

გამოცემის წელი მეოთხე

F 260
1927

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

9

სექტემბერი

1927



თბილისის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის სამედიცინო კვლევითი განყოფილების გამომცემი

თბილისი

შ ი ნ ა ა რ ს ი

I თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

1. ექ. თ. მამალაძე. გულის პოლიპის—polypus cordis—შემთხვევა 431
2. ექ. მ. უგრელიძე. ახალშობილთა პერიფერიული ლიმფატიური ჯირკვლების მდგომარეობის შესახებ 436
3. დოც. სვ. ყიფშიძე და ექ. ო. ზანგურიძე. რეტრო—ოლიგარული სინდრომის ორი შემთხვევა 443
4. ექ. გ. შენგელია. სისხლის სამართლის უფლება, ბოროტქმედობა და ბოროტქმედთა პიროვნების შესწავლის საკითხი 451
5. ექ. მ. ტყავაძე. ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანების კაზუისტიკისათვის . . 460
6. ექ. ალ. ახვლედიანი. თირკმელის კისტოზური გადაგვარების საკითხისათვის 472
7. დოც. სვ. ყიფშიძე, ექ. ალ. რუხაძე და ექ. მ. ცხაკაია. ალკოჰოლის შემხაპუნება ნერვში 485
8. სტუდ. ნატ. იაკობსონ — გუჯეჯიანი. კამეჩის სისხლის კლინიკური ანალიზის საკითხისათვის 439

II. მიმოხილვა

9. ექ. ნ. გეგეჭკორი. ტუბერკულოზის თანამედროვე პროფილაქტიური ორგანიზაციები საფრანგეთში. 501

III. ბიბლიოგრაფია 503

IV. რეფერატები 506



Танамедрове медицина

(Содержание № 9).

Стр.

I. Теоретическая и клиническая медицина.

1. Д-р Т. Мамаладзе. Случай полипа в левом предсердии 431
2. Д-р М. Угрелидзе. О периферич. лимфатических железах новорежденных детей 436
3. Доц. С. Кипшидзе и д-р Зангуридзе-Середа. Два случая ретро-оливарного синдрома 443
4. Д-р Г. Шенгелая. К вопросу о вменяемости преступников 451
5. Д-р М. Ткавадзе. К казуистике подкожного повреждения кишечника 460
6. Д-р А. Ахвледиани. К вопросу о кистозном перерождении почек . . . 472
7. Доц. С. Кипшидзе, д-р А. Рухадзе и д-р М. Цхакая. Результаты инъекции алкоголя в периферические нервы 485
8. Д-р Якобсон-Гуджеджияни 499

II. Обзоры. К вопросу о клиническом анализе крови буйвола . . .

9. Д-р Гегечкори. Современные туберкулезные организации во Франции. 501

III. Библиография.

IV. Рефераты.

Thanamédrové Medicina

Sommaire

(Médecine contemporaine N° 8).

I. La médecine theorique et clinique.

1. **D-r T. Mamaladzé.** Un cas de polype dans l'oreillette gauche 431
2. **D-r M. Ougrélidzé.** Sur les glandes lymphatiques peripheriques chez les nouveaux—nés. 436
3. **Doc. S. Kipchidzé A d-r Zangouridzé-Sereda.** Deux cas de syndrome retro-olivaire 443
4. **D-r M. Chengelaïa** 451
5. **D-r M. Tkavadzé.** Sur un cas de lesion sous-cutané de l'intestin . . 460
6. **D-r A. Akhylediani.** Au sijet de la dégénerescence kystique du rein . 472
7. **Doc. C. Kipchidzé, d-r A. Roukhadzé et d-r M. Tzakaïa.** Les resultats de l'injection de l'alcool dans les nerfs peripheriques . . . 485
8. **Etud. Nat. Jakobson-Goudjeïani.** A propose de l'analyse du sang du buffle 489

II. Revue.

9. **D-r Gueguetchcori.** L'organisation contemporaine profilactoire du T. B. C. en France. 501

III. Bibliographie.

IV. Analyses.

მდ. თ. მამალაძე.

კლინიკის ორდინატორი.

გულის პოლიპის — Polypus cordis შემთხვევა.

(შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალური კლინიკიდან. გამგე—პრ. ვირსალაძე).

გულის პათოლოგიის ისტორიაში აღნიშნულ ორგანოს სიმსივნეებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევათ თავისებურ კლინიკურ სიმპტომატოლოგიის ძიების თვალსაზრისით, ვინაიდან დღესდღეობით გულის სიმსივნეების დიაგნოსტიკა სიცოცხლეში ყველა მნიშვნელოვან შემთხვევაში თითქმის შეუძლებელია.

მეორეს მხრივ ფრიალ ლამაზი თავისი კონტრასტობით და კანონიერია ის შეცდომები, რომლებსაც ადგილი აქვთ გულის აღნიშნულ სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში და რომლებიც აშკარადებიან მხოლოდ საუტოპსიო მაგიდაზე.

ამის მაგალითს წარმოადგენს საინტერესო შემთხვევა, რომელსაც ადგილი ჰქონდა შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალურ კლინიკაში გასულ წლის მარტის თვეში.

საქმე ეხება ავადმყოფ ქალს 35 წლისას, ეროვნებით სომეხი, პროფესიით სოფლის დიასახლისი, გათხოვილი, სიღნაღის მაზრიდან, რომელიც შემოიყვანეს კლინიკაში მძიმე მდგომარეობაში. ავადმყოფი უჩივის გულის ფრიალს, ქოშინს, მუცლის შებერვას, ქვედა კიდურების შეშუპებას, ტკივილებს და სიმძიმის გრძობას ღვიძლის მიდამოში, ხშირ ხველებას, და საერთო სისუსტეს.

ავად არის თითქმის 2 წელიწადია. ავადმყოფობა თანდათანობით განუვითარდა ქოშინით, რომელიც უფრო საგრძნობი იყო საქმიანობის დროს, გულის ფრიალით, ხან გამოშვებით ჩხვლეტითი ტკივილებით გულის მიდამოში. ავადმყოფი ნათლად აღნიშნავს იმ მომენტს, როცა მან იგრძნო გულის არსებობა გარეგან გამოსახულებითაც გულის მწვერვალს სათანადო ვრცელ არეში გაფანტული ძვრით.

ავადმყოფი უარყოფს ანამნეზში რაიმე მწვავე ინფექციურ სნეულების გადატანას, აგრეთვე ვენერიულ სნეულებას, სახსრების დაავადებას და სხვა, გარდა იმისა, რომ კარგი ხანია რაც მას ახველებს, მაგრამ ამის გამო ის არასდროს არ ყოფილა მწოლიარე. ავადმყოფი როგორც მოგახსენებ 35 წლის არის და უკვე 5 წელიწადია რაც მას თვიური დაკარგული აქვს, გარდა ამისა სასქესო ორგანოთა დაავადებას არ აღნიშნავს.

ფეხმძიმეთ ყოფილა თოთხმეტჯერ —ამათგან მშობიარობა მხოლოდ ხუთჯერ ჩატარებულა ნორმალურად, დანარჩენი ორსულობა მუცლის მოწყვეტით გათავ-

თანამედროვე მედიცინა № 9 1927.

1

ბულა 2-6 თვემდე, მაგარ სასმელების ხმარებას არ სჩვევია. სოფლის ცხოვრების პირობების მიხედვით მძიმე საქმიანობას ეტანებოდა. ქვედა კიდურების შეშუპება და მუცლის შეებერვა უკანასკნელ თვის განმავლობაში შეატყო. მემკვიდრეობაში არაფერს აღნიშნავს.

ობიექტიურად ავადმყოფი საშუალო სიმაღლის და სწორ აგებულობისაა. ძვლები და სახსრები თვალსაჩინო დეფორმაციას არ განიცდიან. კუნთები საკმარისად განვითარებული, მაგრამ ფიზიოლოგიურ ტონუს მოკლებულია. კან-ქვეშა ქსოვილი საშუალოდაა გამოსახული. ქვედა კიდურები შეშუპებულია. კანის და თვალხილვითი ლორწოვან გარსთა ფერი ციანოტიურია, მაჯა სუსტი ავსების, რითმული, შედარებით ხშირი-108 წ. სისხლის პერიფერიულ მილების კედლები ელასტიურია.

გულის საძვერი მკაფიოდ აღინიშნება მე-6 ნექთა შუა არეში მარცხენა ძუძუს ხაზის გარედ $1\frac{1}{2}$ თითის დადებით. ის ვრცლად გაფანტულია. ძლიერ კარგად იგრძნობა სისტოლიური fremitus-ი მწვერვალზე. გულის მარცხენა საზღვარი გადიდებულია $1\frac{1}{2}$ თითით, მარჯვენა კი ორი თითის დადებით. გულის ზევითა საზღვარი აღინიშნება მეორე ნექის ზევითა კიდის დონეზე.

გულის აუსკულტაციისას მოისმინება განსაკუთრებულის ინტენსიობით გულის მწვერვალზე სისტოლიური შუილი, ეს უკანასკნელი მკაფიოდ ტარდება აგრეთვე უკან, მარცხენა ბეჭის არეში.

გულის მოსვენის სხვა ალაგებზე შუილი გატარებულია. წამოჯდომისას სისტოლიური შუილი რჩება, მაგრამ ოდნავ ნაკლები ინტენსიობის.

ფილტვის არტერიის მეორე ტონი აქცენტუალურია. გულის ფუძეზე ისმის ხახუნი, რომელიც ეთანაბრება გულის მუშაობას და სუნთქვასთან დაკავშირებული არ არის. გულმკერდის კონფიგურაციაში თვალსაჩინო დეფორმაცია არ აღინიშნება, ლავიწს ქვეშა და ზედა ფოსოები ზედმეტადაა ჩაღრმავებული.

მარჯვენა ფილტვის მწვერვალს პერკუსია იძლევა მოყრუებას, აქვე ისმის წვრილ ბუშტოვანი სველი ხიხინი. მარჯვნივ ილღის არეში ისმის პლევრის ხახუნი. მუცლის ღრუ შეებერილია. ფლუქტუაცია მკაფიოდაა გამოსახული, ღვიძლი გადიდებულია ერთი ხელის დადებით, სადა ზედაპირის და მკვრივი კონსისტენციისაა. პალპაციისას ღვიძლი ოდნავ მტკივნეულია. ელენთა ოდნავ ეხება ხელს. შარდის რაოდენობა დღე-ღამეში უდრის 400—600 კ ს. შარდში ცილა $1\frac{1}{2}\%$ 15-20 ჩირქოვანი ბურთულები ყოველ მხედველობის არეში. იშვიათად ჰალი-ნური ცილინდრები. ნახველში სათანადოდ დამუშავებისას კოხის ჩხირები ნახული არ იყო. სისხლში არაფერია დამახასიათებელი. Wasserman-ის რეაქცია უარყოფითია.

ამგვარად ჩვენს შემთხვევაში იმდენად ნათლადაა გამოსახული გულის მანკიანობის სიმპტომატოლოგია, სახელობრ ორ სარქველას ნაკულლოვანობა დეკომპენსაციის ხანაში, რომ განსაკუთრებული დიფერენციატია საჭიროც არ არის.

საინტერესოა მხოლოდ ავადმყოფობის მიმდინარეობის ზოგიერთი თავისებურებანი, რომლებიც სიცოცხლეში გაუგებარი იყო და აიხსნა მხოლოდ საუტოპსიო მაგიდაზე

ავადმყოფმა გაატარა კლინიკაში ოცდასამი დღე და ამ ხნის განმავლობაში მდგომარეობა ცვალებადი იყო. თუ სუბიექტიურად ზოგჯერ უკეთესობას

გრძნობდა ავადმყოფი, პირიქით ობიექტიურად მისი მდგომარეობა უარესდებოდა: ქვედა კიდურების შეშუპებას პირის სახის და თვალების ირგვლივ არის შეშუპებაც დაემატა, შარდის რაოდენობამ იკლო და სითხე მუცლის ღრუში მატულობდა. უნდა აღინიშნოს ის გარემოება რომ, თუ საზოგადოდ გულის მანკიან ავადმყოფთათვის დეკომპენსაციის ხანაში უფრო ხელსაყრელია მაღლად წოლა, ჩვენი ავადმყოფი პირიქით ცდილობდა ძიელო დაბალი მდებარეობა და წამოჯდომისას მას უძლიერდებოდა ქოშინი და არაჩვეულებრივ ტანჯულ გამოსახულებას ღებულობდა.

გარდაცვალების ორი დღის წინ ავადმყოფს სუბიექტიურად გაუმჯობესება დაეტყო: მან შეტი აქტივობა გამოიჩინა მეზობელ ავადმყოფებთან ურთიერთ დამოკიდებულებაში, მაგრამ უეცრივ სურათი შეიცვალა გაძლიერებული ქოშინით, მომეტებული ციანოზით, ფილტვების შეშუპებით და მასთან შეიცვალა შეილის ხასიათიც გულის მწვერვალზე: თუ ამდენ ხანს სისტოლიური შუილი მკაფიოდ და განსაკუთრებული ინტენსიობით იყო გამოსახული, ეხლა ის უკვე ცვალებადი შეიქნა. იყო მომენტი, როცა შუილი პრესისტოლიურ ხასიათს ღებულობდა და ზოგჯერ კი სრულიად ქრებოდა. შუილის აღნიშნული ცვალებადობა გაუგებარი შეიქნა და მის ახსნას მხოლოდ სააუტოპსიო მაგიდა მოგვცემდა.

ვინაიდან ამ შემთხვევაში აგონიის დროს ცვალებადობის ახსნა-განმარტება ძნელი იყო გულის ფუნქციონალურ ადინამიის და შესაძლებელ ორგანიულ დაავადებათა ურთიერთ გადახლართვის გამო.

კლინიკური დიაგნოზი შემდეგი იყო: *Ins. vv. mitralis, decompensatio. Pericarditis sicca, Pleuritis sicca dextra, Apicitis. Malaria, chronica. Cirrhosis hepatis consecutiva.*

გვამის გაკვეთისას, რომელიც აწარმოვა პათივცემულ პროფესორ ვლ. ჟღენტმა, აღმოჩნდა, რომ მარცხენა წინა გულში მოთავსებულია ქათმის კვერცხის ოდენა პოლიპი, რომელიც შეშუპების გამო ციანოტიური და მარცხენა ვენურ ხვრელში ჩაქედილი იყო. მარჯვენა პარკუჭი საკმარისად გაგანიერებული და ჰიპერტოფიულია, აგრეთვე მარცხენაც.

სარქველები თვალსაჩინო დეფორმაციას არ განიცდიან ასე რომ აღნიშნული პოლიპი, როგორც გარეშე სხეული ავადმყოფის ცხოვრებაში ჰქონდა პირობებს გულის მანკიანობის სიმპტომატოლოგიისათვის. პოლიპის პათოლოგიური ანატომია შესწავლილია ექიმ გ. მათიაშვილის მიერ, რომლის ცნობით პოლიპის ქსოვილი მიკსომას ეკუთვნის. მე მაინტერესებს მხოლოდ მისი გარეგანი მორფოლოგია, თავისუფალ მოძრაობის ხარისხი გულის ღრუში და მისი ურთიერთ დამოკიდებულება ვენურ ხვრელთან და იქ მოთავსებულ ორ კარიან სარქველთან.

აღნიშნული პოლიპი მოთავსებული გახლავთ ფეხზედ მარცხენა წინა გულში წინაგულთა ძვიდეს ფუძესთან. ასე რომ მას სისხლის მიმოქცევის დროს თავისუფალი მოძრაობა ჰქონდა. მასთან მარცხენა ვენურ ხვრელის მიმართ და უმთავრესად სარქველას იალქნების მიმართ ის ასიმეტრიულადაა მოთავსებული. უძველი დიამეტრი მიიმატებდა მარცხენა პარკუჭისაკენ და ფარავს მთლიანად სარქველას მარჯვენა-უკანა იალქანს.

ამგვარად, როგორ უნდა ავხსნათ ორ სარქველას ნაკლულოვანობის სიმპტომატოკომპლექსი, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ავადმყოფის სიცოცხლეში? არის სამი

შესაძლებლობა: ერთი ის რომ პოლიპი ასიმეტრიულ მდებარეობის და თავისუფალ მოძრაობის გამო აწევბოდა ორ სარქველას მარჯვენა იალქანს და ამით უშლიდა ხელს სარქველას იალქნების თანაბრად მოქმედებას და ჰქმნიდა მის ნაკოლუვევანობას.

მეორე შესაძლებლობა, უფრო საეჭვო, მდგომარეობს იმაში, რომ პოლიპი აწევბოდა თავის სიმძიმით სარქველას ორივე იალქნებს და მარცხენა პარკუჭის სისტოლის დროს სარქველას იალქნები ვერ სძლებდენ პოლიპის სიმძიმეს და რჩებოდნენ დაუხურავი.

მესამე კი წინაგულის მონაწილეობის გამოვარდნა პოლიპის ზეგავლენით ორ სარქველას დახურვის პროცესში და მით იალქნების ფიზიოლოგიურ მოქმედების შეფერხება.

საკმარისად გასაგები ხდება აგრეთვე ავადმყოფის უეცარი სიკვდილი, ვინაიდან პოლიპი მთლიანად ჩაიჭედა მარცხენა ვენურ ხერგელში შეშუპების გამო. უშლის ხასიათის და ინტენსიობის ცვალებადობა, რომელიც შემჩნეული იყო ავადყოფობა უკანასკნელ დღეებში, აიხსნება აგრეთვე პოლიპის ხანგამოშვებითი ნაწილობრივი ჩაქედვით ვენურ ხერგელში, რომელსაც შეეძლო მოეცა ორ სარქველას სტენოზის სიმპტომოკომპლექსიც.

ის გარემოება, რომ ავადმყოფი უფრო ამჯობინებდა დაბლა წოლას და წამოჯდომასაც ცუდად გრძობდა თავს, უჩვენებს თუ რა მექანიკურ დაბრკოლებას სისხლის დენისათვის წარმოადგენდა ჩვენს შემთხვევაში პოლიპი ავადმყოფის მდებარეობის დამიხედვით; სახელდობრ ავადმყოფის ვერტიკალურ მდებარეობაში თვალსაჩინოდ ძლიერდებოდა პოლიპის მიერ შექმნილი მექანიკური დაბრკოლება სისხლის დენისათვის და პირიქით ჰორიზონტალურ მდებარეობაში ეს დაბრკოლება მინიმუმს უახლოვდებოდა ადვილად გასაგებ მიზეზების გამო.

რა იძლეოდა პერიკარდიტის მოვლენებს, რომელიც ასე მკაფიოდ იყო გამოხატული გულის ფუძეზე და რომელმაც შეეცდომაში შეგვიყვანა, როცა დავსვით პერიკარდიტის დიაგნოზი? გაკვეთის დროს ამის ნიშნები არ აღმოჩნდა, საფიქრებელია რომ აღნიშნულ აკუსტიკურ ფენომენს წარმოშობდა პოლიპის და მარცხენა წინა გულის შიგნითა ზედაპირის ურთიერთ შორის ხახუნი, როდესაც მარცხენა პარკუჭის სისტოლის დროს პოლიპი ამოტივტივდებოდა ზემოთ და მჭიდროდ დაუახლოვდებოდა წინა გულის შიგნითა ზედაპირს.

ამგვარათ, როგორც ხედავთ ყველა ეს ცალ-ცალკე მოვლენები მაინც ოდნავდაც არ შევლიან გულის სიმსივნეების სიცოცხლეში ამოცნობის საკითხს და ჩვენც ამ შემთხვევაში განვიმეორეთ დღეს-დღეობით კანონიერი შეცდომა იმ 18 შემთხვევასთან ერთად, რომელიც მოცემულია გულის სარქველების სიმსივნეების სტატისტიკაში და რომლებიც მხოლოდ სააუტოპსიო მაგიდაზე იყო შემჩნეული.

გულის სიმსივნეებს, ცხადია, შეუძლია მოგვცეს გულის მანკიანობის სხვადასხვა სურათი მათი ლოკალიზაციის, სარქველებთან და ხერგლებთან ურთიერთ დამოკიდებულობის მიხედვით.

სიცოცხლეში მათი გამოცნობა კი თითქმის ყოველთვის შეუძლებელია, თუ არ ავიღებთ იმისთანა შემთხვევებს, რომლებიც იძლევიან სურათს შუასაყარის სიმსივნისა. მაგრამ ამ შემთხვევებშიაც სიმსივნის ლოკალიზაციის პირველადი აღდი-



პოლიტი, მოთავსებულია მარცხენა წინა გულში.

ლი არას დროს ამოცნობილი არ ყოფილა. ამისდა მიხედვით რამდენადაც მდიდარია აღნიშნულ სიმსივნეების პათოლოგო-ანატომიური კვლევა-ძიების ლიტერატურა, იმდენად ღარიბია კლინიკური მასალა ამ საკითხის ირგვლივ; კლინიკურ სიმპტომატოლოგიაზე კი ლაპარაკიც ზედმეტია, ვინაიდან, განა შეიძლება ამ უკანასკნელის ჩამოყალიბება იქ, სადაც გულის ფუნქციონალური შესაძლებლობა და შეგუების უნარი ყოველ კერძო შემთხვევებში უსაზღვროტ ქანაობს და ზოგჯერ კი განცვიფრებაში მოჰყავს ადამიანი. ამის მაგალითს წარმოადგენს პრიგ.-დოცენტ მანდელშტამის შემთხვევა, სადაც ქათმის კვერცხის ოდენა სარკომა მოთავსებული იყო ფილტვების არტერიის სარქველებზე და იწვევდა აღნიშნული ხერელის უაღრეს შევიწროვებას, მაგრამ კლინიკურათ ეს თითქმის შეუძინეველი იყო და მხოლოდ სააუტოპსიო მაგიდაზედ გამოაშკარავდა. ამ გვარივე მაგალითს წარმოადგენს ბურთისებური ტრომბების არსებობა გულის ღრუებში, რომლებიც მიმაგრებული არ იყვნენ და თავისუფლად მოძრაობდნენ როგორც გარეშე სხეული, მაგრამ არ იძლეოდნენ არავითარ თვალსაჩინო დაბრკოლებას ავადმყოფის სიცოცხლისათვის დიდი ხნის განმავლობაში და იწვევდნენ უეცარ სიკვდილს ტრომბების ხერელებში ჩაქედვის გამო (Recklinghausen-ის შემთხვევები სააუტოპსიო მაგიდაზე). Link-ს ქონდა შემთხვევა, როდესაც ორ სარქველას ფუნქციონალურ ნაკლულევანობის გამო სისტოლიური შუილი ავადმყოფის წამოჯდომისას სრულიად ქრებოდა, მაგრამ ამავე დროს ვითარდებოდა შეტევა არაჩვეულებრივ ქოშინისა და ავადმყოფი სწრაფად ღებულობდა ჰორიზონტალურ მდებარეობას. Armstrong-ის და Mänckeberg-ის მიერ იყო აწერილი აგრეთვე მაჯის სიიშვიათე დისოციაციით და Adams Stockes სინდრომითაც სიმსივნის ატრიო-ვენტრიკულიარულ გზებზე მოთავსების გამო, მაგრამ ყველა ეს ფაქტები გამოაშკარავდა უეცარი სიკვდილის შემდეგ საუტოპსიო მაგიდაზე და მხოლოდ ამის შემდეგ ავტორებმა აღნიშნეს ზემო მოყვანილი სიმპტომოკომპლექსები, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს სიმსივნეების გულის ღრუში არსებობის გამო.

აქ მოსახსენებელია აგრეთვე Bard-ის შემთხვევა, მარცხენა წინა გულის მიქსოსარკომისა, სადაც ნათლად აღინიშნებოდა ორთავე წინა გულეების პულსაციის უთანაბრობა (მიღებული იყო წინაგულეების პულსაციის მრუდეები საქმლის მონელეებელ მილიდან). ამ შემთხვევაში ავტორმა ექვი შეიტანა წინაგულეში დაბრკოლების არსებობის შესახებ, მაგრამ გარკვეული დიაგნოზი კი არ ჰქონდა დასმული.

ამგვარად ჩვენ შეგვიძლია დავსკვნათ, რომ მხოლოდ აბსოლუტურად მზგავს მრავალ შემთხვევების დაწვრილებითს კლინიკური სურათის აწერას შეუძლია მოგვეცეს ზოგიერთი უდავო სიმპტომები, რომ სათანადო შემთხვევებში დიაგნოსტიური ორიენტაცია გულის ღრუში სიმსივნეების არსებობისაკენ მივაქციოთ. მაგრამ დიდ უმრავლეს შემთხვევებშიაც სრულიად კანონიერი იქნება ის განცვიფრება, რომელსაც გამოიწვევს ჩვენში სააუტოპსიო მაგიდა მასზე აღმოჩენილ, ჩვენთვის სრულიად მოულოდნელ შემთხვევებით.

მ. უბრაღლიძე.

კლინიკის ასისტენტი.

ახალშობილთა პერიფერიული ლიმფატიური ჯირკვლის მდგომარეობის შესახებ*).

(ტფილ. უნატის ბავშვთა სნეულების კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ს. გოგიტიძე.)

Tuberculöse Heredität im sinne fötaler infektion ist möglich aber eine seltenheit. H. Finkelstein.

როდესაც ვაწარმოებდი მუშაობას შესახებ ახალშობილთა ფიზიკურ განვითარებისა საქართველოში, ჩემი ყურადღება მიიქცია იმ გარემოებამ, რომ ახალშობილებს ხშირად ესინჯებოდათ ამა თუ იმ მიდამოს პერიფერიული ჯირკვლები. ამგვარმა ფაქტმა მიიბურო ჩემი ყურადღება, მით უმეტეს, რომ პედიკტრიულ ლიტერატურაში არ არსებობს ამ საგანზე ერთი შეხედულობა; მაგ., Bergmann-ის აზრით— კარგად მყოფ ახალშობილებს ჯირკვლები შეხებით არ უნდა ესინჯებოდეთ; Frölich—თუ ქორუა ბავშვს ესინჯება ჯირკველი, ეს სუსტი კვების ნიშანია; Baer—დაბადებიდან წლამდინ ბავშვებს ესინჯებათ პერიფერიული ჯირკვლები და ეს არ ამტკიცებს, რომ მათში რაიმე პათოლოგიური ცვლილებანი იყოს. Б. Копраевს გამოუკვლევია პერიფერიული ჯირკვლები 46 ახალშობილისა და 24 შემთხვევაში უნახავს ამა თუ იმ მიდამოს ჯირკველი შეხებით; ჯირკვლებს რბილი კონსისტენციისა და მუხუდოს ოდენას ავტორი სთვლის ნორმალურად; უფრო მოზრდილ ჯირკვლებს და მაგარი კონსისტენციისა ის სთვლის პათოლოგიურად; ამგვარი ჯირკვლები შეხვედრია 9 შემთხვევაში 19,3%.

მოყვანილ ლიტერატურულ ცნობების უთანხმოება და ჩემს მიერ შემთხვევით აღნიშნულმა მდგომარეობამ ლიმფატიური ჯირკვლებისა, მიკარნახა უფრო სისტემატიურად შემესწავლა ახალშობილთა ჯირკვლების მდგომარეობა იმ მასალაზედ, რომლითაც მე ვსარგებლობდი ახალშობილთა ფიზიკური განვითარების შესასწავლად.

მასალით ვსარგებლობდი სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიკალინო კლინიკაში და ქალაქის I-ლი საავადმყოფოს სამშობიარო განყოფილებაში, რისთვისაც გულთათად მადლობას ვუძღვნი კლინიკის დირექტორს პროფ. ივ. თიკანაძეს და სამშობიარო განყოფილების გამგეს ექ. ლ. მონინს.

* მოხსენებულია საქართველოს ექიმთა მესამე კონგრესზე, 26 მაისს 1925 წ.

გამოკვლევას ვაწარმოებდი შემდეგნაირად: აღნიშნავდი ბავშვის დაბადების დროს, სქესს, ეროვნებას, მშობლების ასაკს, ხელობას, მათ ნივთიერ შემძლებლობას, მათი ჯანსაღობის ვითარებას, ყურადღების მიქცევით ტუბერკულოზზე, ათაშანგზე და მალარიაზე, აღნიშნავდი აგრეთვე იმას, რომელი ორსულობიდან დაიბადა და რამდენი შვილი დაკარგეს მშობლებმა და რის გამო. სათზნადო წესით ვიკვლევდით ბავშვის წონას, სიმაღლეს თავიდან ქუსლამდე და საჯდომამდე (zitzhöhe), თავის, გულ-მკერდის და მუცლის წრეს.

შემდეგ პალპაციით ვიკვლევდი ლიმფატური ჯირკვლების მდგომარეობას. კისრის ლატერალურ ჯირკვლებს ვიკვლევდი ორივე მხარეს ერთ და იმავე დროს—ბავშს სწორედ უჭერდი თავს; კეფის ჯირკვლების გამოსაკვლევად თავს უღუნავდი უკან; ქვედა-ყბის ჯირკვლების—თავს უღუნავდი წინ. ილლიის ჯირკვლების გამოსაკვლევად მკლავს ოდნავ ვაშორებდი გულის ყაფაზს და თითოთ ღრმად შევდიოდი ილლიის ფოსოში. კუბიტალური ჯირკვლების გამოსაკვლევად იდაყვის სახსარს ვღუნავდი სწორი კუთხის ქვეშ, საზარდულის ზარბაყებს უბრუნებდი ოდნავ გარეთ.

კისრის ჯირკვლები ისინჯებოდნენ ლატერალურად musc. sternocleidomast. უკანა კიდურზედ, v. jug. ext. მიმართულებით, წარმოადგენდნენ კრიალოსანს შედგენილი წვრილი მძივისაგან (ნიცეპ), რგვალი ფორმის და რბილი კონსისტენციის.

ილლიის ჯირკვლები ისინჯებოდნენ ჯგუფობრივ 4—5 და მეტიც, მათში ერთი უფრო მოზრდილი (ლობიოს მარცვლის ოდენა) და სხვები წვრილები (ხორბლის და უფრო მიდიდო ოდენობის), ამ ჯირკვლების ფორმა არ იყო ყოველთვის რგვალი, შიგ ერია ხოლმე პრტყელი ფორმისაც. კონსისტენცია მათი იყო რბილი. კუბიტალური ჯირკველი არც ერთ შემთხვევაში არ შემხვედრია გადიდებული. საზარდულის ჯირკვლები ისინჯებოდნენ პარალელად lig. Pupartii's, უფრო ახლო შუა ხაზთან, რიცხვით ერთი ან ორი, მორგვალო ფორმის, ხორბლის მარცვლის ოდენობის, რბილი კონსისტენციის. ელენთა ოდნავ გადიდებული შემხვედა 3 შემთხვევაში, ღვიძლი ჩვეულებრივი სიდიდისა.

ყველა ამ ბავშვებს უკეთებდი Pirquet's რეაქციას, ვხმარობდი Koch's Alt-tuberculin's მთლიან (100⁰/); 65 შემთხვევაში ეს რეაქცია გაუკეთდა აგრეთვე დედებს. ყველა ბავშვებს ჰქონდათ უარყოფითი რეაქცია, დედებს-კი 40⁰/ო დადებითი. შედეგი ჩემი გამოკვლევისა მოყვანილია ქვემო მოთავსებული ცხრილში.

სულ იყო გასინჯული 200 ბავშვი, მათში 156 (78⁰/ო) აღმოაჩნდათ პერიფერიული ჯირკვლები, რომელიც ხელის შეხებით ისინჯებოდნენ.

დაბადების საათსავე იყო გაშინჯული — 5 ბავშვი.

პირველ დღეს	— 39	„
მეორე „	— 60	„
მესამე „	— 23	„
მეოთხე „	— 16	„
მეხუთე „	— 8	„
მეექვსე „	— 5	„
სულ	— 156	„

სიტყვების უნარის მხრივ	Gelidasi	გასინჯვის დღე	რიცხვი შემთხვევებისა	კისრის ჯირკვლები	კისრის და ილღის ჯირკვლები	ილღის ჯირკვლები	საზარდულის ჯირკვლები	შენიშვნები
I	102	დაბადების დღე	2		1	1	ერთად კისრ. და ილღის	კისრის ჯ. 16 ხორბ. მ. ოდენა { ორივე მხრივ 6 მწვრილ მივი
70		1	16		3	11	$2+c$ $+ax$	ილღის ჯ. 20 ლობიოს ოდენა { ორივე მხრივ 24 მუხუდ. ოდენა
54		2	23	1	12	10		8 ლობიოს ოდენა { ერთი მხრივ 1 მუხუდ. ოდენა
16		3	5		1	4		საზარდულის ჯ. 3 მუხუდ. ოდენა { ორივე მხრივ
		4	5		1	4		
		5	3		1	1	$1+ax$ $+col$	
		6						
			54	1	19	31	3	
II	94,5	დაბადების დღე	1			1		კისრის ჯ. 24 ხორბლ. მარც. { ორივე მხრივ 7 წვრილი მივი
112		1	19		7	12		8 ხორბლ. მარც. { ერთი მხრივ 3 წვრილი მივი
88		2	35		15	18	$2ax+c$ $+c$	ილღის ჯ. 56 ლობიოს ოდენა { ორივე მხრივ 16 მუხუდ. ოდენა
24		3	16		8	6	$1+ax$ $1+c+ax$ $1ax+c$	12 ლობიოს ოდენა { ერთი მხრივ 3 მუხუდ. ოდენა
		4	7		1	5		საზარდულის ჯ. 5 ხორბლ. მარც. { ორივე მხრივ
		5	5	1	3	2		
		6	5		3	2		
			88	1	37	46	5	
III	89	დაბადების დღე	2	1	1			კისრის ჯ. 6 ხორბლ. მარც. { ორივე მხრივ 4 წვრილი მივი
18		1	4		2	1	$1+ax$	ილღის ჯ. 9 ლობიოს ოდენა { ორივე მხრივ 3 მუხუდ. ოდენა
14		2	2		1	1		საზარდულის ჯ. 1 ხორბლ. მარც. { ორივე მხრივ
4		3	2		2			
		4	4	1	2	1		
		5						
			14	2	8	3	1	

მარტო კისრის ჯირკვლები ისინჯებოდნენ 6 შემთხვევაში (3,07%)	
„ ილლიის „ „ 80 „ (51,2%)	
კისრის და ილლიის ერთად „ 64 „ (41,02%)	
საზარდულის სხვა ჯირკვლებთან ერთად 9 „ (5,76%)	

ოდენობა ჯირკვლების ირყეოდა ლობიოს მარცვლიდან ხორბლის მარცვლამდე, კონსისტენცია რბილი, ერთმანეთში არ იყვნენ შეწყებულნი.

გასინჯული ბავშვები იყვნენ დაყოფილი 3 ჯგუფად: პირველ ჯგუფს ეკუთვნოდნენ ის ბავშვები, რომელნიც წარმოადგენდნენ საუკეთესო ნიმუშებს ფიზიკური განვითარებისა 70.

მეორე ჯგუფს — საშუალო განვითარებისა 112

მესამე „ — სუსტი „ 18

ფიზიკური განვითარება ბავშვებისა ფასდებოდა მათი წონის, სიმაღლის, ნახევარი სიმაღლის (sitzhöhe), თავის გულმკერდის და გარშემოწერილობის გამოკვლევით.

ამგვარად მიღებული ცნობები იყო დამუშავებული მათი სიცოცხლის უნარის სიძლიერით (Frebelius'ის მიერ მოცემული ფორმულა) და Geledusi'ი (Pirquet)*.

პირველად მცირელიმფატიურ ჯირკვლების გადიდებას (Micropolyadenia) მიაქცია ყურადღება Legroux'მ 1886 წ. ის იყო იმ აზრისა რომ გადიდებული ლიმფატიური ჯირკვლები არიან მაჩვენებელი ლატენტური ტუბერკულოზისა. Marinescu და Pascal არიან ამავე აზრისა (1890—1892).

Potier კი ამტკიცებს, რომ ლიმფატიური ჯირკვლების გადიდება არ მოასწავებს ყოველთვის ტუბერკულოზურ ინფექციას, (1894) რომ ამ მოვლენას ვხდებით ბავშვის სხეულში სხვა ავადმყოფობის დროსაც

*) შენიშვნა: Frebelius სიცოცხლის უნარიანობასა (жизнеспособность) იკვლევს შემდეგნაირად: თავის გარშემოწერილობიდან რიცხვს გულ-მკერდის გარშემოწერილობას; გულის გარშემოწერილობიდან რიცხვს $\frac{1}{3}$ ტანის სიგრძეს; პირველი ნაწილიდან გამოირიცხება მეორე ნაწილი; რაც ნაწილი მტკია სიცოცხლის უნარი უფრო მძლავრად არის გამოხატული. პირველ ჯგუფს ეკუთვნიან ისინი, რომლებიც ნაწილი უდრის 8—10; მეორეს 7—3; მესამეს—2—0; Pirquet'ს წინადადებით უნდა გაიზომოს ნახევარი სიმაღლე (თავიდან საჯდომამდე)—Sitzhöhe, რომელიც აღებული მე-3 ძირკვიდან უნდა უდრიდეს 10-ჯერ აღებულ წონის გრამებს, გაყოფილი Si.

$\sqrt[3]{\frac{10 \text{ წონა გრამებში}}{\text{Sitzhöhe}}}$; თვითონ სიტყვა Geledusi ნიშნავს Gewicht (G) zehnfach (e) linear (1) dritte Würzel diwiedert durch (du) Sitzhöhe (Si).

Pirquet'ს გამოკვლევით.

ნორმალური ახალშობილს უნდა ჰქონდეს 93,16—Geledusi

მსუქანს 100 — „

სუსტის 90 — ნაკლები.

როგორც ცხრილიდან სჩანს ჯირკვლები ესინჯებოდათ ყველა ჯგუფის ბავშვებს, ე. ი. როგორც კარგად განვითარებულებს აგრედვე სუსტად.

რაც შეეხება ბავშვების მშობლების ჯანსაღობას—დედები თავიანთ თავს სთვლიდნენ საღად, მარტო 3 ქალმა აღიარა რომ გადატანილი ჰქონდათ ათაშანგი და წამლობის შემდეგ მიეცათ ბავშვი; მალარია ანანუნჯში იყო 30%, მაგრამ არც ერთ დედას ორსულობის დროს არ ჰქონია შეტევები; იმ ქალებმა, რომლებმაც მოგვცეს დადებითი Pirquet'ს რეაქცია (40%) აღიარეს რომ გრძნობენ თავიანთ თავს კარგად და ობიექტიურად არ აღმოაჩნდათ არავითარი ნიშნები ტუბერკულოზური ინფექციისა.

გერმანელი ავტორებიც (Lazar, Шредер) სთვლიან რომ $\frac{1}{3}$ შემთხვევაში ჯირკვლების გადიდება არის გამოწვეული ტუბერკულოზური ინფექციით, ამავე აზრისა არიან Strassmann, Schenker, Krückmann, Dmochovsky და სხვ... ხშირად გადიდებულ ჯირკვლებში ვერ ვპოულობთ ტუბერკულოზის დამახასიათებელ თვისებებს, როგორც სპეციფიურ ჩხირებს, გიგანტურ და ეპითელიოიდურ უჯრედებს. გიგანტური უჯრედები შეიძლება, რომ განვითარდნენ აგრეთვე უცხო სხეულის შესვლით ჯირკველში. Krückmann-ი ამბობს, რომ ჯირკვლების ტუბერკულოზი ხასიათდება შემდეგი ნიშნებით: 1—კახეოზური ფოკუსი; 2—უცხო სხეულის არ ყოფნა; 3—ლეიკოციტების არ ყოფნა, მაგრამ ამისთანა ცვლილებას ჩვენ შევხვდებით უკვე ამკარად განვითარებული პროცესის დროს. ფარული ან ლატენტური ტუბერკულოზი ჩვენ შეგვიძლია მხოლოდ დაავადებული ჯირკვლის ზღვის გოქის აკრის საშუალებით, როგორც ეს უწარმოებიათ Pitsini's, Fraenkel's, Briault's, Nicoll's და სხვ.. დადებითი შედეგით, აგრედვე ლიმფატიური ჯირკვლების გადიდება შეიძლება რომ იყოს გამოწვეული თანდაყოლილი ათაშანგით, მართლა მართო იმ შემთხვევაში, როდესაც არის კახექსია. თუმცა Parrot არ არის ამ აზრისა, მაგრამ Sivestre და Leenhard-ი ამბობენ თუ ჯირკვლების დაპატარავება მოხდა სპეციფიური წამლობის ზეგავლენით, ეს ჩვენ ცხადად გვიმტკიცებს მის ეთიოლოგიასო.

