

გამოცემის წელი მუდგა

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ცფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერულ მუშაკთა თბგანთ

II

თებერვალი



1929
წლიდან

ქურნალი

1929
წლიდან

„თანამედროვე მედიცინა“⁶⁶

გამოდის როგორც ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერულ მუშაკთა: (პროფესორთა, ასისტენტთა და ორდინატორთა) ორგანო.

საკრედიტო კოლეჯის უმაღლესობა:

პროფ. ალ. ნათიშვილი, პროფ. ვლ. ჟღენტი, დოცენტი შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი).

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველი თვის პირველ ნახევარში არა ნაკლებ 64 გვერდისა და ყველა ხელისმომწერთ დაეგზავნებათ სახლში.

ქურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინიდან, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა და კონფერენციების სხდომების, სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი 50 ცალად.

წერილები უნდა იყოს დაბეჭდილი რემინგტონზე ერთ გვერდზე და მას აუცილებლად დართული უნდა ქონდეს მოკლე აუტორეფერატი ან დებულებები რუსულ ენაზე, სასურველია აგრეთვე სხვა უცხო ენაზეც (ფრანგული, გერმანული ან ინგლისური).

არქაძეთა და კანცლარა მთავაჟსულისა ცფილისისში, კაძის ეჟრით № 47, პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტის მუშაბაში.

რედაქციის ყველა საქმეებზე მსურველმა უნდა მიმართოს რედაქციის მდივანს ი. ასლანიშვილს, რომლის ნახვაც შეიძლება რედაქციაში სამუშაოთობით, ოთხმუშაოთობით და ხუთმუშაოთობით საღამოს 5 7 ს.



გამოცემის წელი მუდგა

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერულ მუშაკთა ორგანო

II

თებერვალი



სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღენტო, დოცენტი შ. შიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი).

თბილისი — 1929



ქვეყნის საბუნების-სამედიცინო ჟურნალი

თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის

მეცნიერულ მუშაკთა ორგანო

რედაქციის მისამართი: ტფილისი, კამოს ქ. 47. პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტის შენობა

Ежемесячный научно-врачебный журнал ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Орган научных работников Медицинского факультета Тифлисского Гос. университета
№ 2. 1929 г. Февраль

Редакционная коллегия: Проф. А. Н. Натишвили, проф. В. К. Жгенти, доц. Ш. А. Микеладзе, пр.-доц. М. Ф. Мгалобели, ассистенты: З. Майсурадзе, П. Кавтарадзе, И. А. Асланишвили (ответств. секр. редакции).

Адрес редакции: С С. Р. Г. Тифлис. Ул. Камо, 47. Патолого-анатомический институт

THANAMEDROVE MÉDICINA

Journal médical géorgien.

№ 2. 1929 Février

Comité de Rédaction: prof. A. Nathichvili, prof. V. Jguenti, prof. agrège Ch. Mikéladzé, prof. agrège M. Mgalobéli, d-rs Z. Maissouradzé, P. Kavtharadzé, J. Aslanichvili (Secrétaire de la Rédaction).

Adresse de la Rédaction: 47, rue Kamo. Institut anatomo-pathologique. Tiflis (Géorgie), U. S. S. R.

ტფილისი. ს. ს. მ. უ. ს. პოლიგრაფტრესტის 1-ლი სტამბა, პლენანოვის გამზირი № 91.

მთავლიტი № 73.

შეკვ. № 808.

დაბეჭდა 800.



F-1030

Fernand Vidal'o
1862—1929

„თანამედროვე მედიცინა“ 1929 წ. II.

ლოცენტი შ. შიქელაძე

შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის პროპედევტიული კლინიკის გამგე.

Fernand Vidal-ი*)

(1862—1929)

სამკურნალო მეცნიერებამ საერთოდ და შინაგანმა პათოლოგიამ კერძოდ დაკარგა ერთი უდიდესი და უბრწყინვალესი თავისი წარმომადგენელი. 14 იანვარს 1929 წ. პარიზში გარდაიცვალა თუმცა მოხუცი, მაგრამ ჯერ კიდევ ჯანლონით სავსე, გამოჩენილი მეცნიერი და ნიჭიერი კლინიკისტი პროფ. Fernand Vidal-ი. სამკურნალო მეცნიერების თანამედროვე წარმომადგენელთა შორის Vidal-ს ერთი უდიდესი ადგილთაგანი ეკავა, ვინაიდან იგი არა მარტო შესამჩნევი კლინიკისტი იყო, არამედ პირველხარისხოვანი ბაქტერიოლოგი, ზოგადი პათოლოგი და საერთოდ ბიოლოგი.

Vidal-ი დაიბადა 1862 წ. ალჟირში, სადაც მამა მისი სამხედრო ექიმი იყო. სამკურნალო ფაკულტეტი მან ბრწყინვალედ დაამთავრა პარიზში. ახალგაზღობიდან იგი დაინტერესდა მეცნიერული მუშაობით: ერთის მხრით, იგი მუშაობდა ბაქტერიოლოგიაში და ზოგად პათოლოგიაში ცნობილ პროფ. Chantemesse-სთან, და, მეორეს მხრით, კლინიკაში ბრწყინვალე Dieulafoy-ს ხელმძღვანელობით. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ Vidal-ში მუდამ ნათლად გამოსჭვავოდა მისი, როგორც დიდი მომზადება ლაბორატორიულ და ექსპერიმენტალურ კვლევა ძიებაში, ისე კლინიკური დაკვირვების შესამჩნევი უნარი.

ჯერ კიდევ 1889 წ. Vidal-მა თავის დისერტაციაში „Etude sur l'infection puerperale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle“ დაამტკიცა, რომ პუერპერალური ინფექციების გამომწვევი მიზეზი ჩვეულებრივად სტრეპტოკოკებია და რომ იგივე სტრეპტოკოკია უმთავრესად მელოგინების თრომბოფლებიტების გამომწვევი მიზეზიც.

იმავე 1889 წ. Vidal-მა თავის მასწავლებელ Chantemesse-სთან ერთად დაამტკიცა, რომ შესაძლებელია მუცლის წინააღმდეგ ვაქცინაცია ებერთის ჩხირის სიცხით მოკლული კულტურის საშუალებით. ეს გამოკვლევა სამწუხაროდ პირველად შეუმჩნეველი დარჩა და მხოლოდ შემდეგში ასეთმა ვაქცინაციებმა უდიდესი განვითარება მიიღეს ცხოვრებაში.

26 ივნისს 1896 წ. Vidal-მა გააკეთა თავისი შესამჩნევი მოხსენება აგლუტინაციის რეაქციის შესახებ მუცლის ტიფით შეპყრობილ ავადმყოფთა სისხ-

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოებას 14 თებერვალს 1929 წ.

ლის შრატის საშუალებით და ამით საფუძველი ჩაუყარა ინფექციურ სნეულებათა დიაგნოსტიკის იმ დიდ დარგს, რომელსაც სეროდიავნოსტიკა ეწოდება. დღეს ვერ შეხვდებით მსოფლიოს ვერც ერთს კუთხეში ისეთს ექიმს, რომელიც Widal-ის რეაქციას არ იცნობდეს და ამ რეაქციით არ სარგებლობდეს, მაგრამ ყველამ არ იცის, შესაძლებელია, ის გარემოება, რომ Widal-ის რეაქცია ყველა სეროდიავნოსტიკული რეაქციების იდეის მიმცემი და პროტოტიპი იყო.

საინტერესოა, რომ იმავე Widal-მა გამოიყენა პირველად კლინიკაში 1901 წ. Bordet-სა და Gengou-ს მიერ აღმოჩენილი ფენომენი კომპლემენტის ფიქსაციისა მუცლის ტიფის დიაგნოსტიკისათვის და ამით იდეურად რამოდენიმე წლით დაასწრო Wassermann-ს იმავე ფენომენის გამოყენებაში ადამიანის დაავადებების დიაგნოსტიკაში.

1900 წ. Widal-მა მეორე შესამჩნევი შრომა გამოაქვეყნა პლევრის ღრუდან მიღებული სითხის უჯრედოვანი ელემენტების გამოკვლევის შესახებ პლევრიტებისა და ჰიდროთორაქსების დროს და ამ გამოკვლევით შექმნა დიაგნოსტიკის ახალი დარგი, რომელსაც ციტოდიავნოსტიკა ეწოდება. მანვე თავის მოწაფეებთან Sicard-თან და Ravaut-სთან ერთად პირველმა გამოიკვლია ზურგის ტვინის სითხის უჯრედოვანი ელემენტები. დღეს ჩვენ ვიცით, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს საერთოდ ციტოდიავნოსტიკას და კერძოდ ზურგის ტვინის სითხის ციტოდიავნოსტიკას, რომელიც გადამწყვეტ როლს თამაშობს მთელი რიგი სნეულებების დიაგნოზის დასადასტურებლად.

მარტო სეროდიავნოსტიკისა და ციტოდიავნოსტიკის შემოღება მედიცინაში საკმარისი იყო იმისათვის, რომ Widal-ის სახელი უკვდავი დარჩენილიყო სამკურნალო მეცნიერებაში, მაგრამ Widal-ის ღვაწლი მარტო ამ ორი უდიდესი აღმოჩენით არ განისაზღვრება.

1903 წ. Widal-ის მიერ დაწყებულმა შრომებმა გააშუქეს ნეფრიტების დროს მთელი რიგი მანამდე ბნელი საკითხები და სნეულების პათოგენეზის, პროგნოზისა და რაციონალური თერაპიის ძირითადი დებულებანი მოკვცეს.

ძველი შეხედულება, რომ Bright-ის სნეულების დროს არსებობს ორი სხვადასხვა პათოლოგ-ანატომიური პროცესი (პარენჩიმატოზული და ინტენსტიციალური) და რომ თვითნებულ მათგანს ახასიათებს განსაზღვრული კლინიკური სურათი, ცხოვრებაში არ მართლდებოდა, ვინაიდან დიდძალი ფაქტები დაგროვდა ასეთი სქემატიური კლასიფიკაციის წინააღმდეგ. გამოირკვა, რომ არის ფორმები გარდამავალი პარენჩიმატოზულიდან ინტენსტიციალურზე, გამოირკვა აგრეთვე, რომ ხან გლომერულებია უფრო დაზიანებული, ხან მილაკები, ხან სისხლის ძარღვები, ხან ინტერსტიციალური ქსოვილი და ხან კიდევ ყველა ეს ერთად. მაგრამ, რაც განსაკუთრებით აღსანიშნავია, გამოირკვა, რომ ერთსა და იმავე პათოლოგ-ანატომიურს სურათს ზოგჯერ სულ სხვადასხვა გვარი გამოხატულება აქვს ხოლმე. გამოირკვა, მოკლედ რომ ვთქვათ, ის გარემოება, რომ მარტო პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებებით შეუძლებელია ავხსნათ ნეფრიტების კლინიკური სურათი და მათი მიმდინარეობა და რომ საჭიროა კიდევ რალაც სხვა, რაც ამ სურათის გაგებას გაგვიადვილებს და ნათელჰყოფს.

აი სწორედ Widal-მა ნეფრიტების კლინიკის გასაგებად მიმართა ბიოლოგიურ ქიმიასა და ექსპერიმენტებს. მან გამოარკვია, რომ ზოგიერთი ნეფრიტების დროს დარღვეულია ავადმყოფი ორგანიზმის ფუნქცია იმგვარად, რომ გაძნელებულია ქლორიდების გამოყოფა. ასეთს შემთხვევებში, თუ ჩვენ ავადმყოფს საჭმელში იმაზე მეტს ქლორიდებს მივცემთ, რამდენის გამოყოფაც მას შეუძლია, ორგანიზმში ხდება ქლორიდების დაგროვება, რასაც მოყვება აგრეთვე წყლის დაგროვება და შეშუპებების გაჩენა. თავის კლასიკურ დაკვირვებაში, რომელსაც ნამდვილი ექსპერიმენტის ხასიათი აქვს, Widal-ი შესაფერი დიეტის შერჩევით იწვევდა ისეთი ნეფრიტიანი ავადმყოფის ორგანიზმში, რომელსაც ქლორიდების გამოყოფის უნარი დაქვეითებული ჰქონდა, ხან შეშუპებების გაქრობას და წონაში დაკლებას და ხან შეშუპებების გაჩენას და წონაში მომატებას.

მოგვაგონებს თვით Widal-ის სიტყვები მისი ამ შესამჩნევი ექსპერიმენტის შესახებ.

„72 დღის განმავლობაში“, აბობს Widal-ი, ჩვენ 9-ჯერ შევცვალეთ ქლორიდების რაოდენობა საჭმელში. სულ ჩვენ გავატარეთ 4 მარტილიანი საჭმლის და 5 უმარტილო საჭმლის პერიოდი.

„წერილი წესით საჭმელში ქლორიდების რაოდენობის შეცვლის საშუალებით ჩვენ 4-ჯერ ქლორიდების შეკავება მივიღეთ და 5-ჯერ ორგანიზმის ქლორიდებით დაღარიბება ვნახეთ.

„ორგანიზმის ჰიდრატაცია და დეჰიდრატაცია ყოველთვის პარალელურად მიმდინარეობდა ქლორურაციასა და დექლორურაციასთან. 4-ჯერ ჩვენ აღვნიშნეთ ქლორიდების შეკავება და 4-ჯერვე ვნახეთ წონის მომატება ჰიდრატაციის გამო. 2-ჯერ ჰიდრატაცია ჩვენ შეშუპებების გაჩენამდე მივიყვანეთ. 5-ჯერ ჩვენ გამოვიწვიეთ დექლორურაცია და 5-ჯერვე პარალელურად აღვნიშნეთ წონის დაკლება დეჰიდრატაციის გამო.“

ამ გამოკვლევების შედეგად Widal-მა შემოიღო ე. წ. აქლორიდული დიეტა, რომელმაც მთელი ერა შექმნა თირკმლების სნეულებების მკურნალობაში და რომელიც დღეს ყველას მიერ არის ცნობილი.

Widal-მა განაგრძო თავისი შესამჩნევი დაკვირვებანი და აღმოაჩინა, რომ ნეფრიტების ზოგიერთი ფორმების დროს, როდესაც ავადმყოფს შეშუპებები არა აქვს, სულ სხვა პათოლოგიურ მოვლენასთან გვაქვს საქმე. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია დარღვეული იყოს აზოტოვანი ნივთიერებათა და მათ შორის შარდვიანის გამოყოფის უნარი. ამის გამო სისხლში გროვდება ამ ნივთიერებათა ზედმეტი რაოდენობა, რასაც სულ სხვაგვარი სიმპტომოკომპლექსი და კლინიკური სურათი მოჰყვება, რომლის სწორედ გაგება და ახსნა-განმარტება წინეთ შეუძლებელი იყო და რომელიც მხოლოდ ეხლა შეიქმნა ნათელი და აშკარა. აზოტოვანი ნივთიერებათა შეკავებისაგან დამოკიდებული სიმპტომები თავისი მიმდინარეობით და ხასიათით სრულიად განსხვავდება ქლორიდების შეკავების სიმპტომებისაგან. მაშინ როდესაც ქლორიდების შეკავებას მოჰყვება ხოლმე შეშუპებები, აზოტოვანი ნივთიერებათა შეკავება არასოდეს არ იწვევს ჰიდრატაციას და ამგვარად მშრალ შეკავებას წარმოადგენს. Widal-მა გვიჩვენა, რომ თირკმლების გაუფალობა ქლორნატრიუმისადმი და შარდვიანისადმი შეიძლება იყოს ელექტიური, რომ შესაძლოა ერთს შემთხვევაში დარღვეული იყოს შარდვიანის გამოყოფის უნარი და მეორეში კი—ქლორნატრიუმის და ამგვარად არსებობდეს დამოუკიდებელი ნეფრიტი ქლორემიული სიმპტომოკომპლექსით და ნეფრიტი აზოტემიური სიმპტომოკომპლექსით, თუმცა შესაძლებელია მათი ერთდროული არსებობაც.



ამგვარად შარდივანის გამოკვლევას სისხლში უაღრესი მნიშვნელობა ეძლევა შარდივანის შეკაფების ამოსაცნობად და ამით აზოტემიური ნეფრიტის დასადასტურებლად და შესაფერი მკურნალობის დასანიშნავად, მაგრამ Widal-მა გვიჩვენა, რომ შარდივანის რაოდენობის გამორკვევით სისხლში ჩვენ შეგვიძლია დიდის სისწორით გამოვთქვათ პროგნოზი ქრონიკული ნეფრიტების დროს.

ნორმალურად სისხლში შარდივანის რაოდენობა 0,2—0,5 გრამს უდრის. ლიტრში. Widal-ის კანონების მიხედვით:

- 1) შარდივანი სისხლში 1,0—2,0 გრამს შუა მოასწავებს ავადმყოფის სიკვდილს maximum 2 წლის განმავლობაში;
- 2) შარდივანი სისხლში 2,0 გრამზე მეტი გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფს დარჩენია მხოლოდ რამოდენიმე თვის ან კვირის სიცოცხლე;
- 3) შარდივანი სისხლში 3,0 გრამზე ზემოდ კი სიკვდილის მაჩვენებელია ძლიერ ახლო მომავალში.

Widal-ის მიერ დაწესებული პროგნოზის კანონები ქრონიკული ნეფრიტის დროს შესამჩნევად გამართლდა ცხოვრებაში და ამ ჟამად ყოველად წარმოუდგენელია ქრონიკული ნეფრიტების წამლობა და პროგნოზი სისხლში შარდივანის გამოუკვლევებლად და Widal-ის სქემის გაუთვალისწინებლად.

ამგვარად ჩვენ ვხედავთ, თუ რა დიდია Widal-ის ღვაწლი ნეფრიტების შესწავლაში. მისმა გამოკვლევებმა ნათელი შუქი შეიტანეს თირკმლების სნეულებების ბნელს საკითხში და შეძლება მოგვცეს ამ ავადმყოფობის ბურუსით მოცული და აუხსნელი მოვლენების გაგებისა, მისი რაციონალური წამლობისა და სწორი პროგნოზისა.

აქვე უნდა დავუმატოთ, რომ Widal-მა მოგვაწოდა ქრონიკული ნეფრიტების თავისი კლასიფიკაცია, რომელიც კლინიკურ ფაქტებზე და თირკმლების ფუნქციის გამორკვევაზეა დამოკიდებული და რომელიც ყველა ქრონიკულ ნეფრიტებს 4 განსაკუთრებულ ფორმად ან სინდრომად ჰყოფს: ნეფრიტები ალბუმინურიული, ქლორემიული, აზოტემიური და ჰიპერტენზიული. შესაძლებელია თვითეთული ეს ფორმა დამოუკიდებელივ არსებობდეს, მაგრამ უფრო ხშირად ცალ-ცალკე ფორმების ურთიერთ კომბინაციასა და დაკავშირებას ვნახულობთ. ასეთია Widal-ის ღვაწლი თირკმლების სნეულებების შესწავლაში. მაგრამ Widal-ის მრავალფეროვანი მეცნიერული მოღვაწეობა ამითაც არ ამოიწურება.

განსაკუთრებით საინტერესოა და მნიშვნელოვანი Widal-ის გამოკვლევები ბრონხიალური ასთმის შესახებ.

დიდი ხანია შემჩნეული იყო, რომ ზოგიერთ პირს ბრონხიალური ასთმის შეტევა მოდის ამა თუ იმ საჭმელის მიღების შედეგად ან ამა თუ იმ ნივთიერების სუნის ცემის შემდეგ. 1910 წ. გერმანელმა კლინიკისტმა Schittenhelm-მა გამოსთქვა აზრი, რომ ბრონხიალური ასთმა მთელს რიგს შემთხვევებში ანაფილაქსიის შედეგს წარმოადგენს, მაგრამ Schittenhelm-ის აზრი წარმოადგენდა ჰიპოთეზას, რომელსაც იგი მხოლოდ ზოგადი თეორიული ხასიათის მოსაზრებებით ასაბუთებდა. Widal-მა განიზრახა ბრონხიალური ასთმის შეტევის არსების გამორკვევა და ამ მიზნით დაწვრილებით გამოიკვლია ერთი



ავადმყოფი, რომელსაც ბრონხიალური ასთმის შეტევა მოდიოდა ცხვრის სუნის ცემის შედეგად. Widal-მა თავის მოწაფეებთან ერთად გამოუკვლია ამ ავადმყოფს სისხლი შეტევის წინ. შემდეგ იმ ოთახში, სადაც ავადმყოფი იმყოფებოდა, შეიყვანა ცხვარი, მაგრამ ავადმყოფის გაუგებლად და ყოველ 15 წუთში აწარმოვა ავადმყოფის სისხლისა და საერთო გამოკვლევა. გამოიკვია, რომ უკვე შეტევის განვითარებამდე ავადმყოფის ორგანიზმში ხდებოდა ცხვრის შემოყვანის შედეგად ცვლილებები, რომელთაც Widal-მა ჰემოკლაზიური კრიზისი უწოდა (crise hémoclasique). ეს კრიზისი შემდეგში გამოიხატება: სისხლის წნევა ქვეითდება, სისხლის შედედების უნარი მცირდება, მისი რეფრაქტომეტრიული მაჩვენებელი ქვეითდება, სისხლის ფირფიტების რიცხვი მცირდება, მცირდება აგრეთვე ლეეკოციტების რიცხვი და იცვლება ლეეკოციტარული ფორმულა. ეს ჰემოკლაზიური კრიზისი ვითარდება შეტევის დაწყებამდე და, როგორც კი ასთმის შეტევის კლინიკური მოვლენები იჩენს თავს, სისხლი თავისი ნორმალური შემადგენლობისა ხდება. Widal-ის მიერ აღნიშნული ცვლილებები ასთმის შეტევის წინ დადასტურებული იყო მთელი რიგი მკვლევარების მიერ. ეს ცვლილებები თითქმის სწორედ ისეთივეა, როგორსაც ლებულობენ ექსპერიმენტალური ანაფილაქტიური შოკის დროს ცხოველებზე. ამგვარად Widal-მა დაამტკიცა, რომ ბრონხიალური ასთმის მთელი რიგი შემთხვევები ანაფილაქტიური წარმოშობისაა და რომ ასთმის შეტევას წინ უძღვის ფრიალ მნიშვნელოვანი ცვლილებანი ავადმყოფის სისხლის მიმოქცევის სისტემის და სისხლის ფიზიკო-ქიმიური და მორფოლოგიური შემადგენლობის მხრივ.

აღსანიშნავია კიდევ Widal-ის მთელი რიგი სხვა შრომების პაროქსიზმალური ჰემოგლობინურიის, შეძენილი ჰემოლიტიური სიყვითლის შესახებ, სისხლის წითელი ბურთულების ავტოაგლუტინაციის შესახებ, ღვიძლის პროტეოპექსიული ფუნქციის გამკვლევის შესახებ, (ე. წ. „ლევკოვიდალი“) და მრავალი კიდევ სხვა, რომელთა ყველას ჩამოთვლა შეუძლებელია.

ასეთია Widal-ის შრომები. არ ყოფილა შინაგანი მედიცინის ისეთი დარგი, რომელთაც იგი არ დაინტერესებულყოფიდა და სადაც მას მუშაობა დაეწყო და ისეთი კვალი არ დაეჩინოს, რომ არა თუ ამ ჟამად, არამედ მომავალშიაც შეუძლებელი იქნება ამ დარგების განხილვა ისე, რომ მათში უდიდესი ადგილი Widal-ის ბრწყინვალე სახელს არ ეჭიროს.

ასეთი იყო Widal-ი, როგორც მეცნიერი და კლინიციტი. რაღა ვასაკვირია, რომ მის ირგვლივ შეჯგუფებული იყო მთელი რიგი მისი მოწაფეებისა, რომელთაც Widal-ი შესანიშნავი პედაგოგიური ნიჭით ხელმძღვანელობდა. Widal-ის სკოლა ბრწყინვალე კლინიკური სკოლაა: პროფესორები—თერაპევტები Bezancon-ი, Sicard-ი, Lemierre-ი, Abrami, Brulé, Pasteur Vallery—Radot (პარიზში), Mercien-ი (სტრასბურგში), პროფესორები—პედიატრი Nobécourt-ი, დერმატოლოგი Gougerot და მრავალი კიდევ სხვა, რომელთა ყველას სახელის ჩამოთვლა ყოვლად შეუძლებელია, სამკურნალო მეცნიერების სიახაყეს წარმოადგენენ საფრანგეთში.

რალა გასაკვირია ისიც, რომ Widal-ის კლინიკას აწყდებოდა აუარებელი რიცხვი უცხოელი—ექიმებისა მსოფლიოს ყოველი კუთხიდან. Widal ი სია-მოვნებით ღებულობდა მათ, ფართოდ აძლევდა საშუალებას ყველა მოსულს უცხოელს, რა ტომისაც იგი არ ზნდა ყოფილიყო, მის კლინიკაში და მის ლა-ბორატორიებში მუშაობისა. Widal-ის შემოვლებს აუარებელი ხალხი ესწრე-ბოდა, მათ შორის ნახევარზე მეტი უცხოელი ექიმები იყო სხვადასხვა ერისა და სხვადასხვა ასაკის.

ასეთი იყო Widal-ი—დიდი მეცნიერი, დიდი კლინიცისტი, დიდი ადა-მიანი.

მეცნიერები სხვადასხვაგვარის გამოკვლევების ნიქს იჩენენ. ზოგს განსა-კუთრებული უნარი აქვს შესამჩნევლად შეისწავლოს ესა თუ ის მოვლენა ყოველ მის წვრილმან გამოხატულებაში და მეცნიერების საღაროს მისი ბუნების გამო-რკვევით დიდი განძი შესძინოს. Widal-ს კი, გარდა ასეთი გამოკვლევების უნარისა, ახასიათებდა კლინიკური დაკვირვების შესამჩნევი უნარიც და უძლიე-რესი ნიქი და ინტუიცია რაიოდენიმე კერძო ფაქტში ზოგადი ხასიათის ბიო-ლოგიური მოვლენის აღმოჩენისა.

ნ. ღამბარაძე.

ასისტენტი.

(ტოპოგრაფიული ანატომიის დოცენტურა. გამგე პროფ. ა. ნათი შვილი).

შუასაძგიდის ნერვის ანომალიური დატოტიანება კისრის მიღამოში.

თუ თანამედროვე ქირურგიულ ჟურნალებს და სახელმძღვანელოებს თვალს გადავავლებთ, დავინახავთ, რომ გულმკერდის მიდამოს ქირურგიას განსაკუთრებული ყურადღება აქვს მიქცეული. ის დიდი სისწრაფით იზრდება და ფართოვდება.

იმ დროს, როდესაც ძველ სახელმძღვანელოებში ნახავდით შედარებით მოკლე ცნობებს ზემოხსენებულ საგანზედ, ეხლა მის შესახებ მთელი ტომებია დაწერილი.

ეს გარემოება იმით აიხსნება, რომ ფილტვების ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში ჩაება მთელი რიგი ქირურგიებისა. ქირურგთა შორის აღმოჩნდნენ სპეციალურად ამ საკითხის ირგვლივ მომუშავენი და ასეთი დიდი ქირურგი, როგორც არის Sauerbruch-ი, ამის მაგალითს წარმოადგენს.

Sauerbruch-ის მიერ ნაწარმოებმა ექსპერიმენტალურმა ცდებმა, მის მიერ შემოღებულმა ოპერატიულმა წესებმა შესახებ ფილტვის ტუბერკულოზის მკურნალობისა და ამ მიმართულებით მის მიერ მიღებულმა შედეგებმა მიიქციეს მეცნიერთა ყურადღება. მათ ანგარიშს უწევენ ცნობილი ფიზიოლოგები, როგორც არიან A. Bette, G. Bergmann, G. Embden-ი და სხვანი.

ფილტვების ტუბერკულოზის სამკურნალოდ შემოღებული ოპერატიული წესები შესაძლოა სამ ჯგუფად დავყოთ: პირველ ჯგუფში შევა ის ოპერაციები, რომლებსაც გულმკერდის მიდამოზე აწარმოებენ; მეორე ჯგუფში შევა ოპერაციები, რომლებსაც თვით დაავადებულ ფილტვზე აწარმოებენ; მესამე ჯგუფი კი წარმოადგენილია იმ ოპერაციებით, რომლებიც პირდაპირ არც ფილტვს და არც გულმკერდს არ შეეხება, მაგრამ ეს ოპერაციები მაინც არა პირდაპირ ზეგავლენას ახდენენ ფილტვის ტუბერკულოზზედ.

ასეთია შუასაძგიდის ნერვზე წარმოებულ ოპერაციები, როგორც არის მაგალითად, მისი სრული გადაკვეთა ანუ ნაწილის ამოკვეთა ე. წ. Gotze-ს ოპერაცია, ან ნერვული ღეროს სრული ამოკლეჯა-ნერვექსერეზი ანუ Felix-ის ოპერაცია.

შუასაძგიდის ნერვზე წარმოებულ ამ ოპერაციების შედეგია შუასაძგიდის მოღუნება. ეს უკანასკნელი გარემოება კი დადებით ზეგავლენას ახდენს ფილტვის ტუბერკულოზზედ.

ვინაიდან დღეს შუასაძგიდის ნერვი საოპერაციო ობიექტათ გადაიქცა, ცხადია, საჭიროა მისი ჩვეულებრივი ტოპოგრაფიული ურთიერთობის ცოდნა და აგრეთვე იმ ანომალიათა ვათვალისწინება, რომლებიც თუმცა მართალია იშვიათად, მაგრამ მაინც გვხვდება და რომელთაც ამა თუ იმ ოპერაციის წარმოებისათვის უეჭველად არსებითი მნიშვნელობა აქვს.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ტოპოგრაფიული ანატომიის კაბინეტში ამ ჟამად არის ერთი საყურადღებო შემთხვევა შუასაძგიდის ნერვის ანომალიისა, რომელიც თავის ორიგინალური ფორმით საინტერესოა, როგორც პრაქტიკული, ისე თეორიული თვალსაზრისით. ეს ანომალია ორთავ-მხრივია.

სანამ ჩვენი ანომალიური შემთხვევის აღწერას შევუდგებოდეთ, საჭიროდ მიმაჩნია მოკლეთ ავსწერო ნერვის საერთო ნორმა.

უმრავლეს ავტორთა აზრით შუასაძგიდის ნერვი უმთავრესად კისრის მეოთხე ნერვის წინა ტოტისაგან გამოდის, მხოლოდ მას ერთვის და აძლიერებს კისრის მესამე და მეხუთე ნერვის ტოტები. ამ რიგად წარმოქმნილი ნერვი მოთავსებულია მის დასაწყისში კიბისებრ წინა კუნთის ლატერალურ კიდესთან, შემდეგში ნერვი თანდათანობით ირიბ მიმართულებას იღებს და აღნიშნული კუნთის წინა ხედაპირზედ თავსდება. აქ ნერვი წინიდან იფარება ბეჭ უფსილონის კუნთის მყესოვანი ნაწილით და შემდეგში კიბისებრი კუნთის მედიალურ კიდეს უახლოვდება; კიბისებრი კუნთის ბოლოსთან ნერვი ლავიწქვეშა ვენის უკანა კედლით იფარება წინიდან, გულმკერდის ზედა ხვრელს აღწევს, ძუძუს შიგნითა არტერიას წინიდან გადაუვლის, მის მედიალურ კიდესზედ თავსდება და უკვე გულმკერდის ღრუში შესული ქვე ეშვება. აქ ნერვი თავსდება გულის პერანგსა და შუასაყრის პლევრის შორის, შუასაძგიდს აღწევს და ანერვიანებს მას.

შუასაძგიდის ნერვს კისრის მიდამოში ანასტომოზები აქვს სხვა და სხვა ნერვებთან.

ანატომები Haller'ი, Wrisberg'ი, Luschka, Rüdinger'ი, Henle და მრავალი სხვა აღნიშნავენ კავშირს ენის ქვეშა ნერვისა და შუასაძგიდის ნერვს შორის.

შუასაძგიდის ნერვისა და ლავიწქვეშა ნერვს შორის ანასტომოზს აგვიწერენ Morlet'ი, Goetze, Ruhelmann და სხვა.

შუასაძგიდის ნერვსა და სიმპატიურ ნერვთა შორის ანასტომოზს აღნიშნავს Cruveilhier'ი მის შემთხვევაში საანასტომოზო ტოტები წინიდან უკან მიმართებიან, ლავიწქვეშა არტერიას ქვეშ გაუვლიან და უერთდებიან სიმპატიურ ნერვს.

შუასაძგიდის ნერვის ანომალიური წარმოქმნის, მდებარეობისა და დატოტიანების შესახებ ჩემ ხელთ მყოფი ლიტერატურული მასალის მიხედვით შეიძლება შემდეგი ითქვას: შესაძლებელია შუასაძგიდის ნერვი არ გატარდეს ლავიწქვეშა არტერიასა და ვენას შორის, არამედ იგი მოთავსდეს ლავიწქვეშა ვენის წინ, როგორც ამას აღნიშნავენ Cruveilhier'ი Koster'ი, Turner'ი, Gruber'ი, Hunter'ი, Hare და მრავალი სხვა. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ნერვი ვენის კედლის სისქეს ხვრეტდეს და მასში ტარდებოდეს, როგორც

ამას ავეიწერს Wrisberg'ი, Longet'ი, W. Gruber'ი, Krause და სხვა. ეს ავტორები აღნიშვნენ, რომ ვენის კედლის სისქეში მოთავსებული ნერვული ღერო მხოლოდ სისხლს ძარღვის ენდოტელიუმით იყო განშორებული ვენის სანათურსა და მაშასადამე სისხლის ნაკადსაც.

ნერვის წარმოქმნის სხვადასხვაობათა შორის საინტერესოა, მაგრამ არა იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს დამატებითი ნერვის არსებობა—phrenique accessoire (nebenphrenicus). თუ კისრის ნერვული სისტემა კარგად არის განვითარებული—და მესამე, მეოთხე და მეხუთე ნერვთა ფესვები შეიცავენ ბოჭკოთა მეტს რაოდენობას, მაშინ შესაძლოა წარმოიშვეს ორი ნერვული ღერო: პირველი—ძირითადი და მეორე დამატებითი ნერვი შუასაძგიდისა. ამ რიგად წარმოქმნილი ორი ნერვი (ძირითადი და დამატებითი) შესაძლებელია: ა) უერთდებოდეს ერთმანეთს ისევე კისრის მიდამოში, ბ) ერთი მათგანი გატარდეს ვენის უკან, მეორე კი ვენის წინ და ამ სისხლ ძარღვის ქვეშ მისცენ ერთმანეთს სანანატომოზო ტოტი, გ) ორთავენი სრულიად განცალკევებული ეშვებოდნენ გულმკერდის ღრუში და იქ საბოლოო ტოტებად ნაწილდებოდენ და ბოლოს დ) გულმკერდის ღრუში მოხდეს მათი დანაწილების წინასწარი შეერთება. ასეთ ცნობებს იძლევიან ანატომები: Ludwig'ი, Larkin'ი, Hara, Turner'ი და სხვა.

არა ნაკლებ საინტერესოა, მაგრამ შედარებით იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს აგრეთვე კისრის მიდამოში შუასაძგიდის ნერვის სხვა და სხვა საანანატომოზო ტოტებად დანაწილება. Curnow'ს მოჰყავს ორი შემთხვევა ასეთი დატოტიანებისა. პირველ შემთხვევაში შუასაძგიდის ნერვი გაიყო ორ ტოტად, მისი დაწყებისთანავე მხოლოდ ეს ტოტები შეერთდენ კისრის მიდამოებშივე. მეორე შემთხვევაშიაც კისრის მიდამოში ორად გაყოფილი ნერვი ჩვეულებრივ დაშვებულიყო ქვემოთ და ძუძუს არტერიის ირგვლივ მარჯულში შეექმნა.

ჩვენს შემთხვევაში მარცხნიმხრივი ანომალია განსხვავდება თავის სირთულით მარჯვნიმხრივისაგან. ამიტომ მას ავწერთ პირველად. აქ ნერვი ნორმალურია წარმოშობის მხრივ, მაგრამ შემდეგ მისი დატოტიანება და ტოტების მსვლელობა თვალსაჩინოდ განსხვავდება მიღებულ ნორმისაგან.

კიბისებრ კუნთის წინა ზედაპირზე ირიბად მოთავსებულ ნერვს ეჯვარედინება წინიდან კისრის განივი არტერია და ბექუფსილონის კუნთი. ამ ჯვარედინის დონეზედ ნერვი იწყებს დატოტიანებას და სამ ნაწილად იყოფა (სურ. a. b. c.).

მათ შორის ტოტი a შუასაძგიდის ნერვის ძირითად ნაწილს წარმოადგენს, მას ჩვეულებრივი მდებარეობა და მიმართულება აქვს. ნერვის მეორე და მესამე ნაწილები კი (სურ. b. c.) ანომალიურ განხრას წარმოადგენენ.

ტოტი c სიგრძით $3\frac{1}{2}$ სანტიმეტრის არის, ეშვება ირიბად ზემოდან გარეთ და ქვემოთ და მხრის წნულს უერთდება. ამ უკანასკნელიდან აღნიშნული ტოტის შეერთებისთანავე გამოიყოფა განივ მიმართულების განცალკევებული ნერვული ტოტი d, რომელიც წინიდან და ქვემოდან უვლის ლავიწქვეშა ვენას და მის უკანა ზედაპირს მოექცევა. ეს ტოტი d მიჰყვება ვენას, კიბისებრი კუნთის მედიალურ კიდესთან ძუძუს ღივნითა არტერიას (სურ. 4) უკანიდან უვლის



და აქ უერთდება შუასაძგიდის ნერვის ძირითად ნაწილს (სურ. a), რომელიც ხსენებულ არტერიას წინიდან გადაუვლის და მას მედიალურად მოექცევა.

იქ, სადაც შუასაძგიდის ნერვს გამოეყოფა ნერვული ტოტი c, მისგანვე წარმოიშვება დასწვრივი მიმართულების მეორე ტოტი b, სიგრძით $3\frac{1}{2}$ სანტ., რომელიც კიბისებრი კუნთის წინა ზედაპირზედ არის მოთავსებული და წინიდან ვენით იფარება. ასეთ მდებარეობაში ტოტი აღწევს ვენის უკან მოთავსებულ ზემოთ აწერილ განივ ტოტს (სურ. d.) და ერთვის მას.

