ ი ს ი



F. 1540

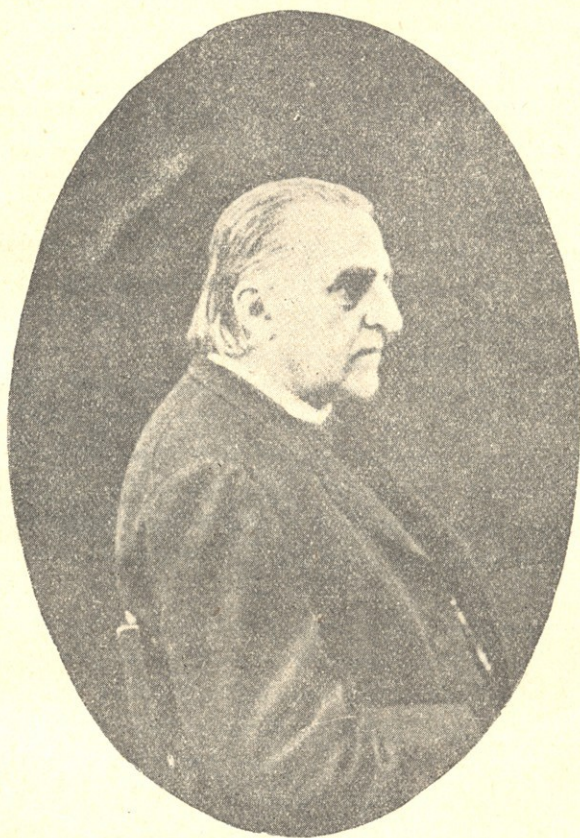
შ ი ნ ა ა რ ს ი

1. პ. ქავთარაძე, პროფესორი შარკო (ბიოგრაფიული ცნობა)	33- V
I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა.	
2. მ. კოკოჩაშვილი, კენტი ვენების იშვიათი ვარიანტი	349
3. შ. შიქელაძე, დიაბეტის პათოგენეზი და მისი ინსულინით მკურნალობის პრინციპები	354
4. ი. პარმა, დიაბეტის ინსულინით მკურნალობისათვის	372
5. ნ. მკედლიძე, ცთომილი ელენთის შემთხვევა	384
6. გ. პროფ. მუხაძე, ძვლის შედუღების და მისი დაგრძელების საკითხისათვის	397
7. ე. ზაქარაია, ადგილობრივი ანესთეზიის შესახებ	400
8. ე. თოღაძე, შარდსადინარის შევიწროების წამლობის საკითხის შესახებ	412
9. გ. ფხალაძე, Epididymitis gonorrhoeica-ს gonovaccina-თი წამლობის შესახებ	419
10. ვ. კანდელაკი, რუდიმენტალურ რქაში ორსულობის ორი შემთხვევა	433
II. რეფერატები	438
III. ბიბლიოგრაფია	447
IV. კორესპონდენციები	448
V. ქრონიკა	472

Thanamedrové medecina

Sommaire: p.

1. P. Kavtaradzé. La biographie de Charcot	V
2. M. Kokotchachvili. La rare variante d'une veine impaire	349
3. Ch. Mikeladzé. La pathogenèse du diabète suéré et les principes de son traitement par insulin	354
4. J. Parma. Traitement du diabète suéré par insulin	372
5. N. Mtchedlidzé. Un cas de la rate flottante (ou mobile)	384
6. Prof. G. Mouchadzé. Etude sur l'ossification et l'allongement d'os	397
7. E. Zakaraïa. Etude sur l'anesthésie locale	400
8. E. Todadzé. Traitement de la stricture urethrale	412
9. G. Pchaladzé. Traitement de l'epididymite par gonovaccine	419
10. V. Kandelaki. Deux cas de grossesse dans la corne rudimentaire de l'uterus	433
II Revue des Journaux	438
III Bibliographie	447
IV Correspondances	448
V Chonique	472



კ. ვ. შარაძე.

1825—1893

დაბადებიდან 100 წლის შესრულების გამო

პროფესორი შარკო.

(ბიოგრაფიული ცნობა).

მე-XIX საუკუნის მშვენიერა, საფრანგეთის სიამაყე, გამოჩენილი მეცნიერი ჟან მარტენი შარკო, რომლის დაბადების ასი წლის თავი 26 მაისს ღირსეულად იდღესასწაულა მისმა მადლიერმა სამშობლომ, დაიბადა ქ. პარიზში, ხელოსნის ოჯახში 29 ნოემბერს 1825 წ. მამა მისმა, უსახსრობის გამო, სამ შვილში მხოლოდ უნიჭიერეს ჟან მარტენს მიაღებია უმაღლესი განათლება. ჟან მარტენი Saint Louis ლიცეის გათავებისას 1844 წ. შედის პარიზის საექიმო ფაკულტეტში, რომელსაც წარჩინებით ამთავრებს 1848 წ. და ლებულოზს ინტერნის ადგილს Salpêtrière-ში 1853 წ. დისერტაციის დაცვის შემდეგ „სახსრების დაზიანება ქრონიკული რევმატიზმისა და პადაგრის დროს“ მიიღო მედიცინის დოქტორის ხარისხი და საექიმო ფაკულტეტმა შინაგან სნეულებათა კათედრასთან დატოვა. 1860 წ. ხელმეორედ პაექრობის შემდეგ, რომლის საგანი იყო „ფილტვების ქრონიკული დაავადება“ იგი დაამტკიცეს პროფესორ agregé-ს წოდებაში. 1862 წ. შარკო ისევ უბრუნდება Salpêtrière-ს, რომელსაც ის სიკვდილამდე არ მოშორებია და 30 წლის განმავლობაში ამდიდრებდა მეცნიერებას ძვირფასი აღმოჩენებით.

1872 წ. პარიზის საექიმო ფაკულტეტმა შარკო აირჩია პათოლოგიური ანატომიის კათედრის პროფესორად. მხოლოდ 1882 წ. ფაკულტეტმა გადასწყვიტა და მთავრობამ დაამტკიცა მისთვის დამოუკიდებელი კათედრა ნევრო-პათოლოგიის, იმავე წელს Salpêtrière-ში გახსნეს სპეციალური კლინიკა ნერვების სნეულებათა კაცების განყოფილებით.

პროფ. შარკოს პირველი შრომები ეხებიან შინაგან სნეულებებს: ავადმყოფობა ფილტვის, თირკმელის, ღვიძლის, გულის, ძვლების და სახსრების, მაგრამ განსაკუთრებულად აღსანიშნავია უკანასკნელი წლების ნაშრომი ნევრო-პათოლოგიაში. მისი უამრავი აღმოჩენებიდან ჩვენ მხოლოდ უმთავრეს დავასახელებთ; შარკომ აღმოაჩინა ზურგის ტვინის დაავადება Sclerosis lateralis amyotroph. Tabes dorsalis-ის დროს მან დაამტკიცა სახსრების და ძვლების ტროფიული დაავადება, აგრეთვე criises კუჭის, ყელის, თირკმელის და სხ. ამავე დაავადების დროს აღწერა ენის კუნთების ცალმხრივი ატროფია, მან შეისწავლა ზურგის ტვინის წინა რქების ორგანიული დაზიანება Polio myelitis-ის დროს და პროგრესიული ატროფია კუნთების. მანვე ვრცლად და საუკეთესოდ ასწერა ნერვული სისტემის ავადმყოფობანი Sclerosis dessiminata, Paralysis agitans და morbus Basedowi.

ხოლო თავისი გამოკვლევებით ისტერიის შესახებ და მათი წარმოშობით ჰიპნოტიზმის საშეაღებით პროფ. შარკომ სრულიად განსაკუთრებულ ადგილს დაიკავა მსოფლიო მეცნიერებაში. მას ეკუთვნის ისტერიის ნიშნების დაწვრილებით აღწერა და მათი გარჩევა ორგანიული დაზიანებისაგან. მის ლექციებს Salpêtrière-ში 800 მეტი მსმენელი ესწრებოდა.

პროფ. შარკო იყო ერთი დამაარსებელი პერიოდული ჟურნალების: „Archives de physiologie normale et pathologie“, „Le progrès medical“, Archives de neurologie, „Nouvelle iconographie de la Salpêtrière“ და სხ. აგრეთვე ის იყო ხელმძღვანელი ენციკლოპედიური გამოცემის: „Traité de médecine“ და „Bibliothèque médicale“.

პროფ. შარკო გარდაიცვალა დეპარტამენტ Nièvre-ში Angina pectoris-ისგან 16 აგვისტოს 1893 წ.

12. VI .25.

პ. ქავთარაძე.

I

თეორიული და კლინიკურ გელოზინა

მ. კოკოჩავილი

ანატომიის კათედრის ასისტენტი

კენტი ვენების იზვიათი ვარიანტი

(ტფილისის უნივერსიტეტის ანატომიური ინსტიტუტიდან.

გამგე—პროფ. ა. ნათიშვილი)

ცნობილია, რომ სისხლძარღვთა სისტემაში ვარიანტები ვენების მოწყობილობის მხრივ უფრო ხშირია, ვინემ არტერიებისა, ამას ადასტურებს ბევრი ავტორი, მხოლოდ Mekkel-ს შეაქვს ამ საკითხში თავისებური აზრი.

მართლაც, თუ ჩვენ მოუყრით თავს ვენური ძარღვების ყველა აღმოჩენილ ვარიანტებს, მაშინ სწორი გამოდგება აზრი უმრავლეს ავტორებისა. პირიქით, თუ ჩვენ ამ ჯგუფიდან გამოვრიცხავთ წვრილმან, მცირე და უმნიშვნელო ვარიანტებს, მაშინ Mekkel-ის აზრი დასაბუთებული იქნება.

ვენური ძარღვების ასეთ მნიშვნელოვან და იშვიათ შემთხვევებს, რომელიც ეხება მსხვილ ტოტების დატოტიანებას, ეკუთვნის ჩვენ მიერ აღმოჩენილი, ვარიანტი სტუდენტებთან ვარჯიშობის დროს გვამებზედ, სახელმწიფო უნივერსიტეტის ანატომიურ ინსტიტუტში 1925 წლის გაზაფხულის სემესტრში.

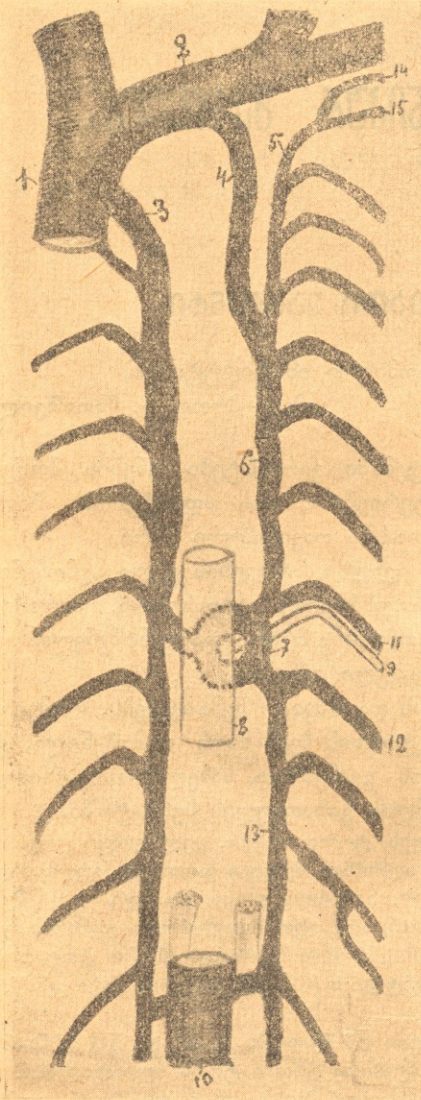
გვამი დედაკაცისა NN, დაახლოებით 35 წლის, ტომით სომეხი. გულმკერდის ღრუს მარცხენა მხარეზე სისხლძარღვების დამუშავებისას აღმოჩნდა შემდეგი ვარიანტი გულმკერდის უკანა კედლის ვენებისა: ზემო ნახევრად კენტი ვენა (v. hemiazygos sup. ob. სურ. № 6.) შეიქმნება შემდეგნაირად: ნეკნთაშუა ვენებს I და II (14-15) არა აქვთ ჩვეულებრივი კავშირი ნეკნისრის ღეროს ვენებთან (truncus costo-cervicalis), არამედ შეერთდებიან ერთ ტოტად (5), რომელიც ეშვება ქვეით და ერთვის ზემო ნახევრადკენტ ვენას (6). ზემო ნახევრადკენტი ვენა წარმოადგენს III-IX ნეკნთაშუა ვენების კოლექტორს.

ქვემოთ ნახევრადკენტი ვენა (13) ამოდის ზევით და შესდგება X, XI და XII ნეკნთაშუა ვენების შეერთებით. XII ნეკნთაშუა ვენას აქვს დამატებითი ვენური ტოტი შუასაძგიდიდან.

ზემო და ქვემო ნახევრადკენტი ვენები შეერთდებიან მეცხრე და მეათე მალის დონეზე და ჰქმნიან ფართე და განიერ სანათურის ვენურ წრეს (7). აღნიშნულ წრეს შუაში ხვრელი აქვს, რომელშიაც გაივლის აორტიდან (8) გამოსული მეცხრე ნეკნთაშუა არტერია (9). უკანასკნელი ვენური წრის კედელთან მჭიდროდ შეკავშირებულია შემავრთებელი ქსოვილით.

აღნიშნული ვენური წრის მარჯვენა ნახევარი დაფარებულია წინიდან აორტიით და აორტის მოშორებამდის არ სჩანს. ვენური წრის მარჯვენა ნაწილიდან წარიდინება განიერი ტოტი, რომელიც კენტ ვენას (3) ერთვის.

ზემო ნახევრადკენტი ვენა (6) შეერთებულია მარცხენა უსახელო ვენასთან (2) მოზის საშუალებით (4). ეს იშვიათი ანასტომოტიური ტოტი ზემო ნახევრადკენტი ვენას შორდება მეტუთე და მეექვსე ნეკნაშუა ვენების შეერთების შორის. ანასტომოტიური ტოტი მიიპართება



სურათის ახსნა.

1. V. cava superior.
2. V. anonyma sinistra.
3. V. azygos.
4. Ramus anastomoticus.
(ანომალიური ანასტომოტ. ტოტი).
5. Ramus communicans v. intercostalis I et II cum vena hemiazygos sup. (შემაერთებელი ტოტი I და II ნეკნაშუა ვენებისა ზემო ნახევრათკენტი ვენასთან).
6. V. hemiazygos superior.
7. ანასტომოტიური ვენური წრე კენტი ვენასთან შემაერთებელი.
8. Aorta thoracalis.
9. Art. intercostalis IX.
10. V. cava inferior.
11. V. intercostalis IX.
12. V. intercostalis X.
13. V. hemiazygos infer.
14. V. intercostalis I.
15. V. intercostalis II.

სურათი.

ზევით და შეიკრება მარცხენა უსახელო ვენაში (2) მახვილი კუთხის ქვეშ. ამ ტოტის სანათური იმავე ოდენობისაა, როგორც ზემო ნახევრადკენტი ვენის ქვემო ნაწილი (6).

ამ რიგად, როგორც ზემოთ მოყვანილი აღწერილობა გვიჩვენებს, ჩვენი ვარიანტი ეხება თვალსაჩინო ანატომიურ ცვლილებას ნახევრადკენტი ვენების დატოტიანებას და კავშირს.

ამ საკითხის შესახებ არსებული ლიტერატურა გვიჩვენებს, რომ არის იზვიათი შემთხვევები, როდესაც კენტი და ნახევრადკენტი ვენები იცვლიან თავიანთ როლებს. ასეთ შემთხვევაში ნახევრადკენტი ვენა არის მარჯვენა და მთავარი, ხოლო თვით კენტი ვენა მის ტოტს წარმოადგენს. ასეთი შემთხვევები აღწერილი აქვთ Theile, Gruber და Howden-ს.

Howden-ს შეხვდა შემთხვევა, როდესაც ზემო ღრუ ვენა იერთებდა მარცხენა კენტ ვენას მარცხენა ფილტვის ფესვის ქვეშ. მარჯვენა კენტი ვენა კი, ან და უფრო სწორედ რომ ითქვას, მარჯვენა ნახევრადკენტი ვენა, სუსტად იყო გამოხატული და უერთდებოდა მარცხენა კენტ ვენას მერვე მალის დონეზე.

აღწერილია შემთხვევები ორმაგი კენტი ვენებისა (v. v. azygos duplex). ასეთი ვარიანტის დროს ხერხემლის გვერდებზედ აღიოდა ორი სიმეტრიული ვენა: მარჯვენა და მარცხენა კენტი ვენები. მარჯვენა კენტი ვენა ჩადიოდა ზემო ღრუ ვენაში, ხოლო მარცხენა კენტი ვენა—მარცხენა უსახელო ვენაში (Cerruti—ორი შემთხვევა, Collins—ერთი შემთხვევა), ან და მარცხენა ლავიწქეშა ვენაში (Weber).

ასეთ შემთხვევაში ორი სიმეტრიულად განვითარებული კენტი ვენა შესაძლებელია შეუერთდეს ერთი მეორეს გარდიგარდმო ანატომოზებით.

ორმაგი კენტი ვენების დროს აღწერილია შემთხვევა მათი ცალკე-ცალკე შეერთებისა ზემო ღრუ ვენასთან (Jandifordt) ან და მათი ჯერ ერთ ტოტად შეერთება და შემდეგ ზემო ღრუ ვენაში გადასვლა (Vilde). კენტი და ნახევრადკენტი ვენების შეერთების ადგილი სპეციალურად გამოკვლეულია Brunn-ის და Morisson-ის მიერ.

Brunn-მა 54 გვამზედ ნახა შეერთების შემდეგი ვარიანტები: ქვემო ნახევრადკენტი ვენა კენტ ვენასთან შეერთებისათვის გადადიოდა ერთხელ მეექვსე გულმკერდის მალის წინ, სამჯერ მან ნახა ასეთივე გადასვლა მეშვიდე მალაზე, რვაჯერ—მერვე მალის დონეზე, თორმეტჯერ—მეცხრე მალის წინ, 17-ჯერ—მეათე მალაზე, მეათე და მეთერთმეტე მალეების საზღვარზე—ოთხჯერ, მეთერთმეტე მალის დონეზე—ექვსჯერ. ასეთი შემთხვევებიდან, Brunn-ის აზრით, ყველაზედ ხშირია მეათე მალის დონეზე ნახევრადკენტი ვენის გადასვლა კენტ ვენაში და არა მერვე, როგორც ამას ხშირად აღნიშნავენ ანატომიის სახელმძღვანელოებში. Morisson-ი თავის გამოკვლევებიდან სულ სხვა აზრს ადგია (მან გამოიკვლია ეს საკითხი 23 გვამზედ): მისი აზრით, ქვევითა ნახევრადკენტი ვენა უერთდება კენტ ვენას უფრო ხშირად მეცხრე მალის დონეზე (12 შემთხვევა), შემდეგ მერვე მალის დონეზე (8 შემთხვევა) და ბოლოს შესაძლებელია შეერთება მეშვიდე მალის დონეზედაც მოხდეს (3 შემთხვევა).

შესაძლებელია ნახევრადკენტმა ვენამ კენტ ვენასთან შეერთებამდის გაიაროს, როგორც აორტის უკან ისე მის წინაც (Theile).

Morisson-ი თავის 11 გამოკვლევაში შეხვდა ოთხჯერ შეერთებას და გადასვლას I ნეკნთაშუა ვენის—მარცხენა უსახელო ვენაში, ორჯერ ხერხემლის ვე-

ნაში, ერთხელ კისრის ასწვრივ ვენაში. ოთხ შემთხვევაში მან აღნიშნა ნეკნთაშუა ვენა ადიოდა კისერზედ, მაგრამ მისი დაბოლოება ვერ ნახა.

დანარჩენი ნეკნთაშუა ვენები მარცხენა მხარეზე, როგორც ვიცით, შეერთდება ორ ტოტად: ზემო დასწვრივი (*v. hemiazygos sup.*) და ქვემო დასწვრივი (*v. hemiazygos inf.*). ეს ორი ტოტი, ზემო და ქვემო, შესაძლებელია შეერთდეს ერთ მთლიან ტოტად და გადავიდეს კენტ ვენაში.

Brunn-მა 54 გვამზედ ექვსჯერ ნახა ასეთი შემთხვევა ე. ი. ზემო და ქვემო ნახევრადკენტი ვენები უერთდებოდენ ერთი მეორეს და შემდეგ გადადიოდენ მარჯვნივ კენტ ვენაში; ორ ტოტს ე. ი. დამოუკიდებელ შეერთებას ზემო და ქვემო ნახევრადკენტ ვენებისა იგი შეხვდა 18-ჯერ; სამ ტოტს—14-ჯერ; ოთხ ტოტს—12-ჯერ და 5 ტოტს—4-ჯერ. Morisson-მა უფრო ხშირად ნახა შეერთება ზემო და ქვემო ნახევრადკენტ ვენებისა ერთ ტოტად კენტ ვენასთან (7-ჯერ—23 გვამზე).

Brunn-ის და Morisson-ის დაკვირვებიდან და შემთხვევებიდან სჩანს, რომ შეერთება ნახევრადკენტ ვენების ზემო და ქვემო ტოტებისა კენტ ვენაში გადასვლისათვის უფრო იშვიათია, ვინემ მათი ცალკე-ცალკე შეერთება კენტ ვენასთან.

აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ზემო და ქვემო ნახევრადკენტი ვენებს შორის არის ანასტომოზები, როდესაც ისინი ცალკე-ცალკე შეუერთდებიან კენტ ვენას. ანასტომოზები მოთავსებულია ზემო ვენის ქვემო ნაწილსა და ქვემო ვენის ზემო ნაწილ შორი. ამ ანასტომოზებს უერთდება ერთი ან ორი ნეკნთაშუა ვენები.

ასეთი შემთხვევა შეამჩნია Morisson-მა სამჯერ 23 გვამზედ.

გარდა ყოველივე ამისა, Bastin-ს აღწერილი აქვს შემთხვევა, როდესაც ქვემო ნახევრადკენტ ვენას უერთდებოდენ: შუასაძგიდის ქვემო ვენები, შიგნითა მარცხენა სათესლე ვენა, მარცხენა თირკმელის და მარცხენა თირკმლის ზედაჯირკვლის ვენები.

ლიტერატურული ცნობების განხილვიდან და ჩვენი შემთხვევის მათთან შედარება აშკარად გვიჩვენებს, რომ ჩვენ შემთხვევაში საქმე გვაქვს კენტი ვენების მეტად მნიშვნელოვანი, საყურადღებო და იშვიათი შემთხვევის ვარიაციასთან.

ასეთი იშვიათი ვარიაცია გამოიხატება შემდეგში:

1. I და II ნეკნთაშუა ვენები (14-15) არ უერთდებიან ნეკნ-კისრის ღეროს, არამედ მონაწილეობას იღებენ ზემო ნახევრადკენტი ვენის (6) შექმნაში.

2. ზემო ნახევრადკენტი ვენა (6) შეკავშირებულია მარცხენა უსახელო ვენასთან (2) მეტად იშვიათი ანასტომოზით (4).

3. ანასტომოტიური ტოტი მეტად გრძელი, ფართო და ზემო ნახევრადკენტი ვენის გაგრძელებას წარმოადგენს.

4. ზემო (6) და ქვემო (13) ნახევრადკენტი ვენები შეერთდებიან მეცხრე და მეათე მალის დონეზე კენტ ვენაში გადასვლისათვის.

5. შეერთების ადგილას ნახევრადკენტი ვენები ჰქმნიან ფართე და განიერ სანათურის ვენურ წრეს (7).

მ. ეს ფართე ვენური წრე გარს ეხვევა და მკიდროთაა შეკავშირებული მეცხრე ნეკნთა-შუა არტერიასთან (9), რომელიც იქვე აორტიდან გამოდის.

7. ჩვენი ვარიაციის მორფოლოგიური თავისებურობა შეიძლება სხვა-ნაირ ფორმაში ჩამოყალიბდეს.

სახელდობრ: ამ შემთხვევაში არსებობდა ორი კენტი ვენა (v. v. azygos duplex). მათ აქვთ ურთი-ერთ კავშირი ვენური წრით, რომელიც დაახლოვებით ნორმალურ ადგილას მდებარეობს. მარცხენა კენტი ვენა იერთებს I და II ნეკნთაშუა ვენებს და თვითონ შედის მარცხენა ჯსახელო ვენაში. ასეთი გაშუქებით ჩვენი შემთხვევა შეესაბამება ნაწილობრივ Ceruti და Collins-ის შემთხვევებს.

საზოგადოდ ცნობილია, რომ კენტ ვენებს დიდი მნიშვნელობა აქვთ, როგორც ზემო და ქვემო ღრუ ვენათა შორის შემაკავშირებელს, დამატებითი კოლატერალურ გზებს.

კენტი ვენების ვარიანტის ჩვენ შემთხვევას აღნიშნულ კოლატერალური გზებისათვის უაღრესი მნიშვნელობა აქვს.

ლიტერატურა.

- 1) Тихомиров. Варианты артерий и вен человеческого тела в связи с морфологией кровеносной системы. 1900 წ. Киев. გვერდი 319-324.
- 2) Rauber—Kopsch. Lehrbuch der Anatomie des Menschen III Abt. 1911 წ. გვ. 433-435.
- 3) Dr. Mekkel. Handbuch der Topographischen Anatomie B. II. 2. გვ. 383-384.

შ. მიქელაძე

კლინიკის უფროსი ასისტენტი

დიაბეტის პათოგენეზი და მისი ინსულინით მკურნალობის პრინციპები *).

(ტფილისის უნივერსიტ. თერაპიული კლინიკიდან. გამგე.—პროფ.

ა. ალადაშვილი).

დიაბეტი უკვე უძველესი დროიდან იყო ადამიანის მიერ ცნობილი. პირველი მოვლენა, რომელმაც მიიპყრო ექიმების ყურადღება ამ სნეულების დროს, იყო შარდის რაოდენობის ძლიერი მომატება. აქედან წარმოსდგა დიაბეტის სახელიც; რომელიც პირველად უწოდა ამ სნეულებას მეორე საუკუნის გამოჩენილმა ბერძენმა მკურნალმა არეტეევსმა (Βαεβαυα — ვიმინდინარეობ). მაგრამ საჭირო იყო კიდევ დიდხანს გაეგლო, რომ პირველად მე-17-ე საუკუნეში Thomas Willis-ს შეენიშნა დიაბეტიანი ავადმყოფის შარდის ტკბილი გემო და მე-18-ე საუკუნეში Dobson-ს მიელო შარდიდან შაქარი. მხოლოდ ამის შემდეგ შესაძლებელი გახდა დიაბეტის ორი ფორმის გარჩევა — Diabetes melitus და Diabetes insipidus. მიუხედავად ამისა შეიძლება ითქვას, რომ დიაბეტის არსებითი შესწავლა მხოლოდ მას შემდეგ დადგა მკვიდრ საფუძველზე, რაც გამოჩენილმა ფრანგმა ფიზიოლოგოსმა Claude Bernard-მა მე-19-ე საუკუნის ნახევარში ჯერ აღმოაჩინა ღვიძლში გლიკოგენი, გამოარკვია ღვიძლის გლიკოგენური ფუნქცია, შემდეგ თავისი ცნობილი ჩხვლეტით (piqûre) ტვინის მეოთხე პარაკუკის ფსკერში მიიღო გლიკოზურია და ასეთივე გლიკოზურია მიიღო ცხოველის კურარეთი მოწამლვის შედეგად. ამ გვარად Claude Bernard-მა გამოარკვია ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის ძირითადი მომენტები და მის მიერ აღმოჩენილი ფაქტები მკვიდრ საფუძველად დაედო დიაბეტის შესწავლას.

დიაბეტი — გაცვლა-გამოცვლის სნეულებაა. დიაბეტის ზუღმივი და აუცილებელი სიმპტომია სისხლში ჰიპერგლიკემია და შარდში გლიკოზურია. ცხადია, რომ დიაბეტი ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის რალაც დარღვევის შედეგია.

ამიტომ საჭიროა იმისათვის, რომ გავერკვიოთ დიაბეტის პათოლოგიაში, მოკლეთ მოვიგონოთ, თუ როგორ სწარმოებს ადამიანის ორგანიზმში ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლა, და აგრეთვე გამოვარკვიოთ, თუ საიდან შეიძლება წარმოიშოს ის შაქარი, რომელიც დიაბეტიანი ავადმყოფის სისხლში და შარდში ასე ჭარბად არის.

*) წაკითხულ იქნა შემოკლებულად, როგორც სწავლილი ლექცია, სამკურნალო ფაკულტეტში 6/IV 1925 წ. პრევატ-დოცენტის წოდების მოსაპოვებლად.



პირველი და უმთავრესი წყარო, საიდანაც ადამიანის ორგანიზმი შაქარს იღებს, არის საჭმელში მიღებული ნახშირწყლები. ეს ნახშირწყლები საჭმლის მომნელებელ ორგანოებში განიცდიან მთელ რიგს ცვლილებებს. საჭმელში ჩვენ უმთავრესად ვღებულობთ პოლისახარიდებს და დისახარიდებს და ნაწილობრივ მონოსახარიდებს. პოლისახარიდები (სახამებელი, გლიკოგენი) და დისახარიდები (ლერწმის შაქარი, ლაქტოზა, მალტოზა) ადამიანის საჭმლის მომნელებელ ორგანოებში განიცდიან ჰიდროლიტიურ დაშლას სპეციალური ფერმენტების ზეგავლენით. ამ ფერმენტებს საერთო სახელს—**კარბოჰიდრაზებს** უწოდებენ. ასეთი ფერმენტებია ნერწყვი (პტიალინი, მალტოზა), პანკრეასის წვენში (დიასტაზა, მალტაზა) და ნაწლავების წვენში (დიასტაზა, მალტაზა, ინვერტინი, ლაქტაზა). მე არ განვმარტავ აქ, თუ რომელი ფერმენტი რა ადგილას იწვევს ამა თუ იმ ნახშირწყლოვანი ნივთიერების დაშლას და რა პროდუქტია ხოლმე ასეთი დაშლის შედეგი, ვიტყვი მხოლოდ, რომ საჭმლის მომნელებელ ორგანოებში ყველა რთული ნახშირწყლოვანი ნივთიერება (პოლი და დისახარიდები) სხვადასხვა კარბოჰიდრაზის ზეგავლენით და სხვადასხვა ადგილს იქცევა დაბოლოს უმთავრესად გლიკოზად (დექსტროზად) და მხოლოდ ნაწილობრივ ფრუქტოზად (ლევულოზად) და გალაქტოზად. რთული ნახშირწყლების ასეთ დაშლას ღრმა ფიზიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან რთული ნივთიერების ნაწლავებში შეწურვა შეუძლებელია, და არც პოლისახარიდები და არც დისახარიდები ნაწლავებიდან სისხლში არ გადადის. ნაწლავებში შეწურვა მხოლოდ მონოსახარიდებს შეუძლია. ნაწლავების კედლის ვენებში ჩვენ ყოველთვის თითქმის მხოლოდ გლიკოზას ვხვდებით და მცირედად მხოლოდ ფრუქტოზას.

ადამიანის სისხლში გლიკოზის რაოდენობა მუდმივ ერთი და იგივეა (დაახლოებით 0,1%—0.15%) და განიცდის ძლიერ მცირეოდენს ქანობას. კარის ვენაში კი გლიკოზის რაოდენობა ძლიერ ცვალებადია და დამოკიდებულია იმისაგან, თუ რა დროს იქნება კარის ვენის სისხლი გასინჯული. საჭმლის მიღების დროს და მის შემდეგ კარის ვენის სისხლში გლიკოზის რაოდენობა ბევრია, ჭამის წინ კი გაცილებით ნაკლები. ამავე დროს კი ღვიძლის ვენაში და საერთოდ სისხლის მიმოქცევის სხვა ძარღვებში გლიკოზის რაოდენობა მუდმივ ერთი და იგივეა. აქედან ცხადია, რომ ღვიძლი ერთგვარ ბარიერს წარმოადგენს, სადაც გლიკოზა ან ნაწილობრივ იშლება ან და იქ რჩება და გროვდება.

Claude Bernard-ი იყო პირველი, რომელმაც წარსული საუკუნის 50 წ. წ. აღმოაჩინა ღვიძლში ერთგვარი ნივთიერება, რომლიდანაც გლიკოზა წარმოიშობა ხოლმე და რომელსაც მან ამის გამო გლიკოგენი უწოდა. დღეს უკვე გამორკვეულია ღვიძლის გლიკოგენური ფუნქცია. ნაწლავებიდან მიღებული გლიკოზა კარის ვენის საშუალებით შედის ღვიძლში. თუ გლიკოზის რაოდენობა სისხლში მცირეა, მხოლოდ იმდენი, რამდენიც ორგანიზმს სჭირია, მაშინ გლიკოზა პირდაპირ გადადის ღვიძლის ვენაში და სისხლის მიმოქცევაში. მაგრამ, თუ მისი რაოდენობა ორგანიზმის საჭიროებაზე მეტია, მაშინ იგი ღვიძლში გარდაიქმნება პოლისახარიდ გლიკოგენად და მასში რჩება მანამდის, ვიდრე ორგანიზმს გლიკოზა არ დასჭირდება. როგორც კი სისხლში გლიკოზის რაოდენობა ნორმაზე დაბლა ჩამოვა, გლიკოგენი ღვიძლის უჯრედებშივე იშლება, გარდაიქმნება გლი-

კოზად და ამ სახით გადადის სისხლში. ეს დაშლა სწარმოებს ლეიძლშივე არსებული დიასტატიური ფერმენტის საშუალებით. ეს პირველად აღნიშნა 1875 წ. Wittich-მა და შემდეგ დაადასტურა Salkowski-მ.

ამ გვარად ლეიძლში გლიკოგენი გლიკოზის მარაგს წარმოადგენს. გამორკვეულია, რომ ადამიანის ლეიძლში გლიკოგენის ასეთი მარაგი შესაძლებელია 150.0 აღწევდეს. შემდეგ გლიკოგენი შეიძლება სხვა უჯრედებშიაც დალაგდეს და ამათში უმთავრესად კუნთებში. როდესაც ლეიძლიც, კუნთებიც და უჯრედებიც გლიკოგენით უკვე ჭარბად მდიდარი იქნებიან, მაშინ გლიკოზა ადამიანის ორგანიზმში უკვე ცხიმად გარდაიქმნება და ამ ცხიმის სახით დალაგდება კანქვეშა ქსოვილში და სხვადასხვა ორგანოში.

კუნთების მუშაობის დროს გლიკოგენის რაოდენობა კუნთებში და ლეიძლში კლებულობს. ესეც პირველად Claude Bernard-მა აღნიშნა.

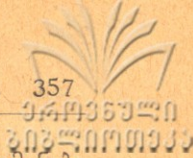
მან აღმოაჩინა, რომ ცხოველებს, რომელთაც ზამთარში სძინავთ, ძილის დროს დიდძალი გლიკოგენი აქვთ, მაგრამ, როგორც კი ასეთი ცხოველი გამოიღვიძებს და მოძრაობას დაიწყებს, გლიკოგენის რაოდენობა მის სხეულში საგრძობლად კლებულობს. მანვე მოახდინა ამ საკითხის გამოსარკვევად შემდეგი საინტერესო ცდა: ფრინველს ერთს მხარეს გადაუჭრა ნერვები, რის გამოც ამ მხარის კუნთები უკვე აღარ მუშაობდა; როდესაც მან ამის შემდეგ გამოიკვლია გლიკოგენის რაოდენობა ასეთი ფრინველის ორთავე მხარეს, აღმოჩნდა, რომ იმ მხარეს, სადაც ნერვები გადაჭრილი იყო და კუნთები აღარ იკუმშებოდა, გლიკოგენი ბლომად იყო და იქ კი, სადაც ნერვები იყო და კუნთები მუშაობდა, გლიკოგენის რაოდენობა ძლიერ შემცირებული იყო. Claude Bernard-ის ეს გამოკვლევები შემდეგ დაადასტურა მკვლევართა მთელმა რიგმა (Weiss, Chandelon, Kulz), რომელთაც ამ საკითხის გამოსარკვევად სხვადასხვა გვარი ცდა გააკეთეს.

დღეს უკვე გამორკვეულია, რომ კუნთები მუშაობენ გლიკოზის, გლიკოგენის და მათსადამე უმთავრესად ნახშირწყლების ხარჯზე. კუნთები გლიკოზას ლებულობენ სისხლიდან ან და შლიან მათში დალაგებულს გლიკოგენს გლიკოზად, გლიკოზა ჟანგბადის საშუალებით ჟანგდება და საბოლოოდ წყლად და ნახშირორჟანგად იქცევა. გლიკოზის განსაზღვრული რაოდენობის დასაწვავად საჭიროა ჟანგბადის განსაზღვრული რაოდენობა და ასეთი დაწვის შედეგად ჩვენ მივიღებთ ნახშირორჟანგის განსაზღვრულს რაოდენობას. თუ გლიკოზა ადამიანის ორგანიზმში სავსებით იწვის, მაშინ ფილტვებით გამოყოფილი ნახშირორჟანგის (CO₂) რაოდენობა უდრის შესუნთქული ჟანგბადის (O₂) რაოდენობას, რის გამოც კოეფიციენტი $\frac{CO_2}{O_2}$, რომელსაც სუნთქვით კოეფიციენტს უწოდებენ,

უდრის 1.

ასეთია ნორმალურად ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლა ადამიანის ორგანიზმში.

გარდა ნახშირწყლებისა, ადამიანის ორგანიზმში შაქარი შეიძლება წარმოიშვას აგრეთვე ცილოვანი ნივთიერებიდან, რაც პირველად აღნიშნა Claude Bernard-მა. ერთს ხანს ამ საკითხის შესახებ დიდი დავა იყო და განსაკუთრებით Pflüger-ი უარყოფდა ასეთს შესაძლებლობას, მაგრამ შემდეგ პრაქტიკულად დამტკიცდა, რომ მხოლოდ ცილოვანი ნივთიერებით კვების დროს, არა მარტო დიაბეტიანი ავადმყოფის ორგანიზმში ჩნდება შაქარი, არამედ სალი ადამიანის ორგანიზმშიაც (Luthje). ცილებიდან შაქრის წარმოშობის მხრივ აღსანიშნავია ცი-



ლის დაშლის პროდუქტები—გლიკოზამინები და ამინომჟავები. გლიკოზამინები არსებითად ამინოშაქრებს წარმოადგენენ და ისინი შეიძლება აზოტიან ნახშირწყლებად ჩავთვალოთ. მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ საერთოდ გლიკოზამინების რაოდენობა ცილებში შედარებით მცირეა. ვაცილებით მეტი მნიშვნელობა აქვს ამინომჟავებს, რომელნიც ცილის მოლეკულის საგრძნობს ნაწილს წარმოადგენენ. ამინომჟავები და მათ შორის უმთავრესად ლეიცინი, ალანინი და გლიკოჰოლი, როგორც დღეს გამორკვეულია, შაქრის წარმოშობაში საგრძნობს როლს ასრულებენ. ისინი ჯერ ჰჰარგავენ თავისი აზოტიანს ნაწილს და შემდეგ წარმოშობენ შაქარს. ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია, რომ გარდამავალს საფეხურს ამ პროცესში რძის მჟავა წარმოადგენს. ყველა ცილოვანი ნივთიერება ერთგვარად არ წარმოშობს ხოლმე შაქარს. ამ მხრივ პირველი ადგილი მიოზინსა და კაზეინს უკავია, შემდეგ მცენარეულ ცილას, ყველაზე ნაკლებად წარმოშობს შაქარს კვერცხის ცილა.

ავტორთა მთელი რიგი (Marcel Labbé, Brugsch) ჰფიქრობს, რომ შაქარი ცხიმებიდანაც წარმოიშობა. ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია, რომ გლიცერინი, რომელიც ცხიმების ერთ-ერთს ნაწილს შეადგენს, შეიძლება გლიცეროზად გარდაიქმნეს და ეს უკანასკნელი კი გლიკოზად. მაგრამ ცხიმში მხოლოდ 9% გლიცერინია და გლიკოზის ერთი მოლეკულის ($C_6H_{12}O_6$) წარმოსაშობად გლიცერინის — $C_3H_5(OH)_3$ — ორი მოლეკულაა საჭირო. აქედან ცხადია, რომ ცხიმის მნიშვნელობა შაქრის წარმოშობაში შედარებით მცირეა. მაგრამ ზოგი კიდევ ჰფიქრობს, რომ შაქარი შეიძლება წარმოიშვას თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავებიდანაც (Brugsch). ეს უკანასკნელი აზრი ჯერ დამტკიცებულად არ შეიძლება ჩაითვალოს.

სრულიად გამოურკვეველია საკითხი, თუ ადამიანის ორგანიზმის რომელ ნაწილში სწარმოებს ცილებიდან და ცხიმებიდან შაქრის წარმოშობა. ჩვენ შეგვიძლია მხოლოდ ვითქვით, რომ ეს პროცესი მეტად ინტიმური პროცესია და უფრო სხეულის ქსოვილებსა და უჯრედებში უნდა ხდებოდეს, ვიდრე ადამიანის საჭმლის მომწელებელ ორგანოებში.

სისხლში გლიკოზის მუდმივ ერთი და იგივე რაოდენობაა (0.1%—0.15%). გლიკოზის სისხლში მუდმივ ერთსა და იმავე რაოდენობის დაცვას ხელს უწყობს ღვიძლის გლიკოგენურა ფუნქცია. ეს ფუნქცია შესაძლებლად ხდის გლიკოზის ზედმეტი რაოდენობის ღვიძლში გლიკოგენის სახით დალაგებას და შემდეგ საჭიროების დროს მისი კვლავ გლიკოზად გარდაქმნას და სისხლში გაგზავნას კუნთების მუშაობის დროს დახარჯული გლიკოზის ასანაზღაურებლად.

როდესაც სისხლში გლიკოზის მხოლოდ ნორმალური რაოდენობაა, მაშინ იგი შარდში არ გადადის ანდა, უფრო სწორედ რომ ვთქვათ, გადადის ისეთი მცირედი რაოდენობით, რომ მისი ჩვეულებრივი რეაქციებით აღმოჩენა შეუძლებელია. ეს ხდება იმიტომ, რომ თირკმელებს აქვთ გლიკოზის გამოყოფის უნარის ერთგვარი საზღვარი (ფრანგ ავტორების seuil—ზღურბლი).

მაგრამ თუ სისხლში შაქრის რაოდენობამ მოიმატა და ამგვარად გაჩნდა ე. წ. ჰიპერგლიკემია ან და თუ თირკმელების ფუნქცია რაიმენაირად დაზიანდა

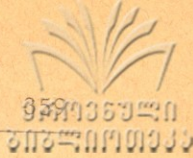
და მასში შაქრის გამოყოფის საზღვარი დაქვეითდა, მაშინ შარდში ჩნდება შაქარი და ჩვენ მივიღებთ გლიკოზურიას.

ყველაზე წინეთ აღსანიშნავია ე. წ. ალიმენტალური გლიკოზურია, პირველად აღნიშნული Hofmeister-ის მიერ.

ღვიძლის გლიკოგენურს ფუნქციას აქვს ერთგვარი საზღვარი (ე. წ. ასიმინაციის საზღვარი Hofmeister-ისა). თუ ღვიძლს ერთბაშად ძლიერ ბევრი შაქარი მივაწოდეთ, მაშინ იგი ვეღარ ასწრობს მის გლიკოგენად გარდაქმნას და ამის გამო სისხლში გლიკოზის რაოდენობა ძლიერდება. ამ გვარად ჩნდება ჰიპერგლიკემია, რასაც შედეგად მოჰყვება ხოლმე შარდში გლიკოზის გამოყოფა — გლიკოზურია (glycosuria e sacharo Naunyn-ისა). გამოირკვეა, რომ შარდში შაქარი ჩნდება, თუ ადამიანი ერთბაშად გლიკოზის ან ფრუქტოზის 100 გრამზე მეტი მიიღო ანდა გალაქტოზის 40 გრამზე მეტი. ასეთს გლიკოზურიას უწოდებენ ალიმენტალურ გლიკოზურიას, ვინაიდან იგი ისპობა, როგორც კი კვება ნორმალური შეიქნება. საინტერესოა, რომ ალიმენტალურ გლიკოზურიას ჩვენ არ მივიღებთ, თუ მონოსახარიდების ნაცვლად ადამიანს პოლისახარიდებს მივცემთ, ვინაიდან მათი დარღვევა და გარდაქმნა ადამიანის საჭმლის მომნელებელ ორგანოებში ხდება თანდათანობით და ასევე თანდათანობით ხდება მათი მონელების შედეგად მიღებული გლიკოზის შეწურვა. ამის გამო ღვიძლში ერთბაშად არ მოჰყვება ხოლმე შაქრის დიდი რაოდენობა და იგი ასწრობს ამ შაქრის გლიკოგენად გარდაქმნას.

სულ სხვა თვისებისაა გლიკოზურია, რომელიც პირველად მიიღო Mering-მა გლიკოზიდ ფლორიდინის ძაღლების შეშხაპუნების შედეგად. ეს გლიკოზიდი ზოგიერთი ხეხილის (ვაშლი, მსხალი, ალუბალი, ქლიავი) ფესვების კანშია. Mering-მა ფლორიდინი შეუშხაპუნა ისეთ ძაღლებს, რომელნიც დიდი ხანი შიმშილობდნენ და რომელთაც ამის გამო, უნდა ვიფიქროთ, ორგანიზმში ნახშირწყლები არ ჰქონდათ. მიუხედავად ამისა, მან მიიღო შარდში შაქარი, რაც, Mering-ის აზრით, ერთი ზედმეტი საბუთია იმისა, რომ შაქარი შეიძლება ცილებიდან წარმოიშვას. ფლორიდინის მიერ გამოწვეული გლიკოზურიის დროს სისხლში არა თუ არ არის ჰიპერგლიკემია, არამედ შაქრის რაოდენობა შესაძლებელია ნორმაზე ნაკლებიც იქნეს. ამიტომ ცხადია, ფლორიდინის გლიკოზურია გამოწვეულია იმ გარემოებით, რომ თირკმელები შაქრისათვის უფრო გამავალი ხდება, მათი შაქრის გამოყოფის საზღვარი ქვეითდება. სხვათა შორის, ამ უამად ფლორიდინის ამ თვისებით სარგებლობენ კლინიკაში თირკმელების ფუნქციური დიაგნოსტიკისათვის.

შემდეგ აღსანიშნავია პირველად Claude Bernard-ის მიერ აღმოჩენილი მოვლენა. 1849 წ. მან ძაღლის ტვინის მეოთხე პარაკუჭის ფსკერში ჩხვლევით (piqure) გამოიწვია გლიკოზურია, რომელიც იწყებოდა ჩხვლევით 1 საათის შემდეგ და გრძელდებოდა დაახლოებით 5-6 საათი. მანვე გამოარკვია, რომ ასეთი გლიკოზურია გამოწვეულია ჰიპერგლიკემიის გამო და ჩნდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ღვიძლში გლიკოგენი არის. თუ ცხოველი შიმშილობდა და მას ღვიძლში გლიკოგენის მარაგი არ ჰქონდა, ასეთი ჩხვლევითი გლიკოზურია არ ჩნდება. აქედან ცხადი შეიქნა, რომ Claude Bernard-ის ჩხვლევითი იწვევ-



და ღვიძლში გლიკოგენის გლიკოზად გარდაქმნას. ცხადი შეიქნა, რომ ტვინში არსებობს შაქრის სპეციალური ცენტრი. შემდეგი გამოკვლევებით გამოირკვა ისიც, რომ ტვინიდან ღვიძლში გალიზიანება მიდის სიმპათიური ნერვის მარცხენა შტოსა და n. splanchnicus-ის საშუალებით. თუ მათ გადავჭრით, მაშინ Claude Bernard-ის ჩხვლეტის შემდეგ ჩვენ გლიკოზურის უკვე აღარ მივიღებთ.

შემდეგი ფაქტი, რომელსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლის გაგებისათვის და რომელიც პირველად 1902 წ. Blum-ის მიერ იყო აღმოჩენილი,—ეს არის გლიკოზურის გამოწვევა ადრენალინის შესაბამისი ზეგავლენით. ეს გლიკოზურია შესაძლებელია 24 საათიდან 48 საათამდეც კი გაგრძელდეს. იმავე Blum-მა დაამტკიცა, რომ ეს გლიკოზურია შედეგია ჰიპერგლიკემიის ე. ი. ადრენალინის ზეგავლენით სისხლში შაქრის რაოდენობის გაძლიერებით. დღეს უკვე მთელ რიგ ავტორთა გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ Claude Bernard-ის ჩხვლეტა და ადრენალინის მიერ გამოწვეული გლიკოზურია მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთი ერთმანეთთან. ჩვენ რომ ორივე თირკმლისზედა ჯირკველი ცხოველს ამოგვევითოთ და შემდეგ Claude Bernard-ის ჩხვლეტა მოვახდინოთ,—ჰიპერგლიკემია ძლიერ მცირე იქნება და მას შესაძლებელია გლიკოზურია არც კი მოჰყვეს. მაგრამ თუ ასეთს ცხოველს ჩვენ ადრენალინს შეუშნაბუნებთ ე. ი. აღუდგენთ იმას, რაც მას თირკმლის ზედა ჯირკვლების ამოკვეთის გამო აკლია, მაშინ ჩვენ მივიღებთ ჩვეულებრივს ჰიპერგლიკემიას და გლიკოზურის. Claude Bernard-ის ჩხვლეტისა და ადრენალინის ურთიერთ შორის დამოკიდებულობას ამ ჟამად შემდეგნაირად ხსნიან: ჩხვლეტის დროს ტვინიდან გალიზიანება მიდის ღვიძლში და იწვევს გლიკოგენის დაშლას; ამავე დროს სიმპათიური ნერვის საშუალებით გალიზიანება მიდის აგრეთვე თირკმლის ზედა ჯირკვლებამდე და იწვევს აქ ადრენალინის ზედმეტ სეკრეციას; ადრენალინის ზედმეტი სეკრეცია კი თავისთავად იწვევს ღვიძლში სიმპათიური ნერვების დაბოლოებათა გალიზიანებას და ამას მოსდევს გლიკოგენის კიდევ უფრო მეტი დაშლა. ჰეიქრობენ აგრეთვე, რომ ადრენალინი თირკმლებსაც შაქრისათვის უფრო გამავალად ხდის.

შემდეგ გამოირკვა აგრეთვე, რომ გლიკოზურია შეიძლება გაჩნდეს ზოგიერთი ნივთიერებების მიერ მოწამლის შემდეგ. ასეთ ნივთიერებებს წარმოადგენენ: კურარე, ეთერი, ქლოროფორმი, ამილ-ნიტრიტი, ნახშირჟანგი (CO), მორფიუმი და სხვა. გლიკოზურის ვხვდებით აგრეთვე ასფიქსიის დროსაც. გამოირკვა, რომ ამ შემთხვევაში ღვიძლის გლიკოგენი ძლიერ სწრაფად ირღვევა და გარდაქმნება გლიკოზად. ამის გამო ასეთს ტოქსიურ გლიკოზურის ამ ჟამად ხსნიან ან ადრენალინის გაძლიერებული სეკრეციით ანდა შაქრის ცენტრის გალიზიანებით.

მაგრამ ყველაზე უფრო დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა პანკრეასის როლის გამორკვევას ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლისათვის და განსაკუთრებით ღიაბეტის პათოგენეზისათვის.

ჯერ კიდევ 1788 წ. Cowbey-მ პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთების შემდეგ იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ღიაბეტის პათოგენეზი პანკრეასის დაზიანებისაგანაა დამოკიდებული.

1877 წ. ე. ი. თითქმის ერთი საუკუნის შემდეგ გამოჩენილმა ფრანგმა კლინიკისტმა Lancereaux-მ კლინიკური და პათოლოგიურ-ანატომიური დაკვირვებების მიხედვით გამოჰყო დიაბეტის ერთი ფორმა, რომელსაც მან პანკრეატიული დიაბეტი უწოდა.

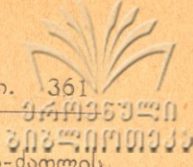
მაგრამ განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა პანკრეასის როლის გამორკვევაში ნახშირწყლების გაცვლა-გამოცვლაში და დიაბეტის წარმოშობაში Mering-ისა და Minkowski-ს ექსპერიმენტებს.

1889 წ. მათ ძალღებს პანკრეასი მთლიანად ამოუკვეთეს და შედეგად მიიღეს 24 საათის განმავლობაში ძლიერი გლიკოზურია (10%), რასაც შემდეგ დაერთო მიძიმე დიაბეტის ტიპური მოვლენები: გაუმიძღრობა, ძლიერი წყურვილი, გლიკოზურია, ნახშირწყლების სრული აკვეთისა და შიმშილების შემდეგაც, აცეტონურია ძლიერი პროგრესიული სიგამზდრე და რამოდენიმე კვირის განმავლობაში ცხოველის სიკვდილი. ეს უკვე უტყუარი საბუთი იყო, რომ დიაბეტის წარმოშობაში პანკრეასის მნიშვნელობა ძირითადია. საჭირო იყო მხოლოდ იმის გამორკვევა, თუ როგორ მოქმედობს პანკრეასი ამ შემთხვევაში.

1891 წ. Lépine-მა ძალღს ამოუკვეთა პანკრეასი და შემდეგ იგი იმავე ძალღს კანქვეშ ჩაუკერა. ასეთს ძალღს დიაბეტი არ გაუჩნდა. აქედან ცხადი შეიქნა, რომ დიაბეტის წარმოშობაში პანკრეასის გარეგან სეკრეციას მნიშვნელობა არ უნდა ჰქონდეს. ესვე დაადასტურა Laguesse-მა, რომელმაც პანკრეასის სადინარი მილი გადასკვნა და ამგვარად მოსპო პანკრეასის გარეგანი სეკრეტის ნაწლავებში გადასვლა და დიაბეტი არ მიიღო. ფრიად საინტერესო ცდები მოახდინა ამ საკითხის გამოსარკვევად ცნობილმა ფრანგმა ფიზიოლოგოსმა Hédon-მა. მან პანკრეასის ერთი ნაწილი (proces. uncinatus) გამოკვეთა და ჩააკერა კანში. შემდეგ ამისა პანკრეასის დარჩენილი ნაწილი სულ ამოკვეთა, მაგრამ დიაბეტი არ მიიღო. როგორც კი მან პანკრეასის კანში ჩაკერებული ნაწილიც ამოკვეთა, ძალღს ტიპური დიაბეტი გაუჩნდა.

იმავე Hédon-მა მეორე ფრიად საინტერესო ცდა მოახდინა. მან ორი ძალღის სისხლის მიმოქცევის ორგანოები ერთმანეთს შეუერთა საძილე არტერიების საშუალებით. შემდეგ ერთს მათგანს პანკრეასი ამოუკვეთა, მაგრამ ამ ძალღს გლიკოზურია არ გაუჩნდა. როგორც კი მან ამ ძალღის სისხლის მიმოქცევა მრთელი ძალღის სისხლის მიმოქცევისაგან გამოაცალკევა, ძალღები ერთმანეთს დააშორა და ამგვარად მოსპო საშუალება, რომ მრთელი ძალღის სისხლი მოჰყვეს პანკრეასამოკვეთილი ძალღის სისხლში, პანკრეასამოკვეთილს ძალღს ტიპური დიაბეტი გაუჩნდა და ცოტა ხნის შემდეგ იგი კიდევ მოკვდა. ანალოგიური ცდები მოახდინა Minkowski-ს კლინიკაში Forschbach-მა და მიიღო ისეთივე შედეგები.

შედარებით ბოლო ხანს (1911 წ.) საინტერესო ექსპერიმენტი მოახდინეს Carlson-მა და Drenann-მა. მათ მკვე ძალღს უქანასკნელს თვეში ამოუკვეთეს პანკრეასი. ძალღი არ ვახდა აუად დიაბეტით, მაგრამ, როდესაც ამ ძალღმა შობა, მას გაუჩნდა ტიპური დიაბეტი. აქედან, რა თქმა უნდა, ნათელი იყო, რომ ძალღის ნაყოფის პანკრეასში მუშავდებოდა იმოდენი შინაგანი სეკრეტი (ჰორ-



მონი, ინკრეტი), რომ იგი საყოფი იყო პანკრეასამოკვეთილი დედა-მალის ორგანიზმისათვისაც.

ყველა ზემოხსენებულმა ცდებმა ნათლად დაამტკიცეს, რომ ნახშირწყლოვანი ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლაში და დიაბეტის წარმოშობაში მნიშვნელობა აქვს პანკრეასის შინაგანს სეკრეციას და არა მის გარეგანს სეკრეციას. საჭირო იყო მხოლოდ იმის გამორკვევა, თუ პანკრეასის რა ადგილსა და რა ნაწილში ხდება ეს შინაგანი სეკრეცია.

1869 წ. Langerhans-მა პანკრეასში აღმოაჩინა ერთგვარი უჯრედები ან, უკეთ რომ ვთქვათ, უჯრედების გროვები, რომელნიც მდიდარია სისხლის კაპილარებით და გარშემორტყმული სუსტად განვითარებული შემეერთებელი ქსოვილით. თვით უჯრედები ეპითელიუმის უჯრედებს წარმოადგენენ, პანკრეასის სხვა უჯრედებზე უფრო პატარანია და უფრო გამსჭვირვალე. ხშირად მათში ძლიერ დიდი (თითქმის გიგანტიური) გულგული გვხვდება და, გარდა ამისა, საკმაოდ ცხიმი, გაცილებით მეტი, ვიდრე პანკრეასის სხვა უჯრედებში. ამ უჯრედების გროვებს მათი აღმომჩენის პატივსაცემლად Langerhans-ის კუნძულები უწოდეს (Insulae Langerhansii).

1893 წ. Laguesse-მა ჰისტოლოგიურისა და ემბრიოლოგიური დაკვირვებების მიხედვით იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ პანკრეასში შინაგანი სეკრეცია სწორედ ამ Langerhans-ის კუნძულებში სწარმოებს. ამის შემდეგ მკვლევართა მთელი რიგი დაინტერესდა ამ საკითხით და სცდილობდა გამოერკვია Langerhans-ის კუნძულებსა და დიაბეტს შორის დამოკიდებულება (Lubarsch, Соболев, Оrie, Heiberg, Sauerbeck, Russel Cecil, Weichselbaum და სხვები). მე შევჩერდები მხოლოდ ზოგიერთ შრომებზე.

Heiberg-მა გაკვეთა 35 დიაბეტიანის გვამი და გამოარკვია, რომ დიაბეტის დროს პანკრეასში Langerhans-ის კუნძულების რიცხვი კლებულობს: 35 დიაბეტიანიდან მხოლოდ 9 ჰქონდა ამ კუნძულების ნორმალური რიცხვი. როდესაც ჯანსაღ ადამიანს პანკრეასის ელენთისაკენ მიმართულ ნაწილში საშუალოდ 130-მდე Langerhans-ის კუნძული აღმოაჩნდა, დიაბეტიანებს ჰქონდათ მხოლოდ 30—40. იმ 9 შემთხვევაში, როდესაც ამ კუნძულების რიცხვი არ იყო შემცირებული, მათში აღმოჩნდა საგრძნობი სკლეროტიული ცვლილებები.

Cecil-მაც 90 დიაბეტიანი ავადმყოფიდან 78 აღმოაჩინა Langerhans-ის კუნძულებში სხვადასხვა ცვლილება (სკლეროზი, ატროფია, ჰიპერტროფია, გიალინური გადაგვარება და სხვა).

ყველაზე მეტი მასალა Weichselbaum-მა შეაგროვა. მან გაკვეთა 183 დიაბეტიანის გვამი. მაკროსკოპიულად მან აღმოაჩინა მხოლოდ პანკრეასის ერთგვარი საერთო ატროფია და წონის ხანდახან ძლიერ საგრძნობი მოკლება (25—30 გრამი ნაცვლად ნორმალური 100 გრამისა), თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში პანკრეასი წონაში მომატებულიც-კი იყო. სამაგიეროთ მიკროსკოპიული ცვლილებები ყველა შემთხვევაში ფრიად საგრძნობი და მნიშვნელოვანი იყო: 53%-ში Weichselbaum-მა აღმოაჩინა Langerhans-ის კუნძულების უჯრედების ჰიდროპიული გადაგვარება ზედდართული ატროფიით და კუნძულების საერთო რიცხვის შემცირებით და დანარჩენ შემთხვევებში კი—კუნძულების უჯრედების სკლეროზი, გიალინური გადაგვარება და ატროფია.

ამგვარად დამტკიცდა, რომ დიაბეტის წარმოშობაზე უდიდესს გავლენას ახდენს პანკრეასის შინაგანი სეკრეცია და რომ ეს შინაგანი სეკრეცია სწარმოებს პანკრეასის იმ ნაწილში, რომელსაც Langerhans-ის კუნძულებს უწოდებენ.

თუ როგორია პანკრეასის შინაგანი სეკრეციის მოქმედების მექანიზმი ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლაზე და დიაბეტის წარმოშობაზე, ჯერ სავესებით გამორკვეული არ არის. დამტკიცებულია, რომ პანკრეატიული დიაბეტის დროს სისხლში შაქრის რაოდენობა მომატებულია ე. ი. არსებობს ჰიპერგლიკემია, რომელმაც შეიძლება 1% -ს მიაღწიოს ნაცვლად ნორმალური 0.1% — 0.15% -სა.

ჰიპერგლიკემია შეიძლება წარმოიშვეს მაშინ,

1) თუ ავადმყოფი ადამიანის ორგანიზმში შაქარი ნორმალურზე ნაკლებად იწვის,

2) თუ მის ორგანიზმში ნორმაზე მეტი შაქარი წარმოიშობა,

ანდა 3) თუ ორივე ამ მომენტს აქვს ადგილი ე. ი. თუ ორგანიზმში ნორმაზე მეტი შაქარი წარმოიშობა და ამავე დროს შაქრის დაწვის უნარიც ორგანიზმს ნაკლები აქვს.

ავტორთა მთელი რიგი (Bouchardat, Labbé, Wilke, Lépine, Hédon, Harley და სხვები) იმ აზრისაა, რომ დიაბეტიან ავადმყოფს ძლიერ შემცირებული აქვს გლიკოზის მოლექულის დაშლის უნარი, თუმცა მის ორგანიზმში თავისუფლად იწვის შაქრის დაშლის პროდუქტები, მაგალითად, გლიკურონის მჟავა, შაქრის მჟავა და სხვა. აქედან შეიძლებოდა ის დასკვნა გამოგვეყვანა, რომ დიაბეტიანი ავადმყოფის ორგანიზმში დარღვეულია გლიკოზის დამშლელი ფერმენტის მოქმედება. Lépine-მა თითქოს კიდევ გამოჰყო სისხლში ასეთი ფერმენტი, მაგრამ სხვა ავტორებმა ეს არ დაადასტურეს და ამგვარად გლიკოლიტიური ფერმენტის არსებობა სისხლში ჯერ-ჯერობით დამტკიცებულად არ შეიძლება ჩაითვალოს.

შემდეგ გამოირკვა, რომ დიაბეტიანი ავადმყოფი არ ჰკარგავს სავესებით შაქრის დაწვის უნარს, რაც მტკიცდება იმ გარემოებით, რომ ფიზიკური მუშაობის დროს მისი სუნთქვითი კოეფიციენტი ძლიერდება.

ამგვარად თუმცა დიაბეტის დროს შაქრის დაწვის უნარი ორგანიზმში შემცირებულია, მაგრამ ეს არ უნდა იყოს დიაბეტიანი ავადმყოფის ჰიპერგლიკემიის მთავარი მიზეზი. უნდა ვიფიქროთ, რომ ჰიპერგლიკემიის საგრძნობ მიზეზს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ დიაბეტიანი ავადმყოფის სისხლში შაქარი ზედმეტად წარმოიშობა. ჩვენ უკვე ვიცით, რომ ადრენალინი იწვევს ჰიპერგლიკემიას და ეს ხდება, ვინაიდან ღვიძლში გლიკოგენი სწრაფად გარდაიქმნება დიასტატიური ფერმენტის ზეგავლენით გლიკოზად. შემდეგ ჩვენ ვიცით, რომ დიაბეტის დროს ორგანიზმის უნარი შაქრის წარმოშობისა აშკარად გაძლიერებულია (Kraus), რაც მტკიცდება იმ გარემოებით, რომ ნახშირწყლების საჭმელში აკვეთის შემდეგაც, შაქარი სისხლში და შარდში ხშირად ბლომად არის, ვინაიდან იგი წარმოიშობა გარდა ნახშირწყლებისა ცილებიდან და ნაწილობრივ ცხიმებიდანაც.

პანკრეასის შინაგანი სეკრეტი (ჰორმონი) იწვევს ადრენალინის ამ გამაღიზიანებელი გავლენის შენელებას, იგი ანტაგონისტია თირკმლისხედა ჯირკვლის

ჰორმონისა, და ორგანიზმის ნორმალურს მდგომარეობაში პანკრეასისა და თირკმლისზედა ჯირკვლის შინაგანი სეკრეტების ურთიერთ შორის დამოკიდებულება იწვევს განსაზღვრულს წონასწორობას. როდესაც პანკრეასის შინაგანი სეკრეცია მცირდება, მაშინ ადრენალინი უანტაგონისტოთ რჩება და ამას კი მოჰყვება ორგანიზმში ზედმეტი შაქრის შექმნა და ჰიპერგლიკემია.

