

გამოცემის წელი გეგმილი

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა თრგანო

I

იანვარი

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



მიიღება ხელის მოწერა 1930 წლისათვის

ყოველთვიურ

სამეცნიერო - სამკურნალო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო)

ქურნალში უამღავი განყოფილებაში:

თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა, კონფერენციების და სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები და ტფილისის და პროვინციელი ექიმები:

| | |
|--------------------------------|-------------------------|
| ქურნალის ფასი: | რედაქციის მისამართი: |
| ერთი წლით 12 მან. | ტფილისი, კამოს ქ. 47 ა. |
| ნახევარი წლით 6 მან. | „თანამედროვე მედიცინა“. |
| ცალკე ნომერი 1 მან. | |

ქურნალის სარედაქციო კოლეჯიში:

პროფ. ალ. ნათიშვილი, პროფ. ვლ. ჟღენტეი, პროფ. შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი.

პასუხისმგებელი რედაქტორი: სარედაქციო კოლეგია.
რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი ი. ასლანიშვილი.

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ქურნალი

FL 11831

თბილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

I

იანვარი

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

თბილისი—1930

ს. ს. ს. რ. 350
ხალხთა განათლების
კომისარიატი
სამედიცინო
ბიბლიოთეკის
კვლევის განყოფილება
30



ყოველთვიური სამეცნიერო-სამკურნალო ჟურნალი

თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის

მეცნიერ მუშაკთა ოკრგანო

რედაქციის მისამართი: ტფილისი, კამოს ქ. 47ა. პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტის შენობა; ელსმენი 11-69.

Ежемесячн. научно-врачебный журнал ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Organ des wissenschaftlichen Mitarbeiter des Medizinischen Fakultäts der Staatlichen Universität von Tiflis
№ 1. 1930 г. Январь.

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

Адрес редакции: С.С.Р.Г. Тифлис, Ул. Камо, 47. Патолого-анатомический институт; тел. 11-69.

THANAMEDROVÉ MÉDICINA

Journal médical géorgien.

№ 1. 1930 Janvier

Comité de Rédaction: prof. A. Nathichvili, prof. V. Jghenti, prof. Ch. Mikeladzé, prof. agrége M. Mgalobéli, d-rs Z. Maïssouradzé, P. Kavtharadzé, J. Aslanichvili (Secrétaire de la Rédaction).

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

| | |
|--|----|
| 1. И. Парма. К вопросу о кислотно — щелочном равновесии при крупозной пневмонии и экссудативном плеврите | 13 |
| 2. И. Цинцадзе. К казуистике врожденных пороков сердца | 20 |
| 3. Проф. С. Н. Кипшидзе и А. К. Рухадзе. К вопросу о диагностике компрессии спинного мозга при помощи липодола | 25 |
| 4. П. Сараджишвили и М. Шац. К диагностике опухолей спинного мозга. | 28 |
| 5. И. В. Микаберидзе. Случай внематочной яичниковой беременности | 38 |
| 6. Ард. Ахвледиани. К казуистике foetus papiraceus-a | 42 |
| 7. Л. Чиковани. Анкилостомоз в Мингрели | 43 |
| 8. М. Кокочашвили. Варнации формы и числа селезенки | 44 |
| 9. К. Цомаи. Хирургическое лечение туберкулеза легких | 50 |

| | |
|---|----|
| 1. J. Parma. Au sujet de l'équilibre acido-base au cours de la pneumonie fibrineuse et pleurisie exsudative. | 13 |
| 2. J. Tzintzadzé. Sur un cas de l'affection congénitale du coeur | 20 |
| 3. Prof. S. Kipchidzé et A. Roukhadzé. Sur la question de diagnostic de la compression medullaire par le lipiodol | 25 |
| 4. P. Saradjichvili et M. Chatz. Sur le diagnostic lipiodolé des tumeurs spinales. | 28 |
| 5. J. Mikaberidzé. Un cas de la grossesse extra-uterine ovariale | 38 |
| 6. A. Achvlediani. Sur le foetus papiraceus | 42 |
| 7. L. Tchikowani. L'ankylostomose en Mingreli | 43 |
| 8. M. Kokotchachwili. Les variations de la forme et du nombre de la rate. | 44 |
| 9. C. Zomaïa. Therapeutique chirurgicale de la tuberculose pulmonaire. | 50 |

ს ა რ ჩ ე ზ ი .

გვრ.

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

| | |
|---|----|
| ✓ 1. ი. პარმა. ტუტეთა და მჟავეთა წონასწორობისათვის კრუპოზული პნემონიის და ექსუდატიური პლევრიტის დროს. | 5 |
| ✓ 2. ი. ცინცაძე. გულის თანდაყოლილი მანკების საკითხისათვის. | 14 |
| ✓ 3. პროფ. ს. ყიფშიძე და ა. რუხაძე. ზურგის ტვინის კომპრესიის ლიპოდოლით დიაგნოსტიკის საკითხისათვის. | 21 |
| ✓ 4. პ. სარაჯიშვილი და მ. შაცი. ლიპოდოლით ზურგის ტვინის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის. | 26 |
| ✓ 5. ი. მიქაბერიძე. საკვერცხის ორსულობის შესახებ, საკუთარი შემთხვევის აწერით. | 29 |
| ✓ 6. არდ. ახვლედიანი. Foetus papyraceus კაზუსისტიკისათვის | 39 |

II. საზოგადოებრივი მედიცინა:

| | |
|--|----|
| ✓ 7. ლ. ჩიქოვანი. ანკილოსტომოზი სამეგრელოში. | 43 |
|--|----|

III. მიმოხილვა:

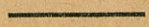
| | |
|--|----|
| 8. მ. კოკოჩაშვილი. ელენთის ფორმის და რიცხვის ვარიაციები. | 44 |
| 9. კ. ცომაია. ფილტვების ტუბერკულოზის ქირურგიული მკურნალობა | 50 |

IV. ანგარიში:

| | |
|---|----|
| 10. ი. ასლანიშვილი. საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში. | 56 |
|---|----|

| | |
|-------------------------|----|
| V. რეფერატები | 59 |
|-------------------------|----|

| | |
|-----------------------|----|
| VI. ქრონიკა | 63 |
|-----------------------|----|



ქურნალში თანამშრომლობის სურვილი განაცხადეს:

აბაკელია ი. დოც., ალადაშვილი ალ. პროფ., ამირეჯიბი ს. პროფ., ასათიანი მ. დოც., ასპისოვი ნ. დოც., ბურგდორფი ვ. პროფ., ვარაზი ვ. პრ.-დოც., ვირსალაძე სპ. პროფ., თიქანაძე ი. პროფ., ელიავა გ., ელიაშვილი ივ., ერისთავი კ. პრ.-დოც., მახვილაძე ნ. პრ.-დოც., მაჭავარიანი ა. პროფ., მგალობელი მ. პრ.-დოც., მიქელაძე შ. პროფ., მოსეშვილი ვ. პროფ., მუსხელიშვილი ვ., მუხაძე გ. პროფ., ნათიშვილი ალ. პროფ., ჟღენტი ვ. პროფ., საყვარელიძე ს. პრ.-დოც., ქუთათელია ი. პროფ., ჩაჩხიანი კ. პროფ., (ნიჟინი ნოვგოროდი), უგრელიძე მ., ღამბარაშვილი გ. პროფ., ღალობერიძე ბ. დოც., ყიფშიძე ს. პროფ., ცეცხლაძე ვლ. პრ.-დოც., წინამძღვრიშვილი მ. პროფ., წულუკიძე ალ. დოც., ჯანელიძე ი. პროფ., (ლენინგრადი).

ქურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელის მომწვართა ქურადსაღებად

ქურნალის საქმეების გამო და რედაქციასთან ახლო კავშირის დასაჭერად ამხანაგებმა უნდა მიმართონ ჩვენს შემდეგ წარმომადგენლებს—ექიმებს:

ტფილისში ს. მდივანს (ქალაქის 1 კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დიდებულაძეს (ქალაქის პირველი საავადმყოფო), ა. უსტიაშვილს (სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი), ი. ტატიშვილს (პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), ს. ანდერევისას (ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტი), ლ. ანთაძეს (ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი), ა. გოცირიძეს (საქ. ჯანსაღობისარიატი), კ. ტყემელაშვილს (რკინის გზის საავადმყოფო), ი. გაჩეჩილაძეს (სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტი), ა. ჟღენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ჭალაძეს (ა. კ. რკინის გზის სამმართველო), მ. ტყემალაძეს (ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის ინსტიტუტი), ს. ჯანყარაშვილს (ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილება), მ. გეგელაშვილს (ქართული სამხედრო ნაწილები), პ. მგალობელიშვილს (დერმატოლოგიური და ვენეროლოგიური ინსტიტუტი), ა. რუხაძეს (ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი), სტუდენტს ი. გოგუას (სამკ. ფაკ. III კურსი), ვ. ოთხმეზურს (საქ. წითელი ჯვრის საავადმყოფო, სანაპირო ქ. 5).

ტფილისის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილს (ქუთაისი, ჭავჭავაძის ქ. 4), გ. კახიძეს (ზესტაფონი, საავადმყოფო), გ. ხეჩინაშვილს (ლენინგრადი, ტორგოვია ქუჩა, 15, ბ. 48.), ვ. მაქაცარიას (ბათომი, ჯაფარიძეს ქ. 23), შ. მირიანაშვილს (გურჯაანი), შ. მთვარელიძეს (გორი, აკ. წყარეთლის ქ. მამინოვის სახლი), ლ. დუნდუას (ახალსენაკი), ი. ასათიანს (ახალციხე), მ. ვაჩნაძეს (სიღნაღი), პ. ჯაფარიძეს (სოხუმი), ვ. კვერენჩხილაძეს (ს. ნიკორწმინდა—ქვემო რაჭა), ს. საკანდელიძეს (ს. ლეზი—მთის რაჭა).

0. პარამა.

კლინიკის ასისტენტი.

**ტუტეთა და მუხავეთა წონასწორობისათვის კრუპოზული
ანემონიის და მასუდატიური პლემრიტის დროს*).**

(ფაკულტეტის თერაპიული კლინიკიდან.—დირექტორი პროფ. ა. ალადაშვილი)

თუ გავიხსენებთ იმ მრავალ შინაგან და გარეგან მიზეზებს, რომელთაც უკვე ფიზიოლოგიურად, ხოლო განსაკუთრებით კი სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს შეუძლიათ იმოქმედონ სისხლის ქიმიურ რეაქციაზე, მაშინ უნდა მოველოდეთ, რომ იგი განიცდის დიდ რყევას და მუდმივ იცვლება. სულ ახლო წარსულში მართლად სწორედ ასეთი შეხედულება იყო გავრცელებული. მაგრამ ახლად შემოღებულმა, გამოკვლევის უფრო სწორე მეთოდებმა შესცვალეს ეს შეხედულება. Friedenthal-ის დაკვირვებებმა, რომელიც მან აწარმოვა სისხლისადმი ტუტეების და მჟავების მიმატებით, და აგრეთვე Van Slyke-ის, Cullen-ის, Michaelis-ის, Barcroft-ის, Nash-ის, Benedict-ის, Bigwood-ის, Henderson-ის, M. Labbe-ს და ბერი სხვების გამოკვლევებმა ცოცხალ ადამიანზე სხვა და სხვა ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური მდგომარეობის დროს გვიჩვენეს, რომ სისხლის რეაქცია მცირედ იცვლება. ეს ფრიად მნიშვნელოვანი ფაქტი იმაზე მოწმობს, რომ ორგანიზმში უნდა არსებობდეს მძლავრი სარეგულაციო მექანიზმი, რომლის საშუალებითაც სისხლი ინახავს თავის ქიმიურ რეაქციას განსაზღვრულ ფარგლებში. ზემოხსენებულმა ავტორებმა აღმოაჩინეს ეს სარეგულაციო მექანიზმიც, რომლის მთავარ მხარეებს ჩვენ დღეს საკმაოდ ვიცნობთ. აღმოჩნდა, რომ რეგულაციაში, გარდა სხვადასხვა ორგანოებისა, მონაწილეობს უპირველეს ყოვლისა თვით სისხლი თავისი ე. წ. „ტამპონების“ სისტემით. ეს უკანასკნელი წარმოადგენს ორი ნივთიერების კომბინაციას, საიდანაც ერთი ტუტეა (ან მის როლს ასრულებს), ხოლო მეორე კი—მჟავა ან მჟავას როლს ასრულებს. ამ სისტემის დანიშნულება იმაში გამოიხატება, რომ ყველა იმ შემთხვევებში, როდესაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო სისხლში ზედმეტად გროვდება ტუტე ან მჟავე იონები, რასაც შედეგად სისხლის რეაქციის შეცვლა უნდა მოყოლოდა, მაშინ „ტამპონების“ სისტემა თავისი ტუტე კომპონენტის სისხლში დაგროვილ მჟავე იონებთან შეკავშირებით ან, პირიქით, მჟავე კომპონენტის—დაგროვებულ ტუტე იონებთან შეკავშირებით ახდენს ნეიტრალიზაციას და თუმცა „ტამპონების“ სისტემის მჟავე და ტუტე კომპონენტების რაოდენობა კლებულობს, მაგრამ სამაგიეროდ სისხლის რეაქცია არ იცვლება. ასეთი „ტამპონების“ როლს სისხლში შემდეგი სამი სისტემა ასრულებს: 1) ნახშირის მჟავა ბიკარბონატები

- 2) ამინომჟავები
ამინომჟავების მარილები, 3) ორლითონიანი ფოსფატი
ერთლითონიანი ფოსფატი. უკანასკნელი სისტემის

*) მოხსენება სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესზე 29/I 1929 წ.



დანიშნულება შემდეგში გამოიხატება. ამ სისტემის ორივე კომპონენტი (ორლითონიანი ფოსფატი— NaH_2PO_4 და ერთლითონიანი ფოსფატი— NaH_2PO_4) ტუტე ნივთიერებაა, მაგრამ NaH_2PO_4 უფრო ნაკლებ ტუტეა, რადგანაც იგი შეიცავს Na მხოლოდ ერთ ატომს, მაშინ როდესაც Na_2HPO_4 უფრო ტუტეა. ნორმალურად ორივე ნივთიერება გამოდის შარდში, მაგრამ ისე, რომ Na_2HPO_4 რაოდენობა უფრო მეტია, ვიდრე NaH_2PO_4 -ს. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ორგანიზმს სჭირდება ტუტე, მაშინ, პირიქით, შარდში Na_2HPO_4 რაოდენობა კლებულობს, რის გამოც ორგანიზმში უფრო მეტი ტუტე იონი (ნატრიუმის) რჩება, ვიდრე ნორმალურად. პირიქით მოვლენას აქვს ადგილი მაშინ, როდესაც ორგანიზმში ზედმეტადაა დაგროვილი ტუტე იონი.

გარდა მოყვანილისა არსებობს აგრეთვე მეოთხე სისტემა, რომელიც განსაკუთრებულ როლს თამაშობს. ეს არის სისტემა $\frac{\text{ჰემოგლობინი}}{\text{ოქსიჰემოგლობინი}}$. ამ სის-

ტემის მოქმედება შემდეგში გამოიხატება. ჰემოგლობინი და ოქსიჰემოგლობინი — ორივე მჟავე ნივთიერებაა, მაგრამ ჰემოგლობინი უფრო ნაკლებ მჟავეა, ვიდრე ოქსიჰემოგლობინი. ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც მჟავე იონების რაოდენობა სისხლში კლებულობს ჰემოგლობინი ოქსიჰემოგლობინში გადადის და სისხლის რეაქცია გამოსწორდება. ასეთ მოვლენას ჩვენ, მაგალითად, ფილტვის ანვეოლებში ხვდებით, სადაც CO_2 (resp. H_2CO_3) უხვად გამოიყოფა სისხლიდან. პირიქით, თუ მჟავე იონების რაოდენობა სისხლში მატულობს, როგორც ამას ადგილი აქვს, მაგალითად, ქსოვილებში CO_2 -ის დაგროვების გამო, მაშინ ოქსიჰემოგლობინი O_2 ქსოვილებს გადასცემს და თითონ კი გადადის ჰემოგლობინში, რომელიც როგორც უფრო ნაკლებ მჟავე ნივთიერება დარღვეულ წონასწორობას გამოასწორებს.

„ტამპონების“ სისტემა წარმოადგენს სწორედ იმ სარეგულაციო მექანიზმს, რომელიც პირველი იწყობს ბრძოლას სისხლის რეაქციის დასაცავად. მაგრამ თუ ამ ე. წ. ფიზიკო-ქიმიურ რეგულატორების საშუალებით ორგანიზმი ვერ აღწევს დასახულ მიზანს, მაშინ იწყობენ მოქმედებას სხვადასხვა ორგანოები. ამ ორგანოებს ეკუთვნის ჯერ ერთი ფილტი, რომელიც, როგორც Hendersson-ის, Brown Séquard-ის, Gad-ის, და მეტადრე Winterstein-ის გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, ან აძლიერებს თავის ვენტილაციის, რის გამო ორგანიზმიდან ზედმეტად გამოიყოფა ნახშირ-მჟავა და მჟავე იონების რაოდენობა სისხლში კლებულობს ან, პირიქით, ფილტი ამცირებს ვენტილაციას, რასაც შედეგად ორგანიზმიდან CO_2 ნაკლები გამოიყოფა მოყვება. მეორე ორგანო, რომელიც ლეზულობს მონაწილეობას სისხლის რეაქციის რეგულაციაში არის თირკმელი, რომელიც ან უშუალოდ გამოყოფს ზოგიერთ ტუტეებს და მჟავეებს (შარდის, აცეტოქმრის, β -ოქსი-ერბოს), ან სცვლის ორლითონიანი ფოსფატის რაოდენობითი გამოყოფას, რის გამო ნაწილი ტუტისა (იონი Na. იხილე ზევით) რჩება ან უფრო მეტად გამოიყოფა ორგანიზმიდან, ან კიდევ — თირკმელი, როგორც ეს Nash-ის, Benedict-ის, Hendersson-ის და Russel-ის უკანასკნელმა გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, იმუშავებს ამონიაკს, რომელიც სისხლში დაგროვილ მჟავეებს ანიტრალებს. გარდა ამისა სისხლის რეაქციის რეგულაციაში ლეზულობს მონაწილეობას მთელი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი ყველა თავისი ჯირკვლე-



თეტეთა და მჟავეთა წონასწორობისათვის

ბით, რომელიც სექრეტთან ერთად გამოჰყოფენ მჟავე (კუჭის წვენი) ან ტუტე (პანკრეასის, ნაწლავის წვენი, ნალველი) იონებს.

ასეთია მოკლეთ ის მომენტები, რომელნიც სისხლის რეგულაციას განაგებენ. ყველა ამ მომენტთა შორის მთავარი მნიშვნელობა „ტამპონების“ სისტემას აქვს, ხოლო ამ უკანასკნელთა შორის კი, Hendersson-ის, Bayliss-ის და Ewans-ის, Zucher-ის ოა სხვ. დასკვნით, პირველი ადგილი უკავია სისტემას ნახშირის მჟავა ბიკარბონატები. Hendersson-ის და Hasselbach-ის აზრით, სისხლის

რეაქცია დამოკიდებულია (უმთავრესად) იმ წონასწორობისაგან, რომელიც არსებობს სისხლში თავისუფალი ნახშირ-მჟავისა და ბიკარბონატების შორის. ერთსა და მეორესაც ნორმალურ მდგომარეობაში სისხლი განსაზღვრული რაოდენობით შეიცავს. ამგვარად ორგანიზმს ყოველთვის აქვს თავის განკარგულებაში ტუტეთა და მჟავეთა განსაზღვრული მარაგი. ეს მარაგი წარმოადგენს სისხლის რეაქტივის მცველს, რადგანაც სისხლის ქიმიური რეაქციის შეცვლა (და ხიფათი ორგანიზმისათვის) იწყობა მაშინ, როდესაც ეს მარაგი ამოწურულია ან მცირე მინიმუმამდეა დაყვანილი. ზემონათქვამიდან, მაშასადამე, ცხადი უნდა იყოს, რომ ჩვენ ინდა გავარჩიოთ ორი მომენტი: 1) სისხლის ქიმიური რეაქტივის მდგომარეობა, რომელსაც დღეს იკვლევენ არა ძველი ტიტრაციის მეთოდით, რომელიც სისხლის პოტენციალურ რეაქციას განსაზღვრავს, არამედ წყალმბადთა თავისუფალი იონების კონცენტრაციის (PH) განსაზღვრით, რაც გვაძლევს საშუალებას გავიგოთ სისხლის აქტუალური რეაქტივის მდგომარეობა, რაც ჩვენთვის გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია და 2) ტუტეთა და მჟავეთა მარაგის მდგომარეობა სისხლში. ამ მომენტის გამოკვლევა მით უფრო მნიშვნელოვანია, რომ ტუტეთა და მჟავეთა მარაგი შეიძლება იყოს შეცვლილი, მაშინ როდესაც სისხლის ქიმიური რეაქცია ჯერ კიდევ უცვლელია.

ტუტე-მჟავეების მარაგის გამოსაკვლევად არ არის უსათუოთ საჭირო ცალკე ტუტეების და ცალკე მჟავეების გამოკვლევა. სრულიად საკმარისია—და დღეს ამით კმაყოფილდებიან კიდევაც—მარტო ტუტეთა მარაგის გამოკვლევა.

სისხლის ქიმიური რეაქცია შეიძლება გადინხაროს სიმჟავიანობისაკენ ან ტუტოვანობისაკენ. პირველ მდგომარეობას უწოდებენ „აციდოზს“ მეორეს კი „ალკალოზს“. მაგრამ ამ ტერმინებმა ერთგვარი გაუგებრობა შეიტანეს, რადგანაც მათ ხმარობენ ისეთი მდგომარეობის აღსანიშნავათაც, როდესაც სისხლის რეაქცია ჯერ არ არის შეცვლილი და შეცვლილია მხოლოდ ტუტეთა მარაგი. ამიტომ ჩვენ სრულიად სამართლიანად მიგვაჩნია Goiffon-ის წინადადება აღვნიშნოთ ტერმინებით „აციდოზი“ და „ალკალოზი“ მხოლოდ სისხლის რეაქციის შეცვლა, ხოლო ტუტეთა მარაგის შეცვლა კი აღვნიშნოთ ტერმინებით „აციდემია“ და „ალკალემია“.

ზემონათქვამიდან ცხადია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ბიკარბონატების რაოდენობის გამოკვლევას, ანუ გამოკვლევას იმისა, რასაც ჯერ Jaquet-ს⁵ და შემდეგ კი v. Slyke-ს და Cullen-ის წინადადებით ტუტეთა მარაგი ანუ სათადარიგო ტუტოვანობა (ს. ტ.) ეწოდება.

მართლაც სათადარიგო ტუტოვანობას უკანასკნელ დროს აქცევენ სათანადოდ ყურადღებას და მისი მდგომარეობა შესწავლილია სხვადასხვა შინაგანი სნე-

ულელების დროს, ხოლო რაც შეეხება იმ დაავადებებს, რომელიც ჩვენ გვაინტერესებდა, სახელდობრ კრუპოზული პნევმონიას და 'ექსუდატიურ პლევრიტს, აქ ლიტერატურული ცნობები ძალიან მცირეა. იმ ლიტერატურაში, რომელიც ხელთ გვქონდა ჩვენ ვნახეთ ცნობები მხოლოდ პნევმონიის შესახებ. Meakins-იქ და Davies-ის და Barach-ის, Maans-ის და Woodwell-ის გამოკვლევებიდან სჩანს, რომ სათადარიგო ტუტ. კრუპოზული პნევმონიის დროს შემცირებულია W. Osler-იც აღნიშნავს ს. ტ. დაკლებას ამ სნეულების დროს. რაც შეეხება პლევრიტს ამის შესახებ ჩვენს ლიტერატურაში ვერავითარი ცნობა ვერ ვნახეთ*). სწორედ ამიტომ ჩვენი დიდათ პატივცემული ხელმძღვანელის, პროფ. ალ. ალ. და შვილის წინადადებით, ჩვენ ვაწარმოვეთ ს. ტ. გამოკვლევა კრუპოზული პნევმონიის და ექსუდატიური პლევრიტის დროს.

ტ ა ბ უ ლ ა № 1.

| №№ რიგით | დ ი ა გ ნ ო ზ ი | ს ა თ ა დ . ტ უ ტ ო ვ . | | |
|-------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------|
| | | სიცხის დროს | კრიზისის მეორე დღეზე | გაწერისას |
| 1 | Pneum. crupos. dextr. | 37.1 | 49.7 | 57.6 |
| 2 | " " " | 40.0 | 52.6 | 54.8 |
| 3 | " " dupl. | 37.1 | 51.6 | 57.4 |
| 4 | " " " | 49.0 | 52.8 | 54.5 |
| 5 | " " dextr. | 44.9 | — | 55.5 |
| 6 | " " " | 41.4 | — | — |
| 7 | " " " | 37.6 | — | — |
| 8 | " " " | 42.4 | — | — |
| 9 | " " dupl. | 42.4 | 46.2 | 52.6 |
| 10 | " " " | 41.4 | — | 53.8 |
| 11 | " " dextr. | 46.2 | — | 58.4 |
| 12 | " " " | 47.7 | 49.0 | 56.5 |

*) ჩვენი მოხსენების შემდეგ გამოვიდა И. М. Липец-ის წერილი (Клинический наблюдения под резервной щелочностью крови. Терап. Архив. 1929 № 1), სადაც მოყვანალია ს. ტ. გამოკვლევის შედეგები კრუპოზული პნევმონიის და ექსუდატიური პლევრიტის დროს. 10 შემთხვევიდან 8 შემთხვევაში იყო ნახული ს. ტ. დაკლება კრუპოზ. პნევმონიის დროს (48.1—21.7). იოლ შემთხვევებში (2) სადაც ქოშინი არ იყო ძლიერი ს. ტ. იყო ნორმალური. კრიზისის შემდეგ აღნიშნულია ს. ტ. მომატება.

ექსუდატიური (t. b. c.—ზური) პლევრიტის 6 შემთხვევაში ს. ტ. იყო ნორმალური.



გამოკვლევას ვაწარმოებდით v. Slyke-ის ხელსაწყოთი და Pinkasen-ის მიერ აწერილი ტენზიკით. ს. ტ. ნორმად მიჩნეული გვექონდა 52—60 მოცულობითი % CO₂ პლაზმის 100 კ. ს. სულ ჩვენ გამოვიკვლიეთ 35 ავადმყოფი, საიდანაც 12 იყო ავად კრუპოზული პნევმონიით და 22 ექსუდატიური პლევრიტით. შედეგები მოყვანილია ტაბულაში № 1 და № 2.

ტაბულა № 2.

| № № რიგით | ღ ი ა ზ ნ ო ზ ი | ს ა თ . ტ უ ტ . | | შენიშვნა |
|--------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|--|
| | | შემოსვლ. | გაწერის. | |
| 1 | Pleur. exsud. dextr. . . . | 65.3 | — | |
| 2 | ” ” sin. . . . | 58.4 | — | |
| 3 | ” ” dextra | 56.7 | — | |
| 4 | ” ” sin. . . . | 51.6 ⁷ / ₄ | 58.6 | |
| 5 | ” ” ” | 56.5 | — | |
| 6 | ” ” ” | 54.8 | — | |
| 7 | ” ” ” | 50.0 | 53.8 | |
| 8 | ” ” dextr. . . . | 55.7 | 56.5 | |
| 9 | ” ” ” | 52.8 | 54.5 | |
| 10 | ” ” ” | 49.0 | 52.6 | |
| 11 | ” ” ” | 50.0 | 54.5 | |
| 12 | ” ” ” | 51.9 | — | |
| 13 | ” ” ” | 62.4 | — | |
| 14 | ” ” ” | 49.7 | — | |
| 15 | Empyema dextr. . . . | 42.9 | — | |
| 16 | ” ” | 45.8 | 48.7 | მეორე გამოკვლევა ოპერაციის შემდეგ გაწერისას 63,8 |
| 17 | ” ” | 46.2 | 52.6 | მეორე გამოკვლევა გაწერის. |
| 18 | ” ” | 57.6 | 58.4 | |
| 19 | Pleuritis exsudat. bilat. . | 48.7 | 51.0 | Peritonitis chron. etsudat. |
| 20 | ” ” dextra. . . . | 48.7 | 51.9 | ” ” ” |
| 21 | ” ” ” | 45.8 | 52.8 | ” ” ” |
| 22 | ” ” ” | 49.0 | — | ” ” ” |
| 23 | Pieuritis exsud. dextra. hemorrh | 48.2 | 55.7 | |

ტაბულა № 1 გვიჩვენებს ს. ტ. მდგომარეობას კრუპოზული პნევმონიის დროს, აქ აღნიშნულია ს. ტ. ავადმყოფობის სრული განვითარების პერიოდში, შემდეგ კრიზისის მეორე დღეს და ბოლოს იგივე ავადმყოფის კლინიკური გან-

კურნების შემდეგ. ტაბულაში № 2 მოყვანილია შედეგები სესო-ფიბრინოზული პლევრიტის დროს—პირველი 14 შემთხვევა, ემპიემის დროს—4 შემთხვევა, პოლი-სეროზიტი (პლევრიტი და პერიტონიტი) დროს—4 შემთხვევა და დაბოლოს ჰემორაგიული პლევრიტის (t. b. c.) 1 შემთხვევაში.

პირველი ტაბულიდან სჩანს, რომ ს. ტ. კრუპოზული პნევმონიის დროს ყოველთვის დაკლებულია ავადმყოფობის სრულ განვითარების პერიოდში. ეს მოვლენა ჩვენ ყველა 100%-ში ვნახეთ. მინიმუმი ს. ტ., რომელიც ვნახეთ, უდრიდა 37.1, ხოლო მაქსიმუმი კი—49.0. შემდეგ ჩვენ ვხედავთ, რომ ეს შემცირება ჩვეულებრივ არ არის ძლიერი და უხშირესად იოლი*) აციდემიის არსებობას გვიჩვენებს. 12 შემთხვევიდან ეს ჩვენ 9 შემთხვევაში ვნახეთ. მაგრამ ხანდახან ს. ტ. უფრო მეტად არის დაკლებული და საშუალო აციდემიის ფარგლებში იმყოფება. ეს უკანასკნელი ჩვენ 25%-ში ვნახეთ. ასეთია ს. ტ. მდგომარეობა ავადმყოფობის სრული განვითარების ხანაში. მაგრამ ეს მდგომარეობა უკვე კრიზისის მეორე დღესვე იცვლება და ს. ტ. მატულობს, ხან უფრო მცირედ (1.3—2.8—3.8), ხან კი უფრო მეტად (11.6—12.6—14.5) და ზოგჯერ უკვე ამ დროს ნორმას აღწევს. შემდეგში ს. ტ. თანდათანობით მატულობს და როგორც ტაბულიდან სჩანს ავადმყოფის კლინიკური განკურნების შემდეგ ნორმას აღწევს. მაშასადამე, დაკლება ავადმყოფობის სრული განვითარების პერიოდში, მომატება (ხანდახან ნორმამდე) კრიზისის შემდეგ და დაბრუნება ნორმაზე განკურნების შემდეგ—ასეთია ს. ტ. კრუპოზული პნევმონიის დროს.

რაც შეეხება სერო-ფიბრინოზულ პლევრიტს, აქ ს. ტ. უხშირესად ნორმალურია. 14 შემთხვევიდან ეს ჩვენ 10 შემთხვევაში ვნახეთ. საწინააღმდეგოდ პნევმონიისა ს. ტ. დაკლება აქ შედარებით იშვიათია: ჩვენს მასალაში ამას 4 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. მეორეს მხრივ, აღსაიშნავია ისიც, რომ ეს დაკლება ძალიან მცირეა და რამოდენიმე ერთეულს (ჩვენს შემთხვევებში მაქსიმუმ 3 ერთეულს არ აღემატებოდა) და ამიტომ ს. ტ. სულ იოლი აციდემიის ფარგლებში იმყოფებოდა. აქაც ავადმყოფობის განკურნების შემდეგ დაკლებული ს. ტ. ნორმის უბრუნდებოდა.

სულ სხვას ვნახულობთ ჩვენ ეპიემის დროს, სადაც ს. ტ. ჩვეულებრივ დაკლებულია. 4 შემთხვევიდან ეს ჩვენ 3 შემთხვევაში აღვნიშნეთ. დაკლება აქაც არ არის დიდი და იოლი აციდემიის ფარგლებში ირყევა. მაგრამ ემპიემის დროს ს. ტ. შეიძლება ნორმალურიც იყოს. ამას გვიჩვენებს ჩვენი მეოთხე შემთხვევა ემპიემისა, სადაც ს. ტ. 57.6 უდრიდა. შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ემპიემის დროს ს. ტ. მაშინ არის დაკლებული, როდესაც პროცესი პლევრაში ჯერ არ ჩამქრალა და იძლევა ინტოსიკაციის ზოგად მოვლენებს (ლევკოციტოზი, სიცხე, ოფლი და სხვა). სწორედ ასეთია ჩვენი პირველი 3 შემთხვევა. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც ანთებითი პროცესი უკვე ჩამქრალა, ეპიემა დიდი ხანია რაც არსებობს და აღარ იძლევა ზოგად მოვლენებს, მაშინ ს. ტ. არ არის დაკლებული. ასეთია ჩვენი მეოთხე შემთხვევა, სადაც დაავადების ხანგრძლივ-

*) ს. ტ. 50—40=იოლი აციდემია.

) „ „ 40—30=საშუალო „

) „ „ 30 და ნაკლები=მძიმე აციდემია.

ბა 1 წელიწადს უდრიდა, სადაც არ იყო სიცხე, ლევეკოციტოზი და სხვა და სადაც ს. ტ. იყო ნორმალური.

თუ წმინდა სერო-ფიბრინოზული პლევრიტი ჩვეულებრივ არ იძლევა ს. ტ. დაკლებას, პირიქით, ასეთი პლევრიტი დართული ქრონიკული ექსუდატიური პერიტონიტით ჩვენი მასალის მიხედვით ყოველთვის იძლევა ს. ტ. დაკლებას, რომელიც იოლი აციდემიის ფარგლებს არ სცილდება. შემდეგი კი, როდესაც 1^o ნორმამდე ჩამოდის და ექსუდატი შეიწურება, ს. ტ. ნორმას აღწევს. ანალოგიურ მოვლენას ჩვენ ემპიემის დროსაც ვნახულობთ, სადაც პროცესის ლიკვიდაციის შემდეგ ს. ტ. ნორმას უბრუნდება.

დაბოლოს უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჰემორაგიული პლევრიტის 1 შემთხვევაში ჩვენ ვნახეთ ს. ტ. მცირე დაკლება (48.2).

ასეთია ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები. ეხლა ბუნებრივად სდგება საკითხი ამ ცვლილებების მიზეზების შესახებ. მე ვერ ვიკისრებ ყველა მოვლენების ახსნა-განმარტებას, რადგანაც ამისათვის საჭიროა უფრო დეტალური და ვრცელი გამოკვლევები ტუტეთა და მჟავეთა წონასწორობის შესახებ პლევრიტით და კრუპოზული პნევმონიით დაავადებულ ორგანიზმში, მაგრამ ვფიქრობ, რომ არ იქნება ზედმეტი მოკლეთ აღვნიშნოთ ზოგიერი მომენტები, რომელიც სხვათა შორის უნდა გაუწიოთ ანგარიში.

ავიღოთ მაგალ. პნევმონია. რა იწვევს აქ ს. ტ. დაკლებას? აქ უპირველეს ყოვლისა უნდა გაუწიოთ ანგარიში ფაქტს, რომელიც იმაში მდგომარეობს, რომ, როგორც ის Ambard-მა, Ryffls-მა Mac Leod-მა, Araki-მ Hill-მა და სხვ. აღნიშნეს, ყველა იმ შემთხვევებში, როდესაც ორგანიზმი ჟანგბადის ნაკლოვანობას განიცდის, სისხლში საგრძნობლად მატულობს ორგანიულ მჟავათა და უპირველეს ყოვლის რძის მჟავას რაოდენობა. ეს კი იწვევს ს. ტ. დაკლებას. კრუპოზული პნევმონიის დროს ორგანიზმი მართლაც განიცდის ჟანგბადის ნაკლოვანობას. ამიტომ ს. ტ. დაკლება ამ სნეულების დროს შეიძლება ამ მომენტს დაუკავშიროთ. მაგრამ მართა ამით ჩვენ ვერ ავხსნით ამ მოვლენას, რადგანაც ვერ ვნახულობთ იმ პარალელიზმს, რომელიც ამ შემთხვევაში უნდა არსებობდეს ს. ტ. დაკლებისა და პროცესის ფილტვში გავრცელების შორის. მართლაც, მე-3 შემთხვევაში, სადაც ავადმყოფს ორმხრივი პნევმონია ჰქონდა ს. ტ. = 37.1; მაგრამ მე-4 შემთხვევაში, სადაც იმავე მოვლენას ჰქონდა ადგილი, ს. ტ. იყო 49.0 და პირველ შემთხვევაში, სადაც მაგრჯევენა ფილტვის მხოლოდ ერთი წილი იყო დაზიანებული, ს. ტ. იყო 37.1. ამიტომ უნდა ესთქვათ, რომ გარდა აღნიშნული მომენტისა ს. ტ. დაკლებას პლევმონიის დროს მიზეზად უნდა ჰქონდეს კიდევ სხვა რაღაცა მომენტები. ერთ-ერთ ასეთ მომენტად შეიძლება დავასახელოთ Hendersson-ის და Haggard-ის მიერ აღნიშნული ფაქტი. ამ ავტორებმა გვიჩვენეს, რომ თუ ფილტვის ვენტილაცია გაძლიერებულია და ნახშირის მჟავა ზედმეტად გამოდის ორგანიზმიდან, მაშინ ბიკარბონატების რაოდენობა სისხლში კლებულობს. კრუპოზული პნევმონიის დროს, რომელსაც ყოველთვის თანსდევს საგრძნობი ქოშინი, ფილტვების ვენტილაცია დარღვეულია და ამიტომ ს. ტ. დაკლება ამ სნეულების დროს შეიძლება ამ მომენტსაც დაუკავშიროთ. აღნიშ-

ნულ ორ მომენტს უსათუოდ უნდა გაუწიოს ანგარიში, მაგრამ გარდა ამისა უნდა არსებობდეს სხვა მომენტებიც.