ამ რივად ჩვენ გვაქვს სამი ანომალური ნერვული ღერო: b. c. d. მათ შორის ირიბი ტოტი—c კავშირს ამყარებს შუასაძგიდის ნერვისა და მხრის წნულს შორის. განივ-რკალოვანი ტოტი d მხრის წნულს უერთდება შუასაძგიდის ნერვის ძირითად ნაწილს იქ, სადაც ეს უკანასკნელი ძუძუს შიგნითა არტერიას წინიდან გადაუვლის და მის მედიალურ კიდეს მოექცევა.

დასწვრივი ტოტი b კავშირს ამყარებს ნერვის ძირითად ნაწილს დასაწყისსა და განივ რკალოვან ტოტს (სურ. d) შორის.

ეს ანომალური ნერვული ღეროები b. c. d. ძირითად a ღეროსთან ერთად ჰქმნიან ორ არა ჩვეულებრივ მარყუშს I და II.

პირველი მარყუში წარმოიქმნება b. c. d. ტოტებისაგან. ამ მარყუშში გაივლის ლავიწქვეშა ვენა.

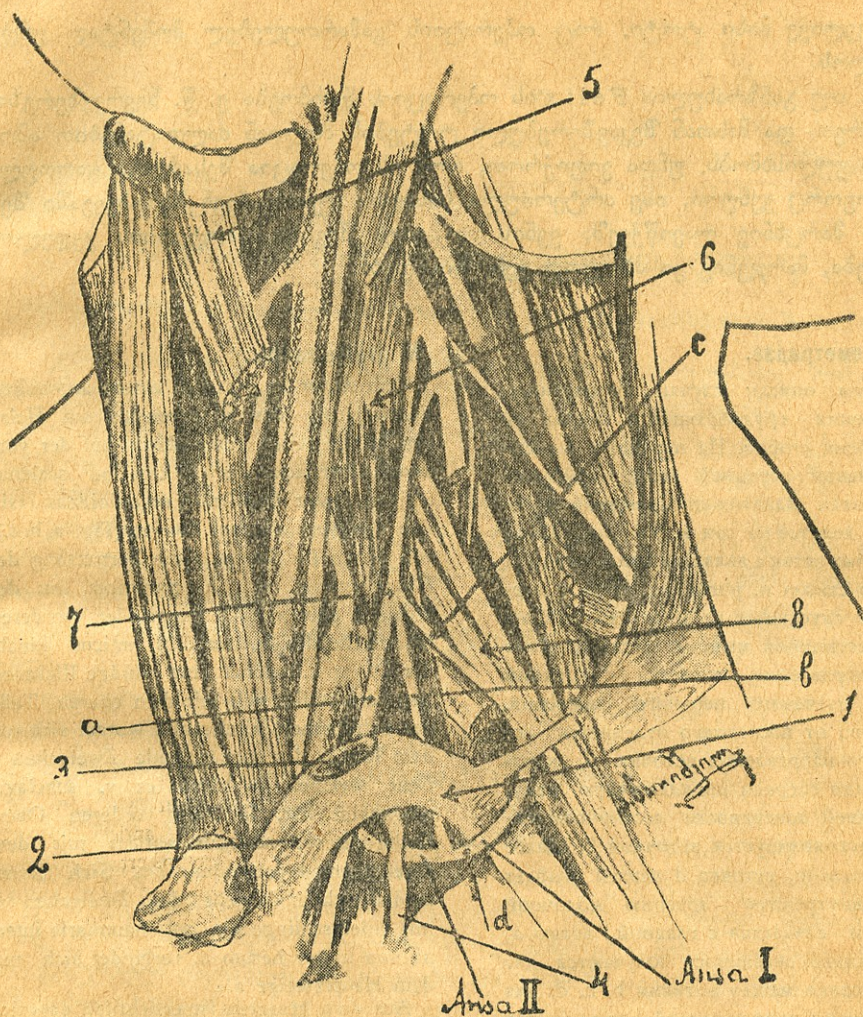
ნერვული ღეროები a, b, d წარმოშობენ მეორე მარყუშს, რომელშიაც გაივლის ძუძუს შიგნითა არტერია.

განივ-რკალოვანი ტოტი საექვო ტოტია წარმოქმნის მხრივ: შესაძლოა ის გაგრძელდება იყოს ნერვული c ტოტისა მის შემდეგ, რაც ეს უკანასკნელი შეუერთდა მხრის წნულს; მაგრამ შესაძლოა აგრეთვე, რომ მხრის წნულმა თავის მხრივ წარმოშვა ტოტი d, მხოლოდ მის შემდეგ, რაც მან შეიერთა ტოტი c; შესაძლოა, რომ ტოტი b გაიყოს ორ ნაწილად, რომლებმაც იგი დააკავშირეს, როგორც მხრის წნულთან, ისე შუასაძგიდის ნერვის ძირითად ნაწილთან და ამ შემთხვევაში ტოტი d იქნება მხოლოდ b ტოტის გაგრძელება.

მარჯვნივმხრივი ანომალია იგივეა რაც მარცხნივი, მხოლოდ ოდნავი განსხვავებით; აქ არ არსებობს დასწვრივი ტოტი b; განივ-რკალოვანი ტოტი d შექმნის მხოლოდ პირველ მარყუშს ლავიწქვეშა ვენის ირგვლივ, ძუძუს შიგნი არტერია კი მარყუშს გარეშე რჩება.

მოხსენებულის მიხედვით მე ნებას მივცემ ჩემს თავს ვსთქვა შემდეგი:

1. შუასაძგიდის ნერვი შესაძლოა დაიყოს რამოდენიმე საანასტომოზო ტოტად.
2. ნერვული ტოტებისაგან შესაძლოა წარმოიქმნას რამოდენიმე მარყუში.
3. მარყუშებში შესაძლოა გატარდეს კისრის სხვა და სხვა სისხლის ძარღვები, როგორც არტერიული, ისე ვენური.
4. შუასაძგიდის ნერვზე წარმოებული ოპერაციების მიზანშეწონილობისათვის საჭიროა გათვალისწინებული გეჰონდეს შესაძლებლობა ასეთი მისი დანაწილებისა, ტოტთა ვარიანტული მსვლელობისა და მარყუშების არსებობისა.
5. ასეთ შემთხვევაში, თუ განზრახულია ე. წ. Gotze's რადიკალურ ოპერაციის წარმოება, გადაკვეთილი და თანაც ნაწილობრივ ამოკვეთილი უნდა იქ-



პირის მიდამო მარცხნივ.

1. v. Subclavia
2. v. anonima
3. v. Jugularis inter.
4. art. mammaria inter.
5. mus. omohyoideus.
6. mus. scalenus ant.
7. ner. phrenicus.
8. pl. brachialis.

a.b.c.—შუასაძგიდის ნერვის ტოტებად დანაწილება.
 d—მარყუშთა წარმომქმნელი განივ-რკალოვა ი ტოტი.
 Ansa I—ლავიწვევა ვენის ირგვლივი მარყუში.
 Ansa II—ძუაუს შიგნი არტერიის ირგვლივი მარყუში.

ნას ყოველივე მისი ტოტი, რაც ოპერაციის გამართულებელ მომენტად უნდა ჩაითვალოს.

6. თუ განზრახულია Felix-ის ოპერაციის წარმოება ე. წ. ნევრეკზერეზი, რაც ნერვის და მასთან შეკავშირებული ტოტების მთლიან ძალდატანებით ამოვლეჯას გულისხმობს, უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს ოპერაცია შესაძლოა გართულდეს როგორც ვენური, ისე არტერიული სისხლის დენით. ჩვენ შემთხვევაში შესაძლოა მარცხნივ ლავიწქევე ვენის და ძუძუს შიგნითა არტერიის კედელთა დაზიანება, მარჯვნივ კი მხოლოდ ვენა ზიანდება.

Н. Деметрадзе.

Автором описан случай аномального разветвления грудобрюшного нерва на шее с обеих сторон. На передней поверхности левой передней лестничной мышцы, позади лопаточноподязычной мышцы нерв делится на три ветви (рис. а.б.с.) из которых ветвь а является продолжением главного ствола n. phrenicus; ветвь b вертикально спускается по передней поверхности лестничной мышцы. Ветвь с, имея косое направление, сливается с верхним отделом плечевого нервного сплетения, после чего от последнего отделяется поперечного направления веточка d, которая обойдя спереди подключичную вену, на передней поверхности лестничной мышцы анастомозируется веточкой b. Далее идя медиально, веточка d петлей огибает сзади внутреннюю артерию молочной железы и сливается с главной ветвью а. В результате сказанного получаются две петли первая между ветвями b, с, d. для прохождения подключичной вены, вторая между а, b, d. для арт. молочной железы.

Правосторонняя аномалия отличается от левосторонней тем, что тут отсутствует вертикальная ветвь, поперечная же d образует лишь только одну петлю для v. subclavia. Описанную аномалию следует иметь в виду при всех хирургических манипуляциях на грудобрюшном нерве в области шеи. Особенного же внимания она заслуживает при оперативном лечении туберкулеза легких — опер. Felix а и Götze.

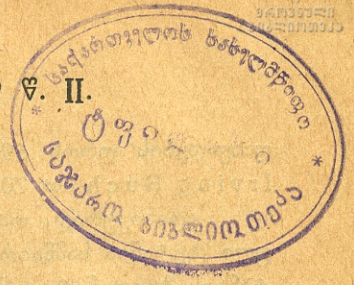
N. Demetradse.

Vom Autor ist der Fall einer anomalien Verzweigung des n. phrenicus am Halse von beiden seiten geschildert. Auf der vorderen Oberfläche des li: ken m. scalenus anticus, hinter dem m. omohioideus taitt sich der Nerv in drei Zweige (Fig. a. b. c.) von denen der Zweig a die Fortsetzung des Hauptstammes von n. phrenicus ist; der Zweig b geht vertikal längs der vorderen Oberfläche des m. scalenus anticus hinab, der Zweig c, welcher eine schräge Richtung hat, verschmilzt sich mit dem oberen Teile des Schulternervengeflechtes worauf sich von dem letzten das quer laufende Zweigchen d trent welches, nachdem es v. subclavia umgangen hat, auf der vorderen Oberfläche des m. scalenus anticus mit dem Zweigchen b anastomosiert. Sich ferner medial richten d, geht das Zweigchen b mit einer schlinge um art. mammaria interna von hinter herum u. verbindet sich mil dem Hauptzweig a.

Aus dem gesagten ist ersichtlich dass sich zwei schlingen bilden: die erste zwischen den Zweigen b, c, u. d für den Durchgang der v. subcavia, die zweite zwischen a, b, u. d, für die art. mammaria internae.

Die rechtseitige Anomalie unterscheidet sich von der links seitigen dadurch, dass hier der vertikale Zweig b fehlt, der quer laufende Zweig d aber bildet nur eine Schlinge für v. subclavia.

Die beschriebene Anomalie muss man bei allen Chirurgischen Manipulationen im Halsgebiete am n. phrenicus, hauptsächlich bei operativer Behandlung der Lungentuberkulose—der Operation von Götze u. Felix stets vor Augen haben.



36. დიდუბულია

კლინიკის ასისტენტი.

გასტრიული ტეტანიის საკითხისათვის*)

შინაგანი პათოლოგიის და თერაპიის პროპედევტიული კლინიკიდან. გამგე დოც. შ. მიქელაძე.

კუჭის დაავადებათა ნიადაგზე განვითარებულ გართულებათა შორის ტეტანია ყველაზე მძიმე და იშვიათ გართულებად უნდა ჩაითვალოს.

იმ დროს, როდესაც ტეტანიის პათოგენეზის გამოსარკვევად ექსპერიმენტალურად აუარებელი ცდებია ნაწარმოები, კლინიკური დაკვირვებები ე. წ. „გასტრიულ ტეტანიაზე“ სულ ათეული შემთხვევებით განისაზღვრება.

გასტრიული ტეტანიის პირველი შემთხვევა Neumann-მა აღწერა 1861 წ. 1869 წ. Kussmaul-მა 3 შემთხვევა აღწერა ზედი-ზედ; ამის შემდეგ ამ გართულებას კუჭის დაავადების დროს ჯეროვანი ყურადღება მიექცა და ყოველი ახალი შემთხვევა ქვეყნდებოდა საექიმო პრესაში, როგორც კაზუსტიკური მასალა.

ფრანგმა მკვლევარებმა L. Bouveret და Devic-მა 1891 წ. მსოფლიო ლიტერატურაში სულ 23 შემთხვევა შეაგროვეს; ამ რიცხვიდან 3 შემთხვევა მათვე ეკუთვნოდათ. Н. Пономарев-ით 1910 წ. მსოფლიო ლიტერატურაში მხოლოდ 55 შემთხვევა იყო აწერილი. J. Boas-ი თავის კლასიკურ სახელმძღვანელოს 1925 წ. გამოცემაში აღნიშნავს, რომ Gumprecht-მა 1897 წ. სულ 40 შემთხვევა შეაგროვა გასტრიულ ტეტანიისა, და მას შემდეგ დღევანდლამდე სულ თორმეტიდღე შემთხვევა თუ იქნება აწერილიო. ჩვენ შევეცადეთ შეძლებისდაგვარად ტფილისში არსებულ ლიტერატურულ მასალების მიხედვით შეგვეგროვებინა გასტრიულ ტეტანიის შემთხვევები და 1898 წ.—1928 წ. მოვნახეთ სულ 37 შემთხვევა. [Nadsen, Mayo-Robson, Молдаванский, Fleiner, Dickson, Boas, Cunningham, Ionesco და Grossmann, Brown და Engelbach, Irvingh Buch, Cassaët და Angistron, G. Durand, Mills, R. Gregoire, W. Buettner, Н. Понамарев, E. Bircher, Н. Бронников, Б. Могильницкий, Udaoundo და Sanguinetti, Tissdal, C. F. Dixon, de Harven]. ზემოხსენებულ ავტორებიდან 5 შემთხვევა ეკუთვნის Gregoire-ს, სამ-სამი Mayo-Robson-ს და Fleiner-ს, ორ ორი Durand-ს, Bircher-ს, Tissdal-ს Dixon და de Harven-ს, დანარჩენ ავტორებს აწერილი აქვთ თითო-თითო შემთხვევა.

ტეტანია როგორც გართულება პროგნოსტიკულად ძლიერ მძიმეთ ითვლება. Bouveret და Devic-ით სიკვდილობა ტეტანიით გართულებულ კუჭის

*) მოხსენა ქართვ. ექიმთა საზოგად. 6/XII—1928 წ.



დაავადების დროს 69,5% უდრის, Brown-ით და Engelbach-ით 88%, Irving Buch-ით 70-90%-მდე ქანაობს.

კლინიკურად, თანახმად Trousseau-ს კლასიკური დაყოფისა, გასტრიული ტეტანია სამწიარ ფორმით მიმდინარეობს: იოლი ფორმა, როდესაც ტეტანიის მოვლენებს განიცდის მარტო კიდურების კუნთები, საშუალო ფორმა, როდესაც იოლ ფორმას ზედ დაერთვის ტანის, მუცლის და სახის კუნთების კრუნჩხვა და მძიმე ფორმა, როდესაც კრუნჩხვას განიცდის აგრეთვე ხახის და სახის კუნთებიც. არის აგრეთვე აბორტიული ფორმები, როდესაც ავადმყოფი გრძნობს კიდურების მოღუნებას, ჩხვლეტას და ჭიანჭველების სიარულის მავგარ გრძნობას კანში. ობიექტიურად დამახასიათებელია Trousseau-ს, Erb-ის და Chvostek-ის ფენომენები. შესაძლებელია ტემპერატურის აწევა ნორმის ზევით. სისხლი თანახმად უკანასკნელ დროის გამოკვლევებისა, განიცდის მკვეთრ ფიზიკურ-ქიმიურ ცვლილებებს, როგორც რეაქციის ისე მთავარ შემადგენელ ქიმიურ კომპონენტების მხრივ [J. Boas, Mc. Calleum, A. Landau, Udaondo და Sanguinetti და სხვები).

როგორც აღვნიშნეთ მიუხედავად მრავალი ცდებისა გასტრიულ ტეტანიის პათოგენეზი ჯერ საბოლოოდ გამორკვეულად არ შეიძლება ჩიითვალოს.

პირველად Kussmaul-მა სცადა გასტრიული ტეტანია აეხსნა, როგორც შედეგი ორგანიზმის დეჰიდრატაციისა, ხშირი პირღებინების გამო. დეჰიდრატაცია იწვევს სისხლის გასქელებას, ნერვების და კუნთების გაშრობას, რის შედეგადაც ვითარდება კრუნჩხვა. ეს თეორია მალე უარყოფილი იქმნა, რადგან აღწერეს შემთხვევები, როდესაც ტეტანია განვითარდა და ავადმყოფს სითხე არ დაუკარგავს, ან და ექსპერიმენტალურად გამოიწვიეს ტეტანია პილორუსის შევიწროვებით, რის დროსაც სითხე შეჰყავდათ ღუოდენუმში პილორუსის ქვემოდ. G. Sèe-მ და M. Müller-მა სცადეს ტეტანია კუჭის დაავადების გამო წარმოშობილ ტკივილების რეფლექსით აეხსნათ, მაგრამ არც ამ თეორიამ ჰპოვა მოქალაქეობრივი უფლება, რადგან ჩვენ ვიცით მთელი რიგი კუჭის დაავადებანი, როდესაც ძლიერი გაღიზიანებაა და ტეტანიით კი არ რთულდება.

ფრანგი მკვლევარები Bouveret და Devic-ი იმის გამო, რომ ერთის მხრივ მეტწილად ტეტანია ემართებოდათ იმ ავადმყოფებს, რომლებსაც ჰქონდათ ძლიერი კუჭის ვაგანიერება ანდა პილორუსის შევიწროვება, რის შედეგადაც მეტწილად შემთხვევებში ხდება საჭმლის სტაზი და პირღებინება, და მეორეს მხრივ, რომ ვაგანიერებულ კუჭში წარმოიშვის ტოქსინები (Bouchard) და საჭმლის პეპტონიზაციის დროს მასში ჩნდება ტოქსიური ნივთიერებანი პტომაინების ჯგუფიდან (M. Brieger), გამოსთქვეს აზრი რომ ტეტანია არის შედეგი ორგანიზმის ავტონიტოკსიკაციისა. მათ ექსპერიმენტარულ ცდების შემდეგ დაასკვნეს, რომ მარილმყავე და ალკოჰოლი ხელს უწყობს ტოქსინის „სინტონინი“-ს წარმოშობას, რომელიც შხამავს ორგანიზმს. ისინი პროფილაქტიური მოსაზრებითაც კი ურჩევდენ ვაგანიერებული კუჭით ავადმყოფებს, რომ ალკოჰოლი არ ეხმარათ. მთლიანად ტეტანიის პათოგენეზი არც ამ თეორიით აიხსნა, რადგან არის აწერილი ტეტანიის შემთხვევები, როდესაც მარილმყავე სრუ-

ლიად არ იყო კუჭის წვენში (Молдавский, Basaloglu, Могиль-
ницкий).

განმეორებული ექსპერიმენტებითაც Bouveret-სა და Devic ის თეორია
უარყოფილი იქმნა (Cassaët და Féré, Ionnessco და Grossmann
Achard, de Renault და Soupault), მაგრამ ავტონტოქსიკაციის თეო-
რიამ სხვანაირი განმარტება მიიღო შემდეგში.

Irving-მა ჯერ კიდევ 1913 წ. გამოსთქვა მოსაზრება, რომ გასტრიული
ტეტანია ეპითელიალური ჯირკვლების ნაკლოვანებას უნდა დაუკავშიროთ, რად-
გან ეპითელიალური ჯირკვლების ნორმალური ფუნქციის დროს, ტოქსინი, რო-
მელიც იწვევს ტეტანიურ მოვლენებს, ნეიტრალდება უკანასკნელთა ზეგავლენით.

და მართლაც როგორც ცნობილია, ტეტანია პირველი გამოხატულებაა ეპი-
ტელიალურ ჯირკვლების მოქმედების გამოვარდნის ან ნაკლოვანების.

ექსპერიმენტალური ტეტანია, ოპერაციის შემდგომი ტეტანია, ბავშთა
ტეტანია, ინფექციურ სნეულებათა, ორსულთა და გასტრიული ტეტანია — ყველა
ესენი მიმდინარეობენ ერთსა და იმავე კლინიკური სურათით და ერთსა და იმა-
ვე ფიზიკო ქიმიური ცვლილებებით სისხლში.

A. Biedl-ი თავის კლასიკურ სახელმძღვანელოში ხაზგასმით ამბობს, რომ
ყველა ფორმის ტეტანიის დამოკიდებულება ეპითელიალური ჯირკვლების მოქ-
მედებასთან დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს.

H. Zondek-ის აზრით მიზეზი ყველა ფორმის ტეტანიისა ეპითელიალურ
ჯირკვლების ფუნქციის გამოვარდნაა ან დაქვეითება, ნიადაგი კი ინტერმედი-
არულ გაცვლა-გამოცვლის მოშლაა.

ასეთივე აზრისაა დაახლოვებით Оппель-იც

ეპითელიალურ ჯირკვლების ფუნქციის გამოვარდნის ან დაქვეითების დროს,
ორგანიზმში წარმოიშვის ცილოვან ნივთიერებათა ცვლის გაუკუღმართება, რის
შედეგათაც წარმოიქმნება ტოქსიური ნივთიერებანი გუანიდინის და მეტილგუა-
ნიდინის სახით. უკანასკნელთა მოქმედება იწვევს ორგანიზმის წონასწორობის
დარღვევას, რაც გამოიხატება სისხლის რეაქციის ცვლილებაში — ალკალოზისკენ
გადახრით, ჰიპოკალცემიაში და ჰიპოგლიკემიაში (Herxheimer). გუანიდინის
როლი ტეტანიის პათოგენეზში პირველად ამერიკელმა მეკვლევარმა Koch-მა
აღნიშნა 1912 წ. Noël Paton-ის Findley-ს ექსპერიმენტებმა და კლინიკურმა
დაკვირვებებმა ცხადჰყვეს გუანიდინის მომატება როგორც სისხლში, ისე შარდ-
ში ტეტანიის დროს, რაც დაადასტურეს მთელმა რიგმა სხვა მეკვლევარებმაც.
(Natrass და Sharpe, Frank Stern და Notthmann, Watanabe,
Greenwald, Bruns და Waston).

Zondek-ი ფრთხილად გამოსთქვამს იმ აზრს, რომ ბიოგენურ ამინებს,
თანახმად უკანასკნელ დროის გამოკვლევებისა დიდი როლი უნდა მივაკუთ-
ნოდ ტეტანიის წარმოშობაში; თუმცა ამით იგი საკითხს სრულად გადაჭრილად
არ სთვლის ჯერჯერობით.

გუანიდინის გარდა ტეტანიის განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს
კალციუმის რაოდენობას ორგანიზმში. ჰიპოკალცემია მუდმივი ნიშანია ტეტა-
ნიისა (Mc. Callum და Vogtlein, Hastings და Murray, Turpin,



Holt, Strigel და Pelzweig.). Mc. Callum-ის თქმით ტეტანია კალციუმის დიაბეტია, მაგრამ მარტო ჰიპოკალცემიის თეორია სრულიად ვერ აღწერს ტეტანიას, რადგან ჩვენ ვიცით ავადმყოფობანი, როდესაც შესამჩნევი ჰიპოკალცემიაა, მაგრამ ტეტანია კი არ არის გამოსახული, მაგ. ოსტეომალაცია.

თუ ჯამს გაუქვითებთ ამ მოკლე ლიტერატურულ მიმოხილვას, ჩვენთვის ცხადი იქნება, რომ ტეტანია არის ერთ-ერთი დიდი სინდრომთაგანი, რომელიც ხასიათდება მთელი რიგი სიმპტომებით და ვითარდება ეპითელიალურ ჯირკვლების ჰიპოფუნქციის შედეგად, რის დროსაც სისხლში ხდება მთელი რიგი შესამჩნევი ცვლილებები: რეაქცია იხრება ჰიპერალკალემიისაკენ და კალციუმის რაოდენობა საგრძნობლად მცირდება.

გადავივივართ ჩვენი ორი შემთხვევის მოკლე აღწერაზე.

შემხვევა I. ავადმყოფი გ-ძე ვეგია, ქართველი, 36 წლისა, კანტორის მოხელე, შემოვიდა კლინიკაში 26/XII—1927 წ. უჩივის პირღებინებას, მუცლის ბერვას და სიმეჯვის გრძნობას პირში. ავად არის უკვე 18 წ. პირველად ავადმყოფობა დაეწყო ყრუ ტკივილებით ჭამის შემდეგ მუცლის არეში და გულის წვით. ექიმის რჩევით დაიწყო სოდის მიღება, რის შედეგადაც უკეთ იგრძნო თავი. თუ ტკივილები და გულის წვა უძლიერდებოდა სოდის მეტი რაოდენობით ღებულობდა.

ხუთი წლის წინად ზემოდ აღნიშნულ მოვლენებს ზედ დაერთო მუცლის ბერვა და ბოყინი. სიმეჯვიანობის გრძნობა და მუცლის ბერვა პერიოდულად ხან მატულობდა ხან კლებულობდა. პირღებინება წინად არასდროს არ ჰქონია, მაგრამ 8 თვის წინ დააწყებინა აგრეთვე პირღებინება საჭმლის მიღების 5-ი საათის შემდეგ; ამ ხნის განმავლობაში მუცლის ბერვა და სიმეჯვის გრძნობა ისე გაუძღურდა რომ თუ სოდის მიღება არ შევლოდა, სასაში ხელის ჩაყოფით იწვევდა პირღებინებას, რის შემდეგაც თავს შედარებით უკეთ გრძნობდა. პირწანადებში სისხლი არასოდეს არ შეუმჩნევია, უზმით არ უუბინებია. პირღებინების შემდეგ აუტყდა ძლიერი წყურგლი. შარდვა ნორმალური, გარეთ ყაბზად გადის. სხვა ორგანოების მხრივ არავითარი ჩივილი არ აქვს. საერთოდ აღნიშნავს რომ უკანასკნელ დროს ძლიერ დასუსტდა და მუშაობის უნარი დაჰკარგა. ბავშობაში ავად არაფრით ყოფილა. 1924 წ. გადაუტანია მუცლის ტიფი, ავად ყოფილა აგრეთვე მალარიით, მაგრამ უწამლია საკმარისად. ვენერული სნეულებას უარჰყოფს. შიამამავლობითი რაიმე ავადმყოფობა არ აღენიშნება. თუთუნს ეწევა საშუალოდ, ალკოჰოლს არ ეტანება. ცხოვრების პირობები საშუალო.

ობიექტიური მდგომარეობა: ავადმყოფი აქტიური მდგომარეობით, სიმაღლით 171 სანტ. წონით 58 კილო. სხეულის განვითარება დამაკმაყოფილებელი. სახის გომომეტყველება ნაღვლიანა—ნიღბისებრი. პირისახის კანი, განაკაუთრებით ქუთუთოებთან თითქოს შესუბუბული, თითის დაჭერით ნიშანი არ რჩება. კანი მშრალი. კანქვეშა ცხიმი დაქვეითებული. ლორწოვანი გარსები ვარდისფერის; ძვლის, კუნთის და სახსრების სისტემა ცვლილვას არ განიცდის. ლიმფური ჯირკვლები არ არიან გადიდებული. ბებერ-ლენგზოფის ინდექსი 74. ტემპერატურა ნორმალური სას. ნიქ ორგანოების მხრივ აღენიშნება მარჯვენა ფილტვის მწვერვალის პერკუტორული ხმის მოყრუება, მკვრივი სუნთქვით და გაძლიერებული ამოსუნთქვით. გული გარდგარდმო გადიდებულია ერთი თითით, ტონები სუფთა და მოყრუებული. ისხლის ძარღვები ნორმალური; მაჯა რითმიული, საშუალო ავსების და დაჭიმვის, 64 წუთში. სისხლის წნევა $\frac{13}{7}$ სანტ. Vaquez-Laubry-Kopotkov-ით.

ენა ოდნავ მშრალი, ყლაპვა თავისუფალი; მუცელი რბილი, ოდნავ აბერილი, ღრმა პალპაციით მტკივნეობა აღენიშნება ჭიპის ზემოდ ოდნავ, შუა ხაზის მარჯვნივ ერთი თითის დადებით. კუჭი შეხვის ხმას იძლევა ჭიპის ქვემოდ ოთხი თითის დადებით. ლეიძლი ნეკნთა რკალს არ სცილდება. ელენთა ხელს ხვდება ოდნავ, მაგარია, მტკივანი არ არის. შარდსასქესო ორგანოების მხრე ნორმა. გრძნობათა ორგანოები ზოგადად ნორმალური.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა. $\frac{27-31}{XII}$ 27 წ. ავადმყოფის მოგომარეობა ისე-

თივე განავალი ნორმალური. პარაზიტების ნიშნები მიკროსკოპიულად არ არის. სისხლი ქიმიურად უარყოფითი. კუჭი გაბერვის შემდეგ (*Natr. bicarb. + Ac tartar.*) ხუთი თითის დადებითი ტიპის ქვემოდ, გარდი-გარდმოდ საკმაოდ დიდად გააანერგებული. (დან. რჩენი ანალიზები იხილეთ ცხრილში).

3/1—1928 წ. ავადმყოფი მომზადებული იქმნა სარენტგენოსკოპიოდ. მაგრამ დილით თავს ძლიერ ცუდად გრძნობს, ხელუხეზი უღუნდება, მათ არსებობას ვერ გრძნობს, კანქვეშ „თითქოს ქიანჭველები დაფუსფუსობენო“. 10 საათზე ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო გაუარესდა; ორივე ხელის თითები, და განსაკუთრებით მარჯვენა ხელისა, ერთი მეორეს მიეკრა ვაშლივ მდგომარეობაში და ცერა თითისკენ მიზიდენ; წინა მხარი იდაყვის სახსარში მოხრილია და გულმკერდზე აქვს მიტანილი, ქვედა კიდურები მუხლის სახსარშია ოდნავ მოღუნული, თითები ტრფისკენ არის მიკრუნჩხული, ლაპარაკი უჭირს, ძივივივებს, სახე ასიმეტრიული—*Risus Sardonicus*. გულის მხრივ აჩქარებული ტონები, მაჯისცემა 80 წუთში. ავადმყოფი ასეთ მდგომარეობაში შუადღის 1 სათამდე, შემდეგ მოვლენები თანდათან შენედა, საღამოს 5 საათისთვის ავადმყოფს კრუნჩხვა სრულიად აღარ ჰქონდა. საღამოს ტემპერატურა 37^o4'. მეორე დღეს საკონსულტაციით მოწვეულმა ნევროპათოლოგმა (პ. ქავთარაძემ) დაადასტურა ტეტანია. *Trousseau*-ს და *Chvostek*-ის ფენომენები მკაფიოდ გამოხატულია, ოდნავი კრუნჩხვები კიდევ მოსდის ხანდახან; პირს აღებინებს, ავადმყოფი ძლიერ დასუსტდა.

5-24

I

28 წ. ავადმყოფი სუსტად არის, პირისღებინება მოსდის, წყალს ბევრს სვამს. შარდში შაქარი გამოჩნდა, სისხლში ნორმა. კუჭის რენტგენოსკოპია (დ. მიქელაძე): კუჭი ჩვეულებრივი ფორმისაა, დაშვებულია, მისი ქვედა პოლუსი ბილიაკურ ხაზის ქვემოთ ხუთი თითის დადებით; კონტურები ორივე სიმრუდისა სადაა, ავსების დეფექტები არ მოსჩანს, პერისტალტიკა ცოცხალი, პილორული ნაწილი კარგად გამოხატული, ნორმალური კონფიგურაციისაა. მეორე გაშუქება 30 წუთის შემდეგ: კონტრასტული ფაფის 1/3 ნაწილი წვრილ ნაწლავებშია გადასული. ავადმყოფზე ვცადეთ ჰიპერვენტილიაციით გამოგვეწვია ტეტანია, მრავალჯის ცდებმა უშედეგოთ ჩაიარა. ავადმყოფს გაუკეთდა *Danielopolu—Carniol*-ის ცდა. შეყვანილი იქმნა ვენაში 1 1/2 მილიგრამი ატროპინი, ვაგუსის დაზნევა ვერ მოვიღეთ, ავადმყოფი ცუდად გახდა და ცდა არ გავვიგრძელებია. წაწობა: სხვა და სხვა *Cardiaca, Ext. Belladon + Magnes*, ბრომიდები *Saloli + Benzonaphtol.*, ფიზიოლოგიური ხსნარი კანქვეშ, ოყენებით წვეთ-წვეთად. საქმელი მეტწილად რძისგან შემდგარი.

25—25

I II

28 წ. ავადმყოფი ოდნავ უკეთ არის, პირღებინება ხშირად აღარ მოსდის, აწუხებს საერთო სისუსტე. ტუტე ყოველგვარი აკრძალა. გასტროტომომეტრია. (იხ. ცხრილი).

25—2

II III

28 წ. ავადმყოფს პირღებინება ისევ მოემტა; პირს აღებინებს განსაკუთრებით უხმოდ, ხან მთელ გობს, უხმოთ გასტროტომომეტრიით პირღებინების შემდეგ ამოღებული იქმნა 1400 c. c. სითხე, მყავე სუნის, ავადმყოფს აკრძალა წყლის სმა, იმავე დღეს, ორი საათის შემდეგ კიდევ ამოუქაჩეთ 340 c. c. სითხისა.

3/III—28. ავადმყოფს კიდევ აღებინებს, დასუსტდა ძლიერ; საღამოთი მოუვიდა ტეტანიური კრუნჩხვა, უფრო ნაკლები ინტენსივობით ვიდრე პირველად. *Trousseau* და *Chvostek*-ი მკაფიოდ დადებით. სისხლის მხრივ მკვეთრი ცვლილებები (იხ. ცხრილი). დაენიშნა უმარილო დეტა.

4-6

III

28. ავადმყოფი უკეთ არის, პირღებინება ნაკლები. კრუნჩხვა არ მოსვლია. *Chvostek*-ი დადებითი.

7-10

28 ავადმყოფი უკეთ არის, პირს არ აღებინებს სრულიად, სუბიექტიურად თავს უკეთ გრძნობს. *Chvostek*-ი უარყოფითია.

11-30

III

გასტროტომომეტრია. ავადმყოფი თავს სრულიად კარგად გრძნობს „არასოდეს ისე კარგად, როგორც ეხლა“ მისი სიტყვით.



$\frac{1}{IV} - \frac{27}{VI}$

28. ავადმყოფი სულ უმარალო დიეტაზეა. თავს ძლიერ კარგად გრძნობს. არავითარი ჩივილები არა აქვს: Wassermann-ი უარყოფითი. გაწერილი იქმნა სრულიად გამოკეთებული. სისხლის მხრივ ცვლილებები არ არის, კუჭის წვევის შემადგენლობა ნორმალური. წონა 62,5 კილო.

როგორც ავადმყოფობის ისტორიიდან და ცხრილიდან სჩანს, ჩვენი ავადმყოფის მდგომარეობა მთელი რიგი ცვლილებებით ხასიათდება: უპირველესად ანამნეზიდან ჩვენ ვტყობილობთ, რომ ავადმყოფი ძლიერ დიდ ხანს იღებდა თერაპიის მიზნით სოდის დიდ დოზებს, აწუხებდა სიმჟავიანობის გრძნობა, მუცლის ბერვა და ყრუ ტკივილები. ხშირად მოსდიოდა პირღებინება. ობიექტიურად აღენიშნება კუჭის გაგანიერება და ჩამოწევა, მისი ქვედა პოლუსი მცირე მენჯში იმყოფება, კუჭის სეკრეცია საგრძნობლად არის მომატებული, აქვს მუდმივი მდინარობა კუჭის წვევისა და შეუწყვეტელი თითქმის პირღებინება; ამ რიგად ჩვენ წინ არის ავადმყოფი დაავადებული კუჭის სეკრეტორული ნევროზით — Reichmann-ის სნეულების სახით. საერთოდ დაავადება რთულდება ორჯერ ტეტანის ტიპური მოვლენებით, რის დროსაც სისხლში და შარდში მთელი რიგი ცვლილებებია.

იბადება კითხვა, რა იყო მიზეზი ავადმყოფობის გართულებისა ტეტანიით? ჩვენ ვიცით ბევრი შემთხვევები კუჭის გაგანიერებისა და ჩამოწევისა მუდმივი ჰიპერსეკრეციის დროს, როდესაც არავითარი ტეტანიური მოვლენები არ აღენიშნება; როგორც ზემოთ აღნიშნეთ კუჭის სნეულების ტეტანიით გართულება ერთერთი იშვიათი მოვლენათაგანია. ჩვენ შემთხვევაში, როგორც ლიტერატურულ წყაროების შესწავლიდან დავინახეთ, უნდა ვიფიქროთ, რომ არსებობდა ეფითელიალური ჯირკვლების ჰიპოფუნქცია; შედეგად ამ ჰიპოფუნქციისა განვითარდა ტეტანია, რადგან კუჭში წარმოშობილი ტოქსიური ნივთიერებანი ეპითელიურ ჯირკვლების ნორმალურ ფუნქციის დროს უნდა განეიტრალებულიყო. შეწრუტული ტოქსიური ნივთიერებანი, იწვევენ ცილოვან ნივთიერებათა ცვლის გაუკუღმართებას, რის შედეგადაც წარმოიშვის გუანიდინის ჯგუფის ნივთიერებანი; ეს უკანასკნელი იწვევს ჰიპოკალცემიას და ჰიპერალკალემიას, რასაც შედეგად მოსდევს ტეტანია.