ამგვარად აქნობამდე მეცნიერების შეხედულება ჰიპერგლიკემიის დროს იყო ასეთი: ადრენალინის ზეგავლენით პანკრეასის ჰორმონის შემცირების გამო ორგანიზმში ჩნდება შაქრის ზედმეტი რაოდენობა და ამავე დროს დიაბეტიანი ავადმყოფობის ორგანიზმში ამ შაქრის დაწვის უნარიც ნაწილობრივ შეფერხებულია.

ამ ჟამად, გარდა ამისა, გამოჩნდებოდა აგრეთვე შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვლების დამოკიდებულობაც შაქრის გაცვლა-გამოცვლის პროცესზე.

ფარისებრი ჯირკველი აძლიერებს ადრენალინის მოქმედებას და პანკრეასის ჰორმონის ანტაგონისტურ მოქმედებას იჩენს. სამაგიეროთ *gl. parathyroidea* აძლიერებს პანკრეასის მოქმედებას და ანტაგონიზმს უწევს ადრენალინს.

ტვინის დანამატის (*hypophysis cerebri*) დამოკიდებულება შაქრის გაცვლა-გამოცვლაში ჯერ კიდევ არ არის სავსებით გამოჩვენებული.

რადგან დიაბეტი და აკრომეგალია ერთად ძლიერ ხშირია და, *Pierre Marie*-ს დაკვირვებით, აკრომეგალიას ყველა შემთხვევების ნახევარში თან ერთვის დიაბეტი, ხანდახან მსუბუქი მაგრამ ხანდახან ფრიად მძიმეც, ამიტომ ავტორთა მთელი რიგი (*Borchardt, Claude et Baudoin, Harvey, Cusching, Götsch, Jacobson*) ფიქრობდა, რომ ჰიპოფიზისის ზედმეტი სეკრეცია იწვევს გლიკოზურის წარმოშობას. მაგრამ *Loeb*-ი იმ აზრისაა, რომ აკრომეგალიის დროს წარმოშობილი გლიკოზურია სულ სხვა ხასიათისაა და გამოწვეულია იმ გარემოებით, რომ ჰიპოფიზისის ოდენობის მომატება, რასაც ადგილი აქვს ამ სნეულების დროს, იწვევს ტვინის მეზობელი ადგილების გაღიზიანებას, მათ შორის შაქრის ცენტრს გაღიზიანებასაც და ამას კი, როგორც ვიცით, გლიკოზურია მოჰყვება. *Camus*-მა და *Roussy*-მ ექსპერიმენტალურად გამოიწვიეს ჰიპოფიზისის მეზობლად ტვინის ფსკერის გაღიზიანება და შედეგად გლიკოზურია და პოლურია მიიღეს. ამგვარად, თითქოს ირკვევა, თუმცა ჯერ კიდევ სავსებით გადაწვეტილად არ შეიძლება ჩაითვალოს, რომ აკრომეგალიის დროს არსებული გლიკოზურია და დიაბეტი წარმოადგენს არა ჰიპოფიზის სეკრეტის მიერ წარმოშობილს დიაბეტს, არამედ არსებითად ნერვულ დიაბეტს, ანალოგიურს *Claude Bernard*-ის ჩხვლეტის (*piqûre*) მიერ გამოწვეული გლიკოზურისა.

მას შემდეგ, რაც გამოიკვია, რომ პანკრეასის შინაგანი სეკრეცია მოქმედობს შაქრისა და ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლაზე ადამიანის ორგანიზმში, მკვლევართა მთელი რიგი (*Zuelzer, Kleiner, Scatt, Paulesco* და სხვები) სცდილობდა მიეღო პანკრეასის ექსტრაქტები და შემდეგ ამ ექსტრაქტებით ეწამლა ძაღლების ექსპერიმენტული დიაბეტისა და ადამიანის დიაბეტის დროსაც. მათ მიერ მიღებული შედეგები არ იყო დამაკმაყოფილებელი. დიდს უმეტეს შემთხვევებში ასეთი ექსტრაქტები არ ახდენდა რაიმე გავლენას შაქრის რაოდენობაზე შარდში, ზოგჯერ კი მოქმედებდა, მაგრამ ძლიერ მცირედად და ისიც მოკლე ხნით და, რაც უმთავრესია, ეს ექსტრაქტები ყოველთვის იწვევდა ინტოქსიკაციის ძლიერ მოვლენებს შემცივნებით, ტემპერატურის მომატებით, პირსაქმებით და ხანდახან კოლაპსითაც.

1920 წ. ტორონტოს (კანადა) უნივერსიტეტის პროფ. *Macleod*-ის ფიზიოლოგიურს ინსტიტუტში *Banting*-მა და სტუდ. *Best*-მა დაიწყეს სისტემატიური მუშაობის წარმოება პანკრეასის შინაგანი სეკრეტის მიღებისათვის. ისინი სცდი-

ლობდენ, რომ პანკრეასის გარეგანი სეკრეციის ელემენტები არ ყოფილიყვნენ, მიერ მიღებულ ექსტრაქტებში, ვინაიდან, როგორც უკვე ცნობილი იყო (Craffon), ტრიპსინი, ერთის მხრით, არღვევს და სპობს პანკრეასის შინაგან სეკრეტს და, მეორეს მხრით, იწვევს ტოქსიურ მოვლენებს.

Banting-ი და Best-ი ჰფიქრობდენ, რომ თუ პანკრეასის სადინარ მილს გადასკვნიდენ, ამით ისინი გამოიწვევდენ პანკრეასის გარეგანი სეკრეციის უჯრედების ატროფიას და ამავე დროს შინაგანი სეკრეციის უჯრედებზე გავლენას არ მოახდენდენ. ამ მხრივ ისინი ეყრდნობოდენ, ერთის მხრით, Schulze-სა და Laguesse-ის ექსპერიმენტებს, რომელთაც პანკრეასის სადინარი მილის გადასკვნით გამოიწვიეს ამ ჯირკვლის მხოლოდ გარეგანი სეკრეციის უჯრედების ატროფია და ამავე დროს Langerhans-ის კუნძულები მრთელი რჩებოდა, და მეორეს მხრით, Steinach-ის ასეთსავე გამოკვლევებს, როდესაც იგი vas deferens-ის გადასკვნით იწვევდა კვერცხის გარეგანი სეკრეციის უჯრედების ატროფიას და ამავე დროს ამ ორგანოს შინაგანი სეკრეციის უჯრედები (ე. წ. Leidig-ის უჯრედები), პირიქით, უფრო ვითარდებოდენ კიდევ.

პირველად Banting-მა და Best-მა გამოსჭერეს პანკრეასი ისეთს ძაღლს, რომელსაც იმის წინეთ პანკრეასის სადინარი მილი გადასკვნილი ჰქონდა; შემდეგ წვრილად დაჭრილი პანკრეასიდან გააკეთეს ექსტრაქტი Ringer-Locke-ის სითხის საშუალებით და ეს ექსტრაქტი შეუშხაპუნეს კანქვეშ ძაღლებს, რომელთაც ექსპერიმენტალური პანკრეატიული დიაბეტი ჰქონდათ. ასეთი ექსტრაქტის შეშხაპუნების შედეგად მათ ყოველთვის მიიღეს შარდში შაქრის რაოდენობის შემცირება, ჩვეულებრივი პანკრეასის ექსტრაქტი კი ასეთ შედეგს არ იძლეოდა. Banting-მა და Best-მა მათ მიერ მიღებულ ექსტრაქტს ინსულინი უწოდეს.

ამის შემდეგ მათი ცდა მიმართული იყო იმისაკენ, რომ გაეადვილებიათ ინსულინის მიღების პროცესი და შესაძლებლად გაეხადათ ინსულინი მიეღოთ არა მარტო სადინარგადასკვნილი პანკრეასიდან, არამედ ნორმალურიდანაც. მთელ რიგ გამოკვლევათა შემდეგ მათ გამოარკვიეს, რომ ალკოჰოლის საშუალებით შეიძლება პანკრეასის ჰორმონის, ცილებისა და ფერმენტების ერთი ერთ-მანეთისაგან განცალკევება. განსაზღვრული კონცენტრაციის ალკოჰოლი, განსაკუთრებით თუ მას სუსტი მჟავა აქვს მიმატებული, იწვევს ფერმენტებისა და ცოლოვან ნივთიერებათა დაღექას და ამავე დროს ჰორმონს ხსნის. მე არ განვარტავ ინსულინის მომზადების მთელს რთულს პროცესს მით უმეტეს, რომ ამ უამად უკვე აღარ არსებობს ერთი რომელიმე ყველას მიერ მიღებული წესი, არამედ სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა წესს ხმარობენ, ვიტყვი მხოლოდ, რომ დღეს რთული ქიმიური მეთოდების საშუალებით ინსულინი სრულიად განთავისუფლებულია ფერმენტებიდან და ცილოვანი ნივთიერებებიდან და ამ გვარად მისი არასასურველი და მავნე გავლენა ორგანიზმზე აცილებულია. ჩვეულებრივად ინსულინს ამზადებენ რქოსანი ცხოველების, ცხვრებისა და ღორების პანკრეასიდან. Macleod-მა კი მიიღო ინსულინი ზოგიერთი თევზებიდან, რომელთაც ინსულარული აპარატი პანკრეასში კი არა აქვთ, არამედ იგი, როგორც ცალკე ორგანო, მდებარეობს კანის ვენის ახლოს.

ინსულინი წარმოადგენს თეთრს ჰიგროსკოპიულ ფხვნილს, რომელიც ადვილად იხსნება წყალში და 80° ალკოჰოლში. მასში 50%-მდე არაორგანიული მა-



დიაბეტის პათოგენეზი და მისი ინსულინით მკურნალობის პრინციპები.

რილებია (ქლორიდები და ფოსფატები). პეპსინი, ტრიპსინი და ადულეზა მწუთის განმავლობაში ინსულინს არღვევს და უმოქმედოდ ხდის.

თუ როგორია ინსულინის ქიმიური ბუნება, ჯერ გამორკვეული არ არის. ჩვენ ვიცით მხოლოდ, რომ წინეთ იგი იძლეოდა ცილების რეაქციას და დალექის დროს ილექებოდა ალბუმოზებთან ერთად, მაგრამ ამ ბოლო ხანებში მიღებულია ინსულინი, რომელიც ცილების რეაქციებს უკვე აღარ იძლევა და ამავე დროს მას ინსულინის ყველა თვისება აქვს

მიუხედავად იმისა, რომ ინსულინის ქიმიური ბუნება გამორკვეული არ არის, მისი ფიზიოლოგიური გავლენის შესახებ დღეს უკვე საკმაო ცნობები მოიპოვება.

პირველად Banting-მა და Best-მა შეუშხაპუნეს ინსულინი ისეთს ძალღებს, რომელთაც ექსპერიმენტალური პანკრეატიული დიაბეტი ჰქონდათ. ჩვეულებრივად ასეთს ძალღებს აქვთ ძლიერი ჰიპერგლიკემია, გლიკოზურია და აცეტონურია და ისინი ძლიერ მალე იხოცებიან. ინსულინის ზეგავლენით ჰიპერგლიკემია და გლიკოზურია, ძლიერ კლებულობდა, აცეტონურია კი სრულიად ისპობოდა და ძალღები უკვე დიდს ხანს სცოცხლობდენ. შემდეგ გამოიოკვა, რომ ინსულინი იწვევს არა მარტო პანკრეატიული ჰიპერგლიკემიისა და გლიკოზურიის შემციორებას, არამედ კარგად მოქმედობს სხვა გლიკოზურიების დროსაც, მაგალითად: ალიმენტარული გლიკოზურიის დროს, Claude Bernard-ის piqûre-ის მიერ გამოწვეული გლიკოზურიისა, ტოქსიურსა და ადრენალინის მიერ გამოწვეული გლიკოზურიების დროსაც. გამოიოკვა აგრეთვე ისიც, რომ ინსულინი ჯანმრთელი ცხოველების სისხლშიაც იწვევს შაქრის რაოდენობის შემციორებას.

პროფ. Macleod-მა აღმოაჩინა, რომ პანკრეატიული დიაბეტიანი ძალღის ღვიძლში ინსულინის ზეგავლენით გლიკოგენის რაოდენობა ძლიერ იყო მომატებული, ჩვეულებრივად კი ასეთს ძალღებს ღვიძლში გლიკოგენი თითქმის სრულიად არა აქვთ. Macleod-მა შემდეგი ექსპერიმენტი გააკეთა: დიაბეტიანი ძალღს მან ერთსა და იმავე დროს მისცა შაქარი და შეუშხაპუნა ინსულინი, შემდეგ გაკვეთა ასეთი ძალღები და აღმოაჩინა მათ ღვიძლში გლიკოგენის შედარებით დიდი რაოდენობა.

იგივე დამტკიცა Campbell-მა ადამიანებზე, რომელთაც დიაბეტი სჭირდათ, ინსულინით მკურნალობდენ და შემდეგ სხვა რაიმე შემთხვევითი სნეულეებისაგან დაიხოცნენ.

აციდოზი და აცეტონურია ინსულინის ზეგავლენით კლებულობს და მალე სრულიად ჰქრება და ეს ხდება ჰიპერგლიკემიისა და გლიკოზურიის მოსპობაზე უფრო ადრეც (Noorden, Widal).

სუნთქვითი კოეფიციენტი, რომელიც გვიჩვენებს, თუ როგორ სწარმოებს ნახშირწყლების დაწვა დიაბეტიანი ძალღის ორგანიზმში, ინსულინის ზეგავლენით ძლიერდება, რაც ამტკიცებს, რომ შაქარი უფრო კარგად იწვის (Banting, Macleod, Delezenne). ასევე ძლიერდება ინსულინის ზეგავლენით დიაბეტიანი ადამიანის სუნთქვითი კოეფიციენტიც (Kellaway, Hughes).

შემდეგ ინსულინი იწვევს ცხიმისა და ცხიმოვან მჟავათა შემციორებას როგორც დიაბეტიანი ძალღების სისხლში (Macleod, Banting), აგრეთვე დიაბეტიით თანამედროვე მედიცინა № 6-7 1925.

დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლშიაც (Josslin). ღვიძლშიაც ინსულინის ზეგავლენით ცხიმის რაოდენობა საგრძნობლად მცირდება.

შემდეგ გამოირკვა ერთი ფრიად საინტერესო მოვლენა—ეს ე. წ. ჰიპოგლიკემიური რეაქცია. ეს რეაქცია იჩენს ხოლმე თავს მაშინ, როდესაც შაქრის რაოდენობა ცხოველის სისხლში ძლიერ დაქვეითდება (დაახლოებით 0,045%-მდე) და გამოიხატება იმაში, რომ ცხოველი თითქოს შეშინებულია, ჰგრძნობს წყურვილსა და შიმშილს, მოძრაობა მას ეზარება და ამის შემდეგ ეწყება კრუნჩხვა და, თუ სათანადო ზომები არ იქნა მიღებული, კვდება კიდევ სუნთქვითი ცენტრის სიდამბლის გამო. ასეთს შემთხვევაში გლიკოზა, მიცემული შიგნით ანდა შეშხაუნებული კანქვეშ ან ინტრავენოზურად იმისდა მიხედვით, თუ რა სიძლიერისაა რეაქცია, უმაღვე სპობს ყველა მოვლენებს. ასევე სპობს ჰიპოგლიკემიური რეაქციის მოვლენებს ადრენალინის შეშხაუნება, რომელიც ინსულინისადმი ანტაგონისტურ მოქმედებას იჩენს. ასეთსავე ანტაგონისტურ მოქმედებას იჩენენ ინსულინისადმი, მხოლოდ უფრო სუსტს, თირეოიდინი და პიტუიტრინი. განსაკუთრებით სუსტია პიტუიტრინის მოქმედება.

ფრიად საინტერესოა საკითხი იმის შესახებ, თუ როგორაა ინსულინის მოქმედების მექანიზმი. საკითხი ეს საინტერესოა არა მარტო თავისთავად, არამედ იმიტომაც, რომ გამორკვეულიყო უკვე დიდი ხნის არსებული დავა, თუ რა არის დიაბეტის დროს ჰიპერგლიკემიის მიზეზი—შაქრის დაწვის უნარის შემცირება, თუ გლიკოგენის მომარაგების უნარის მოსპობა. საუბედუროთ, მიუხედავად მთელ რიგ ავტორების დაკვირვებათა ინსულინის მოქმედების შესახებ, ეს საკითხი საბოლოოდ გამორკვეულად არ შეიძლება ჩაითვალოს. Macleod-ი, Umber-ი, Delezenne-ი და Strauss-ი იმ აზრისა არიან, რომ ინსულინი იწვევს ქსოვილებში შაქრის დაწვის გაძლიერებას, რაც მტკიცდება სუნთქვითი კოეფიციენტის გაძლიერებით. მაგრამ ზოგიერთები და მათ შორის Dudley, Kellaway, Staub-ი და Biedl-იც, თუმცა სუნთქვითი კოეფიციენტის გაძლიერებას ინსულინის ზეგავლენით არ უარზყოფენ, მაგრამ მას სულ სხვა გარემოებით ხსნიან.

მეორეს მხრით დამტკიცებულია, რომ ინსულინი იწვევს ღვიძლში გლიკოგენის რაოდენობის მომატებას (Macleod, Bickel). ამიტომ Noorden-ი, Isaak-ი და Biedl-ი იმ აზრისა არიან, რომ ინსულინის ზეგავლენით ღვიძლში მატულობს გლიკოგენის მარაგი.

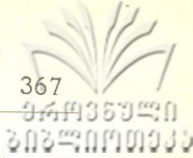
ზოგი ავტორი და მათ შორის Delezenne-ი და Umber-ი ჰფიქრობენ, რომ ინსულინი, ერთის მხრით, აძლიერებს შაქრის დაწვის პროცესს ქსოვილებში, და, მეორეს მხრით, იწვევს ღვიძლში გლიკოგენის მარაგის მომატებას.

ყოველ შემთხვევაში საბოლოოდ ინსულინის მოქმედების მექანიზმი დიაბეტის დროს ჯერ კიდევ გამორკვეული არ არის.

როდის უნდა დაუწინაშნოთ დიაბეტთან ავადმყოფს ინსულინი?

ამ კითხვაზე რომ სწორი პასუხი გავსცეთ, საჭიროა მოვიგონოთ საერთოდ დიაბეტის ფორმები.

გერმანელი ავტორები დიაბეტს სამს ფორმად ჰყოფენ: 1) მსუბუქი ფორმა, როდესაც საჭმელში 4 დღით ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა სრული აკვეთა იწვევს გლიკოზურიის სრულს მოსპობას; 2) საშუალო ფორმა, როდესაც გლი-



კოზურია ჰქრება, თუ ავადმყოფს, ნახშირწყლების სრული აკვეთის გარდა, ცილოვან ნივთიერებათა მიცემასაც შევუმცირებთ და 3) მძიმე ფორმა, როდესაც გლიკოზურიის სრული მოსპობა შეუძლებელია მიუხედავად ნახშირწყლების სრული აკვეთისა და ცილოვან ნივთიერებათა მიღების ძლიერი შემცირებისა. ასეთს ფორმას ხშირად თან ერთვის აცეტონურია და აციდოზი.

ფრანგი ავტორები დიაბეტის ფორმებს ორ დიდ ჯგუფად ჰყოფენ (Marcel Labbé).

1) დიაბეტი აზოტოვან ნივთიერებათა შეთვისების დაურღვეველად (sans dénutrition azotée). ამ ფორმის დროს გლიკოზურია გამოწვეულია მხოლოდ ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა მიღებით; აზოტოვან ნივთიერებათა შეთვისების წონასწორობა ორგანიზმში შენარჩუნებულია; ავადმყოფი შარდში და განავალში გამოჰყოფს იმდენსავე აზოტს, რამდენსაც იღებს საჭმელში; მისი ქსოვილები არ ირღვევა; ავადმყოფს შერჩენილი აქვს უნარი ნახშირწყლების განსახლვრული რაოდენობა შეითვისოს და დაწვას კიდეც და ამიტომ გლიკოზურია მიღებული ნახშირწყლების რაოდენობაზე უმცირესია.

2) დიაბეტი აზოტოვან ნივთიერებათა შეთვისების დარღვევით (avec dénutrition azotée). ამ ფორმის დროს გლიკოზურია დამოკიდებულია არა მარტო კვებისაგან, არამედ ავადმყოფის ქსოვილის დარღვევისაგანაც; აქ აზოტოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის წონასწორობა დარღვეულია; ავადმყოფი ჰკარგავს მეტს აზოტს, ვიდრე ღებულობს საჭმელში. მისი ქსოვილები თანდათან ირღვევა და იგი ხდება; ამავე დროს აზოტოვანი ნივთიერებანი საგნებით წესიერად კი არ იწვის, არამედ უწყესოთ და ამის გამო შარდში ნაცვლად მხოლოდ შარდივანისა ჩვენ ენახულობთ ამინომჟავებს, ამონიაკს და კოლოიდურ აზოტსაც. გლიკოზურია ნახშირწყლების სრული აკვეთით მცირდება, მაგრამ საგნებით არ ისპობა. ასეთს ფორმას, ადრე თუ გვიან, თან მოჰყვება აციდოზი და დიაბეტის კომა.

ინსულინის შემოღებამდე დიაბეტის მკურნალობა იყო ფიზიკურ-დიეტეტიური ინდივიდუალიზაციის მკაცრი გატარებით. აქ ყველაზე წინეთ საჭირო იყო სათანადო დიეტის დანიშვნით გამორკვევა იმისა, თუ დიაბეტის რა ფორმასთან გვაქვს საქმე, შემდეგ გამორკვევა იმისა, თუ რაოდენი ნახშირწყლების მიღება შეუძლიან ავადმყოფს უგლიკოზურიოთ, რაოდენი ცილების, და შემდეგ დანიშვნა საჭმლის იმდენი რაოდენობის, რაც აუცილებლივ საჭიროა ავადმყოფისათვის მისი წონის მიხედვით, მაგრამ იმ გვარად კი, რომ იგი იკვებებოდეს არა ზედმეტად, არამედ უფრო ნაკლებადაც. საჭიროება იმისა, რომ დიაბეტიანი ავადმყოფი სჭამდეს რაც შეიძლება ცოტას, პირველად აღნიშნა ცნობილმა ფრანგმა მეკვლევარმა Bouchardat-მ თავისი ცნობილი გამოთქმით—manger le moins possible.

საინტერესოა, რომ ნაკლებად კვების საჭიროება დიაბეტიანებისათვის დამტკიცდა შემდეგი გარემოებით. როდესაც პარიზს 1870 წ. ალყა შემოარტყეს გერმანელებმა, პარიზში გაჰქრა სრულიად შაქარი, კვერცხი და ძლიერ შემცირდა ხორცი და ჰური. ამას მოჰყვა დიაბეტიანი ავადმყოფთა რიცხვის შემცირებაც და დიაბეტიანი ავადმყოფთა მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესება. იგივე მოხდა მსოფლიო ომის დროს გერმანიაში, სადაც ძლიერ შემცირდა საერ-

თოდ ხალხის კვება ბლოკადის გამო. აქაც ომიანობის დროს და მის შემდეგ, ეკონომიური კრიზისის გამო, დიაბეტიანები საგრძნობლად მომჯობინდნენ და მათმა რიცხვმა მოიკლო.

ამ ჟამად გამორკვეულია, რომ გაცვლა-გამოცვლის პროცესების საერთო გაძლიერება ხელს უწყობს ჰიპერგლიკემიას.

ყველა ზემოხსენებულიდან ნათელია, რომ დიაბეტის მკურნალობის დროს:

1) ნახშირწყლები უნდა მიეცეს ავადმყოფს იმდენი, რომ მათი სრული შეთვისება შეეძლოს ორგანიზმს უგლიკოზურიით;

2) ცილოვან ნივთიერებათა რაოდენობა დიაბეტიანი ავადმყოფის საჭმელში უნდა შემცირებული იყოს (70—80 გრამამდე), ვინაიდან ცილები, ერთის მხრით, წარმოშობს შაქარს და, მეორეს მხრით, ხელს უწყობს ცხიმებიდან აცეტოშეერთებათა გაჩენას და ამგვარად შესაძლებლად ხდის აცილოზს;

3) საჭმლის რაოდენობა უნდა იყოს სწორედ იმოდენი, რამდენიც აუცილებლივ საჭიროა ორგანიზმისათვის, რომ მან თავისი წონა შეინახოს.

ჩვეულებრივად დიაბეტიანი ავადმყოფისათვის კვების გამონაგარიშება სწარმოებს შემდეგ ნაირად: ვთქვათ, ავადმყოფის წონა 60 კილოა; ვინაიდან დიაბეტიანს წონის თითო კილოზე სჭირია 30 კალორია, ამიტომ მისი საჭმლის კალორიული ღირებულება უნდა იყოს 30 კალ. $\times 60 = 1800$ კალორია. ეს იქნებოდა იმ შემთხვევაში, თუ იგა შარდში შაქარს არ გამოყოფდა. თუ მის შარდში შაქრის, ვთქვათ, 2%-ია და შარდის რაოდენობა დღე-ღამეში კი უდრის 3000 კუბ. სანტ. მაშასადამე, იგი შარდში ჰკარგავს 60.0 შაქარს დღე-ღამეში, ჰკარგავს ისეთს ნივთიერებას, რომელსაც განსაზღვრული კალორიული ღირებულება აქვს, ჩვენს შემთხვევაში იგი კარგავს 4 კალ. $\times 60 = 240$ კალორიას. ამიტომ ჩვენი ავადმყოფის წონისათვის საჭიროა 1800 კალ. უნდა მიემატოს დაკარგული შაქრის კალორიული ღირებულება 1800 კალ. $+ 240$ კალ. $= 2040$ კალორია. ეს იქნება კალორიების ის რაოდენობა, რომელიც უნდა მიიღოს ჩვენმა ავადმყოფმა აუცილებლივ. მაგრამ ეს კალორიებიც ჩვენ უნდა გავანაწილოთ ისე, რომ ავადმყოფი ღებულობდეს 70.0—80.0 გრამ ცილებს, 50.0—150.0 ნახშირწყლებს და დანარჩენს კი ცხიმების სახით. შემდეგ ყოველ ცალკე შემთხვევაშიც საჭიროა მოვახდინოთ სასტიკი ინდივიდუალიზაცია, ვინაიდან სხვადასხვა ინდივიდუალური სხვადასხვა ნახშირწყალს ანდა ცილას სხვადასხვაგვარად ითვისებს.

ყველა ეს დიეტეტიური პრინციპები ინსულინით მკურნალობის დროსაც სავსებით შერჩენილია. ამიტომ, ვიდრე ინსულინით წამლობას დავიწყებდეთ, საჭიროა ყოველი დიაბეტიანი ავადმყოფის ინდივიდუალური შესწავლა, მისი დიაბეტის ფორმის გამორკვევა და მისი დიეტის გამომუშავება ავადმყოფის წონისა და სხვადასხვა ნივთიერებისადმი გამძლეობის მიხედვით. ავადმყოფს უნდა დაენიშნოს ისეთი დიეტა, რომ მისი წონა არ უნდა კლებულობდეს.

თუ ასეთს შემთხვევაში ავადმყოფი შაქარს არ გამოჰყოფს შარდში და მის სისხლშიაც არ არის ჰიპერგლიკემია ე. ი. თუ ავადმყოფს დიაბეტის მსუბუქი ფორმა აქვს (გერმანული კლასიფიკაციით), მაშინ ამ ჟამად გერმანიაში ინსულინის ასეთს ავადმყოფს არ უკეთებენ. ამერიკაში კი ასეთს შემთხვევაში ავადმყოფს უმატებენ საჭმელს კიდევ 500 კალორიით, რა თქმა უნდა, ინდივიდუალიზაციის გატარებით და, თუ ამ შემთხვევაშიაც ავადმყოფს არც ჰიპერგლიკემია აქვს და არც გლიკოზურია, მაშინ მას ინსულინს არ უკეთებენ.

თუ ავადმყოფი მიუხედავად დანიშნული დიეტისა მაინც გამოჰყოფს შაქარს, მაშინ უნდა გამორკვეული იქნეს გამოყოფილი შაქრის დღე ღამის რაოდენობა და ამის მიხედვით დაენიშნოს ავადმყოფს ინსულინი იმ ანგარიშით, რომ ინსულინის ერთი ერთეული უდრის შაქრის 2—5 გრამს.

პროფ. Macleod-მა ხანგრძლივი ექსპერიმენტებისა და გამოცდილების შემდეგ ინსულინის ერთეულად შემოიღო ამ პრეპარატის იმდენი რაოდენობა, რამდენიც ჯანსაღ შინაურს კურდღელს წონით 2—2½ კილოს, რომელიც ერთი დღე შიმშილობდა, დაუჭვეითებს სისხლში შაქრის რაოდენობას 4 საათის განმავლობაში 0.045%-მდე გ. ი. წ. გამოიწვევს გ. წ. ჰიპოგლიკემიურს რეაქციას. შემდეგ გამოირკვა, რომ ეს ერთეული კლინიკისათვის შედარებით დიდია და 1924 წლიდან ერთეულად შემოაღნიშნული დოზის ნახევარს ხმარობენ.

ამ ჟამად ინსულინს ამზადებენ თითქმის ყველა სახელმწიფოში და მისი პრეპარატები მრავალია. ყველაზე უფრო ცნობილია ინსულინი Lilly-სა, რომელსაც ტირონტოს უნივერსიტეტის კომისია უწევს კონტროლს, შემდეგ ინგლისური ფირმების Allen and Hanbury-ს და Welcom-ის პრეპარატები, შვეიცარიული ინსულინი Hoffmann La-Roche-ის და გერმანული ინსულინი ცნობილი ფირმების Kahlbaum-ის, Bayer-ის და Hoechst-ის.

პირადად ჩვენ ხელთ გექონდა Allen-ის და Welcom-ის პრეპარატები (ორივე წარმოადგენს ინსულინის ხსნარს, უკვე დამზადებულს კანქვეშ შესაშხაპუნებლად) და დანიური პრეპარატი „Leo“, რომელიც ტაბლეტებშია და საჭიროებს შესაპუნების წინ გახსნას და ამიტომ უფრო ნაკლებად ხელსაყრელია. ინგლისური ინსულინი კი, განსაკუთრებით Allen-ის ფირმის, ერთს საუკეთესო პრეპარატად ითვლება.

Noorden-ი გვიჩვენებს, რომ ინსულინი ავადმყოფს გავუკეთოთ დღეში ორჯერ-სამჯერ ჭამის წინ, ვინაიდან მისი მოქმედების მაქსიმუმი 3-4 საათის შემდეგ დგება ე. ი. იმ დროს, როდესაც ნაწლავებიდან სისხლში მონელებული ნახშირწყლების შედეგად მიღებული შაქარი შეიწურება. ინსულინის წამლობის ზეგავლენით მოკლე ხანში შაქარი სრულიად ჰქრება და ავადმყოფი უკეთ ხდება. ასეთი წამლობა უნდა გაგრძელდეს დაახლოებით 1-3 კვირა. ამის შემდეგ ამერიკელი ავტორები უმატებენ ავადმყოფს საჭმელში ნახშირწყლების რაოდენობას და ამასთანავე ერთად სათანადოთ ინსულინის რაოდენობასაც, რომ გამოიწვიონ ავადმყოფის წონაში მომატება, განსაკუთრებით, თუ იგი გამხდარია. გერმანიაში ჭამის ამ მომატებას საჭიროდ არ სთვლიან. როდესაც ავადმყოფი საკმაოდ მომჯობინდება, დიეტას სტოვებენ ისეთსავე, ინსულინის დოზას კი თანდათანობით ამცირებენ. წამლობა ინსულინით საერთოდ გრძელდება შემთხვევის მიხედვით რამოდენიმე თვე.

ინსულინით წამლობის კურსის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფს ენიშნება ისეთი დიეტა, რომ წონაში არ მოიკლოს, მაგრამ ნახშირწყლები ეძლევა იმაზე ნაკლები, რასაც ღებულობდა ინსულინით წამლობის დროს.

შემდეგ დრო-გამოშვებით, პერიოდულად, და, გარდა ამისა, იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს კვლავ გლიკოზურია გაუჩნდება, საჭიროა ინსულინით მკურნალობის განმეორება.

ავტორთა მთელი რიგი და მათ შორის თვით Banting-ი, Campbell-ი, Umber-ი, Staub-ი და სხვები იმ აზრისა არიან, რომ ავადმყოფმა კლინიკაში წამლობის კურსის გატარების შემდეგ, როდესაც შესწავლილია მისი ორგანიზმის გაცვლა-გამოცვლა, შემუშავებულია დიეტა და გამორკვეულია ინსულინის დოზა, სახლში განაგრძოს ინსულინით წამლობა, მაგრამ პატარა დოზებით (დაახლოებით 10 ერთეული დღეში ორჯერ).

განსაკუთრებით შესაძინევ შედეგებს იძლევა ინსულინით მკურნალობა დიაბეტის მიერ გამოწვეული კომის დროს. ინსულინის ინტრავენოზური შესაპუნება საკმაოდ დიდი დოზებით (40—100 ერთეული დღეში რამოდენიმეჯერ) ერთბაშად

აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას და სიკვდილისაგან იხსნის მას. ჰიპოგლიკემიური რეაქციის ასაცდენად საჭიროა ავადმყოფს დაენიშნოს გლიკოზა, შემთხვევის მიხედვით, ან შიგნით, ან ინტრავენოზურად (20,0—30,0).

ინსულინით წამლობის წინააღმდეგ ჩვენება არ არსებობს. დიაბეტის მსუბუქი ფორმების დროსაც, როდესაც ამ ჟამად ინსულინს არ ხმარობენ, თავისუფლად შეიძლება ინსულინით წამლობა, რომ იგი ესე ძვირი არ იყოს, ვინაიდან ინსულინის ხმარება მოამჯობინებდა საერთოდ ავადმყოფს და, გარდა ამისა, დაასვენებდა მის ინსულარულს აპარატს, რაც თავის თავად ძლიერ სასარგებლოა და ხელს უწყობს Langerhans-ის კუნძულების ფუნქციის აღდგენას.

უნდა ვუფროთხილდეთ მხოლოდ ე. წ. ჰიპოგლიკემიურ რეაქციას, რომელიც ადამიანს მოსდის მაშინ, თუ სისხლში შაქრის რაოდენობა 0.07% დე დაქვეითდა, თუმცა აქაც ყოველი ორგანიზმი რეაქციას იძლევა ინდივიდუალურად, ზოგი უფრო ადრე, ზოგი უფრო გვიან. საერთოდ კი მიღებულია, რომ ჰიპოგლიკემიის მსუბუქი მოვლენები—თავბრუსხვევა, შფოთვა და შიშის გრძობა, საერთო სისუსტე, ძლიერი შიმშილის გრძობა და წყურვილი ავადმყოფს ეწყობა. თუ მის სისხლში შაქარი 0.07%-მდე დაქვეითდა. თუ შაქრის რაოდენობა სისხლში 0,05%-მდე ჩამოვიდა, მაშინ ავადმყოფს უკვე ძლიერი მოვლენები აქვს ჰიპოგლიკემიური რეაქციისა—პულსის გახშირება, ძლიერი ოფლი, სისხლის წნევის დაქვეითება, გულის რევა, დიპლოპია და აფაზია. თუ შაქრის რაოდენობა სისხლში 0,032%-მდე დაქვეითდა—მაშინ ავადმყოფს უკვე კომა მოსდის.

ჰიპოგლიკემიური რეაქციის მსუბუქი მოვლენების დროს სრულიად საკმარისია ავადმყოფს 20,0 გლიკოზა მივსცეთ შიგნით, რომ ყველა მოვლენები გაჰქრეს. ნაცვლად გლიკოზისა, შეიძლება ავადმყოფს მურაბა მივსცეთ ან ჩვეულებრივი შაქარი, მხოლოდ უფრო მეტი.

ჰიპოგლიკემიის ძლიერი მოვლენების დროს საჭიროა უკვე გლიკოზის ინტრავენოზური შემხაუნება (200—300 კუბ. სან. 10% ხსნარისა) და ავადმყოფი სწრაფად მომჯობინდება ხოლმე. გლიკოზის მოქმედების გასაძლიერებლად შეიძლება ავადმყოფს კანქვეშ ადრენალინი შევუშხაუნოთ, რომელიც, როგორც ვიცით, ინსულინის ანტაგონისტია ($1/2$ —1 კუბ. სანტ. 1:1.000 ხსნარისა).

მეორე გართულება, რომელიც ხანდახან თანა სდევს ხოლმე ინსულინით მკურნალობას, ეს შეშუპებებია, რომელიც ძლიერა ჰგავს თირკმლების შეშუპებას ამ შემთხვევაში ჩვეულებრივი წამლობა (აქლორიდული დიეტა, რძე, დიურეტიკი) მალე სობს ამ შეშუპებებს. თუ რით არის ეს შეშუპებები გამოწვეული ჯერ გამორკვეული არ არის. Widal-ის აზრით, ინსულინი მოქმედებს წყლის გაცვლა-გამოცვლაზე, Umber-ი ფიქრობს, რომ ინსულინით წამლობის ზეგავლენით პოლურისის მოსპობის გამო წყალი რჩება ორგანიზმში და ეს იწვევს შეშუპებას.

დასასრულ, იბადება საკითხი, რა მოგვცა ინსულინის აღმოჩენამ და რას უნდა მოველოდეთ მისგან მომავალში? რადგან ინსულინი არსებითად მხოლოდ 2 წელია, რაც შემოღებულია, რა თქმა უნდა, საბოლოო დასკვნების გამოტანა ჯერ ნაადრევი იქნებოდა. მართალია, უკვე გამოქვეყნებულია სხვადასხვა ქვეყანაში დაკვირვებები ინსულინით წამლობის შესახებ რამოდენიმე ათასს ავადმყოფზე, მაგრამ ამ წამლობის მოგვიანებითი შედეგების შესახებ ჯერ ვერას ვიტყვი.



ამისათვის საჭიროა კიდევ რამოდენიმე წელმა გაიაროს. ერთი კი ცხადია, არ გამართლდა ბევრის აზრი, რომ ინსულინის აღმოჩენის შემდეგ დიაბეტიანები უკვე მორჩენილები არიან, არ გამართლდა არც თვით დიაბეტიანების სიხარული, რომ მათ ეხლა უკვე შეუძლიათ თავისი დიეტა დაარღვიონ. ყველა ძველი დებულება დიაბეტის მკურნალობის დროს კვლავ ძალაშია.

მიუხედავად ამისა, ინსულინის შემოღებას მაინც ფრიად დიდი მნიშვნელობა აქვს. იგი ჰკურნავს დიაბეტიანის კომას, იგი სპობს აცეტონურიას, ამცირებს და სრულიად სპობს გლიკოზურიას, ამცირებს ჰიპერგლიკემიას ზოგჯერ ნორმამდე. ამავე დროს ავადმყოფს კარგი თვითგაძნობა აქვს, წყურვილი და შიმშილობის გრძნობა მას ეკარგება, შარდის რაოდენობა ნორმამდე ჩამოდის, ავადმყოფს ემატება წონა და შრომის უნარიც აღუდგება ხოლმე. მაგრამ ყველა ეს ხდება მაშინ, როდესაც ჩვენ ინსულინს ვხმარობთ. შემდეგ შეიძლება ფრთხილად ისეთი დასკვნა გამოვიტანოთ, რომ ინსულინით მკურნალობა ასვენებს პანკრეასის ინსულარულ აპარატს და ამით აძლიერებს დიაბეტიანის ნახშირწყლებისადმი გამძლეობას. მოკლედ რომ ვსთქვათ, ინსულინი ფიზიოლოგიური წამალია და არა ეტიოლოგიური (Marcel Labbé), იგი აგრძელებს დიაბეტიანი ავადმყოფის სიცოცხლეს, მაგრამ საბოლოოდ ავადმყოფს ვერ ჰკურნავს, Joslin-ის თქმით, დიაბეტი მოთვინიერებულია, მაგრამ ჯერ კიდევ დამარცხებული არ არის (le diabète quoique dompté, n'est pas encore conquis).

მიუხედავად ამისა, ინსულინის აღმოჩენა დიაბეტის მკურნალობაში დიდი ფაქტია და საესებით მართალია სტოკჰოლმის აკადემია, რომელმაც ინსულინის აღმოჩენისათვის მანამდის სრულიად უცნობს ახალგაზდა კანადელ მეცნიერს Banting-ს ნობელის საერთაშორისო პრემია მიუსაჯა.

ი. პ ა რ მ ა.

კლინიკის ორდინატორი.

დიაბეტის ინსულინით მკურნალობისათვის*).

(ტფილისის უნივერ. ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. ალ. ალადაშვილი).

... but diabetes, though subdued,
is not yet conquered.

Joslin.

დიაბეტი, როგორც სნეულემა, უკვე დიდი ხანია რაც ცნობილია, მაგრამ მისი პათოგენეზი მხოლოდ ბოლო ხანებში გამოიკვია. აზრი, რომ, დიაბეტის ზოგიერთი ფორმების დროს, პანკრეასის დაზიანებას უნდა ქონდეს ადგილი, პირველად Cowly-მ გამოსთქვა თავისი პათოლოგ-ანატომიური მასალის მიხედვით. ცნობილმა ფრანგ კლინიკისტმა Lancereaux-მ გამოჰყო დიაბეტის „პანკრეატიული“ ფორმა კლინიკური მასალის მიხედვით. ექსპერიმენტალურად პანკრეატიულ დიაბეტზე ბევრი იმუშავა სხვადასხვა, ავტორმა და მათ შორის Mering-მა, Minkowski-მ, Hédon-მა და Carlson-მა. მე არ შევჩერდები ამ ექსპერიმენტების აღწერაზე. ვიტყვი მხოლოდ, რომ მათ სავსებით გაამართლეს კლინიკური და პათოლოგ-ანატომიური მასალის მიხედვით გამოთქმული აზრი და, მეორეს მხრივ, გვიჩვენეს, რომ პანკრეასი იმუშავებს რაღაც ნივთიერებას, რომელიც სისხლში გადადის და მოქმედობს ორგანიზმში შაქრის რეგულიაციაზე. საკითხი თუ პანკრეასის რომელი ჰისტოლოგიური ნაწილი იმუშავებს ამ ნივთიერებას დიდხანს რჩებოდა გამოურკვეველი. Cobin-მა, Schultze-მ და Laguess-მა გვიჩვენეს, რომ საექსკრეციო ნაწილს არა აქვს მნიშვნელობა, რადგანაც ჯირკვლის მხოლოდ სადინარის გადასკნით მათ დიაბეტის განვითარება ვერ მიიღეს. შემდეგში, როდესაც Langerhans-მა აღმოაჩინა პანკრეასში ის სპეციალური ელემენტები, რომელთაც შემდეგში მისი სახელობის კუნძულები ეწოდა და რომელთა შინაგანი სეკრეტორული ფუნქცია Laguesse-ის ჰისტოლოგიურმა და ემბრიონალურმა გამოკვლევებმა დაგვიმტკიცეს, იყო შეტანილი იქვი ამ ელემენტების მნიშვნელობის შესახებ. და მართლაც დიაბეტიანთა პანკრეასში, ავტორთა მთელმა რიგმა, მაგალ. Cobin-მა, Stangle-მა, Diamare-მა და მეტადრე Heiberg-მა და Weichselbaum-მა, ნახეს სწორეთ ამ კუნძულების ჰილინური, ჰიდროპიული გადაგვარება, ატროფია, სკლეროზი და სხვა. მას შემდეგ ცხადი იყო, რომ ყველა ეს პროცესები, იწვევენ რა Langerhans-ის კუნძულების დაზიანებას, ასუსტებენ ან სრულიად სპობენ მათ შინაგან სეკრეტორულ ფუნქციას და აღარიბებენ ორგანიზმს იმ ნივთიერებით, რომელიც ნახშირ-წყალთა გაცვლა-გამოცვლას განაგებს.

*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-III კონგრესზე 1825 წ. 27/V.

სწორეთ ამის შემდეგ მკვლევართ დაებადათ აზრი არსებული ნაკლის ხელოვნურად შევსების შესახებ. ცხოველების პანკრეასის per os ხმარებამ არ მოიტანა სასურველი შედეგები და ამიტომ მკვლევართა მთელმა რიგმა, როგორც მაგალითად Kleiner-მა, Scott-მა, Forschbach-მა, Paulesco-მ და სხვებმა, შეეცადნენ ეწამლათ დიაბეტი პანკრეასიდან მიღებული ექსტრაქტებით. მაგრამ აღმოჩნდა, რომ ეს ექსტრაქტები ან სულ არ მოქმედობდა ან იძლეოდა მცირე და ხანმოკლე ეფექტს. გარდა ამისა ეს ექსტრაქტები იჩენდა ისეთ მძლავრ შხამიანობას, რომ მათი ხმარება შეუძლებელი იყო.

ასე იდგა საკითხი 1920 წლამდე, როდესაც მით დაინტერესდნენ და დაიწყეს მუშაობა Banting-მა და Best-მა, პროფ. Macleod-ის ინსტიტუტში Toronto-ში. მათ შეეცადნენ უპირველეს ყოვლისა გაენთავისუფლებინათ ექსტრაქტი ტრიპსინისაგან და ცილისაგან. ეს იყო აუცილებელი საჭირო, რადგანაც ტრიპსინი, ერთის მხრივ შლის პანკრეასის შინაგან სეკრეტს და მით აბათილებს მის ანტიდიაბეტიურ მოქმედებას, როგორც ეს უკვე 1910 წ. Croffan-მა გვიჩვენა, მეორეს მხრივ კი, იწვევს მოშხამვას. ამ მიზნით Banting-მა და Best-მა ისეთ პანკრეასიდან მიიღეს ექსტრაქტი, რომლის სადინარი იყო გადასკვნილი. ასეთ პირობებში ამ ჯირკვალის ექსკრეტორული ნაწილი განიცდის ატროფიას და აღარ იმუშავებს ტრიპსინს, მაშინ როდესაც Langerhans-ის კუნძულები არ ზიანდებიან და განაგრძობენ ფუნქციის შესრულებას. როდესაც შემდეგ Banting-მა და Best-მა ასეთი ექსტრაქტის ფილტრატი პანკრეასმოკვეთილ ძალს შეუმხაპუნეს, მათ ნახეს სითხეში შაქრის რაოდენობის ისეთი დაქვეითება, რომელსაც წინანდელი ექსტრაქტები არ იძლეოდა. ამგვარად Banting-ი და Best-ი დარწმუნდა, რომ მათ მიერ ამორჩეული გზა სწორია. მაგრამ იგი დიდ დროს მოითხოვდა და ამიტომ შემდეგში მათ ბევრი ცდის შემდეგ ისეთი წესი შეიმუშავეს, რომ ღებულობდნენ მოქმედ ექსტრაქტს არა მარტო სადინარგადასკვნილ, არამედ ჩვეულებრივ ჯირკვლიდანაც. ამ უამად პანკრეასის შინაგანი სეკრეტი მიიღება რქოვან ცხოველების ჯირკვლიდან ალკოჰოლის საშუალებით. აღმოჩნდა, რომ განსაზღვრული კონცენტრაციის ალკოჰოლი ღსნის პანკრეასის ჰორმონს და ამავე დროს ლექავს ცილას და ფერმენტებს, მეორეს მხრივ კი — ხელს უშლის აქტიური ტრიპსინის წარმოშობას მის ზიმაგენიდან.

ამგვარად მიღებულ ნივთიერებას, მისი წარმოშობის ადგილის მიხედვით, Schaffer-ის წინადადებით, 1921 წელს „Insulin“-ი ეწოდა.

ინსულინის სტრუქტურა ჯერ კიდევ არ არის გამოკვლეული. იგი იძლევა ზოგიერთ რეაქციებს ცილებზე და დალექვისას იმავე ფრაქციაში მოყვება, სადაც ალბუმინები. ამიტომ შეიძლება დაუშვათ, რომ იგი ცილის რომელიმე რთულ დერივატს წარმოადგენს. მაგრამ თუ პრეპარატს კარგად დაგვსვენდთ, მაშინ იგი უკვე აღარ იძლევა რეაქციებს ცილებზე, რაც გვიმტკიცებს, რომ ინსულინი მხოლოდ ფიზიკურად, აბსორბციის სახითაა, შეკავშირებული ცილასთან.

Banting-ის, Best-ის და Collip-ის წესით მიღებული ინსულინი წარმოადგენს თეთრ ჰიგროსკოპიულ ფხენილს, რომელიც ადვილად იხსნება წყალში და 80% ალკოჰოლში. ტრიპსინი, პეპსინი და ალუღება 3. განმავლობაში შლის მას გათბობა 30° განმავლობაში 60°-დე არ მოქმედობს მასზე.

ინსულინის სტრუქტურის გამოურკვევლობამ ხელი არ შეუშალა მისი ფიზიოლოგიური გავლენის შესწავლას. პირველი ცდები თვით Banting-მა და Best-მა პანკრეასამოკვეთილ ძაღლებზე მოახდინეს. ასეთი ძაღლები ჩვეულებრივ ავად ხდებიან მძიმე დიაბეტით და მალე იხოცებიან. ინსულინის შეყვანა კი იწვევდა ამ შემთხვევებში ჰიპერგლიკემიის და გლიკოზურის ძლიერ შემცირებას და სიცოცხლის გაგრძელებას.

შაქრის რაოდენობა სისხლში ინსულინის შეყვანისთანავე იწყობს თანდათანობით დაკლებას, აღწევს ერთგვარ მინიმუმს, ხოლო შემდეგ კი ისევ მატულობს და აღწევს პირვანდელ დონეს. ინსულინის მაქსიმალური მოქმედების დრო დამოკიდებულია შეყვანის გზაზე და მის დოზაზე. დიდი დოზის ვენაში შეყვანისას მოქმედების მაქსიმუმი $1/2$ საათის შემდეგ მოდის, ხოლო საშუალო დოზის კანქვეშ შეყვანისას კი—მე-4-ზე, მე-6-სე საათზე.

შემდეგში მრავალ ავტორთა ცდებმა დაადასტურეს ინსულინის გავლენა ჰიპერგლიკემიაზე და გლიკოზურიაზე და გარდა ამისა გამოარკვეეს მოქმედების სხვა მხარეებიც.

M. Labbé-ს და Кудрявцева-ს გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, რომ დიაბეტიან ძაღლზე ინსულინი ამყარებს აზოტის წონასწორობას და ცილის დახარჯვას მინიმუმით განსაზღვრავს. იგივე M. Labbé გვიჩვენებს, რომ ჯანსაღ ძაღლთა შორის ინსულინი იწვევს, პირიქით, ცილის ზედმეტ დაშლას და აზოტის წონასწორობის დარღვევას.

Fonseca-მა, Marrian-მა, Banting-მა, Best-მა, Collip-მა და Macleod-მა დაგვიმტკიცეს, რომ ინსულინის გავლენით ცხიმების რაოდენობა კლებულობს არა მარტო დიაბეტიან ძაღლთა, არამედ აგრეთვე საღ ძაღლთა სისხლშიც.

ყველა ავტორები ერთხმად აღნიშნავენ, რომ ინსულინი იწვევს სუნთქვის კოეფიციენტის მომატებას, მაგრამ მიზეზს ამ მოვლენისა სხვადასხვაგვარად განმარტავენ. Banting-მა, Best-მა, Macleod-მა, Collip-მა და სხვებმა ნახეს, რომ პანკრეასამოკვეთილ ძაღლებს ეს კოეფიციენტი აქვთ დაბალი, რადგანაც მათ ორგანიზმში ნახშირწყლები არ იწვის. ნახშირწყლების მიცემა არ იწვევს ასეთ ძაღლთა შორის სუნთქვის კოეფიციენტის მომატებას, რაც ეს ჩვეულებრივია საღთა შორის. მაგრამ ინსულინის შეყვანა ნახშირწყლების მიცემასთან ერთად იწვევს სუნთქვის კოეფიციენტის მომატებას. აქედან აღნიშნულმა ავტორებმა დაასკვნეს, რომ ინსულინის გავლენით ორგანიზმში ხდება ნახშირწყლების დაწვა, რაც სუნთქვის კოეფიციენტის მომატებას იწვევს. ამ დასკვნის წინააღმდეგ გაილაშქრეს სხვა ავტორებმა. მაგალითად, Kelaway-მ და Hughes-მა ნახეს, რომ თუმცა ინსულინის გავლენით სუნთქვის კოეფიციენტი მატულობს, მაგრამ, მაშინ როდესაც CO_2 გამოიყოფა უფრო მეტი რაოდენობით, შესუნთქული O_2 რაოდენობა ან არ მატულობს ან მატულობს ძალიან ცოტას. Straub-მაც, აღნიშნა რა საერთოდ სუნთქვის კოეფიციენტის და აგრეთვე ამოსუნთქული CO_2 -ის მომატება, ნახა, რომ შესუნთქული O_2 -ს რაოდენობა, პირიქით, კლებულობს. ამის გამო აღნიშნული ავტორები იმ აზრს ადვიან, რომ, თუმცა სუნთქვის კოეფიციენტი საერთოდ მატულობს, მაგრამ ეს მომატება არ არის დამოკიდებული ორგანიზმში შაქრის დაწვაზე, მით უმეტეს, რომ ამ დროს არც ტერმოპროდუქცია მატუ-

ლობს. Biedl ი ფიქრობს, რომ ინსულინი იწვევს CO_2 -ის ამორეცხვას ქსოვილებიდან, რასაც სუნთქვის კოეფიციენტის მომატება მოყვება.

გლიკოგენის რაოდენობა პანკრეასამოკვეთილ ძალთა ღვიძლში, როგორც ამას Macleod-ი, Marrian-ი, Straub-ი და სხვები აღნიშნავენ, ძალიან მატულობს.

აცეტონემია და აცეტონურია კლებულობს და ქრება და ხშირად, როგორც ამას Widal-ი, Abrami-ი, Weill-ი, Laudat, M. Labbé აღნიშნავენ, უფრო ადრე ვიდრე ჰიპერგლიკემია და გლიკოზურია.

ამ უამად აეტორები, და მეტადრე ფრანგი აეტორები, იმ აზრს ადგიან, რომ დიაბეტის დროს აცეტონშენაერთთა მეტაბოლიზმი, ისევე როგორც ცილის და ცხიმის მეტაბოლიზმის დარღვევა, ნახშირწყალთა გაცვლა-გამოცვლის დარღვევაზე კი არ არის დამოკიდებული, არამედ პანკრეასის შინაგანი სეკრეციის შესუსტება ან სრული მოსპობა იწვევს ერთდამთავ დროს ყველა აღნიშნულ ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის დარღვევას. მეტადრე ეს შეეხება აცეტონშენაერთთა და M. Labbé, Widal-ი და მათი მოწაფეები პირდაპირ სთვლიან რომ ინსულინი მეორედ აღ. ი. ნახშირ-წყალთა გაცვლა-გამოცვლის გაუმჯობესობის გამო კი არ იწვევს აციდოზის დაკლებას და მოსპობას, არამედ იგი პირდაპირ, პირველად, მოქმედობს აღნიშნულ სხეულთა მეტაბოლიზმზე. M. Labbé-ს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც ინსულინის გავლენით აცეტონურია სრულიად გაქრა, მაშინ როდესაც გლუკოზურია მხოლოდ დაიკლო. ანალოგიური შემთხვევები მოჰყავს Widal-ს, Abrami-ს, Weill-ს და Laudat-ს. მათ არაიშვიათად უნახავთ, რომ ინსულინიზაცია იწვევდა აცეტონურიის უფრო სწრაფ და ძლიერ დაწევას, ვიდრე გლიკოზურიისა, და ინსულინიზაციის შეწყვეტის შემდეგ კი აცეტონურია უფრო ადრე ჩნდებოდა და სწრაფადაც მატულობდა, ვიდრე გლიკოზურია.

Harrop და Benedict-ი აღნიშნავენ, რომ ინსულინის გავლენით არაორგანიული ფოსფორის რაოდენობა შარდში და სისხლში კლებულობს Straub-იც აღნიშნავს ფოსფორის დაკლებას სისხლში.

ასეთია ინსულინის მოქმედების მთავარი მხარეები. როგორც ვხედავთ მას ბევრი რამ აქვს დადებითი დიაბეტის წამლობის თვალსაზრისით. მაგრამ შემდეგ გამოირკვა, რომ იგი არ არის თავისუფალი ნაკლიდან. ამ ნაკლს ე. წ. „ჰიპოგლიკემიური რეაქცია“ წარმოადგენს, რომელიც პირველად Banting-მა, Best-მა, Collip-მა და Macleod-მა აღწერეს. ეს რეაქცია იმაში გამოიხატება, რომ ცხოველი ამ დროს ჰგრძნობს შიმშილს და წყურვილს, ზანტად მოძრაობს, ხდება მშიშარი და, თუ სათანადო ზომები არ მივიღეთ, მას ემართება კრუნჩხვა, კომა და იგი კვდება სუნთქვის ცენტრის სიდაბლის გამო. გლიკოზის ან ადრენალინის შეშხაპუნება სპობს ამ მოვლენებს. აღნიშნული მოვლენა თავს იჩენს მაშინ, როდესაც შაქრის რაოდენობა სისხლში ერთგვარ მინიმუმამდე, რომელიც დაახლოებით $0,045\%$ ს უდრის, ჩამოდის. აღსანიშნავია, რომ არა იშვიათად აეტორებს (Fletcher, Campbell, Hellion, Ledebt) უნახავთ ჰიპოგლიკემიური რეაქცია მაშინაც კი, როდესაც შაქრის რაოდენობა სისხლში იყო ორჯერ მეტი, ვიდრე ზევით-აღნიშნული ციფრი. ამიტომ მათი აზრით სისხლის გაღარიბებას შაქრით არა აქვს მთავარი პათოგენეტიური მნიშვნელობა ამ რეაქციისათვის.

ებლა თავისთავად სდგება საკითხი ინსულინის მოქმედების მექანიზმის შესახებ. რათ კლებულობს შაქარი სისხლში? რა ემართება მას? სად მიდის იგი? საუბედუროთ ეს საინტერესო საკითხი არ არის საბოლოოთ გამოკვეთილი და ამის შესახებ ბევრი სხვადასხვა აზრია გამოთქმული.

პირველი ავტორები (Macleod), რომელნიც ინსულინზე მუშაობდნენ, ფიქრობდნენ, რომ მისი გავლენით დიაბეტიანის ქსოვილებს უბრუნდებათ შაქრის დაწვის უნარი და ინსულინი დიაბეტიანის ქსოვილებსათვის წარმოადგენს ერთგვარ გამაღიზიანებელს ამ მხრივ. თავის აზრს აღნიშნული ავტორები სუნთქვის კოფეციენტის მომატებაზე ამყარებდნენ. მაგრამ ჩვენ უკვე ვნახეთ, რომ სუნთქვის კოფეციენტის მომატების დამოკიდებულება შაქრის დაწვა ორგანიზმში, ჯერ კიდევ არ არის საბოლოოთ დამტკიცებული.

Winter-ი და Smith-ი შემდეგ აზრს ადგიან: ისინი ფიქრობენ, რომ ორგანიზმში გლიკოზა გვხვდება სამი სახით: α —, β —, და γ —გლიკოზა. მათი აზრით, დაწვის უნარი მხოლოდ γ —გლიკოზას აქვს; დიაბეტიანს კი სწორეთ გლიკოზის ეს სახე არ მოეპოვება. ინსულინის მოქმედების მექანიზმს ეს ავტორები სწორეთ იმაში ხედავენ, რომ ვითომდაც იგი α —და β —გლიკოზის γ —გლიკოზაში გადასვლას იწვევდეს. ამ თეორიის შესახებ იგივე უნდა ითქვას, რაც პირველი თეორიის შესახებ ვსთქვით.

საღ ძალს რომ ინსულინი შეუშხაპუნოთ, დავინახავთ რომ მის ღვიძლში გლიკოგენის რაოდენობა კლებულობს. პირიქით, დიაბეტიანთა და პანკრეას-ამოკვეთილ ძალთა ღვიძლში კი ჩვენ გლიკოგენის მომატებას ვნახულობთ. უკანასკნელი ფაქტი იყო დადასტურებული მრავალ მკვლევართა მიერ. აქედან ზოგმა ავტორმა დაასკვნა, რომ ინსულინი დიაბეტიანის ორგანიზმში იწვევს გლიკოზის გადასვლას გლიკოგენში, რის გამოც შაქრის რაოდენობა სისხლში კლებულობს. მაგრამ პირდაპირმა ცდებმა, ღვიძლში ერთდროულად შაქრის და ინსულინის გატარებით, ვერ აღმოაჩინა ამ პირობებში გლიკოგენის მომატება.

ზოგნი (Umber) ფიქრობენ, რომ დიაბეტიანის ორგანიზმში ინსულინის გავლენით ადგილი აქვს, როგორც შაქრის დაწვას, ისე მის გლიკოგენში გადასვლას. არსებობს ასეთი აზრიც, რომ დიაბეტის დროს შაქრის ნაწილი წარმოიშვის ცილებიდან და ცხიმებიდან. ინსულინი ხელს უშლის სწორეთ ამ პროცესს და შესაძლებელია აგრეთვე რომ იგი, პირიქით, იწვევდეს ნახშირწყლების გადასვლას ცილაში და ცხიმში.

Brugsch-ი, თავისი და Meyerhof-ის ცდების მიხედვით, ასე განმარტავს ინსულინის მოქმედებას ჰიპერგლიკემიაზე. მისი აზრით, ნახშირ-წყლების გაცვლა გამოცვლა ღვიძლში და კუნთებში ორ ფაზად მიმდინარეობს. პირველ, ანაერობულ ფაზაში გლიკოგენი იშლება გლიკოზაზე და რძის მჟავაზე, ხოლო მეორე, აერობულ ფაზაში კი გლიკოზა მჟავადის საშუალებით წყალზე და ნახშირორჟანგზე იშლება, რძის მჟავა კი, სინთეზის საშუალებით, ისევ გლიკოზაში გადადის. როგორც საშუალო პროდუქტი ორივე ფაზის დროს ჩნდება გლიკოზის დიფოსფატი. დიაბეტიანთა შორის შეფერხებულია გლიკოგენის წარმოშობა. მათ ორგანიზმში გლიკოზის დიფოსფატი მეორე ფაზაში ისევ იშლება გლიკოზაზე და ფოსფორის მჟავაზე და ამგვარად გლიკოზის წარმოშობა უფრო მეტია, ვიდრე მისი დაშლა.

ინსულინი კი, Brugsch-ის აზრით, ეხმარება ორგანიზმს და გლიკოზა გლიკოგენში გადააქცევს, რის გამოც პირველის რაოდენობა სისხლში კლებულობს.

ინსულინის ცხოველებზე საკმაოდ გამოცდის და მისი გავლენის გათვალისწინების შემდეგ, მკვლევარნი ცხოველებიდან ადამიანზე გადავიდნენ. აქ მათ უპირველეს ყოვლის ინსულინის სტანდარტიზაცია დასჭირდათ. ბევრი ცდების შემდეგ Toronto-ს მკვლევარებმა ინსულინის ერთეულად მისი ის რაოდენობა მიიღეს, რომელიც ჯანსაღ შინაურ კურდღელს, 2—2¹/₂ კილო წონის და 24 საათის განმავლობაში უჭმელს, უჭვეითებდა შაქრის რაოდენობას სისხლში 0,045%-დე 4 საათის განმავლობაში. რადგანაც კლინიკისათვის ეს დოზა დიდი აღმოჩნდა, ამიტომ იგი ჯერ 1/3-დე იყო ჩამოყვანილი, ხოლო 1924 წელს კი 40%-ით გადიდებული.

ადამიანზე ინსულინი პირველად Banting-მა და Best-მა იხმარეს დიაბეტის 7 შემთხვევაში. აქაც მათ მიიღეს ისეთივე კარგი შედეგები, როგორც ცხოველებზე გამოცდის დროს. მას შემდეგ სხვა ავტორებმაც გამოსცადეს იგი ისეთივე კარგი შედეგით. ნელ-ნელა ინსულინის ხმარება გავრცელდა და ამ უამად იგი უკვე ფართოდ იხმარება დიაბეტის დროს. თანდათანობით დაგროვდა მასალა, გამოიკვამ ინსულინის ჩვენება და წინააღმდეგ ჩვენება, გამოიკვამ მისი გართულებები და შემუშავდა წამლობის ტენიკა.

ინსულინი იხმარება როგორც მსუბუქი, ისე მძიმე დიაბეტის დროს. მეტად კარგ შედეგებს იძლევა იგი მაშინ, როდესაც ავადმყოფს უგლიკოზურიოთ ვერ აუტანია საჭირო დიეტა. აქ ინსულინი მალე სპობს ჰიპერგლიკემიას და აციდოზს და ბევრად აუმჯობესებს ავადმყოფის კვებას.