თუ ეხლა პლევრიტებზე გადავალთ, აქ უპირველეს ყოვლისა შეძლება ვიკითხოთ: რატომ ს. ტ. აქაც არ არის დაკლებული? ფილტვის მსუნთქავი ზედაპირი ხომ აქაც შემცირებულია? ის, რომ პლევრიტის დროს, მიუხედავად ფილტვის მსუნთქავი ზედაპირის შემცირებისა, ს. ტ. არ არის დაკლებული, შეიძლება ნაწილობრივ იმით ავსხნათ, რომ მაშინ როდესაც პნევმონიის დროს მსუნთქავთ ზედაპირის შემცირება ხდება უეცრივ და საკითხი ჟანგმბადის ნაკლოვანობის შესახებ ორგანიზმისათვის სდგება მწვავედ, პლევრიტის დროს ეს შემცირება თანდათანობით ხდება და ორგანიზმს აქვს საშუალება მიეჩვიოს ამ მდგომარეობას და მოახდინოს სათანადო კომპენსაცია. გარდა ამისა, პლევრიტის დროს ჩვეულებრივ ვერ ვნახულობთ ისეთ დარღვევას ფილტვის ვენტილაციისა, როგორც კრუპოზული პნევმონიის დროს. მაგრამ დიდი მნიშვნელობა გარდა ზემოთაღნიშნულისა პროცესის ხასიათსაც უნდა ჰქონდეს. რომ ამ მომენტს მართლაც უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა, ამის მაგალითს თვით პლევრიტიც იძლევა იმ სახით, რომ მაშინ როდესაც სეროფიბრინოზული პლევრიტის დროს ს. ტ. ნორმის ფარგლებშია, ემპიემის დროს იგი დაკლებულია, განსაკუთრებით, როდესაც ემპიემა მწვავე სტადიუმშია. ეს უკანასკნელი ფაქტი ნათლად გვიჩვენებს, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით პროცესის ხასიათს, რადგანაც, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ემპიემა მწვავე ხანაში იძლევა ს.ტ. დაკლებას, მაშინ როდესაც ხანგრძლივად არსებული ემპიემა რაგინდ დიდიც იგი არ უნდა იყოს (ჩვენს შემთხვევაში—№18 მარჯვენა პლევრის ღრუ მთლიანად იყო ამოვსებული სითხით) არ იწვევს ს. ტ. დაკლებას ალბად ორგანიზმის მხრივ ზოგადი რეაქციის არ არსებობის და შესაძლებელია აგრეთვე მიჩვევის გამო.

ასერია ის მომენტები, რომელიც ჩვენ მხედველობაში უნდა მივიღოთ, თუ მოვისურვებთ ს. ტ. მდგომარეობის ახსნას აღნიშნული სნეულებების დროს. მაგრამ ვიმეორებ, რომ გარდა აღნიშნულისა სხვა მომენტებსაც უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა.

დასკვნები: 1) კრუპოზული პნევმონიის დროს ავადმყოფობის სრული განვითარების ხანაში ს. ტ. ყოველთვის დაკლებულია. კრიზისის შემდეგ იგი მატულობს და კლინიკური განკურნების შემდგომ ნორმას უბრუნდება, 2) სეროფიბრინოზული პლევრიტის დროს ს. ტ. დიდ უმრავლეს შემთხვევებში ნორმის ფარგლებში და მხოლოდ იშვიათად მცირეოდენ დაკლებას განიცდის, 3) ემპიემა მწვავე ხანაში იწვევს ს. ტ. დაკლებას, 4) პოლისეროზიტი (ექსუდატიური პლევრიტი და პერიტონიტი) იწვევს ს. ტ. დაკლებას.

დასასრულ ვსარგებლობ შემთხვევით მოვახსენო მადლობა ჩემს დიდად პატივცემულ ხელმძღვანელს პროფ. ა. ალადაშვილს თემისათვის და ხელმძღვანელობისათვის მისი დამუშავების დროს.

ლიტერატურა (მთავარი წიგნები) 1) Welker. Le pH sanguin et la réserve alcaline dans le coma diabétique. 1926. 2) Ambard et Schmid. La réserve alcaline. 1928 3) Acharad. Troubles des échanges nutritifs. t. I. 1925. 4) Скворцов. Ацидоз и алкалоз в медицине 1928. 5) Goiffon. Ann. de méd. 1928 XXIII. გვ. 136 და Arch des Mal. de l'App. Dig5st. t. XVIII. გვ. 319.

И. Парма.

К вопросу о кислотно-щелочном равновесии при крупозной пневмонии и эксудативном плеврите.

Автор исследовал состояние щелочного резерва крови в 12 сл. крупозной пневмонии, 14 сл. эксудативного серо-фибринозного плеврита, 4 сл. эмпиэмы, 4 случаях полисерозита (плеврит и перитонит).

Автор приходит к выводу, что: 1) щелочн. резерв при крупозной пневмонии в стадии полного развития болезни всегда уменьшен и в большинстве случаев находится в пределах легкой ацидемии. После кризиса щел. резерв возрастает, а после клинического выздоровления возвращается к норме. 2) При серо-фибринозном плеврите щел. резерв в преобладающем большинстве случаев в пределах нормы и лишь изредка незначительно понижен. 3) Эмпиема в остром периоде протекает с уменьшением щел. резерва. 4) Полисерозит протекает с понижением запаса щелочей.

J. Parma.

Au sujet de l'équilibre acido-base au cours de la pneumonie fibrineuse et pleurisie exsudative.

L'auteur rapporte les résultats de ses recherches sur la réserve alcaline dans 12 cas de la pneumonie fibrineuse, 14 cas de la pleurisie exsudative, 14 cas d'empyème pleurale et 4 cas de polysérosité (péritonite et pleurisie). L'auteur conclut que: 1) au cours de la pneumonie fibrineuse la réserve alcaline est toujours diminuée en pleine période d'état de la maladie, elle augmente après la chute de la température et redevient normale après la guérison clinique. 2) Au cours de la pleurisie séro-fibrineuse la réserve alcaline dans la majorité des cas est normale et ne subit une diminution insignifiante que très rarement. 3) L'empyème aiguë provoque toujours une chute de la réserve alcaline. 4) La polysérosité provoque également une diminution de la réserve alcaline.

ი. ცინცაძე
ორდინატორი

გულის თანდაყოლილი მანკების კაზუისტიკისათვის*)

(Stenosis ostii arteriae pulmonalis et ductus Botalli apertus-ის შემთხვევის გამო)

შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის პროპედევტიკული კლინიკიდან
გამგე—პროფ. შ. მიქელაძე

საერთოდ გულის თანდაყოლილი მანკების გამოცნობა არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს, რადგან მათ ახასიათებს უმრავლეს შემთხვევაში საკმაოდ დამახასიათებელი სიმპტომები, მაგრამ ამა თუ იმ მანკის ტოპიური დიაგნოსტიკა ხშირად საგრძნობლად ძნელია. ზოგიერთი ავტორები (Leube, Walfour, De la camp, Hoffman და სხვა) თითქმის შეუძლებლად სთვლიდნენ რომელიმე თანდაყოლილი მანკის ტოპიურ დიაგნოსტიკას. მიუხედავად ასეთი პესიმიზმისა, ამ ჟამად მაინც შესაძლებელია ზოგიერთი კლინიკური მოვლენების მიხედვით და უკანასკნელ დროს კლინიკაში შემოღებული დიაგნოსტიკური მეთოდების შემწეობით ამა თუ იმ თანდაყოლილი გულის მანკის დიაგნოზის დასმა. მანკის ადრე გამოცნობას, გარდა თეორიული მნიშვნელობისა, პრაქტიკული ღირებულება აქვს. ცხადია, კლინიკური მნიშვნელობა აქვს გულის ისეთ თანდაყოლილ მანკებს, რომლის დროს ადამიანის სიცოცხლე ასე თუ ისე შესაძლებელია.

ზემო აღნიშნული თვალსაზრისით ჩვენ საჭიროდ დავინახეთ აგვეწიქა გულის თანდაყოლილი მანკის ერთი შემთხვევა, რომელსაც, გარდა მანკის არსებობისა, ახასიათებს ერთი თავისებურობა, რასაც ჩვენ ქვემოთ განვიხილავთ. ეს შემთხვევა ჩვენდა დამოუკიდებელ მიზეზების გამო მხოლოდ ამბულატორიულად იქნა შესწავლილი.

აკ—ფი ჯ—ძე გერონტი 9 წლის, მოწაფე, ქუთაისის ოლქიდან, უჩივის ქოშინს, განსაკუთრებით სიარულის და სირბილის დროს. ამავე დროს აღნიშნავს სილურჯეს სახისა და თითების, მალე იღლება, ასე რომ თავის ამხანაგებთან თამაში მას უჭირს. მამის სიტყვით, ბავშვი 3 1/2—4 წლამდე მსუქანი იყო. სილურჯეს ან სხვა რამეს ვერ ამჩნევდნენ, ხოლო 4 წლიდან ბავშვი ხორცი დაჰყარა, მას სილურჯე შეემჩნია, განსაკუთრებით მოძრაობისას და თამაზობის დროს, და საერთოდ დაღლილობა დასჩვენდა, ხშირად ახველებდა და ადვილად ცივდებოდა. საერთოდ ემჩნეოდა, რომ ბავშვი, როგორც საჭიროა, არ ვითარდებოდა, წყნარი და ჩუმი იყო; ხშირად ხელ-ფეხი უცივდებოდა. ავადმყოფს მადა კარგი ჰქონია, ძილი მეტწილად ფხიზელი. შარღზე და გარეთ ჩვეულებრივად გადიოდა. 4 წლისა ყოფილა ავად რალაც სნეულებით, რომელმაც საკმაოდ დიდხანს გასტანა, მაგრამ ამ სნეულების დროს ბავშვს არც ტანზე ქონდა და-

*) მოხსენდა შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის პროპედევტიკული კლინიკის ეკიმთა კონფერენციას 10 XI 1929 წ.



ყრილი და არც სახრები სტიკოდა. ცხოვრების პირობები საშუალო, მამა 36 წლისაა, ჯანმრთელი, ვენერიულ სნეულებას უარჰყოფს (Wassermann უარყოფითი), მაგარ სასმელებს არ ეტანება. თუთუნს ეწევა ბევრს. დედა ჯანმრთელია, ჰქონია 6-ჯერ ორსულობა, აქედან ორჯერ მუცლის მოშლა. შვილები ჯანმრთელი არიან. ჩენი პაციენტი უფროსი შვილია.

St. praesens. ავადმყოფი შედარებით თავის ასაკთან სუსტად არის განვითარებული, სახის გამოხატულება დაღვრემილი აქვს, სახის ფერი ოდნავ ციანოტიური, კან-ქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტადაა განვითარებული. ცხვირს, ტუჩებს და ხელის თითებს ძლიერი ციანოზი ემჩნევა. საერთოდ ხელ-ფეხი ცივია. ხელის თითების ბოლოები გამსხვილებულია.

გულმკერდი ჩვეულებრივი მოყვანილობის, მხრები აქვს ოდნავ აწეული. წინიდან მარჯვნივ მე-II-IV ნეკანმდე ეჩნევა გამოდრეკილობა. ლავიწის ფოსოები საკმაოდ გამოხატულია. სუნთქვა ჩვეულებრივი. პერკუსია ცვლილებას არსად არ იძლევა. აუსკულტატორულად—მარჯვენა მწვერვალზე გაგრძელებული ამოსუნთქვა და აქა-იქ გაფანტული მშრალი ხიხინი.

გულის არეს დახედვით ცვლილება არ ეჩნევა. საძვრი მარჯვნივ მე-5 ნეკთა სივრცეში მარჯვენა მამილარული ხაზის ერთი თითის დადებით შიგნით; მარცხენა საზღვარი—მამილარული ხაზის ერთი თითის დადებით შიგნით, მარჯვენა—მამილარული ხაზის $\frac{1}{3}$ -თ. დადებით შიგნით. ზემო საზღვარი მე-III ნეკის ზემო კიდე. აუსკულტატორულად—მარჯვნივ ნაწი სისტოლიური შუილი, რომელიც ზემოდ და მარცხნივ ძლიერდება, მაგარი და მბგერავი ხასიათისაა და მკერდის ძვალზე ზემოდ და მარცხნივ მე-II და მე-III ნეკთა მკერდის ძვალთან შერთების ადგილას—ოპტიმუმს აღწევს; ეს შუილი მერმე სუსტდება და კისრის სისხლის ძარღვებზე არ ტარდება. შუილი ისმის აგრეთვე ბეჭის მიდამოში მარცხნივ. შუილის ოპტიმუმის ადგილას ისმის გაძლიერებული მეორე ტონი. სისხლის ძარღვები ელასტიურია. პულსი სუსტი მოცულობისაა თანაბარი ორთავე მარჯვენა და ჩოთმიული სისხლის წნევა. *Коротков*-ით, 90 *mex.* 50 *min.*

მუცლის ორგანოების მხრით ცვლილება არ აღინიშნება, ელენთა და ღვიძლი თავის ჩვეულებრივ ადგილას ისინჯება. ღვიძლი სადა და უმტკივანია.

შარდი—N. სისხლი: Hb—84%; Er.—4.680.000; L.—7.200; F, j.—0.9; ლეკოც. ფ—ლა: N. s 60 %; Stac 4 %; L 31 %; Mon. 3 %; Eos 2 %. *Wasserman*-ი უარყოფითია.

ანამნესტიური და ობიექტური გამოკვლევები გვაძლევენ საკმაოდ საბუთის იმისა, რომ დავასკვნათ გულის ორგანიული დაავადებაზე და სრულიად საბუთიანად იჭვი შევიტანოდ ამ დაავადების თანდაყოლილობაში. ანამნეზიდან სჩანს რომ ავადმყოფი წარსულში რაიმე დაავადებით, რომელსაც შეეძლო გულის დაზიანება გამოეწვია, არ ყოფილა ავად. თვით შუილის ხასიათი და მდებარეობა ლაპარაკობს მანკის თანდაყოლილობაზე. ციანოზი, რომელიც ოთხი წლიდან გამოაჩნდა ჩვენს ავადმყოფს, როგორც ვსთქვით, საერთოდ ახასიათებს თანდაყოლილ მანკების უმრავლეს შემთხვევებს. აღნიშნულ დაავადებას ადასტურებს აგრეთვე ავადმყოფის განვითარების ტემპის შენელება და ინფანტილიზმი. ვარდა ამისა, ჩვენს შემთხვევაში ამას ამტკიცებს გულის მარჯვნივით მდებარეობა, რომელიც თანდაყოლილ მანკებს თან სდევს ხოლმე. *Clerc* და *Bobric*-მა შეგროვეს 61 შემთხვევა გულის მარჯვნივით მდებარეობისას და 23 შემთხვევაში ნახეს გულის სხვა და სხვა მანკი. დეკსტროკარდიას არჩევენ ორ ნაირს: პირველი როდესაც საერთო ტოტალური *Situs viscerum inversus*-ია, როდესაც შინაგანი ორგანოები სარკოვან გამოხატულებაშია განწყობილი. ეს ანომალია რენტგენოგრაფიით და ელექტროკარდიოგრაფიით ადვილი აღმოსაჩენია. ელექტროკარდიოგრაფიაზე ჩვენ ვღებულობთ ყველა კბილების (P.R.T.) ქვევით მიმართულებას პირველ განხრაში, ხოლო მე-II და მე-III განხრებში ზემოდ. რაც შეეხება წმინდა, განცალკევებულ დეკსტროკარდიებს—მათში თავის მხრით არჩევენ ორნაირს: ერთი,



როდესაც გულის გადაწევა ხდება და ოდნავ შებრუნება მისი ღერძის გარშემო მარცხნიდან მარჯვნივ და რომლის დროსაც წინაგულებს, პარკუჭებსა და დიდ სისხლის ძარღვებს შორის სწორი ურთიერთობა რჩება—სახელდობრ არტელე-ალური გული რჩება მარცხნით და ვენოზური მარჯვნივ; ასეთ დექსტროკარ-დიებს ზოგიერთი ავტორები (Pal, Paltauf) უწოდებენ Dextroversio cordis ამნაირ შემთხვევებში ელექტროკარდიოგრამა ნორმალურია, რადგან წინაგუ-ლები თავის ადგილზეა და ელექტრული ღერძი შეცვლილი არ არის. მეორე ხასიათის დექსტროკარდია სარკოვანი გამოხატულებითაა, როდესაც მარცხენა არტერიალური გული არის მარჯვნივ და მარჯვენა ვენოზური—მარცხნით; ასეთი ანომალიები ძალიან ძვირია და Мандельштам-ის მიერ ბოლო დროს შეგროვილი მასალების მიხედვით არ ყოფილა დღემდე თითქმის არც ერთი ასე-თი წმინდა დექსტროკარდიის შემთხვევა ავტოპსიით დამტკიცებული. ჩვენს შე-მთხვევაში რენტგენოგრამა და განსაკუთრებით ელექტროკარდიოგრამა ლაპარა-კობს იმის შესახებ, რომ საქმე გვაქვს გულის გადაწევასთან მარჯვნივ და მის



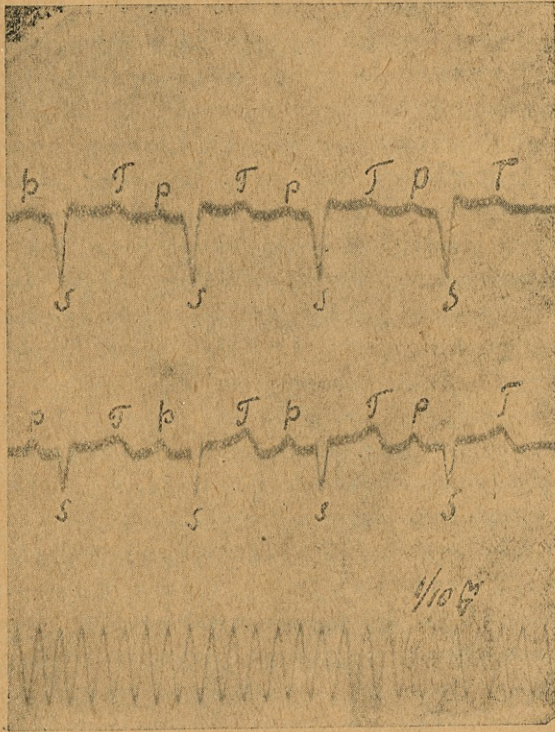
სურ. 1. რენტგენოგრამა.

ოდნავ შებრუნებასთან თავის ღერძის გარ-შემო და რომ შენახულია გულის ღრუების და სისხლის ძარღვების ნორმალური ურთიერ-ობა. ყოველ შემთხვევაში ჩვენ გვაქვს საქმე ამ მხრივ თანდაყოლილ ანომალიასთან და არა შეძენილთან ვინაიდან არავითარი სა-ბუთი არ არის, რომ ვიფიქროთ პერიკარ-დიტზე, ფილტვების შეჯამუნებაზე, რომელსაც შეეძლო გულის გადაწევა მარჯვნივ. რენტგენ-ნოგრამით ჩვენს შემთხვევაში ორთავე მხრით, როგორც მარცხენა ისე მარჯვენა პარკუჭის გადიდება, განსაკუთრებით მარჯვენასი (იხ. რენტგენოგრამა სურ. 1). მარჯვენა პარკუჭის პიპერტროფიას, მის კუნთოვანი მასის გა-დიდებას ელექტროკარდიოგრამაც აღნიშ-ნავს. საქმე ის არის, რომ, როდესაც ამა თუ იმ პარკუჭის კუნთოვანი მასის ძლიერი გა-დიდება ხდება, ვღებულობთ ელექტროკარ-

დიოგრამაზე მონოგრამას, დექსტრო-ან ლეოვოგრამას. ეს მოვლენა ემყარება მი-ღებულ დებულებას, რომ პარკუჭთა კომპლექსი ელექტროკარდიოგრამაზე ბიკა-რდიოგრამაა, ანუ ინტენფერენციაა ორთავე პარტუჭების ელექტრულ ნაკადისა Зеленин, Rothberger, Hoffman, Lewis) და თუ რომელიმე პარკუჭი ცვლილებას განიცდის პიპერტროფიის სახით—ვღებულობთ დექსტროგრამას ან ლეოვოგრამას. ჩვენ შემთხვევაში (იხ. სურ. 2) დექსტროგრამის ტიპია გამოხატუ-ლი, მაშასადამე მარჯვენა გულის კუნთოვანი მასის გადიდება უნდა არსებობ-დეს. ასეთი მონოგრამები His-ის ბოჭკოს ტოტების დაზიანების დროსაც გვხვდე-ბა, მაგრამ აქ, გარდა ამისა, უნდა იყოს QRS სივრცის გადიდება და უნდა

ალმატებოდეს ნორმალურ 01“-ს. R კბილი დაკბილული უნდა იყოს და კბილი T მოწინააღმდეგე მიმართულებით უნდა იყოს კბილ R-თან აღნიშნულ ნიშნების მიხედვით ჩვენს შემთხვევაში His-ის კონის და მისი ტოტების დაზიანება უნდა უარგყოთ.

როგორც ვხედავთ ზემოაღნიშნული სიმპტომების მიხედვით თანდაყოლილი მანკების დიფერენციაცია შეძენილ მანკებთან არც ისე ძნელია, მაგრამ თუ გადავალთ თვითნებულ მანკების გამოცნობაზე—აქ კი მდგომარეობა უფრო რთული ხდება. საქმე იმაშია, რომ, როგორც ზემოდ ვსთქვით, იშვიათია რომელიმე



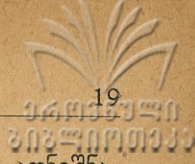
სურ. 2. ელექტროკარდიოგრამა.

1-ლი მრუდე ზემოდან პირველი განხრა მე-2 მრუდე—მეორე განხრა. მე-რე მრუდე დროს მაჩვენებელი უღრის მეთედ წამს.

წმინდა მანკის არსებობა, მეტ-წილად კომბინაცია გვხვდება ორი ან მეტა მანკებისა (70%—80%) და ერთი რომელიმე მანკის სიმპტომი ფარავს მეორეს ან ამახინჯავს მას. გულის რომელ მანკთან გვაქვს ჩვენ საქმე? ყველაზე ნაკლებად შეგვიძლია ვიფიქროთ წინააღმდეგობა შორის ხვრელის არსებობაზე, რადგან ეს მანკი თითქმის არავითარ ფიზიკურ ან სხვა რაიმე ნიშნებს არ იძლევა, გარდა მკირეოდენ სისტოლიური უშულისა მკერდის ძვალზე ზემოდ და ისიც ზოგიერთ შემთხვევაში სრულიად არ არის. უფრო ხშირად ეს მანკი შემთხვევითი აღმო-

ჩენა ავტოპსიაზე. ასე ითქმის Foramen ovale-ს დაუხურველობაზე. არ გვაქვს რაიმე ნიშნები იმისა, რომ ვიფიქროთ სამკარიან სარქველების დაზიანებაზე (ვენური პულსი, სისტოლიური ან დიოსტოლიური შუილი). სრულიად დაუშვებელია ლაპარაკი არტერიალური სისხლის ძარღვების ტრანსპოზიციაზე ე. ი. ისეთ ანომალიაზე, როდესაც მარჯვენა პარკუჭიდან გამოდის აორტა და მარცხენა პარკუჭიდან პულმონალური არტერია. ეს ავადმყოფობა გარდა იმისა, რომ იშვიათად გვხვდება—მისი მატარებელი დაბადების პირველ დღეებში ილუპება.

სამ თანდაყოლილ მანკზე შეიძლება ვიფიქროთ ჩვენს შემთხვევაში. ესენი არიან Art pulmonalis-ის სტენოზი, Botalli-ის არტერიალურ სადინარის არშეზრდა და Roger-ს ავადმყოფობა. პირველი მანკი შედარებით სხვა მანკებთან ხშირად გვხვდება. Peacock-ით გულის თანდაყოლილი მანკებში 80%-ი პულმონალური არტერიის შევიწროვება გვხვდება. ამ მანკის სიხშირეს ბევრი მკვლევარი აღნიშნავს (Vaquez, Romberg, Островский). ზოგს კი მაგ. Spieler-ს 19.67%-ში უნახავს Art. pulm. სტენოზი; 36.88%-ში ბოტალის სადინარის დაუხურველობა და 33.6%-ში პარკუჭთა შორის დეფექტი. ამ ავადმყოფობის სიხშირის გარდა, ჩვენ გვაქვს მთელი რიგი სიმპტომებისა, რომელიც საშუალებას გვაძლევს შევჩერდეთ აღნიშნულ მანკზე ჩვენს შემთხვევაში. ციანოზი, რომელიც მკაფიოდ გამოხატული აქვს ჩვენს ავადმყოფს, აუცილებელ ნიშნად არის მიჩნეული Art. pulmon. სტენოზის დროს. მე არ ვაგჩერდები ციანოზის წარმოშობის ბუნებაზე, რადგან ეს საკითხი დღემდე არ არის გამოკვლეული, ვიტყვი მხოლოდ რომ არსებობს სამი თეორია: პირველი ვენოზურ და არტელიარულ სისხლის შერევისა (Morgagni, Corvisart, Sahli, Vaquez; მეორე—ნაკლები დაჯანგვა სისხლისა (Oppolzer Louis) და მესამე, რომელსაც ამ ბოლო დროს მეტი წილი ავტორებისა იზიარებს—ვენოზური შეგუბება კაპილარების ჰიპერპლაზიით (Müller, Kraus, Ferrus, Lebert, Bouillaud, Jaccoud, Grancher, Duch, Camp, Kussmaul, Romberg და სხვა). აღსანიშნავია ჩვენს შემთხვევაში ხელის თითები „დაფის ჩხირების“ მგვარი, რომელიც მართალია ჯერჯერობით კარგად არ არის გამოხატული, მაგრამ შემდეგში უნდა განვითარდეს, რადგან ასეთი ტროფიული მოვლენები თანდათანობით ვითარდება (Vaquez), მკაფიო, მაგარი სისტოლიური შუილი, რომელსაც ჩვენ ვღებულობთ მკერდის ძვალზე მე-II ნეკის შესართავთან მარცხნით ე. ი. იქ სადაც ჩვენს შემთხვევაში მიუხედავად გულის გადაწევისა მარჯვნივ—Art. pulmonalis-ი უნდა იყოს. ეს შუილი მარცხნივ ბეჭის მიდამოში კარგად მოისმინება. რენტგენოგრაფიაც ეგუება პულმონალური არტერიის სტენოზს. ჩვენ გვაქვს მარჯვენა გულის საგრძნობი გადიდება და პულმონალური არტერიის რკალის გამობურცვა-გამობერვა. ცხადია რატომ უნდა გადიდდეს მარჯვენა პარკუჭი პულმონალურ არტერიის სტენოზის დროს, მაგრამ არ არის ნათელი რენტგენოგრაფიის მიხედვით Art. pulmon. რკალის გადიდება. ასეთი ცვლილება რენტგენოგრაფიაზე ამ დროს ბევრს უნახავს (Vaquez და Bordet). აღნიშნული ავტორები იმ აზრისაა, რომ ასეთი გამობერვა პულმონალური არტერიალური რკალისა ხდება სისხლის ძლიერი ნაკადით, რომელსაც საკმაოდ მძლავრად ის-



ვრის ჰიპერტროფიული მარჯვენა პარკუჭი. ასეთივე რენტგენოგრამას აღნიშნავენ პულმ. არტერიის სტენოზის დროს სხვა მკლევარებიც Gerhardt Zadeck, Sigeo-Usumoto). თუ გადავალთ ელექტრო-კარდიოგრამის განხილვაზე, აქაც დავინახავთ, რომ პულმონ. არტერიის სტენოზი უეჭველად უნდა იყოს. აქ არ არის კბილი R, კბილი S დიდია ყველა განხრაში კბილები P და T დადებულითა. ასეთი სურათი პულმონალური არტერიის სტენოზის დროს ჩვეულებრივია, რაც ზემოდ აღნიშნულ მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფიით უნდა აეხსნათ და რაც Art. pulmon სტენოზის დროსაც კარგად გამოხატული.

ამნაირად შეიძლება დანამდვილებით დავსკვნათ, რომ ჩვენს შემთხვევაში საქმე გვაქვს Stenosis ostii arteriae pulmonalis-თან.

მაგრამ არ შეიძლება ჩვენს შემთხვევაში მარტო ამ დიაგნოზზე გავჩერდეთ. ჩვენ გვაქვს კიდევ ზოგიერთი ნიშანი კიდევ სხვა თანდაყოლილ მანკზე საფიქრებლად. ეს ნიშანია Art. pulmonalis-ს მოსმენის მიდამოში მე-II ტონის აქცენტუაცია. პულმონალური არტერიის სტენოზის დროს მე-II ტონი არ ისმის ან ძლიერ სუსტია. მხოლოდ Botalli-ს სადინარის დაუხურველობის დროს ჩვენ გვაქვს მე-II ტონის გაძლიერება. ეს ნიშანი ამ ავადმყოფობის დროს მთავარია და მას გადამწყვეტ მნიშვნელობას აძლევენ Botalli-ს სადინარის დაუხურველობისას. ვინაიდან ამ მანკის დროს სისხლი მოწინააღმდეგე მიმართულებით მიდის, ვინემ ეს ნაყოფის განვითარების დროს ხდება, ე. ი. აორტიდან Art. pulmonalis-ში, — უნდა ვიფიქროთ რომ ამავე არტერიაში წნევა საგრძნობლად მატულობს და სარქველების მთლიანობის დროს ეს უკანასკნელები საგრძნობ ხშიანობას იძლევა. ამავე მანკის დროს აღინიშნება პულმონალური არტერიის რკალის გადიდება, რაც ჩვენ გვაქვს, მაგრამ ასეთი ცვლილება რკალისა პულმ. არტერიის სტენოზის დროსაც გვხვდება, რის გამო ამ ნიშანს ჩვენს შემთხვევაში Botalli-ის არტერიალური სადინარის დაუხურველობას მთლად ვერ მივაწერთ. წმინდა შემთხვევაში ეს მანკი თითქმის არავითარ სუბექტიურ მოვლენებს არ იძლევა, არაა ციანოზი (Vaquez, Мандельштам). აღსანიშნავია სისტოლიური შუილის ხასიათი, რომელიც იქვე მოისმინება, სადაც Art. pulmonalis-ი მაგრამ შედარებით სუსტია, ვიდრე Art. pulmon. სტენოზის დროს. გარდა ამისა, როგორც აღნიშნავენ, ამ მანკის დროს შუილი ტარდება სისხლის ძარღვებზე ზემოდ, რაც ჩვენ შემთხვევაში არაა გამოხატული. მაგრამ თუ ductus Botalli შეერთებულია აორტასთან ყველა დიდი სისხლის ძარღვების გამოსვლის შემდეგ შუილი შეიძლება არ გატარდეს (Romberg, Зимницкий), მიუხედავად ამისა, ჩვენ ვფიქრობთ, რომ მარტო მე-II ტონის აქცენტუაცია პულმონალურ არტერიაზე პათოგნომიურია Botalli-ს სადინარის დაუხურველობისათვის. ზოგიერთი ნიშნები Botalli-ს დაუხურველობისა, როგორც არის Gerhardt-ის ნიშანი, რომელიც მარცხნივ მკერდის ძვლის გასწვრივ მოყრუებაში გამოიხატება, შესუნთქვის დროს შუილის შემცირება ჩვენ არ აღვინიშნავს, მაგრამ ისინი არც ისე დიდ დიაგნოსტიურს ნიშნებს წარმოადგენენ. ამნაირად ჩვენ უშვებთ, რომ ჩვენს შემთხვევაში პულმონალურ არტერიის სტენოზთან Botalli-ს არტერიალური სადინარის დაუხურველობაც არსებობს.

რაც შეეხება Roger-ს ავადმყოფობას, რომელიც წმინდა შემთხვევაში ხასიათდება ნაზი სისტოლიური შუილით მკერდის ძვლის შუა ნაწილზე, მე-II ტონის არსებობით Art. pulmon-ზე და არა აქცენტუაციით, გულის ზომიერი გადიდებით ორთავე მხრით, რის გამოც გული ღებულობს „ბურთის ფორმას“ (Vaquez), ზოგიერთ შემთხვევაში ციანოზით — ყველა ამ ნიშნების მიხედვით ჩვენ ყველაზე უფრო ნაკლები დარწმუნებით შეგვიძლია ვიფიქროთ ამ მანკზე ჩვენს შემთხვევაში.

დასასრულ უნდა აღვნიშნო რომ ორთავე მანკს, რომლის კომბინაციას ვფიქრობთ ჩვენს შემთხვევაში — Stenosis ostii arteriae pulmon. et apertus ductus Botalli — ახასიათებს fremissiment cataire. ეს ნიშანი არ ვაქვს. საერთოდ ამ ფენომენს სარკვევების ქანაობა უძევს საფუძვლად, რომელიც წამში ნაკლები უნდა იყოს ვიდრე 1“480—640. საერთოდ თუ შუილი მალაღია და ძლიერი ღრუტუნის შეიძლება არ იყოს (Ланг).

ლიტერატურა. 1) Vaquez H. „Болезни сердца“ Манделштам-ის დამატებით, 1927; 2) Külbs F. „Болезни сердца и кровеносных сосудов“ 1916; 3) Фогельсои Л. и Борисова Е. „К дифференциальной диагностике врожденных пороков сердца“ Медицинско-биолог. ж. 1927, VI вып.; 4) Черников Е. и Гершой г. „К диагностике и патогенезу“ „morbus coeruleus“ Врач. д. 1924, 14-15; 5) Белкин К. „Два случая morbus coeruleus“ Врач. д. № 20, 1926; 6) Зеленин В. „Изменение электрокардиограммы под влиянием фармакологических средств группы дигиталина. Москва 1911; 7) Edens E. Die Krankheiten des Herzens und der Gefässe“ 1929; 8) Veil et Cadenat Altes — Traité d'électrocardiographie clinique“ 1928.

И. Цинцадзе.

К казуистике врожденных пороков сердца (Случай Stenosis ostii arteriae pulmonalis et ductus Botalli apertus).

Автор описывает случай врожденного порока сердца у мальчика 9 лет — стеноз устья легочной артерии, незаращение Боталлова протока и раположение сердца вправо. Автор приходит к диагнозу на основании как клинических данных (инфантилизм, цианоз, нерезко выраженное утолщение концевых фаланг пальцев рук, грубый систолический шум в области 2-го левого межреберья и акцент на 2-ом тоне легочной артерии) так и рентгенограммы и электрокардиограммы.

В случае автора сердце было расположено не в зеркальном изображении, а чуть повернуто вправо при сохранении нормального соотношения между полостями сердца и больших сосудов.

I. Tzintzadzé.

Sur un cas de l'affection congénitale du coeur.

L'auteur décrit un cas de l'affection congénitale du coeur chez un garçon de 9 an, ou il y avait stenose de l'artère pulmonaire, persistance du trou de Botal et dextrocardie pure. L'auteur arrive au diagnostic en se basant tant sur les données cliniques (infantilisme, cyanose, dyspnée d'effort, déformation des doigts en baguettes de tambour, souffle systolique au-dessus du deuxième espace gauche, se propageant vers la clavicule, et le deuxième bruit pulmonaire accentué) que sur les données de radiographie et d'électrocardiographie. Dans le cas en question il y avait une dextrocardie pure parce que le coeur droit était à droite et le coeur gauche à gauche de la ligne médiane et l'électrocardiogramme ne présentait pas en dérivation 1 l'image „en miroir“ du tracé normal.

პროფ. სპ. ყივციანი და ეპ. ალ. რუხაძე.
ნერვ. სნეულ. კლინ. გამგე. კლინ. ლაბორანტი.

ზურგის ტვინის კომპრესიის

LIPIODOL-ით ღიაგოსტიკის საკითხისათვის¹⁾

ლიბიოდოლ დიაგნოსტიკით, Sicard-ი და Forestier-ის²⁾ აზრით, შეიძლება არა მარტო ზურგის ტვინის კომპრესიის არსებობის აღმოჩენა, არამედ მათი ზუსტი ლოკალიზაცია და ზოგჯერ თვით კომპრესიის ბუნების გათვალისწინებაც.

ზემოაღნიშნულის ერთ-ერთ საილიუსტრაციო მაგალითს ჩვენი შემთხვევა წარმოადგენს.