ყველა ზემოდ მოყვანილი არის ერთგვარი საზოგადო სჯა-ბაასი გადიდებული ლიმფატიური ჯირკვლების შესახებ და კერძოდ ახალშობილთა ჯირკვლებზე მე ვერ ვნახე ლიტერატურაში ცნობები, გარდა იმისა, რომელიც არის ზევით მოყვანილი.

ჩემი მასალის შეგროვების დასაწყისში მქონდა საბუთი რომ ასეთი სიხშირე ლიმფატიური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიისა მიმეწერა მშობლების რომელიმე ქრონიკული ინფექციისათვის.

რაც შეეხება ათაშანგს მე ის გამოვრიცხე იმ მოსაზრებით, რომ შეუძლებელია რომ 200 ბავშვზე 156 დაიბადოს აუადმყოფი Lues-ით და იმავე დროს ყველა ეს ბავშვები წარმოადგენდნენ ყოვლად დამაკმაყოფილებელ ფიზიკურ განვითარებას, ანამნეზის მიხედვით 3 შემთხვევაში იყო აღმოჩენილი ათაშანგი. შესაძლებელია, რომ ათაშანგით დაავადებულთა უმნიშვნელო რიცხვი ჩვენ ვერ აღვრიცხეთ.

მე უფრო ეს ჯირკვლები, რომელნიც შეხებით ისინჯებოდნენ მივაწერე ტუბერკულოზურ ინფექციას, რადგანაც ეს ინფექცია ყველაზე მეტად გავრცელებულია და ქლექით დაავადებულ ქალს შეუძლიან შობოს ბავშვი იმ შემთხვევაშიაც კი, როდესაც ტუბერკულოზი მე-III სტადიაშია. ამიტომ მე ვცადე ახალშობილზე Pirquet-ს რეაქცია, თუმცა ამ საკითხის ლიტერატურული ცნობების მიხედვით ამ ასაკში დადებითი შედეგები არ უნდა მიეღო. აი რას სწერს V. Pirquet „Vom sämtlichen 96 sauglingen der ersten und zweiten Lebenswoche reagierte nicht ein einzigen, trotzdem bis auf 10 mg. gestiegen worden war“ (96 ჩვილ ბავშვთაგან, რომელთა ასაკი იყო 12 კვირა, არც ერთმა არ მოგვცა დადებითი რეაქცია, თუმცა ასაკრელი მასალის რაოდენობა გადი-

დებული იყო 10 mg.-მდე). 65 დედასაც გაუკეთე Pirquet-ს რეაქცია და 40% მათში მივიღე დადებითი რეაქცია. ამ დედის ბავშვებმაც მომცეს უარყოფითი შედეგი.

რაც მეტი მასალა გროვდება, მით უფრო მეპარებოდა ექვი იმის შესახებ რომ ახალშობილთა პერიფერიული ჯირკვლების ზოგიერთი ჯგუფის გადიდება პათოლოგიურ მოვლენას წარმოადგენს. ტუბერკულოზურ ინფექციას აღარ ვაწერდი ამ ჯირკვლების გადიდებას, მით უმეტეს, რომ თანამედროვე მდგომა. რობა ამ საკითხისა ამისთანაა: მემკვიდრეობითი ტუბერკულოზი მარტო იშვიათ შემთხვევაში გადაეცემა.

Pehu და Chali'er's დღევანდლამდე შეუკრფია 51 შემთხვევა (Les notions actuelles sur l'hérédité de la tuberculose—Arch. de Med. des Enp.—1915). ამავე ავტორების შეკრებილი პათოლოგიურ ანატომიური მასალის მიხედვით ერთ თემდინ ტუბერკულოზი არა გვხვდება. ტფილისში I ქალაქის საავადმყოფოში ექ. თხახაძის მიერ იყო შეკრფილი პათოლოგო-ანატომიური მასალა ტუბერკულოზის გავრცელების შესახებ ბავშვთა ასაკში 10 წლის განმავლობაში, მისი ცნობებით ტუბერკულოზური ინფექცია უნახავთ 5 თვის შემდეგ.

ეხლა მოვიგონოთ თუ რა ფუნქციას ასრულებენ ლიმფური ჯირკვლები? პირველი მათი ფუნქცია ლიმფობოიეზი (Jolly, Arnold, Flemming), მეორე ფიზიო-პათოლოგიური—წარმოადგენენ ბარიერს იმ ინფექციისათვის, რომელიც ვრცელდება ლიმფური მილების საშუალებით, მესამე—წარმოადგენენ დეპოს სხეულში მოხდენილ უცხო ნივთიერებათათვის და სხვა..

შეიძლება თუ არა ჩვენ დაუკავშიროთ ეს ზემოთ მოყვანილი ლიმფური ჯირკვლების ფუნქცია ახალ-შობილის თავისებურ მდგომარეობას.

ახალშობილი ბავშვი განიცდის თავის სხეულში იმისთანა ცვლილებას რომელიც განმეორდება ხოლმე სქესობრივი დამწიფების და ორსულობის დროს, ამგვარ მოვლენას უწოდებენ ფრანგები „puberté en miniature“, სქესობრივი დამწიფება მინიატურაში: სარძეო ჯირკვლები განიცდიან ჰიპერტროფიას, მათში გამოიყოფება ხსენი, ამგვარ მოვლენას ეხვდებით ორივე სქესში; საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსი განიცდის ჰიპერპლაზიას. გამოიყოფება ხოლმე ლორწო, ხანდისხან სისხლი (metrorrhagia neonatorum); ვაჟებს—gl. prostat'ის ჰიპერტროფიას ორივე სქესში ბალნის (lanugo) და ცხიმის ჯირკვლების განვითარება, რომელნიც ცხვირზედ ნიკაპზედ და ლოყებზედ მოყვითალო წერტილებით მოჩანან (acné de la puberté).

მე დაუკავშირე სარძეო ჯირკვლების ჰიპერტროფია ილიის ჯირკვლების ჰიპერპლაზიას, ვინაიდან სარძეო ჯირკვლების ლიმფური მილები დაკავშირებული არიან ილიის ჯირკვლებთან (Testut); დასაშვებია, რომ ორგანო ე. ი. სარძეო ჯირკველი, რომელიც განიცდის ერთგვარ აქტივობას—ამუშავებს ხსენს, ეს ხსენი შეიწოვება და ჩვენ ვიცით, რომ ლიმფური ჯირკვლები წარმოადგენდენ ერთგვარ ბარიერს და თავიანთ სხეულში სტოვებენ დეპოს სახით უცხო ელემენტებს, ამავე დროს რასაკვირველია განიცდიან გადიდებას.

რაც შეეხება კისრის ჯირკვლებს დასაშვებია, რომ მათი ჰიპერტროფია ხდება შუა-ყურის სითხის შეწოვნის ზეგავლენით. ახლად-შობლის შუა-ყურში

იმყოფება სითხე (студень), რომელიც ორი კვირის განმავლობაში შეიწურება ხოლმე (ამ ორი კვირის განმავლობაში ბავშვი ყრუა); რომ შუა ყურისა და კისრის ლატერალური ჯირკვლების შორის არის დამოკიდებულება სჩანს იქიდან რომ შუა-ყურის ჩირქოვანი ანთების დროს სწორედ ზემოხსენებული კისრის ჯირკვლები განიცდიან ხოლმე გადიდებას.

რაც შეეხება საზარდულის ჯირკვლების გადიდებას დასაშვებია, რომ იმათაც აქვეთ კავშირი იმ ფიზიოლოგიურ სქესობრივ დამწიფებასთან, რომელზედაც მე ზემოთ ვილაპარაკე.

ჩემ მიერ წარმოდგენილი ახსნა ახალშობილთა პერიფერიული ჯირკვლების გადიდებისა ჯერ ვერ ჩაითვლება უდავოდ საბოლოოდ, რადგანაც ის უფრო ვარაუდი ხასიათისაა, მომავალს ეკუთვნის ჯირკვლების გადიდების და იმ სქესობრივ კრიზის (crise génitale) შორის, რომელსაც განიცდიან ფიზიოლოგიურად ახალშობილი ბავშვები უფრო ფაქტიური გარკვევა, დამჭიდროება. მაგრამ ეხლაც ჩვენი მასალა, სიხშირე ყოველ მხრივ ჯანსაღი ბავშვების პერიფერიული ჯირკვლების გადიდებისა გვაიძულებს დაუკავშიროთ და ვიფიქროთ, რომ ეს გადიდება არ არის პათოლოგიური არამედ რაღაც უცნობი ფიზიოლოგიური კრიზისის შედეგს წარმოადგენს.

დასასრულ დიდ მადლობას ვუძღვნი ჩემ მასწავლებელს პროფ. სვიმონ გოგოტიძეს, ამ მუშაობის ხელმძღვანელობისათვის და ექ. ბარბარე ტელიძეს, ამ მუშაობის დროს დახმარებისათვის.

დოც. სვ. შიფოიძე. და ო. ზანგურიძე — სერკადა.

სახ. უნივ. ნერვ. კლინ. გამგე. კლინიკის ორდინატორი.

რეტრო-ოლივარული სინდრომის ორი შემთხვევა *).

ტვინის ღეროს დაზიანების სინდრომთა რიცხვი უკანასკნელ წლებში ძლიერ გამრავლდა. აღწერილია მრავალი სინდრომი, რომელიც სხვადასხვა ავტორთა სახელს ატარებს. ყველა ეს სინდრომები შეიძლება ორ-ჯგუფათ გავეყოთ: პირველ ჯგუფში უნდა მოვათავსოთ მოგრძო ტვინის წინა სინდრომი, ანუ ოლივათა შუა სინდრომი, (Dejerine) როდესაც დაზიანების პროცესი ოლივების სიმალღემდე აღწევს. ამ სინდრომს ახასიათებს n. hypoglossus-ის დამბლა დაზიანებულ მხარეზე და სპასტიური ჰემიპარეზი მოპირდაპირე მხარეზე.

მეორე ჯგუფში შედის რეტრო-ოლივარული სინდრომები. ამათ შემადგენლობაში შედიან სხვადასხვა კომბინაციებით სპასტიური ჰემიპარეზები, ალტერნატიული ჰემიანესტეზიები და მოგრძო ტვინიდან გამომავალი ნერვების პარეზები.

ტიპიურ კლინიკურ სურათებს წარმოადგენენ სინდრომები Avellis'ის, Tapia's, Schmidt'ის, Babinski'ის და Nageotte-ის.

ჩვენ გვქონდა კლინიკაში ორი შემთხვევა მოგრძო ტვინის ცალმხრივი დაზიანების, რომელიც წარმოადგენს საკმარის განსაზღვრულ სინდრომს retro-olivari'ულ არეს დაზიანებისა; მოკლეთ შევხებით ამ ორ ავადმყოფის ისტორიას.

ავად. ხ-ვი, 32 წ., შემოვიდა კლინიკაში 27/XII 23 წ. ყლაპვის მოშლის, ხმის დაკლების, თავის და მარცხენა თვალის ტკივილის, მხედველობის დაკლების, თავის ბრუალის და სიარულის შეუძლებლობის ჩივილით. ზემოთ აღნიშნული მოვლენები გაუგებარა უეცრივ. ერთი კვირის წინ იგი ყოფილა ავად ინფლუენციით, გრძობდა ტკივილებს კისრის და თავის არეში და ქონდა მაღალი ო. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ დახველების დროს მას უეცრივ წამოაღებინა სისხლი 3—4 ჭიქა, რის შემდეგაც დაკარგა ხმა, მოეშალა ყლაპვაც და იკვებებოდა ხელოვნურათ, ამას თანდაერთო მგრძობელობის მოშლა სახის მარცხენა ნახევარში და მარჯვნივ სხეულის სიჩლუნგე, მხედველობის დასუსტება მარცხენა თვალიდან და მარცხენა კიდურების უხერხული მოძრაობა.

ავადმყოფი მემკვიდრეობის მხრივ არას აღნიშნავს. ვენერიულ ავადმყოფობას უარყოფს, ყავს ორი შვილი წჯანსალი, მის ცოლს მუცლის მოშლა არ ქონია. 1908 წ. ავად იყო პლემერიტით.

ც. ნ. ს. გამოკვლევისას ობიექტიურათ აღმოჩნდა: სახის მარცხენა ნახევარში ოდნავი სპაზმი, თვალის ნაპრალი მარცხნივ შევიწროებული და გამოხატული ცხვირ-ტუჩის ნაოკი. რბილი სახის მარცხენა ნახევარი დაწვეულია, ფონაციის და ყლაპვის აქტის წარმოების დროს მოძრაობს, ზედა-პირი გასწორებულია, მარჯვნივ კი შენაოჭებული. ყლაპვა ძალზე უჭირს, მკვრივი საჭმელის გადაყლაპვა სრულიათ არ შეუძლია, თხელი საჭმელი უვარდება ნაწილობრივ სასუ-

*) მოხსენებულია ნევრო-პათოლოგიურ კონფერენციაზე.

ლეში და იწვევს ხველას, ნაწილი გადადის ცხვირის ღრუში. ავადმყოფი ლაპარაკობს ცხვირში, ხმა ჩახლენილი აქვს, თითქოს ჩურჩულდეს. მედ. დოქ. ასპისოვის მიერ ლარინგოსკოპიულად გასინჯვის შემდეგ, აღმოჩნდა მარცხნივ ხმოვანი იოგების სრული დამბლა და ანესტეზია ლორწოვანი გარსის. ენა-ხახის წერტილს დადამბლებულია ამავე მხარეზე, უნებლიეთ მოძრაობიდან აქვს მხოლოდ ნისტაგმი. სიარული დაუხმარებელი არ შეუძლია, სიარულის დროს ქანაობს, როგორც მთვრალი კაცი, სკდომობს ფეხები განზე გასწიოს. აქვს მიდრეკილება მარცხნივ გადავარდნის—lateropulsio, იგივე ემჩნევა დგომის დროსაც. რაც შეეხება ლოკომოტორულ წონასწორობას, აღინიშნება ადიადოკოკინეზია, ჰიპერმეტრია და წვრილ კუნთების დისტონია. მარცხნივ მყესთა რეფლექსები თანაბრად ცოცხალია, კანის, მუცლის და ქრემასტერის—ცოცხალია. ლორწოვანი—ხახის, კორნეის და კონიუნქტივის მარცხნივ მოსპობილია.

მგრძობელობა: შეხების, ვიბრაციის გრძობა და ღრმა მგრძობელობა ორივე მხარეს შენაბულია. სახის მარცხენა ნახევარში და ტანის მარჯვენა მხარეზე აღინიშნება ჰიპესტეზია I—და მტკივნელობის. გრძობათა ორგანოების მხრივ ავადმყოფს ემჩნევა სმენის დაკლება მარცხნივ. თვალის ოფტალმოსკოპიურმა გამოკვლევამ ექ. შატლოვის მიერ არავითარი ცვლილება არ აღმოაჩინა. მარცხენა თვალის კონიუნქტივა ძალზე ჰიპერემიული, cornea მღვრივე და შეშუპებული—ბუნდოვანი, ოდნავ მოსჩანს შევიწროებული გუგა. თვალის გუგები უთანასწორო. მარცხენა გუგა თვალსაჩინოთ შევიწროებულია, სინათლეზე მოდუნებული რეაქცია. თვალი ძლიერ მშრალი, ცრემლის დენის მოსპობის გამო.

შიგნითა ორგანოების მხრივ ავადმყოფს აქვს ნიშნები სპეციფიურ დაზიანების. დადასტურებული რენტგენოლოგიურათაც (გამკვრივება მარჯვენა ფილტვის მწვერვალისი). კლინიკაში ყოფნის დროს 3 თვეს ავადმყოფს აძლევდა სუბფებრილურ ხასიათის I^o და დრო გამოშვებით ნახველთან აღებიანდა სისხლს.

W. R. სისხლის უარყოფითი.

კლინიკაში პათოლოგიური სინდრომი თანდათან ყოველ-დღიურათ ქრებოდა, ყლაპვა გაუმჯობესდა, სიარული გამოუკეთდა, ატაქტიური მოვლენანი თითქმის აღარ ემჩნეოდა, თვალის ტროფიკული მოვლენები დაადგა გაუმჯობესებას, შეშუპება და შემღვრიება ოდნავ ლა ემჩნეოდა, მარცხენა თვალიდან მხედველობა გაუმჯობესდა, მხოლოდ მგრძობელობა თითქმის უცვლელი დარჩა.

ავადმყოფი ხელახლა იყო ნახული ერთი წლის შემდეგ, თვალის რქოვანაზე თითქმის სრულიად ფარავდა გუგას წყლული. მხედველობა თითქმის აღარ ჰქონდა. უჩიოდა სინურგალის შეგრძნებას მარჯვენა ტანის ნახევარში და მგრძობელობის ოდნავ სიჩქუნტეს. სხვა მოვლენები აღარაფერი აღარ იყო.

მეორე შემთხვევა ეხება ავადმყოფ ბ—ქს, 36 წ., რომელიც შემოვიდა კლინიკაში 1925 წ. ნოემბერში, უჩიოდა ყლაპვის მოშლას, მარჯვენა სახის არეში დამბლას და პირისახის გაბრუნდებას, მარჯვენა ყურიდან სმენის დაკლებას, სიარულის მოშლას, უხერხულ მოძრაობას, კანკალს მარჯვენა კიდურებში, თავის ტკივილს და ბრუალს. ავად გამხდარა 9 თვის წინ და აღინიშნული მოვლენები განვითარებია თანდათანობით, ავადმყოფობა დაეწყო Menier-ის მოვლენებით: უეცრივ—თავბრუს ხვევა, გულის რევა, სიარულის შეუძლებლობა, თვლებიდან ცუდად იხედებოდა, რადგანაც ყველა საგნები მის თვალწინ მოძრაობდნენ. ასეთი მდგომარეობა მას გაგრძელებია 5 საათის განმავლობაში, რის შემდეგ უკეთ გამხდარა და ორი თვის განმავლობაში ყოფილა სრულიად ჯანსაღი. ხოლო 2 თვის შემდეგ შეამჩნია სიარულის თანდათანობითი მოშლა. სიარულის დროს ქანაობდა და ჰქონდა მიდრეკილება მარჯვენა მხარეს გადავარდნისა, სმენის თანდათანობით დაკლება და თითქმის ერთდროულათ მარჯვენა სახის ნახევრის გაბრუნდებაც. ამ მოვლენებს მიმატებია შემდეგში ერთგვარი სისუსტე და უხერხულობა მარჯვენა ხელ-ფეხში მოძრაობის დროს და ყლაპვის მოშლა.

Anamnesis: ავადმყოფის შემკვიდრება ყოფილა ჯანსაღი. Lues, thc. და სუფით ავადმყოფობას უარყოფს. ბავშობისას გადაუტანია წითელა, ყვავილი და ქუნთრუშა, შეიფები არ ყავს (მის ცოლს ქონია ორჯერ ხელოვნური მუცლის მოშლა). 1922 წ. გადაუტანია პარტიკულიანი ტიფი. 1924 წ. მუცლის ტიფი. ვენერიულ სნეულებით დაავადებას კატეგორიულათ უარყოფს. ალკოჰოლს არ ეტანება.

ც. ნ. ს. მხრივ ობიექტიურათ: ნებისყოფითი მოძრაობა კიდურების სიფართის მხრივ მოშლას არ განიცდის, ძალა მარჯვენა ხელში ოდნავ დაკლებულია. თვალის მამოძრავებელ ნერვების მხრივ აღინიშნება მხოლოდ შეუღლებული მოძრაობის მოშლა, მარჯვნივ გახედვის დროს მარჯვენა თვალი დიდხანს ვერ ჩერდება გარეთკენ და ეხიდება შიგნით, ამავე დროს აქვს გაორებული გამოხატულება საგნების მარცვნივ გახედვისას. *N. trigeminus*-ის მამოძრავებელი ტოტის არეში არავითარი ცვლილება. *N. facialis*-ის არეში მარჯვნივ სიდამბლავე პერიფერიული ტიპის—გამოხატულია *lagophthalmus*-ი—და *Bell*-ის ნიშანი. რბილი სასა მარჯვნივ დადამბლავებულია, ფონაციის დროს იხრება მარცხნივ. ყლაპვა უჭირს, თხელი საკმელი ცხვირიდან გამოდის და ნაწილობრივ სასულეში უფარდება. ავადმყოფს ხველა აუფარდება; რაც შეეხება მკვრივ საკმელს, ამას უკეთ ყლაპავს. ავადმყოფი ცხვირში ლაპარაკობს, ხმა ჩახლჩილი აქვს. ლარინგოსკოპიულათ აღნიშნული იყო მარჯვენა ხმოვან იოგების პარეზი. ენა-ხახის ნერვი მარჯვნივ დადამბლავებულია და ენის წინ გამოწვევისას ენის წვერი თვალსაჩინოთ მარჯვნივ იხრება. კუნთების ტონუსი მარჯვნივ მუხლის გამშლელების არეში დაკლებულია, ავადმყოფს აქვს აგრეთვე უნებღებეთი მოძრაობანი, აქვს ნისტაგმი როგორც პერიონტალური, აგრეთვე ვერტიკალური, თვალის კაკლების მოძრაობის დროს და უფრო მკაფიო არის მარჯვენა თვალის. სიარული ძლიერ უჭირს, ვარდება მარჯვნივ. ავადმყოფს ლოკომოტორულ მოძრაობის დროს ემჩნევა ატაქსია ნათხემისებრივი ხასიათის მარჯვენა კიდურებში. გამოხატულია ადიადოკოკინეზია, ჰიპერმეტრია და ასინერგია. აგრეთვე ემჩნევა დისტონია წვრილ კუნთების არეში და წვრილი უნებღებეთი მოძრაობა თითების, ხელების წინ გამოწვევის დროს. მყესთა რეფლექსები ორივე მხარეს არის, გამოხატულია მუხლის საქანელისებრივი რეფლექსი მარჯვნივ. კანის—მუტლის და კრემასტერის ზომიერათ ცოცხალი. ლორწოიანი გარსის რეფლექსები მარჯვნივ, *cornea*-ის, *conjunctiva*-ის, ხახის, ცხვირის და პირის ღრუსი სრულიათ მოსპობილია. მგრძობელობა: ხახის მარჯვენა და ტანის მარცხენა ნახევარში აღინიშნება ჰიპესტეზია სირინგომიელიტური ტიპის, აგრეთვე პარესტეზიები, ჩხვლეტა იწვევდა უსიამოვნო შეგრძნებას, თითქოს კანს აძრობდნ მას და სხეულის მარცხენა ნახევარში სიხურვალის შეგრძნებას.

ოქტალმოსკოპურათ (ექ. შატილოვი) შესუბუბული დერილი არ იყო აღმოჩენილი. აღინიშნებოდა გუგების შიკრე უთანასწორობა $s > d$. სმენის დაკლება მარჯვენა ყურიდან, ობიექტიურათ არავითარ პათოლოგიური მოვლენა არ იყო აღმოჩენილი. შიგნითა ორგანოები—ნორმა, გულის ტონები სუფთა, მაჯა რითმიული, კარგი მოცულობის 72.

W. რეაქციები სისხლის და ზურგის ტენის ორჯერ უარყოფითი. ბიოლოგიური: *Pandy*-ის და *Weichbrodt*-ის ოდნავ დადებითი. ავადმყოფის მდგომარეობა კლინიკაში ყოფნის დროს თანდათანობით უარესდებოდა, ყველა ზემოთ აღნიშნული მოვლენები უფრო ძლიერდებოდა, დრო და დრო ყლაპვის უნარი ესპობოდა სრულიად და ამ დროს ავადმყოფი იკვებებოდა ზონდით და ოყნის საშეაღებით, ამას მოემატა სამწვერა ნერვის მამოძრავებელი ნეირონის დაზიანების ნიშნები, რამოდენიმე ხანი მას ვერ შეეძლო პირის გაღება და მოძრაობა ყბის. აღნიშნული იყო *n. abducens*-ის გარდამავალი პარეზი მარჯვნივ.

სიარული თანდათან გაუარესდა, დაუზარებლივ ფეხზე ვერ დგებოდა, მარჯვენა კიდურების ატაქსიას მოემატა მარცხენა ფეხის ატაქსიაც იმავე ხასიათის. მგრძობელობის ჰიპესტეზიას ზედ დაერთო ჰიპერესტეზიაც, ნემსის ჩხვლეტა მარცხენა ნახევარში უსიამოვნო შეგრძნებას იწვევდა, თითქოს კანს აძრობდნ, ცივი ეჩვენებოდა ცხელათ, მარცხენა მტევნის არეში ნემსის ჩხვლეტა დაბუფებას იწვევდა, წვივის არეში ტკივილს. უკანასკნელ ხანში ასეთ პარესტეზიას გრძობოდა მარცხენა პირისახის არეშიც.

სმენა მარჯვენა ყურიდან სრულიად მოეპო. საყურადღებოა თვალის ტროფიკული მოვლენები, რომელიც ავადმყოფს განუვითარდა კლინიკაში მე-7 თვეზე, თითქმის ერთდროულათ ტროფიკულ მოვლენასთან ერთათ (ე. ი. შესუბუბა ჰიპერემია *cornea conjunct*). ავადმყოფს განუვითარდა თვალის სიმპატიური სინდრომი, გაფართოებული თვალის ნაპრალი, პირისახის ნერვის ზედა ტოტის პარეზის გამო, შევიწროვდა, თვალის კაკალი უფრო ღრმათ ჩაიწია, გუგა ზედმეტათ შევიწროვდა, თვალის ტროფიკული მოვლენები პროგრესიულათ ვითარდებოდა, მხედველობაც მოეპო. უკანასკნელ თვის განმავლობაში ავადმყოფს აძლევდა პერიოდიულათ თითო დღით სიცხეს 36,5°—40,5° შეცივებით. გასინჯულ მალარიაზე სისხლში პლაზმოდები არ იყო აღმო-

ჩნილი. აუტანელი ძლიერი ტკივილები თავის და მარჯვენა ყურის მიდამოში ძლიერდებოდა; ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა.

რეზიუმე! ორთავე ჩვენ შემთხვევაში არის ნათლათ გამოხატული Avell's სინდრომი, რომელიც გამოიხატება ცალმხარეზე არსებულ მოვლენებში, როგორც არიან რბილი სახის და ხახის დაბლა, ხმოვან იოგების პარეზი (paralysis pharyngo-larngo-velo-palatina). ხსენებული სინდრომი შედეგია ცთომილი ნერვის სპინალური ტოტის დაზიანებისა ramus internus n. accessori. ჩვენ შემთხვევებში ეს უნდა იყოს შედეგი ხსენებულ ნერვის ბირთვის დაზიანებისა. ნათხემის ატაქსია შედეგია ან ნათხემის უკანა ფეხის, ან ოლივის გარეთ და უკან მდებარე არეს დაზიანებისა. (regio retro-olivaris).

რაც შეეხება სირინგომიელიური-ალტენატიური ტიპის ჰემიანესტეზიას, იგი სავსებით ახსნილი იქნება ზემოხსენებული რეტრო-ოლივარული ლოკალიზაციით.

პირისახის ნერვის დაზიანება მეორე შემთხვევაში მიგვითითებს ხიდის ლოკალიზაციაზე.

ნისტაგმი, ლატეროპულსიო — თავბრუსხვევა, და თვალების შეუღლებული მოძრაობის მოშლა არის დაკავშირებული, როგორც უკანა გასწვრივი კონასთან, აგრეთვე Deiters's ბირთვთან.

ცალმხრივი სიყრუე არის შედეგი სმენის ნერვის დაზიანებისა.

საჭიროთ მიგვაჩნია ოდნავ უფრო ვრცლათ შევეხოთ ნევრო-პარალიტიურ კერატიტის წარმოშობის მიზეზს: ამის შესახებ გამოთქმულია, ექსპერიმენტალურ კვლევებზე დაყრდნობით, სხვადასხვა თეორიები; ყველა ავტორთა აზრი ტრიალებდა n. trigeminus's დაზიანების ირგვლივ, რომელსაც მრავალგვარ ფუნქციას აწერდენ.

Magendi's აზრით n. trig. შეიცავს ტროფიკულ ძაფებს, რომელნიც მიდიან თვალთან ცილიარულ ნერვების საშუალებით და აქვთ მასაზრდოებელი გავლენა რქოვანაზე. ეს ძაფები ავტორის აზრით უნდა გამოდიოდნენ Gasser's კვანძიდან, რადგანაც სამწვერა ნერვის ცენტრალური გადაჭრა არ იწვევს რქოვანას ტროფიკულ მოვლენებს.

Ranvier—უარყოფს n. trig.-ის ტროფიკულ ძაფების არსებობას, და აღნიშნავს, რომ კვება არსებობს მაშინაც, როდესაც ნერვი სრულიათ გადაჭრილია.

Samuel'i თავის ექსპერიმენტების მიხედვით იმ აზრისაა, რომ არსებობს ცენტროფუგალური და ცენტროპეტალური სისტემა, რომლის ცენტრი მოთავსებულია Gasser's კვანძში; ამ უკანასკნელის დაზიანება უმცირებს თვალს თავდაცვის უნარს; ამიტომ გარეშე გაღიზიანება და ტრავმები ადვილათ აზიანებენ თვალს.

გადაჭრილი აზრი, არსებობს თუ არა ნერვიულ სისტემაში სპეციალური ტროფიკული ძაფები, პირველათ გამოთქმული იყო Samuel's მიერ. ავტორის აზრით ამ ძაფების საშუალებით ხდება გაღიზიანების გადაცემა ქსოვილებზე, მაგრამ უამისოთაც ცხოველთა ქსოვილი არ არის მოკლებული კვების უნარს. კვების უნარს იგი აკუთვნებს უჯრედს, ხოლო უკანასკნელის ზომიერობას კი ტროფიკულ ძაფებს. Samuel's სწამდა ტროფიკულ ცენტრების არსებობა, რომლის

საშუალებით ხორციელდება ტროფიკული რეფლექსი, პერიფერიული გზა კი მგრძნობელ ნერვებთან ერთათ მიიმართება.

ავტორი უარყოფს ვავლენას ანესტეზიისას, ანემიისას და უმოძრაობისას; მას ამის დასამტკიცებლათ კლინიკური ფაქტები მოყავს: და დაასკენის, ტროფიკული ძაფების სრული დამოუკიდებლობის შესახებ.

მრავალი ავტორები ემხრობიან იმ აზრს, რომ ნევრო-პარალიტიური კერატიტის მოვლენები *n. trig.*-ის დაზიანების დროს ვითარდება ანესტეზიის გამო. *Claud—Bernard*'ის აზრით მხოლოდ ნერვის პერიფერიულ დაზიანების დროს ვხვდებით ტროფიკულ მოვლენებს; კვანძის იქით გადაჭრა იწვევს მხოლოდ ანესტეზიას; თუ ამ დროს მაინც განვითარდა ანთებითი მოვლენები, ავტორები ამას აკუთვნებენ გარეგან გაღიზიანების ვავლენას.

Meissner'ი და *Schiff*'ი ანესტეზიის ვავლენას უარყოფენ, რადგანაც *Meissner*'ის ცდაში *n. trig.*-ის გადაჭრის შემდეგ, იყო გამოწვეული ანთება, მგრძნობელობა კი შენახული იყო. აუტოპსიამ აღმოაჩინა გადაჭრა მხოლოდ *n. trig.* შიგნითა ძაფეისა.

Büttner'ის ცდაში-კი მგრძნობელობა მოისპო და ანთების განვითარებას ადგილი არ ჰქონია; აქ აუტოპსიამ აღმოაჩინა მედიალურ და ქვედა მდებარე ძაფების მთლიანობა. ამ ძაფებს მისცეს ტროფიკული ძაფების სახელწოდება.

Krause'ს აზრით ანესტეზიურ თვალს ნაკლები წინააღმდეგობის უნარი აქვს, და ამიტომ ხშირია კერატიტი კლინიკის მიხედვით იქ, სადაც *n. trig.*-თან ერთათ დაზიანებულია *n. facialis*'იც; იმ შემთხვევაში, სადაც ყოფილა *ptosis*'ი და ანთება მაინც განვითარებულა, მოვლენა იყო ახსნილი ტროფიკული ძაფების დაზიანებით. იქ კი სადაც ანესტეზია იყო და ანთება არ განვითარებულა, მიღებული იყო მოსაზრება, რომ მგრძნობიარე და ტროფიკული ძაფები მიდიან ერთი მეორესგან დამოუკიდებლათ.

ვაზომოტორულ თეორიის თვალსაზრისით, რომლის მომხრე არის *Schiff*'ი, ნევრო-პარალიტიური ჰიპერემია არის უმთავრესი პირობა გარეგან გაღიზიანებისთვის და დამოკიდებულია სიმპატიკურ ნერვების სიდამბლავზე.

დიდი ყურადღება იყო მიქცეული აგრეთვე თვალის სიმშრალის მნიშვნელობაზე კერატიტის განვითარებაში.

Seydel'ს მოყავს 3 შემთხვევა, სადაც კერატიტის მოვლენებთან ერთათ, იყო განვითარებული თვალის სიმპატიკური სინდრომი და 3 შემთხვევა, სადაც არ იყო არც კერატიტის მოვლენები და არც სიმპატიკური სინდრომი. ამიტომ ავტორი აღიარებს *n. sympaticus*'ის მნიშვნელობას.

რაც შეეხება რქოვანას კვების მოშლას *n. sympaticus*-ის სიდამბლავის გამო და მისგან გამოწვეულ ცირკულიაციის მოშლას, არც ეს ემყარება სინამდვილეზე, რადგანაც კვანძის დაზიანებისას ყოველ შემთხვევაში უნდა განვითარებულიყო ანთება.

Samyel-ი ქვედა ყბის ჯირკვლის სეკრეციის ექსპერიმენტების მიხედვით მიდის იმ დასკვნამდის, რომ ტროფიკული ძაფები ჯირკვლებში არიან სიმპატიკური ძაფები.

ჩვენს კლინიკაში დოც. ყიფშიძის და ორდინატორ რუხაძის შემთხვევაში „ზედა კიდეურის სიმპატიკურ ნერვიულ სისტემის სპაზმის სინდრომი და Leriche-ის ოპერაციის შედეგი ამ სპაზმის დროს“ ავტორები გამოსთქვამენ აზრს, რომ თმის ზრდისათვისაც არსებობენ სიმპატიკური ტროფიკული ძაფები და ეს ძაფები იმყოფებიან პერიარტერიალურ ქსელში.

ამ რიგათ, თუ მივიღებთ მხედველობაში ჩვენ ორ შემთხვევაში თვალის ტროფიკული ნიშნების განვითარების ხანას, ჩვენ ვხედავთ, როგორც პირველ, აგრეთვე მეორე შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა n. trigeminus-ის მგრძობიარე ტოტის დაზიანება პროცესის დაწყებისთანავე, მაგრამ ტროფიკული მოვლენები პირველს დაემართა ავადმყოფობის დაწყებისთანავე, (ამ დროს გამოხატული ჰქონდა სიმპატიკური სინდრომიც), ხოლო მეორეში კი, მიუხედავად ამისა, რომ დაზიანებული ჰქონდა n. trigemin. და მასთან ერთდროულათ იმავე მხარეს პირისახის ნერვიც, არსებობდა lagophthalmus-იც, როგორც შემწყობა-პირობა კერატიტის განვითარებისათვის, ტროფიკული—მოვლენები განვითარდა დაგვიანებით პარალელურათ თვალის სიმპატიკურ სინდრომთან.

რადგან ტროფიკული მოვლენები ვითარდება ერთდროულათ თვალის სიმპატიკურ სინდრომთან, ჩვენ შეგვიძლია დაუკავშიროთ ტროფიკული მოშლილობა იმ სისტემის მოშლას, რომლის ცენტრი არის მოთავსებული მოგრძო ტვინში.

ამ რიგათ პირველ შემთხვევაში ჩვენ გვაქვს წმინდა სინდრომი მოგრძო ტვინის გვერდითი ნაწილის დაზიანებისა, სახელდობრ მისი მარცხენა ნახევრისა, ე. ი. ოლივების უკანა არესი, მეორეში კი ხიდის და მოგრძო ტვინის დაზიანება ცალმხრივი მარჯვნივ. პირველ შემთხვევაში, ავადმყოფობის სწრაფი დაწყება და მოვლენების რეგრესიული მიმდინარეობა მიგვიბრუნებს სისხლის მიმოქცევის მოშლაზე—სისხლის ჩაქცევაზე რეტრო-ოლივარული არეში მარცხნივ, რომელსაც საფუძვლათ ჰქონდა t. b. c. პროცესი, რაც შეეხება იმ არტერიას, რომელიც კვებავს მოგრძო ტვინის ლატერალურ და ოლივის უკანა არეს, ჯერ კიდევ 1902 წ. Babinski-ის, Nageott-ის და Walenberg-ის კლინიკურ-ანატომიურათ შესწავლილ მასალაზე დადასტურებული იყო, რომ დარბილება ნახევარ მოგრძო ტვინის არესი არის ნათხემის ქვედა არტერიის ობლიტერაციის შედეგი.

ხოლო 1925 წ. M. M. Foix-ს, P. Hillemand-ის და J. Schali-ის მიერ იყო შესწავლილი მოგრძო ტვინის სისხლის მიმოქცევა; ავტორები მივიდნენ იმ დასკვნამდის, რომ ერთი არტერია, რომელიც ხშირათ არის და წარმოიშვება truncus basilaris-იდან და რომელსაც მათ უწოდეს სახელი Art. de la fossette laterale du bulbe, კვებავს თავის დაბოლოვებით მოგრძო ტვინის ლატერალურ ნაწილს. ამ რიგათ ჩვენ შეგვიძლიან ვიფიქროთ, რომ ჩვენი განსაკუთრებულ წმინდა სინდრომი უნდა იყოს სწორეთ ამ არტერიის დაზიანების შედეგი.

მეორე შემთხვევაში სიმპტომების პროგრესიული ხანგრძლივი განვითარება გვაძლევდა საშუალებას გვეფიქრა მხოლოდ სიმსივნის არსებობაზე. შესაძლებლათ მივიჩნიეთ (ყურის ძლიერი ტკივილების და მალალი 1^ე მიხედვით) აბსცესის არსებობაც, რომლის ლოკალიზაცია იყო მოთავსებული ნათხემ-ხიდის კუთხეში. ნაგულისხმები იყო მოგრძო ტვინის და ღეროს დაზიანება.



სიმსივნე მოთავსებულია მარჯვნივ ტეინის ღეროსა და ნახევრის შუა.

ავადმყოფს ჰქონდა გაკეთებული დეკომპრესიული ოპერაცია, რომლის შემდეგ კლინიკური მოვლენები დარჩნენ სრულიათ უცვლელი გაუმჯობესების მხრივ, და ავადმყოფი I/VIII 26 წ. უეცრივ გარდაიცვალა.

