

მ. სპ.



გამოცემის წელი მეორე.

ს. ბაგრატიონი

თანამედროვე

მედიცინა

F 260
1925

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 9

ს ე მ ტ ე მ ბ ე რ ი

1925



ცუილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეჯის გამომცემი •

ტ ფ ი ლ ი ს ი



გრძელდება ხალის მოწერა 1925 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

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

ჟურნალში შექმნილი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი
მედიცინა, მიმოხილვები, კორასკონდენსიები, რაფა-
რატები, ბიბლიოგრაფია და ჟრონიკა.

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.

გამთვივდა გასასყიდად

პროფ. ალ. ალადაშვილის

ახალი წიგნი

„კლინიკური რეცეპტები“.

სტუდენტთა და ექიმთათვის

ქართულ „თანამედროვე მედიცინის“ გამომცემს.

ფასი 1 მ. 30 კ.

1925

გამოცემის წელი მეორე.



თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 9

ს ე პ ტ ე მ ბ ე რ ი

1925



ცუილისის უნივერსიტეტის უბცროს მასწავლუბულთა კოლუგიუბის გობოცეზა

ტ ფ ი ლ ის ი



შ ი ნ ა ა რ ს ი

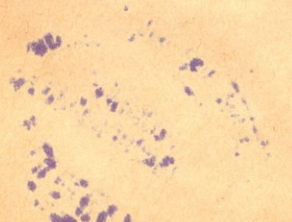
I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

	83
1. ვ. კაკოიშვილი, Pes equinus paralyticus	475
2. მ. კოკოჩაშვილი, ileothoracopagus-ის შემთხვევა.	481
3. პროფ. გ. ღამბარაშვილი, რენტგენის სხივების ე. წ. გამაღი- ზიანებელ თვისების შესახებ.	487
4. პროფ. ა. მაჭავარიანი, ქიყელა ნაწლავის დაავადების შესახებ.	511
5. გ. ლორთქიფანიძე, მეტრეიროზი მეანობაში.	521
6. გრ. ხუციშვილი, აპენდიციტების შემთხვევები კლინიკის მასა- ლების მიხედვით.	534
II. კორესპონდენციები.	544
III. რეფერატები.	557

Thamedrové medecina

Sommaire:

1. V. Kakoichvili, Pes equinus paralyticus	475
2. M. Kokotchachvili, un cas d' „Ileothoracopagus“	481
3. Prof. G. Gambarachvili, Au sujet de l'action irritante rayons de Röntgen	487
4. Prof. A. Matchavariani, Au sujet des maladies de l'ap- pendice	511
5. D. Lorthkipanidze, La metreirise dans l'acouchement.	521
6. D. Koucichvili, Les cas d'appendicite d'apres les materiaux de la clinique	534
II. Correspondences.	544
III. Revues.	557



3. კაკოიზილი.

ანატომიის კათედრის ასისტენტი

PES EQUINUS PARALITICUS.

(ტფილისის უნივერსიტეტის ანატომიური ინსტიტუტიდან გამეგე—პროფ.

ა. ნათიშვილი).

ქვემო კიდურთა სიმახინჯეს შორის გაცილებით უფრო ხშირ მოვლენას ტერფის სიმახინჯე წარმოადგენს. ეს უკანასკნელი ორ გვარია: თანდაყოლილი და შეძენილი. მათ შორას პირველი უმეტეს შემთხვევაში წარმოდგენილია ეგრედ წოდებულ pes equino varus-ის სახით, რომელიც Bessel-Hagen-ის გამოანგარიშებით თანდაყოლილი ანომალიების $\frac{1}{10}$ -ს უდრის, Hoff-ის სტატისტიკის მიხედვით კი თანდაყოლილი—სიმრუდის 100 შემთხვევაზე 86% ტერფის სიმკრუდეს ეკუთვნის. ქირურგიულ კლასიკურ სახელმძღვანელოებში და საერთოდ ქირურგიულ ლიტერატურაში ტერფის სიმახინჯე მრავალ ფორმებად არის დაყოფილი, რომელთა შორის გაცილებით უფრო ხშირ მოვლენას შემდეგი ფორმები წარმოადგენენ: Pes varus, Pes equinus და Pes equino-varus.

ვიდრე აქ ჩამოთვლილ ფორმების დახასიათებას შევუდგებოდე, საჭიროდ მიმაჩნია მოკლედ აღვნიშნო ანატომია და ფიზიოლოგია ტერფისა ნორმალურ მდგომარეობაში. ჩვეულებრივ ტერფის ძვლები ისე არის დალაგებული და ერთმანეთზედ მიდებული, რომ ორ თალს წარმოქმნიან: გასწვრივს და გარდიგარდმოს. პირველი უფრო მკაფიოთ არის გამოხატული და უკანა ნაწილი ეხება მიწას, ანუ იატაკს ქუსლის ძვლის ბორცვით, წინ კი წინა ტერფის ძვლების მიდამოში, ამ თალის სიმრუდე უფრო კარგად გამოხატულია მედიალურ მხარეზე, ნავისებურ და კოჭის ძვლების თავებით. მეორე, ესე იგი, გარდიგარდმო თალი გაცილებით უფრო სუსტად არის გამოხატული და წარმოიქმნება წინა ტერფის ძვლებისაგან მკაფიოთ, ნაწილობრივ უკანა ტერფის ძვლებითაც. ეს თალი დაბჯენილია წინა ტერფის პირველ და მეხუთე ძვლის თავებზედ. მისი უმაღლესი წერტილი წინა ტერფის მესამე ძვლის თავთან არის მოთავსებული. აღნიშნული თალები გამაგრებულია ტერფის ძირის იოგოვანი აპარატით, მოკლე კუნთებით და გრძელი კუნთების მყესებით.

ტერფი მოძრაობს სხვადასხვა მიმართულებით: იგი იხრება ძირისაკენ, დორზალურ ზედაპირისკენ, აწარმოებს მოზიდვა განზიდვას. პირველი ორი მოძრაობა სწარმოებს კოჭ წვივის სახსარში. ამ ორ მოძრაობას აწარმოებს თითების საერთო გამშლელი და კანჭის სამთავა კუნთების მოქმედება. რაც შეეხება ორ უკანასკნელ მოძრაობას, მოზიდვას და განზიდვას, ისინი გამოწვეულია კოჭ-ქუსლის და კოჭ ნავისებური სახსრების მოძრაობით. აღნიშნულ სახსართა ზედა-

პირების თავისებურობა წარმოშობს რთულ მოძრაობას. ეგრედ წოდებულ სუბინაციის დროს მედიალური კიდე ტერფისა წამოიწევა ზემოდ და გარეთ, ამასთანავე მოიზიდება მედიალურად, ასე რომ ტერფი იღებს ერთგვარ სიმრუდეს, ეგრედ წოდებულ Varus-ის ფორმას. ამ შემთხვევაში მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენს m. m. tib. anterior და tib. poster. სუბინაციის მოწინააღმდეგე მოძრაობა პრონაცია იქნება, რომელიც წარმოდგენილია ტერფის ლატერალური კიდის ზევით აწევით, მის წინა ნაწილის განზიდვით. ამ შემთხვევაში ტერფი Valgus-ის ფორმას იღებს. აქ მამოძრავებელ ძალას m. m. peronei და m. extens. digitor. comm. წარმოადგენენ: საზოგადოთ ყველა სახსრები ერთათ აღებული ტერფის მიდამოში ერთ მთლიან ტერფის სახსარს წარმოადგენენ, სადაც მოხრას თან სდევს Adductio და Supinatio, გაშლას კი Abductio და Pronatio. აი მოკლედ ის ანატომიური და ფიზიოლოგიური ნორმები, რომელთაც ემორჩილება ნორმალური ტერფი.

ზემოჩამოთვლილი მოძრაობანი შეიძლება ზოგიერთ შემთხვევაში გამოხატული იყოს გაძლიერებულად, გადამეტებულათ ნორმასთან შედარებით რომელიმე მხარესკენ, რაც გამოიწვევს პათოლოგიურ მოვლენებს, ანომალიებს და სხვადასხვა ფორმას სიმახინჯისას. როგორც უკვე თავში აღვნიშნეთ, ასეთ ფორმებს სიმახინჯისას ხშირად ვხვდებით ტერფში და ყოველი მათგანი, თავისებური განსაკუთრებული თვისებებით არის წარმოდგენილი.

დავიწყოთ ეგრედ წოდებულ pes varus-იდგან: ამ ფორმის ელემენტების ლოკალიზაციის აღნიშვნა Bessel Hagen-ს ეკუთვნის. მისი აზრით, აღნიშნულ ფორმის დროს ტერფის ნაწილი Adductio-ს განიცდის, ესე იგი, მედიალურად მოიზიდება, კიდეები გამრუდდება და ეს გამრუდება გამოიხატება იმაში, რომ ლატერალური კიდე გამოიდრიკება თვალსაჩინოთ, მედიალური კი შეიდრიკება, მათვე დამატებათ Supinatio, რომელიც წარმოადგენს ტერფის ლატერალურათ მოტრიალებას მის წინა-უკანა ღერძის გარშემო, შიგნითა კიდე წამოიწევა ზევით და ცოტა გარეთ. მეორე ფორმა ტერფის სიმახინჯისა არის Pes equinus. ეს უკანასკნელი ხასიათდება მით, რომ ტერფი მოხრილია ძირისაკენ, მისი დორსალურ ზედაპირის მოხრა ჩვეულებრივ არ აღწევს სწორ კუთხემდის. ასეთ მდგომარეობაში ტერფი ფიქსაციას განიცდის. აღნიშნულ ფორმის დროს მოძრაობის მხრივ შეზღუდვას განიცდის ჩვეულებრივ მხოლოდ კოჭ-წვივის სახსარი, რომელშიდაც, ხდება მოხრა და გაშლა ტერფისა, მაგრამ თუ ეს შემთხვევითი არის, მაშინ მოძრაობის შეზღუდვას განიცდიან დანარჩენი სახსრებიც. Pes equinus უფრო ხშირად შეძენილ შემთხვევას წარმოადგენს და პარალიტიურ ფორმებს ეკუთვნის. საზოგადოთ ტერფის სიმრუდის წარმოშობის შესახებ ორი თეორია არსებობს: კუნთ-ნერვული და მექანიური. ამ უკანასკნელს უფრო მეტი მიმდევარი ყავს, როგორიც არიან Heuffer-ი, Volkman-ი, Kocher-ი, Hoffa, Bauer-ი, Hiusch-ი და სხვები.

ამ თეორიის მიხედვით ზემოდ აღნიშნული სიმახინჯე წარმოიშობა ორსულობის პირველ და უკანასკნელ თვეებში. ამ შემთხვევაში სითხე ნაყოფის გარშემო შეიძლება ნაკლები იქნეს, ან კიდევ შეიძლება ნაყოფის სხვადასხვა ნაწილები არანორმალურად იქნეს დალაგებული, რაც ხელს შეუშლის ნაყოფის ნორ-

შალურად განვითარებას. შესაძლებელია აგრეთვე მოხდეს საშვილოსნოს ღრუს შევიწროება სხვადასხვა სიმსივნით, რაც ძლიერ გავლენას იქონიებს ნაყოფის ნორმალურ ზრდა განვითარებაზე. მოსალოდნელია აგრეთვე ჭიბის თიაქარის მძლავრი განვითარება, რომელიც დაკავშირებულია ამნიონის ფურცლების მჭიდრო შეკავშირებასთან, რასაც შეუძლია აგრეთვე ხელი შეუწყოს ნაყოფის ზოგიერთი ნაწილების სიმახინჯეს. Ducenn-ის აზრით თანდაყოლილი სიმრუდე ტერფის შეიძლება გამოიწვიოს კუნთების სიღამბლემ და მათმა ანტაგონისტების თანდათანობითმა შეზღუდვამ მოძრაობის მხრივ. Vulpus-მა 1902 წელს ორტოპედიულ ქირურგიულ პირველ კონგრესზე ტერფის თანდაყოლილ სიმრუდის ეთიოლოგიურ მომენტად ჩანასახის ცხოვრების დროს Poliomyelitis anter. აღიარა. მას Curcio-ს შრომიდან მოყავს ის აზრი, რომელიც უჩვენებს m. peroneus-ის სუსტად გაღიზიანებას ელექტრონის ნაკადით. იგივე იმოწმებს Courtilier-ის გამოკვლევებს, სადაც ნაჩვენებია, რომ თანდაყოლილი ტერფის სიმახინჯე გამოწვეულია ხშირად ცენტრალურ ნერვიულ სისტემის დაავადების გამო. ამის დასამტკიცებლათ იგი აღნიშნულ ავადმყოფობის დროს აგვიწერს ზურგის ტვინის მდგომარეობას, რომელიც ხასიათდება რუხი ნივთიერების წინა რქების ცვლილებებით და პირამიდულ კონებში მეორადი გადაკვარებით. Vlacos-ი სულ სხვანაირად ხსნის ზემონაჩვენებ სიმახინჯის წარმოშობას. იგი შემდეგს ამბობს: ჩანასახის ცხოვრების დროს ნაყოფი მოძრაობს, როგორც მდგომარეობათა შეცვლისათვის, აგრეთვე სხვადასხვა ჯგუფის კუნთთა განვითარებისათვის და შეთანასოვნებათა წარმოქმნისათვის. თუ სხვადასხვა მიზეზების გამო ნაყოფის მოძრაობა შეჩერდა, ის რჩება უძრავად ამ მდგომარეობაში, ეს კი იწვევს კუნთების შემოკლებას, რომელთა მიმავრების წერტილები ერთმანეთს უახლოვდებიან. ხანგრძლივი ყოფნა კი ამნაირ მდგომარეობაში იწვევს შეზღუდვას კონტრაქტურას. ანტაგონისტები, რომლებიც ამ დროს დაჭიმულნი არიან აქტიურათ უმოქმედობის გამო კარგავენ ნაწილობრივ კუნთოვან ნივთიერებას, რითაც აიხსნება მათი ელექტრონის ნაკადით ნაკლებად გაღიზიანება. ასეთივე შეხედულების არის ტერფის თანდაყოლილ სიმრუდის ეთიოლოგიურ მომენტზე პროფესორი ტუნტერი. Pes equinus-ის გამომწვევ მიზეზებათ შეიძლება აგრეთვე ჩაითვალოს როგორც ტერფის დორზალურად მომხრელ კუნთების, აგრეთვე თვით ტერფის მთლიანი სიმძიმე—სიღამბლე. შეიძლება Pes equinus არ განვითარდეს, თუ ტერფის სიღამბლეს წინააღმდეგა სხეულის მთელი სიმძიმე. ზოგიერთ შემთხვევაში აღნიშნული ფორმა შეიძლება გამოწვეული იქნეს მრავალი პათოლოგიური პროცესებით, მაგალითად როგორც არის მრავალი ნაწიბურები და ნაოკები კანკის უკანა ზედაპირზე ტყუბი კუნთის ქვემო მესამედში, სხვადასხვა ანთებითი პროცესები თვით კუნთებში. თუ საშუალოდ არის გამოხატული Pes equinus, ცვლილებები ნაკლებად არიან წარმოდგენილი, იგინი გვხვდებიან ნხოლოდ ქუსლის და კოჭის ძვლებში. როგორც ერთი, აგრეთვე მეორე ძვალი მოიდრიკება ხოლმე ტერფის ძირისკენ მაგრამ თუ სიმახინჯე მძლავრად არის გამოხატული, იმ შესთხვევაში ცვლილებები უკრო ღრმა არის, გახსაკუთრებით კოჭ-წვივის სახსარში. სახელდობრ, კოჭის ძვალი ამოვარდნილია აღნიშნულ სახსრიდან. ამ ძვლის მხოლოდ უკანა ნაწილია შეთანასოვნებული გოჯებთან, წინა კი წამოწეულია თავისუფლად ტერ-

ფის დორზალურ ზედაპირისკენ და მისი სასახსრე ზედაპირი მოკლებულია ლრტილს. ამ ძვლის თავიც დორზალურ მხარესკენაა წამოწეული და ირიბათ მიმართული ძირს, რაც შეეხება ქუსლის ძვალს, იგი კოჭის ძვალთან ერთად ძალზე მოხრილია ტერფის ძირისაკენ და შეუძლია შეთანასხოვნება მხოლოდ დიდი წვივის სასახსრის უკანა ნაწილთან, ან კიდევ ლატერალურ გოჯთან, ნავისებური ძვალი ჩაწეულია ტერფის ძირისკენ. არც იოგოვანი და კუნთოვანი აპარატი არის მოკლებული ცვლილებებს ტერფის მიდამოში. როგორც სასახსრე პარკები, აგრეთვე იოგები და კუნთები ტერფის გამოდრეკილ ზედაპირზე დაჭიმულნი არიან და ზოგი მათგანი ვიპერტროფას განიცდის. შედრეკილ ზედაპირზედ კი იგინი შემოკლებულია და ცხიმით გადაგვარებული. ყველაზედ უფრო შემოკლებული კუნთებ შორის *m. gastrocnemius* ია ამ უკანასკნელ ფორმას ტერფის სიმახინჯისას ეკუთვნის თავის ხასიათით და თვისებით ჩემ შემთხვევა, (იხ. ს. 1) რო-

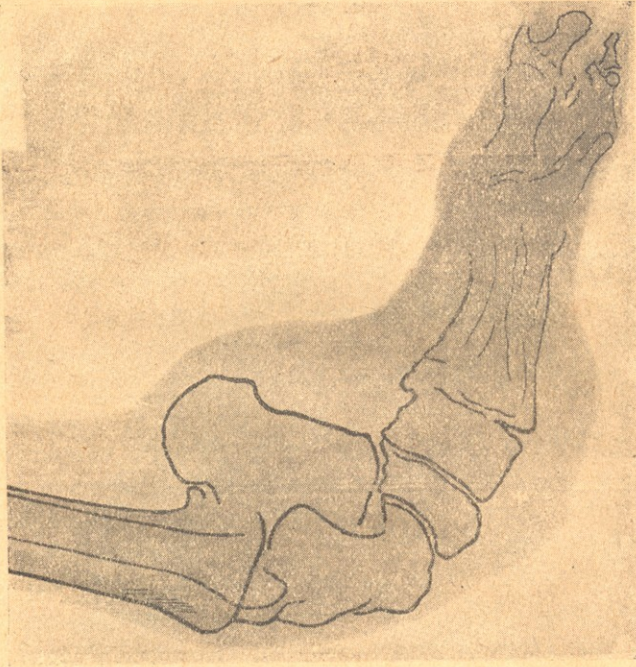


სურათი № 1.

მელიც აღმოჩენილი იყო, ქართულ უნივერსიტეტის ანატომიურ ინსტიტუტში სტუდენტებთან პრაქტიკულ ვარჯიშობის დროს გასულ წლის გაზაფხულის სემესტრის დასაწყისში. გვაში დედა-კაცისა, დაახლოვებით 35 წლისა. საშუალო ტანის გარეგანი ფორმა: სიმახინჯეს წარმოადგენს მარცხენა ქვემო კიდურის ნაწილი—ტერფი. მისი ზურგი ძალზე გამოდრეკილია და ძირს იყურება, ძირი კი შედრეკილია და უკან არის მიქცეული. კანჭის კანი გათხელებულია და მის

უკანა ზედაპირზე, სამთავა კუნთის ქვემო მესამედის მიდამოში მრავალი ნაწიბურებით და ნაოჭებით არის დართული. თვითონ ტერფის დორზალურ ზედაპირზე და გვერდითი ზედაპირებზე კანი გაჭინულია და გათხელებული, შუა ნაწილში კი ბუშტუკოვანი წარმოქმნა არის გადაკრული უთხელესი კანით. ხელით შეხების დროს ბუშტუკში გრძობთ რაღაც მოსქელო კონსისტენციის სითხეს. ბუშტუკის კიდეები გამკვრივებულია. ტერფის ძირზე კანი ნაოჭებით და მათ შორის შექმნილ ლარებით არის დართული. ქუსლს და კანჭს შორის, განსაკუთრებით მის უკანა ზედაპირზე კანი მჭიდროთ არის შეზრდილი ძვალთან და ადვილად არ სძვრება. კანქვეშა ქსოვილი ნაკლებათ არის განვითარებული. კანჭის ყოველმხრივი კუნთები ატროფიას განიცდიან და მათი ქვემო ნახევარი ცხიმად არის გადაგვარებული. მათი კუნთოვანი ბოჭკოები მხოლოდ დასაწყისში გვხვდებიან. მათი მყესები კი უცვლელად არიან და ნორმას ესაბამებიან. მხოლოდ ახილესის მყესი ძალზედ არის შემოკლებული და მისი ზემონახევარი გადაგვარებულ, გასქელებულ შემეართებელ ქსოვილს წარმოადგენს. თვითონ ტერფზე კანის მოცილების შემდეგ ვხდებით სხვადასხვა ცვლილებებს, როგორც კუნთოვებში, აგრეთვე ძვლებშიდაც. ტერფის ძირზე როგორც კუნთები, აგრეთვე იოგები შემოკლებულია და სრულებით გადაგვარებული, გარდა ცერის მომზიდველ კუნთის ირიბი თავისა, რომელიც უცვლელად არის შენახული. ტერფის დორზალურ ზედაპირზე კუნთები დაჭიმულნი არიან და მოძრაობის მხრივ შეზღუდული. იოგები კი გიპერტროფიას განიცდიან, განსაკუთრებით Ligament. talonaviculare cuneiformia და სხვა, ცვლილებები მკაფიოდ გამოხატული უფრო ძვლებში გვხვდება. სახელდობრ: მცირე წვივის ძვალი მოდრეკილია შიგნით დიაფიზის ნაწილში და თავისი ზემო და შუა ნაწილით მიდებულა დიდი წვივის ძვალზე, რომელზედაც შეხების ზედაპირი შეუქმნია. Spatium interos. და Lig interos. მოსპობილია, მხოლოდ ქვედა ნაწილში, დაახლოვებით სამი სანტიმეტრის მანძილზე შენახულია ძალიან ვიწრო აპკი ზურგი კოჭის ძვლისა გაგრძელებას წარმოადგენს წვივის გასწვრივ ღერძისას და ამიტომ სახსარი წინიდან ღია არის ფართეთ და განივრათ. Process. post. tali მოსპობილია, მის მაგივრად გაბრტყელებული ზედაპირით კოჭი ეთანასოვნება წვივს. ქუსლის ძვლის ბორცვი შეპატარავებულია, კომპაქტიურ ნივთიერებას მოკლებულია, რბილია და ატროფიული მდგომარეობა ემჩნევა. წინა ნაწილი კი გაგანიერებული და გამსხვილებულია და კოჭის საბჯენთან ერთად მთელი ტერფის სიგანიერე უჭირავს. ქუსლის ძვლის გრძელი ღერძი ვერტიკალური მიმართულებისაა და კოჭის და წვივის ღერძის თანასწორივად არის. ქუსლის ძვალი პირდაპირ მიდებულა დიდი წვივის ქვემო ბოლოს ნაპირზედ და მასთან შეერთებულია ახლად განვითარებულ სახსრზე ზედაპირებით. მისი ბორცვის ატროფიული მდგომარეობა, ჩვენის აზრით, აიხსნება იმ მექანიურ მნიშვნელობის მოსპობით, რომელიც ნორმალურ პირობებში მას აქვს. რაც შეეხება უკანა და წინა ტერფის დანარჩენ ძვლებს, მათ თავის ფუძეების მიდამოში ჰორიზონტალური მდგომარეობა აქვთ და დამახინჯებულ ტერფისთვის დასაყრდნობ წერტილს წარმოადგენენ. მხოლოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ პირველ სოლებრიგს და წინა ტერფის პირველ ძვლის შორის ჩართულია დამატებითი ძვალი, რომელიც თავისუფლად და ტოკავს სახსარში.

პრეპარატს თავისებურობა ეტყობა, რაც რენტგენის სურათის მიხედვით შემდეგში გამოიხატება: (იხ. სურ. 2) ქუსლის ძვლის ბორცვის ნაწილში შანაგანი სტრუქტურა დარღვეულია, წინა ნაწილში კი ძვალოვანი ფირფიტების ურთიერთობა შენახულია. დიდი წვივის ძვალს ქვემო ეპიფიზის უკანა ნაპირზე ეტყობა ახლად განვითარებული ძვალოვანი წარზიდულებები, რომლებითაც წვივს ქუსლთან კავ-



სურათი № 2.

შირი დაუჭერია. კოჭის სხეულის ძვალოვან ქსოვილს, ჭალის ნაწილში, დესტრუქცია ეტყობა ყელში და თავში ძვალოვან ფირფიტების კონტურები მოსჩანს შერეული მიმართულებისა. კუბური ძვლის კონტურები ოდნავ მოსჩანს და მის ქვემო ნაპირთან ძვალოვანი ქსოვილი სრულიად გაწყალებულია.

დასასრულ უნდა მოგახსენოთ შემდეგი: თუპცა ზემოდაღნიშნული უკანასკნელი ფორმა ტერფის სიმახინჯისა—*Pes equinus paralyticus* უმეტეს შემთხვევაში ლიტერატურის ცნობების მიხედვით შექმნილ ფორმას ეკუთვნის, ნაგრამ ყველა ის ღრმა ცვლილებები და თავისებურობა, რომელთაც ადგილი აქვთ აქ ნაჩვენებ ჩემ შემთხვევაში, ნებას მაძლევენ მივაკუთვნო იგი თანდაყოლილ ფორმას.

ძვალოვანი პრეპარატი ინახება ტფ. სახელმწიფო. უნივერსიტეტის ანატომიურ ინსტიტუტში.

მ. კოკოჩავილი.

ანატომიის კათედრის ასისტენტი.

ILEOTHORACOPAGUS-ის უმთხვევა.

(ტფილისის უნივერსიტ. ანატომიური ინსტიტუტიდან. გამგე—პროფ.

ალ. ნათიშვილი).

უკანასკნელ ხანაში ტერატოლოგიამ გამოიწვია მეტად დიდი ინტერესი კვლევა ძიებისა ექიმთა შორის, რის შედეგათ ბოლო წლებში გამოქვეყნებულ იქმნა მეტათ საინტერესო შრომები სიმახინჯის შესახებ.

უახლოეს ავტორებიდან, რომლებმაც მოიხვეჭეს ავტორიტეტული სახელი ტერატოლოგიურ გამოკვლევაში, ეკუთვნიან Schaltz-ი, Arnold-ი, Marchand-ი, ბევრი სხვებიც და მათ შორის განსაკუთრებით Ernst Schwalbe.

Schwalbe-მ შექმნა სიმახინჯის საკუთარი კლასიფიკაცია, რომელიც ამჟამად მიღებულია, როგორც გერმანიაში ისე სხვა ქვეყნებშიაც. ამავე ავტორს ეკუთვნის სიმახინჯის სწორი განმარტება, რომელიც მიღებულია პრაქტიკულ მედიცინაში.

Schwalbe-ს სწავლა სიმახინჯის შესახებ მეტათ ვრცელია და გაიყოფა სამ მთავარ ნაწილად:

- A) სიმახინჯის წარმოშობის დრო;
- B.) ფორმალური გენეზი და
- C.) კაუზალური გენეზი.

A. სიმახინჯის წარმოშობის დრო.

სიმახინჯეს შეუძლიან წარმოიშვას სუყოველთვის, დაწყებული კვირცხის განაყოფიერებიდან (Spermovium) და გათავებული ნაყოფის სრული განვითარებით.

სიმახინჯეს შეუძლიან განვითარდეს ნაყოფის დაბადების შემდეგაც, რომელიც გამოიწვევა ამა თუ იმ ორგანოს გახვითარების შეჩერებით. ჩანასახოვანი სიმახინჯე უფრო ხშირად ვითარდება ორსულობის პირველ სამი თვის განმავლობაში. რაც უფრო მკაფიოა სიმახინჯე, მით უფრო ადრეულ ემბრიონალურ ხანას ეკუთვნის მისი დასაბამი. სიმახინჯის წარმოშობის დრო აღინიშნება როგორც ტერატოლოგიური ტერმინაციური პერიოდი (Schwalbe).

B. ფორმალური გენეზი.

ფორმალურ გენეზათ ცნობილია მორფოლოგიური ცვლილებები სიმახინჯის განვითარებისას. ცვლილებებს, ანუ ნორმიდან გადახვევას, სიმახინჯის წარმოშობისას განიხილავენ ორი თვალსაზრისით: განვითარების ისტორიის და პათოლოგიურ თვალსაზრისით.

ფორმალურ გენეზის განხილვის დროს განვითარების ისტორიის თვალსაზრისით, მხედველობაში მიღებული აქვთ სხვა და სხვა ემბრიონალურ ფენების ჩაზრდა, შეერთება, დანაწილება, ზედმეტი ზრდა, დეფექტების წარმოშობა, განვითარების შეჩერება, ნაწილაკების გადანაცვლა, შეზრდა და შეკავშირება.

პათოლოგიურ მიზეზებ შორის, რომლებიც გამოიწვევენ სიმახინჯეს, ადგილი აქვთ უმთავრესად ჰიპერტროფიას და გადაგვარებას. აღსანიშნავია აგრეთვე კვერცხის გარსების ანთებები, რომლებიც არიან მიზეზები სიმახინჯის განვითარებისათვის. Schwalbe-ს აზრით საჭიროა აღინიშნოს პათოგენური მიკროორგანიზმები, რომლებსაც შეუძლიანთ შეიჭრან დაზიანებულ პლაცენტრიდან ჩანასახის განმავითარებელ კვერცხში.

G. კაუზალური გენეზი.

სიმახინჯის მიზეზები არიან გარეგანი და შინაგანი. გარეგანი ანუ გარეშე მიზეზები შეიძლება დაიყოს: მექანიურ, ქიმიურ, ფიზიკურ და თერმიულ მიზეზებზედ. ამათ უნდა დავამატოს ჟანგბადის ნაკლებობა და ოსმოზის შეცვლა.

მექანიკური მიზეზები იყო გამოკვლეული კლინიკურად და ექსპერიმენტულურად. ცნობილია რომ სიმახინჯე შეიძლება განვითარდეს ტრაუმის ნიადაგზედ. ტრაუმას შეუძლიან, თუ ის მძლავრია მოახდინოს აბორტი, და თუ ის სუსტი და ქრონიკული—გამოიწვიოს მძლავრი და რთული სიმახინჯე. კლასიკურ მაგალითად ასეთი სიმახინჯისა შეიძლება ჩაითვალოს Lukscha-ს მიერ ცდით მიღებული სიმახინჯე. Lukscha იხვის კვერცხზედ აწარმოებდა ცდას. იგი ამ კვერცხს სდებდა ინკუბატორში. ნაჭუჭის მოცილების შემდეგ ფარავდა საფარველი შუშით ჩანასახოვან ლაქს, რის შედეგადაც კვერცხის სრული განვითარებისას მიიღებდა დეფექტიურ ჩანასახებს. ქიმიურ ნივთიერებიდან აღსანიშნავია ალკოჰოლი და სხვა ბევრი საწამლავე ნივთიერებანი.

თერმიულ მიზეზებიდან აღსანიშნავია ტემპერატურის ხანგრძლივი აწევა. ცნობილია, რომ ცოცხალი არსებანი უფრო მეტათ მგრძნობიარე არიან მაღალ ტემპერატურასთან, ვინემ დაბალთან. მაგალითად, თუ ჩვენ ვავატობთ ბაყაყის კვერცხებს, მაშინ იქიდან განვითარდებიან მახინჯები.

ჟანგბადის ნაკლებობას და ოსმოზის ცვლილებას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ამის შესახებ იყო გაკეთებული ცდები Мухомов-ის მიერ. იგი უსვამდა გასაპრიალბებელ ლაქს ქათმის კვერცხს ან და უშვებდა მათ იზოტონიურ ხსნარში და ლებულობდა სხვა და სხვა სახის მახინჯ ჩანასახებს.

სიმახინჯის შინაგანი მიზეზები უნდა ვეძიოთ თვით სქესობრივ უჯრედებში (Schwalbe).

თავის მოძღვრების დასასრულში Schwalbe-ს მოჰყავს სიმახინჯის საკუთარი კლასიფიკაცია. მახინჯებს ის ჰყოფს ორ მთავარ ჯგუფად: ორმაგ მრავლობითი და განცალკევებული წარმოქმნები. პირველი ჯგუფი მას გაყოფილი აქვს კიდევ ორ ნაწილად: თავისუფალი და შეერთებული ორმაგი წარმოქმნები. შეერთებულ წარმოქმნებში ის არჩევს სიმეტრულ და ასიმეტრულ მახინჯებს.

სიმეტრული შეერთება შეიძლება იყოს ვენტრალური ან დორზალური. ვენტრალურ შეერთებაში არჩევენ: ჰიპზედა შეერთებას (CranioPagusfrontalis, Cephalothoracopagus, Prosothoracopagus, Thoracopagus, Sternopagus et Xiphopa-



Thoracopagus.

gus) და ჭიპქევას. (Ileopagus, Jcheopagus). შესაძლოა და ხშირიც არის კომბინაცია ჭიპხედა და ჭიპქვედა შერთებისა. ასეთებს ეკუთვნიან Ileoxiphopagus, Ileothoracopaus, Cephaloileothoracopagus. შემთხვევა, რომელმაც ჩვენ დაგვაინტერესა, Schwalbe-ს კლასიფიკაციით ეკუთვნის Ileothoracopagus monosymetros tribrachius tripus-ის ფორმას.

ეს ჯგუფი მახინჯებისა მეტად საინტერესოა თავისი გარეგანი და შინაგანი აგებულებით. არის შემთხვევები, როდესაც ამ მახინჯებს აქვთ შეზრდილი კიდურები ან ორი—ერთ კიდურათ ან და ყოველივე ორი ცალკე-ცალკე. ასეთ შემთხვევაში შესაძლოა მახინჯს ჰქონდეს ან ორი ხელ-ფეხი, ან სამი, ან ოთხ-ოთხი ხელ-ფეხი. ასეთ მახინჯებს აქვთ ორი ხერხემალი მშვენივრად განვითარებული, რომლებიც მოთავსებული არიან სხეულის გვერდებზე. ქვემო ნაწილში ხერხემლის სვეტები უახლოვდებიან ერთი მეორეს. მენჯის მიდამოში შესაძლოა მათი შეერთება. ასეთ შემთხვევაში ვლენულობთ რთულ მენჯს. გულმკერდის მიდამოში არჩევენ 18 ან 24 წყვილ ნეკნებს. მკერდის ძვალი ხშირად ერთია, რომელიც მდებარეობს წინ. შესაძლოა იყოს მეორე მკერდის ძვალი, მაშინ იგი მოთავსდება გულმკერდის დორზალურ ნაწილში პირველის პირდაპირ. გულმკერდის უკანა ნაწილში არის ხოლმე 2—3—4 ბეჭი იმის მიხედვით თუ რამდენი ზემო კიდურია. გულმკერდის ღრუში მოთავსებული ორგანოები შესაძლოა იყოს დალაგებული ცალკე-ცალკე. ასეთ შემთხვევაში არჩევენ თითო გულს, მოთავსებულს საკუთარ გულის პერანგში და შეკავშირებულს სათანადო ორ ფილტვთან. შესაძლოა ორივე გული განცალკევებული ძვიდით მოთავსდეს ერთ გულის პერანგში. ამ შემთხვევაშიაც ყოველივე გული ჩვეულებრივი ნაწილებით შეკავშირებულია ფილტვებთან (Kamann).

შესაძლოა მთლიან გულის პერანგში იყოს არა მარტო ორი დამოუკიდებელი გული, გაყოფილი გულის პერანგის ძვიდეთი, არამედ შიგ მოთავსდეს ერთი გული ორი წინაგულით და ორ-ორი პარკუჭით (Высокович), ან და ერთ-მთლიანი შეზრდილი გული ოთხი წინაგულით და ოთხი პარკუჭით (Kamann).

მუცლის ღრუს განკვეთისას უნახავთ ხოლმე ძალიან მრავალფეროვანი სურათი. იყო ნახული ორი ან ერთი ღვიძლი, ორი ან ერთი ელენთა, ორი, სამი ან ოთხი თირკმელი, იმდენივე შარდსაწვეთი, ორი კუჭი, ორი თორმეტკოჯა, ერთი მთლიანი წვრილი და მსხვილი ნაწლავები. იყო შემთხვევები საჭმლის მომწელებელი ორი ტრაქტის არსებობისა სრულიად თავისუფალი და დამოუკიდებელი (Schwalbe).

როგორც ზემო აღწერილობიდან სჩანს, ასეთი მახინჯები მეტად საინტერესო არიან თავისი შინაგანი აგებულებით და ამიტომ შევჩერდები ჩვენი შემთხვევის აღწერაზე:*) (იხ. სურ.)

„მახინჯს ორი თავისუფალი, სიმეტრული და ნორმალურად განვითარებული თავი და კისერი აქვს.

*) პრეპარატი ნიღბულია ქალაქის I საავადმყოფოს სამშობიარო-გინეკოლოგიურ განყოფილების გამგის ექიმ მონინისაგან, რისთვისაც მას მადლობას უცხადებთ. სამწუხაროთ მშობიარობის ისტორია ვერ მივიღეთ.

ტორსი გაერთიანებულია. მუცლის თეთრი ხაზის შუაზე არის ჭიპი ჭიპლარი. ამ ტორსთან შეკავშირებულია სამი ზემო და სამი ქვემო კიდურები. მათში ვარჩევთ მარჯვენა და მარცხენას, სრულიათ ნორმალურს, და შუას ანუ უკანას. ეს უკანა ანუ სხვანაირად შუა ხელი დართულია ორი ხელის მტევნით. თვითველ მტევანზედ არის ჩვეულებრივი ხუთი თითი. უკანა ფეხი კი ერთი მთლიანად გაერთიანებული ტერჯით თავდება და მასზედ არის რვა თითი.

შორისის მიდამოს სამკუთხიანი მოხაზულობა აქვს. მის შუაზედ კანის ოთხი მორგვია შეჯგუფული. ამ კანის მორგვებ შორის კანის რამდენიმე ნაოჭია. მუცელზედ დაჭერისას ამ ნაოჭებიდან მარჯვენა მხარეს გამოდიოდა მეკონიუმი. მარცხენა მხარეს და ზევით ჩვენ შევეცადეთ ზონდის გატარება, მაგრამ ზონდი ვერ შევიყვანეთ.

გულმკერდის და მუცლის ღრუების განკვეთისას აღმოჩნდა, რომ:

გულმკერდის ღრუ განისაზღვრება მუცლის ღრუსაგან ერთი ნთლიანი შუასაძგიდით. შუა ადგილას ამ შუასაძგიდზედ ნჭიდროდ შეზრდილია ფართე და დიდი გულის პერანგი. უკანასკნელის განკვეთისას აღმოჩნდა მასში ორი გულა, გაყოფილი ურთიერთ შორის გულის პერანგის დაბალი ძკიდეთი. გულის მწვერვალოები დაშორებული არიან ერთი მეორისაგან და გაიყოფებიან ლატერალურად იმ დროს, როცა მათი ფუძეები დაახლოვებული არიან შუა ხაზის გასწვრივ.

მარცხენა გული: მდებარეობა ნორმალურია, პარკუჭები და წინაგულები ნორმალურად არიან განვითარებული, აორტა და ფილტვის არტერია ამოდინან ჩვეულებრივი გულის პარკუჭებიდან. აორტა ჰქმნის ნორმალურ რკალს და გადადის დასწვრივ ნაწილში. აორტის რკალიდან ამოდის ჩვეულებრივი სამი ტოტი. გულმკერდის აორტა ჰხვრეტს დიაფრაგმის მარცხენა ნაწილს ხერხემლის გარეთ და მის გვერდით. ზემო და ქვემო ღრუ ვენები ჩადიან მარჯვენა წინაგულში.