ავადმე. სამ-ლი იოსები, 25 წლის, ქართველი, უცოლო, პროფესიით ტელეგრაფისტი, შემოვიდა ნერვულ სნეულებათა კლინიკაში 1928 წლის 10 იანვარს (ავადმე. ისტორია № 92) სიარულის სრული შეუძლებლობის, ზედაკიდურების, განსაკუთრებით მტევნის არეს, კუნთების სისუსტის და ხერხემლის კისრის ნაწილის ტკივილების ჩივილებით.

მემკვიდრეობა სალი, ბავშობაში გადაუტანია წითელა და ყვიანა ხველა, ამ 5—6 წლის წინედ მარჯვენა მუხლის სახსრის დაავადების გამო გაუყეთებია ოპერაცია, რის შემდეგ აღნიშნული ფენი გამხდარი აქვს და სიარულშიც კოჭლობს. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს.

დაახლოვებით ოთხი წლის წინედ ავადმყოფმა შენიშნა ხერხემლის ტკივილები ბეჭთა-შუა არეში. რამოდენიმე ხნის შემდეგ ტკივილებს თან დაერთო ზედა-კიდურების სისუსტე, რასაც ჩვენი ავადმყოფი პირველ ხანებში თავის პროფესიას (იგი ტელეგრაფისტია) აწერდა. ამ გვარ მდგომარეობამ გასტანა დაახლოვებით ორი-სამი თვე; 1926 წლის ზაფხულში ავადმყოფი შედარებით კარგად გრძობდა თავს; იმავე წლის შემოდგომაზე ავადმყოფმა კვლავ იგრძნო ტკივილები ხერხემლის არეში, რასაც თანდათანობით დაერთო ზედა-კიდურების სისუსტე—უხერხულობა მუშაობის დროს და ქვედა-კიდურების მოძრაობის მოშლა — სიარულის სრული შეუძლებლობით.

ობიექტიურად: ნებისყოფითი მოძრაობა — კისრის არეში შეზღუდულია ტკივილების გამო. ზედა-კიდურებში — მტევნის წვრილი კუნთების მოძრაობანი ორთავე მხარეზე სიფართის მხრივ შეზღუდულია (შესუსტებულია თითების ადლუქცია, აბდლუქცია, ოპოზიცია, პირველ ფალანგების მოხვრა და უკანასკნელთა გაშლა), ძალაც საკმაოდ დაქვეითებულია. სუსტად გამოხატულია main en griffe. ქვედა-კიდურებში — სრული პარაპლეგია პირამიდულურ ხასიათის პიპერტონიით. კიდურებზე ხელის შეხება იწვევს ფეხების ძლიერ და ხანგრძლივ კანკალს. ხერხემლის პალპაცია კისრის არეში ოდნავ მტკივნეულია. სიარული, ფეხზე დგომა ავადმყოფს სრულიად არ შეუძლია. უნებლიე მოძრაობანი არ აქვს.

მტევნის წვრილი კუნთები (thenar, hypothernar, mm. interossei) ატროფიულია, ელექტრო-აღზნებულების გამოკვლევა მიოტონურ რეაქციას იძლევა.

მგრძობელობის მხრივ აღინიშნება მხოლოდ ფესობრივი (D1) ლოკალიზაციის გლობალური ანესტეზია ორთავე მხარეზე.

1) მოხსენდა ნევროპათოლოგთა კონფერენციას ავადმყოფის დემონსტრაციით 1929 წლის 7 აპრილს.

2) Sicard et Forestier. Diagnostique et Therapeutique par le lipiodol. 1928



რეფლექსები: ზედა-კიდურებში სხივის და იდაყვის ძვლის რეფლექსები ორთავე მხარეზე მოსპობილია. ქვედა-კიდურებში მარცხნივ ყველა რეფლექსები ძალზე აწეულია, პოლიკინეტიური; ადგილი აქვს ტერფის და კვირისთავის კლონუსს, Babinski-ს Rossoლიმო-ს და Mendel-Bexterev-ის პათოლოგიურ რეფლექსებს. მარჯვნივ კი ყველა რეფლექსები ცოცხალია; კლონუსები და პათოლოგიური რეფლექსები არ აღინიშნება. ქვედა კიდურებში ადგილი აქვს აგრეთვე Marie-Foix-ს და Babinski-ს (tripel flexion) დაცვითი რეფლექსებს. ეს უკანასკნელი იწვევა D 4 სეგმენტამდე.

შინაგან ორგანოების მხრივ არავითარი პათოლოგია. ხერხემლის კისრის არეს რენდგენოგრაფია პათოლოგიურს არაფერს იძლევა. ლუმბალური პუნქციით აღებულ ზურგის ტვინის სითხის ანალიზის შედეგი:

- სითხე ქსანტოქრომიული,
- Quequenstedt-ი დადებითი,
- ცილა 2,5⁰/₁₀₀,
- Pandy დადებითი (++++)
- Weichbrodt-ი დადებითი (++++),
- ციტოლოგიური გასინჯვა 3,5
- Bordet-Wassermann-ი სითხეში უარყოფითი (—),
- Guillain-ის კოლოიდური რეაქცია 222200000022220,
- Bordet-Wassermann-ი სისხლში უარყოფითი (—).

რადგან ჩვენს ავადმყოფზე აღნიშნული დაცვითი რეფლექსები ერთის მხრივ და ზურგის ტვინის სითხის ალბუმინო-ციტოლოგიური დისოციაცია ქსანტოქრომიით და დადებითი Quequen Stedt-ი მეორეს მხრივ მიგვითითებდა ზურგის ტვინის კომპრესიის არსებობაზე — ამ უკანასკნელის დასადასტურებლად, თვით კომპრესიის ბუნების და ლოკალიზაციის გამოსარკვევად წარმოებულ იყო მიელოგრაფია ლიპიოდოლის სუბოქციპიტალური არეში შესაბუნებით.

ცნობილია რომ სუბოქციპიტალური პუნქციით სუბარაქნოიდალური სივრცეში შესაბუნებული ლიპიოდოლი, თუ ხერხემლის არხში რამე დაბრკოლებას — ბლოკაჟს არ აქვს ადგილი, ნახევარი საათის შემდეგ ჩადის და გროვდება ზურგის ტვინის პირველ და მეორე საკრალურ მალეების დონეზე. ლიპიოდოლს რენდგენის სურათზე ბოლოკის მავარი (en radis) ფორმა აქვს.

პირიქით, თუ ხერხემლის არხში ადგილი აქვს რამე დაბრკოლებას — ბლოკაჟს ე. ი. საქმე გვაქვს ზურგის ტვინის კომპრესიასთან, მაშინ ლიპიოდოლი მთლიანად ან ნაწილობრივ ჩერდება ამ დაბრკოლების ზემოდ სხვა და სხვა კონფიგურაციით. მაშასადამე ლიპიოდოლის ასეთი შეჩერება ადასტურებს ერთის მხრივ ამ დაბრკოლების ე. ი. ზურგის ტვინის კომპრესიის არსებობას და იძლევა მის ზედა საზღვარს; შეჩერებულ ლიპიოდოლის სახე კი ცნობას იძლევა ამ დაბრკოლების გამომწვევ მიზეზის ბუნების შესახებ.

მაგალითად, ლიპიოდოლის სრული და ხანგრძლივი შეჩერებას ადგილი აქვს ინტრამედულარული, სუბდურალური და ეპიდურალური სიმსივნეების დროს.

ლიპიოდოლის შეჩერება ორმხრივ გირლიანდების სახით (guirland, ligne festonée) ინტრამედულარული სიმსივნის მაჩვენებელია (Sicard).

სუბდურალური სიმსივნის დროს შეჩერებულ ლიპიოდოლის ქვედა კიდვ ჩაჩის, მიტრის (en casque, en mitre d'évoque), მთვარის ან თალის (en dôme, en courbe concavité infer) მოყვანილობისაა (Mixer).

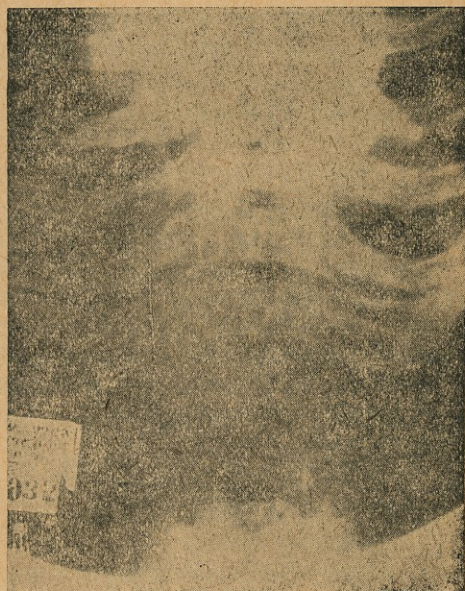
ორმხრივი მიელოგრადიის დროს შებრუნებული და სწორ ხაზებით ურთიერთ მიქცეული ჩაჩის ფორმა Sicard-ი და Forestier-ის აზრით გარკვევით ლაპარაკობს სუბდურალური სიმსივნის სასარგებლოდ. Froment-ის დაკვირვებებით შედრეკილი ნაწილებით ურთიერთ მიქცეული რკალებიც ორმხრივი მიელოგრადიის დროს სუბდურალური სიმსივნის მაჩვენებელია. თალი კი ყოველთვის არ არის სუბდურალური სიმსივნის მაჩვენებელი; მას ზოგჯერ ადგილი აქვს ეპიდურალურ სიმსივნის დროსაც.

Froment-ი და Dechaume-ის აზრით დიდი სივრცე (10—12 cm.) ორმხრივი მიელოგრადიის დროს სიმსივნის ეპიდურალურ მდებარეობის მაჩვენებელია; მცირე სივრცე (3—4 cm) კი სიმსივნის სუბდურალური მდებარეობის სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

ლიპიოდოლის ნაწილობრივი და ხანმოკლე შეჩერება შეიძლება ალინიზმის ზოგჯერ ნორმალურ პირობებშიაც ლიპიოდოლის შემხაუნების ზოგიერთ წესების დარღვევის გამო; ამ დროს ლიპიოდოლი ნაწილობრივ ჩერდება უწესო



სურ. № 1.



სურ. № 2.

და ქვემოდ გაწვეტიანებულ დიდ წვეთების სახით *intumescencia cervicalis* არეში. საერთოდ ლიპიოდოლის ნაწილობრივი და ხანმოკლე შეჩერება ალინიზმზეა ზოგიერთ პათოლოგიურ მოვლენების დროსაც.

ლიპიოდოლის ნაწილობრივი შეჩერებას ორმხრივი გირლიანდების სახით ადგილი აქვს როგორც აღენიშნეთ ინტრამედულარული სიმსივნის დროს.

თუ ლიპიოდოლი სავარცხლის სახით, რომელთა კბილები ქვევით არის მიმართული ან და სხვა და სხვა მოხაზულობის ლაქების (*en dents de scie, en peige, en racine dentaire*) სახით შეჩერდა — პანიმენინგიტის მაჩვენებელია.

ჩვენი ავადმყოფზე წარმოებული მიელოგრავია ერთი რომ იძლევა კისრის არეში, სახელდობრ C5—C6, ლიპიოდოლის დროებით შეჩერებას და მეორე თვით ლიპიოდოლის ფორმაც უფრო პაზიმენინგიტის მაჩვენებელია.

ავადმყოფის მიელოგრავიამ — სუბოქციპიტალური პუნქციით სუბდურალური სივრცეში შეყვანილ 2,0 ლიპიოდოლმა შეშხაპუნების 24 საათის შემდეგ გადაღებულ რენდგენოგრაფიაზე (სურ. № 1)—მოგვცა პაზიმენინგიტისათვის დანახასიათებელი უსწორ მასწორო ლაქების და წერტილების სურათი; ამ დროს საკრალურ არეში ლიპიოდოლი არ აღმოჩნდა.

ათი დღის შემდეგ გადაღებულ რენდგენოგრაფიამ თითქმის იგივე სურათი მოგვცა.

ორი თვის შემდეგ გადაღებულ რენდგენოგრაფიით კისრის არეში აღინიშნა აქა იქ გაფანტული ლიპიოდოლის მხოლოდ რამოდენიმე წერტილები, სამაგიეროდ ლიპიოდოლის საკმაო რაოდენობა აღმოჩნდა საკრალურ არეში.

ამრიგად თუმცა ჩვენს შემთხვევაში ადგილი აქვს ზურგის ტვინის კომპრესიის ზოგიერთ მოვლენებს, როგორცაა დაცივითი რეფლექსები, ალბუმინო-ციტოლოგიური დისოციაცია ქსანტოქრომიით და დადებითი Quequenstedt-ი, მაგრამ ნაწილობრივ კლინიკურ სურათის ანალიზით და უმთავრესად კი მიელოგრავიით უარყოფილ იქნა ზურგის ტვინის სიმსივნე pachymeningitis cervicalis hypertrophica-ს სისარგებლოდ. მართლაც, ავადმყოფობის შემდეგმა მიმდინარეობამ დაადასტურა ჩვენი მოსაზრება:

ავადმყოფმა დაჰყო კლინიკაში სრული ოთხი თვე; გაეწერა უცვლელ მდგომარეობაში. კლინიკაში ყოფნის დროს მიიღო novosalvarsan-ის ათი ინექცია, 20 იონიზაცია Ki და 15 დიათერმია.

ავადმყოფი მეორედ შემოვიდა კლინიკაში ა/წ. 4 თებერვალს (ავადმყოფ. ისტორია № 236) ქვედა-კიდურებში იმავე ჩივილებით, მხოლოდ ზედა-კიდურების საგრძნობი გაუმჯობესობით (ხელები ნაკლებ გამხდარი და ძალაც მეტი აქვს).

ობიექტიურად: ნებისყოფითი მოძრაობანი — კისრის არეში თავისუფალია, ძალა ცოტა დაკლებულია. ზედა-კიდურებში სიფართე ყველა სახსრებში შენახულია, ძალა კი დაკლებულია თითების მომხრელებში და ადლუქტარებში; main en griffe არ აღინიშნება. ქვედა-კიდურებში სრული პარაპლეგია პირამიდალური ჰიპერტონიით, ხოლო კიდურების ხელის შეხება არ იწვევს, როგორც ამას წინედ ჰქონდა ადგილი, ფეხების კანკალს.

მტევნის წვრილი კუნთებს ატროფია არ ემჩნევა, ელექტრო-აღზნებულება ცეცხლით არ იძლევა.

სიარული და ფეხზე დგომა არ შეუძლია. უნებლიე მოძრაობანი არ აქვს. არც მგრძნობელობის მხრივ აღინიშნება მოშლილობანი.

რეფლექსები: ზედა-კიდურებში — სხივის და იდაყვის ძვლის ორთავე მხარეზე სუსტად იწვევა. ქვედა-კიდურებში — მარცხნივ აწეულია, პოლიკინეტიურია; ადგილი აქვს ტერფის და კვირისთავის კლონუსს, Babinski-ს, Rossolimo-ს და Mendel-Bexterep-ის პათოლოგიურ რეფლექსებს. მარჯვნივ რეფლექსები ცოცხალია; კლონუსები და პათოლოგიური რეფლექსები არ აქვს.

დაცივითი რეფლექსები აღარ იწვევა.

წინედ შეშხაპუნებული ლიპიოდოლის რენდგენოგრაფიამ კისრის არეში ლიპიოდოლის ორი პატარა ლაქა მოგვცა; (სურ. № 2) საკრალურ არეშიც ლიპიოდოლი უფრო ცოტა რაოდენობით აღმოჩნდა.

მკურნალობის მხრივ კვლავ novosalvarsan-ს, იონიზაციას და დიათერმიას დებულობს.

ამ ჟამად ავადმყოფი განიცდის საგრძნობ გაუმჯობესებას; ხელებში თითქმის არავითარი პათოლოგია; ავადმყოფი თავისით დგება და ცალი ყვარჯენის საშუალებით დადის და არც ქვედა კიდურების კანკალი და კისრის არეს ტკივილები აწუხებს.

მაშასადამე ლიბიოდოლის საშუალებით ჩვენს შემთხვევაში უარყოფილ იქნა ზურგის ტვინის მიმსივნი პახიმენინგიტის სასარგებლოდ, რაც თვით ავადმყოფობის მიმდინარეობამ სავეებით გაამართლა.

გარდა ამისა საგულისხმოა აგრეთვე ერთი რამ: ჩვენი შემთხვევის კლინიკური სურათის გაუმჯობესობა შედეგია პახიმენინგიტის რემისიისა თუ ანტილუეტური წამლობის? რადგანაც ასეთი რემისიები იშვიათია, უნდა მეორე შესაძლებლობა მივიღოთ.

ის გარემოება, რომ Wassermann-ის რეაქცია უარყოფითი იყო და Guillain-ის რეაქცია თავისებური სახის უნდა სითხის ქსანტოქრომიას მივაწეროთ, თუმცა ამ დასკვნას აბსოლიუტურ ქეშმარიტებად ვერ ვაღიარებთ.

Проф. С. Н. Кипшидзе и А. К. Рухадзе.

К вопросу о диагностике компресии спинного мозга при помощи lipiodol-a.

Авторы приводят случай параплегии с защитными рефлексами, с атрофиями типа Aran-Duchene-a и с корешковым расстройством (D¹) чувствительности, где гуморальный синдром указывал на наличие компресии спинного мозга (ксантохромия, альбумино-цитологическая диссоциация и положительный Quequenstedt). Диагноз колебался между tumor-ом и pachymeningitis cervicalis hypertrophica. Субокципитальное впрыскивание lipiodol-a дало остановку на уровне C₅ — C₆; форма lipiodol-a соответствовала той, которую чаще всего встречают именно при пахименингитах (рис. № 1). Это склонило авторов к диагнозу в пользу последнего. Специфическое лечение дало блестящий результат: атрофии исчезли, больной стал ходить. Через два месяца после впрыскивания часть липиодола прошла, а к концу года в цервикальной части обнаружено лишь несколько пятен липиодола (рис. № 2) большая часть найдена в сакральной части. Это окончательно и убедило авторов в том, что в данном случае действительно имеется пахименингит и может быть специфического происхождения. Lipiodol оказал услугу не только в определении локализации, но и характера процесса.

Prof. S. Kipschidzé et d-r A. Roukhadzé.

Sur la question de diagnostic de la compression medullaire par le lipiodol.

Les auteurs ont observé un cas de paraplegie spasmodique avec des reflexes de defenses, atrophie de type d'Aran-Duchene et troubles sensitives radiculaires (D¹); le syndrome humorale était tel, qu'il indiquait l'existence de la compression medullaire (xanthochromie, dissociation albumino-citologique et Quequenstedt positif). Les auteurs soupconnaient l'existence de la tumeur ou du pachymenigite cerv. hypertroph. L'injection suboccipitale du lipiodol a montré l'arrêt au niveau d'espace entre vertebres C₅ et C₆. L'aspect de lipiodol était tel, qu'il correspond à forme qu'on trouve pendant le pachym. cerv. hypert. (Fig. № 1). Les auteurs s'inclinaient vers de diagnostic de pachym. cerv. hyp. La traitement spécifique a donné des resultats brillants: l'atrophie disparût complètement, le malade commença à marcher. Deux mois après une petite quantité de lipiodol a passé et au bout d'une année on a trouvé (Fig. № 2) une petite trace. Une quantité de lipiodol plus grande se trouvait dans le sac du cul. Les auteurs sont convaincus qu'ils avaient posé le diagnostic de pachymen. cerv. hypert. avec raison. Ils pensent à la possibilité d'étiologie spécifique ayant soulevés le resultat favorable du traitement spécifique. Dans ce cas l'aspect de lipiodol a indiqué non seulement le niveau du processus, mais son caractère.

3. საკაჯიშვილი და მ. შატი.

ლიპიოდოლით ზურგის ტვინის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის.

ტფილ. რკ. გზ. საავადმყოფოს ნერვული განყოფილებიდან გამგე. ექ. საკაჯიშვილი.

კლინიკური დაკვირვების მიხედვით დავრწმუნდით რომ მარტო კლინიკური სიმპტომებით სარგებლობა ზურგის ტვინის სიმსივნეების დიაგნოსტიკის წარმოებისათვის საკმარისი არ არის, უმთავრესად ეს შეეხება არა იმდენად სიმსივნის სიმაღლეს, რამდენად მის სიღრმეს.

პრაქტიკულად საკითხის გადასაწყვეტად ამა თუ იმ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ოპერატიულ შემთხვევასთან თუ ოპერაციის წარმოება უსაფუძვლოა, მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენ კლინიკურად გვაქვს სწორი ლოკალიზაციის ნიშნები, რეფლექტორული და მგრძობითი ზონის დაზიანების მიხედვით მაშინ კლინიციკები იძულებული არიან მიმართონ მიელოგრადიის მეთოდს — (კონტრასტული ნივთიერებები, როგორც მაგ. გერმანეთში იოდინი და საფრანგეთში ლიპიოდოლი) ამ მეთოდების სარგებლობის აბორიგენებათ ითვლებიან საფრანგეთში Sicard-ი და გერმანიაში Piper-ი. ბოლო დროს ეს ე. წ. ლიპიოდოლური დიაგნოსტიკა, Sicard-ის და მისი სკოლის მუშაობის წყალობით გახდა თითქმის ზედმიწევნით დეტალური. ამნაირად რენტგენოგრაფიაზე ლიპიოდოლის ჩრდილის ამა თუ იმ სურათის მიხედვით ჩვენ მიელოგრადიის საშვალებით შეგვიძლიან ვაწარმოთ ექსტრა-ინტრადურალური და ინტრამედულარული სიმსივნეთა დიაგნოსტიკა.

ლიპიოდოლს ხმარობენ ასწვრივ (ascend.) 8% და დასწვრივ 40% ზურგის ტვინის გასწვრივ ზემოდ თუ ქვემოდ მდებარე სიმსივნის დიაგნოსტიკის წარმოებისათვის.

ჩვენმა შემთხვევამ დამთავრებულმა ოპერაციით საშვალება მოგვცა დიპოლოლური მიელოგრადიის დახმარებით სიმსივნის ლოკალიზაციის უფრო დეტალური შესწავლისა.

ავადმყოფ. ისტორია: ავად. გ — ნი გრიგოლი 20 წლისა. სვანი, გლეხი შემოვიდა ნერვულ გან. $17/10$ 1928 წ. ქვედა კიდურების სიღამბლის გამო, რომელიც მას განუვითარდა ერთი თვის წინად 1928 წ. იანვარში, მან პირველად იგრძნო ტკივილები წელის მიდამოში მისი ნაამბობის მიხედვით, ტკივილები ფესობრივ ტიპის უნდა ყოფილიყო, წამლობდა იოდინუმის კალიუმით. ერთ დროს თავს უკედ გრძობდა, გაზაფხულიდან ამჩნევს სისუსტეს ფეხებში მიუხედავად ამისა ავადმყოფი განაგრძობდა მუშაობას. ერთი თვის წინად, აღნიშნული სისუსტის გამო ავადმყოფი ლოგინად ჩავარდა. ჩამომავლობით აღნიშნება t. b. c. pulm. ძმას და დედას. L'ues-ს და ალკოჰოლს უარყოფს.

თავის ტვინის არეში მამოძრავებელი ნერვების მხრივ მოშლა არ აქვს. მარჯვენა ფეხის მენჯ-ბარძაყის სახსარში სწევს ზემოთკენ 3° — 5° , მარცხენას 7° — 8° .



მკაფიოდ გამოხატული ექსტენზორული ტონუსი პირამიდალური ხასიათის ქვედა კიდურებში — საჭიროა ძლიერი ძალის ხმარება, რომ მოვლუნოთ ფეხები მუხლის სახსრებში. რეფლექსები მუხლის და აქილესის მყესებიდან მომატებული. კლონუსებით (ტერფის), ადლუქციის და მედიოლანტ. მომატებული ორთავე მხარეზე. მუცლის კანის — ძლიერ მოდუნებულია. Babinski და Rossolimo ორთავე მხარეზე, ავტომატიური სპინალური რეფლექსები (Marie—Foix და triple retrait) ორთავე მხარეზე გამოხატულია უფრო კი მარჯვნივ. ღრმა კუნთოვანი მგრძნობელობა ოდნავ მოშლილია მარჯვნივ, ზერელე მგრძნობელობა: ჰიპესტეზია ყველა სახის მგრძნობელობათა მხრივ D_7 -მდე. ოდნავი გამოსწორებით და ტკივილის მიმართ მგრძნობელობისა მარჯვნივ და ტაქტილურის დაწევიით იქვე. Brown—Sequard ტიპისა მგრძნობელობის მოშლილობა ვიბრაციისადმი მგრძნობელობა მარჯვნივ ოდნავ დაწეული, სწორ ნაწლავის და შარდის ბუშტის ცენტროები დაუზიანებელია. ჰემოგრამამ მოგვცა ოდნავი ლიმფოციტოზი ნეიტროფილების გამრავლებით. ლეიკოციტოზი არ აღმოაჩნდა. ანამნეზში t. b. c. გამო ვაკეთებულ იქნა რეზორცინზე რეაქცია Vernes-ი t. b. c-ზე უარყოფითი შედეგით. Ca, Kz, შაქარი სისხლში = 13%, 18%, 8%.

ზემო აღნიშნული მოშლილობანი მოძრაობათა მხრივ ავადმყოფს თანდათან ეზრდება. რამდენიმე დღის შემდეგ მარჯვენა ფეხი ზემოთკენ აღარ იწევა სრულებით და მარცხენას კი სწევს 3—5 მდე. $^{31/10}$ ავადმყოფს გაუკეთდა Quinque-ს ბუნქცია Liquor cerebro—spinalis ქსანტოხრომიულია. ბაცი ჩაის ფერი. აქედან გამოღებულ სითხის ანალიზმა მოგვცა ნორმალური ციტო — ალბუმინოზური დამოკიდებულება. ფერი გამსჭვირვალე. მეორე დღეს ავადმყოფს ემჩნევა ფესობრივი ხასიათის ტკივილები D_5 , D_6 , D_7 -ის გასწვრივ ზურგის ტვინის სითხეს გამოკვლევა. RW და RV უარყოფ ციტო — ალბუმინოზური დისსოციაცია ალბუმინოზი 2.45, პლეოციტოზი = 2,08 — 1 cc.

$^{11/11}$ ზურგის მე-2 და მე-3 მალთა შუა წინასწარი ზ. ტ. სითხის გამოშვებით შეყვანილ იქნა ზურგის ტვინის არეში 2,0. პირველი სურათი გადაღებულ იქნა 10 წ. შემდეგ: მეორე 1—2 საათის შემდეგ და უკანასკნელი 24 საათის შემდეგ. $^{19/11}$ წელის მალთა შუა შეყვანილი იქნა ასწვრივი ლიბიოდოლი. სურათების გადაღება იმავე წესით. მიელოგრადია აწარმოა ექ. ოდიშარიამ.

$^{1/12}$ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია პრივ. დოც. ერისთავის მიერ საერთო ქლოროფორმულ ნარკოზის ქვეშ. D_4 , D_5 და D_6 მალეების მიდამოში ვაკეთებულ იქნა ლამინექტომია. აღმოჩნდა: dure mater გასქელებული და ციანოტიური. მისი ვადაჭრის შემდეგ ისინჯება პულსური ზურგის ტვინის ნივთიერება. ჭრილობის სიღრმეში აღმოჩნდა სიმსივნის ქვედა ნაწილი — პერიმედულარული. საჭირო შეიქნა გადაკვეთა ზემო მალისაც. ვინაიდან სიმსივნე მოთავსებული იყო ირიბად — მარჯვნიდან მარცხნივ. სიმსივნე იოლად მოსცილდა dura mater-ს და უფრო ძნელად კი ზურგის ტვინის ნივთიერებას. ოპერაცია ვაკეთდა ფესვების ვადაუჭრელად. სიმსივნე რუხი — მოთეთრო ფერისა. ოვალური მოყვანილობისა. წონით 5,5 გრ. სიგრძე 5 სმტ. ზურგის ტვინის სიმსივნის დიაგნოზის წარმოება ამრიგად სიძნელეს არ წარმოადგენდა. ვიღებდით რა მხედველობაში: 1. ანამნეზს (სიმპტომების თანდათანობითი განვითარება) და ძლიერ ტიპიური სტატუსის გამო — სპასტიური სინდრომი ქვედა კიდურებისა სპინალური ავტომატიზმის რეფლექსების არსებობა. ტიპიური დაზიანება მგრძნო-

ბელობის განსაზღვრულ დონემდის — ირველივი ხასიათის ფესობრივი ტკივილები და მეტად დამახასიათებელი მოვლენა ნეოპლასტიურ პროცესების განვითარებისათვის ცენტრალურ ნერვიულ სისტემაში, რომელიც არის ციტო-ალბუმინოზური დისოციაცია ძლიერი ჰიპერალბუმინოზი და ნორმალური ციტოლოგიური ფორმულა. მოყვითალო ფერის ზურგს ტვ. სითხე. (ქსანტონ-რომია) რომელმაც მოგვცა სპონტანური კოაგულიაცია — ფრუენის სინდრომი. დასწვრივი ლიპიოდოლმა შეყვანილმა ზურგის ტვინის არხში მოგვცა 10 წ. შემდეგ ოდნავი ზორტის დაწვეა. $\frac{1}{2}$ საათის შემდეგ მოგვცა ამ ზორტის გადიდება. 24 საათის შემდეგ ზორტები მკაფიოდ გამოხატული ორივე მხარეზე. მაგრამ ამავე დროს, ნიშანი ყოფილ ლიპიოდოლურ „ქუდის“ მე-5 მალის მიდამოში. Lipiodole ascendant-მა გაკეთებულმა წელის არეში მოგვცა (ავადმყოფი დამჯდარია) რენტგენოგრაფიის დროს მკაფიო სურათი en casque ლიპიოდოლისა მე-7 ზურგის მალის არეში, სურათი ასე დამახასიათებელი დურალურ სიმსივნეებისათვის.

ამრიგად ზედა პოლიუსი სიმსივნისა პირველ შეხედვით გვაძლევს ინტრამედულარული სიმსივნის სურათს; მაგრამ ეს აზრი ჩვენ უარყავით იმიტომ, რომ ზემოაღნიშნულ ლიპიოდოლურ „ქუდის“ დარჩენამ 24 საათის შემდეგაც და შემდეგ რადიოგრაფიამ ქვედა პოლიუსისა მოგვცა სურათი დურალური სიმსივნისა. აქედან დასკვნა სიმსივნის ირიბულ მოკალათებაზე ე. ი. სიმსივნე მივიჩნიეთ არა ინტრადურალური და არც ინტრამედულარული, არამედ პერიმედულარული. ოპერაციამ სავსებით დაადასტურა ჩვენი აზრი.

დასკვნა: 1. საბოლოო უტყუარი დიაგნოსტიკა სიმსივნის მდებარეობისა ზურგის ტვინის მიდამოში სწარმოებს ლიპიოდოლის საშუალებით.

2. საჭიროა უსათუოდ სარგებლობა ყოველ შემთხვევაში, როგორც lip. descend. ისე lip. ascendant.

3. დანარჩენი ლიპიოდოლური „ქუდის“ ერთერთ პოლიუსზე ლიპიოდოლის ხმარების რამოდენიმე საათის შემდეგ უნდა გვაფიქრებდეს პერიმედულარულ სიმსივნეზე, რომელიც დასტურდება ლიპიოდოლურ სურათით en casque მეორე პოლიუსიდან.

П. Сараджишвили и М. Шац.

К диагностике опухолей спинного мозга.

1. Липиодоль является необходимым средством для установления точной локализации опухоли спинного мозга.

2. Во всех случаях нужно применять как „восходящий“, так и „нисходящий“ липиодоль при миелографиях.

3. Остатки липиодоля в виде „пробочки“ на одном из полюсов опухоли, по прошествии многих часов после применения липиодоля, должно заставить предполагать перимедуллярную опухоль, что окончательно затем подтверждается в случае получения липиодоля „en casque“ на другом полюсе опухоли.

D-r Saradjichvili et d-r Chatz.

Sur le diagnostique lipiodolé des tumeurs spinales.

1. Pour le diagnostique defini et precis — myélographie lipiodolée constitue un de moyen le plus nessessair.

2. Dans tout les cas il faut employer lipiodol descendant comme lipiodol ascendant.

3. Le reste lipiodolé „en petit bouchon“ sur un des pôle, après quelque bien des heures de l'injection de lipiodol nous fait soupçonner un tumeur perimedullaire, que se confirme défintivement quand nous avons lipiodol „en casque“ sur l'autre pôle de tumeur sur le radiographie.

ი. მიქაბერიძე.

ინსტიტ. ორდინატორი.

საკვერცხის ორსულობის შესახებ, საკუთარი შემთხვევის აწერით.

სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი. დირექტორი ე. მ. სობუტიანსკი.

საკვერცხის ორსულობის შესაძლებლობის პრობლემით, უძველესი დროიდანვე, დაინტერესებული იყვნენ სამკურნალო მეცნიერების საუკეთესო წარმომადგენლები. ჯერ კიდევ 1414 წელში მარციუსმა (Marcius) მიიტანა ეჭვი ოვარიალურ ორსულობაზე, რაც იმას ამტკიცებს, რომ განაყოფიერებული კვერცხის ჩანერგვა და განვითარება საკვერცხეებში, იმ დროში შესაძლებლათ ყოფილა მიჩნეული. 1782 წელში კი მორიცეს (Sv. Mourice) ქონია საკვერცხის ორსულობის შემთხვევა, მაგრამ ის მაშინ ჰისტოლოგიურათ დადასტურებული არ ყოფილა (სერებრენიკოვი). შედარებით უახლოეს დროში, როდესაც ფალოპიუსის მილის ორსულობა თითქმის ექტობიური ორსულობის სინონიმით გარდაიქცა და მან უდაო მოქალაქეობრივი უფლება მოიპოვა, ოვარიალურ ორსულობას, უკვე ეჭვის თვალთ დაუწყეს ცქერა და ისეთი დიდი ავტორიტეტები, როგორცაა ლევსონ ტეტი (Lavson Taiti), ბლან-სუტონი (Bland Sutton), ვებსტერი (Webster), გუბარიოვი და სხვა გამოქვეყნებულ საკვერცხის ორსულობის შემთხვევებს დიაგნოზის უბრალო შეცდომათ სთვლიდნენ. მხოლოდ ლეოპოლდის (Leopold) მიერ იქნა პირველად 1882 წელში მტკიცეთ ჩამოყალიბებული ოვარიალურ ორსულობის კვალიფიკაციის ძირითადი პრინციპები. 1887 წელში კი ვერდი (Verth) ადასტურებს ლეოპოლდის (Leopold) მიერ წამოყენებულ კრიტერიუმს, საკვერცხის ორსულობის დიაგნოსტიკისათვის, რის შემდეგ უკვე მტკიცე საფუძველი ეყრება ამ იშვიათ ანომალიის შესწავლას და რომლის წყალობით უკანასკნელ ხანებში გამოქვეყნებულ იქნა მთელი რიგი, ყოველმხრივ დეტალურათ შესწავლილ, ოვარიალურ ორსულობის შემთხვევათა, რაც ფაქტს აღნიშნული ორსულობის შესაძლებლობისას, ყოველივე ეჭვს გარეშე აყენებს. მიუხედავად ამისა, ყოველი ასეთი ცალკე შემთხვევის დადასტურება, არც ისე ადვილ საქმეს წარმოადგენს, მაგალითად ულეზკოსტრიგოზოვა, ნამდვილ საკვერცხის ორსულობათ აღიარებს მხოლოდ ტუსენბროეკის (Toussenbroek) შემთხვევას. ტ. მ. გროზდოვს 1878 წ. ვიდრე 1926 წლამდის, რუსულ ლიტერატურაში შეუკრებია სულ 15 შემთხვევა, რომელთაგან მას, ისიც ეჭვის ქვეშ, პირველად საკვერცხის ორსულობათ მიაჩნია მხოლოდ მალინინის პირველი შემთხვევა. ბრინდოს (A Brindeau) თავის „მეანობაში“ მოყავს ცნობა, რომ 1911 წლამდის ლეოს (Leo) ლიტერატურაში



შეუკრები სულ 17 შემთხვევა საკვერცხის ექტობიური ორსულობისა, ციმერ-მანს (R. Zimmermann) უკანასკნელ წლების განმავლობაში 120 საშვილოსნოს გარეშე ორსულობიდან, ქონია მხოლოდ ერთი შემთხვევა ოვარიალურ ორსულობისა, ჩვენს სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტში კი, 1913 წ. ვიდრე 1928 წლის დამლევამდის, 259 ექტობიურ ორსულობიდან, საკვერცხის ორსულობა იყო მხოლოდ ერთად-ერთი. აქ თუ დღეს დღეობით ოვარიალურ ორსულობის შესაძლებლობა უკვე არავისში ეჭვს არ იწვევს, მიზეზი ასეთი მოვლენისა ჯერ კიდევ მაინც გამოკვლევის პროცესში იმყოფება, მხოლოდ ერთი რამ არის ყველას მიერ მიჩნეული, ეს ისა, რომ გადამწყვეტი მნიშვნელობა საკვერცხის ექტობიური ორსულობის დროს, უნდა მიეკუთნოს განაყოფიერებული კვერცხის უეჭველად პირველად ფიქსაციას საკვერცხეში. ამ მხრივ, ერთი ნაწილი ავტორებისა პირველად ოვარიალურ ორსულობათ აღიარებენ ისეთ ორსულობას, როდესაც კვერცხი ნაყოფიერდება გრაფის ფოლიკულში, იქ რჩება და განაგრძობს თავის შემდეგ განვითარებას — *Tunica albuginea*-ს ქვეშ (შრედერი, ტუსენბროეკი, ულესკო სტროგონოვა — Sahröder, Toussenbroek), მეორე წყება ავტორებისა კი, გარდა ინტრაფოლიკულიარული ორსულობისა, ადასტურებენ ე. წ. ებიოვარიალურ ორსულობის არსებობასაც, — როდესაც განაყოფიერებული კვერცხი გრაფის ფოლიკულიდან გამოსული, შეიძლება შეჩერდეს და დაიწყოს თავის განვითარება საკვერცხის ზედაპირზედ არსებულ სხვადასხვა სახის ჩარღმავებაში. ასეთ შემთხვევაში ნაყოფი ნაწილობრივ ვითარდება თვით საკვერცხეში, ნაწილობრივ კი საკვერცხის გარეშე, თავისუფალ მუცლის ღრუში — ფრანცი (Franz), ციმერმანი (B. Zimmermann), ბრინდო (A. Brindeau), კანეგისერი და სხვა).