აუტოპსიამ აღმოაჩინა სიმსიენე ზემოთ აღნიშნულ ლოკალიზაციით. თუ ამ სურათს დავაკვირდებით, (იხ. ნახ.) დავინახავთ სიმსიენეს, რომლის სიგრძე უდრის 7 სანტ., სიგანე 4 სანტ., რომელიც მოთავსებულია მოგრძო ტვინის და ნათხემის ხიდის კუთხეში. იგი შეზრდილია მოგრძო ტვინთან, ნაკლებათ ეხება ხიდს. სიმსიენის ფუძე ემყარება ნათხემის ქვედა ზედაპირს. მოგრძო ტვინის ღერძი ამ ხორცმეტით ოდნავ მიხრილია მარცხნივ. მოგრძო ტვინის მარჯვენა ნახევარი და (ნათხემის ქვედა ფეხი) თოკისებრივი სხეული მარჯვნივ დეფორმაციას განიცდის. ნათხემის ნაწილები ძალიან ნაკლებათ შეწუხებულნი არიან ამ ხორცმეტით. შეწუხებულია ორმუცელა ხვეული და ჭიის ნაწილები, პირამიდა და ნაქი ამავე მხარეს, ნუში კი მარცხნივ. სიმსიენეში ჩათრეულია პირისახის, სმენის და სხვა ნერვები. პრეპარატი ფორმალინის ფიქსაციის შემდეგ დაჭრილია 4 ნაწილათ:

მაკროსკოპიული ნაკვეთების შესწავლა.

პირველი გარდიგარდმო ნაკვეთი გაივლის მოგრძო ტვინს. სიმსიენეს უკავია $\frac{2}{3}$ სახურავის მარჯვნივ, ჩათრეულია თოკისებრივი სხეული, subst. reticul., subst. gelatinosa, მოგრძო ტვინის ლატერალური, წინა და უკანა ბირთვები.

თავისუფალია მარცხენა მხარე და მეოთხე პარაკუტის ფუძე. თავისუფალია Goll-ის და Burdach-ის ბირთვები, მედიალური Reil-ის მარყუში და ნაწილი წინა და გვერდითი სვეტებისა. პირამიდები მარჯვნივ ძალზე შეწუხებულია, მარცხნივ თავისუფალია.

მეორე ნაკვეთი შეიცავს ხიდის უკანა მესამედს. ხორცმეტს უკავია ხიდის სახურავი მარჯვნივ მის უკანა ორ მესამედში. ხორცმეტში ჩათრეულია: ნათხემის შუა ფეხი, შეწუხებულია ნათხემის ჰემისფეროები, თოკისებრივი სხეული, პირისახის ნერვის ბირთვი, უკანა გასწვრივი კონა და სამწვერა ნერვის მგრძნობიარე ჩამომავალი ფესვი.

მესამე ნაკვეთი შეიცავს ხიდის შუა მესამედს; ნაკვეთზე სიმსიენე აზიანებს მარჯვნივ სახურავს—მის უკანა მესამედში. დარღვეულია წინა ფეხი, თოკისებრივი სხეული. შეწუხებულია ოდნავ ნათხემის ჰემისფეროები მარჯვნივ, სამწვერა ნერვის ჩამომავალი მგრძნობიარე ფესვი, უკანა გასწვრივი კონა subst. reticul.,

მეოთხე ნაკვეთი შეიცავს ხიდის ზედა მესამედს, სიმსიენე აქ აზიანებს ნათხემის წინა ფეხს, subst. reticul.-ს. უკანა გასწვრივი კონას და სამწვერა ნერვის მოტორულ ფესვს.

ამ უკანასკნელ შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა, რომ მოტორული გზები შეწუხებული იყო სიმსიენის მიერ, პირამიდების დაზიანების ნიშნებს აღვლილი არ ჰქონია, რაც ადასტურებს დოც. ს. ყიფშიძის მიერ გამოთქმულ აზრს მის დისერტაციაში „მასალები პატარა ტვინის პათოლოგიისთვის“: „მგრძნობე-

ლი და მოტორული გზების ნიშნების განვითარებისთვის, უკანა ფოსოს ხორც-მეტა მიმდინარეობაში, საჭიროა მათი დესტრუქციული დაზიანება“.

რაც შეეხება მგრძობელობის მოშლას, ის ტვინის ღეროს სახურავის დესტრუქციას სრულიად შეესაბამება.

იგივე შეიძლება ითქვას სმენის ნერვის დესტრუქციაზე, და მის ფუნქციის სრულ მოსპობაზე.

მეორე, რაზედაც იყო მიქცეული ჩვენი ყურადღება, ეს არის თვალის მხრივ ტროფიკული მოვლენები—ორივე შემთხვევის კლინიკურ მიმდინარეობაში განვითარდნენ კერატიტის ნევრო-პარალიტიურ ნიშნები თვალის სიმპატიკურ სინდრომთან პარალელურად და ამიტომ პირველი დაუკავშირეთ სიმპატიკურ სისტემის დაზიანებას.

ჩვენ ვიცით არსებობა თვალის სიმპატიკური ცენტრის, რომლის დაზიანებისგან არის დამოკიდებული თვალის სიმპატიკური სინდრომი Claude—Bernard—Horner-ის, მაგრამ არ ვიცით თუ რა გზით მიდის სიმპატიკური ტროფიკული ძაფები თვალთან. შესაძლებელია, რომ ეს ძაფები მიყვებიან სისხლის ძარღვების პერიარტერიალურ ქსელს ისე, როგორც ეს იყო ნაგულისხმევი ჩვენი კლინიკის სხვა შემთხვევაში.

ზ. მ. შენგელაია.

კლინიკის ორდინატორი.

სისხლის სამართლის უზღვა, ბოროტქმედობა და ბოროტქმედთა პიროვნების შესწავლის საკითხი.

(გ. ს. კ. ფსიქო-ნერვოლოგიური ინსტიტუტიდან. ღირეკ.—პროფ. მ. ასათიანი).

სულით ავადმყოფობა, როგორც მიზეზი ჩაურიცხველობის, პირველად შეტანილია 530 წელში იუსტინიანის კანონთა კრებულში, რომელიც გარდა გაციოვებისა (furor-бешенство) არჩევდა კიდევ ფსიქიურ აშლილობის სხვა ფორმებსაც, მაგალათად: Dementia's—გრძნობათა გაუკუღმართებას ბოდვასთან ერთად, Insania—შეშლილობას, Fatuitas—ქკუით დაქვეითებას, Moria—შეშლილობას ქკუით დაქვეითებულთა მოქმედებებით და mente capti—შერყეულებს (тpо-хyтнe). იგივე კანონთა კრებული სრულიად უპასუხისმგებლოთ სთვლიდა მცირეწლოვანთ (infantes) 7 წლამდე; რაც შეეხება მოზარდებს (impuberes) 14 წლამდე და არა სრულწლოვანებს (minores) 25 წლამდე, მათ შესახებ არსებობდა დამატებითი მომენტები ჩარიცხულობის საკითხის გამოსარკვევად და დასჯის მიყენებისათვის.

ამნაირად იუსტინიანის Corpus juris ხელმძღვანელობდა არა მარტო ბოროტმოქმედების გარეგანი ნიშნებით და მიყენებული ზარალის ოდენობით, რაც ახასიათებს ნაკლებ კულტურის მქონე ერთა კანონმდებლობას, არამედ მსჯელობაში ბოროტმოქმედების შესახებ მას შეყავდა ახალი კომპონენტები—თვით ბოროტმოქმედი სუბიექტი—მისი პიროვნება, მისი მოქალაქეობრივი ღირებულება.

A priori ცხადია, რომ ამ შესანიშნავ იურიდიული მონუმენტის კოდიფიკაციაში მონაწილეობა უნდა მიეღოთ ექიმებს, მაგრამ სისტემატიური საექიმოსასამართლო ფსიქოლოგიური ტრაქტატი გამოქვეყნებული იყო მხოლოდ მე-XVI საუკუნეში პავლე ზაქხიას მიერ, რომელსაც უთუოდ ეკუთვნის პრიორიტეტი ამ საკითხის დამუშავების დაწყებაში (Questiones medicolegales). ხსენებული მეცნიერის აზრით იურისტები აძლევენ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას სიტყვებს და მოქმედებებს, სულით ავადმყოფობის გამოკვლევის დროს, მხოლოდ ექიმებმა, იმავე მიზნით, უფრო მეტი ყურადღება უნდა მიაქციონ სულიერ აღელვებას, სახის გამომეტყველებას, სხეულის აგებულებას და სხვა ავადმყოფურ ნიშნებს. Fortunatus Fidelis'მა მეჩვიდმეტე საუკუნის დასაწყისში უკვე შეკრიფა სასამართლო-ფსიქიატრიული მასალები, რომელიც გამოსცა 1602 წელში სახელწოდებით „De relation medicorum. იმავე ეპოქის მეცნიერებმა Wier'მა, J. Plat-

ner'მა, Ernest Platner'მა და სხვებმა განუწყვეტლივი მედგარი ბრძოლით მიად-
წიეს მხოლოდ იმას, რომ ექიმებს ზოგჯერ ჰქონდა საშუალება მიეღოთ მონაწი-
ლეობა მხოლოდ სულით ავადმყოფობის გამოცნობაში და რაც შეეხება თვით
სისხლის სამართლის უფლების ევოლუციას და განვითარებას, საექიმო აზროვ-
ნებას მათზე არავითარი გავლენა არ ჰქონია.

კრიმინოლოგია იყო ჩავდებული სქოლასტიკთა, კანონიკებთა და, უკეთეს
შემთხვევაში, იეზუიტურ მიმართულების იურისტთა ხელში, რის გამო მასში
სუფევდა საშინელი, შეუჩერებელი თვითნებობის თარეში და მხოლოდ მე-XVII
მე-XVIII საუკუნეთა გამანათლებელმა მოძრაობამ დაამსხვრია შუა-საუკუნის
დოქტრინები და შეიტანა შუქი იმ დროის სისხლის სამართლის უფლების
სიბნელეში.

ბეკარია, მონტესკიე, ვოლტერი, კანტი, გერბარტი, ჰეგელი—აი ის უდი-
დესი პიროვნებები, რომლებმაც მოახდინეს კრიმინოლოგიის სრული გარდაქმნა
და სწორედ ამ ხნიდან იწყება ამ დარგში სხვადასხვა მეცნიერული სკოლების
დაარსება.

კლასიკური სკოლა სისხლის სამართლის უფლებისა, რომელსაც საძირკვე-
ლი ჩაუყარა ანსელმ ფეიერბახმა, განიხილავს ბოროტმოქმედებას, როგორც
თავისებურ დამოკიდებულებას, რომელიც ჩნდება ბოროტმოქმედ პირთა და სა-
ხელმწიფოს შორის. კლასიკური სკოლა შეისწავლის ბოროტმოქმედებას განუყ-
ნებულათ, კონკრეტულ ფაქტთა გარეშე: ის არ შედის მსჯელობაში, თუ რატომ,
რა მიზეზით, რის გავლენის ქვეშ მოხდა, სახელმწიფოს მიერ დაცულ, არსებულ
კანონთა დარღვევა; მას აქვს საქმე მომხდარ ფაქტთან—მომხდარ ბოროტმოქმე-
დებასთან—ე. ი. ობიექტიური დანაშაულობა არის ერთად-ერთი საუფქველი
დასჯის მიყენებისათვის, რომელიც წინდაწინ გათვალისწინებული არის.

Nullum crimen, nulla poena sine lege—აი რა ახასიათებს ამ მიმართუ-
ლებას.

კლასიკურ სკოლის მოპირდაპირე პოლიუსზე სდგას, ეგრედ წოდებული
ანტროპოლოგიური ანუ იტალიელთა პოზიტიური მიმართულება კრიმინოლოგია-
ში. ამ მოძღვრების შემქნელის ჩეზარე ლომბროზოს და მისი მრავალრიცხოვან
მოწაფეების გავებით ბოროტმოქმედი პიროვნება წარმოადგენს მემკვიდრეობით
დატვირთულ, ატავისტურ, პრიმიტიულ ტიპს, რომელსაც თავისი განსაკუთრე-
ბულ ფსიქო-ფიზიკურ შენების გამო, დაკარგული აქვს შემგუებლობის უნარი,
საზოგადოებრივი ცხოვრების ინსტიტუტი. ის არის მორალურად ბლაგვი ეპი-
ლეპტიოიდი. ლომბროზო სრულიად უარყოფს თავისუფალ ნებისყოფობას, რაც
კლასიკურ სკოლის ძირითად პოსტულატს შეადგენს და აღიარებს აბსოლუტურ
დეტერმინიზმს საერთოდ ადამიანის და კერძოდ კი ბოროტმოქმედთა ქცევაში.
ლომბროზოს, გორაფალოს და დორადოს მტკიცებით არა ბოროტმოქმედება,
როგორც ასეთი, წარმოადგენს საფრთხეს საზოგადოებისათვის, არამედ თვით
ბოროტმოქმედი სუბიექტი, რომელიც არის მატარებელი ყოველგვარ უარყოფი-
თი თვისებებისა. აი ამიტომ, მათივე გავებით, აუცილებელია შესწავლა ბოროტ-
მომქმედ ადამიანის და არა მის მიერ ჩადენილ ქმედობისა.

რა თქმა უნდა, ლომბროზოს სასტიკმა, რეფორმატორულმა იერიშმა იუ-რისპრუდენციაში, გამოიწვია ცხარი ხანგრძლივი კამათი სათანადო წრეებში და ბევრი ლომბროზოს ძირითადი დებულებანი, სხვათა შორის, მაგალითად, განსაკუთრებულ ბოროტმომქმედ ადამიანის არსებობის შესახებ, (Homo delinquente-homo deliquens) იქმნენ დამსხვრეულნი. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, უნდა აღინიშნოს ლომბროზოს უდიდესი დამსახურებანი კაცობრიობის წინაშე, რომელნიც შემდეგში მდგომარეობენ: მან შეიტანა დეტერმინიზმის ცნება სისხლის სამართლის უფლებაში, მან დასვა კითხვა ბოროტმომქმედ ადამიანის შესწავლის აუცილებლობისა, მასთან საწინააღმდეგო კამათში გამოიქცედა კრიმინოლოგიის ახალი, ცხოველყოფითი, სოციოლოგიური სკოლა-

სოციოლოგიური სკოლა, თუმცა არ უარყოფს პიროვნების კონსტრუქციის მნიშვნელობას ბოროტმომქმედების ეთიოლოგიაში, მაგრამ ის უფრო მეტ ყურადღებას აქცევს და ხაზს უსვამს სოციალ-ეკონომიურ ფაქტორებს. კეტლემ სტატისტიკური მეთოდებით დაამტკიცა, რომ ბოროტქმედობათა საერთო რიცხვი მკაფიოდ მატულობს სხვადასხვა ეკონომიურ კრიზისის დროს; მანვე აღმოაჩინა, რომ ქონების მიმართ ბოროტმომქმედებანი უფრო ხშირია წელიწადის ცივ თვეებში (უმუშევრობის სეზონი); ქალთა შორის ბოროტმომქმედების სიმცირეს კეტლე ხსნის იმით კი არა, რომ მათ, ვითომდა, მეტი ინტელექტუალური და მორალურად განვითარება აქვთ, ვიდრე ვაჟებს, არამედ იმით, რომ მათი მოქმედების სფერო ფსიქურ და სოციალურ პირობების გამო საკმარისად შეზღუდული არის.

„არის ბიუჯეტი“ — ამბობს კეტლე — „რომელსაც სახელმწიფო იხდის შემზარავი სიზუსტით: ეს არის ბიუჯეტი ციხეების, გადასახლების (кааторга) და ეზაფოტის. ჩვენ წინდაწინვე შევეძლია გამოვიანგარიშოთ, რამდენი პირი დაისვრის ხელს ადამიანის სისხლში, რამდენი შეადგენს ყალბ საბუთებს, რამდენი მომწამვლელი იქნება“.

აზრს, რომ ბოროტი ქმედობა უმთავრესად არის ფუნქცია სოციალ-ეკონომიურ ფაქტორებისა, სავსებით იზიარებენ ლისტე, პრინსი, ვან-გამელი და მათ მიერ 1884 წელში ლისტის წინადადებით, იყო შექმნილი კრიმინოლოგების საერთაშორისო კავშირი, რომლის სამეცნიერო პროგრამა შეიცავდა ბოროტმომქმედების მიზეზობრივად შესწავლას და მასთან ბრძოლის გზების გამონახვას. მაგრამ, რადგანაც სოციოლოგიური სკოლის ძირითადი წინამძღვრებიდან, წინდაწინვე ცხადი იყო, რომ ბოროტმომქმედებასთან ბრძოლა თავის და თავად მოითხოვდა არსებულ სოციალ-ეკონომიური ურთიერთობის ძირითადი რეფორმას კავშირმა პირველად აღებულ გეზს გვერდი აუხვია და შეუდგა ბოროტმომქმედების ფორმალური მხარეების შესწავლას.

ამ გარემოებას სათანადო ყურადღება მიაქცია სოციალისტურმა სკოლამ. სოციალისტები სავსებით ეთანხმებიან სოციოლოგებს იმ დებულებაში, რომ ბოროტი ქმედობა არის შედეგი ეკონომიური ფაქტორების; სოციალისტები ეთანხმებიან ანტროპოლოგებს, რომ პიროვნების თავისებურებასაც აქვს სათანადო მნიშვნელობა, მაგრამ სოციალისტების ვაგებით, მანამ სანამ არსებობს მბრძანებელი და დამორჩილებული, ბატონი და ყმა, მდიდარი და ლატაკი, ე. ი. არსებობს კლასთა შორის კონფლიქტი, ბოროტმომქმედებასთან ბრძოლა ამაო იქნება.

ამნაირად სოციალისტ-კრიმინოლოგები ბოროტი ქმედობას განიხილავენ დიალექტიურად, ისტორიის მატერიალური გაგების თვალსაზრისით (მარქსი, ენგელსი, კაუტსკი, ფერრი, სურსკი, გერნეტი და სხვა).

არსებულ კრიმინოლოგიურ სკოლების ზემო მოყვანილ მოკლე განხილვიდან, თუ ჩვენ მხედველობაში არ მივიღებთ კლასიკურ მიმართულებას. ნათლად სჩანს, რომ ბოროტმოქმედება არ წარმოადგენს რაიმე განკერძოებულ ფაქტს, კეთილ ან ავი თავისუფალ ნებისყოფლობის თამაშს, რომ ბოროტი ქმედობას აქვს განსაკუთრებული მიზეზობრივი საფუძვლები და ეს უკანასკნელნი ჩვენ უნდა ვეძიოთ თვით ადამიანის პიროვნების შენებაში და მის გარშემო მყოფ სოციალურ არეში. — „ბოროტმოქმედებას“ — ამბობს ენრიკო ფერრი — „აქვს რთული წარმოშობა, მასში ერთდროულათ მოქმედებენ სხვადასხვა სიმძლავრით ბიოლოგიური, ფიზიკური და სოციალური ფაქტორები და არ არის ბოროტმოქმედებანი სადაც ხსენებული მოშენებები სათანადოთ წარმოდგენილნი არ იყვნენ“.

აქედან ცხადია, რომ ბოროტმოქმედების საკითხის სწორი გაგებისათვის საჭიროა, მასში შემავალ კომპონენტების მეცნიერული შესწავლა, მხოლოდ ამის შემდგომ შესაძლებელია სწორი შეფასება ყოველივე ცალკეულ შემთხვევისა.

ამ მიზნის განსახორციელებლათ პროფესორ-დოქტორ ინჟენეროსის ინიციატივით 1907 წლის 6 ივნისს იყო გახსნილი არგენტინაში ბუინოს-აირესის საპრობილესთან „კრიმინოლოგიური ინსტიტუტი“ პროფესორი ინჟენეროსის განცხადებით: — „შესაძლებელია, რომ, ინსტიტუტის თანამედროვე მუშაობას არ ჰქონდეს რაიმე პრაქტიკული მნიშვნელობა, მაგრამ ლოლიკურათ ის მაინც მიაღწევს პრაქტიკულ შედეგებს. ამ გაგებით კრიმინოლოგიურ ინსტიტუტს არა აქვს იურიდიული ფუნქცია; ის განსაკუთრებით სამეცნიერო როლს ასრულებს. ის არის ლაბორატორიუმი და კლინიკა, მათ არა აქვთ პრეტენზიები იურიდიულ უფლებებზე; ისინი აერთიანებენ მიღებულ მნიშვნელოვან მასალებს, რომ შემდეგში ხელი შეუწყონ უახლოვეს რეფორმებს სისხლის სამართლის უფლებისა“.

ბუინოს-აირესის კრიმინოლოგიური ინსტიტუტი შესდგება სამი სექციიდან: 1-ლი — სექცია სისხლის სამართლის ეთიოლოგიის. ამ სექციაში შეისწავლება ბოროტმოქმედების დამოკიდებულება სოციალურ არესთან; ბოროტმოქმედების და მეტერეოლოგიურ პირობების ურთიერთობა; ბოროტმოქმედ სუბიექტის ფსიქოლოგია და ანტროპოლოგია.

2-რე სექცია კრიმინოლოგიურ კლინიკის სახელს ატარებს. აქ სწარმოებს ბოროტმოქმედების ფორმების შესწავლა და ყოველ ბოროტმოქმედ პირის გამოკვლევა იმ თვალსაზრისით, თუ რამდენათ შეუძლია მას შეეგუოს სოციალურ არეს.

3-მე სექცია კრიმინალ-თერაპევტიულია. ის შეისწავლის პირობებს სოციალურ და ინდივიდუალურ პროფილაქტიკას, რეპრესიებს ბოროტმოქმედების მიმართ, იმისათვის, რომ ხელი შეუწყოს პრევენტიულ დაწესებულებათა ორგანიზაციას, სისხლის სამართლის უფლების რეფორმებს და პენიტენციალურ სისტემებს.

იმავე 1907 წლის ნოემბერს ბელგიაში იყო შექმნილი ლაბორატორიუმი „პენიტენციალური ანტროპოლოგიისა“ ბრიუსელში; ლაბორატორიუმის მიზანი

იყო „ბოროტმოქმედების პირობების ყოველმხრივი შესწავლა, როგორც ანატომიურად, აგრეთვე ფსიქიურად და კრიმინოლოგიურად“.

ჩრდილოეთ ამერიკის შეერთებულ შტატებში არსებობს ოთხი ტიპი ლაბორატორიუმებისა.

1-ლი ტიპი—ფსიქოპათოლოგიური ლაბორატორიუმი სასამართლოებთან. იქ ისმება ბოროტმოქმედ პიროვნების ფსიქიური (ფსიქოლოგიური) დიაგნოზი სასამართლოსათვის (ბოსტონი, ჩიკაგო, ნიუ-იორკი, ფილადელფია, ბალტიმორა).

2-რე ტიპი—იგივე ხასიათის ლაბორატორიუმები ციხეებთან.

3-მე ტიპი—მოძრავი ლაბორატორიუმები, რომელნიც იკვლევენ ბოროტმოქმედთა წრეს იმ ციხეებში სადაც საკუთარი ლაბორატორიები არა აქვთ.

4-ხე საპრობილე—გამწესრიგებელი „სინგ-სინგ“ ნიუ-იორკში, რომელსაც ხელმძღვანელობს ფსიქიატრი ბერნარდ გლიუკი.

იქ მოწყობილია საჭირო სპეციალობის ლაბორატორიუმები, სადაც ყოველი ახლად შემოსული ბოროტმოქმედი დეტალურად შეისწავლება და შემდეგ იგზავნება სათანადო ციხეში, რომლის პენიტენციალური აპარატი და რეჟიმი უურო ეთანხმება ბოროტმოქმედ პიროვნების ფსიქო-ფიზიოლოგიურ ტიპს.

1919 წელში პორტუგალიაში იყო გახსნილი „კრიმინოლოგიური ინსტიტუტი“, რომელიც თავისი სტრუქტურით და მუშაობის გეგმით ბუენოს-აირესის ინსტიტუტს მოგვაგონებს.

1923 წლის აპრილში მოსკოვის საბჭოს ადმინისტრაციული განყოფილების უფროსის ვ. ორლენსკის წინადადებით იყო მოხდენილი, განსაკუთრებული ანკეტის საშუალებით, გამოკვლევა მოსკოვის ყველა საპრობილეებში მყოფ პატიშრობისა ფსიქიატრიულად, სოციოლოგიურად და ანტროპოლოგიურად. კვლევის პროცესში, რომელიც თავიდანვე ფრიად საინტერესო მასალებს იძლეოდა, ნათელი გახდა, რომ აუცილებრივ საჭიროა შეიქმნეს ისეთი დაწესებულება, რომელიც მუდმივად შეისწავლიდა ბოროტმოქმედების პრობლემებს უმთავრესად თანამედროვე პირობების მიხედვით. ამის გამო 1923 წლის ზაფხულის დამლევს მოსკოვის საბჭოს მიერ იყო დაარსებული ეგრედ წოდებული „კაბინეტი ბოროტმოქმედ პიროვნებათა და ბოროტმოქმედების შესწავლისათვის“. იმავე წლის დეკემბერში კაბინეტს გადაეცა ქ. მოსკოვში არბატზე მყოფი საპატიმრო სახლი; ეს უკანასკნელი კრიმინალურ კლინიკის როლს ასრულებს.

ამნაირად დაარსდა რუსეთში პირველი კრიმინოლოგიური დაწესებულება. იმავე დროს ქ. მოსკოვში არსებობს „სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ინსტიტუტი“ პროფ. სერბსკის სახელობისა, რომელსაც წმინდა პრაქტიკული ხასიათი აქვს, რადგანაც იქ სწარმებს ექსპერტიზა ბრალდებულის სულიერ ჯანმრთელობის გამოსაკვლევად სასამართლოს ან სხვა სათანადო ორგანოების საჭიროებისათვის,

უნდა აღინიშნოს, რომ მოსკოვის მაგალითმა გამოიწვია სწრაფი გამოხმაურება დანარჩენ საბჭოთა რესპუბლიკებში და ქალაქებში, ამ ქამათ კრიმინოლოგიური ლაბორატორიუმები არსებობენ ლენინგრადში, კიევში, ოდესაში, ირკუტსკში და ერევანში.

1925 წლის 10 ოქტომბერს ქ. ტფილისში ფსიქო-ნევროლოგიურ ინსტიტუტთან იყო გახსნილი განყოფილება 10 საწოლით „ფსიქიატრიული ექსპერტიზის და ბოროტომომქმედთა პიროვნების მეცნიერული შესწავლისათვის“ — როგორც ამას აღიარებს პირველი მუხლი დებულებისა ამ განყოფილებისათვის, რომელიც მიღებულია საქართველოს სახალხო კომისართა საბჭოს მიერ.

ქვემოთოყვანილი ანგარიში მსურს განვიხილო, თუ რა დადებითი მუშაობა გაატარა ამ განყოფილებამ და რა არის კიდევ საჭირო, რომ საქართველოში მართლად არსებობდეს ნამდვილი კრიმინოლოგიური დაწესებულება.

მაგრამ ამავე დროს შე არ მინდა უყურადღებოთ დავსტავო ანგარიშის ზოგიერთი მნიშვნელოვანი დეტალები.

დღიდან განყოფილების გახსნისა (1925 წლის 10 ოქტომბერი) 1927 წლის 1 იანვრამდე განყოფილებაში იყო მოთავსებული 38 ბოროტომომქმედი, რომელთა ფსიქიური მდგომარეობა მოითხოვდა სპეციალ დაკვირვებას, გამოკვლევას და ექსპერტიზას.

ზემოხსენებული პირები წლოვანობის მიხედვით განაწილდებიან შემდეგნაირად: *)

I. ცხრილი. 14—20 წლამდე — 2			
	21—30 „ — 18		
	31—40 „ — 16		
	41—50 „ — 2.		
II. ც. ეროვნების მიხედვით:		II ც. ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით:	
ქართველი — 22		ცოლიანი: — 15	
რუსი — 8		უცოლო — 16	
სომეხი — 3		ქვრივი — 5	
ებრაელი — 1		ცნობ. არა გვაქ. — 2.	
ლეკი — 1			
ოსმალთა — 1			
ბერძენი — 2			
III. ცხრ. განათლების მიხედვით:		IV ცხრ. ხელობის მიხედვით.	
უმაღლესი — 2		მოსამსახურე — 12	
საშუალო — 4		მიწის მუშა — 9	
დაწყებითი — 17		მუშა — 2	
წერა-კითხ არა მცოდნე — 15		წითელარმიელი — 6	
		გამოუტრკ. პროფ. — 7	
V. ცხრ. საცხოვრებელ ადგილ. მიხედ.		VI ც გამოგზავნილ. იყვნენ განყოფილ.	
ტფილისი — 10		სასამართლოს მიერ — 24	
დანარჩენ საქარ. ქალ. — 8		საგანგებო კომის. მიერ — 13	
სოფელი — 13		სისხლის სამარ. სამმ. მიერ — 1	
მეზობელ რესპუბლიკ. — 7			

*) შემთხვევების სიმცირის გამო პროცენტული გამოანგარიშება ჩვენ მიერ წარმოებულ არ იყო.

VII. ცხრილი: ავადმყოფობის ფორმების მიხედვით,

Dementia praecox	—7	Psychopat. degenerat	—6
Paraphrenia	—5	Hysteria	—3
Psych. reactiva	—6	Neurasthen.	—1
Psych. man.-depres	—1	Debilitas mentis	—1
Alcoholismus	—1	Imbecillitas	—4
Epilepsia	—1	Sanus	—2

ამ ცხრილებიდან ნათლად სჩანს, რომ უდიდესი ნაწილი განყოფილებაში მოთავსებული ბრალდებულებისა იყენენ შეპყრობილი ფორმალი სულით ავადმყოფობით და მხოლოდ ოთხ შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვქონდა ფსიქო-ნერვოზთან. რაც შეეხება 2 უკანასკნელ შემთხვევას: ერთ მათგანს ბოროტმოქმედება ჩადენილი ჰქონდა აფექტიურ მდგომარეობაში (საზღვარზე მდგარი აფექტი *), მეორე კი სასამართლოს მიერ სრულიად იყო განთავისუფლებული ბრალდებისაგან.

VIII. ცხრილი: კონსტიტუციის მიხედვით: (მიღებულია E. Kretschmer-ის კლასიფიკაცია)

ასტენიური	—12
ატლექტიური	— 4
ატლექტიური-ასტენიური შერეული	—10
პიკნიური შერეული	—6
პიკნიური	—1
დისპლასტიური	—4
გამოურკვეველი ფორმა	—1

ეს ცხრილი გვიჩვენებს, რომ ჩვენ მასალაში სჭარბობენ ბოროტმოქმედი სულით ავადმყოფნი შიზოიდური ჯგუფიდან.

IX ცხრილი: ავადმყოფობის ფორმა და ბოროტმოქმედების ხასიათი.

ავადმყოფობის ფორმები	მკვლელობა	პოლიტიკ.	ბანდითიზმი	სემსობრივი ბორ.	მკვლელობისადმი წაქეზ.	გაჯარცვა	ქურდობა.	ხელიუსუფლებიანი წიბმ. გაწევა.	ყალბი საბ. შედგენა	კონტრაბან.	დებეტიორ.	გაფლანგვა
Dem. praecox.	2	2								1	2	
Paraphrenia	1	2			1						1	
Ps. reactiva	4	2										
P. man.-depr.								1				
Alcoholismus								1				
Epilep.-Breitz												
Psych. degener.	1		1	1			1		1	1	8	
Hysteria	1			1								1
Neurasth.		1										
Debil. ment.	1	8										
imbeciltas					1							
Sanus	1			1 (*)		1					2	

*) ეს შემთხვევა ცალკე იქნება აწერილი პროფ. ასათიანის მიერ.

X. ცხრილი: კონსტიტუცია და ბოროტმოქმედების ხასიათი.

კონსტიტუცია	მკვლელობა	პოლიტიკ.	ბანდითში	სუკსობრივი ბოროტ.	მკვლელობ. წაქეზება	გაცარცვა	ქურდობა	ხელისუფლ. წინ. გაწევა	ყაღბი საბ. შედგენა	კონტრაბ.	დეზერტირ.	გაფლანგვა	შემთხვევათა საერთო რიცხვი
ასტენიური	6	3	1	1							1		12
ატლეთიური					1	1			1	1			4
ატლეთიურ-ასტენ.	3	2		2					1		1	1	10
პიკნიური შერეული	2	2		1					1				6
პიკნიური									1				1
დისპლასტიური				1							3		4
გამოუკვლ. ფორმები						1							1

ამ ცხრილებში აღსანიშნავია ერთი საგულისხმო მომენტი, საიდანაც სჩანს, რომ ბოროტმოქმედნი, როგორც ჩადენილ საქციელის სიმძიმის მხრივ, აგრეთვე რიცხვობრივად სჭარბობენ პირველ სამ კონსტიტუციონალი ტიპთა შორის ე. ი. შიზოიდურ ჯგუფში და რომ პიკნიური ტიპები, resp—ციკლოიდური ჯგუფი წარმოდგენილია მხოლოდ 7 შემთხვევით. დაკვირვებათა არა საკმარისი რაოდენობა არ გვაძლევს კატეგორიული მსჯელობის შესაძლებლობას, მაგრამ მაინც უნდა ვსთქვათ, რომ ჩვენი მასალების მიხედვით მართლდება Kretschmer-ის თვალსაზრისი და გაგება ორივე ჯგუფის თითქმის მოპირდაპირე თავისებურ სოციალური დაყენების შესახებ*).

ფსიქო-ნევროლოგიურ ინსტიტუტის ექიმების მიერ პროფ. მ. მ. ასათიანის ხელმძღვანელობით და თავმჯდომარეობით ექსპერტიზა იყო მოხდენილი 26 შემთხვევაში და ექსპერტიზის მიხედვით ბრალდებისაგან განთავისუფლებულნი იყვნენ 17 ბოროტმოქმედი სულით ავადმყოფნი.

თუ ეხლა ჩვენ გადავხედავთ ამ შემოკლებულ ანგარიშს, სრული სიცხადით დაეინახავთ, რომ განყოფილების მასალა, რაც VII-დე ცხრილის განმარტებაში უკვე აღნიშნული იყო, თითქმის მთლიანათ შესდგება ბოროტმოქმედ სულით ავადმყოფებისაგან, რომ განყოფილების მუშაობას საესებით ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ხასიათი ჰქონდა და ეხლაც აქვს. ამ მხრივ დებულების პირველი მუხლის პირველ ნახევრის მიერ დასმულ ამოცანას ის პირნათლად ასრულებდა, ხოლო, რაც შეეხება მეორე ნახევარს—ე. ი. „ბოროტმოქმედ პიროვნების გენეტიკურ შესწავლას“, ამ მიმართულებით განყოფილებაში მუშაობა ტარდებოდა იმდენათ, რამდენათ ზოგჯერ სულით ავადმყოფობის დროს პიროვნებაში შემავალ კომპონენტების გამოაშკარავება ხდება, მაგრამ ძირითადი საკითხის გაშუქებისათვის ეს საკმარისი არ არის, რადგანაც უდიდესი პროცენტი ამ სუბიექტებისა

*) იხილეთ Э. Кретчер—Строение тела и характер; издание 1924 г. стр. 153 и 179

რომელნიც კანონთან კონფლიქტში შედიან, წარმოადგენენ არა სრულ ღირებულოვან პიროვნებებს, შესუსტებულ სოციალური აკომოდაციით, ემოციონალი და მორალური დეფექტებით, მაგრამ შედარებით კარგი ინტელექტით. მათი მსჯელობა, ქცევა და მოქმედებანი გარეგნულად მიზანშეწონილი ფარავს ამ დეფექტებს და სასამართლოს მოღვაწეებს არ ებადებათ ეჭვი მათი ჯანმრთელობის შესახებ. ხსენებულ სუბიექტებს სთვლიან, როგორც ჯანმთელთ და აყენებენ იმ დაგვარ პირობებში, რომ გამოსწორების, აღზდის, ან მკურნალობის მაგივრათ ისენი შაბლონურად იხდიან სასჯელს იმისთვის, რომ განთავისუფლების შემდგომ განაგრძონ თავისი წინანდელი „მოღვაწეობა“.

ცხადია, რომ ყოველი ბოროტმოქმედი უნდა იყოს სათანადოთ შესწავლილი, უნდა მოხდეს მისი ფსიქიკის დინამიკის გაგება და მხოლოდ ამის შემდგომ შესაძლებელია მისი რეაქციის საწინააღმდეგოთ სწორი ზომების მიღება. საზოგადოებას არ უნდა დაეკარგოს არც ერთი მისი წევრი.

არა შემთხვევითია ის მოვლენა, რომ სუყველა კრიმინოლოგიური დაწესებულებანი ტერიტორიალურად მჭიდროთ დაკავშირებული არიან ციხეებთან, რადგანაც მაშინ ადვილათ შეიძლება პატიმრებზე ყოველდღიური დაკვირვების წარმოება, მათთან განუწყვეტელი კავშირის დაჭერა, საქმის უშუალო გაცნობა, მათი ყოველმხრივი გამოკვლევა და სხვა. რა თქმა უნდა ამგვარი შესაძლებლობას ჩვენი განყოფილება სრულიად მოკლებულია.

მოსხენებულის მიხედვით უნდა ითქვას, რომ საქართველოში წმინდა კრიმინოლოგიური დაწესებულება დღემდე არ არსებობს. საქართველო თავისი მრავალფეროვან მოსახლეობით, განსაკუთრებული გეოგრაფიული სტრუქტურით, ეკონომიური და სოციალური ურთიერთობით, წარმოადგენს დიდ თავისებურებას, რომელიც კრიმინოლოგიური თვალსაზრისით სრულიად შეუსწავლელი რჩება. როგორ შეიძლება ჩვენში, ან სადაც არ უნდა იყოს, ბოროტმოქმედებებთან სისტემატიური, რაციონალური ბრძოლის გატარება, თუ მის ფაქტორებზე ზოგადი, ზერელე და უკეთეს შემთხვევაში მხოლოდ თეორეტიული წარმოდგენა გვაქვს!

კრიმინოლოგიური დაწესებულების ორგანიზაცია საქართველოში აუცილებრივ მოკლე ხანში უნდა განხორციელდეს; ამას მოითხოვს არა მარტო მეცნიერების უკანასკნელი მიღწევანი - არამედ თვით ცხოვრება.

ჩემ მასწავლებელ ბ.ნ პროფესორ მ. მ. ასათიანს უძღვნი დიდ მადლობას ამ შრომის მოცემისათვის და ხელმძღვანელობისათვის სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზის განყოფილებაში მუშაობის დროს.

მე. მ. ტყავაძე.

კლინიკის ორდინატორი.

ნაწლავთა კანკვეშა დაზიანების კაზუსისტიკისათვის*)

(პრობედ. ქირ. კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ნ. კახიანი).

ნაწლავთა კანკვეშა დაზიანება არაა იშვიათი მოვლენა. იგი ლიტერატურაშიაც საკმაოთაა აწერილი. Herte, მაგალითად, 1907 წელში აგვიწერს ასეთ დაზიანების 112 შემთხვევას; Petry—198 შემთხვევას; Чистосердов-ი 52-ს; Рокицкий-ს მოყავს პეტროგრადის საავადმყოფოს 15 წლის მასალეზიდან, მუცლის ღრუს საერთო კანკვეშა დაზიანების 95 შემთხვევიდან, 26 ნაწლავთა დაზიანების შემთხვევა; Tawaststjerna-ს გამოქვეყნებული აქვს, 1905 წლამდე არსებულ ლიტერატურაში შეგროვილი, 125 შემთხვევა; პროფ. გ. მუხაძეს 1914 წელში აწერილი აქვს 2 საკუთარი შემთხვევა; Thommen-ს თავის შრომაში გამოქვეყნებული აქვს ბაზელის კლინიკიდან 22 შემთხვევა; ექ. ე. თოდაძეს 1925 წლის ჟურ. „თანამედროვე მედიცინა“ში აწერილი აქვს რესპუბლიკის მთავარი საავადმყოფოს (ტფილისში) ქირურგიული განყოფილებისა და სახ. უნივ. ჰოსპიტალ. ქირ. კლინიკის 7 შემთხვევა და სხვა.