მარჯვენა გული: მდებარეობა მარჯვენა გულისა მარცხენა გულის მდებარეობის სარკისებურ გამოხატულებას წარმოადგენს. მარჯვენა გულის წინაგულები შემოტრიალებულია.

მარჯვენა წინაგული მდებარეობს მარცხნივ შუა ხაზისაკენ და მიიღებს ზემო და ქვემო ღრუ ვენებს.

აორტა და ფილტვის არტერია გამოდიან სათანადო ადგილებიდან. აორტა, გამოსული მარცხენა პარკუჭიდან, ადის ზევით და მარჯვნივ, ჰქმნის რკალს სათანადო ტოტებით. მისი გულმკერდის დასწვრივი ტოტი გახვრეტს დიაფრაგმის მარჯვენა ნაწილს ხერხემლის გვერდით და გარეთ.

ქვემო ღრუ ვენები გულმკერდის ღრუში შეკავშირებული არიან ერთი მეორესთან ანასტომოზის საშუალებით.

ფილტვები. გულმკერდის ღრუში ოთხია: ყოველივე გულთან შეკავშირებულია ორი ფილტვი. ყოველივე ფილტვში შეიჭრება სათანადო ბრონქი, რომელიც წარმოადგენს სასულეს გაორკაპებულ ტოტს. როგორც სასულე ისე საყლაპავი მილი ორ-ორია. საყლაპავი მილები ჰხვრეტენ დიაფრაგმას მარჯვენა და მარცხენა აორტის მედიალურად.

გულმკერდის ღრუს წინა შუასაყარში მოთავსებულია მშვენვირად განვითარებული ორი მკერდუკანა ჯირკველი.

მუცლის ღრუ. ჯირკვლოვან სართულში მარჯვნივ მოთავსებულია უზარ-მაზარი ღვიძლი, რომელიც იკავებს ამ სართულის თითქმის ორ მესამედს.

ღვიძლი გარედან და ზევიდან სადაა, აქვს მას ერთი მრგვალი იოგი მის უკანა კიდეზე არის ორი ღრმა ღარი ქვემო ღრუ ვენებისათვის. უკანა კიდეზედ ვამჩნევთ ერთ წანოწიულ მორგვს.

ღვიძლის ქვეითა ზედაპირი ძალზედ დასერილია ღარებით. აქ მოთავსებულია ორი ნაღვლის ბუშტი. ამ ქვეითა ზედაპირზედ ვამჩნევთ ღვიძლის ორ კარს. ყოველივე კარიდან გამოდის ნაღვლის სადინარები, რომლებიც მიიმართებიან თორმეტგოჯა ნაწლავებისაკენ.

ღვიძლის მარჯვნივ ვამჩნევთ კუჭს პანკრეასით და ელენთას, ხოლო ღვიძლის მარჯვნივ და უკან მოთავსებულია მეორე კუჭი სათანადო პანკრეასით.

ორივე კუჭი გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში. თორმეტგოჯა ნაწლავი გადადის მკლივ ნაწლავში. ამის შემდეგ მკლივი ნაწლავები შეერთდებიან ერთ მთლიან თედოს ნაწლავში რომლის სიგრძე უდრის 29 სმ. ამის შემდეგ მთლიანი თედოს ნაწლავი გადადის ერთ მსხვილ ნაწლავში. მსხვილ ნაწლავის დასაწყისს, ბრმა ნაწლავს, აქვს ერთი ქიაცელა დანამატი. მსხვილი ნაწლავი ამის შემდგომ დანაწილდება და თავდება სწორი ნაწლავით.

მუცლის ღრუს უკანა კედელზედ მოთავსებულია სამი თირკმელი: ორი გვერდითი და ერთი შუა. ყოველივე მათთაგანი დართულია თითო შარდსაწვეთით. გვერდითი თირკმელების შარდსაწვეთები ეშვებიან ქვეით და გადადიან შარდის ბუშტში.

მესამე თირკმელიდან გამოდის შარდსაწვეთი იგი მიიმართება ქვეით მენჯის ღრუში. მის პარალელურად მიდის იმავე სისქის და სანათურის სადინარი რომელიც იწყება ღვიძლის უკანა კიდის მორგვიდან.

ყოველივე სამ თირკმელს დართული აქვს ზევიდან თირკმლის ზედაჯირკველი.

მენჯის ღრუში წინიდან უკან ვარჩევთ შემდეგ ანატომიურ წარმოქმნებს. შარდის ბუშტი ნორმალური ოდენობის და ფორმის, რომელშიდაც შეიქრება ორი შარდსაწვეთი, ჩამოსული გვერდითი თირკმელებიდან.

მის უკან მოთავსებულია სრულიად ნორმალური მოყვანილობის საშვილოსნო თავისი ყელით და დანამატეებით. ამის უკან სწორი ნაწლავი, მის შემდეგ მოსჩანს განუვითარებელი ორრქიანი საშვილოსნო ფალოპის ლულით და საკვერცხეთი. ამ საშვილოსნოს უკან და მარცხნივ მოსჩანს გაფართოებული ბოლო მესამე შარდსაწვეთისა, ჩამოსულის მესამე თირკმელიდან, რომელშიაც შეიქრება ღვიძლიდან ჩამოსული სადინარი“.

ყოველივე ზემოხსენებულ აღწერილობიდან სჩანს რომ: ამ მახინჯს აქვს ორი კისერი, ორი თავი, სამი ფეხი და სამი ხელი. გვერდითი კიდურები ნორმალურად განვითარებულია. შუა ზემო კიდურს აქვს ორი ხელის მტევანი დართული ხუთ-ხუთი თითით. ქვემო მესამე შუა კიდური მთელ სიგძეზედ მთლიანია ერთი ტერფით თავდება, რომელზედაც არის რვა თითი.

შორისის მიდამოში, ამ მახინჯს, შუა ადგილას აქვს ოთხი კანის მორგვი რომელშიაც უსწოროთ დალაგებულია კანის ნაოჭები.

გულმკერდის ღრუში აღმოჩნდა: ორი მკერდუკანა ჯირკველი, ორი გული ერთ გულის პერანგში, ოთხი ფილტი, ორი სასულე, ორი საყლაპავი მილი. ყოველივე გულს ჩვეულებრივი ნაწილები და სისხლის ძარღვები აქვს.

მუცლის ღრუში: ორი კუჭი, ორი პანკრეასი, ერთი ელენთა, ორი თორმეტგოჯა, ორი მვლივი, ერთი თეძოს, ერთი მთლიანი მსხვილი და სწორი ნაწლავები.

ერთი დიდი ღვიძლი ორი კარით, ორი ნაღვლის ბუშტი. ღვიძლს დართული აქვს ერთი დამატებითი მორგვი თავის სადინართ. (უკანასკნელი დანმატები თირკმელს უნდა ეკუთვნოდეს).

მუცლის ღრუში აღმოჩნდა სამი თირკმელი, სამი თირკმლის ზედაჯირკვლებით და სათანადო შარდსაწვეთებით.

მენჯის ღრუში: ერთი შარდის ბუშტი; ორი საშვილოსნო: წინა განვითარებული, უკანა განუვითარებელი; მათ შორის სწორი ნაწლავი და ბოლოს განუვითარებელი შარდის ბუშტი.

პრეპარატი ამ ქამად ინახება ანატომიური ინსტიტუტის მუზეუმში.

ლიტერატურა:

D-r Ernst Schwalbe. Die Morphologie der Missbildungen der Menschen und Thierae 1907 B. II. Die Doppelbildungen.

Прокопьев. Материалы к патологической анатомии ассиметрических двойных уродов. Харьк. Мед. Журн. т. XII, № 8. стр. 204. 1914 წ.

Шимкевич. Уродства и происхождение видов.

Голубаш. К вопросу об уродствах плода. Жур. Акуш. и женск. бол. 1915 г. сентябрь т. XXX. сентябрь стр. 768.

Ahlfeld. Die Missbildungen des Menschen. II B. Leipzig 1889 წ.

Собестианский. К казуистике родов сросшимися двойнями „Жур. Акуш. и женск. бол.“. т. IX. Июнь 1895 წ.

„Сиамские близнецы в животном царстве“. — ცალკე ამონაბეჭდი „Н. М.“. А. Ф. 1903 წ.

Александров. Урод. с двумя головами „Врачебн. газ.“ 1909 წ. № 23 33. 718.

პროფ. გ. ლამბარაშვილი.

რენტგენის სხივების ე. წ. გამალიზიანებელ თვისების შესახებ.

(ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიურ კლინიკის რენტგენის განყოფილე-
ბიდან. დირექტორი გ. ლამბარაშვილი).

საკითხი რენტგენის სხივების „გამალიზიანებელ“ თვისების შესახებ ექვს
გარეშეა უაღრესად საინტერესო საკითხად უნდა ჩაითვალოს თანამედროვე რენ-
ტგენოლოგიაში, როგორც, „წმინდა“ მეცნიერების თვალსაზრისით, ისე მისი
პრაქტიკულ მნიშვნელობის გამო. ამიტომ ყოველი ცდა, რომელსაც მიზნად და-
სახული ექნება ამ რთულ პრობლემის გაშუქება ძალიან სასურველად უნდა ჩაი-
თვალოს.

ვხელმძღვანელობ რა ამ თვალსაზრისით მე ვაძლევ ჩემ თავს უფლებას მოკლე
ხნით შევაჩერო თქვენი ყურადღება იმ ექსპერიმენტალურ მუშაობის აღწერით,
რომელსაც ჩვენ ვაწარმოებდით სახელმწიფო უნივერსიტეტის გინეკოლოგიურ
კლინიკის რენტგენის განყოფილებაში.

ამის გარდა მე მაქვს საშუალება მოგახსენოთ ხუთი ავადმყოფ ქალის საკ-
ვერცხეების შედარებითი ჰისტოლოგიურ გამოკვლევათა შედეგების შესახებ.

აღნიშნულ ავადმყოფებმა ოპერაციის ერთი კვირის წინ მიიღეს ერთ საკ-
ვერცხეზე „გამალიზიანებელი“ დოზა— $10^0/6$ H. E. D.

რამდენადაც ვიცი ამგვარი გამოკვლევა ქალის სასქესო ჯირკვლებისა ჯერ
არავის მოუხდენია.

სანამ ჩვენი ცდების აღწერას შეუდგებოდე საჭიროდ მიმაჩნია მოკლედ შეე-
ჩერდე ამ საკითხის თანამედროვე მდგომარეობაზე.

1897 წლიდან დაწყებული და აქამდის. Lapriere, და Guilleminot, Matoux
Wolfenden და Ross Koernicke, Halberstaedter და Simons, Yüngling, Wetterer,
E. Schwary, Sierp და Robbers, Nideo Komuro და სხვა თავიანთ ექსპერიმენ-
ტებით მცენარეებზე გვაჩვენეს, რომ რენტგენის სხივებით განსაზღვრულ დოზით
გაშუქების შემდგომ მათ ემჩნევათ ზრდის შეჩერება, ამასთანავე ერთად შეჩერე-
ბითი გაელენის ძალა აღმოჩნდა სხივების ინტენსივობასთან პირდაპირპროპორციონ-
ნალურად, ამავე ცდებმა გვიჩვენა თუ როგორ სხვადასხვანაირ რეაქციით უპასუხე-

*) წაკითხული არის ლენინგრადში 1925 წ. მაისში რენტგენოლოგთა საკავშირო პირველ
კონგრესზე.

ბენ შცენარეები მათი გვარი და სახის მიხედვით და აგრეთვე იმ გარეგანი და შინაგან პირობების მიხედვით, რომელშიც იმყოფებიან; მაგალითად, ხორბლის ზრდის შეჩერებისათვის საჭიროა 60-ჯერ მეტი დოზა, ვიდრე ცერცვისათვის. მეორეს მხრივ, აღმოჩნდა, რომ რამდენადაც მცენარეებში უფრო ძლიერია ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის პროცესები, იმდენად უფრო ადვილად ემორჩილებიან რენტგენის სხივების გავლენას. ლატენტურ მდგომარეობაში მყოფი მშრალი მარცვალი, რომელშიაც ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის პროცესები მინიმუმამდის არის დასული ან სრულიად არ ემორჩილება (E. Schwarz) რენტგენის სხივების გავლენას ან მეტად მცირე გავლენას განიცდის, მაგრამ თუ მშრალი მარცვალი რამდენიმე დღით წყალში დავალბეთ მით და მისი ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის პროცესები მეტად გააძლიერდეს, ჩვენ დავინახავთ, რომ რადიომგრძობიარობაც (მგრძობიარობა რენტგენის სხივების მიმართ) შესაძენე-ვად გაძლიერდება.

O. Hertwig —ის გამოკვლევებმა გვაჩვენეს, რომ რენტგენის და რადიუმის სხივების ძალიან დიდი დოზებით გაშუქებული თესლი ჰკარგავს აღმოცენების და ზრდის უნარს.

ამგვარი შედეგები არ ეთანხმება ყველა დანარჩენ გამოკვლევებს, რომელთაც ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ შესძლეს დაემტკიცებინათ თესლის აღმოცენებითი უნარის მოსპობისა, ძალიან საინტერესოა, რომ Wetterer-ის ცნობით რენტგენის სხივებით შეჩერებითი გავლენა ზრდა-განვითარებაზე მცენარეებს ეტყობათ აგრეთვე მეორადი გენერაციაში.

იმ დროს, როდესაც რენტგენის სხივების შეკავშირებითი თვისებას არავინ არ უარყოფს, საკითხი მათი გამაღიზიანებელი მოქმედების შესახებ იწვევს დიდ კამათს. პატარა დოზებით გაშუქების დროს გამაღიზიანებელი ე. წ. ზრდისა და ფუნქციის გამაძლიერებელი გავლენა შეუძნევიან. Juilleminot, Maldiney და Thouvenin, Koernicke, Walfenden, Farbes—Ross, Rust და Krüger, Eulers, Schmidt, და R. Schwarz. Halberstaedter, Simons, Sierp, Robbers, Altman, Rochlin, Gleichgenwicht, Yüngling, Hubert Iven საჭიროა შევნიშნოთ, რომ პატარა დოზებით გაშუქების დროს Yüngling —ის გაძლიერებული ზრდა-განვითარება უნახავს მხოლოდ ღეროზე, ფესვებზე კი ამგვარი გავლენა ვერ შეუძნევიან.

Habbér staedter, Simons და აგრეთვე Altman, Rochlin, Gleichgenwicht-ის ცდების დროს აღმოჩნდა, რომ რამდენადაც უფრო რადიომგრძობიარეა მცენარე, იმდენად მცირე დოზა საჭირო მისი გაღიზიანებისათვის, ე. ი. სხვანაირად რომ ვსთქვათ გაღიზიანებელ დოზის სიდიდე უკუღმა პროპორციონალურია რადიომგრძობიარობასთან.

Halberstaedter-ის და Simons-ის ცდებიდან ნათლად სჩანს, რომ იმ დროს, როდესაც ხორბლისათვის 300 H. E. D. ჯერ კიდევ გამაღიზიანებელ დოზას წარმოადგენს, ცერცვის გაღიზიანება შესაძლებელია მხოლოდ დოზით, რომელიც არ აღემატება 5. H. E. D.

Altman-ი, Rochlin-ი, Gleichgenwicht-ი რენტგენის სხივების გამაღიზიანებელ გავლენაში დარწმუნდნენ აგრეთვე მიკროსკოპის საშუალებით. სულ სხვა აზრისა არიან ბევრი მკვლევარი როგორც Halzknecht-ი, Martius-ი, Komuro, Got-

twald, Schwarz, A. Czepa და Schindler აღნიშნული ავტორები თავიანთი ცდების მიხედვით უარყოფენ რენტგენის ყოველ გვარ გამალიზიანებელ თვისებას და დასკვნა გამოჰყავთ, რომ რენტგენის სხივების მინიმარული დოზაც კი იწვევს უჯრედის დაზიანებას და ზრდის შეჩერებას.

საკიროა აღვნიშნოთ, რომ დიდი ნაწილი გამალიზიანებელ თეორიის მომხრეებისა იმ აზრს ადვიან, რომ რენტგენის სხივების სტიმულიური გავლენა დროებითი ხასიათისა არის H. Lven, Koerhicke, Sierp, Roblers, Altman, Rochlin, Gleichgenwicht. მეორეს მხრივ Halberstadter და Simons იმ დოზების დროსაც, რომელნიც ზრდის შენელებას და შეჩერებას იწვევენ, დაწყებითი სტადიუმში უნახავთ გალიზიანების მოვლენები.

ჩვენი ექსპერიმენტების დროს ჩვენ ვსარგებლობდით ცერცვიით (*Vicia faba aequina*) ცდები წარმოებდა სწორედ ისე, როგორც ეს უკანასკნელ დროს ნაკარნახევი იყო Matoni-სა და უფრო ადრე Lüngling-ის მიერ. დიდი რაოდენობის ცერცვიდან ამორჩეულ იქნა რამდენიმე ასეული ეკზემპლიარი, სრულებით ერთნაირი, როგორც გარეგანი შეხედულებით, ისე წონით. მს. საათის განმავლობაში ამორჩეული ცერცვი ღებება წყალში და შემდეგ გადიტანება სპეციალურ კონსტრუქციის ყუთში, რომელიც სავსეა ნახერხით. ყუთის ძირი და ორი ვიწრო კედელი შედგება ცინკისაგან, დანარჩენი ორი ფართე კედელი კი — მინისაგან, რომლების კედლებს ისეთ ნაირი მოწყობილობა აქვს, რომ ჩვენ შეგვიძლია ამ მინის კედლების ცინკის ფირფიტებით დაუარვა. მინის კედლები შიგნიდან არის დაფარული თხელი დანაოქებული მუყათი. როდესაც ცერცვის ფესვები ნიაღწევენ სივრცით $1/2$ ან 1 სანტ. მაშინ მათ აშუქებენ განსაზღვრული დოზებით და ათავსებენ საკანტროლო ეკზემპლიარებთან ერთად მინის კედლებისა და დანაოქებულ ქაღალდის შუა სივრცეში; ყუთს თავამდის ავსებენ ნახერხით, რომელიც სისტემატიური მორწყვით მუდამ სველი უნდა იყოს. ფესვების სივრცე ყოველ დღე იზომება მილიმეტრული სახაზავით. დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს გვერდითი ფესვების გამოსვლას; იზომება აგრეთვე ყოველივე მათი სივრცე და აღინიშნება მათი რაოდენობა. ამგვარი შედარებითი გამოანგარიშების საშუალებით გამოჰყავთ დასკვნა მცენარეების ზრდის, შეჩერების ან დაჩქარების შესახებ.

ჩვენი ცდების მიზანი იყო გამოკვლევა თუ როგორ მოქმედობენ რენტგენის სხივების მცირე დოზები ფესვების ზრდაზე.

ჩვენ ვსარგებლობდით უტყუარი „გამალიზიანებელ“ დოზით: 1, 2, 3, 5, და 10% H. E. D. აპარატი Neo-Symmetrie მილი კულიჯი, დოზიმეტრი: ოინკვანტიმეტრი R. G. Sch.

ფესვების გაზომვას ვაწარმოებდით ჩვენ მხოლოდ 12 დღის განმავლობაში ვინაიდან ამის იქით გვერდითი ფესვების რაოდენობა იმგვარად მრავლდება და ქმნის ისეთ რთულ და სქელ ბადეს, რომ მათი გაზომვა ხდება სრულებით შეუძლებელი.

ჩვენ მოვიღეთ სავსებით ერთგვარი შედეგები: ყველა შემთხვევაში და ყველა დღეებში ძირითად ფესვების სივრცე საკონტროლო შემთხვევებისა იყო უფრო დიდი, ვიდრე გაშუქებულ ეკზემპლიარებზე. რაც შეეხება გვერდით ფესვებს



F 1540

შემთხვევაში 1, 2 და 10% H. E. D-ით აღმოცენება გვერდითი ფესვებისა, როგორც საკანტროლო, ისე გაშუქებულ შემთხვევებში ხდებოდა ერთ დღეს; 4 და 5% შემთხვევებში აღმოცენება გვერდითი ფესვებისა საკანტროლო შემთხვევებზე ხდებოდა მე 7-ე დღეზე, გაშუქებულზე კი—მე 8-ე დღეზე; დაბოლოს 30% გაშუქების შემდგომ აღმოცენება გვერდითი ფესვებისა საკანტროლო ცდების შემდგომ ხდებოდა მე 6-ე დღეს, გაშუქებულზე კი მე 7-ე დღეზე. გვერდითი ფესვების რაოდენობა ყველა საკანტროლო ეკზემპლარებზე გაცილებით უფრო დიდი იყო ვინემ გაშუქებულ შემთხვევებში; სწორედ ასეთივე გვერდითი ფესვების სიგრძე ყველა საკანტროლო შემთხვევებში იყო შესამჩნევად უფრო დიდი.

ტ ა ბ უ ლ ა 1.

დოზა სიღრმ. 0,5	რამდ. დრო			პარალელური ნაპერწკლის მანძილი	ფილტრი	ველის სიდიდე	
1%	27	30 ს.	100	42 სანტ.	3	0,5	6×8
2%	54	"	"	"	"	"	"
3%	1'20	"	"	"	"	"	"
4%	1'48	"	"	"	"	"	"
5%	2,8	"	"	"	"	"	"
10%	4,16	"	"	"	"	"	"

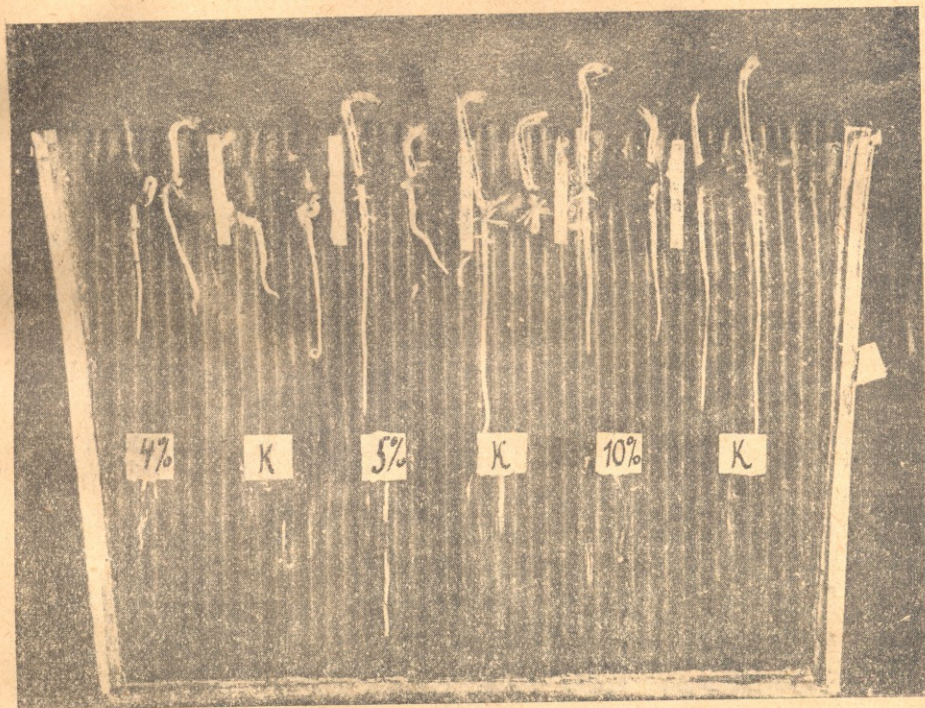
გაზომვის შედეგი სჩანს ტაბულებიდან—№ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, რომელიც მოთავსებულია შრომის ბოლოს. ამრიგად ჩვენი ცდების მიხედვით ცერცვზე, ჩვენ შეგვიძლია დავამტკიცოთ, რომ რენტგენის სხივების პატარა ე. წ. „გამალიზიანებელი“ დოზები (1—5% H. E. D). არამც თუ არ იწვევენ არავითარ გალიზიანებას და არავითარ ზრდის გაძლიერებას, არამედ მათი შეჩერებითი გავლენა ნათლად გამოხატულია.

ფესვების გაზომვის გარდა 12 დღის განმავლობაში ყოველ დღე ვაკეთებდით მცენარეების ფოტოგრაფიულ სურათს.

ეს სრულებით უტყუარი და სანდო საზომავი არავითარ ეჭვს არ სტოვებს მასში, რომ რენტგენის სხივების სულ მცირე დოზებიც შეჩერებითი გავლენას ახდენენ მცენარეების ზრდა-განვითარებაზე.

ქართული
ენის
საქართველო

სამწუხაროდ ტექნიკური პირობების გამო ამ მეტად საინტერესო და მნიშვნელოვან სურათებიდან ვათავსებ მხოლოდ ერთს, რომელიც გადაღებულია ცდების მე 7-ე დღეზე. სურათებზე მკაფიოთ მოსჩანს შემაკავებელი მოქმედება რენტგენის სხივებისა მცენარეს ფესვებზე.



სურ 1. ცდის მე 7-ე დღე.

„კ“-თი აღნიშნულია მანძილი ორ ხაზთა შუა, სადაც მოთავსებული არის საკანტროლო არა გაშუქებული ცერცვები თავის ფესვებით.

ც დ ე ბ ი ბ ა ჭ ი ე ბ ზ ე .

რენტგენის სხივების მცირე დოზების საკვერცხეებზე გავლენის გამოსარკვევად ჩვენ მიერ იყო გაკეთებული ცდები 22 ბაჭიაზე, რომელთა ნახევარი ე. ი. 11 ბაჭია გაშუქებული იყო სხივებით, მეორე ნახევარი კი საკანტროლო მასალას წარმოადგენდა.

ჩვენ ესარგებლობდით მხოლოდ ახალგაზრდა ცხოველებით (3-5 თვის) და ამასთან გაშუქებული და მისი საკანტროლო ბაჭიები იყვნენ არა მარტო ერთი და იმავე ასაკის, არამედ ერთი და იმავე ფუნქტიც.

საკვერცხეების რენგენიზაცია ხდებოდა წელის მხრივ.

2 შემთხვევაში ბაჭიების საკვერცხეებმა მიიღეს 10% H. E. D. 3 შემთხვევაში 20%, 5 შემთხვევაში—30% და 1-ში 40%.

სანამ ჩვენი შედეგების აღწერას შეუდგებოდე საჭიროდ მიმაჩნია შევჩერდე Geller-ის ანალოგიურ ექსპერიმენტებზე (ბაჭიებზე და ზღვის გოჭებზე) Geller-ის დასკვნა შემდეგია:

1) 5% H E D არ იწვევს არავითარ ცვლილებებს.

2) 10% H E D რაოდენობითი შემცირება და მრავალი დეგენერაცია პირვადი ფოლიკულებისა.

3) 20—30% H E D საკვერცხეები უფრო ნაკლები ზომისაა ვინემ საკანტროლო შემთხვევებში. პირვადი ფოლიკულები არ მოიძებნებიან, მხოლოდ ერთიორი ექსემპლარი და ისიც გადაგვარების სტადიუმში; თვალსაჩინო გამრავლება ახალგაზრდა მომწიფების ხანაში მყოფი ფოლიკულებისა და ისიც მეტ შემთხვევაში დეგენერაციულ ფორმის. ინტერსეციალური ჯირკვლები განვითარებულია ერთნაირად, როგორც გაშუქებულ, ისე საკანტროლო საკვერცხეებში.

4) 20—30% H E D იწვევენ საშვილოსნოს თვალსაჩინო ჰიპერტროფიას. თუ კი საკვერცხეების იზოლიაციას მოვახდენთ და ისე გავაშუქებთ მათ, მაშინ ეს გიპერტროფია არ ხდება.

5) საერთო მოქმედება: გაშუქებულ ცხოველთა 75%-ში ხდებოდა წონის გადიდება და შეჩერება ტანის ზრდისა სიგრძეზე.

6) მეორადი სასქესო ნიშნები არ არსებობს.

ამრიგად რენტგენის სხივების მცირე დოზები ახდენენ საკვერცხეებზე არა გამალიზიანებელ არამედ გამანადგურებელ გავლენას.

აღნიშნულ ცდების შემდგომ თვითონ Geller-ი იძულებულია განაცხადოს, რომ მას ამჟამად უკან მიაქვს ერთი წლის წინ მის მიერ გამოთქმული აზრი, პატარა დოზების გამალიზიანებელ თვისებათა შესახებ. რაც შეეხება საშვილოსნოს, Geller-ი ფიქრობს, რომ გიპერტროფია არის შედეგი რენტგენის სხივების უშუალო გამალიზიანებელ თვისებისა.

უმარტივეს ცხოველებზე ცდების დროს გამალიზიანებელ გავლენას აღნიშნავენ: Jselin Dieterle-ი ემბრიონებზე და გელაქნურის კვერცხებზე; Beckton, Lazarus—Barlow ახვარიდის კვერცხებზე. იგივე შედეგი მიიღეს Barhey-მ და Hastiugs. სულ სხვა შედეგი მიიღეს Gauss-მა და Lembcke-მ.

Stlinach-მა და Holzknrecht-მა ზღვის გოჭების საკვერცხეების რენტგენის სხივებით მცირე დოზებით გაშუქების დროს ნახეს საკვერცხეების დანგრევა და საშვილოსნოს მძლავრი ჰიპერტროფია. საკვერცხეების ჰისტოლოგიური გამოკვლევამ აღმოაჩინა ფოლიკულიარულ აპარატის ატროფია და საშვილოსნოს ჰიპერტროფია; მაშასადამე, რენტგენის სხივების პირდაპირი გავლენა გამოიხატება გამალიზიანებაში კი არა, არამედ დანგრევაში.

Rahm-ი აშუქებდა ბაჭიის ტვინის დანამატს 35—50% H E D რასაც შედეგად მოჰყვა ზრდის გაძლიერება და წონის მომატება. რადგან ტვინის დანამატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა გაკეთებული არ იყო, ამიტომ რენტგენის სხივების პირდაპირი გავლენის შესახებ არაფერი ითქმის.



Hoffman-ის ჰისტოლოგიური გამოკვლევათა თანახმად მცირე დოზები (20% H. E. D.) იწვევენ ზრდის აჩქარებას, მაგრამ სამაგიეროდ ამ გაძლიერებულ ზრდას მოჰყვება თვალსაჩინო შეჩერება. ამრიგად აქაც აღმოჩნდა, რომ გამაღიზიანებელ გავლენას დროებითი ხასიათი აქვს.

საკუთარი გამოკვლევანი.

აპარატი Neo Symetrie დოზები იზომებოდა იონტოკვანტიმეტრით Reini-ger Gebbert und Schall ყველა 11 ცდებში FHA 30 სანტ. Härtemesser 100; პარალელურ ნაპერწკალის მანძილი—42; MA—3; არეს სიდიდე: ტუბუსი 6×8; 0,5 ცინკი 3 მ. მ. ალმინიუმი. დოზა და გაშუქების დრო ნაჩვენებია ყოველ შემთხვევაში ტაბულის დასაწყისში.

ცხოველების მოკვლა ხდებოდა გაშუქების შემდგომ მე-17—19-დღეზე ეთერის საშუალებით, იმავე დროს და ამავე წესით ვხოცავდით საკონტროლო ცხოველებს.

დაწვრილებითი მიკროსკოპიულმა გამოკვლევებმა ყველა გაშუქებულ შემთხვევაში უოველგვარ გამონაკლისის გარეშე აღმოვაჩინეთ ფოლიძულიარული აპარატის დანგრევა, ამასთან ფოლიკულების დაღუპვა და გადაგვარების მოვლენანი მით უფრო გამოხატული იყო, რაც უფრო დიდ დოზას ვხმარობდით:

ამრიგად, ჩვენი გამოკვლევანი სრულებით ადასტურებენ Geller-ის შედეგებს შესახებ მცირე დოზების მოქმედებისა ცხოველების საკვერცხეებზე. აგრეთვე ჩვენ შეგვიძლია დავადასტუროთ ამავე ავტორის დაკვირვებანი როგორც ქვემო-მოყვანილ ტაბულისაგან ჩანს, შესახებ წონის მომატებისა გაშუქების შემდგომ, რაც შეეხება ტანის სიგრძის ცვლილებებს—ჩვენი შედეგი არ ეთანხმება Geller-ის გამოკვლევებს, სახელდობრ, ჩვენი ცდებიდან უფრო ტანის სიგრძის მომატება აღინიშნება.

ც დ ა № 1

ხანა: 3 თვე

გაშუქება ოვარიალური დოზით 20%
დრო გაშუქებისა 15 წამი.

	9—4—1925 წ.	28—4—1925 წ.	მომატება (+) მოკლება (-)	
			აბსოლიტ.	%/0
საკონტ. } წონა	1900 გრ.	2030 გრ.	+130 გრ.	6,84
ცხოვ. } სიგრძე	40 სანტ.	40 სანტ.		
	გაშუქებამდის.	გაშუქ. შემდგომ.		
საცადი } წონა	1623 გრ.	1950 გრ.	+327 გრ.	20,2
ცხოვ. } სიგრძე	40 სანტ.	43 სანტ.	3 სანტ.	7,5

საკონტროლო ცხოველის საკვ. სიდ.—15×5 მ.
საცადი ცხოველის საკვ. სიდ.—12×4 მ.



ც ღ ა № 2

ხანა 3 თვე

გაშუქება ოვარიალურ დოზით 10%
დრო გაშუქებისა 15 წამი.

	9. 4. 1925 წ.	28. 4. 1925 ს.	მომატება (+)	მოკლება (-)
			აბსოლიტ.	%/0
საკანტ. } წონა ოვ. } სიგრძე	2100 გრ. 40 ს.	2110 გრ. 40 ს.	+10 გრ. +1 ს.	0,47 2,5
	გაშუქებამდის.	გაშუქ. შემდგომ.		
საცდ. } წონა ცხოვ. } სიგრძე	2200 გრ. 42,5 ს.	2560 გრ. 44 ს.	+365 გრ. +1,5 ს.	16,5 3,5

საკონტროლო ცხოვ. საკვერცხეს სიდ.—20 X 6
საცდელი ცხოველის საკვერცხეს სიდ.—15 X 7

ც ღ ა № 3

ხანა: 3 თვე

გაშუქება ოვარიალურ დოზით 30%
დრო გაშუქებისა 22 წამი.

	10. 4. 1925 წ.	29. 4. 1925 წ.	მომატ. (-)	მოკლება (-)
			აბსოლიტ.	%/0
საკონტ. } წონა ცხოვ. } სიგრძე	2350 გრ. 40 ს.	2490 გრ. 42,5 ს.	+140 გრ. +2,5 ს.	5,9 6,2
	გაშუქებამდის.	გაშუქ. შემდგომ.		
საცდ. } წონა ცხოვ. } სიგრძე	2200 გრ. 43 ს.	2875 გრ. 44 ს.	+675 გრ. +1 ს.	30,6 2,1

საკონტროლო ცხოვ. საკვ. სიდ.—14 X 6 მ. მ.
საცდელი ცხოვ. საკვერცხეს სიდ. 13 X 5 „ „

ც ღ ა № 4

საკონტროლო ცხოვ. საკვ. სიდ.—14×6 მ. მ.
 საცდელი ცხოვ. საკვერც. სიდ.—13×15 „ „
 გაშუქ. ოვარიალ. დოზით 40% (60 კაც.)
 დრო გაშუქებისა 30 წამი.

ხ ა ნ ა: 3 თვე

	10. 4. 1925 წ.	29. 4. 1925 წ.	მომატ. (+)	მოკლება (-)
			აბსოლიტ.	%/0
საკონტ. } წონა	2350 გრ.	2490 გრ.	+140 გრ.	5,9
ცხოვ. } სიგრძე	30 ს.	42,5ს.	+2,5	6,2
გაშუქებამდის. გაშუქ. შემდგომ.				
საცდ. } წონა	2100 გრ.	2360 გრ.	+260 გრ.	12,3
ცხოვ. } სიგრძე	40 ს.	43 ს.	+3 ს.	7,5

ც ღ ა № 5

საკონტროლო ცხოვ. საკვერცხს სიდიდე 14×6 მ.
 საცდელი ცხოველის საკვ. სიდიდე 19×10 მ.
 გაშუქება ოვარიალური დოზით (30%) 45 კ.
 დრო გაშუქებისა 22 წამი

ხ ა ნ ა: 5 თვე

	12.4. 1925 წ.	29.4. 1925 წ.	მომატება (+)	მოკლება (-)
			აბსოლიტი-ურად	%/0
საკონტ. } წონა	1895 გრ.	2175 გრ.	+280 გრ.	14,7
ცხოვ. } სიგ.	43,5 ს.	43,5 ს.	„	„
გაუქმებამდის. გაშუქ. შემდგომ.				
საცდ. } წონა	2400 გრ.	2820 გრ.	+420 გრ.	17,5
ცხოვ. } სიგ.	41,5 ს.	44 ს.	+2,5 ს.	7,2

ც ღ ა № 6

საკონტ. ცხოველის საკვ. სიდიდე 13X5 მ.
 საცდ. ცხოვ. საკვერცხეს სიდიდე 13X4 მ.
 გაშუქებულია ოვარიალური დოზით (30%) 45 კაც.
 დრო გაშუქებისა 22 წ.

ხ ა ნ ა : 4 თვე

	12.4. 1925 წ.	1.5. 1925 წ.	მომატება (+) მოკლება (-)	
			აბსოლიტი- ურად	‰ ‰
საკონტ. } წონა ცხოვ. } სიგ.	2300 გრ. 40 ს.	2450 გრ. 42,5	+150 გრ. +2,5	6,5 6,5
გაშუქებამდის. გაშუქ. შემდგომ.				
საკონტ. } წონა ცხოვ. } სიგ.	2500 გრ. 41 ს.	2820 გრ. 43 ს.	+320 გრ. +2 ს.	12,8 4,8

ც ღ ა № 7

საკონტროლო ცხოვ. საკვ. სიდიდე 14X6 მ.
 საცდელი ცხოვ. საკვ. სიდიდე 14X4 მ.
 გაშუქებულია ოვარიალური დოზით: 30%
 დრო გაშუქებისა 22 წ.

ხ ა ნ ა : 5 თვე

	12.4. 1925 წ.	1.5. 1925 წ.	მომატება (+) მოკლება (-)	
			აბსოლიტი- ურად	‰ ‰
საკონტ. } წონა ცხოვ. } სიგ.	2300 გრ. 40 ს.	2450 გრ. 42,5 ს.	+150 გრ. +2,5	6,5 6,5
გაშუქებამდის. გაშუქ. შემდგომ.				
საცდ. } წონა ცხოვ. } სიგ.	2100 გრ. 401	2400 გრ. 43 ს.	+300 გრ. +3 ს.	14,2 7,5

საკონტროლო ცხოვ. საკვერცხეს სიდიდე 14-6
 საცდელი ცხოველის საკვ. სიდიდე 10-6

ც ლ ა № 8

ხ ა ნ ა: 3 თვე

გაშუქება ოვარიალური დოზითა 20%
დრო გაშუქებისა 15 წ.

		12.4. 1925 წ.	1.5. 1925 წ.	მომატება (+) მოკლება (-)	
				აბსოლიტი-ურად	% %
საკონტ. } ცხოვ. }	წონა	2200 გრ.	2320 გრ.	+120 გრ.	5,4
	სიგ.	42 ს.	42,5 ს.	+0,5	1,1
		გაშუქებამდის.	გაშუქ შემდგომ.		
საცდ. } ცხოვ. }	წონა	2400 გრ.	2700 გრ.	+300 გრ.	12,5
	სიგ.	41 ს.	42 ს.	+1 ს.	2,1

ც ლ ა № 9

ხ ა ნ ა: 4 თვე

საკონტ. ცხოველის საკვ. სიდიდე 19×7 მ.
საცდ. ცხოვ. სავერცხეს სიდიდე 14×6 მ.
გაშუქებულია ოვარიალური დოზით 10%
დრო გაშუქებისა 7 წ. 24 წ.