განსაკუთრებით ნაჩვენებია ინსულინი აციდოზის და დიაბეტური კომის დროს. მრავალი შემთხვევები გვიჩვენებენ, რომ ინსულინის დიდი დოზების გავლენით სასიკვდილოთ გადადებული ავადმყოფი ხშირად რჩება. მაგრამ ეს ხდება არა ყოველთვის. თუ კომა უკვე დიდხანია რაც დაემართა ავადმყოფს, მაშინ ინსულინი საუბედუროთ არაიშვიათად უკვე აღარ შევლის და ავადმყოფი იღუპება. M. Labbé ფიქრობს, რომ ინსულინი შევლის კომის დროს მაშინ, როდესაც ავადმყოფს დიაბეტის ის ფორმა აქვს, რომელსაც მან „le diabète sans denutrition azotée“ უწოდა. პირიქით, თუ კომა დაემართა ავადმყოფს, რომელსაც „le diabète avec denutrition azotée“ აქვს, მაშინ ინსულინი არაიშვიათად უმოქმედო რჩება.

ინსულინი იხმარება აგრეთვე მაშინ, როდესაც დიაბეტიანი ხდება ავად რაიმე შემთხვევითი ავადმყოფობით ან როდესაც მას ოპერაცია მოეღის. პირველ შემთხვევაში ინსულინი ხელს უშლის დიაბეტური პროცესის გაუარესებას და გამოკეთების ხანაში ავადმყოფს გაძლიერებული კვების ნებას აძლევს, ხოლო, მეორე შემთხვევაში კი გვიხსნის კომისაგან ნარკოზის დროს და ქრილობის შეხორცებასაც აუმჯობესებს.

მეტად მნიშვნელოვანია ინსულინი დიაბეტის გართულებების დროს და აგრეთვე მაშინ, როდესაც დიაბეტიანს ტუბერკულოზი ემართება და მას გაძლიერებული კვება ესაჭიროება.

ინსულინის წინააღმდეგ ჩვენება არ არსებობს.

გართულებათა შორის აღსანიშნავია ჰიპოგლიკემიური რეაქცია. ადამიანს იგი შემდეგში გამოეხატება:

პირველ პერიოდში ავადმყოფი ხდება წერვიანი, მას ემჩნევა ძლიერი სუსტე, თავბრუსხვევა, ოფლის დენა, კანკალი, პულსის და სუნთქვის გახშირება და მოსდის ძლიერი შიმშილი.

მეორე პერიოდი კი გამოიხატება ატაქსიით, აფაზიით, გუგების გაფართოვებით და კრუნჩხვით.

ამ რეაქციის პირველი ნიშნები აღამიანს ჩვეულებრივ მაშინ მოსდის, როდესაც შაქრის რაოდენობა სისხლში $0,07\%$ -ზე ქვევით ჩამოდის. პირველ პერიოდში საჭიროა მაშინვე მიეცეთ ავადმყოფს ნახშირწყალი (პური, შაქარი, მურაბა და სხვა), ხოლო მეორე პერიოდი კი გლიკოზის ინტრავენოზულად შეყვანას მოითხოვს. უკეთებენ ჩვეულებრივ $30,0$ გლიკოზას $5-10\%$ ხსნარის სახით.

წამლობის ტექნიკაზე რომ ვადავიდეთ, უნდა აღვნიშნოთ, რომ აქ პირველი ადგილი დიეტას უკავია. დიეტას წინეთაც ჰქონდა პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა დიაბეტის თერაპიაში და ინსულინმა ვერ მოსპო იგი. ეხლაც რაციონალურ დიეტას ისეთივე ადგილი უკავია როგორც მას ჰქონდა ინსულინის შემოღებამდე და წინანდელი დიეტეტიური პრინციპები ავადმყოფის სასტიკი ინდივიდუალიზაციით უნდა დაცული იყოს ინსულინიზაციის დროსაც. საერთოდ დიაბეტიანის დიეტა შემდეგ პრინციპებზე უნდა იყოს აგებული:

1) იგი უნდა იძლეოდეს კალორიათა საჭირო რიცხვს. ამ მიზნით ავადმყოფს აძლევენ ჩვეულებრივ $25-30$ კალორიას თითო კილო წონაზე. რასაკვირველია მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ ის კალორიებიც, რომელსაც ავადმყოფი შაქრის სახით ყოველდღიურად ჰკარგავს.

2) დიეტა არ უნდა იყოს საშიში აციდოზის გაჩენის მხრივ.

3) ცილის რაოდენობა უნდა იყოს შემცირებული, რადგანაც ერთის მხრივ მას შეუძლია ნაწილობრივ გადავიდეს შაქარში და მეორეს მხრივ კი იგი ახდენს გლიკოგენის მობილიზაციას და ამით აძლიერებს ჰიპერგლიკემიას. ამერიკელი ავტორები (Banting, Best, Tretcher) ამ მიზნით აძლევენ არა უმეტეს $0,7$ ცილისა ავადმყოფის წონის თითო კილოზე. გერმანელი ავტორები კი (Umber) საკმარისად სთვლიან $1,0$ ცილას კილო წონაზე და მხოლოდ მძიმე შემთხვევებში დროებით $0,6$ -დე ჩამოდიან.

4) ნახშირწყლების რაოდენობაც უნდა შემცირდეს და აციდოზის თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფს იმდენი ნახშირწყალი უნდა მიეცეს, რამდენსაც იგი უგლიკოზურიოთ იტანს. ამისათვის გერმანელი ავტორების აზრით საჭიროა დაახლოებით $35-60$ გრამი ნახშირწყლისა. ამერიკელი ავტორები კი ნახშირწყალის საჭირო რაოდენობას გამოიანგარიშებენ რთული ფორმულების საშუალებით კალორიების და ცილის მიხედვით.

5) ცხიმის რაოდენობაც არ უნდა იყოს დიდი, რადგანაც, როგორც ამას ზოგნი (M. Labbé Brugsch) ფიქრობენ, მას შეუძლია გადავიდეს შაქარში. გარდა ამისა იგი წარმოადგენს აცეტონშენაერთთა წარმოშობის წყაროს. აქაც ამერიკელ ავტორებს საჭირო ცხიმის რაოდენობა გამოჰყავთ ფორმულების საშუალებით, ხოლო გერმანელი ავტორები კი აძლევენ იმდენ ცხიმს, რამდენიც ეს საჭირო კალორიების რიცხვის შესავსებლად.

როდესაც საჭირო დიეტა შემუშავებულია, მაშინ იწყობენ ინსულინიზაციას. ინსულინი იხმარება კანქვეშ, ჭამის წინ $\frac{1}{2}$ საათით. თუ მისი დოზა პა-

ტარაა, მაშინ მას უკეთებენ ერთ ჯერად, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი დოზა ორად ან სამად იყოფა. პირველი დოზის გამოანგარიშებისას იმით ხელმძღვანელობენ, რომ მისი ერთი ერთეული ახმარებს ორგანიზმს დაახლოებით 2-4 გრამ შაქარს. ინსულინიზაციას აწარმოებენ ვიდრე აციდოზი, ჰიპერგლიკემია და გლიკოზურია სრულიად არ გაქრება. შემდეგ ინსულინის დოზა და დიეტა 1—3 კვირის განმავლობაში უცვლელი რჩება. ამის შემდეგ ამერიკელი ავტორები უმატებენ ავადმყოფს საკმელში ნახშირწყალს და სათანადოთ ინსულინის დოზას, რათა ავადმყოფმა წონაში მოიმატოს. როდესაც ეს მიღწეულია, მაშინ დიეტა რჩება უცვლელი, ხოლო ინსულინის დოზა კი თანდათანობით კლებულობს.

როგორც მოგახსენეთ, საზღვარგარეთ ინსულინის ხმარებამ ფართო ხასიათი მიიღო და ლიტერატურაში ბევრი დაკვირვებებია გამოქვეყნებული. ჩვენში ასეთი დაკვირვებები ჯერ არ არის გამოქვეყნებული. მიმდინარე წლის ორი უკანასკნელი თვის განმავლობაში, ფაკულტეტის თერაპიულ კლინიკაში მე მომეცა საშუალება გამომეცადა ინსულინი დიაბეტის სამ შემთხვევაში. მიუხედავად იმისა, რომ მასალა ძალიან მცირეა და შემთხვევებიც ჯერ არ არის საბოლოოთ დამთავრებული, საკითხის სიახლემ მაიძულა მე გამეზიარებინა თქვენთვის მიღებული შედეგები.

მომყავს მოკლედ ავადმყოფთა ისტორიები*):

1. ავადმყოფი, კ-ლია ელისაბედი, 48 წლისა, რომელიც ამბულატორიულად წამლობდა ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, გაძლიერებულ წყურვილს და პროგრესიულად წონაში დაკლებას. ავად არის 1½ წელიწადი.

შრომის უნარი აქვს შემცირებული.

ობიექტიურად: კვება დამაკმაყოფილებელი. იწონის 3 ფ. 28 გირვ. შინაგანი ორგანოები თვალსაჩინო ცვლილებებს არ განიცდიან. შარდი—2.200 კ. ს., ბაცი ყვითელი ფერის, ხვ. წონა—1021 შაქარი 24,0 (2.200+1.1). რეაქცია აცეტონზე სუსტი დადებითი.

მშვიდი დღე სპობს შაქარს და აცეტონს. უნახშირწყლო დღეს ჩამოჰყავს შაქარი ნიშნებამდე.

დიაგნოზი: Diabetes mellitus.

14/V დაეწყო ინსულინიზაცია. დაენიშნა დიეტა, რომელიც იძლეოდა: ცილას—62.0 ცხიმს—110,0, ნახშირწყლებს—55,0, სულ 1724 კალორიას.

ინსულინის პირველი დოზა უდრიდა 6 ერთეულს (0.3).

შემდეგში ინსულინიზაცია მიმდინარეობდა ასე:

ინსულინის დოზები პროგრესიულად მატულობდნენ 4—6 ერთეულით დღეში. დიეტა— უცვლელი.

წამლობის მე-5 დღეს აცეტონურია გაქრა.

„ მე-8 „ შაქარი შარდში ჩამოვიდა ნიშნებამდე.

„ მე-11 „ „ „ სრულიად გაქრა.

„ მე-20-ცე დღიდან ავადმყოფი ღებულობდა იმავე დიეტას და 28 ერთ.

„ 28-ვე დღეს მოემატა 50,0 თეთრი პური და ინსულინის დოზა 8 ერთეულით (სულ 36 ერთეული).

„ 33-ტე დღეს ინსულინიზაცია შესწყდა.

აღნიშნული წამლობის გავლენით ავადმყოფს საბოლოოთ დაეტყო შემდეგი:

*) ისტორიები ტენიკური პირობების გამო ძლიერ არის შემოკლებული.

1. თვით-გრძნობა გაუმჯობესდა.
2. შრომის უნარი მოემატა და სისუსტე შემცირდა.
3. წონაში მოიმატა $1\frac{1}{2}$ გირვანქა.
4. წყურვილი და პოლიურია გაქრა.
5. შაქარი და აცეტონი სრულიად გაქრა.

ინსულინიზაციის შეწყვეტის მე-3 დღეს ავადმყოფს გამოაჩნდა შაქრის ნიშნები, რომელიც მას ამ უამბადაც (გასულია 19 დღე) აქვს. აცეტონი არ არის. ლებულობს 100,0 თეთრ პურს, თავს დამაკმაყოფილებლად ჰგრძნობს და აწარმოებს საშუალო სიმძიმის მუშაობას.

2. ავადმყოფი შ-ნი მიხეილი. 25 წლისა: უჩივის საერთო სისუსტეს, შრომის უნარის თითქმის სრულ დაკარგვას, შიმშილს და წყურვილს. ავად არის 1 წელიწადია.

ობიექტიურად: ავადმყოფის კვება დაკვეთებულია. იწონის 3 ფ. 12 გირვ. შინაგანი ორგანოების მხრივ თვალსაჩინო ცვლილებები არ ემჩნევა. შარდი—2400 კ. ს. ბაცი ყვითელი ფერის, ხვ. წონა—1037. შაქარი—49% (2.400×2%)⁶. რვაქცია აცეტონზე მკაფიოდ დადებითი.

მშიერი დღე სპობს შაქარს შარდში. უნახშირწყლო დღე მხოლოდ აკვეთებს 25,0-დღე (2,100×1,2%)⁶.

დიაგნოზი: Diabetes mellitus.

19/IV. დაეწყო ინსულინიზაცია. პირველი დოზა უდრიდა 10 ერთეულს (0,5) დაენიშნა დიეტა, რომელიც იძლეოდა: ნახშირწყლებს—50,0, ცილას—60,0, ცხიმს—80,0 სულ 1375 კალორიას.

ინსულინიზაციის მიმდინარეობა იყო ასეთი: დიეტა არ ეცვლებოდა. ინსულინის დოზა კი მატულობდა 4—6 ერთეულით დღეში შაქრის და აცეტონის გაქრობამდე.

წამლობის მე-8 დღეს აცეტონი შარდიდან გაქრა.

„ მე-11 „ შაქარი ნიშნებამდე ჩამოვიდა.

„ მე-18 „ შაქარი გაქრა.

„ მე-19 „ მიემატა 50,0 პური, 25,0 კარაქი და ინსულინის 8 ერთეული (სულ ავადმყოფი ლებულობდა 36 ერთეულს).

„ 31-ტე დღეს დაეწყო ინსულინის დოზის დაკლება ყოველ დღე 2 ერთეულით. დიეტა რჩებოდა უცვლელი.

„ 50-თე დღიდან ავადმყოფი ლებულობდა 100,0 შავ პურს და ინსულინის 20 ერთეულს.

ამ უამბად ავადმყოფი განაგრძობს წამლობას ამბულატორიულად. ლებულობს ინსულინის 20 ერთეულს და 50,0 ნ. წ. 100,0 შავი პურის სახით (55,0 ცილას, 125,0 ცხიმს და 100,0 კონიაკს.) შაქარი არა აქვს თუ არ დაარღვია დიეტა. თავს შედარებით კარგად ჰგრძნობს. აწარმოებს მსუბუქ მუშაობას.

აღნიშნულმა წამლობამ დღევანდელ დღემდე მოგვცა შემდეგი:

1. ავადმყოფის თვით-გრძნობის გაუმჯობესება.
2. შრომის უნარის მომატება და სისუსტის ბევრად შემცირება.
3. წონის მომატება 5 გირვანქით.
4. წყურვილის, შიმშილის და პოლიურიის მოსპობა.
5. შაქრის და აცეტონის მოსპობა შარდში.

3. ავადმყოფი კ-ლი საული, 29 წლისა. უჩივის გაძლიერებულ წყურვილს, მუდმივ განუსაზღვრელ შიმშილს, ძლიერ საერთო სისუსტეს, სიგამბდრეს, და შარდის სიხვევს. ავად არის $\frac{1}{2}$ წელიწადია.

ობიექტიურად: ძლიერი სიგამბდრე. წონა 2 ფ. 36 გირვ.; ადინამია; ამოსუნთქულ ჰაერს აქვს აცეტონის სუნი. შინაგანი ორგანოები თვალსაჩინო ცვლილებებს არ განიცდიან. შარდი 5.000 კ. ს.; ბაცი ყვითელი ფერის, ხვედრითი წონა—1042; შაქარი (მშიერი დღის შემდეგ)—41,0 (3.700×1,0) რვაქცია აცეტონზე მკაფიოდ დადებითი.

მშიერ დღეს ჩამოჰყავს შაქრის რაოდენობა 120,0 გრ-დან 41,0-დღე. დაენიშნა დიეტა, რომელიც უდრიდა: ცილას—42,0 ცხიმს—60,0, ნახშირწყლებს—55,0, სულ 1335 კალორიას.



დიაგნოზი: Diabetes mellitus.

3/V დაეწყო ინსულინიზაცია. პირველი დოზა ინსულინისა უდრიდა 7 ერთეულს (0.35). ინსულინის დოზები პროგრესიულად იზრდებოდნენ 4—6 ერთეულით. დიეტა—უცვლელი. წამლობის მე-10 დღეს ამოსუნთქულმა ჰაერმა დაკარგა აცეტონის სუნი.

„ მე-16 „ წინეთ მკაფიოდ დადებითი რეაქცია აცეტონზე სუსტ დადებითად გადაიქცა.

„ მე-18 „ შაქრის რაოდენობა შარდში ნიშნებამდე ჩამოვიდა.

ეს შემთხვევა ჯერ არ არის დამთავრებული. წამლობის დასაწყისიდან დღევანდელ დღემდე განვლო სულ 24 დღემ, მაგრამ უკვე ეხლაც ჩვენ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ:

1. ავადმყოფის თვით-გრძნობა გაცილებით გაუმჯობესდა.
2. მას საგრძნობლად მოემატა ძალ-ღონე და ბევრად შეუმცირდა უკიდურესი სისუსტე.
3. შიმშილი ბევრად შემცირდა;
4. წყურვილმა იკლო (2.000). იკლო შარდის რაოდენობამაც (2.000).
5. წონაში მოიმატა 1½ გირვანქა.
6. შაქარი და აცეტონი ჩამოვიდა ნიშნებამდე.
7. ამოსუნთქულმა ჰაერმა დაკარგა აცეტონის სუნი.

მოკლეთ რომ თავი მოუყაროთ ყველა იმას, რაც ჩვენს შემთხვევებში მივიღეთ, დავინახავთ, რომ ინსულინის გავლენით დიაბეტის მიმდინარეობა უმჯობესდება. ავადმყოფის თვითგრძნობა უმჯობესდება; მათ ემატებათ ძალ-ღონე და შრომის უნარი, ხოლო სისუსტე კი კლებულობს. წყურვილი, შიმშილი, პოლიურია თანდათან კლებულობს და ქრება. წონა მატულობს. გლიკოზურია და აცეტონურია კლებულობს და ქრება. ყველა ეს ხდება თანდათანობით და ავადმყოფის გაუმჯობესობის სისწრაფეზე გავლენას ახდენს თვით დაავადების სიმძიმე. იქ, სადაც პროცესი იჩენს ერთგვარ შედარებით კეთილთვისებიანობას, ეფექტიც უფრო მალე მიიღება. მაგალითად გლიკოზურია ჩვენს პირველ ავადმყოფს, სადაც დაავადება შედარებით უფრო მსუბუქია, გაუქრა 234 ერთეულის მიღების შემდეგ, ხოლო აცეტონურია კი—60 ერთეულის შემდეგ. მეორე, უფრო მძიმე, შემთხვევაში გლიკოზურიის გასაქრობად საჭირო იყო უკვე 528 ერთეული და აცეტონურიისათვის—178; მესამე შემთხვევაში, რომელიც ყველაზე მძიმეა, აცეტონურია და გლიკოზურია მიუხედავად 873 ერთეულის მიღებისა ჯერ კიდევ არის.

ორიოდე სიტყვა ინსულინის ადგილის შესახებ დიაბეტის თერაპიაში. ინსულინი არ ჰკურნავს დიაბეტს, Langerhans-ის კუნძულების ღრმა ანატომიური ცვლილებების აღდგენა, რასაკვირველია, ძალიან ძნელია და დიაბეტის მორჩენა შეუძლებელია. მორჩენაზე ლაპარაკი შეიძლება მხოლოდ იქ, სადაც საქმე ახალ და ადვილ დაზიანებასთან ან მწვავე ფუნქციონალურ ნაკლოვანობასთან გვაქვს. აქ ინსულინის შეყვანა ორგანიზმში ასვენებს ავადმყოფის საკუთარ ინსულარულ აპარატს, რომელიც რამდენიმე ხნის შემდეგ შეიძლება აღდგეს და დაახლოებით დამაკმაყოფილებლად შეასრულოს მომავალში თავის ფუნქცია. ამ მხრივ ინსულინის შეიძლება როგორც კაუზალურ საშუალებას შევხედოთ. მაგრამ ესეც რომ არ იყოს ინსულინი მაინც რჩება კარგ დამხმარე ფიზიოლოგიურ საშუალებად დიაბეტის თერაპიაში. იგი სპობს გლიკოზურიას და დიაბეტის ყველა მოვლენებს და იმდენად აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას, რომ მას შედარებით დამაკმაყოფილებელი ცხოვრების საშუალება ეძლევა. მაგრამ ამისათვის საჭიროა მისი მუდმივი ან, ყოველ შემთხვევაში, ხანგრძლივი ხმარება. ჩვენი პირველი შემთხვევა არის ამის მომასწავებელი. მიუხედავად პროცესის შედარებითი კეთილთვის-

სებიანობისა და მიღებული 900 ერთეულისა მას ინსულინიზაციის მე-3 დღეს შარდში შაქარი გამოაჩნდა. თვით ინსულინიზაციის დროსაც გლიკოზურია არ იარსებებს მაშინ, როდესაც დიეტის და ინსულინის რაოდენობის შორის ერთ-გვარი მეთანხმება არსებობს. საკმარისია რომ საჭმელმა იჭარბოს, როგორც ეს ხდება ხოლმე ამჟამად ჩვენს მე-11 შეთხვევაში, ან ინსულინმა იკლოს, რომ შაქარი შარდში გამოჩნდება.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ ინსულინი წარმოადგენს დროებითს სიბტო-მატიურ, მაგრამ კარგ საშუალებას. გარდა ამისა, ინსულინის დანიშნულება იმა-შიც მდგომარეობს, რომ იგი აჩერებს პროცესის წინსვლას. ჩვენ თუ ამას დაუმა-ტებთ მის დიდ ღირებულებას კომის დროს, მაშინ ადვილად გავიგებთ Joslin-ის აზრს: „ღიაბეტი თუმც მოთვინიერებულია, მაგრამ დამარცხებული ჯერ კიდევ არ არის!.

ჩვენს შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა შემდეგ გართულებებს:

1) 5 ჯერ (დაახლოებით 250 ინიექციასზე) ჩვენ მივიღეთ ჰიპოგლიკემიის პირველი ნიშნები. 2 ჯერ ეს დაემართა ჩვენს პირველ ავადმყოფს (სახლში) და 3 ჯერ მეორე ავადმყოფს (2 ჯერ კლინიკაში და 1 ჯერ სახლში) ყველა 5 შემთ-ხვევაში მოვლენები მალე გაქრა შაქრის 2 ნაჭერის მიღების შემდეგ.

2) ქვედა კიდურების მცირეოდენი შეშუპება, რომელიც დაემართა მესამე ავადმყოფს წამლობის დასაწყისში და რომელიც 3 დღეში სრულიად გაქრა.

ჩემი მცირე მასალის მიხედვით შესაძლებელია შემდეგი დასკვნების გამო-ყვანა.

1. ინსულინი წარმოადგენს კარგ დამხმარე საშუალებას პანკრეატიული ღიაბეტის წარმოების დროს.

2. მისი გავლენით გლიკოზურია და აცეტონურია თანდათანობით მცირდება და შემდეგ სრულიად ქრება. ამ ეფექტისათვის საჭირო საერთო დოზა ინსული-ნისა ცვალებადობს შემთხვევის მიხედვით და დამოკიდებულია ღიაბეტის სიმ-ძიმეზე.

3. აცეტონურია ქრება უფრო ადრე, ვიდრე გლიკოზურია.

4. ინსულინის გავლენით ღიაბეტის მიმდინარეობა უმჯობესდება; ავად-მყოფს ეძლევა საშუალება რაციონალური და საკმარისი კვებისა; ავადმყოფის თვით-გრძნობა უმჯობესდება; ძალ-ღონე, შრომის უნარი და წონა მატულობს; სისუსტე, პოლურია, წყურვილი და შიმშილი კლებულობს და ქრება. აღნიშნულ გავლენას ინსულინი იჩენს წამლობის დასაწყისიდანვე.

5. როდესაც ინსულინიზაცია არ არის საკმარისად ხანგრძლივი, მაშინ მის შეწყვეტას მალე მოყვება გლიკოზურიის განახლება.

6. ინსულინით წამლობა ზოგიერთ ავადმყოფებზე შეიძლება გატარდეს ამბულატორულად შარდის მუდმივი კონტროლით ექიმის მხრივ.

7. პრეპარატის ფრთხილი დოზიროვკის დროს ჰიპოგლიკემიური რეაქცია არ წარმოადგენს დიდ საშიშროებას და ზოგიერთ შემთხვევებში ხელს არ უშ-ლის ამბულატორულ წამლობას. საჭიროა მხოლოდ, რომ ავადმყოფმა კარგად

იკოდეს რეაქციის პირველი ნიშნები და ასეთ შემთხვევებში სახმარებელი ნომები.

დასასრულ მოვალეთ ვსთვლი ჩემს თავს გამოუცხადო დიდი მადლობა ჩემს მასწავლებელს დიდად პატივცემულ პროფ. ალ. ალადაშვილს, რომელიც მუდამ ხელმძღვანელობას მიწევს, როგორც ყოველდღიურ კლინიკურ მუშაობაში, ისე ამ დაკვირვებების გატარების და მასალის დამუშავების დროს.

სასიამოვნო მოვალეობად მიმაჩნია აგრეთვე ვუძღვნა დიდი მადლობა კლინიკის ასისტენტებს შ. მიქელაძეს და ნ. მახვილაძეს, რომელნიც ყოველთვის მიწევინებდნენ დახმარებას და ხელმძღვანელობას თავიანთი ცოდნით და გამოცდილებით.

ლიტერატურა:

- 1) Коровицкий. О терапевтическом применении инсулина. Совр. мед. № 2—3 1924 г.
- 2) Периц. Введение в клинику внутренней секреции 1924 г.
- 3) L. Cheinisse. L'année thérapeutique. 1923 4), Гаухман. Инсулин и его терапевтическое применение. 1925 г.
- 5) M. Labbé. L'action comparée de l'insuline sur la glycosurie et sur l'acidose. Pr. méd. № 32. 1924.
- 6) Кудрявцева. О влиянии инсулина на азотистый и углеводный обмен. Вр. Дело № 21—23. 1923 г.
- 7) Widal, Abrami, Weill et Laudat. L'action dissociée de l'insuline sur le glycosurie et sur l'acidose. Pr. méd. 22 mars 1924.
- 8) Fonseca. Ueber den Einfluss des Insulins auf die Lipämie beim Diabetes sowie über deren Beziehungen zu Azidose und Glykämie. Deutsch. Med. Woch. № 12. 1924.
- 9) Фромгольдт. О принципах назначения диабетической диеты. Клин. Мед. № 5—6. 1923.
- 10) Разумов. Лечение сахарного мочеизнурения. Клин. Мед. № 9. 1924.
- 11) Macleod. Инсулин. Вр. Дело. № 18—20, 21—23, 24—26 № 1923.
- 12) Коган. Некоторые данные об инсулине: действие его на изолированное сердце и терапевтическое применение. Вр. Дело № 24—26. 1923.
- 13) Liverato. La Riforma Medica № 2. 1924.
- რეფერატი in Вр. Дело № 7. 1924 г.
- 14) Thalhimer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. № 9. 1924, ibidem.
- 15) Frauss u. Simon. Archiv. f. Verdauungskr. Bd. 32 რეფერატი in Врас. обозр. № 3. 1924.
- 16) Pollak. Wien. kl. Wochenschr. № 3. 24 г. ibidem.

6. მჭედლიქი.

კლინიკის ასისტენტი.

ცთომილი ელენთის შემთხვევა.

(ტფილისის უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკის კლინიკიდან. გამგე—პროფ.

მ. წინამძღვრიშვილი).

ცთომილი ელენთის ჩვენი შემთხვევა იმდენად თავისებურია, რომ, ვფიქრობთ, მეტი არ იქნება მისი აღწერა.

ყოველი მოძრავი, არა ჩვეულებრივ ალაგზედ მიმაგრებული ან ფეხზე შემოტრიალებული ელენთა არის ცთომილი ელენთა (ptosis splenica), რომელსაც დროებით ან სამუდამოთ დაუტოვებია თვისი ჩვეულებრივი ანატომიური მდებარეობა.

ცთომილ ელენთას კიდევ მრავალ სხვა სახელს უწოდებენ: მოტანტალე, მოძრავი, მოქანავე, მოცურავე და სხვა. ყველა ამ სახელწოდებათა შორის უფრო უკეთესი „ცთომილი ელენთა“, რადგან ეს ცნება ყველა დანარჩენ თავისებებს შეიცავს.

ცთომა სხვადასხვანაირია ხოლმე—მცირეოდენიდან დაწყებული, როდესაც ელენთა მხოლოდ რამოდენიმე სანტიმეტრით დაშორდება ნეკნთა რკალს—იმ მდგომარეობამდე, როდესაც იგი გრძელს ფეხზე დაკიდებულს სიმსივნეს ემსგავსება, რომელიც თავისუფლად გადაიწევა მუცლის ამა თუ იმ ნაწილში.

სრულიად ნორმალური, შეუცვლელი ელენთის ცთომა მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში ხდება. მაგალითად Simon-ს მოჰყავს ნორმალური ელენთის ცთომის 3 შემთხვევა. ამგვარსავე შემთხვევებს აღწერენ Litten-ი და Martin-ი.

Ledderhose-ს აზრით, ნორმალური ელენთა იმდენად ძლიერ ვერ დასცილდება ჩვეულებრივ ადგილს, მაგრამ იგი ამბობს, რომ თუ არსებობს თანდაყოლილი არა ნორმალურად გრძელი და ნაზი იოგები ელენთისა, შესაძლოა, რომ ნორმალური ზომის ორგანოც გახდეს ცდომილი.

ნორმალური ელენთის დაცილებისთვის საზოგადოდ უნდა არსებობდეს ერთგვარი თანდაყოლილი მიდრეკილება. Lambotte-მა აღწერა მოძრავი ელენთა, რომელიც 3 თვის ბავშვს ჰქონდა. Pels Leusdene-ი აღწერს შემთხვევას, როდესაც ორს ახლად შობილს შავშვს, რომელთაც მუცლის წინა კუნთები არ დაჰყვით, ელენთა ჰიპს ქვემოთ აღმოსჩენოდათ. Pels Leusdene-ი ჰფიქრობს, რომ ორგანოთა ნორმალურ ადგილას დაკავება მათი იოგებისაგან კი არაა დამოკიდებული, არამედ, უმთავრესად, კუნთთა მთლიანობისა და ნაწლევების რეზისტენტობისაგან.

ზოგჯერ ელენტის ცთომა ნაწილობრივი შედეგია ზოგადი ენტეროპტოზისა. გარდა ზემოხსენებული მიზეზებისა ელენტის ცთომას კიდევ სხვა პირობები უწყობს ხელს.

ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები ელენტის ძლიერი ცთომისა ტრავმის გამო; Ledderhose-ს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც 35 წლის კაცი ქვაზედ დაეცა და ვითომდა ამ დროს მოხდა ელენტის ამოვარდნილობა. ანალოგიური დაკვირვება მოჰყავს Simon-ს. Mainzen-ის მიერ შეკრებილ 70 შემთხვევაში 10-ჯერ ტრავმა იყო ცთომის მიზეზი.

ექვს გარეშეა, რომ სქესობრივ განსხვავებასაც აქვს მნიშვნელობა, ვინაიდან ცთომილი ელენთა ბევრად უფრო ხშირია დედაკაცებს შორის. Menzer-ის სტატისტიკური ცნობებით, 124 შემთხვევიდან 87 დედაკაცი იყო და მხოლოდ 37 მამაკაცი; მასთან სპარბობდა ნამშობიარევი დედაკაცები.

რომ მუცლის პრესაც აქვს გავლენა, ეს იმით მტკიცდება, რომ ხშირად გვხვდებით ხოლმე, ერთსა და იმავე დროს ელენტის ცთომასა და მუცლის სწორი კუნთების ერთი მეორისაგან დაშორებას. Schwarz-ს 10 შემთხვევაში 3-ჯერ აღუნიშნავს კუნთების ამგვარი გათიშვა, Финкельштейн-ს 9 შემთხვევაში—1-ჯერ.

Кадырбенов-ი ჰფიქრობს, რომ ორსულობა არა თუ მარტო აღუნებს მუცლის საფარს და არღვევს წონასწორობას მუცლის ღრუში, არამედ ორსული საშვილოსნო ქვევიდან აწვება ელენტას, რის გამო უკანასკნელის იოგები ღუნდება და იჭიმება.

მრავალი ავტორი იოგების გაჭიმვას აწერს დიდ მნიშვნელობას. Darfeuille-მა გვამებზე ცდებით დაამტკიცა, რომ ნორმალური ელენტის იოგებს ფრიალ დიდი სიმძიმის დაკავება შესძლებიათ; მაგალითად, lig. phrenico-splenicum-ი უძლებს $3\frac{1}{2}$ —4 კილოგრამიან სიმძიმეს; მაშასადამე მისი სიმაგრე 20-ჯერ აღემატება ნორმალური ელენტის წონას; lig. pancreatico და gastrosplenicum-ს ერთად შეუძლიათ 16-ჯერ უფრო მეტ სიმძიმეს გაუძლონ, ვიდრე ნორმალური ელენტაა. ცხადია, მაშასადამე, რომ მარტო ორგანოს გადიდება არ შეუძლია გამოიწვიოს ცთომა. მეორეს მხრით, ორგანოს გადიდება, როგორც Litten-ი ჰფიქრობს, ექვს გარეშეა, ხელს უწყობს ცთომას.

ლიტერატურის მიხედვით მართლაც ელენტის ცთომას მუდამ წინ უძღვის მისი გადიდება. ამ მიზეზთა შორის, რომლებიც ელენტის გადიდებას იწვევენ, უპირველესი ადგილი მალარიას უკავია. Lieffring-ის ცნობით ყველა შემთხვევათა 40% ში ეტიოლოგიური მომენტი მალარია იყო. Wainzer-ის 70 შემთხვევიდან 50-ში მიზეზი მალარია ყოფილა. Jonesco-სი, Leonte-ისა, Subbotie ისა, Финкельштейн-ის და სხვათა სტატისტიკის ცნობებიდან სჩანს, რომ მალარია თითქმის ერთად ერთი ფაქტორია, რომელიც ჰქმნის განსაკუთრებულ პირობას ელენტის ჩვეულებრივი ადგილიდან მოშორებისთვის.

უნდა ვსთქვათ, რომ ბოლოს დაბოლოს რამდენსამე პირობებს უნდა ჰქონდეთ გავლენა და ცთომილი ელენთა უნდა იყოს შედეგი ორგანიზმის ერთგვარი ანატომ-ფიზიოლოგიური ნაკლოვანობისა (არანორმალური განვითარება, წონასწორობის დარღვევა მუცლის ღრუში), შედეგი განსაკუთრებული პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებათა, როგორც თვით ელენტაში, აგრეთვე მის იოგებში.

ცთომილ ელენტას შეუძლია გამოიწვიოს მთელი რიგი მძიმე ცვლილებები-სა, როგორც მოსაზღვრე ორგანოებში, აგრეთვე მუცლის ღრუში, ან და თვით განიცადოს სხვადასხვა ცვლილება. მას შეუძლია მახლობელი ორგანო ვასტიმოს, შეაფრთხოს ან და შეუხორცდეს მას. ყველაზე ძლიერს ვაჭიმულობას განიცადის ხოლმე კუჭი და კუჭსქვეშა ჯირკველი. საკმარისად ხშირი მოვლენაა ნაწლევებთან შეხორცება და ამის გამო ფრიად მძიმე ფუნქციონალურა მოშლილობა. Держинский-ს შემთხვევაში ელენტა მკერივად შეხორცებოდა კოლინჯს.

წვრილ ნაწლევებთან შეხორცება, რომელმაც ileus-ი გამოიწვია, Conkin-მა აღწერა. Jvanyi-ს დაკვირვებით, ელენტა საშვილოსნოსა და ბადექონთან იყო შეხორცებული. Long-ის შემთხვევაში იგი შარდის ბუმტთან იყო მკიდროთ შეზრდილი.

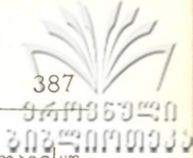
როგორც უცნაურობას, აღვნიშნავთ კიდევ Hyrtli-ს შემთხვევას, როდესაც მან გვამის გაკვეთის დროს აღმოაჩინა, რომ გამკვრივებული და გაზიპერტროფივებული ელენტა იმდენად დაბლა ცთომილიყო, რომ მარჯვენა მენჯის ძვალი გაეხვრიტა.

როგორც უკვე მოხსენებული იყო, ელენტას შეუძლია მუცლის ღრუში სხვა და სხვა ადგილი დაიკავოს; სიმძიმის გამო იგი უფრო ხშირად ძირს ეშვება ხოლმე და იკავებს Hypogastrium-ის ან მარჯვენა, ან მარცხენა ნახევარს, ანდა კიდევ მცირე მენჯის ღრუში მოექცევა. Ledderhose-ისა და Litten-ის აზრით, ცთომილი ელენტა უფრო ხშირად მენჯის მარცხენა ფოსოში მდებარეობს. Darfeuille-ი კი ამტკიცებს, რომ ფეხზე გადატრიალების დროს იგი უფრო ხშირად მარჯვენა ფოსოში მოექცევა ხოლმე, ამასვე ამბობს d'Urso.

ცთომილი ელენტის ესა თუ ის ცვლილება დამოკიდებულია იმდენად არა მოძრაობის უნარისაგან, რამდენადაც მკვებავი მილების მდგომარეობისაგან. Ledderhose-ს და Mergagn-ს საზარდულის პარკში უნახავთ ცთომილი ელენტა, რომელსაც მოყვანილობა და სიცოცხლის უნარი შერჩენოდა. Gorgecsu-ს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც 9 წლის ბავშვს ჭიპის თიაქარში აღმოაჩნდა ცთომილი ელენტა.

ყველაზედ საყურადღებო გართულება, რომელიც არღვევს ელენტის საზრდობას, ფეხის გადაგრეხაა. იგი საკმარისად ხშირი მოვლენაა.

ცთომილ ელენტას, შესაძლოა, შერჩეს კიდებისა და ზედაპირების ნორმალური დამოკიდებულება და ამგვარს მდგომარეობაში შეუხორცდეს მუცლის ღრუის ქვედა ნაწილს. Ledderhose-ს, Darfeuille-ს და სხვებს მოჰყავთ შემთხვევები, როდესაც ფეხზე გადატრიალების გამო ელენტა სრულიად მოსწყვეტოდა ჩვეულებრივ ადგილს და თავისუფლად იდო მუცლის ღრუში. აქ, როგორც აღწერილობიდან სჩანს, ელენტის არტერიისა და ვენის სრული დახშობა-დაცარიელება მომხდარა. მიუხედავად ამისა, აუარებელი შეხორცებების გამო ელენტის ქსოვილს მაინც ნეკროზი არ განუცდია. ჩვეულებრივ კი გადაგრეხის შემდეგ ელენტაში ფრიად მძიმე ცვლილებები ხდება. სხვათა შორის, d'Urso-ს ცდები გვიჩვენებენ, რომ თუ ელენტის ფეხზე გადატრიალებას მისი ფიქსაცია დაერთო, შესაძლოა ინფარქტი განვითარდეს, როგორც ხდება ეს ელენტის ვენის ექსპერიმენტალურად განასკვის დროს. ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები ამ ორგანოს თითქმის სრული ნეკროზისა.



გადატრიალების მექანიზმი არ არის მუდამ ერთგვარი, რადგანაც თავისუფალს, ცთომილს ელენთას შეუძლია სხვადასხვა მდებარეობა მიიღოს; მაგრამ უფრო ხშირად ელენთის ფეხზე გადატრიალება ხდება მარცხენა მხრიდან მარჯვნივ გარდი-გარდმო ღერძის გარშემო, რომელიც hylus-ის გაგრძელებას წარმოადგენს.

შუა საძვლი აწვება ელენთას ზევიდან ქვემოთ და უკნიდან წინ. როდესაც lig. phrenico-splenicum-ს ძალა ეკარგება, მაშინ მარტო lig. gastro—და pancreatico-splenicum-ზე დაკიდებული ელენთა წმინდა ფიზიკური კანონების ძალით ქვევით და მარჯვნივ გადატრიალდება. ელენთის ფეხზე გადატრიალებას იგივე პირობები უწყობენ ხელს, რაიც მის ცთომას. რასაკვირველია, რამდენათაც უფრო გრძელია ფეხი, იმდენად უფრო ადვილად ხდება მისი გადაგრეხვა. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ფეხი 3-ჯერ გადაგრეხილა. Stone-ის დაკვირვებით ელენთის ფეხი 6-ჯერ იყო გადაგრეხილი.

როგორც იშვიათი გართულება ცთომილი ელენთისა, აღწერილია მისი გასკდომა. Penrose-ს და Warren-ს მოჰყავთ 2 ამისთანა შემთხვევა, სადაც ტრავმას ადგილი არ ჰქონია. უნდა აღვნიშნოთ კიდევ Peters-ისა და Kelly-ს დაკვირვებანი უფრო იშვიათი გართულების შესახებ, როდესაც ცთომილ ელენთას შარდის საწვეთი (ureter) შეევიწროვებინა.

Hartman-ი და Morax-ი აღწერენ შემთხვევას, როდესაც გართულება peritoneum-ის მხრივ იყო. მუცლის ღრუში peritoneum-ის გაღიზიანების გამო ექსუდატი გაჩენილიყო. ჩირქიანი ექსუდატი ჩნდება იმ დროს, როდესაც ფეხის გადაგრეხვას თან სდევს ნაწლევების გაუვალობა და მასთან ერთად მათი კედლის დაზიანება.

როგორი კლინიკური ნიშნები აქვს ცთომილ ელენთას?

განსაზღვრული სიმპტომოკომპლექსი არ არსებობს. ხშირად ელენთის ძლიერი ცთომაც კი არავითარს კლინიკურ სიმპტომებს არ იძლევა. მაგრამ ჩვეულებრივ არსებობს ფრიად მკვეთრი სუბიექტური მოვლენები, რომელთა სიძლიერე დამოკიდებულია ელენთის მოძრაობისა და ფეხზე გადატრიალების ხარისხისაგან.

Финкельштейн-ის დაკვირვებით, ცთომილი ელენთა, რომელსაც მარტო სიმძიმის გამო თავისუფლად შეუძლია მოექცეს მუცლის ამა თუ იმ ნაწილში, სიცოცხლეს პირდაპირ აუტანლად ხდის. პირიქით, თუ იგი შეჩორცებულია თუნდა არა ნორმალურ ადგილას, კლინიკური მოვლენები არ არის იმდენად მკვეთრად გამოსახული.

Lieffring-ი ამ ავადმყოფობის სიმპტომებს ჰყოფს ფუნქციონალურსა და ფიზიკურზე. პირველს ეკუთვნის ტკივილები, რომლებიც ისპობა, როგორც კი ელენთას თავის ადგილას ჩაადებენ. ტკივილები ვრცელდება მხარსა, წელსა და ქვედა კიდურებში. ტკივილებს თან სდევს პირის ღებინება, გულის ფრიალი, თავბრუს ხვევა, ხშირად გულის წასვლა და თვიური წესის მოშლა.

ფიზიკურ ნიშნებს ეკუთვნიან მუცლის ფორმის შეცვლა, მისი ასიმეტრია, სიმსივნის მოძრაობა, მასთან გარდი-გარდმო მოძრაობა უფრო ნაკლებია, ვიდრე ქვევიდან ზევით.

ფეხზე გადატრიალებაც სხვადასხვანაირია: იგი ან თანდათანობით განვი-
 თარდება. ან მძაფრ ხასიათს იღებს მწვავე პერიტონეალური მოვლენებით.
 Azzurini-სა და Trinci-ს დაკვირვებით, ელენთის მწვავე გადატრიალებას ახასია-
 თებს უეცარი დასაწყისი, მწვავე ტკივილები, მეტეორიზმი, სუსტი და ხშირი
 პულსი, სლოკინი და პირისღებინება. ყველა ამ მოვლენებმა შესაძლოა განვლონ,
 ან და მათ მოჰყვება ორგანოს სწრაფი ნეკროზი და სიკვდილი სტფისისებური
 პერიტონიტის გამო.

გადატრიალების დროს ზოგჯერ ელენთის ქსოვილში სისხლი ჩაიქცევა
 ხოლმე და ამას მოსდევს ორგანოს სწრაფი გაღიდება, მტკივანობა და ხანდის-
 ხან ნიშნები შინაგანი ჰემორრაგიისა.

ცთომილი ელენთის ამოცნობა უმეტეს შემთხვევაში აღვილია. გარდა ეტი-
 ოლოგიისა და ფუნქციონალური მოვლენათა, რომლებიც უმეტეს შემთხვევაში
 საკმარისად დამახასიათებელია, ჩვენ ხელთა გვაქვს მთელი რიგი ობიექტური
 წმინდა ფიზიკური ნიშნებისა: ელენთისათვის დამახასიათებელი სიმკვრივე, ნორ-
 მალური ელენთის კონფიგურაცია დიდი ზომისა, ესე იგი ელიფსოიდური მოხა-
 ზულობა დამახასიათებელის ამოჭრილობებით.

ძლიერი ცთომის დროს ხელი ცხადად გრძნობს გარეთა გამობერილს სადა
 ზედაპირს, ხოლო შიგნითა — შეხეტილს, რომლისაგანაც ირიბად ზევით და
 მარჯვნივ ფეხი მიიმართება. აქ ზოგჯერ ვგრძნობთ არტერიის პულსაციას.
 Mainzer-ის დაკვირვებით ზოგჯერ ხერხდება ელენთის გაგრძელებული ფეხის
 ამოცნობა, ვითარცა ელასტიური ზონარისა, რომელიც ზევითგან მიიმართება
 და აშკარა პულსაციას განიცდის.

რასაკვირველია, დიდი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზისთვის, როდესაც ელენ-
 თის პროექციის ადგილას მოყრუებული ხმოვანობა აღარ ისმის, თუმცა ელენ-
 თის მოყრუებას არა აქვს აბსოლუტური მნიშვნელობა.

Litten-ის აზრით, მოხუცებაში შეჭმუხვნილი ელენთა, შესაძლოა, ორგანოს
 ჩვეულებრივ ალაგას არყოფნად იქმნას ცნობილი. პირიქით, d'Urso-ს დაკვირ-
 ვებით, ელენთის ფრიალ ძლიერი ცთომის დროს ჩვეულებრივს ალაგას ნორმა-
 ლური ელენთის მოყრუება ისმოდა, რომლის მიზეზი თირკმელის ძლიერი გაღი-
 დება იყო და კოლინჯში განავალის დაგროვება. ცთომილი ელენთის ამოცნობა
 უფრო ძნელი ხდება მაშინ, როდესაც იგი მცირე მენჯის ორგანოებთან არის
 შეხორცებული, ან როდესაც იგი ფეხზე მოტრიალებულია.

ცთომილისა ან მოტრიალებული ელენთის ამოცნობა სრულიად არავითარ
 სიძნელეს არ წარმოადგენს, თუ ორგანოს ნორმალური მოხაზულობა შერჩენია,
 თუ ელენთის ჩვეულებრივ ალაგას მოყრუებული ხმოვანობა აღარ ისმის.

პირიქით, ცთომილი ელენთის ამოცნობა ფრიალ ძნელია. თუ იგი მენჯში
 მოქცეულა და მენჯის ორგანოებთან შეხორცებულია. გინეკოლოგიურს ლიტერა-
 ტურაში აღწერილია მრავალი შემთხვევა, როდესაც ცთომილი ელენთა ცნობი-
 ლი იყო საშვილოსნოსი, ან მის დანამატების სიმსივნედ. ცნობილ გინეკოლოგს
 Kelly-ს ცთომილი ელენთა თირკმელი ეგონა. Cozonado-ს შემთხვევაში ცთომი-
 ლი ელენთის უეცარი გადატრიალება ამოცნობილ იქმნა, როგორც პერიტონიტი

აპენდიციტის გამო, ხოლო, როდესაც მწვავე მოვლენებმა გაიარა, მარჯვენა საკვერცხეს სიმსივნე ეგონათ.

პროგნოზი უფრო სერიოზულია, როდესაც ელენთა სრულიად თავისუფლად მოძრაობს, ვიდრე მაშინ, როცა იგი რომელსამე ორგანოსთან შეზრდილია. უმთავრეს საშიშროებას ფეხზე შემოტრიალება წარმოადგენს ყველა მისი შედეგებით და ნაწლევების გაუფალობით. Ledderhose-ი აღწერს ileus-ის 4 შემთხვევას, რომლებიც სიკვდილით დაბოლოვდა; ერთში flexura Sigmoidea იყო დახშული, მეორეში—გარდიგარდმო კოლინჯი, შემდეგ—თორმეტგოჯა ნაწლავი და ბოლოს ნაწლავი მოჰყოლოდა lig. gastro-lienale-სა და ხერხემლის სვეტს შორის. Temoin-ი მოგვითხრობს ileus-ის შესახებ, რომელიც დამატებითი ელენთას გამოეწვია. უკანასკნელი ოპერაციამდე ნაწლავის ხორცმეტად იქმნა ცნობილი.

თუ ყველა ზემო აღნიშნულ გართულებებს მივუმატებთ კიდევ ელენთის გასკდომისა და კარის ვენის შტოების დახშობის შესაძლებლობას, მაშინ ცხადი იქნება, რომ ელენთის ძლიერს ცთომას სერიოზული პროგნოზი აქვს და უნდა დავეთანხმოთ Bureau-ს, რომ ცთომილი ელენთის მქონე ავადმყოფი მუდამ მოსალოდნელი ხიფათის წინაშე სდგას სწორეთ ისე, როგორც თიაქრით ავადმყოფი.

მსუბუქს შემთხვევებში მკურნალობა უნდა იყოს არა ოპერაციული, სახელდობრ—ზოგადი გამამაგრებელი, ხოლო როდესაც ცთომა მალარიის ნიადაგზეა, საჭიროა, რასაკვირველია, სპეციფიკური ანტიმალარიული წამლობა, ამავე დროს ორგანოს ფიქსაცია ბანდაჟის საშუალებით ნორმალურ ადგილზე.

მაგრამ თუ ელენთა სრულიად დაშორდა თვის ანატომიურ ბუდეს, თუ მას თანდაყოლილი, ან შეძენილი, მაგრამ მკვიდრი ცვლილებები აქვს იოგებისა, ამ შემთხვევაში ავტორების აზრით მკურნალობა უნდა ოპერაციული იყოს: ელენთა უნდა მიჰკერდეს თავის ადგილს (splenopexia), ანდა, ზოგის აზრით, უნდა ამოკვეთილ იქმნას (Splenectomy).

რაც შეეხება ელენთის თავის ალაგზე ჩავდებას ხელის საშუალებით, ეს ცდა ჩვეულებრივ არა თუ მარტო უნაყოფოა, რადგან მოძრაობის დროს ორგანო კვლავ სტოვებს ხოლმე თავის ადგილს, არამედ მავნებელიც ტრავმის მხრივ, რასაც, შესაძლოა, სისხლის მდინარობა მეჰყვეს.

როდესაც ელენთის ცთომა მკირეა, როდესაც ორგანო არ არის მეტის მეტად დიდი და თვით მისი ქსოვილიც ნაკლებად არის შეცვლილი, აკეთებენ splenopexia-ს.

ხოლო თუ ელენთა ფეხზე შემოტრიალებულია, თუ არის ნიშნები მიღების თრომბოზისა, პერიტონიტისა, თუ ნაწლევების გაუფალობაა და ამავე დროს ელენთის სტრუქტურაც მკვეთრად შეცვლილია, საჭიროა Splenectomy.

საინტერესოა, სხვათაშორის, ავტორების აზრით მალარიული ელენთის შესახებ: Jonesco, მაგალითად, ამტკიცებს, რომ splenectomy ჰკურნავს მალარიას. Cardarelli ჰფიქრობს, რომ ელენთის ამოკვეთა საჭიროა, თუ ხანგრძლივი მკურნალობა არ იძლევა არავითარ შედეგს და თუ ელენთის გადიდება უკიდურესობას აღწევს.

მაგრამ გამოცდილებამ დაამტკიცა მთელი უსაფუძვლობა Jonesco-ს აზრი-სა. ლიტერატურაში მოყვანილია მთელი რიგი შემთხვევებისა, როდესაც ოპერაციის შემდეგ მალარიული შეტევა კვლავ განმეორებულა ზოგჯერ დიდხნის შემდეგ.

ამგვარად, წინააღმდეგ Jonesco-ს აზრისა, უმრავლესობის შეხედულობით splenectomy სრულიადაც არ არის ისეთი საშუალება, რომელსაც შეუძლია ძირიანად მოსპოს მალარია. პირიქით, Furgielle-ი ამბობს, რომ მალარიის დროს ელენთა, მიუხედავად ყოველგვარ ცვლილებებისა, მაინც წარმოადგენს ერთგვარ ზღუდეს, რომელიც, ვითომდა იცავს ორგანიზმს ინფექციისაგან.

იმ დიდი ფიზიოლოგიური მნიშვნელობის გამო, რომელიც აქვს ელენთას, მაშინაც კი, როცა იგი თითქოს ფეხზე დაკიდებულს უბრალო ხორცმეტს წარმოადგენს, დოსტაქრებმა ბოლოხანებში minimum-ამდე შეზღუდეს splenectomy, რათა ამ გვარად შეუწარმოონ ორგანიზმს ეს ფრიად საჭირო ორგანო.

მოყვნილ ლიტერატურულ ცნობების შემდეგ გადავდივარ ჩვენს შემთხვევაზე.

ავად. გიორგი ჩ—ძე, 59 წლისა, კონდუქტორი, ხაშურში მცხოვრები, დაწვა დიაგნოსტიკურს კლინიკაში 30/XI 1932 წელს. აწუხებს მუცლის სიმსივნე. სახისა და ქვედა კიდურების შემუშება, გრძნობს სისუსტეს. უჩივის მუცელში შეკრულობას. დრო გამოშვებით აქვს ჰემორაიდალური სისხლის მდინარობა.

როგორც ავადმყოფი ვადმოგვეცემს წარსული წლის აპრილში ერთი კვირის განუწყვეტელი სმის შემდეგ შეუმჩნევეა სახისა და ფეხების შეშუბება; მიუმართნია ადგილობრივი ექიმებისთვის; მაგრამ რადგან უკეთობა ვერ უგრძენია, წამოსულა ტფილისში და ენკინისთვის პირველ რიცხვებში დაწოლილა რკინის გზის საავადმყოფოში. აქ იგი მალე გამოკეთებულა და 21 დღის შემდეგ გაწერილა თითქმის სრულიად მორჩენილი. სახლში იგი თავს არ გაფრთხილებია: არ დაუცავს დიეტა, ჩვეულებრივ მუშაობასაც ადრე შესდგომია; ამიტომ ერთი კვირის შემდეგ მას ხელმეორედ შეუმჩნევეა პირისახისა და ფეხების შეშუბება, აგრეთვე თანდათან მუცლის გასივება. 2 თვის განმავლობაში იწამოლა სახლში და რადგან უკეთობა ვერ იგრძნო, ისევ თბილისში ჩამოვიდა და დიაგნოსტიკურს კლინიკაში დაწვა.

12 წლიდან ციებ-ცხელებით ყოფილა ავად. 13 წლისა რომ იყო მისთვის წიხლი ჩაუკრავთ მარცხენა ფერდში ისე მძლავრად, რომ რამდენიმე წუთით გონება დაუკარგავს. მას შემდეგ დროგამოშვებით აუტყდებოდა სასტიკი მუცლის ტკივილი და განუწყვეტელი ფალარათი; ამავე დროს მას და მახლობლებს შეუმჩნევეათ მარჯვნივ, მუცლის ქვედა ნაწილში, მოძრავი მაგარი კონსისტენციის სხეული ახლად შობილი ბავშვის თავისოდენა, მხოლოდ უფრო მოგრძო. ხელის დაჭერის დროს სხეული თავისუფლად მოძრაობდა მუცლის ღრუში, მაგრამ ხელს მოაშორებდნენ თუ არა, იგი ისევ პირვანდელ ალაგს იკავებდა მუცლის მარჯვენა ნაწილში. ავადმყოფის სიტყვით სიმსივნე უწინ ზოგჯერ მარცხენა ფერდის მიდამოში მოექცეოდა ხოლმე და ამ მოძრაობას თან სდევდა აუტანელი ტკივილები მუცლის მთელ არეში, განსაკუთრებით კი მარცხენა Hypogastrium-ში. ავადმყოფი ამ დროს ინსტინქტიურად დააწებებდა ხოლმე სიმსივნეს, რის გამო უკანასკნელი ჯერ ქვევით ჩაიწებდა და ბოლოს იკიდგან თანდათანობით მარჯვენა მხარეზე გადავიდოდა ხოლმე; მასთან ერთად ტკივილებიც თითქმის სრულიად იკარგებოდა. რამდენიც დრო გადიოდა, იმდენად უფრო იშვიათად ხდებოდა სიმსივნის მარცხენა მხარეს გადასვლა. ამ უკანასკნელი 20—30 წლის განმავლობაში კი მას სრულიად აღარ შეუმჩნევეა სიმსივნის ამგვარი მოძრაობა და ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფს სრულიად დაავიწყდა კიდევ, რომ მას არა ჩვეულებრივი სხეული ჰქონდა ოდესმე მუცელში—იმდენად აღარ აწუხებდა იგი.

ყველა ეს ანამნეზიური ცნობები ჩვენ შევკრიბეთ მახლობლების დახმარებით, რომლებმაც მოაგონეს მას წარსული ავადმყოფობა. 20 წლიდან მისი სიტყვით ბუასილით იყო ავად; დროგამოშვებით განავალს ცოტ-ცოტა სისხლი გამოსდევს ხოლმე. არაფერი სხვა ავადმყოფობა არ ახსოვს წარსულში. ჰყავს ცოლი და 4 შვილი სრულიად ჯანმრთელნი; თუთუნს წვეს ბლომად; ღვინოსაც სვამს ძლიერ ბევრს.

Status praesens: ავადმყოფი მაღალი ტანისა, მაგარი აგებულობისა; კანი და ლორწოვანი გარსნი მკრთალი ფერისაა. კანს არავითარი ნაწიბური და გამოყრილობანი არ ეტყობა. წვივების წინა მხარეს პიგმენტირებული ლაქები ემჩნევა—ნაშთი ყოფილი იარებისა. კანქვეშა ქსოვილი საკმაოდ განვითარებულია, ემჩნევა საერთო anasarca; კიდურებიც (უფრო ქვედა) შემუშაებულია. ხერხემლის მარცხნივ, მე 8—9 მალთა დონეზე, აქვს ვერცხლის მანეთის ოდენა ლიპომა; მარცხენა თირკმელის მიდამოში—მუშტისოდენა. საზარდულში ორთავ მხარეს აქვს გადიდებული ლიმფატური ჯირკვლები. მარჯვნივ უფრო მკაფიოდ. ძვალკუნთოვანი სისტემა საკმაოდ განვითარებულია. გულმკერდი ცილინდრული მოყვანილობისაა. მისი სუნთქვითი მოძრაობა შეზღუდულია.

მარჯვენა ფილტვის ქვედა საზღვარი პარასტერნალურსა და დერილის ხაზით მე 5 ნეკნის ქვედა კიდურზეა; ილღის შუა ხაზზე—მე-7 ნეკნზე, ბეჭის ხაზზე—მე 9 ნეკნის დონეზე; ხერხემლის ხაზთანაც ოდნავ მაღლა ნორმალურზე. მარცხენა ფილტვის ქვედა საზღვრებიც ერთი ნეკნის სიგანეზედ მაღლა ნორმალურზედ. მწვერვალოები ერთნაირი სიმაღლისაა. ფილტვების ექსკურსია ძალზედ შეზღუდულია.

მარჯვენა ლავიწის ზედა ფოკოში ხმა ოდნავ მოყრუებულია. უკან ამავე მხარეს კოლოფის ხმოვანობაა. მარჯვენა ფილტვის მწვერვალოზე სუნთქვა მკვერივია ბრონქიალურის ელფერით, ხოლო ბეჭის კუთხის ქვემოთ—ოდნავ შესუსტებული. უკან ორთავ ფილტვის ქვედა ნაწილებში ზოგჯერ ხინინი ისმის ჰიპოსტატიკურის ხასიათისა. სუნთქვა წაშში 16-ია.

გულის გარდი-გარდმო ზომა ორთავ მხარეს ერთი თითის სიგანეზედ გადიდებულია; აბსოლუტური საზღვრები ნორმალური; გულის საძვგერი—მე 4 ნეკთა შუა სივრცეშია. გულის ტონები წმინდაა, მხოლოდ აორტის მეორე ტონი აკცენტირებულია.

პულსი 68 წაშში, საშუალო მოცულობისა, რითმიული, მაგარი, სკლეროზიული, ორთავ მაჯაზე სინქრონიული, გულის მუშაობასთან შეფერებული.

ღვიძლის ზევითა საზღვარი ერთი ნეკნის სიგანეზედ მაღლა ნორმალურზე.

ელენთის მოყრუება შუა ილღის ხაზზე მე 8 ნეკნიდან იწყება. როგორც ელენთის, აგრეთვე ღვიძლის ქვედა კიდების შეხებითი გასინჯვა შეუძლებელია მუცლის მეტის-მეტი გაჭიმულობის გამო.

ენა სველია; კუჭის ფუნქცია ნორმალურია; ნაწლავების მხრივ შეკრულობაა. სწორი ნაწლავის გასინჯვის დროს აღმოჩნდა, რომ იგი მტკივნეულია, მისი ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია; აქა იქ ემჩნევა ვარიკოზული კვანძები. ამ გვარივე ჰემოროიდალური კვანძები იმყოფებიან აგრეთვე anus-ის გარშემო.

საშარდე ორგანოთა ფუნქცია ნორმალურია. შარდზე 2—3 ჯერ დგება დღე-ღამეში. შარდის დროს არავითარ ტკივილებს არ გრძნობს. შარდის რაოდენობა 1000 კუბიკური სანტიმეტრია დღე და ღამეში; შეფარდებითი წონა 1010; ცილა 0.5%; ჰიალინური და მარცვლოვანი ცილინდრები 2—3-ია მხედველობის არეში; მრავალი წითელი ბურთული.

ავადმყოფი 4 ფუტსა და 34 გირვანქას იწონის. მუცელი ძლიერ გადიდებულია. მისი ირგვლივ ზომა ჰიპოსის დონეზე 115 სანტიმეტრს უდრის. მუცელში თავისუფლად მოძრავი სითხეა ძლიერ ბევრი. დიაგნოზი Nephroso-nephritis.

დაწვრილებით გასინჯვის დროს მუცელში ჩვენ არაჩვეულებრივი მოვლენა აღენიშნეთ. როგორც უკვე მოგახსენეთ, მუცლის პრესის მეტის მეტი გაჭიმულობის გამო მუცლის ღრუის ორგანოთა პალპაციით ვანსაზღვრა შეუძლებელი იყო მაგრამ როდესაც ხელის სწრაფი დაკვრით ვიწყებთ კვლევას, აშკარათ ვიგრძენით რომ ღვიძლის ქვედა კიდე გადიდებული იყო. გარდა ამისა hypogastrium-ის მარჯვენა ნახევარში ხელის თითებს სითხესთან ერთად რალაცა მკვერივი სხეული ეხეთქებოდა და სწრაფადვე სითხეში იკარგებოდა. შთაბეჭდილება იმდენად ხანმოკლე იყო და იმდენად მცირე არეზედ ვიღებდით მას, რომ სრულიად შეუძლებელი იყო სხეულის ზომისა და მით უმეტეს კონფიგურაციის განსაზღვრა. რომ ეს გაგვეადვილებინა, მუცლის ღრუიდან გამოუშვით 5—6 ლიტრამდე სითხე, რომ

მელიც ტრანსუდატის ყველა დამახასიათებელ თვისებებს შეიცავდა. ამავე დროს მაღალის ოყენების საშუალებით ნაწლავებშიც გაზებისა და განავალისაგან საკმარისად გავათავისუფლეთ.

ამის შემდეგ მუცელი რამდენადმე დარბილდა. პალპაცია ახლა უფრო ადვილი შეიქნა. გამოირკვა, რომ სხეულს მართლა მაგარი კონსისტენცია ქონდა; ზედაპირი სრულიად სადა და თითქოს სფერიული. მისი გადაწევა მარცხენა მხარეს, ან ზევით epigastrium-ისაკენ აწევა შეუძლებელი იყო: ეტყობოდა რომ იგი ამ ადგილას მკვიდრად მიმაგრებულიყო და ხელის კვრის დროს მხოლოდ ერთ ალაგას ირყეოდა სითხესთან ერთად. რაც შეეხება სხეულის კონფიგურაციას იგი ამ ახალს პირობებში მაინც გამოურკვეველი დარჩა. სხეულის კიდევები ხელთ ვერ გვხვდებოდა. იგინი თითქოს მუცლის სიღრმეში იკარგებოდნენ და ყოველივე ჩვენი ცდა მათი მოხაზულობის გამოსარკვევად უნაყოფოდ რჩებოდა. ჩვენ ვერ გამოვევრკვია აგრეთვე სხეულის ზოგადი ფორმა: ვერ ვიტყვოდით დანაპირობებით, მრგვალი იყო იგი თუ მოგრძო, რადგანაც სიმსივნის ქვევითა ნაწილი მენჯში იყო მოთავსებული.