საინტერესო არის ინტრაფოლიკულიარული ორსულობის დროს საკითხი ჩანერგილი კვერცხის განაყოფიერების შესახებ რამდენათაც ყველას მიერ აღიარებული არის, მომწიფებული კვერცხი სპერმატოზოიდის მიერ განაყოფიერებას განიცდის ან საკვერცხის ზედაპირზედ, ან და ფალოპიუსის მილის რომელიმე ნაწილში, მაგრამ წარმოუდგენელია ვიფიქროთ, რომ მომწიფებული კვერცხი გამოსული ფოლიკულიდან განაყოფიერდეს სადმე მის გარეშე და შემდეგ დაბრუნდეს იმავე ფოლიკულში, იმპლანტაციისა და შემდეგი განვითარების მოსახდენათ (ულესკო-სტროგონოვა). ამ საკითხის ასახსნელათ მრავალ სხვადასხვა შეხედულებათაგან, მე მიუთითებ მხოლოდ მიკულიჩის (Th. Micholitsch) და სერებრენიკოვის საყურადღებო აზრზე, რომელთაც კვერცხის ინტრაფოლიკულიარულად განაყოფიერებაში ერთ მნიშვნელოვან დამხმარე ფაქტორათ მიაჩნიათ ფარს შიგნითა წნევა, რომელიც ერთი მხრივ ააღვილებს რა სპერმატოზოიდის უკვე გახეთქილ ფოლიკულში ვატნევას, მეორე მხრივ ხელს უშლის კვერცხის ფოლიკულიდან გამოსვლას. მაგრამ მარტო განაყოფიერება ხომ არ არის საკმარისი კვერცხის საკვერცხეში იმპლანტაციისა და შემდეგი განვითარებისათვის, ამ უკანასკნელისთვის საჭირო არის შესაფერი ნიადაგი და ასეთ ნიადაგათ კი ცნობილი არის საშვილოსნოს ნორმალური ლორწოიანი გარსი და ის მიდამო, სადაც ჩვენ მსგავს ქსოვილს ვხვდებით. საკვერცხეები, კი როგორც ასეთნი, თავის ნორმალურ პირობებში, ენდომეტრალურ ქსოვილს არ შე-



იკავენ, მაშასადამე უნდა მოხდეს რალაც ისეთი პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებანი მათში, რომელიც ამ უკანასკნელთა ქსოვილს განაწყობენ განაყოფიერებული კვერცხის მისაღებათ და განსავითარებლად და აი ასეთ ჰისტო-პათოლოგიურ ცვლილებებათ საკვერცხეში დღეს დღეობით ავტორთა უდიდეს ნაწილს მიაჩნია ე. წ. ენდომეტროიდული ჰეტეროტოპიები. მაგალითად ცეიტლინი ჰეტეროტოპიებს სთვლის იმ საფუძვლათ, რომლის გარეშე შეუძლებელია ნაყოფის განვითარება, არა მარტო საკვერცხეში, არამედ ფალოპიუსის მილშიდაც კი. ამ ჟამად ენდომეტროიდული ჰეტეროტოპიების წარმოშობის შესახებ არსებობს ორი უმთავრესი თეორია: რობერტ მაიერისა (R. Mayer) და სემპსონისა (Sampson). პირველის თეორია გამოიხატება იმაში, რომ ანთებადი და ჰორმონალური ფაქტორების ზეგავლენით, სეროზას ეპითელიუმს აქვს თვისება გადავიდეს ცილინდრიულ ეპითელიუმში, მოგვეცეს მილისებრი წარმონაქმნები, რომელნიც სულ თუ არა ნაწილობრივ მაინც ენდომეტრალური შენების არიან და რომელთაც ახასიათებს ღრმად ქსოვილში შეჭრა. პრ.-დოცენტ მ. მაგალობელს თავის, ჯერ გამოუქვეყნებელ შრომაში „კვერცხსავლის ადენომიოზისი“, სრულებით გასაკვირვათ არ მიაჩნია პერიტონეუმის პრტყელი ენდოთელის გადასვლა ცილინდრიულ ეპითელიუმით, იმდენათ რამდენათაც ცელუმი (Goelom) თავში მოციმციმე ეპითელიუმით არის აგრეთვე შემოსილი. ულფკო-სტროგონოვაც აღნიშნავს, რომ საკვერცხეში ენდომეტროიდული ჰეტეროტოპიები შესაძლებელია წარმოიშვან საკვერცხის ეპითელიუმისაგან, რაც მისი აზრით დაკავშირებულია ანთებითი ხასიათის ხანგრძლივ გალიზიანებასთან. გროზდოვსაც, თავის შემთხვევაში, ოვარიალურ ორსულობის ეტიოლოგიის ერთ უმთავრეს ფაქტორათ, მიაჩნია ენდომეტროიდული ჰეტეროტოპია, როგორც შედეგი წინამორბედ ანთებითი გალიზიანებისა. სემპსონი (Sampson) კი თავისი თეორიით, ფარისა და საკვერცხის ჰეტეროტოპიებს, ჰისტო-გენეტიურათ უკავშირებს ლორწოიანი გარსის ნაწილაკთა ინპლანტაციას, აღნიშნულ თეორიას (Sutton) სუტონი იყენებს ოვარიალურ ორსულობის გასამართლებლათ, მაგრამ ბევრს, მსგავსი საშვალებით მიღებულ ენდომეტროიდულ ქსოვილის ცხოველყოფელობაში ეჭვი შეაქვს.

თუ ოვარიალურ ორსულობის ეტიოლოგიის საკითხი ჯერ კიდევ საკმაოდ ბურუსით არის მოცული, სამაგიეროდ, მისი ანატომიური მხარე გაცილებით დეტალურათ არის შესწავლილი. დღეს მეცნიერებაში უკვე ყველას მიერ აღიარებულია სპიგელბერგის (Spiegelberg), ლეოპოლდის (Leopold) და ვერდის (Verth) მიერ შემუშავებული ძირითადი დებულებანი, რომლითაც ხელმძღვანელობენ ხსენებული ფორმის ექტოპიური ორსულობის გამოსარკვევათ. აღნიშნული დებულებანი გამოიხატებიან შემდეგში: 1 — ერთ მხარეზე საკვერცხის უქონლობა, 2 — საკვერცხის ქსოვილის მონაწილეობა სანაყოფო პარკის წარმოქმნაში, 3 — სანაყოფო პარკის კავშირი საშვილოსნოსთან, საკვერცხის საკუთარი იოვის საშვალებით, 4 — კვერცხსავლისა და მისი ფოჩების მონაწილეობის აბსოლიუტური გამორიცხვა სანაყოფო პარკის წარმოქმნაში და 5 — ტოპოგრაფიული დამოკიდებულებანი სანაყოფო პარკისა უნდა იყოს ანალოგიური საკვერცხის დიდი სიმსივნებისა. ყველა ჩამოთვლილი ნიშნები ოვარიალური



ორსულობის დიაგნოზის უტყუარ საბუთებს წარმოადგენენ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მათ არსებობას ერთად აქვს ადგილი, ცალ-ცალკე კი ისინი გადამწყვეტ დიაგნოსტიურ მნიშვნელობას მოკლებულნი არიან. მაგ.: ორსულ მხარეზედ საკვერცხის უქონლობა, ვარემე ოვარიალური ორსულობისა, მთელრიგ ავტორების მიერ სრულებით შესაძლებლათაა მიჩნეული, რის დასამტკიცებლად მიუთითებენ იმ ფაქტებზე, როდესაც ორსული ფალოპიუსის მილიდან წარმოშობილი სანაყოფო პარკი, თავის განვითარებისა და ზრდის პროცესში, თანდათანობით ითრევს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებსა და ორგანოებს და მათ შორის, როგორც უახლოეს ორგანოს, საკვერცხესაც, რომელიც პირველ რიგში იღებს მონაწილეობას ხსენებული პარკის წარმოქმნაში და ძლიერ ხშირად მთლიანადაც უერთდება მას. მე-2 ნიშანს, ე. ი. საკვერცხის ქსოვილის არსებობას სანაყოფო პარკის კედელში თვით ვერდის (Verth) სიტყვით, დიაგნოსტიური მნიშვნელობა აქვს, მხოლოდ ორსულობის დასაწყისში, გვიან პერიოდში კი საკვერცხის ქსოვილი იმდენათ იცვლება, რომ მისი ნახვა უკვე შეუძლებელი ხდება, მეორეს მხრივ კი, თუ მივიღებთ მხედველობაში პირველი ნიშნის შესახებ თქმულს, მაშინ ხსენებული მეორე ნიშანიც მთლიანათ პირობით ხასიათს ღებულობს. ფალოპიუსის მილისა და მისი ფიმბრიების დაუზიანებლობასაც არა აქვს გადამწყვეტი დიაგნოსტიური მნიშვნელობა, ვინაიდან თუ კვერცხი თავის პირველად ფიქსაციის ადგილს კვერცხსავალში, მილის აბორტის შედეგათ დასტოვებს იმ პერიოდში, როდესაც მას ჯერ კიდევ საქმაო მტკიცე კავშირი არა აქვს ლულის კედელთან, უკანასკნელს ადვილად შეუძლია განიცადოს რევენერაცია და თავის ნორმას დაუბრუნდეს და ეს მით უფრო მთლიანათ, რაც აღრე ექნება ადგილი ხსენებულ აბორტს (უღეზკო-სტროგონოვა). რაც შეეხება მე-3 და მე-5 ნიშნებს, ყველა ზემოთ თქმულის შემდეგ უკვე ცხადია, რომ მათთვის რაიმე დამოუკიდებელი დიაგნოსტიური მნიშვნელობის მიკუთვნება შეუძლებელია.

თუ პათოლოგო-ანატომიურ პრეპარატზე ძნელია, მაგრამ მაინც შესაძლებელია გადაჭრით ოვარიალურ ორსულობის დიაგნოზის დასმა, იგივე არ ითქმის კლინიკური დიაგნოსტიკის შესახებ. კუშტალოვს მოყავს შაუტას (Schauta) აზრი, რომელსაც შეუძლებლად მიაჩნია კლინიკურათ დიფერენციაციის გატარება ექტოპიურ ორსულობის სხვადასხვა ფორმათა შორის, თუმცა ვინტერი (Vinter) ასეთ შესაძლებლობას ნახულობს განსაკუთრებით ხელსაყრელ პირობებში, როდესაც ორსულობის დასაწყისში, უკანასკნელის არსებობა ექვს არ იწვევს და იმავე დროს სანაყოფო პარკი გვაძლევს სურათს საკვერცხის სიმსივნისას. რასაკვირველია, ვინტერის აზრი მეტად პრობლემატიურათ უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან ძლიერ იშვიათად იქნება ისეთი დახელოვნებული გინეკოლოგი, რომელსაც ბიმანუალური გასინჯვით შეეძლოს, თუ გინდ ორსულობის უახლოეს ხანაში, საკვერცხის სიმსივნის გამოყოფა ფალოპიუსის მილის სიმსივნიდან. ამ რიგათ აღიარებული უნდა იქნას, რომ ყოველ შემთხვევაში ჯერ-ჯერობით მაინც, მედიცინა მოკლებულია ყოველივე საშუალებას, ოვარიალურ ორსულობის კლინიკური დიაგნოზის დასმის საკითხში. ამ უკანასკნელს პრაქტიკულად არც აქვს მნიშვნელობა იმდენათ, რამდენათაც ყოველი სახის ექტოპიური ორსულობა

საჭიროებს ერთ და იმავე რადიკალურ წამლობას. ამით მე გადავდივარ ჩვენი შემთხვევის კონკრეტულ აღწერაზედ.

1928 წ. 12 იანვარს ს. გ. ი. გინეკოლოგიურ განყოფილებაში შემოვიდა ავადმყოფი მ-ქე ს. ი., 32 წლისა, რომელიც უჩივის მუცლის ქვედა მიდამოში შეტევითი ხასიათის ტკივილებს, თვენახევარია თვიური აკრეფილი აქვს, 2 უკანასკნელი კვირის განმავლობაში დასჩემდა თითქმის ყოველდღიური მცირე რაოდენობის სისხლოვანი შლა და ზოგადი სისუსტე. თვიური მოსდის 15 წლიდან, გათხოვებამდის 7 დღით მტკივნეული, გათხოვების შემდეგ 4 დღით უმტკივნელო. დაქორწინდა 16 წლისა. ორსულათ იყოს 7-ჯერ, მათში 6-ჯერ ნორმალურათ მოიშობიარა. მე-4 ორსულობაზედ კი გაიკეთა ხელოვნური აბორტი. სასქესო ორგანოების მხრივ, წარსულში არავითარ დაავადებაზე არ მიუთითებს. ავადმყოფი საშუალო სიმაღლის, სწორი აგებულობის, შემცირებული კვების და ოდნავ ანემიურია.

შინაგანი ორგანოები მთლიანათ ნორმის ფარგლებშია. სარძევე ჯირკვლები გამოყოფენ ხსენს და მათში მონდგომერის ჯირკვლები საკმაოთ გამოხატულია. გარეთა სასქესო ორგანოებს ნორმიდან გადახრა არ ემჩნევა. საშვილსნო გადმოხრილია ცოტა წინ და მარჯვნივ. არის გადიდებული და გარბილებული. მის მარცხნივ და უკან ისინჯება მცირეთ მოძრავი, მორბილო კონსისტენციის, საშუალო ვაშლის ოდენა და მომრგვალო ფორმის სიმსივნე. მარჯვენა და წინა თალი თავისუფლად.

Diagnosis: Graviditas tubaria sin.

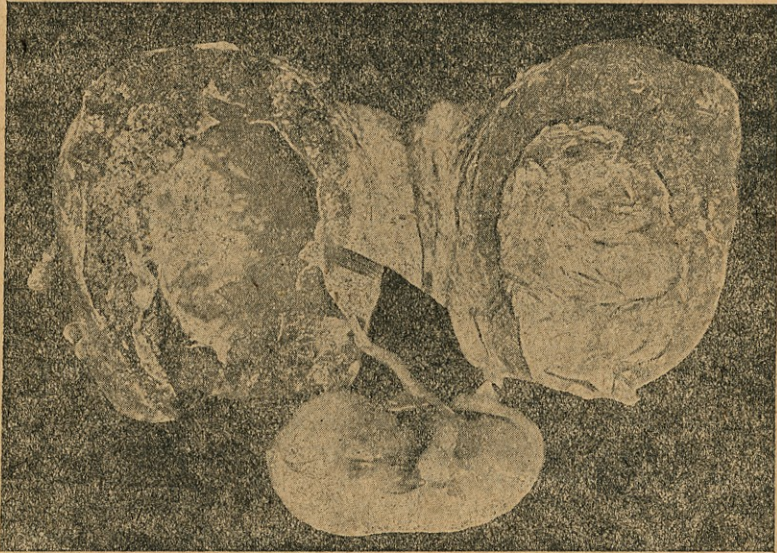
14 იანვარს ექ. ი. ნ. თუმანიშვილის მიერ, ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ, გაკვეთილი იქნა მუცლის ღრუს კედელი, თეთრი ხაზის გასწვრივ, რის შედეგათ აღმოჩნდა: მარცხენა დანამატების მიდამოში, საკვერცხის ადგილას, საშუალო ვაშლის ოდენა მომრგვალო ფორმის სიმსივნე, რომელიც სუსტათ შეზრდილია დუგლასის უკანა კედელთან. საშვილსნოსთან მას კავშირი აქვს საკვერცხის საკუთარი იოგის საშუალებით. მოპირდაპირე მხარის საკვერცხე და ორივე მხარის კვერცხსავლები ფოჩებითურთ სრულებით სალია, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში, რომ სიმსივნის მხრივი მილი თითქოს ოდნავ მოკლეა. სიმსივნე შეზორცებიდან განთავისუფლების დროს ერთ-ერთ თავის მიდამოში მცირე მანძილზე გასკდა, რომლიდანაც გამოჩნდა ნაყოფი, რის შემდეგ ის იმავე მხარის კვერცხსავლით ამოკვეთილი იქმნა. მუცლის ღრუ ყრუდ დაიხურა სამსართულიანი ნაკვრით. ოპერაციის შემდეგი პერიოდის მიმდინარეობა ნორმალური. ძაფები აენსნა მე-8 დღეზედ, შეზორცება p. prim. 27 იანვარს ავადმყოფი გაეწვრა განკურნებული.

პ რ ე პ ა რ ა ტ ი ს მ ა კ რ ო ს კ ო პ ი უ ლ ი ს უ რ ა თ ი: ფალოპიუსის მილი ნორმალსთან შედარებით ოდნავ მოკლეა, სიმსნო ნორმის ფარგლებშია. სანათური სრულებით თავისუფალი და გაკვეთის დროს მისგან გადმოდის მცირე რაოდენობის მოთეთრო ფერის ლორწოვანი მასა. ფოჩები, მათ შორის Fimbria ovarica, სრულებით სალი და ყოველგვარ შეზორცებებიდან თავისუფალი. სიმსივნის კვერცხსავლისადმი ტოპოგრაფიული დამოკიდებულება ანალოგიურია ნორმალური საკვერცხისა. სიგრძე მისი უდრის $6\frac{1}{2}$ სმ., სიგანე $5\frac{1}{2}$ სმ. სიმსივნის ზემო და გარე ნაწილი უკვე მკრთოსკოპითულად ახდენს შთაბეჭდილებას ნორმალური საკვერცხის ქსოვილისას, მხოლოთ რამდენათაც უახლოვდებით სიმსივნის ქვედა — შიგნითა ზედაპირს, ხსენებული ელფერი თანდათანობით ქრება. სამაგიეროთ აქ ადგილი აქვს კლაკნილი ხასიათის სისხლის მიღების განვითარებას. განასკდომი მიდამოს გაგანიერებით გასწნილ სიმსივნის ღრუში, აღმოჩნდა ნაყოფი, რომელიც ძალზედ მოზრდილია, მისი თავი მოზრდილი თხილის ოდენა არის, რომელზედაც მკაფიოდ გამოხატულია: ყურების, თვალების, პირის ნაბრალისა და გარეთა სასქესო ორგანოების ჩანასახნი. აღნიშნება აგრეთვე ქვედა და ზედა კიდურებზედ თითები, უკანა ტანის ხერეღი კი არ არსებობს, ჰიპლარის სიგრძე უდრის 5 სმ. ღრუს კედლის სისქე, სიმსივნის გარე — ზემო ნაწილში უდრის 1,8 სმ., რომელიც თანდათან თხელდება და მეორე მოპირდაპირე პოლიუსზედ, გამკვარ მიდამოში, ის უდრის 0,7 სმ. ჰიპლარის მიმაგრებულია ღრუს კედლის უსქეს ნაწილში. განაკვეთზედ კედელს აქვს ფენოვანი ხასიათი: შიგნიდან გარე მიმართულებით პირველი არის თხელი მორუხო ფერის ფურცელი. ამ უკანასკნელს მოსდევს საკმაოდ სქელი ფენა მოწითალო ფერისა და ჰიპლარის მიმაგრების მიდამოში კი, აღნიშნული თხელი ფურცლის ქვეშ, სიგრძით 0,6 — 1 სმ. ფარგლებში, არსებობს ჯერ მკრთალი მორუხო ფერის ფენა, რომელიც სისხლის ჩაქ-

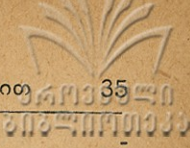


ცევას უნდა წარმოადგენდეს და შემდეგ, ოდნავ უფრო მცირე, მოყვითალო ფერის კომპაქტიური ფენა, მაკროსკოპიულათ ყვითელი სხეულის მსგავსი. მიკროსკოპიული გამოკვლევის მიზნით, სანაყოფო პარკის სხვადასხვა მიდამოდან და კვერცხსავლიდან აღებული იქნა მთელ რიგი ამონაჭურებისა, რომელნიც შეღებილია ჰემოტოქსილინ-ფოზინით და Van—Gieson-ის მეთოდით.

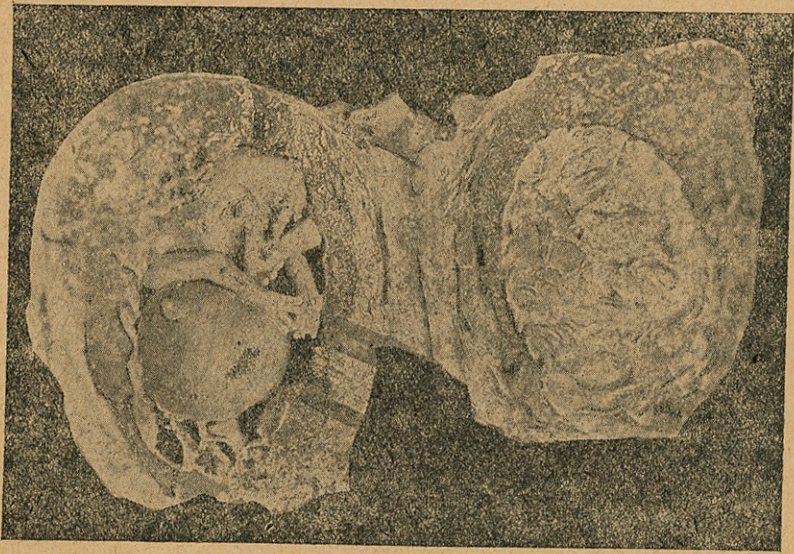
პრეპარატის მიხედვით, სანაყოფო პარკის ზედაპირის მხოლოდ მცირე ნაწილი შეიცავს საფარველ ეპითელიუმს, დანარჩენ მიდამოში ეს უკანასკნელი აღარ არსებობს, ის ჩამოფცქნულია. ანათლებს იმ ამონაჭურის ზედაპირზედ, რომელიც აღებული იქნა სანაყოფო პარკის იმ მიდამოში, სადაც ამ უკანასკნელის გასკდომა მოხდა და ჩვენის აზრით, რა მიდამოში არსებულ გრაფის ფოლიკულში, უნდა მომხდარიყოს განაყოფიერება, შთანერგვა და შემდეგი განვითარება კვერცხისა, მკაფიოთ აღინიშნება საფარველ ეპითელიუმის ცილინდრიულ ეპითელიუმით გარდაქმნა. ეს გარდაქმნილი ეპითელიუმი ისეთ შთაბეჭდილებას ახდენს, თითქოს ის ღრმით იჭრება მის ქვეშ მდებარე საკვერცხის ქსოვილში და იქ ქმნის ჯირკვლოვან წარმონაქმნებს. ზოგს, ამ უკანასკნელთაგან, სრულებით გაწყვეტილი აქვთ კავშირი საფარველ ეპითელიუმთან და ისე



ღრმით არიან წასული ქვეშ, რომ ნანდილი ჯირკვლის შთაბეჭდილებას სტოვევენ. სამწუხაროთ, ვინაიდან ჩვენ ანათალთა სერიის შემდეგი შესწავლა არ გვიწარმოებია, ძნელია იმის თქმა, მართლაც გვაქვს ჩვენ აქ საქმე საფარველ ეპითელიუმისაგან წარმოქმნილ ჯირკვლოვან ელემენტებთან, როგორც ეს თავის შემთხვევაში ტ. მ. გროზდოვს აქვს აწერილი, თუ ასეთი სურათის მიზეზი არის უბრალო კრიპტები, ნათლის აღების შედეგათ მსგავსი სურათით წარმოდგენილი. ამავე ამონაჭურის ანათლებში, საფარველ ეპითელიუმის გარე, ვნახულობთ ანთებითი ხასიათის მცირე ზონარს. რაც შეეხება Tunica albuginea-ს ეს უკანასკნელი სანაყოფო პარკის მთელ ზედაპირზედ მკაფიოდ არის გამოხატული. ერთ-ერთ მიდამოში, ესეც იჭრება ღრმად საკვერცხის სტრომაში და ქმნის არეს, რომელიც ლამაზათ გარს ერტყმის Corpus albicans-ს. მის ქვეშ კი ჩვენ ყველგან ვხვდებით საკვერცხის ქერქოვან შრეს. თავის დამახასიათებელ, ძალზედ გამრავლებული ინტრასტიციულურ თითისტარა უჯრედებით და ბოკოვან ელემენტებით. აღნიშნულ შრეში ბლომათ მოიპოვება, როგორც გრაფის, აგრეთვე განსაკუთრებით პრიმორდიული ფოლიკულები, ვნახულობთ რამოდენიმე თეთრ სხეულსაც ჰიმოსიდერინის დიდი ბელტებით, სისხლის ძარღვები საკმაოდ გაჯანეირებულია და ზოგი მათგანი სისხლით ავსილი. უნდა აღინიშნოს, რომ ზემოდ აწერილ შრის ვერც ერთ ნაწილაკში ვერ ვხვდებით არა თუ მთლიან



ბუსუსებს, არამედ ლანგჰანსისა და სინციტიალურ უჯრედების ცალკე ელემენტებსაც კი. იმ დენათ, რამდენადაც შიგნით მივიდვართ და უახლოვდებით სანაყოფო პარკის შიგნითა ზედაპირს, გაგანიერებულ სისხლძარღვთა რაოდენობა თანდათან მატულობს და დასასრულ ჩვენ ვხვდებით მიდამოს, რომელიც პირდაპირ კავერნოზულ ხასიათს ატარებს. ნაწილი უდიდეს ღრუებათ გარდაქცეულ სისხლის ძარღვების ამოვსებულია სისხლით და მათში ბლომათ ენახულობთ სინციტიალურ უჯრედთა გროვებს, რომელთაც გაურღვევიათ რა სისხლ ძარღვთა კედლები, ორგანიული კონტაქტი დაუმყარებიათ სისხლის ელემენტებთან. დამახასიათებელია, რომ ბუსუსთა ელემენტების სისხლძარღვთა სანათურში ასეთ შეჭრას, ენახულობთ აწერილ მიდამოს იმ ნაწილში, რომელიც ყვითელი სხეულის ბარიერით განცალკევებული არ არის ნაყოფის მხრივი სისხლგან ღრუთაგან. სანაყოფო პარკის ფსკერის უდიდეს ნაწილს კი წარმოადგენს ყვითელი სხეული. ეს უკანასკნელი, ნაყოფის მხრივი სისხლგან ღრუთაგან, გამოცალკევებული არის ვიწრო შემავრთებელ ქსოვილოვანი შრით და შესდგება დამახასიათებელ ვარდისფერ პროტოპლაზმისა და ექსცენტრიულად მდებარე ბოროთისა და ბირთვების შემცველ, ბუსუსტოვან



უჯრედებისაგან, მასშივე ენახულობთ ლიბოზრომის ელემენტებს. მთელი არე ყვითელი სხეულისა დასერილია შემავრთებელ ქსოვილოვანი ხარისხებით, რომელნიც უნდა წარმოადგენდნ Theca folliculi-ის ელემენტებს. აღნიშნული სხეულის მიდამოში ვერსად ვხვდებით ბუსუსთა ელემენტებს, მიუხედავად იმისა, რომ მოსაზღვრე სისხლის ჩაქცევებიდან აუარებელი სინციტიალური უჯრედები მოემართებან მისკენ, შეჭრილან კიდეც შემავრთებელ ქსოვილოვან ზღუდეში, მიუღწევიათ თვით ყვითელი სხეულის ელემენტამდის, მაგრამ იმის იქით კი ვერ დაძრულან. როგორც ნათქვამი იყო, აწერილ მიდამოს შიგნით ადგილი აქვს უზარმაზარ სისხლ-ჩაქცევათა არეებს, რომელშიდაც გაბნეული არის, როგორც ლანგჰანსის და სინციტიალურ უჯრედთა ცალკე ერთეულები, ისე აუარებელი, ლამაზათ გამოხატული მთლიანი ბუსუსები. იმ მცირე ნაწილში, სადაც ხსენებულ სისხლის ჩაქცევას არ საზღვრავს ყვითელი სხეული და ის უშუალოთ ემიჯნება საკვერცხის ქსოვილს, ბუსუსები მთლიანად და თავისი ცალკე ელემენტებით იჭრებიან საკვერცხის სტრომაში, და გვადლევენ ნათელ სურათს ბუსუსთა შორის არეების წარმოქმნისას.

ეს უკანასკნელი გარემოება და ყველაფერი ის, რაც ითქვა ყვითელი სხეულისა და ბუსუსთა ელემენტების ურთიერთ დამოკიდებულების შესახებ, გვაძ-



ლევს საბაბს ვიფიქროთ, რომ ყვითელი სხეულის უჯრედებს უნდა ქონდეთ ლევი-
 ლაც ერთნაირი დამცველობითი თვისება, ნაყოფის პარაზიტალურ უჯრედების
 წინააღმდეგ, რითაც ის წარმოადგენს საუკეთესო საფარს, განვითარების გზაზედ
 შემდგომ კვერცხისა და საკვერცხის ქსოვილს შორის. კუჭტალოვი მიუთითებს
 რა ლუტეინის უჯრედთა დაცვითი თვისებაზედ, ყვითელ სხეულს ოვარიალურ
 ორსულობის დროს აკუთვნებს იმავე როლს, როგორი ახასიათებს, დეციდუ-
 ალურ ქსოვილს ნორმალურ ორსულობისა. ამავე აზრს იზიარებს გროზდოვიც და
 მართლაც ნუ თუ საყურადღებო არ არის, თუ როგორ სწრაფათ იშლება სა-
 კვერცხის ქსოვილის ის ნაწილები, საითაც ბუსუსთა ელემენტებს გაუტყვიათ,
 მაშინ როდესაც თვით ყვითელი სხეული და მის უკან მდებარე საკვერცხის ქსო-
 ვილი სრულებით უვნებელია.

არსად ბუსუსებისა და მათი ელემენტების ზრდისა და ჩანერგვის გზაზედ
 დედის მხრივი ქსოვილის მიმართულებით, ისე როგორც სანაყოფო პარკის არც
 ერთ-დანარჩენ მიდამოში, ჩვენ ვერ ვხვდებით, არა მარტო ასე თუ ისე საკმაოდ
 გამოხატულ დეციდუალურ ქსოვილს, არამედ მის მსგავს ცალკე უჯრედოვან
 წარმონაქმნებსაც კი. დეციდუალურ ქსოვილის არსებობას, ოვარიულ ორსულობის
 დროს, ყველა ავტორი არ აღიარებს, ისინი კი ვისაც ქონიათ შემთხვევა, აღ-
 ნიშნული ქსოვილი ენახა სანაყოფო პარკის კედელში, ნაწილი მას აწერს, რო-
 გორც ტიპიურ დეციდუალურ ქსოვილს და ნაწილი კი როგორც დეციდუალს
 მსგავს.

რაც შეეხება კვერცხსაველს — სანათური მისი სრულებით თავისუფალია,
 ლორწოვანას ნაოჭები საკმაოდ გამოხატული და მოფენილია მაღალი ცილინდ-
 რული ეპითელიუმით, მის ქვეშა სისხლის ძარღვები ალაგ-ალაგ სისხლით სავსეა,
 კუნთოვანი და სეროზული გარსები აღსანიშნავ ცვლილებას არ განიცდიან,
 მხოლოდ სეროზას სისხლის ძარღვებს ემჩნევათ ნაწილობრივი გაგანიერება და
 სისხლით ავსება. არავითარი ცვლილება არ აღენიშნება აგრეთვე ფოჩებში.

ამრიგათ ყველა ზემოთ თქმულის მიხედვით ჩვენ გვაქვს: მარცხენა
 საკვერცხის მაგივრათ სანაყოფო პარკი, რომლის ღრუ ნა-
 ყოფს შეიცავს და კედელი მთლიანად საკვერცხის ქსოვილს.
 ნაყოფის ელემენტებსა და საკვერცხის ქსოვილს შორის, არ-
 სებობს მტკიცე ორგანიული კავშირი, ბუსუსების შეჭრისა
 და ბუსუსთა შორის არეთა წარმოქმნის სახით. სანაყოფო
 პარკი საშვილოსნოს უკავშირდება საკვერცხის საკუთარი
 იოგის საშუალებით და ტოპოგრაფიული დამოკიდებულე-
 ბანი მისი არის ანალოგიური ოვარიალური სიმსივნეებისა,
 და, დასასრულ, ფალოპიუსის მილი ფოჩებითურთ მაკრო-
 მიკროსკოპიულათ არავითარ ცვლილებას არ განიცდის.

მაშასადამე ჩვენს შემთხვევაში მოცემულია ყველა ის ხუთი ნიშანი, რომე-
 ლიც, როგორც ითქვა, ჩამოყალიბებული იქნა შპიგელბერგის (Spiegelberg),
 ლეოპოლდისა (Leopold) და ვერტის (Verth) მიერ და რომელთა ერთათ
 არსებობა თითქმის ყველა ავტორთა მიერ მიჩნეულია, როგორც ურყევი საბუთი
 პირველადი საკვერცხის ორსულობისა.

საკითხი იმის შესახებ, ჩვენს შემთხვევაში ადგილი ქონდა პერიოფარიალურ თუ ინტრაფოლიკულიარულ ორსულობას, ჩემი აზრით, უკანასკნელის სასარგებლოდ უნდა გადაწყდეს, რის დამამტკიცებელ საბუთათ შეიძლება ჩაითვალოს: ერთი მხრივ ის გარემოება, რომ სანაყოფო პარკი წარმოადგენს, საკვერცხის ქსოვილიდან შემდგარ, საკმაოდ სქელი კედლებით, მთლიანად ირგვლივ დახშულ ღრუს, მაშინ როდესაც, როგორც ეს მთელ რიგ ავტორების მიერ არის მიჩნეული, პერიოფარიალურ ორსულობის დროს, ნაყოფის განვითარება ნაწილობრივ სანაყოფო პარკის გარე ხდება. ამას გარდა ის ფაქტი, რომ ყვითელი სხეული ენერგიულ მონაწილეობას იღებს სანაყოფო პარკის კედლის წარმოქმნაში და ღრუს ფუძის შიგნითა ზედაპირის უდიდესი ნაწილი მას უკავია, გვაძლევს საბუთს ვიფიქროთ, რომ განაყოფიერება და შემდეგი განვითარება კვერცხისა მოხდა თვით ყვითელ სხეულში ე. ი. ინტრაფოლიკულიარულათ.

თუ როგორი შეიძლებაოდა ყოფილიყო ჩვენს შემთხვევაში ეტიოლოგიური მომენტი ექტოპიური ორსულობის განვითარებისა, ამის თქმა ძნელია, ისე როგორც ძნელია საზოგადოთ ოფარიალურ ორსულობის ეტიოლოგიაზედ ლაპარაკი. აქ შეიძლება მხოლოდ მიეთითოს, სეროზა-ეპითელის თეორიით გამართლებულ, ენდომეტროიდულ ჰეტეროტოპიის არსებობაზედ, რომლის ნიშანი საფარველ ეპითელიუმის ცილინდრიულად გადაგვარების სახით, ჩვენს შემთხვევაში არსებობს. ჰეტეროტოპიულ მოვლენის ხელის შემწყობ მომენტად ანთებით პროცესს ჩვენ ვერ ჩავთვლით, ვინაიდან არც ანამნეზში და არც საკვერცხის მაკრომიკროსკოპიული გამოკვლევის შედეგათ არა გვაქვს ჩვენ ისეთი რამ, რომელიც მიუთითებდეს ხსენებულ ორგანოს ძველ ანთებით პროცესზედ, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში იმ მცირე, ანთებითი ხასიათის შემაერთებელ ქსოვილოვან ზონარს, რომელიც ჩვენ ზემოთ ავღნიშნეთ და რომელიც შეიძლება მეორად მოვლენასაც კი წარმოადგენდა. ჩვენს შემთხვევაში უფრო მიზანშეწონილი იქნება ვიფიქროთ, რომ ადგილი ქონდა, თანახმად R. Tayer-ის შეხედულებისა ჰორმონალურ მომენტებს.

თანახმად ყველა თქმულისა ჩვენ მივდივართ შემდეგ დასკვნამდის:

1. ოფარიალური ორსულობა, როგორც ფორმა ექტოპიური ორსულობისა, წარმოადგენს მეტათ იშვიათ მოვლენას.
 2. ჩვენი შემთხვევა უნდა ჩაითვალოს საკვერცხის პირველადი ორსულობათ.
 3. კვერცხის ჩანერგვას და განვითარებას ადგილი ქონდა, ალბათ ინტრაფოლიკულიარულათ.
 4. ეტიოლოგიურ მომენტათ შესაძლოა მიჩნეულ იქნას, სეროზა-ეპითელის თეორიით გამართლებული და ჰორმონალური მომენტით გამოწვეული, ენდომეტროიდული ჰეტეროტოპია.
 5. ყვითელ სხეულს უნდა ახასიათებს რაღაც ისეთი თვისება, რომლითაც ის წინააღმდეგობას უწყევს ნაყოფის პარაზიტარულ ელემენტებს და იცავს დედის მხრივ ქსოვილის განადგურებისაგან.
- დასასრულ უგულითადეს მადლობას მიუძღვნი: ჩემს მასწავლებლებს ინსტიტუტის დირექტორს ე. მ. სობესტიანსკის და გ. გ. გამგეს ი. ნ. თუმანიშვილს — აწერილი მუშაობის მოცემისათვის, ლიტერატურის მოწოდებისათვის,

და საერთო ხელმძღვანელობისათვის; პატივცემულ პროფესორ ვ. ჟღენტს — პრეპარატის მაკრო — მიკროსკოპიულათ აღწერაში დაუფასებელი დახმარების გაწევისათვის და დოცენტ მ. მგალობელს — როგორც უცხო და ადგილობრივ მასალებისა, აგრეთვე თავის საკუთარი დიდი გამოცდილების მოწოდებისათვის.