		14.4. 1925 წ.	1.5. 1925 წ.	მომატება (+) მოკლება (-)	
				აბსოლიტი-ურად	% %
საკონტ. } ცხოვ. }	წონა	2200 გრ.	2320 გრ.	+120 გრ.	5,4
	სიგ.	42 ს.	42,5 ს.	+0,5 ს.	1,1
		გაშუქებამდის.	გაშუქ. შემდგომ.		
საკონტ. } ცხოვ. }	წონა	2331 გრ.	2725 გრ.	+394 გრ.	16,9
	სიგ.	40 ს.	43 ს.	+3 ს.	7,5

ც ლ ა № 10

საკონტროლო ცხოვ. საკვ. სიდიდე 19×7 მ.
 საცდელი ცხოვ. საკვ. სიდიდე 2×5 მ.
 გაშუქებულია ოვარიალური დოზით 20%
 დრო გაშუქებისა 15 წ.

ხ ა ნ ა : 4 თვე

	14.4. 1925 წ.	1.5. 1925 წ.	მომატება (+) მოკლება (-)	
			აბსოლიტი-ურად	%/0
საკონტ. } წონა ცხოვ. } სიგ.	2801 გრ. —	2841 გრ. —	+40 —	— —
	გაშუქებამდის.	გაშუქ. შემდგომ.		
საცდ. } წონა ცხოვ. } სიგ.	2827 გრ. 45 ს.	2880 გრ. 45 ს.	+53 —	1,8 —

ც ლ ა № 11

საკონტროლო ცხოვ. საკვებცხეს სიდიდე 15×3 მ.
 საცდ. ცხოველის საკვ. სიდ. 12×4 მ.
 გაშუქება ოვარიალური დოზით 30%
 დრო გაშუქებისა 22 წამი

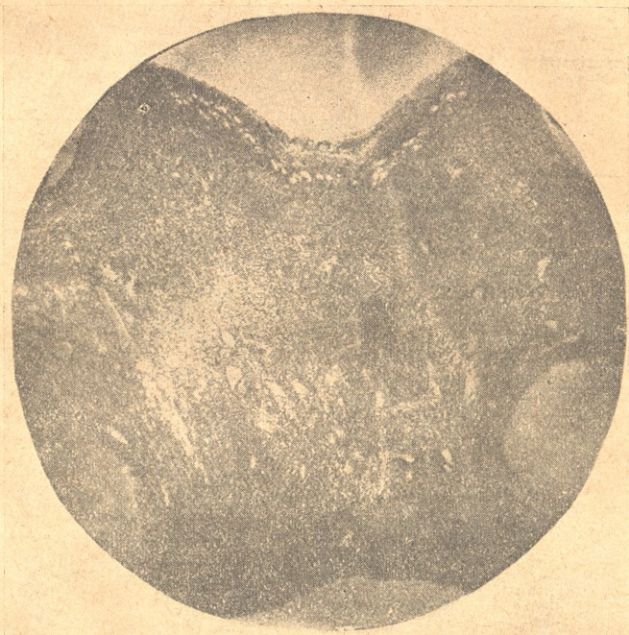
ხ ა ნ ა : 3 თვე

	14. 4. 1925 წ.	1. 5. 1925 წ.	მომატ. (+) მოკლებ. (-)	
			აბსოლიტი-ურად	%/0
საკონტ. } წონა ცხოვ. } სიგრძე	2750 გრ.	2840 გრ.	+90	
	გაშუქებამდის	გაშუქ. შემდგომ		
საცდ. } წონა ცხოვ. } სიგრძე	2800 გრ.	2900 გრ.	+ 100 გრ.	3,5

საკონტროლო ცხოვ. საკვ. სიდ. 14×5 მ. მ.
 საცდელი ცხოველის საკვებ. სიდ. 14×4 „ „



16 მიკროსკოპიულ სურათიდან, რომელნიც სრულებით ადასტურებენ ჩვენ დასკვნას, სიძვირის და ტენიკურ მოსაზრებათა გამო სამწუხაროთ მოვახერხეთ მოთავსება მხოლოდ ქვემო მოყვანილ ორი სურათისა.



სურ. 2. ბაჭიას საკვერცხე გაშუქება 30%.

ქალის საკვერცხეების გამოკვლევა.

რენტგენის სხივების მცირე დოზების ქალის საკვერცხეებზე მოქმედების გამოსაკვლევად ჩვენ ვსარგებლობდით იმ შემთხვევებით, როცა ნაჩვენები იყო მათი ნაწილობრივი ან სრული ამოკვეთა ან არა და გადანერგვა. ამგვარი შემთხვევა გვქონდა ხუთჯერ.

ჩვენ ვაშუქებდით (10% HED ოვარიალური დოზა) ერთ მხარეზე (მუდამ მარჯვენა საკვერცხეს), მეორე მხარე კი საკონტროლოდ რჩებოდა.

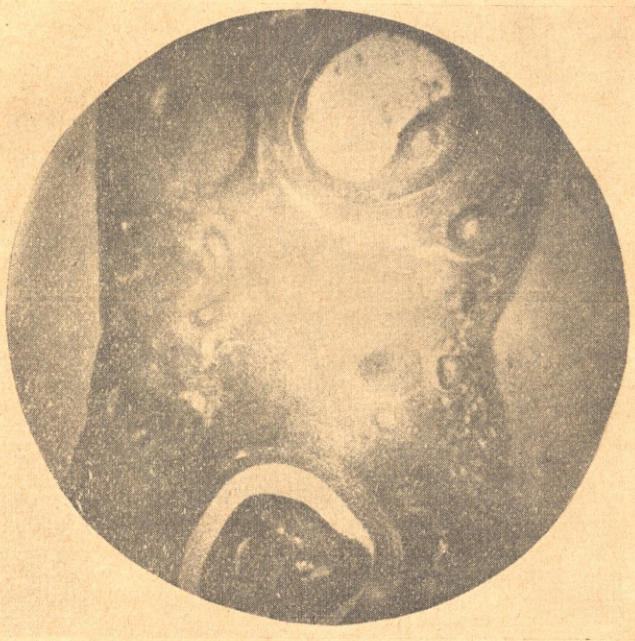
ტენიკა FHA—23 სანტ. Härtemesser 100, პარალელური ნაპერწკალის მანძილი 42; MA—3; ფირფიტა 0,5, ცინკი 3 მ. მ. ალიმინიუმი.

ავადმყოფებს ოპერაციას უკეთებდით რენტგენიზაციის შემდეგ მე-7—10 დღეს. გაშუქებულ საკვერცხეების მიკროსკოპიულ გამოკვლევებმა აღმოაჩინეს ფოლიკულიარულ აპარატის გადაგვარების მოვლენანი.

ამასაც ადასტურებენ მრავალი მიკროსკოპიული სურათები რომელთა რიცხვიდან მოგვყავს მხოლოდ ორი:

ამგვარი დაკვირვებანი ქალის საკვერცხეების ცვლილებისა მცირე დოზებით გაშუქების შემდგომ ლიტერატურაში არსად არ მოიძებნება.

ამგვარად ცდები მცენარეებზე და აგრეთვე ქალის საკვერცხეების გამოკვლევები ერთ და იგივეს მეთუველობენ, სახელდობრ, რომ რენტგენის სხივების მცირე დოზები ქსოვილის დაზიანებას იწვევენ; არავითარი გალიზიანების ნიშნები არც ერთ პრეპარატში არ აღმოჩნდა.



სურ. 3. ბაჰიას საკვერცხე საკონტროლო.

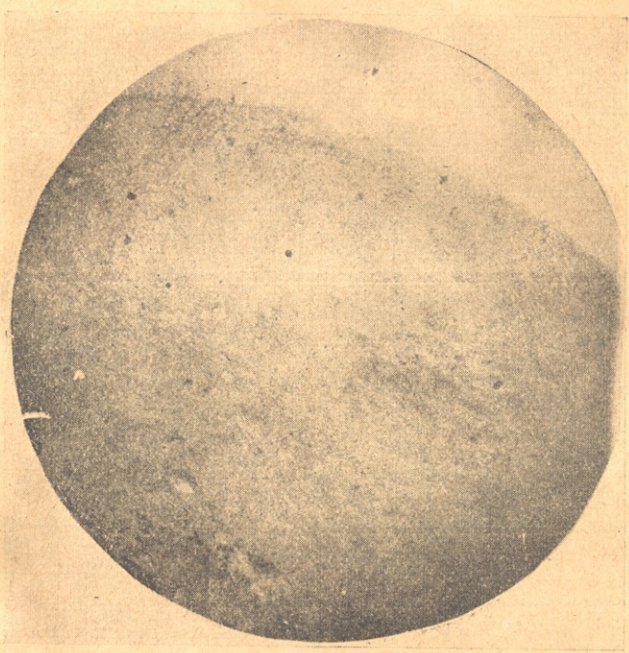
როგორც ცნობილია ჰიპოტეზა რენტგენის სხივების ე. წ. გამალიზიანებელ თვისების შესახებ დამყარებულია Arndt—Schultz-ის კანონზე: „მცირე დოზები—ალიზიანებენ, საშუალო—ადამბლავენს, დიდი დოზები კი—ჰკლავენ“.

ამჟამად არავის არ ეპარება ეჭვი იმის შესახებ, რომ ეს „ბიოლოგიური“ კანონი სწორე არ არის. ამ მართლად დებულების დასამტკიცებლად Pordes-ს მოჰყავს აზრი ყოვლად ავტორიტეტულ ფარმაკოლოგებისა. აღმოჩენილია, რომ ალკოჰოლის მცირე დოზებს იმგვარივე დამბლის გამომწვევი გავლენა აქვს, როგორც დიდი დოზებს. თუ ალკოჰოლი გალიზიანებას იწვევს—ეს არის შედეგი შემაკავებელ ცენტროების დამბლისა. სტრინინი მცირე დოზებში აძლიერებს ტონუსს, საშუალო დოზები იწვევენ კრუნჩხვას, დიდი დოზები—კი ტეტანუსს და სიკვდილს. კურარე და კოკაინის შესახებ ითქმის იგივე. Pordes-ის აზრით თითქმის გალიზიანება მცენარეებზე ცდების დროს აიხსნება შემაჩერებელ აპარატის დაზიანებით ე. წ. გალიზიანების დროს. ჩვენ გვაქვს საქმე ფიზიოლოგიურ პლიუს-

თან კი არა, არამედ რენტგენის ინსულტის საშუალებით დაზიანებასთან, რომელსაც შედეგად შეიძლება მოჰყვეს აგრეთვე ზრდის გაძლიერება.

ამ დებულებათა დასამტკიცებლათ Pordes-ი მიგვიითობს Weber-ის ცდებზე იასამანზე: გაშუქებული მცენარეები იფუჩქნებიან უფრო ადრე, ვინემ საკონტროლო, მაგრამ ძალიან მალე ილუპებიან.

მაგრამ მაინც რით აიხსნება მცირე დოზებით წამლობის ნაყოფიერი შედეგი ზოგიერთ ავადმყოფობათა დროს?



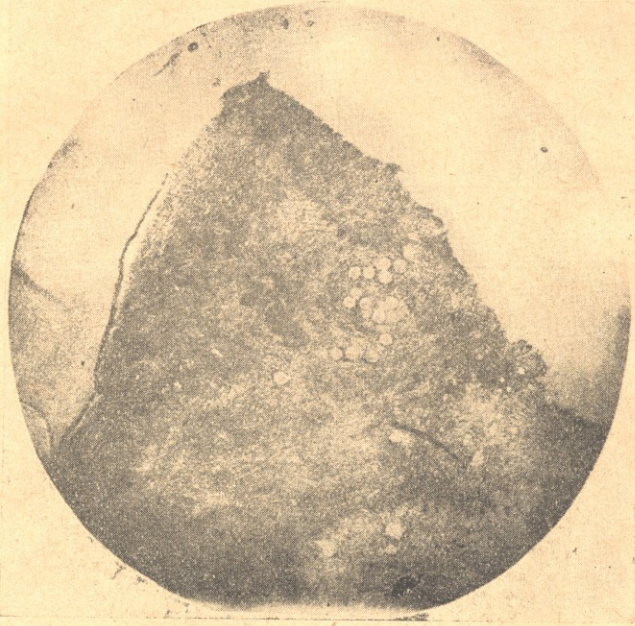
სურ. 4. ქალის საკერცზე. გაშუქება 10⁰/ო.

Pordes-ი ყველა ამ შემთხვევებისათვის იძლევა განმარტებას, რომელიც ექვს გარეშეა უფრო სიმართლესთან ახლოს არის, ვინემ ხელოვნური ახსნა გალიზირების თეორიის მომხრეებისა. მაგალითად, ამენორეის ნაყოფიერი წამლობა აიხსნება მეტად რადიომგრძობიარე, ძალიან მწიფე ფოლიკულების დაშლით და როგორც ამის შედეგს, ჩვენ ვხედავთ ჰორმონების გაძლიერებულ გაჩენას სისხლში.

ტუბერკულოზის ნაყოფიერ წამლობას Pordes-ი ხსნის არა ახალგაზრდა შემეერთებელ ქსოვილოვან უჯრედების გალიზირებით (Stephan და Fränkel-ი) არამედ იმითი რომ ტუბერკულოზის დროს პირველ რიგში ხდება დაშლა ლიმფოციტოციტარულ ინფილტრატისა. დაშლილი ლიმფოციტები გამოჰყოფენ სისხლში ავტოტუბერკულინებს, რომელთაც Iselin-ის აზრით, აქტიურ იმუნოზატორული თვისებები აქვთ. სისხლის შედედების გაძლიერება ელენთის გაშუქების შემ-

დეგ აიხსნება აგრეთვე ლეიკოციტების დაშლით, როცა ხდება შედედების გამომწვევ ფერმენტის განთავისუფლება.

ლეიკოციტალური ინფილტრატი, რომელიც მწვავე ნეფრიტის დროს აწვება გლიმერულებს, რენტგენის სხივების საშუალებით დაშლის პროცეს განიცდის, რასაც შედეგათ ზედაწოლის შემცირება უნდა მოჰყვეს და ამასთან ერთად ტკივილების მოსპობა.



სურ. 5 ქალის საკვერცხე. საკონტროლო.

ზემოხსენებულით, რასაკვირველია, არ ამოიწურება მთელი არგუმენტაცია გალიზიანების, თეორიის წინააღმდეგ, მაგრამ ესეც სრულებით საკმარისია.

შესაძლებელია, რომ ზოგიერთ შემთხვევებში გაშუქების შემდგომ აქვს ადგილი მკენარეთა ზრდის გაძლიერებას, მაგრამ, როგორც წინააღმდეგობა და ვინააზებით, ამ მოვლენის ახსნა არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება გალიზიანების თეორიის საშუალებით.

ტ ა ბ ე მ ა № 8



ქართული
ენის ენციკლოპედია

რეზერვების სხივების ე. წ. გამოაზიანებულ თვისების შესახებ.

1⁰/₀

ქ.	რ.	გ. ფ.	
		ქ.	რ.
+1,6		რაოდ. +25	სიგ. (0,5)

2⁰/₀

ქ.	რ.	გ. ფ.	
		ქ.	რ.
+3,5		რაოდ. +19	სიგ. (+0,1)

3⁰/₀

ქ.	რ.	გ. ფ.	
		ქ.	რ.
+1,5		+7 (+10)	

4⁰/₀

ქ.	რ.	გ. ფ.	
		ქ.	რ.
+0,5		+2 (+0,4)	

5⁰/₀

ქ.	რ.	გ. ფ.	
		ქ.	რ.
+1		+16 +0,5	

6⁰/₀

ქ.	რ.	გ. ფ.	
		ქ.	რ.
+8		+5 (+0,8)	

შენიშვნა: {
 კ=კონტროლი
 რ=რენტგენი (გამუქებული)
 გ. ფ=გვერდითი ფესვები.

ტ ა ბ უ

1⁰/₀

დღი	1		2		განს.		3		განს.		4		განს.		5		განს.		6			
	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.
	2	2	2,3	2,2	+0,1	-	3,7	3,4	+0,3	-	5	4,5	+0,5	-	5,6	5,2	+0,4	-	7,8	6,5		

დღი	9				განს.				10				განსხვავება								
	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.			
	12	10,5	13 (0,8)	7 (0,5)	-1,5	-	რაოდ. -6 სიკ. -0,3	-	13	12	20 1 (0,5)	5 1 (0,8)	-1	-	რაოდ. -15 სიკ. (-0,3)						

ტ ა ბ უ

2⁰/₀

დღი	1		2		განს.		3		განს.		4		განს.		5		განს.		6		განს.		
	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.
	1	1	2,5	2,5	-	-	4,5	3,5	+1,0	-	5	4	+1	-	6,2	4,2	+2	-	9	6	+3	-	

დღი	9				განსხვავება				10				განსხვავება								
	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.			
	13,5	8,7	10 (1,5)	9 (1,0)	4,8	-	რაოდ. +1 სიკ. +0,5	-	16,5	14	14 (1,8)	12 1 (1,0)	+2,5	-	რაოდ. +2 სიკ. +0,8						

მ ა № 2

განს.	7		განსხვავება								განს.								
	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.		რ.	გ.ფ.						
	1,3	-	9,5	7,8	2(0,5)	2(0,3)	+1,7	-	+0,2	-	10	9	10 (0,5)	10 (0,5)	+1 (0,5)	5	+5		

კ.	11				განსხვავება				12				განსხვავება								
	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.			
	14	13,5	19 1 (1,0)	12 1 (1,2)	+0,5	-	რაოდ. 1 18 0,2	-	17,6	16	40 1 2	15 1 1,5	+1,6	-	რაოდ. +25 სიკ. +0,5						

მ ა № 3

კ.	7				განსხვავება				8				განსხვავება								
	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.			
	11	6,5	4 1 (0,2)	3 1 (0,1)	+1,5	-	რაოდ. +1 სიკ. +0,1	-	12	7	9 1 (0,7)	6 1 (0,4)	+5	-	რაოდ. +3 სიკ. +0,3						

კ.	11				განსხვავება				12				განსხვავება								
	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.	კ.	რ.	გ.ფ.			
	17,0	15	29 1 (1,7)	16 1 (1,7)	+2	-	რაოდ. +13 1 (+0,2)	-	19,5	16	36 1 (1,9)	17 1 (2)	+3,5	-	რაოდ. +19 სიკ. (-0,1)						

ტ ა ბ უ

3⁰/₀

შ.წ.	1		2		3		4		5		6		
	ტ.	რ.	ტ.	რ.	ტ.	რ.	ტ.	რ.	ტ.	რ.	ტ.	რ.	
	1,5	1,5	3	2,5	+0,5	-	5,3	4,5	+0,8	-	6	5	+1
	-	10,7	8	+2,7	-	12	10						
												ბ. ფ.	
												ტ. რ.	
												4 (0,5)	

შ.წ.	9				10				11			
	ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.	
	14,6	12	20	14	2,6	-	16,5	15	25	23	1,5	-
												ბ. ფ.
												ტ. რ.
												რაოდ. +6 სტგ. + (0,3)
												რაოდ. +2 + (0,9)

ტ ა ბ უ

4⁰/₀

შ.წ.	1		2		3		4		5		6		7
	ტ.	რ.	ტ.	რ.	ტ.	რ.	ტ.	რ.	ტ.	რ.			
	0,5	0,5	2	2	-	-	2,5	3	-0,5	-	4	3	+1
												ბ. ფ.	
												ტ. რ.	
												რაოდ. +5 სტგ. + (0,4)	
												რაოდ. +2	

შ.წ.	9				10				11			
	ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.	
	6,5	8	11	6	-1,5	-	9	10	4,5	10	-1	-
												ბ. ფ.
												ტ. რ.
												რაოდ. +5

შ ა № 4

შ.წ.	7				8				9			
	ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.	
	12	10	2	10	2	14,5	12	15	10	2,5	-	14,5
												ბ. ფ.
												ტ. რ.
												რაოდ. +4 სტგ. + (0,5)
												რაოდ. +8 სტგ. + (0,6)
												რაოდ. +5 სტგ. + (0,8)

შ.წ.	11				12				13			
	ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.	
	17,6	15,5	29	24	21	-	19	17,5	32	25	1,5	-
												ბ. ფ.
												ტ. რ.
												რაოდ. +7 სტგ. + (1,0)

შ ა № 5

შ.წ.	7				8				9			
	ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.	
	5	6,7	5	-	-1,7	-	5,5	6,8	8	6	-1,3	-
												ბ. ფ.
												ტ. რ.
												რაოდ. +5 სტგ. + (0,4)
												რაოდ. +2

შ.წ.	11				12				13			
	ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.		ტ. რ.		ბ. ფ.	
	10	10,5	2,3	2,2	-0,5	-	13	12,5	26	24	+0,5	-
												ბ. ფ.
												ტ. რ.
												რაოდ. +2 სტგ. + (0,4)

ბ ა ბ უ
5⁰/₀

დღე	1		2		განს.		3		განს.		4		განს.		5		განს.		6		განს.			
	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.
	2	2	3,5	4	-0,5	-	5,6	5	+0,6	-	6	6	-	-	9	8	+1	-	12	10	+2	-		

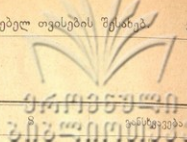
დღე	9				განსხვავება				10				განსხვავება							
	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.				
	13,5	13	1	1	0,3	0,3	+0,5	-	რაოდ. +11 სიგ. (+0,2)	-	16,5	16	1	1	0,5	0,5	+0,5	-	რაოდ. +3 სიგ. (+0,5)	-

ბ ა ბ უ
10⁰/₀

დღე	1		2		განს.		3		განს.		4		განს.		5		განს.		6		განს.			
	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.
	2	2	2	2,5	-0,5	-	6	5,5	+0,5	-	7	6	+1	-	7,5	7,0	+0,5	-	11	9	+2	-		

დღე	9				განსხვავება				10				განსხვავება									
	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.						
	14	10	1	1	0,5	0,4	+1	-	რაოდ. +1 სიგ. (+0,1)	-	16	11	1	1	0,6	0,5	+1	-	+6	-		

მ ა № 6



7		განსხვავება				8		განსხვავება											
კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.						
12,5	12	2	2	0,2	0,2	+0,5	-	რაოდ. +2 სიგ. (+0,2)	-	12,5	12,2	2	2	0,3	0,2	+0,3	-	სიგ. (+0,1)	-

11				განსხვავება				12				განსხვავება								
კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.			
17,0	16	1	1	0,6	0,6	+1	-	რაოდ. +14 სიგ. (+0,6)	-	17,5	16,5	4,9	3,8	1	1	1,0	1,0	+1	-	რაოდ. +16 სიგ.

მ ა № 7

7		განსხვავება				8		განსხვავება															
კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.										
12	9	3	4	1	1	0,2	0,1	+3	-	რაოდ. -1 სიგ. (+0,1)	-	13,5	9,5	10	8	1	1	0,3	0,3	+1	-	+2	-

11				განსხვავება				12				განსხვავება										
კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.	კ.	რ.					
17,8	12	2	2	1	1	0,8	0,8	+6,8	-	რაოდ. +2 სიგ. (+0,4)	-	20,5	12,5	29	24	1	1	2,0	1,2	+8	-	რაოდ. +5 სიგ. (+0,8)

ლ ი ტ ე რ ა ტ უ რ ა .

1. H. Jven. Neuere Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Pflanzen Strahlentherapie Bd. XIX Heft 3 1925.
2. Martoni. Die Abhängigkeit der Stärke der biologischen Wirkung von der Intensität der Röntgenstrahlen u. s. v. strahlentherapie Bd. XVIII Heft. 2.
3. Ychwarz czeppa und schindler, Zum Problem der wachstums fordernden Reizwirkung der Röntgenstrahlen. Fortschr. auf d. geb. d. Röntg. 1922 29.
4. Alois Czepa Der Einfluss der Röntgenbestrahlung auf den keimungsprozess der Pflanzensamen. Fortschr. a. d. geb. d. Röntgenstr. 1924. p. 65.
5. Pordees., Zur biologischen Wirkungsmechanismus der Röntgenstrahlen Strahlentherapie 1925 Bd. XIX. H. 2 p. 307.
6. Pordes, Lst. zur Erklärung der Röntgenwirkung die Annahme von Funktions—und Wachstumsreiz notwendig? Strahlentherapie Bd. XV Heft 5. 1923. p. 640.
7. Geller. Über die Wirkung Schwacher Eierstocksbestrahlung auf grund tierexperimenteller Untersuchungen strahlentherapie 1925 Bd. XIX H. p. 1 22.
8. Altmann, Rochlin und Gleichgewicht. Über den entwicklungsbeschleunigenden und entwicklungshemmenden Einfluss der Röntgenstrahlen Fortschr. a. d. geb. d. Röntgenstr. 1923.
9. Geller, Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf jugendliche organismen Ke woch. 1924. № 14.
10. Hastings, Beckton and wedd, Arch. Middlesex Hosp. Canc. Rep. 1912
11. Halberstädter und Simons. Zum problem der Reizwirkung der Röntgenstrahlen Fortschr. auf d. geb. d. Röntgenstr. 1921, 28.
12. Hoffmann., Über Erregung und Lähmung tierischer Zellen durch Röntgenstrahlen. Strahlentherapie 1923, 14.
13. Holzknecht, giebt es eine Reizwirkung der Röntgenstrahlen M. m. w. 1923. № 24.
14. Jüngling, Untersuchungen Zur chirurgischen Röntgentherapie Strahlentherapie 1920, 10.
15. Luzarus—Barlow, Die Wirkungen radioaktiver Substanzen und deren Strahlen auf normales und pathologisches Gewebe. Strahlentherapie 1923 Bd. 3.
16. Martius, Die Reizkörpertherapie in der gynäkologie monatschr. f. Geb. und Gyn. 1923.
17. Schmidt, Experimentelle Untersuchungen Über die Wirkung kleiner und drasserer Röntgenstrahlenmengen auf Junge Zellen. B. kl. W. 1910, № 21.
18. Sierp. und Roblers, Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Wachstum der Pflanzen. Strahlentherapie 1923, 14.
19. Steinach und Holzknecht Erhöhte Wirkung der inneren Sekretion bei Hypertrophie der Gubetätsdrüsen Arch. t. entwicklungsmech. 42.
20. Wetterer, Beitrag Zur Kenntnis der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Wachstum der Pflanzen D. m. W 1912 № 7.

პროფ. ა. მაჭავარიანი.

ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის გამგე.

ჭიაყელა ნაწლავის დაავადების საკითხის შესახებ.

უკანასკნელი 25—30 წლის განმავლობაში საკითხი ჭიაყელა ნაწლავის დაავადების შესახებ მსოფლიო მეურნალობაში განუწყვეტლივ ირჩევა და დღემდე კიდევ ბევრ გამოურკვეველს წარმოადგენს, საკითხი ჭიაყელა ნაწლავის დაავადების და კურნების შესახებ მოსაზღვრო ქირურგიის ერთ-ერთი საყურადღებო თაეია.

სამეურნალო მწერლობაში თითქმის ყოველ დღე ამა თუ იმ სნეულების შესახებ ახალი საკითხი იბადება, მაგრამ ბევრი მათგანი წარმოიშვება თუ არა, უკვე უჭრდება ან რამოდენიმე ხნის მწვავე მსჯელობის შემდეგ აღელვება საკითხის ირგვლივ ცხრება, ის ქრონიკულ მდგომარეობაში გადადის და ლაბორატორიის და კლინიკის სიჩუმეში მუშავდება.

რაც შეეხება ჭიაყელა ნაწლავის დაავადების საკითხს, თითქოს ამ ორგანოს ანატომო-ფიზიოლოგიური უმნიშვნელობის მიუხედავად, ალბად ჯერჯერობით გამოურკვეველობის გამო, ის მაინც დიდი დაკვირვების და ნაირნაირი მსჯელობის და ბაასის ობიექტია ეთიოლოგიის და სიმპტომატოლოგიის მხრივ:

თუ რამდენად ეს სნეულება დამოუკიდებელია ან დაკავშირებულია სხვა სნეულებასთან და მისი მხოლოდ ერთ-ერთი გამოსახვაა, შაბლონური უნდა იყოს მისი თერაპია და რამდენად მიზანშეწონილია აპენდექტომია *largamano*—ყველა ეს წარმოადგენს დებულებას, რომლის შესახებ ჯერჯერობით ერთსულოვანი შეთანხმება მიხწეული არ არის.

სწორედ ამ მოსაზრებით საკუთარი მასალის დამოუკიდებელი განხილვა და ამ მასალის მიხედვით საკუთარი აზრის გამოთქმა, იმისდა მიუხედავად, იქნება ის მხოლოდ უკვე თქმულის განმეორება ან, მით უფრო, რაიმე საბაასო საკითხის დადასტურება, ზედმეტი არ უნდა იყოს ჩვენი აზრით.

ქრონიკული აპენდიციტის გამოცნობა ხშირად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. დაავადებული ჭიაყელა ნაწლავის ხელით გასინჯვა და აღმოჩენა მუცლის ღრუს პალპაციაში დიდ დახელოვნებას და გამოცდილებას მოითხოვს და ამისდა მიუხედავად ხშირად მაინც შედეგს ვერ იძლევა. ჩვენს კლინიკაში არა ერთხელ აღნიშნულა, როდესაც მიუხედავად პალპაციის უარყოფითი დასკვნისა, ოპერაციის დროს დაავადებული და გადაგვარებული ჭიაყელა ნაწლავი ამოკვეთილი იყო.

ჭიაყელა ნაწლავი ხელს თუ არა ხედება, ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ ის სალია. შესაძლებელია ბუნებრივ კუნთთა ტონუსი ძლიერი იყოს, შესაძლებელია დანარჩენ ქსოვილთა სიმკვრივე, შეიძლება კანქვეშა ცხიმი მეტად განვითარებული იყოს ან თვით ჭიაყელა ნაწლავი ძალიან პატარა იყოს; ხშირად ჭიაყელა ნაწლავს არაჩვეულებრივი მდებარეობა აქვს. რა ლაპარაკი უნდა, ყველა ამ შემთხვევაში ჭიაყელა ნაწლავი ვერ გაისინჯება. ხშირად ცვლილება ჭიაყელა ნაწლავის მხოლოდ შიგნი შრეთი განისაზღვრება და მაშინაც გინდ მკლე და მოზობილი საფარი იყოს, ჭიაყელა ნაწლავის დაავადებას ხშირად ხელით ვერ აღმოვაჩინებ. როდესაც ყოველი პერიტიტიტის ნაშთი არ იმჩნევა, ჭიაყელა ნაწლავის კედელი საგრძნობლად გასქელებული არ არის, მისი hydrops-ი, ან empyema არ არსებობს, ქრონიკული აპენდიციტის დიაგნოზის დასმა მხოლოდ პალპაციის საშუალებით შეუძლებელია, მით უფრო თუ მტკივნეულობაც სუსტად გამოსახულია. ამ შემთხვევაში მკურნალი აპენდიციტს მხოლოდ გრძნობს, მაგრამ საუბედუროთ დიდათ გამოცდილ კლინიკისტის გრძნობაც გამოცნობის ობიექტურ გზა-წესად ვერ ჩაითვლება.

არ არის აგრეთვე სავსებით საიმედო ის მტკივნაობითი წერტილთა მთელი რიგიც, რომელსაც სხვადასხვა კლინიკისტი აღნიშნავს. მხოლოდ დაავადებულ ჭიაყელა ნაწლავისათვის ამაში პათოგნომიური არასფერი არის; არა ერთხელ ბევრი მათგანი შეგვიმჩნევია, როდესაც ჭიაყელა ნაწლავი სალი იყო და არ აღმოგვიჩინია მაშინ, როდესაც ჭიაყელა ნაწლავი დანამდვილებით დასნეულებული იყო. ამ წერტილთა შორის ყველაზედ ხშირია M. Burney-ის და Lanz-ის წერტილი. უფრო საიმედოა Lanz-ის წერტილი. რაც შეეხება M. Burney-ის წერტილს ის ასე საიმედო არ არის, რადგანაც ხშირად აქ მტკივნეულობა შეიძლება თვით ბრმა ნაწლავით გამოწვეული იყოს.

უფრო საიმედოა ტკივილის ირადიაცია. მტკივნეულობა თვით ბრმა ნაწლავით გამოწვეული ირადიაციას ჩვეულებრივ არ იძლევა; ჭიაყელა ნაწლავზედ დამოკიდებული მტკივნეულობა უმეტეს შემთხვევაში გულის კოვზისაკენ, ჭიპისაკენ და ხანდისხან მარცხენა თეძოსაკენ ირადიაციას იძლევა; ეს ადვილი გასაგებია, თუ მხედველობაში მივიღებთ ჭიაყელა ნაწლავის ჯორჯალს, რომელიც თითქმის ყოველთვის კარგათ გამოსახულია. სწორედ ამ ჯორჯალის მექანიური ან ანთებითი გაღიზიანება ტკივილის ირადიაციას უნდა იწვევდეს.

ქრონიკული აპენდიციტის ერთად ერთი თითქმის მუდმივი და საიმედო ნიშანია მტკივნეულობა პალპაციის დროს. საზოგადოთ ნაირნაირი პირს, ნაირნაირ პირობაში ნაირნაირი ინტენსივობის მტკივნეულობა ემჩნევა.

ყურადსაღებია ის არა სასიამოვნო გრძნობა, რომელსაც დაავადებული ადამიანი განიცდის ილეოცეკალურ მიდამოში: სიმძიმე, ყუვილი; ხანდისხან ადამიანი გრძნობს თითქმის ილეოცეკალურ მიდამოში რალაცა გაბერილი ან დაჭიმულია; თვითნებლიე ტკივილი ხან მუდმივია ხან პერიოდული ხასიათისაა; ტკივილს ხანდისხან ვაჭინთვა და მოძრაობა იწვეს.

რაც შეეხება ქრონიკული აპენდიციტის სიმტომოკომპლექსის დანარჩენი ნიშნებს ივინი ზოგადი ხასიათისაა და მხოლოდ ჭიაყელა ნაწლავის დაავადებისათვის სპეციფიურ არასფერს წარმოადგენენ.

ყაბზობა აპენდიციტის დროს ხშირი მოვლენაა; ხშირად ის იმდენად მტკიცეა, რომ კურნებასაც არ უთმობს. მეტეორიზმი ხშირია. არც ისე იშვიათია ქვალისებრი ტკივილი, რომელსაც ლორწოს გამოყოფა მოყვება. კარგი მადის მიუხედავად ადამიანი საჭმელით მალე კმაყოფილდება და გულის კოვზის მიდამოს გარდა სიმძიმეს ილეოცეკალურ მიდამოშიც განიცდის.

არც ისე ბევრია ამ ნიშნებში, რომელიც აპენდიციტისათვის გარკვეულ ობიექტიურ ნიშნად შეიძლება ჩაითვალოს; მაშასადამე დიაგნოზი უმთავრესად ანამნესტიურ ცნობათა შეფასებისაგან უნდა გამომდინარეობდეს და პალპაცია აპენდიციტს მხოლოდ ადასტურებს და კი ვერ უარყოფს.

აპენდიციტი ინტექციური სნეულებათა, მას მცირე სხეულთა მთელი რიგი იწვევს; მათ შორის უფრო ხშირად და ჩვეულებრივ bacterium coli commune და სტაფილოკოკი. ყველა სხენებული მცირე სხეული ნორმალურ პირობაში კოლინჯში და ჭიკაყელა ნაწლაგში სიმბიოტიურ მდგომარეობაში იმყოფება და ადამიანს არ ავნებს. საჭიროა რაღაცა განსაკუთრებული მიზეზი, არაჩვეულებრივი პირობა და გავლენა, რომელიც მცირე სხეულის მოქმედებას ხელს შეუწყობს, მას პათოგენურად გახდის და ვირულენტობას გამოაჩენინებს. როგორც ყოველი სნეულების დროს, აპენდიციტის დროსაც უშუალო მიზეზების გარდა, საჭიროა პირობები, რომელნიც სნეულების განვითარებას ხელს უწყობენ.

Mikulicz-ი დიდ მნიშვნელობას ჭიკაყელა ნაწლაგის სანათურში წნევის მომატებას აწერს. წნევის მომატების გავლენით კანიდან და მით უფრო ლორწოიან გარსიდან ბაქტერიის შესრუტვა ძლიერდება. Mikulicz-ის აზრით ამგვარი წნევის მომატებისათვის საკმარისია Gerlach-ის საცობის ლორწოიან გარსის შესიებაც. Talamon-ის აზრით ჭიკაყელა ნაწლაგის სანათურში წნევის მომატებაზედ უმთავრესი და უხშირესი მნიშვნელობა სკორესებრი ქვას აქვს. Talamon-ის აზრით სკორესებრი ქვა არის სწორედ ის საცობი, რომელიც ჭიკაყელა ნაწლაგს „un vase clos“ ხდის; სანათურში, რომელიც ამგვარად დაცობილია, გამონაყოფი გროვდება; ამ გამონაყოფზედ ინფექცია იკვებება, მრავლდება და ვირულენტურად იქცევა. სხვათაშორის Talamon-ი იმასაც აღნიშნავს, რომ სკორესებრი ქვას შეუძლია დააზიანოს ჭიკაყელა ნაწლაგის კედელი და ამ გარემოებამაც ინტექციას ხელი შეუწყოს, მაგრამ ამ მომენტს Talamon-ი თითქოს მეორე ხარისხიანად სთვლის.

Talamon-ის მიერ ამგვარად გამოთქმულ აზრს და დებულებას ჩვენი მასალის მიხედვით ვერ გავიზიარებთ მთლიანად. ვერ ვეთანხმებით Sonnenburg-საც, რომელიც სკორესებრი ქვას ეთიოლოგიურ მხრივ არავითარ მნიშვნელობას აკუთნის, პირობით, მას აპენდიციტის შედეგად სთვლის.

დავადებულ ჭიკაყელა ნაწლაგის სანათურში ნაირნაირ დონეზედ და ხშირად თვით ფსკერთან სკორესებრი ქვა 18⁰/₁₀₀-შია ჩვენს მიერ შემჩნეული. 82⁰/₁₀₀-ში ქვა არ ყოფილა. გარდა ერთი შემთხვევისა ქვა არასოდეს სანათურში მკიდროთ გაქედილი არ იყო და არც გამონაყოფის გროვა მის ქვემო ემჩნეოდა.

ქვა სანათურში შედარებით თავისუფლად მოთავსებული იყო და მხოლოდ სანათურის კედლის ნაწილს აკერდა.

18% ში ქვის აღმოჩენა შემთხვევითი მოვლენად ვერ ჩაითვლება. ჩვეულებრივ ქვის მდებარეობის ადგილი ჩაზნექილი, ჰიპერემიული, ზერელეთ ან ღრმათ დაწყლულებული იყო; მაშასადამე, სისხლის მიმოქცევის მოშლის ან პირდაპირი ტრავმის გამო კედლის ადგილობრივი დაზიანება არსებობდა. სწორედ ეს ქვით 23 გამოწვეული ტრავმა, ჩვენი აზრით, ინტექციას და მის მომყოლ ანთებას ხელს უნდა უწყობდეს.