ამ მიზეზით ჩვენ გადავწყვიტეთ ხელმეორედ გამოგვეშვა სითხე მუცლის ღრუიდან, მაგრამ ამ განზრახვაზე უარი უნდა გვეთქვა. რადგანაც ავადმყოფი ცუდად გრძნობდა თავს და განმეორებითს პუნქციაზე არ გვთანხმდებოდა.

სიმსივნე მოყრუებულ ხმას იძლეოდა, რომლის ზევითა საზღვარი სითხის გამოშვების შემდეგ ჭიპის დონეს 2 თითით დაშორდებოდა, მარცხენა, თეთრ ზოლს აღწევდა, ხოლო ქვევით—მენჯის ღრუსაკენ მიიმართებოდა.

რა უნდა ყოფილიყო ეს სიმსივნე? არავითარი დამოკიდებულება ღვიძლთან მას არ უნდა ჰქონოდა, ვინაიდან ამ სხეულისა და ღვიძლის მოყრუებულ არეთა შორის ცხადი ტიმპანიური ხმოვანობა ისმოდა. სუნთქვის დროს სხეულს არავითარი მოძრაობა ეტყობოდა, სიმსივნის რყევა ღვიძლს არ გადაეცემოდა და რაც უმთავრესია სითხის გამოშვების შემდეგ ამ სხეულის ზემოთ 3 თითის მანძილზე ღვიძლას ქვედა კიდე გარკვევით ისინჯებოდა; მაშასადამე სრულიად აშკარა იყო რომ იგი არ იყო არც ღვიძლთან დაკავშირებული, და არც თვით ღვიძლი იყო ადგილიდან ცთომილი.

იქნებ თირკმელთან ჰქონდა რაიმე დამოკიდებულება? მაგრამ მსხვილი ნაწლავის გაბერვის შემდეგ სხეულის მოყრუებულ არეში არავითარი ტიმპანიური ზოლი არ აღმოჩნდა. ცხადი იყო, რომ სიმსივნე მსხვილი ნაწლავის წინ იდო პერატონეუმის ღრუში. შარდშიც არ იყო რაიმე ნიშნები თირკმელის ხორცმეტისა და არც საშარდე ორგანოების ფუნქცია იყო შესამჩნევად მოშლილი.

არ იყო იგი აგრეთვე ცთომილი თირკმელი, რადგან, გარდა ზემოაღნიშნული ტოპოგრაფიული დამოკიდებულებისა კოლინჯთან თირკმელის ალაგას ჩვეულებრივი ყრუ ხმოვანობა ისმოდა.

გარდა ამისა საშარდე ორგანოების ფუნქციასაც შესამჩნევი მოშლილობა არ ეტყობოდა.

არ ექნებოდა მას დამოკიდებულება აგრეთვე საშარდე ბუშტთან, რადგან ამ უკანასკნელის ფუნქციის მხრივაც არ იყო მოშლილობა; შარდის ანალიზიც არ ადასტურებდა ამას, და სწორე ნაწლავიდან გასინჯვამაც უარყოფითი შედეგი მოგვცა, ე. ი. არავითარი კავშირი შარდის ბუშტთან არ აღმოჩნდა.

იქნებ ეს სხეული ელენთა იყო მენჯის მარჯვენა ფოსომდე გადიდებული? მაგრამ პერიკუთის კავშირი მასა და ელენთის ჩვეულებრივ ალაგს შორის არ არსებობდა: ორთავეს ადგილი ტიმპანიურის ფართო ზოლით იყო დაშორებული.

ანამნეზიური ცნობები იმის შესახებ, რომ რამოდენიმე ათეული წლის წინად ავადმყოფი ამჩნევდა მარცხენა ფერდში რალაცა მაგარ სხეულს, რომელიც ქვევით დაიწვედა ხოლმე და ხშირად მარჯვენა გვერდზე მოექცეოდა, თითქოს გვიკარნახებდა, რომ ეს სიმსივნე გვეცნო ცნობილ ელენთად და ჩვენი საეგებისო ამოცნობაც, უეჭველია, აქეთკენ გადიხრებოდა, რომ ასეთი აზრის წინააღმდეგი არ ყოფილიყო სრულიად გარკვეული მოყრუება ელენთის ჩვეულებრივ ადგილას, რომელიც მარცხენა მხრიდან კიდევაც ავიწროვებდა Traube-ს სივრცეს.

მოსაზღვრე ფილტვში, აგრეთვე პლევრაში არავითარ პათოლოგიას (პლევრალურ სითხეს, ფიბრონოზულ შესივებას, ფილტვის გამკვრივებას და სხვას) ადგილი არ ჰქონია, რომ მათ შევეყვანეთ შეცთომაში.

ზემოთ მოყვანილი მნიშვნელოვანი მოსაზრების გარდა ცთომილ ელენთის ამოცნობას შეუძლებლად ხდიდა აგრეთვე თვით სხეულის კონფიგურაციის სრული გამოურკვეველობა მენჯის მარჯვენა ღრუში მისი განსაკუთრებული მდგომარეობისა და უმთავრესად უმოდრაობის გამო.

ვიფიქრეთ, იქნებ ეხინოკოკის ბუშტია ჯორჯალსა ან პერიტონეუმში? სისხლის გამოკვლევამ შემდეგი მოგვცა: Hb—48⁰/₁₀₀; ერიტროციტები—3. 950.000; F. i.—0,6; თეთრი ბურთულები—5800; ლეიკოციტთა ფორმულა: ნეიტროფილი პოლინუკლეარი—71⁰/₁₀₀; აბსოლუტი 4118; ლიმფოციტები: მცირე—13⁰/₁₀₀; აბსოლუტი 754; დიდი—6⁰/₁₀₀; აბსოლუტი 348; გარდამავალი—8⁰/₁₀₀; აბსოლუტი 464; ეოზინოფილები 2⁰/₁₀₀; აბსოლუტი 126; ამ გვარად სისხლში ეხინოკოკის დამადასტურებელი საბუთი ვერ აღმოვაჩინეთ.

ბოლოს დაგვებადა აზრი, რომ იქნებ სიმსივნე Lues-ის ნიადაგზე იყო წარმოშობილი. შესაძლოა იგი იყო ჯორჯალის ჯირკვლების კონგლომერატი, გუმმოზურად გადაგვარებული. Wasserman-ის რეაქციამ ფრიად მკვეთრი დადებითი შედეგი მოგვცა (ოთხი ჯვარი).

რასაკვირველია, ხსენებული რეაქციის შედეგი ჯერ კიდევ არ ნიშნავდა, რომ სიმსივნე უეჭველად Lues-ის ხასიათისა უნდა ყოფილიყო. ამიტომ დიაგნოსტიკურის მიზნით ჩვენ მივმართეთ სპეციფიკურს მკურნალობას. ეს მით უფრო საჭიროდ მიგვაჩნია, რომ თირკმელის ავადმყოფობამ თანდათან გლიომურულო-ნეფრიტის ხასიათი მიიღო: ცილის რაოდენობამ 25⁰/₁₀₀-მდე მოიმატა; ამავე დროს შეუფერებლად იკლო ცილინდრებისა და თირკმელის ეპიტელიუმის რაოდენობამ; ერთი სიტყვით, გამოიმკლავნდა ის მკვეთრი წინააღმდეგობა ცილისა და ფორმიან ელემენტების რაოდენობას შორის, რომელიც, სხვათა შორის, თირკმელის Lues-ს ახასიათებს, მაგრამ ცდა სრულიად უნაყოფო გამოდგა: სიმსივნეს, როგორც ქვევით ვნახავთ, არავითარი ცვლილება შეეტყო და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაც არ გაუმჯობესდა. თირკმელიც, როგორც შარდის შემადგენლობიდან სჩანდა, თითქოს უფრო გაღიზიანდა.

ყოველივე ამის შემდეგ საკითხი ამ სხეულის ხასიათის შესახებ ჩვენთვის გამოურკვეველი დარჩა.

Cursus morbi: 3-7 დეკემბრამდე 1^o ნორმალური, პულსი 72-74; შარდსკვამლე ოდენობამ 1500 კუბიკამდე იმატა; შეფარდებითი წონა კვლავ დაბალია (1010-1011); ცილა 0,6-0,7%; მიკროსკოპიული სურათი იგივე, რაც უწინ; ფეხების შემუშება თანდათან კლებულობს. იღებს Adonis Vernais დიურეტივით.

8-12/XII. სუსტად გრძნობს თავს; ფაღარათი აქვს; თავის ტკივილს უჩივს. დანარჩენში იგივე; იღებს დიურეტივს.

13-17/XII. $t^o=37-37,2^o$; პულსი 80-90, საკმარისად სავსე, ოდნავ მაგარი, რითმიანი; სუნთქვა 20. ქვედა კიდურების შემუშებამ საგრძნობლად იკლო; მუცლის წყალმანკი კი, პირიქით, მატულობს. მუცლის გასივება მეტად აწუხებს, რის გამოც ღამე სრულიად არ სძინავს. Lues-ის სპეციფიკური წამლობა დაეწყო.

18-21/XII. მუცლის წყალმანკი უკიდურესობას აღწევს; ავადმყოფს მთელი ღამეები არ სძინავს მუცლის უხომო გასივების გამო. ყოველგვარი diuretica და ოფლის მომდენი ზომები არავითარს შედეგს იძლევიან. ავადმყოფი განმეორებითს პუნქციაზე გეთანხმდება. 21 დეკემბერს 6 ლიტრამდე სითხე გამოვუშვი; მეტის გამოშვება არ მოხერხდა გულის დასუსტების გამო.

22 და 23 დეკემბერს ავადმყოფს შესამჩნევი შეება მიეცა; ღამე კარგად ეძინა. მუცლის ობიექტურმა გაშინჯვამ უწინდებურად გამოურკვეველი შედეგი მოგვცა: მიუხედავად მუცლის დარბილებისა სიმსივნის კონფიგურაცია მაინც გამოურკვეველი დარჩა.—ქვედა მხრიდან მისი განსაზღვრა კვლავ შეუძლებელი აღმოჩნდა.

24-25 XII. მუცელი ისევ შესამჩნევად გაუსივდა. შარდის რაოდენობამ 700 კუბიკამდე იკლო; შეფარდებითი წონა 1013; ცილა 25%₁₀₀. ნალექში მცირე რაოდენობაა ფორმინი ელემენტებისა. Weber-ის რეაქცია დადებითია.

26 დეკემბერი ავადმყოფმა განსაკუთრებით ცუდად გაატარა. აწუხებდა ისევ მუცლის სიმსივნე; t^o ნორმალური იყო; პულსი 86; სუნთქვა 30-35.

ამგვარი სწრაფი დაგროვება სითხისა მუცლის ღრუში იმ დროს, როდესაც, პირიქით, ქვედა კიდურების შემუშება კლებულობდა, უნებლიედ გვაფიქრებინებდა, რომ მუცელი წყალმანკს, გარდა საერთო მიზეზისა, ალბად, ადგილობრივი მიზეზიც უნდა ჰქონოდა მუცლის ღრუში იმ სიმსივნის სახით, რომელიც hypogastrium-ში იმყოფებოდა და კარის ვენის სისტემაში სისხლის მიმოქცევას, შესაძლოა, აფერხებდა.

რადგანაც ობიექტური მდგომარეობა დღითი-დღე უარესდებოდა, მუცელი პუნქციის შემდეგ სწრაფად 2-3 დღეში თითქმის იმავე ზომამდე ხელმეორედ იესებოდა და ავადმყოფის მდგომარეობას პირდაპირ აუტანლად ხდიდა; ამიტომ ჩვენ გადავწყვიტეთ საცდელი ლაპოროტომიის გაკეთება, რომ ერთის მხრით გამოგვერკვია, თუ რა სიმსივნე იყო მუცლის ღრუში და მეორეს მხრით, თუ შესაძლო იქნებოდა, ამოგვეკვითა.

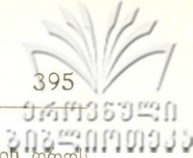
ავადმყოფი ოპერაციაზე უყოყმანოდ დაგვთანხმდა.

26 დეკემბერს იგი გადაყვანილ იქმნა ქირურგიულ კლინიკაში, სადაც მას პროფ. ნ. კახიანმა 27/XII გაუკეთა ოპერაცია ადგილობრივი ანესთეზიით. მუცელი გაჭრილ იქმნა მარჯვენა პარასტერნალური ხაზის მიმართულებით, კრილობის სიგრძე—15 სანტიმეტრი.

მუცლის ღრუიდან ერთ ვედრამდე სუფთა ასციტიური სითხე შადრევანივით გადმოიქცა. კრილობის ქვედა ნაწილში გამოჩნდა სიმსივნე წითელი მუქი ფერისა, რომელსაც ზედა პირი ჰქონდა სრულიად სადა და ძალზედ გაჭიმული კაპსულა.

გარეგანი შეხედულება იმ გვარი ჰქონდა. რომ პირველში ღვიძლი გვეგონა; მაგრამ მუცლის ღრუს უფრო დეტალური გასინჯვის შემდეგ გამოირკვა, რომ ღვიძლი თავის ალაგას იყო და სიმსივნეს მასთან არავითარი დამოკიდებულება ჰქონდა.

სიმსივნე მოგრძო სხეული გამოდგა, მისი გასწვრივი ღერძი ირიბად მიიმართებოდა ზემო მარცხენა მხრიდან ქვევით მარჯვენა მხარეს. ზევითა კიდე თითხანგვარით დაშორდებოდა კიპს-მარცხენა-მედიალურ ხაზს მარჯვნივ ოდნავ გადასცილდებოდა; ქვევითა ნაწილი მენჯში იყო და-



მალული. სხეულის ზევით ამოწვევას წინააღმდეგობა ხედებოდა; ძალდატანებით ამოღების დროს მას თან ბრმა ნაწლევი მისდევდა და აგრეთვე ასწვრივი კოლინჯის ქვევითა ნაწილი, რომლებთანაც იგი საკმაოდ მკრივად იყო შეხორცებული. აღმოჩნდა აგრეთვე, რომ წინა ზედაპირი ამობერილი იყო, ხოლო ქვევით, რამდენადაც ხელი სწვდებოდა—შეზნექილი. სხეულის ზევითა კიდე ბლაგვი იყო, ხოლო მენჯში დამალული მსხვილი და ეს უკანასკნელი ელენთისათვის დამახასიათებელი ამოჭრილობებს შერაცავდა.

ამგვარად გამოირკვა, რომ სიმსიენე ელენთა იყო, ადგილიგან ცთომილი. იგი თვის გარდი-გარდმო ლერძის გარშემო შემოტრიალებულიყო 90° მეტად, მაგრამ 180°-ზე ნაკლებად.

ელენთის სიგრძე დაახლოებით 25 სანტიმეტრს უდრიდა, სიგანე—15-ს.

ორგანოს სადა ზედაპირი ჰქონდა და მის ქსოვილს არავითარი მაკროსკოპიული ცვლილებები არ ემჩნეოდა. იგი იმდენად გაჟღენთილი იყო სისხლით, რომ როდესაც შპრიცის საშუალებით ქსოვილი გაეხვრიტეთ, სისხლმა შადრგვანივით იწყო დენა და საჭირო გახდა ქსოვილის გაკერვა.

ამოღებული სისხლის მიკროსკოპიულმა გამოკვლევამ არაფერი აღმოაჩინა.

ჩვენ გვინტერესებდა, თუ რა მდგომარეობაში იყო ცთომილი ელენთის ფეხი, მაგრამ როგორც აღმოჩნდა მისი გასინჯვა შეუძლებელი იყო.

იბადებოდა საკითხი თუ რისგან იყო დამოკიდებული მოყრუება, რომელსაც ელენთის ჩვეულებრივ ალაგზე ვიღებდით.

რომ ეს არ იყო დამოკიდებული პლევრიტული სითხისა, პლევრის ფიბრიოზული შესივებისა, ან სხვა რაიმე ცვლილებისაგან, ეს ჩვენ უკვე ზევით აღვნიშნეთ. ვიფიქრეთ იქნებ კოლინჯში დაგროვილი განავალი იყო ამის მიზეზი, რადგან ლიტერატურაში ვხვდებით ამგვარ ცნობებს. მაგალითად Litten-ის შემთხვევაში ელენთის ძლიერი ცთომის დროს ამ ორგანოს ჩვეულებრივ ადგილას მოყრუებული ხმოვანობა დამოკიდებული ყოფილიყო იმისგან, რომ კოლინჯი განავალით იყო სავსე. Liebman-ის შემთხვევაში ელენთა, რომელიც ჭიპის მიდამოში მოძრავ სიმსიენეს წარმოადგენდა, ბადექონის ან საკვერცხეს სიმსიენედ იქნა ცნობილი მხოლოდ იმიტომ, რომ ელენთის პროექციის ადგილას მოყრუებული ტონი ისმოდა. იგი დამოკიდებული ყოფილიყო მარცხენა flexura Coli-ს განავალით გავსებისაგან და მხოლოდ ოპერაციამ აღმოაჩინა ცთომილი ელენთა.

ჩვენს შემთხვევაში ამ გვარი შესაძლებლობა არ იყო მოსალოდნელი, რადგანაც უკანასკნელი 2 კვირის განმავლობაში ავადმყოფს, განუწყვეტელი ფაღარათი ჰქონდა; ხოლო იმის წინად ნაწლეგები მალალი ოყნის საშუალებით, როგორც ვთქვით, საკმარისად გავათავისუფლეთ.

პროფ. ნ. კახიანმა გულმოდგინედ გასინჯა ლვიძლისა და ელენთის მიდამოები. ლვიძლი ძალზედ გადიდებული აღმოჩნდა. მის კართან მოთავსებული ორგანოები სრულიად თავისუფალი იყო. ლვიძლს არ ეტყობოდა დეფორმაცია; იგი, როგორც სჩანდა, მხოლოდ დიფუზურ ჰიპერპლაზიას განიცდიდა. ამავე დროს ლვიძლის მარცხენა ნაწილი, როგორც დოსტაქარმა აღნიშნა, ანატომიურ საზღვარს მარცხნივ ბევრად შორს გადასცილებოდა და ელენთის ალაგი დაეკავებინა.

ამ გვარსავე შემთხვევებს ლიტერატურაშიაც ვხვდებით. მაგალითად Porsonyi მოგვითხრობს თვის დაკვირვებას, როდესაც ელენთის ცთომის დროს ორგანოს ჩვეულებრივ ადგილას სრულიად აშკარა მოყრუებული ტონი ისმოდა. გაკვეთის დროს კი აღმოჩნდა რომ ელენთის მიდამო შუა საძვიდამდე გამოვისილიყო ჰიპერტროფიული ლვიძლის მარცხენა ნაწილით. იმავე მიზეზით Mettzigis-მა ცთომილი ელენთა სცნო საკვერცხეს სიმსიენედ.

28 დეკემბერს საერთო ანასარკამ სავრძნობლად იმატა: ავადმყოფს სახე უფრო შეშუპდა; შარდის რაოდენობა 300 კუბიკამდე შემცირდა; ერთი სიტყვით ნეფრიტიული მოვლენები შესამჩნევად გაძლიერდა; t° ნორმალური იყო, პულსი ხშირი.

29 დეკემბერს ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმე ხდება. ურემიული მოვლენები ემჩნევა; ფეხების კრუნჩხვა მოსდის, გულის რევა აუტყდა. ხშირად გონება ეხშობა; პულსი 110; t°=36,7; საერთო შეშუპება უფრო ძლიერი. შარდის მხრივ Nephros-ის გამწვავების ნიშნები.

30 დეკემბერს შარდის დენა თითქმის სრულიად შესწყდა: 24 საათში სულ 150—200 კუბიკამდე; t° სუბნორმალური; პულსი 140, სუსტი, თითქმის ძაფისებური.

31 დეკემბერს ავადმყოფი გარდაიცვალა ფილტვების შეშუპების გამო. გვამის გაკვეთის სება მახლობლებმა არ მოგვეცეს.

რამიზებისგან იყო დამოკიდებული ღვიძლისა და ელენთის ამგვარი ჰიპერპლაზია?

თუ ანამნეზს დავეყარებით, ავადმყოფი ბავშვობიდანვე ქრონიკული მალარიით იყო შეპყრობილი და მუდამ ქინაქინით მკურნალობდა, ჩვენ გვაქვს საბუთი ვსცნოთ იგი მალარიულ ელენთად, რომელიც სიჭაბუკეში მომხდარი ძლიერი ტრავმის შემდეგ, უეჭველია, თანდაყოლილს ანატომ-ფიზიოლოგიური მიდრეკილების გამო ცთომილა და რამოდენიმე ათეული წლის განმავლობაში თანდათან მენჯის მარჯვენა ფოსოში მოქცეულა და აქ ბრმა ნაწლევთან შეხორცებულა.

რაც შეეხება ღვიძლს, ვფიქრობთ, რომ იგიც მალარიის ნიადაგზე უნდა ყოფილიყო გადიდებული, თუმცა Wasserman-ის რეაქციის დადებითი შედეგის გამო ჩვენ სავსებით ვერ უარვჰყოფთ ამ ინფექციის გავლენასაც.

დასასრულ მოვალედ ვთვლი ჩემს თავს გულწრფელი მადლობა გამოუტყხადო ჩემს მასწავლებელს პატივცემულ პროფ. მ. წინამძღვრი შვილს იმ მუდმივსა და დაუზარელ ხელმძღვანელობისათვის, რომელსაც გვიწევს იგი საერთოდ ყველას მის კლინიკაში მომუშავეებს და კერძოთ ამ ჩემს დაკვირვების წარმოებისა და აღწერის დროს.

პ.ო.შ. ბ. მ უ ხ ა ქ ე

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის გამგე.

ძვლის შეღუღების და მისი დაზრძელების საკითხისათვის.

საბჭოთა კავშირის დასტაქრების მე-XVII ყრილობის (რომელიც შესდგა ა. წ. მაისს ლენინგრადში) საპროგრამო საკითხად იყო გამოცხადებული მწვავე ოსტეომიელიტების წამლობა და ამ საკითხთან დაკავშირებით წაკითხულ იქნა მოხსენებები ძვლის ზრდის და აგრედვე მის ხელოვნურად დავრძელების შესახებ (Богораз, Коренев).

0451 F

1923 წ. გამოჩენილმა ბერლინელმა პროფ. Bier-მა გამოაქვეყნა*) თავისი მდიდარი მასალა ძვლის რეგენერაციის შესახებ, სხვათა შორის მას მოყავს ერთი შემთხვევა, როდესაც მან ისარგებლა ძვლის რეგენერაციის თვისებით და ქონდრის ქალს ოპერაციის საშუალებით დაუვრძელა ქვედა კიდურები 4,5 სანტიმეტრით. პროფ. Bier-მა ამ ავადმყოფს გაუკეთა ორთავე ბარდაყის ძვლის osteotomia, შემდეგ აწარმოვა მუდმივი გაჭიმვა, რომლის საშუალებითაც ძვლის ბოლოები ერთი-ერთმანეთს დააშორა. ცარიელი ადგილი დაშორებულ ძვლის პირებს შუა თანდათან ამოივსო აპერიოსტალური (ე. ი. არაპერიოსტეუმიდან განვითარებული) ძვლის ქსოვილით. ეს ავადმყოფი ოპერაციის ერთი წლის შემდეგ 1923 წ. Bier-მა გვიჩვენა აუდიტორიუმში ლექციის დროს. აღნიშნულ საკითხს მე აქ შევეხები მხოლოდ მოკლედ, რადგანაც დღეს დღეობით ჩემი მიზანია ამ ფრიად მნიშვნელოვან საკითხს მხოლოდ დაფუკავშირო ჩემი საკუთარი შემთხვევა, რომელიც მქონდა მე 1917 წ. (სამწუხაროდ ავ. ისტორია დაწერილია ომიანობის დროს და ბევრი ნაკლი აქვს).

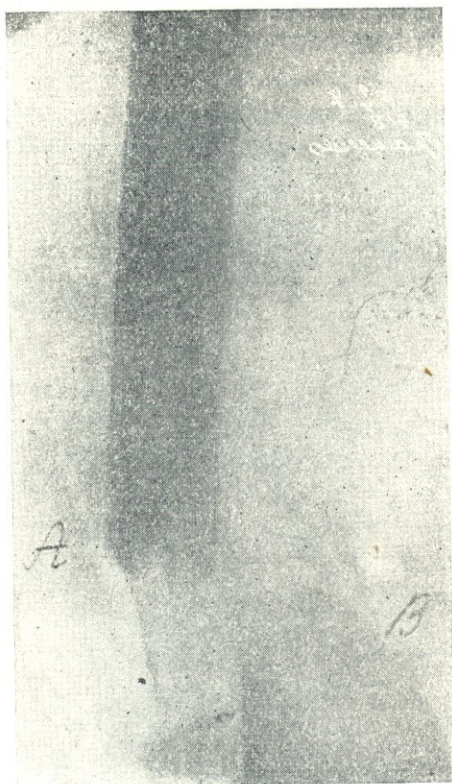


სურ. № I.

*) Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 127.
თანამედროვე მედიცინა № 6-7. 1925.



აბ — კო სტეფანე, რუსი, 25 წ., ჯარისკაცი, მოთავსებული იყო 25 მარტს 1917 წ. ქალაქთა კავშირის მე-5-ე ლაზარეთში ქ. ტფილისში. ავ. სიტყვით იგი 2 $\frac{1}{2}$ თვეა ავად. ავადმყოფობა დაეწყო ფრონტზე ნელ-ნელა და მუცლის ტიფის დიაგნოზით იგი ფრონტიდან გადაგზავნილ იქნა ქ. გუმბრში, სადაც იგი 2 თვეს დარჩა და საიდანაც პირდაპირ გადმოგზავნილი იყო ტფილისში და აქ მატარებლიდან 25/III მე-5-ე ლაზარეთში მოიყვანეს. გუმბრში მას სწამლობდენ როგორც ტიფიან ავადმყოფს. წამლობის ერთი თვის შემდეგ უკეთობა დაეტყო. დაახლოვებით ერთი თვის წინად 25/II, მან იგრძნო მწვავე ტკივილები მარჯვენა ბარძაყში — და გაუჩნდა სიმსივნე. სიცხემ აუწია კვლავ 39 $\frac{1}{2}$ -მდე. ტკივილები და სიმსივნე თანდათან ემატებოდა. Status praesens (1917 წ. 25 III). ავ. შუა ტანისაა, განზდარი და დასუსტებული. მარჯვენა ბარძაყის შუა ნაწილში აქვს სიმსივნე და ხელის შეხების დროს აშკარა ფლუკტუაცია. კიდური



სურ. № 2.

შემდეგ ნახვევი მოიხსნა, ძვალს შედუღების ნიშნები არ ეტყობა. კრილობა ამოვსებულია გრანულაციით. 15/VI ეთერის ნარკოზის ქვეშ კიდური გაჭიმულია ძლიერი ღონით, ძლივს ნაპირები დაახლოვებულია ერთმანეთთან და გამოწვეულია ძლიერი ხახუნი, ამის შემდეგ დადებულია ემპლასტროს გამჭიმავი ნახვევი, ჯერ 10 გირვანქიანის სიძიმიით. შემდეგ სიძიმე თანდათან აყვანილ იქნა 20 გირვანქამდე. 2 თვის შემდეგ ძვალს დაეტყო შედუღება, ოპერაციის არეში მცირე იყო. 1 თვის შემდეგ ძვალი ესე გაჯაგრდა, რომ ავ. ფეხზე წამოვაცემით, კიდურის სიგრძე უდრის 35 სანტ. 9/IX გადაღებულ იქნა რენტგენის სურათი (№ 3). ამ სურათიდან სჩანს, რომ მოკვეთილი ძვლის ნაპირების A და B-ს შუა განვითარებული მავარი და სქელი კორძი. ამ კორძის

დამოკლებულია 2 სანტიმეტრით და მისი მდებარეობა იქვს იწვევს მოტეხილობის შესახებ. გასინჯვის დროს ძვალი სიმსივნის არეში მოძრავია. 1/IV გადაღებულია რენტგენი სურათი (№ 1), საიდანაც სჩანს, რომ ბარძაყის ძვალი განიცდის გაფხვიერებას (osteoporosis), ძვალი შეკმულია, ალაგ-ალაგ, — ხედა და შუა მესამედის საზღვარზე მოტეხილია. 8/IV ეთერის ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია. ვაკეეთა ბარძაყის ძვლის გარეთა მხარეზე მის გასწვრივ, გამოვიდა 1 ლიტრამდე ჩირქი. ძვალი გარბილებული და შეკმულია, პერიოსტუმში მას მოშორებული აქვს, იგი რბილია და შესამჩნევად არ არის გასქელებული, ცალკე სევესტრები არ ისინჯება. ძვლის ბოლოები განთავისუფლების შემდეგ სალ ადგილას საზღვარზე იქნა ამოხერხილი. ნაჭრების სიგრძე უდრიდა 8 სანტიმეტრს. კრილობა შევიწროვებულ იქნა ნაკერებით, ჩაიღო ტამონი. კიდურის სიგრძე ოპერაციის შემდეგ უდრიდა 78 სანტიმეტრს, საღი კიდური კი 88 სანტ. კიდური მოთავსებულია მავთულის გრძელ არტაშანში.

კრილობა თანდათან იწმინდებოდა და შედუღების ნიშნები ძვალს არ ეტყობოდა. 9 $\frac{1}{2}$ ხელახლავ გადაღებულ იქნა რენტგენის სურათი (№ 2), საიდანაც სჩანს, რომ ძვლის ბოლოები A და B ერთი-ერთმანეთიდან დაცილებულია. პერიფერიული ნატების ბოლო (B) მორგვალებულია.

12/V კიდური გაჭიმულია და დადებულია სარკმლიანი თაბაშირის ნახვევი. 1 თვის

განვითარებაში როგორც ეტყობა პერიოსტუმს დიდი მონაწილეობა არ მიუღია. ეს კორძი როგორც ეტყობა განვითარდა ძვლის ტვინიდან და ენდოსტეომიდან და აგრეთვე მეტაპლაზიური წესით ირგვლივ მდებარე ქსოვილიდან. ძვლის ხახუნმა და გაჭიმვამ გამოიწვია გალიზიანება ამ რბილი ქსოვილებისა და ძვალოვანი უჯრედებისა—ოსტეობლასტებისა, რომელთაც შექმნეს მაგარი კორძი ძვლის დაშორებული A და B-ს პირებს შუა.

რაში გამოიხატება თავისებურება და მნიშვნელობა ამ შემთხვევისა?

1) ძვლის ინფექციური ოსტეომიელიტის დროს შეიძლება ზოგჯერ პერიოსტუმმა არ განიცადოს ჩვეულებრივი ძლიერი გალიზიანება და არ შექმნას მაგარი სეკვესტრალური კოლოფი.

2) ოსტეომიელიტის დროს შეიძლება ვაწარმოვოთ ცირკულიარული დავადებული ძვლის რეზექცია და მივიღოთ ძვლის პირების შედუღება ისე, რომ კიდური საგრძნობლად არ დამოკლდეს.

3) კორძი ამ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს აპერიოსტალური ე. ა. არაპერიოსტეუმიდან, არამედ ენდოსტეუმიდან, და ძვლის ტვინიდან და აგრეთვე გარეშე მდებარე რბილი ქსოვილებიდან მათი მეტაპლაზიის საშუალებით.

4) ძვლის კორძი შეიძლება ისე ძლიერად განვითარდეს და ისეთი მიმართულება მიიღოს, რომ ამოავსოს დიდი დეფექტი ძვლის დაშორებული პირებს შორის და დამოკლებული ძვალი დააგრძელოს, როგორც ეს გვექონდა ჩვენ (7 სანტ.) და როგორც იყო პროფ. Bier-ის შემთხვევაში (4, 5 სანტ.).



სურ. № 3.

როგორც ეს გვექონდა ჩვენ (7 სანტ.) და როგორც იყო პროფ. Bier-ის შემთხვევაში (4, 5 სანტ.).

ე. ზაქარაია

კლინიკის ასისტენტი

ადგილობრივი ანესთეზიის შესახებ*.)

(პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე პროფ. ნ. კახიანი).

საკითხი ადგილობრივი ანესთეზიის შესახებ თავისთავად ძველი საკითხია, მაგრამ მასთან ერთად მუდამ ახალიცაა. ეჭვი არ არის რომ, მიუხედავად ზოგადი ნარკოზის (ქლოროფორმი, ეთერი) მხრივ დიდი მიღწევებისა, ხსენებული ნარკოზი არ არის თავისუფალი, დღემდის, არსებითი ნაკლისაგან.

სტატისტიკური ცნობები, რომლითაც ვსარგებლობთ და ლიტერატურული წყაროები, საიდანაც შეკრებილია ეს ცნობები, არ არის უმწიკვლო. ნამდვილი, უტყუარი სიკვდილიანობის (ციფრი დღემდის არ მოგვეპოვება და შეიძლება ითქვას, რომ რიცხვი რასაც ქირურგები აღნიშნავენ სიტყვიერად და ზეპირად — გაცილებით მეტია წერილობით აღნუსხულ ციფრზე.

ფარმაკოლოგიური და კლინიკური გამოკვლევებიც ადასტურებენ, რომ ზოგადი ნარკოზით სრულიად უშიშრად სარგებლობას ჩვენ კიდევ დიდხანს ვერ შევსძლებთ.

Pohl-ის გამოკვლევით — ძალი, დაძინებული გულის დამბლამდე, თავის სისხლში შეიცავდა 0,058% ქლოროფორმს. იმავე ექსპერიმენტის თანახმად ღრმა ნარკოზისათვის — კი საჭიროა 0,040—45% ქლოროფორმის კონცენტრაცია.

ეს ციფრები გვიჩვენებენ ლეტალური და ნარკოტიული ქლოროფორმის რაოდენობის ერთმანეთთან დიდ სიახლოვეს. ამით აიხსნება არაიშვიათად მომხდარი უბედური შემთხვევები და არა იდიოსინკრაზიით, ან კიდევ კონსტიტუციით.

უეცარ სიკვდილს ქლოროფორმით ნარკოზის დროს, უფრო ხშირად, მივაწერთ გადაგვარებებს და მიზეზად ვხდით ანატომ-ფიზიოლოგიური დისფუნქციას. მაგრამ ასეთი ახსნა არ მართლდება. ამ მხრივ შეიძლება ყველაფერი ნორმალური იყოს ან ნორმას უახლოვდებოდეს, შეიძლება ისიც რომ გვქონდეს საქმე იდეალურ კონსტიტუციასთან, მაგრამ ავადმყოფი კი მაგიდაზე დარჩეს.

უნდა გავიხსენოთ ის საფრთხე, რომელიც მოელის გულს ქლოროფორმის დიდი დოზის უეცრად მიცემისაგან. აქ საქმე გვაქვს ნარკოტიულ ნივთიერების ადგილობრივს და არა ზოგად მოქმედებასთან.

სისხლი, ფილტვის კაპილარებიდან — ქლოროფორმის დიდი კონცენტრაციით, გადადის მარცხენა გულში და გამოიწვევს მის დამბლას უფრო ადრე, ვიდრე ქლოროფორმი შესძლებდეს მოახდინოს ზოგადი გავლენა ნერვულ ცენტროებზე.

*.) მოხსენდა უნივერსიტეტის ქირურგთა კონფერენციას.

ნარკოზის დასაწყისშივე ამ გზით მომხდარი გულის დამბლა—გაცილებით უფრო ხშირად, ვიდრე ეს სინამდვილეს შეეფერებოდეს—ჩვეულებრივად სულ სხვანაირ ახსნა-განმარტებას ღებულობს.

ეს არის ნარკოზისაგან გამოწვეული უეცარი სიკვდილის მხოლოდ ერთი ტიპი.

საკმაოდ კარგად გატარებული ნარკოზი დამოკიდებულია: ავადმყოფზე, ნარკოტულ ნივთიერებაზე, თვით ნარკოზის მიმცემზე და კიდევ იმდენ გარდამავალ და ცვალებად კომპონენტებზე, რომ გასაკვირია, რატომ ზოგადი ნარკოზით არ ვიღებთ კიდევ მეტს არასასურველ შემთხვევებს.

ესევე რაც ქლოროფორმს—შეეხება ეთერსაც, მხოლოდ აქ ტოქსიკური პროპორცია ნაკლებია, როგორც ერთი და თექვსმეტი.

დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ზოგადი ნარკოზის საშიშროება, თუ არა უშუალოდ ოპერაციისა და ოპერაციის უახლოეს ხანაში, შემდეგში მაინც.

რომ ქლოროფორმი და ეთერი მოახდენენ მწვავე გადაგვარებებს ეს ჩვენ საკმაოდ ვიცით, მაგრამ იმ გადაგვარებებს, რომელნიც შემდეგში მოხდება, და იმ ცვლილებებს, რომელსაც ისინი შემდეგში იწვევენ მნიშვნელოვან ქსოვილებში, განსაკუთრებით შინაგანი სეკრეციის ორგანოებში და ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაში ამას მხოლოდ ახლა და ისიც მეტად სუსტად და ბუნდოვანად ვეცნობით. რომ ასეთი მოგვიანებული პათოლოგ-ჰისტოგენური ცვლილებები ჩნდები, ეს საეჭვო აღარ არის.

ცხადია, ზოგადი ნარკოზი თავის უშუალო და შორეული გავლენით არ არის უმნიშვნელო ორგანიზმისათვის და არც უსაყვედურო.

იშვიათია ქირურგი, რომელსაც ხანგრძლივად უმოღვაწნია და რომელსაც თავის დაეთარში არა ქონდეს ნარკოზისაგან მოულოდნელი სიკვდილიანობა აღნუსხული.

შეიძლება უმთავრესი ოპერაციები ადგილობრივის ანესთეზიის ქვეშ გაკეთდეს.

დამტკიცებულია, რომ ადგილობრივი ანესთეზიის წესი საკმაოდ დამუშავებულია, რომ გვაქვს უშიშარი და უვნებელი ნივთიერებანი, რომლებითაც შეიძლება ვისარგებლოთ.

დამტკიცებულია აგრეთვე, რომ ადგილობრივ ანესთეზიას დიდი დასტაქრები ეკიდებიან ერთგვარ გულგრილობით და უნდობლობით.

ისიც ცხადია რომ ხსენებული საკითხი აღიარებულია, როგორც გემოვნების და პირადი შეხედულობის და არა როგორც სავალდებულო საკითხი.

ადგილობრივი ანესთეზიის უკვე შესწავლილი და დეტალურად დამუშავებული წესით ჩვენ საკმაოდ არ ვსარგებლობთ.

და უკანასკნელი ის გახლავთ, რომ ადგილობრივი ანესთეზიით, მისი ყოველდღიური სარგებლობით და შესწავლა-განვითარებით შეგვიძლია გაცილებით გავაფართოვოთ ის ფარგლები,—რომელიც ნაჩვენებია, თეორიული მოსაზრებების მიხედვით, ამ მეთოდის შემქმნელების მიერ.

ორმოცი წლის წინათ Reclus-მ პირველად წამოაყენა დებულება: **სადაც ადგილობრივი ანესთეზიით შეიძლება ოპერაციის გატარება, იქ დაუშვებელია**

ზოგადი ნარკოზი. არ დავივიწყოთ, რომ მაშინ სწორედ ის დრო იყო, როდესაც კოკაინი და სიკვდილი თითქმის სინონიმები იყო. მოვიგონოთ, რომ ამ საკითხის გარშემო ატეხილ დისკუსიაში მონაწილეობა მიიღო ფართო საზოგადოებამ, თვით საფრანგეთის მაგისტრატურამ და პარლამენტმაც კი. საფრანგეთის სენატში კოკაინის ხმარებას veto-ც დაედო. საექიმო პრესაში ხშირია სასამართლოს ექიმების ოქმები. ამ დროს თერთმეტი ასეთი ოქმი იყო უკვე შედგენილი. ეს საფრანგეთში. რუსეთში კი გამოჩენილი დასტაქარი Колоმნინ-ი თავს იკლავს იმის შემდეგ, როცა მან 23 წლის ქალს შეუმხაპუნა სწორ ნაწლავში 40,0—50% კოკაინის ხსნარი და როცა შემთხვევა სიკვდილით დამთავრდა.

იმავე საავადმყოფოში, სადაც Reclus მუშაობდა კიდევ ერთ უეცარ სიკვდილს ჰქონდა ადგილი, როცა ოპერატორმა გახსნილ სათესლეს პარკში შეიყვანა კოკაინის 2% ხსნარის 25,0.

ეს, რასაკვირველია, ცდის ხანა იყო. არც სიკვდილიანობის დიდი % იყო გასაკვირი და გაუგებარი, რადგან მაშინ ხშირად ხმარობდნენ 10—20 და თითქმის 50% ხსნარებსაც კი. იმავე დროს პარალელურად Reclus-მ წამოაყენა თავისი პირადი ოპერაციების 2477 შემთხვევა. ამ ოპერაციათა რიცხვში, სხვათაშორის, შედიოდა რამოდენიმე ლაპაროტომია და კიდურების ამპუტაცია.

მოყვანილ ცნობებს აქვს, რასაკვირველია, მხოლოდ ისტორიული ინტერესი და არა მეცნიერული, ვინაიდან ეხლა არც ერთი დასტაქარი არ სარგებლობს წმინდა კოკაინით და მისი ოცი და ორმოც % ხსნარით; საინტერესოა აქ მხოლოდ ის გარემოება, რომ სულ მოკლე კლინიკური ცდების შემდგომ აღიარებული იყო სუსტ პროცენტთან ხსნარების აუცილებლობა.

თვით Reclus სარგებლობდა $\frac{1}{2}$ % ხსნარით. მის ხელში ხსნარი არაოდეს არ აღემატებოდა 1%.

გამოირკვა, რომ მცირე პროცენტთან ხსნარში ანესთეზიური ნივთიერების აბსოლუტური რაოდენობა მრავალჯერ ნაკლებ ტოქსიურია, ვიდრე იგივე რაოდენობა დიდ %-ან ხსნარში. ეს კანონია. ამის სწორი და ურყევი ექსპერიმენტალურ-ფარმაკოლოგიური ახსნა დღემდის არ არსებობს, გარდა იმ მოსახრებისა, რომ შეშხაპუნებული ხსნარი ინფილტრაციისმაგვარ პირობებს ჰქმნის და წნევის მიხედვით სუსტდება შეწოვება.

აგრეთვე, აუცილებლად, უნდა ქონდეს დიდი მნიშვნელობა იმას, რომ გაჭრის და გაკვეთის შემდგომ ხსნარის დიდი ნაწილი ჭრილობის არედან გამოდის.

თუ მაშინ, წმინდა კოკაინის ხანაში, ზოგიერთი ქირურგის ხელში დიდი მიღწევა იყო, —უნდა გვეფიქრნა, სინთეტიურ, არატოქსიურად მომქმედი პრეპარატების აღმოჩენის შემდგომ და მით უმეტეს მას შემდგომ, როცა დამუშავდა ადგილობრივი ანესთეზიის წესი, გამოირკვა ფარმაკოდინამიკა, გავცანით გართულებებს და საფრთხეს, ადგილობრივი ანესთეზია ყოველდღიურ კლინიკურ მუშაობაში დაიკავებდა კუთვნილ, ჯეროვან და საპატიო ადგილს.

ეს არ მოხდა და როგორც უკვე მოხსენებულა, საკითხი დღემდის გემოვნების და არჩევის საკითხად დარჩა, არც მეტი და არც ნაკლები.

ახლა, ჩვენ დროს ასეთი მდგომარეობაა: ზოგიერთი პრინციპიალურად ადგილობრივი ანესთეზიის მომხრეა და, სადაც შეიძლება ამ ანესთეზიას მიმარ-

თავს; ბევრი ცდასაც კი უნაყოფოთ სთვლის და თითქმის არ იკვრის, რომ საგრძნობელი ნაწილი დიდი ოპერაციებისა, ადგილობრივი ანესთეზიის სარბიელს შეადგენს.

თვით Reclus-ს აზრით, მუცლის ღრუს ოპერაციები, თვისი მოულოდნელი გართულებებით, ადგილობრივი ანესთეზიის საგანს არ შეადგენენ. მიუხედავად ასეთი თითქმის იმპერატივობისა, Reclus-ს თავის პირვანდელ მასალაში უკვე ქონდა რამოდენიმე ლაპაროტომია და ერთი კულუსუნთან შეზრდილი ჯორჯლის სარკომაც. Reclus შეუძლებლად სთვლიდა ადგილობრივი ანესთეზიის გაბატონებას მუცლის ღრუს ქირურგიაში.

იმავე აზრისანი იყვნენ Heinicke და თვით Braun-იც, რომელმაც შემდეგში დიდი შრომა, ცოდნა და უნარი შეიტანა ადგილობრივი ანესთეზიის მეთოდების დამუშავებაში.

ამათი აზრით ადგილობრივი ანესთეზიით სასაპერაზო საგანს შეადგენს ნარტივი და მსუბუქი დაავადებანი, წინასწარ და განსაზღვრულ ფარგლებში, ერთი სიტყვით ზეზეური, ტიპური ოპერაციები და ისიც არა ანთებითი წარმოშობისა.

ამ შეხედულობას საფუძვლად ბევრგვარი მიზეზი ჰქონდა: 1) საზოგადოდ—მუცლის ღრუს ოპერაციების ხელსაქმობაში დიდი დასტაქრებიც დახელოვნებულნი არ იყვნენ; 2) ამ ღრუს დაავადებათა დიაგნოსტიკას დღესაც ბევრი ნაკლი აქვს და მით უმეტეს ოც-ოცდაათი წლის წინათ ექნებოდა ეს ნაკლი.

აქ, მართლაც, შეიძლებოდა ისეთ მოულოდნელობასთან გვექონოდა და გვაქვს ხოლმე კიდევაც საქმე, რაც მოითხოვდა და მოითხოვს დამატებით განაკვეთებს და ზედმეტ რთულ ხელსაქმობას, ასე რომ 15,0 და 20,0 ხსნარისა, ექვი არ არის საკმარისი არც იქნებოდა და არც იქნება.

უკანასკნელ ხანში, Braun-მა გაათართოვა ადგილობრივი ანესთეზიის ჩვენება არა თუ მუცლის ღრუში, არამედ სხვა ანატომიურ ღრუებშიაც. იგი ყოველ ოპერაციას, რომელსაც ასე თუ ისე ტიპურად სთვლის, ხსენებული ანესთეზიით აწარმოებს.

როგორც იმ ხანებში, ისე დღესაც ამ მეთოდის წინააღმდეგ ბრალდებები წამოყენებული: ავადმყოფის ინდივიდუალობა, მისი ნევრო-ფსიქიური ორგანიზაცია და ამისაგან მოსალოდნელი შოკი, საფრთხე ზოგადი ნარკოზის საჭიროებისა, ბევრი თუ არა მცირე მტკივნეულობა; გარდა ამისა საჭიროებისამებრ, მეორადად მიცემულ ზოგად ნარკოზს შეუძლია გამოიწვიოს ორმაგ ნარკოტიულ ნივთიერებათა შეერთებული-კუმულიტური ზეგავლენა.

აი, ამისდა მიხედვით, დიდი ოპერაციები, განსაკუთრებით მუცლის ღრუში, დღესაც ზოგადი ნარკოზით ტარდება.

რაც შეეხება, ძვალგვან სისტემას, აქაც ქლოროფორმია გაბატონებული და, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკა, რომელსაც მომხსენებელი ეკუთვნის, ადგილობრივი ანესთეზიის მომხრე და აპოლოგეტია, უკანასკნელ დრომდის ძვალზე ოპერაციებს, აღნიშნული მეთოდით, ერიდებოდა. ამ ჟამად კლინიკა ფიქრობს, რომ ეს მორიდება საკმაოდ დასაბუთებული არ იყო.

საკითხის შესწავლას ხელს უშლის ერთი გარემოება, სახელდობრ ისა, რომ უმეტეს დასტაქრების მიერ საკითხი უკვე გამოკვლეულად, ნათლად და ყოველ-

მხრივ გაშუქებულად ირიცხება. უმეტესობა კმაყოფილდება მცირე, და მოკლედ ლიტერატურაში აქა-იქ გაფანტული ცნობებით. არსებული სახელმძღვანელოებიც საკითხს ამგვარადვე არკვევენ.

რომ შეიძლება ადგილობრივი ანესთეზიის ჩვენების გაფართოვება, ეს აშკარაა და რომ მისი გავრცელება და, თუ გნებავთ, გაბატონება საჭირო, მიუცილებელი და სასარგებლოა, ეს ჩვენთვის აგრეთვე ჭეშმარიტებაა.

მას შემდეგ, რაც ჩვენ დავშორდით წმინდა კოკაინს და ვსარგებლობთ სინთეტიური პრეპარატებით, საფრთხე, თვით თეორიულადაც, თითქმის არ მოგველის, რადგან ანესთეზიური და ტოქსიური საზღვრები საგრძობლად დაშორებულია ერთმანეთს. ეს თეორიული დებულება ყოველდღიურ მუშაობაში საცხებით მართლდება.

ყველაზე დიდი გართულება ისაა, რომ მეტად იშვიათად შესაძლებელია დაგვეჭიროდეს ზოგადი ნარკოზი მივიშველიოთ და სწორეთ აქ ირკვევა ერთი ყურადსაღები და მნიშვნელოვანი მხარე.

ყველა, ვისაც ასეთი შემთხვევა ჰქონია, დარწმუნებულია, თუ როგორ ადვილად და რა სულ მცირე ზომით, ქლოროფორმის ან ეთერის რამოდენიმე წვეთით ავადმყოფი იძინებს. ეს პირველად ემპირიულად შენიშნული მხარე უკვე ახსნას ლეზულობს, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ უკანასკნელ დროს საზღვარგარეთ, მიღებულია ზოგადი ნარკოზის წინ საოპერაციო არეს ანესთეზიური ნივთიერებით გაჟღენთვა. ამით სურთ შესწყვიტონ შოკის დინამიკისათვის აუცილებელი გაღიზიანება პერიფერიული მგრძნობიარე ნერვებისა და მათი გამტარებლობაც მოსპონ. ანესთეზიური ნივთიერების ბიოქიმიურ თვისებას შეადგენს ერთგვარი ნათესაობა სწორედ მგრძნობიარე ნერვებთან, განსაკუთრებით მათ დაბოლოვებასთან.

რაც შეეხება თვით შოკს, პერიფერიული ხასიათის წმინდა შოკს, რასაც ბევრნი მოსალოდნელად სთვლიან, ადგილობრივი ანესთეზიის დროს მას სრულებით ადგილი არა აქვს და აღარც უნდა ჰქონდეს, თუ შოკის დინამიკის ის თეორია, რომელიც მიღებულია, მართალია.

უნდა ვიფიქროთ, ადგილობრივი ანესთეზია მოახდენს დიდ ზეგავლენას ოპერატორის ხელსაქმის სითაქიზეზე, ვინაიდან ანესთეზიური სივრცე მას მუდამ მოაგონებს, რომ ოპერაციის ობიექტს თუ არა სტკივა, არჩეული მგრძნობიარობა მას შერჩენილი აქვს.

შეუძლებელია ქირურგის ტექნიკურ ინდივიდუალობაზე ამ ფაქტორმა გავლენა არ იქონიოს. უნდა ვსთქვათ, რომ აქ ჩვენ შევეხებით ადგილობრივი ანესთეზიის ერთ სახეს, მხოლოდ ინფილტრაციულ ან გაჟღენთითი ანესთეზიას. ჩვენს საგანს არ შეადგენს არც ვენურ-არტერიალური, არც რეგიონალური ანესთეზია, ვინაიდან ამ მხრივ კლინიკას, ჯერჯერობით, არ უმუშავნია და მასალის წარმოდგენა, ცხადია, არ ძალუძს.

შეგვხვთ მოკლეთ და ზოგადად მგრძნობიარობის საკითხს, ან ორგანიზმში მგრძნობიარობის სხვადასხვაობას და მრავალფეროვან ინტენსივობას.

კერძოდ დაავადებული ქსოვილები იჩენენ, უმეტეს შემთხვევაში, გადამეტებულ და გადაჭარბებულ მგრძნობიარობას, მაგრამ არსებობს აზრი, დაყრდნო-

ბილი ექსპერიმენტულ გამოცდილებაზე, რომ ასეთი თვისება აქვთ ქსოვილებს რომელნიც ფიზიოლოგიურ პირობებშიაც მგრძნობიარეა.

ხანგრძლივი კვების დარღვევა და ქრონიკულად მიმდინარე შეშუპებანი-კი გამოიწვევენ მგრძნობიარობის შესუსტება-დაქვეითებას. ამ მოვლენის მიზეზები ალბათ იმაში მდგომარეობს, რომ შეშუპებითი სითხეს აქვს სულ სხვანაირი თვისება, ვიდრე ნორმალური მკვებავ სითხეებს, რაც ასე საჭიროა ნერვის სწორი ფუნქციისათვის.

მგრძნობიარობის საკითხი დღემდე გადაჭრილად ვერ ჩაითვლება. ამ საკითხის გარკვევას დიდი სამსახური გაუწიეს Beloch-მა და Lennander-მა. უკანასკნელის გამოკვლევანი, მიჩნეული თითქმის ურყევად, ბოლო ხანებში განიცდიან გადასინჯვას, მაგრამ მის მიერ მოცემული სქემა, განსაკუთრებით მუცლის ღრუში, მაინც კლასიკურად ითვლება.

პრაქტიკულად საინტერესოა, რომ ქსოვილებს, მგრძნობიარობის მხრივ სულ სხვადასხვა უნარი აქვსთ.

როგორც ეს შემჩნეულია, ყველაზე მგრძნობიარე კანია, განსაკუთრებით არჩეულ ადგილებზე, მაგალითად, თითების დაბოლოვებებზე. კანის ბევრი ადგილი კი ნაკლებ მტკივნეულობის თვისებას იჩენს, თუნდა კისრის უკანა ნაწილი და ზურგის ტყავი.

კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი ფიზიოლოგიურ პირობებში მტკივნეულია იმ ადგილებზე, სადაც გადის ნერვები და სისხლის ძარღვები. ფასციებს, მყესის ბუდეებს და ოპონევროზებს მკაფიოთ გამოხატული მტკივნეულობა აქვსთ, თვით მყესები კი ამ თვისებას მოკლებულია.

კუნთების მგრძნობიარობაც არ არის დიდი. პირობები აქ ისეთივეა, როგორც კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილში. მტკივნეულია მხოლოდ ის ადგილები, სადაც სისხლის ძარღვები და ნერვები გადის.

ძვლის აპკის მტკივნეულობას საღ მდგომარეობაში უარყოფდნენ Haller-ი, Piorry და Bloch-ი. მათი შეხედულება სავსებით არ გამართლდა: აპკი ზოგ ალაგას ნაკლებ მგრძნობიარობას იჩენს (Braun), საზოგადოდ კი ძვლის აპკი უნდა ჩაითვალოს, მეტიც მეტი მგრძნობიარე ორგანოდ.

შესახებ ძვლისა, მის კომპაქტური ნივთიერების, და ძვლის ტვინისა, აზრთა სხვადასხვაობაა. Meonfalcon-ი ძვალს მეტად მტკივნეულად სთვლის. ამავე აზრის არიან Ried და Piorry. Bloch-ი და Bickat-ი ძვალს სთვლიან მტკივნეულად მხოლოდ ნაწილობრივად. ძვალში არსებული ტკივილები, აპკის მოშორების შემდეგ, ბევრი მკვლევარების მხრივ აიხსნება ნერვიულ ანასტომოზებით ძვლის ტვინიდან; ამ უკანასკნელს კი ანიჭებენ მომეტებულ მგრძნობიარობას და მტკივნეულობას.

მეტისმეტ მგრძნობიარობას იჩენს ხრტილის აპკი და სახსრის მთელი აპარატი. იმავე დროს თვით ხრტილა მტკივნეულობას მოკლებული უნდა იყოს.

რაც შეეხება ლორწოვან გარსს, არსებობს აზრი, რომ იმ დროს, როცა თვალის, ცხვირის, ყელის, ხორხის, აგრეთვე გარე სასქესო ორგანოების ეს გარსი იჩენენ ვადამეტებულ მგრძნობიარობას, უკვე ფიზიოლოგიურ პირობებშიაც კი—კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანი გარსი, გარდა სწორი ნაწლავის ქვედა ნაწილისა, მოკლებულია ამ თვისებას.

ასეთივე პირობებია საშვილოსნოში და საშარდე ბუშტში. მათი ლორწოვანი გარსი უგრძობელია.

თავისტივინის მტკივნეულობას Bloch-ი და Schleich-ი უარყოფენ. Berefeld-ი Jontana და Caldani ტვინის მაგარ გარს სცნობენ მტკივნეულად, Portal-ს და Kicherand-ს კი ის მგრძობიარედ მიაჩნიათ. რადგანაც Dura mater ნაწილობრივად ინერვაციას ი. trigeminus-ისაგან ღებულობს, ამიტომ შესაძლებელია, რომ ის ნაწილობრივადაც მგრძობიარე იყოს. საზოგადოდ კი შეიძლება ითქვას, რომ ოპერაციის დროს უმეტესი ხელსაქმობა ტვინზე და ტვინის გარსებზე თითქმის უმტკივნეულოდ ტარდება.

მუცლის ფარის შესახებ საკითხი დღესაც გადაუწყვეტელია; და სწორედ ეს საკითხია საკურობოროტო, რადგანაც უკანასკნელ დროში ადგილობრივმა ანესთეზიამ აქ ჰპოვა ფართო სარბიელი. მიჩნეული იყო ვისცერალური ფარის უმტკივნეულობა, ამავე დროს კი პარიეტალური ფარს დიდ მტკივნეულობის თვისებას ანიჭებდნენ. აქამდის არსებული ცნობები ვერ სწყვეტენ საკითხს საბოლოოდ. ამით აიხსნება აზრთა ის სხვადასხვაობა, რომელიც დღემდის სუფევს. უნდა ვითქვოდეთ. რომ საკითხის საბოლოოდ გადაწყვეტა მხოლოდ მომავალს ეკუთვნის.

მგრძობიარობის უარყოფელნიც პერიტონეუმის ზოგიერთ ნაწილს მტკივნეულად სთვლიან: მაგალითად, ნაწილებს რომელნიც ფარავენ ნაღვლის ბუშტს და ღვიძლის მთელ გასაჯალ აპარატს.

მაგრამ უკვე შეიძლება ითქვას, რომ მუცლის კედლის უკანა და წინა ნაწილი, შემდეგ diafragma, იმდენად, რამდენადაც ისინი ღებულობენ ცერებროსპინალურ ინერვაციას, მტკივნეულნი არიან.

Peritoneum viscerale-თი დახურული ნაწილები (კუჭი, ნაწლავები, ბადექონი, ნაღვლის ბუშტი და ღვიძლი) პათოლოგიურ პირობებშიც არ იჩენენ მკაფიოდ გამოხატულ მტკივნეულობის თვისებას.

არსებული აზრი იმის შესახებ, რომ მტკივნეულია გარჩეული მანიპულიაციები, გარჩეულ ადგილებზე (ჯორჯლის გაჭიმვა და კვანძ-ნასკვნის დადება) და აგრეთვე მნიშვნელობა, რომელიც ენიჭება მუცლის ფარის პათოლოგიურ ცვლილებებს, ხშირად საკმაო მკაფიობით არ მართლდება. ზოგან, თითქმის უცვლელი ფარი მეტისმეტად მგრძობიარეა; ამავე დროს უკვე მაკროსკოპიულად შესამჩნევი ცვლილებანი მგრძობიარობას არ იძლევა.

საზოგადოდ კანონად ითვლებოდა მტკივნეულობის ახსნა და დამოკიდებულობა ხერხემლის ტვინის ინერვაციასთან. ამავე უნარს და თვისებას თითქოს მოკლებული უნდა ყოფილიყო სიმპათიური ნერვიული სისტემა. მაგრამ ამ უკანასკნელ დროს ნევროპათოლოგები ცდილობენ დამტკიცონ, გარდა ცერებროსპინალური რეფლექტორული რკალისა, სიმპათიური რეფლექტორული რკალის არსებობა. თუ ეს დამტკიცდა, მაშინ ბევრი უკვე აღიარებული და დამტკიცებული მიჩნეული ღებულება გადასინჯული უნდა იქნეს. სწორედ მუცლის ღრუს ორგანოების უმტკივნეულობის საფუძველი დამყარებულია იმაზე, რომ აქ, მუცლის ღრუში, ცერებროსპინალური ნერვები არ მოქმედობს.

თუ კი სიმპათიურ სისტემას მიენიჭა რეფლექსის და მტკივნეულობის გატარების უნარი, მაშინ გამოგვეცლება ის ნიადაგიც, რომლის ზოგიერთი ნაწილი მაინც დღემდის ურყევად იყო მიჩნეული.



თვით ანესთეზიის მეთოდში აზრთა თანხმობა არ სუფევს, ისე როგორც ანესთეზიური ნივთიერებათა ხმარებაშიც. Schleich-ის ხსნარით დღეს იშვიათად სარგებლობენ, ამ ხსნარს ძალა ჰქონდა კოკაინის ხანაში. ეხლა, როდესაც ხელთა გვაქვს ნაკლებ ტოქსიურად მომქმედი ნივთიერებანი, Schleich-ის სუსტი ხსნარი არ იქნება ნიზანშეწონილი, მით უმეტეს, რომ ამ უხმად ადგილობრივ ანესთეზიას ფართო სივრცეზე ვხმარობთ, ასე რომ დიდძალი ხსნარის შეშხაპუნება დაგვირდებოდა. ამჟამად ვხმარობთ ხსნარს (0,5—1%), რომელიც არის Reclus-ს მიერ მოწოდებული. ცხადია, მეთოდსაც უნდა დაერქვას, თუ არა Reclus-ს, Reclus-Schleich-ის სახელი.

საოპერაციო არეს გაუქმების მაგივრად Hackenbruch-ი უშხაპუნებს ამ არეს ირგვლივ ან რომმისებურად ან კიდევ რგოლისებურად—მგრძნობიარე ნერვების გამტარებლობის შესაწყვეტად (ეს სწორედ ის მეთოდია, რომელსაც, თუ არ ვსცდები, უპირატესობას აძლევს პროფ. ალ. მაქავარიანის კლინიკა).

ზემოხსენებული ორი უმთავრესი მეთოდის გარდა არსებობს აგრეთვე ბევრი შესწორებები, როგორც არის Bier-ისა, Braun-ისა და Oberst-ისა.

ყურადღაღებია ის გარემოებაც რომ დიდი სხვადასხვაობაა ანესთეზიურ ნივთიერებათა არჩევაში. ყოველ მათგანს თავისი მომხრეები ჰყავს. ხელმისაწვდომი ფარმაკოლოგიური ცნობების მიხედვით, ყველგან და ყოველთვის საუკეთესოდ უნდა ჩაითვალოს ნოვოკაინი, რომელსაც საქართველოში ვხმარობთ. თვით ეიკაინს აქვს დიდი ნაკლი: გაუქმებითილ არეში იგი გამოიწვევს სისხლის მიღების დამბლა გაფართოვებას. ასეთივე თვისებისაა სტოვანიცი. გარდა ამისა სტოვანიცი ნოვოკაინზე მეტად ტოქსიურია. სტოვანიცის მიერ სისხლის მიღების დამბლის გამოწვევი მოქმედება ჩვენს კლინიკაში ცხადად შემჩნეულია. არც ერთი ხსენებული პრეპარატი სტერილიზაციის გამო არ იშლება და 5 წუთით—130° სიცხე—ქიმიურად უცვლელად გადააქვთ.

პრაქტიკულად აღსანიშნავია, რომ ტუტოვანი ნივთიერებანი ანესთეზიურ პრეპარატებს არღვევენ, ასე რომ სათანადო იარაღებს ხსენებულ ნივთიერებასთან კავშირი არ უნდა ჰქონდეთ.

საკითხი ხსნარში ადრენალინის გარევის შესახებ დღემდის გადაუწყვეტელია. მას ბევრი მომხრეც და მოწინააღმდეგეც ჰყავს. მოწინააღმდეგენი უფრო ქირურგებში არიან, ხოლო მომხრენი—ოფტოლმოლოგები და რინო-ლარინგოლოგებია. ადრენალინი, რასაკვირველია, სისხლის პერიფერიულ მილებზე მოქმედებით, გამოიწვევს მათ შეკუმშვას და ანესთეზიური ხსნარი მეტს ხანსა რჩება საოპერაციო არეში; ცხადი და ურყევია, რომ ადრენალინი აძლიერებს და აგრძელებს ანესთეზიისათვის საჭირო დროს, მაგრამ აგრეთვე ურყევია ისიც, რომ ეს ნივთიერება, სისხლის მიმოქცევის შეღუღების გამო, არტერიოლების და ვენების დასაწყისში თრომბოზის და ემბოლიის მიზეზიც შეიძლება იქნეს.

დასტაქრისთვის საინტერესოა, რომ ადრენალინს აგრეთვე მეორადი სისხლის დენის მიზეზად სთვლიან, რადგან ოპერაციის დროს შეკუმშული სისხლის წვრილი მილები შეუმჩნეველად და მამასადამე გადაუსკვნელ-გადაუჟვანძლად რჩება.

ჩვენ მუშაობის დროს ადრენალინის ხმარება საჭიროდ არ მიგვიჩნევია.

