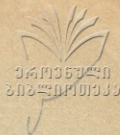


F 260

1927

*სახ. ნაწ.*



გამოცემის წელი მეოთხე

# თანამედროვე

# მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

**№ 5—6**

მაისი—ივნისი

1927



ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიების გამოცემა

ც ფ ი ლ ი ს ი

# მიიღება ხალის მოწარა 1927 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

## „თანამედროვე მედიცინა“

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მანწავლებელთა  
კოლეგიუმის გამოცემა

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, პრაქტიკული მედიცინა, მიმოსილვაობი, კორასკონდენციეობი, რეფერატეობი, ბიოლიოგრაფია და  
ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები, პროვინციელი ექიმები და აგრეთვე მონაწილეობას მიიღებენ საბჭოთა კავშირის და უცხოეთის ექიმ-მეცნიერნი.

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

პასუხისმგებელი რედაქტორები: ივ. ლორთქიფანიძე.  
პ. კავთარაძე. მ. ცხაკაია.  
მდივანი ალ. რუხაძე.

რედაქციის მისამართი: ტფილისი. პლენანოვის გამზირი № 58.  
ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი — ნერვიულ სნეულ. კლინიკა.

გამოცემის წელი მეოთხე

# თანამედროვე

# მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

**№ 5—6**

მაისი—ივნისი

1927

F-1726.



ტფილისის უნივერსიტეტის უმცროსი მასწავლებლთა კოლეჯიუმის გამომცემი

ტფილისი



## შ ი ნ ა ა რ ს ი.

### I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

1. პროფ. ივ. თიკანაძე—რენტგენის სხივების გამოყენება მენოპაუზაში . . . 247
2. ექ. ს. ოდიშარია—პროფესიონალური დაშავებანი რენტგენის სხივებთან მომუშავეთა შორის . . . . . 258
3. მედ. დოქ. ი. აბაკელია—ტუბერკულოზის ქემოთერაპია . . . . . 264
4. ექ. ნ. აღეჟიძე—ნალველას ბუშტის ლამბლიოზის საკითხისათვის . . . 272
5. მედ. დოქ. ნ. ასპისოვი—პირველადი ნაკერი ანტროტომიის შემდეგ . . 280
6. ექ. გ. გოგოლაძე—ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების საკითხის შესახებ . 284
7. ექ. გ. გელოვანი—თირკმლების ანომალიების კაზუსტიკისათვის . . . 291

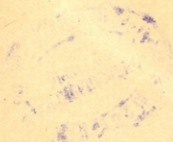
### II. საზოგადოებრივი მედიცინა.

8. ექ. ალ. ოსილოვი—ქობულეთი როგორც კურორტი და მისი სამკურნალო მნიშვნელობა . . . . . 297

### III. მიმოხილვა.

9. ექ. გრ. დიდუბულიძე—თორმეტ გოჯა ნაწლავის ზონდაჟი და მისი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა . . . . . 305

- IV. რეფერატები . . . . . 322



## Танамедрове медицина

(Содержание № 5—6).

### I. Теоретическая и клиническая медицина.

1. Проф. И. Тиканадзе—Применение Рентгеновских лучей в акушерстве . 247
2. Д-р С. Одишария—Профессиональные повреждения среди работающих на Рентгеновских лучах . . . . . 258
3. Д-р мед. Абакелия—Хемотерепия туберкулеза . . . . . 264
4. Д-р Н. Алексидзе—К вопросу о ламблиозе желчного пузыря . . . . 272
5. Д-р мед. Н. Асписов—Первичный шов после антротомии . . . . . 280
6. Д-р Г. Гоголадзе—К вопросу о послеоперационных паротитах . . . 284
7. Д-р Г. Геловани—К казуистике аномалий почек . . . . . 291

### II. Общественная медицина.

8. Д-р Ал. Осилон.—Кобулеты, как курорт и его лечебное значение . 297

### III. Обзоры.

9. Д-р Г. Дидебулидзе—Зондаж двенадцатиперстной кишки и его диагностическое значение . . . . . 305

- IV. Рефераты. . . . . 322
-

## Thanamédrové Médiçiuá

### Sommaire

(Médecine contemporaine № 5—6)

#### I. Le médecine theorique et clinique.

1. Prof. Tikanadze. „L'emploi des rayons X en obstétrique . . . . . 247
2. D-r. Odicharia. Les lesions professioneles chez les radiologistes. . . . . 258
3. D-r. Abakelia. La chimiotheraphia de la Tbc. . . . . 264
4. D-r. Alexidze. Au sujet de la lambliose de la v'esicule biliaire. . . . . 272
5. D-r. Aspissof. La suture primiaire apres antrotomie. . . . . 280
6. D-r. Gogoladzé. Les parotites post.-operatiaries. . . . . 284
7. D-r. Guelcvani. Anomalies renales. . . . . 291

#### II. Meccine publique.

8. D-r. Ossiloff. Kobauleti, station balneaire. . . . . 297

#### III. Revue.

9. D-r. G. Didebulidze. Le sondaje du duodénum et son importance di-  
agnostique. . . . . 305

- IV. Analyses. . . . . 322
-

პროფ. ივ. თიქანაძე.

### რენტგენის სხივების გამოყენება მეანობაში\*)

სწორედ ოცდაათი წელი შესრულდა მას შემდეგ, რაც ვიურტემბურგის პროფესორმა—ფიზიკოსმა Röntgen-მა აღმოაჩინა „ახალი ჯურის სხივები“, რომელსაც მან „X“—სხივები უწოდა, ხოლო დღეს დიდებული მეცნიერის სახელის უკვდავსაყოფად „Röntgen-ის სხივებს“ ვეძახით. ეს აღმოჩენა შემდეგში დიდის წარმატებით გამოყენებულ იქნა ბიოლოგიის სხვადასხვა დარგში და განსაკუთრებით მკურნალობაში. „ნეტავი შესაძლებელ იყოს ადამიანის სხეულის, ბროლისებრ გამსჭვირვალედ გარდაქცევა, რომ შეგვეძლოს შიგ ყველა ცვლილებების დანახვა“ ნატრობდა მე-XX საუკუნის დასაწყისში Philander-ი, და ეს ნატვრა დღეს Röntgen-ის სხივების წყალობით თითქმის განხორციელებულია; თუ აღმოჩენის პირველ ხანებში ამ სხივებით სარგებლობდნენ სხეულში გაჩრილ გარეშე საგნებთა ადგილმდებარეობის აღმოსაჩენად (ტყვია, ნემსი, ლურსმანი და სხვ.), ეხლა მათი საშუალებით ჩვენ შეგვიძლიან არა მარტო ძვლების სხვადასხვა გვარი ცვლილების და დაავადების ამოცნობა, არამედ შეგვიძლიან დიდის სინამდვილით შევიტყოთ ბევრ შინაგან ორგანოების საზღვრები, მათი მოცულობა და დაავადება (საზღვრები გულისა, დაავადება ფილტვების, ღვიძლისა, კუჭ-ნაწლავის წყლული, კენჭები თირკმლის, შარდბუშტის და სხვა), ასე რომ სხვადასხვა ორგანოთა დაავადების ამოსაცნობლად—რენტგენოსკოპიის და რენტგენოგრაფიის დღეს ფასდაუღებელი მნიშვნელობა აქვს. რენტგენი გამოყენებულ იქნა აგრეთვე თერაპევტიული მიზნით; ამ მხრივ მან საკმაოდ ფართე ასპარეზი მოიპოვა დერმატოლოგიაში, ქირურგიაში და განსაკუთრებით გინეკოლოგიაში, სადაც მას უმთავრესად მიმართავენ საშვილოსნოს ფიბრომიომის კურნებისათვის წინასწარი კასტრაციის (რენტგენოკასტრაციის) გამოწვევით, ხმარობენ მას რადიუმთან ერთად აგრეთვე კირჩხიბის საკურნელათაც, ზოგიერთ შემთხვევაში დიდის წარმატებით, ასე რომ დღეს კლინიკა და საავადმყოფო ურენტგენოთ წარმოუდგენელია. რაც შეეხება რენტგენის სხივების გამოყენებას მეანობაში, უნდა ითქვას, რომ სხივები დლიდან აღმოჩენისა პირველ ყოვლისა ხმარებულ იყო ორსულობის, ნაყოფის მდებარეობის, ტყუპის ამოსაცნობად სათუო შემთხვევაში, იყო აგრეთვე მოხდენილი ცდები, რომელთაც მიზნად ჰქონდათ დასახული რენტგენის სხივები გამოყენებით მენჯის

\*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა და ბუნების მეტყველთა საზოგადოების მორიგ კრებაზე 1926 წ.



არა ნორმალობის, და მისი შესავლის, გასავლის და აგრეთვე კონიუგატის ზომების გამოსაკვლევად, მაგრამ ამ ცდებმა სასურველი შედეგი ვერ მოიტანა, ამ მხრივ რენტგენმა ვერ გაამართლა სხესებით ის იმედები, რომელსაც მისგან შენები მოელოდნ და ამიტომ სხვა საკურნალო დარგებისათვის ამ ფრიად მნიშვნელოვან დიაგნოსტიურ და თერაპევტიულ საშუალებაზე შეანებს პირველ ხანებში გული აუტრუდათ; მიზეზი ამ მოვლენისა ის იყო, რომ რენტგენოსკოპიის და რენტგენოგრაფიის (რ.-ფოტოგრაფიის) ტექნიკა ჯერ კიდევ არ იყო იმდენად საკმარისად შესწავლილი, დამუშავებული, რამდენათაც ამას თვით მეშვეთშემშეობის საქმის სირთულე და ვითარება მოითხოვდა.

ამ ბოლო ხანებში, როცა R—სკოპიის და R-გრაფიის ტექნიკა უფრო განვითარდა, შენები ისევ შეეცადნ რენტგენის სხივების სამეანო დიაგნოსტიურ მიზნით გამოყენებას და მიიღეს ბევრი მეტად საგულისხმო შედეგები, რომელთაც თანამედროვე შენობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც პრაქტიკულ, ისე წმინდა მიეცნიერულ თვალსაზრისით.

Bar-მა 1896 წ. თებერვალში Barthelemy-ს და Ouid-თან ერთად სკადა სხვადასხვა ხნოვანობის ნაყოფთა რენტგენოგრაფიის საშუალებით ვადალება და მიიღო ძვლების მკაფიო გამოსახულება, მაგრამ მუცლად მყოფ ნაყოფის ვადალებამ მართო მისი მკრთალი ლანდი უჩვენა.

იმავე წელს პინარმა (Pinard) Varnier, Ghauppais, Chauval და Brentano-ს სახელით წარუდგინა მოხსენება პარიზის სამკურნალო აკადემიის და უჩვენა რენტგენოგრაფები 3 და 7 თვის ალკოპოლში შენახულ საშვილოსნოებისა, რომელზედაც მკაფიოდ იყო გამოსახული ლანდი საშვილოსნოში მდებარე ნაყოფებისა, კარგად მოსჩანდა თავი ნაყოფისა; თავი იყო ქვემოთ და ნიკაპით მკერდზე მიბჯენილი, მოსჩანდა აგრეთვე ხერხემალი, ზემო და ქვემო კიდურები.

იმავე სხდომაზე Pinard-მა წარმოადგინა სურათი, რომელიც რენტგენით ვადაელოთ მკვდარ ორსულ ზღვის გოჭისაკან, სურათზე ნათლად მოსჩანდა 2 ნაყოფის ხერხემალი, ირკვეოდა შესამე ნაყოფის ხერხემალი, ხოლო მენჯში სჩანდა მეოთხე ნაყოფის თავი. მათვე ვადაიღეს რენტგენოგრაფა ცოცხალ ორსულ ზღვის გოჭისა წინასწარ დაბანგვის შემდეგ, თუმცა ვადალების დროს ცხოველი ცოტაოდნავ ინძროდა, მაგრამ ფირფიტაზე მაინც მკაფიოდ გამოსახული იყო ნაყოფების ჩონჩხის ლანდები. П о л л а к-მა უჩვენა პიროგოვის საზოგადოების ექიმთა მე-IV ყრილობას (1896 წ.—კიევი) მკვდარ ორსულ ვირთხის რენტგენონეგატივები, რომელზედაც ნათლად განირჩეოდა სამი ნაყოფის ჩონჩხი, მკერდი, ნეკნები, ხერხემალი, გულის მოხაზულობა და შუასაძვლის გუმბათი. (ავტორს ეხმარა Rumpkorf-ის ხრახნილი 5 სანტ., 5 აკუმუმულატორი, ლამბა K rookes-ის და ექსპოზიცია 50 წამი).

Davis-მა 1896 წ. მოათავსა ნაყოფის თავისქალა დაჩონჩხებულ მენჯში და რენტგენოგრაფაზე მიიღო თავის და მენჯის მკაფიო ლანდი. Eierman-ი შეეცადა თვეში ჩამდგარი ორსულ ქალის რენტგენონეგატივის მიღება, სურათის ექსპოზიციის ხანა უდრიდა 15 წამს, მანძილი ფირფიტიდან 20 სანტ., მაგრამ სრულიად უარყოფითი შედეგი მიიღო. ასეთივე უარყოფითი შედეგი მიიღო Albert-მა, როცა სკადა რენტგენის საშუალებით ნაყოფის მდებარეობის გამოცნობა.





Benedikt-მა Schau-ს კლანიკიდან უჩვენა გინეკოლოგიურ საზოგადოებას (ვენაში) ამოკვეთილი ორი ფიბრომიანი და მასთანვე ორსული საშვილოსნო: ერთი 5 და მეორე 6 თვისა, გადაღებულ რენტგენოგრაფიაზე ორივე ნაყოფის ჩონჩხე კარგად მოსჩანდა, ექსპოზიცია 50 წამი გაგრძელდა. Levy — Dorn-მა მიიღო რენტგენო-ეკრანზე 8 თვის ორსულ ქალის ნაყოფის მკაფიო ლანდი. სჩანდა თავი და ხერხემალი.

Mullerheim-მა მოახდინა ცდები გვამებზე, მან მუცლის არეში ამათ ჩაუღდა ახალი და ალკოჰოლში შენახულ ნაყოფთა გვამები სხვადასხვა მდებარეობით, აქედგან რენტგენო გრაფიაზე მიიღო ნაყოფის თავის მკაფიო გამოსახულება, კარგათ მოსჩანდა ხერხემალი, ნეკნები, კიდურები კი უფრო ბუნდოვნად; ალკოჰოლში გაპკვრიებული ნაყოფებიდან უფრო კარგ სურათს ღებულობდა. ავტორის აზრით სურათის სასურველად აღბეჭდას ხელს უშლის სუნთქვითი მოძრაობა, საშვილოსნოს სისხლძარღვების ძვერა და თვითონ ნაყოფის მოძრაობაც.

Varnier-მ 1899 წელს „Annales de gynecologie“-ში გამოაქვეყნა თავისი სამი წლის ცდებისა და დაკვირვების შედეგები რენტგენის სხივების მიხმარებისა ორსულობის მიზნით, და მივიღა იმ დასკვნამდე, რომ ორსული ქალის რენტგენოგრაფია  $6\frac{1}{2}$  თვიდან ორსულობის დასრულებამდე შესაძლებელია; შეიძლება შეტყობა ნაყოფის თავის მდებარეობისა მენჯის შესავალში, მისი მოცულობისა და მოხრის მეტ-ნაკლებობისა, ხოლო ხერხემალი და კიდურები მკაფიო სურათს არ იძლევა, რომ მუცლად მყოფი ნაყოფის სურათი რენტგენოგრაფიაზე კარგად არ იბეჭდება იმის მიზეზი Varnier-ს აზრით არის ერთის მხრივ ის, რომ ორსული საშვილოსნო იმ ნაწილებით, რომელიც მენჯის და მუცლის ღრუშია მოთავსებული, თანასწორად არ არის ფირფიტადან დაშორებული, ხოლო მეორეს მხრივ თვით დედის რბილი ქსოვილების ზედმეტი სისქე. მანვე აღნიშნა, რომ უფრო კარგი და მთლიანი სურათი ნაყოფისა მაშინ აღიბეჭდება, როცა ორსულს სამი მიმართულებით გაეაშუქებთ: გულაღმა, პირქვე და გვერდზე. ასეთ პირობებში მშვენიერად გამოჩნდება ნაყოფის თავი, ხერხემალი და კიდურებიც. Wormser-ის აზრით რენტგენის სხივები ნაყოფის მდებარეობის გამოსაცნობად არ გამოდგება მუცლის კედლების დიდი სისქის გამო, საზოგადოთ ორსულობის გამოსაცნობად კი გამოდგება, მის პირველ ხანებშიაც კი, მესამე თვიდან.

Bouchacourt-მა გადაიღო რენტგენით, როგორც მკვდარი, ისე ცოცხალი ორსული ქალი: სურათის გადაღება სწარმოებდა მუცელზე, ზურგზე, და გვერდზე მდებარეობაში და რენტგენოგრაფიაზე მიიღო გამოსახულება მხოლოდ მენჯის ღრუში მდებარე თავისა და ზოგჯერ ნაყოფის ჩონჩხის ზოგიერთ ნაწილებისა; კარგი ანაბეჭდის მიუღებლობის უმთავრეს მიზეზად ავტორი ნაყოფის აქტიურ მოძრაობას სთვლის და თან დაასკვნის, რომ რენტგენის სხივების საშუალებით ცოცხალი ნაყოფის მკაფიო ნაკვეთების მიღება შეუძლებელია, და თუ ასეთი მივიღეთ უნდა ვივლისებოთ, რომ ნაყოფი მკვდარია.

Leopold-მა დრეზდენის გინეკოლოგიურ საზოგადოებას უჩვენა თვეში ჩამდგარ ორსული დედაკაცის რენტგენოგრაფია, სადაც მკაფიოდ მოსჩანდა მენჯში შეჭრილი ნაყოფის თავი, შემდეგში მან გამოსცა მშვენიერი სამეანო რენტგენოგრაფიული ატლასი, რომელსაც მეანთათვის მრავალმხრივი მნიშვნელობა

აქვს. Freund-ი რენტგენოგრაფიას უყურებს, როგორც საშუალებას, რომელიც გამოსადეგია ხორცმეტების და ორსულობის მეორე ნახევარში ერთი მეორისაგან გასარჩევად და გამოსაცნობად, უმთავრესად როცა ორსულობა გართულებულია საშვილოსნოს ხორცმეტით.

Гржибовский (პროფ. Рейн-ის კლინიკიდან) თავის საღისერტაციო შრომაში, რომელიც ეხება რენტგენის სხივების გამოყენებას ორსულობის გამოსაცნობად, აღნიშნავს, რომ უკეთეს გამოსახულებას ნაყოფის თავისას ის იღებდა მხოლოდ მაშინ, როცა ორსულ ქალს მუცელს უშარტავდა და ამით ანელებდა მუცლის არეში მდებარე ორგანოთა, მათ შორის საშვილოსნოს, მოძრაობას, რომელსაც დიაფრაგმის სუნთქვითი მოძრაობასთან აქვს კავშირი. ნაყოფის მოძრაობას გასხივების და გადაღების დროს მისი აზრით შეუძლიან სრულიად მოსპოს ნეგატივზე ნაყოფის ჩონჩხის კვალი (ლანდი); მუცლის წინაკედლის სისქეს და ნაყოფის გარემო წყლებს სურათის მკაფიოდ აღბეჭდაში ის მაინცდამაინც არსებით მნიშვნელობას არ აძლევს. უფრო მეტ მნიშვნელობას აძლევს ის რენტგენის მილის სიმაგრეს და სირბილეს და ნაყოფის ჩონჩხის ნაწილთა და შექვამდინარე ფირფიტის შუა მდებარე მანძილს.

Lichtenstein-ი პირიქით ნაყოფის გარემო წყლებს ამ მხრივ დიდს მნიშვნელობას აძლევს. Albert—Schönberg-ი კარგი ანაბეჭდის (ლანდის) მიუღებლობის უმთავრეს მიზეზად სთვლიდა საშვილოსნოს კედლების სისქეს და სიმკვრივეს, ნაყოფის გარემო წყლებს, ნაყოფის ძვლებში კირის ნაკლებობას, დედის სუნთქვითი მოძრაობას, და თვით ნაყოფის საკუთარ მოძრაობას. მისი აზრით რენტგენოგრაფიის საშუალებით შესაძლებელია ტყუილთა ორსულობის გამოცნობა, მაგრამ ნაყოფის მდებარეობის და მენჯის ზომების გამოსაცნობლად რენტგენოგრაფია არ გამოადგება.

ამგვარად, როგორც ვხედავთ, რენტგენის სხივების გამოგონების შემდეგ ახლო ხანებში მოხდენილმა მრავალმა ცდებმა და გამოკვლევებმა იმ მიმართულებით, რომ ეს სხივები გამოეყენებიათ მეანობაში განსაკუთრებით სამეანო დიაგნოსტიკასთვის, როგორც ზემოთ ვსთქვით, ვერ მოიტანა დამაკმაყოფილებელი შედეგი და ამიტომ რამდენიმე ხნის განმავლობაში შემდეგში მუშაობა ამ მიმართულებით თითქოს კიდევ შესწყდა და ეს საკითხი მაინც და მაინც აღარავის აინტერესებდა. მაგრამ ერთი რამ ყველასათვის ცხადი იყო და ყველა გრძნობდა, რომ, უმთავრეს მიზეზს ასეთი უშედეგობისა შეადგენდა ნაყოფის და მენჯის საკმაოდ მკაფიო ანაბეჭდთა მიღების სიძნელე, რაც, ცხადია, დამოკიდებული იყო თვით განსხივების და რენტგენოგრაფიის იმდროინდელ ტექნიკის არა სრულყოფაზე, და აი სწორედ ამ გარემოებამ შეუშალა ხელი იმას, რომ რენტგენის სხივები ადრე ვერ იქნა გამოყენებული მეანობაში.

შემდეგ ხახებში რენტგენოსკოპიის და რენტგენოგრაფიის ტექნიკის განვითარებამ და წარმატებამ კვლავ გაუღვიძა კვლევარებს სურვილი ეხმარათ რენტგენის სხივები არა მარტო სამეანო დიაგნოსტიკურ, არამედ თერაპევტიული მიზნითაც; გამოირკვა ერთის მხრივ, რომ საშვილოსნოს კედლების სისქე და სიმკვრივე და მასთანვე ნაყოფის გარემოწყლების არსებობა მოითხოვს საკმაოდ მძლავ-

რად გამდინარე სხივებს ე. ი. მაგარ სხივებს, რომ შესაძლო გახდეს ნაყოფის ანაბეჭდის მიღება.

პირველი ნაბიჯი რენტგენო-ტექნიკის ამ მიმართულებით გაუმჯობესობისათვის Albert-Schonberg-მა გადასდგა, მან შემოიღო ეგრედ წოდებული კომპრესიული მეთოდი გადაღებისა, მის მიერვე ვაკეთებულ განსაკუთრებულ ბლენდების (რიდე) საშუალებით, ამ ხელსაწყოს დახმარებით გადაღების დროს გადასაღები ობიექტი ბევრად უფრო ბრტყელდება, ნაყოფის გარშემო წყლები განზე იწევს და ამ გვარად მათი მნიშვნელობა, როგორც სხივთ მშთანთქავე არესი ერთობ შენელებდა, რის გამოც გადაღებულ სურათზე—ნაყოფის ჩონჩხი უფრო მკაფიოდ აღიბეჭდებოდა. Albert-Schonberg-მა ამ ხერხით ორ შემთხვევაში მიიღო ისეთი სურათები, სადაც ნაყოფის მოხაზულობა კარგად იჩინებოდა, ასეთივე კარგი შედეგი მიიღო Smith-მა.

ის გვიჩვენებს რენტგენოგრაფიის ხმარებას ტყუპის და ნაყოფის არა ნორმალურად მდებარეობის ამოსაცნობათ. Fabre, Baron და Trillit-მა მიიღეს მშვენიერი რენტგენოგრაფიები მუცლად მყოფ ნაყოფებისა, სურათზე მკაფიოთ მოსჩანს ნაყოფის მთელი ჩონჩხი, ისე გარკვევით, რომ ყველა ძალების დათვლა შეიძლება.

რადგან ნაყოფის ძვლები ნაკლებ კირს შეიცავს და დედის რბილი ნაწილები და ნაყოფის გარემო სითხე ამგვარი სხივების ბევრ რაოდენობას შთანთქავდა, ძვლების ანაბეჭდი ძალიან მკრთალი და ბუნდოვანი გამოდიოდა, ამიტომ დიდი ხნის ექსპოზიცია იყო საჭირო, ხოლო ხანგრძლივი ექსპოზიცია კი არ არის უზრუნველყოფილი დედის სუნთქვითი მოძრაობისა და ნაყოფის თვიური მოძრაობისა, რაც, როგორც აღნიშნული გვეჩვენებს, სურათის გადაღებას შეუძლებლად ხდის. საჭირო იყო რაიმე გზით ნაყოფის გარემო წყლების სხივების შთანთქმის დიდი უნარიანობის შენელება, საჭირო იყო ისეთი ტიპის სხივების ნახვა, რომელიც საზოგადოთ სურათის გადასაღებათ საკმარისად გამტარი იქნებოდა და ამავე დროს ნაყოფის კირით ღარიბი ჩონჩხის მკაფიო ანაბეჭდს მოგვეცემდა; აუცილებელიც საჭირო იყო აგრეთვე შეზღუდვა ნაყოფის მოძრაობისა და დედის სუნთქვითი მოძრაობის გავლენისა.

შემდეგში მთელ რიგ ავტორების მიერ (Gaus, Rodes) გამოქვეყნებული იყო შემთხვევები, სადაც რენტგენის საშუალებით გასინჯულ ორსულ დედაკაცებიდან მიეღოთ ნაყოფის კარგი სურათები, ორსულობის პირველ თვეებშიაც კი. განსაკუთრებით ყურადსაღებია Edling-ის შრომა, სადაც წარმოდგენილია რენტგენოგრაფია 16 ნაყოფისა, სურათები იმდენად დამაკმაყოფილებელია, რომ გვაძლევს სრულ საბუთს ორსულობის არსებობის შესახებ. ზოგიერთი ამ სურათებში ეკოთენის 3 და 4 თვ. ორსულთ, ზოგიერთ სურათზე უფრო მკაფიოთ მოსჩანს ნაყოფის თავი, ზოგიერთზე ჩონჩხი. თანახმად თავის დაკვირვების და გამოცდილებისა, ავტორი გვიჩვენებს რენტგენოგრაფიისთვის ვიხმაროთ Albert-Schonberg-ის კომპრესიული ბლენდა, რადგან მისი აზრით, უმჯობესია ნაყოფის თუნდაც ერთი ნაწილის კარგი მოხაზულობის მიღება, ვიდრე მთელი მუცლის არეს ბუნდოვანი სურათისა. ამასთანავე უნდა აღვნიშნოთ, რომ განსხივების და გადაღების დროს ის ქალს უმეტეს წილად მარჯვენა გვერდზე აწევს,

ქართული მედიკოსების  
 რენტგენოლოგთა  
 კარგად

მარჯვენა ხელი ზურგს უკან უდევს, მარცხენა ფეხი მოხრილია და მაგიდაზე დევს მარჯვენა ფეხის წინ. ფირფიტას, რომლის ზომა უდრის 24+30 სანტ. ათავსებს ქალის მუცლის ქვეშ და გარეთა მხარედან ზევით სწევს, რომ რაც შეიძლება მუცლის ფართო არე დაიჭიროს; კომპარესიულ ბლენდას დგამს ალმაციერად ზურგისაკენ და ქვემოთ, რომ ის, რაც შეიძლება, სინათლის შებრუნებით მოხდეს. ნაყოფის და დედის სუნთქვითი მოძრაობისაგან უზრუნველ საყოფად ის ძალიან ამოკლებს ექსპოზიციის დროს დაახლოებით 2—4 წუთამდე, რისთვისაც სარგებლობს აპარატის მომეტებულ დატვირთვით 10—15 MA მეორად ჯაჭვში და ამავე დროს სარგებლობს გამაძლიერებელი აფარით (ეკრანით) და შუათანა სიმაგრის მილებით, 6 We. ამგვარი ტენიკის საშუალებით, ავტორმა რთგორც ზემოთ აღნიშნეთ, საკმაოდ დამაკმაყოფილებელი სურათები მიიღო, რომელნიც ადასტურებენ ორსულობის არსებობას, და მაშასადამე ცხადყოფენ თვით რენტგენის სხივების ამ მიზნისათვის გამოსადეგობას, მაგრამ როგორც ავტორი თვითონვე აღნიშნავს, გადაღების ტენიკის ამ გაუმჯობესობითაც კი ძნელია ნაყოფის მდებარეობის და თავის მენჯში ჩადგმის გამოცნობა. Eymers-მა 21 შემთხვევაში მიმართა რენტგენის სხივებს, ის სარგებლობდა გამაძლიერებელი აფარით (ეკრანით), ექსპოზიციას აგრძელებდა 6—8 წუთამდე 20 MA დატვირთვით და მიიღო ძალიან კარგი შედეგები, რამაც ავტორს მისცა საბაბი რენტგენოგრაფია ელიარებია ორსულობის დამადასტურებელ მეოთხე აუცილებელ საბუთად, თვინიერ იმ სამი ნიშნებისა, რომელიც საყოველთაოდ ცნობილია და მიღებული. პროფ. Kurt Warnekros-მა (Bumm-ის კლინიკიდან) ყოველ ექვს გარეშე დააყენა რენტგენოგრაფიის მნიშვნელობა მენიშნებაში, ამის მოწამება ის მშვენიერი რენტგენოგრაფიები რომელიც მან მოგვცა თავის შესანიშნავ შრომაში: Schwangerschaft und Gebur in Röntgenbilde“, რომელიც გამოიცა 1921 წ. საკმარისია დაკვირვებით გადაათვალიერო ეს სურათები, რომ დარწმუნდე, თუ რა დიდი საქმის გაკეთება შეუძლია ადამიანის დაულალავ შრომას და ტენიკას. 30 ჩინებულად შესრულებულ რენტგენოსურათზე მკაფიოთ აღბეჭდილია ნაყოფის სხვადასხვა გვარი მდებარეობა საშვილოსნოში, ნათლად მოსჩანს წვრილი დეტალები ნაყოფის ჩონჩხისა, წარმოდგენილია აქამდე ჩვენთვის უცნობი მომენტები მშობიარობის მექანიზმისა.

როგორც ირკვევა რენტგენს შეუძლიან დაგვეხმაროს გამოვიცნოთ არა მარტო ორსულობა, იქნება ეს ერთ ან მრავალნაყოფიანი, არამედ თვითმდებარეობა ნაყოფისა—სივრცისი ან გარდვიგარდმო, აგრეთვე მისი შემწეობით საშუალება გვეძლევა თვალყური ვადევნოთ მშობიარობის მთელ მექანიზმს, მის წინმხედობას, შეგვიძლიან გამოვიცნოთ მენჯის და ნაყოფის არა ნორმალუბა, სიმახინჯე და შიგ მენჯის ღრუში განვითარებული ხორცმეტებიც კი (lipoma am os sacrum) და სხ. ავტორმა ამ შედეგებს მიაღწია მრავალი ცდების შემდეგ, რომელიც უმთავრესად მიმართული იყო რენტგენოგრაფიის ტენიკის გაუმჯობესობისაკენ, მან ისარგებლა Koch და Sterzel-ის აპარატით და Siemens-ის ვოლფრამის მილებით, რომელიც მისი დაკვირვებით უმჯობესია მაღალი დაქიმვის და ძალის ნაკადის მეორად ბანდში (ჯაჭვში) მიღებისათვის. მიღებს ძალიან რბილს ხმარობდა და ცდილობდა ყოველ ერთ მიდგომაზე რაც შეიძლება ძლი-



ერ დაეტვირთა; ამ ზედატვირთვის გამო მისი აზრით მილი სურათის გადაღების დროს მაგრდება და ამგვარად ფირფიტაზე მომქმედ სხივთა კონაში ვილებით მაგარ და რბილ სხივთა შენარევს (რევენარს). ასეთი შერეულ სხივების შემოქმედებით დედის ძვლები და ნაყოფის ჩონჩხი განსხვავებული გამოდის და კარგად განირჩევიან. სიმაგრე მილისა  $3-3\frac{1}{4}$  We, მეტი არ უნდა იყოს, სურათის გადაღებისას 60 Amp-ადე პირველადი დატვირთვის დროს, ნაკადის მეორადი ძალა მილში უნდა უდრიდეს 100—120 MA, ექსპოზიციისათვის შუათანა რიცხვით საკმარისია 0,8—0,9 წამამდე, ზოგიერთ შემთხვევაში ეს დრო შეიძლება გაგრძელდეს 2 წამამდე მილის და აპარატის უვნებლად. ფირფიტიდან ფოკუსის მანძილი — 60 სან. მილის ყუთში ბლენდის ამოკრილი წარმოადგენს წრეს, რომლის დიამეტრი უდრის 10 სან.; გადაღების დროს ორსულ პირქვე, მუცელზე წევს, რაც ხანმოკლე ექსპოზიციის გამო ადვილი ასატანია, თუ ასეთი მდებარეობა რაიმე მიზნების გამო უხერხულია, შეიძლება გვერდზე დავაწვინოთ ან ზეზენდგომი გადავილოთ განსაკუთრებულ ამისთვის სტატივში. მე აქ არ შევუდგები პროფ. Warnekros-ს მიერ გამოიმუშავებულ რენტგენოგრაფიის ტენიკის დეტალების განხილვას, მხოლოდ განმეორებით დავძენ, რომ აღნიშნულ ტენიკის საშუალებით მან ბრწყინვალე შედეგები მიიღო და რენტგენოგრაფიას, როგორც სამეანო დიაგნოსტიურ მეთოდს, მკვიდრი საფუძველი მოუპოვა. ასეთი კარგი შედეგები მიიღო ექიმმა Архангельский-მ მიუხედავით იმისა, რომ მას ძალიან მძიმე პირობებში უხდებოდა მუშაობა, მაინც მრავალი ცდების შემდეგ შეიმუშავა საკუთარი ტენიკა, რომელიც თითქმის იმგვარივე პირინციპებზეა აშენებული, როგორც Warnekros-სა, მილი მაგარი—4 We, დატვირთვა 45 MA, ექსპოზიკია  $1-1\frac{1}{2}$  წუთი, კომპრესია ოვალური ბლენდის სახით  $20 \times 15$  სან. კრებწერტის (ფოკუსის) მანძილი—60 სან; იღებს რა მხედველობაში თავის ამ მხრივ მიღწევებს ავტორი ამბობს „ჩვენი რენტგენოგრაფები იმდენად დამარწმუნებელია, ხოლო, Warnekros-ის იმდენად უნაკლო და სრულყოფილი, რომ ძირითადი სიძნელე რენტგენის სხივების გამოყენებისა მშობიარობის პროგნოზისათვის ე. ი. ნაყოფის ჩონჩხის და დედის მენჯის საკმაოდ მკაფიო რენტგენო-სურათის მიღება, დაძლეულ საქმედ უნდა ჩაითვალოს. პროფ. Essen—Muller-ს და შემდეგ Genell-ს ჰქონდათ შემთხვევა რენტგენოგრაფიის საშუალებით გამოეცნოთ სამტყუპი ორსულობა, როდესაც ჩვეულებრივი მეთოდი იძლეოდა მარტო ტყუპის ნიშნებს. III op-მა (კიევი) რენტგენოგრაფიის საშუალებით გამოეცნო მუცლად მყოფ ნაყოფის სიმახინჯე (hemicephalus). ანამნეზით ქალი შეიდი თვის ორსული იყო, მაგრამ საშვილოსნოს სიდიდე ბევრად მეტი, გულის ცემა ნაყოფისა არ ისმოდა, ავტორმა 4-ჯერ გადაიღო ამ ორსული ქალის სურათი, (პირველი ორი) (dorso-ventral, dorsal), გადაღებისას მარტო ბუნდოვანი ლანდი მიიღო, მესამეჯერ (latero-ventral.) ნათლად აღიბეჭდა ნაყოფის ხერხემალი და კიდურები, თავის ქალას მაგიერ რაღაც უსახო შეგუნდება (კონგლომერატი) მიიღო, ამით ის დარწმუნდა, რომ ნაყოფი მახინჯი იყო, რაც მომშობიარების შემდეგ სავსებით გამართლდა. ავტორმა საერთოდ რენტგენს 50 შემთხვევაში მიმართა, აქედან 23 სრულიად ნორმალური შემთხვევები, რომელნიც არავითარ ექვს არ ბადებენ, 27 შემთხვევა კი იყო ისეთი, სადაც ამოცნობა სიძნელეს წარმოადგენ-

და, უმრავლეს შემთხვევაში გადაღებული სურათი სწორ და მართალ პასუხს იძლეოდა, შეცდომებს ნაკლებად ჰქონდა ადგილი, რასაც ავტორი მიაწერს ერთის მხრივ იმას, რომ, როგორც ის გულახდილად აღიარებს, გასინჯვის და გადაღების პროცესში მან დაჯინებით სიმტიცე ვერ გამოიჩინა, ავტორი იმედოვნებს, რომ როცა ის გადაღების დროს ისარგებლებს, ეგრედწოდებულ პოტერ-ბუკის ბლენდით, მაშინ ბევრათ უფრო უტყუარ და დამაკმაყოფილებელ შედეგებს მიიღებს.

რენტგენის სხივები რენტგენოგრაფიის სახით მოწოდებული იყო, როგორც აღნიშნული გვექონდა აგრეთვე მენჯის ზომების გამოსაკვლევადა. პირველად ამ საკითხს შეეხებენ Varnier და Pinard, რომელთაც გააკეთეს ამის შესახებ მოხსენება ექიმთა მე-XII საერთაშორისო კონგრესზე მოსკოვში, ისინი იღებდნენ ცოცხალის მენჯის რენტგენოგრამას და ჩონჩხულ (გამხმარ) მენჯისა და ერთი მეორესთან შედარებით იკვლევდნენ ცალკე ზომებს, ამ მეთოდს მათ უწოდეს *pelvimétrie par comparaison*; შესავლის გარდიგარდმო ზომის შესატყობათ სურათზე გადაღებულ ზომიდან აკლებდნენ 2 სან., მათი დაკვირვებით ეს მეზოდი და მისი მიხედვით მიღებული ზომა--მანძილი შუათანა რიცხვით 2—3 მილიმეტრის ფარგლებში შეეფერებოდა სინამდვილეს; მიუხედავად ამისა ეს მეთოდი, როგორც ბევრ სხვა შემდეგში მოწოდებული (Lewy—Thumin-ის, Albert-ის, Confermoulin, Wormser და Marie-Cluzet-ის), პრაქტიკულ მუშაობაში, ვერ იქნა გამოყენებული, რადგან გარდა იმისა, რომ მათი მოხმარება ტექნიკურად ძნელი იყო, საჭიროებდნენ რთულ მათემატიკურ გამოანგარიშებს. შედარებით უფრო უნაკლო გამოდგა Fabre-ის მეთოდი, რომელსაც ის მეტრიულ პელვიგრაფიას უწოდებს.

ამ მეთოდის არსი მოკლედ გამოიხატება იმაში, რომ დედაკაცის მენჯის ფოტოგრაფიულ ფირფიტაზე გადაღებასთან ერთად იღებენ აგრეთვე ამავე ფირფიტაზე ლითონით დაკბილულ სახაზავს. ამ სახაზავის კბილების შუა მანძილი უდრის 1 სან., ოთხი ამგვარი სახაზავი შეკრულია ოთხკუთხედ ჩარჩოს მსგავსად; რადგან მენისათვის უფრო საჭიროა მენჯის პირდაპირი და გარდიგარდმო ზომების ცოდნა და, რადგანაც ეს ზომები სხვადასხვა სიბრტყეშია, ამიტომ ჩარჩოც ორმაგია, ასე რომ, ორი მისი სვეტი წინა და უკანა გარდიგარდმო სიბრტყეში მოყვება, ორი ლატერალური (გვერდითი) წინა უკანაში (კონცხობჭევის); გადაღების დროს ქალი პირქვე წევს, ექსპოზიცია გრძელდება 3—5 წამამდე; ახალი კონსტრუქციის რენტგენის შექმნის შემდეგ მან ეს ხანა 19—20 წუთამდე შეამოკლა, მილისა და ფირფიტის შუა მანძილი—50 სან.; გადაღებულ რენტგენოგრამაზე შეაერთებენ სახაზავის მოპირდაპირე კბილებს და მიღებულ ცხრილის საშუალებით იკვლევენ მენჯის ზომებს; ავტორი თავის მეთოდს სთვლის უსაცოილოდ და სხვა მოწოდებულ მეთოდების წინაშე დიდს უპირატესობას აძლევს, მისი დაკვირვებით შეცდომა მენჯის ზომის სიგრძეში 2 მილ. არ აღემატება. Fabre-ის მეთოდი შემდეგ ბევრმა (Bouchacourt, Maygrier) გამოსცადეს და შედეგებით კმაყოფილი დარჩნენ.

Bouchacourt-მა გვამზე შეამოწმა ეს მეთოდი და საცხებით დაადასტურა მისი სისწორე.



ზოგიერთმა ავტორებმა შემდეგში ამ მეთოდში ცოტაოდენი ცვლილება შეიტანეს (Bouchacuort, Couton, Hermeman), მაგრამ ამ ცვლილებებს უკეთესი შედეგი არ მოუტია. თუმცა ზემოაღნიშნული მეტრიული მეთოდი გადალევს მენჯის შესავლის ზომების დიდის მიახლოებით გამოცნობის საშუალებას, მაგრამ მისი საშუალებით ძნელია და თითქმის შეუძლებელიც, მენჯის ზომების და ნაყოფის თავის შორის ურთიერთ დაზოკიდებულების შეტყობა. ამიტომ საჭირო იყო ისეთი მეთოდების გამოძებნა, რომელიც საშუალებას მოგვცემდა მიგველო მენჯის და თავის ისეთი გამოსახულება, რომელიც მათი ნამდვილი ასლი იქნებოდა და თვით ცალკე წერტილების შუა მანძილის გაზომვა ნამდვილ მათემატიკურ წესზე იქნებოდა დამყარებული. ამ მოთხოვნილებას, როგორც (ამ ბოლო ხანებში) ირკვევა, აკმაყოფილებს რენტგენოსტერეოპელვიმეტრიის მეთოდი, რომელიც გამოიმუშავა დოცენტმა არხანგელსკიმ. მან ისარგებლა Глаголева — Аркадьева-ს რენტგენოსტერეომეტრით, რომელიც თავისი კონსტრუქციით წააგავს Pulfrich-ის სტერეოსკოპულ ხელსაწყოს, მაგრამ სამეანო თვალსაზრისით, მენჯის გაზომვის მხრივ, მის წინაშე უპირატესობა აქვს. მე აქ არ შეუდეგები ამ აპარატის მოწყობილობის აღწერას და აგრეთვე არც იმ ცვლილებების და იმ დამატებითი ნაწილების აღწერას, რომელთაც შეტანის აუცილებლობა ამ აპარატში ექიმ Архангельский-მ საჭიროთ დაინახა დასახულ მიზნის ე. ი. მენჯის ზომების და ნაყოფის თავის შორის ურთიერთობის დამოკიდებულების მისაღწევად. ამ აპარატის (რენტგენოსტერეოპელივიგრაფი და რენტგენოსტერეომეტრი) საშუალებით მან მიიღო მკაფიოდ აღბეჭდილი სურათი, სადაც გარკვევით მოსჩანდა ქალის მენჯი და ნაყოფის თავის და ჩონჩხის მოხაზულობა. ავტორის გამოცდილებით და დაკვირვებით ამ მეთოდის შემოღებით, ყველა ქალს დაორსულებამდე ეძლევა საშუალება იქონიოს ნამდვილი და სრული წარმოდგენა თავის მენჯის შენობაზე ე. ი. ჰქონდეს, როგორც ამბობს ექ. არხანგელსკი, „თავისი მენჯის პასპორტი“.

ამ მეთოდის ცხოვრებაში ვატარების შემდეგ ჩვეულებრივი გაზომვა მენჯის გარეგანი ზომებისა და ამით მენჯის შინაგანი ზომების გამოკვლევა თითქმის ჰკარგავს თავის მნიშველობას. ამ მეთოდით შეგვიძლიან უშუალოდ გავზომოთ არა მარტო მცირე მენჯის შიგნითა ზომები, არამედ ნაყოფის თავისაც, რაც მოგვცემს საშუალებას გამოვარკვიოთ ნაყოფის თავის და მენჯის ტეობის შეფარდება და ამის მიხედვით გამოვსთქვათ ჩვენი აზრი მშობიარობის პროგნოზის შესახებ და წინასწარვე მივიღოთ შესაფერი ზომები.

ფრიად საინტერესოა საკითხი, აქვს თუ არა რენტგენით გაშუქებას და რენტგენოსურათის გადაღებას ორსულზე ან მის ნაყოფზე რაიმე ცუდი გავლენა, ვინაიდან ყველა ორსული ქალი გაშუქებამდე ამ შეკითხვით მოგვმართავს ხოლმე და დაგვეთანხმება გაშუქებაზე, როცა განუმარტავთ და დავარწმუნებთ, რომ ცუდი შედეგი არც მათ და არც მის ნაყოფს არ მოელის. ამ საკითხს მკვიდრო კავშირი აქვს მეორე არა ნაკლებ საგულისხმო საკითხთან — რენტგენის საშუალებით მუცლის მოწყვეტასთან.

ცხოველებზე მოხდენილი ექსპერიმენტები გვარწმუნებენ, რომ ორსულობის დასაწყისში რენტგენით გაშუქებას შეუძლიან გამოიწვიოს ორსულობის შეწყვე-



ერქმენული

ტა. Fribimich-მა 11 ორსულ ბაქიის გაშუქების შემდეგ, 9 შემთხვევაში იყო აბორტი ან ნაყოფების განღვევა და შესრუტვა. ამის მიზეზად სთვლიან საკვერცხეების ატროფიას და თვით საშვილოსნოზე და ნაყოფზე სხივების უშუალო მოქმედებას. ზოგი (Hippel, Kohn) ამის მიზეზს მიაწერს ერთგვარ ტოქსინს (რენტგენოლეიკოტოქსინს), რომელიც ჩნდება ორგანიზმში რენტგენის სხივების ზეგავლენით. ორსულობის მეორე ნახევარში ორსულობა (Burckhard, Гржиниоv-ckий) არ შესწყდება, მაგრამ ნაყოფს ემჩნევა დაზიანება და სიმახინჯე. ასეთი ნაკლი ზოგჯერ ცხადდება ცხოველთა არა პირველ, არამედ მეორე და მესამე თიბაშიაც კი. აქვს თუ არა ორსულ ქალზე მგზავსი ცუდი გავლენა რენტგენის სხივებს ვერას ვიტყვით, აღენიშნავეთ მხოლოდ, რომ Kandy-ს 6-ჯერ გადაულია რენტგენოგრაფია ზედიზედ ერთსა და იმავე ორსულ ქალისა და ცუდი შედეგი არ მოჰყოლია, ბავში დაბადებულა დროზე, სრულიად საღი. Шор-ის 50 შემთხვევიდან მხოლოდ ერთ ქალს, რომელსაც დალოგინებამდე რამოდენიმე დღე აკლდა, ნაადრევად წყლები დაუღვრია და სამშობიარო ტკივილები დაწყებია. ასეთ შედეგს ავტორი შემთხვევით მოვლენას მიაწერს, და არა განსხივების ზეგავლენას.