ჩვენ ავადმყოფს ტეტანის მოვლის დროს, სათადარიგო ტუტეანობა, რომელიც გამოჰხატავს სისხლის აქტუალურ რეაქციის ცვლილებებს (Henderson) ჰქონდა 82,6 მოცულობითი % CO₂, რაც სათადარიგო ტუტეანობის ძლიერ დიდ მომატებად უნდა ჩაითვალოს; შემდეგ სათადარიგო ტუტეანობა კლებულობს 77,6% CO₂ და ვაჯანსაღების დროს 52,8% CO₂ უდრის; ნორმალურად სათადარიგო ტუტეანობა 50-65% CO₂ უდრის, კალციუმის რაოდენობა ნორმის ფარგლებში იყო: ტეტანის დაწყების წინ 10,6 მილიგრამ % და ვაჯანსაღების დროს 10 მილიგრამ %, კალციუმს შრატში ვიკვლევდით. ჩვენი ციფრები თითქმის ეწინააღმდეგება ტეტანისთვის დამახასიათებელ ჰიპოკალცემიას, თუმცა Tissdall-საც ორ შემთხვევის დროს ვასტრიულ ტეტანიან ავადმყოფებზე კალციუმის ნორმალური ციფრი მიუღია შრატში (Turpin-ით); მაგრამ როგორც უკანასკნელ დროის გამოკვლევებიდან სჩანს, ნერვ-კუნთის აგზნებულების მომატებისთვის, რაც მთავარია ტეტანის დროს, მნიშვნელობა აქვს არა მთლიან

კალციუმს, რომელიც შესაძლებელია ნორმის ფარგლებში იყვეს, არამედ კალციუმის იონს (Leopold და Reuss, Orgler, Turpin, Bigwood).

სათადარიგო ტუტეანობის მომატება ჩვენ შემთხვევაში აიღსნება ჯერ ერთი სოდის მუდმივი მიღებით (M. Labbé და Nepveaux), და მეორეც სითხესთან ერთად დიდძალი მარილიმჟავის დაკარგვაში პირღებინების დროს. კუჭი თავის სეკრეციისთვის ყოველდღიურად სისხლის ქლორის $\frac{2}{3}$ ნაწილს ლებულობს, რომელიც უმთავრესად ნატრიუმის იონთან არის შებმული; კუჭში გამოყოფილი მარილმჟავა შემდეგ ნაწლავებში ისევ შეიწურება და ამით თანასწორობა სისხლში მჟავე და ტუტე იონებისა ნორმას აღწევს, მაგრამ თუ მარილმჟავა არ შეიწურება და დიკარგა როგორც ჩვენ შემთხვევაში პირღებინებით, მაშინ თავისუფალი ნატრიუმის იონი შეეხებება ხოლმე CO_2 და წარმოიშობა ნატრიუმის ბიკარბონატი; თანასწორობა $\frac{\text{CO}_2}{\text{NaHCO}_3}$ იცვლება, მაჩვენებელი მატულობს და შედეგად უკვე სათადარიგო ტუტეანობის მომატებაა. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე როგორც აღენიშნეთ, თვით ეპითელიალურ ჯირკვლების ნაკლოვანებასაც სათადარიგო ტუტეანობის მომატებაში.

უნდა აღინიშნოს აგრეთვე შარდის რეაქციის შედარებით ტუტეანობა. pH შარდში 6,8—7,0 ქანობდა, რან მაჩვენებელია ტუტე კომპონენტების გამოყოფისა თირკმლების მიერ, უკანასკნელნი კი ერთ უდიდეს როლს თამაშობენ. სისხლის სიმჟავე-ტუტეანობის რეგულიაციაში.

ჩვენს ავადმყოფს როგორც ცხრილიდან სჩანს, ტეტანიის დროს მკვეთრი აზოტემია ჰქონდა შარდივანის მომატების სახით სისხლში, Ambard-ის კონსტანტა 0,15 უდრიდა, ამავე დროს შარდში აღენიშნებოდა მცირეოდენი ცილა, ჰიალინის ცილინდრები, და ზოგჯერ ერითროციტებიც. თუმცა შარდის მხრივ ცვლილებები იყო და შეიძლება ნეფრიტზე გვეფიქრა, მაგრამ ჩვენ ვიცით რომ ნეფრიტების და განსაკუთრებით აზოტემიურ ნეფრიტების (Widal) დროს, სათადარიგო ტუტეანობა დაკლებულია—აციდოზისკენ, (Ambard და მისი მოწაფეები, P. Delore, Blum და სხვები), ჩვენ შემთხვევაში კი პირიქით აღკალოზი გვაქვს. შესაძლებელია აზოტემია შედეგი იყვეს სისხლის გასქელებისა, რადგან ავადმყოფმა ბევრი სითხე დაჰკარგა, მაგრამ თუ ჩვენ ყურადღებას მივაქცევთ ჰემოგლობინის, ერითროციტების და წებოვნების რაოდენობას, დავინახავთ, რომ სისხლი არც ისეთი გასქელებულია, თუ შესაძლებელია ასე ითქვას, რომ შარდივანის თითქმის 2-ჯერ გადიდება გამოიწვიოს. ჩვენის ფიქრით შარდივანის მომატება აიღსნება ცილოვან ნივთიერების გაუკუღმართებული დაშლით. მაგ. ჩვენ ვიცით ბიოლოგიურ ქიმიიდან, რომ გუანიდინი ტუტე არეში შარდივანათ გადადის.

რაც შეეხება შარდის მხრივ მოვლენებს, ეს შედეგია ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაციისა, რომელიც საფიქრებელია ალბად თირკმლებსაც აზიანებს (Dixot), რასაც შედეგად მოსდევს უკვე Ambard-ის კონსტანტის მომატებაც. ქლორ ნატრიუმი, რომელსაც დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ამერიკელი ავტორები (Mc. Callum, Mc. Cann, Haden და Orr-ი და სხვები), ჩვენ ტეტანიის დროს სისხლში არ გამოგვიკვლევიან, შარდში მცირე ნიშნები იყო, 0,68 გრამი დღე ლამეში, მაგრამ ამის შესახებ ქვემოთ გვექნება საუბარი.



აღსანიშნავია, რომ ჩვენ ავადმყოფს ტეტანის პირველი მოვლის მე-14 დღეს შარდში შაქარი გამოაჩნდა, სისხლში კი შაქრის რაოდენობა საშუალო ან ნორმის-
დაბალ ციფრზე იყო $0,092\%$ — $0,08\%$ — $0,082\%$. გლუკოზურია ორი დღე გრძელ-
დებოდა და შემდეგში გაქჭრა. ნახშირწყლების მეტაბოლიზმის შესწავლას ტე-
ტანის დროს ბევრი შრომები აქვს მიძღვნილი, მაგრამ მიუხედავად ამისა სა-
კითხი მაინც საბოლოოდ გადაწყვეტილი არ არის. ზოგი მკვლევარი ჰიპოგლი-
კემიას აღნიშნავენ (Hirsch და Marine, Underhill და Blatherwick
და სხვები), ზოგმა არაფითარი ცვლილება არ აღნიშნეს (Mc. Callum და
Yogtlein, Hastings et Murray, H. Salvesen). Falkenberg-ს
აღნიშნული აქვს გლუკოზურია როგორც შედეგი პარათირეიდოკტომიისა.

კალიუმის რაოდენობა შრატში ჩვენ შემთხვევაში უფრო ხშირად ნორმის
დაბალ ციფრებს აღწევდა $19,7-24,2-18,46$ მილიგრამ $\%$.

ბილირუბინი შრატში v. d. Bergh-ით $0,4$ ერთეულს უდრიდა, თვისებით
არაპირდაპირი რეაქციისა იყო. მკვეთრად დაქვეითებული იყო ხოლესტერინი
 $1,2$ გრამი ლიტრზე, რაც ინტოკსიკაციის შედეგად უნდა აღსნას; გაჯანმრთე-
ლების პერიოდში ხოლესტერინი ნორმის ფარგლებს დაუბრუნდა $1,6\%$.

სისხლის მორფოლოგიურ ელემენტების მხრივ აღსანიშნავია ლიმფოციტო-
ზი, ნეიტროპენია, მონონუკლეოზი და ეოზინოფილია. ლიმფოციტოზი მონონუკ-
ლეოზით საერთო ლევკოპენიაში შეიძლება ქრონიკულ მალარიას მივაკუთნოთ,
რაც შეეხება ეოზინოფილიას ($8,5\%$), მისი გამომწვევი ჩვეულებრივი მიზეზები,
როგორც არიან: ჰელმინტიზისი, კანის დაავადება და სხვ. ჩვენ ავადმყოფს არ
აღენიშნებოდა. შესაძლებელია ეოზინოფილია გამოხატულება იმ მკვეთრი ვაგო-
ტონიისა, რომელიც ახასიათებდა ავადმყოფს.

ავადმყოფის წამლობის საკითხში უნდა აღინიშნოს ორი მომენტი: პირვე-
ლი ზოგადი წამლობა და Gaultier-ის მეთოდით კუჭის მასაჟი, და მეორე
უძირილო დიეტით მკურნალობა.

Caultier-ის აზრით, კუჭის ჩამოწვევაში უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს
კუჭის კუნთის ტონუსის დაქვეითებას—დისტონიას, და თუ ჩვენ კუჭის კუნთე-
ბის მასაჟით დისტონიას შევანელებთ და ნორმოტონიაში გადავიყვანთ, მაშინ
ჩამოწვეულმა კუჭმა ზევით უნდა აიწიოს. ამ მხრივ მიღწეულ შედეგებზე ჩვენი
შემთხვევის მიხედვით ჯერჯერობით რაიმე დასკვნის გამოტანა არ შეიძლება,
თუმცა როგორც ცხრილიდან სჩანს, კუჭის საერთო მოცულობამ იკლო, კუნთის
ტონუსმა მოიმატა, და ოსცილაციაც გაძლიერდა.

საინტერესოა ჩვენი ავადმყოფის წამლობის მეორე მომენტი—ახლორიდუ-
ლი დიეტით, რომელმაც ჩვენ შესამჩნევი ეფექტი მოგვცა.

ვინაიდან ასეთი წამლობა, რამდენადაც ჩვენ ვიცით თითქმის პირველია
გასტრიულ ტეტანის დროს, ჩვენ ამ საკითხზე ცოტა უფრო მეტ ხანს შევჩერ-
დებით.

როდესაც ავადმყოფს ტეტანის პირველი მოვლის შემდეგ შარდში ქლო-
რიდები გამოგუგულიყთ, იგი შემცირებული აღმოჩნდა; ავადმყოფი დღეღამეში
გამოჰყოფდა $5,9$ გრამს ქლორნატრიუმს; მეორე მოვლის დროს ქლორნატრიუ-
მის გამოყოფა იმდენად ცოტა იყო ($0,68$ გრ.), რომ ჩვენ ეჭვი დაგვებადა ე. წ.

ქლორნატრიუმის მშრალ შეკაებაში (Ambard) და ავადმყოფს აქლორიდული დიეტა დაუნიშნეთ. აქლორიდულმა დიეტამ ავადმყოფობის მთელი სურათი საგრძნობლად შესცვალა. ავადმყოფი მომჯობინდა, პირღებინება სრულიად შეწყდა, სუბიექტიურად თავს ჯანპრთელად გრძნობდა, ობიექტიურადაც სრულიად გამოჯანმრთელდა, როგორც ეს ზემოდ მოყვანილ ისტორიიდან სჩანს. ჩვენ აქლორიდულმა დიეტამ საუკეთესო შედეგები მოგვცა, მაგრამ როდესაც ჩვენ საკითხის ლიტერატურას ვავეცანით, მეტწილ მკვლევართა ნაშრომიდან აღმოჩნდა, რომ მარილიანი დიეტა თითქოს აუცილებელი თერაპიული საშუალებაა გასტრიულ ტეტანიის დროს და კერძოდ სისხლის იმ ფიზიკურ-ქიმიურ ცვლილებების დროს, რომელთაც ხასიათდებოდა ჩვენი ავადმყოფი. მთელი რიგი ამერიკელი და ფანგი მკვლევარები, რომლებიც ახდენდნენ ცდებს გასტრიულ ტეტანიის საკითხის შესახებ და კერძოდ პილორუსის შევიწროვებით გამოწვეული სისხლის ფიზიკურ-ქიმიურ ცვლილებების შესწავლისათვის, აღნიშნავენ სათადარიგო ტუტენანობის და შარდივანის მომატებას, და ქლორნატრიუმის შემცირებას სისხლში. (Mc. Cann, Mc. Callum, G. Whipple, Hastings, C. Murray და H. Murray, Hadden და Orr, L. Binet და Fabre და სხვები). ამავე დროს კლინიკურად ასეთივე შედეგები მიიღეს A. Landau-მ, B. Ichweds-მა და R. Piekielis-მა, Udaoundo და Sanguinetti-მ. ვინაიდან ქლორნატრიუმის შემცირება სისხლში აღნიშნულია, არა მარტო ისეთ შემთხვევაში, სადაც ავადმყოფი პირღებინებით ჰკარგავდა ქლორნატრიუმს, არამედ ისეთ შემთხვევაშიც, სადაც პირღებინება არ იყო Haddenn ი და Orr-ი ფიქრობენ, რომ ქლორნატრიუმი მცირდება იმის გამო, რომ იგი შეებმება ხოლმე ტოქსიურ ნივთიერებას და წარმოიქმნება არა ტოქსიური ნივთიერება, შემდეგნაირად: X (ტოქსინი) + $NaCl + H_2CO_3 = XHCl$ (არა ტოქსიური) + $NaHCO_3$, რის შედეგადაც არის სათადარიგო ტუტენანობის გადიდება.

ამას გარდა მთელი რიგი გამოკვლევებისა ამტკიცებს, რომ უმარტივ დიეტის შემდეგ სათადარიგო ტუტენანობა მატულობს (Ambard, Schmid და Arnolyewitch), მატულობს აგრეთვე შარდივანის რაოდენობა (Ambard, L. Blum, Pasteur-Vallery-Radot და სხვები). Dixon-ი აღწერს ორ შემთხვევას გასტრიულ ტეტანიისა, რომლებიც გამოკეთდნენ ქლორიან დიეტის ზეგავლენით.

ჩვენს შემთხვევაში ქლორნატრიუმი ტეტანიის დროს სისხლში არ გამოგვიკვლევია, თუმცა შარდში იგი ძლიერ შემცირებული იყო, რაც შესაძლებელია აგრეთვე დამოკიდებული იყვეს სისხლში ქლორნატრიუმის შემცირებაზე. ყოველივე ზემოდ მოყვანილი ფაქტები ჩვენ მიერ ნახმარ აქლორიდულ წამლობის წინააღმდეგ ლაპარაკობენ, სწამდვილეში კი ჩვენ, როგორც აღნიშნეთ აქლორიდულ დიეტით შესაძენვე თერაპიული შედეგი მივიღეთ. ჩვენის აზრით უმარტივ დიეტით მიღებული ეუქტი შედეგია შემდეგი გარემოების: ქლორნატრიუმი აძლიერებს კუჭის სეკრეციას (A. Frouin და სხვები), ჰიპერაციდიან და ჰიპერსეკრეციან ავადმყოფებს ქლორიუმის შეჩადვენლობა სისხლში ნაკლები აქვთ (Csaky, Arnoldi, Molnar, Фортальнов და სხვები).



რადგან მეტი წილი ქლორისა კუჭში გამოიყოფა მომატებულ სეკრეციის გამო, ჩვენ ავადმყოფს აქლორირული დიეტით, როგორც აღნიშნეთ, კუჭის სეკრეცია ნორმამდე ჩამოუვიდა, რამაც გავლენა მოახდინა მის საერთო მდგომარეობაზე. ამავე დროს ჩვენ უმარტილო დიეტის დროს ორგანიზმს არ ვაძლევდით ნატრიუმის იონს, რომელიც ქლორიდან მოცილების შემდეგ, შეებმება ხოლმე თავისუფალ CO₂, რითაც სათადარიგო ტუტეანობა მატულობს (L. Dupuy), უკანასკნელი კი ერთერთი დამახასიათებელი ცვლილებაა ტეტანიის დროს. ამას გარდა ჩვენ I. Loeb-ის კლასიკურ გამოკვლევების შემდეგ ვიცით რომ კუნთის აგზნებულება დამოკიდებულია $\frac{Na}{Ca}$ იონების კონცენტრაციათა ურთიერთობაზე. ჩვენ ნატრიუმის არ მიცემით ამ ურთიერთობას ვამცირებდით, რის შედეგადაც უნდა ყოფილიყო კუნთების აღზნებულებათა ზღურბლის მომატება, და შედეგად ტეტანიის მოვლენების შემცირება.

Solomo Ramos-ი ამტკიცებს რომ ქლორნატრიუმის და დექსტროზის ინტრავენოზური ხმარება სათადარიგო ტუტეანობას აძლიერებს.

და ბოლოს ჩვენ ავადმყოფს აქლორირულ დიეტამდე ხშირად უკეთებდით როგორც კანქვეშ, ისე წვეთობითი ოყნით ფიზიოლოგიურ ხსნარს და ავადმყოფს კი გაუმჯობესება არ შესტყობია.

შემთხვევა II. ავადმყოფი პ-ცი ზემო, 35 წლისა, სომეხი, დიასახლისი, გათხოვილი, შემოვიდა კლინიკაში 15/II—1928 წ. უჩივის ტკივილებს გულის კოფთან, გულის რეფს და შეუწყვეტელ პირღებინებას. ავად არის მეოთხე დღეა. პირღებინება დაეწყო უცბად ტკივილებით, პირწანაღებში სისხლი არ არის, წინად ასეთი მდგომარეობა არასდროს არ ჰქონია. ძლიერ დასუსტდა, სისუსტის გამო ანამნეზის შეკრება არ ხერხდება. აღნიშნავს რომ გაცემებული აქვს ელენთის თაბრაცია. მუცელი არ მოსწყვეტია. ათაშანგს უარჰყოფს. ცხვრების პირობები ცუდი.

St. Praesens. საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულობის, მდგომარეობა პასიური, სახის გამომეტყველება შეწუხებული, კანი მშრალი, კანქვეშა ცხიმი საშუალოდ განვითარებული, ლორწოვანი გარსები ფერმართალი, ძვლის, კუნთის და სახარის სისტემები ნორმალური, ლიმფური ჯირკვლები არ არიან გადიდებული. ტემპერატურა ნორმალური.

გულის მხრივ მოყრუებული და აჩქარებული ტონები, საზღვრები ნორმა. მაჯა რითმიული, აჩქარებული, მცირე დაკიმვის 84 წუთში. სასუნთქი ორგანოების მხრივ მარტო მოყრუება მარცხენა ფილტვის ქვედა კიდეში. ამ ალაგას სუნთქვა შესუსტებული, ზერელე, Fremitus-ი მოყრუების ადგილას შესუსტებული. დანარჩენი არეები ფილტვების ნორმალური.

ენა მშრალი, ყლაპვა თავისუფალი, მუცელი ჩავარდნილი, პალპაციით კიბის ზემო არე მტკივანი, განსაკუთრებით გულის კოფთან. მარცხენა ფერდქვეშ ეტყობა სწორ კუთხოვანი ნაწიბური—ნაოპრაციები. ღვიძლი ხელს ხვდება ოდნავ, მტკივანი არ არის.

შარდში ცილის ნიშნები, ნალექში 1-2 ბილინის ცილინდრი პრეპარატში. განავალში Ascaris lumbricoides კვერცხები. კუჭის წვეთის გამოკვლევა ვერ მოხერხდა პირღებინების გამო.

Cursus morbi: 16/II—28 წ. ავადმყოფს ძლიერ აღებინებს, საკმელს ვერ ლებულობს, დაენიშნა საკვები ოყნა და ფიზიოლოგიური ხსნარი წვეთწვეთობით per rectum.

17/II. ტემპერატურა ნორმალური. მდგომარეობა ისეთივე.

18/II. ^{36°9'}/_{37°6'} ავადმყოფი ძლიერ დასუსტდა, პირს აღებინებს. გამოერეცხა კუჭი Natr. bicarbon. ხსნარით. ავადმყოფს რომ სისხლის წნევას უზომავდით მანეეტის მოჭერის შემდეგ ხელის თითები მოეკრუნხნა, მიიღო ტიპური სახე „მეანის ხელი“-სა, მანეეტი მოგხსენით და მეორე მხარეს გაუყვით ისეთივე მდგომარეობა—Trousseau-ს სიმპტომი დადებითა. Chvostek-ის სიმპტომიც დადებითი აღმოჩნდა; ორივე ხელის თითები კრუნჩხვითი მდგომარეობაში იყვნენ დაახლოებით სამი წუთი, შემდეგ კრუნჩხვამ თანდათან იკლო და გაჰჭრა.

19/II. ტემპერატურა სუბნორმალური, ავადმყოფმა პირწინალებს ამოატანა ერთი ეკზემ-
პლიარი ასკარიდასი, ავადმყოფი ძლიერ სუსტადაა. 20/II დილის 4 საათზე გარდაიცვალა.

გაკვეთის შედეგი (პროფ. ვლ. ჟღენტი): Bronchopneumonia disseminata bilateralis;
Degeneratio parenchymatosa, partim adiposa, myocardii, hepatitis et renum. Defectus lienis post
operationem.

თუმცა სამწუხაროდ ავადმყოფის ძლიერი სისუსტის გამო ჩვენ სისხლის
მთელი რიგი გამოკვლევები არ მოგვიხდენია, მაგრამ აქ ცხადია საქმე გვქონდა
ე. წ. ლატენტურ ტეტანიასთან, რომელიც შემდეგ შესაძლებელია გამოწყლავნე-
ბულიყო. კუჭის გაღიზიანება ჩვენის ფიქრით გამოწვეული იყო ასკარიდას მიერ,
რის გამოთაც დაუნიშნეთ სოდის ხსნარით კუჭის გამორეცხვა; ასკარიდა მის-
თვის ჩვეულ მიგრაციის დროს მოხვდა კუჭში სადაც იგი მჟავე არეში თავს ცუდ
პირობებში გრძნობდა და მოძრაობით იწვევდა პირღებინებას, კუჭის გაღიზი-
ანების გამო. საინტერესოა რომ პათოლოგო-ანატომიურ გაკვეთის დროს არც
ერთი ასკარიდა არ აღმოჩნდა ნაწლავებში.

დასასრულ ლიტერატურულ მასალის და ჩვენი შემთხვევების მიხედვით შე-
გვიძლია შემდეგი დასკვნები გამოვიყვანოთ:

1. გასტრიული ტეტანია იშვიათ შემთხვევად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენ მიერ
შეგროვილი სტატისტიკის მიხედვით 1898 წ.—1928 წ. ჩვენი ორი შემთხვევის
ჩათვლით აწერილია არა უმეტეს 39 შემთხვევისა. სულ, Gumprecht-ის სტატის-
ტიკურ ცნობებთან ერთად. რომელიც შეიცავს 40 შემთხვევას აწერილს 1897
წლამდე, დღევანდლამდე აწერილია გასტრიულ ტეტანიის 79 შემთხვევა.

2. ჩვენი შემთხვევითაც დადასტურდა სათადარიგო ტუტეანობის და შარ-
დივანის მომატება სისხლში ტეტანიის დროს.

3. გასტრიულ ტეტანიის დროს შესაძლებელია გლუკოზურია იყოს და
სისხლში ჰიპერგლიკემია კი არ იყოს.

4. გასტრიულ ტეტანიის წამლობისათვის, ქლორნატრიუმი ზოგ შემთხვევაში
არ წარმოადგენს აუცილებელ საჭიროებას, როგორც ამას ლიტერატურაში აღ-
ნიშნავენ.

5. აქლორიდული დიეტა ყოველთვის არ უნდა იწვევდეს სათადარიგო ტუ-
ტეანობის მომატებას.

ლიტერატურა:

- 1). L. Bouveret et Devic. Rev. de Médic. t. XII-1892. 2) Jonesco et Gross-
mann. Pres. Méd. № 52. 1905. 3). J. Boas „Diag. und Ther. Magenkrank“. 1925. Berlin.
- 4). R. Gregoire. Arch. App. Dig. № 2—1926. 5). A. Landau, Jochweds et Pekielis.
Arch. App. Dig. № 1—1928. 6). Udaundo et Sanguinetti რევ. Arch. App. Dig-
№ 9—1927. 7). R. Turpin „La tétanie infantile“ 1925 Paris 8). F. Ramond. „Les mal.
des estom. et du duoden.“ 1927. Paris 9). Le Noir et Agasse-Lafont Pathol. de l'es-
tom.“ in Nouv. traité de méd. Roger-Widal-Teissier. fas. XIII—1926. Paris 10).
Acharard. „Troub. des echan. nutrit.“ t. I 1926 Paris 11). Frouin A. Pres. méd. № 101.
1922. 12). Лербулле-Арвье и др. „Жел. внутр. секрет. и симп. нер. сист. რუს. თარ.
1926 წ. Москва. 13). J. Hollo und Weiss. Zent. für Inner. Méd. № 32—1927. 14).
Gosset, Binet et Petit-Dutailis Pres. Méd. № 3—1928. 15). L. Ambard,
Schmid et Arnolyewitch. Bull. Méd. Hôp. Paris № 2—1927. 16). Ambard et

Schmid. Ibid. № 3—1927. 17). Ambard, Schmid et Adnot. Idem, № 3—1926. 18). Pasteur-Vallery-Radot Idem. № 27—1928. 19). L. Blum, Grabar, et von Gaultaert. Pres. méd. № 89.—1928. 20). Фортальнов Тер. Арх. № 6—1927. 21). Gouffon Pres. méd. № 70—1928. 22). Ambard et Schmid. Pres. méd. № 21—1928. 23). H. Roger Pres. méd. № 45—1928. 24). Herxheimer 699. Pres. med. № 9.—1925. 25). Dupuy. Pres. méd. № 19.—1925. 26). N. Paton 699. Pres. méd. № 21.—1925. 27). F. Coste. Pres. méd. №№ 46, 48, 50.—1925. 28). A. Biedel „Внутр. секр.“ 699. 699. 1914 7. 29). Ambard et Schmid. Paris méd. № 19—1927. 30). H. Straub. „Alcalosen“ Neue deutsch. klin. Liefer. № 2.—1928. 31). Gaultier „Les dispeps. gastriques Paris 1927. 32). Оппель. Основ. дост. совр. Мед. т. I. 1928. 33). Zondek „Болезн. энокр. желез.“ 699. 699. 1925. 34). Н. Пономарев. Врач. Газ. № 8, 1911. 35). E. Birchen. 699. Врач. Газ. № 47. 1911. 36). Н. Бронников Врач. Газ. № 44. 1916. 37). de Harven. Arch. fran. belg. de chir. № 2. 1927. 38). Helt, Striegel und Pelzweig. Monat. für. Kinheilk. Bd 34. Het 3—6. 1925. 39). Могильницкий. журн. им. Корсакова 1910. 40). M. Labbé et F. Nepveux. „Acidose et Alcalose“ 1928 Paris.).

Гр. Дидебулидзе

Ассистент клиники

К вопросу о tetania gastrica.

(Из пропедевтич. клиники частной палатолог. и терапии внутрен. болезней. зав. доц. Ш. А. Микеладзе)

Автор описывает 2 случая tetaniae gastricae, чрезвычайно редкого осложнения при заболеваниях желудка.

Особенный интерес представляет один из этих случаев на почве Reichmannовской болезни с явлениями обильной рвоты (до 1½—2 литров кислой жидкости) без органического стеноза привратника, леченный исключительно безхлорной диетой с хорошим результатом, кк с субъективной тк и с объективной стороны. У больного резервная щелочность крови доходила до 82,6 объемных % CO₂, мочевины 1,2‰, холестерин 1.12‰, билирубин непрямой реакции 0,4 единицы по Bergh-y; кальций и калий в сыворотке кк до приступа тк и после, колебались в пределах нормы. В моче отмечались: преходящая глюкозурия (0,2‰) при нормальном содержании сахара в крови (0,09‰ по Hagedorn-y) и резкое уменьшение выделения хлоридов (0,68 гр.); при чем количество мочи было уменьшено и ее pH—7,0. Со стороны белой крови отмечались лимфоцитоз

D-r Gr. Didebulidzé.

„Au sujet de la tétanie gastrique“

(De la clinique propedeutique des maladies internes. Directeur—prof. agrégé Mikéladzé)

L'auteur décrit 2 cas de tétanie gastrique complication très rare au cours des états morbides stomachiques.

Un des 2 cas de l'auteur présenté un intérêt spécial; il s'agit d'un symptomocompléxe greffé sur le terrain de la maladie de Reichmann, avec vomissements adondants (jusqu'à 1½—2 litres de liquide acide), sans sténose organique du pylore, traité, exclusivement par la cure de déchloruration, avec bons resultats, aussi bien subjectifs, qu'objectifs. Réserve alcaline chez ce malade atteignait 82,6 de CO₂ (volumetriques); l'urée — 1,2‰; le cholestérine — 1,12‰, la bilirubine (réaction indirecte)— 0,4 d'unité de Bergh; les sels de calcium et de potasse variaient dans les limites de la normale, aussi bien avant, qu'après l'accès.

A noter dans l'urine; de glucosurie passagère (0,2‰), tandis que le taux du sucre dans le sang n'atteignait que le chiffre normal (0,09‰ d'après Hagedorn) et une forte diminution de l'élimination des chlorures (0,68 gr.); la quantité de l'urine dans les 24 heures était diminuée et son pH—7,0. Le

с мононуклеозом и эозинофилия. Вегетативная нервная система, при исследовании по методу Daniélopou—Carniol-я, обнаруживала отклонение в сторону ваготонии.

Хорошее действие безхлорной диеты автор объясняет следующим образом: ограничение введения хлористого натрия имело следствием уменьшение выделения соляной кислоты, что действовало на общее состояние и на прекращение рвоты; последняя как известно оказывает действие на кислотно-щелочное равновесие крови в смысле повышения щелочных валентностей; с другой стороны ограничение иона натрия уменьшало отношение $\frac{Na}{Ca}$, повышение которого играет важную роль в возбудимости нервно-мышечного аппарата; и наконец не введение хлористого натрия в организм, тем самым, уменьшало количество ионов натрия, которые после выделения хлора в желудке, соединяются с углекислотой и образуя бикарбонат, повышают резервную щелочность крови.

системе leucocytaire accusait de la lymphocytose avec mononucléose et de l'éosinophilie.

Le système nerveux végétatif, au cours de l'investigation par la méthode Daniélopou—Carniol, montrait une déviation dans le sens de la vagotonie.

L'action favorable de la cure de déchloration s'explique, d'après l'auteur, de la façon suivante; la diminution de l'introduction du NaCl a eu, comme conséquence, le limitation de la sécrétion de l'acide chlorhydrique, ce qui a agit sur l'état général et a entraîné la cessation des vomissements.

Les vomissements fait bien connu—influent sur l'équilibre acido-base du sang dans le sens de l'accroissement des valences basiques; de l'autre côté, la limitation des ions

Na diminue le rapport $\frac{Na}{Ca}$, dont l'augmentation joue un si grand rôle dans l'excitabilité de l'appareil neuro-musculaire; enfin le limitation de l'introduction du chlorure de sodium dans l'organisme provoquait la diminution en nombre des ions de sodium, lesquels, après la liberation du chlore au niveau de la muqueuse stomacale combinent avec l'acide carbonique en formant du bicarbonate de soude, qui contribue à l'augmentation de réserve alcaline.

პრიატ-დოცენტი კ. დ. მარსთაში

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

გულის ჭრილობა და მისი მკურნალობა.

(ეკსპერიმენტალური და კლინიკური დაკვირვება).*)

სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფ. ქირ. კლინიკიდან დრ. გამგე პროფ. ა. მაჭავარიანი.

უნდა აღინიშნოს, რომ გულმკერდის ქირურგია მხოლოდ ბოლო ხანებში ვითარდება და ეყრდნობა საფუძვლიან ნიადაგს. აშკარაა გულის ქირურგია სრულიად ახალია. თუ ჩვენ გადავთვალთ გულის ჭრილობათა მონოგრაფიებს, რომელთა შორის რუსულ ენაზე საბატო ადგილი უჭირავს პროფ. ი. ჯანელიძის შრომას დავინახავთ რომ 1896 წლამდე გულის ჭრილობათა ოპერატიულ მკურნალობაზე ლაპარაკი ზედმეტი იყო.

იყო დრო, როდესაც გულის ჭრილობა აბსოლუტურად სასიკვდილოდ ითვლებოდა. მხოლოდ მე-17-ე საუკუნეში (1642) Wolf-ის მიერ აღწერილია გულის ჭრილობის მორჩენის შემთხვევა. ამ წლიდან უკვე ვპოულობთ შრომებს, სადაც არა თუ აღწერილია შემთხვევები გულის ჭრილობათა განკურნებისა (Morgagni, Larrey, Senac, Welpeau, Ollivier, Fischer და სხვა), არამედ ამ ჭრილობათა მკურნალობაზეც არის ლაპარაკი. Fischer-ი ფიქრობს, რომ 10-12% გულის ჭრილობათა იკურნება უოპერაციოთ. Пирогов-ი, Fischer-ი და მთელი რიგი ავტორებისა გვიჩვენებენ გულის ჭრილობის დროს სიმშვიდეს, ცინულს გულზე და სისხლის გაღებას. მე-19-ე საუკუნის, სახელდობრ 1884 წლამდე, არა თუ ლაპარაკი არ იყო გულის ჭრილობის აქტიურ მკურნალობაზე, არამედ პერიკარდიუმის პუნქციასაც ვერ ბედავდნენ. მხოლოდ დასახელებულ წელში Rose-მ დაანახა ყველას, რომ შესაძლებელია პერიკარდიუმის პარაცენტეზი მასში ჩაქცეული სისხლის გამოსაშვებად, რომელიც გულს აწევა და მის მუშაობას აფერხებს (Herz Tamponade). 1896 წელს Farina-ს და Cappelen-ის მიერ იყო პირველად გულის ჭრილობაზე ნაკერი დადებული. რომელმა უწინ მოახდინა კარდიორაფია, ი. ჯანელიძის აზრით, ძნელი სათქმელია თვის რიცხვის არევის გამო. რუსეთში პირველი კარდიორაფია ვაუკეთებია Герцен-ს, ხოლო ავადმყოფი ვადარჩენილა Шаховскоი-ს მიერ ვაკეთებულ ოპერაციის შემდეგ 1903 წელს. 1905 წელს გამოქვეყნებულია პროფ. Zegevon-Manteiffel-ის მიერ შემთხვევა, სადაც მან არა თუ შეკერა გულის წი-

*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას.

ნა კედლის ქრილობა, არამედ უკანა კედლიდან ტყვიაც კი ამოიღო, — ავადმყოფი განიკურნა. ამას გარდა ოპერაცია გულიდან გარეშე სხეულის ამოღებისა გაიმეორეს მთელმა რიგმა ავტორებმა. ჩვენ არ გამოუდგებთ საკითხის განვითარების ისტორიის აღწერას, რადგან ეს შორს წაგვიყვანს. ვიტყვით მხოლოდ, რომ პროფ. Гессе გულის ქირურგიის მამამთავრად რუსეთში სამართლიანად სთვლის პროფ. Цейдлер-ს.

ფრიალ საინტერესო და მეტად საძნელო საკითხია გულის ქრილობის სწორი დიაგნოზი. დღემდე არა გვაქვს ისეთი საიმედო კლინიკური სიმპტომი, რომელზედაც შეიძლებოდეს საბოლოოთ დაყრდნობა. გულის ქრილობის დროს თითქმის ყოველთვის აღვლი აქვს ირგვლივ მდებარე სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვან ორგანოების დაზიანებას, რომელთაც თავის-თავად შეუძლიათ ისეთივე სურათი მოგვცენ, როგორსაც იძლევა გულის ქრილობა. ფრიალ დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ დაზიანების გამოსაცნობად თანდათანობითი მდგომარეობის გაუარესებას, რომელიც მაჩვენებელია შინაგანი სისხლის დენის; აშკარაა ასეთივე სურათი შეუძლია მოგვცეს, როგორც გულის ახლო მდებარე art. mamaria int., ისე ფილტვის დაზიანებამაც. ქრილობიდან სისხლის დენას, რომელსაც Гессе-ს აზრით 22,8% ვხვდებით, მაშინ აქვს მნიშვნელობა, თუ ის სისტოლიური. გულის არეში პერკუტორულ მოყრუებას, აშკარაა, მნიშვნელობა უნდა მიეცეს, მაგრამ სახეში მისაღებია, რომ ხშირად დაზიანებულ პერიკარდიუმიდან სისხლი პლევრის ღრუში იღვრება, რასაც ხელს უწყობს უკანასკნელის უარყოფითი წნევა. ესეც რომ არ იყოს, იმავე Гессе-ს აზრით, გულის არეში, რომ პერკუტორული მოყრუება მივიღოთ პერიკარდიუმში უნდა იყოს არა ნაკლები 150,0 ჩაქცეული სისხლისა.

აღსანიშნავია 1927 წ. Иванькович-ის*) მიერ გამოქვეყნებული შემთხვევა, სადაც მიუხედავად მარჯვენა პარკუჭის ფრიალ მნიშვნელოვანი ტყვიით ქრილობისა, ავადმყოფს ჰქონდა ფრიალ უმნიშვნელო სივრცის მოყრუება. პერკუსიის დროს შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს, როგორც პნევმოთორაქსმა, ისე მნიშვნელოვანმა ჰემოთორაქსმა. ფრიალ დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის ქრილობის გამოცნობაში Rose-ს მიერ აღნიშნულ „გულის ტამპონადას“. პროფ. ი. ჯანელიძის მასალაში გულის ტამპონადა აღინიშნება 69%, პროფ. Гессе 37,5% აღნიშნავს გულის ტამპონადას. პროფ. ჯანელიძის ცნობით, როდესაც პერიკარდიუმში დაგროვებული სისხლის რაოდენობა აღემატება 200-300,0, გულის მოქმედება შეიძლება სრულიად შეჩერდეს. თუმცა Поликарпов-ის მიერ 1927 წ. გამოქვეყნებულ შემთხვევაში**) ავადმყოფს ჰქონდა მარცხენა პარკუჭზე ერთი სანტიმეტრის ქრილობა, პერიკარდიუმში—200,0 მეტი სისხლი და ავადმყოფი თავის ფეხით მივიდა საავადმყოფოში. მთელი რიგი ავტორებისა, როგორც მაგალითად Греков-ი, Klose, Fontan-ი და სხვ. დიდ მნიშვნელობას აძლევენ Morel—Lawaille-ს აკუსტიკურ ფენომენს (Шум мельничного колеса). ზემოხსენებული ავტორები ამ ფენომენს აღნიშნავენ pneumothae-

*) Вест. Хир. и Погр. об. кн. 30.

