

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ქურნალი

ცფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მეშვეთა ლტვანო

||

თებერვალი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ქლენტი,
პროფ. შ. მიქელაზე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი; ასისტენტები:
ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუ-
ხის-მგებელი მდივანი).

გამოცემის წელი გეგვილა



ს. ს. ს. რ. 338.
საქალაქო განათლების
კომისსარბიტი

საქართველოს
ენციკლოპედია
4-ე წიგნი
1930 წ.

ქ. თეგვლაძე

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამეურნალო საბეცნიერო ჟურნალი

ცვილისის უნივერსიტეტის სამეურნალო მედიცინის ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა თრგანო



თებერვალი

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



ყოველთვიური სამეცნიერო სამკურნალო ქიურნალო

თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის
მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

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

Ежемесячн. научно-врачебн. журнал ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Орган научных работников Медицинского факультета Тифлисского Государственного университета

№ 2 1930 г. февраль.

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

Адрес редакции: С. С. Р. Г. Тифлис, ул. Камо, № 47. Патало-анатомический институт, телеф. 11-69.

THANAMEDROVÉ MÉDICINA

Journal médical georgien.

№ 2. 1930. Janvier

Comité de Rédaction: A. Nathichvili, prof., V. Jghenti, prof. Ch. Mikéladzé, prof. agrégé Mgalobéli dr Z. Maïssouradzé, P. Kavtharadzé, J. Aslanichvili (Secrétaire de la Rédaction).

Adresse de la Rédaction: 47, rue Kamo.

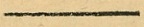
Institut anatomo-pathologique

Tiflis (Céorgie), U. S. S. R.

- | | |
|---|-----|
| 1. П. П. Кавтарадзе. Заслуженный проф. Яков Афанасьевич Анфимов. | 69 |
| 2. Проф. В. Варази и Н. Абесадзе. О меланине | 71 |
| 3. Проф. Дидебулидзе. К вопросу о лечении пернициозной анемии диеты Whipple. | 80 |
| 4. Проф. С. Н. Кипшидзе и М. Паркадзе. Опухоль спинного мозга распознанная как sclerosis disseminata. | 95 |
| 5. О. Зангуридзе-Середа и В. Лабадзе. Случай sclerosis disseminata с явлениями наркинсонизма | 100 |
| 6. Л. Жвания. Таламический синдром | 105 |
| 7. М. Арджеванидзе. Регионарная анестезия по модификации пр.-доц. Елкина. | 110 |
| 8. А. М. Каландадзе-Нанейшвили. Ручное отделение последа и его опасности по материалу акушерской клиники Тифлис. Госунта | 118 |
| 9. Д. Г. Иосселиани. К вопросу конституции человека | 126 |
| 1. P. Kavtaradzé. Prof. T. Antimoff | 69 |
| 2. W. Warasi и N. Abessadzé. Über den Melanine | 71 |
| 3. G. Dideboulidzé Sur la question du traitement de l'anémie perniciouse d'après Whipple. | 80 |
| 4. Prof. S. Kipchidzé et M. Parkadzé. La tumeur de la moelle rachidienne, diagnostiqué comme clérose en plaques | 95 |
| 5. O. Zangouridzé-Séréda et W. Labadzé. Un cas de sclérose en plaques avec manifestations parkynsoniennes | 100 |
| 6. L. Jvania. Syndrome thalamique | 105 |
| 7. M. Ardshevanidzé. Die regionäre Anaestesia nach der Priv.-doz. Jelkins Modifikation. | 110 |
| 8. A. Kalandadzé-Naneischvili. Über die gefahr der manuellen Entfernung der Placenta nach dem material der geburtshilflichen Klinik der Universität zu Tiflis | 118 |
| 9. D. G. Iosseliani. Sur la question de la constitution l'homme | 126 |

ს ა რ ჩ ე ვ ი

	გვ.რ.
1. პ. ქავთარაძე. დამსახურებული პროფესორი იაკობ ათანასეს ძე ანთიმოვი.	69
თეორიული და კლინიკური მედიცინა	
✓ 2. პროფ. ვ. ვარაზი და ნ. აბესაძე. ჰელახინის შესახებ	71
✓ 3. გ. დიდებულიძე. Whipple'-ის მეთოდით პერნიციოზულ ანემიის წამლობის საკითხისათვის	80
✓ 4. პროფ. ს. ყიფშიძე და პარკაძე-მისაბიშვილი. ზურგის ტვინის ხორცმეტი გამოცნობილი, როგორც sclerosis disseminata	95
✓ 5. ო. ზანგურიძე-სერედა და ვ. ლაბაძე. Sclerosis disseminata'-ს შემთხვევა პარკინსონიზმის მოვლენებით	100
✓ 6. პროფ. ს. ყიფშიძე და ლ. ჟვანია. თალამური სინდრომი	105
✓ 7. მ. არჯევანიძე. ადგილობრივი ანუ რეგიონალური ანესტეზია პრ.-დოც. მ. იოლკინის მოდიფიკაციით	110
✓ 8. ა. კალანდაძე-ნანეიშვილი. მოჰყოლის ხელით მოცილება და მისი საშიშროება სამეანო კლინიკის მასალის მიხედვით	118
მიმოხილვა:	
✓ 9. დ. იოსელიანი. ადამიანის კონსტიტუციის საკითხი	126



ქუჩანალი თანამშრომლობის სურვილი განაცხადეს

აბაკელია ი. დოც., აღადაშვილი ალ., პროფ., ამირეჯიბი ს. პროფ., ასათიანი მ. დოც., ასპისოვი ნ. დოც., ბურგსდორფი ვ. პროფ., ვარაზი ვ. პროფ., ვირსალაძე სპ. პროფ., თიქანაძე ი. პროფ., ელიავა გ., ელიაშვილი ივ., ერისთავი კ. პრ.-დოც., მახვილაძე ნ. პრ.-დოც., შაჭავარიანი 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., ქუთათელიაძე ი. პროფ., ჩაჩხიანი კ. პროფ., (ნიქნი ნოვგოროდი), უგრელიძე მ., ლამბარაშვილი გ. პროფ., ლოლობერიძე ბ. დოც., ყიფშიძე ს. პროფ., ცეცხლაძე ვლ. პრ.-დოც., წინამძღვრიშვილი მ. პროფ., წულუკიძე ალ. დოც., ჯანელიძე ი. პროფ., (ლენინგრადი).

ქუჩანალ „თანამშრომლები მდინა“-ს ხელის მომხრეთა ქუჩადსალებად

ქუჩანალის საქმეების გამო და რედაქციასთან ახლო კავშირის დასაქვრად ახსნაგებმა უნდა მიმართონ ჩვენს შემდეგ წამოშადგენლებს—ექიმებს:

ტფილისში ს. მდივანს (ქალაქის 1 კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დიდებულ იძეს (ქალაქის პირველი საავადმყოფო), ა. უსტიაშვილს (სამედიცინო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი), ი. ტატიშვილს (პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), ს. ანდერევისას (ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტი), ლ. ანთაძეს (ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი), ა. გოცირიძეს (საქ. ჯანსაჯომისარატი), კ. ტყეშელაშვილს (რკინის გზის საავადმყოფო), ი. გაჩეჩილაძეს (სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტი), ა. ჟღენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ჭალიძეს (ა. კ. რკინის გზის საპარტველო), მ. ტყემალაძეს (ფიზიატრიისა და კურორტოლოგიის ინსტიტუტი), ს. ჯანყარაშვილს (ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილება), მ. გეგელაშვილს (ქართული სამხედრო ნაწილები), პ. მგალობლიშვილს (დერმატოლოგიური და ვენეროლოგიური ინსტიტუტი), ა. რუხაძეს (ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი), ვ. ოთხმეზურს (საქ. წითელი ჯვრის საავადმყოფო, სანაპირო ქ. 5).

ტფილისის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილს (ქუთაისი, ქავჭავაძის ქ. 4), გ. კახიძეს (ზესტაფონი, საავადმყოფო), ვ. მაჭაცარიას (ბათომი, ჯაფარიძის ქ. 23), შ. მირიანაშვილს (გურჯაანი), შ. მთვარელიძეს (გორი, აკ. წერეთლის ქ. ძამინოვის სახლი), ლ. დუნდუას (ახალსენაკი), ი. ასათიანს (ახალციხე), მ. ვაჩნაძეს (სიღნაღი), პ. ჯაფარიძეს (სოხუმი), ვ. კვერენჩხილაძეს (ს. ნიკორწმინდა—ქვემო რაქა), ს. საკანდელიძე (ს. ღებო—მთის რაქა).

საგაზეთო გამომცემლობათა სტამბა „კოლექტივი“ კამბო ქ. № 68.



დამსახურებული პროფესორი იაკობ ათანასეს ძე ანფიმოვი

(1852—1930).

11 თებერვალს ღამით, ფილტვების ანთებისაგან გარდაიცვალა დამსახურებული პროფესორი იაკობ ათანასეს ძე ანფიმოვი. იგი დაიბადა 1852 წ. ორლოვის გუბერნიაში; ადგილობრივი გიმნაზიის დამთავრების შემდეგ, 1873 წ. ის შედის მაშინდელ პეტერბურგის ფიზიკო-მათემატიკურ ფაკულტეტზე, რომელსაც ამთავრებს საბუნების-მეტყველო მეცნიერების კანდიდატის ხარისხით და სწავლის გაგრძელების მოტრფიალეს ლებულოზენ მესამე კურსზე მედიკო-ქირურგიულ აკადემიაში, რომელიც დაასრულა 1880 წ. დეკემბერში და დაინიშნა ტფილისის სამხედრო ჰოსპიტალის ორდინატორად.

1885-1892 ანფიმოვი არის სამხედრო-საექიმო აკადემიის ორდინატორად, ასისტენტად და დისერტაციის დაცვის შემდეგ — დოცენტად. 1892 წ. მას ირჩევენ ფსიქიატრიის და ნევროპათოლოგიის პროფესორად ტომსკის უნივერსიტეტში. 1895 წელში ის გადადის პროფესორად ხარკოვში, სადაც რჩება 1919 წლამდე; ამ წელში იგი პროფესორ მალენიუკის მოწვევით ჩამოდის ტფილისში და ლექციებს კითხულობს ამიგრ-კავკასიის უნივერსიტეტში, ხოლო 1920 წ. იგი იყო არჩეული სახ. უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მიერ ნევროპათოლოგიის კათედრის გამგედ, რომელსაც 1925 წ. განაგებდა; მის შემდეგ იგი იყო დატოვებული სახ. უნივერსიტეტის მიერ დამსახურებულ პროფესორის თანამდებობაზე.