გამოთქმულია აზრი, რომ ამგვარი დაზიანებისათვის მნიშვნელობა აქვს ასაკს. ავტორთა უმეტესი ნაწილის აზრით ნაწლავთა კანკვეშა დაზიანება სიბერეში უფრო ხშირი მოვლენაა, ვინემ ახალგაზრდობაში. Кадьян-ი ამას უმთავრესად მით ხსნის, რომ მოხუცი სუბიექტის ნაწლავები უფრო სკლეროტიულია, გამკვრივებულია, მოკლებულია ძველ მოქნილობას და მიყენებული რაიმე ტრავმისაგან ადვილად სკდება, მაშინ, როცა ახალგაზრდა ასაკში ეს თვისება ნაწლავისა წინააღმდეგ მდგომარეობაშია და ისიც, შედარებით, უფრო უძლებს გარეშე ძალას. მაგალითად, Thommen-ის აზრით ადამიანის ასაკის მეორე ნახევარში ნაწლავთა კანკვეშა დაზიანება ხდება 60 პროცენტში, პირველ ნახევარში კი—40-ში. საერთოდ, მისი სტატისტიკა ამ დაზიანებისა და ასაკის შეფარდების მხრივ ზევით აღნიშნულ 22 შემთხვევაში ასეა განაწილებული:

6-დან	10 წლამდე იყო	1 შემთხვევა
11 „	20 „	1 „
21 „	30 „	4 „

*) მოხსენდა მიმდინარე წლის თებერვალსა და მარტში სახელმწ. უნივერსიტეტის დასტაქართა კონფერენციას, საქართ. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას და ტფ. რკინის გზის საავადმყოფოს ექიმთა საზოგადოებას. (უკანასკნელს—შემოკლებით და რუსულ ენაზე).

31-დან	40 წლამდი იყო	6 შემთხვევა
41 „	50 „	6 „
51 „	60 „	4 „

მაგრამ არიან ისეთებიც, რომლებიც არ ეთანხმებიან ამ აზრს და, პირიქით, სრულიად საწინააღმდეგო მოსაზრებას გამოსთქვამენ. ასეთია, მაგალითად, Чистосердов-ი. მისი სტატისტიკით ნაწლავთა ტრავმული დაზიანების 66 %-ტი სწორედ სიცოცხლის პირველ ნახევარში მოდის და დანარჩენი 33 % კი—მეორე ნახევარში. რაზე ემყარება უკანასკნელი დებულება—თეორიულათ ძნელი ასახსნელია. შეიძლება მხოლოდ მხედველობაში იქნეს მიღებული ის მოსაზრება, რომ ახალგაზრდა ასაკში, საერთოდ, დაცემა, დარტყმა თუ სხვა ტრავმა, ალბათ, უფრო ხშირი მოვლენაა, ვინემ ამას სიბერეში აქვს ადგილი. Thommen-ის დაკვირვება კი ეხება სხვადასხვა ასაკის დაზიანებას ერთსა და იმავე პირობებში და, უნდა ვიფიქროთ, სინამდვილესთან იგი უფრო ახლოა. ამისავე დასადასტურებლათ გამოდგებოდა Guinardi-ის ექსპერიმენტალური ცდები გვამებზე, რომელიც შეიცავს ჩაჭურის დარტყმის მუცლის მიდამოში ნაწლავთა გასკდომის გამოწვევის მიზნით, თუმცა ისინი პირდაპირ ამ საკითხისათვის არ არის ნაწარმოები.

სქესი. აქ კი ერთი აზრი არსებობს ლიტერატურაში: სახელდობრ ის, რომ დედრობით სქესში ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანება მეტათ იშვიათი მოვლენაა. ეს აიხსნება, უმთავრესად, მუშაობის პროფესიონალური სხვადასხვაობით და, ნაწილობრივ, აგრეთვე იმ გარემოებითაც, რომ დედაკაცთა მდიდარი ცხიმოვანი ქსოვილი მუცლის კედლის შენობაში ხელს უშლის აგრე ადვილათ ტრავმის ძლიერების მუცლის შინა ორგანოებზე გავრცელებას.

ნაწლავთა დაზიანება, მუცლის კედელთა მთლიანობის დაურღვევლათ, სხვა შინაგან ორგანოებთან შედარებით Jolaguier-ის სტატისტიკით გამოიხატება 9-სა, ხოლო Thommen-ის სტატისტიკით—32,6 %-ში. აქედან ყველა სხვა ნაწილზე უფრო ხშირათ ზიანდება წვრილი ნაწლავი. მაგალითად, Petry-ის სტატისტიკით, მის 198 შემთხვევიდან 172 შემთხვევა წვრილ ნაწლავზე მოდის, ხოლო დანარჩენი 26 - სხვილზე; Herte-ეს სტატისტიკით, 112 შემთხვევიდან 81 მოდის წვრილ ნაწლავზე, 31 კი - დანარჩენებზე; Чистосердов-ის სტატისტიკით, 52 შემთხვევიდან 48 მოდის წვრილ ნაწლავზე, დანარჩენი 3 კი—სხვილზე და ასე. Кадьян-ის აზრით წვრილ ნაწლავთა დაზიანების ასეთი სიხშირე სხვილთან შედარებით აიხსნება იმით, რომ წვრილი ნაწლავი ყველა სხვაზე უფრო გრძელია, მოთავსებულია მუცლის შუა ნაწილში და წინიდან, გარდა თვით მუცლის წინაკედლისა, არაფრითაა დაცული.

წვრილი ნაწლავებიდან უფრო ხშირათ ზიანდება თეძოს ნაწლავი, შემდეგ მღვივი და მერე თორმეტ გოჯა. Herte-ს შემთხვევებიდან, მაგალითად, 40 შემთხვევაში დაზიანებულია ileum-ი, 29-ში—jejunum-ი და 12-ში—duodenum-ი. Чистосердов-ის სტატისტიკით წვრილ ნაწლავთა დაზიანების 49 შემთხვევიდან 48 მოდის თეძოსა და მღვივ ნაწლავებზე და 1 duodenum-ზე. Petry-ს შემთხვევიდან 85 შემთხვევაში აღნიშნულია თეძოს ნაწლავის დაზიანება, 46-ში-მღვივის და 9-ში—თორმეტ გოჯასი. როგორც აქედან სჩანს, თორმეტ გოჯა ნაწლავიც, მიუხე-

დავით თავისი სიპატარავისა, შედარებით, ხშირათ ზიანდება. Jeannel-ს, მაგალითად, შეკრებილი აქვს duodenum-ის დაზიანების 35 შემთხვევა. იმავე Кадыш-ის აზრით ეს უნდა აიხსნას იმ გარემოებით, რომ duodenum-ი ხერხემალზე მოთავსებული და მიმაგრებულია ისე, რომ ტრავმის დროს იგი ისე ადვილათ ვერ გამოიცივოს ადგილს, როგორც ეს, მაგალითად, სრულიად მოძრავი მღვივი და თედოს ნაწლავებისათვისაა მოსახერხებელი.

რაც შეეხება მსხვილ ნაწლავებს—აქ პირველი ადგილი უჭირავს ასწვრივ კოლინჯს, შემდეგ ბრმა ნაწლავს და მერმე დანარჩენებს. Petry-ის სტატისტიკით, მაგალ., 8 შემთხვევა მოდის ასწრივ კოლინჯზე, 7—ბრმა ნაწლავზე, 5—s. romanum-ზე, 4—გარდიგარდმო კოლინჯზე და 2—დასწვრივზე.

ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანების ეთიოლოგიაში უმთავრესი ადგილი უჭირავს გარედან მიყენებულ სხვადასხვა სახის ფიზიკურ ძალას—ტრავმას, რომელიც უშუალოთ ან არაუშუალოთ მუცელზე იყო წარმოებული. ასეთია, მაგალითად, წიხლისა და მუშტის დარტყმა, ეტლის გადავლა, მიწის ქვეშ მოქცევა, სიმალიდან მიწაზე მუცლით დაცემა, მატარებლის რონოდის შუაგულს შორის მოყოლა, ურმის ქალაზე მუცლით დაცემა და სხვა. დიდი მნიშვნელობა აქვს არა მარტო იმ ფიზიკური ძალის ოდნობას, რომელმაც ტრავმა გამოიწვია და მის მიმართულებას, არა მარტო იმ სიმაღლეს, საიდანაც ავადმყოფი დაეცა და ამ დაცემის სისწრაფეს—არამედ, აგრეთვე, იმ მდგომარეობასაც, რომელშიაც ამ მომენტში ნაწლავები იმყოფებოდა. თუ, მაგალითად, ნაწლავები აირითაა გაბერილი, სითხითაა სავსე ან საჭმლითაა გატენილი—ეს უფრო ხელსაყრელ პირობებს ქნის უეცარი და მნიშვნელოვანი ტრავმის დროს მათი გასკდომა—დაზიანებისათვის. დაავადებულ და გადაგვარებულ ნაწლავებზე ხომ ლაპარაკიც ზედმეტია (t. b. c., შეხორცებები და სხ.). პირიქით, თუ ისინი ცარიელია—უფრო ადვილათ იტანენ გარედან მოწოლილ ფიზიკურ ძალას და მეტი მოქნილობის შესაძლებლობის წყალობით, ხერხემალსა და ამ ძალის შუა მოყოლილი, მაინც უძვრებიან გასკდომის მოსალოდნელ ხიფათს. ასევე იფარავს მათ ასეთ მომენტებში მუცლის კედლების ერთგვარი defans-ი და დაჭიმულობა, რაიმე მიზეზის გამო, და, წინააღმდეგ, კუნთების ღუნე, მოთენთილი მდგომარეობა ხელს უწყობს მათ დაზიანებას. უკანასკნელი მოსახრება დადასტურებულია Eichel-ის ექსპერიმენტალური ცდებითაც, რომელსაც იგი აწარმოებდა ცხოველებზე სხვადასხვა მომენტში, სხვადასხვა ტრავმის მიყენებით ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანების გამოწვევის მიზნით.

რაც შეეხება თვით ამ დაზიანების სხვადასხვა სახეს და მათ დაწვრილებით აწერას—ჩვენ აქ ამას ვერ შევუდგებით. ვიტყვით მხოლოდ, რომ იგი, საერთოდ, სამგვარია: გასკდომა (ruptura), მოწყვეტა (abruptio) და დაჭეჭვა (contusio), რომლებიც, თავის მხრივ კიდევ, სხვადასხვა სახეებით იყოფა, როგორცაა, მაგალ., სრული გასკდომა—როცა გაგლეჯილია ნაწლავის კედლის სამივე შრე—და არასრული, მთლიანი მოწყვეტა და არამთლიანი, ყრუ დაჭეჭილობა, გასული და სხვა. პირველი ორი უფრო საშიშ მდგომარეობას წარმოადგენს ავადმყოფისათვის, თუმცა მესამე ფორმაშიც არაა მისი სიცოცხლე უზრუნველყოფილი, ვინაიდან ისიც არა ერთხელ გამხდარა მიზეზი ავადმყოფის დაღუპვისა თავისი დაგვიანებული შედეგებით (განგრენა და სხვა). უნდა აღი-

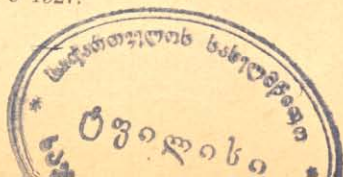
ნიშნოს კიდევ ერთი მომენტი: გასკდომა, უმთავრეს შემთხვევაში, ნაწლავის იმ მხარეზე ხდება, რომელიც თავისუფალი ჯორჯალისაგან, თუ იგი მთელს ირგვლით გასკდომას არ წარმოადგენს; მოწყვეტა კი სწორეთ იქ ხდება, საცა ნაწლავი ანატომიურად ფიქსაციას განიცდის, როგორც, მაგალ., სხვადასხვა flexurებში, ilio-coecale-ს ფოსოში და სხვა; დაუქვევას ადგილი აქვს უმეტესათ მაშინ, როცა ტრავმა განსაზღვრულ ადგილზე მოქმედობს და მის მოპირდაპირეთ მდებარე ნაწლავი შიგნი დაყრდნობილია მაგარ საგანზე, როგორიცაა ხერხემალ-მენჯის ძვლები და სხვა.

ყველა ამით და, აგრეთვე, ზევით აღნიშნულ ნაწლავთა თუ მუცლის კედლების სხვადასხვა მდგომარეობით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ხშირათ არავითარი პროპორცია არ არსებობს მიყენებულ ტრავმასა და მისგან გამოწვეულ ნაწლავთა დაზიანებას შორის. დიდ ფიზიკურ ძალას, მუცლის მიდამოზე მიყენებულს, უშუალოდ თუ არაუშუალოდ, ხშირათ ავადმყოფისათვის სრულიად უვნებლათ ჩაუვლია და, პირიქით, შედარებით უმნიშვნელო ტრავმას იმავე მიდამოში ზოგჯერ ავადმყოფის სწრაფი სიკვდილი გამოუწვევია ნაწლავის გასკდომა-მოწყვეტისა და ამ ნიადაგზე განვითარებულ გართულებათა გამო.

ეხლა როგორია კლინიკა?

დაზიანების სამივე სახის დროს—თუ მესამე სახეც, დიუქეაც, ძლიერია, ისე, რომ ის გავრცელებულია ნაწლავის კედლის მთელ სისქეზე, როცა იქმნება შესაძლებლობა ნაწლავის შინაარსის გამოყოფისა შიგნიდან გარეთ, მუცლის ღრუში (უკეთ, პერიტონეუმის ღრუში)—ჩვენ გვაქვს, დაახლოებით, ერთნაირი კლინიკური სურათი. ამ კლინიკურ სიმპტომოკომპლექსში, დაზიანების პირველ საათებში, სჭარბობს მუცლის მძიმე შოკი მთელი მისი მოვლენებით და, თუ მნიშვნელოვან სისხლის ძარღვის გასკდომასთანაც გვაქვს საქმე, აგრეთვე, მუცლის ღრუს სისხლმდინარების ნიშნები. სუსტი და ჩქარი მაჯა-120, 130, 140 წაშში, ნორმალური ან სუბნორმალური ტემპერატურა, საერთო სასოწარკვეთილი მდგომარეობა, ზოგჯერ გრძნობის დაკარგვა, ხშირი პირისღებინება—ზოგჯერ სისხლით, რაც კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის დაზიანებაზე მიგვითითებს,—ზოგჯერ სისხლიან განავალზე გასვლა, რაც, მსხვილი ნაწლავის დაზიანებაზე გვეუბნება და რომელიც შემდეგში ხშირად კუჭნაწლავის მოქმედების სრულ მოკავებაზე გადადის, ასეთივე მდგომარეობაა, დაახლოებით, შარდის მხრივაც; გაძნელებული და ჩქარი, ზერელე სუნთქვა, მუცლის კედლების ზედმეტი გამკვრივება, დაჭიმულობა, უდიდესი ტკივილებით ყოველი ხელის მიკარებით და თანდათან უფრო მკაფიოთ გამოსახული მეტეორიზმი—აი მთლიანი კლინიკური სურათი ავადმყოფის მდგომარეობისა დაზიანების პირველ საათებში. თუ მნიშვნელოვან სისხლმდინარებასთანაც გვაქვს საქმე ყველა ამას ერთვის თანდათან მეტი გამოსახულებისაკენ მიმავალი მწვავე ანემია პირისახის სიმკრთალითა და ციანოზით, კიდურებისა და ენის სიცივით, ერთ-ერთ თემოს ფოსოში პერკუტორული ხმის სიყრუით და სხ.

დაზიანების მეორე მომენტში, ე. ი. უფრო ნაგვიანევე საათებში დაავადების კლინიკურ სურათს ფარავს განვითარებული მწვავე პერიტონიტი მთელი მისი მოვლენებით. ამ პერიოდის დასაწყებათ არ არსებობს აბსოლიუტურად გან-



საზღვრული დრო. იგი დიდ ფარგლებში მერყეობს (4 საათიდან 25 ს-დი). და დამოკიდებულია როგორც დაზიანების სახესთან, როგორც იმ მდგომარეობასთან, რომელშიაც დაზიანების მომენტში ნაწლავები იმყოფებოდა, ისე თვით ავადმყოფის საერთო მდგომარეობასთან. რამდენათ ძნელი სახის დაზიანება გვაქვს, (სრული გასკდომა), რამდენათ ხელსაყრელი პირობები იყო ამ დაზიანებისა და პერიტონიუმის ღრუს ინტოქსიკაციისათვის, რამდენათ სუსტსა და უილაჯო სუბიექტთან გვაქვს საქმე — იმდენად მოკლეა დრო, დაზიანების მომენტიდან პერიტონიტის პერიოდის დაწყებამდე რომ უნდა განვლოს და წინააღმდეგ. იგიც აღსანიშნავია, რომ ეს პერიოდი (პერიტონიტის პერიოდი) ყოველთვის ერთნაირად არ იწყება, იგი ხან ერთბაშათ წამოიჭრება კოლაპსის მოვლენებით, დიდი პირისღებინებით და ხელახალი მწვავე ტკივილებით მუცელში, ხან კი შეუმჩნევლათ განვითარდება და ჩუმათ მოგვევლინება უკვე დამთავრებული სახით.

A. Чугаев-ი ამ ორ პერიოდს შორის კიდევ აღნიშნავს შუა, ე. წ. დაცხრომის პერიოდს (период затишыя), როცა პირველმა სიმძაფრე განვლო, მწვავე ტკივილები და პირისღებინება აღარ არის, მაგრამ არც პერიტონიტია დაწყებული. მაგრამ იგი ყოველთვის როდია; იმ შემთხვევაში, როცა დაზიანების პირველსავე საათში ადგილი აქვს მუცლის გაბერილობას და დიდ ტიმპანიტს, აღარ ჩანს ღვიძლის სიყრუე და სხვა — დაცხრომის ხანა აღარ არსებობს და მაშინვე მისი მომდევნო პერიტონიტის პერიოდი ვითარდება. არ არსებობს დაცხრომის ხანა მაშინაც, როცა მუცლის ღრუში ადგილი აქვს, რომელიმე სხვილი სისხლის ძარღვის დაზიანების გამო, მნიშვნელოვან სისხლმდინარებას, რომლის სამტომები როგორც ეს ზევითაც აღვნიშნე, უკვე აღრევეა გამოსახული მწვავე ანემიის ნიშნებით და ჰიპოგასტრიუმში ჩქარა განვითარებული სიყრუით. (ეს სიყრუე — სხვა სითხეთაგან გამოწვეულ სიყრუეთა წინააღმდეგ — არ იცვლება ავადმყოფის მდგომარეობის გამოცვლით). დაცხრომის ხანას ადგილი აქვს იმ შემთხვევებში, როცა ნაწლავის გამსკდარი კედლიდან ნელა და მცირე რაოდენობით გადმოდის პერიტონიუმის ღრუში ნაწლავის შინაარსი. იგი განისაზღვრება რამდენიმე საათით და დამოკიდებულია მომდევნო პერიოდის — პერიტონიტის განვითარებასთან.

მაგრამ ყველა ეს მაშინაა, როცა ავადმყოფის სუბიექტიური და ობიექტიური მოვლენები ასე რელიეფურათაა გამოსახული. მაშინ დიაგნოზის დასმაც არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს და სათანადო მკურნალობისათვისაც ადვილად გადასდგამ ამა თუ იმ ნაბიჯს. მაგრამ არის ისეთი შემთხვევებიც, როცა მეტათ მძიმე მდგომარეობასთან გაქვთ საქმე, გამსკდარია ნაწლავი მთელი სიღრმით და განავლის მასსა გადმონთხეულია მუცლის ღრუში ხოლო გარეგნულათ კი სრულიად უმნიშვნელო მოვლენებია გამოხატული. ასეთ შემთხვევებში მეტათ ძნელია სწორი დიაგნოზის დროზე დასმა, მით უმეტეს ამა თუ იმ საპასუხისმგებლო სამკურნალო ნაბიჯის გადადგმა და მხოლოდ დასტაქრის დიდი გამოცდილებითა, მტკიცე ნებისყოფითა და, თუ გნებავთ, ერთგვარი შინაგანი ინტუიციით უნდა იყო აღჭურვილი, რომ მოსეულ ექვევს სძლიო და ავადმყოფის ზიფათის წინ დამდგარი სიცოცხლის გადასარჩინათ დანას მოჰკიდო ხელი. Кадьян-ი აგვიწერს, მაგალ., ერთ თავის შემთხვევას, როცა ავადმყოფს გაგლეჯილი ჰქონდა წვრილი ნაწლავი და მთელი

დღე-ღამე ფეხზე გაატარა დაზიანების შემდეგ, ხოლო მეორე დღეს სადილიც კი მიირთვა. Holland-ი აგვიწერს ერთ შემთხვევას, როცა 11 წლის ქალი 24 საათის განმავლობაში, ტრავმის შემდეგ, არაფერზე არ სჩიოდა და გაკვეთის დროს კი წვრილი ნაწლავის სრული გასკდომა აღმოაჩნდა. იგივე Holland-ი ასახელებს თავის მეორე შემთხვევას, როცა 13 წლის ვაჟმა გაგლეჯილი თორმეტკოჯა ნაწლავით 7 ვერსი გაიარა ფეხით, Chavasel-ს მოყავს ერთი შემთხვევა, როცა ჯარის კაცი, რომლისთვისაც ლამის 3 საათზე ცხენს მუცელში წიხლი ჩაურტყამს და მლივი ნაწლავის სრული გაგლეჯა გამოუწვევია—თავისი ფეხით მისულა მეორე დღეს საავადმყოფოში. Шварц-ი თავის სადისერტაციო შრომაში („პეტერბურგის საავადმყოფოს 6 წლის ქირურგიული მუშაობის მიმოხილვა“) მოყვანილ ნაწლავთა ტრავმული დაზიანების 2 შემთხვევიდან—ერთში აგვიწერს მაგალითს, როცა ავადმყოფი ნაწლავისა და ჯოჯალის გაგლეჯით თავისი ფეხით მივიდა მეორე დღეს ამბულატორიაში. რამდენიმე ანალოგიური შემთხვევა მოყავს Angerer-საც თავის შრომაში. ჩვენი კლინიკის ერთი შემთხვევაც, რომლის აწერა-ზეაც ქვევით გადავალთ, კიდევ უფრო მეტათ იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს და თავისი სადიაგნოზო მხარეებით, აგრეთვე წარმოებული მკურნალობის შედეგით, ჩამოთვლილ ერთეულ შემთხვევებიდანაც უნდა გამოიყოს, როგორც გამოწვევისი და კაზუსტიკური.

მკურნალობისა და პროგნოზისათვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზის დასმას დაზიანების პირველ მომენტში. ამ პერიოდის სიმპტომებიდან კი ყველაზე მეტ საფასურს წარმოადგენს მუცლის ღრუს აირით გავსება, განსაკუთრებით, ეპიგასტრიუმში და ყრუ პერკუტორული ხმა ჰიპოგასტრიუმში, მუცლის კუნთების მკაცრი defans-ი ტკივილებითურთ და ჩქარი, სუსტი ავსილობის მაჯა. Lejar-ი ამ ოთხში მაჯას აძლევს უპირატესობას. Кадыш-ი და სხვა კი პირველ ადგილზე მუცლის აირით გაბერვასა და კუნთების დაქიმვას აყენებენ. მაჯა, უკანასკნელთა აზრით, ვერ წარმოადგენს მტკიცე ბარომეტრს, მდგომარეობის სიმძიმის გადმოსაცემათ, ვინაიდან ხშირად იგი ძლიერ მერყევია. Чугаев-ი, მაგალითად, პირველ მომენტში აჩქარების ნაცვლათ მაჯის განელებას აღნიშნავს... ნაწლავის გასკდომის დროს აირი გამოდის პერიტონეუმის ღრუში და იწვევს შუასაძგიდისაკენ, ისე, რომ ღვიძლის არეში ტიმპანითია პერკუსიით; ზოგჯერ აირი იმწყვდევა და გროვდება დაზიანების ადგილზე ნაწლავთა მარყუშებს შორის და მაშინ პერკუსიის დროს აქ—მუცლის განსაზღვრულ მიდამოში,—მივიღებთ არაჩვეულებრივად მაღალ ტიმპანიურ ხმას, სადაც ამასთანავე ზედმეტი გრძნობიარობაც აღმოჩნდება. ისე, რომ ამ სიმპტომის არსებობა მართლა რომ მეტათ ძვირფასია და დაავადების გამოცნობისათვის პირდაპირ უშუალო გასაღებს იძლევა, მაგრამ, სამწუხაროდ, იგი ყოველთვის როდია გამოსახული; მისი არსებობისათვის, ჯერ ერთი, საჭიროა, რომ ნაწლავი გასკდომის მომენტში გაბერილი იყოს აირით, რაც არც ისე ხშირათ აქვს ჯანსაღ ადამიანს, მეორე, ტრავმის დროს, როგორც ეს აღნიშნულია ოპერაციების დროს და ცხოველებზე წარმოებული ცდებითაც, დაზიანებული ნაწლავი ძლიერ იკუმშება თავის სივრცეზე და, მასასადამე, რამდენიმეთ სტოვებს დაზიანების ადგილს, და მესამე, მუცლის კედლები დაზიანებისავე მომენტში ერთბაშათ მკვრივდება

და ასევე იკუმშება, როგორც თავდაცვითი ძალა ორგანიზმისა, რაც ხელს უშლის Demons-მა მიაქცია ყურადღება გამოსულ აირებს, მოთავსდეს დიდი რაოდენობით მუცლის ორგანოთა და საფარებს შორის და იძულებული ხდება ნაწლავთა შორის დაიფანტოს. ყველა ეს გარემოება ამცირებს მნიშვნელობას ამ მეტათ დიდი სიმპტომისას და აძნელებს მასზე დაყრდნობის შესაძლებლობას. ასევე არა ხშირია განავლის ნაწლავიდან ღრუში გადმოსვლისა და დაგროვების ნიშნები ნაწლავის გასკდომის დროს. ჯერ ერთი, ამას უნდა დიდი რაოდენობის განავლის მასების გადმოსვლა, რაც არც ისე ადვილია, თუ იგი მეტათ თხელ ნივთიერებას არ შეიცავს და, მეორე, დიდი რაოდენობის თხელი ნივთიერება, თანახმათ სიმძიმის კანონისა, ყოველთვის ძირს ეშვება, სადაც შეიძლება ჩაქცეულ სისხლში შეგვეცვალოს და ეს კი ხშირათ უბრალო დაეყვივითაც ხდება. ამ შემთხვევაში დიფერენციალური დიაგნოზის დროს შეიძლება მოგვეხმაროს მხოლოდ მწვავე ანემიის ნიშნები, რომელიც, უმეტეს წილათ, სისხლის ჩაქცევის დროსაა გამოსახული. რჩება მუცლის კუნთების შეკუმშვა და გამკვრივება. მას ჯერ კიდევ Demons მა მიაქცია ყურადღება 1897 წელში. Trendelenburg-ის ჩვენებით, ნაწლავის გასკდომის დროს იკუმშება არა მარტო მუცლის წინაკედლის ზედა კუნთები, იკუმშება კრემასტერიც, რის გამოც ზევით იწევს სათესლე პარკი და სათესლე ჯირკვლები საზარდულის არხებამდი ამოდის. ასე რომ ეს სიმპტომი ერთად-ერთი რჩება, რომელიც დიდ სამსახურს უწევს დასტაქარს დიაგნოზის დასმაში, მით უფრო, რომ უბრალო ტრავმისა და შოკის დროს იგი გამოხატული არ არი, ან თუა—მეტათ სუსტათ და მოკლე დროით. ნაწლავთა მძიმე დაზიანების დროს კი იგი თავიდანვე გამოსახულია და განაგრძობს არსებობას პერიტონიტის განვითარებამდი, როცა მუცელი ვაბერილია. მიუხედავათ ყველა ამისა ძნელია დიაგნოზის დროს მარტო რომელიმე ერთი სიმპტომით ხელმძღვანელობა და უპირატესობა უნდა მიეცეს ყველა მოვლენის მთლიან სურათს და მის საერთო შეფასებას. თუ ასევე მთლიანობა არ არის და არც საკმარისი საბუთი გვაქვს უარყოთ ნაწლავის მძიმე დაზიანება—კანონათ უნდა ჩაითვალოს საცდელი ლაპორატომიის მოხდენა. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება დიდი დიაგნოსტიური შეცდომა დავუშვათ, რომლის გამოსასწორებლათ შემდეგში სამკურნალო მეცნიერება და ტენზიკა უძლური აღმოჩნდება.

მკურნალობა ნაწლავთა კანქვეშა მძიმე დაზიანების დროს მხოლოდ და მხოლოდ ოპერაციულია. კონსერვატიული მკურნალობა უყოყმანოთ უკუგდებულ უნდა იქნას იმ მრავალ სტატისტიკურ ცნობის შემდეგ, რომელიც ლიტერატურაშია მოყვანილი და სადაც აღნიშნულია კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ—თუ ყველა 100 არა—96% მანც სიკვდილიანობისა. Petry-ს სტატისტიკით, კონსერვატიულად გატარებულ 160 შემთხვევიდან 149 გარდაიცვალა და 11 გადარჩა, ხოლო ამ 11 დანაც 10-ს დარჩა anus praeternaturalis და ერთს—fistula ani. Чистосердов-მა თავის 52 შემთხვევიდან 5-ივე კონსერვატიულათ გატარებულ შემთხვევაში სიკვდილი მიიღო. Рокицкий-ს 3-ვე შემთხვევა, მისი 26 შემთხვევიდან, სადაც ოპერაცია არ უწარმოებიათ, სიკვდილით დამთავრდა და სხ.

ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ, პირიქით, სიკვდილიანობის % თვალსაჩინოთ იკლებს და გადარჩენის იმატებს. Kirstein-ის სტატისტიკით, რომელში-

აც შეგროვილია ყველა შემთხვევა გერმანული ლიტერატურიდან Petry-ს შემდეგ, 18 ოპერაციულათ გატარებული შემთხვევიდან 8 განიკურნა, რაც გადარჩენის 44,5% უდრის. Чистосердов-ის ოპერაცია ქმნილ 47 შემთხვევიდან 8 გადარჩა, რაც განკურნების 17% ს შეადგენს. Рокицкий-ს ოპერაციით გატარებულ 23 შემთხვევიდან 3 განიკურნა, რაც 15% ს შეადგენს. Herte-ს შეკრებილი სტატისტიკით, ოპერაციით გატარებულ 276 შემთხვევიდან 84 განიკურნა, რაც მორჩენის 31% ს უდრის. Sänger-ის მიერ შეკრებილ 40 შემთხვევიდან, სადაც ნაწლავთა გავლევას ჰქონია ადგილი თიაქრის ნაძალადევით შესწორების შემდეგ, 18 შემთხვევა, სიდაც კონსერვატიული მკურნალობა იყო გატარებული ყველა სიკვდილით დამთავრდა, ხოლო დანარჩენ 22 შემთხვევაში, სადაც ოპერაცია აწარმოეს, 10 განიკურნა. უფრო დამაფიქრებელია ზოგი ცალკე დასტაქრისა და საავადმყოფოს დაკვირვება: Vosvinckli-ის სტატისტიკაში, მაგალითად, აღნიშნულია, რომ Neumann-მა (ბერლინი) 21 ოპერაციიდან 1-ში მიიღო მხოლოდ განკურნება, Thommen-მა (ბაზელი) 10 ოპერაციიდან 2-ში მიიღო განკურნება, Schmitt-მა (მიუნხენი) ოპერაციით გატარებული 8 შემთხვევიდან 1-ში მიიღო განკურნება, Brehm-მა (რიგა) 7 ოპერაციულათ გატარებულ შემთხვევიდან 1-ში მიიღო მორჩენა. Hagen-ის სტატისტიკით, ნიურნბერგის ქალაქის საავადმყოფოს ოპერაციით გატარებულ 17 შემთხვევიდან მხოლოდ ერთი გადარჩა. ექიმ თოდარძის მიერ მოყვანილ 7-ვე შემთხვევაში წარმოებულ იყო ოპერაცია, მაგრამ 7-ვეში საქმე სიკვდილით დამთავრდა და სხ.

ის გარემოება, რომ მაინც დიდ მერყეობას აქვს ადგილი ამ ოპერაციით მიღწეულ შედეგებშიაც, უნდა აიხსნას უმთავრეს შემთხვევაში მაინც, იმ საათებით, რომლებშიაც ამ ოპერაციებს აწარმოებდნენ დაზიანების მოხდენის შემდეგ. ეჭვს გარეშეა, რომ რაც უფრო პირველ საათებში იქნება ოპერაცია წარმოებული, მით უფრო მეტ % ს მივიღებთ განკურნებისას და, პირიქით, რაც უფრო მეტმა დრომ განვლო ტრავმის მომენტიდან ოპერაციის მოაღენამდი და რაც უფრო დაეუახლოვდით იმ დროს, როცა იწყება ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაცია და მუცლის აპკის მწვავე ანთებითი პროცესი—მით უფრო ვზღუდავთ გადარჩენის პროცენტებს და ნიადაგს ვაცლით ოპერაციის სარფიან შედეგს. ამის მშვენიერ ილიუსტრაციას იძლევა იმავე Kirstein-ის შემდეგი ცხრილი:

ოპერაცია გაკეთდა ტრავმის შემდეგ

1— 5 საათის განცავ-ში	4	შემთხვევაში და მორჩა	4-ე. ი.	100%.
6—10	3	„	2-ე. ი.	66%.
11—15	1	„	1-ე. ი.	100%.
16—20	3	„	1-ე. ი.	33,3%.
21—60	3	„	0-ე. ი.	0%.

ამიტომ უკანასკნელ ხანებამდი მიღებული იყო ისეთი დებულება, რომ 15 საათის განვლის შემდეგ ტრავმის მომენტიდან ოპერაცია უიმედოა, ხოლო 20-25 საათიდან, როცა ორგანიზმი შეპყრობილია უკვე დაწყებული მუცლის აპკის საერთო მწვავე ანთებითი პროცესით—იგი სრულიად უაზროა და მიზანშეუწონელი. მაგრამ დღეს ამ დებულების ასე უკორექტივოთ მიღება შეუძლებელია. ოპერაცია უკანასკნელი და ერთად-ერთი ზომაა, რომელსაც შეუძლია, თუნდაც

ერთ პროცენტში, ნაყოფის გამოღება და უნდა გაკეთდეს იგი, თუ ამას ავადმყოფის სხვა საერთო მდგომარეობა შესაძლებელს ხდის, თუნდაც 30 საათს განეწლოს ტრავმის მოხდენიდან. ჩვენ ვიცით შემთხვევები ლიტერატურიდან, როცა ოპერაცია ასეთ დაგვიანებულ მომენტებშიაც ავადმყოფის სიცოცხლის მხსნელ ფაქტორათ გადაქცეულა. ასეთია Петров-ის ერთი შემთხვევა, როცა ოპერაცია გაკეთდა უკვე საერთო პერიტონიტის განვითარების პროცესში და ავადმყოფი განიკურნა. ასეთია პროფ. გ. მუხაძის ერთი შემთხვევა, როცა მან აწარმოვა ოპერაცია ჭიათურის საავადმყოფოში ნაწლავის გაგლეჯის გამო—განავლისა და ჭიებისაც კი მუცლის ღრუში გადმოსვლით—მუცლის აპკის საერთო ფიბრინ-ჩირქოვანი ანთების დროს, ტრავმის მომენტიდან მთელი დღე-ღამის განვლის შემდეგ და, ამისდაძიებულად, ავადმყოფი გადარჩა და ერთი თვის შემდეგ განკურნებული გაეწერა საავადმყოფოდან. ასეთსავე იშვიათს წარმოადგენს ჩვენი კლინიკის შემთხვევაც. გადავიდეთ მასზე.

1926 წლის 13 ოქტომბერს, ჩემი მორიგეობის დროს, რკინის გზის საავადმყოფოში მოიყვანეს ხაშურიდან საკაცეთი ავადმყ. იპ. შ-ლი, 55 წლის, ქართველი, ხელობით მემუხრუჭე, მაღალი ტანადობისა და გამხდარი შეხედულების, რომელიც უჩივის ტკივილებს მუცლის მიდამოში. წინაღეს, ე. ი. 12/X-ს ღამის 10 საათზე, საღვურ წიფაში, როცა გაჩერებული მატარებელი მემანქანეს უეცრად წინ წაუწვია ორთქმავლის წყალსადენისათვის მისაყენებლათ, მას ერთბაშათ ფეხი დასცდენია რონოდის საფეხურიდან და მატარებლიდან გადმოვარდნილა ისე, რომ ჯერ მიხლია ბეჭით ბოძს და მერე განართხულა მიწაზე მუცლით. მაშინვე ავადმყოფს მწვავე ტკივილები უგრძვნია მუცლის ქვედა ნაწილში რომელიც მალე რაღაც საერთო მოდუნებულ მდგომარეობაში გადასულა. გრძნობა არ დაუკარგავს, მაგრამ თვით ზეზე წამოდგომა ვერ მოუხერხებია; ამხანაგებს წამოუყენებიათ იგი და იმავე მატარებლით ხაშურის ამბულატორიაში მოუყვანიათ, საიდანაც ავადმყოფი, როგორც სასწრაფო შემთხვევა, იმავე ღამეს ჩვენთვის გადმოუზახვანიათ. აქ უნდა აღინიშნოს, რომ, როგორც ტრავმის ადგილიდან მატარებლამდი, ისე ხაშურში—მატარებლიდან ამბულატორიამდი და ამბულატორიიდან უკან მატარებლამდი—ავადმყოფს თავისი ფეხით უვლია, ამხანაგების დახმარებით. შემდეგ, ზედი-ზედ 3 ჯერ ავარდნია პიზისლებინება, რომელშიაც სისხლი არ შეუმჩნევიათ და ერთხელ თავისი ნებით შარღზე გასულა.

როცა მე დამიძახეს ქსენონში, როგორც მორიგეს, უკვე შუადღე იქნებოდა. მინდა აღვნიშნო, რომ ამ შემთხვევაში ადგილი არა ჰქონია ქსენონში მორიგე საშუალო და დაბალი საექიმო პერსონალის ჩვეულებრივ ფაციფუცსა და ხმაურობას, უეჭველია ირითომ, რომ ავადმყოფის მდგომარეობას არავინ სთვლიდა ეგზომ მძიმეთ. მისვლისას უკანასკნელი შემდეგ მდგომარეობაში დამხვდა: იგი ნახევრათ წამომჯდარია ტახტზე, შეხედულება არა მძიმე ავადმყოფის, გრძნობიერება და გონიერება სრული, გამომეტყველება მწუხარე, მაგრამ არა უიშედო; სახის ფერი ნორმალური, დისპეპსიურ მოვლენებს ადგილი არა აქვს, ენა სველი და თფილი; მაჯა 92—95 წამში, ტემპერატურა ნორმალური, მუცელი რამდენიმეთ შებერილია და პალპაციის დროს საშალოთ მტკივნეული, უფრო ჰიპოგასტრიუმ-

ში; მისი კუნთები საშუალო ხასიათის defan-ს განიცდის; ლეიძლისა და ელენთას პერკუტორული სიყრუე ნორმალ საზღვრებშია.

ავადმყოფი აპრიორი გვეითობებს საზარდულის თიაქრების ჩაქედვაზე, რომელიც მას წინეთ არა ერთხელ მოსვლია დიდი სიმძიმის აწევის შემდეგ და რომელიც დიაგნოზის ფურცელშიაც უწერია კითხვითი ნიშნის ქვეშ.