თუ ადრენალინის ხმარებას წმინდა კოკაინთან ერთად მნიშვნელობა ქონდა, ეხლა სინთეზიურ პრეპარატებთან მას ასეთი მნიშვნელობა არა აქვს, ვინაიდან.

წინად შიშობდნენ, რომ კოკაინი, ერთბაშად და ბლომად შეწრუტული, შესძლებდა თვისი ტოქსიური ზოგადი მოქმედების გამოწვევას. კოკაინის ასეთი თვისება, სხვათა შორის, Braun-ის მიერ ექსპერიმენტულად დამტკიცებულია. ბევრი შემთხვევა, კოკაინის მიმართ იდიოსინკრაზიად მიჩნეული, მისი სწრაფი შეწრუტვით გასაგები გახდა.

უკვე დაუზიანებელ ლორწოვან გარსზე წაცხებული კოკაინი, 20 წამის შემდეგ მგრძნობიარე ნერვებთან და მათს დაბოლოებებსთან მჭიდროდ შეკავშირებული აღმოჩნდა. ადრენალინი სპობს კოკაინის სწრაფ შეწოვების თვისებას, ეს შეწრუტვა-შეწოვება ხანგრძლივი ხდება და კოკაინის რაოდენობა განსაზღვრულ — თანაბარ დროში იმდენივე იქნება, რომ სისხლი და ქსოვილები მის — გადაამუშავებას მოასწრებენ, ვიდრე კოკაინი ტოქსიურ ზეგავლენის მოხდენას. 95% კოკაინისა ქსოვილებში და სისხლში იშლება და მხოლოდ 5% უცვლელად გამოიყოფა ნაწილობრივ თირკმლებისა, ნაწილობრივ-კი კუჭნაწლავის მეოხებით. ყოველივე ნათქვამის შემდეგ, ვფიქრობთ შეიძლება მივიღოთ ის დებულება, რომ კოკაინთან ადრენალინ-სუპრარენინი მიუცილებელი და სავალდებულოა. რაც კი შეეხება ამ ჟამად ხმარებული პრეპარატების ხსნარებს, მათთან ერთად ადრენალინის ხმარება თუ ზედმეტი არა, ყოველს შემთხვევაში, სავალდებულო მაინც არ არის.

გამოთქმული დებულება უკანასკნელ წლების ლიტერატურის მიხედვით შესწორებას მოითხოვს. მართალია ჩვენ საუკეთესოდ მიგვიჩნევია ნოვოკაინი, მაგრამ ამ ჟამად დასავლეთ ევროპაში შემოღებულია არა ნოვოკაინი არამედ სულ ახალი, კიდევ ნაკლებ ტოქსიური სინთეტიური პრეპარატები: Tutokain-ი და Psikain-ი; განსაკუთრებით იხმარება Tutocain-ის 1/4% ხსნარი, რომელმაც უროლოგიაში, როგორც გამოკვლევაში (ცისტოსკოპია კატეტერიზაციაში), ისე ოპერაციებში ფართო სარბიელი მოიხვეჭა (Seiffert und Anthon. Deutsche med. Wochenschr. 1924 წ. № 7 და 17). აი სწორედ ამ ახალ პრეპარატებს იხმარებენ ადრენალინ-სუპრარენინის დამატებით. ჩვენ ხსენებული პრეპარატების შესახებ ვერას ვიტყვით, რადგან მოკლებული ვართ მათ ხმარების შესაძლებლობას.

ჩვენი კლინიკა თავის მოღვაწეობის დასაწყისშივე შეუდგა ადგილობრივი ანესთეზიით მუშაობას. წინასწარვე განზრახული იყო შეძლებისა დაგვარად ზოგადი ნარკოზის ხმარება შეგვეზღუდა, სულერთია, რასახისა იქნებოდა ეს: ნარკოზი წმინდა ქლოროფორმისა, წმინდა ეთერისა, თუ შერეული. მესამე წლის დასასრულს კლინიკას შეუძლია განაცხადოს, რომ ამ მხრივ მან საგრძნობ შედეგს მიაღწია.

მუშაობის დაწყებისთანავე კლინიკას არ შეეძლო არ გაეწია ანგარიში იმ გარემოებისათვის, რომ იგი ახლად შემოსული სტუმარი იყო სხვის მიერ შექმნილ უცხო დაწესებულებაში. (მთავარი საავადმყოფო რკინის გზისა), ეს უკანასკნელი მოღვაწეობდა არა ერთსა და ორს წელს და, რასაკვირველია, როგორც ავადმყოფები, ისე მოსამსახურენიც კლინიკას სათანადო და მოსალოდნელი ნდობით ვერ ეკიდებოდნენ. ამას ისიც უნდა დავსძინოთ, რომ კლინიკას მოუძღოდა ან წინუძღოდა ხმა: კლინიკა მოღის ავადმყოფებზე ცდების მოსახდენად.

და აი სწორეთ ამ გარემოებამ პირველ წელს სათანადო გავლენა მოახდინა, სხვა-თა შორის, ნარკოზ-ანესთეზიის საკითხზედაც.

თუ ოპერაციების სიას გადავსინჯავთ, დავინახავთ, რომ პირველ წელს, ადგილობრივ ანესთეზიით, გაკეთდა ოპერაციების 17%, მეორე წელს 42%, მესამეს 65%, ჯერჯერობით ასეა. ჩვენ ვიმედოვნებთ, ეს პროცენტი, მესამე წლის დაბოლოებამდის, კიდევ შესამჩნევად მოიმატებს. ეს მიღწევა მით უფრო ყურადსაღებია, რომ პირველისა და მესამე წლის მასალა საგრძნობლად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. თუ პირველ წელს მასალა სავსებით მარტივი და ღარიბი იყო, ოპერაციები ჩვეულებრივი და ტიპური, მეორე-მესამე წელს ეს მასალა გადიდდა და გართულდა, როგორც რაოდენობით, ისე სიძნელითა და ატიპობით. თუ, ადგილობრივი ანესთეზიის მიხედვით, პირველ და უკანასკნელ წლის ოპერაციებს შევადარებთ, დავინახავთ, რომ ისეთივე მასალა, როგორც პირველ წელში გვქონდა, ახლა ტარდება ადგილობრივი ანესთეზიით არა 17%-ში, არამედ 90%.

ამ მასალაში შედის მუცლის ღრუს ოპერაციები, ტიპური და ატიპური, არის ხორცმეტები, ანთებითი პროცესები, პლასტიური ოპერაციებიც. მაშასადამე, კლინიკამ შესძლო გაეფართოვებინა ადგილობრივი ანესთეზიის ჩვენება და ესარგებლნა მით იმ შემთხვევებშიაც, როცა სხვათა გამოცდილება მას არ გვიჩვენებს და არც გვიკარნახებს.

თუ არ დავივიწყებთ, რომ კლინიკა, ჯერჯერობით, მხოლოდ ინფილტრაციულ ანესთეზიას ხმარობს, თუ არ დავივიწყებთ, რომ მას არ უსარგებლნია, გარდა ერთის შემთხვევისა, რეგიონალური ანესთეზიით, არ უცდია არც ვენტური და, მით უმეტეს, არტერიალური ანესთეზია, აგრეთვე არც ანესთეზია splanchnici, უნდა ვიფიქროთ, რომ შემდეგში, ამ მეთოდების საშვალებით და მეოხებით, კლინიკამ შეიძლება სავსებით შეამციროს ზოგადი ნარკოზის აუცილებლობა.

თავისის მუშაობის დროს კლინიკა, უფრო ხშირად Reclus-Schleich-ის წესით სარგებლობს, იშვიათად Hackenbruch-ის მეთოდით. განსაკუთრებულ უპირატესობას იგი ამა თუ იმ მეთოდს არ აძლევს. დიდ ყურადღებას აქცევს ტექნიკის საკითხს. ამ მხრივ საინტერესოა, რომ, გარდა კლინიკის ხელმძღვანელისა დასაწყისში, თუ არ ვცდები, არავისა ჰქონდა გაწვრთნილი ტექნიკა. და პირველ წელს სრულ გაცულებას თუ ხშირად არ ვიღებდით, საოპერაციო არეში მგრძობიარობას და მტკივნეულობას არა იშვიათად ადგილი ჰქონდა. შეიძლება ამ შემთხვევაში ავადმყოფების მხრივ მნიშვნელობა ჰქონდა არაჩვეულებრივად გატარებული ოპერაციისადმი ფსიქიურ მომენტს. დასაწყისში გაცულება 10-15% იყო. ავადმყოფებს, და კერძოდ ქართველებს, განსაკუთრებით კი ჩვენის ავადმყოფების კონტინგენტს—ოპერაცია, დაუძინებლად ვერ წარმოედგინათ.

გაცულების %, მიუხედავად სიძნელე-სირთულისა, თანდათან კლებულობს და ამჟამად კლინიკას შეუძლია სთქვას, რომ, სადაც ოპერაცია წინასწარ განზრახულია ადგილობრივი ანესთეზიით, იქ ოპერაცია ჩატარდება საკმაოდ უმტკივნეულოთ. ჩვენ ველით, რომ ეს აზრი არ იქნება მიღებული აბსოლუტურად, ვინაიდან ოპერაციის დროს და განსაკუთრებით მუცლის ღრუს ოპერაციებთან

შესაძლებელია ისეთ მოულოდნელობას წავაწყდეთ, რომ არა თუ ანესთეზიის, თვით ოპერაციის გეგმაც ძირითადად შეიცვალოს.

ადგილობრივი ანესთეზიის მიერ გამოწვეულ გართულებებს კლინიკა არ იცნობს. ლიტერატურულ წყაროთა მიხედვით. შეიძლება გვეფიქრნა, რომ შემდგომში შევხვდებით საოპერაციო არეს მომეტებულ მგრძობიარობას ან მტკივნეულობას, მაგრამ ესეც არ გამართლდა. რაც შეეხება შოკს, როგორც უკვე მოხსენებულია ზემოდ, შოკს პერიფერიულს, ან კიდევ კოლაპსს, კლინიკის მუშაობაში არა ჰქონია ადგილი.

შთაბეჭდილება ასეთია, რომ ადგილობრივი ანესთეზია ჰქმნის ორგანიზმის ერთგვარ აქტივობას და ორგანიზმი იოლად უძლებს სისხლის და სითბოს დაკარგვას და აგრეთვე მიყენებულ ტრავმასაც.

შვევხვთ კერძოდ მუცლის ღრუს ოპერაციებს. ამ ოპერაციათა რიცხვში შედის ლაპაროტომია ტუბერკულოზური პერიტონიტის დროს, თიაქრისკვეთა და appendoctomia, სხვადასხვა გართულებით, შეკოწიწებით და შენაზარდებით, სადაც ხშირად ბადექონის რეზექცია გვჭირდებოდა. ოპერაციები, რომელნიც მოითხოვენ კუჭნაწლავის განთავისუფლებას გავრცელებული ნაწიბურებისაგან, სადაც გვიხდება ხელსაქმობა ფართედ მუცლის ღრუში, დიდ განაკვეთით და ოპერაციის ხანგრძლივობით (Separatio adhaesioniem) და სადაც უკვე თეორიულადაც მოსალოდნელია დიდი ტკივილი, ჩვენის მასალის მიხედვით, საკმაო უმტკივნეულოდ ტარდება.

შეიძლება აქაც ფსიქიურ მომენტს, ერთნაირ ნდობას, ადგილი ქონდეს, მაგრამ მდგომარეობა ამით უცვლელი რჩება.

მოსალოდნელი მტკივნეულობის მხრივ, ესა თუ ის სახელმძღვანელო ნიშნები ჩვენ არ მოგვეპოვება. ვრცელი ნაწიბურები, მრავალ-შენაზარდები. არა იშვიათად, იძლევა სრულ ანალგეზიას, (არ ვეხები უსიამოვნობის გრძნობას, მუდამ ადგილობრივის ანესთეზიის დროს რომ არსებობს), მაშინ როდესაც თითქმის მაკროსკოპიულად შეუმჩნეველი ცვლილებანი ამ მტკივნეულობას გამოიწვევენ ხოლმე.

ოპერაციები, რომლის სარბიელს შეადგენს მუცლის ღრუს უკანა კედელი და განსაკუთრებით თირკმლების ახლო, ადგილობრივი ანესთეზიისათვის, ზოგ შემთხვევაში, გამოუსადეგარი აღმოჩნდა, სახელდობრ—Kalbe-ს ოპერაცია, ლეიძლის ციროზით გამოწვეულ მუცლის წყალმანკის დროს, ხსენებული ანესთეზიის გზაწესით არ ხერხდება.

თავის ქალასი და ტვინის ოპერაციათა რიცხვში შედის: დეკომპრესიული ტრეპანაციები, ტრეპანაციები Jackson-ის ეპილეპსიის დროს, დიდი ტვინის ნაწიბურების და წყალბუშტების ამოკვეთა, რბილი და ძვლოვანი ქსოვილის გადანერგვით. ამრიგ ოპერაციებსავე ეკუთვნის ჩირქგროვა ტვინისა, თვით ტვინოვან ნივთიერების განაკვეთით.

ჩვენ არსად არ მიგვიღია ისეთივე უმტკივნეულობა როგორც ტვინში, მიუხედავად იმისა, რომ არასოდეს მოგვიხდენია ტვინის გარსების ანესთეზია.

ერთი შემთხვევა, როდესაც საჭირო იყო ძვლების დროებითი ფართო რეზექცია და დიდი ტვინის გადაწევა (Hypophysis cerebri) ოპერაციის პირველი

ეტაპი უმტკივნეულოდ და გაურთულებლად ჩატარდა, მიუხედავად საკმაოდ დიდი ტრავმისა. თუ შოკი მოსალოდნელი იყო, სწორედ აქ იყო მოსალოდნელი.

ბავშვებზე ადგილობრივ ანესთეზიას ჩვენ ვერიდებით. შეიძლება უსაფუძვლოდ იყოს ჩვენი ეს სიფრთხილე. არის მაგალითი (ჩვენს მასალაში) მხოლოდ 11 წლის ვაჟისა ზერელე Haemangyom-ით. ამ შემთხვევაში ტკივილები იმდენად გამოხატული არ ყოფილა, რამდენად შიში მოსალოდნელ ტკივილებისადმი, მაგრამ შთაბეჭდილება ისეთია რომ ასეთ შემთხვევებში ადგილობრივ ანესთეზიას უნდა მივმართოთ დიდის სიფრთხილით.

თუ თავის მუშაობაში კლინიკას მოულოდნელი სიკვდილი საოპერაციო მაგიდაზე არ შეხვედრია, უნდა ვიფიქროთ, რომ ანესთეზიის მეთოდმა აქ თავისი წვლილი შეიტანა. თუ ამ მეთოდით შევსძლებთ, რამოდენიმე, მხოლოდ რამოდენიმე სიცოცხლე შევინარჩუნოთ, მაშინ ყოველივე ცდა ამ მხრივ გამართლებული იქნება.

ნებას ვაძლევ ჩემს თავს გამოვსთქვა მხოლოდ ერთი დებულება: ადგილობრივი ანესთეზია დაერქმის ისეთს ანესთეზიას, რომელიც სწორის მეთოდით ნახმარია; სწორად ხმარება კი ზედმიწევნით შესწავლას მოითხოვს*).

გულითადი მადლობა კლინიკის ორდინატორს ექ. ალ. ოსიძეს, რომლის მეგობრული დახმარებით ვსარგებლობდი კლინიკის მასალის მოკრებაში.

ლიტერატურა.

- 1) Gottlieb und Meyer. Эксперимент. фармакология. რუს. თარგმ.
- 2) Бердяев. Местная анестезия, 1912 г. 3) Браун. Местная анестезия, ее научное обоснование и практичес. применение. 1909 г. 4) Schleich, Smerzlose operationien. Berlin. 1884. 5) Reclus. Клинические лекций.
- 6) Chalamell A. Recueil de principaux Memoires conc. la Stovain.
- 7) Braun. Beiträge zur klin. Chirurgie. 1906. 8) Zentralblatt für Gynecologie. № 1—21, 1922. 9) Zentralblatt für Gynecologie 1915 № 17. 10) Seiffert und Anthon.—Deutsche medic. Wochenschrift № 7—17—1924. 11) Steischele München. med. Wochenschr № 40. 1924. 12) Русский врач. 1912. Брюсельский междунаро. с'езд.

*) აქვე შეგიძლიათ სხვა ტექნიკური პირობების გამო ვერ იბეჭდება.
 რედ.

ე. თოდაძე.

საავადმყოფოს ორდინატორი.

შარდსადინარის შევიწროების წამლობის საკითხის შესახებ.

(რესპუბლიკის მთავარი საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებიდან.

გამგე—პროფ. გ. მუხაძე).

ნორმალური შარდსადინარის სიგრძე 18—20 სანტიმეტრს უდრის და ოთხ ნაწილად განიყოფება: I წინამდებარე ნაწილი (pars prostatica), II აბკისებრი ნაწილი (pars membranacea), III ბოლქვიანი (pars bulbosa) და მე-IV მღვიმოვანი (pars cavernosa). პირველი ნაწილის სიგრძე 2,5—3 სანტ. უდრის; მე-II-რე 1—2 სანტიმეტრს, მღვიმოვანი ნაწილი კი 14—17 სანტიმეტრს. შარდსადინარის მესამე და მეოთხე ნაწილში არჩევენ 2 გაგანიერებულ ნაწილს; პირველი-მესამე ნაწილის დასაწყისშია და ბოლქვი ქვიან (pars bulbosa), მეორე—შარდსადინარის ბოლოშია და ეწოდება ნავისებრი ფოსო (fossa navicularis).

შარდსადინარის შევიწროება, გარდა თანდაყოლილი სიმახინჯისა, ხდება სხვადასხვა ანთებითი პროცესების გამო მაგალითად: სუსუნატის, ტუბერკულოზის, სიფილისის, ტრაუმის და სხვა. ამათგან თითქმის 90% ყველა სტრიკტურებისა ვითარდება სუსუნატის ნიადაგზე და ისიც 20—40 წლამდე. სტრიკტურა უმეტეს შემთხვევებში ბოლქვიან ნაწილში ვითარდება, უფრო ნაკლებად ნავისებრი ფოსოში და იშვიათად მღვიმოვან ნაწილში.

იმისდა მიხედვით ახალია თუ ძველი ან თუ რა ხასიათის და თვისების არის სტრიკტურა, წამლობა მისი სხვადასხვანაირია: წამლობა ბუყებით, ელექტროლიზით, urethrotomia int. urethrotomia externus, urethrotomia ex. cum resectio urethrae, urethrotomia ex. cum resectio uretrae აუცილებლად შარდის ხელოვნური გზით გადაყვანა. სათითაოდ ყველა მეთოდს აქვს თავისი დადებითი მხარეები, თუ ის იხმარება თავისი წესზე. მათ შორის ბუყებით და ელექტროლიზით წამლობა კონსერვატიულია, დანარჩენი კი ოპერატიული. სტრიკტურების გასაფართოებლად ბუყებს ხმარობენ ორგვარად: პირველი წესით, ბუყს უკვე შევიწროებულ შარდსადინარში გატარებულს, სტოვებენ შიგ 1—2 დღე, მეორე წესით კი მარტო 10—20 წუთის განმავლობაში. წამლობის განმავლობაში ბუყების კალიბრი თანდათანობით მატულობს, ვიდრე არ გატარდება Charrierel 22—26 ანუ Beniquel 44—52 ნომერი ბუყი.

ასეთი წამლობა მართალია ხშირად კარგ შედეგებს იძლევა, მაგრამ როდესაც არის რეზიდუალური შევიწროება შარდსადინარისა, ის კვლავ ახლად ვიწროვდება და ბუყებით წამლობას სასურველი შედეგი არ მოჰყავს. შემდეგ

მეთოდი არის urethrotomia int. ეს მეთოდიც ორგვარად იხმარება, მაგალითად Thomsoni-ს სათანადო იარაღი გაჰყავს შევიწროებულ ადგილში და კვეთავს მას უკან გამოღების დროს, Maisonneuve კი პირიქით იარაღის შეყვანის დროსვე კვეთავს შარდსადინარის შევიწროებას. მეთოდის მომხრეების აზრით, შიგნითა ურეთროტომიის შემდეგ, შარდსადინარი ფართოვდება ვითომც იმ ნაწიბურებით, რომლებიც ვითარდებიან განაკვეთ არეში და სოლისებრივად შეიჭრებიან შარდსადინარის შევიწროებული ნაწილის განაკვეთს შორის. თუმცა ამ ოპერაციას დღესაც აწარმოებენ ზოგიერთი უროლოგები მაგალითად Albarran-ი, Михайлов-ი და სხვები მაგრამ ეს მეთოდი დასტაქართა უმრავლესობის მიერ არ არის ფართოდ მიღებული მისი უარყოფითი მხარეების გამო, როგორც არის: სისხლის დენა, ინფექცია და მასთან შევიწროების ხშირი რეციდივი.

გარეთა ურეთროტომიის დროს (urethrotomia ext.) შარდსადინარის შევიწროება იკვეთება გარედან და შარდსადინარში ტარდება რეზინის კატეტერი a'demeure. ქრილობის მდგომარეობის და ხასიათის მიხედვით კატეტერს სტოკებენ შარდსადინარში რამოდენიმე დღე.

ასეთი ოპერატიული დახმარება თუმცა თავისუფალია იმ უარყოფითი მხარეებიდან, რომელიც ზემოდ აღნიშნულია urethrotomia intern-ის შესახებ, მაგრამ არც ის იძლევა სრულ განკურნებას, ვინაიდან ძველი და ახალი ნაწიბურები სულ მოკლე დროს განმავლობაში კატეტერის ამოღების შემდეგ ახლად ვიწროვდება. ვინაიდან აღნიშნულ მეთოდების საშვალებით მიზანს არ იქნა მიღწეული, ზოგიერთ დასტაქრებმა მიმართეს სტრიკტურის ნაწარმოების შესაწრუტავად „ელექტროლიზს“. მაგალითად Neuman-ს მოჰყავს სტრიკტურების 1755 შემთხვევა, სადაც მას ასეთი წამლობა გაუტარებია და კარგი შედეგი მიუღია. რუსეთში ამ მეთოდს ხმარობდა Хольцов-ი (1902 წელს). მან აღწერა 22 შემთხვევა და ზოგჯერ თუ წამლობა ბოლომდის ტარდებოდა, დროებით დამაკმაყოფილებელი შედეგსაც იღებდა. მაინც ჩვენ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ მეთოდმა საკმარისი ყურადღება ვერ დაიმსახურა და დღეს საესეებით მივიწყებულია. თუ მოვიგონებთ და გავითვალისწინებთ ყველა ზემო აღნიშნულ მეთოდებს, რომლებიც შემოღებულია შარდსადინარის შევიწროების გასათვართობლად, სრულიად სამართლიანად შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ ნამდვილი რადიკალურ საშუალებად უნდა ჩაითვალოს მხოლოდ urethrotomia ex. cum resectio stricturae, რასაც თან უნდა დაერთოს შარდსადინარის დარჩენილ ნორმალურ ნაწილების ერთიმეორესთან პირდაპირი შეერთებაც.

1836 წელს Dugas-მა პირველად ამოკვეთა შარდსადინარის ნაწიბურები მხოლოდ მას შარდსადინარზე ნაკერი არ უხმარია. მის შემდეგ ასეთივე ცდები დააყენა Roux (1859 წელს), Bourguet (1851 წ.) Voillomier (1868 წ.) და სხვებმა. მხოლოდ მას შემდეგ რაც ქირურგიაში გამეფდა ქრილობის წამლობის Lister-ის პრინციპი, საკითხიც შესახებ შევიწროების ამოკვეთის და შარდსადინარის ნაწილების ნაკერებით შეერთებისა ახალ გზაზე დადგა. König-მა, Molliere-მა და Heusner-მა პირველად იხმარეს სტრიკტურების ამოკვეთის შემდეგ შარდსადინარზე ნაკერის დადება. ამ დღიდან ამ მეთოდმა მიიღო მოქალაქობრივი უფლება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ საკითხის დამუშავებაში ყველაზე უმეტესი ღვაწ-

ლი მიუძღვის ფრანგების დასტაქრებს და განსაკუთრებით Lyon-ის სკოლას. მიუხედავად იმისა რომ ეს საკითხი ამჟამად უკვე არის ფართოდ დამუშავებული, დღესაც ნახავთ ზოგიერთ არც ისე ძველ სახელმძღვანელოებს, რომელთ ავტორები მეტად სკეპტიურად უყურებენ ამ მეთოდს (Casper). ამის მიზეზია ხშირი რეციდივები, რომელიც შემჩნეულია ამ ოპერაციის შემდეგაც, და რომლებიც გამოწვეულია სხვათაშორის დაჩირქებით კრილობაზე შარდის ზეგავლენის გამო. 1829 წელს Diffenbach-მა პირველმა გამოსთქვა აზრი, რომ შარდს, ოპერაციის დროს, საჭიროა მიეცეს სხვა-გზა.

Ricord, Ségalas, Goyrand, Lane, Stromeyer, Arlaud, Nélaton-მა და სხვებმა მრავალი ცდებით დაამტკიცეს ეს აზრი. Segallas-მა, შემდეგ Dittel-მა წამოაყენეს საკითხი ამ მიზნით შარდის ბუშტის ჰუნქციის ხმარების შესახებ; მაგრამ ამ საკითხმა გამოიწვია დიდი წინააღმდეგობა და თითქმის დაცინვაც, სხვათა შორის Dittenbach-ისაგანაც.

Fuller-მა გააშუქა ერთი შემთხვევა როდესაც შარდსადინარის ფისტულით დაავადებას ქონდა ადგილი შორისის არეში. შორისის არე დიდი ინფილტრაციას განიცდიდა, ასე რომ მან ეს სიმსივნე ავთვისებიან ხორცმეტად ჩათვალა. მან შარდს მისცა შარდის ბუშტიდან ხელოვნური გზა და ავადმყოფი სახლში გაუშვა; სამი თვის შემდეგ კვლავ ინახულა ის და ნახა, რომ „ავთვისების ხორცმეტი“ და ფისტულა სრულებით გამქრალიყო და ავადმყოფი განკურნებულა.

ასეთი და სხვა ამგვარი მაგალითებით Rochet იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ აუცილებლად urethrotomi-ის დროს შარდისთვის ხელოვნური გზა მიეცა და ამგვარად კრილობა საუკეთესო პირობებში ჩააყენა, ვიდრე ის არ შეხორცდებოდა; მან კარგად იცოდა, რომ შარდი აფერხებს კრილობის შეხორცებას. Rochet-მა პირველად მოიყვანა 2 შემთხვევა, როდესაც მას გაუკეთებია Urethrotomia externa, შარდისთვის მიუტია ხელოვნური გზა და ორივე შემთხვევაში კარგი შედეგი მიუღია. ეს პირველი Rochet-ის მოხსენება თითქმის უყურადღებოდ დარჩა. 1901 წელს ფრანგების დასტაქართა სხდომაზე მან ხელმეორედ გააკეთა მოხსენება, სადაც მას მოჰყავს 12 ასეთივე შემთხვევა და ხელახლად გამოაქვეყნა ფრიალ იშვიათი და საუკეთესო შედეგები. ასეთივე მოხსენება მან გააკეთა 1905 წ. Lyon-ის დასტაქართა საზოგადოებაში და აღნიშნა შარდსადინარის შევიწროების ამოკვეთის ტექნიკური მხარეების გარდა, აუცილებლობა შარდისთვის ხელოვნური გზის მიცემისა. Rochet-მა ამნაირად პირველმა დაუჯავშირა შარდსადინარის ნაწიბურების ამოკვეთა და კრილობის per primam შეხორცება შარდის დროებით გზით გადაყენას. შემდეგ Rochet-ის მოხსენებისა გამოქვეყნებული იქმნა ამგვარი შრომები Cobot-ის, Marion-ის, Heitz-Boyer-ის, Posquereau-ის, Дзирне-სი Хольцов-ის, და სხვების, სადაც აღნიშნული შარდსადინარის პლასტიკის დროს შარდის ხელოვნური გზის გადაყენა. აღნიშნული ავტორები დიდ ნიშნელობას აკუთვნებენ ამ შეერთებულ მეთოდს, ვინაიდან რეზინის კატეტერი a'deimeure და შარდი ხელს უშლის და აფერხებს შარდსადინარის კრილობის შეხორცებას. მიუხედავად ამისა დღესაც შეხედებით საუკეთესო სახელმძღვანელოებს, მაგალითად: Albaran, Barekhart, Legueu და სხვებს სადაც შარდსადინარის დეფექტების ოპერატიული დახმარების დროს, შარდის ხელოვნური

გზით გადაყვანაზე ერთი სიტყვაც არ არის ნათქვამი; ასე რომ ყველასთვის ეს შეერთებული მეთოდი აუცილებელ საჭიროებას დღესაც არ წარმოადგენს. Alban-ი დღესაც ხმარობს კატეტერს a'demeure, რომელსაც ტოვებს შარდსადინარში 5—7 დღემდე და შემდეგ ბუჟების საშუალებით წამლობს.

რუსების დასტაქრებში Хольцов-ი 1906 წლიდან ხმარობს აღნიშნული მეთოდს: მას შარდი გადაყავს $1\frac{1}{2}$ —2 სანტიმეტრის მანძილზე შევიწროების ზევით, ატარებს შიგ კატეტერს, უერთებს შარდის ბუშტს და ამაგრებს მას ნაკერით ჭრილობის ნაპირებზე, შემდეგ ამოკვეთს შარდსადინარის შემავიწროებელ ნაწიბურებს, აერთებს დანარჩენ ცენტრალურ და პერიფერიულ ნაწილებს „კეტ-გუტით“ და სათანადო ნაკერით ხურავს ჭრილობას ყრუთ. შარდსადინარში რეზინის კატეტერს სრულიად არ ხმარობს, მხოლოდ სინჯავს კატეტერით შარდსადინარის ნაკერის არეს სამი ოთხი კვირის შემდეგ. Хольцов-ი აგრეთვე ძლიერ იშვიათ შემთხვევებში მიმართავს პირდაპირ შარდის ბუშტიდან შარდის გადაყვანას.

მოვიყვანეთ რა მოკლე ლიტერატურული ცნობები შარდსადინარის შევიწროების და მათი ოპერატიული დახმარების შესახებ, გადავდივართ ჩვენი კლინიკის მასალებზე. ჩვენ კლინიკაში უკანასკნელ 5 წლის განმავლობაში 36 შემთხვევა იყო შარდსადინარის შევიწროების; მათში 7 შემთხვევა გატარდა მარტო ბუჟების საშუალებით, 27 შემთხვევაში გაკეთებული იყო urethrotomia ext. ნაწიბურების ამოკვეთით; შარდსადინარში ამავე დროს ტარდებოდა რეზინის კატეტერი, იმის და მიხედვით თუ რა ხასიათს მიიღებდა ჭრილობა, რეზინის კატეტერი რჩებოდა შიგ 1—5 კვირამდე. 2 შემთხვევაში გატარებული იყო Rochet-ის მეთოდით, სადაც შარდს ქონდა მიცემული ხელოვნური გზა პირდაპირ შარდის ბუშტიდან. ამ ორ შემთხვევაში ერთი იყო ფრიალ რთული შემთხვევა: ავადმყოფს ქონდა ფისტულა შარდსადინარის დივერტიკული მღვიმოვან ნაწილში რის გამო მას 2 წლის განმავლობაში ქონდა გაკეთებული 10 ოპერაცია, მაგრამ ფისტულა მაინც არ დაიხურა ვიდრე არ დათანხმდა შარდისათვის ხელოვნური გზა მიგვევა უშუალოდ შარდის ბუშტიდან, რის შემდეგ ავადმყოფი 3 კვირის განმავლობაში განკურნებული გაიწერა.

ჩვენი კლინიკის მასალა, როგორც ზევით აღნიშნეთ, განისაზღვრება 36 შემთხვევით, მათში: 1) 29 შემთხვევა არის განვითარებული სუსუნატის ნიადაგზე, რომელიც უდრის 81% . 2) ტრავმატიული 3 შემთხვევა ე. ი. 8% . 3) ოთხ შემთხვევაში ეთიოლოგია არ არის აღნიშნული, 4) შევიწროება ბოლქვიან ნაწილში 28 შემთხვევა, რომელიც შეადგენს 80% , 5) შევიწროება აბკისებრი ნაწილისა 5 შემთხვევა, ე. ი. 16% , 6) მღვიმოვან ნაწილში 3 შემთხვევა ე. ი. 8% , 7) რეციდივი — 11 შემთხვევაში, რომელიც შეადგენს 40% . აქედან აშკარად სჩანს, რომ რეციდივების პროცენტი დიდია და უნდა მივაწეროთ იმ მეთოდს, რომელსაც ჩვენ ვხმარობდით დღემდის ე. ი. urethrotomia ext.-ის დროს კატეტერი a'demeure შარდსადინარში გატარებას, როგორც წინეთ გაკვრით აღნიშნეთ, კატეტერი a'demeure თითქმის ხშირად აღიზიანებს შარდსადინარს და უმეტეს ნაწილად იმ მიდამოს, სადაც ნაკერი არის დადებული. ასეთი გაღიზიანების შედეგად გარდა სხვა გართულებებისა არა იშვიათია აგრეთვე შარდსადინარის ხეკროზიც ჭრილობის არეში.



ქართული ენის
სიტყვათა ლექსიკონი

წიგნი	პროფესია	შვიწროების გამომწვევი მიზეზი	რა ნაწილშია შე- ვიწროება	შარდის გზა	ოპერაცია	შ ე დ ე ვ ე ბ ი	
						უახლოესი	რამოდენიმე წლის შემდეგ
8 წ.	მოწადე	ტრავმა	ბოლქვის ნაწილი	კატეტ. რეზ. a'dem.	urethrotomia ext.	ბუფი № 30 Benique	—
28	მიწის მუშა	სუსუნატი	"	—	ბუფები	№ № 42—46	—
37	მოსამსახურე	"	"	კატეტ. რეზ. a'dem.	urethrotomia ext.	№ № 45—50	2 წ. შემ. № 48
32	"	"	"	"	№ 50	ფისტულა	—
32	მუშა	"	"	"	პაკეღენით ამოწვა	—	—
60	მიწის მუშა	სუსუნატი	აკისებრი ნაწილი	რეზ. კატეტ. a'dem.	urethrotomia ext.	№ № 40	—
17	—	ტრაუმა	ბოლქვი	"	"	№ 42	—
60	მიწის მუშა	სუსუნატი	აკისებრი ნაწილი	რეზ. კატეტ. a'dem	ბუფები	№ 48	6 თვის შემ. რეციდ.
60	მეჭადე	"	მღვიმოვანი	"	urethrotomia ext.	—	—
34	—	"	ბოლქვი	"	—	—	—
45	—	"	ფისტულა	"	abs.	ფისტულა	—
30	მიწის მუშა	"	"	რეზ. კატეტ. a'dem.	urethrotomia ext.	№ 56	6 თ. შემ. № 48—52
60	"	"	"	"	"	№ 50	—
50	"	"	"	"	"	ფისტულა	—
40	მიწის მუშა	"	"	"	"	№ 52	—
42	მანტიორი	"	მღვიმოვანი	"	"	ფისტულა	—
იგივე	"	"	"	ხელოვ. გზა sec. alta	"	№ 50	7 თვის შემ. № 48
60 წ.	"	"	ბოლქვი	—	ბუფი	№ 48	—
46	მიწის მუშა	"	ელეფანტიზის ფისტ.	რეზ. კატ. a'dem.	urethrotomia ext.	ფისტულა № 50	1 წ. შემდეგ იგივე
50	?	"	აკისებრი ნაწილი	—	ბუფები	№ 38	—
11	—	"	ბოლქვანი	რეზ. კატ. a'dem.	urethrotomia ext.	№ 40	—
27	მიწის მუშა	სუსუნატი	"	"	"	ფისტულა	—
65	"	"	"	"	ბუფი	№ № 40—42	—
52	"	"	"	კატეტ. a'demeure	urethrotomia ext.	№ 48—50	1 წ. შემ. რეციდივი
26	მიწის მუშა	ტრაუმა	აკისებრივი ნაწილი	"	"	ფისტულა	—
70	ვაჭარი	სუსუნატი	ბოლქვანი	"	"	№ 50	2 წ. შემდეგ № 26
45	მიწის მუშა	—	"	ტერპოკ. ამოწვა	"	ფისტულა	—
60	"	სუსუნატი	"	შ. ხელ გზა sec. alta	urethrotomia ext.	№ 52	—
26	მოხელე	"	"	—	ბუფები	№ № 48—50	—
60	"	"	"	კატ. a'demeure	urethrotomia ext.	№ 52	—
70	მეკრავი	სუსუნატი	"	—	ბუფი	№ 46	2 წ. შემ. რეციდივი
40	—	"	ბოლ. ნაწ. ფისტ.	კატ. a'demeur	urethrotomia ext.	ფისტულა	—
70	მიწის მუშა	"	აკისებრი ნაწილი	"	"	ფისტულა	—
40	—	სუსუნატი	"	"	"	№ 52	—
37	ფარმაცევტი	"	ბოლქვანი ნაწილი	"	"	№ 48	6 თ. შემ. რეციდივი
50	ვაჭარი	"	"	"	"	№ 50	8 თ. შემ. რეციდივი

კატეტერს a'demeure-თი ეპარება შარდი, რომელიც ცუდად მოქმედობს ჭრილობაზე არა მარტო იმ შემთხვევაში, როდესაც შარდი ჩირქიანია, არამედ მაშინაც, როდესაც ის ასეპტიურია. თუ შარდსადინარის დეფექტი დიდია და ნაკერით მათი შეერთების შემდეგ დაეროო დაჩირქება და მით უმეტეს განგრენა, შეერთებული შარდსადინარის ნაწილები ერთი მეორეს უფრო დიდ მანძილზე დაშორდებიან, ვიდრე ამას ჰქონდა ადგილი ოპერაციის წინ. ასეთ შემთხვევაში, ეჭვს გარეშეა, ჭრილობა თუმც, რომ გრანულაციით დაიხუროს შარდსადინარის შევიწროება აუცილებელ გართულებას წარმოადგენს და განმეორებითი ოპერაცია საქმის გამოსაკეთებლად უფრო რთული და ძნელი ხდება. რომ ასეთი ხიფათი თავიდან ავიშოროთ და ჭრილობის შეხორცება საუკეთესო პირობებში ჩავაყენოთ, ასეთი ოპერაციის დროს საჭიროა შარდს მივცეთ ხელოვნური გზა. ეს დებულება, რომ საფუძვლიანია ამას გვიმტკიცებს როგორც Клопфер-ის, აგრეთვე ჩვენი კლინიკის მასალის სტატისტიკა.

К л о п ф е р :

ოპერ. urethrotomia ex. კატ. a'demeur. 8 შემთ. რეციდ. 3 შემ. უღრის 38⁰/₀
 " " " ხელოვნ. გზა 19 " " 0 " 0⁰/₀.

ჩვენი კლინიკის სტატისტიკა:

ოპერ. urethrot. ex. კატ. a, demeure 27 შემთ. რეცი. 11 შემთ. უღრის 40⁰/₀
 " " " ხელოვნური გზა 2 " " 0 " 0⁰/₀.

ზემო აღნიშნული ლიტერატურული ცნობებით და აგრეთვე ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით ნებას ვაძლევ ჩემ თავს გამოვიტანო შემდეგ დასკვნა:

1) იმ ფორმებში, სადაც შარდსადინარის შევიწროება აუცილებლად საჭიროებს ოპერატიულ დახმარებას, უპირატესობა ყველა მეთოდებს შორის უნდა მიენიჭოს urethrotomia exther.-ს ნაწიბურების ამოკვეთით—შარდის ხელოვნური გზა.

2) Urethrotomia ext. კატეტერით a'demeure შეიძლება იყოს მიღებული, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც შარდსადინარის შევიწროება არის მარტო შორისის არეში და არ აღემატება 1—2 სანტიმეტრს.

3) შარდის ხელოვნური გზის მიცემა უფრო მიზანშეწონილია პირდაპირ შარდის ბუშტიდან, ვიდრე შარდსადინარის პროქსიმალურ ნაწილიდან.

4) თუ ავადმყოფი ძლიერ მოხუცებულია და მასთან ძლიერ სუსტია, ოპერატიული დახმარება იშვიათად იძლევა სასურველ შედეგს.

ლიტერატურა.

- 1) Burkhardt und Polano—Die untersuchungsmethode und Erkrankungen der männlichen und Weiblichen Harnorgane 1908.
- 2) Sultan—Speziell Chirurgie 1923.
- 3) Wullstein und Wilius. Lehrbuch der Chirurgie 1923.
- 4) Дзирне—Оперативная урология.
- 5) Guyon—Клиническая лекция о болезнях мочевых путей.
- 6) Brugsch und Schittenhelm—Руководство Клиническим

- методом исследования. 1921 г. 7) Kümmell—Хирургия муж. половых орган-
 8) Casper—Энциклопедия практ. мед. Том. II. 9) Lejars—Хирур. помощь в
 неотлож. случаях, Т. II. 10) Михайлов—Диагностика мужских и женских
 половых органов. 11) Тихов—Частная хир. Том III. 12) Ключарев—Вопрос
 о пластике мужского мочевода—Хирургия, Т. XXX III. № 193. 13) Файн—
 Радикальное оперативное лечение стриктур мочеиспускательного канала. XV
 Съезд Рос. Хир. 1922 г. 14) Михайлов—О гоноройных стриктурах, *ibid.*
 15) Михельсон—Хирургическое лечение стриктур мочеиспускательного кана-
 ла, вызванных огнестрелными ранениями, *ibid.* 16) Воскресенский—Хирургия
 мочеиспускательного канала и проч. Рефер. Медич. жур. 1921 г. 17) Ми-
 харинский—78-е заседание Росс. Урологического общества в Ленинграде
 5 апр. 1922 г. 18) Хольцов—Коренное лечение мочеиспускательного кана-
 ла иссечением суженной части его. Русс. врач. 1909 г. № 3—4. 19) Эго
 же—Отведение моча, как необходимое условие успешного результата пла-
 стических операции мочеиспускательного протока и проч. Рус. врач. 1912 г.
 № 35. 20) Сидоренко—Об оперативном лечении о промежкостных губовид-
 ных свищей мочеиспускательного протока. Русс. врач. 1913 г. № 8
 21) Клопфер—О результатах иссечения мочеиспускательного притока и о
 значении отведения моча при этой операции, Рус. врач. № 33. 1914 г.
 22) ხათიშვილი—ადამიანის ნორმალური ანატომია. 1922 წ.

გ. ფხალაძე.

კლინიკის ორდინატორი.

EPIDIDYMITIS GONORRHEICA-ს GONOVACCINA-თი წამ- ლობის შესახებ*).

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის კანისა და ვენერიულ სნეულებათა კლინიკიდან).

ვაქცინოთერაპია ინგლისელმა გამოჩენილმა მეცნიერმა Wright-მა დაამუშავა თეორეტიულად და მის პრაქტიკულად ფართე გავრცელებას მტკიცე საფუძველი ჩაუყარა.

ჯერ კიდევ 1895 წელს Denys-მა და Leclef-მა შეამჩნიეს მეტად საინტერესო თვისება ბაქტიის შრატისა, რომელიც იყო იმუნური სტრეპტოკოკის წინააღმდეგ. აღნიშნული შრატი შეუზღუდეს ცხოველების ლევკოციტებს; უკანასკნელებმა დიდი აქტივობა გამოიჩინეს, ისინი მეტის დაწაფებით სჭამდენ და ანადგურებდენ სტრეპტოკოკებს იმ შემთხვევაში, თუ სტრეპტოკოკის საწინააღმდეგო შრატი თანდართული იქნებოდა. ასეთ მოვლენას არ ჰქონდა ადგილი ნორმალური შრატის დროს.

1902 წელს ამ საკითხზე მუშობდა Leishmann-ი, შემდეგ კი Wright-ი და Douglas-ი, რომლებმაც აღმოაჩინეს ნორმალურ სისხლში განსაკუთრებული თერმოლაბილური ნივთიერება „ოპსონინები“, რომლებიც იშლებიან 56°-მდე გათბობის დროს და იმდენად ასუსტებენ ბაქტერიებს, რომ უკანასკნელთ ადვილად შთანთქვენ ლევკოციტები.

ოპსონინების რაოდენობას Wright-ი აძლევს დიდ მნიშვნელობას. მისი აზრით უარყოფითი ფაზის დროს ე. ი. როცა ოპსონინების ოდენობა კლებულობს, ორგანიზმში ვაქცინის შეტანა შეუძლებელია იმიტომ, რომ ამ დროს ორგანიზმში არის დასუსტებული და ვერ შესძლებს წინააღმდეგობა გაუწიოს გარედან შეტანილ სხვა უცხო შთამომავლობის ნივთიერებას.

რაც შეეხება დადებით ფაზას ე. ი. როცა ოპსონინების ოდენობა მატულობს, მაშინ ორგანიზმში ბევრია ანტისხეულები ანუ ოპსონინები და გარედან შეტანა დახოცილი ბაქტერიებისა ან ვაქცინისა, რომელიც თავის მხრივ იწვევს ახალი ოპსონინების შექმნას, სასარგებლოა თერაპიული ეფექტის მხრივ და „ამიტომ—ამბობს პროფ. Злотников-ი, Wright-ი თხოულობს ვაქცინის განმეორებით შეტანას მაშინ, როცა უარყოფითი ფაზა გაივლის, თუ ჩვენ არ გვსურს მივაყენოთ ორგანიზმს ზიანი“.

აქედან ცხადად გამომდინარეობს ის, რომ ექიმმა უნდა იცოდეს ოპსონური ინდექსის გამოკვლევა, წინააღმდეგ შემთხვევაში მას შეუძლია ჩაიდინოს შეცდომა და სარგებლობის მაგიერ ავადმყოფს მიაყენოს ვნება.

*) მოხსენდა ტფილისის ვენერიულ სექციას—6.II 1925 წელს.

გავიდა რამდენიმე ხანი და Wright-ისა და მისი სკოლის თეორია გააკრიტიკეს და გასინჯეს როგორც კლინიკურად, ისე ლაბორატორიულად.

ოპსონური ინდექსის გამოკვლევამ შემდეგი სპეციალისტებისა და კლინიკისტების ხელში ვერ გაამართლა ის მნიშვნელობა, რომელსაც Wright-ი და მისი თანამშრომლები მას აწერდნენ. თუმცა მეთოდი ოპსონური ინდექსის გამოკვლევისა ვრცლად და დაწვრილებით იყო დანუშავებული, მაგრამ სხვადასხვა საიმედო და კარგი სპეციალისტების ხელში მუდამ იძლეოდა ერთი მეორის საწინააღმდეგო შედეგს.

Kolle ამას შესახებ ამბობს: „პრაქტიკული თვალსაზრისით ბაქტერიოთერაპიაში ოპსონური ინდექსის გამოკვლევა დღეს არ წარმოადგენს აუცილებელ საჭიროებას მეთოდის სიძნელისა და შეუთანხმებელი შედეგების გამო“. თვით Wright-ის ასისტენტი Matheus-ი სწერს (1908 წელს). „ძალიან ადვილად შეიძლება ოპსონური ინდექსის გამოკვლევას აუხვიოთ გვერდი სტრეპტოკოკების, სტაფილოკოკების და გონოკოკების მიერ გამოწვეული გართულებათა წამლობის დროს“-ო.

აშკარაა, როგორი საჭიროება იყო სხვა გზის გამოძებნაში. აქ კლინიკამ გაუწია მეცნიერებას დიდი დახმარება. პირველმა დაამტკიცა, რომ ოპსონური ინდექსის გამოურკვევლად შეიძლება კარგი შედეგებით გავატაროთ ვაქცინოთერაპია.

მთელი რიგი ავტორებისა (Aronstan-ი, Ballinger-ი, Jack-ი, Michaelis-ი, Welde, Аринкин-ი და სხვა) სთვლიან ოპსონურ ინდექსის გამოკვლევას აუცილებელ საჭიროდ რაციონალური და საიმედო ვაქცინოთერაპიის თვალსაზრისით.

Reiter-ი ჯერ იყო მომხრე ინდექსის გარკვევისა, მაგრამ შემდეგ შრომაში ამ მეთოდს იხსენიებს, როგორც არა საიმედო მეთოდს და დასძენს: „ის მუდამ იძლევა ტენიკურ შეცდომას“-ო. Whitmonn-ი, Меркуриев და Зильбер-გი პირველად იყვნენ მომხრე ინდექსის გამორკვევისა, მაგრამ შემდეგში სამივე წინააღმდეგ წავიდნენ.

აქ ჩვენ ვხედავთ ერთგვარ თანდათანობას. თუ ზოგიერთი ნაწილი ავტორებისა დარჩენ მომხრენი ამ მეთოდისა, მეორენი, იმავე დროს, გადუდგენ მას და შეჩერდნენ კლინიკურ დაკვირვებებზე. „შემდეგში, — ამბობს პროფ. Фронштейн, ინდექსის გამორკვევის მოწინააღმდეგეთა ხმა გაძლიერდა და უმრავლესობა ავტორებისა დღეს დღეობით არის მოწინააღმდეგე ინდექსის გამორკვევის“-ო.

Citron-ი, Sligenberg-ი და სხვები არიან მოწინააღმდეგენი ინდექსის გამოკვლევისა. თავის აზრს ისინი იმით ხსნიან, რომ ოპსონური ინდექსის მომატებას ან დამცირებას არ აქვს პირდაპირი დამოკიდებულება ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესობასთან ან გართულებასთან. Thomas-ი პირდაპირ აცხადებს, რომ ოპსონურ ინდექს მივყევართ ყალბ შედეგებამდისო.

Rovsing-ის აზრით მეთოდი იძლევა 20% შეცდომას.

Вернов-მა და Дебская-მ უარყვეს ინდექსის გამორკვევა არეული შედეგების მიღების გამო.

Теребинская-Попов-მა იხმარა 13 შემთხვევაში გონოვაცინა ოპსონური ინდექსის ხელმძღვანელობით და ვერ მიიღო ვერც ერთ შემთხვევაში გამომართლება.

თითქმის Фронштейн-იც წინააღმდეგია ინდექსის გამოკვებისა. ის ამბობს: „გარდა ტენნიკური შეცდომებისა, რომლის თავიდან აცილება არის ძალიან ძნელი, არსებობს კიდევ მრავალი წყარო შეცდომებისა, რომელიც მუდამ უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში“. მხოლოდ Сиренский-ის აზრით Wright-ის ტენნიკა არის მრავალ უცნობის შეფარდება.

ყოველივე ზემოდ ნათქვანიდან სჩანს, რომ უპრავლესობა ავტორებისა არიან წინააღმდეგი ოპსონური ინდექსის გამოკვებისა ვაქცინოთერაპიაში ექიმის ყოველდღიური მოღვაწეობის დროს.

„გონოვაქცინის ხმარების დროს ჩვენ უნდა ვცდილობდეთ გავაუმჯობესოთ სისხლის მიმოსვლა და ამით ხელი შევუწყოთ სისხლთან ერთად ანტისხეულების გამრავლებას დაზიანებულ ორგანოში“-ო, ამბობს Фронштейн-ი. ამ მიზნით ხმარობენ სითბოს, Bier-ის ჰიპერემიას, სხვადასხვა გამაღიზიანებელ ნივთიერებას და სხვა.

Фронштейн-ი უკანასკნელ შრომაში (1920 წ.) მომხრეა სითბოსი და კატეგორიულად აცხადებს: „ადგილობრივ სიცივე ან ყინვა ვაქცინოთერაპიის დროს დაუშვებელია“-ო.

Граменецкий-ს მოყავს მაგალითი, როცა ორმოცი წლის კაცმა (ქრონიკული გონიტი სუსუნატის ნიდაგზე) ვერ შეამჩნია გაუმჯობესება მარტო გონოვაქცინით; ეს შემთხვევა აიხსნება იმით, რომ სახსარში არსებული სისხლის მიმოსვლა შეწყებების გამო იყო შეკვეცილი; ამიტომ ანტისხეულების რაოდენობა არ იყო საკმაო ტოქსინების ნეიტრალიზაციისათვის. Bier-ის ჰიპერემიამ გააუმჯობესა სისხლის მიმოქცევა, მოუმატა რიცხვი ანტისხეულებისა და გამოიწვია გამოთვლება.

Saynisch-ი ხმარობდა Epididymitis დროს ადგილობრივ ყინვას და ყოველთვის დანამატში რჩებოდა მაგარი ინფილტრატი.

Simon-ი იმავე epididymitis-ის დროს ხმარობდა გონოვაქცინას და სითბოს და ლებულობდა მშვენიერ შედეგებს ინფილტრატის სრული გაქრობით. მან დაუნიშნა ერთსა და იმავე ავადმყოფს ლოგინში წოლა და ყინვა. ამ დროს გაუსივდა მეორე დანამატი, რომლის წამლობა მან დაიწყო გონოვაქცინითა და სითბოთი. წამლობა და ინფილტრატი პირველი დანამატისა დიდი ხნით გაგრძელდა, მაშინ როდესაც გამოპრთელება მეორე დანამატისა სწრაფი ნაბიჯით წავიდა წინ.

სრულიად წინააღმდეგი აზრის არის Хольцов-ი. ის ამბობს: „ჩემის დაკვირვებით ყინვის ხმარების დროს ძალიან იშვიათად რჩება სიმაგრე და უკანასკნელი არის უფრო ნაკლებად გამოხატული, ვიდრე სითბოს ხმარების დროს. ამასთანავე უპრავლესობა ავადმყოფებისა ვერ იტანს სითბოს, რომელიც არ იწვევს ტკივილების დაკლებას; პირიქით სითბო აძლიერებს ტკივილს. ავადმყოფებს ძალიან კარგად გადააქვთ სიცივე ანუ ყინვა; რომელიც იწვევს ტკივილების მოღუწებას და დაკლებას“-ო. და შემდეგ განაგრძობს: „როცა მწვავე მოვლენები ყინვის საშუალებით დაიკლებენ ან სრულიად გაქრებიან, შეიძლება დაუნიშნოთ სითბო; მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში სითბოს ზეგავლენით ანთებითი პროცესი კვლავ განახლდება და მაშინ იძულებული ვართ განმეორებით დაუნიშნოთ ყინვა“-ო.

Zieler-ი ურჩევს სათბურ კომპრესს ან ცხელ სველ სადებს და წინააღმდეგია ყინვისა, რომელიც, მისი აზრით, მავნებელია და აბრკოლებს ინფილტრატის შეწოვანს.

ნათქვამიდან ცხადია, რომ აზრი ავტორებისა სიცივისა და სითბოს ხმარების შესახებ ძალიან განსხვავდება ერთიმეორისაგან.

ინიექციისათვის მიჩნეული არის კანქვეშა ცხიმი, კუნთებ შუა არე ღუნღულებში და ვენა. საკითხი იმის შესახებ, თუ რომელი ადგილი სჯობია ინიექციისათვის, ღღემლის გადაუჭრელია.

თვით Wright-ი უპირატესობას აძლევს კანქვეშა მეთოდს ზურგზე ბექებ შორის; Финкелштейн-ი მუცლის კანქვეშა ცხიმს; Bruck-ი ღუნღულებს; Штейнберг-ი ამჯობინებს ბარძაყის ზედა ნაწილს (შიგნითა ზედაპირს).

Reiter-ი ურჩევს არ გააკეთონ ინიექცია მკლავში ან წინა ნხარში იმიტომ, რომ აქტიური მოძრაობა ვადმყოფს მიაყენებს ტკივილებს; მისი აზრით უფრო კარგია მუცლის კანქვეშა ცხიმი.

Neisser-ის დავალებით Bruck-მა პირველად იხმარა ვაქცინა ვენაში. შესხმა ვაქცინისა სწარმოებს იმავე წესით, როგორც Erlich-ის პრეპარატებისა („606“, „914“). ამ მეთოდის მომხრენი (Frank, Topolansky) მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ამჯობინებს ინტრავენოზური გზა, ვიდრე კანქვეშა ან კუნთებ შუა.

Kyrle-ს აზრით ტკივილის მოღუწება და შეწონითი პროცესი უფრო მკაფიოდ არის გამოხატული ინტრავენოზური მეთოდის დროს. Бардах-მა მიიღო კარგი შედეგები ამ მეთოდით მაშინ, როცა კუნთებში შეტანილმა ვაქცინამ არავითარი გავლენა არ იქონია. უპირატესობა ინიექციისა კანქვეშა ან კუნთებ შუა მდგომარეობს იმაში, რომ ანტისხეულები სისხლში შედიან ნელა და თანდათანობით.

ვაქცინის კანქვეშა ინიექციის დროს მუდამ ნახულობდენ ადგილობრივ შეშუპებას და სიწითლეს; იმას თან ერთოდა გრძობა სიცხისა და ქავილი.

Asch-ის შემთხვევაში შემუშავდა მტკივნეული იყო, სივდებოდა ილლიც ჯირყვლები და 1%-აც აღიოდა 40%/-მდე. იმვე ავტორის აზრით კუნთებში გაკეთებულმა ინიექციამ გამოიწვია მხოლოდ ოდნავი ადგილობრივი რეაქცია.

Klause ჯერ მომხრე იყო კანქვეშა მეთოდისა, შემდეგ კი გადავიდა კუნთებს შორის ინიექციაზე.

პროფ. Фронштейн-ი იყო მომხრე კანქვეშა მეთოდისა მაგრამ ახლა კატეგორიულად აცხადებს: „მე ვამჯობინებ შევუშაბუნო ვაქცინა არა კანქვეშა, არამედ კუნთებ შორის იმიტომ, რომ უკანასკნელი მეთოდის დროს არ ვღებულობთ ადგილობრივ ინფილტრატს, რომელიც ავადმყოფს ძალიან აწუხებს“-ო.

რაც შეეხება ინტრავენოზურ მეთოდს, აქ მოწინააღმდეგეებს მოყავთ უფრო თვალსაჩინო დებულებანი. Moos-ი და Volk-ი ვერ ნახულობენ ინტრავენოზური მეთოდის უპირატესობას სხვა დანარჩენ მეთოდთან იმიტომ, რომ შედეგი ყველგან ერთია, მხოლოდ საფრთხე ავადმყოფისათვის უფრო მეტია პირველი მეთოდის დროს (ინტრავენოზური).

Asch-ი წინააღმდეგია ინტრავენოზური მეთოდისა, იმიტომ, რომ უეცრივი აწევა 1%-ისა ძალიან ართულებს ავადმყოფის მდგომარეობას.

Hamburger-ის დაკვირვებით ინტრავენოზური ინიექცია ვაქცინისა იწვევს თავის ტკივილს, 1° 39°—40°-მდე, ციებას, პირისღებას, გულის ცემას, მცირე და რბილ პულსს და 1° მოულოდნელ დავარდნას 35°-მდე.

ამრიგად ლიტერატურის მიხედვით უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ჩამოთვლილ სამ მეთოდში კანქვეშა და ინტერმუსკულარულ მეთოდს—ვაქცინოთერაპიის დროს.

გონოვაქცინის დოზისა და ინიექციის რიცხვის შესახებ არსებობს იმდენი აზრი, რამდენიც ავტორია, რომლებიც მას ხმარობენ.

მინიმალური დოზა სხვადასხვა ავტორებისათვის არის 500,000-დან დაწყებული ერთ მილიარდამდე, მხოლოდ მაქსიმალური კი 5 მილიონიდან დაწყებული 10 მილიარდამდე. ვაქცინის დამზადებისა და მისი ხარისხისაგან არის დამოკიდებული როგორც თერაპევტიული ეფექტი, ისე რეაქცია. ამიტომ საჭიროა დიდი სიფრთხილე უცნობი ვაქცინის ხმარების დროს.

ყველასათვის ცხადია, რომ ვაქცინის შეშხაპუნების შემდეგ დაიწყება სხვადასხვა ფორმის რეაქცია: ბუდობრივი, ტემპერატურული, ადგილობრივი და ზოგადი.

იბადება საკითხი საჭიროა თუ არა ავადმყოფი ბუდობრივისა და ტემპერატურულ (ზოგადს) რეაქციას?

წინააღმდეგ Wright-ისა, Bruckი მომხრე იყო ბუდობრივი და ზოგადი რეაქციისა იმიტომ, რომ მისი აზრით რეაქცია არის შედეგი ანტისხეულების მომატებული პროდუქციისა ორგანიზმში. Reiter-ს უკავია საშუალო ადგილი ამ ორ აზრთა შორის. ის ფიქრობს, რომ მკაფიოდ გამოხატული რეაქცია არის მივსახელებელი ორგანიზმისათვის. Хольцов-ი წინააღმდეგია რეაქციის; ამიტომ ის ინიექციას იწყებს პატარა დოზიდან და თუ ამ უკანასკნელს რეაქცია არ მოყვა, მაშინ უმატებს დოზას. იმ შემთხვევაში, როცა პირველად აღებული დოზა რეაქციას იწვევს Хольцов-ი მეორედ იმავე დოზას იღებს და მას უმატებს მაშინ, როცა ორგანიზმი აღნიშნულ დოზას აღარ უპასუხებს რეაქციით.

Фронштейн-ის აზრით ბუდობრივი და ტემპერატურული რეაქცია უნდა გამოჩნდეს, რომ მივიღოთ კარგი შედეგი. „ბუდობრივი რეაქცია,—ამბობს ის,—არის ფიზიოლოგიური რეაქცია, რომელიც უნდა გაჩნდეს ინიექციის შემდეგ. თუ ის არ გაჩნდა, მაშინ ჩვენ გვაქვს საქმე შემდეგი ერთ-ერთ ფაქტორთაგანთან: ან დოზა იყო პატარა, ან და ორგანიზმმა ვერ უპასუხა შეშხაპუნებულ ანტიგენს, ან კიდევ ანტიგენმა ვერ მიატანა დასნეულებულ ბუდემდე“-ო. ამ მოსაზრებით ავტორი თხოულობს დასნეულებული ორგანიზმის ჩაყენებულ იქნეს ისეთ პირობებში, რომ სისხლის მიმოქცევის კარგად წარმოება ხელს უწყობდეს ბუდობრივი რეაქციის გამოჩენას. Reiter-ი და Wolfson ი ამბობენ: „ბუდობრივი რეაქცია გვაძლევს საშუალებას ვიქონიოთ იმედი თერაპიის კარგ შედეგზე“.

ამრიგად ლიტერატურის მიხედვით უმრავლესობა ავტორებისა სთვლიან ორგანიზმისათვის სასარგებლოდ, ყოველ შემთხვევაში, ბუდობრივი რეაქციის გამოჩენას.

1° აწევა, მოქანცულობის გრძნობა, თავის ტკივილი, ზოგადი სისუსტე, მოღუნება, ძლიანობა და სხვა შეადგენს სიმპტონს ზოგადი რეაქციისას, მაგრამ

მრავალი ავტორი და მათ შორის პროფ. Фронштейн იც, სამართლიანად გამოყოფენ ტემპერატურულ რეაქციას ზოგადი რეაქციის დანარჩენი სიმპტომებისაგან იმიტომ, რომ ხშირად ნახულობენ ისინი ტემპერატურულ რეაქციას განსაკუთრებულად, როცა ზოგადი რეაქცია არ არსებობს და წინააღმდეგ.

ტემპერატურული რეაქცია ჩვეულებრივად გაჩნდება ხოლმე 4—6 საათის შემდეგ კანკვეშ ან კუნთებ შორის ვაქცინის შემხაპუნებისას და 12—36 საათის შემდეგ დაიწვეს ნორმამდე.

Schindler-ი ფიქრობს, რომ ტემპერატურული რეაქცია არის სიმპტომი ორგანიზმის უჯრედების მომატებული მოქმედებისა.

Simon-ის აზრით, თუ ტემპერატურული რეაქცია არ გამოჩნდა, მაშინ აქაც თერაპევტიული ეფექტი შემხაპუნებული ვაქცინისაგან არის მოსალოდნელი. Bruck-ის, Solbert-ის, Меркуриев-ის და სხვების დაკვირვებით რამდენად მალაღია t° ინიექციის შემდეგ, მით უფრო კარგია ვაქცინოთერაპიის შედეგიც. M. Sezary ამბობს: „საჭიროა განმეორება ვაქცინის ინიექციისა აღმატებითი დოზით, რომელმაც უსათუოდ უნდა გამოიწვიოს t° აწვევა 38—39 $^{\circ}$ -მდე, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოქმედება ვაქცინისა იქნება სუსტი“-ო. აღნიშნულ დაკვირვებას არ ეთანხმება Фронштейн-ი. მან საუკეთესო შედეგები მიიღო იქ, სადაც ვაქცინოთერაპია ჩატარა t° -ის აუწველად. მაშინ კი, როცა ორგანიზმი უპასუხებდა ხოლმე გონოვაქცინის პატარა დოზას მკაფიოდ გამოხატული სიცხით, შედეგი ყოველთვის არ იყო სასურველი.

ადგილობრივი რეაქცია იწყება ხშირად ინიექციის 5—6 საათის შემდეგ და ხასიათდება კანის სიწითლით, შეშუპებით, ტკივილებით და ქავილით. არა იშვიათია ისეთი შემთხვევაც, როცა შემხაპუნებას თან ერთვის ინფილტრატი, რომელიც 3—4 კვირა არ ქრება.