პროფესორი ანფიმოვი, პროფ. ზერუიევსკის უნიჭიერესი მოწაფე და აკადემიკოსი ზენტერეფს ამხანაგი, წარმოადგენდა დიდ მეცნიერს ნევროპათოლოგიისა და ფსიქიატრიის დარგში. მისი შკოლიდან, გარდა ურიცხვი მოწაფეებისა, რომელთაც კავშირის სხვადასხვა ქალაქებში უკავიათ საპატიო ადგილები ნევროპათოლოგიასა და ფსიქიატრიაში, გამოვიდა მთელი წყება პროფესორებისა: დევკოვსკი, პოპოვი, პლატონოვი, ძერუინსკი, ყიფშიძე და მისი შვილი ანფიმოვი.

პროფ. ანფიმოვის კალამს ეკუთვნის 60 მეტი შრომა, რომელთა შორის ზოგიერთები წარმოადგენენ მეცნიერებისთვის დიდ განძს, ასეთებს ეკუთვნის: „О гальванической реакции двигательных нервов человека, при включении в цепь больших сопротивлений“, „о сосудодвигательных нервах“, „об изменениях в центральной нервной системе при лакировании кожи животных“ (დისერტაცია), „периодическая ленность и периоди-

ческие психозы“, „о периодических нервных и душевных расстройствах в связи с возможными теллурическими и космическими влияниями лучистой материи“ და მთელი წყება წერილებისა, „о психологии и психопатологии сознания“, „самознание и личность“. ამ შრომებს პროფ. **Россоломо, Танушкин-ი, Хорошко, Канабих-ი, ღ მინორ-ი** შემდეგი სიტყვებით ახასიათებენ: „ამ შრომებში პროფ. **ი. ა. ანფიმოვი** ან კიდევ 48 წ. წინეთ ექსპერიმენტალურ გამოკვლევებს აწარმოებს ახლანდელ მოდურ თემაზე კემეტატურ ნერვიულ სისტემას ფუნქციაზე, ან პირველი ადასტურებს მიკროსკოპიულ ცვლილებებს ნერვიულ უჯრედებისას კანის გალაქვის დროს, ან 35 წ. წინეთ იგონებს ორგინალურ რეოსტატს, რომელიც წარმოადგენს ძლიერ საინტერესო ხელსაწყოს ახლანდელ იონოთერაპიის მხარეებისათვის, ან იჩენს დიდ სიღრმეს და გამჭრიახობას პსიქოლოგიის დარგში, ან და ბოლოს, თავის კლინიკურ ინტუიციის და ღრმა დაკვირვების მეოხებით მან დაასწრო რამოდენიმე წლით ცნობილ მოძღვრებას გამოჩენილ **კრეპლინისას** მანიაკალურ-დებრესიულ პსიქოზზე თავის მოძღვრებაში პერიოდული ნევრასტენიაზე“. აღსანიშნავია აგრედვე ის გარემოება, რომ პროფ. **ანფიმოვი**, ამ უკანასკნელ ხანში, ძიუხედავთ ხნოვანობისა, თავის მსმენელებზე დიდ შთაბეჭდილებას სტოვებდა მოქარგული, პოეტურ ფორმებში ჩამოსხმულ და ფრიად შინაარსიანი ლექციებით. ამ ცხრა წლის განმავლობაში მან ათი შრომა გამოაქვეყნა, და თავის სახელმძღვანელოს გადამუშავებაზედაც ის საკმაო ენერგიას ხარჯავდა. გარდა ამისა იგი აგრეთვე საზოგადოებრივ მუშაობასაც ეწეოდა. ხარკოვში დიდხანს იყო „общество научной медицины и гигиены“-ს თავმჯდომარედ, ტფილისში ერთ ხანს თავმჯდომარეობდა კავკასიის საექიმო საზოგადოებას, იგი იყო საპატიო წევრი საქ. საექიმო საზოგადოების ნაციონალურ უმცირესობისა, სექციისა და ჯანსახკომის სამეცნიერო საბჭოს წევრი.

თავის 50 წლის საექიმო-სამეცნიერო მოღვაწეობიდან 15 წელი განსვენებულმა საქართველოში გაატარა, იგი მას შეეთვისა და გადაწყვეტილი ქონდა დარჩენილი დღეებიც აქ გაეტარებია. *)

განშორდა სიცოცხლეს და პოვა მუღმივი საყუდარი ქართველ მოღვაწეთა პანთეონში ნევროპათოლოგიის და ფსიქიატრიის ერთ-ერთმა გამოჩენილმა მოღვაწეთაგანმა. მან განვლო გრძელი, სახელოვანი გზა, ლამაზათ და შინაარსიანათ გაატარა პროფ. **ანფიმოვმა** 78 წელი.

*) განზრახული იყო ამ მოკლე დროში მისი 50 წ. სამეცნიერო მოღვაწეობის ფართეთ აღნიშვნა, მაგრამ სამწუხაროდ ეს მას არ დასცალდა.



პროფ. ვარაზი მ. და აბესაძე ნ.

მელანიის შესახებ.

(ს. ჯ. ს. კ. ტროპ. სნეულ. ინსტ. ქიმიურ ბიოლოგიურ განყოფილებიდან).

მელანიის ამჟამად თითქმის ყველას მიერ ენდოგენურ აუტოხტონიურ პიგმენტად ითვლება.

მელანიის შესწავლა ეხლა სამი მიმართულებით სწარმოებს: 1) უჯრედის რა ნაწილიდან წარმოიქმნება მელანიი, 2) სხეულის ყველა უჯრედები წარმოქმნიან მელანინს თუ რომელიმე განსაკუთრებული ჯგუფი უჯრედებისა, და 3) რა პროცესის შედეგია და რა შემადგენლობისა იგი.

ზოგის აზრით მელანიი წარმოიქმნება უჯრედის ბირთვიდან (Salkowsky's Herkheimer, K. M., Natham, E., Meirowsky, Szily, Bloch, Mieschler, Smith) - ზოგის აზრით კი—ც-ტოპლანშიდან ან მიტოხინდრიებიდან და სხვა. გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ მასში არის ორგანიულად შეკავშირებული ფოსფორი. ამის გამო შესაძლოა, უჯრედის ბირთვი თავის შემადგენლობით მონაწილეობას იღებს მელანიის წარმოქმნაში. ყოველ შემთხვევაში საკითხი, თუ უჯრედის რომელი ნაწილი ღებულობს მონაწილეობას მელანიის გამომუშავებაში, ჯერ-ჯერობით არ არის სრულად ამოწურული. მელანიი, როგორც ცნობილია, განირჩევა ორგანიზმის სხვა პიგმენტებისაგან თავის ზოგიერთ ფიზიკურ-ქიმიურ თვისებებით 9) მის გამომუშავების უნარს აწერენ მეზენქიმურ უჯრედების განსაზღვრულ ჯგუფს, ე. წ. „მელანობლასტებს“; იმ უჯრედებს კი, რომლებშიც მელანიის მარცვლები გროვდება, ფაგოციტოზის საშუალებით დაერქვათ „ქრომატოფორები“. 10) „მელანოფორები“ კი წარმოსდგებიან „მელანობლასტებისაგან“. 11) Lubarsch-ი ეჭვობს, პიგმენტური უჯრედები წარმოიქმნან რომელიმე სხვა ქსოვილიდან, გარდა ებითელურისა და, თუ ისინი შეხვდებიან სხვა ადგილას, უნდა ვიფიქროთ მეტასტაზზე თუ გინდ Newus pigmentosus-იდან, 12) მაგრამ საგულისხმეოა ისიც, რომ Kornfeld-ის დაკვირვებებით ერთ სახის ბაყაყებზე (Laubfröscha), რომელიც ჭუპრის ხანაში მდიდარია (საერთოდ Anures) ტიპიურ მელანოფორებით, მოზრდილის ეპიდერმისი კი თავისუფალია პიგმენტისაგან. ამის მიხედვით ხსენებული ავტორი ფიქრობს, რომ ყველა მელანოფორები გადადიან ეპიდერმისიდან კორიუმში. 13) მანვე შეამჩნია გადასვლა ხსენებულ უჯრედისა ეპიდერმისიდან კორიუმში ბაყაყის (Rana tempor.). გვიანი ჭუპრის ტყავში 14) Gerard-ი რსენებულ თვალსაზრისით აწარმოებდა დაკვირვებებს კატის ძუძუებზე, რომელშიც არის ბევრი პოლიენდრიული პიგმენტისანი უჯრედები. ისინი ლაგდებიან სხვადასხვა რაოდენობით ინდივიდის მიხედვით შემაერთებელ ქსოვილში. არის ამგვარ უჯრედების ორი ფორმა, რომელიც ერთი მეორეში გადადის (ფორმის მიხედვით). მათ განსაზღვრულ პერიოდში აქვთ ამებურ-მოძრაობის უნარი და შეიჭრებიან რძის საკლის ეპითელიუმში და ძვით ჯირკვალში, სადაც ისინი, ავტორის აზრით, განიცდიან გადაგვარებას. 15) მრავალი სხვა დაკვირვებებიდანაც გამომდინარეობს, რომ მელანიისანი უჯრედები მხოლოდ მეზენქიმალურნი არიან (Schmiedt, W. J., 16) და სხვა. ჩვენ მიერ დასმულ საკითხისათვის უნდა ვაღვიაროთ, რომ როგორც ცნობილია, მელანიის გამომუშავება სწარმოებს უჯრედზე ზოგიერთ პირობების გავლენით. მაგალითად სინათლის სხივის გავლენით მატულობს პიგმენტი ტყავში. ეს შეუძლებელია აიხსნას მარტო ქრომატოფორების გაგანაირებით, როგორც ფიქრობენ Pribram-ი, Kudb. 17) მაგრამ მთავარი ყურადღება ექცევა იმას, რომ მელანიი უჯრედის რომელი ნაწილიდანაც უნდა წარმოიქმნას, მოითხოვს განსაკუთ-

რებულ თვისების სხეულს და მის დაჟანგვას. მელანიის წარმოქმნის მექანიზმში ფერმენტატიული ხასიათი დაბეჯითებით აღნიშნეს O. Fürth-მა და E. Jerusalem-მა. 18) ძირითად სხეულად სთვლიან ტიროზინს, რომელიც ფერმენტის საშუალებით გადადის მელანიინად. ამ ფერმენტს ეწოდა სახელად „ტიროზინაზა“. ამგვარ ფერმენტის აღმოჩენა უჯრედში შესაძლებელი გახდა Bloch'-ის Dopa-რეაქციის საშუალებით. 19) ხსენებული რეაქციის სპეციფიკობის და გამოყენების საკითხმა დიდი კამათი გამოიწვია, მაგრამ ერთი უტყუარად უნდა ჩაითვალოს: უჯრედში არის ფერმენტი, რომელიც ახდენს გავლენას 3—4 Dioxypyphenilalanin'-ზე და გადაჰყავს იგი ფერად სხეულად, რომელიც წყალში არ იხსნება. მასასადამე უჯრედში არსებობს Bloch'-ის რეაქციის მიხედვით „Dopaoxydasa“. Fürth'-ი ხსენებულ სხეულს სთვლის იმავე „ტიროზინაზად“, რომელიც მან წამოაყენა. აქედან გასაგებია, რომ უჯრედში უნდა იყოს სხეულები, რომლებიც ხსენებულ Oxydas-ის გავლენით გადაიქცევა მელანიინად. სეთ სხეულებად სთვლიან ციკლიურ შენობის ცილის დერივატებს და განსაკუთრებით ტიროზინს და ტრიპტოფანს. ისინი შეიძლება წარმოიქმნან თვით უჯრედის ცილიდან, მაგრამ არის შესაძლებლობა, რომ უჯრედი ხსენებულ სხეულებს (გერმანელების Vorstufe) მიიღებს გარედან გარემოცულ სითხისაგან და თავის „ოქსიდაზის“ გავლენით გადაამუშავებს მელანიინად (Moncorps 21).