გასინჯვის შემდეგ თიაქრების არსებობა ორსავე საზარდულის მიდამოში მართლა ფაქტს წარმოადგენს, მაგრამ ჩაქედლობას ადგილი არა აქვს და ჩემთვის უდავო ხდება, რომ სიმძიმის ცენტრი აქ თვით მუცლის ღრუში ძვეს. ანამნეზისა, აქარებული მჯისა, მუცლის კუნთების რამდენადმე მაინც გამკვრივებისა და ჰიპოგასტრიუმში არსებული მტკივნეულობის მიხედვით მე ეჭვი შევიტანე მუცლის ორგანოთა ტრავმულ დაზიანებაში და ავადმყოფი სანიტრებს ზედასართულში — კლინიკაში — წამოვაცვანე. იქ კატეტერით გამოვუღე შარდი, რომელიც მაკროსკოპიულათ სუფთა აღმოჩნდა. მიუხედავად ამისა ავადმყოფის ხელმეორეთ გასინჯვამ აღებული ეჭვი ვერ გამბათილა და საკითხის გადასაწყვეტათ იგი (ავადმყოფი) პროფ. ნ. კახიანს ვუჩვენე. უკანასკნელი ამ დროს ჯერ კიდევ საოპერაციო დარბაზიდან არ გამოსულიყო. აღენიშნავ ამას იმიტომ, რომ ავადმყოფი იქვე მივიყვანე — საოპერაციო დარბაზის წინა ოთახში — და მთელი გრძელი დერეფანი კლინიკისა მან თავისი ფეხით განვლო ვისიმე დაუხმარებლათ. ანამნეზის გაცნობისა და ავადმყოფის გასინჯვის შემდეგ პროფ. ნ. კახიანმა დაადასტურა ჩემ მიერ გამოთქმული მოსაზრების საფუძვლიანობა და იქვე გასცა განკარგულება სასწრაფო ოპერაციის მოხდენისა. ქაფურისა და მორფიუმის შემზაპუნების შემდეგ ნაშუადღევს 3 საათზე *) ეთერის ნარკოზის ქვეშ, კლინიკის ასისტენტის, ექიმ ეფ. ზაქარაიას მიერ, ჩემი ასისტენტით და პროფ. კახიანის თანდასწრებით ავადმყოფს გაუკეთდა Laparotomia. განაკვეთი შუა ხაზზე, ჭიპიდან ბოქვენის მიდამომდე; მუცლის ღრუში საშუალო რაოდენობის სეროზულ — ჩირქოვანი სითხე; მუცლის აპკი და ნაწლავები ჰიპერემიულია და მოცულია ფიბრინოზული დანაფარით; ნაწლავების მარყუშები შეწყებებულია ერთმანეთთან იმავე ფიბრინოზული პროცესით; დაახლოებით იმ ადგილზე, სადაც jejunum-ი ileum-ში გადადის, ნაწლავის თავისუფალ მხარეზე აღინიშნება მისი გარდი-გარდმო გაგლეჯილობა მთელი სიღრმით, სიგრძით, დაახლოებით, 2 სანტიმეტრის მანძილზე, საიდანაც ჩვენს თვალწინ გადმოდის პერიტონეუმის ღრუში თხელი განავალი. იმავე დროს Appendix-ი ატარებს მწვავე ანთების ყველა მაკროსკოპიულ ნიშანს. იგი შეზდილია სხვა ნაწილებთან პერიაპენდიკალური შენაწყებებით.

პერიტონეუმის ღრუ ამოიწმინდა ფრთხილათ ჯერ მშრალი და მერე ფიზიოლოგიური ხსნარით გაჟღენთილი დოლბანდებით; ნაწლავის გამსკდარ კედელზე დაიდვა ორსართულიანი ქისისებრი ნაკერი; შემდეგ გაკეთებულ იქნა ჩვეულებრივი Appenectomy ტაკვის ჩაყურყუმალავებით ასევე ორსართულიანი ქისისებრი ნაკერით; განაკერი ადგილები მოიწმინდა ფრთხილათ სპირტიანი ბურთულებით; ჭრილობის ზედა 2/3-ი ყრუთ დაიხურა, ხოლო ქვედა მესამედში ჩაწყობილ იქნა ღრმა, წყალბადის ზეჟანგით გაჟღენთილი ტამპონები და ოპე-

*) მაშასადამე, ტრავმის მოხდენიდან 17 საათის გასვლის შემდეგ.

რაცია დამთავრდა. არავითარი გართულება როგორც ოპერაციის, ისე ნარკოზის მსვლელობაში. შემდეგი დანიშნულება: ჭრილობის მიდამოში და მთელ მუცელზე ყინული, ყოველ 2 საათში ol. camphorae, დილა-სადამოს ფიზიოლოგიური ხსნარი 600,0—600,0-ის რაოდენობით, ღამე — sol morphi muriat; შკაცრი უძრავობა საწოლში და სრული შიმშილ-წყურვილი.

ოპერაციის შემდეგი ხანა კარგათ მიმდინარეობს. პირველ დღეებში აწეული ტემპერატურა 38,4-მდე თანდათან ეცემა კიბისებრ N-მდე. განაკვეთის ქვედა ნაწილში პირველ ხანებში გამოსული უამრავი მყარალი სუნის ჩირქი (ტამპონები გამოეცვალა მე 6—8 დღეს.) მერე და მერე თანდათან მცირდება და ჭრილობა იწმინდება. ჭრილობის გაკერილი ნაწილი პირველადით ხორცდება. 1/XI—დან ავადმყოფი დადის კიდეც, ჭამს, სვამს და თავისით გადის განავალზე, ხოლო 26/XI—ს იგი განკურნებული (კლინიკურად) ეწერება კლინიკიდან.

მიმდინარე წლის იანვრის შუა რიცხვებში ავადმყოფი შ-ლი ისევ გამოცხადდა კლინიკაში განაკვეთის ზედა ნახევარში პატარა კანქვეშა ფისტულით, რომელიც ჩვენ იქვე გამოვფხვიეთ და ამოვიღეთ ერთი სხვილი ლიგატურა. ამის შემდეგ ფისტულაც დაიხურა*) რამდენიმე დღის განმავლობაში. დღეს ავადმყოფი ამ გადატანილი ხიფათის მხრივ სრულიად არაფერს უჩივის და გვთხოვს მხოლოდ თიაქრების ოპერაციის გაკეთებას.

ამრიგათ, ჩვენი შემთხვევა შემდეგ დაავადებასა და მისთვის გაწეულ შემდეგ გზაწესებს შეიცავს: Ruptura intestini ilei subcutanea; Peritonitis difusa fibrino-purulenta traumatica; Appendicitis acuta; Laparotomia; Enterorrhaphia; Appendectomy და განკურნება. იგი საინტერესოა როგორც წმინდა დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით, აგრეთვე, მკურნალობის მხრივაც. პირველის მხრივ იგი შეიძლება იმ ერთეულ შემთხვევებს მიეკუთნოს, რომლებიც ლიტერატურაშია აწერილი (Kадъ ян-ის, Holland-ის, Chavasee-ს შემთხვევები)—თუმცა იქ თითქმის ყველა შემთხვევაში ავადმყოფები დაიხოცენ და დიაგნოზი გაკვეთის შემდეგ იქნა დასმული—იმ განსხვავებით, რომ აქ კიდევ უფრო ნაკლები საბუთი გვქონდა მუცლის ღრუში არსებული ასეთი მძიმე მდგომარეობის ასახსნელათ და დიაგნოზის დასასმელათ. გაიხსენეთ, არცერთ იმ უმთავრეს სიმპტომს, რომელიც ნაწლავის ასეთ დაზიანებას ახასიათებს კლინიკურათ, ჩვენს შემთხვევაში მკაფიო გამოხატულება არა ჰქონია: მაჯა მხოლოდ ოდნავ აჩქარებული, აირის დაგროვების ნიშნები სრულიად არა, არც მოყრუება მუცლის ქვედა ნაწილებში, კუნთების defans-იც მხოლოდ რამდენიმეთ გამოსახული; აქ ჩვენ, ფაქტიურათ, დიდი მტკივნეულობაც არ გვქონია მუცლის მიდამოში. მეორეს მხრივ ჩვენი შემთხვევა კიდევ უფრო იშვიათ შემთხვევათა რიცხვში უნდა შევიდეს, როგორცია, მაგ., პროფ. გ. მუხაძისა და Петров-ის თითო-თითო შემთხვევა, იმ განსხვავებით, რომ აქ არა მარტო Laparotomia და გაღვეჯილი ნაწლავის გაკერვა იყო წარმოებული, არამედ კიდევ Appendectomy-ც მწვავე Appendicitis-პროცესში, რომელიც თვით წარმოადგენს თავისთავად სერიოზულ ოპერაციას.

იმ საკითხის გამოსარკვევათ, თუ რამ გამოიწვია ჭიაყელა დანამატის მწვავე ანთება,—იყო მისთვის ნიადაგი მომზადებული ქრონიკულათ Appendix-ის ღრუ-

*) რკინის გზის საავადმყოფოს ექიმთა საზოგადოებაში და დასტქართა კონფერენციაზე მოხსენებას თან ახლდა ავადმყოფის დემონსტრაცია.

ში და ეხლა მხოლოდ გამწვავდა იგი, თუ სხვასთან ერთად ეხლა გავრცელდა მასზე ანთებითი პროცესი percontinuitatem - ჩვენ არა გვაქვს საკმაო მასალა. სამწუხაროთ, ამოკვეთილი Appendix-ის მიკროსკოპიული გამოკვლევა არ ყოფილა წარმოებულნი. ვფიქრობთ მხოლოდ, რომ ამ შემთხვევაში უფრო მეორე ხასიათის წარმოშობას ჰქონდა ადგილი, ე. ი. ანთებითი პროცესის სხვა ნაწლავებიდან და მუცლის აპკიდან გადასვლას Appendix-ზე. ეს მოსაზრება მით უფრო საფუძვლიანია, რომ დანამატის ღრუში, მაკროსკოპიულათ არ გვინახავს განავლის კენჭები, ჭიები ან სხვა რაიმე გარეშე სხეული. *)

ჩვენი ერთი შემთხვევიდან, რასაკვირველია, რაიმე ჩამოყალიბებული დებულებების წამოყენება არ შეიძლება, მაგრამ იმ ერთად-ერთი დასკვნის გამოტანა მაინც შესაძლებელია, რომ ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანების დროს ოპერაციული ჩარევა არ უნდა იყოს უარყოფილი მართო იმ მოსაზრებით, რომ ტრავმის მომენტიდან დიდმა დრომ განვლო, თუ მის მოხდენას ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ნებას გვაძლევს, და განვითარებული პერიტონიტი არ შეიძლება მის (ოპერაციის) კატეგორიულათ საწინააღმდეგო ჩვენებათ ჩათვალოს.

დასასრულ, გულწრფელი მადლობა ჩემს მასწავლებელს, ღრმად პატივცემულ პროფ. ნ. კახიანს თემის მოცემისა და საერთო ხელმძღვანელობისათვის.

ლიტერატურა:

1. პროფ. გ. მუხაძე. Два случая из кишечной хирургии. „Проток. Кавк. Мед. Общ-ва за 1914 г.
2. А. А. Кадьян. Повреждения кишек и брыжейки. 1913 г.
3. А. А. Кадьян. Хирург. заболевания кишек и брыжейки, дополнен. к 30 отд. Русск. Хирургии. 1914 г.
4. П. И. Тихов. Частная хирургия. том. II.
5. ექ. ე. თოდაძე. ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანების რამდენიმე შემთხვევა. „თანამედრ. მედიც“ № 1. 1925 წ.
6. Н. В. Шварц. Обзор хирургической деятельности С. - Петер. Город. Рождествен. Барач. Лазарета за 6 л. (Диссертация) 1910 г.
7. Ф. Лежар. Хирургическая помощь в неотложн. случаях (ფრანგულიდან ნათარგმნი ლ. Левშინის რედაქციით) том I. 1902 г.
8. Тильманс. Руководство частной хирургии. რუს. თარგმ. 1904 წ.
9. Н. Н. Теревинский. К казуистике травм. поврежден. брюш. органов. Хирургия том XXX № 180. 1911 г.
10. А. Чугаев. Экстренная хирургическая помощь. 1927 г.

*) როგორც გვახსოვს ექ. დ. ბერეჟიანს — უნივერ. ფაკულტეტის კლინიკიდან — მოხსენებული აქვს წინა წლებში დასტაქართა კონფერენციისთვის ტრავმის ნიადაგზე განვითარებული ჩირქოვანი appendicitis-ს ერთი შემთხვევის შესახებ, მაგრამ, სამწუხაროთ საექიმო პრესაში იგი ჯერ გამოქვეყნებული არაა.

ა. ახვლედიანი.

კლინ. ორდინატორი.

თირკმელის კისტოზური გადაგვარების საკითხისათვის *).

(ტფილისის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის უროლოგიურ განყოფილებიდან.
გამგე—პროფ. მუხაძე).

ლიტერატურული მიმოხილვა.

თირკმელის კისტოზური გადაგვარება შედარებით იშვიათ დაავადებას წარმოადგენს. მისი ეთილოგია ჯერ-ჯერობით გამორკვეული არ არის. სიმპტომები და კლინიკური მიმდინარეობა იმდენად მრავალფეროვანია, რომ ძლიერ ხშირია შემცდარი დიაგნოზის დასმის შემთხვევები. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ უკანასკნელი წლების განმავლობაში მრავალი ავტორები ამ დაავადების თვითეულ შემთხვევებს აქვეყნებენ და თავისი საკუთარი შემთხვევების შესწავლით და აწერით, ერთის მხრივ, და ლიტერატურის მიმოხილვით, მეორეს მხრივ, ცდილობენ ცოტათ თუ ბევრად წასწიონ წინ ამ დაავადების შესწავლის საკითხი.

პირველად ეს სნეულება აწერილი აქვს Hufeland's; ხოლო 1901 წელში Jsrael'-მა გამოაქვეყნა 4 შემთხვევა. ყველაზედ მეტი სტატისტიკური მასალა ლიტერატურაში აქვთ გამოაქვეყნებული Stromberg-ს და Brin-ს. პირველმა 1909 წელში შეკრიბა და აღწერა 239, ხოლო მეორემ 1911 წელში—324 შემთხვევა.

პროფ. Федоров-ის კლინიკაში აწერილია სულ 10 შემთხვევა. Готлиб-ს აქვს შეკრებილი 1921-1924 წლების განმავლობაში სხვადასხვა ლიტერატურულ წყაროებიდან 68 შემთხვევა. მასვე მოჰყავს მოსკოვის პირველ სახელმწიფო უნივერსიტეტის უროლოგიური კლინიკიდან 2 შემთხვევა. 1925 წელში პრივ.-დოც. Патнер-ის მიერ აწერილია ერთი შერეული შემთხვევა კისტოზური გადაგვარებისა ტუბერკულოზურ პროცესთან ერთად. 1926 წ. С. Н. Ludowigs-ი აქვეყნებს 5 შემთხვევას, ხოლო 1927 წელში ექ. Соколов-ის მიერ აწერილია ერთი შემთხვევა თირკმლის და ღვიძლის კისტოზურად გადაგვარებისა.

კისტოზური გადაგვარება გვხდება ახალშობილთა და ბავშთა ასაკში და მოზრდილთა შორის უფრო ხშირად 40—60 წლის ასაკში. Stromberg-ის სტა-

*) წაკითხულია ქართველ ექიმთა და ბუნების მეტყველთა და ამიერკავკასიის საექიმო საზოგადოებების სხდომებზე მაისში 1927 წელს.

ტისტიკით 239 შემთხვევიდან 1 წლამდის მოდიოდა 68 შემთხვევა, 1 წლიდან 20 წლამდის—11, 20—40წ.—46, 40—60 წ.—64. ავტორების უმრავლესობა იმ აზრისაა, რომ დაავადება უმეტეს შემთხვევაში ორ მხრივია. Lejars-ს მოჰყავს 62 შემთხვევა და ამათში მხოლოდ ერთხელ აღნიშნულია ცალმხრივი დაავადება. Berner-ის 28 შემთხვევიდან ცალმხრივი დაავადება იყო სულ 8 (30,7%). Jund-ის გამოკვლევით ორმხრივი დაავადება შეადგენს 98%, Rumpel-ის კი—96%.

Naumann-ს 1897 წელში 10177 გვამების გაკვეთაზედ შეხვდა 14 შემთხვევა ორმხრივი და 2 ერთმხრივი კისტოზური გადაგვარება თირკმლისა.

პროფ. Федоров-ის 10 ავადმყოფს ყველას ჰქონდა ორმხრივი კისტოზური გადაგვარება თირკმლისა. Ludowigs-ის ხუთ შემთხვევიდან ოთხი იყო ორმხრივი. ამ ავტორებს ეწინააღმდეგება Brin-ის სტატისტიკა: 324 შემთხვევიდან ცალმხრივი დაავადება იყო 129, ორმხრივი კი—65, დანარჩენ 130 შემთხვევების შესახებ ცნობები არ არის. თირკმელის ცალმხრივი კისტოზური გადაგვარება გვხვდება უმრავლესად ახალდაბადებულთა და ბავშთა ასაკში, რომლებიც ხშირად იბადებიან მკვდარნი ან იხოცებიან მოკლე ხანში.

ეთიოლოგია.

ამ დაავადების პათოგენეზის შესახებ მკვლევართა შორის სხვადასხვა აზრი არსებობს და ბევრი თეორიებია წარმოთქმული. ჩვენ მოვიყვანთ მხოლოდ სამ თეორიას, რომლებიც ამ ჟამად უფრო მიღებულია.

1. პირველი თეორია გამოაქვეყნა Вирхов-მა. მისი აზრით ამ დაავადების მიზეზი არის შარდის შეგუბება მილაკებში და მალბიგიის სხეულებში. ეს შეგუბება გამოწვეულია ანთებითი პროცესის ნიადაგზე წარმოშობილ დერილების, ფიალების და თვით მენჯის ობლიტერაციით. Ribbert-ი, Hildenbrand-ი და სხვები სთვლიან რეტენციულ კისტომათ, რომელიც გამოწვეულია შემაერთებელი ქსოვილის მიერ საშარდე მილაკებისა და გლომერულებს შორის კავშირის მოსპობით.

2. ავტორების მეორე ჯგუფი (Borst, Dunger, Busse) კისტოზურ გადაგვარებას სთვლიან შედეგათ განვითარების მოშლისა, რომელიც გამოიხატება ეპიტელიუმის სიმსივნის მავარ ზრდაში. Nauverka პირდაპირ უწოდებს მას მულტილოკულიარულ ადენო-კისტომას. ამ თეორიის დასაბუთებას ეს ავტორები ხედავენ შემდეგ მოვლენებში: შემჩნეულია, რომ ეპიტელიუმს აქვს აქტიური პროლიფერაციის უნარი ირგვლივ მდებარე ქსოვილში; აქ შემდეგში ხდება გამოყოფა და შექმნა ცალკე ბუდეებისა. ამ ბუდეებში ცენტრალური უჯრედების კოლოდალური გადაგვარების გამო წარმოიშობა სანათური ან ღრუ, რომელიც წარმოადგენს კისტომის დასაწყისს. ნახულია აგრეთვე კისტების კედლებში პაპილომატოზური ზრდა და მეტაპლაზია მრავალშრიანი ეპიტელიუმისა შემაერთებელ ქსოვილად, რომლისგანაც შესდგება ბუშტების კედლები. Berner-მა გამოიკვლია პათალოგო — ანატომიურად 28 კისტოზური თირკმელი და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ეს წარმოადგენს განვითარების დარღვევას და თავისი მსჯელობით უახლოვდება სიმსივნეების თეორიას, რამდენადაც ის ამ დარღვევის მიზეზად

სთელის ეპიტელიუმის სიმსივნის მაგვარ პროლიფერაციას, მსგავსად cystadenoma papilliformis-ისა.

3. უფრო გავრცელებულია მესამე თეორია, რომელიც კისტოზურ გადაგვარებას საფუძველად უდებს ემბრიონალურ მიზეზებს: განვითარებული თირკმელი წარმოშობილია ორი ემბრიონალური სისტემის შეერთებით — სწორი მილაკების და მალპიგიის სხეულების; პირველი წარმოქმნილია შარდსაწვეთების გაკვირტიანებით, მეორე კი თირკმელის ბლასტემის ქსოვილისაგან. სხვადასხვა მიზეზებს შეუძლიან ხელი შეუშალოს ამ ორი სისტემის გაერთიანებას და ერთი მთლიანი, განსაზღვრული ფუნქციის ორგანოს წარმოშობას. ამ შემთხვევაში ორი განცალკევებული ნაწილები ინარჩუნებენ განვითარების უნარს და ანორმალურად ცალ-ცალკე იზრდებიან. სწორედ ამ გამოცალკევებულ ქსოვილების აქტიური ზრდით და მათი სეკრეტორული ფუნქციით აიხსნება კისტების წარმოშობა (Ribbert).

ლიანგოზი.

სიმპტომები და კლინიკური მიმდინარეობა თირკმელების კისტოზური გადაგვარებისა მეტად ცვალებადია და წააგავს ხშირად ქრონიკულ შეჭმუხნულ თირკმელს, სიმსივნეს, პიელიტს კენჭებით გართულებულს და სხვა დაავადების სურათს. მთავარ სიმპტომად ითვლება სიმსივნე ორივე თირკმელის პრეში (Casper). აღნიშნულია აგრეთვე სიმსივნე — კისტოზური გადაგვარება ერთ და იმავე დროს სხვა ორგანოებშიც (მაგ. ლვიძლში). Küster-ის აზრით ეს სიმპტომი გეხვდება ყველა შემთხვევების $\frac{1}{3}$ -ში. ხანდისხან შეიძლება ამ სიმსივნის ხედაპირზე უსწორ მასწორო ფორმის შემალღებების ხელით შეგრძნება. მისი განსხვავება სხვა სიმსივნეებიდან, განსაკუთრებით ერთ მხრივი დაავადების დროს, წარმოადგენს სიძნელეს; ამ შემთხვევაში დახმარებას გაგვიწევს ანამნეზი და ხანგრძლივობა დაავადებისა. საზოგადოთ კისტოზურ გადაგვარებას აქვს უფრო ხშირად ხანგრძლივი, ნელი ტემპით განვითარების ხასიათი. შარდი მოგვაგონებს შეჭმუხნულ თირკმელის შარდის სურათს. აღნიშნება polyuria, ხვედრითი წონის დაკლება და ხანდისხან ალბუმინურიაც. ჰემატურია აღნიშნულია $\frac{1}{3}$ შემთხვევებში. სუბიექტიური ნიშნების მხრივ ავადმყოფი გრძნობს ყრუ ტკივილებს და სიმძიმეს თირკმელების არეში. აღნიშნულია აგრეთვე შეტევითი ხასიათის ტკივილები, რომელსაც ხშირად დაერთვის ჰემატურია. ხშირად ასეთ ავადმყოფებს აქვთ სისხლის მიმოქცევის აპარატის აშლილობა: არტერიალური წნევის მომატება, მაჯის აჩქარება და დაჭიმულობა. გულიც ხშირად გაგანიერებულია მარცხნივ. აღნიშნულია აგრეთვე საკმლის მომენტებელ ორგანოების აშლილობა: მადის დაკარგვა, გულის რევა, პირის ლებინება, ხანგრძლივი ყაბზობა და სხვა.

ყველა ზემოხსენებული სიმპტომი ცალ-ცალკე არ წარმოადგენს უტყუარ დიაგნოსტიურ ნიშანს. ამით აიხსნება შედარებით დიდი პროცენტი შემცდარი დიაგნოზებისა. ამ მხრივ საინტერესოა Готлин-ის სტატისტიკა:

1921 წელში ლიტერატურაში აწერილია 22 შემთხვევა.
 1922 " " " 19 "
 1923/24 " " " 27 "

ა მ ა თ შ ი:	1921 წ.	1922 წ.	1923/24 წ.	სულ.
დიაგნოზი სწორად იყო დასმული.	4	10	16	30
დიაგნოზი ვერ იყო დასმული.	12	6	10	28
ცნობა არ არის.	6	3	1	10

როგორც სჩანს, შემცდარი დიაგნოზი ხშირი მოვლენაა. არა ნაკლებ საინტერესოა ამავე Готლინ-ის მიერ მოყვანილი ცნობები იმის შესახებ, თუ რა დაავადებები იყო აღნიშნული კლინიკურად კისტოზური გადაგვარების დროს: ორ შემთხვევაში იყო დასმული დიაგნოზი ელენთის სიმსივნისა (Tonsin და Braun), Chevassu-მ ერთ შემთხვევაში pyonephrosis დიაგნოზი დასვა, პროფ. Феодоров-მა — ერთხელ ქრონიკული პიელოტი პიელოექტაზიასთან ერთად, Vulf-მა — ინფექციური ჰიდრონეფროზი. Kratheizen, Wossilo, Brongersma და Blatt- — თირკმელის სიმსივნეები. პროფ. მუხადეს ჰქონდა შემთხვევა კისტოზურ გადაგვარებულ თირკმლისა კლინიკური დიაგნოზით — თირკმლის სიმსივნე. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა თირკმლის მრავალკამერიანი კისტოზური გადაგვარება. *). მოსკოვის პირველ სახელმწიფო უნივერსიტეტის უროლოგიურ კლინიკიდან — მწვავე ინფექციური ჰიდრონეფროზი, წარმოშობილი თირკმელის დაშვების ნიადაგზე. Payr-ს ერთ შემთხვევაში წვრილი ნაწლავის ileus-ი და მეორეში tumor hepatis

როგორც ზემოთმოყვანილიდან სჩანს, სწორი კლინიკური დიაგნოზის დასმა მეტად ძნელია. „არის შემთხვევები — ამბობს პროფ. Феодоров-ი — კისტოზური გადაგვარება არავითარ კლინიკურ ნიშნებს არ გვაძლევს და ასეთი, გარეგნულად სრულიად სალი ავადმყოფი არა იშვიათად ილუპება ერთბაშად. უეცრივ მწვავე ურემიისაგან ან ანურიისგან“. Ludowigs-ი დიდ მნიშვნელობას აძლევს დიაგნოზის

*) ბავში ვაჟი 4 წლისა, ქართველი. ავადმყოფობა შეამჩნიეს ერთი წლის წინად — სიმსივნე მუცლის ღრუს მარცხენა მხარეზედ. სიმსივნე მოთავსებულია თირკმელის არეში. შიგნითა სახლცარი გადადის შუა ხაზს მარჯვნივ ერთი თითით. Diagnosis tumor renis 1915 წელში 15/X გაუკეთდა ოპერაცია — Laparotomia. აღმოჩნდა თირკმელის სიმსივნე. ჭრილობა ყრუთ გაიკერა. 3 კვირის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული. სიმსივნე შუა ხნის ბავშვის თავის ოდენობისა, წარმოადგენდა მრავალკისტოზურად გადაგვარებულ თირკმელს. ცალ-ცალკე ბუშტუკები იყვნენ კაკლის და ზოგიც მეტი ოდენობისა და შეიცავდნენ გამსჭვირვალე სითხეს.

გამოსარკვევად რენტგენოგრაფიას, რომელმაც მისცა მას საშუალება სწორი დიაგნოზი დაესვა 5 შემთხვევაში. Готлин-ის მიერ აწერილ ერთ შემთხვევაშიც დაავადება წინასწარ იყო გამოცნობილი პიელოგრაფიით.

როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, თირკმლის კისტოზური გადაგვარება არის უფრო ხშირად ორიგინური დაავადება და ეს გარემოება მოითხოვს მეტ სიფრთხილეს ოპერატიულ დახმარების საკითხის გარდაწყვეტის დროს.

„კისტოზური გადაგვარება თირკმლისა—ამბობს იგივე პროფ. Феодоровი — არის განუკურნელი დაავადება და ოპერატიულ ჩარევას შეუძლიან მხოლოდ დაავადების ზოგიერთი სიმპტომის მოსპობა და არა სრული განკურნება.“ ამ საკითხის შესახებაც არ არსებობს ერთი აზრი. მაგალითად: Rowsing-ი, Legeu და სხვები მომხრენი არიან კონსერვატიული წესის; Jsrael-ს დასაშვებად მიაჩნია nephrectomia მხოლოდ ცალმხრივი დაავადების დროს. Brin-ი 1911 წელში მომხრეა მარტო nephrectom-ის. ამ უკანასკნელს 324 დაავადებიდან აწერილი აქვს 167 ოპერატიული შემთხვევა:

nephrectomia	— 117 —	სიკვდილი	32 —	29 %
nephrotomia	22	„	7	31,8 %

Mikalewscck-ის მოჰყავს 194 ოპერატიული შემთხვევა:

nephrectomia	127	სიკვდილიანობა	30 %
nephrotomia	27	„	45 %
punctio	15	„	30 %
nephropetia	10	„	10 %

ჩვეულებრივი დეკაპსულაცია—5.

დეკაპსულაცია კისტების ექსტირპაციით—4.

ნაწილობრივი ნეფრექტომია—3 და ორი სხვა ოპერაცია.

როგორც ეს ცხრილი გვიჩვენებს სკვდილიანობის პროცენტი დიდია ოპერატიულ დახმარების დროს, მეტადრე nephrotom-ის. შემდეგ მოდის nephrectomia, punctio და სხვა.

ყველაზედ ნაკლები მიმდევრები ჰყავს nephromia's, ხოლო nephrectomia—ნაჩვენებია იქ, სადაც აღმოჩნდება მეორე თირკმლის ნორმალური მოქმედება და თვით დაავადებულ თირკმელში კი გადაგვარება იმდენად ღრმა და შორსაა წასული, რომ პარენქიმა სრულიად მოსპობილია. მეტადრე თუ ამას დაერთვის ძლიერი ჰემატურია, კისტების დაჩირქება ან კენჭით გართულება.

ყოველ საექმო შემთხვევაში, სანამ რაიმე წესი იქნება ნახმარი, ნაჩვენებია ერთ თირკმელში კისტოზური გადაგვარების აღმოჩენის დროს, მეორე მხარეზედ საცდელი ლუმბოტომიის გაკეთება მეორე თირკმლის მდგომარეობის გამოსარკვევად.

აღნიშნული მოკლე ლიტერატურული მიმოხილვის შემდეგ გადავდივარ შემთხვევების აწერაზედ. ჯერ მოვიყვან ჩვენს საკუთარ შემთხვევებს.

საკუთარი შემთხვევები.

1. ისტორ. № 801 ავადმყოფი თ—ქია 31 წლისა, საბჭოთა მოსამსახურე, ქართველი, ცოლიანი. შემოვიდა კლინიკაში 12/1 26 წ., ჩივილით შარღზედ ხშირ სგლა-

ზედ და ყრუ ტკივილებზედ წელის და შარდის ბუშტის არეებში, განსაკუთრებით სიარულის დროს. დაავადება შეამჩნია პირველად 1905 წ., შარდის უეცრივი შეხუთებით და ტკივილებით ბუშტის არეში. მიუშობრთავს ექიმისათვის, რომელსაც ცხელი აბაზანების საშუალებით ავადმყოფი გაუყვანია შარდზე, ხოლო მოშარდვის ბოლოს შარდსადინარიდან გამოვარდნილა შინდის მარცვლის ოდენა, უსწორო მოყვანილობის, კენჭი. ამის შემდეგ ავადმყოფი რამოდენიმე წელიწადს კარგათ ყოფილა, ხოლო უკანასკნელ წლებში დაეწყო შარდზე ხშირი სვლა და polyuria. ხანდისხან აყოლებდა სისხლს. წარსულში 4-ჯერ გადაუტანია მარჯვენა ფილტვის ანთება. შთამომავლობის მხრივ ანორმალობას არ აღნიშნავს. ვენერიულ ავადმყოფობას უარყოფს.

Status praesens. საშუალო აგებულობის ავადმყოფია. კანქვეშა ცხიმი და კუნთოვანი სისტემა კარგათ აქვს განვითარებული. ლორწოიანი გარსი მოწითალო ფერისაა. შინაგანი ორგანოები: გულის საზღვრები 1 ctm. გადაწეულია მარცხნივ; ტონები ოდნავ მოყრუებულია. მაჯა 92—1', რითმიული, ოდნავ მკვრივი. მარჯვენა ფილტვის მწვერვალოზედ მკვრივი სუნთქვა.

ადგილობრივად: მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ისინჯება სიმსივნე სწორი ზედაპირით, მისი ქვემო საზღვარი ერთი ხელის დადებით გამოდის ნეკნთა რკალიდან, წინა ილღის ხაზის მიმართულებით. რაოდენობა დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფილ შარდისა=1200.0—1500.0, ტეობა შარდის ბუშტისა—250.0. ნარჩენი შარდი არ აქვს.

13/I. Cystoscopy—შარდის ბუშტის ლორწოიანი გარსის ჰიპერემია. მრავალი მარცლოვანი ცისტები უკანა კედელზედ. (cystitis cystica). მარჯვენა შარდსაწვეთის ხერელი პირლიაა. მარცხენა შარდსაწვეთის ხერელი ნორმალურია.

16/I Chromocystoscopy—5.0 ინდიგო-კარმინის ხსნარის ვენაში შეშხაპუნება: მარცხენა შარდსაწვეთიდან 5' შემდეგ ლურჯი შარდი მძლავრი ნაკადით; მარჯვენა შარდსაწვეთიდან არ გამოვიდა სილურჯე 10' შემდეგაც.

17/I. რენტგენის სურათმა აღმოაჩინა ჩრდილი—კენჭი მარჯვენა თირკმელში.

19/I. პიელოგრაფია: მარჯვენა შარდსაწვეთში შეყვანილია 20.0 საკონტრასტო სითხისა (sol. Natr. brom. 25%). აღმოჩნდა: მენჯი გაგანიერებულია; ფილების მკაფიო მოხაზულობა არ ემჩნევა. ჩრდილი—კენჭი მოთავსებულია მენჯის გარეთ—პარენტქიმაში. თვით თირკმელს ემჩნევა დაშვება: მენჯის ჩრდილი მოთავსებულია მეორე და მესამე წელის მალის საზღვრის დონეზედ.

26/I. განმეორებითი chromocystoscopy-მ მოგვცა იგივე სურათი, რაც პირველად იყო.

შარდის გამოკვლევა: ფერი—ბაცი ჩაღისა, ხვედრითი წონა—1.017, რეაქცია—ნეიტრალური. გამსჭვირვალობა—არ არის. ნალექი ბლომად. ცილა 0.1⁰/₁₀₀, შაქარი არ არის. ნალექში—აუარებელი ჩირქოვანი ბურთულები და კრისტალები ტრიპელფოსფატისა. აქა იქ გვხვდება მჟაუნ-მჟავა კირის მარილები. ზემოდ მოყვანილი გამოკვლევების მიხედვით დასმული იყო დიაგნოზი Nephrolithiasis et pyelitis dex. და ავადმყოფი დაინიშნა საოპერაციოდ.

27/1. სათანადო მომზადების შემდეგ, მორფიუმ—ატროპინ-ეთერის ნარკოზის ქვეშ, ასისტ. წულუკიძის მიერ გაკეთდა ოპერაცია.

განაკვეთი გაყვანილია მარჯვენა მხარეზედ Bergmann-ის წესით, მე-XII-ენეკნის პარალელურად, 15 cm. სიგრძით. რბილი ნაწილების გაკვეთის შემდეგ თირკმელი აღმოჩნდა გადიდებული; მისი ზედაპირი მოფენილია მრავალი ბუშტუკებით; ზოგიერთ ამ ბუშტუკებში არის ჩირქი (იხილე სურათი № 1).

ხელის შეხებით თირკმელი იძლევა ძალზედ რბილ კონსისტენციას და მის შიგნით ღრუების არსებობის შთაბეჭდილებას. თირკმელის კაპსულა მჭიდროთ არის შეხორცებული მის ქვემოთ არსებულ ქსოვილთან.

ავადმყოფს გაუკეთდა nephrectomia. ჭრილობაში ჩაედო ტამპონი.

ამოკვეთილი თირკმელი იწონის 240.0; სიგრძე 18 cm., სიგანე 8 cm.: განაკვეთზედ აღმოჩნდა, რომ პარენქიმის ნაცვლად არის მრავალი ღრუ—ცისტები, რომლებიც განცალკევებულნი არიან ერთი მეორესაგან თხელი, ელასტიური კედლებით. ზოგიერთი ცისტები შეერთებულნი არიან ერთი მეორესთან ვიწრო ხვრელების საშუალებით (იხილე სურათი № 2). კენჭის წონა 18.0, უსწორო მოყვანილობისაა, შერეული ტიპის—ტრიპელფოსფატების და მჟაუნ-მჟავა მარილების.

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს დაჰყვა მცირეოდენი ჭრილობის დაჩირქება და epididymitis dextra. კლინიკაში დაჰყო 32 დღე. დრო გამოშვებით ჰქონდა polyuria: 2000—2800 კ. ს. გაეწერა კარგ მდგომარეობაში.

2. ისტორ. № 1833. ავადმყოფი ბ-ძისა, ქალი, მასწავლებელი, ტომით გერმანელი, შემოვიდა კლინიკაში 18/V—26 წ., ჩივილით ყრუ ტკივილებზე მუცლის და წელის არეში მარჯვნივ. ტკივილები მატულობენ სიარულის ან მუშაობის დროს. ავადმყოფობა შეამჩნია ორი წლის წინად. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფს ოთხჯერ ჰქონია მწვავე შეტევა და ხანისხან ამჩნევდა შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფას. ავადმყოფს შეილი არ ჰყავს და არც მუცელი მოუშლია. წარსულში გადაუტანია ყბაყურა და წითელა. მამა გარდაცვლილა ტუბერკულოზით. ვენერიულ ავადმყოფობას უარყოფს

Status praesens. ავადმყოფი მაღალი ტანისაა, სწორი აგებულობის, სუსტი კვების. კანქვეშა ცხიმი სუსტათ აქვს განვითარებული. შინაგანი ორგანოები: ორივე ფილტვის მწვერვალოზედ ისმის მკერძივ სუნთქვა და გაგრძელებული ამოსუნთქვა. გულის საზღვრები ნორმალურია. ტონები სუფთაა. მაჯა 84—1⁴ რითმიული, საშუალო ავსების. ღვიძლი, ელენთა—N. ადგილობრივად: მუცლის არეში, მარჯვნივ მკაფიოდ ისინჯება ნორმალური ოდენობის, მოძრავი მარჯვენა თირკმელი. მისი ქვედა პოლიუსი აღწევს Mac—Bournei-ის წერტილს. მარცხენა მხარეზედ თირკმელი ოდნავ ისინჯება. შარდის ანალიზი: ფერი—ჩაღის, ხვედრითი წონა — 1.025, რეაქცია — მჟავე. ცილა — 0,2⁰/₁₀₀, დანალექში ლეიკოციტები 3-4 მხედველობის არეში და ამდენივე ერიტროციტი. თითო-ორი ბრტყელი ეპიტელიუმი. ტეობა შარდის ბუშტისა 300.0. რაოდენობა შარდისა დღე-ღამის განმავლობაში 800—1000 კ. ს.

24/V. გადაღებულია რენტგენის სურათი მარჯვენა თირკმლისა. კენჭი არ აღმოჩნდა.

27/V. Cystoscopy—შარდის ბუშტი ნორმალურია.

Chromocystoscopy—5.0 ინდიგო-კარმინის ვენაში შეშხაპუნება: ორივე შარდსაწვეთიდან გამოვიდა სილურჯე შეშხაპუნების 8 წუთის შემდეგ.

3/VI. განმეორებით გაუკეთდა cystoscopy და chromocystoscopy. შედეგი იგივე, რაც პირველად მივიღეთ.

16/VI. პიელოგრაფია: მარჯვენა შარდსაწვეთში შეყვანილია 7.0 საკონტრასტო სითხისა (sol. Natr. brom. 25%), აღმოჩნდა: თირკმელი ძალზედ დაშვებული—მენჯის ჩრდილი ნორმალური მოყვანილობისა და მოსჩანს თედოს ძვლის ერთი სანტიმეტრით ზევით. შარდსაწვეთს ემჩნევა მკაფიო მუხლობრივი გადაღუნვა (იხილე სურათი № 3).

აღნიშნული გამოკვლევების მიხედვით დაისვა დიაგნოზი Nephroptosis dextra და ავადმყოფი დაინიშნა საოპერაციოდ.