მართლაც ძნელი წარმოსადგენია, რომ მოკლე ხნით განსხივებამ, რომელიც საჭიროა სამეანო მიზნით და რომლის ხანგრძლივობა რამდენიმე წამით და წუთით განისაზღვრება, გამოიწვიოს მუცლის მოშლა. ზოგიერთი ავტორის აზრით განსხივება ორსული ქალის ორგანიზმში თითქოს ჰქმნის ერთგვარ განწყობილებას აბორტისადმი, ზოგს (Fraenkel, Smith, Gaus, Döderlein) განსაზღვრულ ჩვენებით უხმარია რენტგენი ხელოვნური აბორტის გამოსაწვევად და დადებითი შედეგი მიუღიათ, მაგრამ მიუხედავად ამისა მთელ რიგ ავტორებს (Schmidt, Krause, Runge, Seitz) არა ერთხელ განმეორებულ და ხანგრძლივ ექსპოზიციის შემდგომაც კი ვერ გამოუწვევიათ მუცლის მოშლა.

ყოველ შემთხვევაში უმჯობესია, თუ ჩვენ, თანახმად Pankow-ის და Mayer-ისა, ორსულობის პირველ ნახევარში საკასტრაციო დოზებით განსხივებას მოვერიდებით.

როგორც სჩანს, რენტგენი, როგორც მეთოდი მუცლის მოწყვეტისა, არ გამოდგება და ამ მიზნისათვის, როგორც გვიჩვენებს Fränk-ი ის არ უნდა ვიხმაროთ, მეტადრე რომ ის ამ შემთხვევაში გვიან მოქმედობს და ნაკლებ საიმედოც არის: მკვდარი ნაყოფი დიდხანს რჩება საშვილოსნოში და მის გამოსაღებად ოპერატიული ჩარევა შემდეგში აუცილებელი ხდება.

დასასრულ არის კიდევ ერთი საკითხი, რომელსაც არსებულ პირობებში დიდი მნიშვნელობა აქვს; აქ მე ვგულისხმობ R-ს სხივების გამოყენებას, როგორც დაორსულების საწინააღმდეგო საშუალებას. რენტგენით ჩვენ შეგვიძლიან სწრაფად გავანადგუროთ საკვერცხის ფოლიკულიალური აპარატი, მოვსპოთ შიგ მოთავსებული კვერცხები. ამგვარი ჩარევით ქალი სამუდამოთ უშვილო რჩება; მაგრამ შესაძლებელია დროებით კასტრაციის გამოწვევა და რამდენიმე ხნის შემდეგ, ფოლიკულიალური აპარატი, ასე ვთქვათ, განახლდება, ქალს თვითონ მოუვა, და დაორსულებაც შესაძლებელია, მაგრამ საქმე იმაშია, რომ წინასწარ ძალიან ძნელია თქმა, როდის დადგება სტერილობის ხანა და როდის მოისპობა, როდის





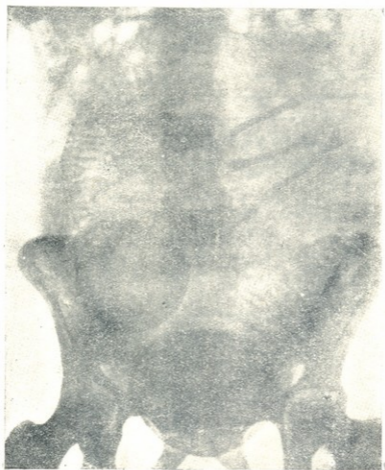
სურ. № 1.

მარჯვენა ზურგით წინ გარდიგარდმო მდებარეობა. გამოძევების ხანა.  
(Warnekros-იდან)



სურ. № 2.

ტყუპები მენჯით მდებარეობაში, ათი თვის ორსულობა.  
(Warnekros-იდან).



სურ. № 8.

ტყულები თავით წინა მდებარეობაში, პირველი ნაყოფი მწეჯის  
გამოსაველშია. (Warnekros-იდან).



მოვა საკვერცხე კიდეც ისეთ მდგომარეობაში, რომ შესაძლებელი იყოს სულელება, და თუ ეს არ ვიცით მაშინ ჩვენ არ შეგვიძლიან დროებითი კასტრაცია ჩავთვალოთ დაორსულების საწინააღმდეგო საიმედო საშუალებად.

ამგვარად, თანამედროვე ლიტერატურულ წყაროების მიხედვით, რენტგენის სხივების მეანობაში გამოყენების შესახებ, ჩვენ შეგვიძლიან გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნა.

1. რენტგენო-დიაგნოსტიური გამოკვლევის მეთოდს მეანობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს, მძიმე შემთხვევაში მეან-კლინიკისტს ის ღიძს დახმარებას გაუწევს.

2. რენტგენის სხივებით გამოკვლევა დედისა და შვილისათვის სრულიად უვნებელია.

3. ორსულობის გამოსაცნობათ რენტგენი უკეთ IV თვიდან გამოდგება, უფრო ადრინდელ ორსულობის გამოცნობისათვის ჯერ-ჯერობით ეს მეთოდი არ არის დაუშავებელი.

4. რენტგენით შეიძლება გამოცნობა: 1) ორსულობისა მეოთხე თვიდან 2) რაოდენობა ნაყოფის, 3) მდებარეობა, 4) სიდიდე, 5) სიმახინჯე, 6) მცირე მენჯის შინაგანი ზომების შეტყობა მათემატიკური სისწორით, 7) ნაყოფის თავის ზომის და მისი მენჯის ტეობის შორის დამოკიდებულება.

8. მისი შემწეობით საშუალება გვეძლევა თვალყური ვადევნოთ შშობიარობის მოვლ მექანიზმს.

F-1726.

მ. ს. ოდიშაკია.

ტფ. რკ. გზ. საავადმყოფოს რენტგენოლოგიურ განყ. განგე.

### პროფესიონალური დაზავებანი რენტგენის სხივებთან ამოუშავეთა შორის\*)

„საკიროა რენტგენის სხივებს მიეჭეს ისეთივე ყურად-  
ღება როგორც საწამლეებს, ვინიდან შესაძლოა გა-  
მოიწვიონ ისეთი დაზავებანი, რომელთა გამოსწორება  
შეუძლებელი ხდება“. Fischer

რენტგენოლოგიამ მედიცინის საერთო მარტიროლოგიაში შეიტანა ბევრად უფრო მეტი მსხვერპლი, ვიდრე, მაგალითად ანატომიამ თავის მრავალ საუკუნეთა ისტორიის განმავლობაში<sup>1</sup>, ამბობს ს. რ ე ი ნ ბ ე რ გ ი. მიუხედავად იმისა, რომ რენტგენოლოგია არის მედიცინის უახალგაზრდესი დარგი (30 წლის არსებობა), ამ დარგში მომუშავეთა შორის უკვე არის 120-ზე მეტი მსხვერპლი. ასეთ მოკლე ხანში ეს წარმოადგენს დიდს პროცენტს, თუ მივიღებთ აგრეთვე მხედველობაში ამ დარგში მომუშავეთა რიცხვის სიმცირეს. დაზავებულთა შორის საკმარისია აღენიშნოთ ასეთი კორიფეები როგორც: პროფ. Albers-Schönberg-ი, რენტგენის სხივებით დაზავების გამო მოკვეთილ ექმნა მარჯვენა მხარ-ბეჭი და მარცხენა ხელის თითები,—პროფ. Levy-Daru-ის, Holzknacht-ის მოკვეთილი აქვთ რამოდენიმე თითები და დაზავებული ხელის კანი, Розенblatt-ი და ბევრი სხვა. ამ მოკლე ხანში რენტგენოლოგიამ დაკარგა მძიმე დაზავების გამო ხანგრძლივი ავადმყოფობის შემდეგ გამოჩენილი ჰიონერი ამ დარგისა საფრანგეთში პროფ. Bergonier.

უმთავრესი პროფესიონალურ დაზავებებს იწვევს სამი ფაქტორი: 1) მაღალ მძლეობის ელექტრონის ნაკადი, 2) მომწამლავე გაზები და 3) თვით რენტგენის სხივები.

ცნობილია, რომ ელექტრონის ნაკადი მაღალი მძლეობისა ფრიად საფრთხოა სიცოცხლისათვის, მიუხედავად ყოველივე დასაცავად მიღებულ, როგორც კონსტრუქტიულ ისე პირადი ზომების, ლიტერატურაში ჩვენ ვპოულობთ დაზავების შემთხვევებს რენტგენოლოგთა შორის (10 შემთხვევა სიკვდილისა)<sup>1</sup>).

\*) მოხსენება რკინის გზის საავადმყოფოს ექიმთა სამეცნიერო ყრილობაზე 17/I 1925 წ.

<sup>1</sup>) ამ მოკლე ხანში ფინლიანდიაში ელექტრონის ნაკადიდან დაიღუპნ მუშაობის დროს ექიმი რენტგენოლოგი და სათნოების და.

Reusch-ის და სხვ. გამოკვლევებიდან სჩანს რომ კაბინეტებში, სადაც სწარმოებს მუშაობა მაღალ მძლეობის ელექტრონის ნაკადით, ჩნდება ადამიანის სხეულისათვის საწამლავი ქიმიური შეერთებანი, როგორც მაგალითად აზოტის სიმეტავენი ( $\text{NO}_2$ ,  $\text{N}_2\text{O}_4$ ,  $\text{NO}_3$ ) და ტოქსიური ოზონი. რომლებიც იწვევენ დაწყებითი მოწამვლის ნიშნებს: მძლავრი თავის ტკივილები, ზედმეტი დაქანცვა, (რაც ხელს უშლის მუშაობას რამოდენიმე დღის განმავლობაში), გულის წასვლა, პირის ლებინება და სხვა. Wintz-ი აღნიშნავს, რომ ვისაც დიდხანს უმუშავნია რენტგენის კაბინეტში იმისათვის არ არის უცნობი გულ-მაგიწყობა, აზრის არევა და გულ-დადების დაკარგვა. რამოდენიმე ხნის შემდეგ ამას მოყვება სისხლის შემადგენლობის ცვლილება, რომლის მიზეზად გაზების გარდა უნდა ჩაითვალოს აგრეთვე თვით რენტგენის სხივების მოქმედებაც.

ოზონის ცუდი გავლენა ადამიანის სხეულზე (ხანგრძლივ მოქმედების გამო) აქვს აღნიშნული Videmann-ს უკვე 1883 წელში სტატიურ აპარატზე მომუშავეთა შორის. Mathes-ი აღწერს შემთხვევას ერთ-ერთ პატარა რენტგენის კაბინეტში ზაფხულში, მიუხედავად იმისა რომ მუშაობა სწარმოებდა გაღებულ ფანჯრებთან, ჰაერი იმდენად ფუჭდებოდა, რომ თითქმის ყოველდღე იყო შემთხვევა ოზონით მოწამვლისა და ამისათვის იძულებული გახდნენ შეეწყვიტათ მუშაობა; შემდეგში, როდესაც მაღალ მძლეობის ელექტრონის მავთულები, ნაპერწკლის დამცველი, და სხვა გადაიტანა, გადაპყრო კედლით და გაუქვთა კარგი იზოლაცია მოწამლვა შეწყდა. Kohler-ი გვიჩვენებს მოვათავსოთ თვით აპარატი ცალკე ოთახში, მაღალ მძლეობის ელექტრონის ნაკადისათვის წვრილ მავთულების მაგივრად ვიხმაროთ ვაპარიალებული მსხვილი სპილენძის მილები და საექიმო პერსონალი დაკუთვნიან ტყვიის კედლით არა ნაკლებ 5 მილიმეტრის სისქისა. ამასვე ამბობს Wintz-ი.

აზოტის შენაერთების და ოზონის გარდა რენტგენის კაბინეტებში ეპოულობთ აგრეთვე სხეულისათვის მავნებელ: სინდიის შენაერთებს (ელექტრ. ნაკადის სინდიის შემწყვეტით მუშაობის დროს), გოგირდის შენაერთებს (Wenelt-ის შემწყვეტი) და ტყვიის შენაერთებს. ამ ზემოხსენებულ შენაერთების ყოველდღიური შესუნთქვა, თუნდაც პატარა ღოზებით, საკმარისია ადამიანის ქრონიკულ მოწამვლისათვის.

ელექტრონის ნაკადზე და გაზებზე უფრო საფრთხილო და მავნებელია თვით რენტგენის სხივები.

წინა დეტალებიდან, რომ რენტგენის სხივები წარმოიშობიან მხოლოდ ანტიკატოდის სარკისაგან და ყოველივე დასაცავი მასალები იყო მიმართული ამ „ფოკალური“ სხივების წინააღმდეგ; მაგრამ შემდეგში გამოიჩინა, რომ რენტგენის მილის სხვა ნაწილებიც წარმოიშობენ ასეთივე სხივებს. Coolidge-მა და Moore-მა გამოარკვეეს, რომ ანტიკატოდის უკანა ნაწილი წარმოიშობს 0,1 ნაწილს „ფოკალურ“ სხივების რაოდენობისას. ეს სხივები არიან მეტად მკვრივი. Barclay აღნიშნავს, რომ ამ სხივთა რაოდენობა უდრის 5% „ფოკალურ“ სხივთა რაოდენობისას. Lorey-მ ამ „რეტრო-ფოკალური“ სხივთა საშუალებით გადაიღო მაჯის სურათი 14 მეტრის მანძილზე დახურულ კარის გაღალმა (ექსპოზიცია 30 წუთით, 180 KV, 2.5 MA). Pape-მ Coolidge-ის მილი დაფარა 3,5 მილიმეტრი



ტყვიით და 30 სანტიმეტრის მანძილზე 20 წამის განმავლობაში გადაიღო მაჯის სურათი. გამოირკვა აგრეთვე რომ რენტგენის სხივები ყოველივე საგანში ქმნიან ეგრედწოდებულ „მეორედ სხივებს“, რომელიც იწვევენ ადამიანის სხეულში უფრო სუსტ დაზიანებას, ვიდრე „პირვანდელი სხივები“. თუმცა უფრო საფრთხილი არიან იმისთვის, რომ მათგან დაფარვა ძნელია, ვინაიდან მოქმედებენ სხეულზე ყოველ მხრიდან (წარმოიშობიან კაბინეტში ყოველგან, სადაც კი ეცემა რენტგენის სხივი: კედელი, ქერი, იატაკი და სხვა).

მაუხედავად იმისა რომ სახელმწიფო რენტგენოლოგიურ და რადიოლოგიურ ინსტიტუტში ლენინგრადში იყო განხორციელებული ტყვიით დაცულ კაბინეტების პრინციპი და დაცვა პერსონალის იყო დაყენებული იდეალურად იმ პირობების მიხედვით, რომელიც მიღებული იყო ევროპაში ინსტიტუტის დაარსების დროს (1918 წელს), როდესაც ინსტიტუტში გადავიდნენ ახალ ტექნიკაზე, გახშირდა პერსონალს შორის ჯანმრთელობის მოშლა. აგრეთვე საზღვარგარედ ახალ ტექნიკაზე გადასვლის შემდეგ გამოქვეყნებულ იქნა მთელი რიგი (10) სიკვდილის შემთხვევისა ალასტიურ პერნიციოზული ანემიით და ლეიკემიისაგან, რენტგენის სხივებთან მომუშავეთა შორის (Hoidntoft, Bergamo და სხვები).

თუმცა რენტგენის სხივების რაოდენობა ამ შემთხვევაში არ არის საგრძნობლად დიდი, მაგრამ ეს არის მიღებულ სხივების რაოდენობა ორი კვირის განმავლობაში. მათი ხანგრძლივი მოქმედება-კი უსათუოდ გამოიწვევს სხეულში სათანადო ცვლილებებს თუ მივიღებთ მხედველობაში იმას, რომ რენტგენის სხივებს აქვთ საფრთხილი კუმულატიური მოქმედების თვისება. ცვლილებებს ერთხელ დაწყებულს მათი მოქმედების გავლენით აქვთ ქრონიკული პროგრესიული ხასიათი და მათი მიმდინარეობა არის უფრო ხანგრძლივი ვიდრე ის დრო, რომლის განმავლობაში რ-ს სხივები მოქმედობდნენ სხეულზე (Unna). რენტგენის სხივების ამ კუმულატიური თვისებების გამო, პერსონალი დღითიდღე იღებს რა მცირე დოზებს შემდეგში განიცდის მათ განმანადგურებელ მოქმედებას სხეულზე.

Hoffmann-ის გამოკვლევებმა რენტგ. სხივების ბიოქიმიურ მოქმედებაზე დაგვიმტკიცეს, რომ პატარა დოზების მოქმედება ხანგრძლივ დროის განმავლობაში საბოლოოდ გვაძლევს ეფექტს დიდი დოზებისას. შესაძარებლად მოვიყვანო მაგალითის რადიუმის სხივების თანდათანობით მოქმედებისა: Willis მუშაობის დროს იღებდა რადიუმის პრეპარატს ხელში (თითებს შუა), რომელიც არ ქონდა არაფრით დაცული; ხანგრძლივი ხნის შემდეგ მას გაუჩნდა თითებს შუა კანის კიბო. რენტგენის სხივების ასეთი თანდათანობითი მოქმედების მაგალითები არიან ის 120-მდე მსხვერპლი, რომელიც აღწერილია ლიტერატურაში. მისაღებია მხედველობაში კიდევ ის, რომ პატარა დოზების მოქმედება ძლიერდება თუ მას დაერთო რაიმე სხეულის დამაუსტებელი სხვა ფაქტორი. სხეულის ყველა ქსოვილები ბევრად თუ ცოტად შთანთქავს რენტგენის სხივებს და, როგორც ამბობს Bec-ler-ი, „ყოველივე ცოცხალი უჯრედი, თუ მან შთანთქა საყოფი რაოდენობა, რენტგენის სხივებისა, ხდება ბუდეთ ქიმიურ ცვლილებებისა, რის შედეგად არის მისი გადაგვარება და სიკვდილი“. რენტგენის სხივები პირველ რიგში აწვევენ უჯრედის genezeptor-ულ აპარატს შემდეგ-კი nutrizceptor-ულს; მათი მოქმედების ობიექტი არის უჯრედის ბურთული (ქრომატინი). პირველი ეტაპი მათი მოქმე-



დებისა არის უჯრედის დაყოფის (გამრავლების) შეჩერება, მეორე—დეგენერაცია, მესამე—დიფერენციაციის დაკარგვა, მეოთხე—უჯრედის დაშავება და მეხუთე—ნეკროზი. Bergoniè-Fribondeau-ს დებულების მიხედვით რენტგენის სხივების უჯრედებზე მოქმედება არის პირდაპირ პროპორციულ დამოკიდებულებაში უჯრედების გამრავლების უნართან და უკუ პროპორციული—მათი დიფერენციაციასთან.

როგორც მეტად ხშირი შედეგი რენტგ. სხივების მოქმედებისა უნდა აღინიშნოს ხელის ქრონიკული „რენტგენის დერმატიტი“-დისტროფიული (Kienböck), რომლის მორჩენა შეუძლებელია (კანი მშრალი, დახეთქილი, საშინელი ტკივილები, ფრჩხილი ადვილად ტყდება და სხვა). ამ დღგომარეობაში კანი ადვილად იღებს ინფექციას. შემდეგში ამ ადგილზე ხშირად განვითარდება ეგრედწოდებული „რენტგენის კიბო“ (Röntgencarcinom—104 შემთხვევა), რისი შედეგიც არის თითების მოკვეთა (პროფ. Leuy-Dorn, Holzknacht, და ბევრი სხვა), მთელი კიდურის (პროფ. Albers-Schönberg, Walter Dodd-გადაიტანა რენტგ. დაშავების გამო 46 ოპერაცია).

რაც შეეხება რენტგენის სხივების სხეულზე საერთო მოქმედებას, ხანგრძლივი გავლენის შემდეგ უნდა აღინიშნოს გავლენა სისხლის წარმომშობ ორგანოებზე და თვით სისხლის შემადგენლობაზე. სისხლის წარმომშობ ორგანოების ნორმალური ფუნქცია იშლება და იკლება თვით სისხლის შემადგენლობა: პირველად მომეტებული ჰემოგლობინი, ერიტროციტთა რიცხვი და დროებითი ლეიკოციტოზი, რასაც შემდეგ მოყვება სასტიკი ლეიკოპენია. \*) რენტგ. სხივები მოქმედებს აგრეთვე შინაგან სეკრეციის ორგანოებზე. ყოველივე ამის შედეგად რენტგენის კაბინეტებში მომუშავე პერსონალის სხეულის დასაცავი ძალების დასუსტება, რის გამოც მას უძნელდება სხვადასხვა ინფექციასთან ბრძოლა და ეს უკანასკნელი ადვილად იპყრობს მას. შედეგი-არის ნაადრევი ინვალიდობა და სიკვდილი.

რენტგენის სხივები, როგორც სჩანს Рейхнер-ის გამოკვლევებიდან, მოქმედებენ პერსონალზე, მიუხედავად სათანადო დასაცავ საშუალებებისა. Hernemann—Johnson აღნიშნავენ რომ „თუმცა რენტგენის პერსონალის დასაცავად არსებობს დიდძალი რიცხვი მოწყობილობებისა—მათი უმეტესობა არ აღწევს მიზანს“. რამოდენიმე წლის წინად ორი მილიმეტრი სისქე ტყვიის კედელი ითვლებოდა საყოფ დამცველად რენტგ. სხივების მოქმედებიდან. დღეს-კი დამტკიცებულია, რომ 4—5 მილიმეტრიც არ არის საიმედო. Mascherpa სთვლის საყოფ დამცველად მხოლოდ 6 მილიმეტრის სისქე ტყვიას და 3 სანტიმეტრ ტყვია-ნარევ შუშას.

აღვნიშნე რა, შეძლებისდაგვარად, უმთავრესი დაშავებები რენტგ. სხივებთან მუშაობის დროს, საჭიროდ ვსთვლი დაუმატო აგრეთვე ზოგიერთი მხარეები

\*) 1924 წელში ავტორი მუშაობდა ტფილ. რკინ. გზის საავადმყოფოს ძველ რენტგენის კაბინეტში ცუდ პირობებში, რენტგენის სხივების გავლენიდან დაცვის მხრივ, რამაც სხვა მოვლენებთან ერთად, გამოიწვია სასტიკი ლეიკოპენია: 2400-მდე ლეიკოციტი, 5,430,000 ერიტროციტი და ეოზინოფილები 10%-მდე (გამოკვლევა დიაგნოსტიკურ კლინიკაში). რამოდენიმე ხნით აკრძალული ქონდა მუშაობა, რის შემდეგაც ლეიკოციტთა რიცხვმა თანდათან იმატა და მიუახლოვდა ნორმას.



ამ დარგში მუშაობისა, რომელთაც აქვთ უფრო ნაკლები მნიშვნელობა სხეულის დაზიანებისათვის, მაგრამ არ ჩაივლიან სრულიად უმნიშვნელოდ ამ დარგში მიმუშავეთათვის. მე მინდა აღვნიშნო ძნელი, ნერვული მუშაობა რენტგენოლოგისა, რომელსაც Holzknicht-ი სამართლიანად ადარებს გემანქანის (რკინის გზის) მუშაობას (13 კონგრესი გერმანელ რენტგენოლოგთა). რენტგენოლოგს მუდამ დაჰქმნის აქვს სმენა და ყურადღება, ვინაიდან მან მუშაობის დროს უნდა უგდოს ყური როგორც აპარატის მუშაობას, რომ დროზე შეატყოს რაიმე ცვლილება მის ნორმალურ მუშაობაში, რათა აიცდინოს მისი გაფუჭება, და აგრეთვე თვალყური ადევნოს ავადმყოფის მდგომარეობას. რენტგენოლოგიურ კაბინეტში მუშაობას აქვს გავლენა აგრეთვე თვალბზე, რომელზედაც მოქმედებს სხვადასხვანაირი სინათლე—თეთრი, წითელი, ღლის სინათლე, სიბნელე, რომლებიც სკვლიან ერთმანეთს ძალიან მოკლე ხანში; აგრეთვე რენტგენოლოგმა უნდა გაარჩიოს ეკრანზე წვირილმანი დეტალები. ექიმ რენტგენოლოგს მოეღის საფრთხე აგრეთვე შეიძინოს რაიმე ინფექცია ავადმყოფიდან, რომელიც სდგას მასთან პირით-პირ, ეგრედ წოდებული „წვეთით ინფექციის“ გამო, ავადმყოფობის სუნთქვის ან ხველების დროს.

Guilleminet ჩამოსთვის-რა საფრთხეებს რენტგენოლოგისათვის, მიდის იმ დასკვნამდე, რომ ძალიან ძნელია გათვალისწინება ყველა იმ საფრთხეებისა, რომელიც მოეღის უკანასკნელს მუშაობის დროს. ამერიკის დამზღვევე საზოგადოებები უარს ამბობენ რენტგენოლოგების დაზღვევაზე, ვინაიდან ამას თავისთვის საზარალოდ სთვლიან.

ყოველივე ამიდან სჩანს რა სასტიკი ყურადღება უნდა მიექცეს რენტგენპერსონალის დაცვას რენტგენის სხივების და სხვა ფაქტორების განმანადგურებელ მოქმედებიდან, მით უმეტეს, თუ მივიღებთ მხედველობაში აგრეთვე რომ ამ დარგში მომუშავეთა რიცხვი ისეც ძალიან მცირეა.

განსაკუთრებულ ყურადღებას ითხოვს პროფილაქტიკა, რის შემწეობითაც შესაძლოა ცოტათი მაინც ავიცილოთ თავიდან ის შედეგები რისი მსხვერპლიც გახდნენ ბევრი პიონერები ამ დარგისა, ვინაიდან, როგორც აღნიშნავს Unna აქ „პროფილაქტიკა—ყველაფერია და თერაპია—არაფერი“.

ლიტერატურა:

1. Guilleminet—„Sur les actions biologiques lentes des radiations“... Вестник Рентгенол. и Радиологии—том I (реф.).
2. Hernamann—Johnson—„On Protection in Diagnostic Work“... Вест. Р. и Р. том I (реф.).
3. Hoffmann—Strahlentherapie Bd. XIII H. 2.
4. Holzknicht—Доклад на XIII съезде Рентгенологов Германии.
5. Kohler—Über wichtige Grundsätze bei der Anlage von Röntgenbehandlungsräumen—Münch. Med. W. 1918 s. 566.
6. Lorey—„Über Schutzmassnahmen im Röntgenbetrieb“.—Munch. Med. Wochenschrift 1921 s. 1187.



7. Müller—„Experimentelle Untersuchungen über... Sekundärstrahlen“, Strahlentherapie Bd X s. 219.
  8. Чепенов —Рентгенотерапия изд. 1920 г.
  9. Pape—„Röntgenstrahlen und Röntgenschutz“-Strahlenth. Bd XIV.
  10. Рейнберг—Вестн. Рентген. и Радиологии т. II.
  11. Siegel—„Die Veränderungen des Blutbildes... Strahlentherapie Bd XI.
  12. Wetterer—Handbuch der Röntgenund Radiumtherapie, 1922 г.
-

მედ. დოქ. ი. აბაქელია.

### ტუბერკულოზის ქემოთერაპია.

ყოველი სპეციფიური წამლობა მიზნად ისახავს იპოვოს ისეთი საშუალება-ნი, რომელიც იმოქმედებს ბაქტერიების ცხოველმოქმედების ნაყოფიერებაზე; ქემოთერაპია კი ისეთ ნივთიერების მოძებნას, რომელიც თვით პარაზიტებზე გაელენით, ორგანიზმს, რომელშიაც ნივთიერება შეყავთ, ნაკლებ ვნებას აყენებდეს. სპეციფიურ წამლობასა. ესე იგი იმუნოთერაპიასა, არის ეს აქტიური თუ პასიური და ქემოთერაპიას შორის, მიუხედავად იმისა რომ ამ უკანასკნელში, ისე, როგორც სპეციფიურ თერაპიაში, დიდ როლს თამაშობს ანტისხეულების წარმოშობა, მაინც არსებობს დიდი განსხვავება. საშუალებანი, რომელსაც სპეციფიურ თერაპიის დროს ხმარობენ ორგანიზმისათვის თავის თავად საზიანო არ არიან, მხოლოდ სხვა ნივთიერების მათში არსებობა, როგორც მაგალითად ცილის, ხანდახან იწვევენ ორგანიზმში გართულებას, როგორც საერთოს, ისე ადგილობრივს, რომელმაც შემდეგში შეიძლება უშედეგოდ ჩაიაროს. ქემოთერაპიის დროს ჩვენ სულ სხვასა ვხედავთ: ქემოთერაპიის დროს ნივთიერებებს, რომლებიც სპობენ პარაზიტებს, აქვთ აგრეთვე მონათესაობა ორგანობთან; ისინი შეიძლება იყვნენ, როგორც პარაზიტოტროპიული, ისე ორგანოტროპიული, ესე იგი შხამიანი; ამიტომ ქემოთერაპიის დროს ორგანიზმში უნდა შეყვანილი იქნას ისეთი ნივთიერება, რომლის პარაზიტოტროპიული და ორგანოტროპიული თვისებანი იმყოფებიან სასურველ ურთიერთობაში. სწორედ ამიტომია, რომ ყოველ ნივთიერებას ქემოთერაპიის დროს ჯერ გამოცდიან პირუტყვებზედ, შეისწავლიან *in vitro* და მერმე გადააქვთ ადამიანზე. მაგრამ ასეთ გამოცდების დროსაც, როგორც პირუტყვებზე, ისე *in vitro* ბევრი დაბრკოლება ელობებათ წინ.

უწინარეს ყოვლისა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს ადამიანისათვის კარგად გადასატან მაქსიმალურ დოზის (*dosis maxima*) გამორკვევა. მეორეც ის, რომ ადამიანს ძლიერ უშლის ხელს ნივთიერების შეყვანით გამოწვეული პირველად ან მერე შეძენილი მომატებული გრძნობიერება. უკანასკნელი გარემოება გვაკლებს ჩვენ დიდის სიფრთხილით მიუღდგეთ ავადმყოფის წამლობას და გვაკაროთ ის კლინიკურ პირობებში. შეუძლებელია ქემოთერაპიით წამლობა, სანამ ავადმყოფს არ შეისწავლი: აქაც დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ღვიძლსა და თირკმლების ნდგომარეობას, ესე იგი იმ ორგანოებს, რომელთაც გამოაქვთ მიღებული წამალი. ადამიანის გრძნობიერების ახალ საშუალებათა მიმართ გამოსარკვევად, საჭიროდ სცნობენ წამლობის დაწყებას პატარა დოზებით.

წამლის თვისება შეიძლება შესწავლილი და შემოწმებული იქნას in vitro ხსნარში შერეულ პარაზიტებით. აქ ნათლად დავინახავთ ხოლმე, თუ როგორ მოქმედობს აღნიშნული ნივთიერება ბაქტერიებზე მაგრამ ჩვენ აქაც ვხვდებით დაბრკოლებას: ხშირად ნივთიერება, რომელიც სპობს ბაქტერიებს in vitro, ისე ვერ მოქმედებს ორგანიზმშიც, ხშირად კიდევ ნივთიერება, რომელიც ვერ მოქმედებს in vitro ახდენს ძლიერ დიდ გავლენას ორგანიზმში. უკანასკნელი გარემოება ცნობილია ქემოთერაპიაში როგორც პარადოქსალური ანუ არაპირდაპირი გავლენა ნივთიერებისა ავადმყოფობაზე და აიხსნება მით, რომ ნივთიერება, რომელიც ვერ კლავს პარაზიტებს in vitro, ორგანიზმში შეშვების შემდეგ, ქიმიურად იცვლება და ხდება პარაზიტოტროპიული. კლასიკური მაგალითი ასეთი მოვლენისა არის დარიშხანის პრეპარატები, როგორც მაგ. პრეპარატი ატოქსილი, რომელიც არ მოქმედობს in vitro ტრიპანოზომიზე, ორგანიზმში შეყვანილი კი ის იქცევა რა paraminophenylarsenoxid-ით სპობს ტრიპანოზომას სულ პატარა დოზებითაც.

ხანდახან წამლის მოქმედება სწრაფია: ბაცილები იხოცება და ორგანიზმი იკურნება სავესებით ერთდროულად ნივთიერების შეშხაპუნებით—ასეთი მოქმედება ნივთიერებისა პარაზიტებზე ცნობილია როგორც *therapia sterilisans magna*.

ხანდახან კი წამლის ნივთიერების მოქმედება არის თანდათანობითი, ნელი—ისპობა მხოლოდ ნაწილი პარაზიტებისა, მაშინ როდესაც მეორე ნაწილი იხოცება ორგანიზმში პარაზიტების ნაწილის დაღუპვისაგან წარმოშობილ ანტისხეულების მათზე გავლენისაგან, ანდა პარაზიტების დაღვნილობა ნელნელა იკლებს და ბოლოს მთლად ქრება. ეს ტიპი თერაპიისა ცნობილია *therapia sterilisans convergens*-ის სახელწოდებით. მაგრამ არის კიდევ მესამე ტიპი თერაპიისა—*therapia divergens*, როდესაც თავში წამლების გავლენის გამო პარაზიტები მრავლდებიან, მერე კი თანდათანობით იღუპებიან.

ამიტომ ქემოთერაპიის დროს უნდა ავირჩიოთ ყველაზე სწორი და აღმინანსათვის ნაკლებ საშიში წამლობა; ცნობილი მეთოდი *therapia sterilisans magna*, როდესაც ორგანიზმში წამლის ერთდროულ შეყვანის საშუალებით ხდება სრული დაღუპვა პარაზიტებისა, უნდა უარყოფილი იქნას, ტუბერკულოზის თერაპიის დროს, ანდა გამოყენებული დიდის სიძურთხილით არა სასიამოვნო მოვლენების თავიდან ასაცდენად. სჯობია მეთოდი თანდათანობითი წამლობისა, ე. ი. პატარა დოზების მეთოდი და ისიც მათი ხმარება დრო გამოშვებით, თანდათანობით პარაზიტების ცხოველყოფილებობის დასუსტება და მათი ასეთი წესით მოსპობა. თვით მიზანი და მისწრაფება ქემოთერაპიისა არის მონახვა ისეთ ნივთიერებისა, რომლებიც შეიჭრებიან ბაქტერიების სხეულში და გაანადგურებენ მათ და მით გაანთავისუფლებენ ორგანიზმს დაავადებულ ნაწილისაგან.

Erlich'-ი მშვენივრად ადარებს ქემოთერაპევტს ქირურგს, ის როგორც ქირურგი საშიშარ იარაღით ხელში, ერთდროულ მოქმედებით აკლის ორგანიზმს დაავადებულ ნაწილს, ისე ქემოთერაპევტი ძლიერი საშუალებით ხელში იხსნის აღამინანს მიძიმე სენისაგან განკურნებით.



გახალისებულნი იმ ბრწყინვალე შედეგით, რომელიც მიიღო Erlich'-მა სი-  
 ფილისის, შებრუნებითი ტიფის და სხვა ინფექციური ავადმყოფობის დროს,  
 ბევრი მეცნიერი შეეცადა მოენახა ისეთივე საშუალება ტუბერკულოზის წი-  
 ნააღმდევაც, მაგრამ მრავალი ექსპერიმენტალური ცდა ამის შესახებ დადებითი  
 შედეგებით ვერ დაგვირგვინდა, მაშინ როდესაც თითქმის ერთჯერ დარიშხანის  
 პრეპარატის თავგების და სხვა ცხოველების ტიფით ან ტრიპანოზომით დასწე-  
 ულებულ ორგანიზმში შეყვანით, მოჟულავთ სისხლში მოძრავი პარაზიტები, ტუ-  
 ბერკულოზის ბაცილებზე კი ჯერ-ჯერობით ასეთმა ცდებმა ნაყოფი ვერ მოი-  
 ტანა. რა არის ამ შემთხვევებში ამის მიზეზი? მთავარი დაბრკოლება ამისი არის  
 ის, რომ ტუბერკულოზის ჩხირები, როგორც ცნობილია, იმყოფებიან ხორკლის  
 ნეკროტულ ქსოვილში, რომელსაც არა აქვს არც სისხლის და არც ლიმფური  
 მილები, მაშასადამე მიუღწევლია; მეორეც ის, რომ თვით ტუბერკულოზის  
 ბაცილა, რომელსაც აქვს გაუვალე ცხიმ-ცილოვანი გარსი, ეგრე ადვილად არ  
 იშლება, რაც ხელს უშლის ნივთიერებას, რომელმაც თუ გინდ კიდევ მიადწია  
 ხორკლს, მიუდგეს თვით ტუბერკულოზის ბაცილას და მოსპოს იგი, რაც  
 მთავარი მიზანია ქემოთერაპიის. არა ნაკლებ ხელს უშლის აგრეთვე შეთვისება  
 ტუბერკულოზის ჩხირის ადამიანის ორგანიზმში და ცვლილებები მის ბიოლოგიურ  
 თვისებების. ყველაფერმა ამან აძქულა მეცნიერები სხვადასხვანაირად აეხსნათ  
 ტუბერკულოზით დაავადებულ ორგანიზმში შეყვანილ ქიმიურ ნივთიერებათა  
 მოქმედება ქემოთერაპიის მეთოდების ხმარების დროს. ერთი აღნიშნავენ, რომ  
 ჩვენ არ გვაქვს ისეთი ნივთიერება, რომელიც სპობდეს ადამიანის ორგანიზმში  
 ტუბერკულოზის ჩხირს, ე. ი. არ არის *therapia sterilisans magna*, მეორენი  
 პირიქით იყვენ სულ საწინააღმდეგო ასეთი შეხედულებისა და წამლის მოქმე-  
 დებას აღნიშნავენ ტუბერკულოზის ჩხირის მარცვლისებურ დაშლაში, ცუდათ  
 მათი შეღებვაში და მათი ვირულენტობის სრულ დაკარგვაში. სხვები კიდევ ქი-  
 მიურ ნივთიერებათა მოქმედებას ორგანიზმში უყურებდნენ როგორც *Reizthera-  
 pie*-ას, ე. ი. როგორც გაღიზიანებას დაავადებულ და მის ახლო მდებარე ქსო-  
 ვილისა, რაც იწვევს ორგანიზმში რეაქციას, როგორც საერთოს და მით აძლიე-  
 რებს ორგანიზმის დამფარველ ძალებს, ისე ადგილობრივს, რომლის დროსაც  
 ხორკლში და მის ახლო ვითარდება ანთებითი პროცესი ექსუდაციით და გაძლი-  
 ერებულ ლიმფოციტების დაგროვებით; ეს გარემოება-კი, როგორც ვიცით, იწვევს  
 ადგილობრივ მიდრეკილებას შემაერთებელ ქსოვილის განვითარებისადმი; აგრე-  
 თვე ლიმფოციტებში არსებულ ლიპოლიტურ ფერმენტის წყალობით ხდება დაშ-  
 ლა ტუბერკულოზის ბაცილების ცხიმ-ცილოვანი გარსისა, რომლებიც ამის  
 შემდეგ ადვილად იშლებიან პაწაწინა მარცვლებად და მით უადვილებენ მოქმე-  
 დებას მათხედ ორგანიზმში შეყვანილ ქიმიურ ნივთიერებას.

ამ მოსაზრების გამო ქემოთერაპიამ თანდათან მოიპოვა მოქალაქეობრივო-  
 ბი ტუბერკულოზის თერაპიაში. ქიმიურ ნივთიერების ხმარება ტუბერკულო-  
 ზის წამლობაში დიდი ხანია დაიწყო, მაგრამ მათი გამოკვლევა სწორი გზით  
 წავიდა მხოლოდ წარსულ საუკუნის ბოლოში და ამ საუკუნის დასაწყისში. იოდი,  
 მეტილენის ლილა, დარიშხანი, ფოსფორი, სპილენძის, ოქროსი და სხვა მძიმე  
 ლითონების მარილები გახლდათ ის ნივთიერებანი, რომლებსაც გულმოდგინედ



იკვლევდნ. იოდი, როგორც ეს Wells'ის, Сахаров'ის და სხვა ავტორთა მუშაობებიდან ჩანს, ორგანიზმში შეყვანის დროს, ჩნდება ხორკლის ქსოვილში და გროვდება იქ. ამ რიგად იოდი ხორკლებისათვის არ არის მიუვალი და ამიტომ მისი ხმარება დაიწყეს სხვადასხვა სახით, დაწყებული წმინდა ფარმაკოლოგიურ პრეპარატიდან და გათავებული ისეთ ნივთიერებათა კომბინაციით რომლის საშუალებით ორგანიზმში შეყვანის შემდეგ იოდი სცილდება in statu nascendi და აღწევს თავის დანიშნულებას.

წმინდა ფარმაკოლოგიური სახით იოდი იხმარება იოდოფორმის, იოდი-ესულ კალით, იოდიპინის და სხვა პრეპარატების სახით. იოდის რთულ შენაერთებისაგან შეგვიძლია მიუთითოთ იოდრაინზე (შეერთება იოდისა მენტოლთან და რადისთან), იოდისტეარინზე (შეერთება იოდისა მოუყირკებელ ცხიმოვან სიმეცავესთან), იოდზე ტუბერკულინთან და ბოლოს მეტილენის ლილასთან. როგორც ვიცით, არც წმინდა იოდმა და არც რთულმა მისი შენაერთებმა, მიუხედავად მათი ანტისეპტიური თვისებებისა, მაინც ვერ გაამართლეს, ქემოთერაპიულ გავლენის თვალსაზრისით, მათზედ დამყარებული იქედები. განსაკუთრებით ბევრს მოელოდნ იოდრაინისაგან.

იოდრაინი  $L'iode-menthol\ radioactif$ , რომლის გამომგონიც არის Szendeffy ბუდაპეშტიდან, შესდგება იოდისაგან, მენტოლისა და რადისაგან. ის დიდ თერაპევტულ მნიშვნელობას აძლევდა თითოეულ მათგანს: იოდი მოქმედებს ტოქსინებზე, მენტოლს აქვს ძლიერი ანტისეპტიური მოქმედება, რადიის კი, სახელდობრ მისი  $\alpha$ -სხივები, Szendeffy'ის აზრით, მოქმედობს ბაქტერიციდულად და რადგან ისინი ნაკლებად აღწევენ ქსოვილების სიღრმეში, მათი მოქმედება იწვევს ადგილობრივ, მაგრამ ძლიერ ეფექტს. ინგლისის ექიმების და აგრეთვე რუსეთის, განსაკუთრებით სანატორიუმ „ხალილა“-სი, ცდებმა სავსებით დაგვარწმუნეს ამ პრეპარატის უფარგისობაში და ამჟამად გადაჭრით ყველასაგან უარყოფილია. რაც შეეხება შეერთებას იოდისა ტუბერკულინთან აქაც გარკვეული პასუხი არა გვაქვს: ერთნი იძლევიან ცნობას, რომ კარგი შედეგები მივიღეთო, პროფ. Сахаров ის ცნობით კი-მას არავითარი სარგებლობა მათში არ უნახავს.

შესახებ მეტილენის ლილისა უნდა ითქვას, რომ ის ყველა დანარჩენ საღებავზედ უკეთ შედის ქსოვილში და აგრეთვე ხორკლშიც, საექვოა მხოლოდ შედის თუ არა ის დანამდილებით ჭლეკის ჩხირის სხეულში, ყოველ შემთხვევაში კულტურაში ეს არ მოხერხდა. ზოგნი აკუთვნებენ მეტილენის ლილას ბაქტერიოციდობას ტუბერკულოზის ჩხირებისადმი და მეტილენის ლილის ხმარების დროს მიიღეს კიდევაც კარგი შედეგები. სიცხის დავარდნა, წონაში მომატება, ტუბერკულოზის ჩხირების ნახველში გაქრობა და სხვა. მაგრამ მეტილენის ლილას რომ ეს უკანასკნელი თვისებაც წავართვათ, მაშინაც ეს პრეპარატი ჩაითვლებოდა საუკეთესო საშუალებად, თუ რომ არა სამკურნალო მიზნის მხრივ, ყოველ შემთხვევაში ნივთიერებათა გამტარებლად (კონდუქტორად) და ამიტომ მისი ხმარება დაიწყეს შეერთებული იოდთან, სპილენძთან, ვერცხლთან, და სხვა ნივთიერებასთან.



დარიშხანის პრეპარატის იმედი ტუბერკულოზის ქემოთერაპიის დროს უკვე აღარ გვაქვს, რადგანაც იმან, ცდების დროს, როგორც *in vivo*, ისე *in vitro*, სულ არ ივარგა და ამჟამად, როგორც ვიცით დარიშხანი და კაკოდლის პრეპარატი იხმარებიან არა როგორც სპეციფიური, არამედ როგორც ფარმოკოლოგიური საშუალებანი.

მძიმე ლითონის მარილთა შორის ტუბერკულოზის წამლობის დროს მთავარი ადგილი უჭირავს სპილენძისა და ოქროს მარილების პრეპარატებს. სპილენძის მარილების ხმარება შემოიღო Finkler-მა მხოლოდ ექსპერიმენტალური შედეგები ამ ნივთიერების ხმარების სარგებლობის შესახებ მოგვცა *v. Linden*-მა. წარმატებით ხმარობდა სპილენძს აგრეთვე პროფ. Strauss-ი, განსაკუთრებით გარეგნულ ტუბერკულოზის დროს. ამ ავტორების ცდებიდან აღმოჩნდა, რომ ქლორის სპილენძს აქვს ბაქტერიოციდული თვისება ტუბერკულოზის ჩხირებისადმი, ეს უკანასკნელი სპილენძის მარილებს ითვისებენ და შემდეგ კი ილუპებიან მათი გავლენით. ტუბერკულოზის ჩხირები უფერულ საკვებ ნიადაგზე ოდნავ შერეული სპილენძში—იღებენ ზემოაღნიშნულ ავტორების ცდებში, მომწვანო ფერს: ტუბერკულოზით დაავადებული ფილტვი კი, ჩადებული სპილენძის მარილების ხსნარში, იღებება მხოლოდ იმ ნაწილებში, სადაც კი ხორკლია. სპილენძის პრეპარატებიდან განსაკუთრებით ყურადღება მიიქცია, ეგრედ წოდებულმა Lecuty-მა—შეერთებამ სპილენძისა ლეციტინთან. ზემოხსენებულ ავტორებმა ამ პრეპარატით წამლობის დროს მიიღეს გამამხნეველი შედეგები, პროფ. *v. Linden*-მა კი, დაახლოვებით 50—შემთხვევებში მიიღო—„ძლიერ მკრპნა—ბიარე კარგი შედეგი და სრული განკურნებაც“.