გენეზის თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს მელანიის ქიმიურ შემადგენლობას, მაგრამ მისი გამოყოფა სუფთად ძნელია. რამდენად Salkowsky'-მ თავის მეთოდით მიიღო მიზანი, ამის შესახებ მომავალი გვეტყვის. აქამდის წარმოებულ ქიმიურ ანალიზები მელანიის შესასწავლად არ გვარწმუნებენ მის სისუფთავეში. ამით აიხსნება, რომ ერთიდაიგივე სახის მელანიინი, მაგალითად მელანიან სიმსიენიდან სხვადასხვა მკვლევარების ხელში სხვადასხვა შედეგს იძლევა. თუმცა ამ განმარტებებმა გამოარკვეეს სრულებით, რომ მელანიინი წარმოიქმნება ცილიდან და მის დერივატებიდან. საჯულისბიეროა ის, რომ ტიროზინი in vitro დაჟანგვის დროს იძლევა სხეულს, რომელიც უდგება მელანიის თავის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებით (Fürth) საერთოდ ხსენებული თვისება აღნიშნულია არაომატიულ რიგის სხეულებში, რომლებიც ახლო მდგომარეობაში ზემოხსენებულთან. ამგვარ სხეულს Mulden'-მა უწოდა სახელად ჰუმინი. მრავალი ავტორის აზრით ეს მოვლენა ანალოგიურია მელანიის წარმოქმნასთან, მხოლოდ ამ შემთხვევაში „ტიროზინაზის“ ან „დოპაოქსიდაზის“ როლს თამაშობს სიმყავის მაგარი ხსნარი. ამიტომ ჰუმინებს ცილიდან უწოდებენ „მელანიოიდისს“. ზოგიერთ არააზოტოვან ნივთიერებებიდან სიმყავის და სითბოს გავლენით იღებენ სხეულს, რომელიც აგრძედე წააგავს ზემოხსენებულ ნივთიერებას, მაგალითად შაქარს (Hoppe-Seyler). Eller'-მა და მისმა თანამშრომლებმა მიიღეს დაჟანგვით ჰუმინის მყავები ჰიდროქსინოიდიდან, ქინონიდან, ბრენცკატეხინიდან, ფენოლიდან, რომლებსაც აქვთ ისეთივე თვისება, როგორც ნატურალურ (ცილიდან) ჰუმინებს. ამიტომ ის ფიქრობს: ნატურალურ ჰუმინებში აზოტი შედგება უსუფთაობის — შერეულია. — 22) აზოტის არსებობა მელანიის და მელანიოიდის მოლეკულაში ჩვენის აზრით უნდა შეფასების ქვაკუთხედათ იყოს. ჩვენ არ შეგვიძლია მივემხროთ იმ აზრს, რომ ფერი და გახსნილობის უნარი ახასიათებენ სხეულებს მგზავსების თვალსაზრისით. სხეულების ქიმიურ შემადგენლობას ამ შემთხვევაში აქვს ამ მხრივ უმთავრესი მნიშვნელობა. აქედან აზოტი, როგორც დამახასიათებელი ამ სხეულებისა, მთავარ როლს თამაშობს.

ჩვენ მიერ ნაწარმოებ გამოკვლევებს აქვს ის მიზანი, რომ მივიღოთ რამე მაჩვენებელი ნიშანი ერთის მხრივ ნატურალურ ჰუმინებისა, ესე იგი მელანიოიდების და მელანიების ურთიერთობის და, მეორეს მხრივ თვით მელანიის წარმოქმნის რამე განმარტებისათვის.

უპირველეს ყოვლისა ჩვენ უდგებით ჩვენს გამოკვლევებს აზოტის როდენობის რყევის მხრივ, რადგანაც ყველა ამ სახის გამოკვლევებში ემჩნევა მათ აზოტით სიღარიბე ნატიურ ცილასთან შედარებით. 23) გენეტიურ თვალსაზრისით მიქცეულია ყურადღება შემდეგ ნივთიერებებზე: რკინა, ფოსფორი და

პროფ. ვარაზი ვ. და აბესაძე ნ.

გოგირდი, რადგანაც ესენი ახსიათებენ ზოგიერთ ცილებს, საიდანაც შეიძლება წარმოიქმნას მელანინი.

საერთოდ მიღებულ ჰუმინებს და მელანინებს გამოვყოფდით ადსობრციული მეთოდით (Warasi. W.) 24); მხოლოდ ამაში შევიტანეთ კიდევ ერთი მომენტი: მიღებულ ნივთიერებას კვლავ ვხსნიდით 5% ტუტეში (NaOH) და ფილტრში გატარების შემდეგ ვლექავდით გოგირდ-მჟავათი. მიღებული ნალექი ირეცხებოდა გამოხდილი წყლით, სანამ გოგირდ-მჟავაზე რეაქცია არ მოისპობოდა. შემდეგ მუშავდებოდა სპირტით, ეთერით და სხვა.

სხეულის ის ნაწილები, რომელიც რჩებოდა ხსნარში, ადსობრციის შემდეგ ილექებოდა სხვადასხვა საშუალებებით.

ბუნების შესწავლისათვის: აღებულია კვერცხის ცილა, რომელზედაც ვიმოქმედეთ კონცენტრულ მარილმჟავით, სითბოს გავლენით წყლის აბაზანზე. რამოდენიმე საათის შემდეგ დაშლა დამთავრდა და სითხე აორთქლდა; მიღებული თითქმის შავი ფერის ნივთიერება განვზავეთ წყალში. ნაწილი მისი წყალში გაიხსნა და ნაწილი დაილექა, რომელიც ფილტრზე მივიდეთ. გარეცხის შემდეგ იგი გავხსენით 5% ტუტეში და აქედან გამოვყავით და დავიმუშავეთ ისე, როგორც ზევით არის ნახსენები. ამრიგად მიღებული ნივთიერებების გახსნილობის თვისებები სჩანს მოყვანილ ცხრილიდან:

ც ხ რ ი ლ ი № 1.

გამხსნე- ლები	HCl კონც.	HNO ₃ კონც.	H ₂ SO ₄ 20%	ძმრის მჟავა კონც.	NaOH 50%	NH ₃	შენიშვნა
შედგეი	—	—	—	+	+	+	1 ^o ოთახისა

სპექტრი ამ სხეულის ხსნარისა გაურკვეველია და დიფუნდიური, რომელიც იწყება D და E'-ს შუა.

აზოტის რაოდენობა გამოკვლეულია კიელდალის მეთოდით. მიღებულ სხეულში და სპირტი და ეთერით დამუშავების შემდეგ გამხმარ კვერცხის ცილაში, აღმოჩნდა.

ჰუმინში (კვერცხის ცილიდან) N 9, 8%
 კვერცხის ცილაში N 15, 2%

როგორც დავინახავთ შემდეგში, მიღებული სხეული თავის თვისებებით ახლოს უდგება მელანინს. ამასთან აზოტის რაოდენობა ნათლად გვიჩვენებს, რომ ეს ელემენტი ბევრად ნაკლებია მასში, ვიდრე მის წარმომქმნელ ნივთიერებაში.

ქსოვილის ცილიდან ჰუმინის მისაღებად აღებულია ღვიძლი (ლორისა), რომელიც წმინდათ აიკება და შემდეგ დამუშავდა კონცენტრირული მარილ-მჟავათი. მიღებული სხეული წყალში იქმნა განზავებული. წყალში გაუხსნელი ნა-



ლექი გადმოტანილია ფილტრზე და გარეცხის შემდეგ, გახსნილი 5% ტუტეში; აქედან გამოყოფილია ადსორბციით და დამუშავებულია. ამას აღვნიშნავთ— ჰუმინი I. წყალში გახსნილად დარჩენილი ნივთიერება K_2SO_4 მაძლარი ხსნარის გავლენით დაილექა, რომელსაც აღვნიშნავთ, როგორც— ჰუმინი II. ნაწილი წყლის ხსნარისა დატოვებულ იქმნა და რამოდენიმე დღის შემდეგ თავისით დაილექა, რომელსაც აღვნიშნავთ— ჰუმინი III. ყველა ეს სხეულები მასაში შავი ფერისანი არიან, მიკროსკოპის ქვეშ ისინი მუქი წაბლის ფერისანი არიან. ამ სხეულების გახსნილობის თვისება მოყვანილია შემდეგ ცხრილში:

ც ხ რ ი ლ ი № 2.

გამხსნე- ლები	HCl კონც.	HNO ₃ კონც.	H ₂ SO ₄ 20%	ძმრის მჟავა კონც.	NaOH 5%	NH ₃	შენიშვნა
ჰუმ. I	—	—	—	+	+	+	t ^o ოთახისა
II	—	—	—	+	—	—	
III	—	—	—	+	+	+	

სპექტორი სამივე სხეულისა გაურკვეველი და დიფუნდიური აქვთ და იწყება D და E'-ს შუა.

H₂O₂ მათ აუფერულებთ.

აზოტის რაოდენობა გამოკვლეულია სამივე სხეულში და აგრეთვე ღვიძლიდან გამოყოფილ ცილაში, რაც მოყვანილია შემდეგ ცხრილში:

ც ხ რ ი ლ ი № 3.

სხეულები	ღვიძლის ცილა	ჰუმინი I.	ჰუმინი II.	ჰუმინი III.
აზოტის	16,3%	8,9%	12,5%	6%
რაოდენობა				

როგორც შემდეგში დავინახავთ მიღებული ნივთიერებებიც თავის თვისებებით უახლოვდებიან მელანინს.