19/VI. მორთიუმ-ატროპინ-ეთერის ნარკოზის ქვეშ პროფ. მუხაძის მიერ გაკეთებულია ოპერაცია.

კანზედ განაკვეთი გაყვანილია მე-XII-ე ნეკნის პარალელურად, 15 ctm. სიგრძით. Capsula adiposa მკაფიოდ არის განვითარებული. თირკმელი აღმოჩნდა ძალზედ დაშვებული—აღწევს თითქმის თედოს ფოსოს და განიცდის კისტოზურ გადაგვარებას. რამდენიმე კისტა გაიჭრა და გამოვიდა სეროზული სითხე. Capsula propria-ს ვაკვეთის და გამოცალკევების შემდეგ ოთხი კელკუტის ნაკერით მიმავრებულია მე-XII-ე ნეკნის მახლობლად კუნთებზედ—nephropexia. ჭრილობაში ჩაიდო ტამპონი და ნაწილობრივად გაიკერა.

კისტომის სითხის გამოკვლევამ მოგვცა შარდმჟავა მარილები და გადაგვარებული ეპიტელიალური უჯრედები—მცირე რაოდენობით.

ოპერაციის შემდეგი მიმდინარეობა ნორმალური იყო. ტამპონი ამოღებულია მე-12-ე დღეს. ჭრილობა შეხორცდა per primam.

6/VII. გაუკეთდა საკონტროლო პიელოგრაფია მარჯვენა თირკმლისა. შარდსაწვეთში შეყვანილია 8.0 საკონტრასტო სითხისა (sol. Natr. jodati. 12%). თირკმელის მენჯი ნორმალური მოხაზულობისა და მოთავსებულია წელის მეორე მალის გარდიგარდმო მორჩის მახლობლად. შარდსაწვეთი სწორი მოყვანილობისა (რაიმე გადაღუნვა არ ემჩნევა).

შარდის რაოდენობა დღე-ღამის განმავლობაში 400.0-იდან ავიდა 1500.0-დე. გაეწერა კლინიკიდან ოპერაციის შემდეგ მე-21 დღეს კარგ მდგომარეობაში.

3. ისტორიის № 3214. ავადმყოფი ს-ძე 22 წლისა, ქალი, მასწავლებელი, გაუთხოვარი. შემოვიდა კლინიკაში 27/XI—26 წ. უჩივის ყრუ ტკივილებს და სიმძიმის გრძნობას ორივე თირკმლის არეში. ავად გრძნობს თავს 5-6 წელიწადია. უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში ტკივილებმა მიიღეს უფრო ინტენსიური ხასიათი და ამასთან წელის არეში ავადმყოფმა შეამჩნია სიმსივნე. ერთი წელიწადია რაც ავადმყოფს შარდზედ მიღებულმა გაუხშირდა, გადის დღისით 6-7-ჯერ და ღამით ერთხელ. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ 15 წლისას მას სამი დღის განმავლობაში ჰქონდა სისხლიანი შარდი. 1925 წელში ავადმყოფს ჩვენს კლინიკაში ჰქონდა გაკეთებული თიაქართკვეთა მარცხენა საზარდულის თიაქრის გამო. შთამომავლობის მხრივ ანორმალობას არ აღნიშნავს.

Status praesens. საშუალო ტანის, კარგი კვებისა. ლორწოიანი გარსები მოწითალო ფერისაა; კანს გადაჰკრავს ყვითელი ფერი. გული ნორმალურ საზღვრებშია. ტონები სუფთაა. მაჯა 72—1', რითმიული, საშუალო ავსების. ფილტვები, ღვიძლი — N. ელენტა ორი თითით გამოდის ნეკნთა რკალიდან.

ადგილობრივად: მუცლის არის მარჯვენა და მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოებში ისინჯება სიმსივნეები, მოძრავი და ხორკლიანი ზედაპირით, მტკივნეული. შარდის ანალიზი: ფერი — ჩალის, ხვედრითი წონა — 1.020, რეაქცია — ტუტე-ცილა — არ არის. ნალექში ბრტყელი ეპიტელიუმში და კრისტალები ტრიპელფოსფატისა — საშუალო რაოდენობით. შარდის დღე-ღამის რაოდენობა = 1200.0.

2/XII. Cystoscopy — შარდის ბუშტი ნორმალურია.

Chromocystoscopy — 5.0 ინდიკატორის ხსნარის ვენაში შეშხაპუნება: მარცხენა შარდსაწვეთიდან გამოვიდა სილურჯე შეშხაპუნების 4 წუთის შემდეგ და მარჯვენა შარდსაწვეთიდან კი — 5 წუთის.

4/XII. გაკეთებულია პიელოგრაფია და პიელოსკოპია. ორივე შარდსაწვეთში შეყვანილია შვიდ-შვიდი გრამი საკონტრასტო სითხისა (sol. Natr. bromat. 25⁰/₁₀₀), აღმოჩნდა: მენჯი და ფიალები ნორმალური მოყვანილობისა და მოთავსებულია წელის მეოთხე მალის ღონეზედ. შარდსაწვეთების პერისტალტიკა ეკარგათ არის გამოხატული.

Diagnosis: Ren mobilis et degeneratio cystica renis utriusque. ავადმყოფი დანიშნულია საოპერაციოდ. 11/XII ოპერაცია გაუკეთდა მორფიუმ-ატროპინ-ეთერის ნარკოზის ქვეშ (ქლოროფორმს სრულიად არ ვხმარობთ უროლოგიურ ოპერაციების დროს) ასისტ. წულუკიძეს მიერ.

კანის განაკვეთი 16 cm. სიგრძით, მე-XII ნეკნის პარალელურად. კანის და კუნთოვანი ქსოვილის გაკვეთის შემდეგ თირკმელის ირგვლივ მდებარე ქსოვილი ჩლუნგი წესით გახსნილია. თირკმელი აღმოჩნდა კისტოზურად გადაგვარებული — მისი ზედაპირი მრავლად მოფენილია პატარა ბუშტუკებით. კაპსულა ძალზედ გათხელებულია, რის გამოც გაკეთებულია nephropexia — თირკმლის capsula adyposa-ს მე-XII-ე ნეკნის მახლობლად კუნთებზედ მიმაგრებით. ჭრილობაში ჩაიღო ტამპონი და ნაწილობრივ გაიკერა.

ოპერაციის დროს ავადმყოფს დაეწყო პირის ლებინება, ასფიქსია და მაჯის შესუსტება, რის გამოც მეორე მხარეზედ ლუმბოტომიის გაკეთება შეუძლებელი შეიქმნა. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს ჰქონდა მკაფიოდ გამოხატული სიყვითლე მაჯის აჩქარება და ოლიგურია (შარდის რაოდენობა დღე-ღამეში — 300—400.0) მესამე დღეს ჭრილობიდან ამოეღო ტამპონი. მეშვიდე დღეს მოეხსნა ძაფნაკერები. შეხორკება per primam. მეცხრე დღიდან დაეწყო საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება: სიყვითლემ გაუარა, მაჯა 88 — 1' საშუალო ავსების; შარდის რაოდენობა 400.0-დან ავიდა 1000.0-დღე. მეთხუთმეტე დღეს გაკეთდა Phenol-sulfo-phtalein-ის რეაქცია შემდეგი შედეგით: პირველი პორცია — 128.0—46⁰/₁₀₀

მეორე „ — 28 — — 21⁰/₁₀₀

სულ — 67⁰/₁₀₀ (ერთ საათში)

Ambard-ის კოეფიციენტი = 0.11.

მე-17-ე დღეს ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან კარგ მდგომარეობაში სათანადო დირიგებით.

4. ტფილისის უნივერსიტეტის პროპედევტიულ ქირურგიულ კლინიკიდან. ავადმყოფის ისტორია № 2409. ავადმყოფი ვ—ძე 40 წ., მამაკაცი, ხელობით მღებავი, შემოვიდა კლინიკაში 8/V—26 წ. უჩივის მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში სიმსივნეს და პირის ღებინებას საჭმლის მიღების 1—2 საათის შემდეგ. სიმსივნე სამი თვეა რაც გაუჩნდა. წარსულში გადაუტანია ინფლუენცია და მალარია. შთამომავლობის მხრივ ანორმალობას არ აღნიშნავს.

Status praesens. ავადმყოფი დაბალი ტანისაა, სუსტი კვების. ლორწოიანი გარსი ანემიურია. შინაგანი ორგანოები: გულის საზღვრები გაგანიერებულია. ტონები მოყრუებული. ფილტვები—N. ღვიძლი—N. ელენტა ერთი თითით გამოდის ნეკნების რკალის ქვემოდან. მუცლის მარჯვენა და მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოებში ისინჯება სიმსივნეები, რბილი კონსისტენციის.

შარდის ანალიზი: ფერი — ჩაღის, რეაქცია — სუსტი, მკაფე, ხვედრითი წონა—1005, ნალექი—მცირე. ცილა 1,98⁰/₁₀₀. ნალექში ჩირქოვანი ბურთულები 20 მხედველობის არეში, მარცლოვანი ცილინდრები 1—2 მხედველობის არეში. მცირე რაოდენობით ბრტყელი ეპიტელიუმი.

Diagnosis: Tumor abdominis.

1/VI. ოპერაცია—Laparotomia ეთერის ნარკოზის ქვეშ. ოპერაციის დროს რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. აღმოჩნდა ორივე თირკმლის კისტოზური გადაავარება. ჭრილობა გაიკერა ყრუთ. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი ძალიან სუსტად გრძნობდა თავს. ჰქონდა ანურია და მეორე დღეს გარდაიცვალა.

5. ქალაქის პირველ საავადმყოფოდან.

ისტორიის № 13217. ავადმყოფი ზ—იანი ქალი 32 წლისა, შემოვიდა საავადმყოფოში 23/VII—26 წელს, უჩივის მარჯვენა თირკმლის მიდამოში ტკივილებს. ავად გრძნობს თავს 6 წელიწადია. დასაწყისს უკავშირებს მალარიის ნიდავზედ გახდომას.

ადგილობრივად: მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ისინჯება ოდნავ გადიდებული და მოძრავი სიმსივნე, რომელიც პალპაციით მტკივნეულია. რაოდენობა შარდისა დღე და ღამეში = 1600.0—1800.0 შარდის ანალიზი თვალსაჩინო ცვლილებებს არ იძლევა.

Diagnosis: Hydronephrosis dextra.

ოპერაცია 3/VII ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ — Laparotomia et nephrectomia.

ავადმყოფი გარდაიცვალა იმავე დღეს საღამოს 7 საათზედ. გაკვეთამ აღმოაჩინა მეორე თირკმლის კისტოზური გადაავარება და აგრეთვე მრავალი კისტები ღვიძლშიაც.

6. კამოს სახელობის საავადმყოფოდან.

ავადმყოფი J. E. 35 წლისა დამლაგებელი, შემოვიდა 30/VIII 26 წ. უჩივის სიმსივნეს მუცლის მარჯვენა ნახევარში, რომელიც მას გაუჩნდა 5 თვის წინად.

მას შემდეგ სწრაფად იზრდებოდა. ამავე დროს დაეწყო პირის ღებინება და ტკივილები.

Status praesens. საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულობის ავადმყოფი. გულის ტონები მოყრუებულია. საზღვრები ნორმალური. ფილტვები—N. ღვიძლი გადიდებული არ არის, მაგრამ მის ქვემოდ ისინჯება სიმსივნე, რომელსაც თითქოს აქვს კავშირი კუჭის გამოსავალთან. მარჯვენა თირკმელი მკაფიოდ ისინჯება მუცლის მარჯვენა ზემო ნახევარში, სიმსივნის ქვემოდ ისინჯება საზღვარი—ღარი სიმსივნის და თირკმლის ზემო პოლუსის შორის. შარდის ანალიზში აღნიშნულია მხოლოდ ხვედრითი წონის დაკლება—1.002. სხვა ცვლილებები არ არის.

Diagnosis: Tumor abdominis.

10/IX. ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ, შემდეგი დამატებით საერთო ეთერის ნარკოზისა, ოპერაცია—Laparotomia. აღმოჩნდა მარჯვენა თირკმლის კისტოზური გადაგვარება. ეს უკანასკნელი აწვება თორმეტ-გოჯა ნაწლავს. ღვიძლის მარჯვენა ნაწილიც კისტოზურად გადაგვარებულია, ვინაიდან სიმსივნე იწვევდა კუჭ ნაწლავის გზის მექანიკურ დახშობას, ზედაწოლის გამო, ვაკუუმებულია nephrectomia. ამოკვეთილი თირკმელი იწონიდა 0,8 kil. ოპერაციის შემდეგ ჭრილობა ნორმალურად შეხორცდა და ავადმყოფი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერა საავადმყოფოდან მე-23 დღეს.

ამგვარად ჩვენ გვაქვს ექვსი შემთხვევა კისტოზური გადაგვარებისა. ამათში მამაკაცი 2 და ქალი 4. წლოვანობის მიხედვით 5 ავადმყოფი 30—40 წლამდე, ხოლო ერთი 22 წლისა. 4 შემთხვევაში სიმსივნე ისინჯებოდა ობიექტიურად ორივე მხარეზე, ხოლო 2 შემთხვევაში ერთზე. ყველა შემთხვევაში გვაქვს შარდში შემდეგი ცვლილებანი: (ორ შემთხვევაში—ხვედრითი წონის დაკლება და 4 შემთხვევაში ცილის არსებობა მცირე რაოდენობით. წინასწარ იყო დასმული შემდეგი დიაგნოზები:

- Tumor abdominis—2
- Nephrolithiasis et Pyelitis—1
- Nephroptosis—1
- Hydronephrosis—1
- Degeneratio cystica ren.—1

ორიგზბრივი დაავადება აღმოჩნდა 5 შემთხვევაში. ღვიძლის კისტოზური გადაგვარება 2 შემთხვევაში. შედეგები: სიკვდილიანობა აღნიშნულია ორჯერ: ერთი ოპერაციის დღეს საღამოს—სისხლის დენიდან და მეორე ოპერაციის შემდეგ მესამე დღეს—ანურიისაგან. დანარჩენ 4 შემთხვევაში ავადმყოფები გაიწერნენ კარგ მდგომარეობაში.

ჩვენი კლინიკის შემთხვევების შესახებ საჭიროდ მიგვაჩნია აღნიშნოთ შემდეგი:

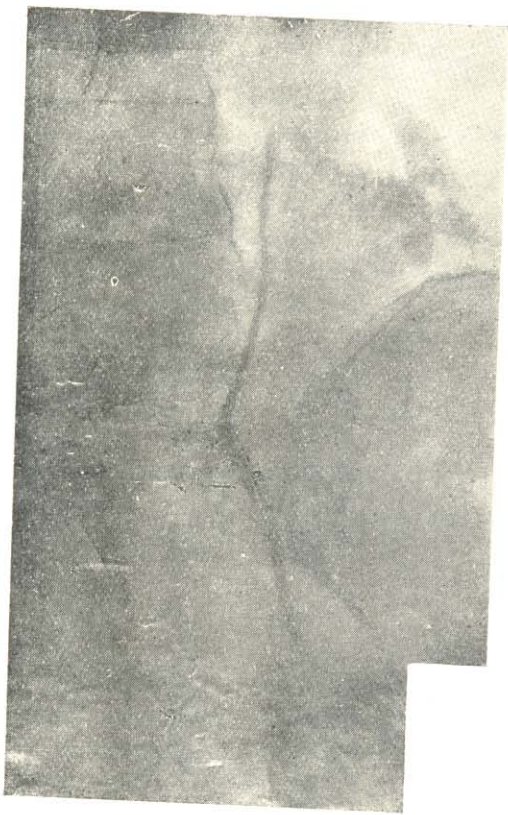
ყველა სამ ავადმყოფზედ ადგილი აქვს თირკმელში შარდის შეგუბებას—პირველში კენჭის გაჭედვის გამო, ხოლო ორ უკანასკნელზედ შარდსაწვეთების გადაღუნვის გამო, თირკმელების დაშვების ნიადაგზედ. ამგვარად შარდის რეტენციას, როგორც ეთილოგიურ მომენტს, შესაძლებელია ჰქონდეს ადგილი. მთავარ



55b. 1.



55b. 2.



556. 3.

სიმბტომად უნდა ჩაითვალოს სიმსივნე ორთავე თირკმელის არეში, მისი ხანგრძლივობა და შარდის მხრივ შედარებით ნაკლები ცვლილებები. მნიშვნელოვანი სიმბტომია აგრეთვე სიმსივნეზედ ხორკლიანი ზედაპირის აღმოჩენა (თუმცა ეს იშვიათად შეიძლება). სამ შემთხვევიდან დიაგნოზი ვერ დაისვა სწორედ ორ შემთხვევაში, მხოლოდ ერთზედ დიაგნოზი სწორეთ იყო დასმული შემდეგი მოსაზრებით: პიელოსკოპიამ აღმოაჩინა სიმსივნეების კავშირი თირკმელებთან; ხანგრძლივობა დაავადებისა (5—6 წ.) და აგრეთვე ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა უარყოფდა თირკმელებში რაიმე ხორკმეტის არსებობას, ხოლო ერთის მხრივ თირკმელების ხორკლიანი ზედაპირი, მათი ზემო პოლუსის პოვნის შეუძლებლობა და შარდის მხრივ, შედარებით ავადმყოფობის ხანგრძლივობასთან, მნიშვნელოვანი ცვლილებების უქონლობა და ძლიერი ტკივილების არ ყოფნა გვაძლევდნენ საბუთს გამოგვერიცხა თირკმელების წმინდა დაშვება.

პირველ შემთხვევაში საცდელი ლუმბოტომია არ გაკეთებულა იმის გამო, რომ დაჩირქებულ კისტების გახსნის გამო საოპერაციო არე სეპტიური შეიქმნა და მეორეს მხრივ არ იყო არავითარი საბუთი მეორე თირკმლის დაავადებისა (ობიექტიურად სიმსივნე არ ისინჯებოდა, ფუნქციონალური ცდებით დადასტურდა თირკმელის ნორმალური მოქმედება); მეორე შემთხვევაში—ავადმყოფის საერთო სისუსტის და მესამე—ნარკოზის აუტანლობის გამო, ჩვენ სამ შემთხვევიდან ორ შემთხვევაში დაავადება ორივე მხრივია და ერთ შემთხვევაში ცალმხრივი. პირველ ავადმყოფზედ გაკეთდა nephrectomia იმის გამო, რომ დაავადებული თირკმელი წარმოადგენდა უმოქმედო ორგანოს, ჩირქით და კენჭით რომელსაც შეეძლო დაეზიანებინა მეორე კლინიკურად სრულიად საღი თირკმელი.

ორ უჯანასკნელ ავადმყოფზედ გაკეთებულია nephropexia: ერთზედ Marion-ის წესით და მეორეზედ—თირკმელის ირგვლივ მდებარე ცხიმის მე-XII-ე ნეკნის ახლოს კუნთებზედ მიკერებით.

დასკვნები.

1. თირკმელის კისტოზურად გადაგვარების საბოლოო შესწავლა საჭიროებს კიდევ კლინიკურ და ექსპერიმენტალურ დაკვირვებებს.
2. მექანიკური დაბრკოლებებით გამოწვეული შარდის შეგუბება შესაძლებელია იყოს ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზი ამ დაავადების წარმოშობისა.
3. ამა თუ იმ წესის ოპერატიულ დახმარების არჩევის დროს მხედველობაში უნდა გვქონდეს უსათუოდ როგორც დაავადებული თირკმელის, ისე განსაკუთრებით მეორე თირკმელის ფუნქციონალური მდგომარეობა.
4. საერთო ნარკოზი თირკმელის კისტოზური გადაგვარების დროს წარმოადგენს საშიშროებას და უნდა იხმარებოდეს დიდის სიფრთხილით.
5. ერთ მხარეზედ კისტოზური გადაგვარების აღმოჩენის შემდეგ, საჭიროა, სანამ რაიმე ოპერატიული წესი იქნეს არჩეული, მეორე მხარეზედ საცდელი ლუმბოტომიის გაკეთება.

6. Nephrectomia დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ერთი მხრივ დაავადებული თირკმელი განიცდის სრულ გადაგვარებას—ფუნქციის მოშლას და გართულებულია სისხლის დენით, ჩირქგროვებით ან კენჭით და მეორეს მხრივ, როდესაც დამტკიცებულია, რომ მეორე თირკმელი ნორმალურად მოქმედობს.

დასასრულს სასიამოვნო მოვალეობად ვთვლი მადლობა გამოუცხადო ჩემს მასწავლებელს პროფ. გრიგოლ მიხეილის-ძე მუხაძეს, როგორც მუდმივი ხელმძღვანელობისათვის, აგრეთვე ამ თემის დამუშავების დროს სათანადო რჩევა დარიგების მოცემისათვის.

ულრმესი მადლობა ჰოსპ. ქირ. კლინიკის უროლოგიურ განყოფილების უფროს ასისტენტს მედიცინის დოქტორს ა. წულუკიძეს თემის მოცემისათვის, უცხოელ ავტორების ლიტერატურის და საჭირო ახსნა განმარტების მოწოდებისათვის.

მადლობა აგრეთვე ქირურგიულ პროპედევტიულ კლინიკის ასისტენტს ექ. ზაქარაიას; ქალაქის I საავადმყოფოს მედ. დოქტორს ვესელოვჭოროვს და კამოს სახელობის საავადმყოფოს ექ. ტერ-ნერსესოვს თავიანთი შემთხვევების ისტორიების მოწოდებისათვის.

დოც. სვ. ყიფშიძე, ემ. ალ. რუხაძე და ემ. მ. ცხაკაია.

ნერვ. სნეულ. კლინ. გამგე. კლინიკის ორფინატორი ჰოსპ. ქირ. კლინ. უფრ. ასისტენტი.

ალკოჰოლის შეშხაპუნება ნერვში*)

(წინამორბედი მოხსენება).

ალკოჰოლი ნერვიული სისტემის ქირურგიაში პირველად, თუმცა სულ სხვა მიზნით ვიდრე ჩვენ, შემოიღო მიუნხენის ოფთალმოლოგმა Schlüsser მა 1923 წელში. ის უშხაპუნებდა ალკოჰოლის კონცენტრირულ ხსნარს ნერვის ღეროში ნევრალგიების დროს. შედეგი პირველ ხანებში მაინც და მაინც ვერ იყო დამაკმაყოფილებელი. 1905—9 წლებში Ракумовский-მ, Пуссен-მა და Назаров-მა რუსეთში; Alexander-მა, Unger-მა და Krause-მ გერმანეთში; Sicard-მა საფრანგეთში ერთი მეორეს დამოუკიდებელი შეიმუშავეს ექსპერიმენტალურად ეს საკითხი, მიმართეს ამ საშუალებას ნევრალგიების (განსაკუთრებით neuralgia n. trigemini) დროს და შედეგიც კარგი მიიღეს: აუტანელი ტკივილები, რომელნიც ხშირად მიზეზი იყო ავადმყოფთა თვით მკვლელობისა, ამ ოპერაციის შემდეგ სრულიად და ზოგჯერ სამუდამოდ ჰქრებოდა, სამაგიეროთ ვითარდებოდა ხოლმე დამბლები და ანესტეზიები იმ ნერვის არეში, რომელშიაც შეშხაპუნებული იყო ეს ალკოჰოლი.

მიუხედავით ამ პოსტ-ოპერატიული დამბლა-ანესტეზიების განვითარებისა ამ ოპერაციას დღესაც ბევრი მიმდევარი ჰყავს და ავადმყოფებიც სიამოვნებით და ძლიერ ადვილად იღებენ ასეთ მსხვერპლს იმ აუტანელ ტკივილების წინააღმდეგ, რომელთაც ნევრალგია ანუ კაუხხალგია ეწოდება.

ამრიგად, ვიცოდით რა, რომ ალკოჰოლი კლავს ნერვს, იწვევს ე. წ. Valler-ის გადაგვარებას (Frankenthal-ი 1923 წ. და Назаров-ი 1925 წ.), ჩვენ განვიძრახეთ გვეხმარა ეს საშუალება ერთ შემთხვევაში სადაც ავადმყოფს ჰქონდა ტერფისა და ფეხის თითების მომხრელთა რბილი კონტრაქტურა.

რადგანაც ეს კონტრაქტურა სრულიად ანალოგიური იყო ისეთი კონტრაქტურებისა, რომელნიც გამოწვეულია n. tibialis-ის გაღიზიანებით და, რადგანაც ჩვენთვის ძლიერ საინტერესო იყო გამოგვერკვია თუ რა მონაწილეობას იღებს ამ კონტრაქტურის წარმოშობაში ცენტრალური ნერვიული სისტემა, ჩვენ განვიძრახეთ n. tibialis-ის ალკოჰოლიზაცია კონტრაქტურების მოსასპობად.

*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნების-მეტყველთა საზოგადოებას 16 ივნისს 1927 წ.

მასთან ვგულისხმობდით რომ, თუ კონტრაქტურა ცენტრალური წარმოშობის იყო, იგი მოისპობოდა *n. tibialis*-ის ფუნქციის მოსპობის გამო.

მართლაც, ჩვენ მივიღეთ მოსალოდნელი ეფექტი, ე. ი. კონტრაქტურის ძლიერი შემცირება, მაგრამ ჩვენთვის მოულოდნელი იყო ის მოვლენა, რომ ამ ოპერაციის შემდეგ *n. tibialis*-ის მოტორული ფუნქცია და აღზნებულება ელექტრო-ნაკადის მიმართ ხელ-უხლებელი დარჩა. მაშასადამე ცხადი იყო, რომ კონტრაქტურის შესუსტება ამ შემთხვევაში სიმატიური ნერვიული სისტემის ძაფების ალკოპოლიზაციით დადამბლუების შედეგი არ უნდა ყოფილიყო. ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გასინჯვამ კი დაგვარწმუნა, რომ აღნიშნულ პროცედურის შემდეგ განვითარდა სიმატიკური ნერვიული სისტემის დამბლა.

ამის შემდეგ ჩვენთვის ბუნებრივი იქნებოდა დასკვნის გამოტანა, რომ მცირე კონცენტრაციის ალკოპოლი აზიანებს სიმატიკურ ნერვიულ სისტემის ძაფებს და ხელ-უხლებლად სტოვებს სიმატიურ ნერვიულ სისტემას და, მაშასადამე, იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭირო იქნება გალიზიანებულ სიმატიკურ სისტემის ფუნქციის შესუსტება ან სრულიად მოსპობა, ასეთი კონცენტრაციის ალკოპოლის შესაბამისი ნერვში სავსებით მიზანშეწონილი და ნაჩვენებია.

და, რადგანაც ჩვენის აზრით ზოგიერთი კონტრაქტურები სიმატიკური ჰიპერტონიის წარმოშობისანი არიან, და მასთან, მივიღეთ რა მხედველობაში ზემო აღნიშნული მოსაზრებანი ალკოპოლის მოქმედების შესახებ, ჩვენ ამ მიზნით ასეთ კონტრაქტურების წინააღმდეგ ვიხმარეთ 50% -ანი ალკოპოლი ნერვში შესაშხაპუნებლად.

ამ მხრივ იყო შესწავლილი და გატარებული ჯერ-ჯერობით მხოლოდ ხუთი ავადმყოფი. შედეგი ხუთივე შემთხვევაში დამაკმაყოფილებელი მივიღეთ.

შემთხვევა I-ლი. გ. ხ-რი, 15 წლ. აქვს მარცხენა ხელ-ფეხის მომხრელთა ექსტრა-პირამიდალური ხასიათის ჰიპერტონია, ტერფისა და ფეხის თითების მომხრელთა რბილი კონტრაქტურა და მკაფიოდ გამოხატული hypertrichosis. მარცხენა ფეხის დიდი თითი გაშლილია, დანარჩენი თითები ფალანგებში მოხრილია თანდათანობით უფრო ძლიერ მეორე თითიდან მეხუთემდე და პირველ ფალანგებიდან მესამემდე. მათი აქტიური გაშლა შეუძლებელია, პასიურად კი ძალზე ძნელია აღნიშნულ კონტრაქტურის გამო. სიმატიურ ნერვიულ სისტემის მხრივ სხვა არაფერი აღინიშნება. კლინიკ. დიაგნოზი: Hemiplegia sin?.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ კი მოგვცა სიმატიკური ნერვიული სისტემის გალიზიანების სინდრომი დაავადებულ მხარეზე: პილომოტორული რეფლექსები უფრო გამოხატულია დაავადებულ მხარეზე. თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა დაავადებულ მხარეზე 7" საღ მხარეზე კი 5" უდრის. კიდურების სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსილი თმა უფრო ადრე გაიზარდა დაავადებულ მხარეზე*). დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება კარგად გამოხატული hypothermia-hypotensio:

*) თმის ზედმეტი ზრდა (hypertrichosis) ჩვენის აზრით სიმატიკური ნერვიული სისტემის გალიზიანების ერთ-ერთი სინდრომია. (დოც. სვ. ყიფშიძე და ექ. ალ. რუხაძე—ზედაკიდურის სიმატიკური ნ-ლი სისტემის სპაზმის სინდრომი და Leriche-ის ოპერაცია ამ სინდრომის დროს).

	სალ მზარეზე	დაავადებ. მზარეზე	განსხვავება
კანის ტემპერატურა			
ხელის მტეენის ზურგზე	29,3	27,8	-1,5
ფეხის ტერფის ზურგზე.	29,6	27,6	-2,0
სახეზე	32,1	32,1	0
სისხლის წნევა.			
maxima	12,0	10,0	-2,0
minima.	7,5	7,5	0
index.	3,0	1,0	-2,0

ა. ტემპერატურა-დინამიური გამოკვლევა.

ასიმეტრია დაავადებულ მზარეზე სალ მზარესთან შედარებით	თფილი (40°R.) აბაზანა				ცივი (10°R.) აბაზანა					
	ცდამლე	ცდის შემდეგ				ცდამლე	ცდის შემდეგ			
		5'	10'	15'	60'		5'	10'	15'	60'
კანის ტემპერატურა										
ხელის მტეენის ზურგზე	-1,8	-5,1	-1,1	-1,0	-1,5	-1,7	-2,0	-2,5	-2,8	-2,0
ფეხის ტერფის ზურგზე.	-3,3	-2,1	-1,5	-1,3	-2,8	-3,0	-3,0	-3,5	-3,6	-3,1
სისხლის წნევა										
maxima	2,0	-1,5	-1,0	-0,5	-2,0	-2,0	-2,0	-2,5	-2,5	-2,0
minima.	0	0	0	0	0	0	0	-0,5	-0,5	-0,5
index.	-2,0	-1,5	-1,5	-1,0	-1,5	-2,5	-2,5	-3,0	-2,5	-3,0
ვეგეტატიური რეფლ.										
პილმოტორული	>	=	=	=	=	>	>	>	>	>
თეთრი ლაქა	>	=	=	=	=	>	>	>	>	>

Resumé: თფილ აბაზანას ზეგავლენით არსებული ასიმეტრია (hypothermia, hypotensio) საგრძნობლად შემცირდა, ცივი აბაზანით კი არსებულ ასიმეტრიამ საგრძნობლად იმატა.

ბ. ფარმაკო-დინამიური გამოკვლევა

ასიმეტრია დაავადებულ მხარეზე საღ მხარესთან შედარებით	Pilocarpini-თ			Adrenalini-თ				
	ცდამდე	ცდის შემდეგ			ცდამდე	ცდის შემდეგ		
		15'	30'	60'		15'	30'	60'
კანის ტემპერატურა								
ხელის მტევნის ზურგზე	-2,0	-1,8	-1,2	-1,8	-2,1	-2,3	-2,6	-2,0
ფეხის ტერფის ზურგზე	-3,1	-2,6	-2,1	-3,0	-3,3	-3,6	-3,8	-3,1
სისხლის წნევა								
maxima	-1,5	-1,5	-1,0	-1,5	-1,5	-1,5	-2,0	-1,5
minima	-0,5	0	0	-1,0	-0,5	-0,5	-1,0	-0,5
index.	-2,0	-1,5	-1,5	-2,5	-2,5	-3,0	-3,0	-2,0
ვეგეტატიური რეფლ.								
პილომოტორული	>	-	-	-	>	>	>	>
თეთრი ლაქა	>	=	=	>	>	>	>	>

Resumé: Pilocarpin-ის ზეგავლენით არსებული ასიმეტრია (hypothermia, hypotensio) საგრძნობლად შემცირდა, Adrenalin-ით კი არსებულ ასიმეტრიამ საგრძნობლად იმატა, რაც მაჩვენებელია სიმპატიკურ ნერვიულ სისტემის დაავადებულ მხარეზე ზედმეტი ალგზნებულებისა (hypertonia sympathica).

ავადმყოფს ადგილობრივ ანესტეზიის ქვეშ ერთმა ჩვენთავანმა გაუკეთა n. tibialis-ის ალკოპოლიზაცია (შესხმულ იქნა ნერვის ღეროში ორი გრამი 50%-ანი ალკოპოლისა).

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი დაავადებულ ფეხის თიკებს შედარებით უკეთ ამოძრავებს (ოპერაციამდე აქტიური მოძრაობა გარდა დიდი თითისა სრულიად მოსპობილი იყო). პასიურ მოძრაობისას თითები თავისუფლად იშლებიან — კონტრაქტურა საგრძნობლად შემცირდა.

ელექტრო-ალგზნებულებას არავითარი ცვლილება არ ემჩნევა არც რაოდენობის და არც თვისების მხრივ.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ კი მოგვცა სრულიად წინააღმდეგი სურათი: ოპერაციამდე თუ დაავადებულ მხარეზე აღინიშნებოდა sympathicus-ის გაღიზიანების მოვლენები, ოპერაციის შემდეგ კი ადგილი აქვს იმავე სისტემის დამბლას:

ასიმეტრია დაავადებულ მხარეზე საღ მხარესთან შედარებით	ალკოჰოლი-მნიშვნელობა	ალკოჰოლიზაციის შემდეგ			
		10 დღე	20 დღე	30 დღე	40 დღე
კანის ტემპერატურა					
ხელის მტევნის ზურგზე	-1,8	-2,0	-2,3	-2,1	-2,4
ფეხის ტერფის ზურგზე	-2,9	+2,1	+1,8	+1,0	+0,8
სისხლის წნევა					
maxima	-1,5	+1,0	+1,0	+0,5	+0,5
minima.	0	0	0	0	0
index.	-2,5	+1,5	+1,0	+0,5	+0,5
ვეგეტატიური რეფლ.					
პილომოტორული	>	-	-	-	-
თეთრი ლაქა.	>	<	<	<	=

Resumé: ოპერაციის შემდეგ ნაცვლად არსებული hypothermia-hypotensio-სი განვითარდა hyperthermia-hypertensio.

დღემდე (სამი თვის განმავლობაში) ავადმყოფი ჩვენს დაკვირვების ქვეშ არის და კონტრაქტურის აღდგენა ან გაძლიერება არ აღნიშნულა. არც ელექტრო-ალგუნებულების მხრივ აღნიშნულა ამ ხნის განმავლობაში რაიმე ცვლილებები.

შემთხვევა II-ე. ი. მ-ვა, 45 წლ. აქვს მარცხენა ხელ-ფეხის მომხრელთა პირამიდალურ ხასიათის ჰიპერტონია. მარცხენა მუხლის სახსარი ძლიერი კონტრაქტურის გამო მოხრილ მდგომარეობაშია. აღნიშნული სახსრის აქტიური მოძრაობა სრულიად მოსპობილია, პასიური კი ძალზე გაძნელებულია არსებულ კონსტრაქტურის გამო. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული hypertrichosis. კლინიკური დიაგნოზი: Hemiplegie en flexion.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ ამ შემთხვევაშიაც მოგვცა სიმპატიკური ნერვიული სისტემის გაღიზიანების სინდრომი დაავადებულ მხარეზე: პილომოტორული რეფლექსები იწვევა მხოლოდ დაავადებულ მხარეზე. თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა თითქმის თანაბარია ორთავე მხარეზე. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული hypertrichosis. სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსილი თმა უფრო მალე გაიხარდა დაავადებულ მხარეზე. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული hypothermia—hypotensio:

Resumé: თფილ ამაზანის ზეგავლენით არსებული სპონტანური ასიმეტრია საგრძნობლად შემცირდა, ცივ ამაზანით კი — საგრძნობლად იმატა.

ბ. ფარმაკო-დინამიური გამოკვლევა.

ასიმეტრია დაავადებულ მხარეზე სალ მხარესთან შედარებით	Pilocarpini-თ				Adrenalini-თ			
	ცდამდე	ცდის შემდეგ			ცდამდე	ცდის შემდეგ		
		15'	30'	60'		15'	30'	60'
კანის ტემპერატურა								
ხელის მტეენის ზურგზე	-2,5	-2,0	-1,5	-2,1	-2,0	-2,3	-2,5	-2,1
ფეხის ტერფის ზურგზე	-2,3	-1,9	-1,6	-2,0	-2,3	-2,6	-2,8	-2,5
სისხლის წნევა								
maxima	-1,5	-1,0	-0,5	-1,0	-1,5	-2,0	-2,0	-1,0
minima	-0,5	0	0	0	-0,5	-0,5	-0,5	0
index.	-2,5	-2,0	-1,5	-2,0	-2,5	-3,0	-3,0	-2,5
ვეგეტატიური რეფლ.								
პილომოტორული	>	—	—	—	>	>	>	>
თეთრი ლაქა	=	=	=	=	=	>	>	>

Resumé: Pilocarpin-ის ზეგავლენით, ისე როგორც თფილი ამაზანათი, სპონტანურად არსებული ასიმეტრია შემცირდა, Adrenalin-ით კი, მზგავსად ცივ ამაზანასი, არსებულ ასიმეტრიამ საგრძნობლად იმატა.

დადასტურდა რა ამ შემთხვევაშიაც სიმპატიკური სისტემის გაღიზიანების არსებობა დაავადებულ მხარეზე, ავადმყოფს ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ ერთმა ჩვენთაგანმა გაუკეთა n. tibialis-ის ალკოჰოლიზაცია (შესხმული იქნა ნერვის ღეროში ორი გრამი 50%-ანი ალკოჰოლისა).

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი აქტიურად შლის ფეხს მუხლის სახსარში, კონტრაქტურა საგრძნობლად შემცირდა. ავადმყოფი ყავარჯენებით დადის (ოპერაციამდე ფეხზე ვერ დგებოდა, რადგან მუხლის მომხრელთა კონტრაქტურის გამო ფეხი იატაკს ვერ სწვდებოდა).

ელექტრო-აღზნებულების მხრივ არავითარი ცვლილებები არ აღინიშნება არც რაოდენობის და არც თვისების მხრივ.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ ოპერაციის შემდეგ ამ შემთხვევაშიაც მოგვცა სიმპატიკური ნერვიული სისტემის დამბლის სინდრომი.

დაავადებულ მხარეზე ნაცვლად არსებულ hypothermia-hypotensio სი ოპერაციის შემდეგ განვითარდა hyperthermia-hypertensio:

ასიმეტრია დაავადებულ მხარეზე სალ მხარესთან შედარებით	ალკოლოლი- ხატიმე	ალკოლოლიზაციის შემდეგ		
		10 დღე	20-დღე	30 დღე
კანის ტემპერატურა				
ხელის მტეენის ზურგზე	-2,5	-2,3	-2,4	-2,0
ფეხის ტერფის ზურგზე	-2,8	+2,0	+2,0	+1,0
სისხლის წნევა				
maxima	-1,5	+1,0	+1,0	+1,0
minima	-1,0	0	0	0
index	-2,5	+2,0	+1,5	+1,0
ვეგეტატიური რეფლექ.				
პილომოტორული	>	<	<	<
თეთრი ლაქა	=	=	=	=

ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ სამი თვე იყო ჩვენს დაკვირვების ქვეშ, ამ ხნის განმავლობაში კონტრაქტურის აღდგენა ან გაძლიერება არ აღნიშნულა. არც ელექტრო-აღზნებულების მხრივ აღნიშნულა ამ ხნის განმავლობაში რაიმე ცვლილებები.