**) Новая Хирургия № 10. т. 5.

pericardium-ის გამო. მაგრამ მთელი რიგი ავტორებისა (ჯანელიძე, Гессе, Rehn, და სხვ.) ამ ფენომენს პოულობენ სხვადასხვა დაშავების დროსაც კი. (პემპანევიმთორაქსი, ქსოვილთა კანქვეშა დაზიანება და სხვა). მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე გულის ქრილობის გამოსაცნობად პულსის აჩქარებას, მაგრამ როგორც ვიცით, არც ეს აჩქარებაა მუდმივი. პირიქით, ხანდახან პულსის მნიშვნელოვანი შეგვიანებაც კი გვხვდება. (Гессе, Цейдлер და სხვ.). ჩვენის აზრით, გულის ქრილობის გამოცნობაში საპატიო ადგილი უნდა დაეთმოს არითმიას. პროფ. ჯანელიძის აზრით, არც pulsus differens არის ღირსი იმ მნიშვნელობისა გულის ქრილობის გამოცნობაში, რომელსაც მას აწერენ. ამნაირად, როგორც სჩანს გულის ქრილობის დიაგნოზის დასმა ფრიად საძნელოა, თუ ხანდახან უბრალო გულის კუნთის დაზიანება ღრუს გაუხსნელად იძლევა ფრიად სერიოზულ კლინიკურ მოვლენებს მნიშვნელოვანი შოკით, ზოგჯერ ისეთი მძიმედ დაშავებული ავადმყოფი გულში, როგორც იყო Поликарповის, თავის ფეხით მიდის საავადმყოფოში. აღსანიშნავია Виноградовის შემთხვევა*) აღწერილი 1928 წ. სადაც ავადმყოფს ჰქონდა მარჯვენა პარკუჭის ქრილობა. დაჭრის შემდეგ ის ავიდა მე-5-ე სართულზე, შემდეგ ჩამოვიდა ძირს და სასწრაფო დახმარების ეტლით მიიყვანეს საავადმყოფოში; ავადმყოფი ეტლიდან თავისი ფეხით შევიდა საოპერაციოში. ამ რიგად ძლიერ ხშირად გულის ფრიად მნიშვნელოვანი დაზიანებანი არ იძლევიან ისეთ საიმედო კლინიკურ სიმპტომებს, რომელზედაც დაყრდნობა შეიძლებოდა გულის ქრილობის დიაგნოზის დასასმელად. აშკარაა, მნიშვნელოვანი პროცენტი გულის ქრილობისა სრულიად გამოუცნობლად ტარდება.

საკმარისია გავიხსენოთ Сергиевская-ს შემთხვევა, სადაც მარცხენა პარკუჭში მოხვედრილი ტყვია სამი თვის შემდეგ მარცხენა ბარძაყის არტერიიდან იქნა ამოღებული.**) პროფ. Гессе-ს აზრით, გულის ქრილობის დიაგნოზი უნდა დაისვას ყველა კლინიკური ნიშნების კრიტიკულად შეფასების შემდეგ. რაც შეეხება დიაგნოსტიური მიზნით პერიკარდიუმის პუნქციას, თუ პროფ. Гессе-ს და პროფ. ჯანელიძის შემთხვევებს გავიხსენებთ, აშკარაა, ყოველგვარი სურვილი უნდა დაგვეკარგოს მისი წარმოებისა.

Обухов-ის საავადმყოფოს სტატისტიკა გვიბტკიცებს, რომ გულის ქრილობის სწორი დიაგნოზის რიცხვი თანდათან იზრდება: მაგ. 1903 წლ.—1910 წლამდე გულის ქრილობის სწორი დიაგნოზი დასმულა 48%⁰; მაშინ როდესაც 1910 წ.—1921 წლამდე სწორად დასმული დიაგნოზთა რიცხვი უდრის 65,2%⁰. ამნაირად ქირურგის გამოცდილებას, ავადმყოფის მდგომარეობის კრიტიკულად შეფასებას და საერთოდ გულ-მკერდის ქირურგიის განვითარებას და შესწავლას ვადაამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს გულის ქრილობის სწორი დიაგნოზის დასმაში.

*) Нов. Хир. Арх. № 50.

**) Вест. Хир. и Погр. Об. кн. 17-18. 1926 г.

მუცლის ღრუს ქირურგიაში ჩვენ ხშირად მივმართავთ საცდელ ლაპორა-ტომიას, მაგრამ ამას ვერ ვიზამთ გულმკერდის ქირურგიაში, რადგან თრიად საშიშოა hracotomia-ს გამო ფილტვის ხანგრძლივი კოლაპსი (კ. ერისთავი*), და აგრეთვე პერიკარდიუმის და პლევრის სუსტი წინააღმდეგობა ინფექციისად-მი. ჩვენ ვერ დაუჯერებთ პროფ. Цейдлер-ს, რომელიც გვიჩვენებს გულმკერდის კრილობების გაგანიერებას დიაგნოსტიკური მიზნით. გულმკერდის კრილობა მა-შინ უნდა გაგანიერდეს, როცა იჭვი იბადება გულის კრილობის შესახებ და იჭვს აქვს მეცნიერული და კლინიკური საფუძველი, ე. ი. როგორც ამას Гессе, ჯანელიძე, Греков-ი და სხვანი გვიჩვენებენ გვაქვს ჩვენებანი გულის კრი-ლობისა. ქვევით მოყვანილი ჩვენი მასალიდან მტკიცდება, რომ ხშირად გულის კრილობის სწორი დიაგნოზის დასმა, როგორც ზევით მოვიხსენიეთ, არც ისე ადვილია. ყველა ჩვენ შემთხვევებს, სადაც გულის კრილობის დიაგნოზი იყო დასმული ოპერაციამდე მოვიყვანთ ქრონოლოგიურად.

1. ავად. ისტორია № 2477. ვალ. კოზ. 16 წ. შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში 21/6—1923 წ. ტყვიის კრილობით მე-5-ე და მე-6-ე ნეკთა შუა მამილარულ ხაზზე შესავალით; გამო-სავალით სკაპულარულ ხაზზე ბეჭის ფრთის ქვედა კიდესთან. ავადმყოფი გაფითრებულია, მაჯა აჩქარებული (130), არითმიული, ჰაერი არ ყოფნის. დასმულია დიაგნოზი გულის კრილობის. სასწრაფოდ გაუკეთდა ოპერაცია ეთერის ნარკოზის ქვეშ (პროფ. ნ. კახიანი). განაკვეთი Ter.-Reym.-ის წესით მე-4-ე და მე-5-ე ნეკთა ღრტილოვანი ნაწილის გადაკვეთით და გადა-წვეით. პლევრაში არის ჩაქცეული სისხლი ფილტვის კრილობის გამო 200-300,0. პერიკარდიუმი აღმოჩნდა ორ ადგილას დაზიანებული. მარცხენა პარაკუჭი ირიბად აღმოჩნდა დაზიანებული გასწვრივ (პარაკუჭის ღრუ არ არის გახსნილი). კრილობა სიდიდით 1 1/2—2 სანტიმეტრს უდრის. დაზიანების ცენტრალურ ნაწილიდან ზომიერი სისხლის დენა. დაედო სამი კვანძოვანი ნაკერი. პერიკარდიუმში და პლევრაში ჩაიდო ტამპონი. ავადმყოფი გარდაიცვალა მეორე დღეს, პირველ 24 საათში გულის თანდათანობითი დასუსტების გამო.

2. ავად. ისტორია № 3502 სერ. ტუს. შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში 30/8 1923 წ. ტყვიით კრილობით (თავის მოკვლის მიზნით) შესავალი კრილობა მამილარულ ხაზზე მე-4-ე და მე-5-ე ნეკთა შუა, გამოსავალი სკაპულარულ ხაზზე მარცხენა ბეჭის კუთხის ახლოს. ავადმყოფის დაპერის შემდეგ სან-მდე ვინახულვდით დაახლოებით გაიარა სამა საათმა. ავადმყოფი ძლიერ გაფითრებულია, მაჯა 125-130, არითმიული, სუსტი ავსების. მთელი მარცხენა ფილტვის არეში და მარჯვენა სტერნალურ ხაზამდე პერკუტორულად მოყრუება; ტონები ყრუ, კრილო-ბიდან მნიშვნელოვანი სისხლის დენა, ავადმყოფი სრულიად დამშვიდებულია. დასმულია გულის კრილობის დიაგნოზი და საჩქაროთ გაუკეთდა ოპერაცია (პრ.-დოც. კ. ერისთავი) ეთერის ნარკოზის ქვეშ. განაკვეთი Ter.-Reym.-ის წესით. მე-4-ე ნეკნი დაახლოებით ათი სანტ. ამოკვეთილია საბოლოოდ. მე-5-ე ნეკნის ღრტილოვანი ნაწილი გადაკვეთილი და გადაწვეულია. პლევრის ღრუში აღმოჩნდა აუარებელი ჩაქცეული სისხლი. პლევრის ჩაქცეული სისხლიდან გან-თავისუფლების შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ფილტვის ზედა ნაწილში ხylus ის ახლოს არის კრი-ლობა, რომელიც იძლევა მნიშვნელოვან სისხლის დენას, ორი კვანძოვანი ნაკერით სისხლის დენა შეჩერებულია. პერიკარდიუმის დათვლიერებით აღმოჩნდა, რომ მას აქვს ორი კრილობა. მისი გახსნის შემდეგ გულის მარცხენა პარაკუჭზე აღმოჩნდა გასწვრივი კრილობა დაახლოებით ერთ-ნახევარი სანტ. მარცხენა პარაკუჭის ღრუ არ არის გახსნილი. ორი კვანძოვანი ნაკერით ზომიე-რი სისხლის დენა გულის კუნიდან შეჩერებულია. პერიკარდიუმში და პლევრაში ჩაიდო ტამ-პონი და კრილობა დაიხურა. აღსანიშნავია, რომ ავადმყოფს პირველ დღიდან ჰქონდა დიდი სიცხე და შესაფერისი მაჯა მე-9-ე დღემდის. ამ დღიდან სიცხე თანდათან კლებულა და თითქმის ნორმას აღწევს, მაგრამ მე-12-ე დღეს სიცხე თანდათან მატულობს. მაჯა ჩქარდება და 15/9 საათის 4 ზე ავადმყოფი იღუბება ჩირქოვანი პლევრიტის და პერიკარდიტის განო.

*) ჩირქოვანი პლევრიტების მკურნალობის შესახებ, თანამ. მედიც. № 11-12, 1927 წელი.

გულის კრილობა ამ ორ შემთხვევაში, ორივე ერთმანეთს გავს, მაგრამ პირველ შემთხვევაში გულის კუნთი უფრო ვრცლად იყო დაჟეჟილი და სწორედ ამას ვაწერო ჩვენ ავადმყოფის ჩქარ დაღუპვას. მე-2-ე შემთხვევაში ფილტიდან სისხლის დენას ავადმყოფი მოერია, გულზედაც არ ყოფილა მნიშვნელოვანი კრილობა, მაგრამ ავადმყოფი მაინც დაიღუპა ინფექციის ზეგავლენით.

3. ავად. ისტორია № 5915. პ.—შვილი მირონი 28 წ. შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში 1/10 - 27 წლ. ავადმყოფს გრძობა დაკარგული აქვს, ემჩნევა სიმკრთალე ციანოზით ლორწოვანი გარსისა, მაჯა თითქმის არ ისინჯება; ხანდახან ისინჯება სუსტი და არითმიული. გულმკერდის დათვლიერების დროს აღმოჩნდა დანთი კრილობა ძუძუს ხაზზე მე-6-ე და მე-7-ე ნეკნთა შუა დაახლოვებით 5 სანტ. ოდენობის. მე-2-ე კრილობა იმავე სიდიდის მე-3 მე-4 ნეკნთა შუა წინა ილღის ხაზზე. მე-3-ე კრილობა მარჯვენა ხელის ზედა მხარეზე. კრილობიდან სისხლის დენა არ აქვს. აუსკულტაციით დრო გამოშვებით ისმის მოყრუებული და არითმიული ტონები. ავადმყოფი შფოთავს. პერკუტორულად გულის ქვედა ნაწილში მოყრუება უფრო მკაფიოდ გამოიხატულია. დაახლოვებით 15 20 წამის შემდეგ მოყვანისა და 30-40 წამის შემდეგ დაშვებისა ავადმყოფს გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია (პრ.-დოც. კ. გ რ ი ს თ ა ვ ი). წარმოვიდგინეთ, რომ კრილობა გვაქვს გულზედ, გავხსენით გულმკერდის ღრუ Ter.-Reym.-ის წესით. ოპერაცია ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ. მე-4-ე ნეკნი იქნა ნაწილობრივად საბოლოოდ ამოკვეთილი დაახლოვებით ათი სანტ. სიგრძეზედ. მე-5-ე—კი გადაკვეთილი ღრტილოვან ნაწილში და გადაწეული. კრილობა მე-6-ე და მე-7-ე ნეკნთა შუა იყო მართლ პლევრისა. მე-3-ე და მე-4-ე ნეკნთა შუა იყო ფილტვის და აგრეთვე აღწევდა პერიკარდიუმს, საიდანაც იყო სისტოლიური სისხლის დენა. პერიკარდიუმის კრილობაში თავისუფლად შევიდა საჩვენებელი თითი. პერიკარდიუმის კრილობა გაგანიერდა და დაკავებულ იქნა კონერის პინცეტებით. გულის მარცხენა პარკუჭის ზედა ნაწილში აღმოჩნდა ირიბი კრილობა ერთი სანტიმეტრის სიდიდისა, საიდანაც იყო სისტოლიური სისხლის დენა. ამას ერთთდა აგრეთვე სისხლის დენა დაზიანებულ art. cor. cord. sin. მთავარი ტოტიდან.

მარცხენა პარკუჭის ღრუ გახსნილია. კრილობა შეიკვრა ორი კვანძოვანი ნაკერით, რომელშიდაც მოვალდებულ სისხლის ძარღვის ცენტრალური და პერიფერიული ნაწილი. პერიკარდიუმი განთავისუფლდა სისხლიდან. რომლის ნაწილი ეტყობა პერიკარდიუმის კრილობის მდებარეობის მიხედვით, იღვროდა პლევრაში. როდესაც ვცადეთ პერიკარდიუმის შეკვრა გამოირკვა, რომ ერთი მხრით პერიკარდიუმი ამოგლეჯილია დაახლოვებით 2-3 სანტ. სიდიდით. ამისდა მიხედვით პერიკარდიუმის ყრუდ დახურვა შეუძლებელი შეიქნა, რომ გული დაგვეფარა ამოკვეთილ ნეკნის ბოლოებიდან, ჩვენ გადავსაიეთ ფილტვი და მისი წინა პირით მივაკვრეთ სტერნუმის მარცხენა ნაპირს ორი კვანძოვანი ნაკერით. ფილტვის კრილობიდან სისხლის დენა სრულიად არ არის. კრილობა შეიკვრა ყრუდ. ავადმყოფის მდგომარეობას ოპერაციის შემდეგ თანდათან დაეტყო გაუმჯობესება. ტემპერატურა მხოლოდ მე-3-ე დღეს ჰქონდა 38 და შემდეგ ჩქარა დაიწია ნორმამდე. პულსიც თანდათან გამოუსწორდა და მე-18 ე დღეს დავიდა 80-დღე. 5/11—იქნა გას-ნჯული თერაპეუტის მიერ, რომელმაც აღმოაჩინა, რომ გულის საზღვარი მარჯვნივ გადადის სტერნალურ ხაზზე ერთ ნახევარი თითის დადებით; აგრეთვე გამოიქვა შესაძლებლობა სითხისა პლევრის ღრუში. გულის გადანაცვლება მარჯვნივ ჩვენ ავხსენით სტერნუმზე მიკვრებული ფილტვის ზეწოლით. მარცხენა პლევრის არეში მოყრუება ავხსენით ფილტვის კრილობის გათო მასში ჩაქცეული სისხლის ორგანიზაციით. ავადმყოფი გაეწერა სრულიად განკურნებული 9/11. ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფი ჩვენ გავვესინჯა და აღმოვაჩინეთ, რომ მაჯა ფეხზე დგომის დროს უდრის 120 და მაშინვე დაწოლის დროს კი დაახლოვებით 100.

21/VI—28 წ. კი 82—84, როგორც ფეხზე დგომის, ისე წოლის დროს. გულის საზღვრები და ტონები ნორმა.

მე-3-ე შემთხვევა ჩვენ გავატარეთ უტამპონოთ; ხოლო პირველი ორი შემთხვევა ტამპონით. უკმაყოფილოთ დავერჩით განსაკუთრებით მეორე შემთხვევაში, სადაც, ჩვენის აზრით, არ არის გამორიცხული მეორადი ინფექციის განვითარება.

რება ტანპონების ცვლის გამო. დასტაქართა შორის ამ საკითხის შესახებ ერთ-სულაოვნება არ არის მიღწეული. თუ ჩვენ პროფ. ჯანელიძის და პროფ. Feccé-ს სტატისტიკას გადავთავალიერებთ, დავინახავთ, რომ პერიკარდიუმის და პლეურის ღრუს ყრუთ დახურვას უფრო მეტი მომხრეები ყავს. ჩვენ, ჩვენი მცირე მასალის მიხედვით, სრულიად სამართლიანად მიგვაჩნია პროფ. ჯანელიძის, პროფ. Feccé-ს და სხვების აზრი პლეურის და პერიკარდიუმის ყრუთ დახურვის შესახებ. ბოლოს და ბოლოს, თუ ინფექცია მაინც განვითარდება, როგორც პლეურის, ისე პერიკარდიუმის გახსნას ყოველთვის მოგასწრებთ. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ გვქონდა ორი შემთხვევა, ერთი 1926 წ. და მეორე 1927 წ. თავის მოკვლის მიზნით ძუძუს ხაზზე მე-4-ე და მე-5-ე ნეკნთა შუა სივრცეში ტყვიით დაჭრისა. ორთავე შემთხვევაში სრულიად მკაფიოთ გამოხატული იყო ყველა ის კლინიკური სიმპტომები, რომლითაც ხასიათდებოდა ზევით მოყვანილი ჩვენი სამი შემთხვევა. ოპერაციის დროს არც ერთ შემთხვევაში არა თუ გული, არც პერიკარდიუმი იყო დაჭრილი, თუმცა ორთავე შემთხვევაში ოპერაციამდე დიაგნოზი იყო დასმული გულის ჭრილობისა. ორთავე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ფილტვის ჭრილობას, პლეურის ღრუში დიდი სისხლის ჩაქცევით. მე-2ე შემთხვევაში (ავად. შავ.) სისხლის დენა იმდენად მძლავრი იყო, რომ მთელი მარცხენა პლეურის ღრუ სავსე იყო სისხლით. მიუხედავად იმისა, რომ გულმკერდის ღრუ სწრაფად გაეხსენით და სისხლის დენაც ძლიერ ჩქარა შეეჩერეთ, ავადმყოფი მაინც საოპერაციო მაგიდაზე დაგველუპა მწვარე ანემიის გამო. ეს უკანასკნელი ორი შემთხვევა ჩვენ მიტომ მოვიყვანეთ რომ, როგორც ზევით იყო ნათქვამი, გულის ჭრილობის სწორი დიაგნოზის დასმა ფრიად საძნელოა. ხშირად მკაფიოდ გამოხატულია ყველა ის კლინიკური სიმპტომები, რომლებიც ახასიათებენ გულის ჭრილობას, და საქმე კი გვაქვს მის ახლო მდებარე ორგანოების დაზიანებასთან.

როგორც ზევით ვსთქვით, ჩვენ სამთავე შემთხვევაში გულის ჭრილობის დროს და ორ შემთხვევაში, სადაც შეცდომით გულის ჭრილობა იყო დასმული გულმკერდის გასახსნელად ვინმარეთ Terrier—Reymond-ის განაკვეთი, მე-4-ე ნეკნის საბოლოო ამოკვეთით და მე-5-ე ნეკნის გადაჭრით და დროებით გადაწევით. განაკვეთს გულზე დიდი ისტორია აქვს და მთელი რიგი ავტორებისა მოგვაწოდებს თავ-თავის მეთოდს. აშკარაა, ყველა იმ მეთოდთა შორის, რომელიც მოწოდებულა, უპირატესობა უნდა მიეცეს მას, რომელიც იძლევა საშუალებას გულის ფართოდ აღმოჩენისას მასზე სამუშაოთ, თუ შესაძლებელია პლეურის ღრუს გაუხსნელად, art. mamar. interna-ს დაუზიანებლად და სხვა. მთელი რიგი მეთოდებისა გარჩეულია პროფ. ჯანელიძის შრომაში. Delorme, Подрез, Fantan, Kocher, Terrier et Reymond, Ninni—Rotter, Marion, Напалков, Lorenz და სხვ.); მათ გამეორებას ჩვენ საჭიროდ არ ვცნობთ, ვიტყვიტ მხოლოდ, რომ ყველა ეს მეთოდები შებძლება გაიყოს სამ ჯგუფად: პირველია—მეთოდი ნეკნთა შუა (5) განაკვეთის გაყვანით, ნეკნების ღრტილოვანი ნაწილის გადაკვეთით და იქეთ-აქეთ დროებით გადაწევით (Spangaro-d'Erte-Wiems.). მეორე—ნაფლეთოვანი ნაკვეთი მისი სხვადასხვა მოდიფიკაციით (Terr.-Reym., Marion, Подрез, Roberts

Ramondi, Del-Wechio და სხვ.). მე-3-ე თანდათანობითი გაგახიერება ჭრილობის ნეკნის საბოლოო ამოკვეთით (Греков, ჯანელიძე, Черняковский და სხვ.). ჩვენის აზრით, ყველა ზევით ჩამოთვლილი მეთოდის გამოყენება დამოკიდებულია დასტაქრის მიერ ამ მეთოდის მიზანშეწონილ ხმა-რებაზე და სწორედ ამით აიხსნება ის, რომ ყოველი ავტორი თავის მეთოდს აქებს და მით კმაყოფილია. ჩვენ Ter.-Reym.-ის მეთოდმა მოგვცა საშუალება გულზედ თავისუფლად მიდგომის და მასზე ნაკერების დადების, თუმცა უნდა ვსთქვათ, რომ ჩვენ ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ შევძელით პლევრის დაუზიანებლობა. უმრავლეს შემთხვევაში გულის ჭრილობის დროს პლევრა უკვე ოპერაციამდე დაზიანებულია და ადგილი აქვს, როგორც ჰემო—ისე პნევმოთორაქსი. ჩვენთვის აშკარაა, რომ პნევმოთორაქსი არ არის იოლი დაზიანება ორგანიზმისათვის, მაგრამ თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ ამ ოპერაციის დროს ფილტვის კოლაპსი არ არის ხანგრძლივი, თუ პლევრას ყრუთ დავხურავთ, ამიტომ არც ისე საშიში იქნება პლევრის ღრუს გახსნა. ამის დასამტკიცებლად მოვიყვანთ ჩვენმიერ გატარებულ ცდას.

ცდა № 2. შინაური კურდღელი წონით 2700,0 გახსნილია გულმკერდის ღრუ Terrier-Reymond-ის წესით. გახსნილია, როგორც მარცხენა ისე მარჯვენა პლევრის ღრუ 60" განმავლობაში. ცხოველს შეუჩერდა, როგორც სუნთქვა, ისე გულის ცემა; გულმკერდის ღრუ სასწრაფოდ ყრუთ დაიხურა და ხანმოკლე გულის მასაჟის და ხელოვნური სუნთქვის შემდეგ ცხოველი მომჯობინდა და სრულიად განიკურნა.

აშკარაა პლევრის გახსნის დროს სახეში უნდა გვქონდეს პლევრის სუსტი წინააღმდეგობა ინფექციისადმი, მაგრამ, თუ ამ ფრიად რთული ოპერაციის დროს არ ავჩქარდებით და შესაფერისად ჩავატარებთ მას, მაშინ ინფექციას იმდენი საშიშროება არ ექნება. უმნიშვნელოვანესი საკითხი, რომელიც ხშირად ფრიად გამოცდილ დასტაქარსაც თავზარს სცემს გულის ჭრილობის დროს, გახლავთ გულის ჭრილობიდან დიდი სისხლის დენა. პროფ. Греков-ი, ჯანელიძე, Гессе და სხვა. იმ შემთხვევებს, რომლებიც იხოცებიან საოპერაციო მაგიდაზე ან დაშავებიდან პირველ საათებში, აწერენ მწვავე ანემიას. პროფ. Гессе-მ 19 დიდ სისხლის დენიან ავადმყოფიდან 14 დაკარგა, რაც 73,7% შეადგენს. მთელი რიგი ავტორებისა ხშირად საშიშარ სურათს გვიწერენ გულის ჭრილობიდან სისხლის დენისას. აშკარაა საუკეთესო საშუალებაა სისხლის დენის წინააღმდეგ ჭრილობის შეკერვა, მაგრამ ხშირად თვით ამ შეკერვის პროცესში ავადმყოფი სისხლიდან იცლება. ამიტომ ხიფათის თავიდან ასაცილებლად მიმართავენ ისეთ ზომებს, როგორც არის ჭრილობის თითით დაცობა, დაშავებულ ალაგზე ხელის მოჭერა, სისხლის გამჩერებელ პენების დადება, გულში სისხლის მომგვრელი ძარღვების დროებით დახშვა, ამავე მიზნით გულის შებრუნება და სხვა. ჩვენ ვიცით, რომ გული არც ისე უბრალო ორგანოა, რომ ყოველგვარი მანიპულირაცია აიტანოს, ამისათვის შემთხვევის დროს გაუგებრობის თავიდან ასაცილებლად ამ კითხვის გამოსარკვევად ჩვენ ვაწარმოვეთ რამოდენიმე ცდა შინაურ კურდღელზე, რომელსაც მოვიყვანთ.

ცდა № 1. შინაური კურდღელი წონით 2150,0 გახსნილია გულმკერდის ღრუ და აღმოჩენილია გული. გულის ჭრილობის დროს სისხლის დენის შეჩერების მიზნით შებრუნებულია გული დაახლოებით 90°. გული მწვავეთ გაგახიერდა იმდენათ, რომ პერიკარდიუმში არ დაეტია.

ცხოველი დაუყონებლივ დაიღუპა. გულის ნორმალურ მდგომარეობაში დაბრუნებამ და მასაჟმა შედეგი არ მოგვცა.

ამნაირად გულის შებრუნებამ სისხლის ძარღვების დასახშავად ცხოველის დაუყონებლივი სიკვდილი გამოიწვია, რომ გამოგვეკვლია მიზეზი ცხოველის დაღუპვისა გულის შებრუნების გამო, ჩვენ ჩავატარებდეთ რამოდენიმე ცდა ცალ-ცალკე დახშვით გულში მომგვრელი და წამგვრელი სისხლის ძარღვებისა.

ცდა № 3. შინაური კურდღელი წონით 3010,0 გახსნილია გულმკერდი Terrier-Reymond-ის წესით მე-3, 4 და 5 ნეკნების ნაწილობრივ ამოკვეთით. პერიკარდიუმის გახსნის შემდეგ დაედო მომჭერი აორტას და ფილტვების არტერიას. 60" შემდეგ მომჭერი მოიხსნა. ამ ხნის განმავლობაში და შემდეგშიც გული კარგათ მუშაობდა.

ცდა № 5. შინაური კურდღელი წონით 2500,0 გახსნილია გულმკერდი იმავე Ter.-R. წესით მე-3, 4 და 5 ნეკნების ნაწილობრივ ამოკვეთით. დაზიანების გამო გადისკვნა art. mam. int. პერიკარდიუმის გახსნის შემდეგ, რომელმაც მოგვცა ზომიერი სისხლის დენა, დაედო მომჭერი აორტას და ფილტვების არტერიას—90", როგორც ამ ხნის განმავლობაში, ისე მოხსნის შემდეგ გული კარგათ მუშაობს.

როგორც სჩანს ცდები № 3 და 5-საგან ცხოველი კარგად იტანს გულიდან სისხლის წამგვრელი ძარღვების დახშვას ერთ ნახევარ წამის განმავლობაში.

ცდა № 7. შინაური კურდღელი წონით 3200,0 გახსნილია გულმკერდის ღრუ T.-R, წესით მე-3, 4 და 5 ნეკნების ნაწილობრივ ამოკვეთით. პერიკარდიუმის გახსნის შემდეგ დაედო მომჭერი გულში სისხლის მომგვრელ ძარღვებს,—ვენებს. გული კარგად მუშაობს 90", რომლის შემდეგ მისი მუშაობა არეულია. მოიხსნა მომჭერი.

ცდა № 8. შინაური კურდღელი წონით 3400,0 გაიხსნა გულმკერდის ღრუ T.-R. წესით მე-3, 4 და 5 ნეკნების ნაწილობრივ ამოკვეთის შემდეგ გაიხსნა პერიკარდიუმი და დაედო მომჭერი ვენებს 30". გული მშვენიერად მუშაობს. მომჭერი მოიხსნა, რომელიც 30" შემდეგ ხელახლა დაედო და გაიკვეთა მარჯვენა პარკუჭი დაახლოვებით $\frac{3}{4}$ სანტ. სიგრძით. კრილობიდან სისხლის დენა სრულიად არ არის. კრილობა შეიკვრა ორი კვანძოვანი ნაკერით. მოიხსნა მომჭერი. სისხლის დენა არ არის. გული კარგათ მუშაობს. ორი წამის შემდეგ იმის გამოსარკვევად, რომ ენდოკარდიუმი ნამდვილად გახსნილი იყო, ცხოველი მოვკალით და გული გავკვეთეთ, რითაც დადასტურდა ენდოკარდიუმის კრილობა.

ცდები № 7, 8-ში ვენების დახშვა ცხოველმა გადაიტანა დაახლოვებით ერთს—ერთ ნახევარ წამს, რომელიც სრულიად საკმარისია გულის კრილობის შესაკერავად.

უნდა ვიფიქროთ, რომ ჩვენ მიერ წარმოებულ ცდა № 1-ში დაუყონებლივი სიკვდილის მიზეზი არ არის აორტის, ფილტვების არტერიების და ვენების დახშვა. აქ სიკვდილის მიზეზი უნდა ვეძიოთ გულის ნერვიული აპარატის გალიზიანების გამო შოკში.

აგრეთვე ჩვენთვის ფრიად საინტერესო იყო გამოგვეკვლია, თუ რომელი პარკუჭი უფრო დიდ სისხლის დენას იძლევა კრილობის დროს. ჩვენ ამ საკითხით დავინტერესდით იმიტომ, რომ მის შესახებ ავტორთა შორის ერთსულოვნობა არ არის მიღწეული.

ცდა № 4. შინაური კურდღელი წონით 3010,0 გახსნილია გულმკერდი T.-R. წესით მე-3, 4 და 5 ნეკნების ნაწილობრივ ამოკვეთით. პერიკარდიუმის გახსნის შემდეგ მარცხენა პარკუჭს მივაყენეთ ცივი იარაღით კრილობა დაახლოვებით ერთი სანტ. სიგრძის. მივიღეთ თვალსაჩინო სისხლის დენა, რომელიც შეწყდა ორი კვანძოვანი ნაკერის დადების შემდეგ. გულის გაკვეთამ დადასტურა ენდოკარდიუმის გახსნა.

ცდა № 6. შინაური კურდღელი წონით 2500,0 გახსნილია გულმკერდი T.-P. წესით მე-3, 4 და 5 ნეკნების ნაწილობრივ ამოკვეთით. პერიკარდიუმის გახსნის შემდეგ გაიჭრა მარ-

ჯგენა პარკუჭი, იმავე იარაღით და იმოღვნა, როგორც ცდა მეოთხეში. კრილობიდან ძლიერი სისხლის დენა, რომელიც გაჩერებულ იქნა სამი კვანძოვანი ნაკვრით.

ამ რიგად, როგორც სჩანს ცდები № მე-4 და მე-6-დან, ერთი და იგივე ზომის კრილობიდან უფრო თვალსაჩინოა სისხლის დენა მარჯვენა პარკუჭიდან. ეს, ჩვენის აზრით, ასეც უნდა იყოს, რადგან მარცხენა პარკუჭის სქელი კედელი ხელს უნდა უშლიდეს ისეთს დიდს სისხლის დენას, როგორც შესაძლებელია მარჯვენა თხელ-კედლიან პარკუჭიდან. ამის მტკიცება მიტომ გვჭირდება, რომ მთელი რიგი ავტორებისა (Constantini, Tuffier და სხვ.) ამტკიცებენ, რომ თითქოს მარჯვენა პარკუჭის კრილობა უფრო დიდ პროცენტს იძლეოდეს განკურნებისას. პროფ. ჯანელიძის მიერ შეკრებილი სტატისტიკიდან სჩანს, რომ ტყვიით დაჭრილი მარცხენა პარკუჭი იძლევა განკურნებას 47,1%, სიკვდილიანობას 52,9%, მაშინ, როდესაც მარჯვენა პარკუჭი იძლევა განკურნებას 56,7%, და სიკვდილიანობას 43,3%, დაახლოებით ასეთსავე სურათს აგვიწერს ავტორი ცივი იარაღით კრილობის დროსაც. ასეთივე არეული სტატისტიკაა წინა გულის კრილობის დროსაც. ჩვენის აზრით ფრიად სამართლიანია პროფ. ჯანელიძის აზრი: „Что более благоприятные результаты, наблюдаемые после кардиографии на правом желудочке и предсердиях, объясняются тем, что повреждения этих тонкостенных частей сердца кровоточат сильнее и скорее приводят к смерти, поэтому, до операционного стола доходят раненные с менее значительными повреждениями и более выносливые“.

ჩვენ სრულიად ვეთანხმებით ამ აზრს და ვფიქრობთ, რომ გულის რომელი ნაწილიც იძლევა მეტ დიდ სისხლის დენას, სიცოცხლისათვის უფრო საშიშროებას მისი დაზიანება წარმოადგენს. პროფ. Гессе დაახლოებით იმავე აზრისა არის, როგორც პროფ. ჯანელიძე. ამნაირად აღსანიშნავია, რომ ადამიანისათვის უფრო საშიშროებას უნდა წარმოადგენდეს გულის თხელკედლიან ნაწილების დაზიანება. ვსარგებლობთ შემთხვევით აღვნიშნოთ ღრმად პატივცემულ პროფ. ვრ. მუხაძის მიერ გაკეთებული კარდიორაფია მარჯვენა პარკუჭის კრილობის გამო, დაახლოებით ორი სანტ. სიდიდის. ავადმყოფის გადარჩენა აქ უნდა მიეწეროს, ერთის მხრით, დაშავების მომენტიდან შეკერვამდი ცოტა დროს გავლას და, მეორეს მხრივ, ოპერატორის განვითარებულ ტექნიკას. მარცხენა პარკუჭზე კრილობის დროს არის შემთხვევები, როდესაც სისხლის დენა არც ისე მძლავრია ან და სრულიად შეჩერებულია, მიუხედავად იმისა, რომ პარკუჭის ღრუ გახსნილია, როგორც ეს იყო Веселовзоров-ის შემთხვევაში (გამოქვეყნებული 1910 წ.). აღსანიშნავია, რომ მთელ რიგ ავტორთა აზრით არიან ადგილები გულზე, რომელთა დაზიანება დაუყენებელიც გულის გაჩერებას იწვევს. ასეთ ადგილად ასახელებენ, მაგალითად, პარკუჭთა შორის წინა ღარს (Kronecker, Schmey), და პარკუჭთა შუა ძგიდის იმ ალავს, სადაც მოთავსებულია His-ის კონა.

არიან ავტორები, რომლებიც სწაფად გულის გაჩერებას აწერენ გულის მკვებავი სისხლის ძარღვის დაზიანებას, მაგრამ ეს როგორც ლიტერატურის, ისე ჩვენი მესამე შემთხვევის მიხედვით არ მართლდება.

დასასრულ ლიტერატურის და საკუთარი დაკვირვების მიხედვით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ:

1. გულის კრილობის ნაადრევად სწორი დიაგნოზის დასმა ფრიად რთული და საძნელო საკითხია.

2. როდესაც გულის აღმოჩენა მოითხოვს სიჩქარეს, ყველაზე უფრო ჩქარი გასატარებელია მეთოდი მე-4 და მე-5-ე ნეკნთა შუა განაკვეთი (Spangaro-d'Erste-Wilms), თუმცა ამ შემთხვევაში პლევრის ღრუს გაუხსნელობა შეუძლებელია.

3. გულის კრილობიდან მძლავრი სისხლის დენის დროს, თუ სისხლის დენა შეკერვას ხელს უშლის დასაშვებია ხანმოკლე გულის ვენების დახშვა.

4. ადამიანის სიცოცხლისათვის უფრო საშიშროებას უნდა წარმოადგენდეს გულის თხელ კედლიანი ღრუების გახსნა (წინა გულები, მარჯვენა პარკუჭი).

5. გულის ოპერაციის შემდეგ უპირატესობა უნდა მიეცეს როგორც პერიკარდიუმის, ისე პლევრის ღრუს ყრუთ დახურვას. ტამპონი დასაშვებია მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში—განსაკუთრებული ჩვენების დროს.

Приват доцент К. Д. Эристави

Раны сердца и их лечение.

Автор кратко касаясь истории развития вопроса останавливается на трудность диагноза ран сердца. Затем разбирает разные методы для обнажения сердца и подробно останавливается на кровотечение из ран сердца, которое изучал экспериментально на кроликах.

Сообщает три случая ранении сердца из прошедевтической хирургической клиники; из них два принадлежат лично автору с одним случаем выздоровления и с одним—смертью на 16 день от плевро-перикардита.

На основании литературы и личных 2х случаев высказывается за глухой шов.

В заключении делает след выводы:

1. Ранний диагноз ран сердца весьма трудно поставить.

2. Когда требуется спешное обнажение сердца, самым легким и технически легко исполным считается способ Spangaro-d'Erste-Wilms,—разрез между 4 и 5 ребрами, хотя при этом способе обязательно ранение плевры.

3. Если сильное кровотечение из ран сердца мешает работе, допустимо кратковременное прижатие вен сердца.

4. Для жизни пациента более опасно ранение предсердия и прав. желудочка.