აზოტი, როგორც მოყვანილ ციფრებიდან სჩანს, სამივე სხეულში ბევრად ნაკლებია, ვიდრე ცილაში. საგულისხმებია ისიც, რომ ჰუმინი II ილექება ნეიტრალური მარილის გავლენით და ჰუმინი III ილექება თავისით ძლიერ თანდათანობით დესტილარულ წყალში. ეს ნიშნები მიგვითითებენ მაზე, რომ ჰუმინი II თითქოს ალბუმინის თვისებას იჩენს და ჰუმინი III კი გლობულინისას.

მელანიის მისაღებად გამოვიყენეთ ხარის თვალი და შავი მატყლი. ხარის თვალებიდან გამოვიღეთ პიგმენტიური შრე და გავხსენით 5% ტუტის ხსნარში. აქედან იგი გამოვყავით ადსორბციულ მეთოდით. მიღებული მელანიი შავი-ყავისფერია, წარმოადგენს ფხვნილს. მისი ხსნადობის თვისებები შემდეგ ცხრილში:

ცხრილი № 4

გამხსნე- ლები	HCl კონც.	HNO ₃ კონც.	H ₂ SO ₄ 20% ₀	ძმრის მჟავა კონც.	NaOH 5% ₀	NH ₃	შენიშვნა
შედგვი	—	—	—	+	+	+	1 ⁰ ოთახისა

H₂O₂ გავლენით მელანიის ხსნარი უფერულდება.

სპექტორი მისი გაურკვეველი დიფუნდიურია; იწყება D და E'-ს შუა.

აზოტის რაოდენობა N 10%₀

ფოსფორი 0,9%₀

მელანიის ტუტოვანი ხსნარი სრულად არ გაჰყვა ადსორბენდს. ხსნარი ფილტრაციის შემდეგ განეიტრალებულ იქმნა მარილმჟავათი, რის შემდეგ ძლიერი თანდათანობით დაილექა პიგმენტი (უნდა ვიფიქროთ წარმოქმნილ ნეიტრალურ მარილის ზეგავლენით). ამ უკანასკნელის ხსნადობის თვისებები შემდეგ ცხრილში:

ცხრილი № 5

გამხსნე- ლები	HCl კონც.	HNO ₃ კონც.	H ₂ SO ₄ 20% ₀	ძმრის მჟავა კონც.	NaOH 5% ₀	NH ₃	შენიშვნა
შედგვი	—	+	—	+	+	+	1 ⁰ ოთახისა

ეს თვისებები თითქმის ისეთივეა, როგორც ზემოდმოყვანილისა, თუ არ მივიღებთ მის ზოგიერთ გადახრას მხედველობაში (აზოტის-მჟავაში იხსნება ნაწილობრივ).

H₂O₂ გავლენით უფერულდება.

მელანიი მატყლიდან მიღებულია შემდეგნაირად: გასუფთავებული მატყლი (გარეცხილი წყლით და საპნით და მერე სპირტით და ბენზინით) ჩაიყარა 5%₀ ტუტეში და წყლის აბაზანზე გათბობის შემდეგ დატოვებულ იქმნა 24 საათის განმავლობაში. მივიღეთ ყავის ფერი ხსნარი. ფილტრში გატარების შემდეგ ნაწილი (უდიდესი) დავიმუშავეთ ადსორბციული მეთოდით. მიღებული მელანიი იჩენს ხსნადობის შემდეგ თვისებებს:

ც ხ რ ი ლ ი № 6

გამხსნე- ლები	HCl კონც.	HNO ₃ კონც.	H ₂ SO ₄ 20% ₀	ძმრის მჟავა კონც.	NaOH 5% ₀	NH ₃	შენიშვნა
შედგე	—	—	—	+	+	+	t ⁰ ოთახისა

სპექტორი დიფუნდიურია და იწყება D და E'-ს შუა.

H₂O₂ გავლენით უფერულდება.

აზოტის რაოდენობა N 9,4%₀.

გოგირდი N 5,6%₀.

აღსორბციის შემდეგ ძირითად ხსნარში დარჩა გახსნილი მელანიანი. ხსნარის ნეიტრალიზაციის შემდეგ ნაწილი დაილექა. ამ უკანასკნელის გახსნილობის თვისებები სჩანს ცხრილიდან:

ც ხ რ ი ლ ი № 7

გამხსნე- ლები	HCl კონც.	HNO ₃ კონც.	H ₂ SO ₄ 20% ₀	ძმრის მჟავა კონც.	NaOH 5% ₀	NH ₃	შენიშვნა
შედგე	—	+	—	+	+	+	

გახსნილობის თვისება აქაც გადაიბრის რამოდენიმედ.

დანარჩენი თვისებები ისეთივეა, როგორც ზემოდ.

აზოტის რაოდენობა N 10,7%₀.

ერთია ყურადღების ღირსი. ძირითად ხსნარის ნაწილი დატოვებული იყო რამოდენიმე დღეს. ამ ხნის განმავლობაში მან დაჰკარგა დალექვის თვისება სიმჟავის გავლენით, რაც დასაწყისში მკაფიოდ იყო გამოხატული. თითქოს მოხდა დენატურალიზაცია ისე, როგორც ეს ხდება ცილაში.

ყოველივე ამას რომ თვალი გადავაგლოთ დავინახავთ შემდეგს:

ნატურალური ჰუმინები ძლიერ ახლოს უდგება მელანინს. როგორც ხსენებულ სხეულებში, ისე მელანინში დაკლებულია აზოტის რაოდენობა თვალსაჩინოდ, თუ შევადარებთ მის რაოდენობას ხსენებულ სხეულების წარმომქნელ ცილის აზოტის რაოდენობას. ცხადია, რომ აქ აქვს ადგილი აზოტის დაკარგვას, რასაც ჰყვება სხეულის ფერის და ზოგი ქიმიურ თვისებების ცვლა. გასაგებია, რომ აქ ცილის მოლეკულიდან სწყდება ამიდო-ჯგუფი, შეიერთებს რა წყალბადის ერთ მოლეკულას, წარმოიქმნება ამიაკი.

გამოკვლევებიდან ვიცით, რომ ტრიპტოფანი, მაგალითად, სიმჟავის გავლენით გადადის ორ სახის ჰუმინად; ერთი, რომელიც იხსნება სიმჟავეში, მეო-

რე, რომელიც არ იხსნება. ალდეჰიდის გავლენით პირველი ჰუმინი ჰკარგავს რაკიდევ თავის აზოტს, გადადის სიმჟავეში გაუხსნელ ფორმად. ჰუმინი, რომელიც სიმჟავეში იხსნება, შუიკავს 28—40% ტრიბტოფანის აზოტის რაოდენობისას, რომელიც არ იხსნება კი 3—8%. ტრიფტოფანის აზოტი გამოიყოფა ამ შემთხვევაში ამიაკის სახით 25). ცილის შემადგენელი ნაწილები და არომატიული შეერთებანი ყველაზე ადვილად იშლებიან და ჰუმინის წარმოქმნაში ამით ხსენებული ნაწილები თამაშობენ უმთავრეს როლს. ამით აიხსნება ის, რომ ამ გვართ მიღებული სხეული ჰკარგავს ცილის ფერად რეაქციების თვისებებს.

თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ მელანინი წარმოიქმნება აგრძელებ ცილიდან ფერმენტის, ანუ სხვა მომენტების გავლენით, შეგვიძლია Fürth'-თან ერთად ვაღვიაროთ, რომ ამ შემთხვევაში უმთავრეს როლს თამაშობენ ცილის ციკლიური შემადგენელი ნაწილები. ცხადია რომ ეს ხდება NH_3 გამოყოფით. ამას გვიჩვენებს აზოტის შესამჩნევი ნაკლებობა მელანინში უჯრედის ცილასთან შედარებით, რომლიდანაც იგი წარმოიქმნება. ის უჯრედის შემადგენელი ცილის ნაწილი, რომელიც დაჰკარგავს ამინურ ჯგუფს, გამოიცვლის ფერთან ერთად სხვა თვისებებსაც და უპირველეს ყოვლისა გახსნილობისას თვით უჯრედის პროტოპლაზმაში. ცხადია რომ აქ იცვლება წყალბადის იონების კონცენტრაცია. მართლაც მელანინი გადიხრის მჟავე რეაქციისაკენ, რომელიც ნათლად გამოხატული ცილასთან შედარებით. ეს შეიძლება ჰქმნის ფაზათა განწყობილების აზლას და ხდება მისი დალექვა. ამრიგად მელანინი უჯრედში წარმოიქმნება მარცვლების სახით.

როგორც იყო ნათქვამი, ასეთი გარდაქმნა ცილის მელანინად ხდება ფერმენტის საშუალებით, რომელსაც Fürth'-მა უწოდა „ტიროზინაზა“ და Bloch'-მა კი „დობაოქსიდაზა“. ჩვენ ვერ შეგვიძლია აქ შევეხოთ ვრცლად ამ საკითხს, მაგრამ უტყუარ ფაქტად უნდა ჩაითვალოს ასეთი „ოქსიდაზის“ არსებობა. საგულისხმებოა ფიზიკური მომენტები, რომლებიც ხელს უწყობენ მელანინის წარმოქმნას. მათგან სინათლის სხივის გავლენა ძლიერ თვალსაჩინოა. Neuberg'-ის და მის თანამშრომლების მიერ ვრცლად შესწავლილი მზის სხივების (როგორც პირდაპირი, ისე გაფანტული) გავლენა ამინო მჟავებზე in vitro და აღმოაჩინეს, რომ ამ შემთხვევაში გამოიყოფა NH_3 . 26). Fritz'-მა 27) შეისწავლა კვარცის ლამპის გავლენა ცილაზე და ნახა, რომ მჟავადის აღსორბცია ხდება მხოლოდ ტიროზინის და ტრიფტოფანის მიერ. იგინი ადვილად იშლებიან ამ სხივის გავლენით და წარმოქმნიან მელანინს. H_2O_2 საშუალებით შეიძლება შეჩერებულ ანუ შემცირებულ იქნას ტიროზინიდან მელანინის წარმოქმნა, რაც არ შეიძლება მივიღოთ ტრიბტოფანის დროს. (სხვათა შორის ავტორი ამ თვისებების წყალობით შესაძლებლად სცნობს ხსენებული ამინომჟავების რაოდენობა ცილაში კოლორიმეტრიულად იქმნეს გამორკვეული). ამ თვალსაზრისით სრულებით გასაგებია ტყავში პიგმენტის დაგროვება სხვადასხვა სინათლის სხივების გავლენით, მაგალითად, რენტგენის, კვარცის ლამპის, ელექტრონის ღუნის, მზის სხივების. უკანასკნელ ხანებში ძლიერ გავრცელებული მზის აბაზანების ჰმარება ზემოდაღნიშნულ თვალსაზრისით მოითხოვს სიფრთხილეს და კონტროლს.