მაგრამ შემდეგ ამერიკის და რუსეთის (პროფ. Сахаров-ი) მეცნიერების ცდებმა დადასტურეს უფარგისობა სპილენძის ხმარებისა ტუბერკულოზის წამლობის დროს. წინააღმდეგ პროფ. *v. Linden*-ის და სხვა მეცნიერებისა—სპილენძის მარილები აღმოჩნდნენ უფრო ორგანოტროპული, ვიდრე პარაზიტოტროპული. Feldt-ის აზრით მოზნამევა ორგანიზმისა 50-ჯერ უფრო ძლიერია, ვიდრე ტუბერკულოზის ჩხირებისა. ამასვე ადასტურებს პროფ. Сахаров-ი. იგივე ავტორები უარს ყოფენ იგივე სპეციფიურ თვისებასაც ტუბერკულოზის ქსოვილზე და ჩხირზე, ან თუ ისინი, ზოგიერთ შემთხვევებში, მოქმედებენ, როგორც მაგალითად გარეგნულ ტუბერკულოზზედ, მხოლოდ როგორც ადგილობრივ გამაღაზიანებელი საშუალება რეაქტიულ მოვლენებით. ყოველ შემთხვევაში სპილენძის პრეპარატებმა ტუბერკულოზის წამლობაში ფართო ხმარების ხასიათი ვერ მიიღეს.

უნდა მიექციოს ჩვენი ყურადღება ოქროს, ვინაიდან უკანასკნელ ათი წლის განმავლობაში მას დიდ მნიშვნელობას აძლევენ და ვინ იცის მომავალში, მან კიდევაც დაიკავოს, ერთი პირველთაგანი ადგილი ტუბერკულოზის ქემოთერაპიაში.

ოქროთი წამლობა ისეთივე ძველია, როგორც ტუბერკულოზის ჩხირის აღმოჩენა. ჯერ კიდევ 1892 წ. R. Koch-მა გამოაქვეყნა, რომ ოქროს მარილი ხსნარში 1:200.000 აჩერებს ტუბერკულოზის ბაცილების განვითარებას. ხსნარისაგან ოქროს მარილები შეითვისება ტუბერკულოზის ბაცილების მიერ, რის



გამო ბაცილები შევდებიან და იღებენ შემდეგ იის ფერს ცდების მიერ, Koch-ის პრეპარატი ციანის ოქრო არ გამოდგა, რადგანაც ციანის ოქრო აღმოჩნდა უფრო ორგანოტროპული, ვიდრე პარაზიტოტროპული და გარდა ამისა მოქმედებდა რა ბაქტერიოციდულად in vitro, ორგანიზმში არავითარ ეფექტს არ ახდენდა. ამიტომ იწყეს ძებნა ისეთ ქიმიურ ნივთიერებების, რომლებიც სერეული ოქროში, უკეთეს შედეგს მისცემდათ. Feldt-ი მოწაფე პროფ. Spiess-ისა, შეტერდა კანტარიდინზედ, რომელიც აღმოჩნდა საუკეთესო გამტარებელი (კონდუქტორი) და ამავე დროს საუცხოო გამაღიზიანებელი და გამომწვევი ადგილობრივ რეაქციის ტუბერკულოზის ქსოვილში. მთელი რიგი ქიმიურად ამ პრეპარატის გადამუშავების შემდეგ Feldt-მა ბოლოს მიიღო ნივთიერება, რომელსაც უწოდა Krisolgan-ი ესე იგი ნატრიული მარილი 4 amino—2 aurothiophen Pol—ურთანული სიმკვავისა. ქიმიური შემადგენლობა Krisolgan-ისა  $C_6H_4NH_2SAu COONa$  და შეიცავს 50%—ოქროს. ნაცრისფერი ყვითელი, ამორფული ფხვნილი, წყალში ადვილად გასახსნელი. სინათლისაგან ფუჭდება. In vitro აჩერებს განვითარებას ტუბერკულოზის ბაცილებისას ხსნარში 1:100.000. ჯანსაღ ადამიანის ორგანიზმში ის არ იწვევს არავითარ გართულებას. უშუალოდ ბაცილებზედ არავითარ გავლენას არ ახდენს; მაგრამ მოქმედობს დაავადებულ კერაზედ, სადაც იწვევს ანთებითი სიწითლეს. ცდებმა პარუტყვევებზე აუტოპიის შემდეგ აღმოაჩინეს დაავადებულ კერაში გაძლიერება შემაერთებელი ქსოვილისა. Krisolgan-ის გავლენით დასნეულებულ ტუბერკულოზით ორგანიზმში ხდება გაძლიერებული წარმოშობა დამცველ ანტისხეულებისა. პროფ. Spiess-ი და მისი ასისტენტი Feldt-ი გვიჩვენებენ ვიწყობთ ხმარება Krisolgan-ის 0,025 gr. დოზიდან და თანდათანობით უმატობთ მას. შემდეგში, ვინაიდან აღმოჩნდა, რომ ამ დოზასაც შეუძლია მოგვეცეს ცუდი შედეგი დაიწყეს წამლობა უფრო პატარა დოზით—0,01 gr. და ხანდახან კიდევაც ამაზე ნაკლებით და უმატებენ ძლიერ ნელა. თვით შესაბუნებას ვენაში ახდენენ უფრო გვიან, ვიდრე ათი დღის განმავლობაში. Krisolgan-ის ვენაში შესაშხაპუნებლად საჭიროა კარგი ტენიკა, რადგანაც იმ შემთხვევაში, თუ რომ სისხლის მილში არ მოხვდა, დაზიანდება გარშემო მდებარე ქსოვილი, ინფილტრატი ჩნდება და ხანდახან კიდევ ნეკროზი. ის გარემოება, რომ ზოგიერთს ავადმყოფს შესაბუნების შემდეგ აუვარდება გულის რევა პირისღებინება და ემართება კიდევ სიყვითლეს, აიხსნება მით, რომ ოქრო, განუწყვეტლივ თავისუფლდება რა ნაწლავის და თირკმელების საშუალებით, ხანდახან თავს იყრის კუჭნაწლავის არხში და მგრძობიარე ავადმყოფში იწვევს გაღიზიანებას. რაც შეეხება თერაპევტულ შედეგებს, რომელსაც Krisolgan-ი იძლევა, ამ შემთხვევაში არის დიდალი დაკვირვებანი. დაკვირვება—თვალის დაავადების დროს Schnaudigel-ის სიტყვით იძლევა სრულ განკურნებას ძვლების დაავადების დროს Krisolgan-ის ხმარება როგორც ამას მოწმობს Rolier Leysin-იდან, მიხანშეწონილი; კანის ტუბერკულოზზედ დაკვირვებას ახდენდა Levy, ლიმფურ ჯირკვლებით დაავადებას წამლობდა Lehmann-ი და სხვა. ყველა ეს ავტორები აღნიშნავენ Krisolgan-ის კარგ შედეგებს. Krisolgan-ის მოქმედების შესახებ ფილტვის ტუბერკულოზის დროს არსებობს აგრეთვე მრავალი დაკვირვებანი: Schröder-ის Backmeister-ის Bandelier და Roepke-ის, Молдавский-ის და სხვა. ყველანი ესენი





ერთხმად მოწმობენ Krisolgan-ის კარგს შედეგებს. მხოლოდ ფილტვის ფიბროზულ ტუბერკულოზის დროს Krisolgan-მა ვერავითარი მოქმედება ვერ იქონია რადგანაც ასეთ ფორმის დროს Krisolgan-ს არ შეუძლია მიაღწიოს ხორკლს ფიბროზულ ქსოვილის გამო. უფრო კარგ შედეგებს იძლევა Krisolgan-ი ფილტვის ტუბერკულოზის ექსუდატიურ და პროდუქტიულ ფორმების შემთხვევებში.

გარდა Krisolgan-ისა ტუბერკულოზის წამლობის დროს ხმარებაში შემოიღეს ახალი ოქროს პრეპარატი—Triphal—Aurothiobenzimidazol--ნახშირბატი ნატრი. დღემდე ამ პრეპარატის შესახებ ბევრი ცდები არ არის, მაგრამ ის ცნობები, რომელსაც გვაძლევენ შრომები Rickman-ის St. Blasien-ის სანატორიუმის პროფ. Backmeister-ის ასისტენტის, აგრეთვე Ulrichs და პროფ. Unvericht-ის, ბერლინის მესამე უნივერსიტეტის კლინიკიდან--ჩანს, რომ Triphal-ი უფრო ნაკლებ შხამიანია ორგანიზმისათვის და იძლევა შედარებით ნაკლებ საერთო რეაქციას, ვიდრე Krisolgan-ი. ხმარების ტენიკა მისი ისეთივეა, როგორც Krisolgan-ის. პირველდაწყებითი დოზა 0,01—0,025 gr. ათი დღის განმავლობაში.

მაგრამ ტუბერკულოზის წამლობამ ოქროს პრეპარატი მიიღო მეტი აქტუალობა განსაკუთრებით ბოლო ხანებში კოპენჰაგენის ფიზიოლოგის პროფ. Holger Møllgaard-ის შრომების შემდეგ.

პრეპარატი Møllgaard-ისა ცნობილია Sanocrysin-ის სახელწოდებით და მისი ქიმიური ფორმულა შემდეგია:  $Au(S_2O_3)_2Na_3$ . პრეპარატი წარმოადგენს თოვლისებურ თეთრ ნივთიერებას, რომელიც ლებულობს დამანის (кристалл) სახეს გრძელ ნემსებად და კარგად იხსნება წყალში. ხსნარი ნეიტრალურ რეაქციისაა და 1:100.000 in vitro სპობს ტუბერკულოზის ჩხირებს 24 საათის განმავლობაში. 5% ხსნარი Sinocrysin-ისა ჯანმრთელ ორგანიზმზე არ მოქმედობს და შეშხაპუნებული ტუბერკულოზით დაავადებულ ორგანიზმში, Møllgaard-ის აზრით, სპობს ტუბერკულოზის ჩხირებს ისე, რომ ზიანი ორგანიზმისათვის არ მოაქვს. მაგრამ ტუბერკულოზის ჩხირების დახოცვის შემდეგ, Møllgaard-ის თქმით, ჩნდება ორგანიზმში ენდოტოქსინები, რომლებიც იწვევენ ზოგიერთ შემთხვევაში ორგანიზმის მოშხამვას, გამოხატულს სიცხის აწვევაში, პირისაქმობაში, ფაღარათში, ტანზედ გამოყრაში, შარდში ცილისა და სისხლის გამოჩენაში, გულის დასუსტებაში და იქამდე სიკვდილშიც. ენდოტოქსინების ასეთ მოქმედების საწინააღმდეგო Møllgaard-ი გვირჩევს ერთსა და იმავე დროს Sanocrysin-თან ერთად შეუშხაპუნოთ შრატის, მიღებული პირუტყვებიდან, ხბოს ანუ ცხენისაგან მათი იმუნისაციის შემდეგ. პირუტყვების იმუნისაცია კი ხდება თვეობით დახოცულ ტუბერკულოზის ჩხირებით t. humanus და ტუბერკულინით. თვით Møllgaard-ს ბევრი ცდები აქვს გაკეთებული ქლეკიან პირუტყვებზედ. ექსპერიმენტალურმა, განსაკუთრებით ნაცად პირუტყვების ახლად დაავადებულ ტუბერკულოზმა Sanocrysin-ის და შრატის წამლობის გავლენით, მისცა Møllgaard-ს საუკეთესო და გამამხნეველი შედეგები. პროცესი შეჩერდა და საბოლოოდ მორჩა. პირუტყვებზედ ცდების შემდეგ Sanocrysin-ი გადაიტანეს ადამიანზედ. ევროპის სხვადასხვა ქვეყნების ფიზიოთერაპევტების ცდებმა მოგვცეს ამ პრეპარატის შესახებ სულ სხვადასხვა საწინააღმდეგო დასკვნები და მიუხედავად იმისა, რომ წამლობა Sanocrysin-ით წარმოებდა დიდის სიფრთხილით და დაკვირვებით, თვით ავტორის ნაჩვენებით



როგორც პრეპარატის დოზაში, ისე ხმარების ტექნიკაში, მაინც ვერ ვახსოვს თავს ინტოქსიკაციის შედეგი, რომელიც ხანდახან სიკვდილითაც თავდებოდა; რადგანაც უმთავრესად ამ მოვლენებს Sanocrysin-ის დიდი დოზები იწვევდა, ამ ემად დაიწყეს წამლობა მხოლოდ პატარა დოზებით, შრატს კი სრულებით არ ხმარობენ. მაგ. გერმანიაში ჩემი ყოფნის დროს ზომერველდის სანატორიუმში. Ulrici-სთან, Sanocrysin-ით წამლობას იწყებენ 0.1 gr. დოზით ერთი კვირის ხანგამოშვებით, მიუხედავად რეაქციისა ტემპერატურის მხრივ. მთავარა გართულება, რომელსაც იწვევდა ეს წამლობა იქ—იყო თირკმელების გალიზიანება, (ცილის, ცილინდრების და სხვა ელემენტების აღმოჩენა შარდში), რისაგან Ulrici-ი ყველას აფრთხილებდა. ავადმყოფების კონტიგენტი, რომელიც იმ ემად ის წამლობდა ამ პრეპარატით, იყო ფილტვის ტუბერკულოზის ექსუდატიური და პროდუქტიული ფორმები. შთაბეჭდილება Ulrici-ისა ამ პრეპარატისაგან შემდეგია: „ეს პრეპარატი არ არის ისეთი, რომელსაც უნდა მოეხდინა გადატრიალება მეცნიერებაში, არამედ ისეთი, რომლის გვერდის ახვევა შეუძლებელია და რომლითაც უნდა ვახდენდეთ ცდებს.“

სხვა ავტორების აზრი, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, სხვადასხვანაირია: იმ დროს, როდესაც დანიის უნივერსიტეტის კლინიკების პროფესორებმა, როგორც მაგ. პროფ. ფაბერმა, გრავეზენმა, კმინსმა, პერმინმა Sanocrysin-ის წამლობით მიიღეს 50%—ით გაუმჯობესება და ხანდახან კიდევ სრული განკურნა, კლემპერერი, ბერლინის უნივერსიტეტის პროფესორი, ვერ ხედავს ამ პრეპარატით წამლობაში სხვა ოქროს პრეპარატებთან შედარებით რაიმე უპირატესობას.

ამ რიგად ოქროს პრეპარატების მოქმედებაზედ სხვადასხვა ავტორების მხრივ სხვადასხვა აზრი არსებობს: იმ დროს, როდესაც თვით Möllgaard-ისთვის თავის პრეპარატს ätiotrop-ულად, ე.ი. ორგანიზმში ტუბერკულოზის ბაცილების დამხოცველად, სხვები სთვლიან მას, ისე, როგორც ყოველ ოქროს პრეპარატს, საშუალებათ, რომელიც ავადმყოფობას ხელს უწყობს კეთილ და სასურველ მსვლელობისაკენ და თვით ბაცილებზე კი ახდენს გაკერიითი გავლენას. ნივთიერება კი, როგორც ასეთი, რომელიც პირდაპირ ბაცილაზედ არ მოქმედობს, არამედ არის როგორც ბიოლოგიური გამაღიზიანებელი, Feldt-ის მიერ წოდებულია სანატორიანად როგორც ქემოსპეციფიური, ანუ nosotrop-ულ პრეპარატად.

ზემონათქვამიდან ცხადია, რომ ქემოთერაპიამ დღემდე არ მოგვცა სასურველი შედეგები ტუბერკულოზის წამლობაში, როგორც გვაქვს შებრუნებითი ტივის, სიფილისის, ტრიპანოზომის და სხვა ინფექციურ ავადმყოფობის დროს. დღემდე მონახული არ არის ისეთი საშუალება, რომელიც მოქმედებდეს ავადმყოფის ორგანიზმში ტუბერკულოზის ჩაირებზე ისე, როგორც დარიშხანის პრეპარატები ზემოაღნიშნულ ავადმყოფობაზე. ერთი შეიძლება ამ ემად მხოლოდ ითქვას, რომ ყველა ის პრეპარატი, რომლებსაც ტუბერკულოზის წამლობის დროს ხმარობდენ და ხმარობენ ახლაც, როგორც მაგ. იოდი, მეტილენის ლილა, სპილენძის მარილი, ოქრო და სხვა, თუ რომ ისინი ქემოთერაპიულად არ მოქმედებენ, ყოველ შემთხვევაში მათი ქემოსპეციფიური მოქმედება ექვს გარეშეა, რადგანაც თუ რომ ავადმყოფი მათი ხმარების შემდეგ მთლად არ განიკურნა, ავადმყოფობის გაუმჯობესება უმეტეს შემთხვევებში მაინც ყოფილა.

ნინო ალექსიძე

კლინიკის ორდინატორი

## ნაღველას ბუშტის ლამბლიოზის საკითხისათვის. \*)

(წინაგან სნეულებათა კერძო პათოლოგიისა და აერაპიის პროპედევტიული კლინიკიდან. გამგე—დოცენტი შ. შიქელაძე).

1919 წელში Lyon-მა პირველად ნახა ზონდით ამოღებულ დუოდენალურ სითხეში *Lambliia intestinalis*. იგივე დაადასტურა Boyde-მა 1921 წ. და Damade-მა 1922 წ.

რაც უფრო ვრცელდებოდა დუოდენალური ზონდის ხმარება, მით უფრო მეტი რიცხვი ავტორების პოპულობდენ ამ პარაზიტს დუოდენალური ზონდით მიღებულ სითხეში. ამ პარაზიტების აღმოჩენამ თორმეტ გოჯა ნაწლავის სითხეში, მაშინ როდესაც (ზოგ შემთხვევაში) განაუალში არც ლამბლიის და არც მის ცისტებს არ ნახულობდენ, დაბადა ის აზრი რომ *Giardia (Lambliia) intestinalis*-ათვის 12-გოჯა ნაწლავი არ არის ერთადერთი და მთავარი საცხოვრებელი ადგილი, რომ იგი უნდა ცხოვრობდეს აგრეთვე ნაღველის ბუშტში და მის სადინარებში, საიდანაც იგი გამოჰყვება ხოლმე ნაღველას 12-გოჯა ნაწლავში.

ეს აზრი მალე დამტკიცებულ იქმნა კლინიკურად და ქირურგიულად.

Felsenreich და Sudke-მ ლამბლიები ნახეს ლორწოს წვრილად დახვეულ ნაფლეთებში და ნაღველის ცილინდრებში. და ამიტომ ის აზრი გამოსთქვეს, რომ ეს პარაზიტი ბუდობს ნაღველის სადინარებში.

გერმანიაში—Westphal-მა, Georgi-მ და აგრეთვე Loeberg-w-von Rehven-მა, ჩრდილო ამერიკაში Smithies-მა და Hemmeter-მა, საფრანგეთში—Carnot, Libert და Goehlinger-მა ქირურგიულად მიღებულ ნაღველში ოპერაციის შემდეგ და აგრეთვე ნაღველის ბუშტის ლორწოვან გარსში აღმოაჩინეს *Lambliia intestinalis*.

ამით საცხებით იყო დამტკიცებული, რომ ლამბლია გარდა სადინარებისა ბუდობს აგრეთვე ნაღველის ბუშტშიც.

Westphal-ი და Georgi სისტემატიურად აწარმოებდენ ცდებს საღ პიროვნებებზე, 30 სიყვილით დაავადებულებზე და 25 ხოლციკისტიტიანზე. აღმოჩნდა, რომ პირველ ჯგუფში, ე. ი. საღებში არც ერთხელ არ ჰქონიათ შემთხვევა ლა-

\*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნების მეტყველთა საზოგადოებას 1927 წ. ნაღველას ბუშტის ლამბლიოზის ორი უკანასკნელი შემთხვევა დამატებულია მოხსენების შემდეგ.



შბლიოზის, 30 სიყვითლით დაავადებულთა შორის იყო 3 შემთხვევა ლამბლიოზისა და 25 ხოლცისტიტიანებში აგრეთვე 3 შემთხვევა, მათ შორის ერთს ჰქონდა გაკეთებული ოპერაცია და მის ბუშტის ნალველში იპოვეს *Lamblia*.

Winkler-მა გამოაქვეყნა შემთხვევა ხოლცისტიტის, რომლის დროს ნალველა B-ში იყო მრავლად ლამბლიები და ამავე დროს სხვა არავითარი ბაქტერიები მასში არ იყო.

ამ გამოკვლევებით გამოაშკარავდა, რომ *Lamblia intestinalis*, არა თუ ბუდობს ნალველის სადინარებში და ნალველის ბუშტში, არამედ მას შეუძლია გამოიწვიოს კლინიკური მოვლენები ხოლცისტიტის და ხოლელითიაზისის; რაც შეეხება იმას, თუ რა გზით მოჰყვებიან ხოლმე ლამბლიები ბუშტში, არსებობს ორი აზრი: პირველი — Lyon-ის, რომ ინფექცია სწარმოებს სისხლის მიმოქცევის სისტემით, მეორე უფრო გავრცელებული და მიღებული, რომელსაც მხარს უჭერენ Marcet Labbe და აგრეთვე Chiray, რომ ინფექცია ნალველის ბუშტისა ხდება 12-გოჯა ნაწლავიდან ამაველი გზებით.

მას შემდეგ რაც კლინიკურ მუშაობაში შემოიღეს Meltzer — Lyon-ის წესი, რომლის დახმარებითაც მიღება ნალველის ნალველას ბუშტიდან, შესაძლო გახდა აღმოჩენა უოპერაციოთ ნალველას ბუშტში ლამბლიების.

Carnot-ის მოჰყავს ორი შემთხვევა, როდესაც Meltzer — Lyon-ის წესი ამოღებულ ნალველში მან ნახა ლამბლიების ევგეტატიური ფორმები.

პირველ შემთხვევაში ავადმყოფმა მიმართა მას კვლის აშლილობის გამო. მეორეში ანუ ბუთრი დიზენტერიის გამო. კობროლოგიურმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა განავალში პირველ შემთხვევაში — *Lamblia*, მეორეში — ანება და *Lamblia*. ორივე შემთხვევაში ზონდავით მიღებული დუოდენალურ სითხეში აღმოჩნდა ლამბლიების მცირე რაოდენობა, ხოლო გოგირდმგევა მაგნეზიუმის შეყვანის შემდეგ მიღებული ნალველა B-ში, რომელიც ძლიერ მტკი იყო, აღმოჩნდა აუარებელი რიცხვი ლამბლიების, ათჯერ მეტი, ვიდრე ნალველა A-ში.

შემდეგი 3 შემთხვევა ნალველას ბუშტის ლამბლიოზის აღწერილი იყო Labbe-სა და Nepveux-ს მიერ.

პირველ შემთხვევაში მიღებული იყო სამივე ნალველი A, B, C. მიკროსკოპულ გამოკვლევის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ნალველა აქ, რომელიც არის მიღებული ხოლდობუსიდან, არის ქარვის ფერი, სფთვა, ულციოციტო. შეიცავს ლამბლიებს. ნალველი B, ანუ ბუშტის ნალველი — ყავის ფერია, ულციოციტო, ძაფისებრივი ლორწოთი, რომელშიაც მრავლადაა ლამბლიები. ნალველი C-კი შეიცავს მცირე რაოდენობას ლამბლიებისა. ორ შემდეგი შემთხვევაშიაც იგივე სურათია. სამივე ავადმყოფი უჩიოდა ტკივილებს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, სიგამბდრეს და სისუსტეს.

შემდეგ იმავე M. Labbe-მ და Nepveux-მ *Gamla*-სთან ერთად წარუდგინეს პარიზის სამკურნალო საზოგადოებას კიდევ 7 შემთხვევა ნალველას ბუშტის ლამბლიოზის, აღმოჩენილი Meltzer — Lyon-ის მეთოდით. ამგვარად Labbe-ს კლინიკიდან აღწერილი იქნა ნალველას ბუშტის ლამბლიოზის სულ 10 შემთხვევა.

პროფ. Castex-მაც ბუენოს-აირესის დიდ მასალიდან აღწერა მხოლოდ 13 შემთხვევა ნალველას ბუშტის ლამბლიოზისა; ჯერ 11 და შემდეგ დამატებით 2. საბჭოთა კავშირში 2 შემთხვევა ნალველას ბუშტის ლამბლიოზის აღნიშნულია პირველად 1925 წ. საბჭოთა კავშირის თერაპევტთა გაერთიანებულ ყრილობაზე

Кузнецов-ის მიერ, აღმოჩენილი დუოდენალურ სითხეში მიღებულ Meltzer—Lyon-ის წესით.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ ნალველას ბუშტის ლამბლიოზი თუმცა დამტკიცებულია კლინიკურად, პათოლოგო—ანატომიურად და ხოლცესტიტების ოპერაციის დროს, მაგრამ საერთოდ იგი ჯერჯერობით მაინც შედარებით იშვიათ სნეულებას წარმოადგენს და ჩვენში ჯერ აღწერილი არ არის. ამიტომ მე საჭიროდ მიმაჩნია ვაგაცნოთ ის ოთხი შემთხვევა ნალველას ბუშტის ლამბლიოზის, რომელიც იყო ჩვენს კლინიკაში უკანასკნელ ოთხი თვის განმავლობაში.

**შემთხვევა 1.** ავადმყოფი ფ-ვა მარია, 17 წ. 10 წელია სეხოვროს ტფილისში. შემოვიდა კლინიკაში 10 დეკემბერს 1926 წ. წინასწარ დიაგნოზით Appendicitis acuta, უჩივის ტკივილებს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, უფრო რბილ ნაწილებში, რომელსაც ყრფ ხასიათი აქვს. ცუდ მადას, პირში ცუდ გემოს, თვის ტკივილს, თავბრუს ხვევას და ძლიერ სისუსტეს. გარეგანადის ყოველდღე ნორმალურად. ტკივილები დაეწყო მწვავედ 3 დღის წინად მუცლის მარჯვენა მხარეზე და იყო ავადმყოფის სიტყვით მუეტქვეი ხასიათის.

ობიექტურად — ასტენური კონსტიტუცია, 1<sup>ლ</sup>—37.3 ოდნავ მჭრთალი ფერის კანი და ლორწოვანი გარსები, გული და ფილტვები — ნორმალი როგორც ფიზიკური ისე რენტგენოლოგიური გამოკვლევით. დაბალი სისხლის წნევა — მაქსიმალური 93 mm. ენა ოდნავ შეღესილი, მუცლის პალპაციის დროს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში მკაფიოდ გამოხატულია defense musculaire. ნალველას ბუშტი ისინჯება მტრედის კვერცხის ოდენად და ძლიერ მტკიანია. Kehr-ის სიმპტომი მკაფიოდ არის გამოხატული. ღვიძლი გამოდის ნეკნთა რაკალიდან და მტკიანია. მტკიანია აგრეთვე რბილი ნაწილები პალპაციის დროს მარჯვნივ ჭიპის ხახის ზემოთ. ამ ტკივილებს გამოურყვეველი ხასიათი აქვს.

Ileo-coecal-ური მიდამო მტკიანი არ არის და იქ არავითარი ინფილტრატი არ ისინჯება. წერტილები Mac—Burney-ს, Lantz-ის და Kümmel-ის უმტკიანია. Lasegue-ის სიმპტომი არ არის. შარდის მხრივ—ნორმა. განავალში კვერცხები trichocephalus dispar და ლამბლიის ცისტები. კუჭის წვეწოში საცდელ საუზმის შემდეგ თავისუფალი Hcl—0.1% საერთო სიმწვე 50. სისხლში ერიტროციტების რაოდენობა 4200000, ლეუკოციტების—7200, Hb.—84% E<sub>5</sub> i—1. ლეიკოციტალური ფორმულა; ნეიტროფილები 61%, დიდი ლიმფოციტები 11%, პატარა—21%, მონოციტები 5%, Rieder-ის ფორმები 1%, Gumprecht-ის—1%.

დუოდენალური ზონდავი გაკეთებული ჰქონდა რამდენჯერმე. პირველადვე აღმოჩნდა ნალველა B-ში მრავალი მოძრავი ლამბლიები. რამდენიმე დღის შემდეგ ხელმეორედ გაუკეთეთ ზონდავი. მივიღეთ ნალველი A, რის შემდეგ 4-ჯერ გამოურყვებეთ 20—20 კ. ს. თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარით თორმეტ გოჯა ნაწლავი და სითხე 80 კ. ს. შევაგროვეთ გამოსაკვლევად.

მერე შევიყვანეთ 30 კ. ს. თბილი 39% გოგირდ მცავა მანენზიუმის ხსნარი და მივიღეთ 64 cm<sup>3</sup> ნალველი B რომლის მერე მივიღეთ ნალველი C.

ნალველა A	წებოვანობა (Hess-ით)	1.2	} ნორმა 1.15.
„ B	„	1.5	

შემდეგ გამოვიანგარიშეთ თითო კუბიკურ მილიმეტრ ნალველში ლამბლიების რაოდენობა თომა-ცაისის კამერით.

გამონარეცხ წყალში — 50 ცალი

ნალველი A — 300 ცალი — ცოტა ღორწო

„ B — 890 „ — ბლომად „

„ C — 30 „ — არ არის „

ერთი კერის შემდეგ ხელახლად არის გაკეთებული ზონდავი.

ნალველი A. — ქარვის ფერი, გამსჭვირვალე, ხედრ. წონა 1.011<sup>10</sup> რეაქცია 43 cm<sup>2</sup>  $\frac{10}{N}$  ხსნარის Hcl. 100 cm<sup>3</sup> ნალველზე (ნორმა 10—40 cm<sup>3</sup>) ინდიკატორი Met-hyloorange. ზოლესტერინი 0.75 გრ. ერთ ლიტრში (ნორმა 0.75—1.5) ნა-

დველის მგავა 154 წვეთი, Rona Michaelis-ის პიპეტით. (ნორმა 20 წვეთი წყალზე, 30—40 წვეთი ნალღველი. ლამბლიები ვნახეთ მხოლოდ დაღმევის შემდეგ.

ნალღველი B. — ღია ყავისფერი, გამსჭვირვალე, ხვედ. წონა 1.025. ხოლესტერინი 1.0 ერთ ლიტრზე, ნალღველის მგავა 155 წვეთი, რეაქცია 60 კ. ს.  $\frac{10}{N}$  სხნარის Hcl 100 კ. ს. ნალღველზე. ლამბლიების რიცხვი 1 კ. მმ. ნალღველში 170 ცალი. შედარებით ნაკლები ლორწო, ცოტა ლევიკოციტები.

ნალღველი C. — ფერი ბაციყვითელი, გამსჭვირვალე, ხვედ. წონა 1.010. ხოლესტერინი 0.27 ერთ ლიტრში. ნალღველის მგავა 149 წვეთი, რეაქცია 35 კ. ს.  $\frac{10}{N}$  სხნარის Hcl 100 კ. ს. ნალღველზე. ცოტა ლორწო, ლევიკოციტები. ლამბლიების რიცხვი 1 კ. მმ. 40 ცალი.

ამ ცდების შემდეგ ჩვენ დაერწმუნდით, რომ ნალღველას ბუშტიდან მიღებულ ნალღველაში ლამბლიების რაოდენობა ვაკილებით მეტია (3 ჯერ—10 ჯერ გამოკვლევის მიხედვით), ვიდრე დროდენალურ წვენში.

შემთხვევა მე-2. ავადმყოფი ახ—ვა ზინაიდა, 39 წლის, ტფილისელი, უჩივის ტკივილებს გულის კოხთან, რომელიც გადაეცემა მარჯვენა ბეჭში და ხერხემალი, ტკივილებს ჩხვლეტილი ხასიათი აქვს და სუნთქვის დროს უძლიერდება. შეტევის დროს მოსდის პირსაკვება მისი სიტყვით „ბაღლაშია“. ავად არის ერთი წელია. უკანასკნელი შეტევა მოვიდა 6 დღის წინად, გარედ გადის ორ დღეში ერთხელ. განავალი მავარი კონსისტენციისა.

ობიექტიურად — სწორე ავებულების, პიკნიური ტიპის,  $v''$  — 37.3; კანი შეავერებანი; მარჯვენა მხარეზე, როგორც ზურგზე ბეჭის ქვემოთ, ისე კანი გვერდზე ძლიერ მტკივანია. კისრის ლიმფური ჯირკვლები ცერცვის ოდენაა. გულის სახლვრები ოდნავ გაფართოებულია მარცხნივ. ტონები სუფთა, ოდნავ მოყვებულნი. ფილტვები ნორმალნი, ვნა ოდნავ შელესილი თეთრად. მარჯვენა hypochondrium-ში არის გამოხატული densus musculaire, ელენთის ზემო სახლვარი მე-8 წყნია, ქვემო ხვედება ხელს, მავარია, უმტკივნო დიჰილის ქვედა კიდე ისინჯება, მეტად მტკივანია ნალღველის ბუშტთან. ეს ტკივილები ავგილობრიგია და ამოსუნთქვის დროს უძლიერდება. მარჯვენა თირკმელი დაწეულია და გადოხებული, შარდის მზრე ნორმა. განავალი ლამბლიის ცისტები. კუჭის წვენში თავისუფალი Hcl — 0.15%, საერთო სიმკვავე 6%, ლორწო ბლომად.

სისხლში ერიტროციტების რაოდენობა 4900000, ლევიკოციტების—7200, Hb—80%, ფერადი საჩვენებელი 0.8. ლევიკოციტალური ფორმულა—ნეიტროფილები 53%, დიდი ლიმფოციტები 9%, პატარა 30%, ეოზინოფილები 1%, მონონუკლეარები 4%, Rieder-ის ფორმა 2%, Gümprich-ის 1%.

რამდენჯერმე აქვს გაკეთებული დროდენალური ზონდავი.

ნალღველი A — გამსჭვირვალე, ქარვის ფერი, ცოტა ლორწო; ხვედრითი წონა—1.010; წებოვნობა Hess-ით—1.8; რეაქცია 32  $\frac{10}{N}$  სხნარის Hcl 100  $\frac{10}{N}$  ნალღველზე. ნალღვენი 1—2 ლამბლია.

ნალღველი B. — ძლიერ მტკი, შიგ ბლომად ლორწო; ხვედრითი წონა—1.018; წებოვნობა Hess-ით—3.2; რეაქცია 69  $\frac{10}{N}$  Hcl სხნარის 100  $\frac{10}{N}$  ნალღველზე (ინდიკატორი Methylorange). ნალღველში ბლომად მოძრავი ფორმები ლამბლიების. დათვლა შედრღებელი იყო მათი დიდი რიცხვის გამო.

ნალღველი C. — ყუითელი ფერის, გამსჭვირვალე, ცოტა ლამბლიები, ბლომად ჩირქოვანი ბუროფლები.

ამ შემთხვევაშიც ჩვენ ვხედავთ, რომ ნალღველას ბუშტიდან ნალღველში მიღებული არის აუარებელი რიცხვი ლამბლიების, მაშინ როდესაც ნალღველ A და C-ში მხოლოდ 2—3 ცალი გვხვდება.



შემთხვევა მე-3. ავადმყოფი ჩ-ვა ბარბაღე, 32 წლის, სომეხი, ტფილისელი, შემოვიდა კლინიკაში 15.III—1927 წ. ერთი წელიწადია, რაც გულის კოვზთან დაუწყვეტად ტკივილი და გულმარბეა. ეს ტკივილები მოსდის ხან უზმოდ და საკმლის მიღებაზე უჭრება, ხანკი საკმელს რომ შესკამს მაშინ აუფარდება და გასტანს 3—4 საათს. ორი თვეა რაც ტკივილებმა უმატა, ამასთან ერთად ძალიან მოემატა მადამ. მაგრამ ქამაზე მოსდის ბოყინი, ამოსდის კვერცხის სუნით. მარჯვენა გვერდი ჩველეთს, კანი მარჯვენაზე გვერდზე ძლიერ სტკივა ხელის შეხების დროს. კუჭის მოჭედება 2—3 დღეში ერთხელ. განავალი მაგარი კონსისტენციისაა. ობიექტიურად—ჰიქინური ტიპის, 1<sup>0</sup>—37.3, კანი მშრალი, შეგვერდმანი, სუნთქვა, ლორწოვანი გარსი ვარდისფერი. გულის მხრივ ნორმა. ფილტვები—მარჯვენა მწვერვალზე ამოსუნთქვა გაძლიერებული, მსუცელი ოდნავ შებერილია. თეთრ ხახზე ტიპს და მახვილისებრ მორჩის შუა მტკივანია. კუჭი, როგორც ფიზიკური, ისე რენტგენოლოგიურ გამოკვლევით გაფართოებულია გარდვიგარდმო. ქვემო საზღვარი 3 თითის დადებით ტიპს ზემოდ. ელენთა და ლეიძლი არ ისინჯება. ნალეველას ბუნების მტკივანია. მარჯვენა თირკმელი დაწვულია. Kehr-ის სიმპტომი მკაფიოდაა გამოხატული. შარდის მხრივ—ნორმა. განავალში ლამბლიოზის ცისტები. კუჭის წვეწმი საცდელი საუნხის შემდეგ: თავისუფალი Hcl—0.08, საერთო სიმავე 52.

სისხლში—ერიტროციტების რაოდენობა 5120000, ლეუკოციტების—4400, Hb—80%,, ფერადი მაჩვენებელი 0.8. ლეუკოციტარული ფორმულა: ნეიტროფილები 61%,, ლიმფოციტები დიდი 10%,, პატარა 15%,, ეოზინოფილები — 2%,, მონოციტები—7%,, Rieder-ის ფორმები—1%,, Gumprecht-ის 1%.

რამდენჯერმე გაუყვით 12-გოჯა ნაწლავის ზონდავი Meitzer—Lyon-ის წესით. აღმოჩნდა, როგორც A-ში, ისე B და C-ში მოძრავი ფორმა ლამბლიების.

მე-4 ზონდავის შედეგა:

- ნალეველი A. — ქარვის ფერი, გამსჭვირვალე ბლომად ლორწო. ერთ კუბიკურ მილიმეტრ ნალეველში 46 ცალი მოძრავი ლამბლიები. გამონარეები წყალში—1 mm<sup>3</sup>—15 ცალი მოძრავი ლამბლიების (დანალექში)
- ნალეველი B. — მუქი ჯავისფერი, გამსჭვირვალე, შიგ ბლომად ლორწო. ლამბლიების რაოდენობა 1 mm<sup>3</sup>—36 ცალი.
- ნალეველი C. — ღია ყვითელი ფერის. ლამბლიები დათვლილი არ არის მათ სიმკირის გამო.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ ნალეველა B-ში იყო I კუბ. მილიმ. 36 ცალი ლამბლია. იმის წინ კი თორმეტ გოჯა ნაწლავი გამოვრეცხილი იყო და გამოსარეები წყლის დანალექში მხოლოდ 15 ცალი ლამბლია იქნა ნახული I კუბ. მილ.

აქედან ცხადია, რომ ნალეველა B-ში ე. ი. იმ ნალეველაში, რომელიც მოდიოდა ნალეველას ბუნებისთან, ლამბლიებია იყო მეტი, ვიდრე იმის წინ 12 გოჯა ნაწლავში.

შემთხვევა მე-4. ავადმყოფი ა-ვა ფ. 21 წლ. სომეხი, სოფელ ლარდიდან ოსმალეთში, 18 წელია სცხოვრობს ტფილისში.

ავად არის თევზბევარია. უჩივის სისუსტეს, თავბრუს ხვევას, ტკივილებს გულის კოვზთან და მარჯვენა გვერდებზე მიდამოში, უფრო რბილ ნაწილზე. ტკივილები მოსდის მაგარ საკმლის მიღებაზე, მაგალითად ნახობზე, სითხეები კი ტკივილს არ იწვევს. გული გრევა, ორჯერ პირს ასაქმვა. მუცელში ხან ფაღარათადაა და ხან შეკრული. მუცლის აწლილობა შეამჩნია უკანასკნელ ორსულობის შემდეგ, ერთი წელიწადია. შარდზე გადის ცოტ-ცოტას და მადმადე. ობიექტიური უარა—სწორი აგებულების, ასთენიური ტიპის, 1<sup>0</sup>—37. კანი და ლორწოვანი გარსი ანემიურია. კისრის ლიმფატური ჯირკვლები ისინჯება. მუცლის ღრუში ჯირკვლები ხელს ხედება, გული—ნორმა. ფილტვებში მოყრუება ორივე მწვერვალზე და გაძლიერებული ამოსუნთქვა. მუცელი მტკივანი. მარჯვენა მხარეზე მკაფიოდ გამოხატული disease musculaire. Necrotic-ური მიდამო მტკივანია. ლეიძლი ოდნავ გადიდებულია, დაწვულია. Kehr-ის სიმპტომი მკაფიოდ გამოხატულია. ელენთა ისინჯება. ორივე თირკმელი დაწვულია.

შარდის მხრივ—ნორმა.

კუბის წვენი—საცდელი საუზმის შემდეგ—თავის. HCl—0.13%. საერთო სიმკ.—67. განავალი მაგარი კონსისტენციის, მიხაკისფერი, ტუტე რეაქციის, ჩვეულებრივი სუნის. მიკროსკოპითად მცენარეული უჯრედები და ტბინის წვეთები, ცისტები ნახული არ არის. სისხლში ერიტროციტების რაოდენობა 3730 300, ლეუკოციტები—4200, Hb—80, ფერადი მაჩვენებელი I. ლეუკოციტალური ფორმულა: ნეიტროფილები 51%, ლიმფოციტები (დიდი)—14%, პატარა 25%, მონონუკლერები—2%, ეოზინოფილები—4%, Gumprecht-ი—1%.

დუოდენალური ზონდაეი:

ნალექლი A — რაოდენობა 78 cm<sup>3</sup>, გამსჭვირვალე, ღია ყვითელი ფერის ცოტა ლორწო, ხვედ. წონა 1.010; რეაქცია 30cm<sup>3</sup>  $\frac{10}{N}$  ხსნარის HCl

100 cm<sup>3</sup> ნალექლახე. ლამბლიების რაოდენობა 1 mm<sup>3</sup> 140 ცალი.

გამონარეცი წყალი—ლამბლიები შიგ ნახული არ არის.

ნალექლი B — რაოდენობა 40 cm<sup>3</sup>, გამსჭვირვალე, მუქი ყავის ფერი, ლორწო ცოტა მეტი, ხვედრ. წონა 1.015, რეაქცია 60 cm<sup>3</sup>  $\frac{10}{N}$

ხსნარის HCl 100 cm<sup>3</sup> ნალექლახე. ლამბლიების რიცხვი 1 mm<sup>3</sup> 8000 ცალი.

ნალექლი C — რაოდენობა 5 cm<sup>3</sup> ღია ყვითელი ფერის.

ნალექლას ბუშტის ლამბლიოზის ჩენი ოთხი შემთხვევა შეძლებას გვაძლევს გამოვყოთ ის საერთო სიმპტომები, რომელნიც ყველა შემთხვევაში იყო გამოხატული. ეს სიმპტომები შეიძლება ორ ჯგუფათ გავეყოთ: პირველი ადგილობრივი მოვლენებია ნალექლას ბუშტის და მის ახლო მდებარე მიდამოების მხრივ, მეორეც — ზოგადი ხასიათის სიმპტომები. ზოგადი სიმპტომების მხრივ აღსანიშნავია ყველა ავადმყოფებში გამოხატული საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, ხშირად თავბრუს ხვევა; ეს მოვლენები არ შეიძლება ანენიას მიეწეროს, ვინაიდან ჩვენს ავადმყოფებს არ ჰქონდათ გამოხატული ანენია: ოთხივე შემთხვევაში Hb რაოდენობა 80% — 84%, რაც ქალებისათვის თითქმის ნორმად უნდა ჩაითვალოს; ერიტროციტების რიცხვი ქანაობდა 3730000 — 5100000 მდე.

შემდეგ აღსანიშნავია სუბფეროული ტემპერატურა, რომელიც ყველა ჩვენ ავადმყოფს ჰქონდა. ეს ტემპერატურა უნდა ავხსნათ იმ ადგილობრივი ანთებითი მოვლენებით, რომელნიც ჩვენს ავადმყოფებს ნალექლას ბუშტის მხრივ ემჩნეოდათ. საინტერესოა, რომ არც ერთს ჩვენს ავადმყოფს არ ჰქონია ლეუკოციტოზი, მიუხედავად ამ ანთებითი მოვლენების და სუბფეროული ტემპერატურისა. პირიქით, ორს ლეუკოპენიაც კი ჰქონდა (4200 — 4400 ლეუკოციტი) და ორს დანარჩენს ჰქონდათ ლეუკოციტების ნორმალური რიცხვი (7200 ლეუკოციტი).

არ ჰქონდათ ჩვენს ავადმყოფებს აგრეთვე არც ეოზინოფილია რომელთა რიცხვიც შემთხვევის მიხედვით ქანაობდა 0 — 4% მდე.

ადგილობრივი მოვლენები ნალექლას ბუშტის მხრივ ოთხივე შემთხვევაში მკაფიოთ იყო გამოხატული. ყველა ავადმყოფი უჩივოდა ტკივილებს ან მარტო მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ან მასთან ერთად გულის კოვზთან, მხოლოდ ერთი ავადმყოფი უჩივოდა ტკივილებს მარტო გულის კოვზთან, მაგრამ ამ შენ-





თხვევაში ირადიაციას ეს ტკივილები იძლეოდა მარჯვენა ბეჭში. ზოგში ეს ტკივილები მუდმივი და ყრუ იყო, ზოგში კი შეტევითი ხასიათი ჰქონდა (მფეთქავი, ჩხვლეტიანი). ეს ტკივილები ზოგს სუნთქვის დროს უძლიერდებოდა.

ობიექტიურად ყველა შემთხვევაში მარჯვნივ ფერდქვეშ გამოხატული იყო *défense musculaire*, ნალველას ბუშტი თითქმის ყოველთვის ისინჯებოდა, მტკივანი იყო და გადიდებული, და Kehr-ის სიმპტომი ყოველთვის მკაფიოდ გამოხატული. თუ ამას დაუმატებთ, რომ ოთხივე შემთხვევაში ჩვენ გვექონდა ნალველა B-ში ბლომად ლორწო, ჩირქოვანი ბურთულები, ერიტროციტები და ამავე დროს ლამბლიები, ნათელია ჩვენ შემთხვევაში გამოხატული იყო ხოლციისტიტის მოვლენები და ეს მოვლენები ექვსგარეშეა გამოწვეული იყო ლამბლიებით, როგორც ზევით მოვიხსენიეთ.