15% -ში ჭიაყელა ნაწლავში ჭიაა შემჩნეული. უმეტეს შემთხვევაში *Oxyuris vermicularis* იყო; ის, თითქოს ეკალი თავისი ბოლოთი ლორწოიან გარსში ჩასობილი იყო ან ნახევრამდე მასში ჩაკლული იყო. ვერც ამ გარემოებას შემთხვევითი მოვლენათ ჩავთვლით როგორც ჩვენი მასალა ადასტურებს და როგორც ამოწმებს *Говоров*-ი: აპენდიციტის დროს *helmenthiasis* ხშირად, შემჩნეულია. თითქმის 28% ჭია ნახა ჭიაყელა ნაწლავში.

Aschoff-ი აღნიშნავს, რომ ჭიაყელა ნაწლავში მომხდარი ჭია იწვევს აპენდიციტის ნიშნებს—*appendicopathia oxyuris*; *Говоров*-ის მოწმობით *Михельсон*-ის მიერ აწერილია შემთხვევა *Говоров*-მა როდესაც ჭიის კვერცხის მიერ მიყენებულ გალიზიანებით საზარდულ-ბარდაყის ნაოჭში ექზემატოზური პარტახტი გამოწვეული იყო. *Говоров*-ი უთითებს აგრეთვე პატარა ქალთა *Vulvo-vaginitis*-ის, რომელსაც ჭია იწვევს. აქაც თუ პირველი მიზეზი ჭიაა, ის შემდეგში ინტექციის შთანერგვას ხელს უწყობს, ამბობს *Говоров*-ი და აღნიშნავს, რომ ჭიის მოშორება შედარებით ადვილია, მაგრამ ძნელია ამ ნიადაგზედ მეორად ინტექციის განკურნება. ჭიას კედლის დაზიანება შეუძლია, ამას ჩვენ ვერ უარვყოფთ, ამას ადასტურებს ის მრავლობითი წერტილისებრი სისხლჩაქცევა ლორწოიან გარსში, რომელიც ამ შემთხვევაში შემჩნეული იყო; მაშასადამე აქაც ტრავმა ყოფილა და თუ ტრამვა არის, არის ნიადაგიც ანთების განვითარებისათვის. რა ლაპარაკი უნდა, როდესაც მხოლოდ ერთი ან ორი ჭიაა სანათურში მომხდარი შეიძლება ამას არავითარი გართულება მოყვეს, მაგრამ როდესაც ჭია მრავლად არის მოთავსებული და ყოველ მათგანს ტრამვა მოაქს, ეს უკვე მნიშვნელოვანი და საგრძნობელია.

1% -ში გარე სხეულია შემჩნეული: ჯაგარი, ემალის-ნამტვრევი, ხორბალი, ყურძნის კურკა. ჯაგარი და ემალი ჩასობილი იყო ლორწოიან გარსში და მის ირგვლივ რეაქტიული მოვლენანი ემჩნეოდა. აქაც ტრავმას ადგილი ქონია.

მაშასადამე ყველა სამ შემთხვევაში ჭიაყელა ნაწლავის ლორწოიანი გარსის მთლიანობის დაშლას ადგილი ქონდა ანდა სისხლის მიმოქცევის დარღვევას. სწორედ ამ შემთხვევებში განსაკუთრებით იმჩნეოდა ტკივილი ჭვალისებრი ხასიათისა, რაც პერიოდულად თავს იჩენდა; იერიშის შემდეგ დროებით, ყრუ და ჩლუნგი ტკივილი რჩებოდა, რომელიც თანდათანობით ცხრებოდა. ვფიქრობთ, ჭვალისებრი ტკივილი ჭიაყელა ნაწლავის პერისტალტიური მოძრაობით გამოწვეული უნდა ყოფილიყო; ნაწლავი ცდილობს როგორმე თვის სანათურიდან გამოავადოს მასში მომხდარი სხეული; და ლორწოიანი გარსი ხახუნის და კომპრესიის გამო ტრავმას განიცდის.

ამგვარ შემთხვევაში, როდესაც ჭიაყელა ნაწლავის სანათურში რაიმე სხეული იყო, აპენდექტომიას თითქმის ყოველთვის სასურველი შედეგი მოყვებოდა,

ადამიანი სავსებით იკურნებოდა და სნეულების ყველა ნიშნები ისპობოდა. ყურადსაღებია, რომ სწორედ ამ გვარ შემთხვევაში წარსულში ერთი ან ორი მკაცრი, მწვავე იერიში აღენიშნება, რომელსაც ტიპური პერიტიტიზმული ინფილტრაცია მოყვება. სნეულების ქრონიკულ მსვლელობაში გარდა ტკივილისა და ადგილობრივი ცვლილებისა სხვა ნიშნები სუსტად გამოსახულია. ჩივილის ლეიტმოტივი მხოლოდ ტკივილია. ყაბჯობა შეიძლება არც იყოს.

როგორც ზემოთ მოხსენებული იყო, 34%-ში აპენდიციტის დროს სანათურში სკორე, ჭია ან გარე სხეულია შემჩნეული. ყველაზედ ხშირად სკორესებრი ქვას ვნახულობდით. დანარჩენ 66%-ში ჭიაცელა ნაწლავის სანათურში არავითარი უცხო სხეული არ აღმოგვიჩინა მიუხედავად იმისა, რომ ჭიაცელა ნაწლავი ნაირნაირ ცვლილებას განიცდიდა. — სწორედ ამიტომ, ჩვენი აზრით, უფრო მისაღებია Dieulafoy's შეხედულება: ის აღნიშნავს les appendicites avec calculs et les appendicites sans calculs. მაგრამ იმ შემთხვევაშიც, როდესაც ჭიაცელა ნაწლავში ქვა არ არის, Dieulafoy, როგორც Talamon-ი მაინც ანთებას საფუძვლად წნევის მომატებას უდებს, რასაც ლორწოს შესიება და სანათურის შევიწროვება ხელს უწყობს. რომ აპენდიციტი sans calculs შესაძლებელია, ამას ჩვენ მთლიანად ვეთანხმებით, მაგრამ რომ ყოველ შემთხვევაში, თითქოს წნევის მომატება ანთებითი პროცესის მიზეზი, ამას ვერ გავიზიარებთ. ბოლო და ბოლოს Talamon-ი და Dieulafoy' ერთი აზრისა არიან. იგინი ფიქრობენ: აპენდიციტის გამოსაწვევად საჭიროა ჭიაცელა ნაწლავის წნევის. წნევა მატულობს მიტომ, რომ გამონაყოფი გროვდება და მატულობს, გამონაყოფი გროვდება რადგან სანათური იხურება, სანათური კი იხურება იმიტომ რომ ლორწოიანი გარსი შესიებულია ან ჭიაცელა ნაწლავში ფიბროზული ბოჩკოები ვითარდება, რაც სანათურს კუმუჭნის, მაგრამ... ლორწოიანი გარსის შესიება, გამონაყოფის ჰიპერპროდუქცია, ფიბროზული პროცესი — ეს ყველა ხომ თვით ანთებითი პროცესის გამოსახვაა; მაშასადამე ამა თუ იმ სახის აპენდიციტი უკვე არსებობს და თუ ეს ასეა ყველა ამ მოვლენას და მათ შორის წნევის მომატებასაც ხელშემწყობირობად ვერ ჩავთვლით, პირიქით ეს თვით ანთება ან ანთების შედეგი უნდა იყოს. ხელშემწყობი და გამომწვევი მიზეზი სხვა რაღაცა უნდა იყოს. საკითხი იბადება თუ რამ ამ შემთხვევაში აპენდიციტი რომ გამოიწვია, როდესაც არც სკორესებრი ქვა, არც ჭია და არც სხვა რაიმე გარესხეული მის სანათურში არ იმყოფება.

იმისდა მიუხედავად, რომ ქრონიკული აპენდიციტი გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე მწვავე, ყურადსაღებია ის გარემოებაც რომ მწერლობაში ვერსად ვხვდებით ქრონიკულ აპენდიციტის სიმპტომატოლოგიის და კლინიკური სურათის დამაკმაყოფილებელ აწერას. ყოველთვის შთაბეჭდილება რჩება თითქოს ყველაფერი ნათქვამი არ არის: თქვენ სნეულების თავისებურების აწერას ვერ პოულობთ.

საკუთარი მასალაზედ დაკვირვებამ და შესწავლამ თითქოს ეს გაუგებრობა გამოვკვირკვია. ქრონიკულ-აპენდიციტის ვერც ერთ შემთხვევაში გარკვეული, მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი ჩვენ ვერ შევამჩნიეთ.

ჩვეულებრივ ადამიანი ილეოცეკალურ მიდამოში ტკივილს უჩივის; ეს ტკივილი ხან მთელ მიდამოშია გავრცელებული, ხან M. Burney-ის წერტილშია

მოგროვილი. ამ შემთხვევაში ტკივილი ხშირად ირადიაციას არ იძლევა; ტკივილი ტეხვითი-მიყუებული და უფრო მუდმივი ხასიათისაა და მძლავრი არ არის. ქამის შემდეგ ადამიანი ილეოცეკალურ მიდამოში გავსებას და სიმძიმეს გრძნობს. ყაბზობაც სწორედ ამ გვარ შემთხვევაშია ჩვეულებრივი; ის ხშირად ძალიან მტკიცე ხასიათისაა. ყაბზობას ბერვა მოყვება, განსაკუთრებით ბრმა და გარდი გარდმო ნაწლავის მიდამოში. მტკიცე ყაბზობას დროგამოშვებით, მოულოდნელად, ჩვეულებრივი კვების დაუზღვევლად ერთეული უხვი სიფაღარათე მოყვება, რის შემდეგ ხელახლავ ყაბზობა გრძელდება. არა ერთხელ განავალს ლორწო ან ლორწოვანი აკი გამოყოლია.—თუ აპენდიქსი ამ გვარ შემთხვევაში ხელს არ ხედავს, აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი არასფერი რჩება, არსებობს მხოლოდ ნამდვილი ქრონიკული კოლიტის სურათი. მიუხედავად ამისა, აპენდექტომიის დროს ვნახულობდით დაავადებულ ჭიკაყელა ნაწლავს, რომელიც ხშირად შიგნი შრეებში დიდ ანატომიურ ცვლილებას განიცდიდა.

მიუხედავად დაავადებულ ჭიკაყელა ნაწლავის ამოკლებისა, სნეულების სიმპტომოკომპლექსი თითქმის მთლიანად რჩებოდა; ყაბზობა ისევ ის იყო ან კიდევაც ძლიერდებოდა ან და თუ ოპერაციის შემდეგ პირველ ხანაში ცხრებოდა შემდეგ ხელახლავ ვითარდებოდა. ხანდისხან მიუხედავად გაუზრთულებელ შეხორცებისა ილეოცეკალურ მიდამოში ტკივილიც მატულობდა. ამ გვარი ავადმყოფნი ხშირად ოპერაციის შემდეგ პირველ დროს ძალიან წუხნებიან მეტეორიზმისაგან.

ავადმყოფთა დაკითხვიდან ირკვევოდა, რომ იგინი უკვე დიდი ხანია ყაბზობას და სხვა ნიშნებს განიცდიან და ტკივილი, რომელსაც ჩვენ ჭიკაყელა ნაწლავს ვაკუთნიდით მხოლოდ დაგვიანებით უკანასკნელ ხანაში ამჩნევენ.

თუ ამ გვარ შემთხვევაში helmenthiasis იმჩნეოდა, ხანდისხან საკმარისი იყო სათანადო კურნების გატარება, რომ ე. წ. აპენდიციტი განკურნულიყო.

ერთ შემთხვევაში, სადაც ავადმყოფი მძიმე კოლიტის ნიშნებს იძლეოდა და განავალში ჭიკა ქონდა ჩვენ იძულებული ვიყავით აპენდექტომია გავგვეკეთა, რადგანაც უკანასკნელ ხანას ავადმყოფს ილეოცეკალურ მიდამოში მძლავრი იერიშისებრი ტკივილი დაეწყო. მთელი ჭიკაყელა ნაწლავი ტენიანი გამოვსებული აღმოჩნდა. ჭიკაყელა ნაწლავის კედელი შესიებული და ლორწოვანი გარსი გაღიზიანებული და თუ არ ვცდები დაწყულულებულიც იყო. მიუხედავად თითქმის მიზანშეწონილ ოპერაციის გაკეთებისა მთელი სიმპტომოკომპლექსი დარჩა და იძულებული ვართ helmenthiasis'ს ვებრძოლოთ.

ძალა უნებრივ საკითხი იბადება, ნუ თუ ყოველი აპენდიციტი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც წარსულში მწვავე მეტეკას ადგილი არ ქონია, თვითნებლიე, დამოუკიდებელ სნეულებად უნდა ჩითვალოს და მთელი სიმპტომოკომპლექსი მასზედ დამყარებულად უნდა ითვლებოდეს ან და უნდა ვსცნოთ შემთხვევები, როდესაც აპენდიციტი colitis ან helmenthiasis სიმპტომოკომპლექსის ერთ ერთ ნიშანს წარმოადგენს და ძირითადი სნეულება კი helmenthiasis'ი ან კოლიტია. ზემოდ მოყვანილი მაგალითი და მთელი რიგი ამ გვარივე შემთხვევებისა გვაოწმუნებს ჩვენ რომ ხშირად აპენდიციტის გამომწვევი მიზეზია ჭიკა, (უფრო სწორეთ რომ ვსთქვათ helmenthiasis'ი) რომელიც კოლინჯიდან შეიქ-

რება ხოლმე ჭიკაყელა ნაწლავში და მისი ლორწოიანი გარსის დაზიანების გამო მის ანთებას იწვევს.

ჩვენ, როგორც ეხლა აღვნიშნეთ ვფიქრობთ აგრეთვე, რომ ხშირად აპენდიციტი კოლიტის შედეგს, გართულებას და გაგრძელებას წარმოადგენს.

ბოლო და ბოლოს ჭიკაყელა ნაწლავი კოლინჯის განუწყვეტლივი ანატომიური გაგრძელებაა; Herlach-ის საცობი არც ისე საიმედო ყოფილა, რომ მას შეეძლოს ჭიკაყელა ნაწლავის დაცვა; მაშასადამე ანთებითი პროცესს კოლინჯიდან და ბრმა ნაწლავიდან ჭიკაყელა ნაწლავზედ შეუძლია გადავიდეს.

Sonnenburg-ის მოწმობით Finkelstein-ი ტიფის, ხოლერის და დიზენტერიის დროს ჭიკაყელა ნაწლავის პროცესში მონაწილეობას ადასტურებს. რაზედ არ შეუძლია სხვა ხასიათის ანთებასაც კოლინჯიდან ჭიკაყელა ნაწლავზედ გადასხვლა. ადვილად შესაძლებელია, ჩვენში, სადაც ამების მიერ გამოწვეული colitis-ი ფრიად გახშირებულია ეს უკანასკნელიც აპენდიციტის მიზეზად ჩაითვალოს. შემდეგში კოლიტი შეიძლება კიდევაც განიკურნოს, მაგრამ ჭიკაყელა ნაწლავის ანატომიური თავისებურების გამო პროცესი აქ ისე ადვილად ვერ იკურნება და კიდევაც რთულდება. გარდა ამისა, რომ ანთებითი პროცესი კოლინჯიდან ჭიკაყელა ნაწლავზედ უშუალოდ გადადის, შესაძლებელია; Ростовцев-ის სიტყვით, ბრმა ნაწლავის ანთების ნიადაგზედ შესიებულმა ლორწოიანმა გარსმა ჭიკაყელა ნაწლავის სანათური შეავიწროვოს ან სულ დახუროს; ამას სანათურში წნევის მომატება მოყვება და ეს უკანასკნელი გარემოება ჭიკაყელა ნაწლავის ანთების განვითარებას ხელს შეუწყობს.

მაშასადამე დროზედ კოლიტი რომ განიკურნოს და ლორწოიანი გარსის შესიება დაეხრეს, სანათური გაიღება, გამონაყოფი არ დაგროვდება და აპენდიციტს მოესპობა საბაბი განვითარების.

Borchardt-ი და Deaver-ი აღნიშნავენ, რომ პერიტიფლიტს ყაბზობა ხშირად წინ მიუძღვის. განავალის შეჩერება, კოპროსტაზი ჭიკაყელას გამონაყოფის გამოყოფას აბრკოლებს, რასაც გამონაყოფის ჩაგუბება და დაშლა მოყვება. ქრონიკული აპენდიციტის დროს ნაწლავის გაწმენდის შემდეგ ავადმყოფს თითქმის ყოველთვის გაუმჯობესება ეტყობა. ხშირად მწვავე აპენდიციტი არაჩვეულებრივ გადამეტებულ ჭამას მოყვება, რაც უპირველეს ყოვლისა კოლიტის ნიშნებს იძლევა:

Reclus, Dumontpallier, Plicque colitis membranacea-ს ჭიკაყელა ნაწლავის დაავადების მიზეზად სთვლიან. Gzerny, Haedaeus, Schoemaker-ი აპენდიციტის დროს აღნიშნავენ განავალში უხვად ლორწოს.

Talamon-იც აპენდიციტის და კოლიტის შორის ერთგვარ კავშირს მაინც სცნობს; ის ფიქრობს, რომ ამ შემთხვევაში ნაწლავის დაავადებული კედელი არათანასწორად იკუმშება, ლორწოიან გარსში ვითარდება მცირე ჯიბეები, სადაც გროვდება კონკრემენტი, რომელიც შემდეგ ჭიკაყელა ნაწლავში ხვდება.

ბავშვთა პერიტიფლიტის ეთიოლოგიაში, როგორც აღნიშნავს Ростовцев-ი, Talamon-ი იოლ ლორწოვან კოლიტს დიდ მნიშვნელობას აწერს.

ყველა ზენამოთქვაში და ჩვენი მასალის შესწავლა თითქოს საბუთს იძლევა ვფიქროთ, რომ მთელ რიგ შემთხვევაში ქრონიკული აპენდიციტი მეორად სწეულებას წარმოადგენს და ამა თუ იმ ხასიათის კოლიტით გამოწვეულია. ხში-

რად ქრონიკული აპენდიციტი hypothyrosis და ქლოროზის დროს იმჩნევა, როდესაც კოლიტიც საგრძნობლად გამოსახულია. გაივლის რა ქლოროზი გაუმჯობესდება რა hypothyrosis, იკურნება კოლიტი და აგრეთვე აპენდიციტიც.

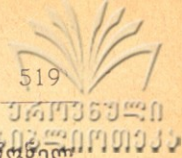
ჩვენი აზრით პროფილაქტიკა კოლიტის ასაცდენად და დროზედ მიზანშეწონილად გატარებული მისი წამლობა საგრძნობლად ქრონიკულ აპენდიციტის რიცხვს შეამცირებს.

საქართველოში კოლიტი და აპენდიციტი საქმარისად გავრცელებულია და ამას ერთ გვარი საბაზი ხალხის თვით კვებაში უნდა ქონდეს. როგორც სამხრეთის ერი ჩვენ ძალიან ვეტანებით მყავეს, ცხარეს და საზოგადოდ მწვავე გამილიზიანებელ საქმელს. აბხაზეთში ხშირად სუფრაზედ პირპილთან არეულს მარილს ხმარობენ. კახეთში სოფელ კალაურში და ვაჩნაძიანში გაკვირვებული ვიყავი აუარებელი კოლიტებით და ბრმა ნაწლავის მიდამოში გალიზიანების მოვლენით. ბერვა და ტკივილი გულის კოვზის და ილეოცეკალურ მიდამოში ჩვეულებრივი ჩივილი იყო. Mk. Burney-ის წერტილში თითქმის ყოველთვის მტკივნეულობა იმჩნევა და თვით ჭიაყელა ნაწლავიც ისინჯებოდა. თუ მხედველობაში მივიღეთ მძიმე პური, არაყი და ღვინო, რაც ჩვეულებრივ საკვებ მასალას წარმოადგენს მათთვის, ვფიქრობ ძნელ ამოცანას არ წარმოადგენს, რა იწვევს ამ გვარ დაავადებას, ე. ი. არამიზანშეწონილი კვება კოლიტს იწვევს და ეს უკანასკნელი კი ქრონიკული აპენდიტს.

ყურადსაღებია, როდესაც ამ გვარი ავადმყოფი სხვა რაიმე სნეულების გამო საავადმყოფოში ხვდება, როდესაც კვების ხასიათი იცვლება, კოლიტი და აპენდიციტი თავის თავად ხშირად ცხრება და კვლავ ღორძინდება გაწერის შემდეგ, როდესაც ადამიანი ჩვეულებრივ მისთვის კვებას უღვება. როგორც ჩანს კვებას ამ შემთხვევაში სნეულებაზედ გავლენა უნდა ქონდეს.

წარმოიშობა რა ამ ნიადაგზე კოლიტი, მას აპენდიციტი მოყვება, რომელიც პირველ ხანებში კატარალური უნდა იყოს. შემდეგში თვის ანატომიური თავისებურების გამო ჭიაყელა ნაწლავი დამოუკიდებელივ კოლიტისა შეიძლება თავის გზით წავიდეს და განიცადოს მისთვის ჩვეულებრივი ცვლილება; ეს ცვლილებანი კი ყოველთვის უქადის ადამიანს ხიფათს. ამ მოსაზრებით ამგვარი ჭიაყელა ნაწლავიც ამოკვეთილი უნდა იყოს, მაგრამ მის შემდეგ კოლიტის გულდასმითი კურნება მაინც გატარებული უნდა იყოს, რადგანაც ოპერაცია მართალია, ფრიად სახიფათო, მაგრამ სნეულების მხოლოდ შედეგს და არა თვით სნეულებას სპობს. ძირითადი სნეულება რჩება, ის ადამიანის სხეულზედ გავლენას ახდენს, ხშირად მის აუტონტოქსიკაციას იწვევს ყველა მისი შედეგით.

უკანასკნელ ხანებში აპენდიციტის გახშირებას ჩვენ ვერ უარგყოფთ, მაგრამ ეს არც ისე დიდი უნდა იყოს, შესაძლებელია აქ სტატისტიკის მოგვარებას მნიშვნელობა ქონდეს, შესაძლებელია რომ ეხლა უკეთ დიაგნოზს ვსვამთ, რადგანაც აპენდიციტის გახშირებასთან ერთად საოცრად შემცირდა ტიფლიტი, კობროსტაზი, ილეოცეკალური, რეტროცეკალური აბსცესი და ე. წ. იდიოპათიური ჩირქოვანი პერიტონიტი და თუ მაინც ფაქტიურად გახშირებას ადგილი აქვს, ეს განსაკუთრებით მეორად ქრონიკულ აპენდიციტს შეეხება, რომელიც ალბათ კოლიტის ნიადაგზედ წარმოიშო და ეს უკანასკნელი გამოწვეულია ან და



გამწვავებულია წარსულ წელთა არანორმალურ და დღესაც მიზანშეუწონელ კვებით. ვითარდება კოლიტი, კოლიტი აპენდიციტს იწვევს, აპენდიციტი თავის მხრივ კოლიტზე გავლენას ახდენს და ამგვარად *circulus vitiosus*-ი ვითარდება.

თუ ყველა ზემონათქვამი მხედველობაში მივიღეთ, ვფიქრობ ე. წ. ქრონიკული აპენდიციტის თერაპიის ხასიათიც ირკვევა.

იმ შემთხვევაში, როდესაც კლინიკურ სიმტომოკომპლექსში პირველ რიგში ადგილობრივი მოვლენანი გამოხასხულია, განსაკუთრებით მაშინ, თუ სნეულება მოულოდნელად მწვავე და მკაცრი იერიშით დაიწყო ან ერთ ორჯერ ამ გვარი იერიში განმეორდა, უპირველეს ყოვლისა ოპერაცია აუცილებელია. რომ ჭიკაყელა ნაწლავი ობლიტერაციასაც განიცდიდეს, მაინც ოპერაცია მართლდება იმ შეწყბების გამო, რომელიც ჭიკაყელა ნაწლავის და სხვა ორგანოთა შორის არსებობს.

ოპერაციის შედეგიც მიღებულ ზომას ამართლებს.

ჩვენი აზრით არ უნდა დავადგეთ ამ გზას შაბლონურად მაშინ, როდესაც ჭიკაყელა ნაწლავის ქრონიკული ანთება მეორადი ხასიათისაა და პირველ რიგში ზოგადი კოლიტის ნიშნებია გამოხასხული. პრინციპიალურად აქაც აპენდექტომიას არ უარვყოფთ. მაგრამ ის საკმარისი არ არის და ხანდახან კიდევაც ზედმეტია. როდესაც ჭიკაყელა ნაწლავის ქრონიკულ ანთების ადგილობრივი ნიშნები სუსტად გამოხასხულია, როდესაც წარსულში მწვავე შეტევას ადგილი არ ქონია და განავალში ქიებია, უპირველეს ყოვლისა მათ წინამდებ უნდა იყოს მიღებული ზომა ან კოლიტის დროს ამ უკანასკნელის კურნებას უნდა შეუდგეთ და შეიძლება განკურნებასაც მივალწიოთ, რადგანაც ჭიკაყელა ნაწლავი ჯერ დიდ ცვლილებას არ განიცდის და შეიძლება კიდევაც თვით კოლიტი იყოს მიზეზი დანარჩენ ნიშნებისა, არამედ ტკივილისა; ამ შემთხვევაში ჭიკაყელა ნაწლავის *restitutio ad intergrum*-იც შეიძლება მოხდეს; ამ შემთხვევაში ოპერაციას მივმართავთ მხოლოდ, როდესაც სათანადო კურნების დაჯინებითი გატარების შემდეგაც არც კოლიტი და არც აპენდიციტი გაუმჯობესებას არ იძლევა. რა ლაპარაკი უნდა, როდესაც ჭიკაყელა ნაწლავი ღრმა ცვლილებას განიცდის, გინდ ის მეორადი ხასიათის იყოს თერაპია უძლურია და ჭიკაყელა ნაწლავი აუცილებლივ ამოცლილი უნდა იყოს.

ყველა ზემოხსენებული ნებას გვაძლევს გამოვსთქვათ შემდეგი:

1. ქრონიკული აპენდიციტის გამოცნობა ხშირად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს.
2. პალპაციის დროს ცნობილი მტკივანი წერტილთა მთელი რიგი დიაგნოსტიკურ მხრივ არც ისე საიმედოა.
3. აპენდიციტისათვის უფრო დამახასიათებელია ტკივილი, რომელიც ნაირნაირ მიმართულებით ირადიაციას იძლევა.
4. მხოლოდ პალპაცია აპენდიციტს ვერ უარყოფს.
5. ქრონიკული აპენდიციტი შეიძლება პირველადი ან მეორადი ხასიათის იყოს.
6. შესაძლებელია პირველადი აპენდიციტის გამომწვევი მიზეზი სკორესებრი ქვა, ჭია ან, უფრო იშვიათად, რაიმე გარე სხეული იყოს.

7. ყოველი ხსენებული სხეული ნაწლავის ტრავმას იწვევს და უბოთავოე სად ეს უკანასკნელი ანთების განვითარებას ხელს უწყობს.
8. მეორადი ქრონიკული აპენდიციტი helmenthiasis-მა შეიძლება გამოიწვიოს.
9. ხშირად მეორადი აპენდიციტი კოლიტის შედეგია.
10. უკანასკნელ დროს შემჩნეული აპენდიციტის გახშირება შეიძლება კოლიტის გახშირებით გამოწვეული იყოს.
11. ფრიად სასურველია გამოკვლევა ჩვენში, ხომ არ იმყოფება დაავადებულ ჭიკაყელა ნაწლავის სანათურში ღიზენტერიის ამება, რომელიც მის ანთებას ხელს უწყობს.
12. პირველად კონსერვატიული ქრონიკული აპენდიციტის დროს, როგორც კურნების რადიკალური გზაა აპენტიქტომია აუცილებელია.
13. მეორადი ქრონიკული აპენდიციტის დროს, როდესაც ადგილობრივი ნიშნები სუსტად გამოსახულია, უპირველეს ყოვლისა ძირითადი სნეულების მკურნალობა გატარებული უნდა იყოს.
14. როდესაც, მიუხედავად ძირითადი სნეულების წამლობისა ზოგადი ნიშნები მაინც დაჯინებით გამოსახულია, ოპერაცია ნაჩვენებია.
15. მეორადი ქრონიკული აპენდიციტის ოპერაცია აუცილებელია, როდესაც სნეულების ადგილობრივი ნიშნები მძლავრად გამოსახულია.
16. ამგვარი ოპერაცია რადიკალურად ვერ ჩაითვლება და მის შემდეგ ძირითადი სნეულების თერაპიული წამლობა მაინც აუცილებელია.
17. მეორადი აპენდიციტი, როდესაც ჭიკაყელა ნაწლავი საგრძნობელ ანატომიურ ცვლილებას განიცდის აგრეთვე სახიფათოა, როგორც პირველადი აპენდიციტი.
18. კვებას, როგორც კოლიტზე, აგრეთვე აპენდიციტზე გავლენა აქვს.

გ. ლორთქიფანიძე.

კლინიკის ორდინატორი

მეტრეირიზი მენარეაში.

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან გამგე—პროფ.

ი. თიანაცხე).

ქირურგიის იმ მალალ წერტილამდე განვითარებამ, რომელსაც მან ამ ბოლო ხანებში მიაღწია დიდი გავლენა იქონია, გინეკოლოგიის განვითარებაზედაც, მაგრამ ოპერატიული მეთოდით დახმარების სურვილმა გადააჭარბა ქირურგიის და ოპერატიული გინეკოლოგიის საზღვრებს, შეიჭრა მეანობის ფარგლებშიც და სულ სხვა ელფერი მისცა მას—ოპერატიულმა მკურნალობამ მეანობა სწრაფი ნაბიჯით წასწია წინ და შედეგებიც ასეთი მკურნალობისა სასურველი და მიზანშეწონილი გამოდგენ. ამის გამო თანამედროვე მეანები ძალიან ხშირად მიმართავენ ხოლმე სხვადასხვა სისხლიან ოპერაციებს და ეს გარემოება კი სხვა დარგის სპეციალისტებში ეჭვსაც კი ბადებს მეანობაში სისხლიანი ოპერაციების ასეთ ხშირ საჭიროებაში და ხშირად გაისმის მათი შეკითხვა: შესაძლებელია თუ არა ასეთი სისწრაფით იზრდებოდეს დადებით ჩვენებათა რიცხვი სამედიცინო ოპერაციების წარმოებისათვის.

მეანობაში ოპერატიული მკურნალობის განვითარების პირველ დღეებიდანვე მეცნიერები ორ ჯგუფად გაიყვნენ, როდესაც ერთი ნაწილი მეცნიერებისა მომხრენი იყვნენ მეანობაში სისხლიანი ოპერაციების წარმოების მეორენი—უარსაჰყოფდნენ ასეთს მკურნალობას. ამჟამად კი დამტკიცებული და უდაოა მეანობაში ოპერატიული მკურნალობის საჭიროება და ბასრ დანას მეანობის ხელსაწყოთა შორის ერთი საპატიო ადგილი უკავია.

სხვა სამედიცინო ოპერაციებში შორის, ერთი თვალსაჩინო ადგილი უკავია იმ ოპერაციებს, რომლის საშუალებითაც მეანები იწვევენ საჭიროების და მიხედვით მუცლის მოწყვეტას ან ნაადრევად მშობიარობას. ამ ოპერაციებმა შედარებით სხვა სამედიცინო ოპერაციებთან გვიან მოიპოვეს პოპულიარობა პრაქტიკულ ასპარეზზედ. მათი ასეთი დაგვიანებითი შემოღება აიხსნება იმით, რომ ეს არ იყო რაიმე შემთხვევითი გარემოების მიერ წამოყენებული იდეა, არამედ ამ ოპერაციების საჭიროებაზედ და მის დადებით თუ უარყოფით მხარეებზედ მრავალი მეცნიერი ფიქრობდა ათეულ და ასეული წლების განმავლობაში. მის პრაქტიკულ მეანობაში გადმოტანას მრავალი ცდა და დაკვირვება მიუძღოდა წინ. ამ მიზნით ზედმი-

წევნით იყო შესწავლილი ქალის მენჯის და ნაყოფის თავის ზომები. შესწავლილი იქნა მშობიარობის მექანიზმი, ნაყოფის თავის კონფიგურაციის უნარი და ამავე მიზნით არა ნაკლებ ყურადღებას იბყრობდა ის საკითხი, თუ რამდენი კვირის ბავშვია სიცოცხლის უნარიანად ცნობილი, თუ ის რაიმე მიზეზის გამო გამოყვანილ უნდა იქნეს დედის მუცლიდან 10 სამთვარით თვის ადრე.

ნაადრევად მოსამშობიარებელ ოპერაციებს, როდესაც ის იქნა გამოქვეყნებული ყავდა როგორც მომხრენი მაგ: Rosner, Macaulay, C. Vensel, Litzman, Vyder, Leopold, Barnes, Ciles, Parve და სხვანი, აგრეთვე მოწინააღმდეგენიც მაგ: Winter, Osiander, Sängner, Kehrer, Pinar, Zweifel, Spigelman და სხვები (Spigelman-ი შემდეგში მიემხრო ნაადრევად მოსამშობიარებელ ოპერაციების მომხრეთა ჯგუფს). მეთოდები მუცლის მოსაშალ ან ნაადრევად მოსამშობიარებელ ოპერაციებისა მრავალია, მათ მე აქ არ შევხები—ვინაიდან ჩემი მიზანია განვიხილო მეტრეირიზის მნიშვნელობა მეანობაში, ე. ი. შევაფასო მეთოდი მეტრეირიზით მუცლის მოშლისა ან ნაადრევად მშობიარეობისა ჩვენი კლინიკის მასალების მიხედვით.

უნდა აღინიშნოს, რომ რაც მეანობაში მეტრეირიზი იქნა შემოღებული დიდი ხანი არ არის, სულ რაღაც 61 წელია მას შემდეგ, რაც საშოში მოთავსებული რეზინის ბალონი (კოლპეირინტერი) საშოდგან საშვილოსნოს შიგნითა ყელის იქით, საშვილოსნოს ღრუში შეიტანეს და კარგი შედეგიც მიიღეს. ამ მეთოდის მომხრეთ და დამცველად 1893 წ. ქ. ბრესლავეში მომხდარ მეანთა და გინეკოლოგთა კონგრესზედ გამოვიდა Dührssen-ი.

იდეა კი მეტრეირიზისა ეკუთვნის ვენის კლინიკის ასისტენტ Maduroviev-ს, რომელმაც 1864 წელს Placentu praevia totalis ერთს შემთხვევის დროს რეზინის ბალონი შეიტანა საშოში კი არა არამედ საშვილოსნოში და მიიღო კარგი შედეგი. ეს შემთხვევითი მეთოდი მალე დავიწყებას მიეცა და 20 წლის შემდეგ Schauta ურჩევდა მეანებს მის ხმარებას. მანვე ეს მეთოდი გამოაქვეყნა როგორც თავის მეთოდი სათაურით „ახალი მეთოდი საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებისა მშობიარობის დროს“.

ამ ჟამად მეტრეირიზის შესახებ მრავალი ლიტერატურული მასალა არის დაგროვილი და ის ავტორები, რომელნიც თვალყურს ადევნებენ მეტრეირიზის ხმარების შემდეგს მიღებულ შედეგებს და თვითონაც აქვთ საკმაო და მრავალი რიცხოვანი დაკვირვებებიც თითქმის ერთხმად აღიარებენ მის დადებითი მხარეების ჭარბობას უარყოფითი მხარეებზედ.

Phannenstiel-ის აზრით ექიმი კერძო პრაქტიკაში, როდესაც აუცილებელია მუცლის მოშლა ან ხელოვნურად ნაადრევი მშობიარეობის გამოწვევა, ყველაზედ უფრო ხშირად უნდა მიმართავდეს მეტრეირიზს, რასაკვირველია, ეს არ შეეხება ისეთს შემთხვევებს, როდესაც საჭიროა სწრაფად მშობიარეობის დამთავრება, მაგალითად, Eclampsia, Placenta praevia totalis და სხვა.

აღნიშნული ავტორი კერძო პრაქტიკაში აბდომინალური ან საშოს მხრივი საკეისრო გაკვეთის წინააღმდეგია და გვირჩევს ასეოი ოპერაციები ვაჭარმოდ კლინიკებსა და სათანადოდ მოწყობილს საავადმყოფოებში, სადაც საექიმო პერსონალი საკმარისია და ასეპტიკა და ანტისეპტიკაც სათანადო დონეზედ არის და-

ყენებული. სხვა შემთხვევაში კი საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება უნდა ხდებოდეს მეტრეირიზის საშუალებით.

Jung-იც იმ აზრისაა, რომ მეტრეირიზი, ერთად ერთი საუკეთესო საშუალებათაგანია, რომელსაც უნდა მიმართოს ექიმი, როდესაც მას სურს ორსულობის შეწყვეტა და ან ნაადრევი მშობიარების გამოწვევა. იმ შემთხვევაში კი როდესაც მშობიარის ინტერესი მოითხოვს მშობიარების სასწრაფოდ დასრულებას Jung-ი მოწხრეა სხვა საშოს მხრივი ან აბდომინალური საკეისრო გაკვეთისა, მაგრამ კლინიკის ან საავადმყოფოს პირობებში და თუ ასეთ დაწესებულებაში ავადმყოფის მოთავსება რაიმე მიზეზის გამო შეუძლებელია სხვა მეთოდთა შორის, მისივე აზრით ექიმი ვალდებულია ისევ მეტრეირიზს მასცეს უპირატესობა.

Rubeska—რომელიც პრაგის საბებიო ინსტიტუტში ხშირად ხმარობდა მეტრეირიზს, აღტაცებით აღნიშნავს, რომ „მეტრეირიზი ყველაზედ დიდი მიღწევა არის მეანობაში ამ ბოლო წლების განმავლობაში“. პროფესორ—Bar-ის დაკვირვებით პირველ მშობიარეთ, რომელთაც ტკივილები ჯერ არც კი აქვთ დაწყებული, დიდი ბალონის გამოძევა შეიძლება მკვლევართ 8—10 საათის განმავლობაში; იმ პირველ მშობიარეთ კი რომელთაც ტკივილები უკვე დაწყებული აქვს, დიდი ბალონი გამოუარდებათ ხოლმე 4 საათის განმავლობაში; მრავალ მშობიარეთ კი 2 საათის ან უფრო მცირე დროის განმავლობაში, ამავე ავტორის ცნობების მიხედვით მეტრეირიზის ხმარების დროს დედათა სიკვდილიანობა უდრის 1.75% ნაყოფისა კი 37.4%.

Kalefeldi-ის დასკვნათა მიხედვით მეტრეირიზის უარყოფითი მხარედ ის ჩაითვლება, რომ ამ მეთოდით გამოწვეულ მშობიარეობის დროს იღუპება დედების მხოლოდ 1 3/4%.

Ahlfeld-მა შეადარა Kaue-ს (ბუჟებით) და Tarnier-ის (მეტრეირიზით) მეთოდით გამოწვეულ ნაადრევ მშობიარობათა შედეგები და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ უფრო ხელსაყრელია ნაადრევად მშობიარობის გამოწვევა მეტრეირიზის საშუალებით ვიდრე სხვა რაიმე მეთოდით. მისი ცდის ობიექტს შეადგენდა 108 მშობიარე, რომელთაც მან ნაადრევი მშობიარეობა გამოიწვია მეტრეირიზის საშუალებით და არც ერთს შემთხვევაში ამ მშობიარეთა ლოგინობის ხანაში არავითარი გართულება არ დართვია. რაც შეეხება ნაყოფს—ამავე ავტორის სტატისტიკით ბუჟებით გამოწვეულ მშობიარობის დროს იღუპება 60.4% მეტრეირიზით მშობიარეობის დროს კი 44.8%.