რაც შეეხება მელანინის გენებს, უჯრედის ნაწილებიდან უნდა აღინიშნოს, რომ იგი წარმოიქმნება ყველა ცილიდან; უჯრედში კი, როგორც ბირთვიდან, ისე ციტოპლაზმიდან თუ არის შესაფერისი პირობები. ჩვენი გამოკვლევა გვიჩვენებს, რომ თვალის პიგმენტში არის ფოსფორი, რომელიც მხოლოდ ბირთვიდან უნდა იყოს, მაშასადამე თვალის მელანინის წარმოქმნაში მონაწილეობას იღებს უჯრედის ბირთვიც. წინააღმდეგ, მატყლის მელანინში ფოსფორი არ აღმოჩნდა, მაგრამ სამაგიეროდ არის გოგირდი შესამჩნევი რაოდენობით. ეს გვიჩვენებს, რომ ამ შემთხვევაში მელანინი გამომუშავდება მარტო ციტოპლაზმიდან.

მოკლედ ითქმის შემდეგი:

1. ნატურალური ჰუმინები (მელანოიდები) ძლიერ ახლოს დგანან თავის თვისებებით მელანინთან.
2. როგორც მელანოიდები, ისე მელანინი აღმოცენდება ცილიდან NH_2 და-კარგვით, რაც მოსდევს ცილის დაჟანგვის პროცესს.
3. ორივე სხეულში მთავარი როლი ეკუთვნის ცილის შემადგენელ არომატიულ ნაწილებს.
4. მელანინი უჯრედში წარმოიქმნება, როგორც ციტოპლაზმიდან, ისე ბირთვის შემადგენელ ნაწილებიდან.

ლიტერატურა:

1. Virchow, R.—Целлуляр. пат. (перев.), 2. Herxheimer, K., und Natham, E., Arch. f. Dermat. u. Syph. 123. 1916. 3. Meyerowsky, Münch. med. Woch. 1911, № 19.
4. Szily, A., Centrbl. f. allg Pathol. XXIII, 1912. 5. Bloch u. Ryhner, Zfreh. f. d. ges. exp. Med. V 1917. 199. 6. Mieschler, Klin. Wochenscr. 1922. № 4, 7. Smith, Bull. of Johns Hopk. hosp. Tq 31. № 353 1920. 8. Salkowsky, Virch. Arch. Bd. 228 1920. 9. Hüeck, W., Ziegler's Beitr. Bd. 54, 1912. 10. Mieschler, Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd 139, H 3, 1921. 11. Kismeyer. A., Hospitalshid. Jg 63 № 13 u. № 14, 1921.
12. Lubarsch. O., Med. Klin. Jg 16 № 8 1920. 13. Kornfeld, Anat. Anz. Bd 53 № 8/9 1920. 14. Derselbe, Verhandl. d. Zool Geselsch. Wien Bd 69, H 6—9, 1919. 15. Gerard, P., Cpt rendu des seances de la soc de Biol. Bd. 83 № 14. 1920. 16. Smidt, W. I., Anatom. Heffe Bd 58 I Abt. H 3, 1920. 17. Kudò, Takuyo, Arch. f. Entivckalungsgesch. d. Orgam'sm. Bd 50, H $\frac{1}{2}$ 1922. 18. Fürth und Ierusalem, Bioch. Ztsehr. Bd 10, 1907. 19. Bloch, B., Deut'rehe Arch. f. Klin. Med. 121. 1917. 20. Fürth, O., Wien. kl. Wochenschs. Ig 70 № 20, 1920. 21. Moncorps, M. m. W. 1924, № 30. 22. Euler, W., u. K. Koch, Ber. d. Deutseh. chem. Geselsch. Ig. 53 № 8. 1920. 23. Kestner, O., Chemic der Eiwei körper 1925 Braunschnieg. 24. Warasi, W., Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. Bd 32, 1927. 25. Holm, and Röss, A., jr, of the Americ. Chem. Soc. Bd. 42 № 11 1920.
26. Neuberg und Mitarb. B. Z. Bd 13, 1908, Bd 17, 1909, Bd 27 1910, Bd 29 1910, Bd 39, 1912, Bd 44 1912, Bd 61, 1914 u. s. w. 27. Fritz, L., B. Z. Bd 184, 1927.

Проф. Варази В., и Абесадзе Н.

О Меланине.

Авторы изучили меланоидины и меланины, Меланоидины они получали из яичного белка и из белка печени. Меланины извлекали из бычачьих глаз

WARASI W. und ABESSADZE N.

ÜBER den MELANINE

Verfassern haben die Melanoidine und Melanine studiert. Die Melanoidine erhielten sie von Eiereiweiss und von Eiweiss der Leber. Den Melanin teilten sie von den Rinderaugen

и из черной шерсти. Главное внимание обращено на количество азота в полученных веществах. Кроме того, в меланинах определяли железо, фосфор и серу. Они испытывали полученные меланоидины и меланины на растворимость, окисляемость и спектороскопически. На основании полученных результатов авторы заключают:

1. Меланоидины очень близко стоят по своим физико-химическим свойствам к меланинам.

2. Меланоидины а также меланины образуются отщеплением NH_2 группы. Это есть последствие окисления белка.

3. В обоих веществах главная роль принадлежит ароматическим частям.

4. Меланин в клетке образуется как из цитоплазмы, так и из составных частей ядра.

und der schwarzen Wolle aus. Die Haupttrucksicht haben sie auf dem Sticksfotoffgehalt gemacht. Ausserdem besimmten sie in diesen Stoffen: das Eisen, der Phosphor und der Schwefel. Sie haben die erhaltene Melanoidine und Melanine auf Losslichkeit, Oxydierung und spektororkopisch geprüft. Verfassern auf Grund der bekommenen Resultaten Zusammenfassen:

1. Die Melanoidine nühert sich sehr zu dem Melanine wegen Seiner physikalisch--chemischen Egensehaften.

2. Wie die Melanoidine ebenso die Melanine bilden sich durch N H_2 Entfernung; das ist die Folge der Oxydation des Eiweiss.

3 In beiden Stoffen gehört die Hauptrolle zum aromatischen Bestandteilen.

4. Die Melanine bildeth sich wie aus der Zitoplasma ebenso aus der Kerubestandteilen.

84. დიდუბულიძე

კლინიკის ასისტენტი

Whipple-ის მეთოდით პერნიციოზული ანემიის წამლობის საკითხისათვის*)

(შინაგანი პათოლოგიის და თერაპიის პროპედევტიკული კლინიკიდან.

გამგე პროფ. შ. მიქელაძე).

პერნიციოზული ანემიის ეტიოლოგიის და პათოგენეზის საკითხი დღეს-დღეობით, მიუხედავად მრავალი კლინიკური და ექსპერიმენტალური დაკვირვებისა, ჯერ კიდევ გამოჩვევის ხანაშია.

იგი დღესაც არ არის ჩამოყალიბებული, როგორც განსაზღვრული ნოზოლოგიური ერთეული, და მისი კლინიკური შესწავლა ჯერ კიდევ სემიოლოგიის ფაზას არ გასცილებია (G. Hayem). ბრიტანეთის ექიმთა კონგრესზე 1928 წ. L. Gulland-მა თავის საპროგრამო მოხსენებას პერნიციოზული ანემიის შესახებ შემდეგი სათაური გაუკეთა: „პერნიციოზული ანემია სიმპტომოკომპლექსი უფრო არის, ვიდრე ავადმყოფობა“. გაურკვევლობა ეტიოლოგიისა და პათოგენეზისა არის მიზეზი იმის, რომ ამ დაავადების წინააღმდეგ მოწოდებულია მთელი რიგი სხვადასხვა სახის და კომბინაციის თერაპიული საშუალებანი, როგორც მაგ.: რკინის პრეპარატები (Hayem, Боткин), მარილ მყავას დიდი დოზები (Hunter, Hurst), დარიშხანის დიდი დოზები (Neisser), კოლი-ბაცილის ავტოვაქცნია (Winterfeld), სეროთერაპია (Roger, Renonet Tixier), კეფირი (K. Faber), სისხლის გადასხმა (Weichsel Ziemssen, P. E. Weil), ინსულინი (Walynsky), რეტეკულო ენდოტელალიური სისტემის ბლოკადა კოლარგოლით (Otto Neu, Aubertin), კოლოსტომია (Seyderhelm), სპლენექტომია (Eppinger), თირკმლის ზედა ჯირკვლით წამლობა (Stephen, Арынкин) და სხვა.

მაგრამ, სამწუხაროთ, ყველა ეს საშუალებანი, ზოგიერთი მეთოდის გამოკლებით, რომლითაც ხანდისხან ოდნავ თერაპიულ ეფექტს ვიღებთ, სრულიად უძლურნი გამოდგენ პერნიციოზული ანემიის საწინააღმდეგოთ, და დიანოზი „პერნიციოზულ ანემიის“ ფატალურ დასკვნად ითვლებოდა უკანასკნელ ხანამდე.

ამიტომ გასაკვირველი არ არის, რომ უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში დიდი გამოხმაურება ჰპოვა სამკურნალო ლიტერატურაში ე. წ. Whipple-

*) მოხსენდა ქართ. ექიმთა საზოგად. სხდომას 25 XII—1924 წ..

ple-ის დიეტამ, რომელმაც, Seyderhelm-ის სტატისტიკით, პერნიციოზული ანემიით შეპყრობილ ორი ათას ავადმყოფებზე მხოლოდ 2% უარყოფითი შედეგი მოგვცა.

ვინაიდან ეს საკითხი ჩვენში ჯერ არ ყოფილა მსჯელობის საგნად, მოკლედ შევეხებით ზოგიერთ ძირითად დეტალებს.

ამერიკელი ფიზიოლოგები G. H. Whipple და Robsheit Robbins-ი 1920 წ. აწარმოებდნენ ცდებს სხვადასხვა საკვები ნივთიერებების გავლენის შესახებ სისხლის რეგენერაციაზე.