შემთხვევა III-ე. ნ. ვ-ლი, 23 წლ. აქვს მარჯვენა ხელის მტეენის და ფალანგების მომხრელთა კონტრაქტურა გამშლელების ატროფიით და ელექტრო-აღზნებულების ნაწილობრივი გადაგვარებითი რეაქციით. თითების აქტიური გაშლა, გარდა საჩვენებელი თითის ოდნავი გაშლის შესაძლებლობისა, სრულად მოსპობილია, პასიური კი ძალზე გაძნელებულია. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული hypertrichosis.

კლინიკური დიაგნოზი: Hematomyelia.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ კი მოგვცა სიმპატიკური ნერვიული სისტემის გაღიზიანების სინდრომი. პილომოტორული რეფლექსები უფრო გამოხატულია დაავადებულ მხარეზე. თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა დაავადებულ მხარეზე 8" სალ მხარეზე 5" უდრის. სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსილი თმა უფრო გაიზარდა დაავადებულ მხარეზე. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული hypothermia-hypotensio:

	სალ მხარეზე	დაავადებ- მხარეზე	განსხვავება
კანის ტემპერატურა			
ხელის მტევნის ზურგზე	27,0	25,0	—2,0
ფეხის ტერფის ზურგზე	26,9	26,6	—0,3
სახეზე.	30,3	30,3	0
წინა მხარეზე	27,6	26,1	—1,5
სისხლის წნევა			
maxima	13,5	12,5	—1,0
minima	7,5	7,0	—0,5
index.	2,5	1,5	—1,0

ბ. ტერმოდინამიური გაზოკვლევა

ასიმეტრია დაავადებულ მხარეზე სალ მხარესთან შედარებით	თფილი (40°R.) აბაზანა					ცივი (10° R.) აბაზანა				
	ცდამდე	ცდის შემდეგ				ცდამდე	ცდის შემდეგ			
		5'	10'	15'	60'		5'	10'	15'	60'
კანის ტემპერატურა										
ხელის მტევნის ზურგზე	-1,8	-1,5	-1,1	-0,8	-1,7	-2,1	-2,3	-2,5	-2,8	-2,5
ფეხის ტერფის ზურგზე	-0,2	-0,2	0	0	-0,3	-0,1	-0,1	-0,3	-0,3	-0,2
სისხლის წნევა										
maxima	-1,0	-0,5	-0,5	0	-1,0	-1,0	-1,5	-1,5	-1,5	-1,0
minima	-0,5	0	0	0	-0,5	-0,5	-1,0	-1,0	-0,5	-0,5
index.	-1,0	-1,0	-0,5	-0,5	-1,0	-2,0	-2,5	-2,0	-1,5	-1,5
ვეგეტატიური რეფლ.										
პილომოტორი	>	—	—	—	—	>	>	>	>	>
თეთრი ლაქა	>	=	=	=	>	>	>	>	>	>

Resumé: თფილ აბაზანას ზეგავლენით არსებული ასიმეტრია სავრძნობლად შემცირდა, ცივ აბაზანით კი—ასიმეტრიამ სავრძნობლად იმატა.

ბ. ფარმაკო-დინამიური გამოკვლევა

ასიმეტრია დაავადებულ მხარეზე საღ მხარესთან შედარებით	Pilocarpini-თ						Adrenalini-თ						
	ცდამდე	ცდის შემდეგ			ცდამდე	ცდის შემდეგ							
		15'	30'	60'		15'	30'	60'					
კანის ტემპერატურა													
ხელის მტევნის ზურგზე	-2,0	-1,5	-1,0	-1,8	-2,0	-2,3	-2,8	-2,1					
ფეხის ტერფის ზურგზე	-0,5	-0,3	0	-0,1	-0,1	0	0	0					
სისხლის წნევა													
maxima	-1,0	-0,5	-0,5	-0,5	-1,0	-1,5	-1,5	-1,0					
minima	-0,5	0	0	0	-0,5	-1,0	-1,0	0					
index	-1,0	-0,5	-0,5	-1,0	-1,0	-1,5	-1,5	-1,5					
ვეგეტატიური რეფლექ.													
ბილმოტორული	>	-	-	-	>	>	>	>					
თვითი ლაქა	>	=	=	>	>	>	>	>					

Resumé: პილოკარპინით, ისე როგორც თფილ აბაზანას ზეგავლენით, არსებული ასიმეტრია საგრძნობლად შემცირდა, აღრუნალინით, მზავასად ცივ აბაზანასი, ასიმეტრიამ საგრძნობლად იმატა, რაც მაჩვენებელია სიმპატიკურ სისტემის ზედ-მეტი აღზნებულებისა დაავადებულ მხარეზე (hypertonia sympathica).

ავადმყოფს ეთერ ქლოროფორმიან ნარკოზის ქვეშ ერთმა ჩვენთაგანმა გაუკეთა n. medianus-ის ალკოპოლიზაცია (შესხმული იქნა ნერვის ლეროში ორი გრამი 50%-ანი ალკოპოლისა).

ოპერაციის შემდეგ კონტრაქტურამ სრულიად გაუარა: თითებში აქვს მხოლოდ როგორც მომხრელების ისე გამშლელების სუსტი პარეზი. გაშლაში უფრო სუსტია საჩვენებელი თითი, ოპერაციამდე კი მარტო ეს საჩვენებელი თითი იშლებოდა იმავე ინტენსივობით.

ალკოპოლ შეშხაპუნებულ ნერვის (n. medianus) საინერვაციო კუნთთა ელექტრო-აღზნებულებას არაერთი ცვლილება არ ემჩნევა არც რაოდენობის და არც თვისების მხრივ. ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ კი მოგვცა სიმპატიკური სისტემის დამბლის სინდრომი: დაავადებულ მხარეზე ნაცვლად არსებულ hypothermia-hypotensio-სი ოპერაციის შემდეგ განითარდა hyperthermia-hypertensio:

ასიმეტრია დაავადებულ მხარეზე საღ მხარესთან შედარებით	ალკოჰოლიზაცია	ალკოჰოლიზაციის შემდეგ		
		10 დღე	20 დღე	30 დღე
კანის ტემპერატურა				
ხელის მტევნის ზურგზე	-2,0	+1,5	+1,3	+0,8
ფეხის ტერფის ზურგზე	-0,3	-0,3	-0,4	-0,1
სისხლის წნევა				
maxima	-1,0	+1,0	+0,5	+0,5
minima	-0,5	+0,5	0	0
index.	-1,5	+1,5	+1,0	+0,5
ვეგეტატიური რეფლ.				
პილმოტორული	>	=	=	=
თეთრი ლაქა	>	=	<	=

ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ ექვსი თვის განმავლობაში ჩვენს დაკვირვების ქვეშ არის და კონტრაქტურის აღდგენა ან გაძლიერება არ აღნიშნულა.

შემთხვევა IV-ე. ო. კ-ძე, 16 წლ., აქვს მარცხენა იდაყვის სახსრის მომხრელთა კონტრაქტურა ტრაუმის შემდეგ. აღნიშნულ სახსრის ნებისყოფითი მოძრაობა სრულიად მოსპობილია. პასიური ძალზე შეზღუდულია კონტრაქტურისა და ტკივილების გამო. კლინიკური დიაგნოზი: Contractura reflex.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ ამ შემთხვევაშიაც მოგვცა სიმპატიკუსის გაღიზიანების სინდრომი (hypothermia, hypotensio);

	საღ მხარეზე	დაავადებულ მხარეზე	განსხვავება
კანის ტემპერატურა.			
ხელის მტევნის ზურგზე	25,8	24,3	-1,5
ფეხის ტერფის ზურგზე	26,6	25,5	-1,1
სისხლის წნევა			
maxima	12,0	11,0	-1,0
minima	7,0	6,5	-0,5
index.	2,5	1,5	-1,0

პილომოტორული რევლექსები იწვევა მხოლოდ დაავადებულ მხარეზე, თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა ორთავე მხარეზე თანაბარია.

ავადმყოფს ეთერ-ქლოროფორმიან ნარკოზის ქვეშ ერთმა ჩვენთაგანმა გაუკეთა n. musculocutaneus-ის ალკოპოლიზაცია (შესხმული იქნა ნერვის ღეროში ორი გრამი 50%-ანი ალკოპოლისა).

ოპერაციის შემდეგ კონტრაქტურა საგრძნობლად შემცირდა. ნების ყოფითი მოძრაობის სიფართომ ბევრად იმატა, მხოლოდ ელექტრო ალგუნებულების მხრივ იდაყვის სახსრის მომხრელებმა (m. m. biceps brach., brach. int. და coraco-brach.) მოგვცა ნაწილობრივი გადაგვარებითი რეაქცია.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ ოპერაციის შემდეგ მოგვცა სიმპატიკური სისტემის დამბლის სინდრომი დაავადებულ მხარეზე (hyperthermia-hypertensio):

ასამეტრია დაავადებულ მხარეზე საღ მხარესთან შედარებით	ალკოპოლიზაციაში მდგომარეობა	ალკოპოლიზაციის შემდეგ		
		10 დღე	20 დღე	30 დღე
კანის ტემპერატურა				
ხელის მტევნის ზურგზე	-1,5	+2,0	+1,3	+0,7
ფეხის ტერფის ზურგზე..	-0,1	-0,2	-0,4	0,2
სისხლის წნევა				
maxima	-1,0	+1,5	-1,0	+1,0
minima.	-0,5	+1,0	+0,5	0
index.	-1,0	+1,0	+0,5	+0,5
ვეგეტატიური რეფლ.				
პილომოტორული	>	-	-	-
თეთრი ლაქა	=	<	<	=

ავადმყოფი ოპერაციის შემდეგ ოთხი თვე იყო ჩვენს დაკვირვების ქვეშ და ამ ხნის განმავლობაში კონტრაქტურის აღდგენა ან გაძლიერება არ აღნიშნულა. ნებისყოფითი მოძრაობას კი თანდათანობით დაეტყო გაუმჯობესობა.

შეშთხვევა V-ე. ნ. გ--ნი 25 წლ. აქვს მარცხენა ხელის მტევნის და თითების მომხრელთა კონტრაქტურა კაპსულარული ჰემიპლეგიის ნიადაგზე. თითების აქტიური მოძრაობა სრულიად მოსპობილია, პასიური კი ძალზე გაძნელებულია. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება კარგად გამოხატული hypertrichosis მხოლოდ სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსილი თმა თანაბრივად ვაიზარდა.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის გამოკვლევამ ამ შემთხვევაშიც დაადასტურა სიმპატიკური სისტემის გალიზიანების არსებობა დაავადებულ მხარეზე (hypothermia-hypotensio):

	სალ მხარეზე	დაავადებ. მხარეზე	განსხვავ.
კანის ტემპერატურა.			
ხელის მტევნის ზურგზე	28,1	26,6	-2,5
წინამხარზე.	28,3	26,5	-1,8
პირველ ფალანგის ზურგზე	27,8	26,2	-1,6
სისხლის წნევა.			
maxima	13,5	12,0	-1,5
minima.	8,0	7,5	-0,5
index.	3,5	2,0	-1,5

პილომოტორული რეფლექსები იწვევა მხოლოდ დაავადებულ მხარეზე. თეარ ლაქათა ხანგრძლივობა დაავადებულ მხარეზე 6" სალ მხარეზე 4" უდრის. ავადმყოფს საერთო ქლოროფორმიან ნარკოზის ქვეშ ერთმა ჩვენთაგანმა გაუკეთა n. medianus-ის და ulnaris-ის ალკოჰოლიზაცია (შესხმული იქნა ფრანგ-მენტელად ნერვების ღეროში ორ-ორი გრამი 50%-ანი ალკოჰოლისა).

ოპერაციის შემდეგ კონტრაქტურა სრულიად გაქრა, დარჩა მხოლოდ როგორც მომხრელთა ისე გამშლელთა პარეზი.

ელექტრო-ალგუნებულების მხრივ მივიღეთ შემზაპუნებულ ნერვების საინერვაციო კუნთებში ნაწილობრივი გადაგვარებითი რეაქცია.

ამრიგად, როგორც სჩანს ალკოჰოლიზაციით ჩვენ ხუთივე შემთხვევაში მივიღეთ არსებული კონტრაქტურის საგრძნობლად შესუსტება, თითქმის მოსპობაც; ამასთან ერთად ზოგ შემთხვევაში მოძრაობათა სიფართემაც საგრძნობლად მოიმატა ოპერაციის შემდეგ. ორ შემთხვევაში, სადაც ერთ შემთხვევაში (IV) შედარებით მცირე ნერვში (n. musculocutaneus-ში) იყო შესხმული 2,0 ალკოჰოლისა და მეორე შემთხვევაში (V), სადაც შესხმა იყო ფრანგმენტელად წარმოებული იმ მოსაზრებით, რომ უფრო მეტ სიმპატიკურ ძაფებზე ემოქმედა ალკოჰოლს, ჩვენ მივიღეთ ნაწილობრივი გადაგვარების რეაქცია.

მასასადამე, მცირე კონცენტრაციის ალკოჰოლის შესხმა ნერვში იწვევს კონტრაქტურის მოსპობას და ამავე დროს კონტრაქტურაში მყოფ კუნთთა ანტაგონისტების ფუნქციის გაუმჯობესობას.

კონტრაქტურის მოსპობა, იმ შემთხვევაში, სადაც სომატიური ძაფები (ჩონჩხის კუნთებისთვის დანიშნული) ხელუხლებელი დარჩა, უნდა აიხსნას სიმპატიკური ძაფების დადამბლებით, რის შესახებაც მოწმობს ფარმაკო და ტერმოდინამიური გამოკვლევებით მიღებული შედეგები.

რაც შეეხება მოძრაობის გაუმჯობესობას ის შეიძლება შედეგი იყოს ორი მომენტისა:

1) კონტრაქტურაში მყოფი კუნთის განთავისუფლება აძლევს ანტაგონისტებს მექანიკური თვალსაზრისით საშუალებას თავის ფუნქცია გამოიჩინონ,

2) კონტრაქტურის დროს, როგორც ვიცით რეციპროკული ინერვაციის კანონის მიხედვით, სწარმოებს ანტაგონისტების აქტიური შეკავება. ეს შეკავება თან სდევს კონტრაქტურაში მყოფ კუნთების გალიზიანების პროცესს; მაშასადამე, იგი მოიხსობა კონტრაქტურის მოსპობისთანავე და შეკავებისაგან განთავისუფლებული კუნთი განაგრძობს მის სრულ ფუნქციას.

ჩვენი დაკვირვებიდან ერთი ცხადია, რომ მცირე კონცენტრაციის ალკოჰოლის შესხაპუნება ნერვში იწვევს სიმპატიკური ნერვიული ძაფების დამბლას და მით სპობს მათი გალიზიანების შედეგებს. ამავე გავლენის საშუალებით იგი სპობს ზოგიერთ კონტრაქტურებს. საჭიროა მხოლოდ გამოკვლევა თუ რომელ ნერვში როგორი რაოდენობა იყოს შესხაპუნებული ალკოჰოლისა და როგორი უნდა იყოს მისი კონცენტრაცია სხვადასხვა შემთხვევებში, რომ სომატიური ნერვიული სისტემის ძაფების დაზიანება თავიდან ავიცილინოთ,

ამ შემთხვევაში ეს მეთოდი იქნება ელექტიური სიმპატიკური ნერვიული სისტემის გალიზიანების შედეგების მოსასპობად.

სტუდ. ნატ. იაკობსონ-გუჯუჯიანი.

კამეჩის სისხლის კლინიკური ანალიზის საკითხისათვის.

(ტუილისის სახ. უნივ. ზოოლოგ. კათედრასთან არსებული პარაზიტოლოგიური ლაბორატორიიდან).

მიუხედავად ცხოველთა ფიზიოლოგიის არსებული ლიტერატურის განხილვისა, ჩვენ ვერ ვპოვეთ მასში ვერავითარი ცნობები შესახებ კამეჩის სისხლის შემადგენლობისა, ანუ ე. წ. სისხლის კლინიკური ანალიზისა.

ეს მით უფრო გასაკვირველი იქნება, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმას, რომ კამეჩი გავრცელებულია არა მარტო ჩვენში, არამედ ის ფართოდ მოშენებულია, მაგ., ინდოეთში და ცეილონზე, რაც ითვლება კამეჩის სამშობლოთ.

მეკამეჩობას გრძელი ისტორია აქვს. აღექსანდრე დიდის მიერ კამეჩი შეყვანილი იყო სპარსეთში; 590 წლიდან, ქრ. დაბ. შემდეგ, კამეჩს ვხედავთ იტალიაში, ჩინეთში და სხვა ქვეყნებში.

კამეჩი ეკუთვნის Bovinae-ს ქვეოჯახს, რომელშიც შედის 4 გვარი: Bos, Bubalus, Bison და Poephagus. Bubalus ის ერთ-ერთ წარმომადგენლათ ითვლება ჩვენებური კამეჩი (B. Buffelus L.). კამეჩი ძროხასთან არ ჯვარდინდება და გიბრიდები არც არის მიღებული.

ყველა ამ ფაქტებმა გვაიძულა გამოგვეკვლია კამეჩის სისხლი შემდეგი გეგმით:

1. ფორმიულ ელემენტების აღრიცხვა;
2. მათი გაზომვა;
3. ჰემოგლობინის რაოდენობის გამორკვევა;
4. ხვედრითი წონის გამორკვევა;
5. ლეიკოციტარული ფორმულის გამორკვევა;
6. ერიტროციტების განრიგების მრუდის შესწავლა.

გარდა ამისა, ვინაიდან ამ მხრივ არ არის გამოკვლეული ჩვენებური ხარისჯიშების სისხლიც, ჩვენ მიერ იყო პარალელურად და შესადარებლად, ამაზედაც მიქცეული ყურადღება.

სისხლის პრეპარატები იყო დამზადებული ხუთ-ხუთი ცხოველის საუღლე ვენიდან.

იყო მიღებული შემდეგი:

1. კამეჩის ერიტროციტების საშუალო რაოდენობა 1-cmm-ში უდრის — 6.950.000. ხარის ერიტროციტების ასეთივე რაოდენობა—5.750.000.
2. კამეჩის ნედლი სისხლის ერიტროციტების საშუალო ზომები (მიკროსკოპი Leitz ისა № 82718, ოკ. Zeiss-ისა № 2, ობიექ. Leitz-სა 6) უდრის— 6. 2 μ.

(5 μ—6.6 μ). ასეთივე ერითროციტების ზომები Giemsa-ს მეთოდით შეღებვის შემდეგ—6.1 μ. Pappenheim-ით—6.3 μ. ხარის ნედლი ერითროციტების საშუალო ზომები უდრის—5.3 μ (6.1 η—6.3 η). შეღებილი ერითროციტების—5.1 μ.

3. კამეჩის ჰემოგლობინის საშუალო რაოდენობა, Migos—haemometer-ით მიღებული, უდრის—83⁰/₁₀₀. ხარის სისხლის ასეთივე რაოდენობა—62⁰/₁₀₀.

4. კამეჩის სისხლის საშუალო ხვედრითი წონა ჰამმერშლაგისებურად უდრის—1.055—1.062. ხარის—1034—1050.

5. ლეიკოციტარული ფორმულა კამეჩისა გამოიხატება საშუალოდ შემდეგნაირად:

ბაზოფილები—1⁰/₁₀₀
 ეოზინოფილები—4.5⁰/₁₀₀
 მეტამიელოციტები—0.5⁰/₁₀₀
 სეგმენტ. ნეიტროფილები—39.5⁰/₁₀₀
 ლიმფოციტები—47.5⁰/₁₀₀
 მონონუკლეარები—6⁰/₁₀₀.

ხარის ასეთივე ფორმულა.

ბაზოფილები—0.5⁰/₁₀₀
 ეოზინოფილები—3⁰/₁₀₀
 ნეიტროფილები, ჩხირ.—15⁰/₁₀₀
 სეგმენტიური ნეიტროფ.—1.5⁰/₁₀₀
 ლიმფოციტები—74⁰/₁₀₀
 მონონუკლეარები—5.5⁰/₁₀₀

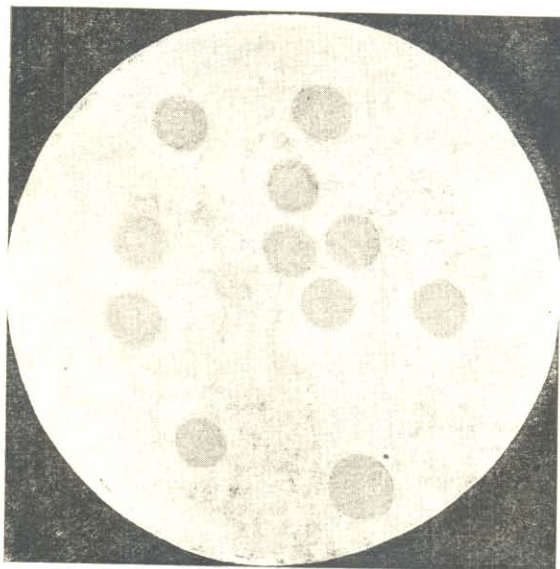
6. ქვემოთ ნაჩვენებია ერითროციტების განრიგების, ოდენობის მხრივი მრუდვ კამეჩის სისხლისათვის და ასეთივე მრუდვ ხარის სისხლისათვის.

დასკვნა:

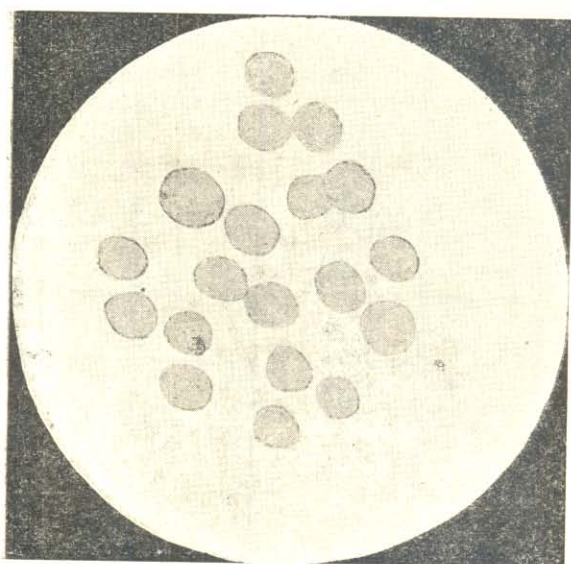
1. მოცემული შედეგები, მიღებული ჩვენი გამოკვლევის მიხედვით, გვაძლევს სრულ უფლებას ვაღიაროთ, რომ კამეჩის სისხლი შესამჩნევად განსხვავდება ხარის სისხლისაგან.

2. ჩვენს შრომას აქვს წინასწარი გამოკვლევის ხასიათი.

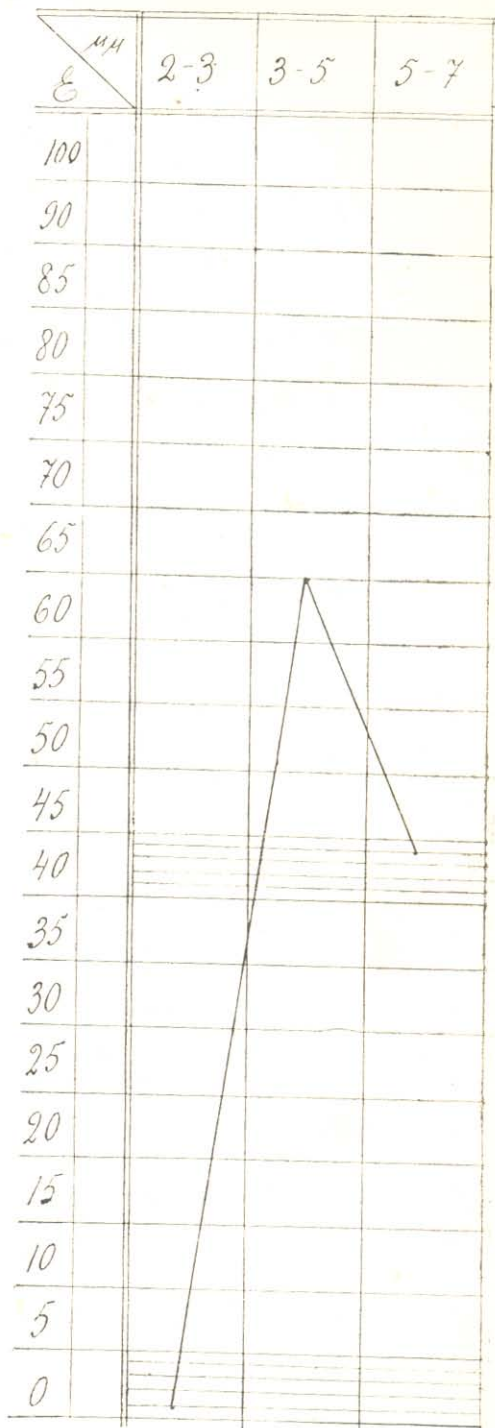
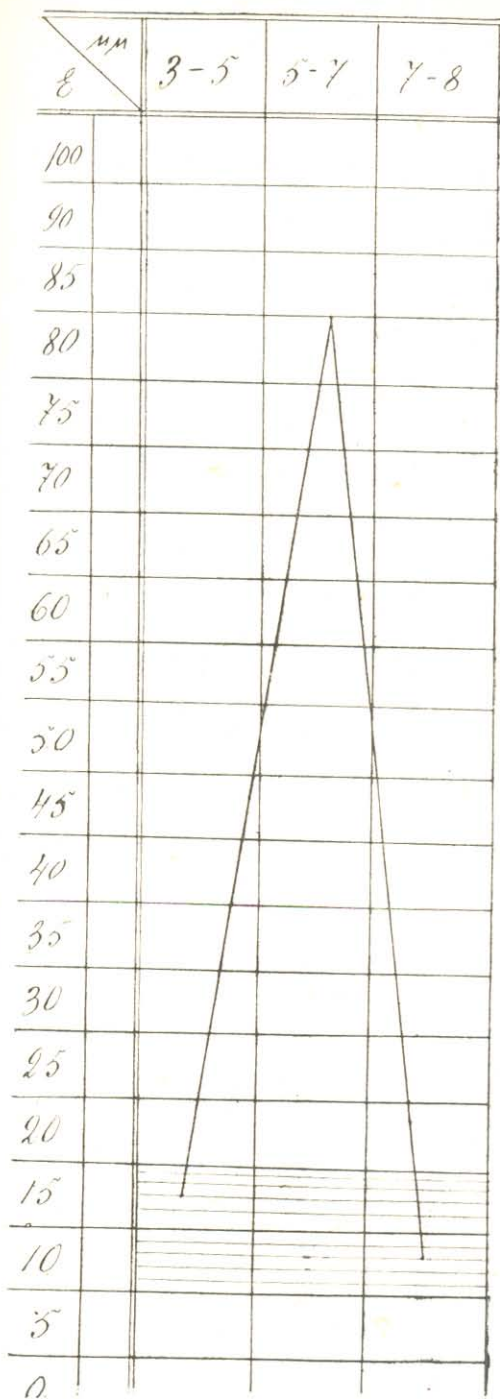
3. საჭიროა მოხდეს კამეჩის სისხლის, ნეგელის მიერ ნაკარნახევი, სრული ბიო-მორფოლოგიური, ანუ დინამიური გამოკვლევა, რასაც იმედი გვაქვს, შეუდგებით ახლო მომავალში. დასასრულს, მადლობას უძღვნი თემის მოცემისათვის და შრომის შესრულების დროს ხელმძღვანელობისათვის დიდათ პატივცემულს დოც. ფარცვანიძეს.



სურ. № 1. კამეჩის ერითროციტები. გადაღებულია
Zeichen—app.-ის საშუალებით. გად. :3000.



სურ. № 2. ხარის ერიტროციტები, გადაღებულია
Zeichen—app.-ის საშუალებით, გად. 3000.



ნახ. № 1. კანტის ფრიტროციტების განრიგების, ოდენობის მხრივ, მრუდე.

ნახ. № 2. ხარის ფრიტროციტების განრიგების, ოდენობის მხრივ, მრუდე.

6. გეგეჰკოკრი.

ლიბანის სანატორიუმის დირექტორი.

ტუბერკულოზის თანამედროვე პროფილაქტიური ორგანიზაციები საზრანგეთში.

საზღვარ გარეთ ყოფნის დროს სადაც მივლინებული ვიყავი სანატორიუმებში საქმეების მოწყობის და ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის ახალ მეთოდების შესასწავლად, რამდენადაც შესაძლებელი იყო მე გავეცანი საფრანგეთის და გერმანიის პროფილაქტიურ ორგანიზაციის მუშაობას ტუბერკულოზთან ბრძოლის წინააღმდეგ. ინტერეს მოკლებული არ იქნება პროფილაქტიური ორგანიზაციების საშუალებით ტუბერკულოზთან წარმოებულ ბრძოლის იმ ახალ მეთოდების დასურათება, რომელიც ამჟამად მიღებულია საფრანგეთში. ევროპის სხვა სახელმწიფოებთან შედარებით ტუბერკულოზით გამოწვეულ დაავადებისა და სიკვდილიანობის გავრცელების მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს საფრანგეთს.

დიდი ხანი არ არის მას შემდეგ რაც საფრანგეთში სწარმოებს ამ საშინელ სოციალურ სენის წინააღმდეგ დაუცხრომელი ბრძოლა ამ ბრძოლამ განვლო ორი ხანა: პირველი დაიწყო 1923 წელს ტუბერკულოზის პროფილაქტიური მუდმივი კომისიის დაარსებით, რომელსაც თავმჯდომარეობდა Leon Bourgeois. ამ კომისიის წევრებად იყვნენ გამოჩენილი ფიზიოლოგები Landouzy, Gran-
cier, Robin და სხვა. მსოფლიო ომამდე ხსენებული მუდმივი კომისია არსებობდა კერძო შეწირულებით, მოქმედებდა კერძო ინიციატივით, რის გამოც მან შესძლო დასახულ ამოცანების ნაწილობრივად განხორციელება. ტუბერკულოზით დაავადება საგრძნობლად გავრცელდა საფრანგეთში ომის დროს; იგი მწვავე ხასიათს ღებულობს და მუსრს ავლებს კოლონიალურ ჯარის ნაწილებს, რის გამო არსდება სპეციალური „ნაციონალური კომიტეტი“ სამხედრო პირთათვის ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის წარმოებისათვის და ომის შემდეგაც მუდმივად რჩება როგორც ნაციონალური კომიტეტი, სახელმწიფოს მასშტაბით (du comité national de defense contre la tuberculose).

ტუბერკულოზის წინააღმდეგ გაჩაღებული ბრძოლის ეს მეორე ხანა ხასიათდება წინასწარ უფრო გარკვეული და შემუშავებული გეგმით. საფრანგეთის კანონმდებლობაში 1916 წელს პირველად შეიტანეს სიტყვა „ტუბერკულოზი“; გამოიცა კანონი Leon Bourgeois დისპანსერის და Honerrat სანატორიუმების შესახებ. ნაციონალურ კომიტეტის მეთვალყურეობას დაუქვემდებარეს შემდეგი პროფილაქტიური დაწესებულებები: ბავშვთა საპროფილაქტო ორგანიზაციები, დისპანსერები, სანატორიუმები, სპეციალური ტუბერკულოზის განყოფილებები საავადმყოფოებში, ჰოსპიტალ სანატორიუმები, ზღვის სანაპირო სანა-

ტორიუმები, მზის სხივებით მკურნავი დაწესებულებები და პროფესიონალური გარდაქმნის სკოლები. ნაციონალურ კომიტეტმა ერთა ლიგაში მოაწყო 41 სახელმწიფოს წარმომადგენლებისაგან საგანგებო საბჭო, რომელსაც მიზნათ აქვს დასახული ამ სახელმწიფოებში ტუბერკულოზის, როგორც ვავრცელების მიზეზის ისე ამ უღმობელ. სენის წინააღმდეგ ბრძოლის ახალი მეთოდების შესწავლა. ამ კომიტეტს აქვს სამი განყოფილება: ტენიკური, საპროპაგანდო და სტატისტიკური. მისი ხელმძღვანელობით გამოდის ჟურნალი „Bevue de Phtysiologie“, განსაკუთრებული ყურადღება აქვს მიქცეული ტუბერკულოზით დაავადებულ მშობლებისაგან ბავშვების განცალკევებას და ახლად დაბადებულთა ვაქცინაციას B. C. G. ცნობილია, რომ ტუბერკულოზის ინფექცია ბავშვის ორგანიზმზე ადვილად ახდენს თავის გავლენას, ამიტომ Grancher-მა 1923 წელს პირველმა აღიარა ტუბერკულოზიან მშობლებისაგან 3—12 წლის ასაკამდე ბავშვების განცალკევების საჭიროება. ამნაირად ბავშვები იგზავნიან საფრანგეთის სოფლებში ადგილობრივ მკურნალთა მეთვალყურეობის ქვეშ, ჯანსაღ გლეხების ოჯახებში მოსათავსებლად.

Leon Bernard და Robert Debre'-ს სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ ქლეჩიანი მშობლების შვილების ტუბერკულოზით დაავადება უდრიდა 60⁰/₀-ს, სიკვდილიანობა კი 40⁰/₀-ს. Grancher-ის მიერ შემოღებულ ეგრეწოდებულ განცალკევების შემდეგ 2 500 შემთხვევაში ტუბერკულოზით დაავადება 0.03% ს უდრიდა და სიკვდილიანობა კი 0,01⁰/₀-ს; ასეთი დადებითი ცდების შემდეგ Leon Bernard-ის და Robert Debre ძუძუმწოვარ ბავშვთათვის 1920 წელს აარსებენ ტუბერკულოზის წინააღმდეგ საგანგებო ორგანიზაციას.

მშობიარობის შემდეგ ტუბერკულოზით შეპყრობილ დედას საავადმყოფოში ათავსებენ და ბავშვებს კი ბავაში (Creche de prevention antituberculose), ასეთ მიღებულ ზომებმა ტუბერკულოზიან დედათა ბავშვების სიკვდილიანობა 80⁰/₀-დან 5⁰/₀ამდე შეამცირა.

ამხანად საფრანგეთში და სხვა ქვეყნებში პროფესორ კალმეტის და მისი თანამშრომლების წესით ახლად დაბადებულებზე სინჯეს ვაქცინაცია, რომელმაც ტუბერკულოზიან დედების ძუძუმწოვარა ბავშვების 93⁰/₀ სიკვდილს გადაარჩინა. თვით ვაქცინაცია მარტივი საშუალებაა, რომელიც დიდ ხარჯებს არ იწვევს და მისი ცხოვრებაში გატარება არავითარ სიძნელეს წარმოადგენს. იგი სხვა სახელმწიფოებშიც ვავრცელებას პოულობს და როგორც ასეთი, ახლად-დაბადებულთა და მოზარდთა ტუბერკულოზის პრობლემის გადამწყვეტ უაღრეს საშუალებათ უნდა ჩავთვალოთ, თუ კი მან გაამართლა მეცნიერების მიერ გამოთქმული იმედები.

ტუბერკულოზის ინფექციით შეპყრობილ ბავშვებს, რომელთაც აგრეთვე ტრანქეო-ბრონქიალურ ჯირკვლების ადენოპატიაც აქვთ, ათავსებენ სპეციალურ პრევენტორიუმებში; ეს უკანასკნელი შეიცავს 8.400 საწოლს. ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის მთავარ დაწესებულებათ საფრანგეთში დისპანსირი ითვლება, თითქმის ყველა დეპარტამენტში, გარდა შვიდისა, მოწყობილია დისპანსერები.

1918 წელში დისპანსერების რიცხვი 70 უდრიდა, 1925 წელს კი ეს რიცხვი 569 დე გაიზარდა. ამ დაწესებულებების დაარსების მოთხოვნილება იმდენად

დიდი, რომ აღნიშნული რიცხვი მეტად მცირე აღმოჩნდა. ნაციონალურ კომიტეტის გამომანგარიშებით საჭირო არის საფრანგეთისათვის 1200 დისპანსერი. დიდ ქალაქებში დისპანსერები სათანადოთ მოწყობილი არიან რენტგენით, ლაბორატორიით და ლარინგოლოგიური კაბინეტებით. ქალაქების განაპირებზე და პროვინციებში დისპანსერების მოწყობილობა უბრალო ამბულატორიას წააგავს. მეტწილად დისპანსერებს აარსებენ დიდ საავადმყოფოებში, მეტადრე სადაც სპეციალური განყოფილებებია ტუბერკულოზიანებისთვის.

დისპანსერებთან არ არსებობს დღის და ღამის სანატორიუმები. დისპანსერებში საპასუხისმგებლო მუშაობას ეწევიან სათნოების დები, რომლებიც მკურნალთა უშუალო თანამშრომლებლად ითვლებიან, სათნოების დების მოსამზადებლად საგანგებო სკოლები არსებობს. სწავლა გრძელდება ორ წლამდე, რის შემდეგ საჭიროა კიდევ შტატში ჩასარიცხათ ექვსი თვის სავარჯიშო მუშაობის სტაჟი. მთელ საფრანგეთში 1925 წლიდან დღევანდლამდე სათნო-დების რიცხვი 725-ს უდრის, ნაციონალური კომიტეტის გამომანგარიშებით კი საჭიროა 1500. როგორც ზევით მოხსენებულა, დიდ საავადმყოფოებში მოწყობილია 100—200 საწოლიანი ტუბერკულოზის განყოფილებები. აქ მოყავთ გართულებული ტუბერკულოზით დაავადებულები და ამ სენის უკანასკნელ საფეხურზე მყოფი ავადმყოფები, რომელნიც ხელმოკლეობის გამო სახლში მკურნალობას მოკლებულნი არიან. პარიზის საავადმყოფოებში ტუბერკულოზიანებისთვის არის 3295 საწოლი; ამას გარდა 14 დეპარტამენტში არის 6.400 საწოლი. ავადმყოფები იმყოფებიან 40 საწოლიან დიდ პალატებში და ზოგიერთ კლინიკაში, როგორც მაგალითად პროფესორ Leon Bernard' და Sergeant' თან მოწყობილია სპეციალური ბოქსები ამერიკული სისტემით. 80%—ზე ავადმყოფებს მკურნალობენ ხელოვნურ პნევმოტორაქსით, ამას გარდა ქალაქს გარეთ არის მოწყობილი კიდევ 14 ჰოსპიტალი სანატორიუმები 3.000 საწოლით.

ომამდე საფრანგეთის სანატორიუმებში 1200 საწოლი ირიცხებოდა, ეხლა კი 7.220. საფრანგეთის სანატორიუმები საშუალოთ თითოეული 200-300 საწოლს შეიცავს. სანატორიუმებში ავადმყოფების ყოფნის ვადები საკმაოდ ხანგრძლივია დაახლოებით ავადმყოფების 50%—ი იმყოფება არა ნაკლებ ერთი წლისა. სანატორიის თითო საწოლი სამჯერ ნაკლები ღირს ვიდრე ჩვენში, შტატები დიდი არ არის თითო მკურნალზე მოდის 75 ავადმყოფი, სათნო-დაზე და მომვლელზე კი 25. საფრანგეთში სანატორიუმების საწოლი 30.000-დე ირიცხება და თუ მხედველობაში მივიღეთ, რომ ყოველ წლიურად ტუბერკულოზით გარდაცვალებულთა რიცხვი უდრის ესე ათასს (100.000), მიშინ სანატორიის ერთი საწოლი მოდის სამ გარდაცვალებულზე. ამას გარდა ძვლის ტუბერკულოზით შეპყრობილ ბავშვთათვის სანატორიუმებში Berck Plage და Arcarhon' ში 12.360 საწოლი ირიცხება. ზოგიერთ სანატორიუმებიდან გაწერილი ავადმყოფთათვის არსებობს პროფესიონალურ გარდაქმნის სკოლები; ავადმყოფებს ამ სკოლებში ხანგრძლივ მკურნალობის შემდეგ ასწავლიან მსუბუქ ხელობას, როგორიც არის მებაღეობა და სხვა. რათა სახელმწიფოს ზედმეტ ბარგად არ დააწვენ და შესწავლილი მსუბუქი ხელობით თავი ირჩინონ,

ნაციონალურ კომიტეტის გამოანგარიშებით დანიაში თითოეულ მცხოვრებზე ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლისთვის იხარჯება ორი ფრანკი, საფრანგეთში კი ქალაქის ფრანკის 0,60.