5. При ранах сердца предпочтение нужно отдать глухому шву как перикарда, так и плевры. Дренаж этих полостей допустим только при особых показаниях.

Priv. Doz. Dr K. Eristawi.

Über die Herzwunden und deren Behandlung.

Nach kurzer Schilderung der Entwicklungsgeschichte der Herzwundenfrage, weist Autor auf die Schwierigkeit der Diagnosestellung der Erzwunden hin. Es werden verschiedene Methoden der Blosslegung des Herzens auseinandergesetzt Ausführlich behandelt dann Autor die Art der Blutung aus der Herzwunden die er selbst auf den Kaninchen experimentell studiert hat.

Weiter wird über zwei eigene Fälle der Herzverwundung berichtet. Einer von diesen endigte mit Genesug, der andere starb am 16 Tag au Pleuro-pericarditis.

Auf Grund der Literatur und seiner eigenen Beobachtungen (zwei Fälle) Autor macht folgende Zusammenfassung.

1. Es ist sehr schwer die Frühdiagnose der Herzverwundung zu stellen.

2. In Fällen, wo es um eiligste Blosslegung des Herzens handelt, ist die technisch am leichtesten ausführbare „Spangaro-d'Erste Wilms“s Methode—Schnitt zwischen 4—5 Rippen—am geeignetesten, obwohl bei dieser Methode die Pleurabeschädigung unvermeidlich ist.

3. Während der starken, auf der Gang der Operation störend wirkender Blutung, ist die kurzdauernde Einklemmung der Herzvenen zulässig.

4. Die Wunden der Vorhöfe und des rechten Herzens sind lebensgefährlicher als die des linken Herzens.

5. Bei Herzwunden muss die vollständige Vernähung der Pericards und ebenso auch der Pleura Vorzug haben. Die Drainage dieser Räume ist nur bei besonderen Indicationen zulässig.

ხ. ოლიზაია

ტფილისის რკინის გზის მთავარ საავადმყოფოს რენტგენოლოგიური განყოფილების გამგე.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ნორმალური და პათოლოგიური საშვილოსნოსი.

უკანასკნელ ხანებამდე გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში რენტგენის სხივებით სარგებლობდნენ მხოლოდ თერაპიული მიზნით. ქალის სასქესო ორგანოების რენტგენო-თერაპიამ მიიღო მოქალაქობრივობა მედიცინაში თითქმის პირველ დღიდანვე რენტგენის სხივების აღმოჩენისა. როგორც დიაგნოსტიკური საშუალება კი, რენტგენის სხივები დიდხანს ვერ იქმნა შემოღებული ამ დარგში, ვინაიდან შეუძლებელი იყო მუცლის ღრუში მყოფ ორგანოების რ. სურათის მიღება იმ მეთოდებით, რომელიც მაშინ არსებობდა.

იყო ცდები რენტგენო-დიაგნოსტიკისა გინეკოლოგიაში, მუცლის არეში ხელოვნური კონტრასტის შექმნის სახით: შეყვანა ჰაერისა, შემხაპუნება 10% Collargol-ის, NaBr-ის ხსნარი 20-25%, Argirol-ის და სხვა ხსნარებისა მუცლის ღრუში ან სხვა სასქესო ორგანოებში (W. Cary, Rubin-Kennedy, Dartigues et Dimier, Williams და Reynold, Немецов და სხვ.), მაგრამ ამ ცდებმა ვერ მიიღწიეს მიზანს; არ იქნა მიღებული დამაკმაყოფილებელი შედეგები და გარდა ამისა ასეთი შემხაპუნება უშედეგოთ ორგანიზმისათვის არ რჩებოდა. აღწერილია შემთხვევები სიკვდილისა ჰაერით ემბოლიის გამო (Lagayo), ანთებითი პროცესების საშვილოსნოდან კვერცხსავალ მილში და მუცლის ღრუში გადატანა, შემდეგ გაღიზიანება საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის და მუცლის ფარის თვით საკონტრასტო ხსნარების მიერ.

ამ ბოლო დროში ახალი საკონტრასტო ზეთისებურ ხსნარების (Iodipin—გერმანიაში და Lipiodol—საფრანგეთში) შემოღების შემდეგ განახლებულ იქმნა ცდები რენტგენო დიაგნოსტიკისა გინეკოლოგიაში.

გამოქვეყნდა მთელი რიგი შრომებისა ამ დარგში როგორც საზღვარ-გარეთ (Sicard et Forestier, Ferré, Cote et Bertrand, Sainte-Portret, Béclère, Grégoire, Hauser, Dyroff, Eisler u. Schneider და სხვ.), ისე საბჭოთა კავშირში (Рейнберг и Арнштарм, Одишария и Закржевский). აღნიშნული ხსნარები გამოდგა საუკეთესო საკონტრასტო მასალად, და ამავე დროს სრულიად უვნებლად ორგანიზმისათვის; არ არის აღწერილი არც ერთი ზემოდ ნახსენები შემთხვევა გართულებისა.

ამრიგად კონტრასტული რ. დიაგნოსტიკა იჭერს საპატიო ადგილს გინეკოლოგიაში და მას უწოდებენ სახელად Metro—Salpingographia.

ტეხნიკა მარტივია და უმტკივანო.

ჩვენ ამ მეთოდს ვატარებთ ამბულატორულად და დღემდე არ მიგვიღია არავითარი ცუდი მოვლენები.

ტენიკა ჩვენს მიერ მიღებული შემდეგია:

წინასწარი მომზადება ისე, როგორც ვაგინალურ ოპერაციების დროს ავადმყოფს ვაწვევთ Bucky-Potter-ის დიაფრაგმაზე, რომელიც შემდგომ მანიპულიაციების გასაადვილებლად გამოწეული გვაქვს მაგიდის ბოლოზე; ავადმყოფს ფეხები გადმოშვებული აქვს ძაგიდის გარეშე და თითოეულ ფეხს ქვეშ უდგას ტაბურეტი, ასე რომ ვიღებთ გინეკოლოგიურ მდგომარეობას. გინეკოლოგი ჯდება ტაბურეტების შუა და აკეთებს ყოველივე მანიპულიაციას, ამასთანავე რენტგენოგრაფიის გადაღება დაუბრკოლებლივ შეიძლება¹⁾. ცენტრალურ სხივ ვუპირდაპირებთ სიმფიზსა და ჭიპს შუა, ფილმა გამზადებულია დიაფრაგმაში. შემდეგ გინეკოლოგს შეყავს საშოში სარკე საშვილოსნოს ყელში Braun-ის კატეტერი, რომელსაც უერთებენ Record-ის შირიცს ავსებულს წინასწარ სხეულის ტემპერატურამდე გამოთბარი საკონტრასტო მასით (ხელსაწყო სტერილური); შემდეგ საშოდან სარკე გამოგვაქვს და საკონტრასტო ხსნარი (40% Iodipin ანუ Lipiodol-ი) დაბლ წნევის ქვეშ შეგვყავს საშვილოსნოს ღრუში (4—6 კ. სანტ.) ნელ-ნელა (დაახლოებით 3 წუთის განმავლობაში) და შემდეგ, სუნთქვის შეკავების დროს, ვაკეთებთ 2—3 რენტგენოგრამას დრო გამოშვებით (5—15 წუთი); რამოდენიმეჯერ გავაკეთებთ 18—24 საათის შემდგომაც (მანძილი 60 სნტ.; 55 KV; 60 MA; 5—6 წამი; 18×24—24×30 ფილმა, აპარატი „Radio-Transwerter“—Koch et Sterzel).

Metro—Salpyngographia ვავატარებთ ჩვენ როგორც საღ საშვილოსნოზე, — მათი ნორმალური სურათის გამოსარკვევად, ისე დაავადებულზე—სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის გამოსარკვევად. ოპერატიული დადასტურება—საავადმყოფოს გინეკოლოგიურ განყოფილებაში (ექ. ვ. ა. ზაკარეცკი).

ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები შემდეგია: ნორმალურ cavum uterus-ს აქვს სამკუთხედის ფორმა, გვერდები სწორი, შესაძლოა ადგილობრივ იყოს ტალღისებური შედრეკვა, რაც მიგვითითებს არსებულ პერისტალტიკაზე, ვინაიდან საკონტროლო სურათებზე შედრეკვის მდებარეობის ადგილი იცვლება. მუდმივი ტალღისებური შედრეკვა საშვილოსნოს ღრუს გვერდის ერთსა და იმავე ადგილზე, ეგრედწოდებული „დეფექტი“, მაჩვენებელია სიმსივნის არსებობისა. პოლიპები იძლევა პატარა მორგავლო ჩრდილს მდებარეს განცალკევებულად საშვილოსნოს ღრუს ჩრდილისაგან. უსწორ-მასწორობა კონტურებისა შერჩენილ ტონუსთან, ღრუს შეკუმშვა, შევიწროვება მაჩვენებელია გარეშე მდებარე სიმსივნეებისა. საშვილოსნოს კედლების მოღუნებას, —როდესაც ღრუ კარგავს თავის სამკუთხედის ფორმას, ცოტად თუ ბევრად მრგვალდება და ამასთანავე აქვს ადგილი ზემოხსენებულ „დეფექტს“—ჩვენ ვნახულობთ ორსულობის ნაადრევ პერიოდში; აღსანიშნავია, რომ საკონტრასტო მასსა ადვილად შეიშხაპუნება საშვილოსნოს ღრუში, ვითომც არ ხვდებოდეს არავითარი დაბრკოლება, ვინაიდან მოღუნებული, ატონიური საშვილოსნოს მუსკულატურა არ უწევს დიდ წინააღმდეგობას შეშხაპუნებულ მასას, მაშინ როდესაც წინააღმდეგ შემთხვევაში—შერჩენილ ნორმალურ ტონუსიანი საშვილოსნოს კედლები წინააღმდეგობას უწევენ შეშხაპუნებას. უფრო გვიანი ორსულობის დროს საშვილოსნოს ღრუ უკვე გადიდებულია, „დეფექტით“ დაკავებულია ღრუს მეტი ნაწილი, სურათზე გვაქვს

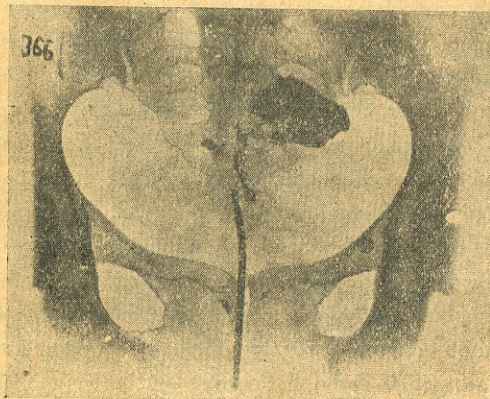
¹⁾ ეს განმარტება ჩვენს მიერ არის შემოღებული.



სურ. 1. ნორმალური საშვილოსნოს ღრუ.
(ოდნავ dextropositio)



სურ. 2. Retroversio და Sinistropositio uteri.



სურ. 3. ნაადრევი ორსულობა
(მუსკულატურის ატონია; ღრუს ფორმის დეფორმაცია;
„დეფექტი“ ჩანასახის ადგილზე —> ; dextropositio)

ნამგლისებური ფორმა საკონტრასტო მასის მდებარეობისა. „დეფექტი“ — აღინიშნება ჩანასხული კვერცხის მდებარეობის არეში.

ამ მეთოდის შემწეობით შეიძლება გამოვიტანოთ აგრეთვე დასკვნა საშვილოსნოს ღრუს სიდიდის (მოცულობის), მისი ამა თუ იმ მდებარეობის შეცვლისა (გადაზრა მარჯვნივ ან მარცხნივ წინ და უკან) და აგრეთვე თანდაყოლილი ანომალიების შესახებ.

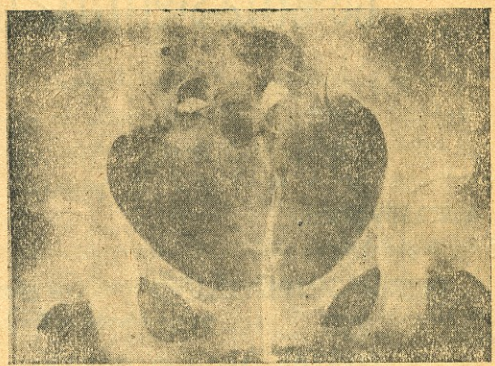
ჩვენ შემთხვევებში ჰქონდა ადგილი ერთხელ ორ რქიან საშვილოსნოს (Uterus bicornus) და ერთხელ ინფანტილურს, შევძელით მხოლოდ 3 c. cm. Iodipin-ის შესხაპუნება.

რაც შეეხება საკონტრასტო მასის ბედს ორგანიზმში ჩვენმა გამოკვლევებმა გვაჩვენა, რომ ის ნაწილობრივ გადადის კვერცხსავალით მუცლის ღრუში, სადაც ჩქარა შეისრუტება სრულიად უშედეგოთ და უვნებლად სხეულისათვის, უმეტესი ნაწილი კი გამოიწურება საშვილოსნოს მიერ საშოში, აქედან-კი გარედ.

Metro—Salpyngographia-ს აქვს გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში დიდი მნიშვნელობა, როგორც მეტად საჭირო დანხმარე დიაგნოსტიურ მეთოდს კლინიკურ გამოკვლევასთან დამატებით. ზოგიერთ, იშვიათ, შემთხვევაში კი, მაგალითად ზემოხსენებულ ანომალიების გამოსარკვევად და აგრეთვე იმ შემთხვევაში, როდესაც საშვილოსნოს პალპაცია შეუძლებელია (სქელი, დაჭიმული მუცლის კედელი, დაფარული სიმისინეებით საშვილოსნო

და სხვა) მას ეძლევა უდიდესი მნიშვნელობა, როგორც ერთად ერთს დამოუკიდებელს დიაგნოსტიურ მეთოდს.

რადგან მეთოდი ახალია, ამიტომ შესაძლოა შეცდომებიც. საჭიროა მეთოდის გამოცდა დიდ მასალაზე, რომ მით შესაძლებელი შეიქნეს ხმარების მტკიცე პრინციპების შემუშავება.



სურ. 4. Uterus bicornus
(ავსებულია საკონტრასტო მასით ორივე რქა)

ლიტერატურა:

1) Sicard et Forestier—Presse Medic. 1923. 2) Rubin et Kennedy—Presse Medic. 1924. 3) Saint—Portret—Bull. d. l. Soc. franc. L'El. et Rad. 1924. 4) Ferré—Journ. d'El. et Radiologie № 10, P. 433, 1925. 5) Cote et Bertrand—Presse Medic. 1926. 6) Dyroff—Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgen, 34—Kongressheft. 7) Henkel—D. med. W. 1926 № 28. 8) Iaroschka—Frschr. Röntgen. 35, n. I. s. 114. 9) Ioachimovitz—W. Kl. W—1926. 10) Mc Cready and Ryan—Frschr. Röntg. 35-5. s. 1111. 11) Nahmaher—Frschr. Röntg. 35-3 s. 579. 12) Newell—Frschr. Röntg. 35-2 s. 389. 13) Nölke—Frschr. Röntg. 35-4, s. 698. 14) Odenthal und Bickenbach—Frschr. Röntg. 35-4, s. 795. 15) Randall—Frschr. Röntg. 35-4. s. 841. 16) Rubin und Bendick—Frschr. Röntg. 35-5. s. 1115. 17) Schneider und Eisler—Frschr. Röntg. 35-5. s. 1007. 18) Schober—Frschr. Röntg. 34-3. s. 413. 19) Williams und Reynolds—Frschr. Röntg. 34-1/2. s. 107. 20) Рейнберг и Арнштам—Вест. Рентг. и Рад. т. IV, Вып. 4.

С. Одишария

Рентгенологическое исследование нормальной и патологически измененной матки.

Автор указывает на Иодипин и Липиодол, как лучшие контрастные средства для метро-сальпингографии и отмечает значение этого метода; описывая применяемую в его отделении технику на основании своего материала дает рентгенологические данные для определения состояния матки (объем, форма, опухоли и пр.) Метод дает возможность также раннего определения беременности.

Dr S. Odischaria.

Die röntgenologische Untersuchung der normalen und der pathologisch veränderten Gebärmutter.

Der Verfasser bespricht die Bedeutung des Iodipin's und Lipiodol's als beste Kontrastmittel für die Anwendung der Metro-Salpingographie und betont die Bedeutung dieser Methode.

Er beschreibt die in seiner Abteilung angewandte Technik und gibt auf Grund seines eigenen Materials röntgenologische Angaben für das Bestimmen des Zustandes der Gebärmutter (Die Höhlengröße, die Form die Geschwülste u. s. w.). Die Methode gibt auch die Möglichkeit früh eine Schwangerschaft festzustellen.

საზოგადოებრივი მედიცინა

ი. ასლანიშვილი.

კლინიკის ასისტენტი.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკიდან.
გამგე პროფ. ა. მაჭავარიანი.

ჩივიის ახალი კერები საქართველოში.*)

წინანდელ ჩემს გამოკვლევაში**) მე პირველად აღენუსხე ჩიყვის გავრცელების ახალი მიდამოები საქართველოს საზღვრებში სვანეთის გარეშეც. საერთოდ უკანასკნელ ხანებამდე მწერლობაში ცნობილი იყო მხოლოდ საქართველოს მიდამოებში სვანეთის ფარგლები, სადაც ჩიყვი, როგორც ზემო, ისე ქვემო სვანეთშიც სათანადოდ გავრცელებულია. მხოლოდ თუ ჩიყვი საქართველოს სხვა კუთხეებშიც მძვინვარებდა, ამის შესახებ ჩვენ მწერლობითი წყაროები არავითარი მოგვებოგებოდა იმისდამიუხედავად რომ საქართველოში არსებული საავადმყოფოების ძველნარები საკმარის მასალას იძლეოდა ჩიყვის ენდემიის შესახებ საქართველოს ისეთ კუთხეებშიც, როგორიც არის, ერთის მხრივ, რაჭა — რიონის ხეობაზე მდებარე და, მეორეს მხრივ, მთიულეთი — არაგვის ხეობაზე მდებარე. ამ ზემოხსენებული ორი კუთხის შესახებ მე უკვე გამოვსტევი ჩემი აზრი და სათანადო, თუმცა მცირე, მასალით და პირადი შთაბეჭდილებებით მთიულეთში მოგზაურობისას დავადასტურე ჩიყვის ენდემიის არსებობა რაჭა-მთიულეთში.

ამ დაკვირვებათა მიხედვით დაინტერესებულმა მივეყ ხელი ჩიყვის გავრცელების მიზეზების შესწავლას საქართველოში და კლინიკებისა და საავადმყოფოების ძველნარების გადათვალიერებამ, მასთანვე მთავალა-მგზავრობამ, რომელსაც 1924 და 1925 წლების ზაფხულს ვაწარმოებდი, საშვალემა მომცა დამუშავება და აღმოჩინა ჩიყვის გავრცელების ახალი კერები, რაც ფრიად მნიშვნელოვანია, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას რომ ჩიყვთან ბრძოლის საკითხი ახლო მომავალში აუცილებლად დასმული უნდა იყოს სათანადო ორგანოების წინაშე, რათა ის საფრთხე, რომელიც ჩიყვის გავრცელებით და მისი შედეგებით საქართველოში არსებულ სხვა სნეულებებთან ერთად, აუცილებლივ ერს ნაწილობრივ მაინც გადაგვარებას უქადის, შესაფერისი ზომების მიღებით შენელებული იქნეს.

*) მოხსენებულია შავი ზღვისა და დასავლეთ კავკასიის მხარეთმცოდნეობის მეორე ყრილობის ჯანმრთელობის სექციაში ქ. ბათომში 27. IX. 1925 წელს.

**) ენდემური ჩიყვი საქართველოში. იხილე ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ № 1-2, 1924 წ.

სვანეთი, რაჭა და მთიულეთი — როგორც უკვე ცნობილი, ჩიყვის გავრცელების მხრივ, თუმცა ამ მხრივ შეუსწავლელი — ამ მოხსენების საგანს არ შეადგენენ.

ჩვენი საგანია ჩიყვის გავრცელების აღმოჩენილ ახალ კერათა გამოაშკარავება და იმის დადასტურება, რომ ჩიყვს ამ ახალ კერა-წერტილებში უჭკველად მჭიდროდ დაუსადგურებია და როგორც საქართველოს უკვე ცნობილ სხვა კუთხეებშია იგი გავრცელებული, ისევე მძვინვარებს ჩიყვის ამ ახლად აღმოჩენილ კერებში.

ეს ახალი კერები არსებობენ საქართველოს თითქმის ყველა ნაწილებში: სამეგრელოში, გურიაში, ლეჩხუმში, იმერეთში, აჭარაში, ქართლ-კახეთში, მესხეთ-ჯავახეთში; განსაკუთრებით და უმთავრესად კი მათ შემდეგ ადგილებში: გურიაში — სოფელი სურები, მდებარე მდინარე სუფსის მიდამოებში, რომელსაც სათავე აქვს აჭარის ქედიდან სახელდობრ ნეფისწყაროს არემარედან; იმერეთში — ნაღებს მთიდან გამომავალ ხანისწყალზე მდებარე სოფელი ხანი და რკინისჯვარის მიდამოებიდან გამომავალს საკრეულას ნაპირებზე მდებარე სოფელი კიკნაველეთი.

ამ ორ სოფელთან მათ არემარეს ჩამავალ მდინარეების გამო დაკავშირებული მთები ნაღება და რკინისჯვარიც ეკუთვნის იმ ქედს, რომელსაც ეკუთვნის აგრეთვე ნეფისწყარო, საიდანაც იწყება მდინარე სუფსა, სახელდობრ აჭარის ქედი. ქართლში — პატარა ლიახვის ხეობაზე, სოფლებში: ტყვიავში, ტირზნისში, კარბში, მერეთში, ქსულიში. კახეთში — სოფელი ყვარელი, ღურუჯის ხეობაზე მდებარე და კავკასიონის ფერდობზე გადაშლილი, საიდანაც დასაწყისი აქვს ღურუჯის ხევისა.

შევეხოთ მოკლეთ სათითაოდ ზემოაღნიშნულ მიდამოებს. ჩემის მხრივ ეს იქნება მხოლოდ მოკლე და სადა სამკურნალო-ადგილსახვითი ცდა ზედ თანდართული მცირე მასალით, რომელიც აუცილებლად ჩემი ზემოხსენებულ თვალთახედვის დამადასტურებელი იქნება.

სოფელი სურები, — გურიაში, — მდინარე სუფსის საწყის მიდამოებში მდებარე, ცნობილია ჩიყვის გავრცელებით, რის შესახებაც ყოველი გურული სრულიად გაუკვირვებლივ დაგიდისტურებთ და დაწვრილებითაც კი გადმოცემთ ჩიყვიანთა სიმრავლეს სურების მიდამოებში.*) სურებში თითქმის $\frac{1}{3}$ მცხოვრებლებისა ჩიყვითაა დაავადებული. თვით სოფლელები ჩიყვის გავრცელებას წყალს მიაწერენ და იმასაც აღნიშნავენ, რომ იგინი ცნობენ იმ წყალსაც, რომლიდანაც შესაძლებელია ჩიყვით დაავადება. სოფლელები ცნობენ ე. წ. „ჩიყვოვან წყალს“,

*) გურიაში სურების ჩიყვის შესახებ შაირებსაც კი მოსთქვამენ, რითაც ერთგვარად ახასიათებენ სურებელთა ჩიყვიანობას.

„სურებელი აღმა მიდის
მიიძახის თარალოსო,
ყველას ჩიყვი დამართია
მე რა უყო საბრალოსო“. (გადმომცა ანზ. ე. ცინცაძემ). ასე
თია გადმოცემა ხალხში.

რომელშიც მათი თქმით უბრალო თვალთ ამჩნევენ რალაც მცურავ მცირე სხეულებს და რის გამოც იმდაგვარ წყლების სმას ერიდებიან კიდევ.

რათა სახსებით დავამტკიცო ჩემი მოსაზრება სურებში ჩიყვის არსებობის შესახებ და არ დავეყრდნო მხოლოდ იმ შთაბეჭდილებებს, რომელნიც გადმომცეს ამხანაგ-მეგობრებმა სურებში გავრცელებულ ჩიყვის შესახებ, მე მივმართავ იმ შემთხვევებს, რომელიც გატარდა პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში 1924 წ. მარტში და 1925 წ. მაისში.

შემთხვევა 1: ავადმყოფი ბ—შეილის ასული ელ.,*) ქართველი, სოფ. სურებიდან, 28 წლის, ტანისამოსის მკვრავი, გაუთხოვარი შემოვიდა კლინიკაში კუჭის მიდამოში ტკივილების გამო თანდართული პირსღებინებით და სიმძიმის გრძობით გულის კოვზთან. გამოკვლევამ დაადასტურა დიაგნოზი: dilatatio ventriculi. ავადმყოფს აღენიშნა აშკარად გადიდებული ფარისებრი ჯირკვლი, სადაც სიმსივნე კაკლის ოდენობას აღწევდა და მასთანვე მოძრავი იყო ყლავის დროს. კისრის სიმსივნეზე ავადმყოფი სრულიად არ სჩიოდა. სიმსივნე ავადმყოფს გასჩენია რამოდენიმე წლის წინად და თანდათანობით ზრდამ უკანასკნელ ოდენობამდე მიახწია. სიმსივნე კისრის შუა ნაწილშია მოთავსებული, ხელი ადვილად აძლევს მას მოძრაობის მსვლელობას. კისერზე არ აწევბა შესამჩნევად, თუმცა ოდნავ იგი მინც საგრძობია. ანამნეზიდან ვტყობილობთ, რომ ავადმყოფს თვითრი პირველად 17 წლისას მოსვლია, იცოდა 5-6 დღე უმტკივნეულოდ; ბოლო ხანს კი 6 თვეა აღარ მოსვლია. ავადმყოფმა არ მოისურვა კუჭზე ოპერაციის გაკეთება, არც კისერზე და სურვილისამებრ გაეწერა. სიმსივნე იყო: Struma cystica.

შემთხვევა 2: Struma nodosa et Lymphadenitis tbc coli. ავადმყოფი რ—ლი თ.**) 17 წ., ქართველი, მოწაფე, გაუთხოვარი. სოფ. ქვემო სურებიდან, შემოვიდა კლინიკაში სიმსივნისა გამო კისრის მიდამოში, სადაც იგი მოთავსებულია მის მარჯვენა მხარეზე და მისი სიდიდე კვერცხის ოდენობამდე ახწევს. ამდაგვარივე სიმსივნით ავადმყოფის ახლობელებში არავინაა შეპყრობილი, მხოლოდ ავადმყოფის მამის ნათესაებში, ავადმყოფის გადმოცემით, ოჯახში ორსა და სამს აქვთ ამგვარივე სიმსივნეები. ავადმყოფი გურულია, ოზურგეთის მაზრიდან, სახელდობრ სოფ. ქვემო სურებიდან ანუ დიდი ვანიდან. აღნიშნულ სოფელში ხშირად ხვდება ჩიყვით დაავადებულნი, თუმცა უფრო მეტი ხვდება შუა სურებში და ზემო სურებში. სვამენ მცხოვრებლები წყაროების წყალს. მასთანვე იმისდა მიუხედავად რომ სოფლებმა იციან ზოგიერთ წყაროების მავნებლობა ჩიყვის გავრცელების მხრივ, მინც არ ერიდებიან და სვამენ იქიდან წყალს.

ავადმყოფს მწვავე ინფექციური დაავადება არ აღენიშნება. ბავშობაში გადაუტანია წითელა, ყვიანა ხველა. ამას გარდა 10 წლის რომ ყოფილა გასჩენია ჯირკვლები კისრის მარჯვენა მხარეს ქვედა ყბის ქვემოდა ყურის ძირში რამოდენიმე ადგილას, რაც შემდეგში გამორწყობია და მის ადგილზე დარჩენია ნაწიბურები. ამგვარივე ჯირკვლები მეორე მხარეზეც გასჩენია უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში, რაც დროგამოშვებით უქრება და გაზაფხულზე კი ისევ უჩნდება. 7 წლის იყო, როდესაც კისრის წინა მიდამოში უფრო მარჯვენა მხარეზე შეუმჩნიეს მას პატარა თხილის ოდენა სიმსივნე, რომელიც თანდათანობით შეუმჩნევლად იზრდებოდა და მატულობდა. 8 წლის იყო ტფილისს რომ გადმოვიდა და სიმსივნე კი თანდათანობით უკანასკნელ ხანამდე სულ მატულობდა და სრულიად შეუმჩნევლად იზრდებოდა. დროგამოშვებით სიმსივნის ზრდას ტანსაცმელის საყვლოთი ამჩნევდა თვითონ ავადმყოფი; ზაფხულობით იგი მიემგზავრებოდა ხოლმე თავის სოფელში, სადაც 2-3 თვეს რჩებოდა, ხანდახან ზამთრობითაც უხდებოდა იქ ჩასვლა.

სიმსივნის ზრდა მუდმივ თანსწორადი და თანდათანობითი ყოფილა და მის ზრდაში სისწრაფეს ადგილი არ ქონია. სუნთქვას საერთოდ არ უშლის, თუმცა ხანდახან რალაც უხერხულობას გრძნობს სუნთქვის მხრივ ამ სიმსივნის ზედაწოლის გავლენით. ტკივილები გადაცემითი

*) პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის ძველნარი. ავადმყოფობის ისტორიის № 86. 1924 წ. 3. III.

**) პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის ძველნარი. ავადმყოფობის ისტორიის № 356. 2. V. 1925 წ.



სურ. 1 და 2. გურია (სურები).

და ადგილობრივი, ჩვეულებრივ არ აღენიშნება. წამლობა მანამდის როგორც გარეგანი, ისე შინაგანი, ან რაიმე შეშხაპუნება არ უწარმოებია.

ავადმყოფს სათანადო გამოკვლევების შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია ჩიყვის ამოკვეთით — Strumectomy (ოპერატორი პროფ. მაჭავარიანი). ავადმყოფი პირვადი შეხორცებით მეშვიდე დღეს კლინიკიდან განკურნებული გაეწარა.

ანალოგიური შემთხვევები მე ამოკვრიბე პროფ. გრ. მუხაძის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის ძველნარიდან. სულ სამი შემთხვევა:

1 შემთხვევა: 1919 წ. 12. IX. ს—შილისა ბარბაღე, 42 წლისა, სოფ. სურებიდან დიაგნოზი: Struma parenchimatosa. ოპერაცია Strumectomy, ადგილობრივი ტკივილდაღუმება. ოპერატორი პროფ. გრ. მუხაძე. (ავადმყოფობის ისტორიის № 1320).

2 შემთხვევა: 1919 წ. 14. IX. ს—ასი პ. 28 წლის. დიაგნოზი: Struma. სიმსივნე მოთავსებულია კისრის წინა ნაწილში, უფრო მარჯვნივ, მკვრივი ანაგობისაა. ყლაპვის დროს სწყლაპავ მილთან ერთად მოძრაობს. სუნთქვა და ყლაპვა გაძნელებული არა აქვს. უოპერაციოდ გაეწერა. (ავადმყოფობის ისტორიის № 1354).

3 შემთხვევა: 1924 წ. 2. I. დ—სა ელისაბედი, 40 წლის, ქართველი; დიაგნოზი — Struma nodosa. ოპერაცია Strumectomy. (ოპერატორი პროფ. გრ. მუხაძე). ავადმყოფობის ისტორიის № 55).

ზემოხსენებული ხუთივე შემთხვევა ქალებს ეკუთვნის. მასთანვე ხუთივე სათანადოთ დამადასტურებელია ჩიყვის არსებობის გურიაში და სახელდობრ მის ერთ ადგილში მთაში მდებარე სოფელ სურებში.

დაწვრილებითი გამოკვლევა აუცილებლივ უნდა მოხდეს ადგილზე თვით სურებში სათანადო ყოველმხრივი მასალის შეკრებით და პირადათ ჩემი განზრახვა, რაც აქამდის უნდა მომეყვანა სისრულეში სურებში ასვლით, არ მოხერხდა, მაგრამ ეს სრულიად საბაბს არ გვაძლევს იმისას, რომ მომავალში მაინც არ

ვიფიქროთ მის ასრულებაზე. აუცილებლად უნდა მოეწყოს პატარა ექსპედიცია სურბში, სადაც ყოველმხრივ შესწავლილი უნდა იქნეს ჩიყვი.

რამდენადაც სურბისკენ მე არ მომიხერხდა მოგზაურობა, სამაგიეროდ ამ მხრივ ჩემი განზრახვა ნაწილობრივ შევასრულე იმერეთის მხრივ ხანის წყალზე, როდესაც სადგურ რიონიდან დოცენტ გ. ნიკოლაძესთან ერთად ფეხით გადასვლა მომიხდა აგარაკ აბასთუმანში რკინის ჯვარზე (ზეკარის გადასავალით). მყოფი ხანის წყლის მიდამოებში ადგილობრივ მცხოვრებლებს შორის შეკრებილ ცნობებმა გაამართლა ჩემი მოსაზრებანი ხანის წყალზე მდებარე სოფელ ხანში არსებულ ჩიყვის ენდემიამ სოფელში მრავლადაა ჩიყვიანები და ჩიყვი უმთავრესად უკვე ჩვენს მიერ აწერილ ჩიყვებს ეკუთვნის, სახელდობრ უბრალო ჩიყვებს. ხანელებიც მათ შორის ჩიყვის გავრცელებას წყალს აწერენ. სოფელი ხანი კარგა მაღალ ადგილზეა, არა ნაკლებ 1500 მეტრისა და აღინიშნება სწორედ ჩიყვიანთა სიმრავლით.

უფრო ნაკლებ გავრცელებულია ჩიყვი ხანის წყალის გასწვრივ მიმავალ მდინარე საკრეულას ხეობაში განსაკუთრებით სოფელ კიკნაველეთში, სადაც რასაკვირველია უფრო ნაკლებ ხედებიან ჩიყვიანები. სოფელ კიკნაველეთში ჩიყვიანები მე მინახავს 1918 წელს, როდესაც მუშაობა მიხდებოდა კიკნაველეთში ინფლუენციის საწინაამდგომლად ერობის საგანგებო ეპიდემურ რაზმში.

ყოველივე ზემოხსენებულის დასადასტურებლად, რომ საკრეულასა და ხანის წყალის მიდამოებში ჩიყვი გავრცელებულია ორ სოფელში, ავტორიტეტად მომყავს პროფესორი ნ. კახიანი, რომელსაც უკანასკნელ წლებში არა ერთ და ორისათვის კიკნაველეთიდან და ხანიდან ჩამოსულ ჩიყვიან სოფლელებისათვის გაუკეთებია ოპერაციები.

ამრიგად ჩიყვის ენდემიას საქართველოში კავშირი აქვს აგრეთვე აჭარის ქედთან, ვინაიდან ჩრდილო კალთაზე მდებარე თითქმის ერთ და იმავე დონეზე სოფლები იძლევიან ჩიყვის გავრცელებას. ეს მეტად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მიზეზები ჩიყვის წარმოშობისა დაფარულია სწორედ იმ ქედის ბუნებაში, რომელიც წყალის თუ ნიადაგის სიხით გვაძლევს ჩიყვის ენდემიას. და თუ ცხადია აჭარის ქედის აქეთა ჩრდილო ფერდობები იძლევა ჩიყვის გავრცელების ნიადაგს, ჩვენ დარწმუნებული უნდა ვიყოთ აგრეთვე იმაში, რომ ამ ქედის მეორე მხარეზე, მისი სამხრეთი მხარეც უეჭველად უნდა იყოს ჩიყვის გავრცელების მაჩვენებელი, რაც რასაკვირველია ჩვენს დღევანდელ მოხსენების საგანს არ ეხება, მაგრამ სხვათაშორის გაკვრით ეს მოსაზრება ჩვენ უნდა გამოგვეთქვა, რათა მიმავალში გვექნეს საშვალეობა ამ მხრივაც მიუდგეთ აჭარის ქედის შესწავლას, რომელიც ჩიყვის შესწავლის მხრივ ჯერჯერობით ერთგვარად გარკვეულს, მაგრამ მასთანვე სრულიად გამოუკვლეველ მასალას იძლევა, რაც აუცილებლივ სათანადოთ შესწავლილი უნდა იქნეს, მით უმეტეს რომ მე უკვე მაქვს იმის უტყუარი ცნობები აჭარელთა გამოკითხვით, რომ აჭარაში, როგორც მის ქვემო ნაწილში უმთავრესად მერისის ხეობით და მის ზემო ნაწილში სხალთის ხეობით (სოფ. კვატია) მრავალია ჩიყვით დაავადებულები.

დასავლეთ საქართველოში ზემოთმოხსენებული ადგილების გარდა ჩიყვის გავრცელების მხრივ აღსანიშნავია ოდიში, მისი ის ადგილები განსაკუთრებით,



სურ. 3. სამეგრელო.



სურ. 4. ლეჩხუმი.

რომელნიც სვანეთის საზღვრებთან მდებარეობს ენგურის ნაპირებზე — მაგალითად სოფლები ხუჯონი და ფურში და აგრეთვე მათ ირგვლივ მთებში მდებარე სოფლები; ლეჩხუმი თვით ლაჯანურის ხეობიდან ახალქალა-ორბელამდე, განსაკუთრებით სოფლები: სორმოში, ორბელი და სხვა. აქვე მოვიყვან მოკლედ ერთ ავადმყოფობის ისტორიას, რომელიც ენება ლეჩხუმიდან ტიპიურ ბაზედოვის სნეულებას, სადაც ამ სნეულების სამივე დამახასიათებელი ნიშნები გამოსახულია სვესებით: ჩიყვი, ტახიკარდია და ეგზოფტალმუსი.