ამ მიზნით ისინი ძალღებზე იწვევდნენ ექსპერიმენტალურად, სისხლის გამოღებით, ანემიას და შემდეგ აძლევდნენ სხვადასხვა მედიკამენტებს და საკვებ ნივთიერებებს, და არაკვებდნენ, თუ როგორი იყო სისხლის რეგენერაცია. მრავალ გზის ცდების შემდეგ მათ დაასკვნეს, რომ დარიშხანა არავითარ გავლენას არ ახდენს სისხლის რეგენერაციაზე, უფრო საგრძნობ გავლენას ახდენს რკინა, მაგრამ ყოველ მოლოდინს გადააჭარბა ხარის ღვიძლის მიცემამ, რომლის შემდეგ სისხლის რეგენერაცია დიდის სისწრაფით მოხდა და მოკლე ხანში ნორმას მიაღწია. უფრო ნაკლები ინტენსივობით ასეთივე გავლენა მოახდინა თირკმელების და გულის მიცემამ.

1925 წ. თავის ცდების შემდეგ Whipple-ი სწერდა: „საფიქრებელია რომ ადამიანის ანემიების წამლობის დროს, ზოგიერთ საკვებ ნივთიერებას უფრო მეტი მძლავრი გავლენა უნდა ჰქონდეს, ვიდრე მედიკამენტებს“ (Mouzon). უნდა აღინიშნოს, რომ Whipple-მის მძიმე ანემიის დროს ლარის ემბრიონის ღვიძლი იხმარა Engel-მა 1898 წ. (K, Heymann); 1904 წ. M. Perrin-მა სცადა ღვიძლით ეწამლა ციროტიული ანემიები, მაგრამ სამწუხაროა მათმა პირველმა მოწოდებამ გავრცელება არ მიიღო.

1923 წ. Whipple-ის ექსპერიმენტალური გამოკვლევის შედეგი კლინიკაში გადაიტანეს ამერიკელებმა Gibson და Howard-მა და ინგლისელმა Hurst-მა, მაგრამ მათ არ მიიღეს შესაფერი შედეგი, რადგან სისტემატიურად არ გაატარეს იგი (Mouzon).

შესაძლებელია Whipple-ის ცდების შედეგი ამის შემდეგ ლაბორატორიუმის კედლებს არ გასცილებოდნენ, რომ არ ყოფილიყვენ გარვარდის უნივერსიტეტის კლინიციისტები Minot და Murphy, რომლებმაც 1926 წ. აგვისტოში გამოაქვეყნეს პერნიციოზული ანემიის 45 შემთხვევა, რომელთაც უმკურნალეს ღვიძლით და მიიღეს საუკეთესო შედეგები.

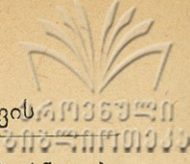
1928 წ. Minot და Murphy-ის შემთხვევათა რიცხვი უკვე 150 უდრის; დაკვირვების ხანგრძლივობა 3 თვიდან 3 1/2 წ. აღწევს.

ამ ავადმყოფთა რიცხვიდან მარტო 4 გადაიცვალა სხვა მიზეზით და არა ანემიით. Minot და Murphy-იმ ღვიძლით წამლობა იმდენად სპეციფიურად მიიჩნიეს, რომ თუ ოთხი კვირის განმავლობაში ღვიძლით თერაპიამ შედეგი არ მოიცა, მათის აზრით, პერნიციოზული ანემიის დიაგნოზი შემცდარად უნდა ჩაითვალოს.

Minot და Murphy შემდეგნაირად აგვიწერენ ღვიძლით გატარებულ წამლობის შედეგებს: 125 ავადმყოფიდან, რომელთაც ღვიძლი ეძლეოდათ 108 ავადმყოფს წამლობის დაწყების წინ ერთთროციტების რიცხვი 2,7 მილიონზე ნაკლები ჰქონდათ, საშუალოდ 1,5 მილიონი. წამლობის ერთი თვის ბოლოს ერთთროციტების რიცხვი საშუალოდ 3,36 მილიონს აღწევდა, ორი თვის შემდეგ 4.25 მილიონს და 4—6 თვის ბოლოს 4.65 მილიონს. ჰემოგლობინიც მატულობდა, მაგრამ უფრო ნელი ტემპით, რის გამო კოლორიმეტრიული ინდექსი ხანდისხან ნორმის ქვეით ჩამოდიოდა, როდესაც ერთთროციტების რიცხვი 4 მილიონს სცილდებოდა.

ერთთროციტების საშუალო დიამეტრი ნორმალური ხდებოდა, და ხან კი ნორმაზეც პატარა. ფირფიტების და ლეეოციტების რიცხვი მატულობდა. ნაღველის პიკმენტის ქარბი რაოდენობა პლაზმაში ისეთი სისწრაფით მცირდებოდა, რომ წამლობის 3 კვირის ბოლოს ნორმამდე ჩამოდიოდა.

125 ავადმყოფიდან, 119 ავადმყოფს ერთთროციტების რიცხვი 4 მილიონზე მეტი ჰქონდათ. წითელი ბურთულების მზრივ მე 4—7 დღიდან იწყება რეტაკულოციტების სწრაფი ზრდა ე. წ. „რეტაკულოციტების კრიზისი“, რომელიც ძლიერ კარგ ნიშნად ითვლება ღვიძლის მოქმედებისათვის. რეტაკულოციტების რიცხვი ცვალებადობს მიღებულ ღვიძლის რაოდენობასთან ერთად.



თად, რაც, Minot-ს და Murphy-ის აზრით, მაჩვენებელია იმის, რომ ღვიძლით მკურნალობა აძლიერებს, ხელს უწყობს ახალგაზრდა, პრიმიტიულ წითელ ბურთულების დამწიფებას. ანი-ზოციტოზი და პოიკილოციტოზი მცირდება. სეკმენტ ფორმიანი ნეიტრაფილების რიცხვი მატულობს და ბოლოს წშირად არის ეოზინოფილიაც, რომელიც 20% აღწევს ზოგიერთ შემთხვევაში.

თააბრად უმჯობესდება აგრეთვე ზოგადი კლინიკური მოვლენებიც: ავადმყოფს ძალა და ხალისი ემატება და მადა მოსდის თითქმის პირველ დღეებიდან. ენის მოვლენები, ფალარათობა, ანემიური გამოხატულება თანდათან ჰქრება, და ორი თვის შემდეგ ავადმყოფი სრულიად გამოჯანმრთელებული ხდება. თუ ავადმყოფს სიცხე ჰქონდა, იგი ჰქრება პირველ ათდღეშივე, ტკივილები ძვლების, და გულის მოვლენები აღარ აწუხებს. მხოლოდ რაც შეეხება ახლორპიდორიას, იგი უცვლელი რჩება. Minot და Murphy-იმ 20 ავადმყოფზე მოახდინეს დაკვირვება და კუჭის სეკრეციის მხრივ ვერავითარი ცვლილება ვერ ნახეს.

ასეთივე უცვლელი რჩება ნერვული მოვლენებიც, თუმცა პროცესის წინსვლაც აღარ სწარმოებს.

Minot და Murphy-ის კლინიკური დაკვირვებანი პერნიციოზულ ანემიან ავადმყოფებზე მიღებული შედეგების მხრივ ფრიად საკულისხმიეროდ უნდა ჩაითვალოს, რადგან ეს შედეგები მთელ ეპოქას ჰქმნიან თერაპიაში (Ordway და Gorham) და ის გამოხმაურება, რომელიც ჰპოვა ამ მეთოდმა მკვლევართა შორის სრულიად დამსახურებულია.

ამერიკაში მთელი რიგი კლინიკური დაკვირვებებით (Brill, Goldbloom, Barach, Sopfngton, Mugrave, Coner და სხვები) მთლიანად დადასტურდა Minot და Murphy-ს შედეგები.

ევროპაში Whipple-ს დიეტა პირველად იხმარა ბელგიელმა კლინიციტმა A. Lemaire-მა. 1927 წ. თებერვალში მან ბელგიის საექიმო აკადემიაში წაიკითხა მოხსენება, რომელიც შეეხებოდა 10 ავადმყოფის მკურნალობას; შედეგები: სრული კლინიკური გაჯანმრთელება, ერთროციტების რიცხვის ნორმამდე მიღწევა. Lemaire-მა მხოლოდ მაინც აღნიშნა, რომ მიუხედავად კლინიკური გაჯანმრთელებისა, ზოგიერთი ჰემატოლოგიური ნიშნები პერნიციოზული ანემიისა მუდამ აღენიშნებოდათ ავადმყოფებს.

საფრანგეთში Aitoff-მა და Loewy-მ პირველად გამოაქვეყნეს ორი შემთხვევა კარგი შედეგებით 1927 წ. აპრილში, შემდეგ მოჰყვა მთელი რიგი დაკვირვებებისა სხვა ავტორებისაც (Crouzon, P. Mathieu et G. Dreyfus, Rathery et Maximin, P. Emil-Weil L. Blum et Carlier, V. Caularet და სხვები).

ავსტრიაში ეს მეთოდი პირველად იხმარა Pal-მა 1927 წ. ივნისში, შემდეგ Luger-მა, Saxl-მა Goldstern-მა, Jagic-მა, Kutshera-მ და სხვებმა. განსაკუთრებით აღსანიშნავია Kutschera-ს შემთხვევა, რომელიც ერთგვარ ტრიუმფს წარმოადგენს ღვიძლით თერაპიის საკითხისათვის.

გერმანიაში პირველი დაკვირვებანი ეკუთვნიან Morawitz-ს, Seypharth-ს, Rosenow-ს, Schottmüller-ს და Seyderhelm-ს 1927 წ.

რუსეთში Whipple-ის მეთოდი პირველად იხმარა Я. Этингер-მა 1928 წ. უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა მკვლევარებმა Minot და Murphy-ს დაკვირვება თითქმის უცვლელად დადასტურეს, ზოგიერთი უმნიშვნელო დეტალების გამოკლებით. როგორც თერაპიული საშუალება, ღვიძლით თერაპია არავითარ გართულებებს არ იწვევს, თუმცა აწერილია ჰიპერტენზია ერთრემიით (Pal) და მცირედი ურემია (Huston, Pagniez). უკანასკნელ ხანებში პერნიციოზული ანემიის ღვიძლის დიეტით მკურნალობას ზოგიერთმა ავტორებმა დაუმატეს ერგოსტერინი (Seypharth, Rosenow, Pal), ინსულინი Walinsky-ს წესით (P. E. Weil), საკვები ღვიძლის ულტრაისფერ სხივებით გასხივება (Kutschera) და ამნაირი კომბინაციით ისეთივე შედეგი მიიღეს, როგორც მარტო ღვიძლით თერაპიის დროს.

Minot-ს და Murphy-ს მიერ მოწოდებული ნუსხა დიეტისა შემდეგია: 120—240 გრ. ხარის ან ხბოს მონარული ან შემწვარი ღვიძლი, 120 გრ. ძროხისა ან ცხვრის ხორცი, არა ნაკლებ 300 გრ. ბოსტნეული, განსაკუთრებით ისპანახი და სალათა. 250—500 გრ. ხილეული (ჭერამი, ატამი, მოცხარი, ფორთხალი, ყურძენი).