ასეთი ხარჯის გაწევას დანიაში მეცნიერების დაკვირვებით მოყვა ტუბერკულოზის სენის საგრძნობი შემცირება.

საქართველოში ამ უკანასკნელ წლებში იწყება ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლა. ჩვენ გვაქვს ტფილისში სამი დისპანსერი და ერთი ც ქუთაისში. სხვა პროფილაქტიური ორგანიზაციები არ არსებობს, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში იმ სანატორიუმებს, რომლებიც უმთავრესად ზაფხულში არსებობენ. ამ მხრივ შედარებით რუსეთში არის უკეთესი პირობები, თითქმის ყველა ზემოაღმოთვლილი სახის ორგანიზაციები რუსეთში არსებობს, მაგრამ საწუხაროდ არც იქ არის საყოფი.

საფრანგეთის დიდი მიღწევები ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის ასპარეზზე ჩვენთვის ფრიად საგულისხმოა და ყოველგვარ ღონისძიებათა მიღება გვმართებს რომ შეძლებისდაგვარად საქართველოშიც გავამრავლოთ პროფილაქტიური ორგანიზაციები.

უნდა იქნეს მიღებული დაუყონებლივ ყველა ის ზომები, რომელიც იყო აღნიშნული სრულიად საქართველოს მკურნალთა მე-3-მე სამეცნიერო კონგრესზე ჩემს მოხსენებაში „ტუბერკულოზის პრობლემა საქართველოში“.

გიგლიოგრაფია.

Проф. М. И. Лифшиц.

Учение об опухолях человека. 1926 г. Госуд. изд. Украины 409 გვერდი.

ფასი—5 მან.

ონკოლოგია—მეცნიერება სიმსივნეების შესახებ—უკანასკნელ წლებში ძალიან გაიზარდა და თითქმის ცალკე დისციპლინადაც ჩამოყალიბდა. საზღვარ გარეთ და საბჭოთა კავშირის ზოგიერთ უნივერსიტეტებში ეს საგანი ცალკე იკითხება ჯერ-ჯერობით არა სავალდებულო კურსის სახით. ამ საკითხის შესახებ გერმანულ და სხვა ენებზე გამოსულია დიდრონი მრავალ-ტომიანი მონოგრაფიები. რუსეთში პროფ. პეტროვმა 1910 წელს პირველად გამოსცა წიგნი სათაურით: „Общее учение об опухолях“. 1926 წელს მანვე გამოუშვა ამ წიგნის მეორე გამოცემა, მხოლოდ უკვე შემოკლებული. ამავე წელს უკრაინაში დაიბეჭდა პროფ. ლიფშიცის წიგნი. ეს ორივე წიგნი ფრიად მნიშვნელოვან შრომას წარმოადგენენ და სასურველია, რომ მათ გაეცნონ როგორც ექიმები, ისე სტუდენტები. ლიფშიცი თავის წიგნში ძლიერ დაწვრილებით ეწეება ონკოლოგიის ყოველივე დარგს: სიმსივნეების ეთიოლოგიას, დიაგნოსტიკას, წამლობას, სტატისტიკას და სხვ. ავტორი 20 წელიწადზე მეტს მუშაობს ონკოლოგიაში, იგი პირადად გასცნობა ევროპის თითქმის ყველა სპეციალურ დაწესებულებებს ამ დარგისა და ამიტომ მის შრომას დიდი ფასი აქვს. თუმცე საკითხი სიმსივნეების ბოლო წლებში მეტ გავრცელების შესახებ დღემდე საბოლოოდ არ არის გამორკვეული, მაგრამ ექვს გარეშეა ის ფაქტი, რომ სიმსივნეებისაგან, საზოგადოდ, და მეტადრე ავთვისებიანისგან ძალიან ბევრი ადამიანი იხოცება.

მთელ დედამიწის ზურგზე ყოველ წლიურად ამ სენით იხოცება ერთ მილიონამდე ადამიანი. საზოგადოდ კი აღნიშნულია, რომ ყოველ ასი-ათას მცხოვრებზე ყოველდღიურად ასი-ორასი ადამიანი იხოცება სიმსივნისაგან. ამერიკაში 45 წლის ასაკის შემდეგ კიბოსაგან იხოცება ორნახევარჯერ მეტი, ვიდრე ტუბერკულოზისაგან. ინგლისში 1923 წელს კიბოსაგან დახოციულა 43.000 ადამიანი. ტუბერკულოზისაგან—კი 41.000 ადამიანი, ასეთ მდგომარეობამ აიძულა როგორც მეცნიერები, ისე მთელი სახელმწიფოები მიექციათ ყურადღება ამ საკითხისათვის და ამიტომ შემკნილია ცალკე კიბოს ინსტიტუტები, საზოგადოებები და სხვა, სადაც საკითხის შესწავლასთან ერთად აწარმოებენ სისტემატიურ ბრძოლას ამ სენთან.

სიმსივნეებით დაავადებას ზოგიერთი ავტორები სთვლიან სოციალურ სენათ, რადგანაც კიბოთი დაავადება გვხვდება არა მარტო მომუშაებულობის ხანაში, არამედ ახალგაზრდობაშიც და ზოგიერთი პროფესიები და ცხოვრების პირობები ხელს უწყობენ მის გაჩენას და გავრცელებას, მაგ.: კიბო ღუმელების მწმენდავთა, პერლამუტრის და ანილის ქარხნებში მომუშავეთა შორის და სხვა. ყველა აქ აღნიშნული და კიდევ ბევრი სხვა საკითხები სიმსივნეების შესახებ პროფ. ლიფშიცის თავის წიგნში დაწვრილებით აქვს გაშუქებული, და იმიტომ, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, სასურველია მას გაეცნოს ექიმების ფართო მასსა, მით უმეტეს, რომ საკითხი სიმსივნეების გავრცელების და მათთან ბრძოლის შესახებ ჩვენშიაც ამ უამად მწვავეთა სდგას. უკანასკნელ ქართულ ექიმთა და ბუნების-მეტყველთა კონგრესზე 1926 წ. ეს საკითხი იყო საპროგრამო და რამოდენიმე მოხსენებაც იყო წაკითხული (პროფ. ულენტი, პროფ. მუხაძე, ექ. ტიტერნიძე, ექ. ფურცელაძე და სხვები). გამოქვეყნებული იყო ამავე ყრილობაზე სათანადო ზომები და რეზოლიუციები. ლიფშიცის წიგნი კარგი ენით არის დაწერილი, შეიცავს მრავალ ახალ სტატისტიკურ ცნობებს და ფასიც (5 მან.) ძვირი არაა.

პროფ. გ. მ—ე.

რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი.

1927 წ. იანვრის L'encephale-ის ნომერში მოთავსებულია Jules Dereux-ის სტატია შემდეგი სათაურით:

„არ არსებული ფანტაზიით შექმნილი ონანიზმი“. ავტორს აქვს მოყვანილი შემთხვევები, როდესაც ბავშვი იყო მოთავსებული საავადმყოფოში ხელცდუნების გამო, მაგრამ საავადმყოფოს პირობებში კი არავითარ საამისო ნიშნებს არ იძლეოდა. ამ ბავშვთა შორის უმეტესი ნაწილი იყვნენ უპატრონო, უდედმამონი, მოთავსებული დედინაცვალ-მამინაცვალ-აბეკუნების და სრულიათ გარეშე პირების ხელში. ალერსს და სიყვარულს მოკლებული, გაბოროტებული აღმზრდელისადმი ბავშვი ეძებს მარტობას და ძალაუნებურათ ითვისებს ცუდ ჩვეულებას.

მეორე ფრიად საყურადღებო და მნიშვნელოვანი მიზეზი ავტორის აზრით არის მე-18-ე საუკუნის ლიტერატურა, საცხე ხელცდუნება და მის გართულებებით. ავტორს სიტყვა-სიტყვით მოყვანილი აქვს Tissot-ის წიგნიდან (გამოცემა 1769 წ.) შემდეგი: „სურათი საშინელია: საერთო მოშლილობა, ყველა ფსიქიური სფეროების დასუსტება, მესხიერების და ფანტაზიის დაკარგვა; იმბეცილობა, სირცხვილი; ყველა ფუნქციების მოშლა-დაავადება, მწვავე ტკივილები, სრული უნიჭობა, გამოუსადეგრობა; ყველა სიამოვნებისადმი სიძულელი; ზიზღი თავის პიროვნებისადმი და აგრეთვე სხვებისადმი; ამით Tissot არ კმაყოფილდება, უმატებს სხვა სიმპტომებსაც: ეს არის რაქიტი, ეპილეპსია და სხვა.

გაფიქრება, ნერვების აშლილობა, ჩალურჯებული თვალები.

მშობლები და აღმზრდელები დაშინებული ამ საშინელი სენით და მასი გართულებებით არ სცილობენ გამონახონ რაიმე დამამტკიცებელი საბუთები. ისინი მხოლოდ ერთი რომელიმე სიმპტომის და მიხედვით უკვე ხედავენ ავადმყოფობას, შეაქვთ ექვი; ჩაცვივებით და გამოკითხვით ისინი აიძულებენ ბავშვს გამოტყდეს და დაიბრალოს ის, რაშიც სრულიათ დამნაშავე არ არის. ერთმა მამამ სრულიათ გულახდით გაგვიზიარა, რომ ერთხელ მან ექვი შეიტანა თავის პატარა ვაჟზე ხელცდუნების შესახებ. სინამდვილის გასაგებათ მან განაღდა ბავშს, ზურგზე დააწვინა და აჩვენებინა შვალს თუ როგორ აწარმოებდა ის ხელცდუნებას. ავტორი გვეკითხება: როგორ გინდათ თქვენ, რომ ამისთანა ინკვიზიციის შემდეგ ბავშმა არ დაიბრალოს ის, რაშიც არ არის დამნაშავე?

მეორე შემთხვევა უფრო მეტათ ადასტურებს ამ აზრს.

პატარა ქალი მოყვანილია საავადმყოფოში ხელცდუნების გამო. ყოფილა კიდევ ერთ-ერთ საავადმყოფოში, საიდანაც მას აქვს მოწმობა, რომ საჭიროებს მოთავსებას სპეციალურ დაწესებულებაში ცუდი ჩვეულების გამო. ბავშვი სრულიათ ნორმალურია, გამგონი, ჭკლიანი, არავითარი ნიშნები ხელცდუნების მას არა აქვს.

გამუდმებით ყურადღების ქვეშ იმყოფება. ბავშვიც უარყოფს ცუდ ჩვეულებას. რამოდენიმე დღის შემდეგ აბეკუნს აცნობინებენ, რომ ბავშვი გაიყვანოს საავადმყოფოდან, რადგან ის არ საჭიროებს საავადმყოფოში ყოფნას.

აბეკუნი ძალიან გაკვირვებულია ამით, მით უმეტეს, რომ სახლში ბავშვი ავადმყოფობას არ უარყოფდა.

დაუფახებენ მომვლელ ქალს, რომელთანაც ბავშს აიძულებენ მიიღოს ის პოზა, რომელსაც ის ლებულობას ხელცდუნების დროს. ამისთანა შემთხვევები არ არის იშვიათი, ამბობს ავტორი.

არა მარტო მშობლები და აღმზრდელები, არამედ ექიმებიც კი ხშირათ იჯერებენ იმას რასაც სხვები მოუთხოვრებენ ბავშვებზე. წარმოიდგინეთ თქვენ ის უსიამოვნებანი, რომელიც შეი-

ძლებდა იყოს შეტანილი ოჯახში, თუ რომ აზრი გამოთქმული მშობლების მიერ, დადასტურებული იქნება ექიმის ავტორიტეტით, საწყალი ბავშვები და მათი მშობლები, ამბობს ავტორი.

თუ არის საჭირო, რომ ექიმმა მიუთითოს ხელცდუნების მიზნის, უფრო მეტად საჭიროა, რომ მან ფაქტიურად დადასტუროს ხელცდუნება, ვიდრე შეუდგებოდეს ეთიოლოგიურ ანკეტას. რეფორმა ხელცდუნების შესახებ, რასაკვირველია, აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს მაგრამ საჭიროა აგრეთვე ამისათვის სათანადო მასალებიც.

შეცდომები უფრო მეტია, ვიდრე ეს ჩვენ გვგონია.

ექ. თ. შ--ლი.

1927 წლის ფრანგულ ჟურნალ „l'encephale“-ში მოთავსებულია Gilbert Ballet-ის სტატია შემდეგი სათაურით „ქრონიკული ქალიშვიანობის ინვოლუციონური ფსიქოზები“. ავტორი მოგვითხრობს, რომ ქრონიკული ქალიშვიანობის პსიქოზები აწერილი აქვთ სხვა ავტორებსაც, თვით ავტორსაც აქვს აწერილი ამ ფსიქოზების ერთ-ერთი ვარიანტი ალკოჰოლიზმის ნიადაგზე; ამ სტატიაში მას მიზნათ აქვს აწეროს ამ ფსიქოზების კიდევ ახალი ვარიანტი.

მას აქვს მოკლეთ მოყვანილი 3 ავადმყოფის ისტორია.

შემთხვევა პირველი: ქალი 67 წლის, ავადმყოფობა დაიწყო მწვავეთ: მრავალი ვალიუტინაციები, ბოღვა, შიშის აფექტი, ალგუნება. ფიზიკური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია არტერიო-სკლეროზი, იოლი ლიპერტენზია, სუბისტერიული ელფერი, ცილა შარდში. მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფი იმყოფებოდა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში 4 წელზე მეტი, არ აღინიშნება არავითარი ქუჩით სისუსტე; პირიქით ავადმყოფი კითხულობს გაზეთებს, თავს სუფთათ ინახავს, წერილს სწერს შინაურებს, ორიენტაცია სრული. ფიზიკურად კარგათ არის, თუ მხედველობაში არ მივიღეთ ავადმყოფის ოდნავი დაყრუვება.

შემთხვევა მეორე: ქალი 77 წლ. ავადმყოფობის უეცრივი დაწყება მრავალი ვალიუტინაციონური ბოღვით, ეროტიული ელფერით. შეზინდებისას ესმის ავტომობილის საყვირი, შოფერი ეძახის, ხმამალა ურცხვათ სთხოვს საყვარლათ წაყლას. სხვა შოფერებიც უერთდებიან პირველს და აიძულებენ ქალს დანებდეს შოფერს.

საავადმყოფოში მოთავსებისას აქვს მრავალი სმენის ქალიშვიანციები, შიში, ალგუნება ამასთანავე ერთათ არავითარი ქუჩით სისუსტე. ორიენტაცია სრული, კარგი მენსიერება. ფიზიკურად აღნიშნულია არტერიო-სკლეროზი, ლიპერტენზია.

შემთხვევა მესამე. ქალი. ფსიქოზის დაწყება 69 წ. ქალიშვიანციები, შიშის აფექტი. ალგუნება. ორიენტაცია სრული, კარგათ შენახული მენსიერება, აგრეთვე მსჯელობა. ფიზიკურად: არტერიო-სკლეროზი, იოლი ლიპერტენზია. აქედან ავტორს გამოჰყავს შემდეგი დასკვნები-

1. ფსიქოზის დაწყება ყოველთვის მოხუცებულობაში (75, 77, 69 წლ).
2. შთამომავლობაში არაფერი პათოლოგიური.
3. კარგი ფიზიკური მდგომარეობა, მხოლოთ ყოველთვის აღნიშნულია არტერიო-სკლეროზი, ლიპერტენზია.
4. არ არის ფსიქომოტორული ქალიშვიანციები, არ არის ნეოლოგიზმი.
5. ბოღვითი იდეები არა აბსურდული.
6. ინტელექტის დაწვევა სრულიათ უარყოფილია.

ეს უკანასკნელი ფაქტი ადასტურებს Celrambault-ის აზრს, რომ რაც უფრო მეტი ხნის არის პიროვნება მით უფრო ნაკლებად სწრაფი იქნება ინტელექტის დაწვევა. ინვოლუციონისთან დაკავშირებული ეთიოლოგიური მომენტები ნებას აძლევენ ავტორს აწეროს ეს სამი შემთხვევა, როგორც ქრონიკული ქალიშვიანობის ფსიქოზების ცალკე ვარიანტი.

ექ. თ. შ--ლი.

მიმდინარე წლის დამდეგ აპრილში ბრესლაუში გარდაიცვალა 74 წ. ცნობილი ოფთალმოლოგი პროფ. Dr. Uthoff (უტჰოფ).

განსვენებული იყო ცნობილი, როგორც საუკეთესო მასწავლებელი (ერთ-ერთმა ანგრიკელმა ოფთალმოლოგმა მას უწოდა „the best teacher perhats of Europa“—უუკეთესესი მასწავ-

ლებელი შესაძლოა ვეროპაშიო), მუყაითი დაკვირვებული და დაუღალავი მკვლევარი. ყურად-
ღებინი, გულშემატკივარი მკურნალი, როგორც ოპერატორი მშვიდი და სანდო. მისი ოპერა-
ციების დროს ამაღლებულ ხმას ვერ გაიკონტროლებდა.

მისი ცხოვრების მსვლელობა გარეგნულად არ იყო მრავალფეროვანი.

ასისტენტობის სტაჟის (1880—1890) დამთავრების შემდეგ ბერლინში შიოლერთან
(Schöler) იყო მიწვეული პროფესორად (1890 წ.) მარბურგში (Marburg). ამ პატარა ქალაქში
მას დახვდა ძალიან მცირე რიცხვი ავადმყოფებისა, რომელთა შორის უმერავლესობას შეადგენდა
ტრახომიანები. ასე რომ ხანდახან ამ დროს წამოიძახებდა ხოლმე, „მარტო ტრახომას ხომ ვერ
წარვუდგენო“ („Ich kann doch nicht nur Trachom vorstellen“). შესაძლოა, რომ სწორედ ამ
მცირე რიცხვთან კლინიკის წყალობით, ის დაუახლოვდა სხვა კლინიკებს, განსაკუთრებით კი
ნერვულს. აქვე მან მიაქცია დიდი ყურადღება ბაქტერიოლოგიას. მარბურგში თვალთა კლი-
ნიკამ მალე მიიღო სხვა სახე—ავადმყოფების რიცხვმა იმატა. 1896 წ. იგი იყო მიწვეული ბრე-
სლაუში, აქ მას დახვდა მრავალი ავადმყოფები და მსმენელები. იგი აქაც არ სწყვეტი მკიდრო
კავშირს სხვა კლინიკებთან. მის ნაშრომებში კლასიურია 1887 წელს გამოსული „თვალის და-
ზიანებანი ქრონიკული ალკოჰოლიზმით“ „Die Schädigungen des Auges durch den chronischen
Alcoholismus.“ 1889 წელს გამოვიდა მისი თვალის ცვლილებანი მრავლოვან სკლეროზის დროს
(Die Veränderungen am Auge bei multipler Sklerose). მისი შესამჩნევი, „თვალის მოშლანი ნერ-
ვიული სისტემის დაავადების დროს“ „Die Augestörungen bei Erkrankungen des Nervensy-
stems“—იბეჭდებოდა Graefe-Saemich'-ის Haudbuch'-ში 1906—1915 წლებში. განსვენებული იყო
ხანგრძლივი (სიკვდილამდე) თანა რედაქტორი „Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde“:
ბოლო ხანებში იყო თავმჯდომარე გერმანული ოფთალმოლოგიური საზოგადოებისა. 1923 წელს
კანონის ძალით, როგორც 70 წლიანმა დაანება თავი პროფესორობას, მაგრამ მეცნიერული შრომა-
როდი მიუტოვებია. თითქმის ყოველ №-ში, klin. Mouch. für Aug. მოთავსებულია მისი ნაწარ-
მოები, რომელნიც შეეხებიან კლინიკურ ოფთალმოლოგიის“. ამა თუ იმ ბნელ და ძნელ სა-
კითხებს.

მისი უკანასნელი შრომები დაბეჭდილია „Klin. Monate“ მარტის და აპრილის №№-ში.
და შეეხებიან „ჰემიანოპსიის და მოციმიციმე სკოტომისთვის“ „Über hemianopsie und Flimmers-
kotoni“ და „ელამობის დროს ამბლიოპსიისთვის“ (Jur Schiel-Amblyopie). ამ უკანასკნელ შრო-
მაში იგი უარყოფს იმ გაერცილებულ აზრს, ვითომც ელამობის გამო თვალს მხედველობის უნა-
რი ეკარგებოდა. იგი ამტკიცებს, რომ მხედველობის გიმანკილის ნაკლებობა, რომელსაც ჩვენ
ვპოულობთ ელამობის დროს. მეტწილად თანდაყოლილია და არა შექმნილი.

ა. შ.

მაისში გარდაიცვალა მარბურგში თვალების ავადმყოფობათა პროფეს. Dr. შტარგარდ-
ტი. (D. Shargardt) 51 1/2 წლისა. თირკმელების ანთებისაგან. ცნობილია მისი შრომები სინათ-
ლის გრძნობის მკვლევარობისათვის, ფერების გარჩევის გამოკვლევის შესახებ, შრომები თვალის
ბაქტერიოლოგიიდან. მხედველობის ნერვის ცვლილებანი მეტლუჟის დროს—ტაბესის და პარა-
ლიზის დროს— ამ შრომების მიხედვით მოსალოდნელი იყო, რომ მეცნიერები კიდევ ბევრს შეი-
ძენდნენ მისგან.

ა. შ.

12—14 ივლისს მიმდინარე წლისა შვეინგენში (პოლანდიაში) შეიკრიბა კონფერენცია სა-
ერთაშორისო ოფთალმოლოგიური ყრილობების აღსადგენად.

ამ ყრილობების აღდგენის საკითხი აღძრა 1925 წელს ინგლისურად მოლაპარაკე ოფ-
თალმოლოგების კრებულმა ლონდონში. ამ კრებულმა მიანდო თვის თავმჯდომარეს Treacher
Collins'-ს აეოჩია მცირე კომიტეტი ამ მიზნით.

უმთავრესად Treacher Collins'-ის, როგორც ამ მცირე კომიტეტის მომწვევის, და Leslie
Paton'-ის მდივნის მეცადინეობით შეიკრიბა შვეინგენში კონფერენცია. სადაც წარმოდგენი-
ლი იყო 25 სხვადასხვა ერი, ევროპიდან თითქმის ყველა უმთავრესი ერები, გარდა რუსე-

Танамедрове Медицина.

(Современная медицина № 9).

РЕФЕРАТЫ.

Д-р Т. Мамаладзе. Случай полипа в левом предсердии.

Автор описывает случаи сердечного полипа в левом предсердии (с демонстрацией препарата).

Полип прикреплялся на ножке в левом предсердии и находясь в относительном движении имитировал недостаточность двухстворчатого клапана с типичными клиническими симптомами означенного порока сердца в стадии декомпенсации.

Патолого-анатомически полип состоял из миксоматозной ткани (препарат докт. Матиашвили из патолого-анатомического инст. государств. унив. проф. Жгенти).

Д-р М. Угрелидзе. О периферических лимфатических железах новорожденных детей.

Производя антропометрические измерения над новорожденными детьми у большинства из них прощупывала периферические лимфатические железы. Исследовано было 200 детей и у 156 были обнаружены железы, в 6-ти случаях прощупывались только шейные, только подмышечные в 80 случаях; шейные и подмышечные вместе в 64 случаях; паховые вместе с прочими железами в 6 случаях. Железы мягкой консистенции и величины от чечевичного зерна до горошины.

В виду такой частоты (78%) случаев и в виду того, что оне встречались у детей и совершенно физически хорошо развитых и слабых, я высказала предположение, что это явление физиологическое и поставила увеличение паховых и подмышечных желез в связь с тем физиологическим же явлением, которое дети испытывают при рождении т. е. половую зрелость „*puberté en miniature*“, „*crise génitale*“.

Увеличение подмышечных желез при гиперплазии грудных, паховых — при гиперсекреции в половых путях у девочки и увеличении простаты у мальчиков.

Увеличение или скорее доступность пальпации шейных желез поставила в связь с тем, что новорожденные в среднем ухе имеют при рождении жидкость, напоминающая Вартонову студень и которая постепенно в течении двух недель рассасывается. Конечно мною высказано во всяком случае доступность пальпации лимфатических периферических желез у новорожденных есть явление физиологическое, но не патологическое.

Доцент С. Кипшидзе и ординатор Зангуридзе-Середа „Два случая ретро-оливарного синдрома“.

Авторы касаются двух случаев ретро-оливарного синдрома, один вызванный вследствие кровоизлияния, в латеральной части продолговатого мозга, другой—угло-мостовой опухолью с поражением ствола. На основании аутопсии и изучения макроскопически препаратов, авторы вновь подтверждают заключение высказанное док. Кипшидзе в его диссертации „Материалы к патологии мозжечка“, что для выпадения функции той или другой системы, вызванной опухолью постепенным развитием в задне-черепной яме, необходим деструктивный процесс.

Второе на что обращают внимание авторы, это развитие трофических явлений в глазу keratitis—neuro—paralytica, при поражении ствола. На основании параллельного развития трофических и глазных симпатических явлений, относят трофические расстройства глаза к поражению трофических симпатических путей, высказывают возможность, что эти пути идут к глазу от глазного симпатического центра, в периартериальной сети сосудов.

Д-р. Г. М. Шенгелая. Вопросы вменяемости при душевных болезнях, состояниях психической аберраций, отсталости и при несовершеннолетий с давних времен интересовало и принималось во внимание юриспруденцией. С развитием новейших школ уголовного права, центр тяжести с изучения и классификаций формальных сторон преступления (классическая школа) был перенесен на изучение самого преступного человека (антропологическая школа) и социальных условий его окружающих (социологическая и социалистическая школы).

Логическим следствием работ трех последних школ было создание особых криминологических учреждений, где изучаются все факторы преступления в их динамическом взаимоотношении. Первый криминологический институт был открыт в Буйнас-Айресе (Аргентина) по инициативе проф. Инженьероса в 1907 году. В данное время подобные институты функционируют в Бельгии, С.-Ш. Северной Америки, Португалии и т. д.

1923 году по почину В. Орлеанского в Москве был создан „Кабинет по изучению личности преступника и преступности“, которому был передан арестный дом на арбате, ныне играющий роль криминологической клиники.

1925 году Н. К. З. Г. совместно с Главным Управлением местами заключения Н. К. В. Д. Г. было открыто при Психо-Неврологическом Институте Н. К. З. Г. отделение на 10 коек „для целей психиатрической экспертизы и научного изучения личности преступника“. С момента открытия этого отделения (10 октября 1925 г.) по первое января 1927 года в отделение было помещено 38 преступников, требующих оценки их психического состояния. Экспертиза была данна в 26 случаях. Благодаря экспертизе было освобождено от преследования закона 17 душевно-больных, совершивших преступления. Таким образом отделение вполне удовлетворяет целям психиатрической экспертизы, но оно в виду оторванности от мест заключений специфического характера всего учреждения, в котором отделение находится и ряда других причин лишено возможности заниматься криминологическими вопросами. Поэтому представляется настоятельно необходимым организация специального кабинета по изучению проблем преступности на территории Грузии, а именно в Тифлисе.

Д-р Ткавадзе. К казуистике подкожного повреждения кишечника.

Автор приводит литературу и разную статистику относительно подкожных повреждений кишечника без нарушения цельности брюшных покровов. Затем подробно останавливаясь на клинике заболевания и разбирая в отдельности каждый его симптом, он переходит к описанию своего случая, имевшего место в Проп. Хир. Клинике Тиф. Гос. Унив-та.

Болной Ш-вили, получивший накануне сильную травму от падения с поезда животом на землю, при доставке в больницу не обнаруживал ни одного ясно выраженного из главных признаков повреждения кишечника, а между тем, во время операции у него оказался полный разрыв подвздошной кишки с выхождением каловых масс в полость перитонеума и с острым, разлитым гнойно-фибринозным перитонитом.

Дягност повреждения внутренностей живота был поставлен сейчас-же, до операции. Операция — *Laparotomia et enterorrhaphia* — была произведена спустя 17 часов после травмы. Одновременно больному было сделано удаление червообразного отростка, который макроскопически носил все признаки острого воспаления. Несмотря на все это больной, в результате операции, поправился и меньше чем через месяц здоровым выписался из клиники с заживавшейся раной и с нормальным отправлением кишечника.

Что касается вопроса, откуда развился аппендицит — имела ли почва хронически подготовленная внутри отростка и теперь только обострилась болезнь, или воспалительный процес перешел на *appendix par continuitatem* — автор не может категорически решить. Полагает, что скорее тут имело место второе соображение, но, тем не менее, удаление *appendix*-а сочтено было показанным.

На основании своего случая и литературных данных автор делает следующий вывод:

При подкожном повреждении кишечника оперативное вмешательство не может быть отвергнуто только лишь потому, что с момента травмы много времени прошло. Операция должна быть произведена во всякое время, если это позволяет общее состояние больного, и развившийся перитонит нельзя считать категорическим противопоказанием к ней как это было принято у большинства авторов до последнего времени.

Д-р А. Ахведиани. К вопросу о кистозном перерождении почек.

Автор, после краткого литературного обзора, касающегося вопроса о кистозном перерождении почек, приводит 6 случаев этого заболевания. Мужчин—2, женщин—4. По возрасту 5 больных от 30—40 л., одна—22 л. Подробнее разобраны 3 случая из урологического отделения госпитальной хирургической клиники; из них до операции только в одном был поставлен диагноз кистозного двухстороннего перерождения. Операции: одна *nephrectomia* вследствие односторонности заболевания, присутствия камня и гноя в кистах, а в остальных двух *nephrorectia* со вскрытием наружных кист ввиду резкого опущения и двусторонности заболевания. Все вышеупомянутые больные выписались из клиники в хорошем состоянии.

Остальные 3 случая из других больниц гор. Тифлиса под диагнозом *Tumor abdominis*. Операции: одна — *Laparotomia explorativa*, две — *nephrectomia par laparotomiam*.

Летальный исход из них в двух — в одном в день операции — кровотечение, другом на третий день после операции — *anuria*. Один больной выписался из больницы с улучшением.

На основании литературного обзора и изучения вышеупомянутого материала, автор делает следующие выводы:

1. Изучение вопроса о кистозном перерождении почек требует еще дальнейшего клинического и экспериментального наблюдения и изучения.
2. Вызванная механическим препятствием задержка мочи может быть одной из главных причин этого заболевания.
3. При выборе того или иного оперативного вмешательства нужно иметь ввиду как больную почку, так и в особенности функциональное состояние другой почки.
4. При невозможности проведения операции под местной анестезией, общий наркоз должен употребляться с большой осторожностью.
5. При обнаружении кистозного перерождения на одной стороне, до выбора того или иного оперативного способа под почкой, необходимо на другой стороне предварительная пробная люмботомия.

6. Nephrectomia допустима только в тех случаях, когда установлена нормальная функция другой почки, с одной стороны, а с другой — глубокие изменения больной почки (потеря функции, кровотечение, камни, гнойники и пр.).

Доц. С. Н. Кипшидзе, д-р А. К. Рухадзе и д-р М. И. Цхакая. Результаты инъекций алкоголя в периферические нервы.

1. До настоящего времени впрыскивание концентрированного алкоголя в периферические нервы производилось при невралгиях с целью вызвать разрушение нервных волокон.

2. Такое впрыскивание сопровождалось всегда параличем и анестезией соответствующего нерва.

3. Впрыскивание алкоголя слабой концентрации (50%) в нервный ствол дает, как показали наши клинические наблюдения, явление паралича симпатических волокон, не затрагивая соматических ветвей.

4. Поэтому такое впрыскивание показано в тех случаях, где имеются налицо синдромы раздражения симпатических волокон.

Thanamedrové Médicina.

Sommaire

(Médecine contemporaine N° 9)

D-r T. Mamaladzé. „Un cas de polype dans l'oreillette gauche“.

L'auteur décrit un cas de polype dans l'oreillette gauche, avec démonstration des pièces. Le polype était inséré par un pied dans la paroi de l'oreillette et, par son état de mobilité relative, simulait l'insuffisance bicuspidaire, avec tous les symptômes cliniques de cette lésion cardiaque au stade de décompensation. Au point de vue anatomo-pathologique, le polype était constitué par un tissu mixomateux.

D-r M. Ougrélidzé. Sur les glandes lymphatiques périphériques chez les nouveaux-nés.

En prenant les mesures anthropométriques des nouveaux-nés, j'ai remarqué que chez la majorité les glandes lymphatiques périphériques étaient palpables. J'ai examiné 200 nouveaux-nés. Les glandes lymphatiques ont été trouvées chez 156 enfants: dans 6 cas les glandes du cou seul étaient palpables; dans 80 cas les glandes axillaires; dans 64 cas les glandes du cou et les glandes axillaires; les glandes inguinales avec les autres glandes périphériques dans 6 cas. Ces glandes sont de consistance molles et de grandeur d'une lentille à un pois. Une telle fréquence (78%), de ces glandes chez les nouveaux-nés robustes et faibles m'a fait penser que nous avons dans ce cas affaire à un état physiologique, que j'ai mis en relation avec un état singulier qu'éprouve le nouveau-né „crise génitale“, „puberté en miniature“. Le grossissement des glandes axillaires est dû à l'hypertrophie des glandes mammaires; les inguinales sont dûes à la congestion de l'appareil génital; les glandes du cou sont en relation avec l'oreille moyenne. Dans l'oreille moyenne des nouveaux-nés il se trouve une substance, qui ressemble à la gelée de Waston, laquelle peu à peu se résorbe et c'est peut-être à cause de cela que les ganglions du cou grossissent. Mon hypothèse sur la relation entre les glandes lymphatiques et les états physiologiques exige des preuves, mais en tout cas l'accessibilité des glandes périphériques chez les nouveaux-nés est un état physiologique et pas pathologique.

Docent **S. Kipchidzé et d-r Zangouridzé — Sereda.** Deux cas de syndrome retro-olivaire.

Les auteurs analysent deux cas de syndrome retro-olivaire, dont un a eu pour cause productrice une hémorragie dans la portion latérale du bulbe et l'autre — une tumeur, pénétrant dans la substance cérébrale.

En se basant sur l'étude appropriée des préparations macroscopiques, les auteurs confirment l'opinion, émise par Kipchidké dans sa thèse de doctorat „Matériaux, concernant la pathologie du cervelet“, que l'abolition des fonctions de tel ou autre système au cours des tumeurs de la fosse crânienne postérieure nécessite la destruction des fibrilles nerveuses correspondantes. La deuxième question, sur laquelle les auteurs attirent l'attention — c'est la corrélation entre les troubles trophiques du globe oculaire et la présence du syndrome sympathique. Le parallélisme entre les lésions trophiques et les troubles sympathiques de l'oeil — permet aux auteurs de considérer les lésions du système sympathique de l'oeil comme cause productrice des lésions trophiques du dit organe; ils admettent la possibilité des passages des fibrilles du sympathique par le réseau périartériel des vaisseaux de l'oeil.

D-r Chengelaïa. L'auteur analyse l'état actuel de la criminologie, qui de plus en plus, doit tenir compte des facteurs sociaux dans la genèse du type du criminel.

En Géorgie, l'Institut Psycho-Neurologique de l'Université a créé 10 lits, consacrés spécialement à l'expertise psychiatrique et à l'étude scientifique de la personnalité du criminel,

L'auteur préconise, à part cela, la création d'un cabinet criminologique spécial sur le territoire géorgien.

D-r Tkavadzé. Sur un cas de lésion sous-cutanée de l'intestin.

L'auteur, rapportant les données bibliographiques concernant la question, décrit un cas, observé et opéré à la clinique Propedeutique Chirurgicale de l'Université de Tiflis; le malade, qui ne portait sur les teguments aucune lésion et dont la paroi abdominale était intacte — a présenté à l'opération une déchirure complète de l'ileum, avec passage des matières fécales dans l'intestin et péritonite suppurée aigue.

Le malade opéré a guéri.

L'auteur résume, que l'intervention opératoire doit, dans les cas présumés de lésion intestinale avec intégrité des parois abdominales avoir lieu immédiatement et en tous cas, si l'état général le permet; même une péritonite déclarée ne peut être considérée comme une contre-indication absolue.

Dr. A. Akhvediani. „Au sujet de la déjénescence kystique du rein“ L'auteur, après avoir fait une revue de la littérature, touchant la question, arrive (en se basant sur 6 cas personnellement opérés) aux conclusions qui suivent:

I. La question de la dégénérescence kystique du rein mérite une étude clinique et expérimentale approfondie.

II. La rétention urinaire, occasionée par des facteurs mécaniques, peut être une des causes principales de cette maladie.

III. En choisissant le mode opératoire, il est nécessaire d'avoir en vue non seulement le rein malade, mais, à plus forte raison, l'état fonctionnel du rein restant.

IV. Devant l'impossibilité d'avoir recours à l'anesthésie locale, on doit employer l'anesthésie générale avec la plus grande prudence.

V. Dans le cas, quand la dégénérescence kystique est prouvée pour un des reins il est nécessaire, avant toute intervention, de pratiquer une lombotomie exploratrice.

VI. La néphrécomie n'est indiquée que dans les cas, quand le fonctionnement normal du rein opposé est indubitable et d'autre part, quand on a devant soi des lésions rénales profondes (hémorragies, calculs, abcès etc)

Docent S. Kipchidzé, d-r Roukhadzé et d-r Tzakaïa. „Les résultats de l'injection de l'alcool dans les nerfs périphériques“

I. Jusqu'ici l'injection alcoolique concentrée dans les nerfs périphériques au cours des néuralgies, s'opérait de façon à produire une destruction des fibrilles nerveuses.

II. Une injection de ce genre était accompagnée toujours de l'anesthésie et de paralysie du nerf correspondant.

III. L'injection de l'alcool de faible concentration (50%) dans le tronc nerveux donne, comme nous l'on montré nos observations cliniques, de la paralysie des filets somatiques.

VI. Les auteurs considèrent qu'une injection de ce genre (alcool à 50%) est indiquée dans tous les cas, quand on est en présence du syndrome de l'irritation des fibrilles du sympathique.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА „КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“ на 1927 год

Ответственный редактор — проф. В. С. ГРУЗДЕВ.

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

Выходит ежемесячно книжками, каждая не менее 112 стр. убористой печати. В 1927 г. подписчики получают 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.

О ДРОБНЫЕ ПРОСПЕКТЫ БЕСПЛАТНО.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1927 г. НА ДВУНЕДЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

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

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

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

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

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

ЖУРНАЛ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

ВРАЧЕИ

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. ДИАТР ПОВ (Москва), К. Э. ДОБРОВОЛЬСКИЙ, Н. Н. ПЕТРОВ, Д. Д. ПЛЕГНЕВ (Москва) и Ф. Я. ЧИСТОВИЧ.

== ПОДПИСКА на 1927 г. ОТКРЫТА ==

Журнал ставит себе целью прийти 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 приложений
убористой печати

Б. Н. Хольцов, проф. Лечение мужской гонорреи.

А. Э. Мандельштам, прив.-доц. Современные биолого-химические методы исследования в гинекологии и акушерстве.

А. А. Немилев, прив.-доц. О свободной пересадке органов и тканей.

Б. М. Бродерзон. Ионтофорез. Под редакцией проф. С. А. Бруштейна.

В. И. Феоктистов. Исследования отделы физики для врачей.

I. Schnarreg. проф. Исследования аппарата кровообращения. Общая патология гематологии и терапии.

■ ■ ■ ■ ■

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.