თუ ვაქცინა შეტანილ იქნა ვენის გზით, მაშინ ადგილობრივ რეაქციის გამოჩენას ადგილი არა აქვს; რაც შეეხება ინტერმუსკულარულ შემხაპუნებას, ის იწვევს ტკივილებს მხოლოდ ხელით შეხების დროს, წინააღმდეგ კანკვეშ შესხმისა, როცა ადგილობრივი რეაქციის ყველა სიმპტომები ჩნდებიან.

სპეციფიურია თუ არა ადგილობრივი რეაქცია?—ამ საკითხში ერთი აზრი არ არსებობს. მაგალითად Brandveini-ი და Hoch-ი მას სთვლიან არა სპეციფიურად, ვინაიდან მას ნახულობენ ისინი არა სუსუნატის მიერ გამოწვეულ გართულების დროსაც. პირიქით Stenberg-მა ნახა ადგილობრივი რეაქცია მხოლოდ სუსუნატის შემთხვევებში.

ეს უთანამოება აიხსნება როგორც ინიექციის შეცლომით, ისე ვაქცინის დამზადების და დოზის ამორჩევის სხვადასხვაობით. ზოგადი რეაქცია ავტორთა უმრავლესობის აზრით იწყება ინიექციის 3—6 საათის შემდეგ და გრძელდება 12—18 საათი.

გართულების შესახებ გონოვაქცინის შესხმის შემდეგ ლიტერატურაში ვნახულობთ ძალიან ცოტა შემთხვევებს, ისიც ყოველთვის არ მიეწერება გონოვაქცინას.

მკაფიოდ გამოხატული ყოველგვარი რეაქცია ისტერიით (შემთხვევა Fichers-ისა) და ეპილეპსიით (შემთხვევა Foecier-ისა) დასნეულებულისა არ შეიძლება

ახსნას გონოვაკცინით ამ შემთხვევაში გონოვაკცინას და მის მიერ გამოწვეულ მალალ ტემპერატურას შეეძლო ხელი შეეწყო ისტერიისა და ეპილეპსიის სიმპტომების მკაფიოდ გამოხატვაში.

Василиев-ის შემთხვევა, სადაც ვითომც ნეფრიტი უნდა ყოფილიყოს გამოწვეული გონოვაკცინის მიერ, Фронштейн ის აზრით არ შეეფერება სინამდვილეს; მისი აზრით, „იმავე დროს მიღებულ gonosan-ს, რომელიც იწვევს ნაწლავებისა და თირკმელების გაღიზიანებას, შეეძლო გამოეწვია ნეფრიტი“.

სამაგიეროდ Граменецкий-მ ორჯერ ნახა გართულება თირკმელების მხრივ გონოვაკცინის ხმარების შემდეგ, რაც დამტკიცდა მით, რომ შარდში აღმოაჩინეს, ცილა და თირკმელის ეპიტელიუმი.

ანალოგიური შემთხვევა უნახავს Klause-ს.

საინტერესო არის Граменецкий-ის ავადმყოფი, რომელიც იყო ავად არტრიტით (სუსუნატისაგან გამოწვეული) და ფილტვების ტუბერკულოზით. მეოთხე ინიექციის შემდეგ მას დაეწყო პირიდან სისხლის დენა.

Семенов-ი აღნიშნავს ფაღარათობას ვაკცინინის შემდეგ, Яковлев-ი და Ясницкий კი —ყაბზობას. ყოფილა ისეთი შემთხვევა, როცა გონოვაკცინის შემდეგ, კანზე გამოყრასაც ჰქონია ადგილი, Müller-ს უნახავს herpes labialis, Гершен-ს და Финкелштейн-ს ერთემატოზული პარტახტი მთელ ტანზე, რომელიც იწვევდა ქავილს. Kensberg-ს ჰქონია შემთხვევა, როცა 15 ინიექციის შემდეგ ნანემსა რის ადგილზე გაჩენილა პაპულები პატარა ბუმბუტუკებით ცენტრში, რომელიც მალე გამქრალა.

აქ მოყვანილი ლიტერატურული მასალის მიხედვით არ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ თითქოს არსებობდეს მკაფიოდ გამოხატული სნეულებანი, როცა გონოვაკცინის ხმარება აკრძალული უნდა იყოს. თუმცა Фронштейн-ი მაინც ფიქრობს, რომ „თუ ორგანიზმი დაავადებულია კლექით, მაშინ გონოვაკცინის შემხაპუნება უნდა აღიკრძალოს, თირკმელების დასნეულების დროს კი —საჭიროა გონოვაკცინის ხმარება დიდის სიფრთხილით“.

გონოვაკცინას ხმარობენ გონორეისა და მისი გართულების დროს. ავტორების დაკვირვებით ყველაზე უკეთესი შედეგი გონოვაკცინამ მოიტანა epididymitis gonorrhoeica-ს წამლობის დროს.

ეპიდიდმიტების დროს გონოვაკცინის ხმარებას აქვს სამი მიზანი: მოსპობა ტკივილებისა, გაქრობა დანამატის სიმსივნისა და დანამატის ადგენა aidintegrum იმ მოსაზრებით, რომ აღდგენილ იყოს გასაყალი გზა სპერმატოზოიდებისათვის და მით მოსპობილი მომავალში მოსალოდნელი უშვილობა. რაც შეეხება პირველ საკითხს ე. ი. ტკივილების მოსპობას, აქ ავტორებმა თითქმის ერთნაირი შედეგი მიიღეს: ტკივილები იკლებდა და ხანდახან სრულიად ქრებოდა რამდენიმე დღის შემდეგ ხშირად მეორე დღესაც.

Volfson-ის აზრით ტკივილები უფრო მალე ნელდება ან სრულიად ქრება გონოვაკცინით, ვიდრე ანთების სხვა რომელიმე საწინააღმდეგო საშუალებით. Фронштейн-ი სწერს: „მრავალი ავტორი გონოვაკცინას epididymitis დროს სთვლის ტკივილების მოსაღუნებელ საშუალებად“.

Herman-ის და Reili-ს აზრით ინფილტრატი ჩვეულებრივად იწყებს დაკლებას პირველი ინიექციის შემდეგ. Somon-ს ჰქონია დაკვირვება, როცა 3—4 ინიექციის შემდეგ ინფილტრატს დაუწყია დაკლება.

რაც შეეხება სათესლე გზების აღდგენას სპერმოტოზოიდის გასაღვლელად, ამის შესახებ ავტორები სხვადასხვა აზრის არიან. Foecier-ი ამბობს, რომ მას უნახავს ინფილტრატის სრული შეწოვნა 49 ავადმყოფთა შორის. 8 შემთხვევაში Klause-ს დაკვირვებით ინფილტრატი 30% გამქრალა სრულებით, დანარჩენ შემთხვევებში კი ინფილტრატი დაპატარავებულა, მხოლოდ გაცილებით უფრო, ვიდრე ჩვეულებრივი წამლობის დროს ვხვდებით.

Фронштейн-ს უნახავს ინფილტრატის სრული გაქრობა ეპიდიდმიტების დროს გონოვაქცინის ზეგავლენით 12-ჯერ, მხოლოდ კლინიკური განკურნება 22 შემთხვევაში 50 ავადმყოფთა შორის.

უნდა მივიღოთ მხედველობაში ის გარემოება, რომ ანტისხეულებს, რომელნიც ჩნდებიან სისხლში გონოვაქცინის ზეგავლენით, აქვთ ერთგვარი სპეციფიური თვისება; ამიტომ აუტოგენური (მონოვალენტური,) ვაქცინით უნდა ველოდეთ უფრო კარგ შედეგებს.

ამას გარდა ანგარიში უნდა გაეწიოს იმ ფაქტსაც, რომ ერთი და იგივე ჯგუფის მიკრობები განსხვავდებიან ერთიმეორისაგან ვირულენტობით, ბიოლოგიური თვისებით და სხვა... ხელმძღვანელობენ რა ამ აზრით ზოგიერთი ავტორი (Hollen-ი, Reiter-ი, Allon-ი და სხვა) არის მომხრე აუტოგენური ვაქცინისა. ცხადია, პრაქტიკულად ცხოვრებაში ამის გატარება ყოველთვის არ შეიძლება. რაც შეეხება ბიოლოგიურ თვისებას და მიკრობების ერთი მეორისაგან განსხვავებას, რომელიც უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში ვაქცინოთერაპიის დროს, უნდა ითქვას, რომ ამ თვისებების გავლენა ადვილად შეიძლება შევამციროთ, თუ პოლივალენტურ გონოვაქცინაში შედის მრავალი რიცხვი განხვევებული გონოკოკებისა. ამიტომ Злотогоров-ი ამბობს: „პოლივალენტურ ვაქცინას, რომელიც იყიდება ბაზარზე, თამამად შეუძლია გასწიოს აუტოვაქცინის მაგიერობა“.

მნიშვნელოვანია ვაქცინის დამზადების დროც. Wright-ის აზრით, ვაქცინა შეიძლება დიდხანს იყოს შენახული უვნებლად. Klause-ს აზრით კი ვაქცინა არ უნდა იყოს სამ თვეზე ძველი. Злотогоров-ი ადრე იყო მომხრე 2 თვის ვაქცინისა, ესლა კი ეს ვადა მან გააგრძელა 6 თვემდე. Matheus-ი ლებულობდა კარგ შედეგებს ვაქცინით, რომელიც იყო თითქმის ერთი წლის დამზადებული.

აზრთა ანაირ სხვადასხვაობას Фронштейн-ი იმით ხსნის, რომ ავტორების უმეტესობა ხმარობდა ნაყიდ გონოვაქცინას; ეს გარემოება არ აძლევდათ მათ საშუალებას შეედარებიათ მოქმედება ახალი და ძველი ვაქცინისა.

ლიტერატურული მიმოხილვის შემდეგ ჩვენ გადავალთ ჩვენი ავადმყოფების გარჩევაზე. ვაქცინოთერაპია ჩვენს კლინიკაში ჩატარებული იყო ამბულატორიულ ავადმყოფებზე. ყოველგვარ გართულებაზე, რომელსაც ადგილი შეიძლება ქონოდა ვაქცინის შეტანის შემდეგ, ავადმყოფები წინასწარ გაფრთხილებულნი იყვნენ. გარდა ამისა, ჩვენი თხოვნა იყო, რომ მათ მეტის ყურადღებით მოქცეოდნენ ვაქცინის შემდეგ გამოჩენილ ყველა მოვლენებს და გართულებებს და არაფერი არ დაემალათ ჩვენთვის. 40 ავადმყოფიდან ჩვენ გასარჩევად გამოვიყა-

ვით მხოლოდ 28, რადგან მხოლოდ ამათ შეასრულეს ჩვენი მოთხოვნილება.

ყველა ავადმყოფმა მიიღო პოლივანტური გონოვაკცინა, რომელიც იყო დამზადებული ს. ჯ. კ. ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში. თითო ამბულა შეიცავდა 1 c. c. ვაკცინას ანუ 200 მილიონ დახოცილ გონოკოკს.

ჩვენ ვიხმარეთ ვაკცინა 2—4—6—8 თვისა და არავითარი განსხვავება თერაპევტიულ შედეგში არ გვინახავს. ამიტომ შიში ზოგიერთებისა, რომლებიც გონოვაკცინის ვადას საზღვრადენ 2—4 თვით, არის გადაჭარბებული. სავესებით ვეთანხმებით Злотогоров-ს და მიგვაჩნია საუკეთესოდ 6 და 8 თვის გონოვაკცინა.

ვაკცინოთერაპიის დროს ჩვენ არ გვიწარმოებია ოპსონიური ინდექსის გამორკვევა. ვკმაყოფილდებოდით მხოლოდ კლინიკური მოვლენებით ე. ი. ორგანიზმის რეაქციით შესხმულ ვაკცინაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ ინდექსის გამორკვევა დაედო საფუძვლად ვაკცინოთერაპიას, მისი ხმარება ამბულატორიულ პრაქტიკაში მისი ტენიკის სირთულის გამო არ არის მისაღები. რადან ოპსონური ინდექსის გამოკვლევას ვერ ვახერხებდით, ამისათვის ვცდილობდით დიდის სიფრთხილით გვეწარმოებია ვაკცინოთერაპია და ჩვენ არცერთ შემთხვევაში არ გვინახავს გართულება, რომელიც ოპსონიური ინდექსის გამოურკვევლობით უნდა ახსნილიყო.

ორგანიზმისათვის ზიანის მიყენების მხრივ სუსტ რეაქციას დიდ მნიშვნელობას არ ვაძლევდით; რაც შეეხება ძლიერ რეაქციას, (38⁰—39⁰, თავის ტკივილი და სხვა), რომელიც ავადმყოფს ცუდ მდგომარეობაში აყენებს, ჩვენ ვცდილობდით ავადმყოფისათვის აგვეცილებია. ამიტომ ჩვენ ვიწყებდით მუდამ გონოვაკცინის ინიექციას 0,2—0,3 და იშვიათად 0,5, (ე. ი. 40, 60 და 100 მილიონი დახოცილი მიკრობით), რათა შემდეგი რეაქციებით გამოგვერკვია დამოკიდებულება ორგანიზმისა ამა თუ იმ დოზასთან. „არ არის ორი პიროვნება, — ამბობს Jamelson-ი, ჯანსაღი ან ავადმყოფი, რომელიც თანაბარი რეაქციით უპასუხებდეს ვაკცინის ერთსა და იმავე დოზას“—ო.

ჩვენ, როგორც სხვა ავტორებს, სახეში გვექონდა სამი შესაძლებლობა და ამისდა მიხედვით ვშოქმედებდით: 1) თუ რეაქცია არ იყო, დოზას ვაორკეცებდით; 2) თუ რეაქცია საშვალოდ იყო გამოხატული, (38⁰, თავის ოდნავი ტკივილები და სხვა), იგივე დოზა მეორედებოდა და 3) თუ რეაქცია იყო მკაფიოდ გამოხატული, პირვანდელი დოზა შუაზე იყოფოდა.

ყველა შემდეგი ინიექცია სწარმოებდა რეაქციების გაქრობის შემდეგ, რათა ვაკცინა არ შეგვეყვანა ორგანიზმში უარყოფითი ფაზის დროს და ამით არ გამოგვეწვია პროცესის გართულება.

მიუხედავათ იმისა, რომ ვაკცინოთერაპიას სწავლობენ და დიდის წარმატებით 20 წელზე მეტია კარგი შედეგებით ხმარობენ, მაინც ჩვენ დღემდე ვერ შევთანხმდით იმის შესახებ, თუ როგორია არსებითად მექანიზმი ვაკცინის მკურნალობისა—“ო ამბობს Злотогоровский.

ერთია უდაოა, ეს ის რომ გონოვაკცინა არის ბაქტერიოციდული საშუალება, ის ორგანიზმზე მოქმედობს იმნაირად, რომ გონოკოკებისათვის ქმნის ცხოვრებისათვის გასაჭირ პირობებს და მით, ვითომც ახდენს დროებით იმუნიზაციას.

ამას ადასტურებს შემდეგი შემთხვევა, რომელიც Дебрский-ის მიერ იყო აწერილი. საქმე ეხებოდა პარამეტრიტით და ოფორიტით დასნეულებულ ქალს, რომელსაც ძლიერი ჩირქის დენა ქონდა. გონოვაციინის შემდეგ ავადმყოფი საგრძნობლად გამოკეთდა. მაგრამ ამ დროს მან დაასნეულა ძუძუმწოვარა ბავში, რომელსაც გაუჩნდა კონიუნკტივიტი ჩირქის დენით; უკანასკნელი იქნა გადათესილი სადაც გაიზარდენ გონოკოკები, მრავალი შემთხვევა არის აწერილი ლიტერატურაში, როცა ერთი დანამატის წამლობის დროს გასივდა მეორე დანამატიც.

ესევე მტკიცდება ჩვენი მასალითაც. ოცდა რვა ავადმყოფთა შორის ერთს გაუსივდა მეორე დანამატი პირველის წამლობის დროს, მხოლოდ ორს 5—10 დღის წამლობის გათავების შემდეგ გაუსივდათ განმეორებით იგივე დანამატები.

აქედან ცხადია, რომ გონოვაციინას არ შეუძლია გამოიწვიოს არამც თუ მუდმივი, არამედ ხანგრძლივი იმუნიტეტი და მასასადამე, როგორც პროფილაქტიკური საშუალება არ არის ნდობის ღირსი და არ იძლევა იმედს ვადაარჩინოს ორგანიზმი განმეორებითი და ახალი დასნეულებისაგან.

სითბოსა და სიცივის ხმარება არის დიდი უურადლების ღირსი მკურნალისაგან. 28 ავადმყოფიდან 20 ვიხმარეთ სათბური კომპრესი, 7-მა კი—არაფერი. ოც ავადმყოფში ოთხმა ერთჯერ ან ორჯერ ხმარების შემდეგ მიატოვა ცივი სადებები და გადავიდა სათბურ კომპრესზე*)—იმიტომ, რომ ცივმა სადებმა გამოიწვია პროცესის გართულება დაზიანებულ დანამატში (ტკივილი, უსიამოვნო გრძნობა და სხვა) მაშინ, როდესაც სათბური კომპრესისაგან შემდეგში თავს გრძნობდენ ბევრად უფრო კარგად. იმ ავადმყოფებში, რომლებმაც თავიდანვე დაიწყო სათბური კომპრესების ხმარება, არც ერთს არ განუტყუალებია საყვედური ამის შესახებ.

საბოლოო თერაპიული შედეგი სათბური კომპრესის ხმარებისა გამოიხატა შემდეგში: 8 ავადმყოფის დანამატი დაუბრუნდა ნორმას ე. ი. ყოფილი ინფილტრატისაგან არ დარჩა ნიშანიც; ოთხი ავადმყოფის დანამატში დარჩა ოდნავი ინფილტრატი და 8 ავადმყოფს ინფილტრატი დარჩა კარგად გამოხატული.

შვიდ ავადმყოფში, რომლებმაც არ იხმარა არც სითბო და არც სიცივე, შემდეგი იყო შემდეგი: 3-ს დაურჩა საგრძნობი ინფილტრატი, 2—ოდნავი და ერთს სრულიად გაუქრა. (ერთის არ არის აღნიშნული).

ამრიგად ჩვენი მასალის მიხედვით ჩანს, რომ ცივსადებს შეუძლია გამოიწვიოს გართულება და მიაყენოს ავადმყოფს ზედმეტი უსიამოვნება. რაც შეეხება სათბურ კომპრესს, ის ძალიან კარგად გადააქვთ ავადმყოფებს წამლობის ყოველ დროს. არც ერთხელ არ გაგვივონია ჩვენი ავადმყოფებისაგან საყვედური სათბური კომპრესისაგან ტკივილების მიმატების შესახებ, როგორც ამას ქონდა ადგილი Холысов-ის შემთხვევებში.

საინტერესოა ვიცოდეთ სათბური კომპრესის დროს უფრო ხანგრძლივია და მეტი ოდენობისაა ინიექცია, თუ მაშინ, როცა არც სათბურ კომპრესს, და არც ცივ სადებს არ ეხმარობთ?

*) იმიტომ ამ ოთხ ავადმყოფს ჩვენ ვანვიხილავთ იმ ჯგუფში, რომელმაც იხმარა სათბური კომპრესი ვაკცინო-თერაპიის დროს.

თუ გავსინჯავთ ჩვენ მასალას დავინახავთ, რომ ხანგრძლივობა წამლობის საშუალოდ იმ შემთხვევაში, როცა არაფერი არ იყო ნახმარები, უდრიდა 5—6 კვირას, მხოლოდ ინიექციის რიტხვი წამლობის დასრულებამდე უდრიდა საშუალოდ 7—9 მაშინ კი, როცა ავადმყოფები ხმარობდნენ სათბურ კომპექციის რაორეს პირველი ვადა გრძელდებოდა 3—4 კვირა (ხშირად ორი კვირა) და ინიდენობა უდრიდა 4—6 საშუალოდ.

აქედან ცხადად ჩანს უპირატესობა სათბური კომპრესისა და აგრეთვე ისიც, რომ უმჯობესია ვინაშროთ სათბური კომპრესი, ვიდრე არაფერი.

ინიექციას ვაკეთებდით კანქვეშ მუცლის ქვედა ნაწილში და კუნთებშორის დუნდულები, ინტრავენოზური მეთოდი ჩვენ არ გვიხმარია სტაციონალური განყოფილების უქონლობის გამო.

ყველა იმ შემთხვევაში, როცა გონოვაკცინას ვუშხაპუნებდით კანქვეშ სიმსივნეს, სიწითლეს და მტკივნეულობას ჰქონდა ადგილი ინიექციის ადგილზე—(ადგილობრივი რეაქცია) და ავადმყოფებს აყენებდა არა სასიამოვნო მდგომარეობაში. ინიექცია კუნთებ შორის ძალიან იშვიათად იწვევდა ტკივილებს, მხოლოდ სიწითლესა და სიმსივნეს არასოდეს ადგილი არა ქონია.

ჩვენი დაკვირვების მიხედვით უპირატესობა უნდა მიეცეს კუნთებ შორის ინიექციის მეთოდს.

მინიმალური დოზა გონოვაკცინისა, რომელსაც ჩვენ ვხმარობდით, იყო 40,60 და იშვიათად 100 მილიონი დახოცილ მიკრობისა, მაქსიმალური კი ერთი მილიარდი. იმ შედეგების მიხედვით, რომელიც მივიღეთ აღნიშნული დოზების ხმარებისაგან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ დიდი დოზების დანიშვნა არ არის მაინც და მაინც აუცილებლად საჭირო ავადმყოფისათვის. 28 ავადმყოფში, რომელმაც დაასრულა წამლობა, მივიღეთ შემდეგი: 9-ს სრულიად გაუქრა ინფილტრატი, 7—დარჩა ოდნავი, და 10 კი მკაფიოდ გამოხატული ინფილტრატი, 1—უშედეგოდ და 1 არ არის აღნიშნული.

გავარჩიოთ ცალ-ცალკე ბუდობრივი და ტემპერატურული რეაქცია.

28 ავადმყოფიდან ბუდობრივი რეაქცია სხვადასხვა სახისა აღინიშნა 6-ში; დანარჩენს 22 სრულიად არა. რაც შეეხება ტემპერატურულ რეაქციას, აქ ჩვენ ვნახეთ წინააღმდეგი მოვლენა: 2 სრულიად არ ქონია ტემპერატურული რეაქცია, 26 კი ქონდა.

იმ 22 ავადმყოფიდან, რომელთაც ბუდობრივი რეაქცია არა ჰქონდათ შედეგი მივიღეთ ასეთი: 8-ჯერ ინფილტრატი გაქრა, 6-ჯერ დარჩა ოდნავი და 8-ჯერ ინფილტრატი უცვლელი დარჩა.

ორ ავადმყოფს, რომელსაც ტემპერატურული რეაქცია არა ჰქონდა, ინფილტრატი არ გაუქრა.

აქედან ცხადია, რომ ბუდობრივი რეაქციის მიღება არ წარმოადგენს აუცილებელ საჭიროებას კარგი თერაპევტიული შედეგისათვის. ტემპერატურული რეაქციის აცილება ძნელია.

ადგილობრივი რეაქციის სპეციფიური თვისების შესახებ შეიძლება არ დავთანხმობთ Штенберг-ს, რადგან ის დამოკიდებულია ინიექციის ადგილთან. (ადგილობრივი რეაქციის კანქვეშ ვნახულობთ, კუნთებ შორის კი არა). რაც შეეხება

ზოგად რეაქციას, არც მას ქონდა ადგილი ყველა ჩვენს შემთხვევაში; ის მოგვცა მხოლოდ 6 ავადმყოფმა.

„თუ ერთდროულად არსებობს გონოკოკისა და სიფილისის ინფექცია, გამომრთელება შეიძლება ვერ მივიღოთო“—ამბობს Фронштейн-ი.

Гехт-მა 16 ავადმყოფიდან გამომრთელება არ მიიღო 3-ში და ამას ის ხსნის მით, რომ აღნიშნული სამი პირი იყვნენ ავად სიფილისით. ამავე აზრისაა Холцов-იც.

Семенов-მა არტრიტით დასნეულებულ ავადმყოფზე, რომელსაც მკაფიოდ გამოხატული WR ქონდა, ვერ მიიღო ვერავითარი რეაქცია გონოვაქცინაზე. Salvarsan-ის ხმარების შემდეგ ყველა რეაქცია დადგა. „ერთდროული არსებობა სიფილისისა ბევრად ამკირებს ორგანიზმის თავდაცვითი თვისებას და ხელს უშლის ანტისხეულების გამომუშავებას“ აო—სწერს Фронштейн-ი. ჩვენს 28 ავადმყოფში 4 იყო სიფილისით დასნეულებული. ერთში სიფილისი გამოირკვა გონოვაქცინით წამლობის შემდეგ. შანკირი დაჩირქებული ბუბონებით, რომლითაც ავადმყოფი გამოცხადდა ჩვენს კლინიკაში, ვერ იყო გამოცნობილი, ვინაიდან შანკირი ატიპიური ხასიათის იყო; ამას გარდა მრავალჯერ იყო გასინჯული იარის ნადენი მიკროსკოპით, მაგრამ ვერც ერთხელ *spirocheta pallida* ვერ იქნა აღმოჩენილი. კლინიკურმა სურათმა და მკაფიოდ გამოხატულმა WR მოგვცა საშვალე ბა გამოგვეცნო სიფილისი მხოლოდ დანამატის განკურნების შემდეგ.

უნდა ვიფიქროთ, რომ ამ შემთხვევაში, მიუხედავად სიფილისის არსებობისა, დანამატის გამომრთელება მაინც მოხდა გონოვაქცინის შეშხაპუნების შემდეგ, რადგან არ იყო ორგანიზმის უჯრედები საესებით დატვირთული სპიროხეტებით და ამასთანავე თვით ორგანიზმის თავდაცვითი თვისება ჯერ კიდევ ნორმალური იყო; წინააღმდეგ შემთხვევაში ვერც ჩვენ მივიღებდით სასურველ შედეგს.

მეორე და მესამე შემთხვევა ეხება ლატენტურ სიფილისიანებს, რომლებიც წამლობდნენ ჩვენთან. წამლობა გონოვაქცინით ერთმა დაასრულა 4 ინექციის, მხოლოდ მეორემ 6 ინექციის შემდეგ. 12 დღის განმავლობაში ანთებითი პროცესის მოვლენებმა გაიარეს და დარჩა მხოლოდ პატარა ინფილტრატი.

მეოთხე ავადმყოფი იყო აქტიური სიფილისით შეპყრობილი, მიიღო 14 ინექცია გონოვაქცინისა და ვერ შეატყო გაუმჯობესება.

ამრიგად ჩვენ გამომრთელება მივიღეთ ლატენტურ სიფილისიანებზე და აგრედვე იმ ავადმყოფებზე, რომელთაც ჰქონდათ 3—4 კვირის შანკირი. რაც შეეხება აქტიურ სიფილისს, აქ გამომრთელება არ მოხდა.

ჩვენ არც ერთ შემთხვევაში არ გვექონია ზემოაღნიშნული გართულებანი. ავადმყოფების 25%-ში გაისენჯა შარდი და არც ერთში არ აღმოჩნდა თირკმელების დაზიანება. არც ფალარათობას, ყაბზობას, კანის მოვლენებს და სხვას ქონია ადგილი.

რაც შეეხება ფილტვების ტუბერკულოზს, ის დადასტურდა ორჯერ. ორივე ავადმყოფს მკაფიოდ ჰქონდათ გამოხატული რეაქციები გონოვაქცინის შემდეგ. ინექციას ვიწყებდით 0,2-ან და ავდიოდით 2—3 გრამამდე და არც ერთ შემთხვევაში სისხლის პირიდან ღებას, რასაც ყველაზე უფრო საშიშ გართულებად აღნიშნავენ ქლექის დროს, ადგილი არ ჰქონია. შედეგიც დამაკმაყოფილებელი

ზოგად რეაქციას, არც მას ქონდა ადგილი ყველა ჩვენს შემთხვევაში; ის მოგვცა მხოლოდ 6 ავადმყოფმა.

„თუ ერთდროულად არსებობს გონოკოკისა და სიფილისის ინფექცია, გამომრთელება შეიძლება ვერ მივიღოთ.“—ამბობს Фронштейн-ი.

Гехт-მა 16 ავადმყოფიდან გამომრთელება არ მიიღო 3-ში და ამას ის ხსნის მით, რომ აღნიშნული სამი პირი იყვნენ ავად სიფილისით. ამავე აზრისაა Холцов-იც.

Семенов-მა არტრიტით დასნეულებულ ავადმყოფზე, რომელსაც მკაფიოდ გამოხატული WR ქონდა, ვერ მიიღო ვერავითარი რეაქცია გონოვარცხანაზე. Salvarsan-ის ხმარების შემდეგ ყველა რეაქცია დადგა. „ერთდროული არსებობა სიფილისისა ბევრად ამკირებს ორგანიზმის თავდაცვითი თვისებას და ხელს უშლის ანტისნეულების გამომუშავებას“—აო—სწერს Фронштейн-ი. ჩვენს 28 ავადმყოფში 4 იყო სიფილისით დასნეულებული. ერთში სიფილისი გამოიჩინა გონოვარცხანით წამლობის შემდეგ. შანკირი დაჩირქებული ბუბონებით, რომლითაც ავადმყოფი გამოცხადდა ჩვენს კლინიკაში, ვერ იყო გამოცნობილი, ვინაიდან შანკირი ატიპიური ხასიათის იყო; ამას გარდა მრავალჯერ იყო გასინჯული იარის ნადენი მიკროსკოპით, მაგრამ ვერც ერთხელ *spirocheta pallida* ვერ იქნა აღმოჩენილი. კლინიკურმა სურათმა და მკაფიოდ გამოხატულმა WR მოგვცა საშვალე ბა გამოგვეცნო სიფილისი მხოლოდ დანამატის განკურნების შემდეგ.

უნდა ვითქვოდით, რომ ამ შემთხვევაში, მიუხედავად სიფილისის არსებობისა, დანამატის გამომრთელება მაინც მოხდა გონოვარცხანის შესაბამისების შემდეგ, რადგან არ იყო ორგანიზმის უჯრედები სავსებით დატვირთული სპიროხეტებით და ამასთანავე თვით ორგანიზმის თავდაცვითი თვისება ჯერ კიდევ ნორმალური იყო; წინააღმდეგ შემთხვევაში ვერც ჩვენ მივიღებდით სასურველ შედეგს.

მეორე და მესამე შემთხვევა ეხება ლატენტურ სიფილისიანებს, რომლებიც წამლობდნენ ჩვენთან. წამლობა გონოვარცხანით ერთმა დაასრულა 4 ინიექციის, მხოლოდ მეორემ 6 ინიექციის შემდეგ. 12 დღის განმავლობაში ანთებითი პროცესის მოვლენებმა გაიარეს და დარჩა მხოლოდ პატარა ინფილტრატი.

მეოთხე ავადმყოფი იყო აქტიური სიფილისით შეპყრობილი, მიიღო 14 ინიექცია გონოვარცხანისა და ვერ შეატყო გაუმჯობესება.

ამრიგად ჩვენ გამომრთელება მივიღეთ ლატენტურ სიფილისიანებზე და აგრედვე იმ ავადმყოფებზე, რომელთაც ჰქონდათ 3—4 კვირის შანკირი. რაც შეეხება აქტიურ სიფილისს, აქ გამომრთელება არ მოხდა.

ჩვენ არც ერთ შემთხვევაში არ გვქონია ზემოაღნიშნული გართულებანი. ავადმყოფების 25%-ში გაისენჯა შარდი და არც ერთში არ აღმოჩნდა თირკმელების დაზიანება. არც ფალარათობას, ყაბზობას, კანის მოვლენებს და სხვას ქონია ადგილი.

რაც შეეხება ფილტვების ტუბერკულოზს, ის დადასტურდა ორჯერ. ორივე ავადმყოფს მკაფიოდ ჰქონდათ გამოხატული რეაქციები გონოვარცხანის შემდეგ. ინიექციის ვიწყებდით 0,2-ან და ავდიოდით 2—3 გრამამდე და არც ერთ შემთხვევაში სისხლის პირიდან ლებას, რასაც ყველაზე უფრო საშიშ გართულებად აღნიშნავენ ჭლექის დროს, ადგილი არ ჰქონია. შედეგიც დამაკმაყოფილებელი

შვილეთ: ტკივილები გაქრენ, დარჩა მხოლოდ ოდნავი სიმაგრე დანამატში. ამგვარად წინააღმდეგ Фронштейн-ის აზრისა, ტუბერკულოზის დროსაც შეგვიძლია თურმე ვიხმაროთ გონოვაქცინა epididymit. gonorrhoeica-ს სააქიმოდ, მხოლოდ ამ საშუალების მიწოდება უნდა ხდებოდეს დიდის სიფრთხილით; იგივე შეიძლება ითქვას თირკმელების დაავადების დროს.

საერთოდ სიმსივნის დაკლების, ტკივილების გაქრობის და დანამატის აღდგენის მხრივ ჩვენ მივიღეთ შემდეგი შედეგი: სიმსივნემ დაიკლო პირველი ინიექციის შემდეგ 5 შემთხვევაში, მეორე ინიექციის შემდეგ 14-ში, მესამე ინიექციის შემდეგ 3-ში და მეოთხე ინიექციის შემდეგ 6 შემთხვევაში.

ტკივილებმა დაიკლო პირველი ინიექციის შემდეგ 10 შემთხვევაში, მეორე ინიექციის შემდეგ 13-ში, მესამე ინიექციის შემდეგ 3-ში და მეოთხე ინიექციის შემდეგ ერთ შემთხვევაში*).

რაც შეეხება დანამატის აღდგენას, აქ სრული გამომართელება იყო 9 შემთხვევაში, კლინიკური გამომართელება ე. ი. ინფილტრატის დარჩენით, 17 შემთხვევაში, ერთი უშედეგოთ დარჩა*).

უთანხმოება ავტორთა შორის არსებობს კიდევ იმის შესახებ, თუ როდის შეიძლება დაწყება გონოვაქცინის ხმარებისა ე. ი. მაშინ, როცა ანთებითი პროცესი ძალიან მძინვარებს, თუ მაშინ, როცა პროცესი მიწყნარებულია. Hagen-ის აზრით, ახალი, მწვავე პროცესის დროს არ უნდა იხმარებოდეს გონოვაქცინა, რადგან ვაქცინის ზეგავლენით პროცესს შეუძლია უფრო გართულდეს. Волсон-იც ამავე აზრისაა. ის მომხრეა გონოვაქცინის ხმარებისა მაშინ, როცა ციების ხანა გასულია, რათა შემდეგში იხელმძღვანელოს ტემპერატურული რეაქციით.

Butean-ი, Seynicch-ი და Bruck-ი მომხრენი არიან იხმარონ გონოვაქცინა მწვავე პროცესის დროსაც; ამ აზრს აღნიშნული ავტორები მის შემდეგ დაადგენ, რაც Bruck-ის მიერ დამტკიცდა, რომ ტემპერატურა გონოვაქცინის შემდეგ მწვავე ანთების დროსაც ნორმამდე იწევს.

Фронштейн-იც უფრო კარგ შედეგებს იღებდა როდესაც ადრე იწყებდა წამლობას.

ჩვენი მასალის მიხედვით 9 ავადმყოფში, რომელნიც სავსებით გამომთელდა და დანამატში არ დარჩენილა სიმაგრე, 7-მა დაიწყო გონოვაქცინით წამლობა 1—3 დღის შემდეგ დანამატის გასივებისა ე. ი. მაშინ, როცა ანთებითი პროცესი ყველა თავის სიმპტომებით მკაფიოდ იყო გამოხატული.

აქედან ცხადია, რომ კარგი თერაპევტიული შედეგისათვის თავისუფლად შეიძლება გონოვაქცინით წამლობა დავიწყოთ სნეულების დასაწყისშივე.

ლიტერატურული მასალისა და ჩვენი კლინიკური დაკვირვების მიხედვით შეიძლება გამოვიტანოთ შემდეგი დებულებანი:

1. გონოვაქცინის ხმარების დროს შეიძლება ვიხელმძღვანელოთ, ოპსონიური ინდექსის გამოურკვევლად, მხოლოდ კლინიკური დაკვირვებით და ორგანიზმის რეაქციით.

2. როგორც პროფილაქტიური საშუალება გონოვაქცინა ვერ იძლევა კარგ შედეგს.

*) ერთი არ არის აღნიშნული ავადმყოფობის ფურცელში.

3. სითბოსა და სიცივეს შორის უპირატესობა უნდა მიენიქოს სათბურ კომპრესს.

4. ინიექციისათვის უმჯობესად უნდა ჩაითვალოს კუნთებ შორის მეთოდი, ვიდრე კანქვეშა.

5. დიდი დოზა ვაქცინისა, როგორც დასაწყისში, ისე შემდეგში არ არის საჭირო.

6. უმრავლეს შემთხვევაში (70—80%) ჩვენ შეგვიძლია მივიღოთ სრულიად დამაკმაყოფილებელი თერაპევტული შედეგი ბუღბრვი რეაქციის გამოუწვევლად.

7. ტემპერატურულ რეაქციას თითქმის მუდამ ვნახულობთ (80—90).

8. ადგილობრივი რეაქცია არ არის სპეციფიური, მას იშვიათად ვნახულობთ დუნდულშორის.

9. ტკივილი ან სიმსივნე კლებულობს ერთი ან ორი ინიექციის შემდეგ.

10. სრული აღდგენა დანამატისა ხდება 30% კლინიკური გამომრთელება კი 60%.

11. რაც ადრე დავიწყებთ გონოვქცინის ინიექციას, მით უფრო კარგი იქნება თერაპევტული შედეგი.

12. ფილტვების ქლექის დროს შეიძლება გონოვქცინის ხმარება, მხოლოდ დიდი სიფრთხილით *).

13. ლატენტურ და ახლად დასნეულებულ (3—4 კვირის) სიფილისიანებზე გონოვქცინას შეუძლია მოგვცეს კარგი შედეგი, მხოლოდ აქტიური სიფილისის დროს კარგი შედეგის მიღება საეჭვო არის *).

დასასრულ გულწრფელ მადლობას ვუძღვნი კლინიკისა და საავადმყოფოს უფროს ამხანაგებს ექ. ექ. მ. დიასამიძეს, ა. ჯავრიშვილს და ლ. ფირცხალავას, რომლებმაც დახმარება განიწიეს რჩევითა და ლაბორატორიული გამოკვლევით.

აგრეთვე დიდი მადლობას ვუძღვნი საავადმყოფოს თანამშრომლებს ექ. ექ. ვ. სარაჯიშვილს, ზ. ხუსკივაძეს და შ. ჟურულს, რომლებიც დიდის სიფრთხილითა და სისწორით ასრულებდნენ ჩემს დავალებებს ვაქცინოთერაპიის დროს.

ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკის ოპარდინატრს ი. პარმას ვუძღვნი მადლობას რეფერატის ფრანგულ ენაზე თარგმნისათვის.

*) ჩვენს მიერ მოყვანილი მასალა ქლექისა და სიფილისის შესახებ მცირე არის საფუძვლიანი დასკვნისათვის, მაგრამ იმდენად, რამდენად ზემო ჩამოთვლილი ავტორები ეყრდნობიან ჩვენზე უფრო მცირე მასალას, ჩვენც ვჩერდებით აღნიშნულ ორ დებულებაზე (12 და 13).



3. სითბოსა და სიცივეს შორის უპირატესობა უნდა მიენიჭოს სითბოს კომპარესს.

4. ინიექციისათვის უმჯობესად უნდა ჩაითვალოს კუნთებ შორის მეთოდი, ვიდრე კანქვეშა.

5. დიდი დოზა ვაქცინისა, როგორც დასაწყისში, ისე შემდეგში არ არის საჭირო.

6. უმრავლეს შემთხვევაში (70—80%) ჩვენ შეგვიძლია მივიღოთ სრულიად დამაკმაყოფილებელი თერაპევტული შედეგი ბუდობრივი რეაქციის გამოუწვევლად.

7. ტემპერატურულ რეაქციას თითქმის მუდამ ვნახულობთ (80—90).

8. ადგილობრივი რეაქცია არ არის სპეციფიური, მას იშვიათად ვნახულობთ დუნდულშორის.

9. ტკივილი ან სიმსივნე კლებულობს ერთი ან ორი ინიექციის შემდეგ.

10. სრული აღდგენა დანამატისა ხდება 30% კლინიკური გამომრთელე-ბა კი 60%.

11. რაც ადრე დავიწყებთ გონოვაქცინის ინიექციას, მით უფრო კარგი იქნება თერაპევტიული შედეგი.

12. ფილტვების ქლექის დროს შეიძლება გონოვაქცინის ხმარება, მხოლოდ დიდი სიფრთხილით *).

13. ლატენტურ და ახლად დასნეულებულ (3—4 კვირის) სიფილისიანებზე გონოვაქცინას შეუძლია მოგვცეს კარგი შედეგი, მხოლოდ აქტიური სიფილისის დროს კარგი შედეგის მიღება საეჭვო არის *).

დასასრულ გულწრფელ მადლობას ვუძღვნი კლინიკისა და საავადმყოფოს უფროს ამხანაგებს ექ. ექ. მ. დიასამიძეს, ა. ჯავრიშვილს და ლ. ფირცხალავას, რომლებმაც დახმარება განიწიეს რჩევითა და ლაბორატორიული გამოკვლევით.

ავრეთვე დიდი მადლობას ვუძღვნი საავადმყოფოს თანამშრომლებს ექ. ექ. ვ. სარაჯიშვილს, ზ. ხუსკივაძეს და შ. ჟურულს, რომლებიც დიდის სიფრთხილითა და სისწორით ასრულებდნენ ჩემს დავალებებს ვაქცინოთერაპიის დროს.

ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკის ოარდინატრს ი. პარმას ვუძღვნი მადლობას რეფერატის ფრანგულ ენაზე თარგმნისათვის.

*) ჩვენს მიერ მოყვანილი მასალა ქლექისა და სიფილისის შესახებ მცირე არის სა-
 დოლოო დასკვნისათვის, მაგრამ იმდენად, რამდენად ზემო ჩამოთვლილი ავტორები ეყრდნო-
 ბიან ჩვენზე უფრო მცირე მასალას, ჩვენც ვჩერდებით აღნიშნულ ორ დებულებაზე (12 და 13).

3. კანდელაკი

ინსტიტუტის ორდინატორი.

რუდიმენტალურ რქაში ორსულობის ორი შემთხვევა*).

(სამონეო გინეკოლოგიური ინსტიტუტიდან. დირექტორი ე. სობესტიანსკი.)

დედაკაცის სასქესო ნაწილების ტერატოლოგიის შესწავლის დროს, ჩვენ მარტო ანომალიების აღწერას კი არ უნდა მივაქციოთ ყურადღება, არამედ უნდა ვეძიოთ მიზეზი სასქესო ნაწილების მახინჯურ განვითარებისა ემბრიონალურ ცხოვრების ხანაში. ყოველგვარ სასქესო ნაწილების სიმახინჯეს დიდი მნიშვნელობა აქვს დედაკაცის ფიზიოლოგიურ ცხოვრებაში.

ჩვენ ვიცით, რომ მეოთხე კვირის ბოლოში ემბრიონალური ცხოვრების ხანისა ნაყოფს, ხერხემლის ორთავე მხრივ, ტანის ქვეითა მესამედ ნაწილიდან, უჩნდება პირვანდელი თირკმელები, რომელსაც ვუწოდებთ Volf-ის ანუ Oken-ის სხეულს, მე-5 და მე-6 კვირაზე პირვანდელი თირკმელიდან იწყებს მსვლელობას პირვანდელი სქესთა ჯირკვლები, რომელნიც ორ თეთრ ხაზს წააგავს. ამასთანავე ერთად იწყებენ განცალკევებას Müller-ის ძაფები, რომლებიდანაც წარმოსდგება სასქესო ორგანოები.

Müller-ის ძაფები მეორე თვის ბოლოში იწყებენ შეერთებას შუა და ქვემო მესამედ ნაწილებიდან; ქვემო მესამედ ნაწილების შეერთება ხდება მე-9 კვირაში, საიდანაც წარმოსდგება საშო; მხოლოდ შუანაწილის შეერთება ხდება მე-5 თვის ბოლოში და წარმოსდგება საშვილოსნო. ზემო მესამედი ნაწილი Müller-ის ძაფებისა არ ერთდება და რჩება რწყვილ ორგანოებად, რომელსაც ვუწოდებთ ფალოპიუსის მილებს, ანუ კვერცხსავალს. მაშასადამე, აშკარაა თუ Müller-ის ძაფების შუა ნაწილები ნორმალურად ერთი-ერთმანეთს არ შეუერთდენ, წარმოიშობება საშვილოსნოს სიმახინჯე.

Uterus unicornis—ერთ-რქიანი საშვილოსნო წარმოიშობა მაშინ, როდესაც განვითარდება Müller-ის მარტო ერთი ძაფი. როდესაც ძაფები სრულიად არ შეერთდება და განვითარდება ცალცალკე, მაშინ წარმოიშობა ორ-რქიანი, ორ-ყელიანი საშვილოსნო—Uterus didelfus; და როდესაც ძაფები შეერთდება მარტო ქვევითა ნაწილში, ანუ ყელის მიდამოში, მაშინ წარმოიშობა ორ-რქიანი, ერთ ყელიანი საშვილოსნო თავის დანამატებებით—Uterus bicornis unicolis.

ორ-რქიანი საშვილოსნო შეგვხვდება ისეთი, როდესაც ორივე რქა თანაბრად აქვს განვითარებული, მაგრამ შესაძლებელია ისიც, როდესაც ერთი რქა

*) მოხსენებულია ქართულ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში 1924 წ. პარილში.

ნორმალურად იყოს განვითარებული და მეორე კი ჩამორჩენილი—განუვითარებული—რუდიმენტალური. ჩვენ გვინტერესებს დღეს ეს უკანასკნელი საშვილოსნოს სიმახინჯე, რადგანაც შეეხება ჩვენს მაგალითებს და ვაქცევთ მას განსაკუთრებულ ყურადღებას.

თუ რამდენად სარწმუნოა ის დებულება, რომ სასქესო ორგანოები წარმოსდგება პირვანდელი თირკმელებიდან და საზოგადოდ მათ აქვთ გენეტიური და ტოპოგრაფიული კავშირი ემბრიონალური ცხოვრების ხანაში, ამას დასაჯერებლად გვიმტკიცებს Ballovitz-ის მოხსენება; მას 103 ცალმხრივ თირკმელის დეფექტის მაგალითებიდან მხოლოდ 30 შემთხვევაში აღმოუჩენია ნორმალურად განვითარებული სასქესო ნაწილები, ე. ი. მას 73 შემთხვევაში აღმოუჩენია სასქესო ნაწილების სიმახინჯე; მათ შორის 28 მაგალითი ყოფილა მამაკაცისა, 41—დედაკაცისა და დანარჩენი 4 მაგალითი კი შეეხება სასქესო ნაწილების გამოურკვევლობას.

Миронова-ს 41 შემთხვევაში 18 მაგალითი შეხვედრია ცალ-მხრივი Aplasia renis, იმ მხრივ საითაც დედაკაცს ჰქონია რუდიმენტალური საშვილოსნოს რქა.

ზემოხსენებული ცნობებიდან სჩანს, რომ ანორმალური თირკმელების განვითარება ხშირად იწვევს საშვილოსნოს სიმახინჯეს.

საშვილოსნოს სიმახინჯე იშვიათი მოვლენაა. Stolper-ს 7400 შემთხვევაში შეხვედრია 16 მაგალითი, რაც შეადგენს 0,2⁰/₁₀₀.

რუდიმენტალური რქა შეერთებულია საშვილოსნოსთან ფეხით, რომლის სიგრძე-სიგანე ყველა შემთხვევაში ერთნაირი არ არის და ხშირად არხიც არა აქვს. Vehrt-ის სტატისტიკით, ამდაგვარი განუვითარებელი რქა შეგვხვდება 87—100 შემთხვევაში.

შესაძლებელია ამგვარი რუდიმენტალური რქა დაორსულდეს, მხოლოდ, როგორც ამბობს აბულაძე: „ეს საგანგებო და მასთან საშიშო ბუნების მოვლენა ხშირად იმსხვერპლებს ხოლმე უდანაშაულო ადამიანის სიცოცხლეს“, მაგრამ, საბედნიეროდ ამდაგვარი ორსულობა ხშირი არაა. Schrenk-ს ექტობიურ ორსულობის 617 შემთხვევაში შეხვედრია 3,1⁰/₁₀₀. Verth-ის აზრით, რუდიმენტალური რქის ორსულობა გამოწვეულია იმით, რომ ის მოკლებულია მენსტრუალურ ფუნქციას, წინააღმდეგ შემთხვევაში რქაში ჰემატომეტრა გაჩნდება და ეს მოვლენა ჩასახვას ხელს უშლის.

ორსულობის მიმდინარეობა განუვითარებელ რქაში დამოკიდებულია მის კედლების განვითარებაზე, თუ რქაში კუნთოვანი ელემენტები და ლორწოვანი გარსი ბლომადაა განვითარებული, მაშინ საიმედოა, რომ ორსულობა დრომდე იქმნეს მიტანილი. ექ. შ ა ლ ა მ ბ ე რ ი ძ ე მ თავის შრომაში მკაფიოდ აგვიწერა იშვიათი მოვლენის—რუდიმენტალურ რქაში დრომდე მიტანილი ორსულობის სურათი. მაგრამ უფრო ხშირად, რუდიმენტალურ რქაში გარსები არ არის ნორმალურად განვითარებული და ამიტომ განაყოფიერებული კვერცხი ვერ პოულობს ნიადაგს თავის განვითარებისათვის. ამ მხრივ რქის ორსულობა შეგვიძლია თამამად შევადაროთ საშვილოსნოს გარეშე—კვერცხსავალის ორსულობას, მთელი მისი არასასურველი შედეგებით.

ორსული როდიმენტალური რქა Бекман-ის სტატისტიკით, სკდება 40% შემთხვევაში და უფრო ხშირად მე-4-ს თვეზე.

ამიტომ მე მგონია, არ იქნება ინტერესს მოკლებული, რომ წარმოგიდგინოთ ის ორი შემთხვევა, რომელთაც ჰქონდა ალაგი სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტში:

1) ავადმყოფი ო. მ. 17 წ. სომეხი, მოიყვანეს ინსტიტუტში 21/III, 23 წ. გათხოვილა 15 წ. პირველი თვიური მოსვლია 14 წლისას 4-ს დღე, არეულად, ტკივილებით. უკანასკნელ წელს თვიური 6-7 დღე, ტკივილებით. უკანასკნელი თვიური 7 დეკემბერს 22 წლისა, ე. ი. ა. 1/2 თვის წინაღ. ორსულად არ ყოფილა, არც სასქესო ნაწილების ავადმყოფობა ჰქონია. ჩივი ტკივილებს პატარა მუცელში, განსაკუთრებით მარცხნივ. ტკივილებს გომრბს უკანასკნელ სამი თვის განმავლობაში. საშვილოსნო ოდნავ გადიდებულია და ვარბილებული; მარცხენა თაღში ისინჯება ერთი მუტის ოდენა მორბილო სიმსივნე, რომელიც საშვილოსნოსთან არის შეერთებული. *Diagnosis: Graviditas extrauterina. (Haematocella).* გაუკეთეთ ოპერაცია (*Laporotomia*). 24/III 23 წლ. მუცელი გავკვეთეთ თეთრ ხაზზე. მის სიღრუეში აღმოჩნდა ორ-რქიანი საშვილოსნო, მარცხენა დაორსულებული რუდიმენტალური რქით. ორთავე რქას ჰქონდა თავისი დანამატები; კვერცხსავალები იწყებოდა ორთავე რქის ზემო ნაწილებიდან. მარცხენა რგვალი იოგი იყო დაორსულებული რქის გარეშე მხარეზე. რადგანაც ორსული რქა შეერთებული იყო მეორესთან ფართე ფეხით, ამიტომ ტენიკური მოსაზრებით და შემდეგში ხიფათის აცდენასათვის ამოკვეთეთ ორთავე რქა; საკვერცხეები ჩაეტოვებოდა სიღრუეში. სისხლი ამოვწმინდეთ და მუცელი შევკერეთ. ოპერაციის შემდეგი ხანა ნორმალური; გაეწერა ჯანსაღად მე-20 დღეზედ.

ამოკვეთილი რქების მიკროსკოპიული სურათი იყო შემდეგი: არა ორსული რქა: წონა 110,0, სიგრძე 9 სანტ., კედლის სისქე 2 სანტ., ორსული რქა: სიგრძე—16 სანტ. სიგანე 12 სანტი., კედლის სისქე—1/2 ს. შიგ. აღმოჩნდა 3 1/2 თვის ნაყოფი. სამწუხაროდ მიკროსკოპიული განხილვა არ მოგვიხდენია.

2) ავადმყოფი შ. გ. 37 წ. ებრაელი. მოიყვანეს ინსტიტუტში 17 იანვარს, 24 წელს. გათხოვილა 21 წლ. პირველი თვიური 15 წ. 3—4 დღე, ნორმალურად. უკანასკნელ წელს თვიური ტკივილებით. უკანასკნელი თვიური 7 კვირის წინედ. ერთი ნორმალური მშობიარობა და ერთი ხელოვნური მუცლის მოშლა. უკანასკნელი ორსულობა 6 წ. წინედ. სქესთა ავადმყოფობა არ ჰქონია. ჩივის ტკივილებს პატარა მუცელში, განსაკუთრებით მარცხნივ და ცოტა სისხლის მდინარეობას. ავადმყოფი იფერმკრთალია და სუსტი; მუცელი შეებრილია და მტკივანი ხელის დადებით. საშოდან ცოტა სისხლი მოსდის. საშვილოსნო გადიდებული და დარბილებულია. მარცხენა თაღში ისინჯება ქათმის კვერცხის ოდენა მორბილო სიმსივნე, რომელიც შეერთებულია საშვილოსნოსთან. დილას ავადმყოფს უეტრად ასტებია ტკივილები მუცელში და გულიც წასვლია, *Diagnosis: graviditas tubaria sinistra.*

გავუკეთეთ ოპერაცია (*Laporotomia*). მუცელი გავკვეთეთ თეთრ ხაზზე; მის სიღრუეში ბლომად იყო ჩაქცეული სისხლი, აღმოჩნდა ორ-რქიანი საშვილოსნო. მარცხენა რუდიმენტალური და გამსკდარი ორსული რქით. სურათი იყო შემდეგი: განვითარებული მარჯვენა რქა თავის კვერცხსავალით, საკვერცხეთი და მრგვალი იოგით; მარცხნივ რუდიმენტალური გამსკდარი ორსული რქა თავის კვერცხსავალით, რომელიც იწყებოდა მის ზემო-ნაწილიდან, საკვერცხეთი და მრგვალი იოგით, რომელიც მიჰყვებოდა რქის მარცხენა მხარეს. სისხლის მიღების გადასკვნის შემდეგ გადაკვეთეთ მარცხენა მრგვალი იოგი და ამოკვეთეთ გამსკდარი, რუდიმენტალური რქა თავის კვერცხსავალით და საკვერცხეთი.

უკანასკნელი კი ამოკვეთეთ ტენიკური მოსაზრებით. მარჯვენა საკვერცხე ჩაეტოვებოდა სიღრუეში. *Amputatio cornu rudimentarii et salpyngo-oophorectomia sinistra.* სისხლი ამოვწმინდეთ და მუცელი შევკერეთ. ოპერაციის შემდეგი ხანა ნორმალური. გაეწერა ჯანსაღად მე-14 დღეზე.

იმ დებულებას, რომ რუდიმენტალური რქის კედლები უმრავლეს შემთხვევაში ნორმალურად არ არის განვითარებული, კიდევ უფრო გვიმტკიცებს ჩვენი პრეპარატის მიკროსკოპიული სურათი.

რქის კედლები ყველგან თანასწორი სისქისა არ არის, ალავ უფრო სქელია, ალავ კი ძლიერ თხელი.

1) პრეპარატის მარცხენა მხარის ამონაჭერში კედელი ოდნავ სქელია. აქ კარგად განირჩევა სამწყებად დაწყობილი კუნთოვანი გარსი; გარეგანი კუნთოვანი წყობილი სიგრძეზე მიდის. შუათანა—ცირკულარულად და შიგნითა—კიდევ სიგრძეზე; მხოლოდ კუნთოვანი ელემენტები ძლიერ მცირეა და მათ შორის ბლომადაა შემაერთებული ქსოვილი, რომელიც ალაგ-ალავ ფაშარია. ვნახულობთ კიდევ ბლომად მომყოლის ქსოვილებს; ნაყოფის ხაასებებს შუა ბლომად არის მოსავარდნი გარსის უჯრედები, რომელიც განსხვავდება სხვა უჯრედებიდან თავის სიდიდით და მკრთალი პროტოპლაზმით. ვნახულობთ აგრეთვე სეროზულ გარსს.

2) პრეპარატის წინა მხარის (გამსკდარი ალავის) ამონაჭერი: კედელი ძლიერ თხელია, კუნთოვანი ელემენტები ძლივს მოიპოვება, შემაერთებული ქსოვილებიც მცირეა, ბლომად—სისხლი და მოსავარდნი გარსის უჯრედები.

3) პრეპარატის წინა მხარის (კვერცხსავალის მახლობლად) ამონაჭერი კუნთოვანი ელემენტები განირჩევა სამწყებად მდებარე, მხოლოდ შედარებით პირველ პრეპარატთან, ძლიერ მცირეა. ვნახულობთ ბლომად მომყოლის და შემაერთებულ ქსოვილებს. ბლომად არის აგრეთვე მოსავარდნი გარსის უჯრედები.

4) პრეპარატის უკანა ამონაჭერი (კვერცხსავალის მახლობლად): კარგად განირჩევა კუნთოვანი ელემენტების სამწყებითი მდებარეობა. ვნახულობთ მრავალ შემაერთებულ ქსოვილებს და რამდენადმე მომყოლის ქსოვილებსაც; მოსავარდნი გარსის უჯრედები მრავალია.

საერთოდ უნდა შევნიშნოთ, რომ პრეპარატის ყველა ამონაჭერში არსად არ არის გარსები ნორმალურად განვითარებული. კუნთოვანი გარსი ალავ შეგვხვდება, ხოლო ძლიერ მცირე და დაქსაქსული მომეტებული შემაერთებული ქსოვილებით; სეროზული გარსი მოინახება ყველა პრეპარატში. აგრეთვე ყველა პრეპარატში მრავალია მოსავარდნი გარსის უჯრედები.

ამოკვეთილი რქის მაკროსკოპიული სურათი: სიგრძე—7 სანტ., სიგანე—5 სანტ., კედლის სისქე, მხოლოდ მარცხნივ მხარისა $\frac{1}{2}$ ს. ამოკვეთილი მარცხენა საკვერცხე გადიდებულია. მის ჯანაკვეთის ზედაპირზე კარგად მოსჩანს *Corpus luteum verum*.

როდესაც სუბიექტიური და ობიექტიური გასინჯვის დროს ვნახულობთ საშვილოსნოსთან შეერთებულს სიმსივნეს და გვებადება რქაში ორსულობის ეჭვი, ჩვენ არ უნდა დავივიწყოთ ინტერსტეციალური ორსულობა, რადგანაც კლინიკურად ძლიერ ძნელია მათი გარჩევა. ამიტომ საყურადღებოა მაკროსკოპიული და მიკროსკოპიული სურათი რქაში და ინტერსტეციალური ორსულობის დროს:

1. რქაში ორსულობის დროს კვერცხსავალის განაპირი იწყება კვერცხსაყუდელის ზემო-მხარედან.
2. რქაში ორსულობის დროს მოსავარდნი გარსი ყოველთვის არსებობს. ჩვენს ორივე შემთხვევაში კვერცხსავალის განაპირი იწყება კვერცხსაყუდელის ზემო მხარედან და პრეპარატში ყველგან ვნახულობთ მოსავარდნი გარსის უჯრედებს.

ამ დებულებას გვიდასტურებს *Образцова-Ривлина*-ს ორი შემთხვევის პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევა ინტერსტეციალური ორსულობის დროს.

Улезко-Строганова-ც იმ აზრისაა, რომ ინტერსტეციალური ორსულობის დროს მოსავარდნი გარსი არ არის. თუმცა რა შკე თავის შრომაში ამტკიცებს, რომ ინტერსტეციალური ორსულობის დროს მას აღმოუჩენია მოსავარდნი გარსი, მაგრამ *Werth*-ი კრიტიკას უკეთებს ამ შრომას, და ამტკიცებს, რომ „რაშკეს რქაში ორსულობა მიუღია ინტერსტეციალურ ორსულობადა“.

Попов-მა ინტერსტეციალური ორსულობის დროს ვერ აღმოაჩინა მოსავარდნი გარსი (1912 წ.) *Leopold*-მა, *Hensius*-მა, *Eromme*-მა, *Heimann*-მა და *Glae-*

სმერ-მაც აგრეთვე ვერ აღმოაჩინის მოსაგარდნი გარსი ინტერსტეციალური ორსულობის დროს.

მაშასადამე ჩვენი ორი შემთხვევის როგორც მიკროსკოპიული, ისე მაკროსკოპიული სურათი სავსებით გვიდასტურებს მას, რომ ჩვენ გვქონდა რუდიმენტალური რქაში ორსულობის შემთხვევა.

დასასრულ, უღრმეს მადლობას ვუძღვნი დიდად პატივცემულ ექ. ი. თუმანიშვილს, რომელმაც გამიწია ხელმძღვანელობა ამ შრომაში. მადლობას ვწირავ აგრეთვე პროფ. ვ. ჟღენტს, რომელმაც ინება ჩემი პრეპარატების გადათვლიერება და განმარტება, და აგრეთვე ექ. გ. ხეჩინაშვილს, რომელმაც დიდის სიამოვნებით და ამხანაგური გრძნობით დამიმზადა პრეპარატები.

ლიტერატურა.

- 1) Verth. Die Nebenhornschvagerschaft. Vinckel's. Handbuch der Geburtshilfe, B. IV, T. II. Viesbaden, 1904., 2) Б. Г. Бекман. К учению о беременности в рудиментарном роге матки: Журнал акушерства 1911.. 3) დ. აბულაძე. К учению о беременности в т. наз. „зачаточном“ роге матки с описанием случая такой беременности доношенным плодом, распознанным до операции: Журнал Акушер. 1912. 4) С. М. Мирнова—Случай гематометры в левом рудиментарном роге матки: Журнал Акуш. и женск. бол. т. XXXIV, кн. I, 1923., 5) ე. შალამბერიძე.—დრომდე მიტანილი ორსულობა ორრქიანი საშვილოსნოს განუვითარებელ რქაში. ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე, IV. 1924. 6) Р. С. Образцова—Ривлина. К клинической и патолого-анатомической диагностике межуточной беременности. том XXXIV, книга, I, 1923 г.

რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი

ზინაზანი სნეულეზანი

И. Е. Яхонтова—ამებური დიზენტერიის წამლობის საკითხისათვის (ჟურ. „Врачебн. дело № 6.1925 წ.)

ფარმაკოლოგიის პროფ. В. И. Скворцов-ის წინადადებით—ამებური დიზენტერიის წამლობის მიზნით ავტორს უხმარია Kaliym cuprum-cyanatum, რომელსაც, როგორც მძიმე ლითონის ორმაგ მარილს, აქვს ბაქტერიოციდული თვისებები და რადგან გამოიყოფა ნაწლავებით, უფრო კარგი შედეგი უნდა მოეცა დიზენტერიის წამლობის დროს.

ამ მიზნით ავტორს შეჰყავდა ინტრავენოზურად 0,01,-0,015 Kal. cup. cyan. გახსნილი 20 კუბ. სან. ფიზიოლოგიურ ხსნარში 2—3 დღის გამოშვებით. საშუალოდ უკეთებდა 13 შემზაპუნებას—შემდეგში ისევე დოზები შეჰყავდა 5 კუბ. სანტ. ფიზიოლოგიური ხსნარით საშუალოდ 5—7 შემზაპუნების შემდეგ ფალატობა კლებულობდა. სისხლი იკარგებოდა ამებები ჯერ ცოტავდებოდნენ და მერმე სრულად ჰქრებოდნენ. წამლობის დროს მარტო ორმა ავადმყოფმა აღნიშნა სპილენძის გემოს გრძნობა, სხვაფრივ არავითარი მოვლენები გულის, თირკმელების და საერთოდ ორგანიზმის მხრივ ობიექტიურად არ ყოფილა აღნიშნული. სისხლი, როგორც რაოდენობის, ისე თვისების მხრივ ნორმის ფარგლებში ყოფილა; მხოლოდ ტუბერკულოზიან ავადმყოფებზე ავტორს შეუმჩნევია ტემპერატურის და ადგილობრივ პროცესის რეაქცია, რომლებსაც მალე გაუვლიათ.