ლიტერატურა:

- 1) Муратов. Ж. А. и Ж. Б. 1889 г. 2) Губарев. Ж. А. и Ж. Б. 1889 г. 3) Олехно. Р. В. 1903 г. 4) Канегиссер. Ж. А. и Ж. Б. 1904 г. 5) Попов. Р. В. 1905 г. 6) Кузьмин. Ж. А. и Ж. Б. 1913 г. 7) Улезко-Строгинова. Ж. А. и Ж. Б. 1914 г. 8) Кушталов. Ж. а. и Ж. Б. 1915 г. 9) Серебrenикова. Ж. а. и Ж. Б. 1915 г. 10) Дт. R. Zimmermann. C. F. G. 1927 წ. № 25. 11) Th. Micholitsch. C. F. G. 1927. № 41. 12) D-r Federlin. C. F. G. 1928 წ. № 44. 13) A. Brindeau-ს მუხაბა. 14) Hugo Hellendal. C. F. G. 1927 წ. № 45. 15) Т. М. Гроздов. Ж. А. и Ж. Б. 1927 г. 16) ჰაუბერი. C. F. G. 1928 წ. 17) Малинин Ж. А. и Ж. Б. 1925 г. 18) Цейтлин. Руков. по женск. б. Кривского. 19) ბუმი-მე-ახობა. 20) Груздьев — Акушерство.

И. В. Минаберидзе.

Случай внематочной яичниковой беременности.

Автор описывает наблюдавшийся в Гинекологическом Институте редкий случай внематочной яичниковой беременности.

На основании разбора своего случая и литературных данных по этому вопросу он приходит к следующим выводам:

1. Эктопическая овариальная беременность представляет очень редкий случай.

2. Наш случай нужно принять как первичную овариальную беременность.

3. Внедрение и развитие яйца в нашем случае по всей вероятности, произошло интрафолликулярно.

4. Этиологическим моментом можно предположить, оправданную серозо-эпителиальной теорией и вызванную гормональным моментом, эндометриодную гетеротопию.

5. При овариальной эктопической беременности желтое тело, видимо, обладает большим защитным свойством сохраняя и защищая здоровую материнскую ткань от разрушения паразитическими элементами плода.

I. Mikaberidze.

Der Autor beschreibt einen seltenen Fall der ausser Gebärmutter gehörigen eierstöckigen Schwangerschaft.

Sich stützend auf die Untersuchung seines Falles und der literarischen Beweise über diese Frage, kommt er zu den folgenden Resultaten:

I. Die ausser Gebärmutter gehörige eierstöckige Schwangerschaft stellt einen sehr seltenen Fall dar.

II. Unseren Fall müssen wir als eine primäre eierstöckige Schwangerschaft betrachten.

III. Das Einwurzeln und die Eintwickelung des Eies in unserem Falle ist wahrscheinlich intrafolliculäre entstanden.

IV. Als etiologischen Moment kann man endometrische Heterotopie annehmen, als solche, die schon von seroso-epithelialen Theorie rechtfertigt ist und durch den hormonalen Moment gefordert.

V. Bei der Eierstöckigen, ausser Gebärmutter gehörigen Schwangerschaft besitzt offenbar der gelbe Körper (Corpus Cuteum) eine grosse Verteidigende Eigenschaft, in dem er erhält und beschützt das gesunde Muttergewebe von der Zerstörung von den parasitischen Elementen der Frucht.



პრეპარატი ახვლედიანი.

(სახ. უნივ. სამეანო კლინიკიდან. გამგე პროფ. ი. ე. თიკანაძე).

„Foetus papyraceus“ კაზუსტიკისათვის.

მოხსენდა ქართ. და ბუნ. საზოგადოებას 1927 წ. 27/V.

ქალალდისებრ ნაყოფის (foetus papyraceus) მოვლენა მეანობაში ძველიდანვეა ცნობილი. ამ სახელით იწოდება ისეთი ნაყოფი, რომელიც თავის განვითარების ამა თუ იმ სტადიუმში, სხვადასხვა მიზეზებისა გამო, დაიღუბა საშვილოსნოს ღრუში, დარჩა იქ და საშვილოსნოს ტრაქციისა და მეორე ნაყოფის მექანიკური ზედაწოლით შეიჭმუხვნა — შეიმურვა და მუმიად გადაიქცა. ამდაგვარი შემთხვევა ჰქონდა სახ. უნივ. სამეანო კლინიკას, რომლის ისტორია აქვე მოგვყავს:

1927 წ. 25/III მოხსენებულ კლინიკაში შემოვიდა მშობიარე, ქართველი 32 წლ. დიასახლისი, დამაკმაყოფილებელი საერთო მდგომარეობით. გათხოვილა 7 წ. წინად.

Lues-ს, tbc და სხვა კონსტიტუციონალური და სოციალური სენით ავად არ ყოფილა. ტყუპით არ უშობინა და ასეთ შემთხვევებს არც მის ნათესავებში ქონია ადგილი. უკანასკნელ ორსულობის პერიოდში, მშობიარის ცხვრებაში არ მომხდარა არავითარი ღირსშესანიშნავი მოვლენა, რასაც კი ჩანასახის წესიერ განვითარებაზე შეეძლო ზეგავლენა მოეხდინა. ჰყავს 5 წ. ვაჟი. მუცლის გაცუდებას არ აღნიშნავს. თვიური თავის დროზე მოდიოდა, ზომიერი, უმტკივნელოდ 3 — 4 დღე. პირველი თვიურის დასაწყისი მე-14 წელზე. გასინჯვით აღმოჩნდა, ნაყოფი მდებარეობს სიგრძით, წინა სახე 1 კეფითმდებარეობისა. საშვილოსნოს ყელი შემოვლებულია და გათხლებული, გახსნილია 2.5 თითზე, სანაყოფო ბუშტი მთელი. კლინიკაში შემოსვლის 4 ს. შემდგომ მოიმშობიარა ნორმალურად, ეყოლა ვაჟი, ცოცხალი, დროული და ჯანსაღი. მშობიარების მე-III ხანაში შემჩნეული იყო ზომავზე მეტი სისხლის დენა, რის გამოც Crede-ს წესით გამოძევებულ იქნა მომყოლი მთლიანად. მშობიარობის სამივე პერიოდი გავრძელდა დაახლოებით 22 ს. მომყოლის მთლიანი წონა 500.0, დიდი ზომა 14, მცირე — 13. სისქე 2 cm. გადაგვარება არ ემჩნევა. კიბლარის სიგრძე 51 cm. სისქე 1 cm. კვანძები არაა. და არც სხვა რაიმე პათოლოგიური ცვლილებები მას არ ემჩნევა. მიმაგრება გვერდითი. გარსებზე 2 ადგილას შემსხვილება ემჩნევა და ეს მიდამო გამკვრივებულია. ერთი, უფრო დიდი შემსხვილება, მეორე აღმოჩნდა პლაცენტა თავისი გარსებით. მისი წონა 90.0 უდრის. დიდი ზომა 8 cm, მცირე 7, სისქე 1 cm. ძალზე მკვრივია და ცხიმოვნად გადაგვარებულს წააგავს. უკანასკნელი შემსხვილება შედარებით პირველთან პატარა ზომისაა და გარსებში ყრუდ გახვეულია. გარსი ნაზად შემოვაცალეთ და შიგ აღმოჩნდა „foetus papyraceus“-ი: ნაყოფი ნაცრის ფერისაა, შესამჩნევად მშრალი და ხმელი, კანი დანატეხულია, შეჭმუხნული და ძვლებზედ უშუალოდ მიკრული. თავის ქალა და სხეული ორივე მხრიდან შეჭყდვეტილია, უსწორ-მასწორო მოყვანილობისაა და წინისაკენ არის მახვილად წარმოზიდული. ასეთივეა სახისა და ქვედაყბის ძვლები, რომელთა ამოცნობა ხელის შეხებით ადვილია. პირის შესავალი, ცხვირი, თვალები და ყურები, ძლიერი კომპარესიით გამოწვეული ცვლილებებისა გამო, უსტრუქტურო ფორმისა არიან. ქვედა კიდურები და სასქესო ორგანოები არ ჩანან. მარცხენა ზედა კიდური გაშლილია ბეჭის სახსარში 90°, მარჯვენა სახსარში კი მოხრილია, რომლის მტვევანი ხუთი თითით ქვემოდ იყურება. მარჯვენა თანამოსახლე კიდური, შედარებით პირველთან მოკლეა, რაც დამოკიდებულია ნაყოფის მარჯვენა ირიბ ზომაში მძლავრად

გაქყლებზე; გაძლიერებული კომპრესიისა გამო ის შეზრდილია და ჩამალული გულმკერდის არეში, თავისუფალია მხოლოდ მხრის $\frac{1}{3}$ ნაწილი და წინამხარი მტენითურთ. წონა მისი 30.0 ნაყოფის მთლიანი სიგრძე 9.5 cm. თავის ქალას უმაღლესი წერტილიდან ჭიბამდე 8 cm., ჭიბის ქვემო ნაწილის სიგრძე საერთოდ უდრის 1.5 cm. და მომრგვალო უსტრუქტურა სახე აქვს ყველაზე ფართო ნაწილი გულმკერდის არეზე მოდის 45 mm. თავის ქალას უფრო დაშორებულ წერტილთა სიგრძე 36 mm., სიგანე 35 mm, გათხლებულ ნაყოფის ჭიბლარის სიგრძე 22 cm. აღწევს. იგი ძალზე ვიწროა და მშრალი, გადავარებულ პატარა პლაცენტისაკენ მიემართება და მას ცენტრალურად უმეგრდება. ნაყოფის ჭიბი, იქ, სადაც ის გარსებში ძვრება, მათ ორფურცელთა შორის ჰქმნის ერთს ნამდვილ კვანძს. თუ ვიანგარიშებთ, რომ თავის ქალას vertex-იდან ჭიბამდე 8 cm., უნდა დავსკვნათ, რომ მთელი სიგრძე ნაყოფისა, ქვედა კიდურების გაშლილ და გამართულ მდგომარეობაში დაახლოებით 14 — 15 cm. შუა უნდა მერყეობდეს, ვინაიდან, როგორც ცნობილია, ჩანასახისა და ახალშობილის ტანის კორპუსი უფრო განვითარებულია კიდურებთან შეფარდებით, ვიდრე ჰასაკოვან ადამიანისა. თუ მივიღებთ ჭიბს დასაყრდენ წერტად, მის ზემოდ და ქვემოდ მდებარე ტანის ნაწილების სიგრძეთა შორის განსხვავება დაახლოებით 1 — 2 cm. განისაზღვრება.

ამ მოსაზრებათა მიხედვით დასაშვები იყო გვეფიქრა, რომ გათხლებული ნაყოფი ხნოვანობით 4 თვისა უნდა ყოფილიყო; მაგრამ, რომ დანამდვილებით დაგვედასტურებია ჩვენი მოსაზრება, გადაღებული იქნა ნაყოფის რენტგენის სურათი პროფ. ლამბარაშვილის კლინიკაში ასისტ. ნაზარაშვილის მიერ, რომელთაც დახმარებისათვის მადლობას მოვახსენებთ. ნაყოფის ხნოვანობის გამოსაკვლევად რენტგენი დიდ დახმარებას გვიწევს. ამავე მიზნით ის წინათაც იხმარებოდა პროფ. Torgler-ის, Bouchacourt-ისა და Lichem-ის მიერ, ფრიად კარგი შედეგებით. რენტგენის სხივების ხმარებას ასეთ შემთხვევებში მიტომა აქვს მნიშვნელობა, რომ მისი საშუალებით სურათზე საესებით გარკვეულად აისახება ხოლმე ის გაძვლების წერტილები, რომელნიც ჩანასახის მხოლოდ განსაზღვრულ ხანაში ვითარდებიან. ეს კი თავის მხრივ მეტად გვეხმარება ნაყოფის ხნოვანობის სრული სინამდვილით ამოცნობაში. ამასთან ისიცაა დამტკიცებული, რომ გამოუვითებული ნაყოფის საფარველი ქსოვილები საშვილოსნოში ყოფნით არ შეიწოვება და დროის განმავლობაში იცვლებიან ფორმითაც და მოცულობითაც, ძვლები თითქმის უცვლელად რჩებიან. რენტგენის სურათმა გვაჩვენა რომ გაძვლების წერტილები არსებობენ ლავიწზე (7 კვირა), თავის ქალას ზოგიერთ ძვლებზე (მე-2 თვის ბოლო), ბეკის ძვალზე, ლულოვან და მენჯის ზოგიერთ ძვლებზე, ნეკნებზე და მალეზე, თითების უკანასკნელ ფალანგებზე და სხვა (მე-3 თვე). რენტგენის მეოხებით შემჩნეულ იქნა აგრეთვე ნეკის შუა ფალანგები, რომელნიც მხოლოდ მე-15 — 16 კვირაზე ჩნდება. მე-5 თვის გაძვლების წერტები არ აღინიშნება. რენტგენმა გვაჩვენა დამატებით ქვედა კიდურების ძვლები და მით საშვალეა მოგვცა ქვედა კიდურების არსებობის დადასტურება, რომელთაც ჩვეულებრივად ვერ ვამჩნევდით. ამრიგად ჩვენი წინასწარი მოსაზრება, რომ გათხლებული ნაყოფი სრული 4 თვის იყო, დადასტურდა რენტგენოსკოპიულად. ჩვენ შემთხვევაში საქმე გვქონდა ორ კვერცხისაგან განვითარებულ ნაყოფებთან; თვითეულ მათგანს, ქონდა თავიანთი საკუთარი პლაცენტა, ორი ცალკე ხორიონი და სხვა გარსები, რაც აშკარად იმას გვიჩვენებს, რომ თვითეული ცალ-ცალკე კვერცხისაგან იყო განვითარებული. ასეთია მოკლედ აღწერილ გათხლებულ ნაყოფის მაკროსკოპიული სურათი. სა-

თანადო ლიტერატურის გაცნობით შესაძლოა დავრწმუნდეთ, რომ ქალაღდისებრ ნაყოფის შემთხვევები უმეტესად წარმოსდგება ერთი კვერცხისაგან. ამასვე გვიდასტურებს Strassmann-ის დაკვირვებები. მისი 5 foet. compressus-ის შემთხვევიდან მხოლოდ ერთი იყო განვითარებული ორი კვერცხისაგან, დანარჩენი 4 კი-ერთისაგან. უკანასკნელ პირობებში წარმომდგარი ტყუპები თავის განვითარების პერიოდში შედარებით უფრო მეტ დაბრკოლებას ხვდებიან, ვიდრე ორი კვერცხისაგან წარმომდგარნი. ეს მოვლენა ადვილი ასახსნელია იმით, რომ პირველ შემთხვევებში ორ ნაყოფს საზრდობა უხდება ერთი პლაცენტისაგან და ადვილად დასაშვებია, ერთს რომელსამე მათგანს ბევრი საკვები ერგოს მეორის ხარჯზე, პლაცენტაში არსებულ სისხლის მიღების არა თანაბარი განვითარების მიხედვით. მექანიკური ზედაწოლის მეშვეობით, შესაძლოა აგრეთვე პლაცენტაში სისხლის მიმოქცევის გაძნელება, რომლის დროს დასაშვებია, ერთს ნაყოფს მეორეზე მეტი საკვები მასალა ხვდეს და ამრიგად დიდხანს გაგრძელებული კვების მოშლა გახდეს უშუალო მიზეზი, ერთ-ერთი ნაყოფის საერთო ჩამორჩენილობისა და სიკვდილის. ყველა ჩამოთვლილი გართულებანი, შედარებით იშვიათი მოვლენაა ორი კვერცხისაგან განვითარებულ ტყუპების დროს, რის გამო მათი წესიერი განვითარებაც უფრო იშვიათად განიცდის დაბრკოლებებს. გათვალისწინებულ მოვლენათა გარდა ნაყოფის სიკვდილობა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე სხვა ფაქტორებმაც, მაგ.; ტრავმამ, თირკმელებისა და გულის დაავადებამ, ენდომეტრიტმა კონსტ. — სოციალურმა სწეულებებმა და არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ნაყოფის სიკვდილობისათვის ჭიპლარის მდგომარეობას. აწერილია შემთხვევები, როდესაც ნაყოფი დაღუპულა ჭიპლარის გადასკვნით. მაგრამ, მეორეს მხრივ, ცნობილია ისეთი შემთხვევები, როდესაც ცოცხალი ბავში დაბადებულა მიუხედავად ჭიპლარის სრული კვანძის არსებობისა. იმის გამოსაკვლევად, თუ რა იყო მიზეზი ჩვენს შემთხვევაში ნაყოფის სიკვდილის, მთავარ ყურადღებას ვაქცევდით, როგორც მშობიარის ანამნეზს, ისე მომყოლის პათოლოგიურ მდგომარეობს, მაგრამ ანამნეზის მხრივ არ ყოფილა მშობიარის ყოფა-ცხოვრებაში, რაიმე თვალსაჩინო მოვლენები. როგორც ამ უკანასკნელიდან ჩანს, დედას ნაყოფის სიკვდილში წილი არ მიუძღვის. რაც შეეხება ჯანსაღად დაბადებულ ბავშვის მომყოლს, არც ის იძლეოდა ნორმიდან გადახრის რაიმე ნიშნებს. მხოლოდ ქალაღდისებრი ნაყოფის მომყოლი მთლიანად გვაძლევდა საბუთს ყურადღება მიგვექცია მისთვის და მისი პათოლოგიური მდგომარეობით აგვეხსნა ნაყოფის დაღუპვა. ამ შემთხვევაში დაკვირვების ობიექტს წარმოადგენდა, როგორც თვით მომყოლი, ისე მისი ჭიპლარი. პლაცენტა, როგორც ზემოთ მოვიხსენიეთ, ცხიმოვან გადაგვარებას წარმოადგენდა. მისი საერთო მოცულობა ოთხი თვის ნაყოფს შეეფერებოდა და ცოტაოდენ ზედმეტ განვითარებასაც გვისურათებდა. ასევე გვეთქმის ჭიპლარზედაც, რომლის სიგრძე 4 თვის ნაყოფის ჭიპლარის სიგრძეს არ ჩამორჩებოდა. ახლა საინტერესოა ვიცოდეთ სახელდობრ რომელი მათგანი ვახდა უშუალო მიზეზი ნაყოფის სიკვდილის, გადაგვარებული პლაცენტა თუ გადაკვანძული ჭიპლარი? ზემოდ გათვალისწინებული პირობათა მთელი რიგი აშკარად გვიდასტურებს იმას, რომ მელოგინე არ იყო პლაცენტის გადაგვარების მიზეზი, მას არ ჰქონია ისეთი დამახასიათებელი

რამ ცხოვრებაში, რომ პლაცენტაში ასეთი ღრმა გადაგვარება მომხდარიყო. თუ აქვე დავსვამთ კითხვას: რომელი იყო უფრო ადრე: პლაცენტის გადაგვარება, ჭიპლარის სრული გადასკვნა თუ ნაყოფის სიკვდილი? ამ პირობებში შესაძლოა ითქვას, რომ პირველ რიგში უნდა მომხდარიყო ჭიპლარის გადასკვნა, რაიც შესაძლებელი იყო მხოლოდ ნაყოფის სიცოცხლეში, როდესაც ის თავისუფლად თამაშობდა მის გარშემო მყოფ სანაყოფო სითხეში: ნაყოფი რომ ამის წინასწარ ყოფილიყო მკვდარი, მისი მოძრაობა შეზღუდული იქნებოდა მეორე უფრო განვითარებული ნაყოფის მექანიკური ზედაწოლით, რაც ხელს შეუწყობდა დაწოლით მისგან სისველის გამოწურვას და მოძრაობის შეზღუდვას. ამნაირად, ჭიპლარის გადასკვნა უნდა მიეწეროს ნაყოფის სიცოცხლის ხანას. როცა უფრო ადვილად დასაშვებია მისი წარმოქმნა — განვითარება, ვიდრე სიკვდილის პერიოდში. ნაყოფის სიცოცხლის ხანაში ჭიპლარის გადასკვნის დასაბუთება თავისთავად აშკარად ხდის პლაცენტის გადაგვარებას შემდგომ პერიოდში. მართლაც პლაცენტა რომ გადაგვარებული ყოფილიყო პირველ ხანებშივე, ნაყოფის ცოცხლად ყოფნის პერიოდში, მაშინ მას აღარ შეეძლებოდა ნაყოფისათვის საზრდოს მიწოდება და მით ნაადრევად სიკვდილსაც გამოიწვევდა. მაგრამ, ეს ამდაგვარად არ იყო და როგორც ირკვევა, სინამდვილესთან უფრო ახლო იქნება თუ მივიღებთ, რომ ჭიპლარის პირველი გადასკვნის ნიადაგზე ნაყოფის სიკვდილი წარმოიშვა. ამ გადასკვნას მოჰყვა, როგორც ჩვეულებრივი ფიზიოლოგიური მოვლენა, პლაცენტის გადაგვარება და მისი განვითარების ამ საფეხურზე შეჩერება. პლაცენტის დანიშნულება — ნაყოფისათვის საკვები მასალის მიწოდება — შეფერხდა სიკვდილის გამო და ამის შემდეგ მისი მნიშვნელობა და დანიშნულება თავისთავად მოისპო და გართულდა ცხიმოვანი გადაგვარებით. ჭიპლარის გადასკვნით გამოწვეული ნაყოფის სიკვდილი და მისი ქალაქისებრ გათხელება, როგორც ლიტერატურა გვიდასტურებს, ჯერ კიდევ არაა აწერილი. ამრიგად ჩვენი შემთხვევა, თუ შეიძლება ასე ითქვას, ერთგვარ unicum-ს წარმოადგენს თავისი იშვიათობით და როგორც ეს ლიტერატურული მიმოხილვით აღმოჩნდა, ჭიპლარის სრული გადასკვნა — გადამარყუშებით ნაყოფის სიკვდილის გამოწვევა, როგორც ეს მოხდა ჩვენს შემთხვევაში, და შემდგომ ამ მკვდარი ნაყოფის ქალაქისებრ გათხელებულ ნაყოფად გადაქცევა სწორედ, რომ სამაგალითო და იშვიათი ეგზემპლარია.

Foetus papyraceus-ის შემთხვევა საერთოდ და კერძოდ ჩვენიც, მეორეს მხრივ, იმდენადაა საინტერესო და საყურადღებო, რამდენადაც დღემდე არ არსებობს ერთიანი, მთლიანი და გარკვეული მისი სტატისტიკური აღრიცხვა. რამდენად სხვადასხვანაირი, ერთმანეთის საწინააღმდეგო, დაუშუშავებელი სტატისტიკური აღრიცხვა არსებობს ამჟამად ქალაქისებრ ნაყოფისა, ეს აშკარად ჩანს ზოგიერთი ავტორის ცნობათა მკვეთრ სხვადასხვაობიდან. ასე მაგ.: Strassmann-ი 475 მშობიარეზე ნახულობს 5 შემთხვევას ქალაქისებრ ნაყოფისას, ე. ი. 95 — 1; Lichem-ი 500 ორ შემთხვევას, ე. ი. 250 — 1; Балашов-ის სტატისტიკით მოსკოვის სამეანო კლინიკაში 6,600 მშობიარეზე აღმოჩნდა მხოლოდ 2 შემთხვევა ე. ი. 3300-ზე — 1, სახ. უნივერს. სამეანო კლინიკაში დაახლოვებით 6700 მშობიარეზე ჩვენი შემთხვევა პირველია. Strassmann-ით,

მოსალოდნელია ქალაღდისებრ ნაყოფის შემთხვევები პრაქტიკაში უფრო ხშირი იყოს, მაგრამ შეუმჩნეველი და გამოუქვეყნებელი რჩებოდეს, ვინაიდან ის ხშირად გარსებში ყრუთაა გახვეული და, თუ არა გულმოდგინე გასინჯვით, ისე ძნელი აღმოსაჩენია. აქედან ნათელია რომ როგორც მოყვანილ ავტორთა მრიცხველობით მასალების სხვადასხვაობიდან ჩანს ქალაღდისებრ ნაყოფის შესახებ, ჯერ კიდევ, დანამდვილებითი და უტყუარი საშვალო სტატისტიკური ცხრილი არ არსებობს და, რასაკვირველია, თვითეული ასეთი შემთხვევის თავის დროზე გამოქვეყნება და აღწერა ხელს შეუწყობს მის სწორ სტატისტიკურ დამუშავებას.

ქალაღდისებრ ნაყოფს აქვს აგრეთვე შესაფერისი მნიშვნელობა სამოსამართლო ექსპერტიზის და მრავალ ნაყოფიანობის საკითხისათვის იმ მხრივ, რომ თვითეული ასეთი შემთხვევა, რომელსაც ნაყოფთა განვითარების სხვადასხვა სტადიუმი ახასიათებს, ხელს უწყობს ექიმთა შორის უკვე ძველიდანვე არსებულ Superfoetationes ანუ ზეჩასახვის იმ ჰიპოთეზის ხელახლა წამოჭრა — წამოყენებას, რომლის პრობლემა დღესაც საბოლოოდ არაა გამორკვეული. ზემოდ მოხსენებულის და მიხედვით ჩვენ ის შესაფერისი და აუცილებელი დასკვნა უნდა გამოვიტანოთ, რომ ტყუპის შემთხვევებში, ნაყოფთა განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე შეჩერება და განსხვავება სიგრძე — სიდიდეში უნდა მიეწეროს არა ზეჩასახვასა და დაგვიანებით მეორედ დაორსულებას, არამედ პათოლოგიურ მოვლენებს, რომლებიც ერთ შემთხვევაში ხელს არ უშლიან ნაყოფის ნორმალურად განვითარებას, ხოლო მეორე შემთხვევაში იწვევენ ზრდა-განვითარების დაბრკოლებას და სიკვდილს, როგორც ეს მოხდა ჩვენს მიერ აღწერილ შემთხვევაში.

ყურადღებია foetus papyraceus-ის თვითეული შემთხვევა იმ მხრივაც, რომ მისმა წინამდებარეობამ მშობიარობის დროს, შესაძლოა შეცდომაში შეგვიყვანოს და ის ნაყოფის წვრილმან ნაწილებად მივიღოთ, რაც ზოგ პირობებში სასურველი არაა. უკანასკნელი და მთავარი კი ის არის, რომ ქალაღდისებრ ნაყოფის დროზე გამოცნობას მეანობაში დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან არის რამოდენიმე შემთხვევა აწერილი, როდესაც ქალი ლოგინობის ხანაში იღუბება გაძლიერებულ სისხლის მდინარობით, აუტოპსიით კი გამოუკვლევიათ, რომ საშვილოსნოს ღრუში დარჩენილი ქალაღდ. ნაყოფი ყოფილა მისი ატონიის მიზეზი.

მოყვანილის მიხედვით შესაძლოა ითქვას, რომ ქალაღდ. ნაყოფის თვითეული შემთხვევის დაწვრილებითი შესწავლას და აღწერას ერთგვარი მეცნიერული და პრაქტიკული მნიშვნელობა უნდა ქონდეს და ვფიქრობთ, რომ ამ მხრივ ჩვენ შემთხვევის გამომქლავებაც არ უნდა იყოს ინტერეს მოკლებული.

Ард. Ахвледяни.

К казуистике foetus papiraceus-a

Автор описывает из акуш. клиники Тифл. Госунта проф. Тиванадзе на 6700 родов 1 случай foetus papiraceus-a при двойнях, где 1 плод был развит совершенно нормально, другой же foetus papir., как видно из препарата исследов. как макроскопически так и рентгенов. снимком, погиб на 4 месяце развития вследствие образования при жизни плода и спинного узла пушовины и нарушении кровообращения.

Рентгеновский снимок показывает в эпифизах точки окостенения соответственно развития плода в возрасте 4 мес.

A. Achvlediani.

Versasser unter 6700 geburtsfällen nur einmal beobachtete „Foetus papiraceus“ bei Zwillingen.

Ein Fötus war vollkommen entwickelt, zweiter Fötus wie Röntgenaufnahme und makroskopische Untersuchung zeigte war auf 4 Monat. seiner Entwicklung zugrunde gegangen, durch Nabelschnurknoten infolge Kreislaufstörung.

Wie Röntgenaufnahme zeigte in jener Epiphyse beobachtete man in Knochen umgewandelte Punkte wie es bei 4 monatlichem Fötus geschieht.

ლ. ჩიქოვანი.

ანკილოსტომოზი სამეგრელოში.

(სენაკის სამაზრო ლაბორატორიის მასალებიდან).

ჩემი მასალა შეიცავს ნაწლავთა პარაზიტ. ჭიებზე გამოკვლევის 840 შემთხვევას. გამოკვლევები წარმოებულია სენაკის სამაზრო ლაბორატორიაში 1/I — 8/X — 27 წ. განმავლობაში. ვიკვლევდი სენაკის პოლიკლინიკის ამბულატორიაში მოსულ სოფლის მოსახლეობას, რომელშიაც შედიან, როგორც ბავშვები, ისე მოზრდილებიც ორივე სქესისა. თითოეული გამოკვლევა სწარმოებდა, როგორც უბრალო, ისე Fülleborn-ის წესით. ისინჯებოდა 4-დან 8 პრეპარატამდე ყოველ ცალკე შემთხვევაში. მიღებული შედეგები ასეთია:

| | |
|---|------------------------------------|
| განკვლევათა რიცხვი | 840. |
| დადებითი შემთხვევათა რიცხვი | 650. |
| ჭიების ინვაზიის საერთო პროცენტი | 77 ⁰ / ₀ . |
| Trichocephalus dispar | 45,9 ⁰ / ₀ . |
| Ascaris lumbricoides | 35,2 ⁰ / ₀ . |
| Oxyuris vermicularis | 0,95 ⁰ / ₀ . |
| Taenia Saginata | 2,2 ⁰ / ₀ . |
| „ Solium | 0,1 ⁰ / ₀ . |
| „ nana | 0,23 ⁰ / ₀ . |
| Ankylostoma duodenale | 27,3 ⁰ / ₀ . |
| Anguillula stercoralis | 0,23 ⁰ / ₀ . |

ჭიების ერთი სახით ინვაზია აღმოჩნდა 328 შემთხვევაში (39⁰/₀), ორით — 248 შემთხვევაში (29⁰/₀), სამით — 74 შემთხვევაში (8,8⁰/₀).

ამ რიგად, პროფ. Скрыгин-ის ფორმულის მიხედვით, ჰელმინტიკური ერთეულების რიცხვი უდრის $328 + 2 \cdot 248 + 3 \cdot 74 = 1044$ -ს. (ე. ი. 840 გამოკვლეულ შემთხვევაში აღმოჩენილი ყველა სახის ჭიები რომ განაწილდეს ისე, რომ თითოეულს შეხვდეს ჭიების მართო ერთი სახე საჭირო იქნებოდა 1044 კაცი). აქედან ჰელმინტიკური ერთეულების პროცენტი უდრის $\frac{1044 \cdot 100}{840} = 124,2$ -ს. (ეს ნიშნავს, რომ ყოველ ას გამოკვლეულ პირთა შორის აღმოჩენილი

სხვადასხვა სახის ჭიები განაწილდეს ისეთ ნაირად, რომ თითო კაცს შეხვდეს მართო ერთი სახის ჭია, საჭირო იქნებოდა 124 კაცი. ან და თითო გამოკვლეულ პირზე მოდის საშუალოდ 1,24 სახე ჭიისა).

მიღებული შედეგების შეფასების დროს ჩვენი ყურადღებას იქცევს ანკილოსტომის მასიური გავრცელება სამეგრელოს მოსახლეობის შორის, რომელიც ჩემი დაკვირვებით გამოიხატება 27,3⁰/₀-ში. განსაკუთრებულად ანკილოსტომოზი მოდებულია შემდეგ სოფლებში: სოფ. ნოსირი, გეჯეთი, თეკლათი, ხორში, ბანძა, მოხაში, უსაფათი, შნეფი, ტყირი, თამაკონი, ფოცხო, კიწია, ეგი, ქვალონი, ლეხინდრავე; შემჩნეულია, რომ, ამ სოფლებში, ხშირად მთელი ოჯახის შემადგენლობა შეპყრობილია ანკილოსტომით. ამ უკანასკნელი დროს გამოკვლევების მიხედვით ანკილოსტომოზით დაავადება აღწევს უფრო მაღალ ციფრებს. ხშირია აგრეთვე ანკილოსტომით და პელაგრით ერთდროული დაავადება. ანკილოსტომოზის ასეთ მასიურ გავრცელებას სამეგრელოში ხელს უწყობს როგორც შესაფერი ნიადაგი, ნოტიო და თბილი ჰავა, აგრეთვე საჭიროების ალაგების მოუწყობლობა (ღრმა ორმოების უქონლობა, ღორებისაგან ნიადაგის გაჭუჭყიანება ადამიანის განავალით და სხვ.). ანკილოსტომოზის ასეთი მასიური გავრცელება უნდა ჩაითვალოს სამეგრელოსათვის საშიშ ენდემიურ სოციალურ უბედურებად, რომელიც მოითხოვს განსაკუთრებულ პროფილაქტიურ და მკურნალობითი ზომების მიღებას.

მ ი მ ო ს ი ლ ვ ა

მ. კოკოჩავილი.

ელენთას ფორმის და ჩიცვის ვარიაციები.

(ლიტერატურული მიმოხილვა).

ლიტერატურული წყაროები გვიმტკიცებენ, რომ ელენთას მეტად ცვალებადი ფორმა აქვს. დაწყებული Verheyen-იდან Haller-ამდე (1699—1748) ყველა ავტორები ელენთის ფორმას მიახლოებდნენ ადამიანის ენის ფორმას; Haller-ის შემდეგ მას ოვალურ ფორმის სხეულად სთვლიან. Cloquet (1825 წ.) პირველი იყო, რომელიც აღარებდა ელენთას ელიპსოიდურ სხეულს და ამ ავტორის შემდეგ ელიპსოიდური ფორმა ელენთისა ითვლებოდა კლასიკურ ფორმად. მაგრამ ასეთი ფორმა ელენთისა მუდმივ და ჩვეულებრივ ფორმად მანაც არ ჩაითვლება. 1801 წელს Assolant-მა, თავის შრომის დებულებებში ელენთის შესახებ, შეადარა მისი ფორმა სამწახნაგოვან პირამიდას და აღწერა მასზედ სამი კიდე და სამი ზედაპირი. Cruveilhier და Seppey-მ ელენთის ასეთი ფორმა ჩასთვალეს გამოჩაკლისად. სამაგიეროთ Luschka ასეთ ფორმას ჩვეულებრივ ფორმად სთვლის და ცალკე-ცალკე აღწერს ყოველ მის ზედაპირს (დიაფრაგმის, კუჭის და თირკმლის) სამ კიდეს და ორ ბოლოს. His-ი აღწერს ელენთას, როგორც ოვალურ ფორმის ორგანოს, რომელსაც ქვედა ბოლო ნაკლებათ აქვს განვითარებული ვიდრე ზედა ბოლო; მისი აზრით ელენთას ორი ზედაპირი აქვს ერთი მეორისაგან განსაზღვრული კიდეებით. His-ი აგრეთვე აღნიშნავს ელენთის შიგნითა ზედაპირზედ გასწვრივ ქედს რომელიც ჰყოფს ამ ზედაპირს ორ სხვადასხვა მეორადი ზედაპირებად: ერთი წინა-კუჭის ზედაპირი და მეორე უკანა — თირკმლის ზედაპირი.

იმ გვამებზედ, რომლის რბილი ორგანოების წინასწარი ფიქსაცია არ იყო ნაწარმოები, ელენთას ჩვეულებრივ პირამიდულ-სამკუთხედიანი ფორმა აქვს. ასეთი ფორმა მიღებულია Assolant და Luschka-ს მიერ და ამ აზრს განსაკუთრებით მხარს უჭერს Rieffel-ის, შემდეგ Constantinesco. ასეთ შემთხვევაში ელენთას ექნება სამი ზედაპირი: დიაფრაგმის, კუჭის, თირკმლის, სამი კიდე: წინა, უკანა და შიგნითა, რომელთა შორის უკანასკნელი ესაბამება Luschka-ს მიერ აღწერილ *margo medialis*-ს, და ორი ბოლო ზემო და ქვემო.