ხოლციისტიტები გამოწვეული ლამბლიების მიერ დამტკიცებულია Winkler-ის მიერ, რომელმაც ასეთ შემთხვევაში მთელი რიგი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევებით ვერაერთარი მიკრობი ვერ აღმოაჩინა ნალველა B-ში და მასში მხოლოდ ლამბლიები ნახა.

აღსანიშნავია კიდევ ერთი საინტერესო მოვლენა, რომელიც ოთხივე ავადმყოფს ჰქონდა გამოხატული, თუმცა არა იდენტიურად. ეს კანის პიპერესტეზია მარჯვენა მხარეს ან უკან ბეჭის ქვემო კუთხიდან ნეკნების რკალამდინ და წინ ილღის ხაზზე (მე-2 შემთხვ.), ან მარტო წინ ხელის შეხების დროს (მე-3-მე შემთხვევა). ერთს შემთხვევაში გამოურკვეველი ხასიათის ტკივილები იყო მარჯვნივ რბილ ნაწილესში ქიპის ხაზის ზემოდ მარჯვენა ფერდისკენ.

სხვათა შორის, საერთო ლამბლიოზის დროს ეს მოვლენა აღნიშნული აქვს უკვე Marchoux-ს, რომლითაც ეს ტკივილები ხან გამოურკვეველი ხასიათისაა და ხან კიდევ გარკვეულ ადგილებშია და ასეთ შემთხვევაში მისი ჩვეულებრივი ადგილია ქიპიდან ნეკნთა რკალამდის მარჯვნივ.

კუჭის მხრივ ჩვენ შემთხვევაში ყველას ჰქონდა თავისუფალი HCl ან ნორმალური (0.13 — 0.15) ან ოდნავ დაქვეითებული (0.09 — 0.1), შეტევის დროს ორს (2 და 4) გულის რევა და პირსაქმება მოსდიოდა, დანაჩენები უჩივოდნენ მხოლოდ ოდნავ გამოხატული დისპეპტიურ მოვლენებს.

არცერთ შემთხვევაში არ იყო გამოხატული ენცეზოვოლიტი, რომელიც ასე ხშირია ხოლმე ლამბლიოზის დროს. პირიქით, ჩვენი ავადმყოფნი უფრო შეკრულობას უჩივოდნენ და მხოლოდ ერთს (N: 4) ჰქონდა ხან შეკრულობა და ხან ფაღარათობა.

რაც შეეხება წამლობას იგი იყო გატარებული პირველ შემთხვევაში. ჩვენ ვინმარტო Neo-salvarsan-ის ინტრავენოზური შეშხაპუნება, პირველად 0,3, შემდეგ 2 ჯერ 0.45. პირველ შეშხაპუნების შემდეგ ლამბლიების რიცხვმა ნალველას ბუშტში ძლიერ იმატა, მხოლოდ მე-2 შეშხაპუნების შემდეგ შესამჩნევად იკლო, მხედველობის არეში გვხვდებოდა 2—3 ცალი ლამბლია. მე-4 შეშხაპუნების შემდეგ ლამბლიები როგორც ნალველა A-ში ისე B-ში ვეღარ ვნახეთ. ამასთან ერთად სრულიად გაუქრა ტკივილები, რომელიც მას ჰქონდა წამლობის წინ და რომლის შეტევები მოსდიოდა თითქმის ყოველ დღე. ნალველას ბუშტი შემცივდა, მტკიავახობა აღარ ჰქონდა. ორი კვირის შემდეგ ამოღებული ჰქონდა ხელმე-



ორედ ნაღველი და ლამზლიები შიგ ნახული აღარ იყო. ავადმყოფი გაეწერა; მხოლოდ თვენახევრის შემდეგ ისევ საკონტროლოდ ამოუღეთ ნაღველი და შიგ ვნახეთ მოძრავი ფორმა ლამზლიების, მართლა რიცხვით ბევრად ნაკლები პირვანდელზე. მეორე ავადმყოფი გაეწერა უწამლოდ. ორი უკანასკნელი ჯერ წამლობის ხანაში არიან (სტოვარსოლით).

---

## მედ. დოქტ. ნ. ასანიშვილი

ყურის, ყელის და ცხვირის სნეულებათა კლინიკის გამგე.

### პირველადი ნაკერი ანტროპომიის შემდეგ.

ოტო დასტაქრების უმრავლესობა ანტროპომიის ოპერაციის შემდეგ პრილობას ღიად სტოვებენ და მკურნალობას აწარმოებენ ფილთებით. მთლიანი შეხორცება ხდება თვენახეუარ—სამ თვის განმავლობაში. იმ მიზნით რომ პრილობა დიდ ხანს ღიად დარჩენილიყო პრილობაში სდებდენ განსაკუთრებულ ფორმების ტყვიით გამათარათოგელს, რის გამოც მკურნალობა დიდ ხანს გრძელდებოდა და ჩაღრმავებულ ნაწიბურებს სტოვებდა. ოტო დასტაქრები ფიქრობდნენ, რომ საერთოდ ინფექციურ პრილობას ესაჭიროება მკურნალობა ღია მეთოდით, მეტადრე სინუსისა და ტენის მავარ გარისს მეზობლად მდებარეობის გამო. ვინაიდან ამჟამად უფრო კარგად არის შესწავლილი პროცესის პათოფიზიოლოგია, ავადმყოფის ადრე გამოკვლევა გაუმჯობესებულ ტენიკის გამო, სპეციალისტები ოტო დასტაქრები ეძებენ გამონახონ სხვადასხვა მეთოდები, რომ გამოიწვიონ ხელოვნურად ტრეპანაციულ პრილობის ჩქარი შეხორცება. ტრეპანაციულ პრილობის დახურვა პირველადი ნაკერით ფილთით ქვედა კუთხეში პირველად Wall-მა გააკეთა 1854 წ. Fiffli-ი Laufel-ის კლინიკიდან ყნუთ კერავდა პრილობას და უმეტეს შემთხვევაში ლეზულობდა შეხორცებას prima intentio. ამის შემდეგ უკვე ბევრმა ავტორებმა გამოაქვეყნეს ცნობები პირველად ნაკერის შესახებ; უმრავლესობა აკეთებს პრილობის არა მთლიან დახურვას, არამედ ქვედა კუთხეში სტოვებენ დრენაჟს. 1898 წ. ამერიკელი Blake ურჩევდა, რომ პრილობა დახურული ყოფილიყო პირველად ნაკერით სისხლის ქვეშ. ტრეპანაციულ პრილობას იგი ავსებს სისხლით კანის ძარღვებიდან და შემდეგ ყრუდ კერავს. იგი ფიქრობდა, რომ შედეგებული სისხლი კარგად დაიცავს პრილობას ინფექციისაგან და ამასთან ერთად რეგენერაციისთვის წარმოადგენს ქსოვილის კარგ მასალას. ბევრ შემთხვევაში Blake და მისი მიმდევარნი ლეზულობდნენ კარგ შედეგებს და პრილობის ჩქარ შეხორცებას, მაგრამ ეს მეთოდი ვერ გავრცელდა.

უკანასკნელ დროს ტრეპანაციულ პრილობის წინასწარი სტერილიზაცია დაიწყეს სხვადასხვა სადეზინფექციო ხსნარით, როგორც მაგალითად, ქინაქინის დერივატებით, ვუტინით (1:10.000) Tryapflavini-ის (1:500) და Dakin-ის ხსნარით. Фелъдман-ი (მოხსენება ოტო-რინო-ლარინგოლოგების საკავშირო პირველ ყრილობაზე 1924 წ.) სარგებლობდა ამერიკელ ექიმ Morisson-ის მალამოთი, რომელიც შესდგებოდა Jodoformium-საგან (1 წილი) და პარათინისაგან (ორი წილი), პრილობის გამორეცხვის შემდეგ მეტილენის სპირტით. ამ მა-



ლამოს კრილობაში თხელ ფენათ სდებდენ და კრილობას ყრულ კეოვდენ. მის დაკვირვებით ოპერაციის შემდეგი ხანა გრძელდებოდა სულ მცირე რვა დღე, სულ დიდი 50 დღე, საშუალოდ კი 16 დღე.

პირველადი ნაკერის სამ მოდიფიკაციიდან (I—მთლიანი ნაკერი, II—არა მთლიანი ნაკერი კრილობის ღიად დატოვება ქვედა კუთხეში, III—წინასწარი დეზინფექცია კრილობის და არა მთლიანი ნაკერი დრენაჟით ქვედა კუთხეში) *Фельдман*-ი ყველაზე უმჯობესად თვლის მესამე მეთოდს. თითქმის ყველა ავტორები თანახმანი არიან იმაზე, რომ პირველადი ნაკერი შეიძლება გაკეთდეს მხოლოდ არა გართულებულ შემთხვევებში, როდესაც ავადმყოფს არა აქვს დიდი სიცხე და ლაბირინთული მოვლენები. ტრეპანაციულ კრილობის პირველადმა ნაკერმა საერთო გავრცელება ვერ შიიღო. ამის მიზეზი ის არის, რომ ყოველი ოპერატიული შემთხვევა თავისი ინფექციური ხასიათით განსხვავდება და თითქმის არასოდეს არ შეეხვედებით ორ სრულიად ერთგვარ დვრილისებრ მორჩს და მუდამ მოიპოვება სხვადასხვაობა მათში, რომელიც მოითხოვს განსაკუთრებულ ტენიკურ დამუშავებას. ზოგიერთ შემთხვევებში, მიუხედავად იმისა, რომ დაზიანებული უჯრედი ძლიერ სუფთად იწმინდება, ძვალში მაინც რჩება გაუხსნელი უჯრედები, რომელთაც შემდეგში შეუძლიან სხვადასხვა გართულებანი გამოიწვიოს. ამ გართულების შიშით დასტაქრები ცდილობენ არ დაადონ პირველადი ნაკერი. ამემაზად გამოკდილ ოტიატრს აქვს საკმარისი დიაგნოსტიკური ცოდნა და ტენიკურადაც დახელოვნებულია იმდენად, რომ შეუძლია ანვარიში გაუწიოს თითოეულ შემთხვევას და არ ეშინოდეს სხვადასხვა მოულოდნელ გართულებისა. ოპერაციის შემდეგ კრილობის სწრაფი შეხორცება დამოკიდებულია განსაკუთრებულ ტენიკურ წესების შესრულებაზე. ჩენი 26 წ. მუშაობის განაილობაში ჩემ მიერ გაკეთებულია რამდენიმე ათასი დვრილსებური მორჩე ოპერაცია და გამომუშავებულია განსაკუთრებული ტენიკური წესები კრილობის ჩქარა შეხორცებისათვის. ჯერ ავსწერ იმ ძირითად წესებს, რომლებსაც მე ვხმარობ დვრილისებრ ოპერაციის დროს. საოპერაციო მიდამო მოგვყავს სტერილიურ მდგომარეობაში სპირტით და იოდით იმნაირად, როგორც ტენის ოპერაციის დროს, ბავშვებს უკეთდება ეს ოპერაცია ზოგადი ნარკოზით, მოზრდილებს კი ადგილობრივი ანესტეზიით (novocain 1%—adrenalin). კანის გაჭრა ხდება ქვემოდ დვრილისებრ მორჩის მწვერვალს ბოლომდე, ზემოდ სასმენ გარეთა მილის ზედაკიდის ერთ-ორ სანტიმეტრით მაღლა; კრილობა დაშორებულია ყურის ნიჟარის მიმავრების ადგილიდან 1—1 1/2 სანტიმეტრით. *Bezoid*-ის ფორმების დროს კრილობა გადის *proc. mastoid*. მწვერვალს ქვევით საჭიროების მიხედვით, ზედა კანი შორდება იმდენად, რომ ტრეპანაციის არე უნდა ეთანასწორებოდეს ძვლის გაშიშვლებულ სივრცეს. თუ ოპერაციის შემდეგ რჩება ძვლის ნაწილი უზედაკანოდ ეს გარემოება აგრძელებს ოპერაციის შემდეგ ხანას. მწვერვალსთან მიმავრებული კუნთები უნდა გამოეცალოს მხოლოდ საჭიროებისდა მიხედვით, როდესაც არსებობს მორჩის სეკვესტრაცია. სხვა შემთხვევებში კუნთებს არ აშორებენ. სასმენ მილის ძვლის კედელი თხელდება საჭიროებისა-ნებრ დაშლილ უჯრედების ამოსაწმენდად. ამ კედლის ჩამოტეხვას არ აწარმოებენ რათა არ მოხდეს სასმენ მილის შევიწროება და ჩაწევა ოპერაციის შემდეგ.



თუ კედლის კიდე ძალიან გამოწეულია ამ შემთხვევაში მას აშორებენ ღრუს გასასწორებლად. მწვერვალის ტერმინალური უჯრედები იხსნება და იფხიკება; მაგრამ შიგნითა და ქვევითა ძვლის კედელი არ უნდა იყოს დაზიანებული. უკანა ტერმინალური უჯრედები მთლიანად უნდა იყოს გახსნილი და ამოფხიკეილი. Antrum ი ყველა შემთხვევაში იხსნება ხან ვიწროდ, ხან ფართოდ იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად არის გარბილებული გარშემო ძვალი; სინუსის ძვლის კედელი სუფთავდება ყველა უჯრედებისაგან მახვილი სატეხის მსუბუქი დარტყმით; მაგრამ სინუსი არ იხსნება, თუ არის პერისტინოზური ან extradural-ური აბსცესი გრანულიაციებით, ამგვარ შემთხვევებში ძვლის ქსოვილი დაშლილი არეში კარგად სწორდება კოვზით. ძვალი proc. zygomaticus-ის მიმართულებით კარგად უნდა გაისინჯოს და თუ საჭიროება მოითხოვს შეიძლება ჩამოეტეხოს. ტრეპანაციულ კრილობის მთელი ზედაპირი იფხიკება, მაგრამ უნდა დარჩეს ხორკლიანი; ვინაიდან თუ ძალიან სადათ გაიწმინდა ზედაპირი, გრანულაცია ხვება სუსტად და ამის გამო შეხორცება გვიანდება. თუ კრილობა არ იკვრება და ვწამლობთ გახსნილი ხერხით, ამ შემთხვევაში სწრაფი შეხორცებისათვის საჭიროა, რომ ძვალი იყოს დაფარებული ზედა კანით; ძვლის კრილობის კიდესთან უნდა იყოს შეერთებული მისი ზედა კანი. კრილობის ღრუში არ უნდა დარჩეს ძვლის ნატეხები. ოპერაცია კეთდება მახვილი სატეხებით (ლარისებრივ), თუ სატეხი ბლაგვია ან მუწაობა სწარმოებს უხეშად, ამ შემთხვევაში ძვალი სქდება, ზოგჯერ ღრმად, რაც იწვევს სხვადასხვა გართულებას და აგრძელებს შემდეგ მკურნალობის ხანას. ამის გარდა მძიმე დარტყმამ შეიძლება გამოიწვიოს ლაბირინტიტი და სასმენ ნერვის ტრავმატიული ნევრიტი. ტამპონადა კეთდება მსუბუქად. პირველი შეხვევა კეთდება მე-5-6 დღეს.

ღია კრილობის დროს თუ ოპერაცია გაკეთებულია lege artis შეხორცება ხდება 6 კვირაში. ეს დრო უნდა ჩაითვალოს ხანგრძლივად. სასურველია ისეთ წესით მკურნალობა, რომელიც შეამცირებდა ოპერაციის შემდგომ ხანას.

ჩემ მიერ დაკვირვებულ ცდების მიხედვით, რომელიც სწარმოებდა რამოდენიმე წლის განმავლობაში, მე დავიწეე კრილობაში ჩადება კუნთოვან ნაფლეთის, რომელიც გამოყოფილი იყო კანის კრილობის უკანა ზახიდან. ეს კეთდებოდა შემდეგ გვარად: სკალპელით ვაჭყავთ კრილობა proc. mastoid-სკენ, შემდეგ რასპატორით იწვევა მაღლა, კანი შორდება კუნთოვანი ბოჭკოების მთელ კრილობის სიგრძეზე ცოტა ზემოდ და აგრეთვე ცოტა ქვემოდ, რომ არ იყოს კუნთი დაჭიმული. ამგვარად მოშორებული კუნთოვანი ბოჭკოებს სიგანით 2-3 სანტიმეტრით გადმოვწევთ ზედაპირზე.

ეს კუნთოვანი ბოჭკოები არ უნდა იყოს დაჭიმული და თავისუფლად უნდა იდოს კრილობაზე, შემდეგ მთელ კუნთოვან ბოჭკოებს ვდებთ კრილობაში. ზემოდან ეფარება კანი და იკვრება. კრილობის ქვედა კუთხეში იდება წვრილი ფილთა. ნახევრი იცვლება რამოდენიმე დღის შემდეგ და ფილთა კრილობიდან ამოგვაქვს. თუ ჩირქი ცოტა არის ფილთას არ საჭიროებს; თუ ჩირქი ბევრია, მაშინ კეთდება მოკლე და წვრილი ფილთა. შეხორცება ხდება საშუალოდ 10 დღეში, ნაწიბურები ჩნდება სრულიად სადა და კოსმეტიურად იდეალური.



არავითარი ჩაზნექვა და ჩაწევა ძვალზე არ ხდება. თუ ქრილობის ღრუ მეტად განიერია შეიძლება კუნთოვანი ბოჭკოები გადაიჭრას ისე, რომ ორი მესამედი იყოს ქრილობის ზემო ნაწილში, ხოლო ერთი მესამედი ქვემო ნაწილში. ორივე ნაჭერი ჩაიდება ქრილობაში; კანი იკურება, ქვედა კუთხეში იდება წვრილი მარლის ფილთა, შეხვევა ხდება ისევე, როგორც პირველ შემთხვევაში. შეხორცება ხდება იმავე დროს განმავლობაში ე. ი. 10 დღეში.

შეკერის წინ ქრილობა სუფთავდება წყალბადის ზეჟანგით და ისინჯება, რომ ქრილობაში არ ჩარჩეს ძვლის ნატეხები.

ჩვენ მიერ შემოღებულ პირველადი ნაკერით შეიძლება ვისარგებლოთ ყველა იმ მასტოიდიტების შემთხვევებში, რომლებიც არ არის გართულებული, როგორც ადრე ოპერაციების დროს, მაგალითად ავადმყოფობის დაწყებისა 6—7 დღე, აგრეთვე დაგვიანებულ ოპერაციების დროსაც.

წინააღმდეგ ჩვენებად აღნიშნულ პირველად ნაკერის, ჩვენ ვსთვლით იმგვარ მასტოიდიტებს: 1) რომელნიც გართულებული არიან გარსიან კოკეებით გამოწვეულ დიდ extradural-ურ აბსცესით და 2) მოვლენებით ტვინის და ლაბირინტის მხრივ.

ამგვარ შემთხვევებში ჩვენ ვაწარმოებთ მკურნალობას ჩვეულებრივ გახსნილი წესით: მცირედ გახსნილი dura mater ან sinus transvers. არ წარმოადგენს საწინააღმდეგო ჩვენებას.

ჩემ მიერ მიღებულ მეთოდით პირველადი ნაკერის დადებით მკურნალობას არც ერთ შემთხვევაში არ მოუტია ცუდი შედეგი. შეხორცება მუდამ მიმდინარეობდა გაცილებით უფრო სწრაფად, ვიდრე ღია წესით. ჩემ მიერ მიღებული პირველადი ნაკერი ქრილობაში კუნთოვან ნაფლეთის ჩადებით იძლევა მუდამ ქრილობის ჩქარ შეხორცებას და კოსმეტიურ მხრივ იდეალურ ნაწიბურს, ამოკლებს ავადმყოფთა ინვალიდობის პერიოდს, ამცირებს მტკივნეულობას, ოპერაციის შემდეგ წამლობის დროს და აგრეთვე წამლობას აიაფებს.

### 8. გოგოლაძე.

კლინიკის ოპდინატორი.

## ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების საკითხის შესახებ\*.

(ფაკულტეტის ქირურგული კლინიკიდან. გამგე პ. როფ. ა. მაჭავარიანი.)

პაროტიტები, — ოპერაციის შემდგომ არ წარმოადგენენ ხშირ გართულებას, მაგრამ არც ისე იშვიათად გვიხდება დასტაქრებს საქმე ამგვარ გართულებასთან.

— ხანდახან მოულოდნელათ თითქოს უმიზეზოდ მესამე მეოთხე დღეზე, ხან მე-7-დე მერვეზე ან კიდევ მე-11-14-ტე დღეზე ავადმყოფს შეუსივდება ყბაყურა ჯირკველი; I<sup>1</sup> აუწყებს, ავადმყოფი სუსტდება და მდგომარეობა მისი ცუდება. ასეთი გართულება ხანდახან მე-7 დე დღეზე I<sup>1</sup>-ის კრიტიკული დაწყებით და პროცესის გაუმჯობესებით (სასურველად) თავდება; მაგრამ ყოველთვის ეს ასე როდი ხდება? ხშირად ჯირკველი ჩიოქდება, რომლის ამოცნობა ყოველთვის არც ისე ადვილი საქმეა, რადგან შესახებად მისადგომ ადგილზე ჯირკველი დაფარულია მკვრივ უძრავ ფასციით, აი სწორედ ამის გამო შესაძლოა ჩირქმა გზა გაიკაფოს სასმენ გასავალში და მივიღოთ Otitis media purulenta ყველა თავისი შედეგებით და ლოყაზე კი ვერ შევიგრძნოთ ჩირქყევა.

ძალიან ხშირათ ავადმყოფობა ლებულობს ძალიან ცუდ მიმდინარეობას, ასე რომ სიკვდილი არც ისე იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს (Mikulicz). ასეთ არასასურველ შედეგებს ჩვენ ვღებულობთ მაშინ, როცა პროცესი ლებულობს ჩირქოვან ფლეგმონოზურ ხასიათს, რომელიც თავდება ვრცელ განგრენით და საერთო სექტიურ ინფექციით. ზოგიერთ შემთხვევაში დაჩირქება ვრცელდება წინა ან უკანა შუასაყარში ან კიდევ ქალას ღრუსაკენ რასაც შედეგათ სიკვდილი მოყვება. ამას გარდა რადგან ყბაყურა ჯირკველის უკანა ნაწილი processus styloideus-ის მიდამოში დაკავშირებულია ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილოვან სივრცეებთან, რომელნიც წარმოადგენენ ძალიან კარგ პირობებს ჩირქის გასავრცელებლათ, ამიტომ ჩირქს შეუძლია დაეშვას ხორხის და საყლაპავ მილის უკან — შუასაყარში და გამოვიდეს სასუნთქ გზებში (Mikulicz). არც ისე იშვიათად ხდება აგრეთვე ჩირქის გადასვლა ქალას ღრუში სისხლძარღვთა და ნერვების საშუალებით (Brunns). შესაძლოა აგრეთვე ჩირქი მოხვდეს ქალას ღრუში ვენებიდან

\* მოხსენებულია ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ქირურგული კლინიკის დასტაქართა კონფერენციაზე 4 VI. 1926 წ.

დარბილებულ ტრომბების შეტანით (König) არა იშვიათად ყოფილა შემთხვევები ვენების უბების ტრომბოზის (Smith, Bloxam), —მძიმე არტერიულ და ვენური სისხლის მდინარეობის, დაშლა დარღვევა სახის ნერვისა (Nelaton, Gillette), და გამოხეთქა გარეთა სასმენ გასავლის—და შედეგათ კი. otitis media purulenta ყველა თავისი შედეგებით.

ამრიგათ ჩვენ დავინახეთ ყველა ამ ზემოჩამოთვლილთაგან თუ რა მძიმე და ავადმყოფისათვის საბედისწერო გართულებანი შეიძლება მივიღოთ ოპერაციის შემდგომ პაროტიტების ნიადაგზე. ამ გართულების ასეთ სიძნელის გამო ერთეულ შემთხვევის გარჩევას და მასზე მსჯელობაზე დიდი აურზაური ხდებოდა ხოლმე დასტაქართა ყრილობაზე პარიზში 1907 წელში. რუსულ თანამედროვე ლიტერატურაში ცოტას შევხვდებით ამ საკითხის შესახებ; ჩვენს ქართულ ლიტერატურაში სატყეაც კი არ თქმულა ამ საკითხის შესახებ.

პროფ. Парин-მა 1920 წელს თავის შრომაში გვაცნობა პაროტიტების 5 შემთხვევა, რომელნიც შენიშნა ოპერატიულ ჩარევას შემდეგ და 10 შემთხვევაც ტყვიით დაქრის შემდეგ.

— პერმის ჰოსპიტალურ ქირურგულ კლინიკაში ქონიათ ორი შემთხვევა პაროტიტისა: ერთი შემთხვევა გინეკოლოგიური ოპერაციის შემდეგ (ხელოვნური მუცლის მოწყვეტა) და მეორე შემთხვევა ცეცხლოვანი დაზარალების შემდეგ, რომელიც მომხდარი ყოფილა მუცლის წინა კედელზე ნაჩხველტი კრილოზის გამო, რასაც დაუზიანებია კუჭიც.

ჩვენს კლინიკაში გვქონდა 4 შემთხვევა ოპერაციის შემდგომი პაროტიტებისა ხუთი თვის განმავლობაში, რომელთაგან ერთი შემთხვევა იყო periproctitis შემდგომ და დანარჩენი სამი კი Appendectomia-ს შემდგომ; —ალსანიშნავია, რომ ეს უკანასკნელი სამი შემთხვევა იყო ერთი თვის განმავლობაში. მე საჭიროდ მიმაჩნია მოკლეთ მოვიყვანო ჩვენი შემთხვევების ავადმყოფობის ისტორიები.

1-ლი შემთხვევა: ავადმყოფი ას. მარ. 18 წლის მოყვანილი იქნა კლინიკაში 29 IX. 24 წ. სასწრაფოთ periproctitis გამო. 1° 38,4 იმავე დღესვე გაუკეთდა ოპერაცია incisiones, ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფს 1° დაეწია 36,7, თავს უკეთ გრძობდა; მე-3-მე დღეზე (მოულოდნელათ აეწია 39,8; თვითგრძობა ცუდი; მარჯვენა ყბაყურა ჯირკველის არე შეუსივდა; სიმსივნე თანდათან მატულობდა; ამ ადვილზე კანი იქიმებოდა და წითლდებოდა. ოპერაციიდან მეოთხე დღეზე სიმსივნეს დაეტყო ფლუკტაციაც, მე-6-სე დღეს გაუკეთდა ოპერაცია incisio მარჯვენა ყურის გვერდით და წინ ირიბი მიმართულებით წინიდან და ზემოდან უკან და ქვემოთ, საიდანაც ჩირქი ბლომათ გადავიდა. ჩირქმა კრილოზიდან 10 დღის განმავლობაში იქონა განუწყვეტელი შემდეგ კი თანდათან იკლო და ბოლოს კრილოზა შენორკდა.

მე-II-რე შემთხვევა: ავადმყოფი ბ. გ. 30 წლისა შემოვიდა კლინიკაში 1925 წ. 30-V-ს ქრონიკულ appendicitis გამო, იმავე წლას ივნისის 4—ში გაუკეთდა ოპერაცია appendectomia M. Burney-ს გზავსით. მე-2-რე დღეს ავადმყოფი გრძობდა ტკივილებს კრილოზისა და წლისს არეში; სხვა მხრივ თავს კარგად გრძობდა. უკვებ მოულოდნელათ ავადმყოფს დაუესივდა მარჯვენა ყურის ქვედა მიდამო. სიმსივნე თანდათან მატულობდა, კანი იქიმებოდა და წითლდებოდა 1° 38,8—39,7; ამ მდგომარეობაში იყო ავადმყოფი 4 დღის განმავლობაში, შემდეგ სათბობი კვამარესების, სიმსივნეზე ქაფურის ზეთის წასმის და პირის ღრუს სადუზინფექციო ხსნარებით გამოკვების მეშვეობით სიმსივნე ყბაყურა ჯირკველისა თანდათან დაეცრა.

შემთხვევა - მე-III - მე-ავადმყოფი ა. ი. 21 წლისა მოიყვანეს კლინიკაში 1925 წ. 9 VII ქვეწყვედ appendicitis გამო ი. წ. 16 VII გაუკეთდა ოპერაცია appendectomia M. Burney-ს



გზავნილი. ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფი უჩივოდა მხოლოდ კრილობის არეში ტკივილებს სხვა მხრივ თავს კარგად გრძობდა; ოპერაციის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფს მესამე დღეზე მოულოდნელად დაუსიდა ყბაყურა ჯირკველი, № 37,4; ყლაპვას თანდათან უშლიდა; სიმსივნე ნატულობდა; ფლუკტუაცია არ აღინიშნებოდა. 30. VII ყბაყურა ჯირკველის არეში გაუკეთდა ოპერაცია incisiones—ჩირქი არ აღმოჩნდა;—კრილობაში ჩაიდო ჩღები. 1<sup>o</sup> დღიწია 36,5, ყლაპვაც აღარ უძნელდებოდა; მდგომარეობაც მისი თანდათან გაუმჯობესდა.

მე-IV-ზე შემთხვევა: ავადმყოფი ბ. ვ. 22 წლისა მოვიდა კლინიკაში ქრონიკულ appendixitis გამო 1925 წ. 23 V; იმავე თვის 30-ში გაუკეთდა ოპერაცია appendectomy. ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფი უჩივის ტკივილებს მხოლოდ წელისა და კრილობის არეში. ოპერაციის მესამე დღეს საღამოთი ავადმყოფის მდგომარეობა გაუძლიდა № 38,4; მარჯვენა ყბაყურა ჯირკველის არეში დაუწყო ტკივილები,—ჯირკველი თანდათან სივდებოდა, კანი ჯირკველის არეში იჭიმებოდა და წითლდებოდა. სიმსივნის არეში სათბობი—შეხვევების, ქაფურის ზეთის წასმით და პირის ღრუს სადენიხმეჭკვით ხსნარების გამოირეცხის მეშვეობით ავადმყოფი უფრო გახდა.

როგორც ჩვენ დავინახეთ ოთხივე ჩვენი შემთხვევა პაროტიტებისა კარგად, სასურველად ჩატარდნენ; მაგრამ საუბედუროთ ყოველთვის სასურველად როდით ჩატარდება ხოლმე ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები. საერთოთ სტატისტიკური ცნობების თანახმად ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების ნიადაგზე სიკვდილიანობა 30—40%—ს უდრის ხოლმე (Ратнер). ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების სიხშირის შესახებ დასტაქართა აზრი სხვადასხვაა. ზოგის აზრით ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები ხშირ გართულებას წარმოადგენენ ქალთა genitalia-ს ოპერაციის და laparotomia-ს შემდგომ; ზოგის აზრით ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები იშვიათი მოვლენაა.

Rives-ი თავის ვრცელ სტატისტიკაში, რომელშიც აწერილი აქვს 96 შემთხვევა—51 შემთხვევას აკუთნებს გინეკოლოგიური ოპერაციების შემდგომ (უმთავრესათ ovariotomy, colpotomy) და 37 შემთხვევას მუცლის ღრუში მოხდნარ ოპერაციის შემდეგ (ოპერაცია თირკმელებზე, gastroctomy-ს, gastroenterostomy-ს, აპენდიციტის). პროფ. Парин-ი თავის შემთხვევებში აგვიწერს პაროტიტების 1 შემთხვევას Laparotomia-ის შემდეგ, 2 შემთხვევას ლამინექტომიის შემდეგ, 1 შემთხვევას თირკმელის მიკერების შემდეგ და ერთსაც დერილისებრ მორჩის ტრეპანაციის შემდეგ.

ოპერაციის შემდგომი პაროტიტებისდაგვარად პროფ. Парин-მა ასწერა პაროტიტები ტყვიით კრილობის შემდეგ წარმოშობილი; მუცლის არეში კრილობის შემდეგ ერთი შემთხვევა და ხერხემლის სვეტის დაპრის შემდეგ ერთი შემთხვევა. აღინიშნებიან აგრეთვე პაროტიტები ტრავმის შემდგომ (როგორც მაგ. Bazi-ს შემთხვევა ცხენიდან გადმოვარდნის შემდეგ).

ყველა იმ პაროტიტების აღსანიშნავად, რომელნიც განვითარდებიან, როგორც ოპერაციის შემდეგ ან ტყვიით კრილობის შემდეგ და აგრეთვე ტრავმის ნიადაგზე პროფ. Парин-მა წამოაყენა სახელწოდება „ტრავმის შემდგომი პაროტიტი“—parotitis post-trauma—ტერმინი, რომელიც აერთებს ყველა ზემოჩამოთვლილ პაროტიტთა ჯგუფებს. პროფ. Парин-ის დაკვირვებით მიმდინარეობის, კლინიკური სურათის და პათოლოგოანატომიის მხრივ ტყვიით კრილობის ნიადაგზე წარმოშობილი პაროტიტები არაფრით განსხვავდებიან ოპერაციის შემდგომი პაროტიტებისაგან.

ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების ეთიოლოგიის საკითხის შესახებ წინათ დასტაქრები სხვადასხვა აზრის იყვნენ. ზოგნი, — ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების მიზეზათ სთვლიდნენ ქლოროფორმის მოქმედებას და ყბაყურა ჯირკველის ტრავმას ნარკოზის დროს; ზოგნი ითვალისწინებდნენ პაროტიტს, როგორც შედეგს მუცლის ღრუს ნერვების გაღიზიანებისა (რეფლექტორულად), რითაც ვითომდა ქვეითდება წინააღმდეგობა ყბაყურა ჯირკველისა; სთვლიდნენ აგრეთვე პაროტიტის მიზეზათ საერთო ინფექციასაც.

მრავალი ავტორები როგორც მაგ. Fischer-ი, Bier-ი, Schultze, Friedrich-ი, Vagner-ი და სხვები ხსნიან ოპერაციის შემდგომ პაროტიტებს ნერწყვის გამოყოფის შემცირებით, რომელიც გამოწვეულია ოპერაციის უშუალო ზეგავლენით. Berth-ი თავის შრომაში აღნიშნავს ქლოროფორმის პარალიტურ მოქმედებას სანერწყვე ჯირკველზე. Rüttermann-ის აზრით კი ნარკოზის შემდეგ დგება სანერწყვე ჯირკველთა ჰიპერსეკრეციის სტადიუმი, რომელიც შემდეგში გადადის ჰაიპოსეკრეციის სტადიუმში სანერწყვე ჯირკველების დაღლილობის გამო; მაგრამ ამის წინამდებ გამოდის Rost-ა და ამბობს, რომ ამ ცნობებზე დაყრდნობა არ შეიძლება, რადგან არ ვიცით ჰაიპოსეკრეცია სანერწყვე ჯირკველებისა გამოიწვევა ნერწყვის გამომწვევ ცენტროების დაზიანებით თუ პერიფერიულ ნერვთა დაზიანებით. Rive-ს მიერ შეკრებილ ლიტერატურულ ცნობების თანახმად, რომ 96 ოპერაციის შემდგომი პაროტიტებიდან 88 წარმოიშო მუცლის ღრუში მომხდარ ოპერაციის შემდგომ და აგრეთვე Павлов-ის ექსპერიმენტალურმა ცდებმა, რომლებმაც გვიჩვენეს, რომ მუცლის აპკის გაკვეთის და ნაწლავებზე მანიპულაციის შემდეგ — მცირდება და თითქმის წყდება ხოლმე სანერწყვე ჯირკველთა მოქმედება — შესცვალეს ზოგიერთ ავტორთა (Heinecke, Nicol, Геруен და სხვა) აზრთა მიმართულება და აიძულეს ისინი — ჩასთვალონ ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები ჯირკველის სეკრეტორულ ნერვთა რეფლექტორულ სიღამბლით, რომლის დროსაც რეფლექსი მიდის მუცლის ღრუდან სიმპატიურ ნერვთა სისტემით. ამ შეხედულების თანახმად ოპერაციის შემდგომი პაროტიტი არის ერთ-ერთი სახე მუცლის პაროტიტისა (parotitis coeliaca), რომელსაც ვხვდებით appendicit-ების, cholecisti-ების და მუცლის ღრუს სხვა დაავადებათა დროს ისე, როგორც მუცლის ტრავმის (Kulka) და აპკარეშე დაავადებათა დროს (Турарев).

დაბოლოს არსებობს კიდევ მესამე შეხედულება, რომ ოპერაციის შემდგომი პაროტიტი არის parotitis genitalis, როგორც შედეგი სასქესო სფეროსა და ყბაყურა ჯირკველთა შორის ინტიმურ კავშირისა (Moerike, Bumm, Friederich, Eisenhrad). იმისათვის, რომ დაემტკიცებინა ამგვარ კავშირის არსებობა, Mohr-მა glandula parotis-ი მიაკუთნა ენდოკრინულ ჯირკველებს. ამ თეორიის წარმოშობის მიზეზად გახდა Moerike-ს შრომა ოვარიოტომიის შემდგომ პაროტიტების არა ჩვეულებრივ სიმპტომის შესახებ და სასქესო სფეროს დაავადებასთან დაკავშირებული პაროტიტებზე დაკვირვებანი (შემთხვევა Billroth-ის, Pelers-ის, Paget-ის, Rive, Habrau, Delche და სხვ.), მაგრამ ყველა ეს გარეგნულათ სხვადასხვა შეხედულებანი თავს უყრიან ოპერაციის შემდგომ პაროტიტების პათოგენეზს ოტომატოგენურ ინფექციის ირგვლივ.

ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები გვხვდებიან აგრეთვე მუცლის ღრუს გარეშე მომხდარ ოპერაციის დროსაც, თუმცა გაცილებით უფრო იშვიათად ვინემ ლაპაროტომიის დროს, როგორც მაგ. პაროტიტები ბუასილის კვანძთა კალტერიზაციის შემდგომ Schmalles შემთხვევა. Strumectomia-ს შემდგომ Paget-ის შემთხვევა, — მოხუცებულობის განვრცნის ამპუტაციის შემდგომ Pfister-ის შემთხვევა, — Prostatectomia-ს შემდგომ Roscharlet-ის შემთხვევა, ძუძუს ამპუტაციის შემდეგ Sorens-ის შემთხვევა და ერთი ჩვენი შემთხვევაც periproctitis შემდგომ.

პროფ. Патнер-ის აზრით ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები წარმოიშობიან სისხლძარღვთა ოპერაციის წინამორბედ დაავადებისაგან და მათი ოპერაციის დროს ტრავმატიზაციის ნიადაგზე; ამგვარ შეხედულებას პროფ. Патнер-ი ეყრდნობა მით უფრო, რომ 103 ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები მოუვიდათ ბებრებს 50 წელზე ზევით. რომ ოპერაციის შემდგომ პაროტიტების წარმოშობაში არავითარი მიზეზი არ მიუძღვის საერთო ნარკოზს, ამას ამოწმებს ის ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები, რომლებიც ვითარდებოდნენ წელზურგის ან ადგილობრივ ანესტეზიის ქვეშ გაკეთებულ ოპერაციის შემდგომ და რომელსაც ადასტურებს 4-ივე ჩვენი შემთხვევაც (ოთხივე შემთხვევაში ოპერაცია გაკეთებული იყო ადგილობრივ ანესტეზიის ქვეშ). ამ დებულების სასარგებლოდ ლაპარაკობს აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ ოპერაციის მე 10—11—13—15 და მე-22 დღეზე ემართებოდათ ავადმყოფებს პაროტიტები და თუ ნარკოზი იყო დაშნაშავე, რატომ ოპერაციის გაკეთებისთანავე არ ემართებოდათ მათ პაროტიტები, არამედ მთელი ორი სამი კვირის განვლის შემდეგ.

პროფ. Патнер-ი ამ შემთხვევაში ატარებს ანალოგიას ოპერაციის შემდგომ პნეუმონიისა და ოპერაციის შემდგომ პაროტიტების შორის და ამბობს, რომ სწორედ ისე, როგორც ინფექცია (მიკრობები) ოპერაციის შემდგომ ხდება ფილტვებში სისხლის საშუალებით ე. ი. ემბოლიური გზით და იწვევს მეტასტაზს ფილტვებში; აი სწორედ ამგვარად Патнер-ი ხსნის თითქმის ყოველ შემთხვევაში ოპერაციის შემდგომ პაროტიტს, როგორც მეტასტაზს. ეს ბეჭანიზმი საუცხოოდ ხსნის ყოველივე კლინიკურ მოვლენებს, რომელნიც არსებობენ ოპერაციის შემდგომ პაროტიტების დროს, ხსნის მათ მძიმე მიმდინარეობას, დიდ სიკვდილიანობის პროცენტს (30—40%) და სხვა ხშირ სპეტიურ გართულებებს — ა — ამბობს Патнер-ი.

როგორც ჩვენ უკვე დავინახეთ სხვადასხვა მეცნიერთა აზრი ოპერაციის შემდგომ პაროტიტების წარმოშობის შესახებ. ზოგნი ყბაყურა ჯირკველზე ნარკოზის ზეგავლენით ხსნიან ამგვარ პაროტიტებს; ზოგნი რეფლექტორულ ნიადაგზე ამყარებენ; ზოგნიც ჰემატოგენურ გზით ემბოლიურ ნიადაგზე და სხვა.

ავტორთა პირველი ჯგუფის საწინამდევოდ ლაპარაკობს ის გარემოება, რომ პაროტიტები ემართებოდათ იმ ავადმყოფებსაც, რომელთაც ოპერაცია უკეთდებოდათ წელზურგის ან ადგილობრივ ანესტეზიის ქვეშ.

იმ ავტორთა წინააღმდეგ, რომელნიც ოპერაციის შემდგომ პაროტიტების წარმოშობის უშუალო მიზეზად სთვლიან პირის ღრუს სიმწრალეს, რომელიც თითქმის გამოწვეულია უქმელობით და ამ ნიადაგზე ყბაყურა ჯირკველის ფუნქ-



ციის დაქვეითებით გამოდის პროფ. Ратнер-ი, რომელმაც მოახდინა ასეთი ცდა: ეკატერინებურგის ქალაქის საავადმყოფოში ავადმყოფთ აღეჭვინებდა ნახზობს, რომ მით აღედგინა ჯირკვლის ფუნქცია და მაშასადამე გაეძლიერებინა ნერწყვის გამოყოფა, მაგრამ მიუხედავად ასეთი ცდისა მან მიზანს ვერ მიაღწია და ავადმყოფებს მაინც ემართებოდათ პაროტიტი.

პროფ. მაქავარიანის აზრით ოპერაციის შემდგომი პაროტიტი წარმოადგენს ხშირად წმინდა ეპიდემიურ ხასიათის გართულებას. ყველა იმ ავადმყოფებს, რომელთა ოპერაციის შემდეგ ემართებათ პაროტიტი, ისინი ალბათ მისი აზრით ოპერაციამდეც განწყობილნი არიან ამ დაავადებისადმი, მათი ყბაყურა ჯირკვლები წარმოადგენენ ერთგვარ *locus minoris resistentiae*-ს და ოპერაციის შემდეგ კი ინფექცია, რომელიც შესაძლოა მოხვდეს ყბაყურა ჯირკველში, როგორც სტომატოგენური, აგრეთვე ჰემატოგენური გზით ადვილად იკიდებს ფეხს მათთვის ხელსაყრელ საყუათო ნიადაგზე და აავადებს მას. ოპერაციის შემდგომ ავადმყოფის სისუსტე და პირის ღრუს სიმშრალე მაშასადამე უნდა ჩაითვალოს ხელშემწყობ პირობებათ ამ ინფექციის გასავრცელებლად; ეს მით უფრო გასაგები იქნება, თუ ჩვენ ნხედველობაში მივიღებთ ნერწყვის ბაქტერიოციდულ თვისებას, რომელიც არ აძლევს საშუალებას პირის ღრუში არსებულ ინფექციას მოხვდეს ყბაყურა ჯირკველში და გამოიწვიოს მისი დაავადება.

როგორც უშუალო მიზეზი ამგვარ გართულებისა—პირის ღრუს სიმშრალე უარყოფილ უნდა იქნას, რადგანაც თუ მას მივიღებთ ჩვენ ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების გამომწვევ უშუალო მიზეზად, მაშინ ჩვენ ყოველ ოპერაციის შემდეგ უნდა მივიღოთ ამგვარი გართულება, რადგან ყოველი ოპერაციის შემდეგ უშრებათ ხოლმე ავადმყოფთ პირის ღრუ.

### დასკვნები:

1. ოპერაციის შემდგომი პაროტიტები არც ისე იშვიათ და უმნიშვნელო გართულებებს წარმოადგენენ.

2. უნდა ვიფიქროთ, რომ ცალკე შემთხვევებში ყბაყურა ჯირკველი წარმოადგენს *locus minoris resistentiae*-ს, რომლის დაავადებაში ოპერაციის საერთო პირობები, ნარკოზი და ადგილობრივი ანესტეზია ხელშემწყობ პირობებად უნდა ჩაითვალოს.

3. არც ისე უსაბუთო უნდა იყოს მოსაზრება, რომ ყბაყურა ჯირკველის წინააღმდეგობის უნარის დაქვეითებაში მნიშვნელობა აქვს საერთო ნარკოზის დროს ყბის ამოწევა-გასწორებისას მიღებულ ტრავმას.

4. ჩვენა მცირე მასალის მიხედვით თითქოს ოპერაციის შემდგომი პაროტიტი წარმოადგენს ეპიდემიურ სენს და ამიტომ საჭიროა ასეთი ავადმყოფის გამოცალკეება.

5. ნაოპერაციე ხანაში პირის ღრუს სიმშრალე და ავადმყოფის სისუსტე უნდა ჩაითვალოს ერთ-ერთ ხელშემწყობ პირობებად ამ სენის წარმოშობა-განვითარებისათვის.



6. ოპერაციის შემდგომი პაროტიტების პროფილაქტიური მიზნისათვის სა-  
 კიროა პირის ღრუს პედანტური სისუფთავე.

ლიტერატურა:

1. Карташев. К вопросу о послеоперационном паротите. Вестник хирургии и пограничных областей 1924 г. том 3-ий, книга 7-ая.
  2. Проф. Л. М. Ратнер. Мысли по поводу патогенеза вторичных паротитов преимущественно сыпно-тифозных. Вестник хирургии и пограничных областей 1924 г. том 5-ый, книга 13-ая.
  3. Дитерихс. О послеоперационном паротите. Послеоперационный период 1924 г.
  4. Bergmann, Bruns, Mikulicz. Острое вторичное воспаление слюнных желез. Хирургия головы 1901 г.
-

## 8. გელოვანი.

### თირკმლის ანომალიების კაზუსტიკისათვის <sup>1)</sup>.

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

ეს მოხსენება შეეხება თირკმლის ანომალიის შემთხვევას, რომელიც კლინიკურად მარტო ერთი თირკმლის არსებობაში გამოიხატა.