ავტორს გაუტარებია ასეთი წამლობის 10 შემთხვევა და 8 შემთხვევაში, რომლებიც შემდეგშიაც დაკვირვების ქვეშ ჰყოლია და რექტო-რომანოსკოპიითაც შეუმოწმებია დადებითი შედეგი მიუღია. იგი წინადადებას იძლევა შემოწმებული იქნეს Kal. cupr. cyanat-ით ამებური დიზენტერიის წამლობა, მრავალ შემთხვევებზე, რათა გარკვეული იყოს მისი ჭეშმარიტი მოქმედება.

გ. დ.

Marchoux. Le Stovarsol guérit rapidement la dysenterie amébiennne. Bull. Soc. Pathol. exot. 1923 ტომი XVI № 1 გვ. 79.

მას შემდეგ რაც Stovarsol-ისაგან (Acidum oxyaminophenylarsinicum) მიიღეს კარგი შედეგები ათაშანგის მკურნალობის დროს per os, ავტორმა ეს საშუალება სცადა დიზენტერიის ამიებების წინააღმდეგ და, როგორც სათაურიდანაც სჩანს, მიიღო კარგი შედეგები. სტოვარსოლის ტაბლეტა 0,25 ორჯერ დღეში, მიღებული რამდენიმე დღის განმავლობაში, კურნავს დიზენტერიის ახალ შემთხვევებს. სტოვარსოლი კარვად მოქმედობს განსაკუთრებით ცისტებზე.

ბ. კანდელაკი.

Bubenthathaler et Jausion. Traitement de la dysenterie ambienne par le Stovarsol. Paris Medical 1924, № 23 გვ. 538.

ავტორმა გაატარა სტოვარსოლით მკურნალობა ხუთ ამებიან დიზენტერიით შეპყრობილ ავადმყოფებზე და გამოიტანა შემდეგი დასკვნა: სტოვარსოლი სავსებით კურნავს ამებიასს და კარგი ასატანიცაა; რაც შეეხება მის მოქმედებას (პარაზიტიციდურს) თვით პარაზიტზე პატარა დოზები (0,25—0,5 დღეში) უფრო ნელია, ვინემ უფრო დიდი დღიური დოზები (1,5). ხუთ შემთხვევაში მკურნალობის შემდეგ ცისტები არ იყო ნახული დიდი ხნის განმავლობაში მიუხედავად ყოველ მხრივი გამოკვლევისა სხვადასხვა სეზონში. ემეტიტანთან შედარებით სტოვარსოლი დამოუკიდებლად იმისა, რომ ის პარაზიტიციდურია და ხელს უშლის ცისტების გაჩენას, არ აწყენარებს ტკივილებს და ამებიასის გამწვავების დროს უთმობს ადგილს ემეტიტანს.

ს. კანდელაკი

M. A. G. Ponayotatou. Histoire de L'Amibiase bronchique en Egypte. Revue pratique des maladies des pays chauds, 1924 ტომი III, № 5 გვ. 361.

ავტორმა ალექსანდრიაში (ეგვიპტეში) 1923 წ. ერთი ავადმყოფის ნახველის გასინჯვის დროს კონის ბაცილებზე, იპოვა დიზენტერიის ამებები. ემეტიტანის შესაპუნების შემდეგ ავადყოფმა იგრძნო უკეთობა. ამის შემდეგ ავტორმა განაგრძო ძველი დიზენტერიანი ავადმყოფების ნახველის გასინჯვა ამებებზე და რამდენიმე შემთხვევაში კიდევ იპოვა ნახველში ნამდვილი დიზენტერიის ამებები მოძრავი, მკვდარი და ცისტები. ემეტიტანი ავადმყოფებს უხდებოდა. ავტორის დაკვირვებით, ამებები ნახველში უფრო ბლომადაა და უფრო დამახასიათებელია, ვინემ დიზენტერიულ განავალში, რადგან განავალში საკმლის ნარჩენი ზოგჯერ ხელს უშლის მათ გარჩევას, მაშინ როცა ნახველის ლორწოში მცოცავი ამებები ნათლად სჩანან და ადვილი გასარჩევია 1) ამების კარიოზომული გულგულა 2) ცისტების მემბრანა 3) გულგულა 2-4 და ცისტების ხრომიდიები შეუღებავადაც კი.

ს. კანდელაკი

Prof. Dr. D. Antiè. Experimentelle Reproduktion der Malaria. Archiv f. Schiffs u. Tropen—Hygiene. 1925. ტომი 29 № 5, გვ. 203.

ავტორის მიზანი იყო გაერკვია ექსპერიმენტალური გზით მალარიის ინკუბაციის დრო და პარაზიტების სხვადასხვაობის საკითხი.

პირველ შემთხვევაში Tabes dorsalis-ით შეპყრობილ ავადმყოფს (62 წლ.) შეუშაპუნა ვენაში ერთ და იმავე დროს vivax-ის პლაზმოდებით სისხლი 1 კუბ. სანტ. და Falciparum-ის პლაზმოდებით— $1/2$ კუბ. სანტ. შეშაპუნებიდან 48 საათის შემდეგ ავადმყოფის სისხლში აღმოჩნდა vivax-ის ბეჭდები და გამეტები, მე 8 დღეებზე კი სისხლში გაქრა vivax-ის პლაზმოდები და სამაგიეროდ აღმოჩნდა Falciparum-ის ბეჭდები. შეშაპუნებიდან მე 13 დღეზე ტვინის მოვლენების სიმპტომებით ავადმყოფი გარდაიცვალა, გაკვეთისას მალარიისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები აღმოაჩნდა.

მეორე შემთხვევაში პერნიციოზული მალარიით ახლად შეპყრობილ ავადმყოფს, რომელიც 5 კვირის განმავლობაში ურიგოთ მკურნალობდა ქინაქინით per os და კაკოდალის და Neosalvarsan-ის შეშხაპუნებით და სიცხე დროებით განელებული ქონდა, სისხლში კი ბლომათ მოეპოებოდა Falciparum-ის გამეტეტები და ბეჭდები, ავტორმა შეუშხაპუნა ორჯერ კუნთში მისივე (ავადმყოფის) სისხლი; არავითარი ცვლილება ამისაგან არ მიიღო. მაშინ ავტორმა შეუშხაპუნა ავადმყოფს ვენაში 2 კ. ს. vivax-ის გამეტებიანი სისხლი. შეშხაპუნებიდან მე 18 დღეზე პერიფერიულ სისხლში აღმოჩნდა vivax-ის პარაზიტები, მე 26 დღეზე vivax-ის მორულაციის ფირმებიც. ავადმყოფის მკურნალობა ავტორმა გაატარა ნეისალვარსანი და ქინაქინით ნოხტის მეთოდით. სიცხე გაუნელდა, დარჩა Falciparum-ის გამეტები.

მესამე შემთხვევაში ტროპიკული მალარიით ახლად შეპყრობილმა ავადმყოფმა მიიღო ქინაქინა პირველ ორ დღეს ვენაში შეშხაპუნებით, შემდეგ ორი დღე per os. ბეჭდების რაოდენობამ სქელ წვეთში საგრძნობლად იკლო, მეხუთე დღეზე ბეჭდები გაქრა, დარჩა მხოლოდ გამეტები. ქინაქინის შეწყვეტის შემდეგ ავადმყოფმა მიიღო ვენაში vivax-ის დიდძალი გამეტებიანი და შიზონტებიანი სისხლის 2 კ. ს. ათი დღის ინკუბაციის შემდეგ სქელ წვეთში აღმოჩნდა Falciparum-ის და vivax-ის გამეტები და ბეჭდები, ავადმყოფმა მიიღო ქინაქინა 0,25 t 5; მახლობელ დღეებში სისხლი გაქრა vivax-ის პარაზიტები, დარჩა მხოლოდ Falciparum-ის გამეტები და ბეჭდები.

ამ ავადმყოფის ასეთი გამეტებიანი სისხლის 2 კუბ. ს. ავტორმა შეუშხაპუნა კან ქვეშ მეოთხე ავადმყოფს (მეოთხე შემთხვევა), რომელსაც არ ქონდა მალარია და სჭირდა Myelitis chronica. შეშხაპუნების 4 კვირის შემდეგ პერიფერიულ სისხლში აღმოჩნდა Falciparum-ის პატარა ბეჭდები, 4 დღის შემდეგ მისივე გამეტებიც. vivax-ის პარაზიტები არ აღმოჩნდა. ავადმყოფს Falciparum-ის აღმოჩენიდან 14 დღის შემდეგ ავტორმა შეუშხაპუნა ჰიპოდერმში Vivax-ის დიდძალ შიზონტებიანი და გამეტებიანი სისხლი—2 1/2 კ. ს. ასეთი განმეორებული შეშხაპუნება დარჩა უშედეგოთ, სისხლში მხოლოდ Falciparum-ის პარაზიტები იყო.

ავტორი ამ ცდებისა და თავის წინანდელი მუშაობის (1920 წ.) მიხედვით იძლევა ზოგიერთ დასკვნებს: მისი ცდები Tertiana-ს და perniciosa-ს პარაზიტებს ეკუთვნის (Quartana-ს შემთხვევები არ ქონია;) ის თავისი ცდებით ემხრობა Muhlens-ის, Kirschbaum-ის და Forschbach-ის ცდებს, რომლებმაც მიიღეს აცრიით იგივე პარაზიტი, რომელიც აუცრეს და წინააღმდეგია უნიტარულ (Laveran-Pleta და სხვ.) თეორიისა. უნიტარულ თეორიის საწინააღმდეგო აგრეთვე სხვადასხვანაირი დამოკიდებულება ქინაქინისადმი და Salvarsan-ისადმი ამ ორ სხვადასხვაგვარ პარაზიტისა.

ექსპერიმენტალური მალარიის დროს ინკუბაციის ხანგრძლივობისათვის ავტორის აზრით მნიშვნელობა აქვს გარდა Ziemann-ის მიერ მოყვანილ ფაქტორებისა, როგორცაა 1) რაოდენობა სისხლთან ერთად შეშხაპუნებულ პარაზიტებისა 2) პარაზიტების სასიცოცხლო ენერჯია, 3) ინდივიდუუმის მიმდებლობისა, აგრეთვე იმას თუ როგორ არის ნაწარმოები შეშხაპუნება, წლის რომელ დროს და მიმდები უკვე მალარიანია, თუ თავისუფალია მალარიისაგან.

შეშხაუნება ვენაში უფრო საიმედოა და ინკუბაცია მოკლეა. ავტორის შემთხვევებში ინკუბაცია უდრიდა პერნიციოზას—8 და 16 დღე, Tertiana-ს—48 საათი 5, 10 და 18 დღე. კანქვეშ შეშხაუნების დროს კი ინკუბაცია უფრო გრძელია.

ავტორის აზრით vivax-ის პარაზიტი უფრო სუსტია, Falciparum-ის კი უფრო გამძლე, შეუპოვარი და მავნე (მეტი სიკვდილიანობა).

ს. კანდელაკი.

ნეკროზის სნეულეზანი.

Fischer. ნაძალადევი მოძრაობანი ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს. (La Presse med. № 98).

მიოკლონიებს ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს უნდა დაეუპირისპიროთ ავტომატიური მოძრაობანი, რომელნიც ავადმყოფის ნებისყოფას ემორჩილებიან ე. ი. ავადმყოფს შეუძლია მათ რამდენიმე ხანს წინააღმდეგობა გაუწიოს, ან ეს მოძრაობანი შეიძლება არ გამოვლინდეს, თუ ავადმყოფზედ ფსიქიურად ვიმოქმედებთ. უზშირესი ტიპი ამ ავტომატიური მოძრაობისას წარმოადგენს—Torticollis spasmodique. ეს მოძრაობა ჩამოგავს სხვა ავტომატიზმებს ეპიდემიური ენცეფალიტის დროს შენიშნულს. როგორც მაგალითად: სიტყვიერ ავტომატიზმებს (palilalie, paligraphie, écholalie), მოძრაობითი იმპულსებს (Hermann-ის ერთ ავადმყოფს კოშკის, ან რომელიმე ამალღებულ ადგილის დანახვაზედ არ შეეძლო, რომ მაზედ არ ასულიყო და იქიდან არ გადმოფრენილიყო; მეორე დაეცემოდა მიწაზედ და იძლეოდა სტერეოტიპულ მოძრაობას, მესამეს არ შეეძლო თავი შეეკავა, რომ არ ეკვნიტა თავის თითების ფრჩხილები.

Fischer-ს სამი შემთხვევა მოყავს:

პირველი—ელექტრონზედ მომუშავე, 24 წლისა, დაავადებული ეპიდემიური ენცეფალიტით 1919 წ. 4 წლის შემდეგ დაემართა კრუნჩხვა მარცხენა ხელში: აქ ხდებოდა ფლექსია მაჯისა, თითებისა და პრონაცია წინამხრისა. ეს მოძრაობა უახლოვდებოდა მოქმედებას, რომელსაც ავადმყოფი თავის მოვალეობის აღსრულების დროს აწარმოებდა და ჩამოგავდა პროფესიონალურ კრუნჩხვას. რამდენიმე თვის შემდეგ განვითარდა პარკინსონის სინდრომი გამომეტყველების დაკარგვით და კანკალით, რასაც დაემატა Torticollis spasmodique.

მეორე—ავადმყოფი ქალი, 22 წლისა, დასნეულდა ენცეფალიტით 1920 წ. 1923 წელს უკვე გამოაჩნდა ფსიქიური სინდრომი, კატატონიური მდგომარეობა, პერიოდებით, როცა მას, მიუხედავად ყველა ღონისძიებისა, არ შეეძლო ეთქვა ერთი სიტყვა, ან როცა მას არ შეეძლო ეფიქრა თუ არა გერმანულად, მიუხედავად იმისა, რომ მისი დედა-ენა ჰუნგარული იყო. ან როცა მას არ შეეძლო ეწერა თუ არა უკულმა ე. ი. თითო სიტყვის პირველ ასოს დასვამდა უკანასკნელზედ და უკანასკნელს კი პირველ ადგილზედ. შემდეგში ეს ავადმყოფი წარმოადგენდა პარკინსონის სინდრომს (სახე გაშეშებულობა, კანკალი) სპაზმოდორტორტიკოლისით.

მესამე დაკვირვება ყველაზე კუროიოზულია. იგი ეხება 13 წლის ბავშვს, რომელიც 1920 წელს დასნეულდა ენცეფალიტით, რასაც მოყვა პარკინზონის სინდრომი სპასზოდიურ triticollis-ით.

როცა სთხოვდნენ ავადმყოფს გაეგლო, იგი თავს და თვალებს მარჯვნივ წაიღებდა, იწყებდა მონევისებურად ტრიალს თავის ტანის ღერძის ირგვლივ და ამგვარად ხაზავდა წრეს დიამეტრით დახლოვებით ერთი მეტრისა. ეს ტრიალი გრძელდებოდა იქამდის, სანამ არ წაიქცეოდა გაშეშებული მარჯვენა გვერდზე და ფეხზედ წამოდგომის უნარის მოსპობილი. მას შეეძლო ამ მინევისებურ მოძრაობის შესუსტება, თუ მოსკიდებდით ოდნავ ხელში, ან თუ კიბზედ ასვლას სთხოვდით. ეს სიმპტომი მოგვაგონებს (დაკვირვებას) მოვლენას, რომელსაც ჩვენ ერთ მეორეზედ ლაბირინტის ან ნათხემის ნახევარ სფეროს ამოკვეთის შემდეგ მივიღებთ. ამ ავადმყოფს ნათხემი და ლაბირინტი არ ქონდა დაზიანებული, ამიტომ ასეთი მოძრაობანი უფრო უნდა ზოლიანი სხეულის დაზიანებას მივაწეროთ.

13. 3.

თვალის სნეულებანი.

Stock. თვალის კაკლის ტუბერკულოზისათვის. (Ueber Tuberkulose des Augopfels—Medizinische Klinik № I, 1925 წ. გვ. 1—4.).

თვალის ავადმყოფობათა შორის ტუბერკულოზს უკავია არა მცირედი ადგილი. უფრო ხშირად ტუბერკულოზით ავადდება უვეა (uvea): თვალის სარტყელი (ირის), სხივებრივი სხეული, სისხლძარღვა გარსი. მაგრამ არც რქოვანი და ბადებრივი გარსის ტუბერკულოზია იშვიათი. I უვეას ტუბერკულოზი. თუ მილიარი ტუბერკულოზით ავადმყოფი სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში გაისინჯა ოფთალმოკოპით, დაინახება თითქმის ყოველთვის (ზოგიერთი ავქსონების მიხედვით 95%—ში) არა მკვეთრად განსაზღვრული მოყვითალო ბუდეები (Herde). ამ ბუდეების ანატომიური შენობა ტიპური ტუბერკულოზიანია. მათი განაქობულ კენტროები სავსეა, მეტადრე საზღვრებზე, ტუბერკულოზის ჩხირებით. უფრო იშვიათია მილიარი ტუბერკულოზი თვალის სარტყლისა და სხივებრივი გარსისა. პროგნოზის მხრივ სისხლძარღვის გარსის მილიარი ტუბერკულოზი უნდა ჩაითვალოს ცუდ ნიშნად: თითქმის ყველა ავადმყოფი კვდება, თუმცა აქაც არის გამონაკლისი. მეორე სახე უვეას ტუბერკულოზის არის განცალკევებული ტუბერკული. ესეც თითქმის ყოველთვის ვითარდება სისხლძარღვა გარსში. ოფთალმოკოპში იგი მოჩანს, როგორც მოდიდო მინისებრი გარსისკენ გაწოებული ბუდე, რომელიც წააგავს ავბუნებთან ხორცმეტს. უფრო ყურადღებიანი დაკვირვების შემდეგ ირკვევა, რომ მისი ფერი უფრო თეთრია, ვიდრე მაგ. მელანოსარკომისა, და რომ მისი გარშემო მოფანტულია წვრილი ბუდეები, რომელნიც წააგავენ მილიარ ტუბერკულებს. ანატომიურად აქაც უეჭვო ტუბერკულოზიანი შენობაა. პროგნოზი ცუდი—თითქმის ყველა ავადმყოფი კვდება. თვით ავქსონის ხუთი შემთხვევა სიკვდილით გადავებულა. ამავ განცალკევებული ტუბერკულოზის სახეს ეკუთვნის აგრეთვე ის ტუბერკულოზიანი ანთება მთელი თვალის კაკლისა (panophthalmitis), რომელიც მწვავედ იჩენს ხოლმე

თავს. ერთი ამგვარი შემთხვევა ანატომიურად გაუსინჯავს აექსონს და ალმოუჩენია იმდენი ტუბერკულოზის ბაცილები, რომ პირველ ხანებში ეჭვიც კი შეჰპარვია—ლეპრასთან ხომ არა მაქვს საქმეო. აქაც დასაწყისი სისხლგარსიდან ყოფილიყო. თვალის სარტყელშიაც აქვს ალაგი სოლიტერი ტუბერკულუმის გაჩენას. აქ ამ კვანძებს აქვთ მიღრეკილება შეერთებისა ისე რომ რამდენიმე ხნის შემდეგ თვალის სარტყელი წარმოადგენს ერთს რუხ გრანულაციან ქსოვილს, მასთანვე რქოვანი გარსის პარენქიმა იმღვრევა, აქ ვითარდება ახალი სისხლძარღვები, სკლერშიაც ჩნდება ხორკი, რომლის ზედაპირი დნება და ამნაირად შეიქმნება ნამდვილი ტუბერკულოზიანი წყლული ამ შემთხვევებში თვალი ამოკაკლული უნდა იქნეს. სიცოცხლისთვის ამ შემთხვევებში პროგნოზი არც ისე ცუდია. ზემომოყვანილ შემთხვევებში ტუბერკულოზის დიაგნოზი, როგორც კლინიკურად, აგრეთვე ბაქტერიოლოგიურ-ანატომიურად არაა ძნელი. სულ სხვაა იმ შემთხვევებში, როდესაც ტუბერკულოზი ქრონიკული მიმცოცავი უვეიტის სახეს ღებულობს. დასაწყისში სუბიექტიური სიმპტომები მცირედია: თვალის წინ რაღაც სიმღვრივეები დადიან, არც დიდ ტკივილებს გრძნობს, არც ანთებითი მოვლენებია შესამჩნევი. გასინჯვის დროს შეიძლება აღმოჩნდეს აქ-იქ თვალის სარტყელი კიდები ნიწებებულ თვალის ბროლის წინა კაფსულასთან, თვალის სარტყელზევე გაფანტულია აქა-იქ წვრილი კვანძები, რუხი ნალექები რქოვანი გარსის უკანა ზედაპირზე, აგრეთვე მინისებრი გარსის სიმღვრივენი, ხანდახან ახალი ბუდეებიც სისხლძარღვ გარსზე. ეს ავადმყოფობა თანდათან შეპარვით მიდის წინ და ბოლოს თვალი ბრმავდება. ხშირად პროცესში მონაწილეობას ღებულობენ რქოვანი გარსი ან სკლერა. ანატომიურად ამ შემთხვევებში ტიპური ტუბერკულოზის სურათს არ ვხედავთ. რომ ამგვარი ავადმყოფობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ტუბერკულოზით მტკიცდება ცხოველებზე ცდებით. უვეას ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასასმელად ჯერ ავადმყოფს ყოველმხრივ გასინჯავენ, მერე მიმართავენ ტუბერკულინით გასინჯვას. თუ კი ტუბერკულინმა გამოიწვია ზოგადი რეაქცია, უვირდებიან ადგილობრივ, თვალის, რეაქციას. თუ ამ რეაქციამაც იჩინა თავი, მაშინ ტუბერკულოზიანი ხასიათი დაავადებისა უნდა ჩაითვალოს დამტკიცებულად, თუ არა—შესაძლოდ. რაკი ერთხელ დაავადების მიზეზად ტუბერკულოზი იქნა მიღებული მაშინ უნდა იყოს დაწყებული სათანადო წამლობა ადგილობრივი და ზოგადი. ადგილობრივად ატროპინი. რადგან ატროპინი უნდა იხმარებოდეს მთელი წამლობის დროს. ე. ი. თვეობით, ან შეიძლება წელიწადიც—ავადმყოფს უნდა მიეცეს შესაფერი სათვალეები (აკომოდაცია ხომ დადუნებული ექნება ატროპინისაგან) სამუშაოდ. სოსანი სინათლისათვის, როგორც უშედდგოსთვის, აექსონს თავი დაუნებებია. უფრო მეტ იმედებს ამყარებს იგი რენტგენის სხივებზე. აქ კი ძრიელ სიფრთხილვა საჭირო, ზოგადი წამლობის მიზნით უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება კვებას—რომელიც უნდა იყოს ნოყიერი და არა გადაჭარბებული. სტომაქის მოქმედება უნდა იყოს რეგულიარი, მუცლის შეკვრა უნდა იყოს უსათუოდ აცილებული—უნდა იყოს გატარებული, თუ შესაძლოა მზით წამლობა, მალლობის მზით კურნება და ყოველ შემთხვევაში—ტუბერკულინით წამლობა. აექსონს 25 წლის განმავლობაში უსინჯვია ძველი ტუბერკულინი, ახალი ტუბერკულინი, როზენბერგის ტუბერკულინი, კანის

აცრა Moro, Petruschky, Ponndorf-ის წესებით და მისულა იმ დასკვნამდე, რომ ყველა ეს ტუბერკულოზები საერთოდ კარგებია. ნაწიბურის შექმნის გასაძლიერებლად ხმარობს სილისტერს.

II. ბადებრივი გარსის ტუბერკულოზი. ოცი წლის წინ ფიქრობდენ, ვითომც ბადებრივი გარსი ტუბერკულოზისადმი იმმუნი ყოფილიყოს. ეხლა ცნობილია, რომ ბადებრივი გარსში აქვს ალაგი პირველად ტუბერკულოზს ამ შემთხვევებში კლინიკური გასინჯვის დროს ბადებრივი გარსში ემჩნევა მოდიდო ან წვრილი სისხლჩაქცევანი, რომელნიც რამდენიმე ხნის შემდეგ ჰქრებიან, და ხელახლავ ჩნდებიან ამ მოვლენის მიზეზს ვპოულობთ ვენების დაავადებაში. ოფთალმოსკოპით ვენებს აქ-იქ ემჩნევა თეთრად შებურვ-შემოსვა, სხვა ალაგებს ან და ამ შესამოსის შუაში ხშირი ხორკლიანი გამსხვილებანი. ანატომიური გამოკვლევა ადასტურებს მათ ტუბერკულოზიან ხასიათს. ამ დაავადებას ხშირად მისდევს ცული შედეგები (Retinitis proliferans და სხ.), ზოგიერთი შემთხვევა თავდება სრული განსაღებით. წამლობა იგივეა როგორც მიმცოცავ ირიდოციკლიტის დროს. რომ სისხლი უფრო ადვილად შედედდეს ავქსონი აძლევს ელატინას—პუდლინგის სახით. როგორც ქრონიკული ირიდოციკლიტის დროს, აგრეთვე ტუბერკულოზიან ბადებრივი გარსში სისხლ-ჩაქცევის დროს ხშირად მინისებრი გარსის სიმღვრივენი. ამ ბოლო დროს აწერილი იქმნა აგრეთვე ტუბერკულოზი მხედველობის ნერვისა. ავქსონის ერთს შემთხვევაში მხედველობის ნერვის ტუბერკულოზი გადასულა მენინგეებზე და გამოუწვევია სიკვდილი. რადგან ძნელია კაცის თვალის ტუბერკულოზის წამლობის ავ-კარგიანობაზე მსჯელობა, ავქსონს მიუმართავს ცხოველებზე ექსპერიმენტებისათვის. რადგან ეს ექსპერიმენტები ძვირად ჯდება იან და ბევრს დროს მოითხოვს ამისათვის იგი სთხოვს ყველას, ვის ხელშიც ცხოველების დიდი მასალაა, შეუდგენ ამგვარსავე ექსპერიმენტებს.

ა. შ.

მალარია ტერცინას წამლობა.

E. Marchonx. განსაკუთრებული მოქმედება Stovarsol-ისა მალარია ტერცინას დროს (Ann. Inst. Pasteur, t. XXXIX, mars 1925, pp. 197-208).

ავტორი მოკლედ აღწერს თუ რა სიძნელეს წარმოადგენს მალარიასთან ბრძოლა, განსაკუთრებით იქ, სადაც იგი ძალიან არის გავრცელებული. აღნიშნავს აგრეთვე, რომ დღემდის ერთად-ერთი საუკეთესო საბრძოლველი საშუალება, როგორც თერაპევტიული ისე პროფილაქტიური მიზნით, არის ქინაქინა. ამასთანავე ავტორი დასძენს, რომ სიძვირე ამ უკანასკნელისა და სიმცირე მისი რაოდენობისა აიძულებს კაცობრიობას ეძიოს ისეთი ნივთიერება, რომელიც ქინაქინის მაგივრობას გაავიწვეს და ამავე დროს შეიძლებოდეს მისი დამზადება განუსაზღვრელი რაოდენობით. შემდეგ ავტორი აღნიშნავს, რომ ქინაქინასთან ერთად საპატიო ადგილი ექირა დარიშხანს და მის პრეპარატებს, რომელთაც მხოლოდ ნაწილობრივ გაამართლეს მოლოდინი.

ავტორი გადადის რა Stovarsol-ის ხმარებაზე აღნიშნავს, რომ E. Fourneau-ს მიერ იყო შესწავლილი დარიშხანის სიმჟავეები და მის მიერ იყო დამზადებუ-

ლი ორი პრეპარატი: ოქსიამინოფენილ დარიშხანის სიმეჯე ანუ 189 და მეორე 190 აცეტილიანი წარმონაქმნი ამ სიმეჯისა. პირველი აღმოჩნდა მერყევი და ადვილად იჩენდა ტოქსიურ თვისებებს, მეორემ კი, Stovarsol-ის სახელით, მოიხვეჭა ყურადღება. ეს უკანასკნელი ნაცადი იყო მრავალი ავტორის მიერ სხვადასხვა პროტოზოებით დაავადების დროს (ამიბიაზი, ლამბლიოზი და სხვა) და ყველას მიერ იყო მიღებული დადებითი შედეგი.

შემდეგ ავტორი მოგვითხრობს თუ, როგორ მიეცა მას საშუალება ეწარმოებინა პირველი ცდები. მან ისარგებლა Auguste Marie-ის მასალით, რომელიც მაღარიით ატარებდა მკურნალობას წარმატებით მავალ სიღამბლავით დაავადებულზე; აქვე აღნიშნავს, რომ Auguste Marie-მ, როგორ სხვა ავტორებმა, მიიღეს დადებითი შედეგი იმ მხრივ, რომ ავადმყოფების მდგომარეობა უმჯობესდებოდა და ადგილი ჰქონდა ხანგრძლივ რემისიებს. ამის გარდა ავტორი აღნიშნავს, რომ მას საშუალება ჰქონდა თვალყური ედევნებინა პარაზიტების განვითარებაზე და დასძენს, რომ წინააღმდეგ უნიტარული მოძღვრების მიმდევრებისა, მაღარიის ერთი ფორმის მეორე ფორმაში გადასვლას ადგილი არ ჰქონდა.

ამ მიმართულებით ავტორის მიერ წარმოებული ცდების შედეგები იყო შემდეგი: 7 ავადმყოფს, რომელთაც ქინაქინის წამლობის შემდეგ ისევ ჰქონდათ შეტევები, შეუშხაპუნა ვენაში 1,0 Stovarsol-ისა. Stovarsol-ის ხმარობდა არა აცეტილამინოფენილ დარიშხანიან სიმეჯეს, არამედ ნატრიუმის მარილს, რომლის ერთი გრამი იხსნება 8 კ. ს. წყალში. ავტორი 1,0 ნატრიან Stovarsol-ისას ხსნიდა 10 კ. ს. წყალში და ისე უშხაპუნებდა. ყველა მათგანს შეუშხაპუნა მხოლოდ ერთხელ და 24 საათის განმავლობაში პარაზიტები გაჰქრენ.

დაშლა პარაზიტებისა არ ხდებოდა ერთბაშად, არამედ თანდათანობით. ნაცხები იღებოდა ყოველ საათს და იშინჯებოდა. უპირველეს ყოვლისა ჰქრებოდნენ პიგმენტისანი პარაზიტები. უკვე 6 საათის შემდეგ პიგმენტისანი პარაზიტები აღარ იშინჯებოდნენ. ყველაზე დიდ გამძლეობას იჩენდნენ ახალგაზრდა ფორმები, სწორედ პირიქით, რაც ხდება ქინაქინით წამლობის დროს. ავტორი აღნიშნავს, რომ ადგილი ჰქონდა არა ფრამენტაციის პროცესს, არამედ პარაზიტის პროტოპლაზმის კონდენსაციას, უმთავრესად კი ხრომატინისას. შემდეგ პროტოპლაზმა ჰკარგავდა უნარს საღებავის შეთვისებისას, ლხვებოდა და ჰქრებოდა. ბირთვი, პირიქით, იყო მკვრივი, კარგად იღებებოდა, თითქოს მოცულობით უფრო დიდი, ვიდრე ნორმალურ ჰემატოზოერისა და იყო ოდნავ გარშემორტყმული პროტოპლაზმის ჩრდილით. ბოლოს და ბოლოს ბირთვიც დნებოდა.

ყველა ამ დაკვირვებიდან ავტორი დასძენს, რომ ღირსშესამჩნევია ერთის მხრივ ის, რომ Stovarsol-ით მკურნალობის დროს მგრძობიარობას იჩენენ პიგმენტისანი პარაზიტები, კერძოდ გამეტები, რომელზედაც ქინაქინა ძნელად მოქმედობს და მეორე ის, რომ ეს მოქმედება ძალიან სწრაფია. ავტორი იმედს გამოსთქვამს, რომ Stovarsol-ის ხმარება პროფილაქტიური მიზნით მოგვცემს საუკეთესო შედეგს.

როგორც დასკვნა ზემო აღნიშნულ ცდებისა ავტორი აღნიშნავს, რომ შესაძლებელია ძვიდლოთ რეციდივი მხოლოდ ერთ მესამედ შემთხვევაში, ისიც არა უადრეს ორი თვისა და რომ დიდ მიღწევას წარმოადგენს დაავადებულთა რიცხვის ორი მესამედის ზოსპობა Stovarsol-ის ერთი შემხაპუნებით.

ავტორმა მოიხმარა Stovarsol-ი აგრეთვე ალჟირის ერთ პატარა ქალაქში, სადაც ავტორის გამოკვლევით მალარიით დაავადება უდრის 60%, სისხლში პარაზიტები კი ნახული იყო $1/3$ შემთხვევაში. აქ ავტორმა იხმარა Stovarsol-ი 44 შემთხვევაში (12 შემთხვევა იყო mal. tertiana-სი, 19—mal. quartana-სი და 13—mal. tropica-სი).

Mal. tertiana-ს დროს ავტორი ხმარობდა Stovarsol-ს per os, როგორც გაუხსნელს, ისე გახსნილს, გახსნილს აგრეთვე ხმარობდა კანქვეშ, კუნთებში და ვენაში. რანაირიც არ უნდა ყოფილიყო საშუალება ხმარებისა, ყველგან ავტორი იღებდა ერთნაირ, უკვე ზემოთ აღწერილ, დადებით შედეგს.

რაც შეეხება Mal. tropica და quartana-ს დროს Stovarsol-ს ხმარობდა იგივე დოზებით და სხვადასხვა საშუალებით, მაგრამ არავითარ შედეგს არ იღებდა. პარაზიტები ჩვეულებრივ განაგრძობდნენ თავიანთ განვითარების ციკლს. ერთ შემთხვევაში, სადაც ავტორს ორმაგ დასნებოვანებასთან ჰქონდა საქმე, სახელდობრ mal. tertiana და quartana-სთან; Stovarsol-ის ხმარების შემდეგ ავადმყოფი განთავისუფლებული იყო mal. tertiana-სგან, mal. quartana-ს პარაზიტები კი დარჩა უცვლელი.

ავტორი განიხილავს რა Stovarsol-ს აღნიშნავს, რომ ეს უკანასკნელი უნდა ჩაითვალოს სპეციფიურ საშუალებად Mal. tertiana-ს დროს და როგორც დამხმარე mal. quartana და tropica-ს დროს.

დასასრულს ავტორს გამოჰყავს შემდეგი დასკვნანი:

1. Stovarsol-ის ერთი გრამი (მოზრდილთათვის) და 0,37 (ბავშვთათვის), რომელიც ძალიან დაშორებულია ტოქსიურ დოზასთან, რანაირადაც არ უნდა იყოს ნახმარი, სწრაფად სპობს mal. tertiana-ს პარაზიტებს. ეს უკანასკნელნი დნებიან როგორც შაქარი წყალში.

2. პარაზიტების დაშლა იწყება პიგმენტიანი ფორმებით.

3. ახალგაზრდა ფორმები უფრო გამძლენი არიან, მაგრამ 24 საათის განმავლობაში ესენიც ისპობიან.

4. ერთი შეშხაბუნების შემდეგ რეციდივს აქვს ადგილი მხოლოდ ერთ მესამედ შემთხვევაში, ისიც არა უადრეს ორი თვისა.

5. Mal. quartana და mal. tropica-ს დროს მარტო Stovarsol-ი არავითარ შედეგს არ იძლევა.

6. ვინაიდან P. vivax-ი ერთად ერთია, რომელიც იძლევა ელენტის უადრეს გადიდებას, ამიტომ პრაქტიკოს ექიმებს შეუძლიანთ უმიკროსკოპოთ, პალპაციით დასვან დიაგნოზი და იხმარონ Stovarsol-ი.

7. მგრძნობიარობა P. vivax-ისა დარიშხანის პრეპარატებისადმი და ამავე დროს არავითარი მგრძნობიარობა P. malariae და P. falciparum-ისა, კიდევ მეტ საბუთს იძლევა, რომ მალარიის სხვადასხვა ფორმა არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც ერთ ფორმად, არამედ იგინი წარმოადგენენ სამ ერთი ერთმანეთისგან დამოუკიდებელ ფორმას.

ივ. გველესიანი.

გიგლიოგრაფია.

Mayer, Martin. Exotische Krankheiten. (ექზოტიური ავადმყოფობანი). მოკლე სახელმძღვანელო პრაქტიკისათვის 210 სურათით და 2 ტაბულით. ბერლინი, 1924 წ. 304 გვ. ფასი 24 მარკა, შეკ. 25 მარკა.

ამ ახალი სახელმძღვანელოს ავტორი, პროფ. მ. მაიერი, ჰამბურგის ტროპიკული ინსტიტუტის ერთი ხელმძღვანელთაგანია და ტროპიკული მედიცინის დარგში ცნობილია თავისი შრომებით. ეს სახელმძღვანელო, ისე როგორც ამავე ავტორის და ნოხტის მალარია (ეხლა უკვე თარგმნილი ქართულად ბ. ოქროპირიძის მიერ) უმთავრესად თბილ ქვეყნებში მომუშავე ექიმებისთვისაა დანიშნული. ავტორს პირველ რიგში მხედველობაში ყავს ის მრავალი უცხო ექიმები, რომლებიც ყოველ წლივ სხვადასხვა ქვეყნებიდან ჩასული, ისმენენ ჰამბურგის ტროპიკული ინსტიტუტის კურსებს; თავიანთ სამშობლოში დაბრუნებისას მათ სჭირდებათ პრაქტიკული მუშაობის დროს მოკლე თანამედროვე სახელმძღვანელო ტროპიკული ანუ ექზოტიური მედიცინისა და ეს სახელმძღვანელოც უმთავრესად ამ მიზანს ემსახურება.

ავტორი, როგორც ჩვეულებრივად თავის ლექციებზე, ისე ამ სახელმძღვანელოშიც, ცდილობს საგნის უცხოელებისათვის გასაგები ენით გადმოცემას და ეს მას ზედმიწევნით ეხერხება.

მოკლეთ, თეორიულ მსჯელობების შეზღუდვით, ავტორს მოყვანილი აქვს ყველა თანამედროვე მთავარი ღირსშესანიშნავი ცნობები ტროპიკულ ავადმყოფობათა ეტიოლოგიიდან, კლინიკიდან, პათოლოგიიდან და თერაპიიდან.

სახელმძღვანელოს 11 ნაწილში აღწერილია ყველა ის ტროპიკული სნეულებანი, რომლებიც გამოწვეულია პროტოქოებისაგან, სპიროხეტებისაგან, ბაქტერიებისაგან, ჭიებისაგან, ართროპოდებისაგან, სოკოებისაგან (კანის ავადმყოფობანი) და სხვა მიზეზებისაგან.

წიგნი საუცხოვოდაა გამოცემული და მშვენიერადაა დასურათებული.

ყველა ქართველ ექიმს, ვისაც კი შეუძლია ცოტად მაინც სარგებლობა გერმანული ენით, ჩვენ ვურჩევთ ამ წიგნის შეძენას. ის მათ ბევრჯერ გაუწევს დიდ დახმარებას იმ ძნელ საკითხებში, რომლებიც ხშირად ძნელ მდგომარეობაში აყენებს ექიმს პრაქტიკული მუშაობის დროს, მით უმეტეს, რომ ტროპიკული მედიცინის დარგი ჩვენში თანდათან ფართოვდება ახალ-ახალი ექზოტიური ავადმყოფობათა აღწერით.

ს. კანდელაკი.

IV

კორესპონდენციები.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 8/1 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო წვერი 33, სტუმარი 48. თავმჯდომარეობს პროფ. გ. მუხაძე.

მომხსენება პირველი: ექ. გ. ლორთქიფანიძე. „წვივის ძვლის თანდაყოლილი გადატენილობის შემთხვევა“.

მომხსენებელი აჩვენებს საზოგადოებას შემთხვევის რენტგენის სურათს ბავშვისას, რომელსაც გადატენილი ჰქონდა დიდი წვივის ძვალი და არ ჰქონდა განვითარებული სრულიად უკანა ტერფის ძვლები, გარდა ქუსლის ძვლისა, რომლის სხეულის მკვლევარად სჩანდა მხოლოდ მისი ჩანასახი მორგვალო ლანდის სახით. დიდი წვივის გასწვრივ მოსჩანს მცირე ნაწიბურები. მომხსენებლის აზრით დიდი წვივი გადატენილია ჩანასახოვან ხანაში და ასაბუთებს იმით, რომ წვივზედ გარედან ხელის შეხებით კორძი—calpus ეტყობა, რომელიც ძველი ნაწიბურის შთაბეჭდილებას სტოვებს. ავტორის აზრით ამ ნაწიბურების წარმოშობის ომონარების ძაფების შესახებ აზრს არ გაიზიარებს, ვინაიდან ნაყოფის გარემო წყლები მის შემთხვევაში ნორმალური რაოდენობისა იყო. ავტორის აზრით ნაწიბურები აიხსნება გადატენილ ძვლის მახვილი ნაწილით, რომელმაც ახლო მდებარე ნაზი ქსოვილები დააზიანა.

კამათი:

მ. კილოხანიძე—იმის გარდა, რომ ბავშვს სრულიად არა აქვს მარჯვენა ფეხზედ მცირე წვივი და უკანა ტერფის უმრავლეს ძვლების ჩანასახიც არა სჩანს, ბავშვს მკაფიოთ აქვს გამოხატული pes valgus. ამასთან ერთად რენტგენის სურათი ამასაც გვიჩვენებს, რომ დიდი წვივის ძვალი საკმაოდ არ არის განვითარებული და მასთან გადატენილა დაბადებამდე და შეხორცებულა არანორმალურად. ასეთი შემთხვევა იშვიათია, და მე მქონდა შემთხვევა როდესაც ბავშვს ორთავე ფეხებზედ არ ჰქონდა წვივები და ტერფები მიკრული ჰქონდა ბარძაყის ძვლებზედ. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება დახმარებაც აღმოუჩინოთ შემდეგნაირად: მეორე წვივიდან გადაენერგოთ ძვალი, რომლის ერთი ბოლო უნდა ჩაისვას წვივზედ გაკეთებულ ზემო ხვრელში და მეორე ბოლო ტერფის უკანა ძვლებში თუ ეს ძვლები განვითარდნენ, რასაკვირველია გადატენილობის წინასწარი გასწორების შემდეგ.

პროფ. გ. მუხაძე—ჩემთვის არ არის აშკარა რომ მომხსენებლის შემთხვევაში უთუოდ გადატენილობასთან გვაქვს საქმე. შეიძლება ვიფიქროთ, რომ სურათზედ ნაჩვენები მოვლენები არის შედეგი ძვლების არანორმალური განვითარებისა.

პროფ. ი. თიკანაძე. იცავს მომხსენებლის აზრს გადატეხილობის შესახებ და ამის საბუთად მოჰყავს ის ფაქტი, რომ საღ ფეხზედ არავითარი ცვლილება არ იყო, გადატეხილ წვივის ძვალს მახვილი კუთხის ფორმა ჰქონდა და მასზედ გადაკრულ კანს ნაწიბურის სურათი აშკარად განიჩქოდა მახლობელ ნაწილების კანის სურათებისაგან.

მომხსენების შემდეგ **ექ. გ. ლორთქიფანიძე** აჩვენებს საზოგადოებას ნაადრევად დაბადებული მახინჯი ბავშვის გვამს—„ციკლოპს“.

სიმახინჯე შემდეგი ფორმისაა: ბავშვის სახე პირველი შეხედვით ბრტყელია, ცხვირი არა აქვს განვითარებული; შუაზედ აქვს ერთი თვალი, რომელიც მთელი *glabella*-ს მიდამოს იკავებს. ეს თვალი ნორმალურ თვალთან შედარებით უფრო დიდია, ქუთუთოები მცირეა და თვალის კაკალს წინიდან არ ჰფარავენ, საცრემლე კორდი კენტია და ქვემო ქუთუთოს ცენტრალურ ნაწილშია მოთავსებული. თვალის ზევით, შუა ხაზზედ შუბლის მიდამოში არსებობს რბილი წარზიდულება ხორთუმივით, 3 cm. სივდისა და 1 cm. სისქისა. მომხსენებელს ეს დანაშატი განუვითარებელ ცხვირად მიაჩნია.

სიმახინჯის ეტიოლოგიის შესახებ მომხსენებელი იზიარებს პროფ. ტარასევიჩის აზრს ამნიონურ და ანთებითი თეორიის შესახებ. გვამის გარდა მომხსენებელი უჩვენებს საზოგადოებას მახინჯის რენტგენის სურათს.

პროფ. ა. ნათიშვილი. წარმოადგენილი შემთხვევა საინტერესოა იმიტომ, რომ სრულიად განვითარებულ თავზედ წმინდა ციკლოპის ანატომიური სურათია განვითარებული. უფრო საინტერესო იქნებოდა ეს შემთხვევა, თუ დაუყონებლივ მახინჯის რბილი ნაწილების გამაგრება მოხდებოდა საკონსერვაციო სითხის ინექციით თავის ტვინის თავისებურობის გამოსარკვევად.

მომხსენება მეორე.

ექ. გიგინეიშვილი. „ქალის სასქესო ორგანოების ორმაგი სიმახინჯის კაზუისტიკისათვის“.

მომხსენებელი აღწერს ოთხ თავის შემთხვევას გატარებულ დოც. დოლობერიძის განყოფილებაში.

შემთხვევა პირველი: *Uterus bicornis unicolis cum vagina solida.*—ქალწული, 30 წლისა, ხშირი სისხლის დენა აქვს უკვე 13 წლის განმავლობაში. ერთი წლის წინათ გაკეთებული ჰქონდა სხვაგან პოლიპის ამოჭრა საშვილოსნოს ყელიდან. გამოკვლევამ აღმოაჩინა ორი საშვილოსნო ერთი ყელით. ორივე საშვილოსნო ამოფეხილია. განაფხეკის გასინჯვის შედეგი პოლიპოზური ენდონეტრიტი.—ავადმყოფი გაეწერა კარგ მდგომარეობაში.

მეორე შემთხვევა: *Uterus pseudodidelphus cum vagina separativa.* ქალი 36 წლ. უჩვიის უშვილობას და *dysmenorrhoea*-ს. სქესობრივად ცხოვრობს 13 წელს. გასინჯვა: გარეგნულად კარგი განვითარებისაა. საშო გაყოფილია ტიხარის ორნაწილად, ყოველ ნაწილს აქვს კარგად განვითარებული *portio vaginalis uteri*; საშვილოსნოს ტანი ორია და განცალკევებული და საკუთარი დანაშატი აქვთ. მარცხენა საშვილოსნოს ღრუ=7 სანტ. მარჯვენასი=5 1/2 სანტ. გაუკეთდა ორივე საშვილოსნოს გამოფხეკა, ტიხარი გაკვეთილია შუაში და გაკერილი განუწყვეტილივი ნაკერით.

თვითი ისევ ტკივილებით აქვს.

შემთხვევა მესამე—Uter. bicularis bicervicalis cum vagina dupl.—ავად-
მყოფი უჩივის სისხლის დენას და ტკივილებს. სქესობრივი ცხოვრება აქვს 6 წე-
ლი. გასინჯვამ აღმოაჩინა: საშო გაყოფილია ტიხარით ორად. ორივეში განვითა-
რებულია parti vagin. ut. უკანასკნელი ზემოთ გადადის განიერ მაგარი კონსი-
სტენციის სხეულში რომელიც შუაში ჩაზნექილია. ზონდის გატარებამ აღმოა-
ჩინა ყოველ ყელში განცალკევებული არხი და საშვილ. ღრუ. გაუკეთდა გამოფხე-
ვა. სისხლის დენა მაინც აწუხებს.

შემთხვევა მეოთხე—Uter. in corn. rudimentar. cum atresia canalis cer-
vicalis—ქალი 32 წლ. თვითი არასოდეს არ ჰქონია. უკანასკნელ ორ წელს
აწუხებს ტკივილები ყოველ 3,4 კვირაში უფრო მარჯვენა მხარზე, რომელიც სა-
თანადო ფეხზედ ვრცელდება.

ბიმაწულური გასინჯვით აღმოჩნდა: საშვილოსნო ზომიერი, მარჯვენა კუთ-
ხეზედ სიმსივნე, მაგარი, მოძრავი. დანამატი მკაფიოდ არ ისინჯება, ყელის
არხში ზონდი $\frac{1}{2}$ სანტიმეტრზედ შედის.

ლაპარატომია. აღმოჩნდა რუდიმენტალური რქა, მის და საშვილოსნოს ღრუ
ამოვსებულია შედედებულ, 3 კოვზის რაოდენობის სისხლით ყელის არხში ზონ-
დი არ გადის. საშვილოსნო ამოკვეთილია. შედეგი დამაკმაყოფილებელი.

მომხსენებელი აღნიშნული შემთხვევების წარმოშობას აშუქებს ემბრიოლო-
გიის თვალსაზრისით.

კამათი:

მ. მაგლობლიშვილი. ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს ორჯერ
გამოფხევის შემდეგ სისხლის დენა მაინც არ უწყდება, შეიძლება კარგი შედე-
გები მივიღოთ რენტგენის სხივებით და ნაწილობრივ რეზექციითაც ვისარგებლოთ.

პროფ. ი. თიკანაძე. მე უნდა გისაყვედუროთ, რომ თქვენ თქვენს მოხსე-
ნებაში არ მოგყავსთ ის შემთხვევები, რომელთაც ადგილი ჰქონდათ მშობლიურ
უნივერსიტეტის კლინიკებში და რომელთა შესახებ მოხსენებები იყო და გამო-
ქვეყნებულიც არის. ამის გარდა, მე მგონია, რომ თქვენს მეოთხე შემთხვევაში
ამპუტაციის მაგივრად ვაკეთებული უნდა ყოფილიყო საშვილოსნოს ყელის აღ-
დგენა და ოპერატორს პირველ ყოვლისა ეს უკანასკნელი უნდა ეცადა.

ექ. გიგინეიშვილი. ყელის აღდგენის ცდა ამაო იქნებოდა და სასურველ
შედეგს ვერ მივალწევდით, ვინაიდან ყოველ ეჭვს გარეშეა რომ იგი ისევ შე-
ხორცდებოდა და სისხლი კვლავ შეგუბდებოდა.

დოც. ბ. ლოღობერიძე. ამ საკითხში მომხსენებელს ეთანხმება და უმატებს:
რქიდან ზონდის გატარება ვსცადეთ და გასავალი გზა დახურული აღმოჩნდა.

ვ. კანდელაკი. რუდიმენტალურ რქაში hematometria-ზე ლაპარაკი ზედ-
მეტია, ვინაიდან ასეთი რქა მოკლებულია მენტრუალურ ფუნქციას და მისი
ლორწოიანი გარსი ატროფიას განიცდის. მე ვეთანხმები პროფ. თიკანაძის აზრს
იმის შესახებ, რომ საშვილოსნოს ყელის არხი უნდა გაფართოვებული ყოფილი-
ყო და გამოშვებული სისხლი.

დოც. ბ. ლოღობერიძე. Hematometri-ს წარმოშობის წყარო შეიძლება იყოს
როგორც საშვილოსნო ისე რუდიმენტალური რქაც.

პროფ. ს. გოგიტიძე. ხელოვნურად გაკეთებული საშვილოსნოს ყელის არ-
 ზი ავადმყოფს არ შერჩება.

მ. მაღლობლიშვილი. შესაძლებლად სთვლის ამოეჭრათ მთელი ყელი და
 საშვილოსნო და პირდაპირ მიეკერებიათ საშოზე.

დოც. ბ. ლღობერიძე. ეხება შემთხვევის დიაგნოზს და განმარტავს, რომ
 ამ შემთხვევაში საბაზი არ ყოფილა, hematometria-ზე გვეფიქრა, ვინაიდან სა-
 შვილოსნო არ იყო გადიდებული. იყო ეჭვი ფიბრომის და დამატებითი რქის
 შესახებ.

პროფ. გ. მუხაძე. იმეორებს პროფ. ი. თიჯანაძის აზრს და გამოსთქვამს
 სურვილს, რათა საზოგადოთ მომხსენებლებმა იქონიონ სახეში არა მხოლოდ
 უცხოელ ლიტერატურის ცნობების მოყვანა, არამედ გაუწიონ ანგარიში და მო-
 ინსენიონ აგრეთვე ქართულ ლიტერატურაში უკვე აღწერილი შემთხვევები და
 ნასალები.

ტფილისის ქართველ ექიმთა საზოგ. სხდომის 15/1 1925 წ. ოქმი.

დაესწრო 54 წევრი და 50 სტუმარი.

თავმჯდომარე **პროფ. ალ. ნათიშვილი.**

მოხსენება პირველი.

ექ. ჯავრიშვილი. „Tuberculosis cutis fugosa“. მომხსენებელი
 საზოგადოებას ავადმყოფს უჩვენებს, რომელსაც მარჯვენა ტერფზედ და კოჭ-
 წვივის სახსრის მიდამოს კანზედ აქვს სოკოსებრივი შეზრდილობანი, რომელთა
 შორის დაწყულულებულია. საერთოდ ფეხი გასიებული აქვს და სპილოს ფეხს
 მოგვაგონებს (Elephantiasis). მომხსენებელი აჩვენებს პათოლოგ-ანატომიურ პრე-
 პარატებს და რენტგენის სურათსაც და აგრეთვე მოკლე ლიტერატურული ცნო-
 ბებიც მოჰყავს. ამგვარი დაავადება პირველად აღწერია 1891 წელს Herr Custor
 Kiehl-ს, მეორე შემთხვევა აწერილი აქვს Ponneti-ს. მომხსენებელი დიფერენ-
 ციალურ დიაგნოზს ატარებს შემდეგ სნეულებათა შორის: blastomycosis, spo-
 rotrichosis; ორივე ამ ავადმყოფობას იგი უარყოფს, ვინაიდან ბაქტერიოლო-
 გიურ გამოკვლევას უარყოფითი შედეგი მოუტია; Syphilis vegetans-ს ავტო-
 რი უარყოფს, რადგან სპეციფიურ წამლობამ არავითარი გავლენა არ იქონია
 პროცესზედ. თავის დიაგნოზს ავტორი ასაბუთებს ანამნეზზე, პროცესის კლინი-
 კურ მიმდინარეობაზე, პათოლოგ-ანატომიურ და რენტგენის სურათებზედ.

კ ა მ ა თ ი.

კ. ტყეშელაშვილი. მოხსენებაში არაა საკმარისი ცნობები იმის შესახებ
 თუ რა ცვლილებები განიცადა კანის სხვადასხვა შრეებმა. თერაპიის მხრივ უნდა
 ითქვას, რომ წარმოდგენილ შემთხვევაში მხოლოდ ამპუტაციაზე შეიძლება ლა-
 პარაკი, ვინაიდან პროცესი შორს არის წასული. უფრო მსუბუქ შემთხვევაში
 უფრო შესაძლებელი იქნებოდა მოგვეხმარა სხვა საშუალებანიც, რომელიც ხან-
 დახან კარგ შედეგებს იძლევიან: მაგ., კოვზით ამოფხეკა, პაკელენით ანუ რძე
 მყავის სითხით ამოწვა, იოდოფორმის ემულსიით სარგებლობა და სხვა.

ბ. გეგეჭკარი. საინტერესოა თუ რამდენად გავრცელებულია კანის ტუბერკულოზი საქართველოში და ადვილია თუ არა ხსენებული დაავადების დროს Koch-ის ჩხირების აღმოჩენა.

ილ. ახმეტელი. მართო გიგანტური უჯრედების არსებობა არ ამტკიცებს ჩვეულებრივ, რომ ჩვენ ტუბერკულოზთან გვაქვს საქმე. ამიტომ საჭიროა გავიგოთ იყო თუ არა პათოლოგ-ანატომიური კვლევის დროს აღმოჩენილი endoarterit-ი.

ვლ. ცეცხლაძე. ჰქონდა ავადმყოფს თუ არა ჭლექის მოვლენანი შინაგანი ორგანოების მხრივ.

მ. კილოხანიძე. თერაპიის შესახებ არაფერი არ იყო ნათქვამი და ამიტომ საინტერესოა თუ რა ზომებს მიმართავს მომხსენებელი.

ალ. ჯავრიშვილი. ავადმყოფს შინაგანი ორგანოები სალი აღმოუჩნდა. საქართველოში ამ ავადმყოფობის გავრცელების შესახებ არავითარი სტატისტიკა არ არსებობს. ჩემი პირადი დაკვირვების მიხედვით კანის ტუბერკულოზი საკმაოდ არის გავრცელებული საქართველოში. Koch-ის ჩხირების აღმოჩენა პათოლოგ-ანატომიურად ამ შემთხვევაში ძნელ საქმეს წარმოადგენს. ავადმყოფს კანზედ შეშუპება ჰქონდა უჯრედებს შორის. Stratum Spinosum ზედმეტად ჰქონდა გასქელებული; endoarterit-ი მკაფიოდ იყო გამოხატული; სხვა ცვლილებები კანში არ მინახავს. თერაპიის მხრივ მხოლოდ ამპუტაციას შეიძლება მივმართოთ.

მოხსენება მეორე.

პროფ. თიკანაძე. „მუცლის მოწყვეტა საექიმო და საზოგადოებრივი თვალსაზრისით“ *).

მ. მგალობლიშვილი. რატომ უნდა სწარმოებდეს მუცლის მოწყვეტა მხოლოდ სახელმწიფოებრივ დაწესებულებაში და აკრძალულ უნდა იქნას იგი კერძო სამშობიაროში. საინტერესოა თქვენი აზრი იმის შესახებ თუ რატომ გამარავლდა მუცლის მოწყვეტის შემთხვევები ლეგალიზაციის შემდეგ, და რატომ უკავია თქვენს დებულებებში უკანასკნელი ადგილი სოციალურ საკითხს.

დოც. ბ. დოღობერიძე. ეწინააღმდეგება თუ არა აბორტის გაკეთება სოციალური მოსაზრებით სამკურნალო თვალსაზრისს.

ბ. მრევლიშვილი. საკმაო იქნება თუ არა აბორტების საწარმოებლად ქალაქში მყოფი საავადმყოფოებში საწოლების რიცხვი.

ექ. შალამბერიძე. ყველა ბავშვები რომ სოციალურად უზრუნველყოფილი იყვნენ მაშინაც საჭირო იქნება აბორტების გაკეთება თუ არა?

გ. ნათაძე. რით აიხსნება ის მოვლენა, რომ მდიდრებში უფრო ხშირ მოვლენას წარმოადგენს აბორტი ვინემ ღარიბებში.

ვ. ჩხეიძე. თქვენი სტატისტიკური ცნობებიდან სჩანს, რომ აბორტი მეტად გახშირებულია. არ შეიძლება ვიფიქროთ, რომ წინეთ მეტი კეთდებოდა აბორტი, მაგრამ ჩვენ საკმარისი ცნობები არ გვქონდა?

*) დაბეჭდილია „თანამედროვე მედიცინის“ 1925 წ. № 1-ში.

დოც. ბ. ლოლობერიძე. აბორტის დროს ვინ უნდა იყოს დასჯილი ექიმი თუ დედა.

პროფ. ი. თიკანაძე. სახელმწიფო დაწესებულებაში უნდა გაკეთდეს აბორტი იმიტომ, რომ საჭიროა ცხადი იყოს მიზეზები ოპერაციის გაკეთებისა, რომ ოპერაციას არ მიეცეს ფარული ხასიათი, რომ ეს ხდებოდეს მაშინ, როდესაც მას მოითხოვს ნამდვილი საქმის გარემოება და მას არ ჰქონდეს მდაბიო ანგარიშის ხასიათი. ამჟამად კანონი არ სჯის ამ ოპერაციისათვის მაშინაც კი, როდესაც ქალის მდგომარეობა ამას სრულიად არ მოითხოვს და ამით აიხსნება ის, რომ ყველა თამამად ეტანება ამას, სოციალური საკითხის პირველ რიგში დაყენება შეიძლება, მაგრამ საქმისათვის მას დიდი მნიშვნელობა არა აქვს.

სოციალური მოსაზრებით აბორტის გაკეთება საექიმო თვალსაზრისის ეწინააღმდეგება, მაგრამ ჩვენ იძულებული ვართ ანგარიში გაუწიოთ აწინდელ საზოგადოებრივ მდგომარეობას. საწოლების რიცხვის საკმარისობა აბორტის სინშირეზეა დამოკიდებული. ბავშვების უზრუნველყოფა ახლო მომავალში საექვოა. ღარიბები უფრო ნაკლებად ეტანებიან აბორტს, ვინაიდან მათთვის ოჯახობას ნივთიერი ღირებულობა აქვს. ჩემ მიერ მოყვანილი სტატისტიკა აშენებულია საავადმყოფოების მასალებზე. აბორტისათვის უნდა დაისაჯოს როგორც ექიმი ისე ქალიც.

მ. მაგლობლიშვილი. მუცლის მოშლის გავრცელების მიზეზი მძიმე ეკონომიური პირობები არის უფრო, ვინემ სხვა. თუ სოციალური და ეკონომიური პირობები არ შეიცვალა—მარტო მკაცრი ზომებით ამ საქმეს არაფერი ეშველება. ძველად აბორტის შეზღუდვას კანონის ძალით მოჰქონდა სექტიური მოვლენების შედეგები და სხვა გართულებანი, რადგან აბორტი სარდაფებში და ძნელადგილებში აწარმოებდა. ახლაც ის გარემოება შეიქმნება თუ ჩვენ ანგარიში არ გაუწიეთ ხალხის სულიერ და ნივთიერ განცდას.

მომხსენებლის მიერ წამოყენებულ დებულებებს დიდი მნიშვნელობა აქვს მხოლოდ აღსანიშნავია, რომ ამ დებულებებში დაცულია სახელმწიფოს და ოჯახის ინტერესები. მხოლოდ ქალის პიროვნება სრულებით დავიწყებულია.

პ. ნანეიშვილი. სოციალურ პირობებს აბორტის საკითხში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ოდესაში ჩემ ყოფნის დროს მშობიარობა იმდენად შემცირდა, რომ სტუდენტებისათვის კლინიკებში საკურაციო მასალა აღარ იშოვებოდა. თუ ბავშვი ჩასახვისთანავე სახელმწიფოს განძია, სახელმწიფომ უზრუნველ უნდა ჰყოს იგი და მაშინ აბორტი არ იქნება ისე გავრცელებული. დღეს სახელმწიფო დაბადებულ ბავშვებსაც ვერ პატრონობს და აუარებელი მათი რიცხვი ადრევე ესაღმება წუთისოფელს.

დოც. ბ. ლოლობერიძე. სამოქალაქო ომი, სიმშლილობა და მრავალი სხვა გაჭირვებანი—აი ის მიზეზები, რომლებიც აბორტის გავრცელებას ხელს უწყობენ.

სოციალურ პირობების გაუმჯობესებას აბორტის რიცხვის შემცირებაც მოჰყვება. მხოლოდ მე ვფიქრობ, რომ აბორტი არის ერთად ერთი შენაძენი კულტურისა. აბორტის ბოროტმოქმედებად გამოცხადება სრულიად შეუძლებელია, ვინაიდან აბორტის წარმოება მაინც მოხდება ძნელ და შეუფერებელ პირობებში, სიგვიანის გამო კამათი გადადებულია შემდეგი სხდომისთვის.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 29/1 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო 57 წევრი 51 სტუმარი. თავმჯდომარე პროფ. ალ. ნათიშვილი.

ექ. ალ. ჯავახიშვილი. უჩვენებს საზოგადოებას ათაშანვით დაავადებულ ავადმყოფს, რომელსაც ვენერის შემადღების არეში 14 მაგარი შანკირი აქვს, რაც მეტად იშვიათ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს. მოხსენებას წინასწარი ხასიათი აქვს და საზოგადოების ზოგიერთ დამსწრეთაგანს წამოყენებული შემთხვევა დიაგნოზის მხრივ საკმაოდ დასაბუთებულად არ მიაჩნიათ.

კამათში მონაწილეობას იღებენ დ. ჯავახიშვილი, კ. ტყეშელაშვილი, შ. მიქელაძე და დოც. ვ. ულენტი.

შემდეგ გრძელდება კამათი პროფ. ი. თიკანაძის მოხსენების შესახებ.

ნ. მრევლიშვილი. ყველა აბორტების წარმოება საავადმყოფოებში შეუძლებელი იქნება და ამიტომ უხერხულად მიმჩნია დებულებათა შორის დატოვებულ იქმნას ისეთი მუხლი, რომლის ცხოვრებაში გატარება ვერ მოხდება.

გ. კანდელაკი. მე არ მესმის, რატომ უნდა ხდებოდეს აბორტები საავადმყოფოებში და მშობიარობა კი არა. მზრუნველობის საგნად უნდა იყოს არამც თუ ბავშვი, არამედ დედაც. ძალის დატანება ქალზედ მშობიარობის საკითხში მიუღებელია. ქალს უნდა მიეცეს უფლება დაიცვას თავისი პიროვნება მით უფრო, რომ მამაკაცს დიდი დანაშაული მიუძღვის ქალის გაჭირვებაში.

შ. მიქელაძე. მუცლის მოწყვეტას ეტანებიან ხშირად შეძლებულ წრეებიდან და მათ შორის ისეთები, რომლებიც ერიდებიან თავის შეწყუბებას და უფრო მეტად თავის გარეგნობაზე ფიქრობენ. ერის გამრავლება პირადი ინტერესის მაღლა უნდა იდგეს.