მაგრამ თუ ჩვენ მივაქცევთ ყურადღებას ელენთის ფორმას იმ გვამებზედ, რომელთაც აქვთ გაკეთებული წინასწარი ინიექცია გამამაგრებელი ხსნარით, მაშინ ელენთაც მუცლის ღრუს გაკვეთამდე გამაგრდება ხოლმე. ასეთ პირობებში, ახალი ავტორების მიერ, აღწერილი ფორმა ელენთისა შეცვლილია. ფიქსაციას ახდენენ 5—10 ლიტრის 0,5 % ან 1,0 % ქრომის მჟავის ხსნარის შესაბუნებით არტერიაში. ასეთი წესით მიღებული შედეგების შედარებით გაყინულ გვამების ორგანოებთან Cunningham-ი შეეცადა წარმოედგინა ნამდვილი რაციონალური ფორმა ელენთისა, რომელიც, მისი აზრით, უახლოვდება პრიმატების ელენთას თავისი მოყვანილობით. Cunningham-ის აზრით ელენთის ფორმა ესაბამება არა სწორ ტეტრაედრს, რომელსაც აქვს ფუძე და მწვერვალი. ამ ტეტრაედრს მუცლის ღრუში არა აქვს ვერტიკალური მდებარეობა; ელენთა უფრო ნაკლებ არის დახრილი ვიდრე ნეკნები და ამ რიგით მისი მდებარეობა უფრო ჰორიზონტალურია ვიდრე ვერტიკალური.

გარდა ამისა ელენთის ტეტრაედრი არაა სწორი არამედ ოდნავ შედრეკილია და ამავდროს მოგრებილია გრძელი ღერძის გარშემო, ვინაიდან იგი მდებარეობს ორ გამოდრეკილ ზედაპირთა შორის ე. ი. დიაფრაგმის შედრეკილ ზედაპირისა და კუჭის ძირის გამოდრეკილ ზედაპირის შუა. ზედა ანუ შიგნითა ბოლო, მწვერვალი ანუ ე. წ. ელენთის თავი, მიმართულია

ზევით და შიგნით, თუმცა არა იშვიათია როდესაც ელენთის ბოლო მოიდრიკება ხოლმე დასაწყისშივე გარეთვე (Cunningham). 18 მოზრდილთა გვამზედ იყო აღმოჩენილი ორი ასეთი შემთხვევა. ელენთის ტეტრაედრის ოთხივე მხარედან ყველაზე დიდი და დიაფრაგმული, გამოდრეკილი, რომელიც მთლიანად ესაბამება დიაფრაგმას და მიქცეულია მის უკან და გარეთ ნეკროვან კედლისაკენ. დანარჩენი სამი მხარე, მიმართული მუცლის ღრუსაკენ, მკიდროდ ეხებიან მეზობელ ორგანოებს.

ეს სამი მხარე შეხვდება ერთმანეთს ბლაგვ კუთხოვან შემალღების არეში, რომელიც ჩვეულებრივად კარგადაა გამოხატული და რომელსაც, შეგვიძლიან უწოდოთ, შიგნითა ძირითად კუთხედ. ამ უკანასკნელიდან, როგორც ცენტრიდან წარდინება სამი ქედი: ერთი მახვილი, უფრო შესამჩნევი (*margo intermedius Luscha*) მიაღწევს შიგნითა ზედა მწვერვალს და გამოჰყოფს კუჭის ზედაპირს თირკმლის ზედაპირისაგან. მეორე უფრო მოკლე, ბოლოვდება უკან და გარეთ, ფუძის უკანა კუთხესთან და გამოჰყოფს ფუძის ზედაპირს თირკმლის ზედაპირისაგან. რაც შეეხება მესამე ქედს, იგი შედარებით ზემოაღნიშნულთან ნაკლებად არის გამოხატული და ჰყოფს ფუძის ზედაპირს კუჭის ზედაპირისაგან და ბოლოვდება წინა ფუძის კუთხესთან. ორი უკანასკნელი ქედი ქვედა კუთხედს ერთად საზღვრავენ მკაფიოდ გამოხატულ სამკუთხოვან არეს, რომელიც შეიძლება აიწეროს, როგორც *superficies basalis*.

ელენთის ყველა კიდვების შორის სპეციალურად აღსანიშნავია ზედა წინა კიდე (*Luscha*-ს მიერ შემჩნეული) გამოდრეკილი, ვიწრო და ჩვეულებრივად მახვილი, ეს კიდე დართულია ხოლმე ამონაჭდევებით, რომლებიც ზოგიერთ ანატომების აზრით არის ნაშთი ორგანოს პირვანდელ ლობულაციისა და მათი ნახვა ხშირად შეიძლება უკვე ჩანასახზედ ელენთის განვითარების პირველ სტადიებში. მართალია ასეთი ამონაჭდევები ხშირად მოინახება ორგანოს დანარჩენ კიდვებზედაც (*Sappey*), მაგრამ ასეთ შემთხვევებში ამონაჭდევები მანაც შემთხვევითი ხასიათისაა, როგორც მაგალითად ეს შეხვდა, *Constantinesco*-ს ერთ მასაკოვან ადამიანის ელენთაზედ. *Constantinesco*-ს შემთხვევაში სრულიად განვითარებულ სუბიექტის ელენთაზედ იყო ღრმა ჩანაჭდევი, რომელიც ჰყოფდა მას ორად. ჩანაჭდევის სიღრმეში იყო ცნობივანი ქსოვილი, რომლითაც ორგანო უერთდებოდა პერიტონეუმის პარიეტალურ ფურცელს. უკანა ქვედა ქედი სქელი მორგვის მსგავსი იყო. რაც შეეხება შიგნითა ქედს, ელენთის დიდ ღერძთან პარალელურად მიიმართებოდა, მახვილი და თხელი იყო და უკანიდან ბლაგვ კიდეს უერთდებოდა, წინა კი ფუძის შიგნითა კუთხეს.

ძალიან იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს ისეთი განუვითარებლობა ელენთისა, როდესაც მას თან დაჰყვება მორჩი. *Bennet*-ს თავის ერთ-ერთ შრომაში აღწერილი აქვს ელენთა, რომელსაც ქვემო ბოლოში ჰქონდა მორჩი, ელენთა მდებარეობდა ნორმალურად მარცხენა ფერადქვეშა მიდამოში, მისგან წარდინებოდა ზონარი, ნეკის სისქისა, მარცხენა საზარდულის გროვლისაკენ. გაივლიდა მთელ საზარდულ არხს (ამ შემთხვევაში საზარდული არხი ღია იყო) და შეუერთდებოდა მარცხენა სათესლე ჯირკველს. ასეთივე შემთხვევა ჰქონდათ *Lantham* და *Sappey*-ს.

ელენთის გარეგნობის ასეთი სხვადასხვაობა ამ რიგათ არკვევს ნათლად იმ გარემოებას, რომ ფორმა ელენთის მრავალნაირია. ამიტომ საკითხის უფრო ფართო გაშუქებისათვის საჭიროა გადავთვალოთ შედარებითი ანატომიის და ზოოლოგიის ცნობები ხერხემლოვან ცხოველების ელენთის ფორმის შესახებ.

ცნობილი ზოოლოგები *Холодковский* და *Дессильгорет*-ი თავიანთ სახელმძღვანელოებში ელენთის ფორმის შესახებ იძლევიან შემდეგ ცნობებს.

თევეების ელენთა სხვადასხვა ფორმისაა და შესდგება ერთ ან რამოდენიმე, მოწითალო ფერის, სხეულაკებისაგან, რომლებიც მდებარეობენ კუჭის მახლობლად ან საშუალო ნაწლავის დასაწყისთან. ამ თევიების ელენთა სხვადასხვანაირია ფორმის მხრივ; ელენთა მდებარეობს კუჭის მარცხნივ კუდიან ამფიბიების ორგანიზმში და უკუფრო ამფიბიების სხეულში კი მას ნახულბენ იმ ადგილას სადაც წერილი ნაწლავი გადადის მსხვილში. რექტივების ელენთა მუდამ კარგათაა განვითარებული სხვადასხვა ფორმისაა და მდებარეობს უმეტეს ნაწილად კუჭის მახლობლად. *Sphenodon*-ებს კი შუა მანძილზედ კუჭსა და უკანა ნაწლავის შორის კუჭს ჯგუფს — მსხვილ ნაწლავის ახლოს. ფრინველების ელენთა მცირეა და ფორმის მხრივ სხვადასხვანაირია. მდებარეობს კუჭის ახლოს, ხან მარცხენა და ხან მარჯვენა მხარეს.



ამის გარდა სირაქლემ აფრინველებს აქვთ დანამატი ელენტები. რაც შეეხება ძუძუმწოვარ ცხოველებს, მათი ელენტა ჩვეულებრივად მდებარეობს მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, კუჭის მარცხნივ და აქვს სხვადასხვა ფორმა: გრძელი, ვიწრო და ბრტყელი — მტაცებელ ცხოველებს; ვეშაპებს — მრგვალი; ჩანთოვანებს — T-ის მსგავსი პრიმატებს ოვალური; მხეც — ფრინველებს — ორწილოვანი; დელფინებს კი აქვთ რამოდენიმე წრიო-ლი დამატებითი ელენტები, რომელნიც შეჯგუფული არიან მთავარ უფრო დიდ ელენტას გარშემო. ცხენების ორგანიზმში ელენტა ბრტყელია, სამკუთხედიანი მოყვანილობა აქვს. მოდრეკილია ნამგლის მსგავსად. თავისი შედრეკილი ზედაპირით, კუჭ-ელენტის თავის საშუალებით იგი უერთდება კუჭის დიდ სიმრუდეს. ძროხას ელენტა წაგრძელებული ოვალური ფორმისაა, თანაბარი სიფართოვე აქვს მთელ მანძილზე; მისი ბოლოები შემრგვალებულია. დორის ელენტა — ენის ფორმისაა, ძალზედ დეკიმულია, თითქმის სამწახნაგოვანია და განივ ნაკვეთზედ სამკუთხედის მოყვანილობა აქვს. ელენტის განაკვეთზედ ნათლად მოსჩანს მალბიგის სხეულაკები. ხორცის მჭამელ ცხოველების ელენტას აგრეთვე ენის ფორმა აქვს. მდებარეობს საზარდულის მიდამოში, აღწევს მენჯს, ფართოა უკანა ბოლოში და ვიწრო წინა ბოლოში.

ასეთია მოკლეთ და ზოგადად ელენტის ფორმის სურათი სხვადასხვა ცხოველების ორგანიზმში შედარებითი ანატომიის თვალსაზრისით.

შედარებითი ანატომიის და ზოოლოგიის მასალა უკვე წინასწარ გვიქადის, რომ ადამიანის ელენტისათვის გარკვეული ერთნაირი ფორმის არსებობა საეჭვო აღნაგის და სამაგიეროთ ფორმა მრავალნაირი, პირიქით, დამახასიათებელი; და ეს რომ ანე არის ამის ადასტურებს ის ლიტერატურული ცნობები რომელიც ჩვენ ზემოდ მოვიყვანეთ.

მეორე საინტერესო მომენტი ელენტის ვარიაციებში ეხება მის რიცხვს. ლიტერატურაში აღნიშნულია ისეთი შემთხვევები როდესაც გვამზედ ელენტა სრულიად არ ყოფილა, სამაგიეროდ უფრო ხშირად აღნიშნულია ისეთი შემთხვევებიც, რომლებიც ადასტურებენ ელენტის მრავალრიცხოვანობის შესაძლებლობას. Toldt-ის აზრით ელენტის არ ყოფნა ორგანიზმში უიშვიათეს შემთხვევაა. მას შეკრფილი აქვს 17 შემთხვევა ელენტის სრული არ ყოფნისა და მათ შორის თურმე, მხოლოდ ოთხ შემთხვევაში დანარჩენ ორგანოების სრული ნორმალობას ჰქონია ადგილი. Sappey-ის აზრით ლიტერატურაში არსებობს მხოლოდ ერთი შემთხვევა ელენტის არ ყოფნისა აღწერილი Martin-ის მიერ მაგრამ ეს შემთხვევაც ისეთ სუბიექტს ეკუთვნოდა, რომელიც სავე იყო ბევრი სხვა ანომლიებით. ანოლოგიური მოვლენა აღწერილი იყო Valleix-ის მიერ 8 დღის ბავშვის გვამზედ.

სამაგიეროთ, როგორც ესთქვით შემთხვევები მრავალრიცხოვანი ელენტისა, ანუ დანამატი ელენტებისა, ხშირად არის აღწერილი ანატომიურ ლიტერატურაში. დანამატი ელენტები, რომლებიც ჩვეულებრივ მდებარეობენ ხოლმე მთავარ ელენტის მეზობლად, წარმოადგენენ ელენტის მცირე ნაწილაკებს, ოვალურ ანუ სფეროიდულ ფორმისას. ამ პატარა წარმოქმნებს აქვთ თავისი საკუთარი სისხლის ძარღვები და პირველი შეხედვით მოგვაგონებენ ლიმფურ კვანძებს. დანამატი ელენტები თავსდება ხოლმე ელენტის კართან, შემდეგ პანკრეასის სუბსტანციაში, დიდ ბადექონში, განივ კოლინჯის გორგალში, კუჭ-ელენტის თავში, პანკრეასსა და ელენტის შორის გაქიმულ პერიტონეალურ ნაოქების სისქეში.

ზოგიერთ შემთხვევაში დანამატი ელენტები იყო ნახული ფაშარ შემეარებელ ცნობვან ქსოვილში, რომელიც ვარს ახვევია თირკმელს. Merkel-ის აზრით დანამატი ელენტები წარმოადგენენ მთავარ ორგანოს გადაბარულ ნაწილებს, ასეთი ელენტები გვხვდება უფრო ხშირად ცალცალკე ან წყვილათ და იშვიათ შემთხვევაში მრავლობითი რიცხვის სახით. Merkel-ის დავერებებით შეიძლება მათი რიცხვი აღწევდეს — 20-დის და მაშინ მათი ოდენობა ცვალებადია: ოსპის თესლის ოდენობიდან თხილის და კაკლის ოდენობამდე. Rauber-ის აზრით ერთი და ორი დანამატი ელენტა ხშირი მოვლენაა. იშვიათ შემთხვევაში რიცხვი მათი აღწევს 20-ს. ოდენობა მათი ცვალებადია: ცერცვის ოდენობიდან კაკლის ოდენობამდე. იგინი მდებარეობენ უმეტეს ნაწილად ელენტის ქვედა ბოლოსთან შიგნითა ზედაპირის მხარეზედ. Sappey-ს აღწერილი აქვს სამცალოვანი ელენტა. Cruweilhier-ს შეხვედრია 7 პატარა ელენტა, რომელთა ოდენობა თანდათან მცირდება ნორმალურთან შედარებით ცერცვის ოდენობამდე. Otto-მ თავის ერთ ერთ შემთხვევაში დასთვალა 23 დანამატი ელენტა ერთ და იმავე სუბიექტზედ.



Orth-მა ნახა დანამატი ელენთები, რომელთა რიცხვი აღწევდა 40-დის. მათ შორის ნაწილი კუჭ-ელენთის თავში იყო მოთავსებული მის ქვემო კიდის მიმართ, მათი ოდენობა თანდათან მცირდებოდა. Tedeschi-ის ჰქონდა შემთხვევა სადაც დანამატი ელენთების რიცხვი აღწევდა 50-დის. Rokitansky-ს თავის შრომაში მოყვანილი აქვს შემთხვევა დანამატი ელენთებისა, რომელთა რიცხვი აღწევდა 20-დის. ოდენობა მათი ცვალებადი იყო კაკლიდან დაწყებული მუხუდამდე. Винтелер-ს მოჰყავს თავისი შემთხვევა სადაც ის დაწვრილებით აღწერს იმ გვამის გაკვეთის ოქმს, რომელსაც დამატებითი ელენთების რიცხვი აღწევდა რამოდენივე ასეულს: წვრილი, ზოგი ხორკლის ხასიათის ელენთები გაფანტული იყვნენ პერიტონეუმის ზედაპირზე, ზოგი მათგანი მან ნახა წვრილ ნაწლავის, მუცლის წინა კედლის და დიაფრაგმის სეროზულ გარსზე. დანამატი ელენთები მოთავსებული იყვნენ აგრეთვე დიდ ბადექოში და პერიტონეუმის სხვადასხვა დუბლიკატურებში, რომლებიც შეზნექილი იყვნენ და იძლეოდნენ ე. წ. *apendices epiploicae*-ს მსგავს სურათს. მისი დასამტკიცებლად რომ ყველა ეს წარმოქმნები დანამდელებით იყვნენ ელენთები და არა ლიმფატური კვანძები *Винтелер*-ს მოჰყავს მათი პრეპარატების ჰისტოლოგიური სურათი.

Rosenmüller-მა საინტერესო აზრი გამოთქვა ამ საკითხის შესახებ, იგი ამბობს რომ დამატებითი ელენთების რიცხვი ცვალებადია ფართო ფარგლებში. მხოლოდ იგი უმატებს, თავის დაკვირვების თანახმად, რომ სამხრეთ ქვეყნებში, როგორც არიან ახალშენები, დანამატი ელენთები გვხვდება 1:5 შეფარდებით, იმ დროს როდესაც ჩრდილოეთ გერმანიის პროვინციებში ეს შეფარდება გამოიხატება 1:400, ყველაზე საინტერესო და ღირს შესანიშნავი არის შემთხვევა აღწერილი *Albrecht*-ის მიერ. ამ შემთხვევაში რიცხვი დანამატი ელენთების დათვლილია 400-მდის. მათი სიდიდე ფეტვის მარცვლიდან დაწყებული კაკლის ოდენობას აღწევდა. გარდა ამისა უმეტეს მათგანს ჰქონდა საკუთარი ჯორჯალი. აღნიშნული ელენთები დაფანტული იყო პერიტონეუმის თითქმის მთელ ზედაპირზე: პერიტონეუმის ყველა ნაოჭებში, რომლებიც დაჭიმულნი არიან ლეიძლსა და მეზობელ ორგანოებს შორის, აგრეთვე სწორ ნაწლავის ზემო მესამედში, რომლის პერიტონეალურ ზედაპირზე თავისუფლად განიხივებოდა ორი ყლორტოვანი ელენთა კანაფის თესლის ოდენობისა. რაც შეეხება ნორმალურ ელენთას იგი მდებარეობდა მარცხენა ფერდუქვეშა მიდამოში, შუასაძგიდს საესებით ეხებოდა და ოდენობით არ აღემატებოდა კაკლის სიდიდეს. მას დართული ჰქონდა ნამდვილი ელენთის სისხლის ძარღვები, რომლებიც მის წინ ტოტიანდებოდნენ და იფანტებოდნენ სხვადასხვა ოდენობის დანამატი ელენთებში.

ელენთის რიცხვის გამრავლება შეიძლება სამი სხვადასხვა სახით წარმოსდგეს:

1. მთავარ მლენთაში შესაძლოა განვითარდეს წილები. ამ წილების მეტი განვითარებით ელენთა დაიყოფა რამოდენიმე სეგმენტზე. სეგმენტები წინასწარ მიმავრებულნი წარმოსახვენ ნორმალურ ელენთის ფორმას და სიდიდეს.

2. მეორე სახე ელენთის გამრავლებისა, მის დაყოფას წარმოადგენს. პირველი შეხედვით იგი მთლიან ორგანოს ჰგავს, დანამდელებით კი ელენთა გაყოფილია ორმა ნაპრალით, რომელიც გარეთა ზედაპირიდან სტრის მას თითქმის მთელ სიგანეზე და აღწევს ელენთის კარს. ამ რიგად შეიქმნება ორი ელენთა: შუასაძგიდისა და კუჭისა, რომლებიც მკიდროდ არიან მიდებული ერთი მეორეზე.

ასეთი ელენთა პირველად ნახეს *Kondrat Helly*-მ და *Haberen*-მა და დაარქვეს *Lien succenturiatus*.

3. *Lien accessorius*-ი წარმოადგენს მესამე სახეს, რომლის ტიპურ და კლასიურ მიგალითად შეიძლება ჩაითვალოს *Albrecht*-ის მიერ აღწერილი შემთხვევა. ამ ჯგუფს შეიძლება მივაკუთვნოთ ის დანამატი ელენთები, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ პანკრეასის თავში (*Rokitansky*) და კუდში (*Klob*). (ასეთი მოვლენა ნორმალურია ჩანთოვანი ცხოველებისათვის და ზოგიერთ რეპტილებებისათვის, რომელთა ელენთა და პანკრეასი წარმოადგენენ ერთ მთლიან მასას).

Laguesse გააძღვეს ჩვენ ემბრიოლოგიურ ახსნა განმარტებას ამ ფაქტებისას. ემბრიოლოგია გვიჩვენებს, რომ დაბალ საფეხურზე მდგომ ხერხემლოვან ცხოველებს, ელენთა მრავალ ნაწილოვანი აქვთ, და ეს ნაწილები ზოგ შემთხვევაში შეკავშირებული არიან ზოგში კი ერთიან შიგნეულობის ან ყველა სეგმენტებს (*Protopterus*, *Sirene larertine*) ან რამოდენიმე სეგმენტებს.



დენიმე სეგმენტს: ერთ შემთხვევაში შიგნეულობის დისტალურ (Bartanciens aureus, Tordus), მეორეში კი პროქსიმალურ ნაწილებს (Salamandra). მონოტრემატების ელენტა შესდგება სამი ძაფისებრივი ნაწილებისაგან, რომლებიც გაშლილია რადიალურად mesenterium dorsale-ს ერთ წერტილიდან სამი მიმართულებით. ერთი მათგანი, უკანა მიჰყვება საბოლოო ნაწლავს, მეორე — წინა — მოიმართება წინ კუჭისაკენ, მესამე კი შუაში რჩება მათ შორის.

ადამიანის და მალალ ხერხემლოვან ცხოველების განვითარების მეორე თვის ბოლოში ელენტა ჩაისახება მუცლის თავისუფალ ზედაპირზედ უკანა ჯორჯალში (mesenterium posterius) ანუ უფრო სწორედ რომ ვსთქვათ, კუჭ-კოლინჯის იოჯის სისქეში (lig. gastro-colicum) პერიტონეუმის ეპიტელიის გასქელების სახით. პირველად ელენტას აქვს ერთგვარი — ბადებრივ — ბოჭკოიანი აგებულება და მხოლოდ ჩანასახოვან ცხოვრების ბოლო ხანებში გამოიხატება ფოლაკულები — ელენტის სხეულაკები (Malpighi). Laguess-მა ნანა, რომ ელენტა ვითარდება შუა ჩანასახოვან ფურცლიდან — მებოდერმიდან, სპლანხნოპლევრიდან და ფიქრობდა, რომ იგი წარმოადგენს იმ ელემენტების მარაგს, რომელიც საჭიროა შემდეგში მოზრდილ ორგანიზმის ცხოვრებისათვის.

Тонков-ი 1900 წელს აწარმოებდა გამოკვლევებს ელენტის განვითარებისას რეპტილებზედ, ფრინველებზედ და რძით აღზრდილ ცხოველებზედ. იგი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ელენტა ვითარდება მეზენტიმის უჯრედებიდან, უკანასკნელები კი თავის რიგათ იწყებიან პერიტონეუმის ეპიტელიიდან. Neumayer-ი (1904 წ.) და Pinto (1904 წ.) მოამზადეს არიან ამ აზრისა, რომ ელენტის განვითარებაში მონაწილეობას იღებს სეროზულ გარსის ეპიტელი.

თუ გინიცობა ელენტამ განიცადა ტრაუმა ჩანასახოვან განვითარების დროს მაშინ შესაძლებელია იგი დაიშალოს წვრილ — ნაწილაკებად. ასეთი თეორია ე. ი. ტრაუმატიული დაზიანება ელენტისა, როგორც მიზეზი ელენტის დანაწილებისა, მოჰყავს Albrecht-ს. მისი შემთხვევა სრულიად ადასტურებს ამას, მის შემთხვევაში, როგორც ჩვენ ვიცით იყო თირკმელის ატროფია, თვით მცირე ელენტა, ბადეკონის დამახინჯება, აუარებელი თითქმის 400-მდის წვრილი ელენტები, რომელიც ყველა ეს მისი აზრით არის შედეგი ტრაუმისა ჩანასახის განვითარების დროს.

Toldt-ი კი ამბობს „თუ ჩვენ მივიღებ მხედველობაში ის გარემოება, რომ ელენტა ვითარდება პერიტონეუმის ეპიტელიიდან (Coelomepithel), მაშინ მრავალ რიცხოვან ელენტის არსებობა აიხსნება პერიტონეუმის სხვადასხვა ადგილას ელენტის ჩასახვით და განვითარებით.“ —

ლიტერატურა.

1) Poirier et Charpy — Traite d' Anatomie Humaine IV, 3. Picou — Anatomie de la rate. 2) Picou — De la situation de la rate. Thèse. Paris 1897. 3) O. Macé — La rate du nouveau — ne. Paris 1897. 4) Trolat d — Note sur la direction de la rate et du pancréas chez le foetus et chez l'enfant. C. R. Soc. de Biol. 1892. 5) Constantinesco — Anatomie de la rate. Thèse. Paris. 1899. 6) Loguesse La tissu splénique et son développement Anat. Anz. 1891. 7) Testut et Jacob. — Traite d' Anatomie Topographique II, 1914. 8) Testut — Traite d' Anatomie Humaine. IV. 1912. 9) Merkel — Handbuch der Topographischen Anatomie II. 3. 10) Rauber — Handbuch der Anatomie des Menschen. IV. 11) Haberer — Lien Succenturiatus u. lien accessorius. Arch. Anat. u Phys. 1901. 12) Helly — Zur Milzfrage. An. Anz. XXII. 1903. 13) Wiedenreich Zur Milzfrage — Anat. Anz. XXIII. 1903. 14) Orth — Lehrbuch der Spec. pathol. Anatomie. B. I. 1887. 15) Tonkoff. — Die Entwicklung der Milz bei den Amnioten. Arch. f. mikr. Anat. VII. 3. 16) Albrecht — Ein Fall von sehr Zahlreichen über das ganz Peritoneum versprengten Nebenmilzen. Beiträge Z. patholog. Anat. Ziegler's B. XX. 1896. 17) Березнеговский — Повреждения и хир. заболевания селезенки. Рус. Хир. отд. XXXV. 1909. 18) Поляков — Основы гистологии и эмбриологии 1914 г. 19) Винтлер Редкий случай множественных прибавочных селезенок рассеянных в количестве нескольких сот по всей брюшине. Харьков. Мед. Ж. т. IV. 1907 г. 20) Холодковский — Учебник зоологии и сравнит. анатомии. 1914 г. 21) Дессильгорст — Строение тела домашних животных. Перевод Немилова. 1914 г. 22) Scheffherd — The forme of the humane Spleen. Journ. of Anat. a. Phys. 1901. 23) Parsons — On the notches and Fissure of the Spleen and their mening. Journ. of Anat. and. phys. XXXV. 1901.



კლ. ცომაია.

ასპირანტი

**ფილტვების ტუბერკულოზის მკურნალობა ქირურგიული
წესით*).**

შინაგანი პათოლოგიის და თერაპიის პროპედ. კლინიკიდან. გამგე — პროფ. შ. მიქელაძე.

დიდი ხანია მას შემდეგ, რაც ტუბერკულოზის არსებობა კაცობრიობამ იცის. ჯერ კიდევ 6000 წლის წინეთ ქრისტეს დაბადებამდე მძვინვარებდა და მუსრს ავლებდა კაცობრიობას ეს სენი. დღეს თითქმის არ მოიძებნება არც ერთი პატარა კუთხე მსოფლიოსი, სადაც ცოტად თუ ბევრად ხალხი ამ სენით არ იყოს შეპყრობილი. წინეთ, როდესაც ტუბერკულოზი ჯერ კიდევ ახალი ავადმყოფობა იყო და ადამიანს არ შეეძლო ქონებოდა, როგორც შთამომავლობითი ისე შეძენილი იმუნიტეტი ტუბერკულოზის წინააღმდეგ, ცხადია, მას ექნებოდა ეპიდემიური ხასიათი. უდიდესი მსხვერპლის გაღების შემდეგ კაცობრიობამ შეიძინა იმუნიტეტი ტუბერკულოზის წინააღმდეგ, მაგრამ მიუხედავად ამისა დღესაც ამ სენით სიკვდილობა დიდ პროცენტს აღწევს. Gottstein-ის, Jaksch-ის, Berthenson-ის გამოანგარიშებით ევროპაში ყოველი მე-7-ე სიკვდილობა გამოწვეული იყო ტუბერკულოზის მიერ, G. Deycke-ს და სხვ. აზრით კი 10% მთელი სიკვდილობისა ეკუთვნის ტუბერკულოზს. ტუბერკულოზით დაავადებულთა რიცხვი თანამედროვე ხანაში, Hamburger-ის, Nothmann-ის, Belring-ის და სხვების აზრით, 80 — 90%-მდე აღწევს, მაგრამ მათში მკურნალობა სჭირათ 2-დან 4%-ს; აქედან ცხადია, რასაშინელ ავადმყოფობას წარმოადგენს ტუბერკულოზი. ამიტომ ცხადია ისიც, რომ მედიცინა მიმართავს ყოველგვარ ზომებს მასთან საბრძოლველად. დიდი ხანია ჰიგიენურ-დიეტური მკურნალობა არსებობს, განსაკუთრებით Brehmer-ის და Dettweiler-ის შემდეგ, მაგრამ სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგი მან ვერ მოგვცა. სპეციფიკურ მკურნალობასაც, როგორც წინეთ, ისე ეხლაც, ჰყავს, როგორც მომხრეები, ისე მოწინააღმდეგეებიც. შეუძლებელია ითქვას, რომ ეს მეთოდი უმნიშვნელო იყოს, მაგრამ მოლოდინი მთლიანად, ცხადია, ვერც მან გაამართლა. ძლიერ უშლიდა ხელს აღნიშნული მეთოდის რაციონალურად გამოყენებას ის გარემოება, რომ არ იცოდნენ, რა შემთხვევაში იყო საჭირო ამ მეთოდით მკურნალობა. კონსერვატიული მკურნალობით გულგატეხილმა თერაპევტებმა მიმართეს ქირურგიულ მეთოდს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ. საბრძოლველად, რომლის პიონერად უნდა ჩაითვალოს იტალიელი მეცნიერი Forlanini. აქედან იწყება მე-3-ე ხანა ტუბერკულოზის მკურნალობისა (ხანა ქირურგიული), რომელმაც არაერთხელ გამოიწვია, როგორც აღფრთოვანება, ისე პესიმიზმი.

ფილტვების ტუბერკულოზის ქირურგიული მკურნალობის მოკლე ისტორია ასეთია: პირველად 1888 წ. ხელოვნური პნევმოთორაქსი (Pneumothorax) იტალიელი მეცნიერის Forlanini-ის მიერ იქნა შემოღებული, იდეა კი 1822 წ. ლიეზბურის ფიზიოლოგის Garson-ის მიერ იყო გამოთქმული. Garson-ი ფიქრობდა: „ტუბერკულოზიანი ავადმყოფი უფრო მალე განკურნება, თუ მას ფილტვები დაჭიმულ მდგომარეობაში არ ექნება“, და მან ამისათვის აუცილებელ საჭიროებად წამოაყენა ფილტვის შეკუმშვა (კოლაპსი).

უფრო ადრე შემოღებული იყო ოპერაცია — პირველი ნეკის ამოკვეთა, რადგანაც ფილტვის მწვერვალს ტუბერკულოზს ხსნიდნენ apertura thoracis superior-ის სივრცოვით.

1830 წ. ინგლისელი ექიმი Romadge-ი კავერნიან ავადმყოფებს უკეთებდა დრენაჟს, რომელთაგან ორმა მიიღო შემთხვევით ხელ. პნევმოთორაქსი და მათმა ავადმყოფობამ მიიღო შემ-

* მონხენდა პროპედევტიკული თერაპიული კლინიკის ექიმთა კონფერენციას 8/XII. 1929 წ



დგეში კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა. 1898 წ. ამერიკელმა ქირურგმა Morphy-მ დამოუკიდებლად Forlanini-სა რამოდენიმე ავადმყოფებს გაუყვება ხელთ. პნევმოთორაქსი. 1906 წ. Brauer-მა და მისმა მოწაფეებმა ეს საკითხი, როგორც თეორიულად, ისე პრაქტიკულად, შესწავლეს და ამის შემდეგ ევროპაში დიდ კლინიკებში ხელ. პნევმოთორაქსი იქნა შემოღებული. რუსეთში, Рубель-ისა და Штернберг-ის წყალობით, ამ მეთოდმა თანდათან მოიხდგა ფეხი და დღეს საბჭოთა კავშირის დიდ ქალაქებში ამ მეთოდით ფართოდ სარგებლობენ. ა.კ.კი ეს მეთოდი პრაქტიკულად პირველად მოიხმარა 1914 წ. ექ. კ. ლორთქიფანიძემ.

მეორე ოპერაცია — Thoracoplastica — პირველად შემოღებული იყო 1869 წ. Simon-ის მიერ ემპიემის დროს. შემდეგ მას აყვებდნენ Quincke, Carl Spengler-ი, Turban-ი და Friedrich-ი. განსაკუთრებით კი Brauer-სა და Sauerbruch-ს ეკუთვნის ამ ოპერაციის ტექნიკურად გაუმჯობესება.

მე-3-ე ოპერაცია იყო შემოღებული Stuertz-ის მიერ 1911 წ. Phrenicotomia-ს სახით Sauerbruch-ის შკოლამ და Goetze-მ განავითარეს ეს ოპერაცია, შეიტანეს მასში ზოგიერთი ცვლილება და დაარქვეს Phrenicus-exhairese, რომელიც ჩათვლება უფრო რადიკალურ ოპერაციად.

მე-4-ე სახის ოპერაცია არის ფილტვის ბუენი (პლომბი) extrapleurale Lungenplombierung, რომელიც შემოღებულია Tuffier-ს მიერ.

Wilms Bull-ი — და სხვები ხმარობდნენ ამ ოპერაციას სქელი და მაგარი კედლიანი კავერნის დროს, როდესაც პნევმოთორაქსი დადებით შედეგს ვერ იძლეოდა.

მე-5-ე ოპერაცია — 1912 წ. შემოღებული იქნა Jacobäus-ის მიერ Thoracocastica-ს სახით. ეს ოპერაცია განავითარა 1923 წ. პროფ. Unverricht-მა. იგი დღეს შემოღებულია, როგორც დამოუკიდებელი ოპერაცია, ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა გერმანია და საფრანგეთი.

ყველა ეს ოპერაციები შემოღებულია დაავადებული ფილტვის კოლაპსის გამოსაწვევად და ან თვით იწვევენ ფილტვის კოლაპსს (პნევმოთორაქსი, phrenicotomia, phrenicusexhairese) ან კიდევ აადვილებენ შემდეგში (thoracoplastica) საკოლაპსო ოპერაციის გაკეთებას. ამიტომ საჭიროა მოკლედ განვიხილოთ კოლაპსიანი ფილტვების პათოლოგიური ფიზიოლოგია.

მთავარი გავლენა ფილტვებს კოლაპსის შემდეგში გამოიხატება: 1. ფილტვის დასვენება, 2. არტერიალური სისხლის მიმოქცევის შემცირება, ვენური სისხლის და ლიმფის შეგუბება, 3. გაზების ცვლის შეცვლა (ჟანგბადის) დეფიციტით და CO₂ (ნახშირმჟავას) მომატებით, 4. ნივთიერების ცვლის შეფერხება, 5. გულისა და სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში განსაკუთრებული მდგომარეობის შექმნა, 6. ჯანმრთელი ფილტვის კომპენსატორული მოქმედება.

ჩვენ ვიცით ფიზიოლოგიიდან, რომ ფილტვები მუდმივად იმყოფება მოძრაობაში: შესუნთქვის დროს გულმკერდის და ნეკნების გაფართოების და დიაფრაგმის ღრმად დაწევის გამო, ფილტვები პასიურად ფართოვდებიან და ამოსუნთქვის დროს კი, პირიქით, იკუმშებიან. ეს მუდმივი მოძრაობა ძლიერ უწყობს ხელს არსებული პროცესის შემდეგ განვითარებას, განსაკუთრებით ლიმფის საშვალბით, რაც იწვევს საერთო ინტოქსიკაციას და შემავრთებელი ქსოვილის განვითარების შეფერხებას. მაგრამ, თუ ფილტვი მუდმივად შეკუმშულია, ამის გამო ფერხდება და ნელდება ლიმფის მიმოქცევა, რომელიც თავის მხრივ იწვევს გაღიზიანებას ახალი შემავრთებელი ქსოვილის შესაქმნელად და, რადანაც ლიმფის მიმოქცევა შეფერხებულია, ცხადია საერთო ინტოქსიკაცია ამის გამო კლებულობს (Brauer, Bruns, Le Blanc, Schingu და სხვები). ამასთან ერთად ფილტვის შეკუმშვა იწვევს არტერიალური სისხლის მიმოქცევის შემცირებას და ვენური სისხლის შეგუბებას, რის გამოც ხდება ჟანგბადის დეფიციტი და ნახშირმჟავას მომატება (Bier-ის ჰიპერემია). ამნაირად ფილტვის უმოქმედობა, ლიმფის შეგუბება, არტერიალური სისხლის სიმცირე და CO₂-ის მომატება განსაკუთრებულად ხელს უწყობენ ახალი შემავრთებელი ქსოვილის განვითარებას ფილტვის დაავადებულ მიდამოში. არსებობს შეხედულება, თითქოს CO₂ ხოცავდეს კოხის ბაცილებს. ეს დ.მტკიცებული არ არის, მაგრამ ყოველ შემთხვევაში თავისუფლად შეიძლება ითქვას, რომ ჟანგბადის სიმცირე ცუდად მოქმედებს მათზე (Tendeloo, Schöder, Le Blanc და სხვები). Sauerbruch-ი და Gloëtta — კი ზემოთქმულის საწინააღმდეგო მოსაზრებას გამოსთვამენ: მათი აზრით, სისხლის მიმოქცევა შედარებით მატულობს, რადგანაც ფილტვის შეკუმშვის დროს, იკუმშება არა არტერიები და ვენები, არამედ



მხოლოდ ალვეოლები, ამავე დროს ფილტვის მოცულობა კლებულობს, რის გამოც სისხლის რაოდენობა შედარებით მეტი უნდა იყოს ფილტვის კოლაპსის დროს, ვიდრე წინეთ, მაგრამ მთელ რიგ მეცნიერთა ექსპერიმენტალურმა ცდებმა უარყვეს ეს უკანასკნელი შეხედულება (Bruns, Le Blanc).