ავადმყოფი ა. ბ.—ძისა, 23 წლის, ქართველი, ოჯახის ქალი მოვიდა კლინიკაში კისრის მიდამოში გაწლილი სიმსივნისა, თვალერის ამოზურცვისა და ძლიერი გულის ძვრის გამო. ახლოებლებში თავის მშობლების მხრივ არავის ამდაგვარი მოვლენები არ აღენიშნებათ. ავადმყოფი სოფ. სპატაგორშია დაბადებული და აღზრდილი. ქმრის მხრივ ახლოებლებს აღენიშნებათ კისრის მიდამოში სიმსივნეები, მხოლოდ მათ იგინი არ აწუხებენ და არავითარ იმგვარ მოვლენებს, რასაც ჩვენი ავადმყოფი აღნიშნავს, არ განიცდიან. ავადმყოფის სოფელი სპატაგორი მდინარე ლაჯანურზე მდებარეობს და სოფლები სვამენ წყაროებისა და ჭებიდან ამოღებულ წყალს. ქმრის სოფელში კი, სადაც ავადმყოფი უკვე მერვე წელიწადი იმყოფება, სოფლები წყაროს წყალს სვამენ. თვით სოფელი სორმოში უფრო მაღლობ ადგილზეა ამართული, ვიდრე სოფელი სპატაგორი. სოფელ სპატაგორში თუ შეხედება კისერზე სიმსივნეიანი ავადმყოფები, იგინი, როგორც ავადმყოფი გადმოგვცემს, სოფელ სორმოშიდან არიან გამოთხოვილი. სოფელ სორმოში კი თურმე უმეტეს შემთხვევაში ქალები არიან დაავადებული კისრის მიდამოს სიმსივნითი.

რაც შეეხება დაავადების გაჩენას, ავადმყოფი მას ასე აგვიწერს: გასულ 1924 წლის დეკემბრის თვეში უცხად იგრძნო კუჭის მიდამოში წვა, მასთანვე ფეხების მოწყვეტა და იგი იძულებული იყო ლოჯინად ჩავარდნილიყო. იმავე ხანებში იგრძნო თვალების წვა და ერთი კვირის შემდეგ ახლობელებმა შეამჩნიეს, რომ მას კიანური დასიება; როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, სიმსივნე მას უცხად გაზრდია, შეუმჩნევლად, რაც მისთვის ძლიერ გასაკვირველიც იყო. ავად-

მყოფობის დაწყებიდანვე თვიური შეწყვეტა, თუმცა ავადმყოფობის დაწყებამდეც თვიურის სვლეობა ძლიერ გაძნელებული ჰქონია. იმავე ხანებში ავადმყოფს შეეცვალა ხმა სრულებით და მასთანვე ყლაპვასაც უშლიდა, ასე რომ წყალი სულ ვერ გადაჰქონდა. მაშინვე დაეწყო ძლიერი შეხუთვის შეტევები. ტკივილები სავალალო მიდამოში ადგილობრივ შესამჩნევია.

ა წ მ ყ ო მ დ გ ო მ ა რ ე ო ბ ა: ხმა აწეული, ბოხი წარსულთან შედარებით, როდესაც მას უფრო წვრილი ხმა ჰქონია; ახლა კი ძლიერ გაბოხიანებულია. სუნთქვა გაძნელებული აქვს, მით უმეტეს, თუ სიმსიენეს ნაირნაირი მიმართულებით ხელით დავაჭვრთ, აგრეთვე წოლითი მდგომარეობისას, უფრო კი დგომითი მდგომარეობის დროს. ყლაპვას ძალიან უშლის, ნერწყვიც ვერ გადააქვს ადვილად. რაც შეეხება ტკივილებს სიმსიენეში, ავადმყოფი მას აღნიშნავს უთავარესად სიმსიენის ზედა ნაწილებში, სწორედ იქ, სადაც სიმსიენე ქვედა ყბას ებჯინება. რაც შეეხება ამ ტკივილების გადაცემას სხეულის სხვა ადგილებში, ავადმყოფს ეს ტკივილები ორივე მხარის სახსრების მიდამოში გარკვეულად აღენიშნება.

მაჯა რბილი, მცირე მოცულობის და ხანგამოშვებით ურითმო. გულის ძვრა ძლიერი, გაშლილი. გულის საზღვრები: მარცხნით 3 თითით, მარჯვნივ ერთი თითით გაგანიერებული. ზემოთ მეორე ნეკნის შუა სივრცეში, ღრმა პერკუსიით მწვერვალზე ისმის შუილი, რომელიც თანდათან ძლიერდება art. pulmonalis მიმართულებით. მეორე ტონი art. pulmonalis-ზე გაძლიერებულია.

ეს შემთხვევა ლეჩხუმიდან დამახასიათებელია უფრო იმიტომ, რომ საქართველოში საერთოთ ბაზედოვის სნეულება იშვიათი მოვლენაა. ჩვენში ჩიყვები უბრალო სახისაა, კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი ფორმებს თითქმის არ ვხვდებით.

დასავლეთი საქართველოს ზემოხსენებული მიდამოების გარდა უნდა აღინიშნოს აგრეთვე კიდევ ის ადგილები, რომელნიც საჩხერის მახლობლად რაჭის საზღვრებთან მდებარე მთებშია გადაშლილი და ტყიბულისაკენ ე. წ. ოკრიბას მიდამოები, სადაც ჩიყვის გავრცელება მართლაც შესამჩნევია.

ამრიგად დასავლეთ საქართველოში ჩიყვს ჩვენ ვხვდებით რაჭა-სვანეთის გარდა ლეჩხუმსა და იმერეთში, გურიასა და სამეგრელოშიც. გადავიდეთ ახლა დასავლეთ საქართველოში, სადაც ჩვენ აღნუსხული გვაქვს ჩიყვოვან ადგილათ მთიულეთის მიდამოები. მის გარდა კიდევ არის ჩიყვი სხვა ადგილებში. შევვებით ჯერჯერობით კახეთის მიდამოებს.

ჩვენი ცნობების მიხედვით კახეთში ალაზანს გადაღმა კავკასიონიდან გამომდინარე დურუჯის ხეობაზე მდებარე სოფელ ყვარელში ჩიყვით დაავადება შესამჩნევია. სოფელი ყვარელი მდებარე არს კავკასიონის ფერდოზე, ასე რომ ამ მხრივ ჩვენ შეგვიძლია მისი ადგილმდებარეობა შეუფარდოთ მთიულეთს. იმ ჩვენს მოხსენებაში, სადაც რაჭა-მთიულეთზე გვქონდა ლაპარაკი, იქ გავკვრით გვქონდა ნათქვამი რომ კავკასიონის ფერდოებზე თუშეთშიც ჩიყვის შემთხვევები უნდა იყოს. ვეყრდნობოდით რა საქართველოს უძველეს გეოგრაფოს ვახუშტს, მის ცნობების მიხედვით ვამბობდით: „თუშეთიც თავის მდებარეობით მთიულეთის მეზობლად იმავე სიმაღლეზე გადაშლილი, დარწმუნებული ვართ ისეთსავე სურათს გადაგვიშლის, თუმცა უფრო მცირე ხასიათისას.“*)

კავკასიის კალთაზე თუშეთის მარჯვნივ ალაზანის გაღმა შიდა კახეთის მიდამოებია დაფენილი და სოფელი ყვარელიც ერთი წერტილია ამ მიდამოსი, სადაც ჩიყვს დაუბუღრებია.

*) იხ. ჩემი „ენდემიური ჩიყვი საქართველოში“ გვ. 11. (ცალკე ამონაბეჭდი ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-დან № 1. VII-VIII. 1924. ტფილისი).

ყვარელში ჩიყვის არსებობის შესახებ გამოთქმულ ჩვენ აზრის დასადასტურებლად მოვიყვან 3 შემთხვევას პროფ. გ. მუხაძის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკიდან. სამივე შემთხვევა, რომელიც სოფელ ყვარელს ეკუთვნის, გატარებულია ზემოაღნიშნულ კლინიკაში 1919 წ.)*

შემთხვევა 1: ავადმყოფი კ—შვილისა ანასტასია, ქართველი, 40 წლის, ქერივი, მეოჯახე, სოფელ ყვარელიდან შემოსულა კლინიკაში ჩივილებით სიმსივნეზე კისრის მიდამოში. ავადმყოფის სიტყვით 12 წლის წინ კისრის მარჯვენა მხარეს შუა ხაზის მახლობლად გასჩენია მცირე ოდენობის სიმსივნე, რომელიც თანდათანობით იზრდებოდა და არსებულ ოდენობამდე მიახწია, რაც მუჭის სიდიდეს უდრიდა, იყო მკვრივი ანაგობის და მორგვალო სახის. სიმსივნე შუა ხაზის მარჯვნივ მდებარეობს, მხოლოდ ხაზი სიმსივნის ზემოდ ნაოჭებად იკრიფება. ყლაპვითი მოძრაობისას სიმსივნე ზევითკენ ადის. სუნთქვა და ყლაპვა გაძნელებული არ არის.

გული: ზემო და მარჯვენა წესიერი, მარცხენა საზღვარი განივად თითის 1/4-ზეა გადიდებული. ტონები სუფთა, არითმია.

ადგილობრივ ტკივილდაღუმების ქვეშ ნოვოკაინის ხსნარის საშვალეებით გაუკეთდა ოპერაცია Strumectomy. მე-7 დღეს ნაკერები მოეხსნა, შეზორცება პირვადი. ავადმყოფი ჯანსაღად გაეწერა.

შემთხვევა 2: ავადმყოფი აბ—შვილისა ეკატერინე, ქართველი, სოფელ ყვარელიდან 25 წლის, გათხოვილი, მეოჯახე შემოვიდა კლინიკაში ჩივილებით სიმსივნეზე კისრის მიდამოში სიმსივნე მცირე ოდენობისაა. 6 თვის წინად გაუჩნდა, თანდათანობით იზრდებოდა და არსებულ სიდიდეს მიახწია, რაც თითქმის ქათმის კვრცხის ოდენობას ახწევს. სიმსივნე რგვალი სახისაა, მკვრივი ანაგობის, კანი სიმსივნის ზემოდ ნაოჭებად იკრიფება და ცვლილებაც არ ეტყობა. ყლაპვითი მოძრაობისას სიმსივნე ზემოთ ადის. შინაგან ორგანოების მხრივ წესიერება. კისრის გარემოცულობა 35 სტმ., სიმსივნის 7.

ადგილობრივ ტკივილდაღუმების ქვეშ ნოვოკაინის ხსნარის საშვალეებით გაუკეთდა ოპერაცია — Strumectomy. მეექვსე დღეს ნაწილობრივ მოეხსნა ნაკერები, მერვე დღეს დანარჩენი; შეზორცება პირვადი. გაეწერა ჯანსაღად.

შემთხვევა 3: ავადმყოფი კ—ანისა ანა, ქართველი, სოფელ ყვარელიდან, 24 წლის, გათხოვილი, მეოჯახე. სიმსივნე რგვალი სახისაა, რბილი ანაგობის; სიმსივნის ზემოდ კანი უცვლელია და ნაოჭებად ადვილად იკრიფება; ყლაპვითი მოძრაობისას სიმსივნე ზემოთ და ქვემოთ მოძრაობს. ყლაპვა და სუნთქვა გაძნელებული არ არის. ავადმყოფობს უკვე 8 წელია, დასაწყისში სიმსივნე სულ პატარა ყოფილა და შემდეგში თანდათანობით გაზრდილა. კისრის მოცულობა 35 სტმ., სიმსივნის 13.

ადგილობრივ ტკივილდაღუმების ქვეშ ნოვოკაინის ხსნარის საშვალეებით გაუკეთდა ოპერაცია — Enucleatio strumae; სიმსივნე შეზრდილი იყო ტრაქეასთან, უხვი სისხლდენა. მეექვსე დღეს ნაკერების ნაწილი მოეხსნა, მერვე დღეს დანარჩენი. შეზორცება პირვადი. გაეწერა ჯანსაღად.

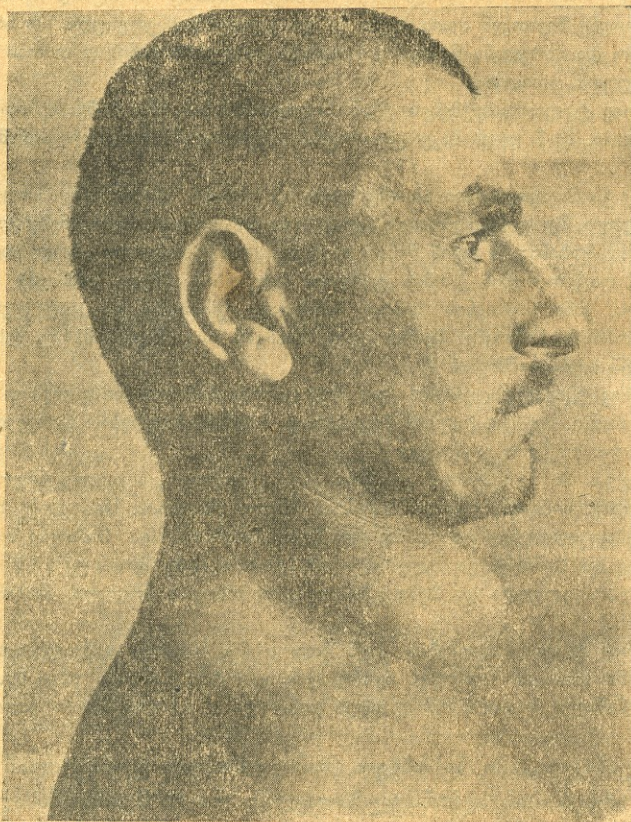
ზემომოყვანილი სამი შემთხვევა, სამივე სოფელ ყვარელიდან აშკარად მოწმობს ჩიყვის არსებობას აღნიშნულ სოფელში და ეს მცირე მასალაც, კლინიკის ძველნარიდან ამოკრეფილი, მოითხოვს ჩვენგან ჩიყვის ადგილობრივ, თვით ყვარელში, დურუჯის ხეობაზე შესწავლას და არა მარტო იმ მიდამოსი, არამედ კავკასის ქედის მთელ კალთას საინგილოდან მოყოლებული მარცხნით და ზემოდ თუშეთისაკენ თვით მთიულეთამდე.

ქართლში ლიახვის ხეობაზე ჩიყვის თვით ყელის მთამდე შესამჩნევი გავრცელება აქვს. უმთავრესად აღსანიშნავია ამ ხეობით ნდებარე სოფლები: მერე-

*) მათი ისტორიები (№ № 386, 1243, 1800) იმავე კლინიკის ასისტენტის ანხ. მ. ცხაკაიას დასტურით მოგვიძებნა ორდინატორმა აწ განსვენებულ ანხ. ა. შონიამ კლინიკის ძველნარში.

თი, ტირზნისი, ქსუიში და სხვა. ჩვენს კლინიკაში გატარდა სამი შემთხვევა:*)
ორი კაცი და ერთი ქალი.

შემთხვევა 1: ავადმყოფი ნ. ბ—ძე, 25 წ., მიწის მუშა, სოფ. მერეთიდან, შემოვიდა
კლინიკაში კისრის მიდამოს მარჯვენა მხარეზე არსებული სიმსივნის გამო, რომელიც უკვე 12
წელია რაც აქვს ავადმყოფს. მემკვიდრეობით ჩიყვი თჯახში არავის ჰქონია, ბავშობიდან ქართლ-
ში — სოფ. მერეთში ცხოვრობს, პატარა ლიახვის ხეობაზე, სადაც მდებარე სოფლებში: ტყვიან-
ში, ტირზნითში, კარბში, მერეთში, ქსუსისში — ქართველების მოსახლეობაში ხვდებიან თურმე
ჩიყვიანები. მთელი მოსახლეობა ლიახვის ხეობაზე სარგებლობს სასმელად ამავე მდინარის წყლით,
რომელიც ყელის მთიდან გამომდინარეობს...



სურ. 5. ქართლი, სოფ. მერეთი (ლიახვის ხეობა).

12 წლის წინად ავადმყოფს პირველად შეუმჩნევია კისრის მიდამოში — მის მარჯვენა მხა-
რეს კაკლის ოდენა სიმსივნისათვის, რომლის ზრდა იყო თანდათანობითი და მასთანვე თანსწო-
რადი, ვინაიდან ავადმყოფი მის განვითარებას წლიდან წლამდე ამჩნევდა მხოლოდ. ზრდას სი-
სწრაფე არ ეტყობოდა და ექვსი წლის შემდეგ ეს ზრდა სრულიად შეჩერდა და მის ოდენობამ

*) პროფ. ა. მაჭავარიანის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის ძველნარი: ავად-
მყოფობის ისტორიების №№ 94, 315, 535. 1924 წლის.

საერთოდ მოგვცა ბატის კვერცხის სიდიდე... სიმსივნის გასინჯვამ შემდეგი სურათი მოგვცა: სიდიდე მისი ოდნავ უხდა აღმეტებოდეს ბატის კვერცხს; მდებარეობს იგი კისრის შუა ხაზზე დაწვებული მარჯვენა მხარეზე. აწეება რა მკერდ-ლაღვიწ-დვრილისებრ კუნთს, გადის მის ქვემოთ და გარეთა ნაწილი უთანაბრდება ყბის უკანა ნაწილს. სიმსივნის მიმართულება არის გარედან შიგნით, მარჯვნიდან უფრო მარცხნივ გადაწეული და სრულადაც არ მიიმართება გულმკერდის ღრუსაკენ. სიმსივნე თავისი ქვედა ნაწილით აწეება მარჯვენა ლაღვიწ და მისგან გარეთ 5 სანტიმეტრითაა გამოდრეკილი რგვალად. ანაგობა მისი მკვრივია, ხრტილის მაგვარი და ეს სიმსივნე უფრო ნათელია კისრის შუა ხაზისაკენ ხორხის მიმართულებით. ზედაპირი მისი ხორკლოვანია, ოდნავ დაკბილული.

დი ა გ ნ ო ზ ი: Struma nodosa (simplex) petrificata.



სურ. 6. ქ ა რ თ ლ ი.



სურ. 7. ოპერაციის გაკეთების ერთი კვირის შემდეგ (იხ. სურ. 5).

ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია — ჩიყვის ამოკვეთით და ერთი კვირის შემდეგ პირვადი შესწორებით გაეწერა კლინიკიდან (იხილე სურათი 7).

შემთხვევა 2: ავადმყოფი ს—შვილი ნინო, 46 წლის, ქართველი, მრეცხავი, ქვრივი შემოვიდა კლინიკაში სიმსივნის გამო კისრის მიდამოში. 17 წელიწადია რაც გასჩენია სიმსივნე კისრის წინა ნაწილში ხორხის მარჯვნივ. პირველად იგი თბილის მარცვლის ოდნავ იყო, შემდეგ თანდათან იზრდებოდა და ამ ბოლო ხანს კი შესამჩნევად გაიზარდა, უშლის მოძრაობას და მუშაობას, იღლება „გული მეღლებოა“ ამბობს ავადმყოფი. თვითონ ავადმყოფი მეჯვრისხვეულია...

კისრის წინა მხარეზე მარჯვენა მკერდ-ლაღვიწ-დვრილისებრი კუნთის, ხორხის, ქვედა ყბის და ლაღვიწის შუა არის მოთავსებული სიმსივნე ოდნავ ოვალური, ირიბად ჩდებაზე, უგრძესი მიმართულებით 15 სანტიმ., მისი შევული მიმართულება 13 სტმ.; სიმსივნე ელასტიურია, მოძრავია ყოველ მხარეზე.

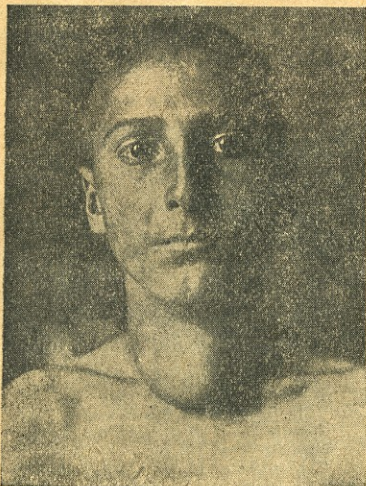
ოპერაცია — ჩიყვის ამოკვეთით.

შემთხვევა 3: ი—ძე ვ., 13 წ., ქართველი მოწაფე შემოვიდა კლინიკაში სიმსივნის გამო კისრის მიდამოში. სიმსივნე გასჩენია მას რამოდენიმე წლის წინად და თანდათანობით იზრ-

დებოდა. მოვიდა კლინიკაში იმიტომ, რომ ენახა ჩვენი ნაოპერაცივეი ავადმყოფი, რომელსაც ჩიყვის არავითარი ნიშანი დარჩენია.

კისრის მიდამოში არის სიმსივნე ბატის კვერცხის ოდენა დაკვანძოვანებული, რაც სიმსივნედან გამოყოფილია ორ განსაზღვრულ მის გვერდით მდებარე კვანძებით. სიმსივნე მკვრივად მოძრავია.

ოპერაცია — ჩიყვის ამოკვეთით.



სურ. 8, 9. ქ ა რ თ ლ ი.

ზემოაღნიშნული მიდამოების გარდა ქართლში ჩიყვი სხვა ადგილებშიც ხვდება. მაგალითად ლიხის მთის მახლობლად მდებარე სოფელ ქვიშხეთში ჩიყვის ენდემია არის; აგრეთვე ტფილისის მახლობლად მდებარე სოფელ დილომში ვამჩნევთ დაჩიყვიანებას; დილომიდან ჩვენს კლინიკაში გატარდა ორა შემთხვევა.

აღმოსავლეთ საქართველოდან აღსანიშნავია ჩიყვის გავრცელების მხრივ მესხეთი ანუ სამცხე — ახალციხის მაზრა, უმთავრესად ქობლიანის ხეობა. თვით ახალციხეში გვაქვს ჩვენ ჩიყვის შემთხვევები მის ზემო ნაწილში ე. წ. რაბათში. მიდამოები ახალციხის ირგვლივ მოფენილია მრავალი ჩიყვიანებით. ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში (გამგე პროფ. გ. მუხაძე) ამხ. ა. შონიას გადამოცემით გადატარებულა ახალციხის მაზრიდან 4 ჩიყვიანი. ერთი შემთხვევა პირადად ჩვენ ენახეთ ამბულატორიაში ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში (ქალი, 38 წლის, დიასახლისი, გასჩენია უკანასკნელ ორი წლის განმავლობაში; სიმსივნე ქათმის კვერცხის ოდენობისა; დაენიშნა თოღოვანი შენაშადები, რადგან ოპერაციას არ სთანხმდებოდა).

ამდავარად როგორც დასავლეთ საქართველოში, მის ყველა კუთხეებში ჩვენ ვხვდებით ჩიყვის შემთხვევებს, სწორედ ასევე ვხვდებით ჩვენ ჩიყვის შემთხვევებს აღმოსავლეთ საქართველოშიც ქართლსა, კახეთში და მესხეთშიც.

ამრიგად ჩვენი მოსაზრებანი ჩიყვის ახალი კერების შესახებ საქართველოს ყველა კუთხეში ზემოხსენებული მცირეოდენი მასალის განხილვით და პირადი

შთაბეჭდილებების მიხედვით სავსებით გვიდასტურებს ჩიყვის არსებობას საქართველოში სვანეთ-რაჭა-მთიულეთის გარდა აგრეთვე მის სხვა კუთხეებშიც და ამისათვის ჩიყვის შესწავლას თანაბრად კავკასის და საქართველოს სხვა ქედების შესწავლასთან ერთად აუცილებლად უნდა მიექცეს სათანადო ყურადღება, რათა საქართველოს ფარგლებში სავსებით გამორკვეული იქნეს ჩიყვის აღმოცენება-გავრცელების მიზეზები და მასთანვე ჩიყვთან ბრძოლის საქმეც სათანადო პირობებში იქნეს ჩამოყალიბებული.

დასასრულ ზემო ნათქვამის მიხედვით ჩვენი დასკვნები შემდეგში გამოიხატება:

1. საქართველოში სვანეთ-რაჭა-მთიულეთის გარდა ჩიყვი მის ყველა კუთხეებში სათანადოთ მოიძებნება.

2. ჩიყვი ერთგვარადაა გავრცელებული როგორც დასავლეთ საქართველოში, ისე აღმოსავლეთ საქართველოში.

3. დასავლეთ საქართველოში იგი გავრცელებულია ოდიშში: ფურაში და ხუჯონი; გურიაში: სურები, დიდი ვანი; იმერეთში: ხანი, კიკნაველეთი, საჩხერი-სა და ოკრიბას მიდამოები; ლეჩხუმი: ლაჯანურის ხეობიდან თვით ახალქალამდე, ორბელი, სორმოში და სხ.

4. აღმოსავლეთ საქართველოში: კახეთში — დურუჯის ხეობაზე ყვარელში; ქართლში — ლიახვის ხეობაზე მერეთში, ტირზნისში, ქსუისში და სხ.; მესხეთში — ქობლიანის ხეობაზე.

5. ჩიყვი გავრცელებულია აგრეთვე აჭარისტანში მდინარე აჭარის წყლის ზემო ნაწილში ქედისა და ხულოს მაზრებში ამ მდინარის შტოებზე: სხალთა, მერისი, ლორჯომი, ჭვანა.

6. ზემოაღნიშნული კერების მთლიანი გამოკვლევა, ისე როგორც ეს 1925 წლის ზაფხულში მოხდა სვანეთში, აუცილებელია.

7. ექსპედიციების მოწყობა პირველ რიგში მიზანშეწონილი უნდა იქნეს.



მ ი მ რ ხ ი ლ ვ ა

დოცენტი მ. ასათიანი.
ფსიხიატრიის კლინიკის გამგე.

პროფ. ბეხტერევის რეფლექსოლოგიური მოქმედება.*)

ბეხტერევის მეცნიერული მოძღვრება შეიძლება დახასიათდეს, როგორც ზოგადი ძიება იმ საერთო კანონების, რომელნიც ეხება არაორგანიულ, ორგანიულ და ზეორგანიულ ანუ სოციალურ წრეს—საერთოთ და კერძოდ ორგანიულ და სოციალურ დამოკიდებულებათა კანონების გამომჟღავნებას.

ამ მხრივ მისი აზრით სოციალურ წრის კანონები და არაორგანიულ და ორგანიულ სამყაროს პრინციპები ერთი და იგივეა.

თავის ფილოსოფიური შეხედულებებით ბეხტერევი იზიარებდა ე. წ. ენერგეტიზმს. მატერიის და ენერჯიის ცნებათა ადგილას—ერთად-ერთი ცნება—პირველადი ენერჯიის, რომელიც არ არის არც მატერიალური, არც ფიზიკური. მატერია და ძალა კი არ ქმნის ენერჯიას, არამედ ენერჯია ბადავს მატერიას. ენერჯიის ცნება შეიცავს მოძრაობის სხვადასხვა სახეობას.

საგულისხმოა ბეხტერევის აზრი ცნობიერების მოვლენებზე. იგი ფართოდ განსაზღვრავს ცნობიერებას, როდესაც ამ ცნებას აკუთვნის ყველა სუბიექტიურ მოვლენებს. პრიმიტიული პროცესები შეგრძნების, გრძნობის და ყოველგვარი განცდებიც—ბეხტერევის აზრით იგივეობას წარმოადგენს.

ამ მხრივ ბეხტერევის ფორმულაა: სუბიექტიური—იგივე ცნობიერი. ფსიქიური მოქმედება ორ რიგ მოვლენებიდან შესდგება: 1^o მხოლოდ და მხოლოდ ფსიქიური მოვლენები, 2^o მოვლენები მატერიალი ანუ ფიზიკური, რომელთაც აქვთ ადგილი ტვინის ამა თუ იმ ადგილებში.

ეს ორი მოვლენათა რიგი—ფსიქიური და ფიზიკური პარალელურად მიმდინარეობს. მათ აერთიანებს ფარული ენერჯია, რომლის გამომჟღავნების შედეგად გვაქვს როგორც გარეგანი, ე. ი. ობიექტური ანუ სომატიური, აგრეთვე შინაგანი, ე. ი., სუბიექტური მოვლენები. გარეგანი და შინაგანი მოვლენები მიმდინარეობენ ხელი-ხელს გადაბმულად.

მეცნიერულად დამტკიცებულია, რომ ყველა ფსიქიურ პროცესს თანსდევს ობიექტიური გამომჟღავნება. ფსიქიური პროცესების შედეგად ჩვენ გვაქვს ქსოვილთა ფიზიკო-ქიმიური პროცესები. აქედან ცხადია, რომ არ არსებობს მშრალი აზრი, წმინდა სულიერი იდეა; მათ ყოველ შემთხვევაში თანსდევთ—სიტყვები, მოძრაობანი, სუნთქვის, გულის, სისხლის მიღების და სხვა ორგანოთა ცვლილებანი. ფსიქიური პროცესების სვლა მხოლოდ ტვინში სწარმოებს და

*) წაკითხულია ფსიქოლოგიური საზოგადოების კრებაზე 1928 წ. თებერვ.

დროის ფარგლებში მიმდინარეობს, როგორც ეს ფიზიკურ პროცესებს სჩევიათ. ერთსა და იმავე ენერგიიდან—მოლეკულარული ანუ ნერვიული ნაკადიდან იბადება ერთსა და იმავე დროს ორი ერთგვაროვანი მოვლენა—ფიზიკური და ფსიქიური.

თუ ზოგიერთი ავტორები ამტკიცებენ ფსიქიური ენერგიის არსებობას, ბენტერევი ამბობს, რომ არის ე. წ. ნევრო-ფსიქიური ენერგია.

ფსიქიური რეალობა არ წარმოადგენს ტვინის პროცესებიდან გამოყოფილ პროცესს. ყველა ფსიქიური პროცესები ტვინის პროცესებს წარმოადგენს. მათ საფუძვლათ უდევს ნერვიული ნაკადის მოძრაობა.

ის რაც წარმოსდგება ჩვენს თვალს წინ, როგორც სუბიექტური-ფსიქიური პროცესი წარმოადგენს იმავე ენერგიის უმაღლეს დაძაფრულობის შედეგს. ფსიქიური ეს ნევრო-ფსიქიური ენერგიის თვისებაა; თვისება თავის თავის გამომჟღავნებისა; იგი ტვინის პროცესების შინაგანი ნიშანია იმისდაგვარად, როგორც ცეცხლი წვის პროცესის გარეგანობას წარმოადგენს.

ამნაირად და ბოლოს და ბოლოს ფსიქიკა შინაგანი ნიშანია იმ განსაკუთრებული პროცესების, რომელნიც ტვინში მიმდინარეობენ.

რეფლექსოლოგიისთვის არ არსებობს არც სუბიექტი, არც ობიექტი ადამიანში, არის გაერთიანებული რამ სუბიექტი და ობიექტი მოქმედის სახით წარმოდგენილი.

როგორც არაორგანიული, აგრეთვე ცოცხალი ბუნების მოვლენები დაჯილდოვებულნი არიან საერთო თვისებით: გარეშე გაღიზიანებაზე იგინი იძლევიან სათანადო საპასუხო რეაქციას.

ცოცხალი მატერიის საპასუხო რეაქცია განსაკუთრებულ თავისებურობას წარმოადგენს, რადგან აქ აქვს ადგილი წარსულ ცდებს, რომელნიც ხშირად შეტევის და თავის დაცვის მოძრაობების ფორმულებათ გამოიხატება. ასეთი საპასუხო რეაქციები, რეფლექსები დაკავშირებულნი არიან გარეშე გაღიზიანებასთან, აგრეთვე მათ აქვს დამოკიდებულება შინაგან ფიზიოლოგიურ მდგომარეობებთან, რის გამოც თვით სხეული იკრეფს ახალი ჩვევების და ჩვეულებების სახით გამოცდილებას სხვადასხვა დარგში და პირადი აქტიობით და შემოქმედებით თავის ინდივიდუალ ზრდას და განვითარებას აწარმოებს. თუმცა ადამიანი ერთ უჯრედიან ცხოველთან შედარებით ჟურთულეს სხეულს წარმოადგენს, ხოლო ფილოგენეტიური განვითარების მაგალითები გვიჩვენებს, რომ პროტოპლაზმა გარეშე გაღიზიანებაზე იძლევა სახასუხო რეაქციებს, რომელნიც პრინციპიალურად იგივეა, როგორსაც ჩვენ ვხვდებით უმაღლესად განვითარებულ ცხოველების წრეში.

თავის ტვინის ქერქის მოქმედება იძლევა იგივე რეაქციებს, ხოლო შეტად სწრაფ და ნატიფს.

ამნაირად ეს უმაღლესი აპარატი შემდეგ ფუნქციებს აწარმოებს: 1⁰ გარეშე გაღიზიანება გადაწყავს ნერვიულ ნაკადში; 2⁰ იგი აკუმულატორისდაგვარად ნერვიულ უჯრედში უყრის თავს იმ ენერგიას, რომელიც შემოდის მასში სისხლით და როგორც შედეგი გარეშე გაღიზიანებისა; 3⁰ დამარცვლამს ანალიზის

სახით მრავალგვაროვან მოვლენებს; 4^o მასში აგრეთვე არსებობს სინტეზის, შეკავებისა და გადანაცვლის მოვლენები.

როგორია ნერვიული სისტემის აგებულობა? ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი ს აზრით, ნერვიული სისტემა შესდგება ოთხი ნაწილიდან, რომელნიც ფილოგენეტიურად ერთი მეორეზედაა ზედდართული ზრდის და განვითარების პროცესში.

A—ვეგეტატიური ნერვიული სისტემა, რომელიც შესდგება: 1^o შინაგან ორგანოების ქსოვილთა უჯრედების და კვანძებიდან, რომელნიც აწარმოებენ თვით ქსოვილთა კვებას და სხვა ფუნქციებს; 2^o ღრუების სისტემიდან (სუნთქვის ორგანოები და სხვ.).

B—ცხოველური ნერვიული სისტემიდან ე. ი.: 3^o—ზურგის, მოგრძო ტვინიდან, ოთხგორაკებიდან, მხედველობის ბორცვიდან და 4^o—უმაღლეს აპარატიდან—ნათხემიდან, დასერილ სხეულიდან და თავის ტვინის ქერქიდან.

ტვინის ანატომიურ შესწავლას და ცოცხალი ქსოვილის მოქმედებას ადამიანის მოძრაობებში და ქცევაში გამოხატულს შესწირა მთელი თავისი სიცოცხლე პროფ. ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი მ ა.

მისი აზრით, ნერვიული მოქმედება—ყოველთვის რეფლექსის სახითაა წარმოდგენილი.

ნერვიული ნაკადი პერიფერიიდან ტვინის ქერქის მიმდებ უჯრედებისკენ მიიმართება; აქედან ასოციაციური გზებით გადადის პერიფერიულ მამოძრავებელ, სისხლის მიღების, სეკრეტორულ და სხვა ორგანოებზე. ნერვიულ ნაკადის ასეთი სვლა—რეფლექს წარმოადგენს. ამნაირად ნერვიული მოქმედება—რეფლექსია, რაც შეეხება უმაღლეს ნერვო-ფსიქიურ მოქმედებას, რომელსაც ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი უწოდა თანაშეფარდებითი (соотносительная) მოქმედება, ასეთი რეფლექსები უმაღლეს რეფლექსების რიგს წარმოადგენენ.

ბ ე ხ ტ ე რ ე ვ ი იძლევა რეფლექსების შემდეგ დაყოფას:

1. ადგილობრივი რეფლექსები—ე. ი. ელემენტარული, უჯრედების, კუნთთა, თეთრ ბურთულების და სხვა რეფლექსები, რომელთა ლოკალიზაცია ვეგეტატიურ ნერვიულ სისტემაშია.

2. ჩვეულებრივი ორგანიული რეფლექსები—ძირითადი სასიცოცხლო ორგანოების და არა ცალკეულ უჯრედების.

ასეთი რეფლექსები მემკვიდრეობით არიან გადმოცემულნი და მათი ლოკალიზაცია არის ზურგის ტვინში, მოგრძო, ოთხგორაკში, მხედველობის ბორცვში.

3. უმაღლესი ანუ თანაშეფარდებითი რეფლექსები არ არის თანდაყოლილი რეფლექსები; შეძენილნი არიან ივინი ინდივიდუუმის ზრდის და განვითარების დროს.

ამ დარგის რეფლექსები გამომხატველნი არიან შეტევის, თავის დაცვის, ორიენტაციის მოვლენებისა. ამ რეფლექსებს სოციალურ ცხოველების წრეში ემატება—მიბაძვის, მიმიური, სიმბოლიური რეფლექსები. უკანასკნელნი წარმოადგენენ ბგერას, ნიშნებს—ყესტებს, მეტყველებას და წერას ადამიანის წრეში.

ადამიანის ყველა მოქმედებები, ქცევა ინდივიდუალი და სოციალი, ინსტიქტიური მოქმედების გამოკლებით, ასეთ თანაშეფარდებითი მოქმედებას წარმოადგენენ.

ამნაირად, ბეხტერევის აზრით, ადამიანის პიროვნება წარმოადგენს თანამედროვე და წინაპართა ადამიანის გვარეულობის, ინდივიდუალ და სოციალ ცდების, პრაქტიკულ ცხოვრების, აქტიურ მოქმედების შედეგს.

ამნაირად ადამიანის რეფლექსოლოგია, რომელსაც მიზნად აქვს ადამიანის გარეგანი რეაქციების შესწავლა და მასში წარმოებულ შინაგან და გარეგან გალიზიანებების გამოძეგვენება, შემდეგნაირად ანხორციელებს თავის ამოცანებს:

1) ობიექტიური—ბიოლოგიური მიდგომით უნდა შესწავლილ იქნეს პიროვნების გარეგანი გამოძეგვენებანი და მისი თანაშეფარდებითი მოქმედებათა შესწავლა ღლიდან დაბადებისა.

2) ექსპერიმენტის და დაკვირვების საშუალებით უნდა შესწავლილი იქნეს თანაშეფარდებითი მოქმედებათა მიზანშეწონილი განვითარება სხვადასხვა პირობებში.

3) შესასწავლია ის მექანიზმები, რომელნიც იქმნებიან მაშინ, როდესაც შინაგანი და გარეგანი გალიზიანებანი, თანაშეფარდებითი და სხვა რეფლექსები ურთიერთ შორის განსაკუთრებულ დამოკიდებულებაში მოდიან. ეს მისალწევი ცხოველებზე ექსპერიმენტის საშუალებით და ადამიანის პათოლოგიურ მასალაზე დაკვირვებით.

4) უნდა შესწავლილი იქნეს დამოკიდებულება იმ ობიექტურ პროცესთა, რომელნიც საფუძვლად უძეგს თანაშეფარდებითი მოქმედებას, და მეორეს მხრივ იმ სუბიექტურ მოვლენათა შორის ინდივიდუუმს რომ ევლინებიან თვითდაკვირვების საშუალებით.