გ რ. დიდებულისძე

ლიტრის მეოთხედი რძე, კვერცხი 1 ცალი, პური. საერთო ჯამი: 135 გრ. ცილა, 340 გრ. ნახშირწყლები, 70 გრ. ცხიმები (ცხიმები საერთოდ ძალიან ცოტა).

სულ 2500—3000 კალორია (Rosenow-ით და Mouzon-ით).

უკანასკნელ ხანებში Minot და Murphy ხაზს უსვამენ თანაბრად ცხიმებთან აგრეთვე ნახშირწყლების შემცირებასაც, რადგან ნახშირწყლების მიცემის დროს სისხლის რეგენერაცია ისე აქტიურად არ ხდება.

1927 წ. Minot-მ ქიმიკოს Cohn-თან ერთად ღვიძლიდან გამოიყო მომქმედი აქტიური ფრაქცია „G“, რომელიც ისევე მოქმედობს პერნიციოზულ ანემიაზე, როგორც ღვიძლი. ფრაქცია „G“ იხსნება წყალში, ილექები ალკაოლით, არ იხსნება ეთერში და აცეტონში; ბიურეტის რეაქციას არ იძლევა, არ შეიცავს ცხიმებს და ლიპოიდებს. შეიცავს აზოტს 7% და რკინის და გოგირდის ნიშნებს (Mouzon). უკანასკნელ ხანებში მიღებული პრეპარატი უფრო მდიდარია აზოტით და სრულიად არ შეიცავს რკინას, მასში არის ვიტამინი B.

ექსტრაქტის მომქმედი ძალა დამოკიდებულია არა ვიტამინ B-ზე, არამედ ან პოლიმექტიდებზე ან აზოტოვან ფუძეებზე (Minot, Murphy და Cohn).

მიღებული ექსტრაქტი Minot-მა და Murphy-მ გაატარეს 25 პერიციოზული ანემიით დაავადებულ ავადმყოფზე ისეთივე შედეგებით. ექსტრაქტის კარგი მოქმედება დაადასტურეს მთელმა რიგმა სხვა მკვლევარებმაც (Ordway და Gorham, Schilling, Seyderhelm და Oplitz, Jsaacs, Sturgis და Smith-მა, Pal-მა და სხვა). ღვიძლის ექსტრაქტი „Hepatrat“-ი უდრის მთლიან ღვიძლის 2—1¹/₂%, ისე რომ ფხვნილის 7,5 „Hepatratum siccum“ ან სითხე „Hepatratum Liquidum“ 80,0 უდრის ღვიძლის 400,0—500,0. გერმანიაში, Seyderhelm-ის წინადადებით, ჰამბურგში მზადდება ასეთივე Hepatrat-ი. Schottmüller-ის წინადადებით, Promonta-ს ფორმამ დაამზადა ღვიძლის ფხვნილი Hepatopson. ვენაში Pal-ის წინადადებით, ქიმიკოსი Strosius-ი Sannaba-Chinoin-ის ფორმაში ამზადებს ექსტრაქტს „Procythol“. „Procythol sic. pul“. 20,0=1 კგ. ღვიძლს „Procythol liquidum“ 100,0=1 კგ. ღვიძლს.

საფრანგეთში Rolland-ის ლაბორატორია ამზადებს ღვიძლს ამბულეში „Hepatrol“ ერთი ამბულა=125,0 ღვიძლს.

ღვიძლის ექსტრაქტის დამზადება ერთგვარი გამარჯვებაა ღვიძლის თერაპიული მოხმარებისათვის, ვინაიდან იგი უფრო ადვილი სახმარია, მისი სწორი დოზირება შესაძლებელია და, რაც უმთავრესია, ავადმყოფებისათვის, რომლებიც ხშირად ზიზღობენ ღვიძლის ჭამას, ადვილი ასატანია.

სულ ბოლო დროს H. Pulfer-ი გვირჩევს, რომ, თუ ავადმყოფმა ვერ აიტანა ღვიძლი per os, მაშინ შესაძლებელია მიეცეს per clisum—და მიღებული შედეგი, რომელსაც იგი ასწერს სრულიად დამაკმაყოფილებელია.

დიეტას, რომელსაც ჩვენ ვხმარობდით ჩვენი ავადმყოფების მკურნალობის დროს, შემდეგი იყო: ავადმყოფი იღებდა ჩვეულებრივ ჩვენში არსებულ საავადმყოფოს საკმელს და 200,0 ღვიძლს, რომელსაც ვამზადებდით შემდეგნაირად: ღვიძლს ვასხამდით მღულარე წყალს და 5 წუთის განმავლობაში ეთუთქამდით, შემდეგ ვატარებდით ხორცის საკებად მანქანაში, რომელსაც ჩაგრეცხვდით ხოლმე რძევე წყლით და ამრიგად ვიღებდით მოსქელო ფაფას, ვაყრიდით ცოტა მარილს და ხანდისხან მშვანილს. ღვიძლის მიცემამდის, ავადმყოფს წინააღმდეგ ვუხსნიდით ღვიძლის მიღების მნიშვნელობას მათ მკურნალობის საქმეში. შემდეგ ავადმყოფები უფრო მეტის ხალისით სჭამდნენ ნახევრად უმად მომზადებულ ღვიძლს. 1928 წ. თებერვლიდან 1929 წ. იენისამდე პროფ. შ. მიქელაძის კლინიკაში გაიარა პერნიციოზული ანემიით დაავადებულმა 7 ავადმყოფმა, ამათგან ერთი ავადმყოფი მოყვანილი იყო in extremis, სადაც ღვიძლის მიცემა ვერ მოხერხდა, ერთი ავადმყოფი ოჯახური მიზეზების გამო, ღვიძლის მიცემის შემდეგ



მე-8 დღეს გაეწერა კლინიკიდან; ჩვენ გავატარეთ ღვიძლით მკურნალობა 5 პერნიციოზულ ანემიან ავადმყოფზე და ერთს მძიმე სპლენომეგალიურ ჰემოლიტიურ ანემიაზე. მოგვყავს ძლიერ მოკლეთ შემთხვევათა ისტორიები:

შემთხვევა I. ხ—შვილი ნასყიდა. 47 წლის, მამაკაცი, მიწის მუშა, შემოვიდა კლინიკაში. 24/V—28 წ. უჩივის ტკივილებს მუცლის არეში, ფალარათობას და სისუსტეს. ავად არის მესამე თვეა. აღნიშნავს ტკივილებს გულის მკერდის ძვლის არეში. ცხოვრების პირობები კვების მხრივ ცუდი. ობიექტურად: კანი მშრალი, მოყვითალო ჩაღის ფერის, ლორწოვანი გარსები ფერმკრთალი, კონიუნქტივა ოდნავ იქტერული, ბრტყელი ძვლები მტკივანი ხელის დარტყმის დროს, $t=37^{\circ},1$; წონა 63,5 კილო. ფილტვები ნორმა, გულის მხრივ მწვევრავალზე ნაზი სისტოლიური შუილი, საუღლე ვენაზე ბზრიალის ხმა. ენა სველი, სადაც ატროფიული. ელენთა და ღვიძლი ოდნავ გადიდებული, უმტკივნელო.

კუჭის წვენი: საერთო სიმჟავე 0. თავისუფალი HCL—O, რძის მჟავა და სისხლი არ არის. განავალი ტუტე, თხელი, სისხლი და ლორწო არ არის. პარაზიტების კვერცხები არ არის. სისხლი: Hb=38% (Sahli-თ). Er=1.320.000. F.I.=1.46. L=1900. მკვეთრი ანიზოციტოზი, პოიკლოციტოზი, მეგალოციტოზი, მეგალობლასტი 2. N.Ing=1%, N.Stb=2%. N.Seg=59%, Lym=35%, Mon=3%. სათადარიგო ტუტეანობა 64.5% (V. Slyk-ით), ხოლესტერინი, 0,6%, ბილირუბინი 3,2 ერთეული, არაპირდაპირი (Bergh-ით). 28/V—მიეცა 200.0 ღვიძლი 11/VI: Hb 54%, Er=2.060.000. FI=1,7 L=3.330. მეგალოციტები, ნორმოზობლასტები (200:19) პოლიქრომატოფილები, ანიზოციტოზი. N.Myel=1,5%, N.Ing=3%, N.Stb=1,5%, N.Seg=65%, Lym=23%, Mon=4,5% Eos=0,5%, Bos=1%.

26/VI. Hb=65%. Er=2.690.000, FI=1,2. L=5000. მეგალოციტები აქა იქ, ანიზოციტოზი, ნორმოზობლასტები, პოლიქრომაზია. N.Myel—1% N.Ing=1 პროც., N.sjb=2 პროც. N.Seg=44 პროც. Lym=47 პროც. Mon=4 პროც. Eos=1 პროც.

10/VII Hb=70 პროც, Er=3,5' 0.000, FI=1. L=3.400. ანიზოციტოზი, ოდნავი, პოლიქრომაზია, ნორმოზობლასტები აქა იქ. N.Ing=4 პროც. N.Stb=2 პროც. N.Seg=43 პროც. Lym=43%, Mon=5 პროც. Eos=3 პროც.

29/VII Hb=85 პროც. Er=4.260.000, F.I=1. L=4.500 პოლიქრომაზია და ანიზოციტოზი უმნიშვნელო N.Ing=3 პროც. N.Stb=3,5 პროც., N.Seg=57,5 პროც. Lym=29 პროც. Mon=3,5 პროც. Eos=3,5 პროც.

5/VIII Hb=86 პროც. Er=4.370.000. FI=0,99, L=6.200. ოდნავი ანიზოციტოზი. N.Ing=2 პროც., N.Stb=1,5 პროც. N.Seg=43 პროც. Lym=46 პროც., Mon=5,5 პროც., Eos=2 პროც. ავადმყოფი ღვიძლის მიცემის შემდეგ მესამე—მეოთხე დღეს თავს ხალისიანად გრძობდა, ფალარათობა შეუწყდა, t° ნორმამდე დაეცა, წონაში მოიმატა 5,4 კილო, ტკივილები ძვლებისა გაუქრა. კანის ფერის ცვლილება მალე დაეტყო და ორი კვირის შემდეგ თითქმის ნორმალა ფერის სახის კანი გაუხდა, რქოვანაზე სიყვითლე გაჰქრა. გულის მხრივ სისტოლიური შუილი გაჰქრა. თავს სრულად ჯანმრთელად გრძობდა ღვიძლის მიცემის ერთი თვის შემდეგ. 5/VIII—28 გაწერილი იქნა.