აღსანიშნავია ისიც, რომ კოლაპსიანი ფილტვის სუნთქვა ძლიერ შეზღუდულია, რის გამოც რეინფექცია და ასპირაციის გზით ტუბერკულოზის განვითარება შეფერხებულია. ამავე დროს, Brauer-ის აზრით, ბრონქების ლორწოიანი გარსი ღიზიანდება, მათი პერისტალტიკა მატულობს, და ამით აიხსნება უფრო თავისუფლად გამოყოფა ნახველისა. თუ ამ დროს ფილტვში კავერნა, ის მალე იკუმხნება, ირგვლივ გროვდება სისხლი და ლიმფა, პლევრა სქელდება და ყოველივე ამის გამო ექსუდატიური პროცესი თანდათან გადადის ფიბროზულზე (Kaufmann). ამნაირად მუდმივი წყარო ინფექციისა, როგორც არის კავერნა, იხურება და საერთო ინტოქსიკაცია კლებულობს. ამასთან ერთად ხდება მობილიზაცია მთელი ორგანიზმის დამცველ ძალებისა და ოფსონინების ინდექსის მომატება, რის შემწეობით ძლიერ წინააღმდეგობას უწევს ორგანიზმი მტერს (Carpi, Bernard). ამით უნდა აიხსნას ის გარემოებაც, რომ წითელი სისხლის ბურთულების დალექვა ამ დროს საგრძნობლად კლებულობს, ლიმფოციტები და ეოზინოფილები კი, პირიქით, მატულობს.

პნევმოთორაქსის გავლენა გულის მოქმედებაზე მოკლეთ შემდგვია: ჩვენ ვიცით, რომ ფილტვის პლევრის და ნეკნების პლევრის შორის უჭაერო სივრცე არსებობს, სადაც არის უარყოფითი წნევა, რომელიც შესუნთქვის დროს მატულობს და ამოსუნთქვის დროს კლებულობს. შესუნთქვის დროს იკმნება უკეთესი პირობები სისხლის გადასვლისა ფილტვის არტერიის (art. pulm.) საშუალებით ფილტვებში და აორტისქსაშუალებით კი დიდი სისხლის წრეში. ამოსუნთქვის დროს კი ვამჩნევთ საწინააღმდეგო მოვლენას: სისხლის ძარღვებიდან სისხლი გადადის გულში. თუ პლევრათა შუა წნევა მომატებულია პნევმოთორაქსის გამო, იგი ძლიერ უშლის ხელს სისხლის გადასვლას, როგორც გულში, ისე პერიფერიაში. ეს გარემოება იწვევს, ერთის მხრივ, სისხლის მიმოქცევის შენელება-შემცირებას და, მეორეს მხრივ გულის მუშაობის გაძნელებას რის გამოც გული განიცდის ჰიპერტროფიას და გადასრბილია ჯანმრთელ მხარეზე. ზემოხსენებული მდგომარეობა იწვევს ტახიკარდიის გაძლიერებას. ფიქრობენ, რომ ტახიკარდიას იწვევს ტოქსინები პირველ ხანაში და ამისგამო შეწურვის მომატება N. accelerans-ის გაღიზიანების გაძლიერებით. არის კიდევ მოსაზრება, რომ ტახიკარდიას იწვევს N. Sympathicus-ის გაღიზიანება კოლაპსიანი ფილტვში მასზე წნევის გამო. აგრეთვე ადგილი აქვს გაცვლა-გამოცვლის შეფერხებას. Dautrebande-მა და Spehl-მა, Parisot-მ, Hermann-მა და სხვებმა ექსპერიმენტურად დამტკიცეს შინაურ კურდღლებზე, რომ ვიდრე ჯანმრთელი ფილტვი აღადგენდეს უანგზადის საჭირო რაოდენობას, მანამდე განსაკუთრებით ძნელდება დაწვითი პროცესი. Brauer-ი და Spengler-ი ავადმყოფის გახდომას ხსნიან კუჭის არა ნორმალურ მოქმედებით და მადის მოშლით, რომელსაც იწვევს ღრმად დაწეული დიაფრაგმა. ეს უფრო თვალსაჩინოდ არის მაშინ, როდესაც პნევმოთორაქსი გვაქვს მარცხენა მხარეზე.

კოლაპსიანი ფილტვში სუნთქვა რომ საგრძნობლად შეფერხებულია, ეს უდავოა. მაგრამ, ჯანმრთელი ფილტვი რომ მოკლე ხანში ახდენს კომპენსაციას, ესეც ცნობილია. Шрепфერ-ს მოჰყავს Riva Rocci-ს, Gavalles-ს, Graciac-ს და სხვების შეხედულება, რომ ფილტვების სასუნთქავი ასპარეზი 70 %-ითაც რომ იყოს შეზღუდული, მაინც ადამიანს შეუძლია სიცოცხლე. ასე რომ პნევმოთორაქსის გაკეთება არ წარმოადგენს დიდ საშიშროებას ამ მხრივ.

პირველ ოპერაციად ფილტვის კოლაპსის გამოსაწვევად ხმარობენ ხელ. პნევმოთორაქსი. რომელიც მარტივია, როგორც ავადმყოფისათვის, ისე ექიმისათვის. ძირითადი პრინციპი ხელ-პნევმოთორაქსისა არის გაზის შეშვება პლევრის ღრუში ფილტვის ტოტალური კოლაპსის გამოსაწვევად. განვიხილოთ საკითხი, თუ რა შემთხვევებშია ნაჩვენები პნევმოთორაქსის გაკეთება და რა შემთხვევებში არა. ეს ორი საკითხი, როგორც წინეთ, ისე ეხლაც, დიდ სადაო საკითხებს წარმოადგენს. პნევმოთორაქსის გაკეთების ასპარეზი 1920 წლამდე საგრძნობლად შეზღუდული იყო, დღეს კი იგი მეტად ფართოდ არის შემოღებული. მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ, რომ პნევმოთორაქსის გაკეთება ავადმყოფისათვის შეიძლება ერთმა ექიმმა საჭიროდ სცნოს და მეორემ კი

არა. მაშასადამე აქედან ცხადია, რომ დიდი მნიშვნელობა აქვს ექიმის სუბიექტურ მიდგომას ამ საკითხისადმი, მაგრამ ყოველ შემთხვევაში შესაძლებელია უმთავრეს სიმპტომებში პნევმოთორაქსის გასაკეთებლად საერთო ენის გამოიხატება.

პნევმოთორაქსის გაკეთება ნაჩვენებია ფილტვის დაავადების შემდეგ ფორმებში: 1. ფილტვიდან სისხლის დენის დროს, 2. ერთი ფილტვის ფიბროზული და ფიბროკავერნოზული პროცესის დროს, 3. ერთი ფილტვის ქრონიკული ინფილტრაციული პროცესის დროს. 4. ნაადრევი ინფილტრატის დროს (Frühinfiltrat); 5. ქრონიკულად მიმდინარე პნევმონიური — ულცეროზული პროცესის დროს; 6. მძიმე და ხშირი მშრალი პლევრიტის დროს. 7. უმნიშვნელო ქრონიკული, ან მწვავე პროცესის დროს ორსულობის პერიოდში.

უნდა აღვნიშნოთ აგრეთვე, რომ ხელოვნურ პნევმოთორაქსს მთელი რიგი ექიმები, გარდა ფილტვის ტუბერკულოზისა, აკეთებენ ახალი ბრონხიექტაზიების, ფილტვის აბსცესის და ფილტვის განვრცობის დროსაც.

V. Müralt-ის აზრით, შესაძლებელია პნევმოთორაქსის გაკეთება არა თუ ერთი ფილტვის დაავადების დროს, არამედ ორთავის ერთად, თუ ერთი მათგანი შედარებით იოლი ფორმით არის დაავადებული. პროფ. Neumann-ი და ზოგიერთები აკეთებენ პნევმოთორაქსს ორთავე მხარეზე, მაგრამ, რასაკვირველია, არა სრულს. ასე რომ პნევმოთორაქსის ასპარეზი დღეს თანდათან ფართოვდება.

ზემოდ ჩვენ განვიხილეთ ის შემთხვევები, როდესაც შესაძლებელია პნევმოთორაქსის გაკეთება, მაგრამ არის შემთხვევებიც, როდესაც მისი გაკეთება არ შეიძლება. ასეთია: 1. ძლიერ საერთო სისუსტე და სიგამბდრე („კახექსია“), 2. გავრცელებული ტუბერკულოზი ორთავე მხარეზე, 3. გულის მანკები და მიოკარდიტი (დეკომპენსაციის ხანაში), 4. ნაწლავების ტუბერკულოზი, რადგანაც ნაწლავების პროცესზე პნევმოთორაქსს არავითარი გავლენა არა აქვს, 5. ორთავე თირკმელების ტუბერკულოზი, 6. მძიმე ემფიზემა, ვინაიდან ისედაც შეზღუდული სასუნთქავი ასპარეზის კიდევ მეტად შეზღუდვა შეუძლებელია, 7. ხაჭოსებური პნევმონია და მილიარული ტუბერკულოზი, 8. ადამიანი 50 წლის ასაკზე ზევით, რადგანაც ამ დრომდე ხდება უკვე გულმკერდის სხეულის გაძვალეზა და უკანასკნელის მოძრაობა შეზღუდულია, რასაც სუნთქვის პროცესისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. აგრეთვე ამ დროს ცოტად თუ ბევრად თითქმის ყოველთვის ემფიზემაც არსებობს; 9. ყელის ტუბერკულოზი. ამ დროს უკვე ფილტვებში ტუბერკულოზის ძლიერ განვითარებული ფორმა და ყელი არის დაავადებული ფილტვიდან მეორედაც და ამიტომ პნევმოთორაქსი უშედეგოდ მიმდინარეობს; 10. მძიმე დიაბეტი; აქ კიდევ საერთო იმუნიტეტი ძლიერ დასუსტებულია და აგრეთვე მთავარი დაავადება არის დიაბეტი და არა ტუბერკულოზი.

ჩვენ ზემოთ ვსთქვით, რომ დაავადებული ფილტვის განკურნებისათვის აუცილებელია მისი დასვენება, ვითაც აგრეთვე, რომ პნევმოთორაქსის დადების შემდეგ მსუბუქად დაავადებულს მეორე ფილტვის უზღებდა კომპენსატორული გაძლიერებული მუშაობა, და შედეგად ვღებულობთ პროცესის გაუმჯობესებას, როგორც კოლაპსიანი, ისე შედარებით ჯანმრთელ მხარეზე. აქედან საკითხი იბადება თავის თავად: როგორ ხდება, რომ ეს მეორე ფილტვი დაავადებული თუმცა მსუბუქად, მაგრამ მაინც დაავადებული, ზედმეტი მუშაობის დროს, ჩვენი ზემოთ ნათქვამის თანახმად, უნდა გაუარესებულყო და ჩვენ კი ვღებულობთ მის გაუმჯობესებას. რასაკვირველია, ეს ხდება არა ყოველთვის. Forlanini ამ გარემოებას ხსნის შემდეგი მოსაზრებით. იგი ფიქრობს: ტუბერკულოზის დროს კეთილად მიმდინარეობისათვის საჭიროა ან სრულიად მოსპობა ავადმყოფ ფილტვის სუნთქვისა (ჰიპოფუნქცია) ან და მისი სუნთქვის გაძლიერება (ჰიპერფუნქცია). ის ამბობს აგრეთვე, რომ ჰიპერფუნქციის დროს ხდება ვითომდა Bier-ის ჰიპერემია, რომლითაც უნდა აიხსნას ავადმყოფობის კეთილი მიმდინარეობა და რაც არსებითად მართალი არ არის. მაგრამ Forlanini-ის ამ მოსაზრებას არ იზიარებენ Neumann-ი, Bäer-ი, Штернберг-ი, Ulrizi — და სხვები, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ Forlanini-ის მოსაზრებამ ვერ ჰპოვა განხორციელება პრაქტიკაში და ამის დამამტკიცებელ არგუმენტად მოჰყავთ ის, რომ ორივე მხარეზე პნევმოთორაქსის შემდეგ პრაქტიკამ მოგვცა დადებითი შედეგი მიუხედავად იმისა, რომ სუნთქვა არის შენელებული და არა მოსპობილი. ამ საკითხის ირგვლივ შტერნბერგი ამბობს, რომ Forlanini-ის ჰიპოფუნქციის თეორია არის მექანიკური. ტუბერ-



კულოზი არ არის ადგილობრივი ავადმყოფობა, არამედ ის არის საერთო. ამიტომ აქვს რადიკალური მნიშვნელობა, როგორც ცელულარულ, ისე საერთო გუმორალურ იმუნიტეტს. პნევმოტორაქსი არ ახდენს მართო ადგილობრივ მოქმედებას, არამედ ის ახდენს საერთოს და ამით უნდა აიხსნას პნევმოტორაქსის გაკეთების შედეგ ის საერთო გაუმჯობესება ორგანიზმისა, რომელიც ყოველ დღე პრაქტიკაში ხდება. აი ამ საერთო გაუმჯობესებით აიხსნება ის მდგომარეობა, რომ დაავადებულ ფილტვში „ჯანმრთელ“ მხარეზე პროცესი უკუქცევას განიცდის. რაც შეეხება იმ შემთხვევას, როდესაც დაავადებულ ფილტვებიდან ერთში პროცესი უფრო მალე ვითარდება, მეორეში კი არა, სრულიად უნდა მიეწეროს ადგილობრივ იმუნიტეტს.

პნევმოტორაქსის გაკეთებას დადებით მხარეებთან ერთად აქვს უარყოფითი მხარეებიც, რომელთაგან მნიშვნელოვანია შემდეგი: 1. გაზოვანი ემბოლიის გაჩენა, 2. კანქვეშა ემფიზემა, 3. მედიასტინალური ემფიზემა, 4. შუასაძგიდის გადაწვევა, და გამომბერვა, 5. გულის მზრთ გართობა, 6. კუჭის და ნაწლავების დაავადება, 7. ექსუდატის გაჩენა პლევრის ღრუში 30-დან — 50%-მდის (Muralt., Faber, Zink, Fagioli). Neumann-ის აზრით კი — 5⁰/₁₀, 8. ფილტვის პერფორაცია და ემპიემის გაჩენა.

ამათ შორის ყველაზე საშიშოა გაზის ემბოლია, და ამიტომ ექიმის მთავარი ყურადღება უნდა იქნეს ამისაკენ მიქცეული.

პნევმოტორაქსის გაკეთების შედეგი დიდათ ცვალებადია: გაუმჯობესობას ვხვდებით თითქმის 25⁰/₁₀-დან 60⁰/₁₀-მდე სავადასხვა ავტორის მიხედვით. მაგალითად, Spengler-ის აზრით, 26⁰/₁₀-ი მოდის გაუმჯობესობა, Saugmann-ის აზრით — 50,7⁰/₁₀, Dumarest-ით — 25⁰/₁₀-ი ამასთანავე ერთად უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შედეგებზე აქვს აგრეთვე გავლენა პნევმოტორაქსის გაკეთების დროს, ხანგრძლივობას, ჰიგიენურ დიეტურ მკურნალობას და ავადმყოფის პროფესიას.

პნევმოტორაქსის დროის ხანგრძლივობის საკითხი ჯერ კიდევ არ არის გადაწყვეტილი. ზოგიერთ ავტორი (Forlanini) ფიქრობს, რომ პნევმოტორაქსის დრო რაც უფრო მეტი იქნება, მით უფრო უკეთესიაო, მაგრამ სავალალო დროდ მისი ხანგრძლივობისათვის უმრავლესობა ავტორებისა სთვლიან ორ-სამ წელიწადს.

პნევმოტორაქსის გაკეთება ხშირად სამწუხაროთ შეუძლებელი ხდება პლევრების შეზორცების გამო: Scharl-ის სტატისტიკით მხოლოდ ავადმყოფების 4⁰/₁₀-ის შეიძლება პნევმოტორაქსით მკურნალობა, Gergeli-ის სტატისტიკით კი — 10⁰/₁₀-ის. საერთოდ კოლაპს-თერაპიით სამკურნალო ტუბერკულოზიან ავადმყოფთა რიცხვი 20⁰/₁₀-დე აღწევს. ამიტომ თუ პლევრები ნაწილობრივად შეზორცებულნი არიან და შეზორცებას აქვს ბაწრისებური ხასიათი, შესაძლოა თორაკოკაუსტიკის საშუალებით მათი გადაჭრა, რისთვისაც მკურნალები შედიან თორაკოსკოპით პლევრის ღრუში და ათვალიერებენ, თუ სად არის შეზორცებები, რასაც აღმოჩენისთანავე გადაწვავენ Thorakobrener-ის ელექტრონის ნაკადით გახურებული პლატინის ნემსის საშუალებით.

ზოგიერთ შემთხვევაში შეზორცების შეგნით გადის არტერია, საიდანაც გადაჭრის შემდეგ შეიძლება დაიწყოს სასიკვდილო სისხლის დენა. აგრეთვე საშიშროებას წარმოადგენს ინფექციის შეტანა გულმკერდის ღრუში, ემპიემის გაჩენით და სხვა.

Gravesens-ის სტატისტიკით, პნევმოტორაქსის მკურნალობის შემდეგ პლევრის შეზორცებლობის შემთხვევებში, სიკვდილობა ყოფილა 23,4⁰/₁₀-ი, შეზორცების შემთხვევებში კი 66,2⁰/₃₀-ი. ასეთივე შედეგები მიუღიათ პროფ. Unverricht-ს, Rays-ს და Ratsons-ს. მაშასადამე აქედან ცხადია, რა დიდი მნიშვნელობა აქვს თორაკოკაუსტიკას.

თუ შეზორცება ტოტალურია და შეუძლებელია თორაკოკაუსტიკით მისი განთავისუფლება პნევმოტორაქსის დასადავად, ამასთან ერთად, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა გვაძლევს საშუალებას რთული ქირურგიული მეთოდის ხმარებისას, მაშინ მიმართავენ ექსტრაპლევრალურ თორაკოპლასტიკას.

ეს ოპერაცია შემდგენიარად მიმდინარეობს: გადაჭრიან 10 ნეკნებს 1 — 10 ნეკანმდე, ნეკნის კუთხიდან დაწყებული 10 — 15 სანტ. სიგრძით თითო ნეკნს, სულ 150 სანტიმ.-დე; შემდეგ გულმკერდს შეხვევენ მაგარი ტილოს ბინტით, რაც გამოიწვევს გულმკერდის შეზღუდვას და ავადმყოფის ფილტვის შეკუმშვას. ეს წარმოადგენს დიდ სისხლიან ოპერაციას და მას მიმართავენ მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევებში. Schröder-ის და Michelson-ის სტატისტიკით

30%-ი ამ ოპერაციის შემდეგ რჩება, 30%-ს ეტყობა გაუარესება, 30%-ი კვდება და 10%-ი კი უცვლელ მდგომარეობაში რჩება. Brauer-ის და Friedrich-ის მიხედვით სიკვდილობა არის 11%-ი, Sayerbruch-ის ცნობით-კი 13%-ი. Капланский-ს, Наливкин-ის და Штенпель-ის 75 ოპერაციიდან 29 დამთავრებულა სიკვდილით. მოკლეთ რომ ვსთქვათ, უიმედო ავადმყოფებიდან 30%-ის განკურნებას კლინიკურად ზემოთ მოხსენებულ ოპერაციის წყალობით მაინც ვღებულობთ, რაც უნდა ჩაითვალოს სრულიად საკმარისად.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა ცუდია და თორაკოპლასტიკის გადატანა ეჭვს ბადებს, მიმართავენ ეგრეთ წოდებულ პლომბაჟს (Plombierung). ეს ოპერაცია მიზანშეწონილია იმ დროს, როდესაც ავადმყოფს აქვს დიდი კავერნა. ოპერაციას შემდეგნაირად აკეთებენ: კავერნის პირდაპირ ამოჭრიან სამ ნეკს, შედიან ნეკნების პლევრამდე და ორივე პლევრებს დაწვევენ კავერნის ღრუში, გარედან ჩადებენ ამ ღრუში პარაფინს ან ცხიმს. ეს მეთოდი არ იწვევს სიკვდილობას და დადებით შედეგს იძლევა.

არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც ტუბერკულოზის პროცესი ან კავერნა მოთავსებულია ფილტვის ქვემო ნაწილში, რომლის დროს ნეკნების პლევრა და დიაფრაგმა შეხორცებულნი არიან და ყოვლად შეუძლებელი ხდება ხელ. პნევმოთორაქსის გაკეთება.

აგრეთვე არ ჩაითვლება მიზანშეწონილად სხვა ზემოთ მოყვანილი ფილტვის ოპერაციების გაკეთება. ამიტომ ასეთ შემთხვევებში მთელი რიგი ავტორების მიერ ნაჩვენებია Phrenicotomia და Phrenicosexhaeresis-ს გაკეთება. Sauerbruch-ი მათ თორაკოპლასტიკის წინასწარ ოპერაციად თვლიდა და, იმ შემთხვევაში თუ ფრენიკოტომიის შემდეგ დადებით შედეგს მიიღებდა, მაშინ გადაწყვეტდა თორაკოპლასტიკის გაკეთების საკითხს. მაგრამ თანდათან ეს მეთოდი განვითარდა ფრენიკოექსერეზის-ის სახით და დღეს მას აკეთებენ, როგორც დამოუკიდებელ ოპერაციას, რომლის დადებითი შედეგები ზემოთ აღნიშნულ პროცებში უდავოთ უნდა ჩაითვალოს. ფრენიკოტომიას ხშირადვე აგრეთვე, როგორც თორაკოპლასტიკასთან ერთად, ისე პნევმოთორაქსის დროს, როდესაც ხელ. პნევმოთორაქსი ნაწილობრივად არის და მოთავსებულია ზემო მხარეზე. ოპერაცია სრულიად უბრალოა: კისრის მიდამოში გადაჭრიან N. Phrenicus-ს, ან გადაჭრილ ნერვს ამოვლევვენ. პირველ შემთხვევაში ოპერაციას ეწოდება ფრენიკოტომია და მეორე შემთხვევაში კი ფრენიკოექსერეზი. უკანასკნელი უნდა ჩაითვალოს უფრო რადიკალურ ოპერაციად, რადგანაც მის დროს ყოველთვის უფრო უკეთეს ეფექტს ვღებულობთ: დიაფრაგმა იწვევა 4—8 სანტ. ზევით და ახდენს ფილტვის ქვემო დაავადებულ ნაწილებში საკმარის კოლაპსს. ფრენიკოტომიის დროს კი შეიძლება ოპერაციამ ჩაიაროს სრულიად უშედეგოდ.

შედეგი ფრენიკოტომიის და ფრენიკოექსერეზის Schröder-ით და Michelson-ით: 49 ავადმყოფთა შორის 98%-ს ჰქონიათ ტემპერატურა, მათ შორის 52%-ს სიცხეს დაუწევია ნორმამდე; 95% ავადმყოფებისას ჰქონიათ ნახველში კოხის ჩხირები და ოპერაციის შემდეგ მათ შორის არ აღმოაჩნდათ 34,5%-ს. დაახლოებით ასეთი შედეგებია პროფ. Unverricht-ის და სხვების მიერ მიღებული.

დასასრულს უნდა აღვნიშნოთ, რომ კოლაპსოთერაპია თანდათან ვითარდება, მისი საზღვრები ფართოვდება, შედეგი ხდება ფრიალ დამაკმაყოფილებელი. იქ, სადაც ქირურგიული მკურნალობა შეუძლებელია ჰიგიენურ — დიეტურ და სპეციფიურ მკურნალობასთან, საჭირო შემთხვევებში, რასაკვირელია, მივიღებთ კიდევ უკეთეს შედეგებს და დღეს ტუბერკულოზი აღარ წარმოადგენს უკვე განუკურნებელ ავადმყოფობას, როგორც ეს წინეთ იყო.

ლიტერატურა.

1. Predöhl. Geschichte der Tuberculose. Handbuch d. Tub. Brauer Schröder u. Blumenfeld 1923.
2. Brauer u. Spengler. Die operative Behandlung d. Tuberculose. Handb. d. Tub. 1923.
3. Лорткипанидзе К. Т. К лечению легочно-туберкулезных пневмотораксом. 4. Maendl. Die kollapstherapie der Tuberculose 1927.
5. Korbisch. Laparo- u. Thoroskopie 1927.
6. Вайнштейн В. Е. Об экстраплевральной торакопластике в терапии легочного туберкулеза. „Вопросы туберкулеза“. 1924.
7. Klore u. W. Pfaff. Tuberculose und Senkungsreaktion 1928.
8. Schredör u. Michelson. Die chirurgische Behandlung der Lungen-tuberculose 1926.
9. Brunner und Baer. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberculose 1926.
10. Штенпель А. Я. Искусственный пневмоторакс при туберкулезе легких 1921.
11. Проф. Диттерихс. Хирургическое лечение туберкулеза легких 1926.
12. А. Рубель. Искусственный пневмоторакс при лечении туберкулеза.
13. Розенблут. Осложнения при искусственном пневмотораксе 1928.
14. Деуске. Практическое руководство по туберкулезу 1923.
15. Капланский, Наливкин и Штекелис. Коллапсотерапия легочного туберкулеза 1928.
16. Honigmann. Искусственный паралич диафрагмы и его значение для терапии.
17. Tendeloo. Pathologische Anatomie. Handbuch d. Tub. Brauer 1923.

ი. ახლანიშვილი.

საქართველოს მეცნიერებათა საზოგადოებაში

საქართველოს მეცნიერებათა საზოგადოების მორიგი მეჩვიდმეტე სხდომა შესდგა 26/XII 1929 წ. სხდომა დაიწყო 8 ს. 20 წ., დაესწრო 76 წევრი და 64 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი.

პირველ მოხსენებით გამოდის ექიმი ა. ქორქია.

„პლაცენტის მთლიანობის გამოცნობა ცურვის საშუალებით“.

ავტორი ეხება გამოსულ პლაცენტების მთლიანობის გამოკვლევის სხვადასხვა მეთოდებს და განსაკუთრებით დაცურებითი მეთოდს, რომლითაც მას სამედიცინო კლინიკაში შეუმოწმებია 320 პლაცენტა და თანახმად ცდებისა და დაკვირვებისა შემდეგი დასკვნები გამოყავს: 1) ყველა ჰაერით გაუბერავი პლაცენტა წყალში იძირება. 2) თუ ჰაერით გაუბერვის შემდეგ პლაცენტა არ იძირება და წყლის ზედაპირზე ჰორიზონტალურად ტივტივობს, უმეტეს შემთხვევაში, ეს მისი მთლიანობის მაჩვენებელია. გამონაკლის ამ წესიდან შეადგენენ ზოგიერთი წითელი ფერის პლაცენტები. 3) ნაკლიანი ან ამა თუ იმ სახით დაზიანებული პლაცენტა, უმეტეს შემთხვევაში, ჰაერით არ იბერება და იძირება. 4) თუ ჰაერით გაუბერვის დროს წყალში მოთავსებული პლაცენტიდან გამოდინა ჰაეროვანი ბუშტუკები, მაგრამ ამავე დროს პლაცენტა წყლის ზედაპირზე ტივტივობს ჰორიზონტალურად, ეს უნაკლოდ უნდა ჩაითვალოს. 5) წითელი ფერის პლაცენტები თავისი ანატომიური სტრუქტურით რამდენადმე ჩანირჩვიან ჩვეულებრივი მორუხო მოწითალო მუქი ყავის ფერის პლაცენტებისაგან და უფრო მოგვეგონებენ მოუწიფებელ ნაყოფის პლაცენტებს. 6) წითელი ფერის პლაცენტები, გაუბერვის შემდეგ, ყველა შემთხვევაში ზერელე ტივტივობენ და მაშასადამე ამ გვარი პლაცენტების მთლიანობის ამოცანობათ დაცურებითი მეთოდი არ გამოდგება. 7) დაცურებითი მეთოდი შესაძლებელია გამოყენებული იქნას, როგორც დამზარე საშუალება დროული და დღე ნაკლებ ბავშვათა გამოცნობის მიზნით.

შეკითხვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ ნ. ტურიაშვილი, პროფ. ა. ალადაშვილი, დოც. ბ. დოლობერიძე; არსებითად კი ნ. ტურიაშვილი, პროფ. ი. თიკანაძე, დოც. ბ. დოლობერიძე.

მათ უპასუხებს მომხსენებელი; საბოლოო სიტყვით პროფ. ა. ალადაშვილი აღნიშნავს რა ზემოაღნიშნული გამოკვლევათა შედეგებს, გამოსთქვამს სურვილს, რათა კვლავ წარმოებულ იქნეს აღნიშნული ცდები, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს. იგი მომხსენებელს მადლობას უცხადებს.

მეორე მომხსენებელია ექიმი გ. დიდებულძე თემაზე:

„Whipple-ის მეთოდით პერნიციოზულ ანემიის წამლობის საკითხისათვის“.

ავტორი საერთო ლიტერატურულ მიმოხილვის შემდეგ აღწერს ექვს შემთხვევას მძიმე ანემიისა, რომელთაც უმკურნალა უიპლის მეთოდით. პერნიციოზულ ტიპის ანემიის ზუთ შემთხვევაში მკურნალობამ მოიცი საუკეთესო შედეგი: ავადმყოფებში კლინიკურად სრულიად გაჯანმრთელდნენ და ზოგიერთმა მათგანმა მუშაობასაც მიჰყო ხელი, გემოტალოგიური სურათი თითქმის ნორმალურს დაუახლოვდა, და ერთ შემთხვევაში ჰიპერგლობულინის მოვლენებიც კი აღინიშნა.

ერთ შემთხვევაში მძიმე სპლენომეგალიური ანემიისა რიგიდლით წამლობამ შედარებით კარგი შედეგი მოიცა ზოგად კლინიკურ ნიშნების გაუმჯობესების მხრივ, რაც შეეხება სისხლის სურათს, აქ შედეგი ამ მხრივ ნაკლებად დამაკმაყოფილებელი გამოდგა.

ზოგადად, მიღებული შედეგები სრულიად ადასტურებენ ლიტერატურაში არსებულ ფაქტებს Whipple-ის მეთოდით მკურნალობის საუკეთესო შედეგისა.

შეკითხვებში მოხსენების ირგვლივ მონაწილეობა მიიღეს ს. ძიძაძემ, ლ. წერეთელმა, პრ.-დოც. დ. პაპიტაშვილმა, ნ. ტურიაშვილმა, პრ.-დოც. ნ. მახვილაძემ; არსებობდა გამოვიდნენ პრ.-დოც. ნ. მახვილაძე, ი. ლორთქიფანიძე, დოც. ბ. ლოლობერიძე, პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი, კ. ცომაია.

საბოლოო სიტყვაში მოხსენებელმა ყველა შეკითხვებზე გასცა პასუხი, მხოლოდ უკანასკნელ სიტყვაში თავმჯდომარემ პროფ. ა. ალადაშვილმა საინტერესო მოხსენებისათვის მადლობა გადაუხადა მოხსენებელს.

სადმინისტრაციო ნაწილში დამტკიცდა საზოგადოების წევრად: 42. თამარ წულაია. სხდომა დასრულდა 11 ს. 25 წ.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მორიგი მეთვრამეტე სხდომა შესდგა 1930 წლის 9 იანვარს. სხდომა დაიწყო 8 ს. 20 წ. დასწრო 81 წევრი და 36 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი.

პირველი მოხსენებით გამოდის ექიმი გ. მათეშვილი შემდეგ თემაზე:

„კურორტი ზინობიანი და მისი სამკურნალო მნიშვნელობა“.

აგტორი ეხება კახეთში მყოფს, (სოფელ ყვარელსა და ახალ სოფელ შორის მდებარე) სამკურნალო გოგირდიან წყალზე ჩატარებულ დაკვირვებებს სხვადასხვა ავადმყოფობათა მიმართ. დაკვირვებათა საერთო რიცხვი უდრის 80-ს. აქედან სპეციალური დაკვირვების რიცხვი (რომელთაც ეისწავებოდათ ვირტროციტების დალექვის რეაქცია, სისხლის წნევა, რეაქტიული ელზინობენია და სხვა) უდრის 27-ს.

აგტორი მოკლედ შეხვო რეგმატიულ დაავადებას, როგორც სოციალურ დაავადებას. აღწერს რა კურორტი ზინობიანის მდებარეობას, აგტორი არჩევს ფაქტიურ მასალას ცხრილების და დიაგრამების ინტერპრეტაციით. გაკვრით ეხება აღნიშნული სამკურნალო წყლის თერაპიული გაგლევის საგარაუდო თვისებებს, საერთოდ ამ კურორტის მნიშვნელობას ჯერჯერობით ადგილობრივ მცხოვრებთათვის მაინც და გამოყავს შემდეგი დასკვნები: I. კურორტი ზინობიანი უნდა ჩაითვალოს სამკურნალო წყაროთ, რომელიც დადებით სამკურნალო გაგლეწანს ახდენს სახსრების ქრონიკულ რეგმატიზმზე, ნევრიტებზე, კანის ავადმყოფობაზე (acne, scabies, Psoriasis-ი და სხვა), გინეკოლოგიურ ავადმყოფობებზე და ნევრასტენიკებზე. II. ჩვენს მიერ მიღებული ე. დ. რ-ის შედეგები ეთანხმება მსგავს სამკურნალო წყლებით გამოწვეულ ჰემატოლოგიურ ცვლილებებს; სახელდობრ: ეს რეაქცია უმეტეს შემთხვევაში შეგვიანდა (თუმცა არა ყველა შემთხვევაში) რასაც ზოგიერთი გამონაკლისის გარდა ეძლევა კარგი პროგნოსტიული მნიშვნელობა. III. აღნიშნული წყლის პრაქტიკული გამოყენების გაგლეწნის სისხლის წნევა, უფრო სისტოლიური დიდი უმეტეს შემთხვევაში ეცემა. IV. უნდა ვიფიქროთ, რომ ანტალაზე მკურნალობის შემდეგ კურორტი ზინობიანზე მკურნალობა წარმოადგენს სასურველ გაგრძელებას ქრონიკულ რეგმატიულ სნეულებით დაავადებულთათვის. V. ერთი სეზონის ისიც მოკლედ ვადიანი დაკვირვება არ შეიძლება ჩაითვალოს ამომწურავად. საჭიროა შემდეგ სეზონშიაც იყოს ნაწარმოები უფრო ფართო დაკვირვება, რათა საბოლოოდ და ზედმიწევნით იყოს გამოკვლეული ამ სამკურნალო წყლის ეფექტი სხვადასხვა დაავადების დროს.

შეკითხვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ: პ. ქავთარაძე, ლ. წერეთელი, გ. დიდებულიძე, დ. ჯავახიშვილი, კ. ნაროუშვილი, კ. ცომაია; მხოლოდ არსებითად დ. ჯავახიშვილი და პროფ. შ. მიქელაძე.

თავმჯდომარემ პროფ. ა. ალადაშვილმა აღნიშნა ის პირობები, რომელშიც აგტორს მოუხდა მუშაობა, შეხვო აღნიშნულ მოხსენების ნაკლს და მადლობა გამოუტყადა მოხსენებელს, რომელმაც საზოგადოებას გააცნო ჯერ ყველასათვის უცნობი ახალი კურორტი ზინობიანი.

მეორე მოხსენებით გამოვიდნენ: პრ.-დოც. ნიკო მახვილაძე და ნ. ერისთავის ასული.

„Febris Undulans-ის (Bac. Abortus infectiosi B a n g და Micr. melitiensis) შესახებ ჩვენში“.

მომხსენებლებს მოყავთ სამი შემთხვევა, რომელიც კლინიკურად მიმდინარეობდა, როგორც Febris Undulans და რომელთა დროს დადებითი იყო Wright-ის რეაქცია (1:600 და 2-ჯერ 1:2000) და გამოყოფილი იყო მიკროოკები. ყველა ავადმყოფის ანამნეზში აღინიშნებოდა ძროხის უმი რძით საზრდოობა; სპეციალისტების განცხადებით ტფილისის ახლო-მანლო ფერმებსა და სოფლებში ხშირია საქონლის ინფექციური აბორტი, რომლის დროსაც არა ერთხელ აღმოჩენილი იყო Bac. Abortus B a n g. სხვათა შორის და ბოლო დრომდე ფიქრობდნენ, რომ Bac. Abortus B a n g-ს არ შეეძლო ადამიანის დაავადება, რითაც იგი განირჩეოდა Mic. melitiensis (Bruce)-ისაგან; მაგრამ ამ უამად სხვა ირკვევა, მომხსენებლებს მოყავთ ლიტერატურული ცნობები Febris Undulans-ით დაავადებისას Bac. Abortus B a n g-ის მიერ გამოწვეული, რომელიც აწერილი იყო უკანასკნელ დროს ამერიკისა და ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში, განსაკუთრებით გერმანიაში.—ამიტომ შესაძლებელია ამ ფაქტორს ჩვენშიაც ჰქონდეს ეტიოლოგიური მნიშვნელობა, რაზედაც გვაფიქრებინებენ მოყვანილი შემთხვევები, ეს მით უმეტეს, რომ ჩვენში ჯერ არავის გამოუკვლევია, თუ რამდენად ხშირია, ან საერთოთ არსებობს თუ არა მელიტოკოცია თხებასა და ცხვრებს შორის, როგორც ეს აზერბაიჯანში აღმოჩნდა.