ეს გრანდიოზული გეგმა, რომელიც შეიცავს არაორგანიულ, ორგანიულ და სოციალურ წრის სამყაროს დამუშავებას, მხოლოდ მეთოდი არ არის, იგი უკვე სისტემაა, რომლის დამყარებელს, განსვენებულ პროფესორს ვ. ბეხტერევს, ღიდი ხანია კაცობრიობამ და საერთაშორისო მეცნიერებამ უკვდავი მეცნიერის სახელი აკუთვნა.

ს. მუსხელიშვილი

ანაზილაქტიური შოკის მემანიჰმი A. Lumiere-ის თეორიით.

ვიდრე შევეხებოდეთ დასახულ საგანს, საჭიროა ზოგადად გავიხსენოთ ზოგიერთი ძირითადი თეორიები ანაფილაქსიის შესახებ, — თეორიები, რომელნიც წამოყენებულია უკანასკნელ დროს; ამასთან მიზნად გვაქვს არა მათი შეფასება; ჩვენ ესარგებლობთ A. Lumiere'-ის მოსაზრებით, როგორც მასალით, წამოყენებული თეორიების შესაფასებლად.

25 წლის წინად, როდესაც სეროთერაპიამ დაიკავა შესაფერისი ადგილი პრაქტიკულ ცხოვრებაში, არა ერთმა მკვლევარმა მიაქცია ყურადღება მოვლენათა კომპლექსს, რომელიც მოჰყვებოდა ერთსა და იმავე ცილოვანი ნივთიერების განმეორებით შეშხაპუნებას.

1902 წელს პროფ. Portier-მ და Richet-მ შეაერთეს ეს მოვლენები და დაამყარეს თვით ანაფილაქსიის პრინციპი, რომელიც შემდეგი სიტყვებით აღწახსნეს: „ნივთიერების რაოდენობას, რომელსაც არ შეუძლია ნორმალური ცხოველის არც მოკვლა და არც მისი დაავადება, შეუძლია მოულოდნელად გამოიწვიოს ცხოველის დაავადება და თვით სიკვდილიც, თუ ამ ცხოველს დიდი ხნის წინად შეშხაპუნებული ჰქონდა იგივე ნივთიერება“.

აი ცდა, შესრულებული Ch. Richet'-ს მიერ:

სალ და ლონიერ ძალღს შეუშხაპუნეს 0,1 კ. ს. აკტონიების (ზღვის ვარსკვლავი) საშინჯების გლიცერინის ექსტრაქტი; ამ პირველი შეშხაპუნების შემდეგ 22 დღის განმავლობაში ძალღი მშენიერად გრძნობდა თავს. Richet-მ განმეორებით შეუშხაპუნა იგივე რაოდენობა და რამოდენიმე წამის შემდეგ აღნიშნა აჩქარებული სუნთქვა, დიარეა, სისხლით პირისღებინება, მგრძნობელობის დაკარგვა, გვერდზე დაცემა და სიკვდილი 25 წუთში.

1903 წელს Arthus'-მა პირველად აღმოაჩინა ადგილობრივი ანაფილაქსიის მოვლენები; როდესაც იგი გარკვეულ ინტერვალებში უშხაპუნებდა შრატს, აღნიშნა რომ, პირველი შეშხაპუნების შემდეგ შრატი ადვილად იწურებოდა, ხოლო მეოთხე შეშხაპუნებამ დატოვა ინფილტრატი, ჯერ რბილი კოსისიტენციის, მერე მკვრივის (მე-5 ინიექცია); ამას მოჰყვა ქსოვილის განგრენა.

ამ ადგილობრივ სიმპტომებს, გამოწვეულს კანქვეშ განმეორებითი შეშხაპუნებით, ადგილი ჰქონდა იმ შემთხვევაშიც, როდესაც დასაწყისში შეუშხაპუნეს არა კან ქვეშ, არამედ მუცლის ფარში.

შემდეგ Theobald Smith'-მა და სხვებმა წინად დაგროვილ ფაქტებში შეიტანეს უფრო მეტი ნიშანდობლივობა: აღნიშნეს, რომ ზღვის გოჭების სენსიბილიზაციისაჟვის (მომატებული მგრძნობიარობა) საჭიროა სულ ნაკლები 10-დღი-

ური ინკუბაციის ხანა და რომ ეს სენსიბილიზაცია შესაძლებელია გაგრძელდეს რამოდენიმე თვეს.

მათ აღნიშნეს აგრეთვე შემზაპუნებისათვის ნახმარი მასალის სპეციფიურობა, მაგალითად: ზღვის გოჭებზე, რომელთაც მიიღეს მოსამზადებელი ინიექცია ცხენის დიფტერიული შრატით, არ მოქმედებს დიფტერიული შრატი, აღებული სხვა ცხოველიდან, მაგრამ მოქმედებს ცხენის შრატი.

ამავე ავტორებმა აღმოაჩინეს ანტი-ანაფილაქსია: თუ ინკუბაციის ხანაში, ე. ი. 10-12 დღის განმავლობაში პირველი ინიექციის შემდეგ, ცხოველს შევეშაპუნებთ იმავე ანტიგენის მაღალ დოზას მუცლის ფარის ქვეშ, არა თუ ავიცილებთ თავიდან ანაფილაქტიურ შოკს, არამედ ცხოველი შემდეგი ინიექციებისათვის რამოდენიმე ხანს შეუვალი რჩება. ამავე რიგისაა ბეზრედკას მიერ გამოკვლეული მნიშვნელობა დესენსიბილიზაციის მიზნით პატარა დოზების შეყვანისა: მეორე ინიექციის დროს ცხოველს რომ წინასწარ შევეშაპუნოთ მცირე რაოდენობა, რომელსაც ცხოველი გადიტანს უვნებლად, შემდეგ შეგვიძლიან შევეშაპუნოთ იმავე ანტიგენის 2—3 დოზა და ცხოველი არ განიცდის ანაფილაქტიურ შოკს.

Nicolle-ი და Richet აღნიშნავენ, რომ თუ სენსიბილიზაცია-განცდილი ცხოველის შრატს შევეშაპუნებთ საღ ცხოველს, ასეთ შრატს გადააქვს ამალღებული მგრძნობიარობა: ეს უკანასკნელი ცხოველი ისეთ მდგომარეობაშია, თითქოს მან თვითონ მიიღო მოსამზადებელი ინიექცია; პასიური ანაფილაქსია ისეთივე სპეციფიურია და მას იგივე სიმპტომები აქვს, როგორც აქტიურს; იგი განსხვავდება მით, რომ შემზაპუნების შემდეგ უშუალოდ მოქმედებს და გრძელდება უფრო ნაკლებ ხანს.

ანტიგენს, რომელიც ვიხმარეთ ინიექციისათვის, რომ მივუმატოთ დამუშავებული ცხოველის შრატი და ეს ნარევი ცხოველს ვენური გზით შევეშაპუნოთ, — დაუყოვნებლივ მივიღებთ ანაფილაქსიის მოვლენებს; ეს ის არის, რასაც Richet ეძახის ანაფილაქსიას *in vitro*.

ასეთია მთავარი მიხწევანი ანაფილაქსიის სფეროში უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში. ეს მიხწევები შეიძლება შემდეგი დებულებებით გამოვხატოთ:

1. უცხო, ცილოვან ნივთიერებათა კან-ქვეშ (და საზოგადოთ პარენტერულად) ინიექციებს შეუძლიათ სხეულში გამოიწვიონ მომატებული მგრძნობიარობა შემზაპუნებული ანტიგენის მიმართ.

2. რომ შეიქმნას სენსიბილიზაციის ასეთი მდგომარეობა საჭიროა ინკუბაციური ხანა, არა ნაკლებ 7-10 დღისა; ზოგჯერ საჭიროა უფრო მეტი დრო (25-30 დღე).

3. ანაფილაქსიის მდგომარეობას უფრო ადვილად გამოვიწვევთ მცირე დოზების ხმარებით: ანტიგენის $\frac{1}{100}$ კ. ს. ჩვეულებრივად საკმარისია, რომ დავამუშავოთ ზღვის გოჭი ან შინაური კურდღელი.

4. ინიექცია, რომელიც იწვევს დამუშავებულ ცხოველში ტოქსიურ მოვლენებს, უნდა იყოს იმავე რიგის, როგორც პირველი მოსამზადებელი ინიექცია; მაშასადამე ანაფილაქსია სპეციფიურია; ამ გარემოებამ მოგვცა საშუალება, ვი-

სარგებლოთ ანაფილაქსიით სისხლის ლაქების დიაგნოსტიკისათვის სასამართლო მედიცინაში.

5. მეორე ინექციას შეუძლია გამოიწვიოს ან სწრაფი შოკის სიმპტომები, ან დაგვიანებით განვითარებული მოვლენები, რომელთა ინტენსივობა და სიმძიმე შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს.

6. გართულებები, რომელთაც ვხვდებით შრატის შემხაპუნების შემდეგ, დამოკიდებულია ანაფილაქსიაზე.

7. ნალარვეი ინექციები, რომელთაც ვაკეთებთ სენსიბილიზაციის ხანის დაწყებამდე, ანტიანაფილაქსიის ხასიათისაა.

8. ანაფილაქტიური ცხოველის სისხლი, შემხაპუნებული სალი ცხოველის სხეულში, უკანასკნელში იწვევს მომატებული მგრძობიარობის მდგომარეობას. ეს არის პასიური ანაფილაქსია.

9. დამუშავებული ცხოველის სისხლის შერევა ანტიგენტან, რომელიც ნახმარი იყო დასამუშავებლად, იწვევს დაუყოვნებლივ ანაფილაქტიური შოკის მოვლენებს, თუ მას შევუშხაპუნებთ საღ პირუტყვს; ამ რიგად ვანხორციელებთ ანაფილაქსიას *in vitro*.

როგორ ხსნიდნენ წინად ყველა ამ მოვლენებს?

Ch. Richet-მ პირველმა სცადა ფაქტების ახსნა და წამოაყენა თეორია, რომელიც 20 წელზე მეტი მიღებული იყო მეცნიერთა უმრავლესობის მიერ და რომელსაც შეიძლება დღესაც სცნობენ. გამოჩენილი ფიზიოლოგი ჰუიქრობს, რომ უცხო ცილოვანი ნივთიერების ინექცია სალი ცხოველის შრატში ჰქმნის ტოქსოგენს, რომელიც თავის თავად უვნებელია, მაგრამ შერეული იმავე ანტიგენტან აწარმოებს აპოტოქსინს — ნერვიული სისტემისათვის მძიმე საწამლავს.

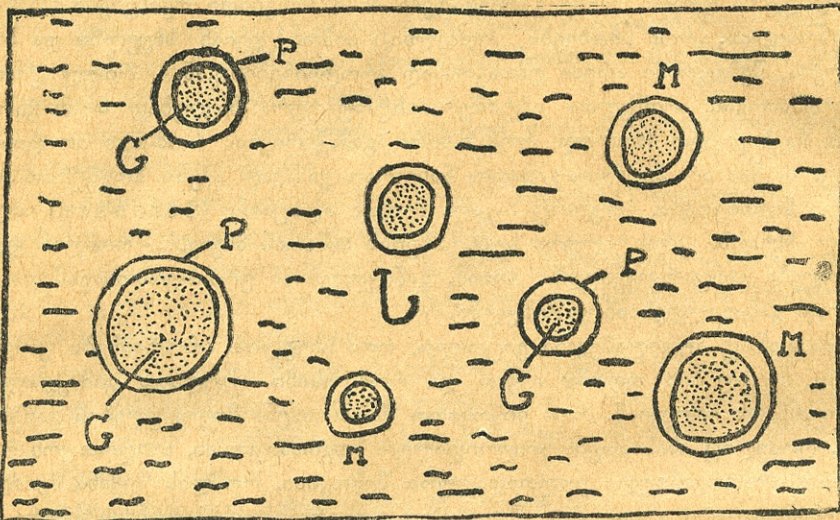
უნდა გამოვტყდეთ, რომ ამ თეორიას არა აქვს საფუძვლად არც ერთი უდავო ფაქტი. არც Richet-ს, არც სხვა ავტორებს არ აღმოუჩენიათ ანაფილაქტიური ცხოველების შრატში არც ტოქსოგენი და არც აპოტოქსინი იმ უბრალო მიზეზის გამო, ამბობს A. Lumiere'-ი, რომ შრატში ეს ნივთიერებანი არ მოიპოვებიან.

სხვათა შორის, ეს ნეოლოგიზმები ვერა ხსნიან მთელ რიგს ფაქტებისას, რომელნიც ახასიათებენ ანაფილაქსიას, როგორც მაგ.: უპროპორციობას ეფექტსა და დოზის შორის; ამ ეფექტების სიმძიმის დიდს განსხვავებას იმისდა მიხედვით, თუ რა გზით შეგვყავს ანტიგენი; მაკე დედა-ცხოველების უგრძობიარობას; სისხლის გამოღების შემფერხებელ მოქმედებას; საძილე არტერიის განანსკვას და სხვას.

სულ უკანასკნელ დროს ზოგიერთ მკვლევართა ყურადღება მიიქცია იმ ცვლილებებმა, რომელთაც ადგილი აქვს ცხოველების სისხლში ანაფილაქტიური შოკის დროს. წინად მკვლევარნი არ იღებდნენ მხედველობაში კოლოიდალურ მდგომარეობას იმ არეში, რომელშიაც იჩენდა თავს ანაფილაქტიური კატაკლიზმი. ცოცხალ ცხოველთა სხეული კი შემდგარია კოლოიდალურ ნივთიერებათაგან, რომელთა თვისებები აუცილებლივ იქონიებენ გავლენას რეაქციის მიმდინარეობაზე.



მიცელი ჰქვიან კომპლექსს, რომელიც შედგება კოლოიდალური ბირთვის ნაწილისაგან და მისი პერიგრანულარი შრესაგან.



სურათი Lumiere'ით: G—მარცვლები (გრანულები), P—პერიგრანულარი ფენა; ერთად ჰქმნიან მიცელის კომპლექსს (M); L—მიცელთა შუა სითხე.

ყოველი სითხის მოლეკულები მუდმივ რყევაში იმყოფებიან; ამ გვარად რყევაში მონაწილეობას ლეზულობენ მიცელები და ითვისებენ ბროუნის მოძრაობას.

ამ რყევის ამპლიტულა შექცევით პროპორციონალია სითხის ვისკოზობისა (წნებოვანობის) და მარცვალთა სიდიდისა.

მუდმივი რყევითი მოძრაობის დროს მიცელებს აქვსთ მისწრაფება შეუერთდენ ერთმანეთს, მაგრამ პერიგრანულარი ფენის ერთი და იმავე ხასიათის ელექტრობის გამო ურთი-ერთს სწრაფად შორდებიან.

მოლეკულარი რყევის და ელექტრული უკუგდების აი ეს მოვლენები, რომელთა მეოხებით მიცელები რჩებიან მკვიდრი შეწონვის მდგომარეობაში, ჰქმნიან კოლოიდალ წონასწორობას. როგორც ზევით ნათქვამია, პერიგრანულარი ფენის ელექტრული ძალა დაკავშირებულია იმ ფაქტთან, რომ რკინა-ციანური სპილენძის გრანულამ დაიკავშირა რკინა-ციანური კალიუმის მცირე რაოდენობა; რკინა-ციანური კალიუმი, მიუხედავად იმისა, რომ იგი იხსნება წყალში, დამაგრებულია მიცელის კომპლექსში.

ასეთი „გაჭუჭყიანების“ პროპორცია, — გაჭუჭყიანების, რომელიც საჭიროა მოლეკულარული წონასწორობის დაცვისთვის, შესაძლებელია იყოს მეტათ დაბალი (მაგ., უდრიდეს $1/1000$ ციანური სპილენძის სიმძიმეს).

ჩვენ რომ კოლოიდალ შეწონვაზე ვიმოქმედოთ გოგირდ-მჟავა სპილენძის ხსნარით, გოგირდ-მჟავა სპილენძი შეუერთდება პერიგრანულარ რკინა-სინეროდიულ კალიუმს. როგორც ვხედავთ ამ ეფექტის მისაღებად საკმარისია მინიმალური რაოდენობა ($1/1000$ გრანულის წონისა).

იგივე ხდება ცილოვანი ბუნების კოლოიდებთან, რომელნიც ცოცხალი სხეულის შემადგენლობაში შედიან.

კოლოიდების ერთი დამახასიათებელი თვისება, რომლითაც ისინი მკაფიოდ განსხვავდებიან კრისტალოიდებიდან, მდგომარეობს ფლოკულაციის უნარში, ხსნარიდან გამოყოფაში, ფიზიკური მდგომარეობის ცვლაში, ხშირად ფრიად სუსტი ზეგავლენის გამო.

Lumiere'-ის აზრით, სწორედ ეგ ფლოკულაცია არის ანაფილაქტური შოკის საფუძველი; ცდების მთელი რიგი, რომლებიც შეასრულა A. Lumiere'-მა, არკვევენ მკვეთრ ანაფილაქტურ მოვლენათა მექანიზმს.

მეტი გარკვეულობისათვის Lumiere'-ის თეორიას დავალაგებთ პუნქტებად:

1. ანტიგენის შეერთება სენსიბილიზაცია-შეძენილი ცხოველის შრატთან იწვევს ფლოკულატის გაჩენას შეწონვაში.

2. შრატის ეს ნალექი (ფლოკულატი) არის ანაფილაქტური შოკის მიზეზი.

3. შოკის მიზეზი არის ფლოკულატის ფიზიკური მდგომარეობა და არა მისი ქიმიური შემადგენლობა.

4. ანაფილაქტური შოკის მოვლენების გამოსაწვევად სისხლის ძარღვებში მოძრავი ნალექი უნდა იყოს ფლოკულარ მდგომარეობაში.

5. ფლოკულატის პირვადი გავლენა მდგომარეობს ნერვიული ცენტრების ძარღვების ენდოტელიუმის მიძიმე მექანიკურ გაღიზიანებაში.

6. შოკის მოვლენანი მით უფრო მკაფიოდ გამოიხატებიან, რაც უფრო მოულოდნელი და ელვისებრი იყო ნერვიული ცენტრების პირვადი გაღიზიანება.

7. ძარღვების ენდოტელიუმს აქვს უნარი შეეჩვიოს ფლოკულატებით გაღიზიანებას.

8. ნერვიული ცენტრების მოულოდნელი გაღიზიანება იწვევს ვისცერალი ძარღვების გაფართოებას და არტერიული წნევის დაცემას, — რაც პირვადი მიზეზია ანაფილაქტური შოკის ყველა სიმპტომებისა.

ანაფილაქსიის მოვლენაში ვნახულობთ შემდეგ კარდინალ ფაქტებს:

როდესაც სხეულში შევიყვანთ (პარენტერალი გზით) უცხო ცილას, სხეული იძენს ამაღლებულ მგრძნობიარობას და თუ ამის შემდეგ იმავე ცილას განმეორებით შევიყვანთ სხეულში, ამას შეუძლია გამოიწვიოს მეტად თუ ნაკლებად მკვეთრი ფიზიოლოგიური მოშლანი და თვით სიკვდილიც.

აი ზოგად ხაზებში ამ თავისებური მოვლენის მექანიზმი Lumiere'-ის თვალსაზრისით. სხეულის სითხეები, პირველი შეშხაპუნების შემდეგ, ღებულობენ უნარს იმავე ცილოვან ნივთიერებასთან ახალი კონტაქტის დროს გამოყონ მიცელარული პრეციპიტატი; ისეთი დოზის შეყვანას, რომელიც იწვევს ანაფილაქტურ შოკს უშუალო შედეგად აქვს ნალექის (ფლოკულატის) შრატში გამოყოფა. თუ სისხლში გაჩენილი ფლოკულატი სწრაფად მივა ნერვიული ცენტრების კაპილარებთან, — იგი იწვევს სისხლის ძარღვების ენდოტელიუმის ნერვიულ დაბოლოებათა გაღიზიანებას. ცენტრების ეს მექანიკური გაღიზიანება იწვევს ვაზომოტორულ მოშლას, რაც გამოიხატება ვისცერალური ძარღვების მეტ თუ ნაკლებ გაფართოებაში.

ასეთ გაფართოვებას შედეგად მოჰყვება ვისცერალი ძარღვების ტევადობის მომატება და რადგან სისხლის რაოდენობა მუდმივია, — ვლებულობთ სისხლის წნევის შესამჩნევ დაწევას. სისხლი აღარ კმარა გაფართოებულ ძარღვების გასაყვებად, გული ცუდად მუშაობს, მოგრძო ტვინის სისხლით კვება კლებულობს, და ყველა ეს ერთად იძლევა ანაფილაქტურ შოკის მწვავე მოვლენების კომპლექსს.

როგორც Lumiere'-ის საკუთარი ცდები, აგრეთვე მრავალი სხვა ავტორების ცდებიც ამტკიცებენ ამ ჰიპოთეზის სისწორეს.

პირველი დებულება.

ანტიგენის შერევა დამზადებული სუბიექტის სისხლთან იწვევს ფლოკულატის გაჩენას შრატში.

სხვა ავტორთა რიგიდან, რომელთაც აღნიშნეს ეს მოვლენა, უნდა გამოვყოთ Doid-ი, რომელიც სისტემატურად იკვლევდა ფლოკულაციას ნეფელოსკოპის საშუალებით. სპეციფიური შეწონვიდან ნალექის გამოყოფა შესაძლებელია გამოვიკვლიოთ აგრეთვე Alcolli'-ის მეთოდის საშუალებით, რომელიც მდგომარეობს შემდეგში: ვლებულობთ ნეიტრალი ქელატინის და მაგ. ქათმის ცილის თანასწორი რაოდენობის ნარევის და ვაცივებთ შედეგებამდე. ზევდან წაფუსვამთ ზღვის გოჭის შრატს, რომელიც დამუშავებული იყო ქათმის ცილით. ქელატინის და შრატის საზღვარზე ჩნდება არა გამსჭვრივი, პრეციპიტაციის დამახასიათებელი რგოლი. ვინაიდან აღნიშნული ფაქტი ზოგადი რიგის მოვლენაა, რომელსაც ვხვდებით ყოველთვის, როდესაც შერეულია ანტიგენი და ანტიკორპორი, უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს დებულება უდავოა.

მეორე დებულება.

შრატის ფლოკულატი არის ანტიფილაქტურ მოვლენათა მიზეზი.

Doid-მა აღნიშნა პარალელიზმი, რომელიც არსებობს ნეფელოსკოპურ სურათსა და შრატის ტოქსიურობის შორის.

Bordet-მ დაადგინა, რომ უნებელი ნორმალური შრატი აგარ-აგართან შეხების შემდეგ იჩენს ანაფილაქტურ თვისებებს. ამავე დროს მან შენიშნა, რომ სრულიად გამსჭვრივი შრატი აგარ-აგართან კონტაქტის შემდეგ შეიძლება ელექტრული ნაკადის გავლა, რომელიც იწვევს კოლოიდული ნაწილაკების (მიცელი) დაცლას და შემდეგ მათ ფლოკულაციას, — მიზეზია შრატში ანაფილაქტური თვისებების გაჩენისა. რომ დავასუფთავოთ მღვრიე და ანაფილაქტური შრატი Chamberland-Pasteur'-ის ფილტრით, ფილტრატი ხდება გამსჭვრივი და ჰკარგავს ტოქსიურ თვისებებს. ცხადია, რომ მხოლოდ შრატში შეწონილ ფლოკულარულ ნაწილაკებს აქვსთ ტოქსიური თვისება.

მესამე დებულება.

ფლოკულატი იწვევს შოკის მოვლენებს მხოლოდ თავისი ფიზიკური მდგომარეობით და არა ქიმიური შემადგენლობით.

თუ შევვრევთ, გარკვეული პროპორციული რაოდენობით ქლორ-ბარიუმის და გოგირდ-მჟავე ნატრიუმის ხსნარებს, მივიღებთ ფლოკულატს, ქიმიურად უგნებელს და გაუსხნელს. შეწონვას მიუმატებენ ქლორ-ნატრიუმს და სამყეს (Ара-вйская камедь), რათა მიიღონ იზოტონობა და იზოვისკოზობა სისხლის შრატთან.

თუ შევუშხაპუნებთ ძალს საძილე არტერიაში ამ შეწონვის 10 კ. ს., მივიღებთ ნამდვილი ანაფილაქტური შოკის ყველა მოვლენებს: ქავილი, სლოკინი, აჩქარებული სუნთქვა, პარაპლევია, სისხლის წნევის მძაფრი დაცემა, კრუნჩხვა, პირისღებინება, დიარეა, სფინქტერების სისუსტე, კომატოზული მდგომარეობა და, ბოლოს, სიკვდილი.

გვამის გაჭრის დროს ვხედავთ ანაფილაქტური შოკისგან სიკვდილის ტიპიურ სურათს. ამას გარდა, მთელს რიგს ინერტიული შეწონვებისას, მაგ. სახამებელს, დექსტრინს, ნახშირ-მჟავა კალციუმს და სხვ. შეუძლია გამოიწვიოს იგივე მოვლენები.

მეოთხე დებულება.

რომ მივიღოთ მწვავე შოკის მოვლენები, სისხლის მიღებში მოძრავი პრეციპიტატი უნდა იყოს ფლოკულარ მდგომარეობაში.

რომ ავიღოთ ზევით ნაჩვენები ბარიტის პრეციპიტატის კოლოიდალი შეწონვა და მას მივუმატოთ ნატრიუმის ციტრატის მცირე რაოდენობა, პრეციპიტატი ჰკარგავს თავის ანაფილაქტოგენურ თვისებას. ეს აიხსნება იმით, რომ ციტრატი დაილექება გოგირდ-მჟავა ბარიტის გრანულუმზე და ჰქმნის მათ გარშემო პერიგრანულარული აპკს; ამგვარად შეიქმნებიან მიცელარული კომპლექსები იმ სახით, როგორითაც ისინი ბუნებრივ მდგომარეობაში არსებობენ.

რომ მოვაშოროთ დიალიზის საშუალებით ზედმეტი ციტრატი, ბარიტის კოლოიდალი მარცვლების გარშემო რჩება ციტრატის მხოლოდ მცირე შრე, საკმარისი, სხვათა შორის, იმისათვის, რომ დააშოროს მარცვლები ერთმანეთს და ხელი შეუწყოს ბროუნის მოლეკულარ მოძრაობას.

ასეთი შეწონვა, შეყვანილი პირუტყვის სხეულში ძარღვების გზით, მოკლებულია ტოქსიურ თვისებებს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჰომოგენური შეწონვა არ იწვევს ანაფილაქტურ შოკს; მაშასადამე ტოქსიური მოქმედება უფრო დამოკიდებულია მარცვლების ურთი-ერთისადმი მდებარეობაზე და მათს მეტ თუ ნაკლებ რეგულიარობაზე, ვიდრე მათ სიდიდეზე.

მეხუთე დებულება.

ფლოკულატების პირვადი მოქმედება მდგომარეობს ნერვიული ცენტრების ძარღვების ენდოტელიუმის ნერვიულ დაბოლოებათა მექანიკურ და მწვავე აღგზნებაში.

როდესაც სხეულში შეგვყავს მომზადებული *in vitro* — ინერტიული ფლოკულატები, როგორც, მაგ. გოგირდ-მჟავა ბარიუმის ფლოკულატი, ანაფილაქტოი-

დური მოვლენები იწყება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შემხაპუნებისათვის ნახ-
მარია სისხლის ძარღვების გზა.

როდესაც შეგვყავს ცილოვანი ანაფილაქტიური ანტიგენი, შოკის მოვლენ-
ები შეიძლება განვითარდენ, სულ ერთია, შეგვყავს იგი კანის ქვეშ, კუნთების
ქვეშ თუ ინტრავენოზურათ.

იმ შემთხვევაში თუ წინასწარ გადავსკვნით საძილე არტერიებს, ბარიტის
შეწონვის შეყვანა ინტრავასკულარულად არ იწვევს ანაფილაქტიურ მოვლენებს;
ცილოვანი ანტიგენის შეყვანა ამ პირობებშიაც კი იწვევს ანაფილაქტიურ შოკს.

ზედმოქმედების ეს განსხვავება, Lumiere'-ის აზრით, აიხსნება იმით,
რომ შექმნილი in vitro ფლოკულატი ბრკოლდება ისეთი მექანიკური დაბრკო-
ლებით, როგორიც არის საძილე არტერიების გადანასკვა, მაშინ როდესაც კო-
ლოიდული ცილოვანი ანტიგენი თავისუფლად მოძრაობს და აღწევს ნერვიული
ცენტრების კაპილარებს.

თუ შევუშხაპუნებთ ბარიტის ნალექის დიდ რაოდენობას, რომელსაც შეეძ-
ლება გადალახოს დაბრკოლება და მიადწიოს კაპილარების ბადის საშუალებით
ნერვიულ ცენტრებს, — რაც დამტკიცებულია ჰისტოლოგიური პრეპარატებით, —
ანაფილაქტიური შოკი შეიძლება ჰქონდეს ადგილი.

აი ამ ფაქტების არსებობა სრულებით ეთანხმება იმ კონცეპციას, რომ ანა-
ფილაქტიური შოკი იწყობა ნერვიული ცენტრებიდან.

მეექვსე დებულება.

შოკის მკვეთრი მოვლენები იმდენად უფრო მწვავედ გა-
მოიხატებიან, რამდენადაც ცენტრების პირვადი გაღიზიანე-
ბა იყო უფრო მოულოდნელი და სწრაფი.

თუ ანტიგენის შეყვანას ვაწარმოებთ ზედმეტად ნელის ტემპით, შოკს ვერ
ვღებულობთ. ყოველივე, რაც აბრკოლებს ან აგვიანებს ფლოკულატის ნერვიულ
ცენტრებთან მისვლას, ასუსტებს ან სრულებით აქრობს ანაფილაქტიურ კრიზს.

მეშვიდე დებულება.

სისხლის ძარღვების ენდოტელიუმს აქვს უნარი შეეჩ-
ვიოს ფლოკულატებით მექანიკურ გაღიზიანებას.

თუ შევუშხაპუნებთ თანდათანობით, სიფრთხილით ინერტულ ფლოკულატს
ან კოლოიდალურ ანაფილაქტოგენს რამდენიმე წამის განმავლობაში, სხეული
ეჩვევა გაღიზიანებას ნივთიერების ისეთი დოზებით, რომელნიც, უცბად შემხა-
პუნებულნი, გამოიწვევდენ პირუტყვის სიკვდილს.

Lumiere'-ის ხსნის ასეთ ფაქტს ნერვიულ დაბოლოებათა შეჩვევით; ასე
მაგალითად ხელი ჩაყოფილი 25°-იან წყალში თავისუფლად იტანს სიცხის ამაღ-
ლებას 45°-მდე, თუ სიცხე მომატებული იქნება თანდათანობით, ხოლო ჩაყოფი-
ლი უცბად 45°-იან წყალში იგრძნობს წვას.

მერვე დებულება.

ნერვიული ცენტრების მოულოდნელი აღგზნება იწვევს ვისცერალი ძარღვების მწვავე გაგანიერებას და სისხლის წნევის დაცემას—ანაფილაქტური შოკის მიზეზს.

ანაფილაქტური ან ანაფილაქტოიდური შოკი დაკავშირებულია მუცლის ძარღვების გაგანიერებასთან. ეს ცხადად ჩანს პირუტყვებზე, რომელნიც დაიხოცნენ ექსპერიმენტების დროს, გაკვეთის შემდეგ.

Dastre-მა და Morat'-მა დაამტკიცეს, რომ ძარღვების გამგანიერებელნი, რომელნიც იმყოფებიან სიმპატიური ნერვიული სისტემის გამგებლობაში, აღიგზნებიან უფრო მეტად ცენტრიდან, ვიდრე პერიფერიიდან. მაშასადამე იმპულსი ძარღვების ვაფართოებისათვის მოდის არა ენდოტელიუმიდან, არამედ ნერვიული ცენტრიდან.

ვერავენ უარჰყოფს ამ თეორიის დიდ ღირებულებას; თეორიაში არაფერია ჰიპოთეტიური და ყველა ფაქტები შეთანხმებულია ცდებთან.

რჩება მხოლოდ ერთი ბუნდოვანი დებულება: რით ავხსნათ ინტიმური რაობა იმ მოვლენისა, რომ ნორმალური შრატის, მოსამზადებელი ინიექციის ზეგავლენით, იძენს თავისებურ თვისებას, — იგი ილექება იმ ანტიგენის ზედმოქმედებით, რომლითაც დამუშავებულია. ყოველ შემთხვევაში ეს გარემოება არ ამცირებს ანაფილაქტური შოკის მექანიზმის Lumiere'-ის კონცეპციის ნამდვილ ღირებულებას.

რ ე ფ ე რ ა ტ ე ბ ი

შინაგანი სნეულებანი.

Иоффе. К вопросу о зависимости между кислотностью желудка и эвакуацией его в 12 перстную кишку. Врачебное дело № 1. 1929. ავტორი თავის დაკვირვებების მიხედვით 196 ავადმყოფზე იმ დასკვნამდე მიდის, რომ არ არსებობს რაიმე კანონიერი დამოკიდებულება კუჭის წველის სიმკვლევისა და მისი ევაკუაციის შორის. Сердюков-ის დებულება, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის გაღიზიანება იწვევს პილორუსის დაზურვას და საჭმლის ფაფის კუჭში შეჩერებას, მართლდება მხოლოდ ჯანმრთელი ადამიანების კუჭზე. როდესაც კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანი გარსი პათოლოგიურად შეცვლილია, მაშინ მთელ რიგ შემთხვევებში შესაძლებელია, რომ ჰიპერხლორჰიდიის დროს ევაკუაცია ზოგჯერ გაძლიერებული კი იყოს.

И. М. Бичунский и В. Ф. Куприянов. К диагностике Distomiasis hepatica. მოხსენება ლენინგრადის თერაპიულ საზოგადოებაში. Врач. газ № 23. 1928. ავტორები აღნიშნავენ Distomiasis-ის იშვიათ შემთხვევას ლენინგრადში. საინტერესოა, რომ აქაც, ისე როგორც ექ. უდენტის * შემთხვევაში, Fasciola hepatica-ს კვერცხები აღმოჩენილი იყო, დუოდენალური ზონდაჟით მიღებულ ნაღველა B-ში. ვერც განავალში და ვერც ნაღველა A-ში ამ პარაზიტის კვერცხები ნახული ვერ იყო. მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ნაღველა B-ში აღმოჩნდა Fasciola-ს კვერცხები, განავალშიაც შესაძლებელი შეიქნა მათი აღმოჩენა Telemann-ის მეთოდით.

Syllaba. Endocarditis lenta. ოცი წლის დაკვირვების შედეგი (Annales de Médecine № 5 1928). 20 წლის განმავლობაში ავტორს უწარმოებია დაკვირვება 46 შემთხვევაზე. მისი აზრით En. len. არის სნეულება ტიპური კლინიკური მიმდინარეობით, ხშირად დადებითი ჰემოკულტურით და აუცილებლად დეტალური დაბოლოებით. ამ სნეულებას უკვე 1885 წელს იცნობდნენ W. Osler-ი და Jaccoud საფრანგეთში, ხოლო 1910 წელს Schotttmüller-მა გამოიჭო იგი ბაქტერიოლოგიურად. რა მოვლენებისა და მიხედვით შეგვიძლია გამოვიცნოთ E. l.? ეს არის:

1) E. l. ყოველთვის უნდა ვიფიქროთ იმ შემთხვევაში, თუ საქმე გვაქვს ავადმყოფთან, რომელსაც გადაუტანია მწვავე რემატიული პოლიარტრიტი, ხოლო ამ ყამად კრიპტოგენტიული სეპსისის მოვლენები აქვს. ანამნეზში ყოველთვის უნდა ვეძიოთ ასეთი დამახასიათებელი მოვლენები, როგორც არის მხედველობის და მეტყველობის უეცარი, გარდამავალი მოშლა, გარდამავალი ხასიათის ტყვილები სახსრებში და ელენთის მიდამოში, განსაკუთრებული გრძნობა თითებში.

2) მძიმე ანემია და კანის სუბიქტერიული შეღებვა. კანს ზოგჯერ ისეთივე ფერი აქვს, როგორც პერნიციოზული ანემიის დროს.

3) დიასტოლური შუილი მიტრალურ ან აორტის სარქველებზე. ხან ამ შუილს აქვს სტაბილური ხასიათი, ხოლო არა იშვიათად მეტად ცვალებადია და ხშირად ქრება კიდევაც. შეიძლება მხოლოდ რამდენიმე საათის განმავლობაში ისმოდეს. დიასტოლური ხასიათის გარდა ეს ცვალებადობაც მეტად დამახასიათებელია ამ შუილისათვის, ვინაიდან მოწმობს თვით სარქველების ანატომიური დაზიანების ცვალებადი ხასიათის შესახებ. შუილის ასეთი ხასიათი გვიამბობს დიდი ყურადღებით ვეძიოთ რგი და ყოველდღე ან დღეში რამდენჯერმე მოვისმინოთ გული.

4) ელენთის გაღივება შველის სნეულების გამოცნობას იმ შემთხვევაში, თუ ელენთა ნეკნთა რკალს სცილდება, რასაც ყოველთვის არ შეხვდებით (52% — 84%).

*) იხ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 1. 1929.

5) სისხლის ჩაქცევა კანში ხან წერტილობრივია, ხან კი უფრო დიდ სივრცეზე; აქაც მოვლენათა ისეთ ცვალებადობას ვნახულობთ როგორც შუილის დროს. ამას გარდა კანის მხრით ვნახულობთ ე. წ. Osler-ის კვანძებს, რომელნიც წარმოადგენენ წვრილ ჰემორაგიებს თითების რბილ ნაწილებში ვენტრალური მხარედან. ეს კვანძები არსებობენ ხშირად მხოლოდ რამდენიმე საათის განმავლობაში და ხშირად განმეორდებიან. შეიძლება ენახათ სისხლის ჩაქცევა აგრეთვე ფრჩხილების ქვეშ ან ფრჩხილის თავისუფალ კიდის გასწვრივ ან უფრო შიგნით. ყველა ამ მოვლენების გამოძიება საჭიროა ყოველ დღე.