ყველაზედ მეტი მასალა რომელიც მე შემხვდა აქვს მოყვანილი Zimmerman-ს, მას სხვების და თავის შემთხვევებთან ერთად შეუკრებია 645 შემთხვევა მეტრეირიზის მეანობაში ხმარებისა და მისი აზრით ხელოვნურად ორსულობის შეწყვეტაში მეტრეირიზს აქვს შემდეგი დადებითი მხარეები: I. სწრაფი და უეჭველი გახსნა საშვილოსნოს ყელისა და საშოს რბილი ნაწილებისა, რაც ამცირებს მშობიარეობის ხანას და II. ამ დროს დაცულია სანაყოფო ბუშტის მთლიანობა საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე. ე. ი. არსებობს ფიზიოლოგიური, ნორმალური პირობები მშობიარეობის ნორმალურად ჩასატარებლად,—ამავე დროს, თუ სანაყოფო ბუშტი ჩვენ მთელი შევინახეთ საშვილოსნოს ყელის სრულს გახსნამდე ჩვენ ინფექციის უფრო ნაკლებად უნდა გვეშინოდეს.

მეტრეირიზს აქვს, რასაკვირველია, უარყოფითი მხარეებიც, რომელზედაც ქვემოდ მოგახსენებთ, მაგრამ მის უდიდეს ღირებულებად ის უნდა ჩაითვალოს, რომ მისი ხმარება ძლიერ იოლია და კარგს შედეგებსაც იძლევა.

მეტრეირიზის უარყოფითი მხარეთ უნდა ჩაითვალოს: I. მისი საშვილოსნოს ღრუში შეტანის დროს საშვილოსნოში რაიმე ინფექციის შეტანა, II. ბალონი საშვილოსნოს ღრუში შეტანილი—სითხით სავსე შეიძლება გასკდეს და თუ სითხე არ არის გაუსნებოვანებული ამ დროს შეიძლება ინფექციამ იჩინოს თავი, III. შეიძლება ბალონის გახეთქის დროს თუ შიგ ჰაერი იყო ჩარჩენილი, ეს უკანასკნელი შევიდეს საშვილოსნოს ღრუში და გამოიწვიოს ჰაეროვანი ემბოლია, IV. ყელის გაგანიერების დროს ბალონის შესატანად შეიძლება ყელი გავხიოთ, V. შესაძლებელია მეტრეირინტერის ზედდაწოლით წინამდებარე ნაწილმა იცვალოს მდებარეობა, ამ დროს მოსალოდნელია ჭიპლარის გამოვარდნა, VI. შესაძლებელია ყელის გაგანიერების დროს სანაყოფო ბუშტის გახვევა და ნაადრევად წყლების დაღვრა და VII. მეტრეირიზი უფრო ძნელი შესატანია საშვილოსნოს ღრუში, ვიდრე ბუთი. როგორც ხედავთ მეტრეირიზის უარყოფითი მხარეები რიცხვით მრავალია, მაგრამ ჩემის აზრით, ასეპტიკის და ანტისეპტიკის სათანადო დაცვით, ტენზიკური მომზადებით და მოთმინებით მუშაობით ოპერატორს შეუძლია ყველა ზემოდ ჩამოთვლილ მოსალოდნელ გართულებათა თავიდან აცილება; მაგალითად ინფექცია, განა სხვა მეთოდის ან სხვა ოპერაციის დროს არ არის მოსალოდნელი, თუ ოპერაცია ასეპტიურად არ არის ნაწარმოები? ჰაეროვანი ემბოლია განა არ შეიძლება უბრალო საშვილოსნოს პკურების დროს მოხდეს? ჩვენ ვიცით, რომ ერთს დროს მუცლის მოსაშლელ მეთოდით ითვლებოდა საშვილოსნოს ყელში სითხის შეტანა და საშვილოსნოს ღრუს პკურება. ამ დროს მომხდარი ემბოლიები აღწერილია ლიტერატურაში. საშვილოსნოს ყელისა და სანაყოფო ბუშტის დაზიანების შესახებ უნდა ვსთქვა, რომ თუ ოპერატორი თანდათანობით, ხანდაზმით და სიფრთხილით აგანიერებს საშვილოსნოს ყელს და ამავდროს გაგანიერებელი ჩხირი (Hegar-ის) საშვილოსნოს შიგნითა ყელის შიგნით ღრმით არ შეაქვს, იშვიათად შეემთხვევა საშვილოსნოს ყელის ან სანაყოფო ბუშტის დაზიანებას. აქ მინდა აღვნიშნო Кочевецкий-ს მიერ მოსკოვის სამედიცინო კლინიკაში შეკრებილი 205 შემთხვევა მეტრეირიზით მუცლის გაცუდებისა და ნაადრევად მშობიარეობის გამოწვევისა, სადაც ამ რიცხვიდან მხოლოდ სამი მშობიარე გარდაცვლილა და ისიც ძნელი საფიქრალია, რომ მეტრეირიზს რაიმე კავშირი ქონაღეს სიკვდილის მიზეზთან. t^0 -ის მომატება ხანგრძლივი იშვიათი მოვლენაა. პირველადი t^0 არის აღნიშნული და ავტორის აზრით მიზეზი ამისა ყოფილა ის დაავადება, რა მიზეზის გამოც უკეთდებოდა მეტრეირიზი მუცლის გაცუდების ან ნაადრევად მშობიარეობის გამოსაწვევად.

როგორც ეტყობა Кочевецкий ძლიერ გაუტაცებია მის მიერ შეკრებილ მეტრეირიზის შემთხვევების კარგს შედეგებს და ამბობს: I. მეტრეირიზი საუკეთესო მიღწევა არის მეანობაში, II. მეტრეირიზი სრულიად უვნებელი საშუალება არის მშობიარესათვის და III. არც ერთს იარაღს ან მეთოდს (გარდა ოპერატიულისა) არ შეუძლია ისე სწრაფად და მოფრთხილებით გააგანიეროს საშვილოსნოს ყელი და დააჩქაროს მშობიარეობა როგორც მეტრეირიზმა.

მენობასა და გინეკოლოგიაში მეტრეირიზს ხმარობენ სხვა და სხვა შემთხვევებში, ჩვენს კლინიკაში კი მეტრეირიზს მივმართავთ ხოლმე როდესაც გვსურს: I. ნაადრევად მშობიარეობის გამოწვევა, II. თუ ქალს მუცელს უშლით და ორსულობა 3 თვეს აღემატება, III. თუ სამშობიარო ტკივილები სუსტია და ყელი გვიან და ნელ-ნელა იხსნება, IV. თუ მშობიარეს ტემპერატურამ აუწვია, V. თუ რაიმე საფრთხე მოელის დედას ან ნაყოფს და საჭიროება მოითხოვს ამ დროს შედარებით სასწრაფო მშობიარობას, VI. თუ არის მომყოლის სრული წინამდებარეობა და VII. თუ არის მომყოლის ნაწილობრივ წინამდებარეობა. ამ ორ უკანასკნელ შემთხვევებში ჩვენ სანაყოფო ბუშტსა ვხვებთ და მეტრეირინტერი შეგვაქვს სანაყოფო ბუშტის შიგნით. ასეთი მეთოდი კარგს შედეგს იძლევა, ვინაიდან მეტრეირიზი აწვება მომყოლის წინამდებარე ნაწილზედ, რომელიც ყელთან მდებარეობს და ამით ხელს უწყობს სისხლის დენის შეწყვეტას. გარდა ამისა საშვილოსნოს ყელი იხსნება და მშობიარეობა უფრო ჩქარა მიმდინარეობს. Éclampsia-ს დროს, მეტრეირიზს ჩვენი კლინიკა იშვიათად მიმართავს, ვინაიდან მთელი ჩვენი ყურადღება მიქცეულია ამ შემთხვევაში იმისაკენ, რომ რაც შეიძლება საშვილოსნოს ღრუ მალე იქნეს განთავისუფლებული ნაყოფისა და მომყოლისაგან და 3--4 საათი რომელიც დასჭირდება მეტრეირიზს საშვილოსნოს ყელის გასახსნელად შესაძლებელია საბედისწერო შეიქმნეს ავადმყოფისათვის.

აქ მინდა მოვიყვანო ერთი შემთხვევა მეტრეირიზის ხმარებისა, როდესაც ჩვენ საქმე გვქონდა ღროთული მშობიარობის დროს, ნორმალურ ადგილზედ მიმარებული ნაადრევად მოცილებულ მომყოლის შემთხვევასთან.

1924 წელს 28 სექტემბერს თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკაში მოვიდა მოქ. მ-ც სამშობიარო ტკივილებით. (ავადმყოფის ისტორია № 1255). მშობიარე: სომეხი, დიასახლისი, 20 წლის, უმუშევრის ცოლი, დაბადებული ქ. ყარში, სცხოვრობს თბილისში, პირველად არის ორსულად. ორსულობამდე იყო კარგად, არავითარი ავადმყოფობით ავად არ ყოფილა. პირველი თვიური მოსვლია 14 წლისას, მოსდიოდა ყოველ 4 კვირაზედ, 3—4 დღეს, უმტკივნელოდ, არ ასუსტებდა. უკანასკნელი თვიურისა და ნაყოფის ნძრევის თვე და რიცხვი არ ახსოვს.

მშობიარე საშუალო ტანის არის, ძვლის და კუნთოვანი სისტემა ნორმალურად განვითარებული. t⁰ კლინიკაში მოყვანის დროს 36, 2 C. მაჯა 84 წ-ში, მუცლის უდიდესი გარშემოწერილობა 99 cm. მუცლის კედლის, ძუძუების და სასქესო ორგანოების არანორმალობა არ ეჩნევა. მენჯის ზომები ნორმალური. საშვილოსნოს ფსკერი დგას მე-X თვის ორსულობის დონეზე. გარეგანი გასინჯვით წერილმან ნაწილები მარჯვნივ, გულის ცემა მარცხნით ჭიპის ქვემოთ 2 სანტიმეტრით, კარგად გარკვევით 150 წუთში. შინაგანი გასინჯვით, საშვილოსნოს ყელის გარეთა პირი გახსნილია ერთს თითზე, შიგნითა პირი კი სრულიად, სანაყოფო ბუშტი მრთელი, წყლები დაუღვრელი. საშვილოსნოს ყელის კიდებები გათხლებული, წინამდებარე ნაწილი თავი, შემოჭრილი მცირე მენჯში, ისრისებრი ნაკერი მარჯვენა ირიბ ზომაში, მცირე ყიფლიბანდი მარცხნით და ქვემოთ. 29 სექტემბერს 11 საათზედ დილით მშობიარეს სამშობიარო ოთახში სეირნობის

დროს უეცრად დაეღვარა წყლები და აუტყდა ძლიერი სისხლის დენა საშვილოსნოდან. ავადმყოფი ძლიერ დასუსტდა ბევრი სისხლის დაკარგვის გამო და ნაყოფის, გულისცემის რომლისაც მოსმენა გარკვევით ვისმენდით აქამდე, ეხლა უკვე შეუძლებელი გახდა აჩქარების გამო. დავრწმუნდით იმაში, რომ ჩვენ საქმე გვქონდა მომყოლის ნაადრევად მოცილების შემთხვევასთან და ეს უკანასკნელი საფრთხეს უქადიდა როგორც ნაყოფს, ისე მშობიარესაც. გადავწყვიტეთ ავადმყოფისათვის საკეისრო გაკვეთის გაკეთება. ამაზე ავადმყოფი არ დაგვთანხმდა. ამის შემდეგ მდგომარეობა თანდათან რთულდებოდა—სისხლი სდიოდა მშობიარეს და ჩვენ იძულებული ვიყავით რაიმე საშუალებისათვის მივგვემართა; რომ საშვილოსნოს ყელი ორს თითზედ მაინც გახსნილი ყოფილიყო მე მივმართავდი ნაყოფის ფეხზედ მობრუნებას, მაგრამ—საშვილოსნოს ყელი ერთ თითზე იყო გახსნილი, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ—ამისთვის მე მიზნად დავისახე სასწრაფოდ საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება რაიმე მეთოდით და სხვა მეთოდებთან შედარებით ამოვირჩიე მეტრეირიზი, რომლის შემწეობითაც შესაძლებელია უსისხლო, სწრაფი და მოფთხილებით საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება. 29 სექტემბერს 12 საათზედ საშვილოსნოს ღრუში, წინასწარ სათანადო მომზადების შემდეგ, შეტანილ იქნა მეტრეირინტერი, რომელშიაც ჩავასხი 400.0 გაუსნებოვანებული სითხე. მეტრეირიზერის ყელს მოვაბით სიმძიმე, რათა გაგვეძლიერებინა მექანიკური გალიზინება ყელის შედარებით სწრაფი გახსნის მიზნით. ამავე დღეს 12 ს. 30 წუთზედ, ე. ი. ნახევარი საათის შემდეგ მეტრეირინტერი გამოვარდა საშვილოსნოს ღრუდგან და ყელი კი გახსნილი იყო $2\frac{1}{2}$ თითზედ. ვინაიდან საშვილოსნოს ყელის გახსნა ნებას მაძლევდა, ჩემს მიერ ნაყოფი იქნა ფეხზედ მობრუნებული გარეგან შინაგანი მეთოდით, ჩამოვიტანეთ მარცხენა ფეხი მოვაბით სიმძიმე და დავტოვეთ ამ მდგომარეობაში. უნდა აღვნიშნო, რომ მეტრეირიზის საშვილოსნოში შეტანის შემდგომ სისხლის დენა შეწყდა; როდესაც მეტრეირინტერი საშვილოსნოდან გამოვარდა სისხლის დენამ კვლავ იჩინა თავი, მაგრამ მოვებრუნეთ თუარა ნაყოფი ფეხზედ და ჩამოვიტანეთ ფეხი, სისხლის დენაც მაშინვე შეწყდა. მეტრეირიზის ზეგავლენით პირველად და შემდეგ კი საშვილოსნო ყელში და საშოში მოთავსებული ფეხის გალიზინების ზეგავლენით, მშობიარეს ტკივილებმა უმატა და შეტევებიც გაუძლიერდა და 29 სექტემბერს 3 საათზე დღით, ე. ი. მეტრეირინტერის ჩადების 3 საათის შემდეგ ჯდომა დაიწყო შექრა, ყელი ამ დროს უკვე სრულიად იყო გახსნილი და ჩვენს მიერ ნაყოფი იქნა გამოყვანილი. დაბადებული ნაყოფი დედრობითი სქესისა, წონით 3,500 გრ. სიგრძით 49 სანტიმეტრი იყო ღრმა ასფიქსიაშიდ, რომელიც ჩემს მიერ იქნა მოსულიერებული Schultze-ს მეთოდით.

აქვე ვსარგებლობ შეხთხვევით და უღრმეს მადლობას უცხადებ კლინიკის ასისტენტ ექ. მ. ს. არჯავანიძეს რომელმაც ამ ოპერაციის წარმოება მომანდო მე.

როგორც ზემოდ მოგახსენეთ სრულიად ჩვენდა უნებლიედ, ისეთს შემთხვევაში, რომელიც იყო ჩვენი შემთხვევა და რომლის დროსაც ნაჩვენებია ბოქვენის ზემო ან საშოს მხრივი საკეისრო გაკვეთა მე მივმართე მეტრეირიზს და ნაყოფის ფეხზედ მობრუნებას და მივიღე კარგი შედეგი, როგორც დედის, ისე ნაყოფისათვის. ჩემი კარგი შედეგით მე არ მინდა ვსთქვა, რასაკვირველია, რომ ყო-

ველ იმ შემთხვევაშიდ, როდესაც არის ხოლმე ნაადრევად მომყოლის მოცულობის ნიადაგზედ ძლიერი სისხლის დენა ექიმებმა მიმართონ მეტრეირიზს და ნაყოფის ფეხზედ მობრუნებას, არა მე ეს შემთხვევა მომყავს აქ როგორც საინტერესო და იშვიათი შემთხვევა, სადაც საკეისრო გაკვეთის ნაცვლად მეტრეირიზმა და ფეხზედ ნაყოფის მობრუნებამ იხსნა ხიფათისაგან როგორც ნაყოფი ისე შშობი-არეც. ვიმეორებ რომ ეს შემთხვევა არის „ბედნიერი“ შემთხვევა, რომელიც მე-ანმა სოფლის მოუწყობელ პირობებში გაჭირვების დროს უნდა იქონიოს მხედ-ველობაში.

მას შემდეგ, რაც ამერიკელმა მეანებმა შემოიღეს წინამდებარე მომყოლის დროს საკეისრო გაკვეთა, Krönig-ი და Sellheim-იც მას მიემხრენ, ამან კი გერმანიის და საფრანგეთის მეანეთა და გინეკოლოგთა წრეში დიდი კამათი გამოიწვია, მაგრამ შედეგად მივიღეთ ის, რომ აღნიშნულ ქვეყნების მეანეთა და გინეკოლოგთა უმეტესობა დარჩა ისევ ძველი (მეტრეირიზის) მომხრეებად.

Thies-ს მოჰყავს 178 კლინიკისა და საავადმყოფოს ცნობები, სადაც მეტრეირიზით ნაადრევად შშობიარობის, თუ მშუცლის გაცუდების დროს დედათა სიკვდილიანობა 30% ვერც კი აღწევდა. აქედგან მას ის დასკვნა გამოყავს, რომ არავითარი უფლება არ აქვს ექიმს ეს მეთოდი შესცვალოს სხვა მეთოდზედ და ისიც საკეისრო გაკვეთაზედ. რაც შეეხება ნაყოფის სიკვდილიანობას Thies-ი ფიქრობს, რომ თუ ნაკლებად იქნება ხმარებული ნაყოფის ფეხზედ მოტრიალების ოპერაცია იმ შემთხვევაში ნაყოფთა სიკვდილიანობისა %—იც შემცირდება. ამ შეხედულობას ამართლებს მის მიერ შეკრებილი სტატისტიკური ცნობები, სადაც მარტო მეტრეირიზის ხმარების დროს ნაყოფთა სიკვდილიანობა დაეცა 18% მდე. Richter-მა გადაათვალიერა რა ყველა ის შემთხვევები დრეზდენის კლინიკისა, როდესაც მომყოლის წინამდებარეობის დროს იყო ნახმარი მეტრეირიზი და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ჯერ-ჯერობით მენობაში არ მოიპოვება წინამდებარე მომყოლის სამკურნალო-მეთოდი უკეთესი, ვიდრე მეთოდი Braxton-Hicks-ისა და მეტრეირიზის ხმარებისა.

Hannes-მა, რომელმაც მომყოლის წინამდებარეობის 119 შემთხვევაში მიმართა მეტრეირიზს, ცოცხალი ნაყოფი გამოიყვანა 57.5% შემთხვევაში და დედათა სიკვდილიანობა კი ამ მეთოდის ხმარების დროს არ აღემატებოდა 5%-ს.

პროფ. Pfannenstiel-ის სტატისტიკის მიხედვით საშოს ტამპონაციის და Braxton Hicks-ის მეთოდის ხმარების დროს წინამდებარე-მომყოლის შემთხვევებში დედათა სიკვდილიანობა უდრის 10%, ნაყოფისა კი 81% ამისათვის აღნიშნული ავტორი მოწინააღმდეგე იყო დასახელებული მეთოდებისა და ურჩევდა მეტრეირიზის ხმარებას წინამდებარე მომყოლის დროს.

საკეისრო გაკვეთის შესახებ Pfannenstiel-ი ამბობს რომ „ექიმი ხშირად შეხედება ისეთს დაბრკოლებებს, როდესაც ის უარს იტყვის ამ ოპერაციების წარმოებაზედ და დაბოლოს მე მწამს, რომ მომავალში მეანები წინამდებარე მომყოლის თერაპიას უფრო ფრთხილად მოეხერხებიან და ეცდებიან ასეთს შემთხვევებში უფრო ნაკლებად იქნეს წარმოებული სისხლ დამღვრელი ოპერაციები“ Zimmerman-ის აზრით მეტრეირიზის ხმარება წინამდებარე მომყოლის დროს მისაღებია, მხოლოდ ის ერთგვარ საშიშროებას ხედავს ნაყოფისათვის ში-



ნაგანი სისხლის დენის დროს. და ასეთს გართულებების დროს სასურველად სთვლის მეტრეირიზის გამოვარდნის შემდგომ ნაყოფის სწრაფ გამოყვანას.

ფრანგი მეანი Labusquière-გვირჩევს მეტრეირიზს მიემართოდ წინამდებარე მომყოლის დროს.

სისხლიანი ოპერაციების წარმოება ასეთს შემთხვევაში მას მიაჩნია შესაძლებლად მხოლოდ კლინიკასა და კარგად მოწყობილს საავადმყოფოებში — „და-ნარჩენს შემთხვევაში ექიმი ვალდებულია მეტრეირიზს მიმართოს“ — ამბობს აღნიშნული ავტორი.

Mouchotte 183 შემთხვევის დაკვირვების და შეფასების შემდეგ Boudelocque ს. კლინიკიდან, სცდილობს დაამტკიცოს, რომ კლასიკური ან ბოქვენს ზედა საკეისრო გაკვეთა სრულებითაც არ იძლევა უკეთეს შედეგებს ვიდრე Pinar-ის კონსერვატიული მეთოდი წინმდებარე მომყოლის წამლობისა; რომელიც გამოიხატება იმაში, რომ ავადმყოფი მოსვენებით გვიწევს და უკეთებთ 40° R. წყლით საშოს ჰკურებას და თვალყურს ვადევნებთ ავადმყოფის მაჯას, თუ ეს უკანასკნელი 100 მეტად აჩქარდა წუთში, მაშინ საშვილოსნოს ღრუში შეგვაქს მეტრეირიზი. ასეთი მეთოდით მკურნალობის დროს დედათა სიკვდილიანობა უდრის 2.18% -ს და ნაყოფთა სიკვდილიანობა კი 44.8% -ს.

ლენინგრადის სამშობიარო სახლებს თუ მივაქცევთ ყურადღებას აქაც, როდესაც წინამდებარე მომყოლის მკურნალობას აწარმოებდნენ მეტრეირიზის საშუალებით მაშინ ნაყოფთა სიკვდილიანობა უფრო მცირე იყო, ვიდრე სხვა მეთოდებით მკურნალობის დროს (Гусаков).

ყოველივე ზემოდ მოყვანილის შემდეგ მსურს ორიოდ სიტყვით შევეხო მას, თუ როგორ მოქმედობს საშვილოსნოს ღრუში შეტანილი მეტრეირინტერი. ზოგიერთ მეცნიერთა აზრით მეტრეირინტერი საშვილოსნოს შიგნითა ყელის შიგნით შეტანილი იწვევს საშვილოსნოს ღრუში წნევის მომატებას და ამაზედ არის დამოკიდებული საშვილოსნოს ხანდაზმითი შეკუმშვა, შეტევითი და მოვლითი ტიპივლები. ზოგნი კი ფიქრობენ, რომ მეტრეირინტერი საშვილოსნოს ღრუში შეტანილი თავისი ცერვიკალური ნაწილით აწვება საშვილოსნოს ყელს, აღიზიანებს იქ მოთავსებულ ნერვიულ განგლიებს და ამ უკანასკნელთა გაღებზიანების შედეგია სამშობიარო ტიპივლები, რასაც მოყვება საშვილოსნოს შეკუმშვა და საშვილოსნოს ყელის გახსნა, შემდეგ ყელის გახსნისა მივიღებთ ხოლმე ნაყოფის საშვილოსნოდგან გამოძევებას.

გაღიზიანებით აიხსნება აგრეთვე მეტრეირინტერის ყელზედ სიმძიმის მიბმა, როდესაც ჩვენ გვესაჭიროება საშვილოსნოს ყელის შედარებით სწრაფი გახსნა.

რაც შეეხება ბალონის საშვილოსნოს ღრუში შეტანის ტენიკას ის მარტივია, მაგრამ ამავე დროს სახიფათო: ვინაიდან უვიცი და სწრაფი გაგანიერების დროს მოსალოდნელია საშვილოსნოს ყელის დაზიანება; **გახევა** — აღსანიშნავია, რომ ასეთს შემთხვევაში უფრო ხშირად იხევა საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი, ვიდრე გარეთა. შეიძლება გაგანიერების დროს სანაყოფო ბუშტი გავხიოთ, ნაყოფის გარემო წყლები ამ შემთხვევაში ნაადრევად დაიღვრება და ეს რომ არა სასურველი მოვლენა არის ზემოთაც მოგახსენეთ.

მეთოდ. საშვილოსნოს ღრუში ბალონის შეტანისა მრავალგვარია, ბალონის საშვილოსნოში შესატანად სპეციალური მაშებიც კი იყო მოგონილი; მე მათ აღწერას აქ არ შეუდგები, მხოლოდ მოკლედ აღვწერ იმ მეთოდს, რომელსაც ჩვენი კლინიკა მიზანშეწონილად სთვლის და საჭიროების დროს მიმართავს ხოლმე. როდესაც ჩვენ გადავწყვეტთ, რომ ავთომყოფს ამა თუ იმ მიზეზის გამო გაუკეთოთ მეტრეირიზი, ისეთს შემოხვევაში, როდესაც ავთომყოფი ნამშობიარები არ არის, ან დიდხნის ნამშობიარებია და გვემინია საშვილოსნოს ყელის გახევის გაგანიერების დროს მისი სიმკვრივის გამო, ჩვენ ავადმყოფს საშოში უდებთ წინადლით ცამპონს რათა ცამპონმა გააღიზიანოს და გააბილოს საშვილოსნოს ყელი, რომ შემდეგში გაგანიერების დროს უფრო ნაკლები შიში გექონდეს ყელის გახევისა. აღნიშნული მომზადების შემდეგ ავადმყოფი აგვყავს საოპერაციო მაგიდაზედ, გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებს ენერგიულად ვბანთ საპნით, შემდეგ სულემის ხსნარით გამოვრეცხთ. ამის შემდეგ საშოში შეტანილ სარკეების შემწეობით გამოვჩინებთ საშვილოსნოს ყელს, რომლის ზემოთა ჩარგზედ დავადებთ ორკაპა ტყვიის მაშას და ქვევით ჩამოვწევთ. ამ დროს ჩვენ საშვილოსნოს ყელს და თალებს ვასუფთავებთ სპირტის და იოდის ხსნარის წასმით, შემდეგ კი ზონდის საშუალებით ვგებულობთ საშვილოსნოს სიდიდესა და მის მდებარეობას, როდესაც სიდიდე და მდებარეობა გამოკვლეული გვაქვს, საშვილოსნოს ყელს ვაგანიერებთ Hegar-ის ჩხირებით. ვაგანიერებას ვიწყებთ Hegar-ის № 1-დგან და ავდივართ № 20—22-მდე (ვაგანიერებას ვაწარმოებთ, სიფრთხილით და ხანდაზმით). როდესაც საშვილოსნოს ყელი ვაგანიერებული გვაქვს სასურველ ღონემდე, რეზინის ბალონს, რომელიც წინასწარ გაუსნებოვანებული გვაქვს, შევხებვით მაგრად და ისე შევიტანთ საშვილოსნოს ღრუში; საშვილოსნოს ღრუში შეტანილ ბალონში დიდი შპრიცის საშუალებით ვასხამდ გაუსნებოვანებულ სითხეს მანამდე, სანამ სითხის ოდენობა თითქმის არ უახლოვდება ბალონის ჩამტეობას (ბალონის ჩამტეობა ჩვენ წინასწარ გვაქვს შესწავლილი). შემდეგ ბალონის ყელს მაგრად ვადავსკვნით, რომ სითხე ბალონში მოთავსებული არ დაიღვაროს, ვაკეთებთ საშოს ტამპონაციას და ავადმყოფი გადავყავს საწოლზედ, ვაწვენთ გულაღმა და მეტრეირინტერის ყელს ვაბამთ მარლის ბანდის საშუალებით რაიმე სიმძიმეს, რომელიც ვადასწვდება საწოლის ფერხითი კიდეს, ვადავილის იქ სპეციალურად ამისათვის მოწყობილ ჭაღზედ და დადაეშვება ძირს იატაკისაკენ (სიმძიმე უდრის დაახლოვებით 1—2 კილოს) სიმძიმე, რასაკვირველია, იატაკს არ უნდა ეხებოდეს, მას უნდა ქონდეს თავისი სიმძიმის შემწეობით თანდათან ქვევით ჩამოიწიოს მანამდე—სანამ ბალონი (მეტრეირინტერი) საშვილოსნოს ღრუდან არ გამოვარდება. ასეთს მდგომარეობაში ავადმყოფს ვსტოვებთ და თვალყურს ვადევნებთ, თუ როდის დაეწყება მუცლის ტკივილი, შეტევით, მოვლითი ხასიათისა.

ამავე დროს ჩვენ ვაინტერესებს ავადმყოფის t°, მაჯა, გულის ცემა, გუნებ-განწყობილება და იმის და მიხედვით თუ რა გართულება დაერთობა ავადმყოფს ვღებულობთ შესაფერ ზომებს. აღსანიშნავია, რომ უმთავრეს შემთხვევაში არავითარი გართულება არ მოყვება მეტრეირინტერის საშვილოსნოში შეტანას, გარდა იმისა რომ ძლიერ იშვიათს შემთხვევაში აიწვევს ხოლმე t° მეტრეირინტერის

მეთოდს საშვილოსნოს ღრუში ბალონის შეტანისა მრავალგვარია, ბალონის საშვილოსნოში შესატანად სპეციალური მაშებიც კი იყო მოგონილი; მე მათ აღწერას აქ არ შეუდგები, მხოლოდ მოკლედ აღვწერ იმ მეთოდს, რომელსაც ჩვენი კლინიკა მიზანშეწონილად სთვლის და საჭიროების დროს მიმართავს ხოლმე. როდესაც ჩვენ გადავწყვეტთ, რომ ავადმყოფს ამა თუ იმ მიზეზის გამო გაუკეთოთ მეტრეირიზი, ისეთს შემოხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ნამშობიარები არ არის, ან დიდიხნის ნამშობიარებია და გვეზინია საშვილოსნოს ყელის გახვევის გაგანიერების დროს მისი სიმკვრივის გამო, ჩვენ ავადმყოფს საშოში უდებთ წინაღობით ცამპონს რათა ცამპონმა გააღიზიანოს და ვაარბილოს საშვილოსნოს ყელი, რომ შემდეგში გაგანიერების დროს უფრო ნაკლები შიში გვექონდეს ყელის გახვევისა. აღნიშნული მომზადების შემდეგ ავადმყოფი აგვყავს საოპერაციო მაგიდაზედ, გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებს ენერგიულად ვბანთ საპნით, შემდეგ სულემის ხსნარით გამოვრეცხთ. ამის შემდეგ საშოში შეტანილ სარკეების შემწვობით გამოვაჩნთ საშვილოსნოს ყელს, რომლის ზემოთა ჩარგზედ დავადებთ ორკაპა ტყვიის მასას და ქვევით ჩამოვწევთ. ამ დროს ჩვენ საშვილოსნოს ყელს და თალებს ვასუფთავებთ სპირტის და იოდის ხსნარის წასმით, შემდეგ კი ზონდის საშუალებით ვგებულობთ საშვილოსნოს სიდიდესა და მის მდებარეობას, როდესაც სიდიდე და მდებარეობა გამოკვლეული გვაქვს, საშვილოსნოს ყელს ვაგანიერებთ Hegar-ის ჩხირებით. ვაგანიერებას ვიწყებთ Hegar-ის № 1-დგან და ავდივართ № 20—22-მდე (ვაგანიერებას ვაწარმოებთ, სიფრთხილით და ხანდახან მით). როდესაც საშვილოსნოს ყელი ვაგანიერებული გვაქვს სასურველ დონემდე, რეზინის ბალონს, რომელიც წინასწარ გაუსნებოვანებული გვაქვს, შევხვავთ მაგრად და ისე შევიტანთ საშვილოსნოს ღრუში; საშვილოსნოს ღრუში შეტანილ ბალონში დიდი შპრიცის საშუალებით ვასხამდ ვაუსნებოვანებულ სითხეს მანამდე, სანამ სითხის ოდენობა თითქმის არ უახლოვდება ბალონის ჩამტეობას (ბალონის ჩამტეობა ჩვენ წინასწარ გვაქვს შესწავლილი). შემდეგ ბალონის ყელს მაგრად ვადავსკვნით, რომ სითხე ბალონში მოთავსებული არ დაიღვაროს, ვაკეთებთ საშოს ტამპონაციას და ავადმყოფი გადაგვყავს საწოლზედ, ვაწვენთ გულ-აღმა და მეტრეირინტერის ყელს ვაბამთ მარლის ბანდის საშულუბით რაიმე სიმძიმეს, რომელიც ვადასწვდება საწოლის ფერხითი კიდეს, ვადაივლის იქ სპეციალურად ამისათვის მოწყობილ ქაღზედ და დადაეშვება ძირს იატაკისაკენ (სიმძიმე უდრის დაახლოვებით 1—2 კილოს) სიმძიმე, რასაკვირველია, იატაკს არ უნდა ეხებოდეს, მას უნდა ქონდეს თავისი სიმძიმის შემწვობით თანდათან ქვევით ჩამოიწიოს მანამდე—სანამ ბალონი (მეტრეირინტერი) საშვილოსნოს ღრუდან არ გამოვარდება. ასეთს მდგომარეობაში ავადმყოფს ვსტოვებთ და თვალყურს ვადევნებთ, თუ როდის დაეწყება მუცლის ტკივილი, შეტევით, მოვლითი ხასიათისა.

ამავე დროს ჩვენ ვაინტერესებს ავადმყოფის t^0 , მაჯა, გულის ცემა, გუნებ-განწყობილება და იმის და მიხედვით თუ რა გართულება დაერთობა ავადმყოფს ვღებულობთ შესაფერ ზომებს. აღსანიშნავია, რომ უმთავრეს შემთხვევაში არავითარი გართულება არ მოყვება მეტრეირინტერის საშვილოსნოში შეტანას, გარდა იმისა რომ ძლიერ იშვიათს შემთხვევაში აიწვეს ხოლმე t^0 მეტრეირინტერის

მეთოდს საშვილოსნოს ღრუში ბალონის შეტანისა მრავალგვარია, ბალონის საშვილოსნოში შესატანად სპეციალური მაშებიც კი იყო მოგონილი; მე მათ აღწერას აქ არ შეუდგები, მხოლოდ მოკლედ აღვწერ იმ მეთოდს, რომელსაც ჩვენი კლინიკა მიზანშეწონილად სთვლის და საქიროების დროს მიმართავს ხოლმე. როდესაც ჩვენ გადავწყვეტთ, რომ ავადმყოფს ამა თუ იმ მიზეზის გამო გაუკეთოთ მეტრეირიზი, ისეთს შემოხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ნამშობიარები არ არის, ან დიდიხნის ნამშობიარებია და გვეზინია საშვილოსნოს ყელის გახევის გაგანიერების დროს მისი სიმკვრივის გამო, ჩვენ ავადმყოფს საშოში უდებთ წინაღლით ცამპონს რათა ცამპონმა გააღიზიანოს და ვაარბილოს საშვილოსნოს ყელი, რომ შემდეგში გაგანიერების დროს უფრო ნაკლები შიში გვექონდეს ყელის გახევისა. აღნიშნული მომზადების შემდეგ ავადმყოფი აგვყავს საოპერაციო მაგიდაზედ, გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოებს ენერგიულად ვბანთ საპნით, შემდეგ სულემის ხსნარით გამოვრეცხთ. ამის შემდეგ საშოში შეტანილ სარკეების შემწეობით გამოვაჩნთ საშვილოსნოს ყელს, რომლის ზემოთა ჩარგზედ დავადებთ ორკაპა ტყვიის მასას და ქვევით ჩამოვწევთ. ამ დროს ჩვენ საშვილოსნოს ყელს და თალებს ვასუფთავებთ სპირტის და იოდის ხსნარის წასმით, შემდეგ კი ზონდის საშუალებით ვგებულობთ საშვილოსნოს სიდიდესა და მის მდებარეობას, როდესაც სიდიდე და მდებარეობა გამოკვლეული გვაქვს, საშვილოსნოს ყელს ვაგანიერებთ Hegar-ის ჩხირებით. ვაგანიერებას ვიწყებთ Hegar-ის № 1-დგან და ავდივართ № 20—22-მდე (ვაგანიერებას ვაწარმოებთ, სიფრთხილით და ხანდახან მით). როდესაც საშვილოსნოს ყელი ვაგანიერებული გვაქვს სასურველ დონემდე, რეზინის ბალონს, რომელიც წინასწარ გაუსნებოვანებული გვაქვს, შევხვავთ მაგრად და ისე შევიტანთ საშვილოსნოს ღრუში; საშვილოსნოს ღრუში შეტანილ ბალონში დიდი შპრიცის საშუალებით ვასხამდ ვაუსნებოვანებულ სითხეს მანამდე, სანამ სითხის ოდენობა თითქმის არ უახლოვდება ბალონის ჩამტეობას (ბალონის ჩამტეობა ჩვენ წინასწარ გვაქვს შესწავლილი). შემდეგ ბალონის ყელს მაგრად ვადავსკვნით, რომ სითხე ბალონში მოთავსებული არ დაიღვაროს, ვაკეთებთ საშოს ტამპონაციას და ავადმყოფი გადაგვყავს საწოლზედ, ვაწვენთ გულ-აღმა და მეტრეირინტერის ყელს ვაბამთ მარლის ბანდის საშულუბით რაიმე სიმძიმეს, რომელიც ვადასწვდება საწოლის ფერხითი კიდეს, ვადაივლის იქ სპეციალურად ამისათვის მოწყობილ ქაღზედ და დადაეშვება ძირს იატაკისაკენ (სიმძიმე უდრის დაახლოვებით 1—2 კილოს) სიმძიმე, რასაკვირველია, იატაკს არ უნდა ეხებოდეს, მას უნდა ქონდეს თავისი სიმძიმის შემწეობით თანდათან ქვევით ჩამოიწიოს მანამდე—სანამ ბალონი (მეტრეირინტერი) საშვილოსნოს ღრუდან არ გამოვარდება. ასეთს მდგომარეობაში ავადმყოფს ვსტოვებთ და თვალყურს ვადევნებთ, თუ როდის დაეწყება მუცლის ტკივილი, შეტევით, მოვლითი ხასიათისა.

ამავე დროს ჩვენ ვაინტერესებს ავადმყოფის t^0 , მაჯა, გულის ცემა, გუნებ-განწყობილება და იმის და მიხედვით თუ რა გართულება დაერთობა ავადმყოფს ვღებულობთ შესაფერ ზომებს. აღსანიშნავია, რომ უმთავრეს შემთხვევაში არავითარი გართულება არ მოყვება მეტრეირინტერის საშვილოსნოში შეტანას, გარდა იმისა რომ ძლიერ იშვიათს შემთხვევაში აიწვეს ხოლმე t^0 მეტრეირინტერის



საშვილოსნოს ღრუში შეტანის რამოდენიმე საათის შემდეგ. რაც დამოკიდებული უნდა იყოს საშვილოსნოდან გამონადენი სერიოზული სითხის შეწრუდვაზე, ვინაიდან ამ სითხეს ბალონის საშვილოსნოს ყელში არსებობის გამო არ აქვს ნორმალური გზა მდინარეობისათვის და ამის გამო ხდება მათი საშვილოსნოს ქვემო სემეტში დაგროვება და შექრუტვა.

ასეთს შემთხვევაში და მით უმეტეს, თუ თქვენ ეჭვი გაქვთ რაიმე ინფექციასზედ მეტრეირინტერი უნდა გამოიღოთ საშვილოსნოდან და t⁰-ც თუ ის სექტიური არ არის დაეცემა და შემდეგში აღარ აიწვეს. ჩვენს კლინიკაში მიღებული გვაქვს მეტრეირინი საშვილოსნოს ღრუში 12 საათის მეტი არ დაეტოვოდ თუნდაც t⁰ ნორმალური იყოს და თუ t⁰-მა აიწია მაშინ ბალონი გამოგვაქვს 8 საათის შემდეგ ან უფრო ადრე.