მიუხედავად იმისა, რომ იირკმლებზე ოპერატიული ტენიკის განვითარების შემდეგ, მათზე ანომალიების აღმოჩენა უფრო გახშირდა, ზოგიერთი ანომალიები, მათ შორის ისეთი, როგორც ეს ჩვენს შემთხვევაში იყო იშვიათია.

კლინიკური თვალსაზრისით, გარდა სხვა მრავალ ნზრვი ღირებულებისა, რომელიც ეძლევა თირკმლების ანომალიებს ამ ორგანოების დაავადების პროცესში და პროგნოზისათვის, მის თავის დროზე დიაგნოსტიკას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს რაციონალური ოპერატიული დახმარების საკითხის სწორად გადასაჭრელად. რომელიმე თირკმელზე ოპერაციის წინ, ძალაუვნებურად იზადება კითხვა: არის თუ არა მეორე თირკმელი და თუ არსებობს, როგორ ასრულებს ის თავის ფუნქციას და როგორი დამოკიდებულება აქვს მას მეორე თირკმელთან.

ეს კითხვა მოითხოვს სათანადო აწონ-დაწონას. თირკმლების ანომალიების თავის დროზე გამოცნობა უმეტეს შემთხვევაში შესაძლებელია არსებული დიაგნოსტიკური საშუალებებით თუ კი, რასაკვირველია, ეს საშუალებები იქნება ნახშირი, რადგანაც მეტი წილი იმ საბედისწერო შედეგებისა, რომელიც მოყოლია ოპერაციას, არის გაუფრთხილებლობის მიზეზი. ისიც ხდება, რომ მიუხედავად ყოველგვარი სიფრთხილისა, ანომალია იქნება შემჩნეული მხოლოდ ოპერაციის დროს და ასეთ შემთხვევაში ოპერაციაც მოითხოვს შესაფერის ვარიაციას.

იშვიათად კი იმის გამოკვლევაც არ შეიძლება, თუ რა სახის დაავადებასთან გვაქვს საქმე და რომელ ნზარზე მდებარეობს დაავადებული თირკმელი. მიზეზი დიაგნოსტიკის ასეთი სიძნელისა მდგომარეობს იმაში, რომ თირკმლების ანომალიასთან ერთად ხდება მენჯების ანომალია, შარდსაწვეთების გაორადება, მათი შარდის ბუშტში არანორმალურ ადგილას ჩასვლა, გადაჯვარადინება და სხვა.

<sup>1)</sup> მოხსენდა ქართველ ექიმთა საზოგადოებას 27/V—26 წ.

შემჩნეულია, რომ კლინიკურ მასალაში თირკმლების ანომალიები უფრო ხშირად ხვდება, ვინემ სასექციო მასალაში. ამ გარემოებას ადასტურებს ქვემოთ მოყვანილი სტატისტიკა.

თუ საერთოდ ავიღებთ თირკმლების ქირურგიისათვის მნიშვნელოვან ანომალიებს, როგორც არის, მაგალითად, თირკმლის აპლაზია, ჰიპოპლაზია, ნალისებრი თირკმელი, დამატებითი თირკმელი, დისტოპია და სხვა, Neumann-ის სტატისტიკით 10,177 გვამზე ყველა ეს ანომალიები აღმოჩენილია 100 შემთხვევაში ე. ი. 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Guisetti-ს და Pariset-ის 20,000 გაკვეთაზე 88-ჯერ ე. ი. 0,4<sup>0</sup>/<sub>100</sub> კლინიკის მასალაში ჩვენ ვღებულობთ სულ სხვა სურათს.

მაგალითად Mayo-ს და Федоров-ს 1209 ოპერაციაზე:

აპლაზია აღმოუჩენიათ . . . . .	9
ჰიპოპლაზია. . . . .	6
ნალისებრი თირკმელი. . . . .	13
ორმაგი . . . . .	7
დისტოპია. . . . .	8

სულ . . . . . 43 (3,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>)

თუ თირკმლის რომელიმე ანომალიას ავიღებთ თითოეულათ, ამ შემთხვევაში განსხვავება კლინიკის და სასექციო მასალის შორის უფრო მეტია. ავიღოთ, მაგალითად, ნალისებრი თირკმელი.

Roter-ის სტატისტიკით 51,504 გვამზე ნალისებრი თირკმელი . . . . .	72
იყო აღმოჩენილი . . . . .	31
Guisetti-ის და Parisetti-ს 20.000 გვამზე. . . . .	5
Gruber-ს . . . . . 3.500 " . . . . .	3
ტფ. უნივერსიტ. ნორმ. ანატომიის ინსტ. მასალ. 949 გვამზე . . . . .	

სულ . . . . . 75,943 გვამზე . . . . . 111

ე. ი. შეფარდება . . . . . 1:684.

ავიღოთ ეხლა კლინიკური მასალა, Moyo-ს, Федоров-ს, Israell-ს და Marion-ს 1309 ოპერაციაზე ქონიათ 20 შემთხვევა.

შეფარდება 1:65 ე. ი. 7-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე სასექციო მასალის მიხედვით.

ანომალიების აღმოჩენის სიხშირე კლინიკურ მასალაში მოწმობს იმას, რომ ანომალიური თირკმლები ხშირად ავადდებიან. მიზეზი ამისა ჯერ ერთი ის არის, რომ თირკმელი წარმოადგენს ფრიალ მნიშვნელოვან ექსკრეტორულ ორგანოს და მეორე ის, რომ თირკმლის ანომალიასთან ერთად არის აგრეთვე მენჯების და შარდსაწვეთების ანომალიები. ამის გამო ხშირად შეიქნება დაბრკოლება შარდის დაქცევის მხრივ, რასაც მოყვება ჰიდროპიონფროზი, კენჭების გაჩენა და სხვა. (Добротворский). Roter-ით ყველა ნალისებრი თირკმელი 16,25<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ში დაავადებულია. დისტოპიური თირკმლები 31<sup>0</sup>/<sub>100</sub> (Stäter), სოლიტა-

რული 38<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—42,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (Winter, Anders). Добротворский-თ ავადმყოფების 1/3 თირკმლების ანომალიებით კლინიკაში მოჰყვებიან ხოლმე.

ქირურგიაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა მარტო ერთი თირკმლის არსებობას, სოლიტარულ თირკმელს ან და რომელიმე თირკმლის განუვითარებლობას, ჰიპოპლაზიას. ამ უკანასკნელს კლინიკისათვის ისეთივე ღირებულება აქვს, როგორც თირკმლის აპლაზიას. ჰიპოპლაზიური თირკმელი ხანდხან ისე პატარაა, რომ აუტოპსიის დროსაც უჭირთ მისი ნახვა. (Федоров) ჩვენთვის ეს ორი ანომალია ჰიპოპლაზია და აპლაზია საინტერესოა ვინაიდან ჩვენი შემთხვევა ამ ჯგუფს ეკუთვნის. ერთი თირკმლის უქონლობა Aplasia renis, Morris-ის სტატისტიკის მიხედვით უდრის 0,03<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Федоровს 558 ოპერაციაზე aplasia ქონია 3-ჯერ. ტფილისის 1-ლ საავადმყოფოს პროზექტურის მასალის მიხედვით 524 გაკვეთაზე aplasia renis ნახულია 1-ჯერ. ამ შემთხვევაში, როგორც მეტწილად ხდება, აღმოჩენილია სხვა მანკებიც: საშვილოსნოს დამატებითი რქა, არტერიალური სისტემის ჰიპოპლაზია და სხვა. თუ სასექციო და კლინიკურ მასალას შევადარებთ, ვნახავთ შემდეგს. სხვადასხვა ავტორების \*) მიერ გაკვეთილ 155,126 გვამზე, aplasia იყო აღმოჩენილი 118-ჯერ შეფარდება 1:1314. კლინიკის მასალით კი Mayo-ს 640 ოპერაცია 6 შემთ.

Федоров-ს 560 . . . . 3 შემთ.

ტფილ. უნივერს. ჰოსპიტ. ქირ. კლინიკის უროლოგ. განყ. 99 თირკმლის დაავადებაზე 1.

სულ . . . . . 1308 დაავადებაზე 10 ე. ი. 10-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე სასექციო მასალაში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის მიხედვით ცხადია ის სიფრთხილე, რომელიც საჭიროა იმ შემთხვევაში, როდესაც საკითხი იბადება თირკმელის დაავადების დროს.

რადიკალურ ოპერაციაზე აღწერილია შემთხვევები, როდესაც თირკმლის აპლაზიის დროს გაკეთებული იყო ნეფრექტომია და მას რასაკვირველია მოჰყვა სიკვდილი. ერთ შემთხვევაში Oeler-მა ამოკვეთა ტუბერკულოზით დაავადებული თირკმელი, რის შემდეგ გამოიჩვენა, რომ მეორე თირკმელი არ არსებობდა.

მეორე შემთხვევაში ამოკვეთილი იყო კენჭებიანი თირკმელი მაშინ როდესაც მეორე თირკმელი აღმოჩნდა რუდიმენტალური. არც ერთ ამ შემთხვევაში არ იყო ნახმარი სათანადო დიაგნოსტიური საშუალებანი, როგორც არის პიელოგრაფია და შარდსაწვეთების კატეტერიზაცია.

საინტერესოა Schultz-ის სტატისტიკა. ეს სტატისტიკა შეეხება აპლაზიის დროს თირკმლებზე გაკეთებულ ოპერატიულ შემთხვევებს. მას მოყავს 17 შემთხვევა, ამათში 7-ჯერ თირკმლები იყო ამოკვეთილი და ავადმყოფები დაიღუპნენ. 10 შემთხვევაში იყო გაკეთებული პიელო-ნეფრექტომია და ავადმყოფები გადაარჩნენ.

\*) Root, Sangaeli, Morris, Monerie, Motrfeld, Braner, Prend-Ebsberger, Owtschinnikow, Pepere, Nauman. White und Martin. Brown.Macdonald-ი და სხვა.



კლინიკური დიაგნოზი სოლიტარული ან რულდემენტალური თირკმლის არსებობისა შეიძლება დაისვას პიელოგრაფიის, ცისტოსკოპიის, ქრომოციტოსკოპიის და რენტგენოგრაფიის საშუალებით. როდესაც ერთი შარდსაწვეთის ხერხელი შარდის ბუშტში არ არსებობს ეს გარემოება ყოველთვის ექვს ბალებს ასეთ ანომალიაზე (Федоров).

პიელოგრაფიით შეიძლება გამოვიკვლიოთ ორმაგი თირკმელი, ირივე თირკმლის ცალმხრივი მდებარეობა, მენჯის, შარდსაწვეთების რაოდენობა და სხვა. ამ მხრით პიელოგრაფია წარმოადგენს ფრიალ მნიშვნელოვან დიაგნოსტიურ საშუალებას. ასეთი კლინიკური თვალსაზრისით საინტერესოა ეს ჩვენი შემთხვევა.

ავადმყოფი ქალი 22 წ. სომები, შემოვიდა კლინიკაში 20/III 26 წ. ჩვილით, რომ მას მთელი რაოდენობა შარდისა მარჯვენა წელის მიდამოში მდებარე ხერხელიდან გამოდის.

ტრილობაში ავადმყოფს მუდმივ აქვს ჩადებული რეზინის მილი, რომლის საშუალებით შარდი ვროდდება შეშაში, ეს შეშა ავადმყოფს წელზე აქვს მიპარებული და მუდამ თან ატარებს, საჭიროების დროს გასცლის.

ანაზნებიდან ირკვევა შემდეგი: 1923 წლის მისში ავადმყოფს ქონია მწვევე ტკივილები მუცლის და წელის არეში მარჯვნივ. ტკივილებთან ერთად ორი დღის განმავლობაში ქონია Anuria. ამ მოვლენების გამო ტფილისის 1-ლ საავადმყოფოში მისთვის გაუყვებინათ ოპერაცია. ნაოპერაციებს ტრილობაში ჩაუდევთ რეზინის მილი და მას შემდეგ ავადმყოფი ატარებს ამ მილს. მთელი რაოდენობა შარდისა აღნიშნულ მილიდან გამოდის. ავადმყოფს ჰყავს ერთი შეილი, ორჯერ მუცელი მოეშალა. თვიური ნორმალური აქვს. მშობლები და ახლო ნათესავები მსგავსი ავადმყოფობით ავად არეინ ყოლია. t. b. -ს და lues-ს უარყოფს. Status praesens. ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, კარგი კვების, ლორწოიანი გარსები ნორმალური ფერის t° 36,5 პულსი რითმიული, კარგი ავსების. ფილტვების მხრივ ცვლილებანი არ აღინიშნებიან. გულის ტონები სუსტაა, სახლერები ნორმალურ ფარგლებში. ღვიძლი, გლენთა და თირკმლები არ ისინჯებიან სასქესო ორგანოების მხრით პათოლოგიურს ვერაფერს ვამჩნევთ.

ადგილობრივად: წელის მიდამოში მარჯვნივ აქვს ოპერაციის შედეგ დარჩენილი ნაწიბური. ამავე ადგილას არის ფისტულა, რომლიდანაც გამოდის შარდი. ფისტულაში გატარებულია რეზინის მილი. ბოლო ამ მილისა ჩადებულია შეშაში, რომელსაც ავადმყოფი თან ატარებს. შარდის დაქვევა ნორმალური გზით სრულიად არ სწარმოებს. მთელი რაოდენობა შარდისა ფისტულაში გამოდის.

შარდის ანალიზი: რაოდენობა დღე ღამეში 1500, ფერი ჩალის რეაქცია ტუტოვანი, ხვედრი წონა 1015, ცილა არის, რაც გამოწვეულია ჩირქბურთულებით. ნალექში მიკროსკოპიულად გასინჯვის დროს აღმოჩნდა, ჩირქბურთულები მრავლად, თითო-ოროლა ერიტროციტი და მრავლად ტრიპელფოსფატები. რენტგენის სურათზე თირკმლების ჩრდილი ვერ მივიღეთ. ავადმყოფს სამჯერ გაუკეთდა ცისტოსკოპია, ორჯერ ცისტოსკოპია არ მოხერხდა უზომო ტკივილების გამო, ცისტოსკოპიის გატარების დროს. შედეგი ცისტოსკოპიისა: შარდის ბუშტის ტეობა უდრის 100, შარდის ბუშტში აღმოჩნდა რამოდენიმე წყლული და ხორკლები.

მარცხენა შარდსაწვეთის orificium externum-ი არ სჩანს.

მარჯვენა შარდსაწვეთის ხერხელი წითლად მოსჩანს.

Chromocystoscopy: ენაში შესაბუნებელია 5,0 ინდიოკარმინის ხსნარი. სიღურჯე შარდსაწვეთიდან არ გამოჩნდა არც 15 წუთს შემდეგ. პიელოგრაფია არ იყო გაკეთებული ზედმეტი ტრავმის თვითდან ასაკიდან. ცისტოსკოპიის შემდეგაც ავადმყოფის მდგომარეობა უარესდებოდა, მას სიცხეს აძლევდა და სხვა.

ამ გამოკვლევების შემდეგ იყო დასმული დიაგნოზი ერთი თირკმლის არსებობისა, რომელიც ასრულებს ორივე თირკმლის დანიშნულებას.

ავადმყოფობის დასაწყისის და მსვლელობის გამოსარკვევად, მე მივმართე 1-ლი საავადმყოფოს ორდინატორს ექ. გ. გ. ო. ლ. ო. ვ. ს., რომელმაც გამოიწვია ყოველივე დაზარება ამ ავადმყოფობის შესახებ ცნობების მოწოდებაში.



ამ ცნობებიდან ირკვევა შემდეგი: ავადმყოფი შესულია 1-ლ საავადმყოფოს თერაპევტიულ განყოფილებაში 22/V 23 წ. ოთხი თვეა რაც ავად არის, დროგამოშვებით ქონია ტკივილები მუცელში მარჯვნივ. ორი დღეა რაც შარდი სრულიად შეუკავდა, სიცხემ აუწია და გაუჩნდა მწვავე ტკივილები მუცელში მარჯვნივ მხარეზე, 10/38,5, მუცელში მარჯვნივ ნათლად შემოთარგლულია მოგრძო სიმსივნე, რომელიც ძლიერ მტკივნეულია პალპაციის დროს. სიმსივნე იძლევა პერკუტორული ხმის მოყრუებას. შარდის ბუშტი ცარიელია. ავადმყოფი გადაყვანილია ქირურგიულ განყოფილებაში.

23/V საერთო მდგომარეობა სუსტი, მაკა ხშირი, საშუალო ავსების, გრძობა შენარჩუნებული. მუცელში მარჯვნივ ისინჯება მოგრძო სიმსივნე, რომელიც მდებარეობს მუცლის მარჯვნივ ზევითა ნაწილში.

ბუშტში შარდი სრულიად არ არის. გაკეთებული აქვს სასწრაფო ოპერაცია ვთერის ნარკოზის ქვეშ. თირკმლის არე გატრილია ირიბად. თირკმლის ცხიმოვანი გარსი შეშუბებულია. თირკმელი დიდი. განკვეთის შეგვე გამოვიდა ბლომად ჩირქნარევი შარდი. თირკმლის მეწვეში აღმოჩნდა კენჭი სიგრძით სამი სანტიმეტრი, სიგანით 2 1/2 და სისქით დაახლოებით 1 1/2 სანტიმეტრი, კენჭი ამოღებულია. კრილობაში ჩაიდვა დრენაჟი, რომლის შემდეგ კრილობა გაიყვრა ნაწილობრივად. 24/V დრენაჟს გამოყავა შარდი და ბუნებრივი გზით შარდი სრულიად არ გამოდის. საერთო მდგომარეობა კარგი. 10 ივნისს ავადმყოფი გაეწერა მოკვთებული. მეორედ საავადმყოფოში შევიდა იმავე წლის ოქტომბერში. ორჯერ, ქონდა გაკეთებული ცისტოსკოპია, რომელშიც იგივე მოვლენები აღმოაჩინა, რაც წინეთ—ასეთია ავადმყოფობის მსგეფლობის წინანდელი ისტორია. მას შემდეგ ავადმყოფს არაფერი აწუხებს, გარდა იმ უხერხულობისა, რომელსაც იწვევს რეზინის მილის და შარდის ტურბლის მუდამ ტარება.

ჩვენს კლინიკაში ავადმყოფმა დაჰყო 23 დღე და გაეწერა იმავე მდგომარეობაში.

ზემოაღნიშნულის მიხედვით შეიძლება ითქვას შემდეგი:

1. ჩვენს შემთხვევაში კლინიკურად საქმე გვაქვს მხოლოდ ერთი თირკმლის არსებობასთან, რომელიც ასრულებს ორგანიზმისათვის საჭირო ფუნქციას.
2. მარცხენა თირკმელი ანატომიურად ან არ არსებობს, ანდა თუ არსებობს, ის რუდიმენტალურია და კლინიკურად მისი გამოკვლევა შეუძლებელია.
3. თირკმლებზე ოპერატიული ზომების მიღების წინ ისინი აუცილებლად უნდა იქნენ შესწავლილნი ყველა არსებული დიაგნოსტიკური საშუალებებით როგორც არის: ცისტოსკოპია, ქრომოციტოსკოპია, რენტგენოგრაფია, პიელოგრაფია, შარდსაწვეთების კატეტერიზაცია და სხვ.
4. თუ ანომალია იქნება შეჩნეული მხოლოდ ოპერაციის დროს, ოპერაციაც უნდა იქნეს შეცვლილი თითოეული შემთხვევის მიხედვით სათანადო წესით.
5. თირკმლის ასეთი ანომალია იშვიათია.

დასასრულ მადლობას უცხადებ ქირურგიის დოქტორს ალ. პ. წულუკიძეს თემის მოცემისათვის და ექ. გიგოლოვს ავადმყოფის შესახებ ცნობების მოწოდებისათვის.

ლიტერატურა

1. Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie und Histologie. Herausgegeben von F. Henke und O. Zubarsch. Harnorgane, männliche Geschl echtsorgane.
2. Федоров. Хирургия почек и мочеточников вып. I.



3. В. И. Добротворский. О некоторых клинически важных формах аномалии почек. Вестник хир. и погр. областей том IV 1924 г.
4. В. И. Добротворский. О некоторых формах аномалии почек. XV с'езд Россииских хирургов.
5. პროფ. ელენტი. ქ. ტფილისის 1-ლი საავადმყოფოს პროზექტურის მასალა 1924-5 წლების მიმდინარეობაში (არაა დაბეჭდილი).
6. ა. პ. წულუკიძე. ცისტო-ურეტერო-პიელოგრაფია და მათი მნიშვნელობა ქირურგიაში. (წაკითხ. ქართვ. ექ. საზოგად. 1925 წ.).
7. ზ. მაისურაძე, ვ. ცეცხლაძე, ა. მალაევნი, გ. ფავლენიშვილი. თირკმლების ანომალიები ტფილ. უნივ. მოამბე № 5—1925 წ.
8. ე. თოდაძე. ავადმყოფთა მოძრაობის მიმოხილვა ტფილ. სახ. უნივერსიტეტის ჰოსპ. ქირ. კლინიკის უროლოგიურ განყოფილებაში 1919—24 წელ. (არაა დაბეჭდილი).
-

## ეპიზი ალ. ოსილოვი

ქობულეთის რაიონის ეპიზი.

### ქობულეთი, როგორც კურორტი და მისი სამკურნალო ღირებულება. <sup>1)</sup>

ის მოხსენება, რომელიც მე მინდა წავიკითხო თქვენს წინაშე თუმცა თემის სავსებით ვერ ამოსწურავს, ვინაიდან შესაფერი მასალა სამწუხაროდ არ მოიპოვება, მაგრამ ეს არის პირველი ნაბიჯი. რადგანაც ქობულეთზე ჯერ არა თქმულა რა და თუ თქმულა მხოლოდ გაკვრიო. დაკვირვებანი ავადმყოფებზე, რომელიც მე მომყავს არის მხოლოდ უბრალო დაკვირვებანი და არა კლინიკური შესწავლა.

ყოველი კურორტის დასახასიათებლად საჭიროა კლიმატიური ფაქტორები: ჰაერის ტემპერატურა და მისი სინამე, ატმოსფერის ნალექის რაოდენობა, მზის სხივების ინტენსივობა, ძალა და მიმართულება ქარებისა, მათი ტემპერატურა და წყლის ორთქლით გაყენითილობის ხარისხი, რამდენად დატულია კურორტი ქარებისაგან, ჰაერის სითხელე და მაშასადამე რა სიმაღლეზეა კურორტი ზღვის დონედან.

გარდა ამისა, კურორტი ეწოდება ისეთ ადგილს, სადაც ავადმყოფი შეიძლება განიკურნოს, განსაკუთრებით ბუნების ძალთა გავლენით, რომლის თერაპიული ღირებულებაც დამტკიცებულია მეცნიერულად, სადაც არსებობს ჰიგიენური მოთხოვნების შესაფერი პირობები, სადაც ავადმყოფს ექნება სრული მყოფროება და შეძლება მტკიცედ დაიცვას დანიშნული რეჟიმი.

ამნაირად, საკურორტო კეთილმოწყობილობის უმთავრეს ელემენტებად უნდა ჩაითვალოს: საკურორტო პუნქტის და მისი სადგომი ბინების სანიტარული პირობები (კანალიზაცია, წყლით უზრუნველყოფა, მცენარეულობის რაოდენობა, სასეირნო ადგილების მოწყობა და სხვა).

ქობულეთი, რომლის რადიუსი უდრის სიგრძით ექვს ვერსს და სიგანით 1/4 ვერსს, მდებარეობს დაბლობში, რომელიც მიმართულია ჩრდილოეთ-აღმოსავლეთისაკენ და უერთდება დიდ ხეობას; დასავლეთით ეს დაბლობი ეკვრის ზღვას, ხოლო აღმოსავლეთით ტყიან მთებს.

ქობულეთი დაახლოებით სამი მეტრით მაღლაა შავი ზღვის დონეზე.

ჰავა ქობულეთისა ძლიერ რბილია. მაშინ, როდესაც აღმოსავლეთ საქართველოში ჰაერს ეტყობა ძლიერი რყევა, აქ ის თავის სირბილით თანასწორი

<sup>1)</sup> მოხსენდა ბათუმის ეპიზოთა და ბუნებისმეტყველოთა საზოგადოებას 27 იანვარს 1926 წ.



და ზომიერია. იმის გამო, რომ მთები მოშორებით აკრავს ქობულეთს, არის ისეთი ნოტიო, როგორც ბათომი და სოქა.

თოვლი ქობულეთში არ იცის (რამოდენიმე საათით, რამოდენიმე დღემდის). ზაფხულობით წვიმები ნაკლებია და არა ხანგრძლივი. მთელი წლის განმავლობაში წვიმიანი თვეებად უნდა ჩაითვალოს მარტი და ეკენისთვე. დასამტკიცებლად მოვიყვან მეტეოროლოგიურ ცნობებს: სრულიად წითელი დღეები—60, 17%, ცოტა ღრუბლიანი 27, 18% და ღრუბლიანი 12, 65%. ზღვის ტემპერატურა ძლიერ სიცხიან დროს აგვისტოში უდრის 24 გ., რომელიც ოანდათანობით კლებულობს, იანვარში და თებერვალში, და დგება 13—14, — ზღვის წყლის ხვედრითი წონა 1.013, შეიცავს 1, 60 მარილს, მათ შორის ქლორ ნატრიუმის 0, 25%, იოდის შეერთებანი და სხვა...

ჰაერის ტემპერატურას ანელებს წვიმა, რომელიც მოჰყავს სამხრეთ დასავლეთის ქარს ზღვის ზოლიდან. ეს ქარი ქრის გაზაფხულზე და შემოდგომაზე. ეს ქარი ხშირია დასავლეთის ქარზე 2 $\frac{1}{2}$ -ით, დასავლეთ აღმოსავლეთზე 3, ჩრდილოეთ-აღმოსავლეთზე 8. წლიური საშუალო სისწრაფე ქარისა უდრის წუთში 1, 27 მეტრს.

გარდა ზემოჩამოთვლილ ქარებისა გაზაფხულის დაწყებიდან ზაფხულის დამლევიამდე იწყება თანასწორი ცვლა ქარებისა: დლით სასიამოვნო სიო მოდის ზღვიდან ხმელეთისაკენ, რომელიც კლებულობს 2 საათიდან და ნელდება საღამოს. დაღამებისას კი ჰქრის სუსტი ნიავე გორებიდან ზღვისაკენ და ამის გამო მთელი დღე-ღამე ჰაერის ტემპერატურა თანასწორია.

ამნაირად ჰაერი მუდამ მოძრაობაშია, მტვერს არ აყენებს და ამიტომ ეს ქარის დენა საუკეთესო ვენტილაციაა ჰაერის გასაჯანსაღებლად. გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით, ზამთრობით ქობულეთში ქარი დენის თბილ ზღვის ტალღებს ნაპირებისაკენ, რომელიც ათბობს ჰაერს.

შემოდგომა კი, რომელიც მდიდარია ბრწყინვალე მზის სხივებით და რომელიც ითვლება საუკეთესო დროთ წელიწადში, არის გაგრძელება წყნარ თბილ ზაფხულისა.

ცივი ქის წყალი მოკლებულია სუნს და არ შეიცავს მანენ ორგანიულ ნივთიერებას.

ამ წყლის სათავე არ არის ადგილობრივი ნიადაგი, არამედ არის ჩამონადენი მთის წყლებისა, რომლის ტემპერატურა უდრის მთელ წლის განმავლობაში 12°-ს.

მუდამ ამწვანებული სუბტროპიკული და ტროპიკული მცენარეები, როგორც არის პალმები სხვადასხვა ჯურისა: პალმა ფინიკიისა, ხამეროპსი, არალია, პალმა კავკასიონისა, დრაცენა და სხვა; აზალია ინდოეთისა, აგავა ამერიკული, აკაცია აესტრალიისა, კამელია იაპონიისა, ბამბუკი, ჭადარი ატლანტიკისა, ჰიმალაისა, კალიფორნიისა, კვიპაროსი. გარდა ამისა მცენარეები ევკალიპტი, ქაფურის ხე, იაპონეთის ხურმა, და სხვა ესენი კი აშრობენ ნიადაგს.

ეს ხეები გაფანტულია ყოველ მხრივ და ადგილობრივად ამწვანებენ ბაღებს.



ზამთარში მოუკრეფელი ფორთოხალი, ნარინჯი, იაპონეთის ხურმა, რომელიც იძლევა ნაზს და სურნელოვან ნაყოფს, სრულიად მოწმობენ, რომ ქობულეთში ჰაერი თბილია და თანასწორი.

ამ რიგად მშვენიერი ლამაზი ბუნება კარგის ღირსების სასმელი წყალი, ინტენსიური მზის სხივები, წყნარი მშვიდობიანი ზღვა, წერილ ქვიშიანი, ქარიდან დაფარული ზღვის ნაპირი, სუყველა ეს ერთად უფლებას გვაძლევს, რომ ქობულეთს უწოდოთ კურორტი.

ეს ზემოდ ჩამოთვლილი ბუნების სიმშვენიერე ანიჭებს ქობულეთს საკმაო თერაპიულ ღირებულებას, რასაც მოწმობს მისი კარგი გავლენა მთელ რიგ სნეულებებზე. ამისათვის ჩემს თავს ნებას ვაძლევ ცოტა ხნით შევაჩერო თქვენი ყურადღება ავადმყოფთა ზოგიერთი ისტორიაზე, რომელიც მოყვანილია ძლიერ მოკლედ.

### დაკვირვება 1-ლი

დედა-კაცი ა. რ. 44 წლისა, მუდმივად სცხოვრობს ტფილისში. გათხოვილია, ექვსი შვილის დედა; ოჯახის წევრები ჯანმრთელი არიან, თითონ ავად არ ყოფილა.

ათი წელიწადია, რაც მას დაუწყუო თანდათანობით ხველა. პირველად ახველებდა ნაკლებად, შემდეგ კი ხველა მოუწირა და თანაც დააწყებია შეტევა. რვა წლის განმავლობაში ჰქონდა 5-6 ჯერ შეტევა, რომელიც გრძელდებოდა 3-4 საათს. ამ უკანასკნელ ორი წლის განმავლობაში, თითქმის ყოველ დღე აქვს შეტევა, რომელიც ემართება უფრო ღამით ვიდრე დღისით.

ექიმების დიაგნოზი: ბრონქიალური ასთმა. ნახველში გაოდა კურშმანის სპირალებსა, სხვა არ აღმოჩენია რა.

1924 წელს გაემგზავრა მთა-გორიან ადგილას, დაჰყო ორი კვირა, მაგრამ ხველა და შეტევა არ დაეთხოვა, არ დაეთხოვა აგრეთვე დაბლობშიაც. გასულ წილს 24/VIII თავის სურვილით ჩამოვიდა ქობულეთში.

განვლო ორმა კვირემ, მაგრამ ხველა და შეტევა ავადმყოფს არ დაეთხოვა. ჩემი რჩევის შემდეგ ავადმყოფმა დაჰყო თვე ნახევარი; ამ ხნის განმავლობაში შეტევა სრულებით გაქრა. ხველამ უკლო, ჰემის მადა მოემატა, ძალი დაუწყნარდა და ხალისიანობა დაეტყო.

ავადმყოფი სარგებლობდა ზღვის ჰაერით და ერიდებოდა ბანაობას და მზის აბაზანებს.

### დაკვირვება 2-ე

დედა-კაცი ს. გ. 38 წლისა. გათხოვილია, შვილები არა ჰყავს, მუდმივად სცხოვრობს ტფილისში.

ავადმყოფს ცბრა წელიწადია მას შემდეგ, რაც დაემართა 3-ჯერ ფილტვების ანთება. განვლო შვიდმა თემ და ავადმყოფს დააწყებინა ხველება და შეტევა. ზაფხულობით კვირაში ერთხელ და ზამთრობით კი ხშირად. პირველ ოთხ წელიწადს შეტევა გრძელდებდა 1-2 საათს, ამ უკანასკნელ 5 წელში შეტევები გაუზვირდა: მოსდიოდა ყოველდღე დღით თუ ღამით და 1925 წ. კი შეტევა უზვირა თითქმის ორჯერ დღეში.

დიაგნოზი: ბრონქიალური ასთმა. ნახველში კურშმანის სპირალები, კონხის ჩხირები არ არის.

ავადმყოფმა სცადა წასულიყო ხან იმერეთის სოფლებში და ხან კახეთისა, მაგრამ ხველა და შეტევა არ აძლევდა ძილს და მოსვენებას. ავადმყოფი ჩავარდა სასოწარკვეთილებაში. ამ ზაფხულს ექიმების რჩევით გაემგზავრა ბორჯომში და იმავე ექიმების რჩევით დაიწყო ეკატერინეს წყაროდან აბაზანების მიღება 28<sup>ა</sup> 8-9-10 წ. მიიღო 10 აბაზანა; დაჰყო ბორჯომში ორი თვე, მაგრამ მას მოკეთება არ დაეტყო. ბორჯომიდან თავის სურვილით ჩამოვიდა ქობულეთში სადაც მოკლე ხანში შეუწყდა შეტევები.



ავადმყოფი სარგებლობდა ჰაერით, არ ერიდებოდა ბანაობას (სამჯერ დღეში აბაზანებს (ყოველ დროს), დაჰყო თვე ნახევარი. ამ ხნის განმავლობაში სრულებით არ ჰქონია შეტევა, ხველამ უკლო, ძილი დაუწყწყარა, მადა დამამკაცოფილებელი, თვით გრძობა საუფეთესო. სეირნობს დიდ მანძილზე და არ ეტყობა დაღლილობა.

დაკვირვება მე-3-მე

მამა-კაცი ნ. ლ. 52 წლისა, მუდმივად სცხოვრობს ტფილისში, ოცი წლის წინეთ გახდა ავად ბრონხიტით, ამ ავადმყოფობამ გასტანა დიდხანს. ეს უკანასკნელი ყურადღებას არ აქცევდა. შვიდი წლის წინეთ ხშირად ცივდებოდა და აძლევდა სიცხეს, ამ ხნის განმავლობაში მან გადაიტანა ორჯერ ფილტვების ანთება. მას შემდეგ დააწყებინა საგრძობლად ხველა ქოშინით და გრძობდა სისუსტეს, ყოველ ნაბიჯის გადადგმაზე მას სული ეხუთებოდა, ემატებოდა სისუსტე და იძულებული ხდებოდა დაესვენებინა. მთელი თავის დროს ატარებდა ექიმობაში და წამლობაში. ექიმების რჩევით ის გაემგზავრა ამ ბოლო ხანს კისლავოდსკში. სადაც მისვლისთანავე იგრძნო მან ძლიერი სისუსტე და უძილობა. ტემპერატურა, როგორც რფილისში აგრეთვე კისლავოდსკშიც, ჰქონდა 37,5. პულსი კი ერთ წამში 100. ექიმები ცდილობდნენ სისხლის გამოშვებით, ელექტრონის აბაზანით, გულის გასამაგრებელ წამლების მიცემით შემსუბუქებინათ მისი მდგომარეობა მაგრამ ამაოდ, რის გამო ექიმთა კონსილიუმმა პროფესორ ე. ხ. გ. რ. ი. თანდასწრებით გადასწყვიტა მისი კისლავოდსკიდან წამოსვლა.

იმავ ექიმთა კონსილიუმის დიაგნოზი: მიოკარდიტი, უნივერსალური არტერიო-სკლეროზი, აორტიტი, ძლიერი ნეკროსტენია და ემფიზემა ფილტვებისა. ნახევლში არ აღმოჩენია კოხის ჩიბრები. შარდში ოდნავ ცილა.

ავადმყოფი თავის სურვილით ჩამოვიდა ქობულეთში აგვისტოში 1925 წ. იგი კარგი კვებისა, კასრისებური გულმკერდით, პერკუტორულად კოლოფისებური ხმა. ქვედა ნაწილები ფილტვებისა გაფართოებულა თით-ნახევარის დადებით. აუსკულტაციით ისმის სველი და მშრალი ხიხინი. პულსი 90 წამში მაგარი და დაკიმული. გულის სახლევები გაფართოებულა, გულის ტონები მოჰრუებულა; აქცენტი მეორე ტონზე ფილტვის არტერიისა. დერმოგრაფიში წითელი ძლიერ ემწევა, ოდნავ რეფლექსი მუხლისა, ლეიძლი და ელენთა ნორმა. ავადმყოფი ძძიმედ სუნთქავს.

სცხოვრობს უკვე ორი თვეა. გრძობს ღონის მომატებას სისუსტის და ქოშინის შემკირებას. ტემპერატურა ნორმა, პულსი 80; ძილი წყნარი, მადა კარგი. ხველამ უკლო. სეირნობს თავისუფლად დიდ მანძილზე. დილას და საღამოს იხილავს ზღვის წყლით ტანს.

დაკვირვება მე-4-ე

მამა-კაცი ა. მ. 62 წლისა, მუდმივად სცხოვრობს ბათუმში.

ავადმყოფობამდე გრძობდა თავბრუს ხვევას, თვლების დაბნელებას, უძილობას და ხანდახანობით გულის ძკერასაც. 1925 წელს, თებერვლის თვეში მიანდვეს შესრულება სერიოზულ საქმისა, რომელიც ავადმყოფმა შესრულა სულ მოკლე ხანში, მაგრამ ამ დროს ეს ზემოაღნიშნული მოვლენები ძლიერდა; მას არ შეეძლო დაწოლილიყო მარტენა გვერდზე და ყოველივე ხმაურობა, ხმა მალდა კითხვა, ლაპარაკი, მოძრაობა იწვევდა მასში შეტევას და სულის ხუთვას. ივნისის შუა რიცხვებში ექიმებმა მისცეს ნება ლოგინიდან ადგიმისა და ივლისის დამლევს ჩამოვიდა ქობულეთში.

ექიმების დიაგნოზი: მიოკარდიტი და არტერიო-სკლეროზი. შარდ და ნახველი ნორმალურია. საშუალოზე მაღალი ტანისა. სუსტი კვებისა, გულის სახლევები გაფართოებულა ორივე მხრივ. აქცენტი მეორე ტონზე ფილტვის არტერიისა; ყრუ ტონები და ქინების რითმი. პულსი 120 წუთში. ფილტვებში ზოგ ადგილას ისმის ხიხინი, ლეიძლი და ელენთა ნორმა. ემწევა სულის ხუთვა საუბრის დროსაც.

პირველ ხანებში დრო გამოშვებით სულის ხუთვა გულის შეტევა და ბევრათ თუ ცოტათ მეორედბოდა, და ბოლოს კი სამ ნახევარი თვის შემდეგ ეს მოვლენები სრულებით გაჭრა:



ავადმყოფი გრძნობს თავს კარგად, პულსი 80, მაგარი და დაჰიმული. ყრუ ტონები კენების რითმი გულისა არ ისმის, ქოშინი შეუმცირდა, თავისუფლად დასეირნობს ეზოში.

### დაკვირვება მე-5-ე

მამა-კაცი გ. მ. 42 წლისა. მუდმივად სცხოვრობს ოზურგეთში. 1917 წ. მან იგრძნო ქოშინი და გულის ძვრა, რომელიც უძლიერდებოდა უფრო სიარულის დროს. 1924 წელს ეს მოვლენები ისე საგრძნობი შეიქმნა, რომ იძულებული იყო სამსახურისათვის (მსაჯული) თავი დაენებებოდა. 1925 წ. ის გაემგზავრა ბორჯომში და ექიმების რჩევით მიიღო ნახშირ მეცხვას აბაზანები, მაგრამ ამან უფრო დაასუსტა. ასეთი მდგომარეობაში იყო 1926 წლამდე. აპრილის თვეში იმავე წელს ის თავის სურვილით ჩამოვიდა ქობულეთში, ავადმყოფობამდე ღვინოს სვამდა უზომოდ, ვენერიული და სხვა ავადმყოფობანი არ ჰქონია.

საშუალო ტანისა, კარგი კვებისა, ფილტვები, ელენთა და ღვიძლი ნორმაა. გულის სახლვრები ორივე მხრივ გაფართოებულია. გულის მწვერვალზე ისმის სისტოლიური შუილი, აქცენტო მეორე ტონზე ფილტვის არტერიისა, პულსი 80 რითმიული.

დი ა გ ნ ო ზ ი: Insufficiencia v. v. mitralis.

შეიდი თვე სცხოვრობს ქობულეთში. ეწვევა ნორმალურ ცხოვრებას. ძილი წყნარი, ქოშინი შეუმცირდა, დასეირნობს დიდ მანძილზე. მსახურობს ორი თვეა, გრძნობს თავს კარგად და არ ეტყობა დაღლილობა.

### დაკვირვება მე-6-ე.

მასწავლებელი 24 წლისა ა. ვ. მუდმივად სცხოვრობს ტფილისში. მისი ოჯახის წევრები ჯანმრთელნი არიან. წელიწადია, რაც მან გადაიტანა მშრალი პლევრიტი. მშრალად აზვებებს, ღამე ოფლი მოსდის. საღამოობით სიცხეს აძლევს 37,3, წონაში კლებულობს, აქვს ქოშინი და უმადობა.

ფილტვების მწვერვალზე პერკუტორულად მოყრუება; აუსკულტაციით გაგრძელებული ამოსუნთქვა. გულის სახლვრები, ელენთა და ღვიძლი ნორმაა.

დი ა გ ნ ო ზ ი: tbc. incitius pulmonum ნახველში კოხის ჩხირები არ არის.

დაჰყო სამი თვე. წონაში მოიმატა სამი გირვანქა, ხველამ უკლო, ოფლი არ მოსდის, ტემპერატურა ნორმაა, შიდა კარგი აქვს, სიმზიარულე დაღეტყო.

ავადმყოფი დილაობით იხელს ტანს ზღვის წყლით, სეირნობს.

### დაკვირვება მე-7-ე

ქალშვილი მ. ნ. 22 წლისა მუდმივად სცხოვრობს ლანჩხუთში. მასწავლებელი.

1924 წ. ზამთარში გადაიტანა ფილტვების ანთება და 1925 წ. თებერვალში გამოაჩნდა სისხლი ნახველში მას შემდეგ კი გრძნობს სისუსტეს, ოდნავ სულის ზუთვას და უძილობას. აზვებებს დრო გამოშვებით. სიცხე საღამოობით 37,5-37,2.

ექიმების რჩევით ზუფხულში გაემგზავრა ბახმაროში, სადაც დაჰყო თვე ნახევარი, მაგრამ მას მოკეთება არ დაეტყო.

წელს თავის სურვილით ჩამოვიდა ქობულეთში.

საშუალო ტანისა, სუსტი კვებისა, ლორწოიანი გარსები ანემირია. გულის სახლვრები, ელენთა და ღვიძლი ნორმაა. დერმოგრაფიზმი და მუხლის რეფლექსი გაძლიერებული.

ფილტვების მწვერვალზე პერკუტორულად მოყრუება, აუსკულტაციით გაგრძელებული ამოსუნთქვა მკრივი სუნთქვა ემჩნევა სხვადასხვა ალაგ ფილტვებისა.

დი ა გ ნ ო ზ ი: tbc. pulm. და ნევრასთენია. დაჰყო ორი თვე. სიცხე ნორმაა, წონაში მოიმატა 9 გირვანქა, ძილი დაუწყნარდა. ავადმყოფი დილაობით იხელს ტანს ზღვის წყლით და ეწვევა ნორმალურ ცხოვრებას.



## დ ა კ ვ ი რ ვ ე ბ ა მე 8-ე.

ავერ ზღვის ნაპირას ბავშვები თამაშობენ და თავისებურ ეგილ-ზივილით ამზიარულეებენ არგ-მარეს. მათ შორის შიშველი პატარა გოგი ურევია. გოგი ორი წელია რაც დედასთან ერთად ქობულეთში დაიარება. ექიმებმა გოგის ავადმყოფობას უწოდეს რახიტი. დღეს კი გოგის მუცელი და თავი ზომიერი აქვს, ხელ-ფეხი კი ღონიერი.

ის სარგებლობს მზის სხივებით და დრო გამოშვებით იღებს ზღვის თბილ აბაზანებს.

ასეთი ავადმყოფთ მთელ წლის განმავლობაში, შეუძლიანთ იცხოვრონ თუ კი მათ ჩაეყენებთ შესაფერ პირობებში კვების და მოვლის მხრივ.

ამ მოკლე ისტორიებიდანაც ნათლად სჩანს, რომ ქობულეთი, შესამჩნევად მოქმედობს გულის მანკებისა და მიოკარდიტების დროს, ბრონქიალური ასთმის დროს, ფილტვების ტუბერკულოზის დასაწყის პერიოდში და გინსაკუთრებით რახიტის დროს. იგივე არ ითქმის ტუბერკულოზის ისეთ ფორმებზე, რომელნიც ძლიერაა წასული წინ და სადაც დარღვევითი პროცესები ძლიერია. ასეთ ავადმყოფთ ქობულეთის ჰაერი არ არგებს.

მე ვათავებ ჩემი მოხსენების პირველ ნაწილს ამ მცირე მაგალითების მოყვანით, რადგანაც მე არ მინდა თქვენი ყურადღება დავლალო დიდი მასალით და გადავალ მოხსენების მეორე ნაწილზე.

როდესაც ჩვენ ვმსჯელობთ საზოგადოებრივ საკითხზე, ჩვენ—უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში ორი რამ: დადებითი და უარყოფითი მხარეები, რომ დასასრულს შეგვეძლოს გამოვიტანოთ შესაფერისი დასკვნა ამ საკითხის შესახებ.

მე ვავათავებ დადებითი მხარეების აღწერა ქობულეთისა და მინდა შეუდგე, როგორც ექიმი იმ საკითხის გარჩევას, რომელსაც არა ერთი ქართველი ექიმი ჩაუფიქრებია.

ეს არის მალარია, ძველი დროიდან დაუძინებელი მტერი ქართველი ერისა. ამ მტერს არა ერთი ნორჩი სიცოცხლით სავსე ჰაბუჯი უმსხვერპლია.

თქვენ ხშირად შეხედებით ქობულეთის ქუჩაზე გამხდარ, გაყვითლებულ სახის ადამიანს, რომლის ბრწყინავ თვალებში ამოიკითხავთ, რომ ეს შეპყრობილია მალარიის სენით.

რომ ვიქონიოთ მალარიის მსვლელობაზე საღი მსჯელობა, ამისათვის საჭიროა, რომ ქობულეთი გავყოთ სამ ნაწილად და ორ ზოლად. პირველი-სადგურის ნაწილი (სადგურიდან საავადმყოფომდე), რომელსაც უკავია პირველი ალაგი მალარიის დაავადების მხრივ 9%; მეორე-კურორტის (სავადმყოფოდან სანატორიუმამდე), რომელსაც უჭირავს უკანასკნელი ალაგი 4%, და მესამე სანატორიუმიდან სოფელ ფიჭვნარამდე მეორე ალაგი 6%.