6) სისხლის ჩაქცევამ ლორწოვან გარებში (მაგ. პირის ღრუ). შეიძლება ადგილი ჰქონდეს განმეორებით სისხლის დენას ცხვირში, რწყევას სისხლით (იშვიათად) და სისხლის დენას ფილტვებიდან, რომელიც უხშირეადა ფილტვის ინფარქტზე და მოკიდებული და მხოლოდ იშვიათად არსებობს მის გარეშე.

7) ტკივილები: ა) გულმკერდში სხვადასხვა ადგილას. ეს ტკივილები ძლიერდებიან სუნთქვის და ხველების დროს. მათ აქვთ უეცარი დასაწყისი, გრძელდებიან მხოლოდ 1—2 საათს და შემდეგ უეცრად ქრებიან. ობიექტიურად მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში ვნახულობთ ნახ პლევრის ხახუნს მცირე მანძილზე და რამდენსამე სველ ხიხინს. აიხსნება ამ ტკივილების გაჩენა მცირე სუბპლევრალური ინფარქტით და მცირე რაექტიული პლევრით. ხანდახან ვნახულობთ ტკივილებს ნეკნთა რკალის ქვეშ მარცხენა მხარეზე, ტკივილების ინტენსივობა და ხანგრძლივობა სხვადასხვაა და დამოკიდებულია პერისპლენიტზე, ელენთის პატარ-პატარა ინფარქტებზე; ბ) ტკივილები მუცლის არეში. მათი ბუნება ჯერ საბოლოოდ გამორკვეული არ არის (ღვიძლის ინფარქტი, მუცლის მუხრუჭის კუნთების სიმტკივნე, მრავალი ემბოლიები და სექტიური ჰემორაგიები პერიტონეუმში ზემო ჯორჯლის არტერიის მიმართულებით?) შეიძლება ენახათ აგრეთვე ჯორჯლის ინფარქტიც; ც) ტკივილები კიდურებში იმავე გარდამავალი ხასიათით, როგორც საერთოდ ყველა მოვლენები E. I. დროს.

8) სისხლის ჩაქცევა რეტინაში, რაც იშვიათ გართულებას წარმოადგენს. უფრო იშვიათია თვალის დანარჩენი სექტიური დაზიანებანი (წერტილობრივი სისხლის ჩაქცევა კონიუნქტივაში, chemosis ქუთუთოს შემუშებით, ulcus corneae, ჩირქოვანი მეტასტატიური პანოფტალმიტი, რეტინის ცენტრალური არტერიის ემბოლია.

9) უეცარი აფონია სტრიდროოზიულა სუნთქვით, რომელიც დამოკიდებულია მწვავე შემუშებაზე ზორხის ლორწოვან გარსის ჰემორაგიის გამო. ეს მოვლენები მალე ქრებიან.

10) მიკროსკოპიული ჰემატურია, როგორც ემბოლიური ნეფრიტის ან თირკმლის ინფარქტის შედეგი. ამ ნიშნის აღმოსაჩენად საჭიროა შარდის ყოველდღიური გასინჯვა, ვინაიდან იგი არა მუდმივი მოვლენაა.

11) ჰემოკულტურა. აქ არსებობს აზრთა სხვაობა დადებითი შედეგის შესახებ. დადებითი შედეგი ავტორს მიუღია 59%-ში, ზოგს უფრო ნაკლები, ხოლო ზოგს — 100%, ავტორის შემთხვევაში 1-ჯერ იყო გამოყოფილი პნემოკოკი, 3-ჯერ streptococcus virid., სხვა შემთხვევაში კი იყო ნახული სხვადასხვა სტრეპტოკოკები (სუსტად ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკი, streptococcus haemolyticus, streptococcus haemolyticus mucosus, გამოურკვეველი ბუნების სტრეპტოკოკი. ყველა შემთხვევებში ავტოსაიმ დადასტურა E. I. დიაგნოზი).

12) პათოგენური მიკრობის გამოყოფა შარდში, რაც დაგვიდასტურა ავადმყოფის ერთ-ერთმა მოწაფემ.

13) მონოციტოზი და ენდოტელალური უჯრედების არსებობა სისხლში გულჯულეების ინდექსის გადახრით მარცხნივ. ავტორების და მიხედვით, მონოციტოზი სხვადასხვაა (15% — 25% — 80%), თვით ავტორს კი მონოციტოზი (17%) უნახავს 1 შემთხვევაში. უფრო ხშირი იყო მონოციტოპენია.

14) კიდურების არტერიების ძიმე დაზიანება (ანევრიზმა, ემბოლია განგრენით).

15) მოვლენები თავის ტვინის მხრით ინტრაკრანიალური ანევრიზმის გასკდომის ან ტვინის არტერიის ემბოლიის გამო.

არცერთი ეს სიმპტომი ცალკე არ არის პათოგნომიური დიფერენციალური დიაგნოზით. E. I. ახასიათებს სექტიკო-ემბოლიური მიმდინარეობა. ჰემოკულტურას არ აქვს გადაწყვეტი მნიშვნელობა არც დადებითი და არც უარყოფით შემთხვევაში.



M. Labbé et F. Nepveux. დიაბეტის მკურნალობა გლიკოზორმენით (Presse Médicale № 58 1928). უბირველესად ავტორებს უსინჯავთ გლიკოზორმენის გავლენა სისხლის შაქარზე დიაბეტის დროს ასეთი წესით: ავადმყოფი უზომოდ დებულადა პირველ დღეს მხოლოდ 50,0 გლიკოზას, მეორე დღეს 50,0 გლიკ. + გლიკოზორენი 3 — 5 ტაბლეტი, მესამედღეს — 50,0 გლიკ. 25 mgr. სინტალინი, მეოთხე დღეს 50,0 გლიკ. + 20 ერთეული ინსულინი. იყო გასინჯული 9 ავადმყოფი, საიდანაც 5 იოლი დიაბეტით და ორი მიიმე დენუტრიციით და აციდოზით. ექვს შემთხვევაში გლიკოზორმენა ცხადად დასწია შაქრის რაოდენობა სისხლში. ორ შემთხვევაში არ ჰქონდა არავითარი გავლენა, დასასრულ ორ შემთხვევაში შაქარმა სისხლში, პირიქით, მოიმატა. უკანასკნელი 3 შემთხვევა ეკუთვნოდა მიიმე დიაბეტს, ხოლო მეოთხეში (მოქმედება არ იყო) გლიკოზორმენის შემდეგ ავადმყოფს დაემართა რწყევა. ამგვარად გლ-ნი ცხადად, მაგრამ ზომიერად მოქმედობს გლიკემიაზე. ჰიპოგლიკემია მას არასოდეს არ გამოუწვევია. შედარება ინსულინთან იძლევა: 4 შემთხვევაში ხუთიდან ინსულინის მოქმედება იყო უფრო ძლიერი, ხოლო ერთ შემთხვევაში, პირიქით. ეს იყო მეტად იოლი დიაბეტის შემთხვევა. სინტალინთან შედარებით ის უფრო სუსტად მოქმედობს, მაგრამ სინტალინის და გლიკოზორმენის მოქმედების ხასიათი მეტად წააგავს ერთი-მეორეს. ასეთი შედეგებია მწვავე შემთხვევებში. ამას გარდა იოლი დიაბეტის 5 შემთხვევაში ავტორებმა გაატარეს უფრო ხანგრძლივი წამლობა გლიკოზორმენით. შედეგს: გლიკოზორმენი იჩენს ცხად გავლენას გლიკემიაზე და გლიკოზურიაზე. ავტორის გამოანგარიშებით დღეში 3 ტაბლეტის მიღება აწარმოებს შაქრის 8 — 20 (საშუალოდ 12,0) გრ. უტილიზაციას, ხოლო 5 ტაბლეტა 3 — 45 გრ. (საშუალოდ 26,0). ავტორები ფიქრობენ, რომ გლიკოზორმენის 5 ტაბლეტა შესაძლებელია გაუთანასწოროთ (გლიკემიაზე მოქმედების მხრით) ინსულინის 20 ერთეულს ან სინტალინის 20 mgr. (დაახლოებით). მიიმე შემთხვევებში ავტორებს გლიკოზორმენი ნახგრძლივად არ უსინჯავთ, მაგრამ, მწვავე შემთხვევებისდა მიხედვით, მათ გამოჰყავსთ დასკვნა, რომ აქ იგი არ მოქმედობს (მეტადრე აციდოზზე). ზოგად მოვლენებს გლიკოზორმენი არ იწყევს. მხოლოდ 1 შემთხვევაში ავტორებმა ნახეს რწყევა და კიდევ 1 შემთხვევაში მცირეოდენი გასტროული მოვლენები.

დასასრულ, ავტორები არჩევენ საინტერესო საკითხს გლიკოზორმენის ბუნების შესახებ. ცნობილია, რომ Meissner-ის ცნობით, რომელმაც ეს პრეპარატი მიიღო, გლიკოზორმენი წარმოადგენს პანკრეასის ავტოფერმენტაციით მიღებულ პროლუქტს (იხილე ჩემი რეფერატი „გლიკოზორმენი“ — „ჯანსაღობის მოამბე“ 1928 წ. № 1 გვ. 83). მაგრამ პროლუქტის პირველი გამოცდისთანავე დაიბადა აზრი, რომ მისი მოქმედება დამოკიდებულია სინტალინზე, რომელიც თითქო გლიკოზორმენს შრევია. Meissner-ი და Noorden-ი უარყოფენ ამას და ამტკიცებენ, რომ ამ პროლუქტში სრულიად არ არის გუანიდინის¹⁾ ჯგუფი, მაგრამ შემდეგა გამოკვლევა სხვადასხვა ქვეყნებში უარყვეს Meissner-ის და Noorden-ის განცხადება და დაგვანახეს, რომ გლიკოზორმენის მოქმედება დამოკიდებულია სინტალინზე, რომელსაც მას ხელოვნურად ურევენ. V. Noorden-მა ამის შემდეგ განაცხადა, რომ იგი შეყვანილია შეცდომაში. (დამატებით მომყავს ცნობა Schwab-ის წერილიდან „Synthaline et glukhorment“ Paris Médical № 8. 1928 თებერვალი, რომ საქმე გადაცემულია სასამართლოში. ი. პ.).

ი. პ. ა. რ. მ. ა.

ქირურგია.

Малиновский. Электрические исследования при невротомиях. (რუსეთის დასტაქართა მე-XX ყრილობა). ავტორი აღნიშნავს, რომ ლენინგრადის ინსტიტუტი ქირურგიულ ნევროპათოლოგიისა ფართოდ ხმარობს სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების დროს ნევროტომიების მეთოდს (Молотков-ის ოპერაცია).

ვინაიდან აღნიშნული ოპერაციების დროს ანატომიური და ფიზიოლოგიური ცნობები და აგრეთვე კლინიკური გამოკვლევის მეთოდისა არ არის საკმარისი, რომ საოპერაციო მაგიდაზე ურყველად გამოირკვე, რომელი ნერვის გადაკვეთა მოგვეცეს სასურველ შედეგს, ამიტომ საჭიროა შექმნა დამატებითი მეთოდის, რომელიც თვით საოპერაციო მაგიდაზე ზუსტად გამოარკვევდა აღმოჩენილი ნერვის ხასიათს.

1) სინტალინი გუანდინის დერივატია.



ამიტომ შემოდებულ იყო ნერვის აღმოჩენის შემდეგ მისი გაღიზიანება ელექტრონის სუსტი ნაკადით.

ეს მეთოდიკა პირველად იხარეს Bell-მა და Magendie-მ. შემდეგ მას ხმარობდენ უმთავრესად ცხოველებზე მამოძრავებელი ნერვების შესწავლისათვის და მხოლოდ გამონაკლისის სახით მკრძნობიარე ნერვებზე. უკანასკნელ ხანებში Foerster-ის, Leriche-ის და Pertes-ის მიერ აღნიშნულია მეთოდიკა, რომელიც ამ უამად იხმარება ინსტიტუტში და არის ხანგრძლივი დაკვირვების და შესწორების შედეგი ინსტიტუტის მუშაობის პროცესში.

ელექტრული ენერჯის გენერატორად იხმარება ჩვეულებრივი აკუმულატორი ან „გრენგ“-ს ელემენტი (დატვირთვა 2 ვოლტამდე). გამტარებლად და რეგულატორად Du-Bois—Reymond-ის ინდუქციური ხელსაწყო, მაგრამ ამ უკანასკნელიდან სრულიად გაორღება შიგნითა ღერძი, რათა შესაძლო შეიქნეს დენის ძალის საკმარისი შესუსტება. ეს ხელსაწყო შერთებულა ბიპოლარულ ან უნიპოლარულ ელექტროდთან (Sicard-ის ან Дитерих-ის). ეს უკანასკნელი შუშის მცირე კავებთან და რეზინის ზონარებთან ერთად უმცირადდება და დანარჩენ იარაღებთან ერთად აბარია საოპერაციო დას.

როდესაც ნერვი აღმოჩენილია, იგი აიწვევა ზემოთდასახელებული შუშის კავზე, მის ქვეშ იზოლაციისათვის გაიქმება რეზინის ზონარი, ოპერატორი იღებს ხელში ელექტროს და ენება ნერვს, რაც იწვევს ნერვის ვატოტიანების არეში ტკივილის გრძნობას, დენის დასაწყისი ძლა უნდა იყოს 1/2 dm. და საბოლოო არ აღემატებოდეს 3—5 ctm-ს, რომ არ მოხდეს ნერვის შოკი.

ყველა შემთხვევებში ამ მეთოდიკას ზუსტი შედეგი მოუცია. ინსტიტუტის მასალა შეიც-ეს ნევროტომიის 450 შემთხვევას.

უმთავრესად უხმარიათ ეს მეთოდიკა შემდეგ ნერვებზე: 1) n. saphenus (66, 2) nerv. cutan. surae lateralis 40. 3) n. tibialis 39. 4) n. cutaneus surae medialis 39. 5) n. peroneus prof. 34. 6) n. peroneus super. 21 და სხვა. დაავადებათა განწესრიგება შესაძლებელია შემდეგ ნაირად: 1) Ulcus cruris simplex et varicos. 88. 2) gangraena spontanea 50. 3) ulcus pedis 20. 4) Laesio traumat. n. mediani 31 5) Laesio traum. n. ulnaris 25. 6) Epilepsia 9. 7) ulcus linguae tbc 5. 8) Cancer linguae 4 და სხვა.

ამ გვარად ეს მეთოდიკა აუცილებელია ნევროტომიის დროს, მეორეს მხრივ კი იგი ეხმარება თვით ნერვული სისტემის შესწავლას ცოცხალ ადამიანზე; ამ ვარი გაღიზიანებით იყო აღმოჩენილი მთავარი ნერვიული ღერძის მუდმივი მტკივნეულობის პროექციები, აღნიშული ფიზიოლოგიური მნიშვნელობა ზოგიერთ ნერვების ანასტომოზების (მაგ. n. obturatorius და n. saphenus-ის და სხვა). ამავე მეთოდიკით შესაძლოა მკაფიოდ განსხვავება მამოძრავებელი და მკრძნობიარე ნერვისა, ნერვის ღრმა მტკივნეულობის გამომყდენება: შესაძლოა ბოლოს ნერვის ანატომიური მოყვანილობის გამოკნობა. ე. ი. ვკუთვნის ნერვი მაგისტრალურს თუ დაფანტულ ტიპს — Шевкуненко-ის ნომენკლატურით (თუ ტკივილები უმთავრესად ერთ წერტილშია— იქნება მაგისტრალური ტიპი და წინააღმდეგ) და დასასრულ ეხმარება მკაფიო და ზუსტ დიაგნოსტიკას.

დ. ი — ნი.

Prof. Santin-Carlos Rossi (მონტევიდეოს ფსიხიატრული კლინიკა). სულით-დაავადების რამდენიმე შემთხვევა შიზოფრენიის გამოსახულებით და მთლიანი გამოკეთებით „L'encéphale“ № 6, 1928. ავტორს მოჰყავს 5 შემთხვევა შიზოფრენიის მთლიანი სიმპტომოკომპლექსით და ეს ზუთივე შემთხვევა სრული გამოკეთებით ჩათავდა. ფსიხოზები მიმდინარეობდა მოძრაობების გამრავლებით, პიროვნების განსეჩილებით, აუტიზმით და ამავე დროს აფექტიური სფეროს შენარჩუნებით, თუმცა გარგნულად ეს სფეროც დაზიანებული სჩანდა. დიფერენციალური დიაგნოზი სამ დაავადებათა შორის მერყეობს; არის ეს მანიაკალ-დეპრესიული ფსიხოზის დისტიმია, თუ Magnan-ის „bouffée délirante des predisposes“ ან თუ არის ამ შემთხვევაში შიზოფრენია? დისტიპიკი იმდენად სინტონიურათ განწყობილია გარემოსადმი, რომ მისთვის აუტიზმი სრულებით მიუღებელია, „bouffée délirante des predisposes“ მიმდინარეობს სწრაფათ, ციოზიერების აბეჭეთ და ამ დროს დაუშვებელია აუტიზმის და აფექტიური სფეროს შენარჩუნების თანარსებობა; შიზოფრენიის

დროს კი აფექტიური სფეროს დაუზიანებლობა შეუძლებელია. პროფ. Claude-ის შიზომანი-
ებში ავტორს გაგებული აქვს როგორც ერთგვარი საზღვარი შიზოიდის და შიზომანიის შორის;
შიზომანიის დროს პროფ. Claude-ის აზრით აფექტიური სფერო შეიძლება დაზიანებულიც
იყოს და შესაძლებელია უვნებელიც. ამნაირათ ავტორს აქვს აზრათ ეს შემთხვევები ცალკე ნო-
ზოლოგიურ ერთეულში მთათავსოს. შიზოფრენიული ჯგუფის ფსიხოზებიდან უნდა გამოყოფილ
იქნეს მწვავეთ მიმდინარე ფსიხოზები, აფექტიური სფეროს დაუზიანებელი და სრული გამოკე-
თებით. ამ ფსიხოზების პათოგენეზი უნდა ვეძიოთ თვით ნერვიულ უჯრედის დაზიანებაში კი არა,
არამედ ტვინის ფუძის მეზოდერმიულ ანთებითი პროცესში და ამასთან დაკავშირებით მეზობელ
ნევრონული სისტემის დროებითი დაზიანებაში.

ექ. შიშუკაშვილი თამარ.

ქ რ მ ნ ი კ ა

— 1929 წ. 3-6 აპრილს ქ. ლიონში (საფრანგეთი) შესდგება საერთაშორისო კონგრესი
პროფესიონალურ სწელებათა შესახებ

— თანახმად სტატისტიკური ცნობებისა 1926 წ. ყოველ 1000 მცხოვრებზე დაიბადა:

რუსეთში	44.9	პორტუგალიაში	33.2
ისპანიაში	29.7	იტალიაში	27.2
ჩეხო-სლოვაკიაში	25.1	პოლანდიაში	23.8
შოტლანდიაში	20.9	ირლანდიაში	20.6
დანიაში	20.5	ნორვეგიაში	19.7
გერმანიაში	19.5	საფრანეთში	18.8
შვეიცარიაში	18.2	ინგლისში	17.8
ესტონიაში	17.7	შვეციაში	16.9

(Paris médical № 48.1928)

— საფრანგეთის 4 უნივერსიტეტში (პარიზი, ლიონი, ტულუზა და მონპელიე) დაარსებულ
იქნა ახალი კათედრები ბალნეოლოგიისა ანუ, როგორც ფრანგები უწოდებენ Hydrologie et
climatologie medicale—პარიზის უნივერსიტეტში ამ კათედრაზე არჩეული იქნა პროფ. Villaret.

— პარიზში ამ წლიდან დაარსდა სპეციალური კათედრა ტუბერკულოზისა. პროფესორად
არჩეულ იქნა ცნობილი ფთიზიატრი—Leon Bernard ი.

— გერმანიაში 1927 წ. 1 მაისისათვის სულ ყოფილა 43.583 ექიმი, ამათ-
ში 1.739 ექიმი ქალი. ყოველ 10.000 მცხოვრებზე მოდიოდა 689 ექიმი. კბილის
ექიმი კი ყოფილა 8.465. ამგვარად 134 კბილის ექიმი მოდიოდა ყოველ 10.000
მცხოვრებზე. (Klin. Wosch).

— 15 ოქტომბერს 1929 წ. ქ. მონპელიეში შესდგება მე-20 კონგრესი
ფრანგ თერაპევტებისა. საპროგრამო საკითხები შემდეგია:

- 1) ქუნთორუშის ეტიოლოგია, პათოგენეზი და პათოლოგიური ფიზიოლოგია,
- 2) არტერიალური ჰიპოტენზიები და
- 3) ანემიური სინდრომების მკურნალობა.

— 1929 წ. განმავლობაში შესდგება შემდეგი ინტერნაციონალური კონგ-
რესები:

1) 3—6 აპრილს ქ. ლიონში (საფრანგეთი) — პროფესიონალურ სწეულ-ბათა შესახებ.

2) 11—13 აპრილს პარიზში — ექიმ ქალებისა.

3) აპრილში ვაშინგტონში (ამერიკა) — პირველი ინტერნაციონალური კონგრესი ტვინის ჰიგიენისა.

4) 19—22 მაისში ალჟირში (აფრიკა) — მეორე ინტერნაციონალური ანტიმალარიული კონგრესი.

5) სექტემბერში კონექტიკუტში (ამერიკა) — მეცხრე ინტერნაციონალური ფსიხოლოგიური კონგრესი.

— ქართველ ექიმთა საზოგადოებაში უკანასკნელ სამ სხდომაზე წაითხული იქნა შემდეგი მოხსენებები: მეექვსე სხდომაზე (10. I. 29 წ.) — არდ. ახვლედიანი. კრეტინიზმი და ენდოკრინული აპარატი (სვანეთის ჩიყვის და კრეტინიზმის მასალებიდან), მ. პაპიტაშვილი. ქალთა გონორეის ვაქცინო-დიაგნოსტიკა და ვაქცინოთერაპია; მეშვიდე სხდომაზე (14. II) — დოც. შ. მიქელაძე. პროფ. ვიდალის ხსოვნას, პროფ. გ. მუხაძე. გულის ქრილობის შემთხვევა (პრეპარატის დემონსტრაციით), გ. ლორთქიფანიძე. ოზურგეთის მაზრისა და ჩაქვის სახელმწიფო მამულში მომუშავე ქალთა ნაწილობრივი გამოკვლევა სამეანო-გინეკოლოგიური თვალსაზრისით, არდ. ახვლედიანი. სამეანო-გინეკოლოგიური რაზმი კახეთში; მერვე უკანასკნელ სხდომაზე (21. II) — პროფ. ს. ყიფშიძე და ა. რუხაძე. სიმპატიკური ნერვული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა კიდურების ზოგიერთ დაავადებათა მიმდინარეობაში.

— ქართველ ექიმთა საზოგადოებაში წლიური კრებას შემდეგ (25. X. 1928) კრებამ კვლავ დაავალა გამგეობას განეგრძო თავისი მუშაობა, სანამ მოხდებოდა ორი სამკურნალო საზოგადოებათა გაერთიანება. განახლებული მუშაობის შემდეგ წლიური კრების გარდა ჩატარებული იყო კიდევ 8 მორიგი სხდომა, რომელზედაც ვაკეთდა 18 მოხსენება. ამ ხნის განმავლობაში შემოვიდა საწევრო გადასახადებიდან 348 მანეთი, დახარჯულია აქედან 326 მან. 63 კ. (აქედან ასი მანეთი გადაეცა ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს განახლებულ რედაქციას). საერთოდ სალაროში დარჩა სულ წინა ნაშთით 145 მ. 32 კ.; წლიურსა და 8 მორიგ სხდომას დასწრებია სულ 744 წევრი და 730 სტუმარი. ამავე ხნის განმავლობაში (25. X. 1928 — 21. II. 1929 წ.) საზოგადოებაში მიღებულია წევრებად 110 ექიმი. სულ ამრიგად საზოგადოებაში ითვლება 530 წევრი, რომელიც მთლიანად გადარიცხული იქნება ახალ „საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში“.

— საქართველოს მიკრობიოლოგიურ წრეში 20 თებერვალს პროფესორ სიმონ სარდიონის ძე ამირეჯიბის სამეცნიერო მოღვაწეობის 25 წლის თავის აღსანიშნავად გ. ელიავამ გააკეთა მოხსენება პროფ. ს. ამირეჯიბის სამეცნიერო მოღვაწეობის შესახებ, მხოლოდ პროფ. გ. ვორონინმა დალ. ანთაძემ სამეცნიერო მოხსენებები.

— ფრანგი მეცნიერის პროფ. ფ. ვიდალის გარდაცვალების გამო ქართველ ექიმთა საზოგადოებამ თავის ერთერთ სხდომაზე 14 თებერვალს დაადგინა გაგზავნოს სამიძირის დეპეშა პარიზის სამკურნალო აკადემიას შემ-

დეგ შინაარსით: „საქართველოს ექიმთა საზოგადოება, შეკრებილი 14 თებერვალს 1929 წელს სხდომაზე აღსანიშნავად გამოჩენილი ფრანგი მეცნიერის პროფესორი ვიდალის სხოენისა, ადამიანის, რომელის სახელი სხვის ჰყენდა სამკურნალო მეცნიერებას მთელს მსოფლიოში, სთხოვს საფრანგეთის სამკურნალო აკადემიას მიიღოს მისი გულწრფელი და უღრმესი თანაგრძნობა ასეთი აუნახ-დაურებელი დაკარგვის გამო“. ხელს აწერს საზოგადოების თავმჯდომარე პროფესორი ალ. ალადაშვილი.

— ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის დასტაქართა კრებაზე (19. II 29 წ) ორდინატორ ვ. მერებაშვილმა წაიკითხა მოხსენება „ტრავმა და ძვალსახსართა ტუბერკულოზი“, მხოლოდ (26. II 29 წ.) ასისტენტ გ. ვაჩეჩილაძემ — „წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფიის მკურნალობის საკითხისათვის“ (ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის 1927 1928 ერთი წლის მასალის მიხედვით).

— სრულიად საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესის სრული ანგარიში მოთავსებული იქნება შემდეგ ნომერში.

— დაიბეჭდა და გამოვიდა გასაყიდათ: 1) ტფ. სახ. უნ-ის ნორმალური ანატომიის ასისტენტის ა. მალაევის მონოგრაფია „მიკროსკოპი“. გვ. 24. ფასი 40 კ. 17 სურათი ტექსტში, გამოცემა მეორე, ავტორის; 2) ტფ. სახ. უნ-ის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის უროლოგიური განყოფილების ასისტენტის ე. თოდაძის შრომა რუსულ ენაზე: „Перманганат проба и современное полсжение функциональных проб почек“, პროფ. გ. მუხაძის წინასიტყვიით. გვ. 165. ფასი 2 მ. 50 კ. გამოცემა ავტორის; 3) პროფ. ლ. ა. გოგსევეის შრომა ქართულ ენაზე „ოდონტოლოგიის მოკლე კურსი“, თარგმნილი ტფ. სახ. უნ-ის სტომატო-ოდონტოლოგიური კლინიკის ასისტენტის კბ. ექ. გ. ჭიჭინაძის მიერ პროფ. გ. მუხაძის რედაქტორობით. გვ. XVI+352, 194 სურათი ტექსტში, გამოცემა სახ. უნ-ის.

— სამეცნიერო მივლინებაში ევროპას გაემგზავრა ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკის უფროსი ასისტენტი ნიკოლოზ ყიფშიძე ერთი წლით.

— დაბრუნდა ევროპიდან სამეცნიერო მივლინებაში მყოფი ტფ. სახ. უნ-ის ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკის უფროსი ასისტენტი პრივატ-დოცენტი ნიკო მახვილაძე.

— ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს № 3 ეძღვნის პროფესორ ნიკოლოზ კახიანის ხსოვნას, ჟურნალში მოთავსებული იქნება წერილები პრ. დოცენტ კ. ერისთავის, პროფ. გ. მუხაძის, ე. ზაქარაიასის, პროფ. ა. ნათიშვილის, პროფ. ვ. ჟღენტის, პრ. დოც. მგალობელიის, ე. ცინცაძის, ს. ოდიშარიასის, ვ. მუსხელიშვილის და სხვა.

ჟურნალი უკვე იბეჭდება და გამოვა 25 მარტისათვის.

— 1928 წლის განმავლობაში, ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს № 1-ში მოხსენებულ იუბილარ-ექიმების გარდა, სამკურნალო და საზოგადოებრივი მოღვაწეობის 30 წელიწადი შეუსრულდა ამიერ-კავკასიის რკინისგზის ჯანმრთელობის სამმართველოს გამგის მოადგილეს ექიმ მაქსიმე ღამბარაშვილს. რედაქცია ულოცავს პატივცემულ იუბილარს მისი მოღვაწეობის 30 წლის თავს და უსურვებს კვლავინდებურად ენერგიულსა და ხანგრძლივ მუშაობას.



ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტი

აცხადებს კონკურსს

ქირურგიულ პათოლოგიის კათედრის გამგის თანამდებობის დასაკავებლათ.

იმ პირებმა, რომელთაც სურთ მიიღონ მონაწილეობა აღნიშნულ კონკურსში, უნდა წარმოადგინონ თავის სამეცნიერო შრომები (2 ეკზემპლარი) და დაწვრილებითი Curriculum vitae.

განცხადების და შრომების წარმოდგენის უკანასკნელი ვადა დანიშნულია ამა წლის პირველი აპრილი.

სამკ. ფაქ. დეკანი პროფ. ალ. ნათიშვილი.

Медицинский факультет Тифлисского Госунта ОБЪЯВЛЯЕТ КОНКУРС

на должность заведывающего свободной кафедры хирургической патологии. (Ведение преподавания на грузинском языке обязательно).

Лица желающие принять участие в конкурсе, должны представить свои печатные труды (по 2 экз.) и подробное Curriculum vitae.

Крайний срок представления заявления и трудов назначено к 1-му апреля сего года.

Дек. мед. фак. профессор А. Н. Натишвили.

ვაჰიმი იოსებ ნიკოლოზის ძე თუშანიშვილი.

(საექიმო და სამეცნიერო მოღვაწეობის 35 წლის თა. ი).

დაიბადა ქ. გორში 1867 წელს. 1877 წელს მიღებული იყო სახელმწიფო ხარჯზე ტფილისის კლასიკურ გიმნაზიაში, რომელიც დაასრულა 1888 წელს მედალით, რის გამო მიიღო კავკასიის სტიპენდია და მიღებული იყო მოსკოვის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე. 1893 წელს კურსის დამთავრებისას დატოვებული იყო ორდინატორად პროფესორ ვლ. ფ. სნეგირიოვის გინეკოლოგიურ კლინიკაში, რომლის ხელმძღვანელობითაც მუშაობდა 3¹/₂ წელიწადი. შემდეგი 1¹/₂ წელი მუშაობდა მოსკოვის მშობიარეთა დამხმარე დაწესებულებაში. იმავე დროს ჩააბარა სადოქტორო გამოცდები და დაიწყო სადისერტაციო შრომის წერა შემდეგ თემაზე: „Осложнение беременности фибромиомами матки“ და მოსკოვის ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებაში კიდევ გააკეთა წინასწარი მოხსენება, მაგრამ აღნიშნული შრომის დამთავრება არ მოხერხდა; როგორც ვალდებული სტიპენდიისათვის იგი გამოძახებული იყო ტფილისში და დანიშნული ტფილისის მიხეილის საავადმყოფოს გინეკოლოგიური



განყოფილების გამგე-ორდინატორად. საავადმყოფოში მუშაობდა 1912 წლამდე, იქიდან კი გადაიყვანეს ამიერკავკასიის ოლლას საწმობიარო ინსტიტუტში გინეკოლოგიური გამგის თანამდებობაზე და გინეკოლოგიის მასწავლებლადაც.

1914 წელს გაემგზავრა ევროპას და დაათვალიერა გინეკოლოგიური კლინიკები ვენაში და ბერნში.

ტფილისში ქართულსა და რუსულ სამკურნალო საზოგადოებებში გააკეთა მთელი რიგი მოხსენებებისა უმთავრესად ქალთა მუცლის ქირურგიიდან. უკანასკნელი შრომა „გინეკოლოგია“ ქართულს ენაზე მიღებულია უნივერსიტეტის კომისიის მიერ როგორც სამკურნალო ტექნიკუმების სახელმძღვანელო.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში.

1929 წლის 22 თებერვალს სოციალური ჰიგიენის აუდიტორიაში მოხდა ტფილისის ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა და კავკასიის სამკურნალო ყოფილ საზოგადოებების გაერთიანებული პლენარული სხდომა, რომელზეც დღის წესრიგში იდგა საკითხი საქართველოს ექიმთა საზოგადოების გამგეობის არჩევნების შესახებ.

ზემოხსენებული საზოგადოებათა დაგალებით სხდომას ხსნის ჯანმრთელობის სახალხო კომისარი ამხ. გ. კუჭაიძე, რომელიც იძლევა წინადადებას, რათა კრებამ აირჩიოს ამ პლენარული სხდომის პრეზიდიუმი. შემოსულია პრეზიდიუმის სია, რომლის მიხედვითაც კრება ირჩევს პრეზიდიუმს შემდეგი შემადგენლობით: ამხ. გ. კუჭაიძე (თავმჯდომარეთ), ი. ასლანიშვილი (მდივანთ), პროფ. ი. თიკანაძე, დოცენტი შ. მიქელაძე, გ. პონდოევი, მაიზელსი და ვ. ლორთქიფანიძე.

ამხ. გ. კუჭაიძე აცნობს კრებას ყოფილ ორ საზოგადოებათა ნებაყოფლობით განზრახვას გაერთიანების საკითხში და იმ მუშაობას, რომელიც ამ საკითხის ირგვლივ სწარმოებდა უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში.

შემდეგ კრება ისმენს „საქართველოს ექიმთა საზოგადოების“ წესდებას, რომელიც მიღებულია საზოგადოებათა ორივე გამგეობის რწმუნებულებით, დამტკიცებულია და გატარებულია რევისტრაციაში შინაგან საქმეთა სახალხო კომისარიატის საადმინისტრაციო განყოფილებაში. (საქართველოს ექიმთა საზოგადოების წესდება დაიბეჭდება შემდეგ ნომერში).

წესდება კრების მიერ დადასტურებულია, რის შემდეგ იწყება არჩევნები გამგეობის, სარევიზიო კომისიის და სარედაქციო კომისიის. წამოყენებული სიების მიხედვით არჩეული არიან:

გამგეობაში—პროფ. ალ. ალადაშვილი (თავმჯდომარე), გ. პონდოევი და პროფ. ვლ. ჟდენტი (თავმჯდომარის ამხანაგები), დოცენტი შ. მიქელაძე, გ. ვაწაძე, შავერდოვი, ი. ასლანიშვილი (მდივანი), მაიზელსი (მდივანი), ა. კანდელაკი; კანდიდატებად—ვ. კონიაშვილი, ს. კანდელაკი, ს. იუშანცევი. სარევიზიო კომისიაში—პ. ბუაჩიძე, პროფ. ი. თიკანაძე, მედ. დოქტორი ნ. ვესელოვზოროვი, ე. სემენსკაია. სარედაქციო კომისიაში—პროფ. ალ. ნათიშვილი, პროფ. გ. ღამბარაშვილი, მ. გიგოლოვი.

არჩევნების დასასრულ მისასალმებელი სიტყვებით გამოვიდნენ დოცენტი შ. მიქელაძე, გ. პონდოევი, პროფ. ი. თიკანაძე, რის შემდეგაც კრება იხურება.

შინაარსი:

I. დოცენტი შ. მიქელაძე. Fernand Widal-ი 77

II. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

1. ნ. დემეტრაძე. შუასაბჯიდის ნეოვის ანომალიური დატოტინება კისრის მიდამოში 83

2. გ. დიდებულაძე. გასტრიული ტეტანიის საკითხისათვის 89

V 3. პროფ. დოცენტი კ. ერისთავი. გულის ტრილობა და მისი მკურნალობა . . . 102

4. ს. ოდიშარია. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ნორმალური და პათოლოგიური საშვილოსნოსი 112

III. საზოგადოებრივი მედიცინა:

5. ი. ასლანიშვილი. ჩიყვის ახალი კვრები საქართველოში 119

IV. მიმოხილვა:

6. დოცენტი მ. ასათიანი. პროფ. ბექტერევის რეფლექსოლოგიური მოძღვრება 128

7. ს. მუსხელიშვილი. ანაფილაქტიური შოკის მექანიზმი A. Lumiere'ის თეორიით 132

V. რეფერატები 142

VI. ქრონიკა 146

VII. ბიოგრაფია: ექიმი იოსებ ნიკოლოზის ძე თუმანიშვილი 149

VIII. შინაარსი 152

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Доцент Ш. Микеладзе. Fernand Widal 77

2. Н. Деметрадзе. Аномальное разветвление грудобрюшного нерва на шее. 88

3. Г. Дидебулидзе. К вопросу о tetania gastrica 100

4. Пр.-доц. К. Эристави. Раны сердца и их лечение 111

5. С. Одишария. Рентгенологическое исследование нормальной и патологически измененной матки 115

6. И. Асланишвили. Новые очаги зоба в Грузии 116

7. Доцент М. Асатиани. Рефлексологическое учение проф. Бехтерева . . . 128

8. С. Мусхелишвили. Механизм анафилактического шока по теории A. Lumiere'a 132

9. Рефераты, хроника, биография 142

SOMMAIRE:

1. Prof. agrégé Ch. Mikéladzé. Fernand Widal 77

2. N. Demetradze. Der Fall einer anomalien Verzweigung des n. phrenicus am Halse 88

3. G. Didebouli dzé. Au sujet de la tétanie gastrique 100

4. Priw.-Doz. K. Eristaw i. Uber die Herswunden und deren Behandlung . . . 111

5. S. Odischaria. Die röntgenologische Untersuchung der normalen und der pathologisch veränderten Gebärmutter 115

6. I. Aslanichvili. Les foyers nouveaux du goitre en Géorgie 116

* 7. Prof. agrégé M. Asatiyani. La théorie de réflexologie du prof. Bektéréff. . . 128

8. S. Mouskhelichvili. Le mécanisme du choc anaphylactique d'après la théorie de A. Lumière.

Analyses, Chronique, Biographie 142