ზემოდ ნათქვამის შემდეგ მე განვიხილავ ჩვენი კლინიკის იმ შემთხვევებს, სადაც მეტრეირინისათვის მიგვიმართავს და აღნიშნავ მის დადებით და უარყოფით შედეგებს.

სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეანო კლინიკაში 1920 წლიდან 1925 წლის 20 მაისამდე მეტრეირინი ყოფილა სულ 53 შემთხვევაში ხმარებული.

მეტრეირინი გვიხმარია ნაადრევად მშობიარეობის გამოსაწვევად სხვადასხვა ჩვენების გამო 12 შემთხვევაში.

ერთხელ კი დროულ მშობიარეობის დროს შეჩერებულ ტკივილების აღსაძვრელად. მუცლის გაცუდების მიზნით მეტრეირინისათვის მიგვიმართავს 40 შემთხვევაში; ჩვენების დამიხედვით ეს შემთხვევები ნაწილდებიან შემდეგნაირად:

1. Placenta praevia	8 შემთხ.
2. Abortus incompletus	8 „
3. Eclampsia	6 „
4. T. B. C. Pulm.	5 „
5. Nephritis acut	4 „
6. Hyperemesis Gravidar	2 „
7. გულის მანკი	4 „
8. სოციალური ჩვენება	3 „

ს უ ლ 40 შემთხვევა.

ერთს შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი შემოვიდა კლინიკაში ქონდა ძლიერი სისხლცხდენა, იყო 5 თვის ორსული და აღნიშნავდა, რომ მას ეს სისხლის დენა აუტყდა სრულიად უმიზეზოდ Mirion-ის შეშხაპუნების შემდეგ. აღნიშნულ პრეპარატს ავადმყოფი ღებულობდა ჯირკვლების ტუბერკულოზის წინააღდეგ, რომლითაც ის იყო შეპყრობილი.

მეორე შემთხვევაში ნეფრიტთან ერთად ავადმყოფს ქონდა მალარიის შეტევებიც.

მეტრეირინტერი შეტანილი საშვილოსნოს ღრუში მისი ყელის გასაგანიერებლად—თავისით გამოვარდნილა საშვილოსნოს ღრუდან 57%-ში, ჩვენ გამოვვიღია t⁰ პომატების ან რაიმე სასწრაფო მიზეზის გამო 43% შემთხვევაში

მეტრეირინტერის გამოვარდნის თუ გამოღების შემდეგ საშვილოსნოს ყელი გახსნილი აღმოჩნდა:

1. ორნახევარ თითზედ 12 შემთხვევაში.
2. სამ თითზედ 10 " "
3. სამნახევარ თითზედ 14 " "
4. ოთხ თითზედ 9 " "
5. სრული გახსნით 8 " "

ის დრო, რაც მეტრეირინტერი ყოფილა საშვილოსნოს ღრუში დატოვებული შუათანა რიცხვი უდრის 6 ს. 45 წუთს. (განმეორებით აღვნიშნავ, რომ ჩვენ 12 საათზედ მეტს არა ვსტოვებთ მეტრეირინტერს საშვილოსნოში და ხშირად სხვადასხვა მოსაზრებით თუ სხვადასხვა მიზეზების გამო 8 საათზედ გამოგვიქონდა ხოლმე).

სანაყოფო ბუშტი ხელოვნურად გავვიხვევია მეტრეირინტერის გამოვარდნისა თუ გამოღების შემდეგ 35 შემთხვევაში და შემდეგ გვიწარმოებია ნაყოფის ფეხზედ მობრუნება 33 ჯერ, ორჯერ კი ნაყოფი მოუბრუნებლად კორნცანგით გამოგვიღია. ორს შემთხვევაში სანაყოფო ბუშტი საშვილოსნოს ყელის გაგანიერების დროს უნებურად გავხვევია Hegar-ის ჩხირით. 16 შემთხვევაში სანაყოფო ბუშტი თავისით გამსკდარა და ამას მოყოლია ბუნებრივი ძალებით ნაყოფის გამოძევება.

ყველა 33 შემთხვევიდან ცოცხალი ნაყოფი დაბადებულა 14 ე. ი. 26.4%, აქედან გარდაცვლილა 5 ე. ი. 35.7%, 9 კი ე. ი. 64.2% ცოცხალი გაუყვანიათ კლინიკიდან, მათ შორის 4 ე. ი. 44.4% დროული, 5 კი ე. ი. 55.5% დღენაკლული.

მკვდარი დაბადებულა 39 ე. ი. 73.2%, ნაყოფისათვის ფეხზედ მობრუნების შემდეგ მომდევნო თავის პერფორაცია გავვიკეთებია, 33 ნაყოფისათვის ე. ი. 84.3%, 4 კორნცანგით გამოგვიტანია, ერთისათვის მაშები დაგვიდებს, ერთ შემთხვევაში კი გვიწარმოებია წინამდებარე თავის პერფორაცია.

ავიდმყოფები ამ ოპერაციის შემდეგ იწვევენ კლინიკაში საერთოდ 9, 4 დღეს; ამ ხნის განმავლობაში უმაღლესი საშუალო t° უდრიდა 36.1 °C. უნდა აღვნიშნო, რომ 9, 4 დღეს საავადმყოფოში დარჩენა ამ ოპერაციის შემდეგ ძალიან დიდ დროთ უნდა ჩაითავლოს, მაგრამ ჩვენს შემთხვევაში ეს აიხსნება იმ გარემოებით, რომ საერთო დროის ჯამი გაადიდა ერთმა ეკლამპსიით დაავადებულმა, რომელიც კლინიკაში იწვა 17 დღე.

მეორე შემთხვევა კიდევ ეკლამპსიიანი, რომელსაც დაერთო, როგორც გართულება—ფრიქოზი. ამ ავადმყოფის სპეციალურ სამკურნალოში მოთავსება მოვახერხე მხოლოდ 28 დღის შემდეგ მისი კლინიკაში მოყვანისა.

მესამე შემთხვევა კი ეხება ფილტვების ტუბერკულოზით შეპყრობილ ქალს, რომელიც თავს ძლიერ ცუდათ გრძნობდა, პროცესი სწრაფად ვითარდებოდა და თერაპევტების რჩევით მე-12 დღეს იქნა გადაყვანილი სხვა საავადმყოფოში.

ანამნეზიდან სჩანს, რომ ავადმყოფს სახლში მაღალი t° (38.1°C.) ქონია და კლინიკაში მოსვლის რამოდენიმე დღით ადრე პირიდან სისხლი ამოუღებინებია. აქვე ხაზგასმით მინდა აღვნიშნო, რომ ჩვენს 33 შემთხვევაში, როდესაც ხმარე-

ბული იყო მეტრეირიზი არ მოგვეკლოა არც ერთი მშობიარე და მათ არც ოპერაციის დროს და არც ოპერაციის შემდეგ არავითარი თვალსაჩინო გართულება არ დაჰყოლიათ.

ხემოდ მოყვანილ ჩვენი მასალების გადათვალეირების და შეფასების შემდეგ, ჩემს თავს ნებას ვაძლევ გამოვიტანო შემდეგი დასკვნები მეტრეირიზის მნიშვნელობის შესახებ მევანობაში:

I. ჩვენი მასალის მიხედვით მეტრეირიზის ხმარების დროს დედათა სიკვდილიანობა უდრის 0, %⁰, ნაყოფისა კი 35.70%.

II. მეტრეირიზი ერთ უძვირფასესთაგანია სამეანო ოპერაციათა შორის, — რომელსაც უნდა მიმართავდეს პრაქტიკი ექიმი, თუ მას სურს მოფრთხილებით, უვნებლათ და შედარებით სწრაფად საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება.

III. საშვილოსნოს ყელის გასაგანიერებელი ბალონი პრაქტიკ ექიმს მუდამ თან უნდა ქონდეს სხვა სამეანო იარაღებთან ერთად, როგორც უსაჭიროესი ხელსაწყო ყოველდღიურს პრაქტიკაში.

IV. მეტრეირიზის საშუალებით საშვილოსნოს ყელის გაგანიერება ძლიერ უახლოვდება ფიზიოლოგიურს და თუ ეს ოპერაცია არის სასურველად წარმოებული სრულიად უსაშიშროა დედისათვის.

V. მეტრეირიზი უნდა იხმარებოდეს ყველა იმ შემთხვევებში, როდესაც საჭიროა რაიმე მიზეზის გამო მუცლის გაცუდება 3 თვეზედ გვიან ან საჭიროა ნაადრევი მშობიარეობის გამოწვევა და კიდევ იმ შემთხვევებში როდესაც საჭიროა საშვილოსნოს ყელის შედარებით სწრაფი გახსნა.

VI. მეტრეირინტერმა საშვილოსნოს ღრუში შეტანილმა, ჭიპლარის წინამდებარეობის დროს შეიძლება ეს უკანასკნელი ააცილოს მენჯის ძვალოვან ნაწილზედ მიჰყლეთას და ამით ნაყოფიც გადაარჩინოს დაღუპვას.

VII. მომყოლის სრული წინამდებარეობის დროს, როდესაც ძლიერი სისხლის დენა არის, მეტრეირიზის ხმარებას უნდა უფრთხილდეთ ვიდრე სხვა შემთხვევებში. დასასრულ უღრმეს მადლობას ვსწირავ ძვირფას მასწავლებელ პროფესორ ი. ე. თიკანაძეს, რომელმაც არამც თუ ნება დამართო კლინიკის მასალებით მესარგებლა, არამედ უშუალო ხელმძღვანელობასაც კი მიწვედა მის დამუშავებაში.

ლიტერატურა:

1. Проф. В. В. Строганов.—„Сборник акушерских задач“ за 1914 г.
2. М. П. Рогов.—„Метрейриз в акушерстве“ за 1914 г.
3. И. Брудняк—„к вопросу о применении кольпейриза при лечении выворота матки“ Дисерт. 1895 г.
4. А. А. Новицкий—„Способы родоразрешения при узком тазе“ Дис. 1892 г.
5. С. Х. Фихтнер. „К вопросу о терапии родов при узком тазе.“ Дис. 1910 г.

6. Е. Д. Подгорецкий. „hysterotomia vaginalis“ Дис. 1912 г.
 7. Н. И. Побединский „Материалы к учению о предлежании детского места“ Дисер. 1894 г.
 8. Н. А. Дмитровский. „Механическое расширение матки на трупах“. Экспериментальное исследование Дис. 1895 г.
 9. М. Hofmeier: Die Künstliche Unterechung der Schwangerschaft 1925 г.
 10. В. В. Строганов. „О Метрейризе“ Жур. Акушерства и Женских болезней за 1902 г.
 11. В. Кочевецкий „О Метрейризе“ Журнал Акушерства и Женских болезней за 1905 г.
 12. С. В. Цехановский. „Метериалы кстатистике искусственных преждевременных родов“ Жур. Акушер. и Женских болезней за 1894 г.
 13. Н. И. Побединский. „Искусственное расширение маточного зева“ Журн. Акушерс. и Женских болезней за 1894 г.
-

ზრ. სუციზვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

აპენდიციტების შემთხვევები კლინიკის მასალის მიხედ- ვით.¹⁾

(ტფილისის უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან
გამგე პროფ. გ. მუხაძე.

1919—25 წლ. კლინიკაში გაუვლია 6708 ქირურგიულ ავადმყოფს, ამათში აპენდიციტით ყოფილა ავად 322, რაც შეადგენს მთელი რაოდენობის 4,9%.

აპენდიციტების შედარებით მცირე % ჩვენს მასალაში აიხსნება იმით, რომ ჩვენს კლინიკის ავადმყოფთა კონტინგენტს შეადგენს უმთავრესად პროვინციებიდან ჩამოსულნი (უფრო მეტი სოფლებიდან), ხოლო უკანასკნელთა შორის აპენდიციტი შედარებით იშვიათი მოვლენაა. ეს გარემოება ჩვენის აზრით უნდა აიხსნას იმით, რომ სოფლელი ექიმს საერთოდ ძლიერ იშვიათად მიმართავს ხოლმე, მეტადრე ისეთ ავადმყოფობის გამო, როგორც არის აპენდიციტი, რომელიც თუ ქრონიკულ მდგომარეობაში გადავიდა უმეტეს შემთხვევაში არც თუ ისე ძლიერ აწუხებს ავადმყოფს. სოფლელი ექიმს უფრო ხშირად მიმართავს, როდესაც ავადმყოფობა თავისი გართულებით მას საშიშ მდგომარეობაში ჩააყენებს.

მისაღებია მხედველობაში ის გარემოებაც, რომ პროვინციაში მყოფი დოსტაქრები თვითონ აწარმოებენ ოპერაციებს ხსენებულ დაავადების გამო და ჩვენთან აგზავნიან მეტ წილად ისეთ ქირურგიულ შემთხვევებს, რომელთა გატარება სხვადასხვა მიზეზების გამო ადგილობრივ ძნელია.

ამ მხრივ მნიშვნელოვანია აგრეთვე სოფლის კვებაც. თუ გავითვალისწინებთ უკანასკნელ ხანებში წამოყენებულ ე. წ. ალიმენტარულ თეორიას, უნდა ვიფიქროთ, რომ სოფლელეგ შორის საერთოდ, აპენდიციტი შედარებით იშვიათი მოვლენა უნდა იყოს, რადგან ისინი უმთავრესად ნახშირწყლოვან ნივთიერებით იკვებებიან.

ყოველ შემთხვევაში აპენდიციტით დაავადებული სოფლელი ჩვენს მასალაში ძლიერ მცირეა, 322 აპენდიციტის შემთხვევიდან სოფლელი მხოლოდ 28, ე. ი. 8,6% თუ გავიხსენებთ, რომ სოფლელეები ჩვენ ავადმყოფთა საერთო რიცხვის დიდ რაოდენობას შეადგენენ და ჯანმრთელობის სახალხო კომისრის განკარგულებისამებრ მათ პირველ რიგშიც ვიღებთ საავადმყოფოში, მაშინ ზემოდმოყვანილ ციფრებს შორის განსხვავება უფრო თვალსაჩინო იქნება.

¹⁾ მოხსენდა ქირურგთა კონფერენციის სხდომაზე ა/წ. 15 აპრილს.

წლების მიხედვით ჩვენი აპენდიციტების შემთხვევები ნაწილდება შემდეგნაირად:

1919	1920	1921	1922	1923	1924
13	41	39	57	92	80

მოყვანილი ცხრილი ნათლად გვიჩვენებს აპენდიციტების რიცხვის თანდათანობით ზრდას, რომელიც უფრო დიდია 1922, 23 და 24 წლ., მიუხედავად იმისა, რო ალნიშნულ წლებში ტფილისში დაარსდა კიდევ სხვა ახალი ქირურგიული დაწესებულებანი.

წლოვანობის მიხედვით ჩვენი შემთხვევები ნაწილდება:

1—10 წ.	11—20 წ.	21—30 წ.	31—40 წ.	41—50 წ.	51—60 წ.
7	78	147	65	18	7

ვინაიდან ჩვენი კლინიკა ემსახურება მხოლოდ მოზრდილთ, ამიტომ ბავშვებს იშვიათად ვხვდებით. ზემოდ მოხსენებული 7 შემთხვევა (1—10 წლ.) არის შემთხვევითი და არ შეიძლება ჩაითვალოს იმის მაჩვენებლად, თუ რამდენად ხშირად ვხვდება აპენდიციტი ალნიშნულ წლებში. ავადმყოფთა ყველაზე დიდი რაოდენობა მოდის 21—30 წლ., რაც სავსებით ესაბამება ყველა დღემდე არსებულ სტატისტიკას. 40 წლ. შემდეგ აპენდიციტების რიცხვი, როგორც ჩვენი, ისე სხვა სტატისტიკის მიხედვითაც, საერთოდ ძლიერ კლებულობს.

სქესის მიხედვით განაწილების დროს ვიღებთ ასეთ ციფრებს:

მამობრივი	დედობრივი
129	193

როგორც ჩვენი მასალიდან სჩანს, დედაკაცთა რიცხვი შესამჩნევად აღემატება მამაკაცთა რიცხვს და შეესაბამება ისე, როგორც 1,5 : 1 ანუვე დროს ძველი სტატისტიკის მიხედვით მამაკაცები გაცილებით ხშირად ხდებიან ავად აპენდიციტით. რასაც ხსნიდენ მამაკაცთა დანამატის უფრო სუსტი კვებით და იმ მძიმე მუშაობით, რომელსაც მამაკაცები დედაკაცებზე ხშირად ეწევიან.

Talamon-ი მაგალითად, მამაკაცთა და დედაკაცთა შორის აპენდიციტის სიხშირის შესახებ იძლევა შემდეგ შედარებას პირველთა სასარგებლოდ—4 : 1. Sonnenburg's ამ მხრივ მიუღია უფრო მცირე განსხვავება, მაგრამ მაინც მამაკაცთა სასარგებლოდ—1,5 : 1.

ჩვენთვის საყურადღებოა Боткин-ის სახელობის მოსკოვის საავადმყოფოში ექ. Нейман-ის მიერ 1924 წელში შეკრებილი 10 წლ. მასალა აპენდიციტების შესახებ. ამის მიხედვით განსხვავება მამაკაცთა და დედაკაცთა შორის უკანასკნელთა სასარგებლოდ კიდევაც უფრო მეტია, ვიდრე ჩვენს მასალაში:

ჩვენს მასალაში	ბოტკ. სახ. საავადმყ. მასალ. მიხედვით
1 : 1,5.	1 : (თითქმის) 2.

ექ. Нейман-ის აზრით ამის მიზეზი არის მამაკაცთა უმრავლესობის ჯარში გაწვევა ომების გამო; ეს სწორედ ის წლებია, რომლებიც აპენდიციტით ავადმყოფთა უმრავლესობას იძლევა, ე. ი. 20—30 წ. წ.

შეიძლება ამ მოვლენას ჩვენი შემთხვევებისათვისაც ქონდეს რაიმე მნიშვნელობა, მაგრამ მთელი რიგი წინააღმდეგობის გამო (მაგ. მშვიდობიან წლებში დედაკაცთა მაინც ჰარბობა) ჩვენს მასალაში, რასაც ალნიშნავენ აგრეთვე სხვა



ავტორებიც, მოხსენებული საკითხი უნდა ჩაითვალოს ჯერ-ჯერობით სადავოდ, რომელიც მოითხოვს ბეჯით დაკვირვებას და შესწავლას.

დაავადების ხანგრძლივობის მხრივ ჩვენი შემთხვევები ნაწილდება ასე: 6 თვემდე—116 შემთხვევა; 1 წლამდე 66 შემთხვევა და რამდენიმე წელიწადი—116 შემთხვევა.

ყველაზე მცირე დრო ავადმყოფობის დაწყებიდან უდრის 2 საათს, ხოლო ყველაზე დიდი 20 წელიწადს.

რაც შეეხება კლინიკური სურათის მსვლელობას შეტევათა რიცხვის და სიმძლავრის მიხედვით, ვიღებთ შემდეგს: ერთი მძლავრი შეტევა გადაიტანა 99 კაცმა; განმეორებითი მძლავრი შეტევა 139 კაცმა; განმეორებით მსუბუქი შეტევა—36 კაცმა. დანარჩენ 48 შემთხვევაში შეტევათა რიცხვი და სიმძლავრე არ არის ნაჩვენები.

მტკივნეულ წერტილების კლინიკურ ღირებულების შესახებ აპენდიციტის დროს, ჩვენი მასალის მიხედვით რაიმე საბოლოო დასკვნის გამოტანა შეუძლებელია, რადგან კლინიკაში ამ მხრივ ერთი ყველასათვის სავალდებულო წესი შემოღებული არ ყოფილა. მასალიდან ჩანს, რომ კლინიკის თანამშრომელი არ აქცევდენ ყურადღებას ერთ რომელიმე სიმპტომს. ისეთი შემთხვევები კი სადაც ეოთსა და იმავე ავადმყოფის შესახებ რამოდენიმე სიმპტომი იყოს ნაჩვენები, ძლიერ ცოტაა.

მტკივნეული წერტილები და მიღებული შედეგი:

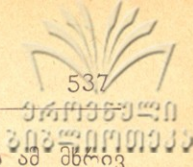
Mk—Bourney-ს	სიმპტომი	ყოფილა	დადებითი	177 შემთხ.
„ „	„	„	უარყოფითი	6 „
Rovsing-ის	„	„	დადებითი	30 „
„ „	„	„	უარყოფითი	10 „
Lanz-ის	„	„	დადებითი	19 „
Blumberg-ის	„	„	„	9 „
Kummell-ის	„	„	„	5 „

დანამატის ხელით აღნიშვნა ოპერაციამდე პალპაციის საშუალებით ჩვენს მასალაში ყოფილა (სულ 92 შემთხვევა) 74 დადებითი და 18 უარყოფითი შედეგით.

აპენდიციტის პათოგენეზის საკითხი მოითხოვს უფრო ვრცელ განხილვას და ამიტომ ამაზე უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით.

ჭიაყელასებრივი დანამატის ანთების გამომწვევ მიზეზებს საერთოდ ყოფენ სამ დიდ ჯგუფად: 1. უშუალოდ თვით დანამატზე მოქმედი მიზეზები; 2. ზოგადი მიზეზები, რომლებიც ხელს უწყობენ მის დაავადებას; 3. და სპეციფიური დაავადებანი.

დიდ მნიშვნელობას აწერენ განავალის ქვებს და გარეშე სხეულებს. ჭიაყელასებრივი დანამატის ანთების გამომწვევ მიზეზად სთვლიან აგრეთვე ჭიებს. Dieulafoy თავისი დახურული ღრუების თეორიით, სადაც ის ამტკიცებს, რომ ბაქტერიები, რომლებიც ნორმალ პირობებში არაავითარ ზიანს არ აყენებენ ორგანიზმს, დახურულ ღრუს პირობებში ვირულენტობის გაზრდის გამო, უკვე საწინააღმდეგოდ მოქმედებენ. ზოგი დანამატის დაავადების მიზეზად სთვლის მის ანატომიურ შენობას სისხლის მიმოქცევის ცუდი პირობებით. უთითებდნენ მის



სიმდიდრეზე ლიმფოიდური ქსოვილით და კიდევაც ადარებდენ მას ამ მხოლოდ ნუშისებრივ ჯირკვალს. ზოგი ტრაუმას აქცევს ზედმეტ ყურადღებას და სთვლის მას აპენდიციტის გამომწვევ მიზეზად. ბევრი კი ზედმეტ მნიშვნელობას აწერს კუჭ-ნაწლავის სისტემის დაავადებას. ზოგი კი მხოლოდ და მხოლოდ გემატოგენური გზით ხსნის მის დაავადებას და ამბობს, რომ დანამატს აქვს თვისება თავის ღრუში სისხლიდან გამოჰყოს ბაქტერიები და თუ ამ დროს მისი სანათური დახშულია, — მაშინ ბაქტერიების ვირულენტობა ძლიერდება და იწვევს მის დაავადებას.

ჩვენს მასალაში გემატოგენური გზით გამოწვეული აპენდიციტი არ არის აღნიშნული.

ჩვენი მასალა გვაჩვენებს, რომ აპენდიციტის ეტიოლოგიაში საერთოდ პირველი ადგილი უჭირავს ენტეროგენურ გზას.

კერძოდ, გარეშე სხეულებს რომელიც ჩვენ შეგვხვდა ორ შემთხვევაში, (ალუბლის კურკის ნატეხი და ყურძნის კურკა) ისეთი დიდი მნიშვნელობა არ უნდა ქონდეს.

კლინიკის უკანასკნელი სამი წლის მასალაში განავალის ქვები და ჭიები შეგვხვდა სულ 30 შემთხვევაში. ამათში იყო შემთხვევები, როდესაც განავალის ქვები ან გარეშე სხეულები და ჭიები გვხვდებოდნენ ერთად. იყო შემთხვევებიც, სადაც ორი სხვადასხვა ჭია ერთად იყო, მაგ. *oxyuris vermicularis* და *trichocephalus dispar*-ი.

ჩვენს მასალაში აღმოჩნდა:

განავალის ქვები 12 შემთხვევაში.

Trichocephal. disp. 13 შემთხ.

Oxyuris vermicul. 3 „

Tenia solium-ის 2 პროტოტ. 1 „

ვფიქრობთ, პირველ სამ წელშიც რომ შეგვესწავლა დანამატის ღრუს შემადგენლობა და აგრეთვე გვეწარმოებინა ყველა შემთხვევაში მიკროსკოპიული გამოკვლევა, — მაშინ ჭიების მიერ გამოწვეული აპენდიციტის შემთხვევები ბევრად გაიზრდებოდა.

აპენდიციტის ხელის შემწყობი მიზეზი — ყაბზობა და კოლიტები ჩვენ ავადმყოფთა შორის აღნიშნულია 50%.

უკანასკნელ წლებში წამოიჭრა ე. წ. ალიმენტარული თეორია, რომლის მიხედვითაც აპენდიციტების წარმოშობის სიხშირისათვის დიდი მნიშვნელობა ქონია საკვები რაციონის შემცირებას და უმთავრესად მცენარეულობას და საერთოდ ნახშირ-წყალოვან ნივთიერებებს. გერმანელი ავტორები (*Bergmann, Hirschmann, Öbner* და *Hofmann*-ი) აღნიშნავენ აპენდიციტისაგან გამოწვეულ სიკვდილიანობის შემცირებას. უკანასკნელ ხანებში *Seifert* და *Augustin's* (*König's* კლინიკიდან) მოყავთ ცხრილი ვიურცბერგის და ვენის უნივერსიტეტის კლინიკის მასალიდან აპენდიციტით დაავადების შესახებ, საიდანაც სჩანს, რომ აპენდიციტი ომიანობის წლებში ძლიერ შემცირებულა. შესადარებლად მოყავთ ნეიტრალურ სახელმწიფოს შვეიცარიის ერთ კანტონის ვირტენტურის საავადმყოფოს მასალა, სადაც შემცირების მაგივრად, აპენდიციტით დაავადებას პირიქით უმატია.

აპენდიციტების შემცირებას ადასტურებენ რუსი ავტორებიც (მაგ. Heraeb-ი (+), Российский). ამ მოვლენას ქონია ადგილი აგრეთვე ვოლგის დამშეულთა შორისაც (Великорецкий, Кузнецова—Мануилова და სხვ.).

Великорецкий-ს გადაუთვალეობია 15606 გაკვეთის ოქმი და დარწმუნებულია, რომ აპენდიციტი 1918—22 წ.წ. როგორც სიკვდილის მიზეზი ძლიერ იშვიათი მოვლენა ყოფილა. ალიმენტარულ თეორიას სხვათა შორის ამტკიცებს აპენდიციტის გეოგრაფიული გავრცელება. ამერიკა, ინგლისი და საფრანგეთი აპენდიციტით დაავადების მხრივ უცვლელია, ხოლო ავსტრიაში, გერმანიაში და რუსეთში (კერძოდ ვოლგის დამშეულთა შორის) აპენდიციტის რიცხვი შემცირებულია. აღნიშნულ თეორიას ადასტურებს აგრეთვე დიდი ხანია შემჩნეული ეროვნული გავრცელება. მაქსიმალური ჩრდილო ამერიკელებ შორის,—მინიმალური იაპონელებ შორის და უფრო ხშირი დაავადება აღნიშნული სენით უკმდეგებში და ორშაბათობით ((Плотинов-ი, Lentz-ი და სხვ.).

ჩვენ რაიმე საბოლოო აზრის გამოთქმა ალიმენტარულ თეორიის შესახებ არ შეგვიძლია, ვინაიდან ჩვენში მკურნალობა საერთოდ ფართე მასშტაბით ეხლა იკიდებს ფეხს და ამიტომ ჩვენი აპენდიციტების მასალის შედარება იმ დროსთან, როდესაც არავითარი დამუშავებული მასალა არ არსებობდა, რასაკვირველია, არაფერს მოგვცემს. მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში ჩვენი მასალის მიხედვით სოფელთა შორის აპენდიციტით უფრო იშვიათ დაავადებას, შეიძლება ითქვას, რომ ალიმენტარულ თეორიას მართლაც აქვს ნიადაგი. ყოველ შემთხვევაში ეს საკითხი ძლიერ საინტერესოა და მოითხოვს შემდეგში დაკვირვებას და შესწავლას.

დაავადების ხასიათის მიხედვით ჩვენ აპენდიციტებს კლინიკურად ვყოფთ, თითქმის ყველგან მიღებულ Sonnenburg ის კლასიფიკაციის მიხედვით შემდეგ სახეობად:

Append. ac.	Appendic. subac.	Appendic. chron.	App. tbc.
47	19	250	6

ამრიგად მწვავე აპენდიციტების რიცხვი ჩვენს მასალაში უდრის 47, ხოლო თუ ამას მიუმატებთ ქვემწვავე აპენდიციტების 19 შემთხვევას, მივიღებთ მწვავე აპენდიციტების 66 შემთხვევას, რაც შეადგენს აპენდიციტების მთელი რაოდენობის 20,5%.

ნამდვილ მწვავე აპენდიციტის 47 შემთხვევიდან ოპერაცია გაკეთდა 33 შემთხვევაში; არ გაკეთდა 14 შემთხვევაში. ამ რიცხვიდან ორი გარდაიცვალა უოპერაციოდ კლინიკაში შემოსვლის პირველ 24 ს. ამ ჯგუფის დანარჩენი 12 შემთხვევა (ავადმყოფობის დაწყების დროს მიხედვით) ნაწილდება დაწყებული მეორე დღის ბოლოდან დაახლოებით ორ კვირამდე. ამ შემთხვევების საერთო დამახასიათებელი მოვლენა არის ის, რომ რამდენადაც შემთხვევა ძველია, იმდენად საერთო მდგომარეობა უფრო კარგი და პერიტონეალური მოვლენებიც უფრო ნაკლებად არის გამოხატული. ასეთ ავადმყოფებს ჩვენ ვწამლობდით: სასტიკი დიეტა, მოსვენებული წოლა, ნარკოტიკები—უმთავრესად მორფიუმი sub cutis. მწვავე ტკივილების დროს სიცივე, შემდეგ კი სითბო. სასაქმებელს ვაძლევდით მხოლოდ პერიტონეალურ მოვლენების სრული განელე-

ბის შემდეგ. აღნიშნული ავადმყოფები 8—12 დღის წოლის შემდეგ კლინიკაში, როდესაც ავადმყოფობა ქვემწვავე მდგომარეობაში გადადიოდა ჩვეულებრივად ეწერებოდნენ კლინიკიდან სათანადო დარიგებით დიეტის და მუშაობის მხრივ.

Sonnenburg-ის ქვემწვავე აპენდიციტების რიცხვი, როგორც ცხრილიდან სჩანს, იყო 19. ამით ახასიათებს ის, რომ მწვავე მოვლენები აქ უკვე გამჭრალა, მაგრამ მწვავე შეტევის შედეგი ინფილტრატი ჯერ კიდევ სავსებით არ შეწრუტულა. ასეთ შემთხვევებში ჩვენ ოპერაციას არ ვაკეთებდით და ზემოდ—მოხსენებულ დარიგებით ვწერდით კლინიკიდან.

როგორც უკვე მოახსენეთ, ოპერაცია გაკეთდა 33 შემთხვევაში, აქედან პირველ 36 საათში 11; 36—48 ს.—8; მე 3 დღეზე 4; მე 4 დღეზე—2; მე 6—3; მე 8—1; მე 11, 14, 15 და 18 დღეზე თითო შემთხვევაში.

დიაგნოზის დადასტურება მწვავე აპენდიციტის დროს ზოგ შემთხვევაში ძნელია, ამას გვიმტკიცებს ჩვენი მასალაც. ჩვენ შეცდომითი დიაგნოზი მივიღეთ ათ შემთხვევაში. ერთ შემთხვევათაგანში გვქონდა hernia inguinal. dex. recidiva, რომელიც ყოველთვის სწორდებოდა მუცლის ღრუში, ხოლო უკანასკნელი ორი დღის განმავლობაში ოპერაციამდი უკან აღარ შებრუნდა. ტკივილები სუსტად ქონდა გამოხატული. თიაქართ კვეთის დროს თიაქრის პარკში აღმოჩნდა მწვავე ჩირქიანი აპენდიციტი რომელიც ისაზღვრებოდა მუცლის ღრუდან თიაქრის პარკის ყელში გაჩენილ შეხორცებების წყალობით. მეორე შემთხვევაში იყო დასმული მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა მწვავე დიფუზური პერიტონიტი, განვითარებული int. ilei-ს პერფორაციის გამო მუცლის ტიფის ნიადაგზე. რვა დანარჩენ შემთხვევაში ileus-ის დიაგნოზით ნაწარმოებმა ოპერაციებმა დაადასტურა, რომ განუვალობის პირდაპირი მიზეზი იყო მწვავე აპენდიციტის შემდეგ გაჩენილი შეხორცებები.

ჩვენი საოპერაციო მასალა იყოფა ორ ჯგუფად: 1) ჭიკეცლასებრივი დანამატის ამოკვეთით 26 შემთხვევა; 2) 7 შემთხვევა, სადაც დანამატი არ იქმნა ამოკვეთილი. ეს ის შემთხვევებია, სადაც დანამატის ირგვლივ იყო განვითარებული დიდი შეხორცებები და ოპერატორს ბუნების მიერ შექმნილი ზღუდეები არ უნდოდა დაერღვია. ამ შემთხვევებში კეთდებოდა უბრალო გაკვეთა ჩირქის გამოსაშვებად.

განაკვეთი ჩვეულებრივად გაგვყავდა Mk—Bourney-ს ხაზზე კუნთების ჩლუნგი გაწვეით (Gosset). პერიტონიტის შემთხვევებში კი განაკვეთი უფრო ფართო და ზოგჯერ რამოდენიმეც გვჭირდებოდა მუცლის ღრუს უფრო კარგი დრენაჟისათვის.

ოპერაციის შემდეგ განვითარებული თიაქრები პირველ განაკვეთის შემდეგ ჩვენ არ შეგვხვდრია. მეორე განაკვეთის შემდეგ განვითარებული თიაქრები—ორჯერ. ორივე ავადმყოფს თუმცა პირველი ოპერაცია ქონდათ გაკეთებული სხვაგან, მაგრამ როგორც ობიექტიური გამოკვლევებიდან სჩანდა, ორივეს ქონდა გაკეთებული ოპერაცია მწვავე ჩირქიანი აპენდიციტის გამო უბრალო განაკვეთების საშუალებით.

აქვე აღსანიშნავია ორი შემთხვევა, სადაც მწვავე აპენდიციტის გამო გაკეთებულ ოპერაციას თან დაერთო განავლის ხვრელი (fist. stercoralis) ორივეს

ექმნათ გაკეთებული პლასტიური ოპერაცია. შედეგი: სიკვდილი ერთ შემთხვევაში. მეორეში კი განკურნება. მეორე ორ შემთხვევაში იყო უბრალო ფისტულა აგრეთვე განვითარებული მწვავე აპენდიციტის ნიადაგზე გაკეთებულ ოპერაციის შემდეგ. ორივე შემთხვევაში განკურნება.

საკითხი მწვავე აპენდიციტების დროს ოპერატიულ დახმარების აღმოჩენის შესახებ ჩვენს კლინიკაში სდგას ასე: ყველა პირველ 36 ს. მწვავე აპენდიციტით შემოსულ ავადმყოფს, როგორც წესი, სასწრაფოდ უკეთდება ოპერაცია.

რაც შეეხება უგვიანეს შემთხვევებს, აქ ოპერაციას ვაკეთებთ მხოლოდ სათანადო ჩვენების დროს, მაგრამ ეს ოპერაცია ასე ვთქვათ კეთდება იძულებით, რომელიც არის გამოწვეული ავადმყოფის მძიმე და საშიშ ძდგომარეობით.

პირველ 36 ს. ჭრილობა დაიხურა ყრუდ 8 შემთხვევაში. 36—48 ს. კი 2; ამრიგად ჭრილობა ყრუდ დაიხურა სულ 10 შემთხვევაში. შეხორცება ყველგან *per primam intentionem*. ამგვარი ავადმყოფები საშუალოდ იწვენ კლინიკაში 12 დღე.

ლიად დატოვილ ჭრილობის შემთხვევების დროს კლინიკაში წოლის სულ მცირე დრო უდრის 23 დღეს; მაქსიმალური—97. ორთა-შუა რიცხვით ასეთი ავადმყოფები იწვენ კლინიკაში 32 დღე.

მთელი ჩვენი მწვავე აპენდიციტების შემთხვევებიდან გარდაიცვალა სულ 20 ანუ 30,3%. თუ ამ რიცხვებს შევადარებთ მხოლოდ ოპერაცია გაკეთებულ შემთხვევებთან (33—20), მაშინ სიკვდილიანობის % გაიზრდება 60.6%. სიკვდილის მიზეზი 16 შემთხვევაში იყო დიფუზური პერიტონიტი, ხოლო ორ შემთხვევაში ჩაპარკებული, ადგილობრივი პერიტონიტი. ორ დანარჩენ შემთხვევაში, როგორც ზემოდაც მოგახსენეთ, ავადმყოფები გარდაიცვალენ ოპერაციის გაუკეთებლად მოყვანის პირველ 24 ს. ერთ ამთავანს გაკვეთის დროს აღმოაჩნდა დიფუზური ჩირქოვანი პერიტონიტი, რომელიც იყო განვითარებული *int. ilei-* ს ბოლო ნაწილის პერფორაციის შემდეგ—მუცლის ტიფის ნიადაგზე. მეორე შემთხვევაში კლინიკური ნიშნები იძლეოდა დიფუზურ პერიტონიტის სურათს. სამწუხაროდ ამ შემთხვევაში გაკვეთა არ მოუხდენიათ.

თუ გავარჩევთ ოპერაციის შედეგს ავადმყოფობის ხნოვანობის მიხედვით დავინახავთ, რომ პირველ 36 ს. გაკეთებულ 11 ოპერაციის შემდეგ გარდაიცვალა 1—9%. 36—48 ს. 8 შემთხვევიდან გარდაიცვალა 4—50%, მე 3, 4, 6 და 8 დღეზე გაკეთებულ ოპერაციის შემდეგ ყველა გარდაიცვალა—100%. მე 11, 14, 15 და 18 დღეზე გაკეთებული ოთხი ოპერაცია დამთავრდა ორი სიკვდილით—50%.

ქრონიკულ აპენდიციტით გვყავდა 250 ავადმყოფი. ოპერაცია გაკეთდა 239 შემთხვევაში. დანარჩენ 11 შემთხვევაში სხვადასხვა მიზეზის გამო ოპერაცია არ გაკეთებულა. (შური ოპერაციას ვაკეთებთ, რაიმე თანდართული ავადმყოფობა და შემთხვევითი მიზეზები და სხვა).

აღსანიშნავია როგორც იშვიათი შემთხვევა ბრმა ნაწლავის და მისი დანამატის მდებარეობა თქმოს მარცხენა ფოსოში.

აპენდექტომიასთან ერთად 5 შემთხვევაში გაკეთდა ოპერაცია აგრეთვე სხვა ქირურგიულ ავადმყოფობის გამო.



ავადმყოფები ქრილობის პირველად შეხორცების დროს იწვევენ კლინიკაში-
9—15 დღე, საშუალოდ 12,5 დღე.

მთელ ქრონიკულ აპენდიციტების შემთხვევიდან გვქონდა ერთი სიკვდილი-
0,40%. სიკვდილის მიზეზი—მწვავე დიფუზური პერიტონიტი.