ქობულეთი იყოფა ორ ზოლად: პირველი-ზღვის ანუ კურორტის ზოლი და მეორე-ჰაობის ანუ კომერციული. ზღვის ზოლზე ოთხჯერ ნაკლებია მალარიის დაავადება ვიდრე ჰაობისაზე.

ამ გარემოებას ხელს უწყობს ზღვიდან მომავალი ქარი, რომელიც დენის და არ უშვებს ჰაობიან ადგილებიდან მომავალ კოლოებს.

მალარია იწყება ხვნა-თესვასთან ერთად, ე. ი. აპრილში; მერე პროგრესიულად იზრდება და აღწევს მაქსიმუმს მკათათვის, მარობის და ენკენისთვის.



ებში, ე. ი. ჭირნახულის სიმწიფის დროს, კლებულობს და სრულიად ქრება ნოემბერსა და დეკემბერში.

აქ შეხედებით სავლდეულს, ოთხდლეულს და ტროპიკულ მალარიის ფორმებს.

მალარიის გავრცელებას ქობულეთში უწყობს ხელს ქაობიანი ადგილები და სიმინდი, რომელიც ითვისება ქალაქთან ახლოს და თითქმის ეზოებშიაც კი.

გარდა ამისა უპირველესი ალაგი მალარიის გავრცელებაში მიუძღვის ქაობს სახელად „ისპანი“, რომლის სიგრცე აღემატება 1.000 ქცევას. ეს ქაობი გვერდს აკრია ქობულეთს.

თქვენ კარგად მოკვხსენებათ, რომ მალარიასთან ბრძოლის საწინააღმდეგოდ საჭირო არის: პირადი, საზოგადოებრივი და მექანიკური პროვილაქტიკა.

პოპულარული ცნობების გავრცელება მალარიაზე მცხოვრებთა შორის და მათი კულტურული ამაღლება.

ყველა ამ ზემოთ ჩამოთვლილ ზომებს ბევრად თუ ცოტათ მავალწიეთ: სკოლები გაიხსნა, ლექციები იკითხება, გზები გაიჭრა, ქინა ქინა ხალხს ურიგდება და უშთავრეს მიზეზს ქაობს „ისპანს“ საც სძლიეს. 300-მდე მუშა ხელი ამ ქაობს თავს დასტრიალებს, რათა ამოაშრონ იგი, რომ რამდენიმე წლის შემდეგ იქნას ამ ქაობას ადგილას გაშენებული მშენიერი ბალი-ქალაქი და მალარია, რომლის სახელიც კი საშიშროებას წარმოადგენს მცხოვრებთა შორის, იქნას სრულიად დაეიწყებულ.

ამ რიგად ქობულეთი შეიძლება დაეახსიათოთ, როგორც ზომიერი და არა მალალი ტემპერატურის კურორტი, სადაც მცირეა ღრუბლიანი დღეების რიცხვი, ქობულეთი უნდა ჩაითვალოს საუკეთესო საზღვაო კურორტად, რომელიც დამამზვიდებლათ მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე, სასუნთქავ ორგანოებზე, გულის და სისხლის მიღების დაავადებაზე.

მზის და სილის აბაზანების მოსაწყობათ ზღვის ნაპირი საუკეთესო ადგილია მთელ შავი ზღვის ნაპირთა შორის.

ბავშვები შეპყრობილი სკროფულოზით, რახიტით, ძვლების და ჯირკვლების ქლექით მთელი წლის განმავლობაში შეგვიძლია ვიყოლიოთ ვაშლილ ჰაერზე, სადაც მათ შეუძლიათ ისარგებლონ მზის და ზღვის აბაზანებით. საშინელი სურათი სიგამხდრისა, დაუძლურებისა და სისუსტისა შეიძლება გაქრეს სულ მოკლე დროში. ამისთანა ბავშვებისათვის ქობულეთი საუკეთესო მკურნალია.

ყველა ეს გვაძლევს იმედს, რომ ქობულეთს დიდი მომავალი აქვს.

### დ ე ბ უ ლ ე ბ ე ბ ი :

1. ქობულეთი უნდა ჩაითვალოს საზღვაო კურორტად.
2. ქობულეთს ენიჭება თერაპევტიული ღირებულება.
3. ქობულეთი მოქმედებს დადებითად შემდეგ ავადმყოფებზე: გულის და სისხლის ძარღვების დაავადებებზე; დაწყებითი ტუბერკულოზზე; ბრონქიალურ

ასთმაზე; ემფიზემაზე, თირკმლების ანთებაზე, რახიტსა, ნევრასტენიასა, სისუსტესა, სიგამბორესა და დაუძლურებაზე.

4. ქობულეთში მალარიასთან ბრძოლა უნდა სწარმოებდეს გაორკეცებული.

5. ქობულეთის სანიტარული დაცვის ზონად უნდა ჩაითვალოს: აღმოსავლეთით-რკინის გზის ლიანდაგი, დასავლეთით-შავი ზღვა, ჩრდილოეთით-მდინარე კინტრიში და სამხრეთით-მდინარე ჩოლოქი.

6. ქობულეთის კეთილ მოსაწყობად საჭიროა გაყვანილ იქნას გზა-ტკეცილი. აღნიშნულ სანიტარულ დაცვის საზღვრებში უნდა აღიკვეთოს სიმიდის თესვა. დაევალოს მცხოვრებთ დარგონ თავიანთ ეზოებში ისეთი მცენარეები, რომელიც ხელს უწყობს ნიადაგის გაშრობას და ჰაერის გაჯანსაღებას.

---



## ბრ. დიდუბულიძე.

კლინიკის ასისტენტი.

### თორმეტ გოჯა ნაწლავის ზონდაჟი და მისი დიაგნოსტი- ური მნიშვნელობა\*).

(შინაგან სნეულებათა პროპედევტიულ თერაპიულ კლინიკიდან.  
გამგე—დოც. შ. შიქელაძე).

ბიოლოგიურ მეცნიერებათა დარგის წარმომადგენელნი ყოველთვის დაინტერესებულნი არიან ამა თუ იმ ორგანოს გამოკვლევა აწარმოვონ შეძლებისდაგვარად უშუალო პირდაპირი დაკვირვებით, რასაც შედეგების დასკვნისთვის უდიდესი მნიშვნელობა ეძლევა; ეს ამჟამად მით უფრო საინტერესოა, რამდენადაც უკანასკნელ დროში საექიმო შემეცნებაში შეიჭრა ორგანოს ფუნქციის გამოკვლევის უდიდესი მნიშვნელობა, წიმაღლმდე პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებებისა. ექსპერიმენტალური-კლინიკური აზროვნება Küssmaul-ის და Leube-ს აღმოჩენის შემდეგ — კუჭის ფუნქციონალურ გამოკვლევისა, სულ მუდამ ცდილობდა ასეთივე უშუალო პირდაპირი მეთოდი მოეძებნა საჭმლის მომნელებელ ტრაქტის უმნიშვნელოვანეს ნაწილის თორმეტ-გოჯა ნაწლავის გამოკვლევისთვის, რომელიც შარა გზა-ჯვარედინს წარმოადგენს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის და მის მნიშვნელოვანი ჯირკვლების ღვიძლის და პანკრეასის გარეგან სეკრეციისთვის.

ჯერ კიდევ 1889 წ. Boas-ი ცდილობდა ღვიძლის არეს გარეგანი მასაჟით გამოეწვია ღვიძლის გარეგანი სეკრეტის კუჭში გადასვლა, მაგრამ ეს ცდა ძლიერ პრიმიტიული გამოდგა. შემდეგ 1897 წ. Hemmeter-მა და 1898 წ. Kühn-მა სცადეს უშუალოთ გადაეყვანათ ზონდი თორმეტ-გოჯა ნაწლავში კუჭის ზონდის მაგვარად, მაგრამ მათ მიერ მოწოდებული მეთოდი ისეთი ძნელი და უხეში იყო, რომ მათ გარდა სხვას არავის უხმარია. Бодярев-ის ექსპერიმენტების შემდეგ Volhard-მა 1904 წ. შემოიღო ზეთის საუხმე, რითაც იგი იწვევდა თორმეტ-გოჯა ნაწლავში მოგროვილ სეკრეტის ანტიპერისტალტიურ გადმოსროლას კუჭში, მაგრამ ამ მეთოდს დიდი ნაკლი ჰქონდა და არ იყო სწორი, ვინაიდან მასში ერეოდა კუჭის წვენი, რაც შესამჩნევად სცვლიდა გამოკვლევის შედეგს.

1906 წ. ამავე საკითხზე მუშაობდა ამერიკელი ექიმი Max Einhorn-ი, რომელმაც პირველად შემოიღო ძაფზე მოხმული პატარა კულა, რის საშუალებითაც იგი პრიმიტიულად აწარმოებდა 12-გოჯა ნაწლავის წვენის ამოღებას. შემდეგ

\*) მოხსენდა პროპედევტიული თერაპიული კლინიკის ექიმთა კონფერენციას 13/III 1927 წ.



მან თავისი მეთოდი გააუმჯობესა და 1909 წელში 11 ნოემბერს Lenox Hill-Hospital-ის ექიმთა კონფერენციაზე წარმოადგინა დღეს ყველასათვის ცნობილი თორმეტ-გოჯა ნაწლავის ზონდი და ამით მოგვცა საშუალება თორმეტ გოჯაში მოკროვილი სეკრეტების გამოკვლევისა.

Einhorn-ის აღმოჩენა პირველად სათანადოდ შეფასებული იქნა ამერიკაში Gross-ის, Rehfuß-ის, Lutte-ს Paleiski-ს White-ს და სხვების მიერ.

ახალმა აღმოჩენამ ევროპაშიც დიდი გამოძახილი გამოიწვია.

1913 წ. გერმანელმა მკვლევარმა Bondi-მ უკვე მოიხმარა ახალი აღმოჩენა, და შემდეგში გამოაქვეყნა ახალი მეთოდი ლიპაზის გამოკვლევისა თორმეტ-გოჯა ნაწლავის წვენში. შემდეგ მოჰყვა გამოკვლევები Rothman-Manheim-ის, Gorke-ს, Salmon-ის Grossmann-ის Adler-ის, Stepp-ის და უკანასკნელ ხანებში იმდენი ლიტერატურა დაკროვდა მარტო გერმანეთში, რომ მისი ჩამოთვლაც კი ძნელია. საფრანგეთში პირველად გამოეხმაურა Einhorn-ის აღმოჩენას — გასტროენტეროლოგი René Gaultier 1911 წ. შემდეგ Sante Pisani და Glatz-ი, Carnot და Mauban-ი, Liobert-ი, Chiray და მისი მოწაფეები Lebon-ი Milochewitch-ი და Blum-ი, R. Damade' Marcel Labbe' და Nepveux, Felix Ramon-ი, Chabrol-ი Bénard-ი და Gambillard ი და მრავალი სხვა.

რუსეთშიაც უკანასკნელ ხანებში დიდი ყურადღება მიექცა ამ საკითხს და 1925 წ. თერაპევტების საკავშირო მე-VIII ყრილობაზე საპროგრამო საკითხი, „ღვიძლის ფუნქცია“ წარმოდგენილი იყო უმთავრესად თითქმის 12-გოჯა ნაწლავის ზონდავის გამოკვლევის შედეგებით (М. Вольский და А. Постнов-ი, С. Миндлин, С. Рысс და Н. Лесник-ი, А. Кузнецов-ი, Гартох Матусевич ი, Г. Гехтман-ი და А. Жигалов ი და სხვები).

რაც შეეხება ჩვენში, ეს საკითხი შეიძლება იაქვას, რომ ჯერჯერობით თითქმის სრულიად უცნობია თავის დეტალებით არა თუ ექიმთა ფართო წრეებისათვის, არამედ ზოგიერთი საეადმყოფოს ექიმთათვისაც. ამიტომ მე ჩემს თავს ნებას მივცემ უფრო ფართოდ შევაჩერო ამხანაგ ექიმების ყურადღება, ამ ფრიად მნიშვნელოვან საკითხზე, რომლის შესახებაც პროფ. Chiray — საუკეთესო მკვლევარი ამ საკითხისა, ამბობს: „Cette decouverte fut pour les maladies digestives ce qu'a été celle de l'auscultation pour les affections cardio pulmonaires“.

თვით ხელსაწყო Einhorn-ის ზონდი წარმოადგენს რეზინის მილს 3-4 მილიმეტრი დიამეტრით, სიგრძით ერთი მეტრი, რომლის ერთ ბოლოზე მიმაგრებულია ლითონის ფუყე ოლივა დაახლოებით 14 მილიმეტრის დიამეტრით. ეს ოლივა დახვრეტლია პატარა-პატარა ხვრელებით და შუაზე იხსნება. ერთი შეორესთან ოლივის ორივე ნაწილი ხრახნილის წესით არის მიმაგრებული. ოლივიდან დაწყებული რეზინის სიგრძეზე აღნიშნულია სამი ნიშანი: I - 45-50 სანტიმეტრის სიგრძეზე, მე-II—69-70 სანტ. სიგრძეზე და მე-III—76-80 სანტ. სიგრძეზე. პირველი ნიშანი გვჩვენებს სიგრძეს კბილებიდან კუჭამდე, მე-II ნიშანი — პილორუსამდე, მე-III ნიშანი — თორმეტ-გოჯა ნაწლავის დასწვრივ ნაწილამდე — Vater-ის ამპულას დონეზე.

ასეთი ზონდის მომზადება თავისუფლად შეიძლება ჩვენს პირობებშიაც. Einhorn-ის შემდეგ მრავალმა ავტორმა მავ: Dross-მა, Sante Pisani მ, v Lyon-მა და



სხვებმა შემოიღეს სხვადასხვა მოდიფიკაციის ზონდები, მაგრამ ყველა ესენი ვანორჩევინ Einhorn-ის ზონდისგან მარტო ოლივის სიმძიმის ან და ნახვრეტების ფორმით და რაოდენობით.

12-გოჯა ნაწლავის ზონდაჲის ტექნიკა შედარებით უფრო ადვილია, ვიდრე კუჭის ზონდაჲის, ავადმყოფთათვის, მაგრამ უფრო ხანგრძლივსა და მეტს მუშაობას მოითხოვს ექიმისაგან. ზონდაჲის საბოლოო მიზნის მისაღწევად დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის სულიერ განწყობილებას და საერთოდ მის ხასიათის სიმშვიდეს (Chiray et Lebon), რაშიაც ჩვენ არაერთხელ დავრწმუნებულვართ მუშაობის დროს. ზონდაჲი უნდა ვაწარმოვით უზმოდ. ავადმყოფს არ უნდა ჰქონდეს საკმეღი მიღებული სულ უკანასკნელი 12 საათის განმავლობაში, მჯდომი-არე მდგომარეობაში ავადმყოფს ვაყლაპებთ აბის მსგავსად ოლივას 45-50 სანტ. შემდეგ ვაწვენთ მარჯვნივ მხარეს მხართეძოზე — გულმკერდის ზემო ნაწილს აუმაღლებთ და 5-10 წ. განმავლობაში ვაყლაპებთ ნელ-ნელა ზონდს 70 სანტ., ამის შემდეგ ავადმყოფს ვაწვენთ გულაღმა ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში — მენჯის ნაწილს ზემოდ აუწევთ — მუთაქით ან ბალიშით და 5 წუთის განმავლობაში ნელ-ნელა ვაყლაპებთ 76-80 სანტ. (საერთოდ ყოველთვის უნდა გავითვალისწინოთ ავადმყოფის ინდივიდუალური სიმაღლე — და იმისდა მიხედვით გადავყლაპოთ ან 76 — ან 80 სანტ.) — შემდეგ ზონდს მოვახვიოთ ემპლასტრო და მივამაგროთ ავადმყოფის სახეზე მოხერხებულად — ცხვირზე ან ნიკაპზე, რომ ზონდი წინ ან უკან არ წავიდეს.

აღწერილი პოზიციები ზონდაჲის წარმოების დროს, საუკეთესოდ არის მიჩნეული და რენტგენო-კოპიურადაც შემოწმებულია Lipmann-ის, Darrade-ის და Gaultier-ის მიერ. ჩვენც ამ წესით ვაწარმოებთ ზონდაჲს და ყოველთვის სასურველ შედეგს ვაღწევთ. აღწერილია სხვა მრავალი პოზიციები ზონდაჲის დროს, მაგრამ ყველა ესენი არსებითად ძლიერ ცოტათი განორჩევინ აღნიშნულ პოზიციებისგან.

როდესაც ზონდი გადავა 12-გოჯა ნაწლავში — მის დასწვრივ ნაწილში, თუ რეზინის ბოლოს ძირს დავუშვებთ, მეტწილად თავისთავად გადმოდინდება ტორმეტგოჯას წვენი, ანდა საკმარისია შპრიცის საშუალებით ერთხელ ოდნავ ამოვქაჩოთ და შემდეგ კი წვენი თვით დაიწყებს სიფონის მსგავსად დენას. წვენს ვაგროვებთ საცდელ შუშაში.

გავება იმისი, გადავიდა თუ არა ზონდი ნაწლავში დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. თუ ზონდი 12-გოჯას დასწვრივ ნაწილშია, წარმოდენილი სითხე ნორმალურად ყვითელი ფერისაა, გამსჭვირვალე, ზეთის კონსისტენციის, მომტუტო რეაქციის ლაკმუსზე; მაგრამ ამ ნიშანსაბუთის გარდა არსებობს მრავალი მეტოდები ზონდის საბოლოო ნაწილის ადგილ-მდებარეობის გამოსაკვლევად. Einhorn-ი გვიჩვენებს ავადმყოფს დაეალევიანოთ შეფერადებული სითხე ან რძე და ამოვქაჩოთ შპრიცით — თუ ზონდი კუჭშია, სითხეს ან რძეს ამოვიღებთ, წინააღმდეგ შემთხვევაში უარყოფით შედეგს მივიღებთ.

გვიჩვენებ აგრედვე შპრიცის საშუალებით შევიყვანოთ ზონდში ჰაერი, თუ ზონდი კუჭშია — ავადმყოფი შეყვანას გრძნობს და ლოკალიზაციასაც კი ახდენს,

თუ გადასულია 12-გოჯა ნაწლავში ავადმყოფს შეგრძნობა ჰაერისადმი არა აქვს ანდა იგი ვერ ერკვევა ნათლად მგრძნობიარობაში.

არსებობს ავრეთვე Hollander-ის სიმპტომი „დუოდენუმის რეზისტენტობის“; თუ ზონდი 12 გოჯაშია მაშინ შპრიცის საქაჩის ამოწევა ზევით გაძნელებულია, თუ კუჭშია მაშინ კი თივისუფლად შეგვიძლიან ამოწეოთ საქაჩი. რასაკვირველია ყველაზე ნაძვილ პასუხს იძლევა რენტგენოსკოპიური გასინჯვა, მაგრამ ჩვენის აზრით, ის საერთო სურათი 12-გოჯა ნაწლავის წვენის, რომელიც ზევით აღენიშნეთ სრულიად საკმარისია ყოველდღიურ კლინიკურ მუშაობის საწარმოებლად, რაშიაც ჩვენ დავრწმუნდით ჩვენი კლინიკური მუშაობის დროს, მაგრამ არის შემთხვევა, როდესაც 12-გოჯას წვენი სრულიად თეთრი ფერისაა. მაგ. Ductus choledochus ის დახშვის დროს, მაშინ აუცილებელ საქიროებას წარმოადგენს ამოღებულ წვენში გამოკვლეულ იქნეს ფერმენტი-ლიპაზა, რომლის არსებობაც დადებითად გადასწყვეტს საკითხს.

ზემოდ აღწერილი ტუბაქის ტენიკა შესაძლებელია გართულდეს სხვადასხვა მდგომარეობით: შესაძლებელია მაგ. ოლივის გადასვლა ხორხში გაძნელებდეს და გამოიწვიოს რეფლექტორული პირსაქმება, ეს ხშირია ხოლმე ნერვულ სუბიექტებში. ამ შემთხვევაში კარგია ანესტეზიური ხსნარის (Sol. cocain. mur, 3%) გამოსმა ყელში, ხანდახან შესაძლებელია ზონდის გადაგრეხა და გადაკეცნა კუჭში, რაც ხდება მაშინ, როდესაც I ნიშნიდან მე II ნიშნამდე ავადმყოფი ზონდს გადაყლაპავს ხოლმე მალე და არა თანდათანობით. ამ შემთხვევაში 12-გოჯას წვენის მიღება არ ხდება, რამდენი ხანიც არ უნდა დავტოვოთ ზონდი. ამიტომ საჭიროა ზონდი ამოვწიოთ I ნიშნამდე და თავიდანვე ნელ-ნელა ჩავაყლაპოთ. თუ ავადმყოფს კუჭის ატონია ან პტოზი აქვს, მაშინ მეჩხის ნაწილი ძლიერ უნდა ავამალლოთ და *curvatura major*-ის გასწვრივ თორმეტ-გოჯა ნაწლავისკენ ზერეულე მასაქი უნდა ვაწარმოოთ.

თუ პილორუსის სპაზმი გვაქვს ან და სიმკვებიანობის მომატება, კარგია ავადმყოფს დავალევიოთ მტუტე ხსნარი, ანდა Damade-ს რჩევით მივცეთ Bismuth. carbon. 40,0—Aq. destillat 100,0; ბისმუთი სიმძიმით მოქმედებს პილორუსზე და იწვევს მის გახსნას. White გვირჩევს პილორუსის სპაზმის დროს ავადმყოფს ზონდი წინა საღამოსავე ჩავაყლაპოთ, რომ ღამის განმავლობაში გადავიდეს 12-გოჯაში. პილორუსის ორგანიულ სტენოზის დროს Einhorn ი გვირჩევს ოლივის მოვებათ აბრეშუმის ძაფი 8-10 სანტიმეტრი და ზედ გამოვებათ პატარა მძივი, რომელიც უფრო ადვილად გადადის შევიწროვებულ პილორუსში და თან ოლივასაც გადაიტანს ხოლმე.

ზოგჯერ შესაძლებელია ზონდი ადვილად გადავიდეს 12-გოჯაში და წვენი ვერ მივიღოთ. ეს შესაძლებელია მაშინ, როდესაც ზონდი ძლიერ ქვევით ჩავა ხოლმე Vater-ის ამპულიდან, მაგ. 12-გოჯა—მლივ ნაწლავის კუთხეში, ანდა, როდესაც გვაქვს Vater-ის ამპულის დახშვა. იშვიათ შემთხვევებში შესაძლებელია წავაწყდეთ ეგრედწოდებულ „სეკრეციის ბლოკადას“, რაც ემართებათ ნერვულ სუბიექტებს რეფლექტორულად, ამნაირ შემთხვევებში საჭიროა მოცდა. რეფლექსის გათავების შემდეგ წვენი თვითონ წამოვა ხოლმე.



თვით ზონდის ამოღება სიძნელეს არ წარმოადგენს. გამოკვლევის გათავებისას ზონდს ნელ-ნელა ვწევთ ზევით და როდესაც ოლივა მოაღწევს სასას, მაშინ ავადმყოფს თავს წინ მოვახრებინებთ და ოლივა თავისუფლად ამოვარდება პირის ღრუში. წინააღმდეგ ჩვენება თორმეტ გოჯას ზონდაეის გაცილებით ნაკლებია და ეს პროცედურა ბევრად უფრო უშიშარია, ვიდრე კუჭის ზონდაეის.

ზონდის საშუალებით ამოღებული 12-გოჯას წვენი წარმოადგენს რთულ შენაერთს ღვიძლის, პანკრეასის და 12-გოჯას გარეგან სეკრეციისას, ძლიერ ცვალებად ურთიერთობაში, რომელსაც შესაძლებელია ხანდახან მიემატოს აგრეთვე კუჭის წვენიც.

12-გოჯას წვენის გამოკვლევა შეიძლება მოვახდინოთ უსაუზმოდ, ვინაიდან თვით უბრალო კონტაქტი ზონდის ლორწოვან გარსთან იწვევს ღვიძლ პანკრეას 12-გოჯას სეკრეციას; ან მივცეთ საცდელი საუზმე Einhorn-ის ერთი ჭიქა თბილი ბულიონი, ანდა დაშაქრული ჩაი. არსებობს აგრეთვე უფრო რთული საუზმეები Sante Pisani ს, Mac. Clure ს, Weltmore ს, Reynold-ის და სხვათა. შესაძლებელია აგრეთვე ვაწარმოვოთ ფიქტიური საუზმე და ამრიგათ მივიღოთ Ilaa-იონის ცნობილი ფსიქიური სეკრეცია.

ყველა ამ მეთოდების წარმოების დროს საჭიროა წვენი შესწავლილი იყოს ყოველ მხრივ, რადგან საბოლოო დასკვნისთვის—ყოველ მხრივ გამოკვლევას ფიზიკურს, ქიმიურს, ციტოლოგიურს და ბიოლოგიურს ეძლევა უდიდესი მნიშვნელობა.

ნორმალურად, როგორც ზევითაც აღვნიშნეთ, 12-გოჯას წვენი გამსჭვირვალე მუქი ან ღია ყვითელი ფერისაა, ზეთის კონსისტენციის, ფეროვანება დამოკიდებულია ბილირუბინის რაოდენობაზე და პანკრეასის წვენის გაზავებაზე. პათოლოგიურ შემთხვევებში ის მომწვანო ფერისაა—რაც შედეგია ბილირუბინის ოქსიდაციისა ბილივერდინად. შესაძლებელია მომწვანო ფერი მივიღოთ აგრეთვე მარილმჟავასგან, თუ კუჭის წვენი შეერია, თორმეტ-გოჯა ნაწლავის წვენი უფერულია სრულიად, თუ დახშულია Ductus choledochus-ი.

ხვედრითი წონა 1.007—1.010 უდრის; იგი დაქვეითებულია ჰემოლიტიურ სიყვითლის, ღვიძლის კოლიკების, კატარალურ სიყვითლის (Sante Pisani) და პერნიციოზული ანემიის დროს. ხვედრითი წონა პირდაპირ დამოკიდებულებაშია ნალველის პიგმენტებთან და მარილებთან.

წებოვნება, Hess-ის ხელსაწყოთი, უდრის 1.15 (Sante Pisani) და პირდაპირ დამოკიდებულია ლორწოს რაოდენობაზე (Libert). მისი ცვალებადობა ისეთივეა, როგორიც ხვედრითი წონისა.

სითხის ზედაპირის დაჭიმულობა დამოკიდებულია მასში გახსნილ ნალველის მარილებზე; საშუალოდ 20 წვეთ გამოხდილ წყალზე მოდის 30-40 წვეთი წვენისა.

სუნი არა აქვს. გემო ახალი წვენის ძლიერ მწარეა, შემდეგ ოდნავ მოტკბილია. საერთო რაოდენობა წვენის დღე-ღამეში უდრის დაახლოებით 1200 კუბ. სანტ. აქედან 700—800 კუბ. სან, ღვიძლის წვენია, 300—400 კუბ. სანტ. პანკრეასის წვენი. წვენის რაოდენობის განსაზღვრა გამოკვლევს დროს უნდა ხდებოდეს ერთი საათის მიხედვით. იგი მომატებულია შაქრიან დიაბეტის, თორმეტგოჯას იარის, ჰემოლიტიური სიყვითლის და პერნიციოზული ანემიის დროს (Saute





Pisani). დაკლებულია კატარალური სიყვითლის და ანგიოზოლიტების დროს.

თორმეტ გოჯას წვენი წარმომდინარება ხდება განსაკუთრებული რით-მით, რომელიც კარგად არის შესწავლილი R. Damade-ს მიერ.

რეაქცია მტუტეა ინდიკატორ ჰელიანთინით (Methyl orange ფენოლფტალენი გაწითლებას არ იძლევა) და ქანაობს 10-40 კუბ. სანტ. მტუტე ნატრიუმის დეცინორმალური ხსნარისა (Damade). PH უდრის 6,9-7 (Marsel dabbé, de Mooret Nepveaux). რეაქცია დიდ ცვლილებას განიცდის საკმლის მიღების სხვადასხვა პერიოდში, Einhorn-ით, Friedenwald-ით მტუტიანობა მაქსიმუმს აღწევს უზმოს საცდელი საუზმის შემდეგ ეცემა და შემდეგ ისევ ზევით იწევს.

ნალველის პიგმენტის ბილირუბინის რაოდენობა ძლიერ ქანაობს (depehne), რაოდენობა დამოკიდებულია გამოკვლევის მეთოდზე: მაგალითად van der Bergh-ის მეთოდით 3-9 ერთეულს უდრის (Lepehne, Strauss და Hahn ი), Striwo-ser-მა ამავე მეთოდით 40-66 ერთეულამდე მიიღო Meuleugracht-ის მეთოდითაც ისეთივე ციფრებს ვიღებთ, როგორც Borgh-ით. Fouchet ს მეთოდით ბილირუბინის შეცულობა უდრის  $1/10.000 - 1/15.000$ ; Chabrol Bénard ით  $1/1.400 - 1/7.000$ . საერთოდ, როგორც სჩანს, ნორმის ფარგლები დიდია, მაგრამ პათოლოგიური მდგომარეობაც ადვილი შესამჩნევია, ისიც დიდად ქანაობს.

ნალველის მგავეების გამოსაკვლევად შეიძლება მივმართოდ სტალაგომომეტრიას და Hay ს რეაქციას; სტალაგომომეტრულად 1 კუბ. სანტ. წვენი იძლევა 38-40 წვეთს, მაგ. Duclaux —სათვლელი პიპეტით ანდა Rona-Michaelis-ის პიპეტით. Schade წინააღმდეგია სტალაგომომეტრიის, რადგან, მისი აზრით, ამ დროს მართო ის მგავეები განისაზღვრება, რომლებიც აღსორბიულ მდგომარეობაშია ზედაპირზე და არა ყველა ის მგავეები, რომლებიც გახსნილია სითხეში, თუმცა Betha ამტკიცებს, რომ ეს მეთოდი სრულიად დამაკმაყოფილებელია კლინიკური თვალსაზრისით.

ნალველის ამ ორ შემადგენელი ნაწილების გამორკვევა ძლიერ საინტერესოა ეგრედწოდებულ „დისოციურ სიყვითლის“ საკითხის გამოსარკვევად.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე დუოდენალურ წვენში ურობილინის და ურობილინოგენის განსაზღვრას. ნორმალურად ურობილინის რაოდენობა წვენში უდრის 4-5 mg. 100 კუბ. სანტ. (Adler). მისი განსაზღვრა ხდება Schesinger-ის რეაქციის მეოხებით. რაც შეეხება ურობილინოგენს, იგი ნორმალურ პირობებში არ არსებობს; არის მისი ნიშნები მხოლოდ ეგრედწოდებულ „ნალველა B“ (Lepahne). მის განსაზღვრა ხდება Erlich ის რეაქციით Para dimethylamido-benzaldehyd-ით.

ურობილინი მომატებულია პერიციოზული ანემიის და ჰემოლიტური სიყვითლის დროს, დაკლებულია ჰემორაგიული ანემიის cancer-ის, t. b. c. და Cholelithias-ის დროს (Chirayet, Lebon, Lepehne).

საინტერესოა შედეგებს იძლევა აგრეთვე ხოლესტერინის განსაზღვრა, განსაკუთრებით ნალველის კენჭების დროს. მას აქვს დიდი პრაქტიკული ინტერესი, მისი თეორიული ინტერესიც დიდია სიყვითლის და ანემიების საკითხის წარმოშობაში. მისი განსაზღვრა ადვილია Grigaut-ის ან Autenrich-ის მეთოდით, ნორ-



მალური-ციფრი მისი უდრის 0,604 gr. ლიტრში (M. Gambillard). ასეთივე ციფრებს იძლევა Saute Pisani.

რაც შეეხება ცილას იგი ნორმალურად არ არსებობს წვენიში, მისი არსებობა მაჩვენებელია ნალველის გზების დაავადებისა.

დუოდენალურ ზონდაჟის დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას დიდ დახმარებას უწევს წვენის ციტოდიავნოსტიკა, განსაკუთრებით კი ნალველის სადინარების დაავადების ამოცნობაში. უნდა ხაზგასმით აღენიშნოთ, რომ ეს გამოკვლევა ნაწარმოები უნდა იყოს აუცილებლივ უსაუზმოდ გამოკვლევა უნდა ნაწარმოები იქმნას მალე, რადგან უჯრედოვან ელემენტებს წვენიში არსებული ფერმენტები შლიან, ანდა გარდაუვალ შემთხვევაში წვენი შენახულ იქნეს ყინულზე ან უნდა მიემატოს მოცულობის  $1/3$   $10^{10}/\%$  Formol-ი (Rothman-Manheim), ნორმალურად წვენის დანალექში გვხვდება თითო-ორი ეპითელიალური უჯრედი ცილინდრიული ან ცილინდრო-კონუსისებრი. მეტი წილი ავტორებისა (Bondi, Rothman-Manheim-ი, Hatzigeanu, Stepp-ი) მათ აკუთნებენ 12-გოჯას ანდა კუჭის გარსს. ისინი, მათის აზრით, იშვიათად წარმოიშობიან პანკრეასიდან ანდა ნალველის სადინარებიდან. გვხვდება აგრეთვე 1-2 თეთრი შურთული და აქა იქ ხოლესტერინის და ბილირუბინ-კალციუმის კრისტალები. პათოლოგიურ შემთხვევაში ბლომად არის ლორწო, თეთრი ბურთულები და ეპითელიუმი, გაქვნილი ნალველის პიგმენტით, ძლიერ მატულობს; გვხვდება აგრეთვე წითელი ბურთულები, ხოლესტერინის კრისტალები მატულობს ძლიერ განსაკუთრებით ნალველის კენკების დროს. ზოგიერთი ავტორები (Langanke, Jsaac, Crieger, Retzlaff-ი) ციტოდიავნოსტიურ გამოკვლევას არ აწერდენ დიდ მნიშვნელობას, მაგრამ უკანასკნელ ხანებში ეს საკითხი ხელმეორედ დამუშავდა (Deloch, Gürke, Chiray და მისი მოწაფეები: Г. Гехтман და А. Жигалов-ი Libert-ი და სხვები) და Hatriganu ს და Rothman-Manheim-ის გამოკვლევები ამ საკითხის შესახებ უტყუარ დებულებად იქნა აღიარებული.

რაც შეეხება ბაქტერიალურ ფლორას წვენისას—ის ამ მხრივ ძლიერ ღარიბია. მისი გამოკვლევა უნდა ხდებოდეს ძლიერ წინდახედულად — ასეპტიკის მხრივ. ჩვეულებრივ პოულობენ Colli-ის ჯგუფის ჩხირებს, bac. acidophilius, გრამდადებით კოკებს. Libert-მა იპოვა ერთ შემთხვევაში t. b. c. ჩხირი.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს სისხლის გამოკვლევა წვენიში. ნორმალურად წვენიში სისხლი არ უნდა იყოს. მისი არსებობა მაჩვენებელია ნაწლავის იარის, კალკულოზის ანდა ხორცმეტის (Chiray, Libert და სხვები).

12-გოჯას ზონდაჟი, როგორც აღენიშნეთ, საშუალებას გვაძლევს აგრეთვე პირდაპირ სათავესთან აღებული ნიმუშის საშუალებით გამოვიკვლიოთ პანკრეასის გარეგანი სეკრეცია და მისი ფერმენტები, რომლის განსაზღვრა წინადახედულად განავლის გამოკვლევით და ძლიერ შორს იყო სინამდვილისაგან და ამავე დროს ტენიკურადაც ძნელი იყო.

პანკრეასის ფერმენტების გამოკვლევის დროს ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ეძლევა ლიპაზას, შემდეგ ტრიპსინს; რაც შეეხება ამილოპსინს მისი გამოკვლევაც საჭიროა, მაგრამ იგი ძლიერ ცვალებადობს და მისი ნორმის ფარგლები დიდი.

ლიპაზის განსაზღვრისათვის კლინიკურად ყველაზე კარგია (Marcel, Labbe, Chiray) Bondi-ის მეთოდი, რომლის არსი გამოიხატება შემდეგში: *Ol. olivarum*-ზე ემოქმედებთ თორმეტ გოჯას წვენი I საათის განმავლობაში 35°. ლიპაზის ზეგავლენით ცხიმი იშლება გლიცერინად და მეაგებად; დაშლილ მეაგებებს ტიტრაციით  $\frac{1}{10}$  H—NaOH ვიკვლევთ. ნორმალურად იხარჯება 50—60 კუბ. სანტ. ტუტისა.

ტრიპსინის გამოკვლევისთვის საუკეთესოდ მიიჩნეულია Gaultier—Roche Baratte-სი და Gross-Fuld-ის მეთოდები. უკანასკნელ მეთოდით კაზეინი 1% ხსნარი უნდა ვიხმართო, ნორმა ქანაობს 200—4000 ერთეულამდე.

ამილოასინის—დიასტაზას განსაზღვრა შესაძლებელია მოხდეს სხვადასხვა მეთოდით.

ადილია Wohlgemuth-ის მეთოდი—1% სახამებლით (Starke Cogslich Kahlbaum-ის). არსებობს აგრეთვე სამთავე ფერმენტების გამოსაკვლევად Einhorn-ის მეთოდი, Memm-ის წესის მაგივრად და Carnot—Mauban-ის მეთოდი.

ფერმენტების განსაზღვრას დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც წმინდა პრაქტიკული, აგრეთვე თეორიული, განსაკუთრებით პანკრეასის შინაგან ჰიპოფუნქციის დროს და არტერიალური ჰიპოტონიის დროს.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ პანკრეასის სამთავე ფერმენტთა შორის არ არსებობს რაიმე განსაზღვრული დამოკიდებულება; შესაძლებელია ერთი რომელიმე ძლიერ გაძლიერებული იყოს, მაშინ როდესაც დანარჩენები ნორმის ანდა ნორმაზე დაბალ ციფრების ფარგლებში ქანაობენ, ანდა პირიქით.

დუოდენალურ ზონდაჟზე ლაპარაკის დროს გვერდს ვერ აუხვევთ „Doyon-Meltzer—Lyon“-ის ცდას, რომელსაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ღვიძლის და ნაღველის სადინარების ფუნქციის და პათოლოგიის გამოკვლევაში.

1917 წ. ამერიკელი ფიზიოლოგი Meltzer-ი აწარმოებდა ცდებს დუოდენალურ ზონდით Rockefeller-ის ინსტიტუტში. Meltzer-მა თავის ცდებს საფუძვლად დაუდო ფრანგ ფიზიოლოგის Doyon-ის გამოკვლევა, რომ თუ გავალიზიანეთ *vagus*-ის ცენტრალური ბოლო, მივიღებთ Oddi-ს სფინქტერის მოდუნებას და შებრუნებით რეფლექსით კი ნაღველის ბუშტის კუნთოვან გარსის შეკუმშვას. Meltzer-ი ცდილობდა გამოენახა ისეთი საშუალება, რომლის შედეგადაც მიიღებდა სწორედ ასეთ ურთიერთ დამოკიდებულებას Oddi-ის სფინქტერს და ნაღველის ბუშტს შორის. მრავალი ექსპერიმენტის შემდეგ მან აღნიშნა, რომ საკმარისია თორმეტ-გოჯას ლორწოვანი გარსი მოვრწყოთ 25% Magnesium sulfuricum-ის ხსნარით, რომ გამოვიწვიოთ მოდუნება Oddi-ს სფინქტერის და შედეგად ნაღველის ბუშტის და სადინარების გარსის შეკუმშვა, რასაც შედეგად მოსდევს თორმეტ-გოჯა ნაწლავში ნაღველის გადასვლა.

Meltzer-ის ექსპერიმენტალური ცდებით ისარგებლა V. Lyon-მა (ფილადელფიიდან) და ცდები წვრილი ზონდის საშუალებით გადაიტანა ადამიანებზე, სადაც სავსებით გამართლდა Doyon-Meltzer-ის ექსპერიმენტები. მაგრამ V. Lyon-მა ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტის შედეგს კლინიკური ასხნა-განმარტება მისცა. მან აღნიშნა რომ Magnesium sulfuricum. შემზაბუნების შემდეგ ზონდის საშუალებით, ჩვენ ვიღებთ ჯერ ღია ყვითელი ფერის ნაღველს, რომლის რაოდენობა 20-30cc. არ აღემატება, 15-30 წუთის შემდეგ Magnesium Sulfuricum-ს შეყვანისა, ღია ფერის ნაღველი შეიცვლება მუქ ინტენსიურ მოშავო ფერის ნაღველით, რომელიც უფრო წებოვანია და მდიდარია ჰიგმენტებით, და რომლის რაოდენობა 30-40 c. c. უდრის. შემდეგ ნაღველი თანდათან უფერულდება და მიაღწევს ხოლმე ისევ ბაც ქარვის



ფერს, უფრო ღარიბია პიგმენტებით და ნაკლებად წებოვანია. ამ სამ სხვადასხვა ხასიათის ნალველს Lyon-მა ცალკალკე განმარტება მისცა: პირველად წამოდენილ ნალველს უწოდა „ნალველი A“ და აღნიშნა, რომ ის არის შეცულობა Ductus choledochus-ის; მეორე მუქი ფერის ნალველს მან უწოდა „ნალველი B“ და მიაკუთნა საკუთრივ ნალველას ბუშტის შეცულობას; მესამე ჯურის ნალველს უწოდა „ნალველი C“ და მიაკუთნა Ductus Hepaticus-ს და ღვიძლს.

V. Lyon-ის შემდეგ ნალველის გამოყოფის ასეთივე გრადაცია დაადასტურა Hemmeter-მა, Smithies-მა, Mac Caskey-მ, Hollander-მა და სხვებმა. გერმანეთში ასეთივე შედეგი მიიღო Witte-ს კეპტონის 5% ხსნარის შეყვანის შემდეგ Stepp-მა, რის გამოც მას გერმანეთში უწოდებენ Stepp-ის ცდას.

შემდეგში გამოიჩინა, რომ ნალველის ასეთივე დაყოფა შეიძლება მივიღოთ აგრეთვე *Natr. sulfuric. 25%* და *Glucosa-ს 25%* ხსნარის შემზაბუნებით (Einhorn-ი და სხვები). Meltzer-Lyon-ის აღმოჩენამ მეცნიერულ წრეებში დიდი ინტერესი გამოიწვია და აუარებელი შრომები იქნა გამოქვეყნებული, როგორც ამერიკაში, ისე გერმანიაში და საფრანგეთშიც. მთავარ საკამათო საგნად „ნალველი B“ გახდა. არის თუ არა „ნალველი B“ ნალველას ბუშტის შეცულება? აი ასე დააყენა საკითხი თვითონვე Einhorn-მა და ცდების შედეგებით უპასუხა, რომ „ნალველი B“ ბუშტის ნალველი კი არ არის, არამედ შედეგია ღვიძლის უჯრედების პროდუქციის, რომლებიც ერთგვარ აღზუნებას განიცდიან *Magn. sulfur.* ზეგავლენით. ამ უკანასკნელის მოქმედება, მისი აზრით, სისხლის საშუალებით გამოიხატება *V. portae*-ში შეწორუტვის შემდეგ, მაგრამ Hollander-ის ხსარტმა პასუხმა, რომელმაც ავადმყოფებს ინტრამუსკულარულად შეუშაბუნა *Magn. sulfur.* ხსნარი და ზონდის საშუალებით კი „ნალველ B“ არ მიიღო, Einhorn-ის მოსაზრება სრულიად გააბათილა.

შემდეგ Crohn-მა თავის მოწაფეებით Reiss-ითა და Radin-ით აწარმოვეს ცდები ძალღებზე ანესთეზიის ქვეშ: ლაპარატომიის შემდეგ ღუოდენუმში მათ შეჰყავდათ *Magn. sulfur.*-ხსნარი, რის შემდეგ მათ ვერც ერთხელ ვერ მიიღეს ბუშტის რეფლექსი, და მისი შეცულება „ნალველი B“ ამ ცდების დროს მათ უშუალოდ ბუშტში შეუშაბუნეს *Methylen blau-ს* ხსნარი და მხოლოდ 8 შემთხვევიდან ერთხელ მიიღეს შეფერადებული ნალველი. ამ ცდების შედეგებით Crohn-ს და მის მოწაფეებს უნდოდათ უარეყოთ Meltzer. Lyon-ის ცდა, მაგრამ Julius Friedenwald-მა, Joseph Martindale-მ და Francis Kearney-მ, რომელთა ცდების შედეგი 34 ძალღზე მოხდენილი ასეთივე გამოდგა, უპასუხეს, რომ ნარკოზის ქვეშ წარმოებული ცდა არ არის სწორი, ვინაიდან ნარკოზი რეფლექსის გამაუკუღმარებელია, ისევე როგორც ჩვეულებრივად იცვლება ნარკოზის დროს გუგის და რქოვანას რეფლექსებით. (Bambridge და Dale) გერმანეთში Stepp-მა ასეთი ცდები უანესთეზიით აწარმოვა და ყველგან მიიღო *Magn. sulf.* ხსნარის ანდა Pepton-ის შეყვანის შემდეგ ღუოდენალურ—ვეზიკალური რეფლექსი. ამავე დროს მან Duttmann-თან ერთად გამოიკვლია ნალველი გამოღებული შპრიცის საშუალებით ბუშტიდან და შეადარა „ნალველი B“ და სრული იდენტულობა აღმოჩნდა მათ შორის, „ნალველი B“ს ორიგინალობა ექსპერიმენტალურად დამტკიცებული იქნა აგრეთვე Mac Whaiter-ის, Archibald Man-ის და სხვების მიერ.

ექსპერიმენტალურმა ცდებით გამოწვეულმა კამათმა კლინიკურ დაკვირვებებშიაც ჰპოვეს გამოძახილი: Einhorn-მა, Crohn-მა, Reiss და Radin-მა, Bassler-მა, Luckett-მა და Lutz-მა და ბევრმა სხვამ აღწერეს შემთხვევები, სადაც ავადმყოფს ამოკვეთილი ჰქონდა ნალველის ბუშტი, მაგრამ ზონდის საშუალებით კი Magn. sulfur. ხსნარის შეყვანის შემდეგ მიიღეს „ნალველას ბუშტის ნალველი“. წინააღმდეგ ამ დაკვირვებებისა Stepp-მა, Lyon-მა Mac Caskey-მ აღწერეს შემთხვევები, სადაც ხოლციისტექტომიან ავადმყოფებზე ზონდაჟის საშუალებით ვერ მიიღეს „ნალველი B“. ამ დაკვირვებების გამოკვეყნების შემდეგ, მსჯელობის კენჭი თითქოს შეიკრა. გამოსავალი და ახსნა მოვლენებისა ერთი შეხედვით შეუძლებელი გახდა. Hollnader-მა ეს კენჭი თამამად გადასჭრა: მან აღნიშნა, რომ ბუშტ ამოკვეთილ ავადმყოფზე „ნალველი B“-ს მიღება შეიძლება, თუ ოპერაციის შემდეგ დიდი დროა გასული და არ შეიძლება მაშინ, როდესაც ოპერაცია ხოლციისტექტომია ახალი გაკეთებულია. მან ამ მოსაზრების დასამტკიცებლად მოიყვანა თავისი შემთხვევები, სადაც მან მიიღო „ნალველი B“, იქ ოპერაცია არა უადრეს 2 წლის წინათ იყო გაკეთებული; სხვა შემთხვევებში კი სადაც ოპერაციის შემდეგ 6 თვეზე მეტი დრო არ იყო განვლილი მან „ნალველი B“ ვერ მიიღო.