ერთად ერთ კანონიერ საბაზად უნდა ჩაითვალოს ქალის ავადმყოფობა. ქართველი ერი პატარა ერია და აბორტის საყოველთაო გავრცელება შეიძლება ერის უბედურებად გარდაიქცეს. უხეობა, პროსტიტუცია, ფუფუნება, ყალბი კულტურის გავლენა და ბევრი სხვა რამ არის მიზეზი აბორტების გავრცელების ამ მოვლენის შესწავლა მოითხოვს დიდ წინდახედულებას.

ა. წულუკიძე. არ მწამს, რომ აბორტებს მხოლოდ ბურჟუაზიულ წრეებში აქვს ადვილი. ქალის დანიშნულებას ბოლოსდაბოლოს არ შეადგენს შვილების გაჩენა და აღზრდა.

გ. მუავანაძე. მომხსენებლის მიერ წამოყენებული დებულებანი ძველ მდგომარეობას დააბრუნებენ და განკურნებას აბორტის უარყოფითი მხარეებს ვერ შეჰქმნიან. აბორტის საკითხი ძლიერ რთული საკითხია. ძველი კანონი აბორტს უკრძალავდა მაგრამ 80% ქალებისა მუცელს იწყვეტდა ფარულად. ახალ კანონმდებლობამ ქალის პიროვნება გაანთავისუფლა და ამასთან ერთად აბორტმა იმატა კიდევ. აბორტის გამომწვევი მიზეზი ბევრია და ერთ მოხსენებაში ამ საკითხის ამოწურვა შეუძლებელია. აბორტის სიხშირე ყველა წრეებში ერთნაირია. აბორტის დაკანონება მხოლოდ ქალის ავადმყოფობით არაა მისაღები.

პროფ. ს. გოგიტიძე. მეცნიერული თვალსაზრისით აბორტი უკანონოდ უნდა იქნას აღიარებული, ვინაიდან ხშირი მუცლის მოშლა ასუსტებს ქალის ორგანიზმს, არღვევს მის ნერვიული სისტემის სისალეს, უკარგავს მას ორსულობის

და მშობიარობის მსვლელობას, ამცირებს ხალხის რიცხვს და გადაგვარებისაკენ მიჰყავს ერი. მაგრამ დროის მიხედვით ჩვენ იძულებული ვხდებით მეცნიერული შეხედულება დაუმორჩილოთ ამა თუ იმ დროის ხალხის შემცირებას, მის ნივთიერ, სოციალურ და კულტურულ შემცენებას.

დოც. ბ. დოლობერიძე. მეცნიერული და სახელმწიფოებრივი თვალსაზრისით სასტიკი ზომები აბორტის სინშირეს ვერ შეამცირებენ. არაა მართალი ვითომ მუცლის მოშლა აბორტის დაკანონების შემდეგ გავრცელდა. საქართველოში ეს არ იყო დაკანონებული, მაგრამ მიუხედავად ამისა აბორტი მაინც გახშირდა. აბორტის გამომწვევი მიზეზები ლმობიერ კანონის გარეშეა. ხალხის კულტურა გარკვეული ისტორიული ხანა, ზნე-ჩვეულება და კიდევ ბევრი სხვა რამ არის ამის მიზეზი. გერმანია და საფრანგეთი საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენენ ამ მხრივ.

პროფ. ს. ამირეჯიბი. ქართველი ერის ცხოვრებაში აბორტის დაკანონება დიდ უბედურებად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენი ერის სხვა საზოგადო ცნობილ სენებთან ერთად, როგორც არის მაღარია, ტუბერკულოზი, ათაშანგი და აბორტის დამატებაც ქართველ ერს სრულ ფიზიკურ ამოწყვეტას უქადის. არ შეიძლება საწამლავი მივცეთ ყველას, ვისაც თავის მოწამვლა განუზრახავს იმ მოსახრებით, რომ ასეთები თავისას მაინც არ მოიშლიანო. აბორტის გავრცელებას კანონი უნდა შეებრძოლოს.

ა. ჯავრიშვილი. მე ვფიქრობ, რომ აბორტის შემცირებისათვის საუკეთესო საშუალება იქნებოდა, თუ რომ თვითონ ექიმები ამაზედ უარს იტყოდნენ იმ შეგნებით, რომ აბორტი ბუნების საწინააღმდეგო აქტია.

მ. მიქელაძე. პროპაგანდით ბრძოლა აბორტის წინააღმდეგ შესაძლებელი იქნება მაშინ, როდესაც ჩვენ აქ ამ საკითხის შესახებ შევთანხმდებით. ვისაც ორსულობა ხელს უშლის საზოგადო ასპარეზზედ გამოსვლისათვის ასეთებს შეუძლიანთ აიცილონ თავიდან ორსულობა. აბორტის საზოგადოთ დაკანონება—ეს მალერეზიანიზმის გამართლება იქნება, რაც დიდი ხანია დაგმობილია.

პროფ. ა. ალადაშვილი. მე ვეთანხმები მომხსენებელს, რომ აბორტი დიდ უბედურებად უნდა ჩაითვალოს. მაგრამ მოხსენებაში მოყვანილი სტატისტიკა ცოტათი გადაჭარბებულად მეჩვენება. შეუძლებელია ხალხის გადაგვარების მიზეზად მხოლოდ აბორტი ჩაითვალოს. გადაგვარებას სუყოველთვის მთელი რიგი სხვადასხვა მიზეზებისა უძევს საუფუძვლად. აბორტის გახშირება, სხვათა შორის, ერთგვარი ლოდიკური და აუცილებელი შედეგია სოციალურ მოვლენების. საფრანგეთის რევოლიუცია არის ამის საუკეთესო მაგალითი. აკრძალვის დებულებებს მე არ ვიზიარებ, რადგან თავის თავად ამით მიზანს ვერ მივალწევთ. მაგრამ, ამავე დროს ჩვენ, როგორც ექიმები აბორტს ვერ დავაკანონებთ; ვინაიდან ჩვენ მოწვეული ვართ დავითაროთ, შევიანახოთ და გავავარძელოთ სიცოცხლე, ჩვენ უნდა დავიცვათ ქალის ჯანმთელობა, რომელსაც ასნეულებს, ასუსტებს და ათასგვარ გართულებებს უქადის ხშირი მუცლის მოწყვეტა. ამასთან ერთად ჩვენ არ შეგვიძლიან კვერი დაუკრათ ისეთ მოვლენას, რომელიც ბიოლოგიურად და ფიზიოლოგიურად არ არის ბუნებრივი.

პროფ. ი. თიკანაძე. საზოგადოდ ცნობილია, რომ საწოლთა რიცხვი ვერ აკმაყოფილებს ავადმყოფთა მოთხოვნილებას. მაგრამ ეს ხომ არ არის საკმარისი.

უარი ვსთქვათ მათ პატრონობაზე. ამ მხრივ ჩვენ მოწამენი ვართ თანდათანობითი მდგომარეობის გაუმჯობესობისა და ამასვე უნდა ველოდეთ მშობიარეთა შესახებად. შეუძლებელია ერთი და იგივე თვალსაზრისით მიუდგეთ აბორტს და მშობიარობას. Abortus artificialis, ეს ერთი მდგომარეობაა, რომელიც გვაძლავს ჩვენ მუცლის მოშლას. Abortus incompletus—სხვა მდგომარეობაა სამწუხაროთ დღეს ლეგალიზაციის მეოხებით ეს ორი მცნება ერთი მეორეშია არეული და გათანასწოებული. აგიტაცია და ხალხში შემეცნების შეტანა, რასაც უეჭველია დიდი მნიშვნელობა აქვს, უნდა ხდებოდეს საერთო მასშტაბით. მიუხედავად ჩვენი პრინციპიალური შეხედულობისა, ჩვენ ექიმები იძულებული ვხდებით, ზოგიერთ შემთხვევებში გაუწიოთ ანგარიში ქალის სოციალურ და ინდივიდუალურ პირობებს. ქალს, რასაკვირველია, ცხოვრებაში ისეთივე უფლებები აქვს, როგორც მამაკაცს, მაგრამ ორსულობა და ნაყოფის ტარება—ეს მისი უმთავრესი ბიოლოგიური დანიშნულებაა. ლეგალიზაციის გატარების შემდეგ აბორტის რიცხვმა 40% იმატა და საქმე იქამდის მივიდა, რომ საბჭოთა ხელისუფლება იძულებული იყო სათანადო ზომები მიეღო. მართალია, შესაძლებელია კანონმა ცოტათი დააშინოს ხალხი და ზოგიერთ შემთხვევაში აბორტი სარდაფებში გაკეთდეს, მაგრამ კანონი მაინც უნდა არსებობდეს ისე როგორც ეს არსებობს ქურდობის, მკვლელობის და სხვა დანაშაულობის წინააღმდეგ.

პროფ. ალ. ნათიშვილი. ბატონებო! საკითხი აბორტის შესახებ ახალი არ არის. ეს უბედურობა უძველეს დროიდან კაცობრიობისთვის აუცილებელი ყოფილა, რასაც მოსდევდა ხან სასტიკი აკრძალვა, ხან კი კანონმდებლობის შედარებით ლმობიერი განწყობა. ჩვენი ორი კრების გაცხოველებული კამათი ამ საკითხის შესახებ ამტკიცებს მის უაღრეს სირთულეს და იმ გამოუვალ მდგომარეობას, რომელშიდაც დღეს ჩვენ ვიმყოფებით. მრავალ მოკამათეთა შორის ორი მიმართულება ირკვევა. ზოგი ფიქრობს, რომ აბორტი სოციალური უბედურობაა, რომ იგი საშიში და სახიფათოა თვით დედაკაცისათვის, რომ იგი არღვევს მის ჯანმთელობას, რომ იგი უსპობს თაობას მძლავრი და ჯანსაღი შთამომავლობას, რომ სქესოვანი კონტაქტი არის დანიშნული ბუნების მიერ არა სიამოვნებისათვის, არამედ გამრავლებისათვის და რომ ამიტომ აბორტი აკრძალული უნდა იყოს.

მეორე მიმართულების წარმომადგენლები ამტკიცებენ, რომ კანონს კი არა თვით ქალს უნდა მიეცეს გადასაწყვეტად საკითხი: ჰყავდეს მას შვილი თუ არა. ქალის პიროვნება განთავისუფლებული უნდა იყოს, რომ ცხოვრების პირობები შეიცვალა, რომ ქალი სახელმწიფოებრივ და საზოგადოებრივ ასპარეზზედ გამოვიდა სამუშაოდ, რომ მისი აზროვნება და ინტერესი გაფართოვდა და რომ ამიტომ კანონით აბორტის შეზღუდვა მიზანშეწონილი არაა.

საჭიროა დასასრულ ამ საკითხის შესახებ ჩვენი საზოგადოების საერთო აზრის გამოტანა, რომელსაც ხელისუფლებამ სათანადო ანგარიში უნდა გაუწიოს. კენჭის ყრით ერთხმად მიღებულია აბორტის წარმოების კანონით განმარტება შეზღუდვითი ფარგლებში. არჩეულ იქნა კომისია—პროფესორები: ს. გოგიტიძე, ა. ალადაშვილი, ი. თიკანაძე, დოც. ბ. ლოლობერიძე, ექ. მგალობლიშვილი, რომელთაც დაევალათ მომხსენებლის დებულებების შესწავლა, შესწორება და საბოლოო ფორმით საზოგადოებაში დასამტკიცებლად წამოყენება.

საქართველოს ეკიმთა მე-III კონგრესის ანგარიშები

1925 წელს 24 მაისს, ქალ. ტფილისში, სახელმწიფო უნივერსიტეტის მთავარ შენობაში, შუადღის სრულ 12 საათზე გაიხსნა სრულიად საქართველოს ეკიმთა მესამე სამეცნიერო კონგრესი.

საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარემ პროფ. გრ. მუხაძემ გახსნა საზეიმო სხდომა, მიესალმა კონგრესს და წაიკითხა საორგანიზაციო კომიტეტის მუშაობის მოკლე ანგარიში.

შემდეგ თავმჯდომარემ მისცა სიტყვა პროფ. სვ. ამირაჯიბს, რომელმაც წარმოსთქვა საზეიმო სიტყვა: „რა შემატა ბაქტერიოლოგიამ მედიცინას უკანასკნელ წლებში“.

ამის შემდეგ კონგრესს მიესალმნენ:

სახელმწიფო უნივერსიტეტის სახელით რექტორი, პროფ. ივ. ჯავახიშვილი; სახალხო ჯანმრთელ. კომისარიატის სახელით—ჯანსახკომის მოადგილე—ექ. ვ. აბზიანიძე; განათლების სახალ. კომისარიატიდან—ვუკოლ ბერიძე, სამკურნალო ფაკულტეტიდან—დეკანი პროფ. გრ. მუხაძე; საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოებ.—ექ. ბ. ოქროპირიძე; კავკასიის ეკიმთა საზოგადოების სახელ.—ექ. ნ. ვესელოვზოროვი; ა/კ. რკინის გზის ჯანმრთელ. განყოფილ.—ექ. ნაქს. ღამბარაშვილი; საქართველოს პროფ. კავშირ. საბჭოს და მედსანშრომის კავშირ. სახელ.—სიკინქელაშვილი; განათლების მუშაკთა კავშირის სახელით—ხუნდაძე; საქართველოს ტექნიკურ საზოგადოების წარმომადგენ.—ინჟ. ყიფშიძე; ურნალ „თანამედროვე მედიცინის“ რედაქციის სახელ. დოც.—შ. მიქელაძე; მისალმების დეპუტა—ოზურგეთის ეკიმთა საზოგადოებისაგან და წერილობითი მილოცვა საქართველ. სოც.-დამზღვევი საღაროს მიერ.

მისალმების შემდეგ საორგანიზაციო კომიტეტის მდივანმა ექ. გიორგი რუისიშვილმა წაიკითხა კომიტეტის მიერ შემუშავებული რეგლამენტი:

1. კონგრესის სხდომები იწყება დილით 11-სა და საღამოს 7 საათზე.
2. მომხსენებელს ეძლევა მოხსენებისათვის 20 წუთი, თანამომხსენებელს—15 წუთი.
3. ერთსა და იმავე საკითხის შესახებ მოხსენებები იქნება წაკითხული ზეზედ და კამათი მათ შესახებ იქნება საერთო.
4. შეკითხვები შეიძლება მხოლოდ წერილობითი და მომხსენებელი უპასუხებს ყველას ერთბაშად საბოლოო სიტყვაში; საბოლოო სიტყვისათვის მომხსენებელს ეძლევა 10 წ.

5. კამათისათვის თითოეულს ეძლევა 5 წ. მხოლოდ ერთხელ.

6. ავადმყოფების ისტორიები მოხსენებული უნდა იქნეს რაც შეიძლება შემოკლებით.

7. მოხსენება ან მისი ავტორეფერატი წაკითხვის წინ უნდა გადაეცეს კონგრესის მდივანს.

8. კამათში მონაწილემ თავისი სიტყვა უნდა სხდომის დამთავრებამდე გადასცეს მდივანს წერილობით.

კონგრესმა ერთხმად დაადასტურა რეგლამენტი. რეგლამენტის მიღების შემდეგ კრებამ აირჩია კონგრესის პრეზიდიუმი:

კონგრესის თავმჯდომარე—პროფ. ალ. ნათიშვილი.

კონგრესის მთავარი მდივანი—ექ. გიორგი რუსიშვილი.

პრეზიდიუმის წევრები. პრ. სვ. გოგიტიძე, პრ. გრ. მუხაძე, პრ. ალ. ალადაშვილი, პრ. სპ. ვირსალაძე, პრ. მ. წინამძღვრიშვილი, პრ. ალ. მაჭავარიანი, პრ. ნ. კახიანი, პრ. ივ. თიკანაძე, პრ. ივ.-დოც. შ. მიქელაძე, ექ. კ. ლორთქიფანიძე, ექ. ალ. დიასამიძე, ექ. ე. ლოსაბერიძე, ექ. გ. ჯორჯიკია, ექ. ა. ბალაშვილი, ექ. გრ. ელიაშვილი და ექ. ნ. ჯანდიერი.

მდივნები: ექ. მ. არჯევანიძე, ექ. ვ. ცეცხლაძე, ექ. ზ. მაისურაძე, ექ. ანნა ქავთარაძისა, ექ. ვლ. ხაზარაძე, ექ. კ. ვეფხვაძე, ექ. ან. ჟღენტი, ექ. გ. დიდებულიძე.

კრება დაიხურა 3 ს. 30 წ.

კვირა 24/V საღამო.

სხდომა გაიხსნა საღამოს 7 ს. 30 წ. (საქართველოს მუზეუმის შენობაში). თავმჯდომარე: პროფ. სპ. ვირსალაძე.

მდივნები: ექ. ან. ქავთარაძისა, ან. ჟღენტი და ექ. გ. დიდებულიძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. ნ. გეგეჭკორი: „ტუბერკულოზის პრობლემა საქართველოში“.

2. ექ. ივ. გიგინეიშვილი და ექ. თეოდ. კობიაშვილი: „ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელება გურიის ზოგიერთ სოფლებში“.

3. ექ. ვ. მუსხელიშვილი: „თვალის ტუბერკულოზი“.

4. ექ. მ. უგრელიძე: „ახალშობილების პერიფერიული ლიმფური ჯირკვლების შესახებ“.

5. ექ. მ. მარუაშვილი: „მალარიის ინფექციის და მისი მკურნალობის გავლენა ფილტვის ტუბერკულოზზე“.

6. ექ. თოხაძე: „სიკვდილიანობა ტუბერკულოზისაგან ქალაქის 1-ლი საავადმყოფოს პათოლოგ-ანატომიური მასალების მიხედვით“.

კრება დაიხურა ღამის 12 საათზე.

ორშაბათი 25/V დილა.

სხდომა გაიხსნა დილის 11 საათ. 30 წ.

თავმჯდომარე—პროფ. ალ. ალადაშვილი.

მდივნები: ექ. ვ. ცეცხლაძე, ექ. მ. არჯევანიძე, ექ. ა. ჟღენტი.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. ს. ანდრეევისა: „ტუბერკულოზის ბუნებრივი და ხელოვნური გზით წამლობის პრობლემა“.
2. ექ. მ. ტყემალაძე: „ტუბერკულოზის აქტინოთერაპია“.
3. ექ. ნ. ანთელავა: „ფილტვების ქლექის ქირურგიული წამლობის საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა“.
4. ექ. დ. თევზაძე: „სისხლის წნევის ცვალებადობა კვარცის ლამფის ზეგავლენით“.
5. ექ. ნ. ყიფშიძე: „ტუბერკულოზის კალციოთერაპია“.

კრება დაიხურა ლამის 1 საათზე.

შენიშვნა: დროის უქონლობის გამო ორი მოხსენება ექ. ივ. დემურიასი და ექ. ნ. გეგეჭკორისა გადაიდო შემდეგი სხდომისათვის.

ორშაბათი 25/V საღამო.

კრება გაიხსნა საღამოს 7 ს. 35 წ.

თავმჯდომარე პროფ. გ. მუხაძე,

მდივნები: ექ. ზ. მაისურაძე, ექ. ვ. ხაზარაძე და ექ. კ. ვეფხვაძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ ალ. წულუკიძე: „კლინიკა და დიაგნოსტიკა თირკმელის ტუბერკულოზისა“.
2. პროფ. ნ. კახიანი: „ქირურგიული ტუბერკულოზის მკურნალობა იოდის პრეპარატებით“.
3. ექ. გ. ხეჩინაშვილი: „ქირურგიული ტუბერკულოზის წამლობა იოდ-იოდოფორმით“.
4. ექ. იოსებ ჯავახიშვილი: „ჰემოტოლოგიური ცვლილებანი ტუბერკულოზური ლიმფადენიტების იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობის დროს“.

სხდომა დაიხურა ლამის 12 ს. 25 წ.

შენიშვნა: დროის უქონლობის გამო მოხსენებები ვერ წაკითხეს: ექ. გიორგი რუსიშვილმა, ექ. დ. იოსელიანმა, ექ. ეფ. ზაქარაიამ და ექ. მ. ფურცელაძემ.

სამშაბათი 26/V დღია.

სხდომა გაიხსნა სრულ 11 საათზე.

თავმჯდომარე ექ. ალ. დიასამიძე.

მდივნები: ექ. ვ. ცეცხლაძე, ექ. ჟღენტი და ექ. გ. დიდებულაძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. ალ. ჯავრიშვილი: „ათაშანგის გავრცელება საქართველოში და მასთან საბრძოლველი ზომების შესახებ“.
2. ექ. პ. ქავთარაძე: „ნერვული სისტემის ათაშანგი საქართველოში.“
3. პროფ. ივ. თიქანაძე: „სიფილისი და ორსულობა.“
4. ექ. გ. ფავლენიშვილი: „სახსრების ათაშანგის საკითხისათვის.“
5. ექ. გ. შენგელაია: „წარმატებით-მაღალ სიღამბლავის თერაპია.“
6. ექ. ლ. ფირცხალავა: „რეაქცია Wassermann-ისა ახალი სეროლოგიური დალექით რეაქციებთან შედარებით“.

კრება დაიხურა 3 საათზე.



სამშაბათი 26/V საღამო.

კრება გაიხსნა 7 ს. 20 წ.

თავმჯდომარე—ექ. ე. ლოსაბერიძე.

მდივნები: ექ. ზ. მაისურაძე, ექ. ვლ. ხაზარაძე, ექ. კ. ვეფხვაძე.
ადგილებიდან მოხსენებები:

1. ექ. ჯორჯიკია: „ერთი შემთხვევა Myelosis acutae“.
2. ექ. არდევან ახვლედიანი: „Struma მისი თანამგზავრ კრეტინიზმით საერთოდ და კერძოდ სვანე-ლეჩხუმში“.
3. ექ. დგებურაძე: „შემთხვევა სიბრმავისა ეკლამპსიის დროს“
4. ექ. ბეთანოვი: „შარდსადინარის ანთებითი ადგილების ამოცნობის ახალი ქიმიოგრაფიული მეთოდი“.
5. ექ. ივ. დემურია: „მასალები ფილტვების ტუბერკულოზის ქლორ-კალციუმის მკურნალობისათვის.“
6. ექ. ნ. გეგეჭკორი: „ტუბერკულოზით დაავადებულთა სისხლში ლიპოლიტიური ფერმენტის ურთიერთობა ლეეკოციტალური ფორმულის ცვლებადობასთან დაკავშირებით Pirquet-ს კანის რეაქციის მიხედვით.“

კრება დაიხურა ღამის 12 ს. 30 წ.

ოთხშაბათი 27/V დილა.

ოთხშაბათიდან კონგრესის მუშაობა სწარმოებს სექციებში: თერაპიული და ქირურგიული.

I თერაპიული სექცია.

სხდომა გაიხსნა (საქართველ. მუზეუმის შენობაში) სრულ 11 საათზე.

თავმჯდომარე—პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი.

მდივნები: ან. ჟღენტე და გ. დიდებულისძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. სპ. ვირსალაძე: „ამეზიანის საკითხი“.
2. ექ. თ. მამალაძე: „ანგილოსტომიაზისი საქართველოში.“
3. პრივ.-დოც. შ. მიქელაძე: „Sprue საქართველოში“.
4. ექ. გ. დიდებულისძე: „ჭიებით დაავადების გავრცელება საქართველოში“.
5. ექ. ვლ. ანთაძე: „Morbus Sodokii“-სთან დაკავშირებათ ავადმყოფის სისხლიდან treponema sodokii-ს კულტურის გამოყოფის შემთხვევა ტფილისში და ამავე კულტურით ცხოველებზე გატარებული ცდების შედეგები“.

II ქირურგიული სექცია.

სხდომა გაიხსნა (ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის აუდიტორიაში, რესპუბლიკის მთავარ საავადმყოფოში) დილის 11 საათზე 20 წუთ.

თავმჯდომარე—პროფ. ივ. თიქანაძე.

მდივნები: ექ. ვლ. ხაზარაძე, ექ. კ. ვეფხვაძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. გ. ჯიბუტი: „თირკმლის კენჭებით დაავადება და მისი გავრცელება საქართველოში“.

2. ექ. ვედ. მუევანაძე: „ბრონქული ასტმის ოპერატიული მკურნალობა Kümmel-ის წესით“.

3. ექ. ევ. შალამბერიძე: „მასალები ქართველი ქალის მენჯის მკოდნეობისათვის“.

4. ექ. მ. არჯევანიძე: „მომყოლის გამოძევება ექ. აბულაძის წესით“.

5. ექ. ვ. ჩახავა: „მომყოლის და მისი ნაწილების ჩარჩენა და მათი თერაპია“.

6. ექ. მ. მგალობლიშვილი: „საშვილოსნოს სუპრავაგინალური ამპუტაცია ან მისი სრული ამოკვეთა მიომების და სხვა დაავადების დროს“.

სხდომა დაიხურა 3 ს. 20 წ.

შენიშვნა: დროის უქონლობის გამო მოხსენება ვერ წაიკითხეს: ექ. მ. გიგინეიშვილმა და ექ. მ. ნემსაძემ.

ოთხშაბათი 27/V სალამო.

I თერაპიული სექცია.

(საქართველ. მუზეუმში).

სხდომა გაიხსნა სალამოს 7 საათ. 30 წ.

თავმჯდომარე — პრივ.-დოც. შ. მიქელაძე.

მდივნები: ექ. ან. ქავთარაძისა და ექ. ვ. ცეცხლაძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი; „ორთოსტატიკური ალბუმინურის პრობლემისათვის“.

2. ექ. პ. სარაჯიშვილი: „ნებითი მოძრაობის პრობლემისათვის ნევროპათოლოგიაში“, ავადმყოფის დემონსტრაციით.

3. ექ. გ. გრიგოლაშვილი: „აკრომეგალიის საკითხისათვის“.

4. ექ. ი. პარმა: „ღიაბეტის ინსულინით მკურნალობისათვის“.

5. ექ. პ. მგალობლიშვილი: „კეთროვნების გავრცელება ამიერ-კავკასიაში და საქართველოში და მის საწინააღმდეგო ბრძოლის ზომები“.

სხდომა დაიხურა ღამის 12 საათზე.

II პირუტყვის სექცია.

(ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის „აუდიტორიაში, მე-11-რე ქალაქის საავადმყოფოში).

სხდომა გაიხსნა სალამოს 7 ს. 30 წ.

თავმჯდომარე — პროფ. ა. მაჭავარიანი.

მდივნები: ექ. ზ. მაისურაძე, ექ. მ. არჯევანიძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. ალ. მაჭავარიანი: „აპენდიციტების შესახებ“.

2. ექ. გ. გაჩეჩილაძე: „კიბეა ნაწლავის დაავადება ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის 1923 — 24 წ.წ. მასალის მიხედვით“.

თანამედროვე მედიცინა № 6-7. 1925.

3. ექ. ა. მალავეი: „ნაწლავების გაზომვის მეთოდის მოდიფიკაციისათვის“.
4. ექ. ვლ. ცეცხლაძე: „შემთხვევა ადამიანის ბადექონის ანატომიური მდებარეობის თავისებურობისა.“

5. ექ. მ. ფურცელაძე: „ქირურგიულ ტუბერკულოზის, ათაშანგის და მალარიის შეერთებული შემთხვევების შესახებ.“

სხდომა დაიხურა ღამის 12. ს. 15 წ.

შენიშვნა: დროის უქონლობის გამო მოხსენებები ვერ წაიკითხეს: ექ. კ. ტყემალაძემ, ექ. ვ. ოთხმეზურმა, ექ. ერ. თოღაძემ.

ხუთშაბათი 28/V, დილა.

I თეარაკიული სექცია

(მუზეუმის შენობაში).

სხდომა გაიხსნა დილის 11 საათზე 35 წ.

თავმჯდომარე ექ. ნ. ჯანდიერი.

მდივნები: ექ. ან ჟღენტი და ექ. გ. დიდებულიძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. ნ. მახვილაძე: „თამბაქოს ქარხანაში მომუშავეთა სისხლის წებოვნება და წნევა“.

2. ექ. ა. ქავთარაძისა და ექ. მ. მაჩაბელი: „თამბაქოს ქარხანაში მომუშავეთა სისხლის მორფოლოგიური ცვლილებანი“.

3. ექ. ნ. ანდრიაძე: „მალარიის პლაზმოდების ცვლილებანი ქინაქინის ინტრავენოზური შეშხაბუნების ზეგავლენით“.

4. ექ. ი. მჭედლიშვილი: „Ewald-Boas-ის საცდელი საუზმის ღირებულებისათვის“.

5. მედ.-დოქტ. მ. კალანდარიშვილი: „სასმელი წყლის, რძის და მზავს სითხეთა გაუშვიანება-დაცვისათვის, ანუ სტერელიზაცია—სერეაციისათვის შესაფერი საკუთარი ხელწყოს ჩვენებით“.

6. მ. ფარცვანიძე: „Filariae Sanguinis corvi cornicis მომწიფებული ფორმების მორფოლოგიური, ანატომიური, ჰისტოლოგიური და ბიოლოგიური გამოკვლევა და დაკვირვებანი“.

სხდომა დაიხურა დღის 3 ს. და 40 წ.

II ქირურგიული სექცია

(ზოგადი ქირურგიის კლინიკის აუდიტორიში, რკინის გზის საავადმყოფოში).

სხდომა გაიხსნა დილის 11 საათ. 30 წ.

თავმჯდომარე პროფ. ნ. კახიანი.

მდივნები: ექ. ვლ. ხაზარაძე და ექ. კ. ვეფხვაძე.

წაკითხულ იქმნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. ლ. კულეში: „წითელი ლიმფური ჯირკვლების მორფოლოგიის შესახებ“.

2. ექ. ნ. ჯაუარიძე: „შტეინახ-გორონოვის ოპერაციები პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკას მასალების მიხედვით“.

სხდომა დაიხურა 3 საათზე.

შენიშვნა: დროს უქონლობის გამო მოხსენება ვერ წაიკითხეს: ექ. კონსტ. ერისთავმა, ექ. გ. ფავლენიშვილმა, ექ. ევ. ზაქარაიამ, ექ. მ. ტყავაძემ, ექ. ა. ელიბერიძემ და ექ. ხუციშვილმა.

ხუთშაბათი 28/V, საღამო.

სხდომა გაიხსნა საღამოს 8 საათზე.

თავმჯდომარე—პრ. ივ. ალ. ნათაშვილი.

მდივანი—კონგრესის მდივანი ექ. გიორგი რუსიშვილი.

კონგრესმა ერთხმად მიიღო პრეზიდიუმის მიერ შემუშავებული „ზოგადი დებულებები სრულიად საქართველოს ექიმთა კონგრესებისათვის“. (ზოგადი დებულება იხილე 467 გვერდზე).

კონგრესმა ერთხმად მიიღო რეზოლუციები: 1. ტუბერკულოზის შესახებ, 2. ათაშანგის შესახებ, 3. ამებიოზის შესახებ, 4. ენდემიური ჩიყვის შესახებ, 5. კეთრის შესახებ. (რეზოლუციები იხილე გვერდი 464—467).

კონგრესმა ერთხმად მიიღო მომავალ მე-IV კონგრესის საპროგრამო საკითხებად:

I. ამებიოზის საკითხი საქართველოში:

a) თანამედროვე მოძღვრება ამებიოზის შესახებ.

b) ამებიოზის გავრცელება და მასთან ბრძოლა საქართველოში.

II. კვების საკითხი.

III. ალკოჰოლიზმი.

IV. ხორცმეტეხი საქართველოში.

V. აბორტი.

შემდეგ კონგრესმა ამოირჩია მე-IV კონგრესის მომწვევი საორგანიზაციო კომიტეტი შემდეგი შემადგენლობისა:

1. პროფ. პეტრე მელიქიშვილი.

7. პრ. ალ. მაჭავარიანი.

2. პროფ. ალ. ნათიშვილი.

8. პრ. ივ. თიკანაძე.

3. პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი.

9. დოც. ვლ. ჟღენტი.

4. პროფ. ალ. ალადაშვილი.

10. ექ. მ. უგრელიძე.

5. პრ. სპ. ვირსალაძე.

11. ექ. ვლ. ცეცხლაძე.

6. პრ. სვ. ამირაჯიბი.

12. ექ. სვ. კანდელაკი.

პროვინციიდან

1. ხუგდიდიდან—ექ. მუჯირი.

5. ლეჩხუმიდან—ახვლედიანი.

2. ქუთაისიდან { 1) ექ. ლოსაბერიძე.

6. სოხუმიდან—გრიგოლია.

{ 2) ექ. ნახარაშვილი.

7. ახალსენაკიდან—ჯორჯიკია.

3. კიათურისაგან { 1) იასონ ჭიჭინაძე.

8. ბათუმიდან—შუშანია რაჟდენ.

{ 2) გამრეკელი.

9. ბორჯომიდან—ჩირგაძე.

4. რაჭიდან—ბაქრაძე ალექსანდრე.

- | | | |
|---------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| 10. გორიდან | { 1) გვერდწითელი. | 15. მესხეთ-ჯავახეთიდან - ასათიანი. |
| | { 2) ელიოზიშვილი. | 16. ლაგოდეხიდან— |
| 11. თელავიდან—ბალაშვილი. | | 17. ბორჩალოდან— |
| 12. სიღნაღიდან—დარჩიაშვილი. | | 18. აფხაზეთიდან— |
| 13. ოზურგეთიდან—ინგოროყვა. | | 19. ცხინვალიდან— |
| 14. ხაშურიდან—ციციშვილი გრიგოლ. | | |

სხდომამ მოისმინა მისალნება სამკურნალო ფაკულტეტას სტუდენტთა წარმომადგენელის გ. ცაგარლისა და აგრეთვე დეპეშა ექიმთა საზოგადოებისაგან.

კონგრესმა მოისმინა ნეკროლოგი, პროფ. სპ. ვირსალაძის მიერ წაკითხული, რომში Grassi-ს გარდაცვალების შესახებ, და დაადგინა გაეგზავნოს რომის უნივერსიტეტს სამძიპრის გამოცხადების რადიო-დეპეშა შემდეგი შინაარსისა:

Rome. Université. Monsieur le Recteur.

Le troisième Congrès des Médecins de toute la Getrgie, ayant écouté dans sa séance du 25 Mai le necrologue du feu professeur Grassi et ayant honoré sa mémoire présente á l'Université de Rome et á tous les savants et médecins de la belle Italie sa condoléance et sa douleur à la perte du grand savant et malariologue et exprime en même temps sa parfaite estime à la science Italienne.

Président du Congrès

Prof. Natichvili.

რომიდან მიღებული პასუხი:

Presidente congresso medico Tiflis Georgia.

Universita Romana grata omaggio memoria nostro grande naturalista Grassi e scienza italiana invia propri auguri salut compesto congresso.

Rettore Severi.

რ ე ზ ო ლ ი უ ც ი ე ბ ი.

I ტუბერკულოზის შესახებ.

1. ტუბერკულოზთან ბრძოლა უნდა იქმნეს წარმოებული სახელმწიფოს მიერ, როგორც თავდაცვის აქტი.

2. ვინაიდან ტუბერკულოზი საქართველოში ფართოდ არის გავრცელებული და დღემდე არსებული სტატისტიკა ვერ აკმაყოფილებს შესაფერს მოთხოვნილებას, საჭიროა დაკანონებულ იქმნას ტუბერკულოზის სავალდებულო რეგისტრაცია, თანახმად საორგანიზაციო კომიტეტის მიერ შემუშავებული სახელმძღვანელო კლასიფიკაციისა.

3. საჭიროა მეტი ყურადღება მიექცეს სოფელს. მაზრის საექიმო პუნქტების გამგეებს ზაფხულობით უნდა მიეცეს ექიმთა დამხმარე რაზმები, რათა გა-

მორკვეულ იქმნას დაავადებულთა რიცხვი და მიღებულ იქმნას შესაფერისი ზომე-
ბი საორგანიზაციო კომიტეტის მიერ შემუშავებულ ინსტრუქციის თანახმად.

4. ვინაიდან ფილტვების და საზოგადოთ ტუბერკულოზის შესწავლისათვის ერთ-ერთ ძირითად წყაროს წარმოადგენს აუტოპსიის მასალა, ამიტომ აუცილებლად საჭიროა, რომ შესაფერ დაწესებულებებში სავალდებულო იყოს თვითეულ ტუბერკულოზიან გვამის გაკვეთა, ხოლო თვით გაკვეთა უნდა სწარმოებდეს თანამედროვე მეცნიერების მოთხოვნილებების მიხედვით.

შენიშვნა: საორგანიზაციო კომიტეტი შეიმუშავებს აუტოპსიისათვის სათანადო გეგმას

5. ვინაიდან ტუბერკულოზთან ბრძოლის საქმეში დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით ხალხის აქტიურ მონაწილეობას და მის შეგნებას, ამიტომ აუცილებლად საჭიროა ხალხის მომხადება და მისი გათვითცნობიერება ტუბერკულოზის არსე-
ბის და გავრცელების შესახებ.

6. რათა ტუბერკულოზთან ბრძოლა მიზანშეწონილად სწარმოებდეს აუცი-
ლებლად საჭიროა დაუყონებლივ რეალური ზომების მიღება ხალხის საზრდოობის, შრომის პირობების, ბინის და ტანსაცმელის გასაუმჯობესებლად.

7. ვინაიდან მეცნიერულად სავსებით არის დამტკიცებული, რომ ტუბერ-
კულოზურ ინფექციის უმთავრეს წყაროს წარმოადგენს ავადმყოფი ადამიანი, ამიტომ უნდა აღიარებულ იქმნას მძიმე ტუბერკულოზიან ავადმყოფთა სავალ-
დებულო ჰოსპიტალიზაცია.

8. აუცილებლად საჭიროა, რომ სისტემატიურად ისინჯებოდნენ მოსწავ-
ლეები და მასწავლებლები სკოლებში და აგრეთვე სხვა პროფესიონალურ დაწე-
სებულებებში, სადაც ავადმყოფი მუშაკი ხვდება ფართო მასას.

9. აუცილებლად საჭიროა ახლო მომავალში ფართოდ გაიხსნას დისპანსე-
რები საქართველოში, აგრეთვე მოეწყოს სახალხო სანატორიუმები ზღვის ნაპი-
რებზე და მთიან ადგილებზე.

10. ვინაიდან თანამედროვე მოძღვრება ტუბერკულოზის შესახებ რთულ
სამეცნიერო დარგს წარმოადგენს და ვინაიდან ტუბერკულოზთან სასტემატიური
ბრძოლა მუდამ რთულ მეცნიერულ ხელმძღვანელობას მოითხოვს, ამიტომ სა-
ხალხო ჯანმრთელობის კომისარიატის უწყებაში უნდა დაარსდეს სპეციალური
სახელმწიფო ინსტიტუტი, რომლის ძირითად საგანს, სხვათაშორის, უნდა შე-
ადგენდეს ადამიანის და საქონლის ტუბერკულოზის მეცნიერულად შესწავლა.

11. რაც შეეხება ტუბერკულოზის მკურნალობას, კონგრესის აზრით, უპი-
რატესობა ისევ ძველს ფიზიოთერაპევტიულ მეთოდებს ეძლევა, ხოლო თერაპიუ-
ლი საშუალებანი, როგორცაა იოდ-იოდოფორმის ემულსია, ქლორ-კალციუმი და
Mirion-ი შესწავლის ხანაშია და ამიტომ მათი გამოყენება უნდა სწარმოებდეს
კლინიკურ პირობებში.

ქირურგიული ტუბერკულოზის სამკურნალო საშუალებათა შორის უპირატე-
სობა რჩება ისევ ფიზიკურ მეთოდებს და საზოგადოთ ბუნებრივ ძალებს განსა-
კუთრებით ამ სნეულების დასაწყის სტადიუმში, ამიტომ კონგრესი საჭიროთ
სთვლის რათა ჩვენს კურორტებზე შეიქმნას პირობები ამგვარი მეთოდების
ფართო გამოყენებისათვის.

II ათაშანგის შესახებ.

1. რადგან სიფილისი ჩვენს ქვეყანაში ძლიერ გავრცელებული სნეულებაა და გადაგვარების გზაზე აყენებს ჩვენს ხალხს, კონგრესის აზრით, საჭიროა დაუყონებლივ განხორციელებულ იქნას შემდეგი ზომები:

1. დისპანსერების გახსნა ქალაქებში.

2. ექსპედიციის მოწყობა ვენერიულ ავადმყოფთა რაოდენობის გამოსაკვლევადა.

3. ვენერიულ სნეულებათა განმეორებითი კურსების მოწყობა პროვინციულ ექიმებისათვის.

4. ვენერიული პუნქტების გახსნა იმ ადგილებში, სადაც უფრო გავრცელებულია ვენერიული სნეულება.

5. სანიტარული განათლების მუშაობა ფართოთ უნდა იქნეს დაყენებული, საჭიროა, რომ ამ სანიტარულ საგანმანათლებლო მუშაობაში ჩაებან მაღალი კვალიფიკაციის სპეციალისტები.

6. დათვალიერება და გამოკვლევა სხვადასხვა დაწესებულებათა და სკოლებისა, ბავშვთა სახლებისა, სხვადასხვა ქარხნებისა, როგორც ქალაქებში, ისე პროვინციაში.

7. უნდა მოეწყოს სიფილისით დაავადებულ ორსულთა და მშობიარეთათვის ცალკე განყოფილება.

8. საჭიროა ბრძოლა ძირითად მიზეზებთან, რომელიც იწვევენ მეძაობას — „პროსტიტუციას“.

9. სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს ქალის ეკონომიურ მდგომარეობას, მისი ოჯახის შემადგენლობას და აგრეთვე არსებობის წყაროს.

10. კონგრესი სურვილს გამოსთქვამს სასტიკი ბრძოლა გამოეცხადოს იმ მოვლენებს, რაიც ხელს უწყობს მეძავეობის გავრცელებას.

11. ვენერიული სნეულების წინააღმდეგ ბრძოლა ნაყოფიერი იქნება მხოლოდ მაშინ, როცა ფართოდ იქნება შემოღებული ამ სნეულების უფასო წამლობა.

12. წამლობის მხრივ რჩება ისევ სინდიკი, იოდი და ნეოსალვარსანი, რაც შეეხება Mirion-ს, Bismut-ს და სხვა მედიკამენტებს ეს უკანასკნელნი დაკვირვების ხანაშია.

III ამებიანის შესახებ.

1. ადამიანის ნაწლევების ყველა პროტოზოების განსაკუთრებით კი ამების, აგრეთვე ბაცილარული დიზენტერიის ყველა ფორმების და ქრონიკული ამებიანის კლინიკური ვარიანტების თავისებურებათა კვლევა-ძიება ჩვენში მორიგ სამეცნიერო საკითხად უნდა ჩაითვალოს.

2. ამებიანის საქართველოში იმდენადვე საშიშს სნეულებად უნდა იქნას აღიარებული, როგორც ტუბერკულოზი, მალარია და სიფილისი.

3. საჭიროა ამ სნეულების სპეციალური რეგისტრაცია და ადგილობრივ მალარიულ სადგურებთან სპეციალური ამებიანის განყოფილების დაარსება.

IV ენდემიური ჩიყვის შესახებ:

I. რადგანაც ენდემიური ჩიყვი საქართველოს გარკვეულ კუთხეებში მძვინვარებს, რაც ხალხს გადაგვარების გზაზედ აყენებს, სასურველია დაუყონებლივ ექსპედიციის გაგზავნა სვანეთში, რათა ადგილობრივ შესწავლილ იქნას ეს სნეულება და მისი განვითარების პირობები.

კეთრი კეთრის შესახებ.

რადგანაც კეთრი საკმარისად ძლიერაა გავრცელებული საქართველოში, ამიტომ ავადმყოფთა რეგისტრაციის მიზნით უნდა იქნას გაგზავნილი ექსპედიცია აგრეთვე იმ ადგილებში, სადაც კეთრი მოიპოვება. ავადმყოფთა იზოლაციის მიზნით უნდა ლეპროზორიები იქნას დაარსებული.

ზოგადი დებულება

სრულიად საქართველოს ექიმთა კონგრესისათვის.

I. სრულიად საქართველოს ექიმთა კონგრესი იკრიბება ყოველი წლის მაისს ტფილისში, ან რომელიმე სხვა დიდ ქალაქში წლიური კრების გადაწყვეტილებისამებრ.

II. კონგრესის ნამდვილ წევრად შეუძლია იყოს ყოველ ექიმს და ბუნებისმეტყველს.

III. კონგრესის მოწყობას, მოწვევას და ყველა მის საქმეებს განაგებს კრების დირექტივების თანახმად საორგანიზაციო კომიტეტი, რომელსაც ირჩევს საზოგადო კრება.

IV. საორგანიზაციო კომიტეტი არის კონგრესის მუდმივი ორგანო და მისი მუშაობა სწარმოებს განუწყვეტლივ. კომიტეტს ჰყავს სეკრეტარიატი, სარედაქციო კომისია და სარევიზიო კომისია.

V. საორგანიზაციო კომიტეტი ანახლებს კონგრესის დადგენილებათ, იმუშავებს გეგმებს კონგრესის წარმატებისათვის, აწარმოებს მიმდინარე საქმეებს და მეთაურობს წლიურ კრების მოწყობას და მოწვევას.

VI. საორგანიზაციო კომიტეტი იმუშავებს და გამოაქვეყნებს საზოგადო პროგრამას ადგილობრივ წევრთა სახელმძღვანელოდ იმის შესახებ, თუ რა საკითხები უფრო ახალისებს ამა თუ იმ ქაშს სრულიად საქართველოს ექიმთა კონგრესს.

VII. კომიტეტი წლიური კრების დავალებით აცხადებს საპროგრამო საკითხებს მეცნიერების თანამედროვე მდგომარეობით და ცხოვრების მოთხოვნილებით წამოყენებულ დარგებიდან და ირჩევს უწყებულ საკითხების მომხსენებელთ.

VIII. საორგანიზაციო კომიტეტი განსაზღვრავს ყოველწლიურად კონგრესის საწევრო გადასახადს, რომელიც შეადგენს კონგრესის თანხას.

IX. საორგანიზაციო კომიტეტი ხარჯავს კონგრესის თანხას სამეცნიერო კონგრესის შრომების დასაბეჭდავად და წლიური კრების მოწყობისათვის.



X. საორგანიზაციო კომიტეტი გახსნის და შეასრულებს საზეიმო სხდომას და შემდეგ საქმის ხელმძღვანელობას გადასცემს კონგრესის მიერ არჩეულ პრეზიდიუმს.

XI. წლიური კრების მუშაობა სწარმოებს, როგორც გაერთიანებულ სხდომებზედ, აგრეთვე სპეციალ სექციებში, რომელნიც იქნებიან შედგენილი წარმოდგენილ მოხსენებათა მიხედვით.

სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-III-მე კონგრესის წევრთა სია.

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| არჯევანიძე მ. | ბოკერია ნ. |
| ამირეჯიბი ს. პროფ. | ბალარჯიშვილი |
| ანდრიაძე ნ. | ბერიძე მ. |
| ახმეტელი ი. | ბარნაბიშვილი კ. |
| ალადაშვილი ა. პროფ. | ბარათაშვილი მ. |
| ახვლედიანი დ. | ბეთანელი ე. |
| ახვლედიანი ა. | ბაქრაძე ა. |
| ახვლედიანი ა. —ლაშხეთი. | ბურჯანაძე ი. |
| ასათიანი რ. | ბურჯანაძე |
| ალადაშვილი ლ. | ბეთანოვი მ.— ქუთაისი. |
| ანთელავა ნ.— ზუგდიდი. | ბურძგლა მ. |
| ალექსიძე ნ. | ბაქრაძე ა. ონი |
| არჯევანიძე მ. | ბერეჟიანი დ. |
| ასლანიშვილი ი. | ბენაშვილი თ. |
| აბულაძე ე. | ბეგთაბეგოვი ი. |
| ასათიანი დ. | ბალაშვილი ა.—თელავის მაზრა. VI |
| ადრევეისა ს. | გეგეჭკორი ნ. |
| ანაოძე ვ. | გაბრიჭიძე. |
| აბულაძე ს. | გასნევესკი ფ. |
| ასათიანი მ. დოც. | გომართელი ი. |
| ალექსიძე ა. | გველესიანი ი. |
| აბრამიძე ე. | გაჩეჩილაძე ნ. |
| ასპისოვი ნ. | გიგოლოვი მ. |
| აკოპოვისა მ. | გუდიაშვილი ვ. |
| ახვლედიანი ა.—ცაგერი (ლეჩხუმი). | გრიგოლაშვილი გ. |
| აბრამიშვილი ვ. | გაბინოვი გ.—გორის მაზრა. IV |
| ავშაროვისა ლ. | გორგარიანი ვ. გორი. |
| აბრამიძე მ. | გრიდნევისა ვ. |
| აბაშიძე ნ. | გაბისონია ა. |
| ამირაჯიბი | გოვიტიძე ი. — გორი. |
| ანდრონიკაშვილი ი. | გაჩეჩილაძე გ. |
| ავალიშვილი გ. | გოგოლაძე გ. |

ვაგუა გ.	თაყაიშვილი დ.
ვიგინეიშვილი ი.	თოხაძე ლ.
ვოგიტიძე ს. პროფ.	თოდაევი ა.—ცხინვალი
ვორდაძე გ.—ნატახტარი.	თავზარაშვილი ლ.
ვოგორიშვილი შ.—კახეთი.	იმნაიშვილი ე.
ვოგნიაშვილი ბ.	იოსელიანი დ.
ვიგინეიშვილი დ.	იმერლიშვილი ა.
ვეგელაშვილი ზ.	ინასარიძე მ.
ვრიგოლია ლ.	ინაქოშვილი გ.
ვეგელაშვილი თ.—ვაჩნაძიანი.	ინასარიძე მ.
დემურია ი.	კილოსანიძე მ.
დედაბრიშვილი-ბაქრაძე მ.	კალანდარიშვილი მ.
დარჩიაშვილი ი.—სიღნაღის მაზრა.	კახიანი ნ. პროფ.
დიდებულოძე გ.	კოკოჩაშვილი მ.
დუნდუა ლ.—სამტრედია.	კერესელიძე ა.
დგებუაძე ა.—ზუგდიდი.	კანდელაკი ა.
დარჩიაშვილი თ.	კალანდაძე ე.
დონეაშვილი ი.—სიღნაღის მაზრა.	კერესელიძე ა.
დიასამიძე ა.	კანდელაკი ე.
დემიდოვი	კვალაიშვილი ა.
ელიავა გ.	კალანტაროვისა თ.
ეკიტენკო ე.	კახაძე ა.
ედიბერიძე ა.	კეკელია გ.—სენაკის მაზრა.
ერისთავი ნ.	კვიცარიძე შიო.
ერქომაიშვილი	კიკნაძე ვ. ჭიათურა.
ელიაშვილა ლ.	კაკაბაძე ვ.
ერისთავი კ.	კახაძე გ.
ელიაშვილი ი.	კანდელაკი ს.
ელჩიევისა.	კულეში ლ.
ზანგურიძე სერგდა ო.	კალანდაძე ა.
ზაქარაია ე.	კობიაშვილი ფ.
ზარდიაშვილი დ.—გურჯაანი	კონდახსაზოვი
ზანდუკელი მ.	კობიაშვილი—სიღნაღის მაზრა.
თოდაძე	კიკალეიშვილი პ.
თიკანაძე ი. პროფ.	კვაჭახიძე გ.
თაყაიშვილი ნ. კბ. ექ.	ლორთქიფანიძე კ.
თევზაძე დ.	ლოსაბერიძე ე.—ქუთაისი.
თევზაძე ა.	ლომაური ი.
თედორაძე ა.	მგელაძე დ.
თაქთაქიშვილი ლ.	მუხაძე გ. პროფ.
თაქთაქიშვილი ე.	მუსხელიშვილი ვ.
თოფურია კ.	მარუაშვილი



- ძალავეი ა.
- მესხი ი.
- მჭედლიშვილი ი.
- მჭედლიშვილისა ა.
- მამალაძე თ.
- მშველიძე გ.
- მახვილაძე ნ.
- მიქელაძე შ. პრ. დოც.
- მაჩაბელი მ.
- მუხაძე ე.
- მამფორია ი.
- მარგველაშვილი გ.
- მაყაშვილი გ.
- მიქელაძე დ.
- მგალობლიშვილი ე.
- მეგრაბიანც გ.
- მაჭავარიანი ა. პროფ.
- მჭედლიშვილი ნ.
- მრევლიშვილი ნ.
- მეგრელიშვილი ნ.
- მჭედლიძე ნ.
- მუჟაუნაძე გ.
- მაისურაძე ზ.
- მირიანაშვილი რ.
- მირიანაშვილი ბ.
- მეგრელიძე ეფემია — ოზურგეთის მაზრა.
- მაჭავარიანი ქ.
- მაჭავარიანი ე.
- მაჭავარიანი ვ. — ქუთაისი.
- მაღალაშვილი ა.
- მგალობლიშვილი მ.
- მელიქიშვილი ნ.
- ნემსაძე ვ.
- ნათიშვილი ა. პროფ.
- ნათიშვილისა ე.
- ნემსაძე მ.
- ნებიერიძე ნ.
- ნარუაშვილი გ.
- ნემსაძე ე.
- ნაზარიშვილი გ.
- ნოღია
- ნაცვლიშვილი გ.
- ნარსია მ.
- ნემსაძე ე.
- ნაზარიშვილი გ.
- ნაცვლიშვილი ი.
- ორლოვსკი ნ.
- ოქროპირიძე ვ.
- ოთხმეზური ვ.
- ოთაროვი მ. — სიღნაღის მაზრიდან.
- ოსიძე ა.
- ოდიშარია ა. — აბასთუმანი.
- ოგანსკი. — კახეთი
- პარმა ი.
- პარკაძე მ.
- ყურული შ.
- ყლენტი ა.
- რუხაძე ა.
- რატიშვილი გ.
- რობიტაშვილი ვ.
- სანაძე მ.
- სიხარულიძე ი.
- სიხარულიძე პ. — ფოთი.
- სენაძე დ. ს. — დარჩელი (სენაკის მაზრა).
- სულაკაძე ა.
- საყვარელიძე თ.
- სარაჯიშვილი პ.
- ტყემელაშვილი კ.
- ტურიაშვილი ნ.
- ტყემალაძე ა.
- ტატიშვილი თ.
- ტყემალაძე კ.
- ტყემალაძე ნ.
- ტურკია ვ.
- ტყავაძე მ.
- ტაბლიშვილი გ.
- უგრელიძე მ.
- უშვერიძე ა.
- უსტიაშვილი ა.
- ფაველნიშვილი გ.
- ფურცელაძე მ.
- ფანჯავიძე ს.
- ფარცვანიძე მ.
- ფალავა ლ.

- ფალავა დ.
 ფოფხაძე ნ.
 ფოჩხუა პ.
 ქიქოძე მ.
 ქიქოძე ს.
 ქავთარაძე ა.
 ქავთარაძე პ.
 ქებაძე პ. ქუთაისი.
 ქავთარაძე ა.
 ქავთარაძე მ.—ოზურგეთის მაზრა.
 ლოლობერიძე გ.
 ლამბაშიძე ს.
 ლამბაშიძე შ.
 ლლონტი ტ.
 ყიფშიძე ნ.
 ყავრიშვილი თ.
 ყარიბოვი ნ.
 ყანჩაველი თ.
 შუშანია რაჟდ.—ბათომი.
 შატილოვი ა.
 შუაქრიშვილი ნ.
 შენგელია მ.
 შალამბერიძე მ. დოც.
 შალამბერიძე ე.
 ჩიჯავაძე ე.
 ჩიგოგიძე
 ჩიტორელიძე ი.
 ჩხეიძე ნ.
 ჩხეცია ი.
 ჩხენკელი მ.
 ჩახუნაშვილი ს.
 ჩირაძე ნ.
 ჩაგუნავა ა.—ბათომი.
 ჩახაშვილი თ.
 ჩიტავიანც ს.—თელავის მაზრა.
 ცეცხლაძე ვ.
 ცხაკაია მ.
 ცატუროვისა თ.
 ცაგარელი ლ.
 ციციშვილი გ.—გორის მაზრა.
 ცინცაძე ა.
 ცხომელიძე თ.
- ცხაკაია მ.
 ძაგანია ნ.
 წინამძღვრიშვილი მ. პროფ.
 წულუკიძე ა.
 წულუკიძე ლ.
 წერეთელი ა.—ქიათურა.
 წივწივაძე ტატიანა
 წულეისკირი ვ.
 წივწივაძე
 კიკინაძე კბ. ექ.
 კიკინაძე ი.
 კიკინაძე მ.
 ქედია გ.—ზუგდიდის მაზრა.
 კანტურია
 კიკინაძე კ.—ხარაგოული.
 ვადაჭკორია ა.
 ვირსალაძე სპ. პროფ.
 ვეფხვაძე მ.
 ვეფხვაძე კ.
 ვერულაშვილი დ.
 ვოლკოვისა
 ხაზარაძე ვ.
 ხვედელიძე ვ.
 ხათრიძე ბ.
 ხევსტურიანი—ლეჩხუმი.
 ხეჩინაშვილი გ.
 ხუციშვილი გ.
 ხომასტურიძე ი.
 ხოჩაშვილი პ.—მოლითი.
 ხითაროვი ა.
 ხუციშვილი გ.
 ხეჩინაშვილი გ.
 ჯანდიერი ნ.
 ჯანდიერი
 ჯათარიძე ბ.
 ჯორჯიკია გ.—სენაკის მაზრა.
 ჯავახიშვილი დ.
 ჯავახიშვილი ი.
 ჯიბუტი გ.
 ჯავრიშვილი ა.
 ჯათარიძე ნ.
 ჯათარიძე ბ.—რაჭის მაზრა.
 ჯათარიძე თ.

ქ რ ო ნ ი კ ა.

— კვირას, ივნისის 21-ს ტფილისის უნივერსიტეტის თერაპიული კლინიკის ასისტენტმა ნიკომახვილაძემ დაიცვა დისერტაცია სათაურით: „მასალები სისხლის მორფოლოგიური ცვლილებების შესწავლისათვის პელაგრის დროს“. ოფიციალ ოპონენტებად ფაკულტეტის მხრივ იყვნენ: პროფ. ალ. ალადაშვილი, პროფ. სპ. ვირსალაძე და პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი. პაქრობის შემდეგ ფაკულტეტმა მინიჭა დისერტანტს შინაგან სნეულებათა მედიცინის დოქტორის ხარისხი.

— ოთხშაბათს, ივნისის 24-ს ტფილისის უნივერსიტეტის მთავარ შენობაში ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის უფროსმა ასისტენტმა ალ. წულუკიძემ დაიცვა დისერტაცია შემდეგ თემაზე: „დიდი ბადექონის დამცველობითი თვისებების საკითხისათვის მუცლის ღრუს ზოგიერთი პათოლოგიური პროცესების დროს“ ოფიციალ ოპონენტებად იყვნენ პროფ. გ. მუხაძე, პროფ. ს. ამირაჯობი და პროფ. ალ. მაქავეარიანი. პაქრობის შემდეგ ფაკულტეტმა ალ. წულუკიძეს მინიჭა ქირურგიის მედიცინის დოქტორის ხარისხი.

— პრივ.-დოც. შ. მიქელაძე გაემგზავრა საფრანგეთში, სადაც ის მივლინებულია უნივერსიტეტის მიერ სამეცნიერო მიზნით ურთი წლის ვადით.

— დოცენტი ასპისოვი გაემგზავრა საზღვარ გარედ (გერმანიაში) სამეცნიერო მიზნით.

— პათოლ. დოქტორი დოც. ელ. ქლენტი სამკურნალო ფაკულტეტმა პროფესორად აირჩია.

— პროფ. შარკოს დაბადების 100 წლის თავი დიდი ზემოთ ილღესასწაულეს ქ. პარიზში 26 მაისს, სადაც საქ. უნივერ. სახელით მისასაღმებელი სიტყვა წარმოსთქვა ჩერვ. კლ. უფრ. ასისტ. სვ. ყიფშიძემ.

— 15 ივლისს: პროფ. მ. ასათიანის თაოსნობით მიემგზავრება სამეცნიერო ექსპედიცია სვანეთში ჩიყვის საკითხის შესასწავლად.

— „თანამედროვე მედიცინის“ მე-3-4 ნომერში გამოცხადებული იყო სია იმ პირთა, რომლებმაც 1924—25 წ. შემოდგომის სესიაში ჩააბარეს სახელმწიფო გამოცდები და მიიღეს ექიმის წოდება. სამწუხაროდ რედაქცია იყო შეყვანილი შეცდომაში, რის გამო ზემოხსენებულ ჟურნალში გამოქვეყნებული სია ვერ იყო სამართლიანად და სწორად დალაგებული. — ის არ შეეფარდებოდა სინამდვილეს. ამიტომ ესლა შესაცვლელად იმ სიისა ცხადდება ნამდვილი სია ყველა იმ პირთა, რომლებმაც 1924—25 წ. შემოდგომა-გაზაფხულის სესიებში ჩააბარეს სახელმწიფო გამოცდები და მიიღეს ექიმის წოდება:

- | | |
|--|---|
| 1. აბდუშელიშვილი ლევან იოსების ძე | 14. გობეჩია ვლადიმერ ევგენის ძე |
| 2. აკატოვა-ნიკოლაიშვილისა ნადეჟდა კონსტანტინეს ასული | 15. გოგორიშვილი შალვა სოლომონის ძე |
| 3. აზატიანი ოლღა სარქისის ასული | 16. გორგიშვილი ელისაბედ გრიგოლის ასული. |
| 4. ასლანიშვილი იოსებ ანტონის ძე | 17. გროზდოვი თამარ ნიკოლოზის ასული |
| 5. ახვლედიანი ალექსანდრე ვასილის ძე | 18. გუნია ვალერიან ვალერიანეს ძე |
| 6. ბადრიძე დავით გიორგის ძე | 19. დათაძე ელისაბედ კონსტანტინეს ასული. |
| 7. ბაკურაძე გრიგოლ ირაკლის ძე | 20. დონჯაშვილი იოსებ გიორგის ძე |
| 8. ბახტაძე გიორგი ანტონის ძე | 21. დუგლაძე ვალენტინე თომას ასული |
| 9. ბალაშვილი ელენე აბრამის ასული | 22. ევეცი მარიამ ანდრეას ასული |
| 10. ბურჯანაძე ანნა შიოს ასული | 23. ერქომაიშვილი ისიდორე თეოფილეს ძე |
| 11. გეგელაშვილი თამარ სოლომონის ასული | 24. ვაშაკიძე დომნა ბესარიონის ასული |
| 12. გიორგაძე ონისიმე დავითის ძე | 25. ვარდოსანიძე ანტონ დავითის ძე |
| 13. გიორგაძე გალაქტიონ დავითის ძე | 26. ვარტუნიან ნინო ოპანეზის ასული |
| | 27. ვეფხვაძე კოსტანტინე ფარნაოზის ძე |

ს. ს. ს. რ. ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის

„მ ო ა მ გ ე“

ჯანმრთელობის ორგანიზაციის სამეცნიერო და პრაქტიკული მედიცინის სა-
კითხების შესახებ.

არაპერიოდული გამოცემა ქართულ და რუსულ ენაზე.

ჟურნალი გამოდის პროფ. ა. ს. ალადაშვილის, პროფ. ს. ს. ამირეჯიბის,
დამსახურებული პროფ. ი. ა. ანფიმოვის, პროფ. ვლ. ვორონინის, პროფ. ა. გ.
მაჭავარიანის, დამსახურებული პროფ. პ. გ. მელიქიშვილის უახლოესი მოწა-
წილეობით.

ჟურნალში მონაწილეობას იღებენ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტე-
ტის საექიმო ფაკულტეტის პროფესორები, საქართველოს ექიმთა და ბუნების-
მეტყველთა სა-ზ-ის და ამიერკავკასიის საექიმო საზოგადოების წევრები.

ჟურნალი შეიცავს შემდეგ განყოფილებებს:

I სამეცნიერო ნაწილი.

II საბჭოთა მედიცინა.

III სამეცნიერო ცხოვრება.

სადმე გამოქვეყნებული წერილები იმავე ენაზე დასაბეჭდავად არ მიიღებიან.

მიიღება განცხადებები: ფასი: 1 გვერდი— 45 მანეთი.

1/2 „ — 25 „

1/4 „ — 15 „

რედაქციის მისამართი: ქ. ტფილისი, საპიორის ქუჩა № 30.

საქართველოს სახალხო ჯანმრთელობის კო-
მისარიატის მოამბის სარედაქციო კოლეგია.

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

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

მთავლიტი № 801.

№ 6232|1089.

ტირაჟი 600.



„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 გუშავი.

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

პასუხისმგებელი რედაქტორი გ. ყორჩიბაში.



ჟეიმს ე. რიჯსპაქის

კლინიკური-დიაგნოსტიკური

კაბინეტი

იღებს გამოსაკვლევად:

სისხლს: 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 ვაკცინას.

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

მისამართი: ლენინის (თლღას) ქუჩა, გაშვანთ შესასვლელში (მუღი-აზარიაძის სასტუმროს პირდაპირ) № 3.

ფასი 1 მან. 10 შაური.

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

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

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

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

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

ქურნალის მერვე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა აგვისტოს დაშლევინათვის.

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



ქართული
ნაციონალური
ბიბლიოთეკა