ახლა მოგახსენებთ დანამატზე და მის ცვლილებებზე.

ჩვენს შემთხვევებში აღნიშნულია დანამატის შემდეგი მდებარეობა:

რეტროცეკალური	12 შემთხვ.
ზემოდ	7 "
მენჯისკენ	23 "
შიგნით და ქვემოდ	13 "

უნდა ვიფიქროთ, რომ იქ სადაც არაფერია აღნიშნული, დანამატის მიმარ-
თულება იყო შიგნით და ქვემოთკენ. როგორც უფრო ხშირი მოვლენა ეს უკა-
ნასკნელი მდებარეობა არ იწერებოდა ავადმყოფობის ისტორიაში, სადაც ინიშ-
ნებოდა უმეტეს შემთხვევაში დანამატის შედარებით იშვიათი მდებარეობის სახე.
დანამატის სიგრძე აღნიშნულია 68 შემთხვევაში:

1—10 წლ. აღნიშნულია	1 შემთხვევაში	საშუალო სიგრძე	15 ctm.
11—20 "	33 "	" "	11,3 ctm.
21—30 "	36 "	" "	10,75 ctm.
31—40 "	17 "	" "	10,3 ctm.
41—50 "	1 "	" "	20 ctm.

პათოლოგიურ-ანატომიური სურათის მიხედვით მივიღეთ:

Append. catar.	Append. perf.	Append. gangr.	Append. tbc.
164	17	6	5

დანარჩენ შემთხვევებში ამ მხრივ არაფერია აღნიშნული.

როგორც შედარებით იშვიათი შემთხვევები გვქონდა:

empyema appendicis—3. Hydrops-ი—2.

დანამატის ჯორჯალი სრულიად არ იყო გამოხატული ოთხ შემთხვევაში-
სამ შემთხვევაში შეგვხვდა ჯორჯალის ვენების ტრომბოზი.

ბადექონის შეზრდა დანამატთან აღნიშნულია შვიდ შემთხვევაში.

სპეციფიური აპენდიციტების ჯგუფიდან შეგვხვდა ტუბერკულოზ აპენდი-
ციტის 6 შემთხვევა.¹⁾

დასკვნები:

1. სქესის მხრივ აპენდიციტების სიხშირე საბოლოოდ ჯერ კიდევ გამორ-
კვეული არ არის.
2. ქალაქში მცხოვრებთა შორის აპენდიციტი უფრო ხშირია, ვიდრე სოფ-
ლის მცხოვრებთა შორის.
3. აპენდიციტების მომეტებულ რიცხვს იძლევა 20—30 წლ.

¹⁾ იხ. ჩემი შრომა „ჭიაყელასებრივი დანამატის ტუბერკულოზი“. ჟურნ. „თანამედროვე
მედიცინა № 3—4 1925 წლ.

4. აპენდიციტების წარმოშობის საკითხში არც ერთ არსებულ თეორიას არ შეიძლება მივცეთ გადამწყვეტი მნიშვნელობა.
 5. ოპერაციის ჩვენებად უნდა ჩაითვალოს თუნდაც ერთხელ გადატანილი შეტევა.
 6. პირველ 36 ს. მწვავე აპენდიციტის დროს აუცილებელ საპირობად მიგვაჩნია ოპერაციის გაკეთება.
 7. მე-2 დღის ბოლოდან ოპერაციას იძულებით ვაკეთებთ (indicatio vitalis).
 8. ოპერაციის გაკეთება უფრო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ცივ პერიოდში (à froid).
- დასასრულს, დიდ მადლობას მოვახსენებ ჩემს მასწავლებელს, პროფ. გრ. მუხაძეს თემის მოცემისათვის და კლინიკის ასისტ. ილ. ახმეტელს ხელმძღვანელობისათვის.

პორესკონდენსიები.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 26/III 1925 წ. სხდომის ოქმი.

მოხსენება პირველი.

დაესწრო 86 წევრი და 78 სტუმარი.

პროფ. ვორონინი. „სამეგრელოს მაღაროის ეპიდემიოლოგიისათვის“ მაღაროის ეპიდემიის და ეპიზოტიის გავრცელებას მექანიზმის შესახებ ჯერჯერობით ძალიან ცოტა მუშაობაა ნაწარმოები. სცადეს ლაბორატორიულად ექსპერიმენტალურ ცხოველებში გამოეწვიათ ეპიზოტია და დაინახეს, რომ დასაწყისში ავადმყოფობა გავრცელდა ჩქარის ნაბიჯით, შემდეგ შეიქნა სწორი წონობა, რომლის დროს ცხოველების ნაწილი აღმოჩნდა დაავადებული, ნაწილი არ დაავადმყოფდა და აღმოჩნდა იმუნიტეტის მქონე და ნაწილიც არ დასნეულდა, მაგრამ იმუნიტეტს იყო მოკლებული. ამ გვარივე მოვლენა შევამჩნიეთ სამეგრელოს იმ ადგილებში, რომლებიც მაღაროის მხრივ ეპიდემიოლოგიურ კუთხებად ითვლებიან: მკვიდრთა ნაწილი დაავადმყოფებული ყოფილა წინად და ელენთა არის გადიდებული, მაგრამ ამჟამად არ ავადმყოფობს. არსებობს დიდი კორელიატური კავშირი ერთის მხრივ ავადმყოფობის გავრცელების და ელენთად გადიდების და მეორე მხრივ კოლოების რიცხვის შორის. დასკვნა ასეთია: არამც თუ ახალი დასნეულება და რეციდივები, არამედ ყოფილ ავადმყოფთა შორის ელენთის გადიდების შედეგია დასნეულებულ კოლოებთა მიერ განმეორებითი დაკბენისა.

ექ. მარუაშვილი. საკითხი, თუ ვინ უნდა ჩაითვალოს მაღაროით დაავადებულთა საინტერესოა როგორც მეცნიერული, ისე პრაქტიკული თვალსაზრისით. მაღაროა ქრონიკული სენია. ადამიანი შეიძლება ამ სენით დიდი ხნით და მძიმედ იყოს დაავადებული, მაგრამ შეტევები არ ქონდეს, პარაზიტალური ინდექსი ყოველთვის არ იძლევა სასურველ შედეგებს, ვინაიდან სქელი წვეთითაც გასინჯული სისხლი ხშირად არ გვაძლევს დადებითი შედეგს, ან გვაძლევს პარაზიტების ძლიერ მცირე რიცხვს. მნიშვნელობა აქვს სეზონს, დროს, როდესაც ისინჯება სისხლი, მაგალითად გაზაფხულზე და შემოდგომაზე პარაზიტების ინდექსი დიდია, ვიდრე ზამთარში და ზაფხულში. უფრო საიმედოა ელენთას ინდექსი. კორელაციას საკითხი მისაღებია, მხოლოდ მუდმივ დაკვირვების დროს; ერთდროული დაკვირვება ვერ მოგვცემს სასურველ დასტურს. რელატიური იმუნიტეტის არსებობა უნდა მივიღოთ მხოლოდ იმ ადგილებისთვის, სადაც არსებობს მუდმივი ინფექცია და ორგანიზმის მუდმივი გალიზიანება. ჩვენში საზოგადოდ და სამეგრელოში კერძოდ მაღაროის სეზონური ხასიათი აქვს.

ექ. კანდელაკი. ანაკლიაში მკვიდრთა გასინჯვა რა სახით წარმოებდა იკვლევდნ მთელ მცხოვრებლებს, თუ მცხოვრებლების ნაწილს, რომელი ინდექსით ხელმძღვანელობდა ექსპედიცია გამოკვლევის დროს, რით აიხსნება მომხსენებლის აზრით მსოფლიოში მომხდარი მალარიის ეპიდემია, როგორი წესი იყო მიღებული კოლოების დათვლის შესახებ, გამოკვლევის დროს იხმარებოდა სქელი წვეთი, თუ სხვა რამ.

პროფ. ვორონინი. გამოკვლევა წარმოებდა ერთი დღის გადაწერის სახით და ამგვარ მუშაობას ვაწარმოებდით ცამეტი დღის განმავლობაში. მთელი მცხოვრებლების გამოკვლევა შეუძლებელი იყო, ვსინჯავდით და ვიკვლევდით სახლ გამოშვებით კოლოების ბინადრობას, ვიკვლევდით ყოველ დღე; ვხელმძღვანელობდით ელენთის სიდიდის ინდექსით და ვხმარობდით ზეიფერტის შკალას, მსოფლიო ეპიდემიის შესახებ ვერას ვიტყვი: ხელთ არ მაქვს შესაფერი მასალა. ყოველ შემთხვევაში საპეგრელოს მალარიას არ უნდა ქონდეს კავშირი მსოფლიო ეპიდემიასთან.

ექ. კანდელაკი. ისეთი სნეულების გამოკვლევაში, როგორიც მალარიაა, შეუძლებელია ცამეტი დღის დაკვირვებამ რაიმე დამახასიათებელი შედეგი მოგვცეს. მალარია ენდემიური სენია და დასახლებული index-ების შესაფასებლათ საჭიროა მთელი რიგი სეზონებისა თუ არა, ერთი სეზონი მაინც. ჩემის აზრით უკანასკნელი დროის მკაცრი ეპიდემია ჩვენში მსოფლიო ეპიდემიის ზეგავლენის შედეგი იყო. ჰაერის გამოცვლას დიდი გავლენა აქვს მალარიის მსვლელობაზე და ამით აიხსნება ის, რომ ხალხი ინსტიქტიურად მიდის მთიან ადგილებში, აფარებს ავადმყოფობას თავს და ძალინ ხშირად ეს ახდენს დიდ გავლენას ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე და სისხლში პარაზიტების შემცირებაზე.

პროფ. ნათიშვილი. მალარიის საკითხი დიდი საკითხია ჩვენში. მომხსენებლის მიერ წამოყენებულ დებულებებს დიდი თეორიული და მეცნიერული მნიშვნელობა აქვს.

მომხსენება მეორე.

ექ. მაისურაძე. „თირკმლების ანომალიები“.

პირველი პრეპარატი წარმოადგენს ნალისებურ თირკმელს, ეკუთვნის 80 წლის მოხუცს, რომელიც სხვა მიზეზითაა გარდაცვლილი, ანომალია თანდაყოლილია; თავისი ქვემო ბოლოებით თირკმლები შეზრდილია; შეუქმნიათ საერთო ყელი და მოთავსებულან ხერხემლის წინ გარდიგარდმო. თავისუფალ ზემო ბოლოებს ექტოპია განუტვლიათ, თირკმლებს აქვთ ექვსი არტერია და სამი ვენა, რომელთა შორის არც ერთი არც დაწყების და არც მიმართულების მხრივ ნორმას არ ესაბამება.

მეორე პრეპარატიც ნალისებურ თირკმელს წარმოადგენს და ეკუთვნის 48 წლის დედაკაცს; დამახასიათებელია აორტას და საზოგადოდ მუცლის ღრუს მთავარ ძარღვების დაკლანა; არაჩვეულებრივი დაწყება, სიმრავლე არტერიებისა და ვენებისა და მათი ერთმანეთთან იშვიათი ტოპოგრაფიული ურთიერთობა. ყურადღებას იქცევს აგრეთვე დიდი ფიალების იშვიათი ფორმები თირკმლების მენჯში.

მესამე პრეპარატი ეკუთვნის ახლად დაბადებულ ბავშვის გვამს; ხასიათდება თანდაყოლილი ექტოფიით, რომელიც განიცადა მარჯვენა თირკმელმა და მოთავსდა მთელი მასით მარჯვენა თედოს ფოსოში და მცირე მენჯის შესავალთან.

მეოთხე პრეპარატი ეკუთვნის ახლად დაბადებულ ბავშვის გვამს; აქვს თირკმელების ორმხრივ თანდაყოლილი ექტოპია მენჯში და მათი შეზრდა. ორივე თირკმელი მცირე მენჯისკენ დაწეულია, ნაწილობრივ მისი შესავალიც დაუქვრივიათ, ამასთან ერთად ივინი შეერთებულან თავისი ზემობოლოებით და შეუქმნიათ ე. წ. ნალისებური თირკმელი, რომლის გამოდრეკილი ნაწილი ზემოდ იყურება. თირკმლის ეს ფორმა უიშვიათესს ანომალიას წარმოადგენს და ლიტერატურაში აღწერილია მხოლოდ ორიოდ შემთხვევა. თირკმელ-ზედა ჯირკვლები შეცვლილან თავიანთი ფორმით, ცოტა დაძრულან კიდევ წელის მეოთხე მალის დონეზე აორტა ჩვეულებრივ ბიფურკაციას არ იძლევა, გრძელდება თედოს მარცხენა საერთო არტერიაში.

მეხუთე პრეპარატი წარმოადგენს თირკმელების თანდაყოლილ ცალმხრივ დისლოკაციას. გვამი ეკუთვნის 19 წლის მამაკაცს. მარჯვენა თირკმელს ოდნავი ექტოპია განუცდია, ხოლო თვით ფორმა და ოდენობა უცვლელი დარჩენილა. ადგილი შეუცვლია მხოლოდ მარცხენა თირკმელს, რომელიც მარჯვენა თირკმლის ქვემოდან მოექცა ამ თირკმლის მარცხენა მხარესთან დარჩენია კავშირი მხოლოდ ერთი ვენის საშუალებით. შარდაწვეთების მდებარეობა ცალმხრივია, მაგრამ მათი დაზოლოვება მაინც ნორმას ესაბამება.

ყველა ამ შემთხვევებთა შორის ყველაზედ იშვიათი ფორმა არის თირკმელების ზემობოლოების შეერთება და უკანასკნელი ორი თირკმლის ერთი მხარეზე მოქცევა, რომელიც ტლანქი ანომალიის გამოხატულებაა.

სხვა ქვეყნებთან შედარებით ჩვენში საშარდე ორგანოების ანომალიები ძლიერ ხშირ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს. ანატომიურ ინსტიტუტში გატარებულ გვამთა რიცხვის მიხედვით ეს ანომალიები ერთ პროცენტს უდრის.

ექ. ცხაკაია. რამდენი გვამი გატარდა ინსტიტუტში და რამდენი იყო ანომალია.

ექ. ნემსაძე. სადაც თირკმლის ზედა ჯირკვლის ცვლილებასთან გქონდათ საქმე, რა მდგომარეობაში იყო სხვა ჯირკვლები, ძვლები და სხვა ორგანოები?

ექ. წულიკიძე. რა მდგომარეობაში იყო gl. Suprarenal. აღწერილი ცვლილებების კლინიკურად გამოცნობა მხოლოდ პოლიგრაფიის საშუალებით შეიძლება?

პროფ. მუხაძე. თუ კლინიკურ შემთხვევებს მივიღებთ მხედველობაში, საშარდე ორგანოების ანომალიების $\frac{1}{10}$ შემადგენლობა მეტი აღმოჩნდება. სასურველად მიმაჩნია წარმოებულ იქმნას შედარება პელოგრაფიულ და ანატომიურ სურათებს შორის.

პროფ. თიკანაძე. საინტერესოა ვიცოდეთ რა ემართება იმ ბავშვების საშარდე ორგანოების ექტოპიის სახით ანომალიებს, როდესაც ბავშვები იზრდებიან.

ექ. მაისურაძე. ინსტიტუტში ხუთასს გვამზე იყო საშარდე ორგანოების ანომალიების ხუთი შემთხვევა სხვა ჯირკვლები, ძვლები და სხვა ორგანოების მდგომარეობის მხრივ მაინც და მაინც დაკვირვება არ ყოფილა, მაგრამ, ვფიქ-

რობ, მდგომარეობა ნორმალური იყო; gl. Suprarenal უმეტეს შემთხვევაში თავის ადგილას იყო დარჩენილი თანდაყოლილი ანომალიები ბავშვებს უნდა რჩებოდეთ.

პროფ. ნათიშვილი. სახელმწიფო უნივერსიტეტის ანატომიურ ინსტიტუტში საშარდო ორგანოებს ანომალიების შემთხვევები ძლიერ ბევრია (რუსეთში მუშაობის დროს შვიდი ათას გვამზე მე მქონდა ერთი ნალისებური და ერთიც მენჯში ჩაშვებული თირკმლის შემთხვევა).

თირკმლების ზემო ბოლოების შეზრდას შემთხვევა უნდა უიშვიათესს შემთხვევად იქმნას მიღებული (მალოდ პროფ. Hirtl-ის ქონდა ერთი ასეთი შემთხვევა). ესეთი შეზრდა არის შედეგი თირკმლების ბოლოების ერთმანეთთან მჭიდრო დაახლოებას, ხახუნის და გაღიზიანებასა. თუ ნალისებურ თირკმელთან გვაქვს საქმე პიელოგრადიის საშუალებით არ მოხერხდება ნამდვილი სურათის მიღება. პროფ. თიკანაძის შეკითხვა საფუძვლიანია: ბავშვის გაზრდისას შესაძლებელია ანომალიის სურათი შეიცვალოს. ზედაჯირკვლის მენჯში ჩამოსვლა unicum-ად უნდა იქმნას აღიარებული, რადგან ასეთი შემთხვევა არსად არ არის აღწერილი.

მოხსენება მესამე.

ექ. ვარაზაშვილი. „ცენტრალური ნერვიული სისტემა მალარიის დროს“.

ცენტრალური ნერვიული სისტემა მალარიის დროს შესწავლულია სხვა და სხვა მეცნიერთა მიერ, მაგალითად Bingpami, Ceeli, Seyfarti, Dürk და სხვა, მაგრამ მათი უმთავრესი ყურადღება მიკროსკოპიულ ცვლილებებს აქვს მიქცეული და შეეხებიან უფრო კაპილიარების მდგომარეობას. განვლიების შესახებ მათი გამოკვლევანი ზოგადი ხასიათისანი არიან; სპეციფიური ხასიათის ცვლილებანი მათ არ აქვთ აღნიშნული. ჩემი გამოკვლევების დროს, რომლებიც ნაწარმოებია წმინდა მალარიულ მასალაზე, მე მივიღე შემდეგი სურათი. დიდი ტვინის აკეები ჰიპერემიული და რაოდენიმედ ოდენმატიური აღმოჩნდა ჩირქოვან პახი. მენინგიტებს ადგილი არ ქონდა; იყო პიგმენტაცია თავისი დამახასიათებელი ფერით ტვინის სუბსტანცია ჰიპერემიული და ოდენმატიური იყო. თეთრ სუბსტანციაში, განსაკუთრებით რუხვ შრეს საზღვართან ახლოს ბლომად აღმოჩნდა წერტილოვანი სისხლნაწდენები, ესეთივე სისხლნაწდენებს ადგილი ქონდა ტვინის კვანძებში პატარა ტვინში და ზურგის ტვინშიც კაპილიარებას გამოკვლევის დროს ყურადღება მიიპყრო იქ არსებულმა დაცობამ; ენდოთელიუმში კაპილიარებისა ბევრ ადგილას შეშუპებული აღმოჩნდა. რასაც გამოუწვევია კაპილიარების სანათურის დავიწროება. დასკვნა ასეთი შეიძლება. მალარიის დროს ტრომბოზს კი არა აქვს ადგილი, არამედ დაავადებულ ერიტროციტებით გამოწვეულ ემბოლიას. დაცობილ კაპილიარების გამო—გლია განიცდის გამრავლებას. ზოგადი შთაბეჭდილება ასეთია, რომ გლიალური კვანძები არ არიან სპეციფიური და უფრო ახალგაზრდა ნაწიბურების ხასიათი აქვთ, რომლებიც ვითარდება იმ ადგილას, სადაც ტვინი ემბოლიის გამო დაშლას განიცდის (კოლიკვაცია) ზოგიერთი ნეირონები დაავადებული აღმოჩნდა ამატებულ წნევის გამო პერიცელულიალურ სითხისაგან.



პროტოპლაზმა განიცდის მარცვლოვან მეტამორფოზას, მაგრამ ეს პროცესები თავისი სიდიდით და ფორმით უფრო წვეთებს წააგავან. მარცვლებს პერიფერია მუქად იღებება. ცენტრი-კი შეუღებავი რჩება, რის გამო პრეპარატების რგოლის სახე აქვს.

P. Ernst-ის მიერ დახასიათებული ნერვილ უჯრედის ცვლილება ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის აშლის დროს სრულებით ეთანხმება აღწერილ სურათს და გვაქვს საფუძველი ვიფიქროთ, რომ ნახული ხასიათის ცვლილებები უნდა მიეწეროს მეჯვადის სიმშლილობას, რომელსაც იწვევს ტვინის კაპილიარებას გავრცელებული ემბოლია.

პროფ. ასათიანი. ქონდათ თუ არა ავადმყოფებს კლინიკურად რაიმე ნერვიული სიმპტომები?

მე ქონდა კლინიკური შემთხვევები, სადაც ავადმყოფებს ემჩნეოდათ მწვავე და ქრონიკული პსიქიური აშლილობის ნიშნები, რაც მალარიულ ინფექციის ზეგავლენის შედეგად უნდა ჩაითვალოს. ძეტად სასურველი იქნებოდა ასეთი კლინიკური მოვლენების შემდეგ ქონდა ადგილი სათანადო მიკროსკოპიულ გამოკვლევას.

ექ. გველასიანი. იყო მიკროსკოპიულად გამოკვლეული პატარა ტვინი, თუ არა.

პროფ. თიკანაძე. ქონდა შემთხვევა, სადაც ავადმყოფს ელენთა დიდი ქონდა, სისხლში რგოლები, ჩავარდა კომატოზურ მდგომარეობაში და მალე გარდაიცვალა. გამოკვლევამ აღმოაჩინა ტვინში ჩირქ-გროვა. ამ გვარად შეიძლება ავადმყოფი სხვა რამ მიზეზით გარდაიცვალოს და ეს ჩვენ მალარიას მივაწეროთ.

ექ. ვარაზიშვილი. (მომხსენებელი) ნერვიულ სიმპტომების მხრივ ადგილი ქონდა ზოგიერთ შემთხვევაში Coma-malarica-ს; შემთხვევები, სადაც მხოლოდ და მხოლოდ მალარიის ნიადაგზე გადაცვლილიყოს ავადმყოფი ძალიან ცოტა იყო. პატარა ტვინის მიკროსკოპიული გამოკვლევა იყო ნაწარმოები, მაგრამ დიდი ცვლილება ვერ ვნახეთ.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 9/IV 1925 წლ. სხდომის ოქმი.

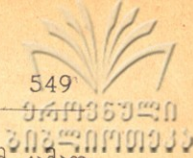
დაესწრო წევრი 120, სტუმარი 95.

მოხსენება პირველი.

პროფ. ვირსალაძე. „შთამომავლობითი და კონსტიტუციონალური მიდრეკილება ავადმყოფობაში“.

კონსტიტუციის და შთამომავლობის მოძღვრება ბიოლოგიაში, პათოლოგიაში და კლინიკაში სრულიად ახალ მეცნიერულ მიმართულებად არის აღიარებული გერმანიაში და საზოგადოდ ევროპაში.

ამ მიმართულების დამაარსებლად ითვლება Friedrich Martius-ი, რომელმაც 1914 წ. ბერლინში გამოაქვეყნა თხზულება Konstitution und Vererbung და



ამის შემდეგ მოკლე ხანში დაიწერა მრავალი ტომები. ამ მოძღვრებას ამ უმაღლეს ცენტრალური ადგილი უკავია საექიმო დარგში და მას ეძლევა უაღრესი მნიშვნელობა ეთიოლოგიაში, პათოლოგიაში, პროგნოზში და ტერაპიაშიდაც. ამ აზრს იცავს ბევრი გამოჩენილი მეცნიერი და მათ შორის პროფესორი Borchardt-იც. ყველა ამ საკითხის შესახებ დაწერილ თხზულებებში ხაზგასმით არის გატარებული ის აზრი, რომ ავადმყოფობას იწვევს არა ერთი, ან ორი რომელიმე მიზეზი, არამედ მრავალ გარემოებათა ზეგავლენა, რომ სხვადასხვა ცოცხალი სხეული ავადმყოფობის დროს იჩენს მის მიმართ სხვადასხვანაირ წინააღმდეგობას. ამის გამო დაისვა საკითხი ცოცხალი სხეულის ბიოლოგიურ, აგებულობრივ და შთამომავლობრივ თავისებურებათა შესწავლის შესახებ, რამაც წარმოშვა ახალი დარგი. კონსტიტუციის და აგებულობის შესწავლამ აღმოაჩინა, რომ ანტისხეულების რაოდენობა სულ სხვადასხვანაირი დაყოფა ადამიანს დედის მუცლიდანვე; ავლუტინები ყოველი ინფექციის გარეშე უფრო მეტი აქვთ ნეკლოფათიურ ადამიანებს; ფარისებრივი ჯირკვლის დაზიანება ასუსტებს სისხლის შრატის ბაქტერიოციდურ თვისებას და ამცირებს ოპსონინემის ინდექსს. ნაღვლის კენჭების წარმომშობ მიზეზთა შორის დიდი მნიშვნელობა ეძლევა სისხლის ესე წოდებულ Hypercholesterinämie-ას.

ეს ახალი სამეცნიერო დარგი განიყოფება ზოგად და კერძო, ანუ სპეციალურ დარგად. პირველი შეიცავს მეცნიერების ზოგად დასაბუთებას და აგებულობის ტიპების დახასიათებას, როგორც არიან Phenotypus, idityphus და paratyphus.

კერძო ნაწილშია განხილული ენდოკრინულ ჯირკვლების, ნერვების სისტემის სისხლის ნივთიერებათა ცვლილების, ჩონჩხის, სისხლის მიმოქცევის, სასუნთქვ და საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა და სხვა ორგანოების თავისებურებანი და მათ მიერ გამოწვეული ავადმყოფობისადმი მიდრეკილებანი. ევგენიკას საფუძვლად უნდა დაედოს კონსტიტუციონალური და შთამომავლობითი თვალსაზრისით ავადმყოფობათა შესწავლა. ამ ახალი მიმართულებით სარგებლობს როგორც შინაგანი საექიმო დარგი, აგრეთვე ნერვიული პათოლოგია, პსიხიატრია, ხირურგია, მეანობა, გინეკოლოგია და სხვა.

ამ ახალ სამეცნიერო დარგს მიზნად აქვს დასახული არა მხოლოდ უჯრედი და ორგანო; არამედ მთლიანი ადამიანი მისი აგებულობით და მემკვიდრეობითი თვისებებით.

ექ. ტყეშელაშვილი. მინდა გავიგო, როგორ შეიძლება პრაქტიკულად მიუდგეთ საკითხს, ესე იგი რა გზით შეიძლება კონსტიტუციონალურ და შთამომავლობითი თვალსაზრისით მიუდგეთ დაავადებული ადამიანის შესწავლას?

პროფ. თიკანაძე. ევგენიკის საკითხი არც სულ ახალი საკითხია. პირველათ ის იქმნა 13—14 წლებში წამოყენებული. კონსტიტუციის საკითხი გარკვეულად ვერ არის გაშუქებული. აქ ბევრი რამ არის ბუნდოვანი; წამოყენებულ ტიპებს არ აქვთ გარკვეული სახე და მათი შესწავლა ძნელია.

ექ. გავაშვიანი. მეცნიერთა ნაწილი კონსტიტუციას ხსნიან ენდოკრინულ ჯირკვალთა კორელაციით, სხვები კი ფიქრობენ, რომ სისხლში ფერმენტები და მათი ზეგავლენა გამოხატავენ კონსტიტუციას.

ექ. ნანეიშვილი. 1916 წელში პროფესორმა His-მა გააკეთა წამოყენება საკითხის შესახებ მოხსენება, ბევრი დაიწერა და ითქვა ამ საკითხის შესახებ სხვების მიერაც, მაგრამ ჯერ-ჯერობით არ არსებობს ერთი გარკვეული შემეცნება. ზოგიერთები ფიქრობენ, რომ კონსტიტუციაა მხოლოდ ის, რაც ჩანასახის ჩანერგვის დროს გადადის მასში.

პროფ. მუხაძე. ამ ახალ მოძღვრებაში, მართლაც რაღაც გაურკვეველობაა. ჩემის აზრით კონსტიტუციის შემეცნებაში ცალკე უნდა იყოს ის, რაც პიროვნებაში მიიღო ჩანერგვის დროს და ცალკე ის, რაც მან შემდეგში შეიძინა.

პროფ. ვირსალაძე (მომხსენებელი).

საკითხისადმი პრაქტიკულად მიდგომისათვის საჭიროა შევისწავლოთ მთელი ოჯახი, მისი წარსული და აწმყო. შეგვიძლია მივმართოთ კლინიკურ გამოკვლევებს, შეგვიძლია ვისარგებლოთ სქესობრივი მხარეების შესწავლით. ევგენიკის დასაწყისად 1905 წელი უნდა ჩაითვალოს, როდესაც ინგლისში დაარსდა ევგენიკური საზოგადოება. კონსტიტუციონალური შემეცნების გაგება არსებითად არც ისე ძნელია. წინაღ მნიშვნელობას აძლევდნენ მორფოლოგიურ მდგომარეობას, დღეს კი ამ მნიშვნელობის საგნად შეიქმნა მთელი ორგანიზმი.

არც ენდოკრიული ჯირკვლების კორელაცია თავის თავად და არც ფერმენტები და მათი ზეგავლენა არ ქმნიან კონსტიტუციას. კონსტიტუცია—ეს მთელი ადამიანი მატარებელი როგორც შთამომავლობითი, ისე კეთილშეძენილი თვისებებით ის რაც ჩანასახმა მიიღო ჩანერგვის დროს და ამ ჩანერგვის შემდეგ ჩვენ მიზანს არ შეადგენს შევისწავლოთ ადამიანი მხოლოდ ერთ განსაზღვრულ მომენტში, ჩვენი მიზანია შევისწავლოთ იგი თავიდან ბოლომდე.

პროფ. ნათიშვილი (კრების თავმჯდომარე).

წამოყენებული საკითხი ურთულეს საკითხად უნდა იქნას მიჩნეული, ის უნდა ჩაითვალოს ერთ-ერთ თანამედროვე პრობლემად, რომლის შესახებ დღევანდელ პირობებში ძნელია გადაწყვეტილი პასუხის გაცემა. ამ პრობლემას აქვს უუძველესი ისტორია. იგი იწყება ჰიპოკრატიდგან და დღეს დგება ხელმეორედ, მაგრამ, როგორც სჩანს პრაქტიკულად კიდევ გადაუწყვეტელია. მასალა დიდია დაგროვილი. საჭიროა ამ მასალის დამუშავება და გამოყენება. ინდივიდუუმის კონსტიტუციაზე დიდ ზეგავლენას ახდენს ერთი მხრით სომატიური მხარეები და მეორე მხრით სქესობრივ გადაცემული თვისებები.

მომხსენებლის მიერ გამოთქმულ სურვილის თანახმად არჩეულ იქნა კომისია, რომელმაც მოხსენების ფარგლებში იქონიოს მსჯელობა რომელიმე სათანადო დაწესებულების შექმნის შესახებ.

კომისიაში არჩეულ იქმნენ პროფესორები: ალ. ჯავახიშვილი, გ. ჯავახიშვილი, სპ. ვირსალაძე, ჟღენტე, ალ. ნათიშვილი, გ. ლამბარაშვილი, ასათიანი და გოგიტიძე.

მოხსენება მეორე.

ექ. მატფევი. „Pharyngs-micosis leptotrica“.

მე-18 საუკუნის გასულს ზოგიერთების მიერ (ფრანკელი, იაკობსონი, მიხელსონი და სხვ.) აღწერილი იყო რამოდენიმე შემთხვევა leptotrix-ით დაავა-

დებისა. ეს ავტორები იძლევიან სრულიად ერთგვარ მაკროსკოპიულ და მიკროსკოპიულ სურათს. ამავე ხასიათის სურათი მოგვცა ჩვენმა ავადმყოფმა, სურათი ფოლიკულიარული ანგინისა, რომელსაც არ გამოუწვევია არც ანთება და არც სუბიექტიური მოშლილობა. დასახელებულ სნეულების დამახასიათებელ თვისებას მიკროსკოპიულად წარმოადგენს სახამებლის რეაქცია იოლზედ და აგრეთვე მოლუნული ხაზი, რომელიც არას დროს არ იყოფა და არ იძლევა შტოებს.

ამ დაავადებას არ უდგება არავითარი წამლობა არც მექანიკური და არც ქიმიური, მაგრამ მიუხედავად ამისა, მაინც კეთილ თვისებიან დაავადებად ითვლება. როგორც წარმოშობა, ისე განკურნება ხდება უცბად გამოურკვეველ მიზეზების გამო. ხანდისხან ის ლებულობს პატოგენურ თვისებებს. Leptotrix-ი არის ნააოვნი კბილის ქვებში, ნერწყვის და შარდის ბუშტის ქვებში ფილტვების განგრენის, უბის ფლეგმონის და საშოს ანთების დროს.

პროფ. მუხაძე. როგორია პროგნოზი თქვენ მიერ აღწერილ შემთხვევაში.

ექ. მატყევი. პროგნოზი კარგი უნდა იქნას: ნალექი ბევრი იყო, მაგრამ ეხლა ცოტა დარჩა.

მოხსენება მესამე.

ექიმი ვ. კანდელაკი. „საშილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზია“.

1924 წლის ოქტომბრიდან დაწყებული ეხმარობდი Coite-ის მიერ შემუშავებული ტენიკას საშილოსნოს ანესტეზიის დროს. მქონდა ოცი შემთხვევა, რომელთაც დამაკმაყოფილებელი შედეგები მომცენ და რომელთა მიხედვით გამოყავს შემდეგი დასკვნა.

1. საშილოსნოს თაღებში 1⁰/₆ ნოვოკაინის ხსნარის შეშხაპუნება გვაძლევს დამაკმაყოფილებელ შედეგებს ადგილობრივ ტკივილების დაღუწვის სახით საშილოსნოზე მცირე ოპერაციების გაკეთების დროს.

2. ადგილობრივი ანესტეზია წევს საერთო ნარკოზის მაგიერობას, რომელიც ზოგიერთ შემთხვევაში საშიშროებას წარმოადგენს.

3. მეთოდის ხმარებისას როგორც ოპერაციის დროს, ისე მის შემდეგ ავადმყოფი ტკივილებს თითქმის ვერ გრძნობს.

4. აუცილებლად საჭიროა ინექციის ტენიკის ცოდნა, რადგანაც ადგილობრივი ტოპოგრაფია გვეუბნება აქ არსებულ მსხვილ სისხლის მილების არსებობაზე.

5. დოზა შეფერდებულ უნდა იქნას ინდივიდუალობასა და ავადმყოფის წონასთან ან მის განსაკუთრებულ მდგომარეობასთან მიხედვით.

ექ. მრევლიშვილი. თაღებში ვადის Art. uterin და სხვა სისხლის მილები და დასახელებული ტენიკის ხმარებამ შეიძლება დააზიანოს ეს მილები. შეშხაპუნების დროს რაიმე გართულებას ქონდა თუ არა ადგილი?

პროფ. ლოღობერიძე. მე სასურველად მიმაჩნია ნაწარმოებ იქნას საშილოსნოს ანესტეზია თაღებში კი არა, ყელში შეშხაპუნების სახით, ვინაღაც ყელის ანესტეზია ისეთ სიძნელეს არ წარმოადგენს. საჭიროა ერთგვარი სიფრთხილე, რომ არ დაზიანდეს სისხლის მილები და შარდ საწვეთები.

პროფ. თიკაძე. საშილოსნოს გამოფხეკის დროს მაინც და მაინც დიდი ტკივილები არ არის, ასე რომ ადგილობრივი ანესტეზია დიდ საჭიროებას არ

წარმოადგენს. ამასთან თუ ოც-და-ათ გრამ novocain-ის ხსნარს კი ვიხმარ, უკეთესია ზურგის ტვინის ანესტეზიას მიემართოთ.

პროფ. მუხაძე. ყელის მხრივ ინფილტრაციულ ანესტეზიას შესაძლებლად ვსთვლი სპეციალური შპრიცის საშუალებით. ინფექციის თავიდან ასაშორებლად უმჯობესია ადგილობრივ ანესტეზიის მაგიერ ზურგის ტვინის ანესტეზიას მიემართოთ. ამასთან ერთად ადგილობრივ ანესტეზიას ტკივილები თან უნდა დაყვეს, ვინაიდან ინფილტრაცია ახდენს ქსოვილების გაუთივას, რაც იწვევს აქ არსებულ ნერვიულ ელემენტების გალიზიანებას.

ექ. კანდელაკი. (მომხსენებელი).

თუ ნორმალურ ტოპოგრაფიის მიხედვით ვიმოქმედებთ, საშიში არა არის რა, ანომალიიდან კი არც ერთი ჩვენგანი არ შეიძლება დაზღვეული იყოს. ნემსი თაღებში შეგვყავს ერთი სანტიმეტრის სივრცეზე, ვინაიდან ყელის კუნთებში სითხის შეშვება არ ხერხდება. გართულება არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა. წინააღმდეგ პროფ. თიკანაძის მტკიცებებისა, უნდა ვსთქვა, რომ საშვილოსნოს გამოთხეკა ერთი იმ აპერაციათაგანია, რომლის დროს ავადმყოფები საგრძნობ ტკივილებს განიცდიან და ჩვენ უფლება არ გვაქვს ამას ანგარიში არ გაუწიოთ. ხერხემლის ანესტეზიასთან შედარებით ადგილობრივი ანესტეზია მარტივიც არის და უფრო მოხერხებულიც. მენჯის ნერვალგიის დროსაც ვსცადეთ Novocain-ის შეშხაპუნებით, შედეგები კარგი მივიღეთ და თუ ქსოვილების გაუთივას ქონდეს ადგილი, ასეთ შედეგებს ვერ მივიღებდით.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 2/IV 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო წევრი 156 და 79 სტუმარი სულ 235 კაცი.

ექ. ტყეშელაშვილი. კრებას უჩვენებს ავადმყოფ ქალს, შეპყრობილ ფრჩხილების იშვიათი დაავადებით, რომელ დაავადებასაც პროფ. ნიკოლსკი Koilonychia ს უწოდებს და რომელიც დახასიათდება ერთი მხრით ფრჩხილის ცენტრის ატროფიით და მისი ჩაღრმავებით და მეორე მხრით განაპირა ადგილების ჰიპერტროფიით და მათი ზევით ამოწვეით. ჩვენ შემთხვევაში ავადმყოფს მარჯვენა ხელის ყველა თითების ფრჩხილები და მარცხენა ხელის სამი თითის ფრჩხილი ამგვარათ აქვს გადაგვარებული და იმ ზომამდე ჩაღრმავებულია შუაში, რომ ადვილათ იტევს რაოდენიმე წვეთ სითხეს. გამოკვლევამ დაგვარწმუნა, რომ წამოყენებულ დაავადებას არავითარი კავშირი არ აქვს არც ერთ კანის მიკოტიურ სნეულებასთან, როგორცაა, მაგალითად, მძოვარა, ქეცი და სხვა. არ აქვს დამოკიდებულება Eczema-სან არც Psoriasis. vulg-სთან. ჩვენის აზრით ტიპური Koilonychie ამ შემთხვევაში არის შედეგი ტროფონერვიული ზეგავლენისა ვინაიდან ავადმყოფს დაავადების ორი კვირის წინათ განუტყდია მთელი რიგი უსიამოვნებისა და სულიერი აღელვებისა. კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევის მიხედვით უნდა უარყოფილ იქმნას აგრეთვე ათაშანგი და Artrit-ი.



მოხსენება პირველი.