ყოველ შემთხვევაში, რადგანაც მორფოლოგიურად, სეროლოგიურად, საკვებზე ზრდის ხასიათით და სხვა დღემდე ცნობილ ბაქტერიოლოგიურ მეთოდებით შეუძლებელია Bac. Abortus B a n g და Micr. melitiensis გარჩევა, ჯერჯერობით არ შეიძლება ითქვას რამე გადაჭრით. ცხადია მხოლოდ ის, რომ პირველ ფაქტორსაც, ისევე როგორც მეორეს უნდა მიექცეს სათანადო ყურადღება. შემდეგ რადგანაც Febris Undulans-ით დაავადების ადვილად შეიძლება შეშლა სხვა მრავალ ავადმყოფობასთან (ტიფი, რევმატიზმი, ტუბერკულოზი და სხვა) საკითხს თუ რამდენათ აქ არის ეს სნეულება ჩვენში გავრცელებული—აქვს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა.

მომხსენებლების აზრით საჭიროა დაკვირვების გაძლიერება უფრო დიდ მასალაზე სხვა კლინიკებში და საავადმყოფოებშიც, სადაც შედარებით მეტია ინფექციური მასალა, სახელდობრ საჭიროა ყოველ საუკეო შემთხვევებში, მეტადრე ტიფების დროს სხვათა შორის დაყენებული იყოს Wright-ის რეაქცია. სასურველი იქნებოდა Febris Undulans-ით ავადმყოფების ცალკე გამოყოფა რომელიმე საავადმყოფოში და მათი ყოველმხრივი შესწავლა. მეორე მხრივ, საჭიროა გამოკვლეული იყოს ოთხფეხი საქონელი და გამოირკვეს, თუ რამდენად და სად არის—გავრცელებული მათ შორის Bac. Abortus B a n g და მელიტოკოცია; ამის შესახებ მომხსენებლებმა უკვე მიმართეს საქართველოს ექსპერიმენტარულ ვეტერინარულ ინსტიტუტს, სადაც უკვე გადაწყვეტილია აღნიშნული მიზნით—მოწყობილი იყოს სათანადო ექსპედიციები.

პირველი შემთხვევა საქართველოში—Febris Undulans-ის სეროლოგიურად და ბაქტერიოლოგიურად დამტკიცებული (საქ. ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი, დირ. ექ. გ. ელიავა) და მოხსენებული იყო პრივატდოცენტი ნ. მახვილაძის მიერ 1923 წ. დეკემბერში სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმში.

შეკითხვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ ვ. წულეისკირი, გ. მჭედლიძე (ბათონი), პროფ. შ. მიქელაძე, გ. დიდებულიძე; არსებითად საკითხს შეეხო გ. ელიავა.

საბოლოო სიტყვაში პროფ. ალ. ალადაშვილმა აღნიშნა ის მნიშვნელობა, რომელიც გამოწვეული იმყო მოხსენებით და ფრიად საინტერესო მოხსენებისათვის საზოგადოების სახელით მადლობა გადაუხადა მომხსენებლებს.

საადმინისტრაციო ნაწილში არჩეული იყო საზოგადოების წევრად: 43. გერა ქარდავა. სხდომა დაიხურა 10 ს. 25 წ.



შინაგანი სნეულებანი

Ueber Magensekretion der Phtisiker. V. Torning. Klin. W. № 27—1929. კუჭის სეკრეცია ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულთა შორის. (ტორნიგ) ავტორმა გამოიკვლია კუჭის სეკრეცია — 150 ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულისა სხვადასხვა სტადიუმში და მიიღო შემდეგი: ახილია — 6%-ი, ჰიპოქლორაიდრია — 9%, ეუქლორჰიდრია — და ჰიპერქლორჰიდრია — 85%-ში. ეს შედეგები სრულად ეწინააღმდეგება დღემდე გავრცელებულ აზრს, რომ ფილტვის ტუბერკულოზის დროს დაქვეითებულია მარილ მჟავას რაოდენობა კუჭის წვენი; როგორც გამოკვლევიდან ჩანს დაქვეითებული კუჭის სეკრეცია საღებ შორის შედარებით უფრო ხშირად არის — ვიდრე ამას ტუბერკულოზით დაავადებულთა შორის ვხედავთ.

5. მახვილაძე.

Strahlenbechand der Magenschurire V. Kolta u. Dunay, Klin, W. № 29 — 1929. (რენტგენის სხივებით მკურნალობა კუჭის იარისა). ავტორები მკურნალობდნენ კუჭის იარას Köntgen-ის სხივებით, რომლის დროსაც კარგი შედეგები მიიღეს. რენტგენის გავლენას ავტორები ხსნიან სისხლის რეაქციის შეცვლით ტრტოვანობის მიმართულებით. ერთ ნაწილ შემთხვევებში ავტორები აშუქებდნენ კუჭის მიდამოს კი არა, როგორც ეს ჩვეულებრივ იყო გატარებული, არამედ ფენებს და ამ გვარ მკურნალობის შედეგიც ისევე კარგი იყო, როგორც კუჭის მიდამოს გაშუქების დროს. —

5. მახვილაძე.

Ueber den Einfluss des Spinats auf die Magensekretion. V. Haug Ach. Verdauungskrankheiten. Bd 45, H-2. (ისპანახის გავლენა კუჭის სეკრეციაზე). ავტორმა გამოიკვლია ისპანახისგან მომზადებული წვენი (Suppe) გავლენა კუჭის სეკრეციაზე, როგორც გამოირკვა ეს წვენი უფრო ძლიერ გავლენას ახდენს კუჭის სეკრეციაზე, ვიდრე კოფეინის საუზმე; — 2 შემთხვევაში როდესაც კოფეინის საუზმის შედეგათ გამოირკვა ახილია; ისპანახის საც, საუზმის შემდეგ თავისუფალი მარილ მჟავა იყო აღმოჩენილი, ისპანახის ამ გვარ გავლენას კუჭზე ხსნიან ისპანახში Saponin-ის არსებობით.

5. მახვილაძე.

Von Bülow. Tuberculose latente réactivée par le passage des larves d'ankylostomes á travers le parenchyme pulmonaire. Bull. de la Soc. de Pathol. Exotique N I 1929 წ. ავტორს მოჰყავს შემთხვევა, როდესაც ფილტვების ტუბერკულოზის ლატენტური ფორმა იყო გააქტივებული Ankylostoma duoden. ლარვების მიერ თავიანთ გასვლით ფილტვების პარენქიმაში, ავადმყოფი იყო სუსტი, ნაზი აგებულობისა. ახდენდა შთაბეჭდილებას პრეტუბერკულოზურ მდგომარეობისა, მიუხედავად ამისა სასუთქავ ორგანოების მხრივ არა ჰქონია არავითარი თვალსაჩინო დაავადებითი მოვლენები; მხოლოდ, როდესაც ავადმყოფს დაეტყო დასაწყის ტუბერკულოზის სუბიექტიური და ობიექტიური ნიშნები, იყო გასინჯული ნახველი, სადაც აღმოჩნდა Ankylostoma duod. ლარვები და ამავე დროს Ziehl-ის მეთოდით შეღებილ ნაცხებში — ტუბერკულოზის ჩხირები. რამოდენიმე ხნის შემდეგ განავალში ნახეს Ankyl. duod. კვერცხები. ავადმყოფს უმკურნალეს ჭიების წინაღმდეგ (Ol. Chenopod.), მისცეს გამამაგრებელი საშუალებანი და კლექის ნიშნებიც თანდათანობით გაჰქრა. მოიმატა წონაში 5 კი.

ავტორის აზრით, გამწვავება ტუბერკულოზურ პროცესისა იყო გამოწვეული Ankyl. duod. ლარვებით, მექანიკური გავლენით: ავადმყოფს ჰქონდა კლექის ჩამქრალი ბუდე, რომელიც გაღიზიანებული იყო ლარვებით და გამოიწვია ადგილობრივ ანთებითი რეაქცია, კლექის სიმპტომები და ჩხირები ნახველში.



ავტორის აზრით, არსებობს ერთგვარი კავშირი ტუბერკულოზის და Ankylostomiasis-ის შორის, რომელსაც უნდა გაუწიოთ ზოგჯერ ანვარიში ბაცილოზის ეტიოლოგიის ინტერპრეტაციაში.

გ. გერსამია.

Garin, Boucomout et M-lle Rougier. ღვიძლის ექსტრაქტების გავლენა ტუბერკულოზიანთა ანემიაზე (Paris. Méd. № 1. 1930). — მოყვანილია მკურნალობის შედეგები 16 შემთხვევაში. ექსტრაქტი ეძლეოდა (ფხენილის სახით 2-ჯერ დღეში 14 ღლის განმავლობაში. თითო ფხენილი = 100,0 ღვიძლს) ისეთ ავადმყოფთ, რომელნიც იყვნენ სანატორიუმში არა ნაკლებ ერთი თვისა და პროცესს უკვე სტაციონარული ხასიათი ჰქონდა. მკურნალობის დასაწყისამდე წითელი ბურთულების რაოდენობა ყველა შემთხვევაში $4\frac{1}{2}$ მილ. ნაკლები იყო (5 შემთხვ. 4 მილ. ნაკლები და 3 შემთხვ. — $3\frac{1}{2}$ მილიონზე ნაკლები). მკურნალობის შემდეგ 13 შემთხვ. წით. ბურთ. რიცხვმა იმატა (600.000 — 3 მილიონამდე). ორ შემთხვ. მათი რიცხვი არ შეცვლილა და 1 შემთხვ. დაიკლო კიდევაც. თეთრი ბურთ. რიცხვი არსად შეცვლილა. ჰემოგლობინის ნაცვლად ავტორები იკვლევდნენ რკინის რაოდენობას სისხლში (ნორმალურად 0,5 — 0,6 mgr. I კ. ს. სისხლში, რაც უდრის 14% ჰემოგლობინს). მკურნალობის დასაწყისში 13 შემთხვ. Hb რაოდენობამ იმატა (ნორმა ან მეტი). 3 შემთხვევაში, სადაც წით. ბურთ. რაოდენობა არ შეცვლილა, Hb-საც არ მოუმატია. სისხლის ფერადი კოეფიციენტის ცვლილება იყო არა მუდმივი (რადგანაც წით. ბურთულ. და Hb-ის მომატების შორის არ არის პარალელიზმი). მკურნალობის ეფექტი გრძელდებოდა 2—4 კვირა. რაიმე გავლენა ექსტრაქტებისა ავადმყოფთა წონაზე ან მოვლენებზე ფილტვებში არ იყო აღნიშნული.

ი. პარმა.

P. Harvier. Atophan-ის შხამიანობა. (Paris Méd. № 49. 1929). — ატოფანი იხმარება ხშირად პოდაგრის და ქრონიკული რევმატიზმის მკურნალობის დროს. ზოგი ავადმყოფი კარგად იტანს წლობით მის დიდ რაოდენობას, მაგრამ ზოგს კი უკვე რამდენიმე დროშის მიღების შემდეგ ემჩნევთ სხვადასხვა მოვლენები. ყველაზე ხშირია გარდამავალი და კეთილთვისებიანი ერთიგვარა ქუნთარუშის ან urticaria-ს მსგავსი. უფრო ხშირ მოვლენას წარმოადგენს „კატარალური“ ტიპის სიყვითლე, რომელიც 2—3 კვირას გრძელდება. გამონაკლის შემთხვევებში ნახულობია მძიმე სიყვითლე ღვიძლის მწვავე ყვითელი ატროპით, რომელსაც სიკვდილი მოსდევდა. მექანიზმი ამ მოვლენებისა: ალბად ქინოლინის ჯგუფის დაქანგვის გამო, განსაკუთრებულ პირობებში წარმოიშვის შხამიანი ნივთიერება, რომელიც აზიანებს ღვიძლს. მასსადამე თუმცა ატოფანი წარმოადგენს შესამჩნევ ხოლაგოვას (ხოლერეტიკას, Chabzol), მაგრამ იგი უნდა ვიზმაროთ დიდის სიფრთხილით. მკურნალობა უნდა დაეწყოთ მცირე დოზებით და შეეწყვიტოთ, რა წამსაც გაჩნდება კანის მოვლენები ან უმადობა, რომელიც სიყვითლის წინამორბედი ნიშანია.

ი. პარმა.

მ მ ა ნ ო ბ ა

M. B. Бирюков. „Применение эфира при послеродовых кровотечениях по способу П. А. Гузикова“ (Врачебная Газета № 21, 1929). მომყოლის გამოძევების შემდეგ როდესაც გამოირიცხული იყო პლაცენტის ან გარსების ნაწილების ჩარჩენა საშიფლოსნოს დროში და მელოგინეს კი აუტყდებოდა ძლიერი — ხანდისხან სახიფათო სისხლის დენა, ავტორს მიუმართავს სისხლის დენის შესაწყვეტად П. А. Гузиков-ის წესისათვის, ე. ი. გაუკეთებია ეთერში გაუღვნილ დიდ სტერილურ დოლბანდით საშოს ტამპონაცია და სულ რამოდენიმე წუთში ეს არსებული საშიში სისხლის დენა სწრაფად შეჩერებულა. ავტორი აღნიშნავს მეთოდის სიმარტივეს, რომ მას არავითარი გართულება არამც თუ არ მოყვება, არამედ ეთერის ტამპონი საშიში ერთგვარ საშოს საღებუნფექციო საშუალებადაც კი მიიჩნია, რის გამო გვირჩევს ამ წესის ხმარებას განსაკუთრებით სოფლის პირობებში, სადაც სხვა არსებული რადიკალური წესით ბრძოლა ასეთს ძლიერ სისხლის დენასთან თითქმის შეუძლებელია.

გ. ლორთქიფანიძე.



С. Н. Мыслин. Опыт применения метода Delmas для немедленного родоразрешения per vias naturalis в произвольно выбранный момент. (Врачебная Газета 1929 № 21). ავტორი აღნიშნავს შემთხვევებს, როდესაც დედის თუ ნაყოფის გადარჩენის მიზნით აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს, ქალი იქნეს სასწრაფოდ მომშობიარებული ხელოვნურად — ნორმალური გზით, თუნდაც საშვილოსნოს ყელი ერთ თითზედაც კი არ იქნეს გახსნილი. სხვა მეთოდთა შორის (საკეისრო გაკვეთა per Abdomen თუ per vaginam), მეტრიერიზი, ნაყოფის ფეხზე მობრუნება და სხვა.) უპირატესობას აძლევს Delmas მეთოდს.

ამ მეთოდით აღნიშნულ ავტორსა და ექ. Серпенский-ს ჩაუტარებიათ მომზადების 40 შემთხვევა და შედეგებით კმაყოფილი არიან. აღნიშნავენ, რომ მომშობიარება ორსული ქალისა შესაძლებელია მცირე ხნის განმავლობაში. ამ ოპერაციის ჩვენებად მიაჩნიათ ძლიერი სისხლის დენა placent. previa-ს დროს, ძლიერი შეტევები ეკლამპსიისა, კიბლარის გამოვარდნა და სხვანი; წინააღმდეგ ჩვენებად კი სთვლიან საშვილოსნოს ყელზე, ან საშოში არსებულ ნაწიბურებს, უკვე არსებულ ინფექციას და მენჯის ხომებისა და ნაყოფის თავის ზომების შეუთასოვნებლობას. წესის ტენიკა შემდეგია: ორსულ ქალს უკეთებენ ზურგის ტენის ანესტეზიას (ანესტეტიური საშუალება Novocain. purisim 0,12 ex temp. 3 კუბ. სანტიმ. ახლად აღუღებულ გამობნდილ ლულაში გახსნილი). ანესტეზიის შემდეგ სრული ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის დაცვით შეაქვთ მთელი ხელი საშოში და ჯერ მაჩვენებელი თითის ბურღისამებრ მოძრაობით ერთს თითზედა აგანიერებენ საშვილოსნოს ყელს, შემდეგ შეაქვთ, თანდათანობით, საშვილოსნოს ღრუში მთელი ხელი, რასაკვირველია ეს თითებისა და ხელის შეტანის მანიპულიაცია ხდება ფრთხილად. სასურველია ამ წესის ხმარება მხოლოდ კლინიკისა და საავადმყოფოს პირობებში.

გ. ლ ო რ თ ქ ი ფ ა ნ ი ძ ე.

მ ი რ უ რ ზ ი ბ

Проф. Ю. Ю. Джанелидзе. К вопросу о технике шва при переломах надколенной чашки. Вестник хирургии и пограничных областей. Кн. 9 (53), стр. 232 — 239. Ленинград, 1929 г. ავტორი ენება რა კვირისტავის შეკერვის ტენიკის სხვადასხვა წესებს მისი მიტეხილობის დროს, მოყავს თავისი მოსაზრებანი და აჯრუთვე თავისი წესი, რომელიც ენება კვირისტავის გაკერვას. ავტორი აღნიშნავს რომ კვირისტავის მოტეხილობის დროს საჭიროა მოცდა რამოდენიმე დღის განმავლობაში, რასაც აქვს უმკველად არსებითი მნიშვნელობა, ვინაიდან საშუალება გვეძლევა ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის ყოველმხრივი გამოკვლევისა. ჩარევისას წინასწარ ავადმყოფს უკეთდება ორჯერ აბაზანა ან არა და დაზიანებული კიდური რამოდენიმეჯერ უნდა გასუფთავდეს თბილი წყლით სპანით, მხოლოდ ოპერაციის წინ ერთი დღით ადრე საოპერაციო ველი იწმინდება ეთერით, სპირტით და შემდეგ წაესმის 5%- იოდის ხსნარი. სავალალო მიდამოს ედება სტერილური ნახვევი, რომელიც საოპერაციო მაგიდაზე მოიხსნება. ამრიგად ავადმყოფს უკეთდება ოპერაცია მხოლოდ მე-8 დღეს.

შემოსვლისთანავე ავტორი ავადმყოფს ბარძაყისა და წვივის უკანა ზედაპირზე ადებს თაბაშირის არტაშანს, რომელიც ტერფის თითების ბოლომდე მიემართება. თაბაშირის არტაშანის ირგვლივ, მუხლის სახსრის არეზე ადებს Martin-ის რეზინის ბანდს; და აქ საკმარისად ხერხდება სახსრის მიდამოზე დაკერა, სრულიად უშიშრად რომ სახსრის ფოსოში მოხდება სისხლის ძარღვების დაწოლა.

უახლოეს დღიდანვე ავადმყოფს უკეთდება ბარძაყისა და წვივის დაზეღვა, შემდეგ სავალალო მიდამოსიც, რაც აჩქარებს ჩაქცეული სისხლისა და ლიმფის შესრუტვას, აუკეთესებს კუნთების მდგომარეობას და დაზიანებული ქსოვილების კარგად მომზადებას, რაც ოპერაციისათვის ძლიერ უწყობს ხელს.

უმდებარეობა, ამბობს ავტორი, რომელიც უნდა მიეცეს ოპერაციის შემდეგ კიდურსა, წინასწარ მირკვევს მე უკანა სკენელის ძირითად მომენტებს და ტენიკას“ (კურსივი ავტორისა) გვ. 233.

პროფ. ი. ჯანელიძის წესი, რომელსაც იგი აწარმოებს უკვე 1912 წლიდან, ცნობილი იყო მის ახლო მომუშავე დასტაქართათვის. მისი წესის შესახებ პირაგოვის ქირურ-

გიულ საზოგადოებაში მოხსენებით გამოვიდა პროფ. ს. ლისოვსკაია, ეს წესი შეტანილია აგრეთვე პროფ. ვ. შევკუნიენკოს ოპერატიული ქირურგიის კურსში.

ავტორი აკეთებს გარეთა გაკვეთას კონკრეტულად ყველაფერი კეთდება ჩვეულებრივ, მხოლოდ ცვლილებები შეტანილია თვით გადატენილი კვირისტავის ნაკერის დადების წესში. ტენიკა სრულიად უბრალოა, ხელები ქსოვილებს არ ენება და რაიმე გარე სხეულიც არ რჩება ძვალში. თვით ავტორი თავის წესს შემდეგნაირად აგვიწერს:

„ამ მიზნით ვიღებთ ბრინჯაო — ალუმინის ან არა მავთულის ორ ნაჭერს, რომელსაც უნდა არ ეჭიდება, სიგრძით თითო 20 სტმ. და შუაზე ერთი მეორეს გადაეგრისება 4 — 5 სტმ. მანძილზე. მავთულის ბოლოებს დაცემის ჩვეულებრივი ნახევრად მომრგვალებული ნეესები, რომელთა სიმრუდე კვირისტავის გარშემოწერილობის სიმრუდეს უახლოვდება. ამდაგვარად მომზადებული მავთული იარაღებთან ერთად იხარშება და ამოიღება ჩქიფით ბადედან მხოლოდ ხმარების დროს. აიღებენ რა მავთულს მოგრეხილ მიდამოთი, მიადებენ მას ნატენების წინა ხედაპირს; ნეესსაჭერით მავთულების ბოლოებზე აწესებულ ნეესებს აიღებენ და გაუყრიან მათ გამღუნავ მყესში და lig. patellare-სში მთელ კვირისტავის ირგვლივ, მიყვებიან რა უშუალოდ ძვალს, ისე როგორც ეს კეთდება ბერგერით cerclage-ს დროს. იმის შემდეგ, რაც მავთულის ოთხივე ბოლო დადებულია, შემწე იღებს ორ მაგარ წვეტოვან ძვლის კაკვს, მოჭკიდებს ზემო და ქვემო ძვლის ნატენებს და მათ სავსებით აახლოვებს. ამავე დროს დასტაქარი, რომელმაც მავთულის ბოლოებზე ტარსიული ჩქიფები დაადო, მაგრად მოსწევს მათ და შემდეგ მოგრებს ჯერ ერთსა და მერე მეორე მხარეზე; თუ კი მას მეორე შემწეც უყავს, მაშინ დაგრეხვა ერთდროულად ორივე მხარეზე სწარმოებს. ნატენები ერთმანეთს მჭიდროდ ეკვრის. მე არასდროს შემხვედრია რაიმე დაბრკოლება ნატენების მიახლოებისას. კვირისტავის წინ მდებარე ფიბროზულ კაპსულას დაედება რამოდენიმე კეტუტის ან აბრეშუმის ნაკერი და გახლეჩილი გვერდითი გამწვლევი აბრატო ორივე მხრიდან გულდასმით გაიკრება. ფენი ჯერ კიდევ ოპერაციის წინ ან არა და ყოველ შემთხვევაში კანზე ნაკერების დადება მდე მუხლის სახსარში სასურველ კუთხემდე იღუნება.“

კვირისტავის წინ შევუღალ მდებარე მავთული ნატენების წინ გამოვრუნებას ეწინააღმდეგება, რასაც უეჭველად ექნებოდა ადგილი, თუ კი მოდუნული მუხლის დროს მხოლოდ კვირისტავის ირგვლივ დაედებოდა ნაკერი, როგორც ეს ბერგერის კლასიკური წესის დროს ხდება (კურსივე ავტორისა). ნაკერები კანზე. ჭრილობა შეიხვევა მცირე სისქის ნახვევით, და ფენი წინასწარ მომზადებულ თაბაშირის არტაზანში ჩაიდება“ (გვ. 235 — 236).

შემდეგ ავტორს მოჰყავს აწერილობა იმისი, თუ როგორ მზადდება თაბაშირის არტაზანი. მას ამზადებენ ოპერაციამდე ორი დღით ადრე. აიღებენ საკმარისად ფართე დოლბანდის 24 ფენას, რათა ბარძაყისა და წვივის უკანა ნახევარი მათი სათანადოთ შემოიკრას. არტაზანი დაახლოვებით ორი თითის დადებით არ აღწევს დუნდულის ნაოჭს და მიემართება ფენის ოთხივე მხარეს. დასველებულ არტაზანს სწორედ იქ, სადაც იგი ეფარდება მუხლის სახსარს ააცილიან დოლბანდის 8 ფენას, რომელნიც როგორც ხიდი მიემართება ბარძაყის შუა ნაწილიდან წვივის შუა ნაწილამდე. ეს თაბაშირის ხიდი ნახვევს სიმარეს აძლევს.

ამის შემდეგ ავტორს მოჰყავს თავისი სამი შემთხვევა, რომლებმაც საუკეთესო შედეგი მისცეს მას და ერთ შემთხვევაში, როდესაც შემთხვევით მოხდა კვირისტავის ხელახალი მოტეხილობა, ეს მოტეხილობა უკვე იყო სხვა ადგილზე და არა იქ, სადაც იყო პირველი მოტეხილობა. ავადმყოფები გამოკვლეული იყვნენ ოპერაციის შემდეგ 1 — 1½ წელიწადის გასვლისას კარგი ფუნქციონალური შედეგით, მოღუნვა და გაშლა მუხლის სახსარში ყოფილა სრული.

ამრიგად, როგორც ჩანს მოყვანილ შემთხვევების აწერილობიდან და რასაც თვითონ ავტორიც ადასტურებს, მის მიერ „აწერილი მოდიფიკაცია ტენიკას ამარტივებს, განსაკუთრებული სიმარის ნაკერს იძლევა, ჰქონის ძვლის მაზოლს და კიდურს უბრუნებს ნორმალურ ფუნქციებს ისე მცირეოდენ ვადაში, რომ უეჭველად სათანადო ყურადღების ღირსია“ (გვ. 239).

ი. ასლანიშვილი.



— უენავაში 1931 წ. აგვისტოში შესდგება პროფესიონალურ სნეულებათა მე-VI საერთა-შორისო კონგრესი. საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებულია:

- 1) ხერხემლის სვეტის ტრავმატიულ დაზიანებათა მოგვიანებითი შედეგები და ვოლიუტა.
- 2) სისხლძარღვთა ტრავმატიზმი.
- 3) კანის ინფექციები შრომის პირობებთან დაკავშირებით.
- 4) ორგანიზმის წინასწარი მდგომარეობის მნიშვნელობა შრომის დროს უზედური შემთხვევების შედეგების განვითარებაში.

— საინტერესო სტატისტიკა იქნა გამოქვეყნებული სიკვდილობის მიზეზების შესახებ გერმანიაში 1924 წ. ოფიციალური ცნობების მიხედვით პირველი ადგილი სიკვდილობის გამომწვევ მიზეზებში სისხლის მიმოქცევის ორგანოების სნეულებებს ეკუთვნის — სულ 119.869

| | |
|--|--------|
| მოხუცებულობისაგან გარდაცვლილა | 81.469 |
| ცენტრ. ნერვული სისტემის დაავადებისაგან | 69.280 |
| კირჩხიბისაგან | 68.945 |
| ფილტვების ანთებისაგან | 60.414 |
| ფილტვების ტუბერკულოზისაგან | 49.639 |

ამგვარად საინტერესოა, რომ გერმანიაში ფილტვების ტუბერკულოზისაგან უფრო ნაკლები ხალხი იხოცება, ვიდრე ფილტვების ანთებისაგან და თითქმის 2¹/₂ ჯერ ნაკლები, ვიდრე სისხლის მიმოქცევის ორგანოების სნეულებებისაგან. აღსანიშნავია, რომ იმავე 1924 წელში გერმანიაში ყველა ინფექციური სნეულებებისაგან გარდაცვლილა მხოლოდ 3.564 ადამიანი. 10.000 მცხოვრებზე რომ ვიანგარიშოთ, გამოდის, რომ სისხლის მიმოქცევის სნეულებიდან გარდაიცვალა 18.9

| | |
|------------------------------------|------|
| მოხუცებულობისაგან | 12.9 |
| ფილტვების ანთებისაგან | 9.6 |
| საერთოდ ტუბერკულოზისაგან | 9.3 |
| კირჩხიბისაგან | 10.9 |

საინტერესოა, რომ ამერიკის შერთებულ შტატებში 1928 წ. ყოველ 10.000 მცხოვრებზე გარდაცვლილა; სისხლის მიმოქცევას ორგანოების სნეულებებისაგან 22.84

| | |
|----------------------------|-------|
| კირჩხიბისაგან | 10.48 |
| ტუბერკულოზისაგან | 7.65 |

ამგვარად ამერიკაშიაც ტუბერკულოზი სამჯერ ნაკლებ სიკვდილობას იძლევა. ვიდრე სისხლის მიმოქცევის ორგანოების სნეულებანი (Med. Klin და Lancet).

— საქართველოს ექიმთა საზოგადოების დადგენილების მიხედვით ჩამოყალიბდა ნევროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა სექცია. პრეზიდიუმში არჩეული არიან პროფ. ს. ყიფშიძე — თავმჯდომარეთ, პროფ. მ. ასათიანი — თავმჯდომარის მოადგილეთ და ექიმი ა. რუხაძე — მდიანთ.

— საქ. ექიმთა საზბის ნევროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა სექციის პირველი სხდომა შესდგა 1930 წლის 3 იანვარს ნერვულ სნეულებათა კლინიკის აუდიტორიაში. ჩატარებული იქნა შემდეგი მოხსენებები: 1. პროფ. ს. ყიფშიძე და ს. ენუქიძე „კუნთების ჰიპერტროფია გულანოტონიური რეაქცია (ავადმყოფის დემონსტრაციით)“. 2. პროფ. მ. ასათიანი და ე. გობრონიძე. პელაგრული ფსიქოზის თავისებურება კლინიკური მასალის მიხედვით (ავადმყოფის დემონსტრაციით). 3. პროფ. მ. ასათიანი და თ. ყანჩელი. ცნობიერების თავისებური აშლა ლაპარატომიის შემდეგ (ავადმყოფის დემონსტრაციით). 4. პ. ქავთარაძე. ნერვული სისტემის დაავადებანი პელაგრის ნიადაგზე (ავადმყოფების დემონსტრაციით). 5. გ. გრიგორაშვილი. Tabes-ი გართულებული ტალამური სინდრომით თუ Lues cerebri?

— ტფილისის ექიმ-რენტგენოლოგთა საინიციატივო ჯგუფის მიერ დაარსებულია რენტგენოლოგიური წრე. არჩეულია პრეზიდიუმი: თავმჯდომარეთ პროფ. გ. დამბარაშვილი, მდიანთ ს. იმერლიშვილი.



— ჯ. ს. კ. სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტი აწეობს მთელ რიგ კონფერენციებს სოციალური მედიცინის, სანიტარიის, პროფილაქტიკის, ჰიგიენის, ეპიდემიოლოგიის და სხვა საკითხებზე. პირველი კონფერენცია შესდგა 1929 წლის 29 დეკემბერს. მოხსენებით გამოვიდნენ ექიმები ლ. ნაზარეთიანი და ვ. ლორთქიფანიძე „კოლხეთის დაბლობის დაშრობის სახელმწიფოებრივი და ადგილობრივი მნიშვნელობა სამკურნალო-სასანიტარო თვალსაზრისით“. უ ა ნ ლ ე ს ი კ ო ნ ფ ე რ ე ნ ც ი ე ბ ი ს პ რ ო გ რ ა მ ა : 1. ბრძოლა მალარიასთან და სხვა ტროპიკულ სნეულეებთან საქართველოს ბამბიან ადგილებში. ლ. ნაზარეთიანი. 2. ქალ. ტუბდისპანსერის სოციალურ-პროფილაქტიური მუშაობა. ა რ გ ე ლ ა ძ ე ვ. ტფილისის სახ. უნივერსიტეტის სამკურნ. ფაკულტ. სტუდენტის სოციალურ-ეკონომიურ და ყოფა-ცხოვრების პირობები, ტ ო რ ო ნ ჯ ა ძ ე 4. ტიფებით დაავადება საქართველოში და მასთან ბრძოლა. ქ ი ქ ო ძ ე . 5. სანიტარული განათლების საკითხები საქართველოში. ჯ ა ნ ყ ა რ ა შ ვ ი ლ ი .

— ტფილისის რენტგენოლოგიურ წრეში 1929 წლის 20 დეკემბერს პროფ. გ. ლამბა-რაშვილმა გააკეთა მოხსენება „საკვშირო R — კონგრესის შესახებ; მხოლოდ 27. XII-ს ექიმ კვალთაშვილმა 1) საზღვარგარეთ მოგზაურობის შთაბეჭდილებანი და 2) რენტგენოლოგიური მეთოდოლოგია კუჭ-ნაწლავების გამოკვლევისა.

— ფაკულტეტის კირურგიული კლინიკის კონფერენციაზე 1929 წლის 18. XII-ს ექიმ გ. გაჩეჩილაძემ გააკეთა მოხსენება „წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფიის მკურნალობის საკითხისათვის ფაკ. ქირ. კლინიკის ორი წლის (1928-1929) მასალის მიხედვით“; მხოლოდ 1930 წ, 8. I-ს სტუდენტ-სტაჟიორმა ს. ქოიავამ „ილევოცეკალური ინვაგინაციის ერთი შემთხვევა“.

— ჟურნალი „საბჭოთა მედიცინა“ № 2 გამოვიდა შემდეგი შინაარსით: 1. აკადემიკოს ივ. პავლოვის 80 წლის შესრულების გამო. 2. ივ. ფრანგულიანი. ბრძოლა პელაგრისა და ანკილოსტომიაზის ეპიდემიასთან საქართველოში. 3. ირ. გაჩეჩილაძე. ტფილისის სასადილოების სან. ჰიგიენური გამოკვლევის შედეგები. 4. ს. ბერიძე-კუჭაიძე. სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტთან არსებულ ქალთა კონსულტაციის ანგარიში. 5. ლ. თოხაძე. ოზურგეთის ძაფ-სახვევი ქარხნის მუშების გამოკვლევა 1928 წ. 6. ნ. ანდრიაძე. შინაგან პათოლოგიის და თერაპიის პროპედევტიული კლინიკის 1928 წლის ანგარიში. 7. გ. მჭავანაძე. საექიმო საიდუმლოება. 8. ლ. ჩიქოვანი და არ. ახვლედიანი. მსაღები ჰელმინტიკის დახასიათებისათვის ახალციხის, ახალქალაქის და სენაკის მაზრებში. 9. ა. გვაზავა. ვენერიული რაზმის მუშაობა დაბა ჩხარში 10. К 80-летию мирового ученого И. П. Павлова. 11. И. Франгулян. Борба с эпидемией пеллагры и анкилостомоза в Западной Грузии. 12. М. Беридзе. Значение индивидуальной профилактики в борьбе с венерическими болезнями. 13. В. Абашидзе, Г. Дамоцев, И. Степанов. Паломничество в Мекку через Батум в 1928 году. 14. Н. Шубладзе. К вопросу о рациональном применении физиатрических процедур. 15. Г. Мжаванадзе. Врачебная тайна. 16. М. К. Рохлин. По поводу эпидемии скарлатины в Цагверах (Август и Сентябрь 1929 г.) 17. Р. Д. Купцис. Чайный квас. 18. Л. Асатиани. Московские медико-педагогические учреждения. 19. М. Э. Саркисян. Статистика каверн.

— ჟურნალ „საბჭოთა მედიცინა“-ს № 2-ს დართული აქვს დამატების სახით „ოფიციალური განყოფილება“ № 1.

— სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტში 1930 წლის 12 იანვარს შესდგა მეორე კონფერენცია, რომელზედაც მოხსენებები წარმოადგინეს: 1) ი. ხათრიძემ „დიფტერიის ეპიდემიოლოგია და პროფილაქტიკა“ და 2) ელ. ჩიქავაძემ „დიფტერიის ბაცილიანობა ტფილისის მასალების მიხედვით“.



ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1930 ГОД.

**„ДНЕПРОПЕТРОВСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“**

9-й год издания

ежемесячный орган

**ДНЕПРОПЕТРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА на журнал: на 1 год — 4 рубля, на 1 1/2 г.
2 р. 80 к., цена отдельного номера — 1 рубль.

Отдельные номера высылаются наложенным платежом.

Цена объявлений: за 1 страницу — 20 рубл., за 1/2 страницы — 12 рубл., за 1/4
страниц — 7 рубл.

Адрес редакции и конторы: Днепропетровск, Октябрьская площ. № 2.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

на

„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

в 1930 г.

Издание Общества врачей при Казанском Гос. Университете.

Орган медицинского факультета Казанского университета и Казанского института
для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Председатель — проф. Т. И. Юдин. Члены коллегии — профф. В. Л. Боголюбов, И. П. Ва-
сильев, М. М. Гран, Р. А. Лурия, А. Ф. Самойлов, д-ра З. Н. Блюмштейн (секретарь), Ф. Г.
Мухамедьяров и А. Я. Плещицер

Журнал выходит ежемесячно, не менее 7 печ. листов (112 стр.) кажд., кроме того
годовые и полугодовые подписчики получают бесплатные приложения, выходящие
под общим названием „Медицинские монографии“.

Подписная плата с приложениями, доставкой и пересылкой на год (12 №№) — 6 руб.,
на 1/2 года (6 №№) — 3 руб. 50 к.

При непосредственном обращении в редакцию для годовых подписчиков допускает-
ся рассрочка в 2 срока (по 3 руб. при подписке и к 1 июня) и в 3 срока (по 2 руб.
при подписке, к 1 апреля и 1 августа).

Требования и деньги направлять по адресу: г. Казань, редакции „Казанского
медицинского журнала“.