თავის კლინიკურ დაკვირვებებს სარჩულად მან დაუდო გერმანულ მკვლევარის Roste-ს ექსპერიმენტები. უკანასკნელი ცდებს აწარმოებდა ძაღლებზე, რომელთაც ხოლციისტექტომიას უკეთებდა, რამდენიმე ხნის შემდეგ ძაღლებს ხელმეორედ უკეთებდა ლაპარატომიას და ყველგან ნახულობდა ნალველის მსხვილი სადინარების ბუშტოვან გაგანიერებას, რომლებიც კომპენსატორულად ასრულებდნენ ამოკვეთილ ბუშტის დანიშნულებას. ამიტომ, როდესაც მას შეჰყავდა Pepton-ის ხსნარი, იგი ლებულობდა მუქ ფერის ნალველს, რომელსაც მან „ფსევდო ნალველი B“ უწოდა.

არ შეიძლება არ მოვიხსენიოთ ამერიკელ კლინიკისტების Dunn და Connell-ის მართლაც და თავსატეხი კაზუსტიკური შემთხვევა, რომელმაც დიდი ინტერესი გამოიწვია მოკამათოთა ორთავე ჯგუფში. 1921 წ. ამ ავტორებმა აღწერეს ავადმყოფი, რომელსაც გადატანილი ჰქონდა 14 ოპერაცია, უკანასკნელი ოპერაცია Hepatoduodenosthomia; ნალველას ბუშტი და ნალველის მსხვილი სადინარები ამოკვეთილი ჰქონდა, თორმეტ-გოჯა ნაწლავი ღვიძლთან ღვიძლის სადინარით იყო შეერთებული. ავადმყოფი შესწავლილი იყო დუოდენუმის ფისტულის საშუალებით. Magn. sulf. ზონდის საშუალებით შეყვანილ იქნა მლივ-ნაწლავში Vater-ის ამპულის 32 სანტ. ქვევით, შემდეგ ზონდი ზევით იქნა ამოწეული და მოთავსებული Vater-ის ამპულასთან. ამგვარად გატარებული Meltzer-Lyon-ის ცდის შემდეგ, მათ მიიღეს ნალველის ყველა გრადაციები: A, B, და C. ამ შემთხვევის აღწერით მათ დაასვენეს, რომ მიღებული გრადაცია ნალველისა, არის შედეგი მლივ ნაწლავიდან შეწურულ Magn. sulfur. ზეგავლენით ღვიძლის ექსკრეციასზე. Hollander-მა ეს შემთხვევა სრულიად სხვანაირად განმარტა: „ნალველი B“-ს მიღება ისევ Roste-ს ცდების მიხედვით გააშუქა; რაც შეეხება გოგირდმჟავა მაგნეზიუმის მლივ ნაწლავში შეყვანით გამოწვეულ რეფლექსს, მან დაამტკიცა რომ, თუ მაგალითად Mag. sulf. შევთვრადეთ მეტილენის ლილით და



შევიყვანეთ ზონდით მლივ ნაწლავში იგი ანტიპერისტალტიკის საშუალებით აღწევს თორმეტ-გოჯა ნაწლავს და შეუძლია ისევე გამოიწვიოს Meltzer-Lyon-ის ცდა. ამგვარად ამ შემთხვევაშიც, რომელიც თითქოს ეწინააღმდეგებოდა Meltzer-Lyon-ის ცდას, სრულიად ვერ ურყო სინამდვილე Meltzer-Lyon-ის ცდისა. უკანასკნელ წლებში აუარებელი ლიტერატურა დაგროვდა და მკვლევართა უმეტესობა, ისანიც, რომლებიც წინად საწინააღმდეგოთ ილაშქრებდნენ, ერთხმად აღიარებენ Meltzer-Lyon-ის ცდის სინამდვილეს და დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას (Chiray, Macel Labbe, Pribram, Whipple, Lepehne, F. Kamon და სხვები).

ორიოდე სიტყვით უნდა შევხვთ კერძოდ „ნალველ A“ ინტერპრეტაციას, რომელიც მისცა მას Chiray-მ თავის მოწაფეებით, და რომელიც თითქმის უკმათოდ იქნა მიღებული. როგორც ზემოდ მოვიხსენიეთ Lyon-მა „ნალველი A“ უწოდა Magnes. sulf. შეშხაპუნების, შემდეგ მიღებულ პირველ ბაც ყვითელ ფერის ნაწილს და მიაკუთნა იგი ductus choledochus-ის შეხედულებას. Chiray „ნალველ A“-დ სთვლის ზონდის შეყვანის შემდეგ წარმოდენილ პირველ პორციას. რაც შეეხება Magnes. sulf. შეყვანის შემდეგ წარმოდენილ Lyon-ის „ნალველ A“, იგი მას სთვლის შეყვანილ სითხით გაზავებულ ნალველის ნაწილად. „ნალველ C“ არავითარი კამათი არ გამოუწვევია. ამრიგად Meltzer-Lyon-ის ცდა გამოიხატება შემდეგში: როდესაც ზონდი გადადის თორმეტ-გოჯა ნაწლავში, ზონდის უბრალო შეხება ნაწლავის ლორწოვან გარსთან იწვევს მის მოდუნებას და ნალველის გამოდენას (ნალველი A). ამის შემდეგ უშხაპუნებთ ზონდის საშუალებით Magnes. sulfur. 33% გამოთბარ 37° ხსნარს, რომლის შემდეგაც ვიღებთ ჯერ განხავებულ ნალველს და მერე „ნალველ B“, რომელიც 10-15 წუთის შემდეგ შეიცვლება „ნალველ C“ წარმოდენით.

1923 წ. გერმანელმა მკვლევარმა Katsch-მა მოგვაწოდა Meltzer-Lyon-ის ცდის მაგვარი პროვოკატორული ცდა პანკრეასის წვენის მისაღებადაც, რომელიც გამოიხატება შემდეგში: ზონდაჲის ვაკეთების შემდეგ ვაწარმოებთ Meltzer-Lyon-ის ცდას (Marcel Labbe) ნალველის სადინარები რომ განთავისუფლდებიან ნალველიდან, ზონდში ვუშხაპუნებთ ეთერის 1—4 კუბ. სანტ. რომელიც იწვევს პანკრეასის გარეგან სეკრეტის მეტ წარმომდინარებას, იგი თავის ცდას ამყარებს Claude Bernard-ის ფიზიოლოგიურ ექსპერიმენტებზე. ზოგი მკვლევარი ამ ცდას დიდ მნიშვნელობას არ აძლევს (Chiray და მისი მოწაფეები) და პანკრეასის სეკრეტის პირდაპირ იკვლევენ.

ზემოხსენებულიდან ნათლად სჩანს, რომ დღოდენალურ ზონდაჲის და კერძოდ Meltzer-Lyon-ის ცდის დროს ყველაზე მეტი მნიშვნელობა ნალველ B-ს უჭირავს; ამიტომაც საჭიროა ზოგადად მაინც განვიხილოთ ნალველის ბუშტის პასუხი Meltzer-Lyon-ის ცდის დროს და მისი სემიოლოგია. Chiray არწევს რამდენიმე ტიპის პასუხს Magnes. sulfur. შეშხაპუნების შემდეგ: პირველი, — როდესაც ვიღებთ ჩვეულებრივ Meltzer-Lyon-ის ცდას ნალველის ყველა გრადაციებით A. B. და C. მეორე, — როდესაც Magnes. sulfur. შეშხაპუნების შემდეგ ვიღებთ ჯერ სრულიად უფერულ სითხეს, რომელიც რამდენიმე წუთის შემდეგ უცბად შეიცვლება მუქი ფერის ნალველ B-თი; ასეთი შემთხვევა აიხსნება თორმეტ-გოჯა ნაწლავის გარდაუვალობით (un duodenum unperméable). ხსნარის შეშხაპუნების შე-

მდეგ რამდენიმე ხანს რჩება დუოდენუმის ღრუში, რაც იწვევს Oddi-ს სფინქტერის კონტრაქტურას, და როდესაც მაგნეზიუმის ხსნარი გადავა ქვევით, ამის შედეგად არის ნალველ B-ს უტკბელი ჩამოსვლა. მესამე ტიპის პასუხი შედარებით იშვიათია: აქ მაგნეზიუმის შემზაპუნების შემდეგ მაშინვე ვიღებთ მუქ ნალველ B-ს, რაც აიხსნება დუოდენუმის გადაპეტებული ბგრძნობიარებით, რომელიც დუოდენალურ-ვეზიკალურ რეფლექსს სისწრაფით ატარებს.

მეოთხე ტიპის პასუხი — ძლიერ ხშირი (Hollander-ით 30% შემთხვევებში), როდესაც მაგნეზიუმის შემზაპუნების შემდეგ ნალველი B არაფრით არ განირჩევა ნალველ A სგან. ამ შემთხვევაში მაგნეზიუმის ხსნარი 2-3 ჯერ კიდევ უნდა შევიყვანოთ 5-10 წუთის ინტერვალებით, თუ მაშინაც არ მივიღეთ ნალველი B, ეს მომასწავებელია ბუშტის არეში გამოწვეული სხვადასხვა ცვლილებებისა.

მეხუთე ტიპის პასუხი-ეს უკვე ანორმალური ტიპი, როდესაც ნალველ B-ს ვიღებთ ზონდის შეყვანისთანავე მაგნეზიუმის ხსნარის შეუშაპუნებლივ. ამ შემთხვევაში ნალველი B-ს რაოდენობა ჩვეულებრივ 2-5 კუბ. სანტ. არ აღემატება, ეს აიხსნება ბუშტის ანორმალურ ჰიპერეფლექსით.

როდესაც ბუშტის პასუხი Meltzer-Lyon-ის ცდაზე არ არის ნორმალური, ამას თავისი სემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს.

არის შემთხვევები, როდესაც Meltzer-Lyon-ის ცდა ყოველთვის ნეგატიურია. ასეთ შემთხვევაში ნალველი A უფრო ბაცი ფერისაა, ვიდრე ჩვეულებრივად, და წააგავს ნალველ C-ს. ვიდრე ცდის უშედეგობას დავასკვნიდით საჭიროა მაგნეზიუმის ხსნარი რამდენჯერმე შეუშაპუნოთ, თუ ცდა უშედეგოა, მაშინ ჩვენ საქმე გვაქვს ანორმალურ ბუშტთან.

მიზეზი აქ შეიძლება იყოს ანატომიური ან ფუნქციონალური. პირველ რიგს ეკუთვნის ბუშტის სადინარის დაცობა ანდა ხოლციისტიქტომია, მეორეს კი თვით ბუშტის პერივისცერატი, რომელიც შედეგია ხანგრძლივი ანემიის და რომლის გამოც რეფლექსი გაუქვლმართებელია. შესაძლებელია Meltzer-Lyon-ის ცდამ გამოიწვიოს ნალველი B-ს რამდენიმე წვეთის წარმოდენა.

ამგვარ შემთხვევაში ნალველი A ან ნორმალი ფერისაა ანდა ოდნავ მკრთალი, მის შემდეგ წარმოდენილი რამდენიმე წვეთი ნალველ B-სი შეიძლება შემდეგნაირად აიხსნას: პირველი, თუ ნალველი A ნაკლებად შეფერადებულია, რომლის შეფერადებაში „B“ მნიშვნელობა აქვს, საფიქრებელია, რომ ბუშტის სადინარი დაცულია, მაგრამ ეს დაცობა მთლიანი არ არის; მეორე შემთხვევაში, როდესაც A ნორმალი ფერისაა და B ს მაინც არ ვიღებთ, უნდა ვიფიქროთ, რომ ბუშტის სადინარი გამავალია, ნაკრამ არსებოვს ადჰესიური პერიხოლციისტიტი, რომელსაც მეტწილად ზედ ერთვის აგრეთვე ბუშტის საერთო სკლეროზი. ასეთ შემთხვევებში ხშირად მაგნეზიუმის შემზაპუნების შემდეგ ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს ღვიძლის მიდამოში.

შემჩნეულია აგრეთვე, რომ ზოგიერთ შემთხვევებში Meltzer-Lyon-ის ცდის შემდეგ ვლებულობთ ნორმალურ ანდა მომატებულ რაოდენობას ნალველ B-ს, რომელიც ინტენსიურად არის შეფერადებული ანდა სრულიად შავი ფერისაა.

ასეთ შემთხვევებში ჩვენ საქმე გვაქვს ყოველთვის ნალველის შეგუბებასთან და ქრონკულ ხოლციისტიტთან.



ცხადია ყოველივეს გათვალისწინება და აღნუსხვა ძნელია, მაგრამ ჩვენ მაინც შევეცდებით უფრო დაწვრილებით შეგჩერდეთ ნალველ B-ს სემიოლოგიაზე, როდესაც საერთოდ ზონდაეის დიაგნოსტურ მნიშვნელობას განვიხილავთ კერძოდ. დასასრულ ზოგადად უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ ნალველი B ნორმალურ პირობებში შედარებით ყოველთვის უფრო მდიდარია თავისი ფიზიკურ-ქიმიურ და ციტოლოგიურ შემადგენლობით ვიდრე ნალველი A და C. უკანასკნელთა შემადგენლობა უფრო ერთიბეორეს უახლოვდება.

როგორც ზემოაღნიშნულიდან სჩანს, დუოდენალურ ზონდაეის წარმოებით ჩვენ შეგვიძლია ნათელი წარმოდგენა ვიქონიოთ ყველა იმ ორგანოების ფიზიო-პათოლოგიურ მდგომარეობაზე, რომლებიც თავიანთ გარეგან სეკრეტს ანთხევენ დუოდენუმის ღრუმში.

პირველი შეხედვით, თითქოს წვრილ ზონდს კუჭის დაავადების გამოკვლევაში მონაწილეობა არ უნდა მიეღო, მაგრამ ჯერ კიდევ თვით Einhorn-მა აღნიშნა, რომ თუ კუჭის ღრუმში შეყვანილი ზონდი 65-70 სანტ. სიგრძეზე, თორმეტი საათის განმავლობაში არ გადავიდა 12-გოჯა ნაწლავში, ეს მომასწავებელია პილორუსის ორგანიული ანდა ფუნქციონალური სტენოზის. უკანასკნელთა ერთი მეორესგან გასარჩევად Einhorn-ი გვიჩვენებს ავადმყოფს შეუშხაპუნოთ Atropin. sulfur. ხსნარი. ამ ცდის გარდა დუოდენალურ (წვრილმა) ზონდმა დღეს უკვე თვალსაჩინო ადგილი დაიკავა კუჭის ფუნქციონალურ გამოკვლევაში—როგორც მაგ. კუჭის წვენის ფრაქციონული ამოჭაჩვა, რის შედეგადაც მთელი რიგი მრუდეებისაა აღნუსხული ამა თუ იმ დაავადების დროს და ბოლოს რუს მეცნიერის Зимницкий-ს ცდები კუჭის უჯრედის ფუნქციის გამოსარკვევად.

რაც შეეხება თვით 12-გოჯა ნაწლავის დაავადების გამოკვლევას, აქ დუოდენალურ ზონდს უფრო დიდი მნიშვნელობა ეძლევა. უპირველესად ყოვლისა უნდა აღინიშნოს ახალი თავი 12-გოჯა ნაწლავის დაავადებაში—ეს მწკავე და ქრონიკული კატარი დუოდენუმისა, რომელიც განსაკუთრებული დაკვირვებით შეისწავლა თვით Einhorn-მა. ზოგადი მისი დახასიათება შეიძლება მივამგვანოთ ყველასათვის ცნობილ კუჭის ქრონიკულ და მწკავე კატარს.

ფრანგმა ვასტრო-ენტეროლოგმა R. Gaultier-მა, თორმეტ-გოჯა ნაწლავის წვენის და განავალის შედარებითი შესწავლით აღნიშნა 12-გოჯას დისპეპსია, განსაკუთრებით ვასტრო-ენტეროსტომიის შემდეგ.

რაც შეეხება ყველაზე უფრო ხშირ დაავადებას—იარას, მის გამოკვლევაში ზონდაეს დიდი მნიშვნელობა ეძლევა, რადგან ჩვენ შეგვიძლია წვენში აღმოვაჩინოთ სისხლი, რასაც დიდი დიაგნოსტური მნიშვნელობა აქვს; რასაკვირველია წინდაწინ დარწმუნებული უნდა ვიყოთ, რომ სისხლი კუჭიდან არ მოდის (Einhorn), ზოგი ავტორი, განსაკუთრებით Enriguez-ი და Durand-ი სისხლის არსებობას 12 გოჯას წვენში იარის დიაგნოსტიკისთვის დიდ მნიშვნელობას არ აწერენ.

უკანასკნელ დროს H. Schüle-მ მოგვაწოდა უბრალო ცდა თორმეტ-გოჯას იარის დიაგნოსტიკისათვის. ზონდის საშუალებით შეგვყავს 12-გოჯა ნაწლავში 10 კუბ. სანტ. HCl-ის ხსნარის (15-20 წვეთი 200 კუბ წყალზე).

თუ ნაწლავში იარა არის, ავადმყოფი მწკავე ლოკალურ ტკივილებს გრძნობს. შემდეგ ზონდის საშუალებითვე უშხაპუნებენ სოდის ხსნარს, სიმძევის ნეიტრალიზაციისთვის. ეს ცდა ჯერ კიდევ შემოწმებას საჭიროებს.



დუოდენალურმა ზონდაჟმა ყველაზე დიდი პრაქტიკული და თეორიული შედეგები ღვიძლის და ნალველის სადინარების დაავადებაში და ფუნქციონალურ გამოკვლევაში მოგვცა.

უპირველესად ყოვლისა ზონდაჟის წარმოებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ნალველას ბუშტის დაავადების დროს, მის ანთების გამოცნობაში— და აგრეთვე თვით ანთების მიზეზების გამოკვლევაში, კენჭით არის გამოწვეული თუ არა ბუშტის ანთება.

ბუშტის ანთების დროს დუოდენალური წვენის ნალველი და განსაკუთრებით ნალველი B, შედარებით მის ნორმალურ თვისებასთან, ყოველთვის საგრძნობლად შეცვლილია. შეხედვით იგი მუქი ყვითელი, ან უფრო ხშირად მომწვანო ფერისაა, მღვრიე, შიგ შერეულ აუარებელ ლორწოს და ხან ჩირქის გამოც, ზონდში ნელ-ნელა გამოდის, მეტად წებოვანია, ხშირია განსაკუთრებით კალკულოზის დროს წვენში შეწონილი სისხლის ნაფლეთები (Einhorn), რომელიც მალე ჰქრება, ფერმენტების მიერ მონელების გამო.

ალსანიშნავია აგრეთვე კენჭით გამოწვეული ხოლცესტიტის დროს პატარა კენჭები (calculin), რომლებიც დაცურავენ საცდელ მასრაში, ის პირველად Eugène Petry-ს მიერ იყო აღმოჩენილი და შემდეგ Chiray და Blum-ის მიერ საფუძვლიანად შესწავლილი. ამ პატარა კენჭების შესახებ M. Gambillard-ი აღნიშნავს, რომ 200 გამოკვლევის დროს ვერც ერთხელ ვერ უნახავს. ჩვენც ვაქცევდით ამ სიმპტომს ყურადღებას და ჯერ-ჯერობით არც ერთხელ არ შეგვინიშნავს.

რაც შეეხება წვენის მიკროსკოპიულ გამოკვლევას ხოლცესტიტის დროს, მასში ვნახულობთ აუარებელ თეთრ ბურთულებს, ერთბოლოებებს, ცილინდრულ ეპითელიუმს, რომელიც გაქლენთილია ნალველის პიგმენტით. კალკულოზურ ხოლცესტიტის დროს ბევრია ხოლესტერინის და ბილირუბინ-კალციუმის კრისტალები (Einhorn, Chirey, Lyon, S. Pisani და სხვები).

ხოლცესტიტების დროს აღსანიშნავია საინტერესო გამოკვლევა M. Labbé-ს და მის მოწაფეების, რომ PH ნალველში ძლიერ კლებულობს და ხანდისხან 4,2 ს აღწევს.

წმინდა ლითიაზის დროს აღსანიშნავია ნალველ B ჰიპოხოლესტერინობოლია (Chyrey et Clere, M. Labbé, de Moor Nepveux). რაც შეეხება პიგმენტის რაოდენობას, ის ყოველთვის მომატებულია. ლითიაზის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს Grigaut-ის თეორიით, ნალველის მარილების დაკლებას. თუმცა უკანასკნელი დროის გამოკვლევები ან არ აღნიშნავენ ამ დაკლებას (M. Gambillard) ანდა მას მომატებულსაც კი ნახულობენ (С. М. Рысс და Н. М. Лесник).

ანგიოზოლიტების დროს დუოდენალური წვენის ნალველი ისეთივეა როგორადაც ხოლცესტიტების დროს, და ზედ ერთვის კიდევ ევრედწოდებული „ლვიძლის ცილინდრები“ პოლიგონალური უჯრედები (A. В. Кузнецов-ი Chiray და Lebon ი).

კატარალურ სიყვითლის დროს ნალველში ბევრია ურობილინი და ნალველის მჭავეები; ნალექი მდიდარია ეპითელიუმით და თეთრი ბურთულებით.

დუოდენალური ზონდაჟის წარმოებას დიდი მნიშვნელობა აქვს, როდესაც ჩვენ გვაქვს რეტენციული სიყვითლე და გამოსარკვევია, არის თუ არა ხოლედო-



ხუსის დაცობა გამოწვეული კენჭით ან ხორცმეტით, ანდა პანკრეასის თავის კირჩხობით. ხოლედოხუსის დახშვის დროს, თუ ეს წმინდა შემთხვევაა და პანკრეასის კირჩხობით არ არის გართულებული, ნაღველი დუოდენუმის ღრუში არ გადადის, თორმეტ-გოჯას წვენი უფერულია, ანდა იშვიათად ოდნავ მოყვითალოა. პანკრეასის ფერმენტები წვენში შესაძლებელია განისაზღვროს. ციტოლოგიურ გამოკვლევით ვპოულობთ წვენში სისხლს, თუ დახშვა ხორცმეტისგან არის სისხლი ძლიერ ბევრია (Damade). Carnot და Goeblinger-თ სისხლი, რომელიც წარმოშობილია თორმეტ-გოჯა ნაწლავში, შედგებულა პატარ-პატარა ნაფლეთად, სისხლი, წარმოშობილი ხოლედოხუსში და ბუშტში, შერეულია ნაღველში და შეუღლებელია. ამ აზრს შემოწმება სჭირია კიდევ (Chiray et Lebon). Ductus choleochus-ის დაცობის დროს Meltzer-Lyon ის ცდა ყოველთვის ნეგატიურია. აქ უნდა აღვნიშნოთ ერთი გარემოება, რომ ხშირად ნაღველის სადინარის დაცობას ჩვენ ვსწყვეტავთ განავალში სტერკობილინის არსებობით ან არ არსებობით, რაც ნამდვილი დიაგნოზისთვის შეუწყნარებელია, რადგან H. Roger და Binet-მა ექსპერიმენტალურად დაამტკიცეს ძაღლებზე, რომ როდესაც ნაღველის სადინარი გადასკენილია განავალში, სტერკობილინი არსებობს, რაც მიეწერება ნაღველის პიგმენტების გადასვლას სისხლიდან ნაწლავებში.

როდესაც კალკულოზია ductus cysticus-ის მაშინ ჩვენ წვენში ნაღველს ვნახულობთ, პანკრეასის ფერმენტების განსაზღვრა დადებითია, მაგრამ მიუხედავად ნაღველის მუდმივ გამოდენისა Meltzer-Lyon-ის ცდა ნაღველ B-ზე ნეგატიურია (Gosset et Loewy) იმ შემთხვევაში, თუ Vater-ის ამჟლის ხორცმეტია, მაშინ დუოდენალური წვენი უფერულია, ნაღველი არ არის, პანკრეასის ფერმენტები არ არსებობს, Meltzer-Lyon-ის ცდა უშედეგოა და ძლიერ ბლომად არის სისხლი.

რაც შეეხება თვით ღვიძლის პარენხიმის დაავადების ამოცნობას, აქაც ზონდაეი დიდ დახმარებას გვიწევს. ღვიძლის ციროზის დროს დუოდენალური წვენი მდიდარია პიგმენტებით ნაღველის მარილებით (Chabrol' et Bénard) და ურობილინით (С. Русс და Н. Лесник). Hatzieganu მ ღვიძლის ეხინოკოკის დროს დუოდენალურ წვენში აღმოაჩინა პარაზიტის კაკვები. უნდა აღინიშნოს აგრეთვე, რომ დუოდენალურ წვენის გამოკვლევით შესაძლებელი გახდა ღვიძლის და ნაღველის სადინარების პროტოზოული დაავადების დიაგნოსტიკა - განსაკუთრებით ხშირია Lamblia intestinalis-ით გამოწვეული დაავადება ბუშტის და სადინარების (M. Labbé, Libert, ნ. ალექსიძე და სხვები).

Libert-მა დუოდენალურ წვენში აღმოაჩინა დიზენტერიის ამების ვეგეტატიური ფორმები და ცისტები.

დუოდენალურ ზონდაეს დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით ღვიძლის ფუნქციის გამოკვლევაში. პირველად Chauffard-მა და Castaigne მა სცადეს ღვიძლის ფუნქცია გამოერკვიათ მეტილენის ლილის საშუალებით, რომელსაც ისინი აღმოაჩინდნენ ხოლმე შარდში. მათ მოჰყვათ Cavazzani-ს, Сыртяков-ის, Babaliantz-ის და სხვების ცდები, მაგრამ ყველა ეს ცდები რაიმე გარკვეულ შედეგს არ იძლეოდნენ, რადგან ისინი აშენებულნი იყვნენ შარდის გამოკვლევაზე, რაშიაც, რასაკვირველია, მონაწილეობას ღებულობდა თირკმელიც, რის გამო ძნელი იყო გამოკვლევა, თირკმელი იყო დაავადებული თუ ღვიძლი. მხოლოდ როდესაც ამერი-





კვლევმა Abel და Rowntree-მ საღებავით გამოკვლევა ღვიძლის ფუნქციისა დაიწყეს უშუალოდ დუოდენალურ ზონდით, — მაშინ ამ მეთოდმა — ხრომოდაგნოსტიკამ მიიღო მეტი გავრცელება და მოქალაქეობრივი უფლება ღვიძლის პათოლოგიაში.

დღესდღეობით ხრომოდაგნოსტიურ საშუალებად ყველაზე უფრო მიღებულია ინდიკარმინი (Lepehne, Hatzieganu), მეტილენის ლილა (Rosenthal, Falkenhausen) და ფენოლ ტეტრახლორფტალინი (Bogen, Rosenthal). ეს ნივთიერებანი შეგვეყვას კუნთში ან ვენაში და დუოდენალურ წვენიში ეიკვლევთ მათ გამოსვლას. ღვიძლის სხვადასხვა დაავადების დროს საღებავ ნივთიერებათა გამოყოფა თავისებურ მრუდეებს იძლევა. მე აქ არ შეუდგები ჩამოთვლას ყველა იმ შედეგებისას, რომლებიც მიღებულია დღევანდლამდე სხვადასხვა დაავადების დროს, ვინაიდან ეს ვრცლად და დაწვრილებით განმარტებული აქვს G. Lephe-ის თავის წიგნში, რომლის რუსული თარგმანი ადგილი საშოვარია („Функциональная диагностика печени, ее результаты и методика“ Ленинград 1925 г.) მთელი რიგი შრომებისა ამ საკითხის შესახებ მოთავსებულია რუსეთის თერაპევტების მე-VIII ყრილობის კრებულში. აღენიშნავ მხოლოდ, რომ ყველა ამ მეთოდებს ჯერ კიდევ გამოცდა სჭირდება უფრო დიდ მასალაზე, რადგან ყველა შემთხვევებში ავტორთა აზრი ერთი მეორეს არ ეგუება, რაშიაც ჩვენის ფიქრით დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით მეთოდის ხმარებას, რადგან ერთი ხმარობენ შემზაპუნებას კანქვეშ, მეორენი ვენაში და შედეგებიც, რასაკვირველია, ერთი-მეორისაგან განსხვავდება.

არ შეიძლება გვერდი აუხვიოთ დუოდენალურ ზონდაეს აგრეთვე დღესდღეობით მეცნიერებაში საჭირობოროტო საკითხის სიყვითლის გამორკვევაში.

ამ მხრივ საინტერესოა Chabroi-ის, Bénard-ის და Gambillard-ის შრომები დისოციურ სიყვითლის პრობლემის შესახებ. M. Gambillard-ი თავის დისერტაციის დასკვნაში პირდაპირ ამბობს, რომ კლასიკური კონცეპცია პოლიხოლის, რეტენციის, და ახოლის გადასინჯვას მოითხოვსო საინტერესოა აგრეთვე ურობილინის და ურობილინოგენის საკითხი, დაკავშირებული დუოდენალურ ზონდაყით მიღებულ ნაღველთან და სხვა.

როგორც ზევით აღენიშნეთ, დუოდენალურ ზონდაეს დიდი მნიშვნელობა აქვს პანკრეასის სადინარების დაავადების გამორკვევაში. თუ წინედ პანკრეასის დაავადება უფრო აუტოპსიის მასალა იყო, ეხლა სიცოცხლეშივე დასმული დიაგნოზი პანკრეასის დაავადებისა კლინიკურ მასალად შეიქნა, რადგან ზონდაყის საშუალებით უშუალოდ შეგვიძლიან გამოვარკვეით Katsch ის ცდით პანკრეასის გარეგანი სეკრეციის მდგომარეობა. Einhorn-ი ფერმენტების გამოყოფის მიხედვით, განსაკუთრებით კი ტრიპსინის, არჩევს პანკრეასის შემდეგ ფუნქციონალურ მდგომარეობას: ა) Eupancratismus-ნორმალური ფუნქცია — ყველა სამი ფერმენტი არის. Tripsin-ი ნორმის ფარგლებშია. ბ) Hyperpancreatismus — გაძლიერებული ფუნქცია, სამივე ფერმენტი არის. Tr.-ნორმაზე მეტია. გ) Hypopancreatismus — დაქვეითებული ფუნქცია — ყველა ფერმენტი არის. Tr. დაქვეითებულია. დ) Dyspancreatismus — დაშლილი ფუნქცია — ერთი ან ორი ფერმენტი სამიდან არ არსებობს და ე) Heteropancreatismus — ცვალებადი ფუნქცია-



ფერმენტის არსებობა და რაოდენობა არავითარ კანონიერ ურთიერთობაში  
აო არიან.

Katsch და Grote პანკრეასის ფუნქციის შესახებ მსჯელობენ პანკრეასის წვე-  
ნის რაოდენობის მიხედვით და აჩვენებენ Euchylia ს (ნორმა), Hhyperchylia-ს და  
Hypochoylia-ს, როდესაც ჩვენ გვაქვს პანკრეასის პარენხიმის დაავადება — პანკრე-  
ატიტი, — Einhorn ით, მაშინ პანკრეასის ფუნქცია, Dyspancreatismus-ს განიცდის  
და სხვა სიმპტომებთან ერთად მას Einhorn-ი დიდ მნიშვნელობას აკუთვნებს.

დუოდენალური ზონდაეის მნიშვნელობა ცხადია აგრეთვე პანკრეასის თავის  
კირჩხიბის დროსაც. ამ შემთხვევაში ჩვენ დუოდენალურ წვენი ვერც ერთს ფერ-  
მენტს, ვერ ვპოულობთ მეტწილად, თუმცა კი აწერილია პანკრეასის თავის კირ-  
ჩხიბის შემთხვევები, როდესაც წვენი ფერმენტები იყო, რაც დამოკიდებული  
იყო პანკრეასის დამატებითი სადინარზე (Chiray et Lebon). პანკრეასის ფუნქციის  
გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით ღვიძლის დაავადების გამოკვლევი-  
სათვის, რადგან ღვიძლის მთელ რიგ დაავადების დროს პანკრეასის ფუნქცია და-  
შლილია (Я. Мармур, В. Вышегородцева, Н. Кузнецов და С. Михайлова.)

დაბოლოს პანკრეასის გარეგანი სეკრეცია დიდ ინტერესს წარმოადგენს შაქ-  
როვან დიაბეტის დროს. დუოდენალურ ზონდაეს ხმარობენ აგრეთვე ზოგიერთ  
ინფექციური დაავადების გამოკვლევისათვის და პერნიციოზულ ანემიის დიაგნოს-  
ტიკისათვის.

რასაკვირველია, ყველა ზემოდ ჩამოთვლილი ავადმყოფობათა დიაგნოზი  
ზონდის საშუალებით ასე ადვილი არ არის, რადგან მაშინ იგი გამრავლების  
ცხრილი იქნებოდა, მაკრამ საერთო კლინიკურ სურათთან მის წარმოებას ეძლევა  
აღნიშნული ორგანოების დაავადებაში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა. საჭიროა  
მხოლოდ ყოველივე ნიშან-საბუთის შეფასება ზონდაეის დროს მტკიცე ობიექ-  
ტიურ გამოკვლევიდან გამომდინარეობდეს. თვით პროცედურა ჯერ კიდევ ახა-  
ლია, იგი კვლევა-ძაების ხანაშია, ბევრი საინტერესო საკითხებია წამოჭრილი  
და გადასაწყვეტი მის საშუალებით, განსაკუთრებით ღვიძლის ფუნქციის შესწავ-  
ლისათვის და მხოლოდ დრო უნდა, რომ ზონდაეი 12-გოჯა ნაწლავისა ისევ ფარ-  
თოდ სწარმოებდეს არა თუ კლინიკურ პირობებში, არამედ ჩვეულებრივ საავად-  
მყოფოს პირობებშიც, როგორც კუჭის ზონდაეი. დუოდენალური ზონდაეი აუ-  
ცილებელი მეთოდია არა თუ თერაპევტებისათვის, არამედ თანაბარ რიგად და-  
სტაქრებისათვისაც.

# რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი.

## შინაგანი სნეულებანი.

D. Simici, Gh. Qiureb et C. Dimitriu ინსულინის გავლენა კუჭის შეკუმშვაზე და დაცარიელებზე ნორმალურ და პათოლოგიურ მდგომარეობაში (Arch. d. Malad. de P Appar. Dig. et d. M. d. I. Nutr. 1927. № 1)

ავტორებს შეუსწავლიათ აღნიშნული საკითხები ადამიანზე, გრაფიული მეთოდით და რენტგენოსკოპიულად. გრაფიული მეთოდით იყო შესწავლილი 20 ნორმალური პირი 20-დან 24 წლამდე. დაკვირვებას ავტორები აწარმოებდნენ ყოველთვის ერთსა და იმავე პირობებში, უზმოზე. დასაწყისში ინსულინის შეშხაპუნებამდე, ისინჯებოდა და იღებოდა კუჭის შეკუმშვათა მრუდზე, რის შემდეგაც საცდელ პირს უკეთებდნენ ვენაში Byla-ს ინსულინის 15 ერთეულს. ამის შემდეგ ისევ იღებოდა შეკუმშვათა მრუდზე (გასტროგრაფია) და ამავე დროს აღინიშნებოდა გიპოგლიკემიის ყველა მოვლენები იმ ურთიერთობის გამოსაკვლევად, რომელიც გიპოგლიკემიის და კუჭის შეკუმშვათა შორის არსებობს. ამ წესით წარმოებული ცდების დროს ავტორებმა ყოველთვის მიიღეს შემდეგი დამახასიათებელი შედეგი: ინსულინის შეშხაპუნების 2-3 წუთის შემდეგ, კუჭის შეკუმშვის ტალღები ძალზე კლებულობენ სიმაღლის მხრივ და ჩნდება 1-ლი ფაზა (კუჭის შეკუმშვის თითქმის სრული მოსპობა), რომელიც 12-15 წუთს გრძელდება. ამის შემდეგ იწყება მეორე ფაზა, როდესაც უეტრივ შეკუმშვის ტალღები იზრდება და უფრო მაღალია ვიდრე ეს ინსულინის შეშხაპუნებამდე იყო ეს — ჰიპერმოტორული ფაზა. ავტორების აზრით ინსულინი დასაწყისში იწვევს n. sympathicus-ის ალგუნებას და ამით კუჭის შეკუმშვათა შესუსტებას (1-ლი ფაზა), ხოლო შემდეგ კი n. vagus-ის ალგუნებას და კუჭის შეკუმშვის გაძლიერებას (მეორე ფაზა). მეორე ფაზის უმაღლესი წერტილი ჰიპერმლიკემიის უმაღლეს წერტილს ეთანხმება.

რენტგენოსკოპიულად, რამდენიმე ნორმალურ პირზე, იყო შესწავლილი, ჯერ უინსულინოთ და შემდეგ კი ინსულინის (Byla) 15 ერთეულის ვენაში შეშხაპუნების შემდეგ, კუჭის ავსება და დაცარიელება. მოყვანელ ოქმებიდან სჩანს, რომ ინსულინის გავლენით კუჭი უფრო ძნელად ივსება (საკონტრასტო მასალის ნაწილი რამდენიმე ხანს ჩერდება კუჭის ზემო ნაწილში), პერისტალტიკა უფრო ზემოთ იწყება და უფრო ხშირიც არის და კუჭიც უფრო მალე ცარიელდება (150 წუთი 186 წუთის ნაცვლად). ერთ შემთხვევაში, სადაც ავადმყოფს კუჭის ატონია და სეკრეციის დაჭკვეთება ჰქონდა, ავტორებმა ანალოგიური შედეგი მიიღეს (დაცარიელებამ 5 საათის ნაცვლად 3 ს. და 32 წ. გაგრძელდა).

ავტორებს გამოჰყავთ დასკვნა, რომ 1) ინსულინი იწვევს კუჭის შეკუმშვის გაძლიერებას და დაცარიერების აჩქარებას და 2) ამის გამო შესაძლოა იზარებოდეს კუჭის ატონიის დროს.

ო. 3—8ა.

Ивашенцов Г. И. О дизентерии („Клиническая Медицина“ № 2 1927 г.).

ავტორს განხილული აქვს დიდი კლინიკური მასალა—1031 დიზენტერიანი ავადმყოფი. ამ მასალის მიხედვით იგი შემდეგ დასკვნამდე მიდის.

1. დიზენტერიული ჯგუფების ჩხირების ეთიოლოგიური მიზნელობის გამოკვლევის შემდეგ, ხმარება დიზენტერიის ტერმინის, როგორც კლინიკური მცნებისა, უნდა უკუკადებულ იქნას.

2. დიზენტერიის სახელწოდებით უნდა იგულისხმებოდეს არა კლინიკური სიმპტომოკომპლექსი, დაკვეთიებული მსხვილ ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაზიანებასთან, რომელიც შე-

საძლებელია გამოწვეულ იყოს მრავალ სხვადასხვა მანევ მიხეზებისაგან (სხვადასხვა ინფექციები, მოწამვლა და სხვა), არამედ ზოგადი ინფექციური სნეულება, რომელსაც იწვევს სპეციფიკური ბაქტერიები და რომელსაც აქვს განსახლდრული პათოგენური და ციკლოური მიმდინარეობა მრავალ ფეროვან პათოლოგ-ანატომიური გაზიზბატულებით.

3. დიზენტერიის პათოგენებს საფუძვლად უდევს ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაცია დიზენტერულ ტოქსინით, რომელსაც მხოლოდ შემდეგ მოყვება ზოლმე მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაზიანება არა მარტო მასში ჩანერგილ (სისხლის ნაკადის საშუალებით) დიზენტერიის ბაცილების მიერ, არამედ აგრეთვე მასზე ცუდად და მანევდ მომქმედ სხვა მრავალ მიკრობთა გამო.

4. ის გარემოება, რომ დიზენტერიით დაავადებულთა განავალში, დიზენტერიის ჯგუფის ჩირბების აღმოჩენა ყოველთვის არაა შესაძლებელი, არ ნიშნავს, რომ დიზენტერიის გამოწვევა განავლიდან გამოყოფილ საპროფიტებსაც შეუძლია. პირიქით, ფაქტურად დადასტურება დიზენტერიული ინტოქსიკაციის მსუბუქი ფორმებისა, რომლებიც არ იძლევიან დიზენტერიის სრულად გამოზატულ სიმპტომოკომპლექსებს, გვაიძულებს გავფართოვოდ ნაწლავთა დაავადების შემთხვევები („კოლიტები“, რომლებიც ფთიოლოგიურად უნდა მიკუთვნებულ იქნენ დიზენტერიისადმი).

5. დიზენტერიის ნამდვილი ბაცილების გამოყოფის სიმძლე ეზლა უკვე საკმაოდ გაადვილებულია ტენზიკის გაუმჯობესებით და ბაქტერიოლოგიურ და სეროლოგიურ გამოკვლევებით, რომელნიც ეზლანდელ დროში დადებითი შედეგს უკვე 60% და უფრო მეტ შემთხვევაშიაც იძლევიან.

6. დიზენტერიის ერთსა და იმევე ეპიდემიის დროს ნახული არის როგორც ჩირბები „შიგაკრუხესი“ ისე ჩირბები „Acidificantes“ ჯგუფისა. მაგრამ ეპიდემიის დასაწყისში სკარბობენ უკანასკნელნი, მაშინ როდესაც ეპიდემიის გამწვავებისას მრავლდება შემთხვევები „შიგაკრუხესი“ ჩირბების გამოყოფისა, და ბოლოს ეპიდემიის გათავებისას ისევე სკარბობს „Acidificantes“ ჯგუფის ჩირბები.

7. საზოგადოთ „შიგაკრუხესი“ ჩირბების მიერ გამოწვეული დიზენტერია ბაცილებით უფრო მძიმეა თავის მსვლელობით (სიკვილიანობა 3-ჯერ მეტი), თუმცა არა იზვიათია აგრეთვე შემთხვევები „Acidificantes“ ჯგუფის ჩირბებით გამოწვეულ დიზენტერიის ძლიერ მძიმე შემთხვევებისაც (პისი, ფლექსურა).

8. პირობებს, რომელნიც მიწვენდონედ განსახლდრავენ სიმძიმეს ავადმყოფობის მსვლელობისას და მის შედეგს, წარმოადგენენ ასაკი და სქესი ავადმყოფისა. ბავშები 10 წლამდე და 50 წელზე მოზუნნი, კვდებიან 7-8-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე 10 წლიდან-50 წლამდე. 10 წლამდე სიკვილიანობა ვაჟთა და ქალთა შორის ერთნაირია. 10 წლიდან კი სიკვილიანობა ქალთა შორის 2-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ვაჟთა შორის. ყველა ეს დაკვირვებანი გვიჩვენებს, რომ დიზენტერიული ინფექციის სიმძიმე დამოკიდებულია შინაგან სეკრეციისაგან და გვიკარნახებს, დიზენტერიის ყოველ ეპიდემიის სიმძიმის განსახლდრისას აუცილებლად გამოვარკვიოთ ასაკი და სქესი ავადმყოფისა.

9. თერაპიული ზომები შემდეგი უნდა იყოს: ა) ინფექციის გამოდენა და მოსპობა ბ) მის ტოქსინების გამოყოფა და ნეიტრალიზაცია და გ) მსხვილ ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მძიმე დაზიანების გაფრთხილება და მისი მორჩენა ყველა ამ ზომათა მიღწევა შესაძლებელია სპეციფიკური სეროთერაპიისა და საფალარათო მარილების სუსტ სხნარების ხმარების საშუალებით.

10. ავადმყოფობის პირველ დღეებიდანვე ნარკოტიულ და შემკვრელ ნივთიერებების იმ დოზებში ხმარება, რომლებიც იწვევენ ყაბზობას არ უნდა ხდებოდეს, რაც რასკვირველია არ უარყოფს ნარკოტიკების ისეთ დოზების ხმარებას, რომლებიც ახდენს ნაწლავების რეგულაციას.

11. თერაპიის ერთერთ უძირითადეს ამოცანას წარმოადგენს დაავადებული ორგანიზმის ძალების შენახვა-შენარჩუნება და ორგანიზმის სითბოს გაცვლა-გამოცვლის რეგულაცია. ყველა ეს კი გვიკარნახებს უარყოფთ ძველად მიღებული შიმშილის დიეტა და ხელი შეუწყოთ ავადმყოფობის გარშემა გარეგან ტემპერატურის საკმაო დონეზე დაყენებას.

12. დიზენტერიის და მის ცალკე სიმპტომების რაციონალურ მკურნალობის საქმეში აუცილებელ პირობას წარმოადგენს, ჩვენს განკარგულებაში მყოფ მედიკამენტების უზარმაზარი არსენალიდან, ყოველ კერძო შემთხვევისათვის შერჩეულ იქნას ინდივიდუალურად სათანადო თერაპია.

ი. თ — ძე.

Проф. Зимницкий. Дальнейшее наблюдение в вопросе о значении среды в патогенезе пептических язв. Врачебное дело I дек. 1926 г.

ავტორის კლინიკური გამოკვლევა ეთანხმება Balint-ის ლაბორატორული მეთოდით მიღებულ დასკვნებს.

Bermann-ის ნევროგენური თეორიის თანახმად კუჭის პეპტიური იარაგის წარმოშობაში, უმთავრესი როლი ეკუთვნის ევგეტატიური ნერვული სისტემის დისტონიას, სახელდობრ ვაგოტონიის გაძლიერებას.

Balint-მა დაამტკიცა, რომ კუჭისა და თორმეტ-გოჯა ნაწლავის პეპტიური იარაგის დროს შემცირებულია სისხლში Ph., მაშასადამე ტუტევიანობა, თავის მხრივ ავტორმა ავადმყოფების მიმართ რიგს შეუშვა ტუტე-Natri bicarbonici 5,0—10,0 ორჯერ დღეში per clyisma ან ამ ტუტეს 8% ხსნარის 20,0 აბაზანაში. რამდენიმე შემთხვევის შემდეგ vagus-ის მოქმედება შესუსტდა და გაძლიერდა Sympathicus-ის მოქმედება: აჩქარდა ერთიორად მაჯის ცემა, იმატა სისხლის წნევამ და სხვა.