ექ. ანთაძე. „Troponema Morsus muris კულტურის მიღების შემთხვევის-თვის ტფილისში“ შევძელით მიგველო Sodok-ის სპიროხეტების სუფთა კულტურა ავადმყოფიდან, რომლისთვისაც ვირთავვას უკბენია. კულტურა მივიღეთ ანაერობიულ პირობებში შაქრის 1:5 ფიზიოლოგიურ ხსნარით გამზადებულ ნიადაგზე 37° ტემპერატურით ტერმოსტატში დგომის მეშვიდე დღეს. შემდეგი გენერაცია ვერ მივიღეთ: შეუშნაპუნებია თეთრი თავისთვის მუცლის ღრუში 4, სპიროხეტებიანი მასალა პირველი გენერაციისა. სისხლში სპიროხეტები ვერ უნახავთ, მაგრამ ისინი ბლომად აღმოჩენილა ექტოპარაზიტებში, რომლებიც ბლომად ეხვეოდა თავს. ცამეტი ექტოპარაზიტიდან—ორში უპოვნია Zihl-ის ფუქსინით ხუთი წამის განმავლობაში უფიქსაციით შეღების შემდეგ უტყუარი სპიროხეტები.

დასკვნა: 1) ჩვენში მოიპოება Spirochet. Morsus muris მატარებელი ვირთავები 2) ჩვენ მიერ მიღებული Spiroch. Mors mur განირჩევა სხვა ქვეყნებში აღწერილ ასეთივე სპიროხეტებიდან თავისი სიდიდით (ზოგიერთ შემთხვევაში 40,5 მიკრონი და ხვეულია სიმრავლით (32-მდე წინააღმდეგ მაქსიმალურად მიღებულ 19 ხვეულისა).

3) ექტოპარაზიტებში სპიროხეტების პოვნა გვიკარნახებს ამ მხრივ მუშაობას, ვინაიდან ეს გაათართობას Sodak-ის ეპიდემიოლოგიურ ჩარჩობს.

ექ. ტყეშელაშვილი. მიკროსკოპიული პრეპარატების გასინჯვის დროს თქვენ მიერ მიღებულ სპიროხეტებსა და Spiroch. Pollid-ას შორის დიდ მზავსებას ვხედავთ. რით შეიძლება მათი დიფერენციალური გარჩევა.

ექ. ჩიჯავაძე. იყო სპიროხეტები Gims-ით შეღებული, თუ არა?

ექ. ანთაძე, (მომხსენებელი).

— დიფერენციალური გარჩევისთვის საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ ავადმყოფობის მიმდინარეობა და Spiroch-ბის მორფოლოგია. Gims-ით სპიროხეტები იყო შეღებული.

მოხსენება მეორე.

პროფ. ვირსალაძე. „თანამედროვე მეცნიერული მიმართულება გერმანიაში პროგრესიული და ტაბო-პარალიზების ინფექციური მკურნალობა“. გერმანიაში ამჟამად მეტი ინტესიური მუშაობა წარმოებას, ვინემ ეს იყო ომამდე; სამეცნიერო დაწესებულებათ არავითარი ნაკლი არ ეტყობათ. ყურნალების, წიგნების და გაზეთების გამოცემლობა ეხლა შედარებით მეტია. დიდი წარმატება ეტყობა სამეცნიერო სამკურნალო ტეხნიკას; ბევრი ახალი დარგებია შექმნილი და ბევრი ცნობილი საკითხები სრულიად ახალ გზაზე და ნიადაგზე დაყენებული. დიდი ყურადღებაა მიტყეული იმუნო-ბიოლოგიურ, ფიზიკალურ, ბიოქიმიურ, ენდოკრინულ ჯირკვლების ფუნქციას პათოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ, აგებულებათა და შთამომავლობათა თავისებურების მნიშვნელობის შესწავლაზე. დიდი ადგილი უკავია პათოლოგიურ და ბიოლოგიურ მოვლენათა შესწავლაში რენტგენის სხივებსაც.



დიდი მუშაობა წარმოებს პროგრესულ და ტაბო—პარალიზების ინფექციურ მკურნალობას მხრივ. მთელი რიგი გამოჩენილი გერმანელი ავტორიტეტებისა აწარმოებენ მუშაობას, მაგალითად Panvitz-ი, Schikk-ი Rosenblum-ი, Weygardt-ი, Nonne და სხვები. უკანასკნელთა ორის კლინიკებში ათასამდე შემთხვევა ქონიათ ამ გვარი მკურნალობისა და შედეგები დამაკმაყოფილებელი მიუღიათ. დიდი მუშაობა ყოფილა გაჩაღებული ამ მხრივ აგრეთვე Hamburg-ის ტროპიკულ ინსტიტუტშიდაც.

მეთოდი დამუშავებულად უნდა ჩაითვალოს პროფ. Wagner Soureny, რომელიც დაკვირვებას აწარმოებს 1917 წლიდან და რომელმაც გამოაქვეყნა 200 შემთხვევა. ტენიკას აწარმოებენ შემდეგის სახით Hamburg-ის ინსტიტუტში, მაგალითად მალარიით დაავადებულთან სისხლის ერთ გრამს პირდაპირ უშვებენ ავადმყოფის ვენაში. მეთოდის ხმარების დროს საჭიროა მხედველობაში მივიღოთ ავადმყოფის სისუსტე, სიგამბდრე, ფუნქციათა დარღვევა, გულის კუნთის მდგომარეობა Aortiti, გულის მძიმე სიმანკე ღვიძლის და თირკმლების დაავადება და სხვა. ხელოვნური მალარიის პარაზიტები ნაკლები ვირულენტობის არიან და ამიტომ ინკუმაციონური ხანაც მეტია: კანქვეშ გაკეთების შემდეგ 15—20 დღეა საჭირო, ვენაში შემოშობის შემდეგ კი 5—7 დღე.

ხელოვნური მალარიის პლასმოდები ქინაქინის შესახებ უფრო მგზნობიარენი არიან და მათთან ბრძოლა უფრო ადვილია. შემხაპუნების შემდეგ სიცხე ხან იწვევს, ხან კიდევ პროდრემალური რჩება. შეტევა რაც უფრო ბევრია და მკაცრად გამოხატული, მით უფრო კარგი შედეგებია მოსალოდნელი. არის შემთხვევები, როდესაც საჭირო ხდება შეტევების შეწყვეტა, ქაფურის Strophant-ის, Dygalen-ის, Coffein-ის და სხვა ამ გვარი პრეპარატების ხმარება. შებრუნებული ტიპით ტერაპიას იგივე შედეგები მოაქვს, როგორც მალარიას, მაგრამ კლინიკისტებთა უმრავლესობა მალარიით მკურნალობას უფრო ეტანება. დაკვირვება გვეუბნება, რომ შესაფერ პირობებში ნაწარმოები ინფექციური თერაპია 60—70% შემთხვევაში იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს.

ექ. სარაჯიშვილი. ნუ თუ დღემდე ხმარებაშია გერმანიაში ტერმინი მეტასიდილისი და არა სიდილისი ცენტრალური ნერვიული სისტემისა; მალარიით ტერაპია იხმარება მხოლოდ პროგრესულ დამბლის დროს, თუ ცენტრალურ ნერვიულ სისტემის სხვა ფორმის დაავადების დროსაც და რა ხასიათის ცვლილებები ხდება ზურგის ტვინის სითხეში ამ მეთოდით მკურნალობის შემდეგ.

ექ. თოფურიძე. როგორ უნდა გავიგოთ მოხსენებაში მოყვანილი აზრი, ვითომც Salvarsan ს სპიროხეტები ღემოტროპიული მდგომარეობიდან ნეიროტროპიულ მდგომარეობაში გადაყავს? უკანასკნელ ხანებში გამოითქვა აზრი, რომლის მიხედვით უნდა არსებობდეს სპიროხეტების სხვადასხვა ჯგუფი. არის ჯგუფი, რომელიც ქმნის ღემო და დერმოტროპიულ მდგომარეობას, არის მეორე ჯგუფი, რომელიც ქმნის ნეიროტროპიულ მდგომარეობას.

პროფ. ასათიანი. მალარიით მკურნალობა ერთგვარი გატაცებაა და ამ მეთოდს არც ისე დიდი ცვლილება შეუტანია თერაპიაში. შემოძლია დავასახელო ნიმუშის მიერ ნაწარმოები ცდა, რომლითაც ტუბერკულოზის საშუალებით მიიღო მხოლოდ და მხოლოდ ესე წოდებული გამამხნეველები შედეგები. ასეთივე შედე-

გები მიიღეს ნუკლეინი ნატრიუმის სიმჟავის და სინდიკის ექიმობის დროსაც. ამ შედეგების ტერაპევტიულ საფუძვლად უნდა ჩაითვალოს სიცხის აწვევა და ლიპერ-ლეიკოციტოზი. ამ მხრით ყველა ინფექციური ავადმყოფობა კარგად მოქმედობს სულით ავადმყოფებზე, სპეციფიკური აქ მაინცა და მაინც არა არის რა. სული-ერ ავადმყოფთა მდგომარეობაში რემისიები ხშირად ყოველივე ტერაპიის გარე-შე, ხშირი მოვლენაა.

ექ. ოქროპირიძე. მქონდა შემთხვევა, როდესაც ათაშანგიანი ავადმყოფს დაემართა მალარია, რომელმაც თითქოს ხელი შეუწყო ათაშანგის გაღუუებას.

პროფ. თიკანაძე. თუ მალარიას ასეთი სპეციფიკური მნიშვნელობა აქვს ათაშანგის ექიმობაში, ცხადია ჩვენში, სადაც მკვიდრთა უმრავლესობა მალარიითა დაავადებული ათაშანგიანებს და პარალიზიანების რიცხვი ძლიერ ცოტა უნდა იყოს; ნამდვილათ კი ამას ჩვენ ვერ ვხედავთ.

ექ. ტყეშელაშვილი. უკანასკნელ წლებში, როდესაც საზოგადოდ და კერძოდ გერმანიაში ცენტრალურ ნერვიულ სისტემით დაავადებულთა რიცხვმა საგრძნობლად იმატა, გამოითქვა ზოგიერთების-მიერ აზრი, რომ ერლიხის პრეპარატი ამისი მიზეზი, რომელსაც დერმო და ლემოტროპიულ მდგომარეობიდგან სპიროხეტები გადაყავს ნეიროტროპიულ მდგომარეობაში და ამხადებს ნიადაგის ნერვიულ სისტემას დაავადებისათვის. და ეს რომ ასე ყოფილიყო, ეს იქნებოდა საშინელი ბრალდება ჩვენი ტერაპიის წინაშე, მაგრამ ასეთი შეხედულობა საზოგადოდ უარყოფილია. ავადმყოფთა რიცხვის გამრავლება აიხსნება ისეთი ფაქტორების ზეგავლენით, როგორცაა ომი, სიმშობობა, პოლიტიკური მდგომარეობა და სხვა. ესეც რომ არ იყოს, საიდან შეიძლება დამტკიცდეს რომ, მართლაც, Salvarsan-ი ერეკება სპიროხეტებს გარედგან შიგნით, კანიდან ტვინისკენ. ის გარემოება რომ სპიროხეტები პერიფერიაში ისპობიან და ტვინში აღმოჩნდებიან, Salvarsan ს კი არა, ჩვენ ტეხნიკის სიუძღურეს უნდა მიეწეროს, რომლის მიხედვით ჩვენ დღემდე ვერ შევძელით ეს ტერაპევტიული საშუალება საკმაოდ შეუშვათ ცენტრალურ ნერვიულ სისტემის უჯრედებში და იქ მოკალათებულ სპიროხეტებზე ვიმოქმედოთ.

პროფ. ვირსალაძე. (მომხსენებელი) ტერმინი მეტასიფილური მოვლენანი გერმანიაში იმხარება დღემდე; მალარიას და შებრუნებული ტიფით ექიმობენ როგორც პროგრესიულ დამბლას, ისე ცენტრალურ ნერვიულ სისტემის ათაშანგის სხვა ხასიათის დაავადებასაც; ასეთია მაგალითად Zues cerebro-spinal., Atrophia n. optici, scleros. multipl. და სხვა. ზურგის ტვინის ცვლილებები გამოიხატება W-ის უარყოფითი ხასიათში თუმც სრული პარალელობა არ არსებობს. დიდი განსხვავებაა უბრალო რემისიებსა და აღწერილ გაუმჯობესებათა შორის. უამრავი შემთხვევა იმისა, როდესაც ინფექციური მკურნალობის შემდეგ მძიმე ავადმყოფები იმოღენად გამოკეთდენ, რომ შესძლეს ჩვეულებრივ მუშაობას დაბრუნებოდენ და დღემდე განავრძობენ ამ გვარ მუშაობას. უბრალო რემისიებთან რომ გვქონდეს საქმე, ეს შეუძნეველი არ დარჩებოდა იმ ავტორიტეტების მიერ, რომლებიც 1917 წლიდან დაწყებული ასეთ დაკვირვებას აწარმოებდენ. მართალია, არის შეხედულობა სპიროხეტების სხვა და სხვა ჯგუფის არსებობის შესახებ, მაგრამ ეს საკითხი ჯერ-ჯერობით გადაწყვეტილად არ ჩაით-

ვლება. ზოგიერთ შემთხვევაში მალარიის ზეგავლენა დაჩრდილულია, მაგრამ აშკარაა, ისიც, რომ ბევრ შემთხვევაში მალარიით მკურნალობა ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა.

პროფ. ნათიშვილი. მოხსენებაში წამოყენებული საკითხი დიდი ყურადღების ღირსად უნდა ჩაითვალოს. მიღებულ შთაბეჭდილების მიხედვით აშკარაა რომ ინფექციური მკურნალობის ზეგავლენით იწყება ავადმყოფთა მდგომარეობის დიდი გაუმჯობესება, ხანგრძლივი რემისიები, რაც ბევრს საშუალებას აძლევს დაუბრუნდეს, თუ გინდ დროებით, თავის მოვალეობის აღსრულებას, რაც დიდ გამარჯვებად უნდა ჩაითვალოს.

რეპერატები.

ნეფრიტიულ შემუპეების კალციუმით წამლობა.

(Keith, Barrier und M. Whelan. Jour. Amer. Med. Assoc. 30/VIII—24 წ.).

დაკვირვებები კალციუმის მოქმედებაზე ნეფრიტიულ შემუპეებზე სწარმოებდა 1911 წლიდან გერმანელ, ფრანგ და ამერიკელ ექიმების მიერ, რომელნიც აღნიშნავენ დიურეტიულ მოქმედობას კალციუმის მარილებისა. მათ მოყავთ ორი ტიპური შემთხვევა ნეფროზო-ნეფრიტის დიდი შემუპებით, რომელზედაც არაფიციური საშუალებამ არ იმოქმედა, გარდა ქლორიანი კალციუმისა. უკანასკნელი იზარებოდა შიგნით 10—18 გრამამდე დღეში, 26 დღის განმავლობაში. ორივე შემთხვევა იყო ავტორების მიერ ყოველ მხრივ შესწავლილი მინერალური იონების გაცვლა-გამოცვლაზე. ქლორიანი კალციუმის ზეგავლენით გამოყოფა Na-სა და Ca-სა, რის ბალანსი წამლობის დაწყებამდე უარყოფითი იყო, შესამჩნევად გაძლიერდა. კალციუმის ბალანსი, რომელიც უარყოფითი იყო წამლობამდე, შეიქნა დადებითი. შესამჩნევად გაძლიერდა შარდის გამოყოფა, თუმცა გამოყოფილ შარდის რაოდენობა იყო ნაკლები წონის დაკარგვასთან შედარებით. ალბად იმიტომ, რომ გაძლიერდა წყლის დაკარგვა კანისა და ფილტვების საშუალებით. კონცენტრაციამ H იონებისა შარდში წამლობის შემდეგ შესამჩნევად აიწია Ph 7,6—6,7—4,6—5-მდე. შესამჩნევად გაძლიერდა აგრეთვე გამოყოფა Na და Ca განავალში. ავტორების აზრით, ქლორიანი კალციუმის მიღების დროს, ხდება გამოყოფა ქლორისა, რომელიც შეიწურება მარილის სიმკვების სახით და შემდეგ გამოდის თირკმელების საშუალებით მარილის სახით და აძლიერებს დიურეზს. ამავე დროს, როგორც ეტყობა, ხდება ცვლილება კოლოიდებისა ქსოვილებში ისე რომ ძლიერდება გამოყოფა სუსტად შეკავშირებული წყლისა.

ვლ. გ—მია.

შემთხვევა სუბქრონიკული ინფექციური ენდოკარდიტისა, მორჩენილი გენციანვიოლეტით წამლობის შემდეგ.

(Major. Jour. of Amer. med. Ass. 1925, № 4).

პროგნოზი სუბქრონიკულ ინფექციურ ენდოკარდიტის დროს ძლიერ ცუდია, რადგან ავადმყოფთა უმრავლესობა იღუპება. ავტორი აღწერს შემთხვევას ასეთი ენდოკარდიტისა, რომელიც სწრაფად დამთავრდა მორჩენით გენციანვიოლეტის ვენაში შესაბუნების შემდეგ. ეს შემთხვევა შეეხებოდა ქალს, 25 წლისა, რომელიც ავად იყო უკვე 3 თვე საავადმყოფოში მოთავსებამდე და უჩიოდა ტკივილებს გულის მიდამოზე, ქოშინს, სიცხეს, ოფლს ღამ-ღამობით, საერთოდ სისუსტეს. ობიექტირად: მწვავე ანემია (32% ჰემოგლობინი, 3.320.000 ერიტროციტები), სიცხე 36,8-დან—38,8-მდე, სისტოლიური შუილი გულის მწვერვალოზე. პეტეხიები და ელენთის გადიდება არ იყო. განმეორებით სისხლის გასინჯვის დროს მიღებულ იყო სუფთა კულტურა Streptococcus viridans. 48 საათის შემდეგ გენციანვიოლეტის შესაბუნებისა (0,05 წონის ყოველ კილოზე ხსნარი 1 : 500) ტემპერატურა დაეცა ნორმამდე. სისხლის გასინჯვამ (შემდეგ და განმეორებით) დაგვარწმუნა, რომ იგი სტერილურია. გაეთებულ იყო კიდევ 3 შესაბუნება 48 საათი გამოშვებით. ავადმყოფი გაეწერა 3 კვირის შემდეგ სრულიად განკურნებული; 7 თვის შემდეგაც ხელმეორედ გასინჯვის დროს ის იყო სრულიად ჯანმრთელი (დარჩა მხოლოდ სისტოლიური შუილი გულის მწვერვალოზე). გამოწერის დროს სისხლში იყო 67% ჰემოგლობინისა. 4.500.000 ერიტროციტებისა. Joung-მა და Hill-მა აღწერეს 3 შემთხვევა ბაქტერიებისა (Sta-

phlyococcus aureus), სადაც ნაწილი ავადმყოფებისა განიკურნა უგენციაციოლექტოთაც, მაგრამ, ავტორი, იღებს რა მხედველობაში სწრაფი შედეგს, რომელიც მოჰყვა შემზაპუნებას აღწერილ შემთხვევაში, გვირჩევს ვიხმაროთ ასეთი წამლობა ამ მძიმე ავადმყოფობის დროს.

ვლ. გ—მაია.

Chronic iridocyclitis atrophica Patches-in the iris by Mayou London Cthebr; tish journal-of ophthalmology (Januay 1925 წ. № 7).

თუმცა ატროფიული ადგილების ირისში ქრონიული iridocyclitis დროს არ არიან იშვიათი, მათზე არას ლაპარაკობენ სახელმძღვანელოები. ეს ადგილები გვხვდებიან იქ, სადაც კაპილარული ანასტომოზები უფრო ღარიბნი არიან, ჩნდებიან 3—6 კვირის შემდეგ ავადმყოფობის დაწყებისას, წარმოადგენს ალბად იმ ადგილებს, სადაც მოხდა ემბოლიური ინფექცია. შემთხვევის აღწერა: ქალ-ბატონი ბ., 55 წლისა, ნახული პირველად 19. IX. 1924—უჩივის მარჯვენა თვალის წინ ვითომ რაღაც ღრუბელსავით გადაფარებული იყოს. ნაპოვნი იყო რქოვანი გარსის პრეციპიტატები და მინისებრი გარსის სიმღვრივენი. კბილებს ემჩნეოდა pyorrhoea alveolaris და აპიქსეაზის ირგვლივ ჩირქგროვანი. კბილები ამოძრობილი იყვნენ და ვაკცინა შემზაპუნებულნი. 22. X. 1925 გ უ გ ას დაებრუნდა მისი მოქმედობა და ზემოაღწერილი ადგილების ნახვა შეიძლებოდა.

ა. შ.

ფარული სისხლის მდინარობის აღმოჩენა Thevenon და Rolland-ის მეთოდით.

რამდენადაც ბენზიდინის ცდები ყოველთვის ხელმისაწვდომი და საიმედო არ არის, პრეპარატის თვისების გამო, ჩვეულებრივ საავადმყოფო და კლინიკურ პრაქტიკის მიზნებისათვის, როდესაც საჭიროება თხოულობს ყოველდღიურად მთელ რიგ გამოკვლევათა მოხდენას, საჭიროა ქონა უბრალო და სრულიად საიმედო საშუალებისა ფარულ სისხლის მდინარობის გამოსაკვლევეად. მთელი რიგი ავტორთა ამტკიცებენ T. და K. (1918 წ.) მიერ მოწონებულ რეაქციის სიკარგეს—ფარულ სისხლის მდინარობის გამოსაკვლევეად.

ზოგნი მას ნაკლებ მგრძობიარედ სთვლიან, ვიდრე Gregersen-ის რეაქციას. Fritz L. seph-ით. (D. m. K. 1925. 1:0 გვ.) პირამიდონის რეაქციას თავისი მგრძობიარობით შუა ადგილი უჭირავს Wagner-ის ბენზიდინის ცდასა და Gregersen-ის მოდიფიკაციის შორის; ის საიმედოა Weber-ის გვაიკოლით რეაქციაზე. ბენზიდინის ცდათა და მათ შორის Gregersen-ის რეაქციის ნაკლებოვანება, ბენზიდინის ცვალებადობაშია. და ბოლოს ზანდისზან ვილებუ საეჭვო შედეგს და ამ შემთხვევაში სასურველია რეაქციის კონტროლი სხვა უფრო ადგილი მეთოდით, როგორსაც წარმოადგეს პირამიდონის ცდა.

აღსანიშნავია აგრეთვე რომ რეაქტივები, რომლებიც პირამიდონის რეაქციის დროს იხმარებიან, გამძლენი არიან.

რეაქციის ტენიკა ასეთია: განავალის ნაწილაკი (სიდიდით მუხუდოს ტოლა) ან და სხვა გამოსაკვლევე ნივთიერებისა უნდა გაიღეს (მასრაში) 4 კუბ. სანტ. წყალში, შემდეგ ამყავებენ 50% ძმრის მჟავის ხსნარის რვა წვეთის მიმატებით და უმატებენ თანაბარ რაოდენობას პირამიდონის მძღარ ალკოჰოლის ხსნარს (5%) (2,5 პირამიდონი 50% Spir. Yini 90%). დამყანგველად უმატებენ წყალბადის გადანაჟანგს 6—8 წვეთს (Sol. Hydrog. hyperoxyd 3%), დადებით რეაქციის დროს ვიღებთ სოსანი-ის ფერს. F. J. გვირჩევს შემდეგ აღნიშნას რეაქციის სხვადასხვა ხარისხისთვის: მუქი სოსანის ფერი რომელიც გამოჩნდება ერთი წამის შემდეგ—სამი ჯვარით, მკაფიო სოსანი ფერი როცა გამოჩნდება არა უგვიანეს 1—2 წამისა—ორი ჯვარით და ბოლოს ოდნავ გასარჩევ ნათელი სოსანი ფერი—ერთი ჯვარით.

რამდენი ხნის განმავლობაში უნდა გვყავდეს ავადმყოფი უხორცო დიეტაზე—ფარულ სისხლის მდინარობის გამოკვლევისთვის განავალში? უმეტეს შემთხვევაში, უკვე მეორე დღესვე ხორციდების შეწყვეტის შემდეგ (თუ ავადმყოფები იკვებებოდენ ხორცის მცირე რაოდენობით) სისხლის ნიშნები არა ჩნდებიან. აღმოჩნდა აგრეთვე, რომ 150,0 უმი ხორცის მიღების შემდეგ (ერთ ჯერზე) განავალში ფარული სისხლის მდინარობა არ აღინიშნებოდა.

გ. ღ.

ლეტარგიული ენცეპალატი Pott-ის ავადმყოფობათ მიღებული (La Presse Med. № 98—24 წ.).

Roederer-ს მოყავს ერთი შემთხვევა ახალგაზრდა კაცისა, 20 წლისა, რომელიც ავად იყო ბაცილიარული სპონდილიტით. მას 6 თვის განმავლობაში წელში ქონდა ძლიერი ტკივილები, რომელნიც მოძრაობისგან არ იცვლებოდნენ და მედიკამენტებისგან არ ყურდებოდნენ. პარკინსონიზმის ნიშნების გამო საფიქრებელი იყო, რომ მას წარსულში ქონდა ეპიდემიური ენცეპალიტი, რომელიც ავადმყოფობის ისტორიაში აღნიშნული არ იყო.

მეორე შემთხვევა შეეხება 50 წლის დედაკაცს, რომელსაც ქონდა მკერდ-ლავიწ-დვრილის, მანდილისებრივის და დედიტიოდურ კუნთების მიოკლონია, რომელსაც წინ უძღოდა ტკივილების პერიოდი და რომელიც კისრის არის Pott-ის ავადმყოფობათ ჩათვალეს.

არავითარი ნიშნები ენცეფალიტისა წარსულში, პარკინსონიზმის ნიშნებიც არ იყო.

სალიცილატების პრეპარატებით მკურნალობამ საშუალო შედეგი გამოიღო. მოვლენები დაწყნარდა და ექვს თვეში გაიარა.

Rentgen-ი — უარყოფითი: არავითარი ნიშანი Osteitis vertebralis-ისა.

უნდა ვიფიქროთ, რომ ამ ორ შემთხვევაში შეცდომის დაშვება იყო ლეტარგიულ ენცეფალიტის და Pott-ის ავადმყოფობის დროს ტკივილების გამო. ეს ტუბერკულოზურ სპონდილიტის აღმოჩენაში ახალი თავია, რასაც უნდა ჯეროვანი ყურადღება მიექცეს.

3. გულ — ლი .

პიროვნების შეცვლის შესახებ ქრონიკულ ენცეფალიტის დროს (La Presse Med. № 24—24 წ.).

Meyer-ის მიერ მოყვანილი შემთხვევები ნათლად გვიჩვენებენ ფსიქიურ ცვლილებების სხვადასხვა გვარობას ქრონიკულ ენცეფალიტის დროს. ფსიქიურ ცვლილებების მძიმე შემთხვევებში გვხვდება აზროვნების პროცესის გაჭიანურება, სიტყვათა ლექსიკონის სიღარიბე, ფსიქიური ასტენია, მუშაობისადმი სურვილის დაკარგვა, მოკლეთ რომ ვთქვათ ყველა ეს ჩამოგავს სიმპტომებს, რომელსაც ვეძახით „ბრადიფსიქიას“.

თუ ავადმყოფობის პროცესი შორს არის წასული, ფსიქიზმის ცვლილებები თავდება ყოველივე ინტერესის გარემოსადმი დაკარგვით, სრულ აპათიით და „ინტრაფსიქიურ სიცალიერით“.

ცნობილია აგრეთვე ფსიქიური ფორმები ენცეფალიტისა ბავშვების ასაკში ხასიათის შეცვლით, ცოფიანობის შეტევებით და სქესობრივ გაზრწნილობით. ორი დაკვირვება Meyer-ისა გვაჩვენებს, რომ ამგვარი პიროვნების ცვლილებანი სქესობრივ გაუქუღმართებით აღინიშნება ენცეფალიტის დროს მოზრდილობის ასაკშიაც.

3. გულ — ლი .

Jean Ouenu et J. Futou. Диафрагмальная эвентрация. Journ. de Chir. июль 24 г.

(„Врачебное дело“. № 1—2. Январь. 1925. Харьков).

დიაფრაგმალური ევენტრაცია დიაფრაგმალური თიაქარისაგან განირჩევა იმით, რომ შუასაძგიდი ყველგან მთელია. Louste et Futou-მ 105 შემთხვევა დიაფრაგმალურ ევენტრაციის. Furon და Lucy-ს მოწმობით დიაფრაგმალური ევენტრაცია უფრო ხშირია, ვიდრე თიაქარი. მამაკაცი სამჯერ უფრო ხშირად შედარებით დედაკაცებთან განიცდის ამ დაავადებას. ასაკი ნაირნაირი. 12 შემთხვევა შეეხება ახლად დაბადებულთა. პირველთ ნიშნები ქაბუკებს ემჩნევა, უფრო ხშირად პირველი ნიშნები თავს იჩენს 40 წელში. Futou-ი დაავადებას თანდაყოლილად სთვლის, რაც დიაფრაგმის გადაგვარებაზე და მოკიდებული. 130 ევენტრაციიდან მხოლოდ 8 შემთხვევაში გამოიხსნენ მარჯვენა მხარეზე იყო. ევენტრაცია სამგვარ შედეგს იძლევა: გულის



მარჯვნივ დახვევა, მარცხენა ფილტვის აკლაზია და მუცლის ღრუს ორგანოთა (კუჭი, ნაწლავი მდებარეობის ცვლა. ქოშინი, სუნთქვის გაძნელების იერიში, გულმკერდის ღრუს ტკივილი, მარცხენა ფილტვის ფუძის პლევრიტის სინდრომი სასინჯ ჩხვლეტის უარყოფითი შედეგით ან და hydropneumothorax-ის მოვლენანი. დიაფრაგმალური ევენტრაცია გაჭიდვას არ განიცდის. რადგანაც მხოლოდ ერთი ფილტვი სუნთქავს მისი დაავადება ფრიალ სახიფათოა. ამ სნეულტის დროს ხშირია კუჭის წყლული. Futou და Louste-ს მიერ განირჩევა დიაფრაგმალურ ევენტრაციის სამი ტიპი: 1. გულის ტიპი. 2. საკმემომოსანელებელი ტიპი და 3. პლევრაფილტვოვანი ტიპი

Futou გვაფრთხილებს მარცხენა ქვედა პლევრის საცდელ ჩხვლეტისაგან, ვიდრე რენტგენის საშუალებით არ დავრწმუნდებით რომ დიაფრაგმალური ევენტრაცია არ არსებობს. მისი ოპერაცია—thoraco-laporetomia შემდეგში გამოიხატება: ავადმყოფი ზურგზედ წევს. მარცხენა გვერდი ბაშალით აწეულია. ავადმყოფის მარცხენა ხელი ზევით აწეულია. საერთო ანესტეზია. განაკვეთი ნეკთა შორის მეექვსე სივრცეში ილღის უკანა ხაზიდან დაწყებული ამ სივრცის დაწყებამდე რის შემდეგ გრძელდება მუცელზედ თეთრ ზოლამდე. იკეთება 1. კანი, 2. thorax-ის და პლევრის ყველა კუნთი, trorceio ყრტილოვანი კიდე და მუცლის კედელი და აპკი ნეკთა შორის Fuffier-ის გამაფართოველს სდამენ, რაც ნეკთა დაუხიანებლივ კრილობის გაფართოვების 8—10 cm. საშვალეებს იძლევა. კრილობის ზევითა ნაწილში სველი ტამპონი შეყავთ, რომლის საშვალეებით ფილტვს ზემოთ სწევენ. თანაშემწე მუცლის ღრუში ჩადის ხელით შუასაძგიდის გუმბათამდე და ასწორებს ქვემოთ მუცელში კუჭს, ნაწლავს და ყოველ შიგნეულობას. მაშინ დოსტაქარი ანაოქებს შუასაძგიდსა და კერავს. ნაოქი იმ ხელა უნდა იყოს, რომ შუასაძგიდი საკმარისათ დაეშოს.

ამ შემთხვევაში ავადმყოფი მორჩა. ყოველი ანორმალობა, რომელმაც ოპერაცია გამოიწვია, მოისპო Quénu ფიქრობს რომ საკერი მასალა დიაფრაგმისათვის არაშესასრუტი ნივთიერებისაგან უნდა იყოს.

პროფ. ა. მაჭავარიანი.

Münf. Med. Woch. 1923 № 3. Aus dem Raiserin Auguste—Victoria—Haus. Reichanstalt zur Bekämpfung der Säuglings und Klein Kindersterblichkeit. Direktor Prof. Laugstein ძუძუმწოვართა ტუბერკულოზის პროგნოზი.

Hans Langer-ის.

ავტორი აღნიშნავს, რომ არ მართლდება ავტორების შეხედულება, თითქმის ძუძუმწოვართა ტუბერკულოზი ყოველთვის სიკვდილის მომასწავებელი უნდა იყოს. ახალი დაკვირვებები (Harn, Oswald და სხვები) უარყოფენ ამას. თვით ავტორს გაუტარებია 140 შემთხვევა ძუძუმწოვრების ტუბერკულოზისა. სიკვდილიანობა ყოფილა 60%, თუ ძუძუმწოვრობის ასაკი 18 თვით განისაზღვრა; თუ 12 თვით, მაშინ კი პროცენტი სიკვდილიანობისა 66%-მდე ადის. ავტორი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ ეს პროცენტი უფრო მაღალი უნდა იყოს, ვინემ სინამდვილეში, რადგან დიდი უმრავლესობა ლატენტური ტუბერკულოზისა არ ხვდება საავადმყოფოში. რაც შეეხება მომავალ ბედს იმ 56 ბავშვისა, რომლებიც 18 თვემდე არ მომკვდარან, ავტორი აღნიშნავს, რომ 50 მათგანი შევიდა ლატენტურ სტადიაში, ასე რომ შეიძლება ლაპარაკი პირველი ინფექციის მორევაზე (Überwindung) ნახევარში ამ შემთხვევებისა დაკვირვება გრძელდებოდა 4 წელიწადზე მეტი, ზოგიერთ შემთხვევებში კი 10 წლამდე. ავტორს მოყავს რამოდენიმე ავადმყოფობის ისტორია, საიდანაც ჩვენ ვხედავთ, რომ საკმარისად დიდი ცვლილებები ძუძუმწოვრების ფილტვებისა, რომლებიც ყოფილან აღნიშნული რენტგენით 2, 6, 8 თვის ბავშვებზე; რამდენიმე წლის შემდეგ იმავე რენტგენის ჩვენებით თითქმის სრულიად გამქრალან და ბავშვებიც უმეტეს შემთხვევაში საკმარისად განვითარებულან. აქედან ავტორს ის დასკვნა გამოყავს, რომ ძუძუმწოვართა ტუბერკულოზის პროგნოზი არ არის ყოველთვის ცუდი და ტუბერკულოზური ცვლილებების უკუგანვითარების თვისება შეიძლება ამ ასაკში მეტიც იყოს მოზრდილებთან შედარებით, რაც დიამეტრალურად ეწინააღმდეგება საერთოდ მიღებულ შეხედულებას. ავტორი ეხება აგრეთვე საკითხს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს დედ-მამის ტუბერკულოზს ძუძუ-

მწოვრის ტუბერკულოზის პროგნოზისათვის და აღნიშნავს, რომ სიკვდილიანობის % ტუბერკულოზური მემკვიდრეობით დატვირთული ბავშვებისათვის უდრის 65-ს, ხოლო ბავშვებისათვის რომლებიც თავისუფალნი არიან ასეთი მემკვიდრეობისაგან 60-ს. განსხვავება არ არის დიდი მაგრამ დიდია ის ავადმყოფობის მსვლელობის მხრივ. მწვავე ტუბერკულოზი (მილიარული tbc tbc მენინგიტი) იშვიათია პირველთა შორის ქრონიკულ ფილტვის ტუბერკულოზთან შედარებით. 35 შემთხვევიდან პირველი ჯგუფისა 26-ში ყოფილა ქრონიკული ფორმა, მარტო 9-ში მწვავე. მეორე ჯგუფს კი მოუცია 36 მწვავე და 9 ქრონიკული ფორმა. ავადმყოფობა გაგრძელებულია ორი კვირაზე ნაკლები პირველ ჯგუფში 11⁰/₁₀₀-ში, მეორე ჯგუფში კი 55⁰/₁₀₀-ში. დედ-მამის ტუბერკულოზი (სულერთია დედის იქნება ის თუ მარტო მამის) აპატარავენს ძუძუმწოვრის მიდრეკილებას მწვავე ფორმებისადმი. ექსპერიმენტალური გამოკვლევები Römer-ისა თითქოს არ ადასტურებენ ამ გარემოებას, მაგრამ აქ ავტორის აზრით მეტი მნიშვნელობა კლინიკურ დაკვირვებებს უნდა ქონდეს და ისინი კი ლაპარაკობენ, რომ დედ-მამის ტუბერკულოზი იწვევს კიდევ ემბრიონალურ პერიოდში გამაღლებას ძუძუმწოვრის წინააღმდეგობის თვისების ტუბერკულოზის მიმართ. როგორც ეს იმუნიტეტი (პასიური, აქტიური, ჰუმორალური თუ უჯრედობრივი) ჩვენ არ ვიცით, მაგრამ მისი არსებობა უეჭველია. ცუდი მემკვიდრეობით დატვირთული ბავშვების მდგომარეობა მით არის უარესი, რომ ისინი იმყოფებიან მუდმივი ინფექციის პირობებში, მაგრამ თუ ისინი, თუნდაც უკვე ინფექციით შეპყრობილნი, გაშორებული იქნებიან დედ-მამას პირველ თვეებშივე, არის დიდი შანსები მათი სიკვდილიდან გადაარჩენისა. ინკუბაცია ასეთ შემთხვევებში 12 თვემდე გრძელდება, ასე რომ სუპერინფექცია ამოკლებს ინკუბაციის ხანას და რასაკვირველია აუარესებს პროგნოზს. 20 სიკვდილს გადაარჩენილ ბავშვებიდან ცუდი მემკვიდრეობით, ყველაწი პირველ თვეებშივე იყვნენ მოშორებული დედ-მამას. აქედან პრაქტიკული ნაბიჯი — აუცილებელი გაშორება დედ-მამის ოჯახისა, რაც შეიძლება ადრე ერთ წლამდე მაინც; რადგან სუპერინფექციას ერთი წლის მერე არა აქვს ავტორის დაკვირვებით ისეთი ცუდი მნიშვნელობა.

ს. ს. რ. ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის

„მ ლ 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 მონა-
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.

საღმე გამოქვეყნებული წერილები იმავე ენაზე დასაბუქდავად არ მიიღებიან.

მიიღება განცხადებები: ფასი: 1 გვერდი—45 მანეთი.

$\frac{1}{2}$ „ —25 „

$\frac{1}{4}$ „ —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 № 1084.

შეკ. № 8604/64.

დაიბეჭდა 600 ც.

ყოველთვიური პროფესიონალური ჟურნალი

„ს ა უ ნ ჯ ე“

ს ა ნ ი ტ ა რ უ ლ ი გ ა ნ ა თ ლ ე ბ ი ს ო რ გ ა ნ ო .

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.



უკოპ ე. რიჯაზაძის

კლინიკურ-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.

ამჟამად ავტოგენურ ვაქცინას.

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

მისამართი: ლენინის (ოლღას) ქუჩა, გაძაანთ შესასვლელზე (ბუღაძე-გზარიაძის სასლის პირდაპირ) № 3.

ი 93/33



ქურნალის ფასია: 1924 წლის სრული კომპლექტი 5 მანეთი.	
ცალკე ნომერი	1 მანეთი.
თბმავი ნომერი	1 მანეთი. 50 კპმ.

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

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

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

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

ქურნალის შეათე ნომერი უკვე იბეჭდება და გამოვა ოქტომბრის დამლევისათვის.

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