ცდების მეორე რიგში ავტორმა შეუშვა მელანქოლიკებს (რომელთაც სისხლის ალკალოზი აღმოაჩნდათ) CaCl<sub>2</sub> და ქლორის ამონიუმი 4,0-6,0 pe os ან per clyisma. Zondek-ისა და Krauss-ის თეორიის მიხედვით Ca ადიდებს H-ბის კონცენტრაციას და ქმნის მაშასადამე აციდოზს. Haldau, Hill-ის და Suck-ის ცდების თანახმად სხეულში CaCl<sub>2</sub> ამცირებს Ph-ს და აძლიერებს NH<sub>3</sub>-ს რაოდენობას შარდში. ავტორის ცდების დროს CaCl<sub>2</sub>-მა გამოიწვია ვაგოტონია, სისხლის აციდოზი, კუჭის სეკრეციის გაძლიერება, კუჭის წვა და წუხილი, მაშინ როდესაც ტუტეს შეშვებამ სისხლში მოკვცა ანალგეზია და კარგი გუნება.

ვ. წ — ლი.

### გ ა ვ შ თ ა ს ნ ი უ ლ ე ბ ა .

D-r Andreas Tüdos. Die Wismuthbehandlung bei kongenitalers Syphilis. (თანდაყოლილი სიფილისის ბისმუტით წამლობა). Jahrb. f. Kinderheilk. 108, 1925.

თანდაყოლილი სიფილისის ბისმუტით წამლობის შესახებ პედიატრიულ ლიტერატურაში ნაკლებათ მოიპოვება შრომები. ზემოაღნიშნული შრომა საყურადღებოა, როგორც ამ მხრივ, აგრეთვე იმ დასკვნების მხრივაც, რომელიც ავტორს გამოჰყავს თავის შედარებით მნიშვნელოვან, მასალის დაკვირვებიდან. სულ გაუტარებია 115 შემთხვევა; მათში 85 მხოლოდ ბისმუტით უწამლია, 30-კი ბისმუტ-ნეოსალვარსანის კომბინაციით. უკანასკნელ შემთხვევაში ლუფსთან ერთად ერთი ნიშანი—დადებითი Wa. R.—ყოფილა, 10 შემთხვევაში წინად გატარებულ სალვარსანი წამლობის მიუხედავად.

რაც შეეხება ბისმუტის მკურნალობითი ეფექტს—ამ მხრივ აღსანიშნავია კანის მოვლენები (Exanthema maculopapul. Condylomata lata), რომელთაც უკვე პირველ ინექციის შემდეგ გაუმჯობესება დატყობია და 4-5 ინექციის შემდეგ კი მთლად გამკრალა. ასეთივე ეფექტს იჩენს ბისმუტის სიფილიტურ სურდოს და ოსტეონდროიტის წინააღმდეგ. მაგრამ რაც შეეხება ვისცერალურ სიფილისს — აქ კი ბისმუტის უძლეობა. სპიროხეტების წინააღმდეგ მოქმედებაშიც (Spirillocci dität) ისეთ ძალას ვერ იჩენს, როგორც ნეოსალვარსანი. Wa. R-ზე ახდენს გავლენას მაგრამ არა მუდამ.

ბისმუტით მკურნალობის დროს ავტორი სარგებლობდა Bismuloi-ით და Bismo-Salvan-ით. Török-ის მიერ ნაჩვენები დოზა (0,01 გ. კილოზე), ავტორს მცირედით მიაჩნია. მისი დაკვირ-

ვებით 3-4 ცილოანი ძუძუთა მშვენივრად იტანს 1,0 გრ. ბისმუტის პრეპარატისას. იწყებს რა 0,5-თ, 3 ინექციის შემდეგ 0,8—1,0-ზე გადადის. (ანდა 0,2—0,3 pro cilo) შეშხაუნებას კვირაში 2-ჯერ აწარმოებს დუნდულოვან მიდამოში. ინექცია სრულიად უმტკივნეულოდ, და ინფილტრატი ავტორს მხოლოდ ერთხელ უნახავს. ამ მხრივ აღსანიშნავია ზოგიერთ შემთხვევაში ნახული Gingivitis და Stomatitis და 4 შემთხვევაში აღნიშნული ალბუმინურია. ეს მოვლენები მოითხოვენ ბისმუტით წამლობის დროს შარდის მუდმივ კონტროლს და პირის ღრუს შევებას.

გ. რ — ლი.

A. Tudos und P. Kiss. Über den Einfluss des Wismuths auf das Blutbild luetischer Kinder (ბისმუტის გავლენა ლუეტითურ ბავშვის სისხლის სურათზე) Jahrb. f. Kinderheilk. 111. 1926.

ავტორებს გამოუყვლევიათ 9 ლუესით დაავადებულ ძუძუთებისთვის სისხლი; წამლობის წინ, პირველ, მე-6 და მე-12 ბისმუტის ინექციის შემდეგ (ბისმუტით წამლობას აწარმოებდნენ ზემოაღნიშნულ წესით). წამლობის წინ ერიტროციტების რიცხვი უდრიადა 3-4 მილიონს. ლეიკოციტებისა 10.000—14.000 (აღსანიშნავია ლიმფოციტოზი 34%<sub>6</sub>—77%<sub>6</sub>), ჰემოგლობინის რაოდენობა — 42—61%<sub>6</sub> ავტორი ეთანხმება Finkelstein-ის და სხვათა აზრს, რომ ლუეტური ანემია, საერთოდ ქრონიკულ ინფექციით გამოწვეულ ანემიის ხასიათისაა. ბისმუტის ინექციის შემდეგ თითქმის ყველა შემთხვევაში ერიტროციტების რიცხვმა იმატა; იმატა აგრეთვე ლეიკოციტების რიცხვმა და ჰემოგლობინის რაოდენობამ. ამგვარად ბისმუტი არა მხოლოდ ლუეტითურ მოვლენებზე მოქმედებს, არამედ გავლენას ახდენს მთელ ორგანიზმზე. რაც გამოიხატება ჰემოპოეტურ ორგანოების გაცხოველებათაში.

გ. რ — ლი.

### ბ ე ლ ო კ რ ი ნ ო ლ ო გ ი ა .

დამოკიდებულება სასქესო ჯირკვლისა და ტინის დანამატის შორის და სასქესო ჯირკვლის ცენტრალური რეგულაციის დამტკიცება. Klinisch. Wochensh № 1. 1927 წ.

სასქესო ჯირკვლის ანოლილობანი იწყებენ ნივთიერებათა გაცვლის პროცესის გარკვეულ დამახასიათებელ ცვლილებას, რასაც მნიშვნელობა აქვს არა მარტო თეორიულ-ფიზიოლოგიური არამედ პრაქტიკულიც. Liebes-ს წინანდელ დაკვირვების (16 ავადმყოფი) მიხედვით სასქესო ჯირკვლის ფუნქციის შემთხვევებში მეტწილად ადგილი ჰქონია ნივთიერებათა ძირითადი ცვლის დაქვეითებას და ქანგბადის დახარჯვის ანუ სპეციფიკურ-დინამიურ მოქმედების (Spezi-phisch.—d y namische Nirzungs. d. w.) აწევას. ქანგბადის დახარჯვის (S. D. W.) ასეთი მომატება ჯირკვლის ფუნქციის პირველად და ქვეითების დროს, მისი ახრით უნდა გვაფიქსებინებდეს ტინის დანამატის მეორედ ჰიპერფუნქციას, რაც ეთანხმება მრავალ ავტორის ექსპერიმენტალურ და ანატომიურ დაკვირვებებს, რომელთა მიხედვით კასტრაციის მოჰყვა ტინის დანამატის გადიდება (ეოზინოფილური უჯრედების გამრავლება) იმ შემთხვევებში, როდესაც სათესლე ჯირკვლის პირველადი ფუნქციის დროს ის ამ ქანგბადის აწევას არ ნახულობდა, ჩვეულებრივად არსებობდა კლიმაქტერიული გამოვარდნის მძიმე მოვლენები. სჩანს, ასეთ შემთხვევაში არ ზღვებოდა ტინის დანამატის ჰიპერფუნქცია, რომ პორმონალური წონასწორობა დამდგარიყო; მაშასადამე Hypophyse ჰიპერფუნქცია მეტად საჭირო ფიზიოლოგიური მოვლენა ყოფილა. შემდეგ, იმავე მასალიდან ისიც გამოიკვია, რომ სასქესო ჯირკვლის ანოლილობანი, რომელნიც შედეგი იყო ფარისებრი ანუ Hypophyse-ს პირველადი დაავადებისა, ნივთიერებათა გაცვლის პროცესებში იძლეოდა აგრეთვე გარკვეულ ნიშანდობლივ მოვლენებს. ამ რიგად გამოკვლევის ასეთი ობიექტური მეთოდით სასქესო ჯირკვლის hypo ფუნქციის დროს, შესაძლებელი



ხდება გამოვარკვით თუ რომელი ჯირკველია დაავადებული—ფარისებრი, ტინის დანამატი, თუ სასქესო ჯირკველი.

ავტორის სასქესო ჯირკველის hypo ფუნქციით დაავადებულ ავადმყოფებზე განუზრახავს სხვადასხვა სამკურნალო საშუალებების გატარებით გამოვრკვია, თუ როგორი ცვლილება იქმნებოდა ნივთიერებათა ძირითადი ცვლის და ენერჯადის დახარჯვის მხრივ; მას მიუბარათვე შემდეგ საშუალებებისათვის: სასქესო ჯირკველის პრეპარატების მიწოდება act. spermat. ფენოლიზაცია, დიატერმია სასქესო ჯირკველისა და Hypophyse-ს და სასქესო ჯირკველის ტრანსპლანტაცია.

წინააღმდეგ Kauders-ის დაკვირვებისა (კლინიკა Wigner Jauregg), რომელმაც სასქესო ჯირკველის პრეპარატების დიდ დოზებში მიწოდებით ძლიერ კარგი შედეგი მიიღო, ავტორმა თავის ორ შემთხვევაში ვერ აღნიშნა რაიმე ცვლილება. აწოდებდა testasau forte in tabl 0.5 ორ-ორ ტაბლეტს დღეში სამჯერ. სამაგიეროდ მან Do pper-ის მეთოდით (ფენოლიზაცია art. sperm) დადასტურა ძირითადი ცვლის აწევა და ენერჯადის დახარჯვის დაქვეითება, რაც მისი აზრით, მიეწერება სასქესო ჯირკველის ჰორმონალურ ფუნქციის აწევას. ეს მდგომარეობა არსებობდა მხოლოდ რამდენიმე კვირის განმავლობაში ოპერაციის შემდეგ ასე, რომ ოპერატიული ჩარევა ამ მხრივ დიდ გავლენას არ იძლეოდა.

სასქესო ჯირკველის დიატერმია—არა ინტენსიურმა—(20 სენანი) ავტორის კარგი შედეგი მისცა Improtec-იამ გაიარა, ნივთიერებათა ცვლის პროცესიც გამოსწორდა, სახელდობრ მოხდა ძირითადი ცვლის აწევა და ენერჯადის დახარჯვის დაცემა.

Hypophyse-ს დიატერმია ავტორის დაკვირვებით იმ შემთხვევებში, როდესაც hypotai tarismus-ი არსებობს და როდესაც თითქმის ყოველთვის ენერჯადის დახარჯვა დაიქმნეოდა, იძლევა ნივთიერებათა ცვლის პროცესების გამოკვლევის დროს შემდეგ ცვლილებას: ძირითადი ცვლა იგივე რჩება, ენერჯადის დახარჯვა კი სავარაუდოდ ზევით იწევს. ასეთივე აზრისაა Plaut-იც, საინტერესოა, რომ ყველა იმ შემთხვევებში, სადაც ავტორმა დიატერმიით გაუმჯობესება მიიღო, წინასწარ მიწოდებული იყო სასქესო ჯირკველის პრეპარატები მაგრამ სრულიად უშედეგო.

სასქესო ჯირკველის გადანერგვაც, თუ შეზორცება კარგი იყო, კლინიკურ გაუმჯობესებასთან ერთად იძლეოდა ერთგვარ გადანერგვას ნივთიერებათა ცვლის პროცესებშიც. გადანერგვა აძლევდა ნივთიერებათა ძირითადი ცვლის აწევას, ენერჯადის დახარჯვა კი იგივე რჩებოდა. ე. ი. ხდებოდა ის, რასაც სასქესო ჯირკველის დიატერმიისა და ფენოლიზაციის დროს ქონდა ადგილი. სიანს აქვს ჯირკველის ჰორმონალური ფუნქცია იწეოდა. ამრიგად, ავტორის აზრით, გადანერგვის დროს მიღებული ძირითადი ცვლის აწევა კარგი ნიშანია იმის გასაგებად, მოხდა თუ არა შეზორცება გადანერგვით ჯირკველისა.

Libesny დასკვნის, რომ მისი ახალი დაკვირვებების მიხედვითაც აშკარად ხდება, რომ სასქესო ჯირკველის და ნივთიერებათა გაცვლის პროცესების გამწესობებულ ცენტრს შორის, უნდა არსებობდეს ძლიერ მკვიდრო დამოკიდებულება. მტკიცდება რომ, როგორც სასქესო ჯირკველზე პირდაპირი მოქმედებით, ისე ნივთიერებათა გაცვლის პროცესების ცენტრზე მოქმედებითაც შესაძლებელია შედეგის მიღება; ამასთან ერთად ხდება გარკვეული, მიტად დამახასიათებელი ცვლილებანი ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლის პროცესში.

სასქესო ჯირკველის პირველადი ჰიპოფუნქცია, განს. კასტრაცია იძლევა ენერჯადის დახარჯვის (S. d. w.) აწევას და ძირითადი ცვლის (გ. n.) დაქვეითებას.

სასქესო ჯირკველის აშლილობის იმ შემთხვევაში, სადაც ენერჯადის დახარჯვა (S. d. w.) დაქვეითებული იყო Hypophyse-ს დიატერმია იძლეოდა მას აწევას.

თუ სხვადასხვა საშუალებების შემდეგ ჰორმონალური ფუნქცია აღსდგება (დიატერმია ჯირკველისა, ფენოლიზაცია). მაშინ მეტწილად ენერჯადის დახარჯვა კლებულობდა, ძირითადი ცვლა კი იწეოდა მაღლა.

რომ Hypophyse სასქესო ჯირკველის ცენტრალურ რეგულაციის ორგანოს წარმოადგენს, ეს დამტკიცებულად შეიძლება ჩაითვალოს (Fischera-ს ცდებით ცხოველებზე. Tander-ის და Rossle-ს ადამიანებზე), მაგრამ არის საბუთი დაუშვათ, რომ ეს ცენტრი ტინის სხვა ნაწილშიაც უნდა იყოს.

Hypophyse-ს დიატერმიის დროს სხივები ხედებიან არა მარტო ამ ორგანოს, არამედ ტვინის სხვა ნაწილსაც.

გარდა ამისა ჟანგბადის დაზარაჯვის ცვლილების არსებობა იქ, სადაც კლინიკურად hypophyse დაავადებული არ არის, უნდა დასაბამდეს ხელოვნურად აზრის სასარგებლოდ. Ceni-ს ცდებშიც ამასვე ადასტურებენ, სახელდობრ, მის ცდებში ტვინის წინა ნაწილის დაზიანებას თან ყვებოდა სასქესო ჯირკვლის ფუნქციონალური და ტროფიული აშლილობა. ავტორი საჭიროდ აღიარებს ამ საკითხის შესასწავლად კიდევ ცდების დაყენებას და დაკვირვებების დაგროვებას, რომ შესაძლებელი შეიქნეს საბოლოო აზრის გამოთქმა.

მ. მგ — ლი.

ნ ე ვ კ ო ვ ა თ ო ლ ო გ ი ა .

M. Gatola. Quelques remarques de l'action de la pilocarpine et de l'adrenaline dans les lesions cortico-pyramidales. Revue neurol. № 6, 1926.

ამ უკანასკნელ წლებში ზოგი ავტორი (Besta, Guid, Maugeaud-ა etc.) ორგანიულ ჰემობლეგიის ფუნქციონალურისაგან გასარჩევად, თუ კლინიკურა სურათი ძლიერ ბუნდოვანია, მიმართავენ pilocarpin-ის ან adrenalin-ის კანტევეშ შესაბუნებას.

მართლაც Babinski-ს დაკვირვებით pilocarpin-ის შესაბუნება იწვევს დადამბლებულ ანუ პარეტულ მზარგზე (თუ ეს უკანასკნელი ორგანიული ხასიათისაა) კუნთების კანკალს, ბოჭკოების ფიბრილარულ წევას, რეფლექსების (მყესთა და ძვალთა) აწვევას და ჰიპერტონიას ასე თუ ისე კარგად გამოხატულს.

ავტორს ჰქონია 12 ავადმყოფზე დაკვირვება, სადაც მას ორგანიულ ხასიათის ჰემობლეგიებზე მიუღია pilocarpin-ის შესაბუნების შემდეგ ჰიპერტონია და ჰიპერფლექსია. ისტერიულ ჰემობლეგიის დროს კი ავტორს pilocarpin-ის შესაბუნებით ცვლილებები ვერ აღუნიშნავს.

ა. რ — ძე.

ძ ი რ უ რ გ ი ა .

Проф. С. П. Федоров. Хирургия на распутьи. Москва 1927 г. изд-во Наркомздравы Р.С.Ф.С.Р.

ავტორი ეგება ქირურგიის მდგომარეობას თანამედროვე მედიცინაში. იგი მწუხარებით აღნიშნავს, რომ ახალგაზრდა ქირურგები ფიქრობენ რთულ პრობლემების საკითხის გადაჭრას სკალპელით და ძლიერ ხშირად მიმართავენ ოპერაციას იქ, სადაც იგი საჭირო არ ირის. ამ მოვლენას იმით ხსნის, რომ ახალგაზრდებს არა აქვთ განვლილი წარსული და ზოგიერთ მომწიფებულ ქირურგებს-კი ავიწყდებათ თავიანთი წარსული. ავტორი არ თანაუგრძობს იმ ქირურგებს, რომლებიც ძლიერ არიან გატაცებულნი დანის სიძლიერით. გასტროპემიოზები, კოლოატოზები და სხვა პტოზები ხშირად ხდებიან ობიექტად ოპერაციისა და მხოლოდ იმიტომ, რომ რამდენიმე ხნის შემდეგ ავადმყოფებს განუახლდეთ ისეთივე კლინიკური მოვლენები, როგორიც ჰქონდათ მათ ოპერაციამდე. რამდენი ოპერაცია არის უკვე გაკეთებული, ამბობს ავტორი, და რამდენს განაგრძობენ კიდევ, ბრმა ნაწლავის დანამატის ამოკვეთის შესახებ და ამავე დროს, ოპერაციის შემდეგ, ვხედავთ ავადმყოფებს იმივე მოვლენებით, როგორიც ჰქონდათ მათ ოპერაციამდე და დღეს ბევრისთვის საეჭვო საკითხია—არსებობს თუ არა დანამდვილებით პირველადი ქრონიკული აპენდიციტი.

რა უშლის კიდევ ქირურგიის განვითარებას ხელს, და აკავებს მას ზუა-ჯვარედინზე—ეს არა-ჩვეულდებოდა ზრდა ლიტერატურისა. სწერენ ყველანი ვისაც კი არ ეზარება. შეუძლებელია წაკითხვა ყველა იმისა, რასაც სწერენ ამა თუ იმ მედიცინის სპეციალურ დარგში. რით აიხსნება ასეთი დიდი სურვილი წერისა დაღეს? ამისთვის ავტორებს აქვთ სხვადასხვა მოტივები, ზოგნი



სწორედ იმიტომ, რომ ფიქრობენ მათი მუშაობა დიდ მეცნიერულ ამოცანებს სწევებს, ზოგნი ფიქრობენ პრიორიტეტი მიიღონ, ზოგნი მხოლოდ იმიტომ, რომ გაიგონ ყველამ, რომ ქალაქ №-ში სცხოვრობს პეტრე ივანისძე დობინსკი და აქვს სურვილი ალაპარაკოს სხვები თავის პერსონის შესახებ, ზოგნი-კი იმიტომ, რომ ჰქონდეთ „მეცნიერული სტაჟი“, ეს უკანასკნელი ჯგუფი არის ყველაზე დიდი. საექიმო ჟურნალების რიცხვი იზრდება დღით-დღე. ავტორი იზიარებს ლერიშის და ზაუფერბრუხის აზრს, რომ ბევრად უკეთესი იქნებოდა არსებობდეს მხოლოდ ერთი დიდი ქირურგული ჟურნალი. ამჟამად მეცნიერული ლირებულება წერილებისა ბევრად დატვირთულია. ახალგაზრდა ექიმებს ძლიერ ადრე აწეებიან პროფესორები წერას. ასეთ შემთხვევაში, თუ ნახევარი პროფესორმა დასწერა კიდევ არა უშავს-რა, წინააღმდეგ შემთხვევაში სჯობს, რომ სულ არ გამოდიოდეს ასეთი შრომები. დროა ვალიაროთ, ამბობს ავტორი, რომ ექიმის შეფასებაში არ არის საკმარისი მხოლოდ რაოდენობა და სივრცე სამეცნიერო წერილებისა. უმრავლესობა ასეთი წერილებისა, რომელიც გამოდის პროფესორის კნუსტის ზეგავლენით არაფერს არ უმატებს ჩვენს საექიმო ლიტერატურას. შეიძლება ეს შრომები საკითხა pro domo sua, მაგრამ მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში იგი რამეს მატებს მეცნიერებას. მე ვფიქრობ, ამბობს ავტორი, ბევრი დამუთანხმება, რომ სამეცნიერო ლირებულება დღევანდელი შრომებისა ბევრად უფრო დატვირთულია.

ჩვენი ქირურგული საზოგადოებებიც დატვირთული არიან მუშაობით, განაგრძობს ავტორი, მოხსენებებს და დემონსტრაციებს არ აქვს ბოლო, აჩვენებენ ყველაფერს, რის ჩვენებაც კი შეიძლება. საზოგადოებებს დააჩივრდათ თავისი დანიშნულება, იქ ძლიერ ბევრს ისმენენ და ცოტას უკეთებენ კრიტიკას. იქნებ ჩვენ ნაკლებად ვართ მომზადებული კრიტიკისთვის, მაშინ უნდა შევავსოთ ეს ნაკლი; ან გვეშინია რომ არავის ვაწყენიოთ, ან არ გვყურს ახალგაზრდების შერცხვენა? დაუშვებელია ასეთი მოქმედება იქ, სადაც გვაქვს სურვილი მეცნიერებას ვუმსახუროთ.

ვინ არის დამნაშავე, რომ დღეს ქირურგია გზა-ჯვარედინზე სდგას, მე ვფიქრობ, — ამბობს ავტორი, რომ მას არ აქვს რაიმე ახალი საფუძველი, რომელზედაც შეეძლოს მას დაყრდნობა და ჩვენ თვითონ ძლიერ მსუბუქად და ზერელედ მიგყვას იგი ახალი გზით. ვინ იცის გაიკვლევს იგი ახალ ნამდვილ კარგ გზას თუ არა?

პროფ. ს. პ. ფედოროვის ზემოაღნიშნულმა წერილმა დიდი მითქმა-მოთქმა გამოიწვია კავშირის ფართო საექიმო წრეებში. მას გამოეხმაურნენ წერილებით პროფესორები: ვ. ა. ოპელი ა. ბ. გუბარევი, გოლოვინი, სოლოვიოვი ვ. ვ. ივანოვი, ექ. ვოლკოვი და სხვ. ამის გარდა თვით ავტორმა მიიღო ბევრი კერძო წერილები ექიმებისგან.

ნაწილი იზიარებდა ყველა იმას, რასაც სწერდა გამოჩენილი პროფესორი; მეორე ნაწილი უსაცხედურებდა პროფესორს ზედმეტ პესიმიზმს. ამაზე აიძულა პროფ. ფედოროვი გაეცა პასუხი აღნიშნულ წიგნაკის წინასიტყვაობაში, რომელიც მეორე გამოცემად გამოვიდა მოსკოვში.

ჩემი მოწინააღმდეგენი, ამბობს პროფ. ფედოროვი, ტყვილად მსდებენ ბრალს პესიმიზმში, მე რომ პესიმიტი ვიყო, მაშინ თავს დავანებებდი არამც თუ ქირურგიას, არამედ მედიცინასაც.

იქ სადაც საკითრა მე ვიჩენ ქირურგულ აქტივობას. ასევე აქტიურად მუშაობენ ჩემი თანამოაზრენი Bier-ი Saueivruchi-ი Liek-ი Leriche-ი, Much-ი, Sugck-ი და ბევრი სხვა ექიმები. მას აწუხებს მხოლოდ ერთგვარი უკმაყოფილება და აფიქრებს, სწორი გზით მიდის ქირურგია ამჟამად თუ არა. შერთებულ შტატებში, სადაც პროფილაქტიკის მიზნით ამოჰკვეთდენ ბრმა ნაწლავის სად დანაშაუტს, აქენდიციტისაგან ილუპება ყოველწლივ 16000 კაცი, ე. ი. ყოველ დღე 44. თავის-თავად იბადება აზრი მართლა ყველაფერი კარგად არის მოწყობილი თანამედროვე მედიცინაში თუ არა? ავიღოთ კიდევ ლიტაიზის თირკმლების და ლეიძლის. შეიძლება მშვენიერად ამოვიღოთ კენჭი ოპერაციის დროს, მაგრამ ამით მხოლოდ ტკივილების სიმპტომოკომპლექსს ვსაობთ უმეტეს შემთხვევაში, რის გამოც ხშირად რეციდივებს აქვს ადგილი. ტუბერკულოზურ პერიტონიტების მხოლოდ 40% იძლევა განკურნებას თერაპიული საშუალებებით, დანარჩენ შემთხვევებში-კი საკითრა მიემართოთ ლაპარატომიას, მაგრამ რაში მდგომარეობს მისი კარგი გავლენა დღესაც არ ვიცი.

აქედგან შეიძლება იფიქროს, ამბობს ავტორი, რომ მე ვარ პესიმიტი ქირურგიაში, მაგრამ ეს ასე არ არის. მე მსურს მხოლოდ, რომ თითოეული ექიმი ლოლიკურად მსჯელობდეს,



ასეთი ექიმი უფრო მეტ სარგებლობას მოუტანს ავადმყოფს, ვიდრე ის, ვინც იცის ვარგად რეაქციები და ყველა პროცენტული შემადგენლობა სისხლის და შარდის ნაწილები. მთავრობა ექიმი თავის მუშაობაში კიდევ რომ დადგეს ცრუ გზაზე, მალე იგრძნობს მას და გამოიცვლის, და რაც მეტი გვეყოლება ასეთი მოაზროვნე ექიმები, მით უფრო ჩქარა იპოვნის ქირურგია სწორ გზას.

ავტორი დიდ იმედებს ამყარებს ახალგაზრდა ექიმებზე, მაგრამ სთხოვს მათ, რაც შეიძლება მეტი ლოლიკური მსჯელობა განვიითარონ და ნაკლები თვითდაიმიედება. ახალგაზრდა ქირურგის თვითდაიმიედება შეიძლება იყოს ბედნიერება თვით ქირურგისათვის, მაგრამ ეს არის უბედურება იმ ავადმყოფისათვის, რომელიც მის ხელში მოხვდება.

ბ. ყ — ძე.

**მ ე ა ნ ო ზ ა - ბ ი ნ ე ქ ო ლ ო ზ ი ა .**

1. Warnekros, Louras und Becker. პუერპერალურ Sepsis-ის საწი ნაალმდევო სამკურნალო შრატო. Münch. Med. Wochensh. № 51—17/XII—1926 წ

მომსენებელნი მოგვითხრობენ მათ მიერ დამუშავებულ ერთ სამკურნალო შრატის შესახებ, რომელიც, როგორც აღნიშნულ ავტორების გამოცემიდან ირკვევა, ძლიერ კარგ შედეგებს იძლევა. შრატი იხმარება ლოგინობის ხანაში გამოჩენილ სეპსისის წინააღმდეგ და მზადდება ისე როგორც ამ ბოლო დროს დამუშავებული ქუნთრუშას საწინააღმდეგო შრატო.

ავტორები პუერპერალურ Sepsis-საგან გარდაცვლილ ქალის საშოდან იღებენ ყველაზე უფრო პათოგენურ, ჰემოლიტურ სტრეპტოკოკებს, თესვენ მათ პანკრეატის ბულიონში და აქედან მიღებულ ფილტრატს უშხაპუნებენ ცხენს, თანდათან აწეულ დოზებით. ამ გზით მიღებულ შრატს ხმარობენ ავადმყოფთა სამკურნალოდ; შეაქვთ სხეულში თითო შეტანაზე 50 ccm, ყოველ დღე, სანამ 1<sup>ლ</sup> არ დაეცემა და სეპსისის საერთო მოვლენები არ გაივლიან. ჩვეულებრივად საკმაოა 3-4-ჯერ უშხაპუნება, რომ სასურველი მდგომარეობა დადგეს. თუ სტრეპტოკოკებთან ერთად სისხლში სტაფილოკოკებიც არიან, ან თუ სეპსისი სტაფილოკოკებისგან არის გამოწვეული, მაშინ შრატი ვერ მოქმედებს, რადგან ის სპეციფიკურია. ავტორებს ერთი წლის განმავლობაში გაუტარებიათ ამ წამლობის ქვეშ 200 სტრეპტოკოკური სეპსისის შემთხვევა და არც ერთხელ სიკვდილი არ მიუღიათ; სამაგიეროდ მათ ქონდათ 4 შემთხვევა სტაფილოკოკებთან შერეულ სეპსისისა და ოთხივე სიკვდილით დაბოლოვდნენ.

რომ მართლაც სტრეპტოკოკების ტოქსინი შხამია და მათ მიერ მიღებული ანტიტოქსინი ამ ტოქსინის სპეციფიკური ანტისხეულია, სწინს ამ ავტორების მიერ გატარებულ სხვადასხვა ცდებიდან ადამიანზე და ცხოველებზე. ცხოველები ზოგი ავადდებოდა, ზოგი ადრე თუ გვიან იხოცებოდა ტოქსინის უშხაპუნების შემდეგ; მაგრამ თუ ამავე დროს იმავე უშხაპუნების ადგილას ანტიტოქსინს შეიტანდნენ, ან თუ წინასწარ ტოქსინს და ანტიტოქსინს ერთმანეთში აურევდნენ, მაშინ რეაქცია არ დგებოდა სრულიად, ან რჩებოდა მცირეოდენათ, რაც სითხის მხოლოდ უშხაპუნებით უნდა აიხსნას (ausloschphenomen). ადამიანებზე ამ ნეიტრალიზაციის რეაქციას ყველა შემთხვევაში ისე ნათლად ვერ იღებდნენ და ამ მოვლენას ავტორები ხსნიან იმით, რომ მათ ჰქონდათ საკმე კობითი დაავადებულ პირებთან და ამასთანავე ხნიერებთან. მათ მიერ მიღებულ ტოქსინის უშხაპუნება ყოველთვის იწვევდა ცხოველებში რეაქციას, როგორც ადგილობრივს (გაწითლება, შეშუპება და ტკივლები) ისე საერთოს (1<sup>ლ</sup>, უმადობა, პირის ღებინება, ფაღარათი და სხვ.) დაღუპულ ცხოველის გაცვეთა იძლეოდა იგივე სურათს, რაც Louras-ის და Scheyer-ის აქვთ ნახული სტრეპტოკოკების ნამდვილი sepsis-ის დროს. აღინიშნებოდა ადვენციკალური და პერიგასკულარული ანთების ბუდები რუტიკულო-ენდოტელალურ სისტემაში და აგრეთვე ალაგ-ალაგ მნიშვნელოვანი ნევროზი. მიღებულ ანტიტოქსინის ძალის რაოდენო-

ბის გამოსარკვევად იხმარეს დაღეჭვის რეაქცია (Flockungsphenomen) ე. ი. იხმარეს ისეთი რეაქცია, როგორც შემოღებულა Raumon-ის მიერ ზუნაგის ანტიტოქსინის გამოსაკვლევად.

შრატს აქვს გაელენა მხოლოდ მაშინ, როდესაც ინფექცია დაწყების სტადიუმშია და ჯერ კიდევ არ გამოჩენილა მეტასტაზები და ორგანოების დაზიანებანი. შრატის მიწოდება შეიძლება პროფილაქტიურადაც. ავტორების აზრით, საჭიროა ამის შემდეგ ვიზუალთ იმაზე, რომ დამზადებული შრატი პოლივალენტური იყოს; მაშინ უნდა ვითქვოდ, რომ შემდეგი 100% კარგი იქნება.

მ. მგ—ლი.

## Танамедрове Медицина.

(Современная медицина № 5 — 6.)

### РЕФЕРАТЫ.

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

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

1. Метод рентгено-диагностического исследования в акушерстве имеет большое значение; в тяжелых случаях акушеру-клиницисту он оказывает большое действие.

2. Исследование Рентгеновскими лучами совершенно безвредно как для матери, так и для ребенка.

3. Для распознавания беременности Рентгеном можно пользоваться с 4 месяца; для распознавания более ранней беременности этот метод пока еще не разработан.

4. Рентгеном можно распознать: 1) беременность с 4 месяца; 2) количество плодов; 3) положение; 4) величину; 5) уродство; 6) внутренние размеры малого таза с математической точностью; 7) отношение между размером головки плода и вместимостью таза.

5. С его помощью дается нам возможность проследить весь механизм родов.

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

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

(увеличение гемоглобина, эритроцитоз, временной лейкоцитоз, который затем переходит в лейкопению), а также на органы внутренней секреции. Не лишнее также указать на особенно нервную и напряженную работу рентгенолога, возможность заболевания глаз и повреждения всякого рода инфекции, так как рентгенологу приходится вплотную соприкасаться с больными. В заключении автор, касаясь профилактических мер, отмечает, что хотя они разнообразны, но большинство из них цели не достигает. Все же, говоря словами Инна, „профилактика здесь — все, а терапия ничто“.

Д-р мед. И. Абакелия. Хемотерапия туберкулеза.

1. Для лечения хронического легочного туберкулеза до сих пор не найдены средства, действующие на возбудителя болезни, как *therapia sterilisans magna*.

2. Применяющиеся в течение ряда лет с хемотерапевтической целью иод, метиленовая синька, фосфор, мышьяк, медь и др. химические вещества не являются в отношении туберкулезной инфекции *antitrop'nymi*.

3. Соли золота: *Krysoigan*, *Triphal* и *Sanocrysin* не производят прямого действия на туберкулезную палочку в организме больного.

Действие их скорее хемоспецифическое, чем хемотерапевтическое.

Н. Алексидзе. К вопросу о лямблиозе желчного пузыря.

Автор описывает 4 случая лямблиоза желчного пузыря, диагностированного дуоденальным зондированием и *Schüzer-Lyon*-овской пробой. Во всех случаях число лямблей в желчи „В“ было во много раз больше, чем в желчи „А“ и в дуоденальном соке.

Во всех 4 случаях были выражены следующие явления; сильная общая слабость больных без одновременных выраженных явлений анемии. (Эр.—3700000—5000000 и 80%—84% у женщин), субфебрильная °, отсутствие Эозинофилов, резкая боль в области желчного пузыря, который обычно увеличен и прощупывается неопределенные боли в правой верхней части живота или резкая гиперестезия кожи там же или сразу под лопаткой и под мышкой.

Со стороны желчи „В“ много слизи, в которой обыкновенно и находятся лямбли, гнойные шарики, эритроциты и эпителиальные клетки.

На основании литературных данных и своих случаев автор заключает, что лямблиоз желчного пузыря дает явления холангита с медленным не резким течением.

Д-р мед. Аслисов. Первичный шов после антротомии.

Автор описывает испытанный им на многих случаях его способ первичного шва после антротомии. Этот способ заключается в том, что после тщательной

очистки трепанационной раны, от всех паталогических клеток, производится освобождение мышечной ткани сзади за линией разреза сверху и снизу. Мышечная ткань должна быть отпрепарована в ширину 3-4 сантиметра и в длину заходить за углы первичного разреза. Затем весь освобожденный мышечный пучок вкладывается в полость раны и кожные покровы зашиваются. В нижний угол раны вкладывается небольшой тампон, который вынимается на 2-3 день. Рана заживает обыкновенно на 7-8 день, в редких случаях на 12 день. Противопоказанием к первичному шву является большое открытие *dura mater*, присутствие капсульных кокков с большими разрушениями, мозговые явления и лабиринтит. Преимущества этого способа:

1. Аутопластически материал является наилучшим для выполнения раны, 2, быстрое заживление раны, 3, идеальный рубец в косметическом отношении.

#### Г. Гоголадзе. К вопросу о послеоперационных паротитах.

Автор на основании 4-х случаев послеоперационных паротитов по материалам факультетской хирургической клиники приходит к следующим выводам:

1. Послеоперационные паротиты представляют собою и не такое редкое и незначительное осложнение.
2. В ряде случаев околоушная железа является *locus minoris resistentiae*, а коль скоро это так, то всякая операция, наркоз или местная анестезия может сыграть роль моментов, предрасполагающих к возникновению паротитов.
3. Возможно, что манипуляции с нижней челюстью во время наркоза травмируя околоушную железу, понижают ее сопротивляемость и тем способствуют ее заболеванию.
4. Послеоперационная общая слабость и сухость полости рта должны играть роль предрасполагающих моментов при возникновении послеоперационных паротитов.
5. Периодические вспышки послеоперационных паротитов, осложненные паротитом при наличии уже имеющегося послеоперационного паротита у другого больного, а также случай паротита, обнаружившийся накануне операции, дает некоторое основание думать, не являются ли означенные послеоперационные паротиты тоже эпидемическим заболеванием и поэтому, быть может в каждом отдельном случае такой больной с послеоперационным паротитом должен быть изолирован от остальных больных.
6. В целях предотвращения возникновения послеоперационных паротитов показан педантичный уход за полостью рта.

#### Д. Геловани. К казуистике почечных аномалий.

На основании статистических данных, автор указывает на то обстоятельство, что в клинике некоторые важные формы аномалии почек на подобие: аплазия, ги-



поплавии, дистонии, подковообразной почки и т. д., встречаются несравненно чаще, чем по данным секционного материала. Причина этого заключается в том, что почки с различными аномалиями подвержены заболеваниям. Отсюда вытекает вся важность своевременной диагностики этих органов. Автором приведены случаи из литературы, когда больные погибали после нефрэктомии при аплазии почек. Затем автор описывает случай, проведенный в госпитальной хирургической клинике тифлисского университета: 3 года назад больной была сделана нефрэктомия по поводу острого гидронефроза и уремических явлений. С тех пор все количество мочи (1500 к. с. в сутки) выделяется через поясничную фистулу. Выделения мочи нормальным путем совершенно не наблюдается. При цистоскопии обнаружено только одно отверстие мочеточника на оперированной стороне. По этим данным автор заключает, что клинически у наблюдаемой больной имеется одна почка, которая выполняет необходимые для организма функции обеих почек.

---

## Thamedrové Medicina.

### Sommaire

(Médecine contemporaine № 5-6)

#### Prof. J. Tikanadzé.

„L'emploi des rayons X-en obstetrique.“ L'auteur, passant en revue les dernieres données bibliographiques concernant la question, arrive a les resumer de façon suivante:

1. La méthode röntgeno-diagnostique a une très grande importance, surtout dans les cas graves.

2. La radiographie et la radioscopie doivent être considérées comme des méthodes absolument inoffensives aussi bien pour la mere que pour l'enfant.

3. Pour le diagnostic de la grossesse on ne peut se servir des rayons X qu'en partant du 4-me mois.

4. Les rayons permettent le diagnostic: 1) de la grossesse (du 4-me mois); 2) le nombre des embryons; 3) leur situation; 4) leur tératologie; 5) les dimensions internes du petit bassin 6) les dimensions des foetus; 7) les rapports entre les emplacements de la tête et la cavité du bassin.

5. Avec l'aide de cette méthode il nous est possible de suivre tout le mécanisme de l'accouchement.

#### D-r Odicharia.

„Les lésions professionnelles chez les radiologistes.“

L'auteur attribue l'effet nocif du travail avec les rayons X à trois facteurs principaux:

- 1) Courants de haute tension;
- 2) gaz toxiques;
- 3) les rayons X eux-mêmes.

En dehors de la production par les courants intenses de l'ozone, de combinaisons nitriques toxiques et de l'action lente et cumulative des rayons—mèmes, l'auteur souligne la fréquence des lésions oculaires et la possibilité de l'infection directe par suite du contact immédiat avec le malade.

L'auteur conclut, que dans ce cas comme dans beaucoup d'autres: „le traitement n'est rien et la prophylaxia est tout“.

#### D-r J. Abakélia.

La chimiothérapie de la Tuberculose.

1. Le n'existe pas, contre la tuberculose pulmonaire chronique, de médication, pouvant agir d'une façon spécifique et radicale (thérapie stérilisans magna).

2. L'iode, le bleu de méthylène, le phosphore, l'arsenic, le cuivre et les autres sels, employés depuis longtemps au cours de l'infection tuberculeuse ne sont pas des facteurs, agissant directement sur l'agent étiologique.

3. Les sels de l'or: le krysolgan, le Triphol, la sanocrysine n'ont pas d'action immédiate sur le b. tuberculeux dans l'organisme du malade; leur action est plutôt chimiospécifique que chimiothérapeutique.

**D-r N. Aléxidzé.**

„Au sujet de la Lambliose de la vésicule biliaire“.

L'auteur passe en revue 4 cas de lambliose, diagnostiqués par lui à l'aide du sondage duodénal et de l'épreuve de Meltzer—Lyon. Dans tous ces cas, le nombre des giardias était beaucoup plus grand dans la bile „B“ que dans la bile „A“ ou dans le contenu duodénal. L'ensemble du tableau clinique permet à l'auteur de conclure, que la lambliose de la vésicule biliaire est la cause d'une cholécystite à marche lente.

**D-r Aspissof.**

„Suture primaire après les antrotomies“.

L'auteur décrit la technique de la suture primaire après les antrotomies, imaginée par lui.

Cette technique consiste à mobiliser, après un premier temps de nettoyage de la plaie, les muscles en retrait de la ligne de l'incision primitive; les muscles doivent être séparés de la peau sous-jacente sur une largeur de 3-4 centimètres et, dans le sens de la longueur, dépasser les coins de l'incision primitive.

Ensuite, tout le faisceau musculaire libéré est introduit dans la cavité de la plaie et on procède à la suture des téguments; dans le coin inférieur de la plaie, l'auteur introduit un petit tampon, qui est enlevé au bout de 2-3 jours.

La plaie se referme, d'ordinaire, au 7-8 jour.

Les contre-indications, pour la suture primaire, sont: l'ouverture trop grande pratiquée dans la dure-mère, la constatation des cocci capsulaires dans les destructions osseuses et la labyrinthite.

Les avantages de la méthode: 1) le matériel autoplastique est le meilleur pour la fermeture de la cavité, créée par la perte de la substance; 2) la plaie guérit plus vite; 3) la cicatrice obtenue est parfaite au point de vue cosmétique.

**D-r Guélovani.**

„Anomalies rénales“.

L'auteur insiste sur la nécessité de vérifier, avant toute intervention sur les reins—si l'on n'a pas affaire à une malformation ou une anomalie anatomique ou physiologique.


Il cite un cas, où la cystoscopie a permis d'établir, qu'un malade néphrectomisé ne possédait qu'un seul uretère, lequel était situé du côté opéré.

**D. G. Gogoladzé.**

„Les parotites post-opératoires“.

L'auteur attire l'attention sur les parotites post-opératoires, qui, d'après lui, ne sont pas des complications rares.

Après avoir énuméré les causes qui peuvent expliquer l'apparition des parotites, l'auteur préconise les soins préopératoires à apporter au nettoyage de la bouche des malades opérés.



**მეიმი ე. ნიჭავჭავაძე**  
**კლინიკურ-დიაგნოსტიკური**  
**კაბინეტი**

**იღებს გამოსაკვლევად:**

**სიხხლს:** 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 უკვე დღეს 10—1 სპირაღი ნახვა შეიძლება დღის 9—10 საათამდის.

**მისამართი:** ლენინის (ძღვას) ქუჩა, გეგანთ უსახ-ვეში (ფაქიმ-კვარციანის სახლის პირდაპირ) № 3.





ИЗДАТЕЛЬСТВО  
ЗНАНИЕ

# ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА „КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“ на 1927 год

Ответственный редактор — проф. В. С. ГРУЗДЕВ.

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

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

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

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

**ПОДРОБНЫЕ ПРОСПЕКТЫ БЕСПЛАТНО.**

## ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1927 г. НА ДВУНЕДЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

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

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

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

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

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



ЖУРНАЛ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
**ВРАЧЕЙ**

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

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР ПРОФ. С. А. БРУШТЕЙН.  
ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИИ, ПРОФЕССОРА: Л. В. БЛУМЕНАУ,  
К. Н. ГЕОРГИЕВСКИЙ, П. Н. ДИАТРОПОВ (Москва), К. Э.  
ДОБРОВОЛЬСКИЙ, Н. Н. ПЕТРОВ, Д. Д. ПЛЕТНЕВ (Москва),  
Л. А. ТАРАСЕВИЧ, (Москва) и Ф. Я. ЧИСТОВИЧ.

== ПОДПИСКА на 1927 г. ОТКРЫТА ==

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

В течение 1927 года подписчики получают:

**12** КНИГ ЖУРНАЛА **И 6** БЕСПЛАТНЫХ  
убористой печати **ПРИЛОЖЕНИЙ**

- Б. Н. Х о л ь ц о в, проф. Лечение мужской гонорреи.  
А. Э. Мандельштам, приз.-доц. Современные биолого-химические методы исследования в гинекологии и акушерстве.  
А. А. Н е м и л о в, прив.-доц. О свободной пересадке органов и тканей.  
Б. М. Бродерзон. Ионтофорез. Под редакцией проф. С. А. Бруштейна.  
В. И. Феоктистов. Избранные отделы физики для врачей.  
I. S c h n a p p e r, проф. Расстройства кровообращения. Общая патология и терапия.

■ ■ ■ ■ ■

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

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



# მიიღება ხელის მოწერა 1927 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

## „თანამედროვე მედიცინა“

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა  
კოლეგიუმის გამოცემა

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, პრაქტიკული მედიცინა, მიმოსილვეები, კოზმესპონდენციები, რეზერვატები, ბიბლიოგრაფია და  
ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწ. უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები, პროფინციელი ექიმები და აგრეთვე მონაწილეობას მიიღებენ საბჭოთა კავშირის და უცხოეთის ექიმ-მეცნიერნი.

ჟურნალის ფასი:

- |                        |         |
|------------------------|---------|
| 1 წლით . . . . .       | 10 მან. |
| 1/2 წლით . . . . .     | 5 მან.  |
| ცალკე ნომერი . . . . . | 1 მან.  |

პასუხისმგებელი რედაქტორები: ივ. ლორთქიფანიძე.

პ. ქავთარაძე. შ. ცხაკაია.

რედაქციის მისამართი: ტფილისი. პლეხანოვის გამზირი № 58.  
ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი — ნერვიულ სნეულ. კლინიკა.