შემთხვევა II. ი-ვი იბრაგიმ, 45 წლის მამაკაცი, შავი მუშა, შემოვიდა კლინიკაში 19/VI—28 წ. უჩივის ძლიერ სისუსტეს, თავის ტკივლს, თავბრუს ხვევას, ქვედა კიდურების შეშუპებას, ხანგამოშვებით ტკივილებს ნეკნებში და მკერდის ძვალთან; ავად არის სამი თვე: ავადმყოფობა ფალარათობით დაეწყო, გარეთ 10—15 ჯერ გადიოდა. ცხოვრების პირობები ბინის და კვების მხრივ ცუდი.

ობიექტურად: კანი მოყვითალო სანთლის ფერი, კანქვეშა ცხიმი საშუალოდ განვითარებული, ლორწოვანი გარსები ანემიური, ქვედა კიდურებზე და სახეზე მცირედი შეშუპება. $t=37^{\circ},4$, წონა 53,3 კილო. გულის მწვევრავალზე ნაზი სისტოლიური შუილი, მარცხენა საზღვარი $1\frac{1}{2}$ თითით გადიდებული.

ენა სადა, გადაღესილი, მუცელი აბერილი, ეპიგასტრიუმის მიდამო ოდნავ მტკივანი. ელენთა და ღვიძლი 2 თითით გადიდებული, ოდნავ მტკივანი. განავალში Trichiuris trichiura-ს კვერცხები.

კუჭის წვენი: საერთო სიმკვავე 10, თავის HCl=O. სისხლი და რძის მკვავა არ არის.

24|VI სისხლი: Hb=24 პროც. Er=1.180.000. FJ=1,1. L=1900. მკვეთრი ანიზოციტოზი, მეგალოციტოზი მეგალობლასტები (200:4), წინწკლოვანი ერთოციტები, პოლიკლოციტოზი. Njng=2,5 პროც. NStb=0,5 პროც, NSeg=40,5 პროც. Lym=44,5 პროც. Mon=3,5 პროც. Eos=8 პროც. Bas=0,5 პროც. 29|VI—მიეცა ღვიძლი. 16|VII—Hb=41 პროც. Er=2.190.000 L=2.600 FJ=0,97. ანიზოციტოზი, მეგალოციტები ცოტა, ნორმობლასტები, პოლიქრომატოფილები. Njng=1 პროც. NStb=4,5 პროც. NSeg=61,5% Lym=22% Mon=4% Eos 7% 31|VII Hb=62 პროც., Er=3.340.000, FJ=0,94, L=3.700. ანიზოციტოზი ოდნავი. პოლიქრომაზია, Njng=2 პროც. NStb=1 პროც., NSeg=44 პროც., Lym=36 პროც. Mon=8 პროც., Eos=11 პროც. 13|VIII Hb=63 პროც., Er=3.780.000 FJ=0,85. L=3.610. ანიზოციტოზი ოდნავი, პოლიქრომაზია. Njng=1,5 პროც., N.Stb=1,5 პროც., NSeg=44 პროც. L=43 პროც. Mon=5,5 პროც. Eos=8,5 პროც.

ავადმყოფი ღვიძლის მიცემის შემდეგ პირველ კვირაშივე მომჯობინდა; ფალარათობა შეუწყდა, ფერი შეეცვალა, სიყვითლე ნელნელა გაჰქრა, შეშუპები გაუქრა, ე⁰ ნორმამდე დავარდა, სიარული თავისუფლად შეეძლო. გაუმჯობესება, როგორც სუბიექტიური, ისე ობიექტიური თანახმად მიმდინარეობდნენ, ავადმყოფს არაფერი ჩივილი აღარ ჰქონდა და დაჟინებითი მოითხოვნის შემდეგ გაწერილი იქმნა 14|VIII—28 წ. წონაში მოიმატა 6,2 კილო.

შემთხვევა მე-III. ა—შვილი სულომონ, 60 წლისა, მიწის მუშა, შემოვიდა კლინიკაში 14|VII—28 წ. უჩივის ძლიერ სისუსტეს, ფალარათობას და მუცლის ტკივილს. მადა არა აქვს, მუცლის ტკივილი და ფალარათობა წინადაც იცოდა. ცხოვრების პირობები საშუალო.

ობიექტურად: ნახევრად აქტიური მდგომარეობა, კანი ყვითელი ჩალის ფერი, ლორწოვანი გარსები მკრთალი, კანქვეშა ცხიმო დაქვეითებული; t°=37°1, წონა 49,1 კილო.

გული და ფილტვები ნორმა. ენა სველი, სადა, დახეთქილი, მტკივანი. ელენთა ოდნავ გადიდებული, განავალი თხელი, ოდნავ მკვავე. პარაზიტების კვერცხები არ არის. კუჭის წვენი—საერთო სიმკვავე—ნიშნები, თავის. HCL=O, სისხლი და რძის მკვავა არ არის, შარდში ურობილინურია.

17|VII სისხლი: Hb=23 პროც., Er=1.030.000 EJ=1,15. L=1700. მეგალოციტოზი, პოლიკლოციტოზი, ანიზოციტოზი. NSeg=50 პროც., Lym=48 პროც., Mon=2 პროც. 21|VII—მიეცა ღვიძლი.

4|VIII. Hb = 35 პროც., Er=1.940.000. EJ=0,76. L=2.300. მეგალოციტოზი, ანიზოციტოზი, პოლიქრომაზია, ნორმობლასტები. NSeg=59 პროც., NStb=3 პროც., L=32 პროც. Mon=5 პროც., Eos=1 პროც.

26|VIII Hb=35 პროც., Er=3.280.000, FJ=0,7, L=2400. ნორმობლასტები, ანიზოციტოზი, პოლიქრომაზია. Njng=3 პროც., N.Stb=1 პროც. NSeg=60 პროც., Lym=22 პროც., Mon 10 პროც., Eos=4 პროც.

პირველ დღეს ენის ტკივილის გამო ღვიძლი კარგად ვერ სჭამა, მე 2—3 დღეს თავისუფლად სჭამს. მადა მოუვიდა, თანდათან ენის ტკივილი გაუქრა, ფალარათობამ უკლო და შემდეგ ნორმალურად გადაიდა, ძალა და ხალისი მიემატა, მალე საწოლში თავისუფლად ჯდებოდა, ფერი მოუვიდა, სიყვითლე გაუქრა. თანდათან გამომჯანმრთელდა, დადის თავისუფლად, მოითხოვს დაჟინებით სახლში გაწერას ყანების დასამუშაველად. წონაში მოიმატა 4,5 კილო. 26|VIII გაწერილი იქმნა.

შემთხვევა მე-IV ბ—ძე თადეოზი, სტუდენტი, 22 წლისა, კლინიკაში შემოვიდა 8|XII—1928 წ. უჩივის თვალების და ქვედა კიდურების შეშუპებას, ფალარათობას, სისუსტეს და თავბრუსხვევას. ავად არის 1½ თვეა. ავადმყოფობა ფალარათობით დაეწყო. ცხოვრების პირობები დამაკმაყოფილებელი. ობიექტურად: კანი ყვითელი, ბაცი ლიმონის ფერის, ლორწოვანი გარსების ფერმკრთალი. ქვედა კიდურები და სახე ოდნავ შეშუპებული, t° 37°3, წონა 53,6 კილო.

გული და ფილტვები ჩორმა. ენა სველი, სადა მტკივანი ხანდისხან. მუცელი რბილი, ელენთა და ღვიძლი ოდნავ ხელს ხვდება. შარდში—ურობილინურია.

განავალი ტუტე, თხელი, სისხლი და ლორწო არ არის, პარაზიტების კვერცხები არ არის. კუჭისწვენი: საერთო სიმკვავე 44, თავისუფალი HCl=0,1 პროც. 25|XII—28 მიეცა ღვიძლი (სისხ-

ა ვ რ მ ყ ვ ზ ბ — ძ ე თ ა მ ვ ე ზ ი ს ს ი ს ხ მ / ი ს ც ვ მ ა მ ე ლ ი ს ტ ა მ უ მ ა



დ რ ვ	ჰემოჯლოზინი % 10 0/10	ერიტროციტ. (თასეზე)	ლეუკოციტები	F. I.	ნეიტროფილები				ლიმფოციტები	სინტიციტოზი	-ინფიფილი იმლა	ბაზოფილები	ერიტროციტების ცვლილება
					Jng.	Stb.	Seg.	სულ					
1928 წ. 16|VII	38	1000	3000	1,9									
20|VII	36	950	2900	2			66	66	28	2	4		მეგალოციტები, მეგალობლასტები ანიზოციტოზი მკვეთრი, პოიკილოციტოზი, ნორმობლასტი 1 — 2. წინწყლოვანი ერიტროციტები.
27|VII	39	1.160	3500	1,77	2		70	72	15	5,5	3	0,5	იგივე სურათი
1929 წ. 3|I	54	1620	4000	1,68	1,5	2,5	59	63	23	8	6		ანიზოციტოზი, მეგალოციტოზი, პოლიქრომაზია, ნორმობლასტოზი.
10|I	60	2490	4000	1,25	2	2	50	54	32	8	6		იგივე სურათი უფრო მკვეთრი პოლიქრომაზია
17|I	62	2910	5200	1,07	1	2,5	48,5	52	25	5	15		იგივე სურათი, მეგალობლასტები აქა იქ
27|I	64	3450	5200	0,94	0,5	2,5	49	52	27	6	15		იგივე სურათი, მეგალობლასტები არა გვხვდებიან, პოიკილოციტოზი არ არის
6|II	76	3570	6600	1,08			1	46	47	26	5	22	იგივე სურათი
24|II	78	3960	6100	1	0,5	1	49	50,5	35,5	5	8,5	0,5	ოდნავი ანიზოციტოზი, პოლიქრომაზია.
3|III	85	4240	7600	1,01	2	1	47	50	34	6	10		წითელი ბურთულების მხრივ შესამჩნევი ცვლილება არ არის
13|III	88	4.830	8500	0,91				46	46	25	3	26	იგივე
19|III	90	5630	8000	0,8		1	44	45	25	6	22	1	იგივე

Whipple-ის მწოდით პერნიციოზულ ანემიის წამლ. საყოჩისათვის

გ რ. დიდებულისე

ლი იხ. ტაბულაში) ავადმყოფს ღვიძლის მიცემის შემდეგ მალე დაეტყო გაუმჯობესება: მადამოუვიდა, ფაღარათობა უკლო, ენის ტკივილი დაეკარგა, ლოყები შეუწითლდა. 1⁰ რომელიც ხან 38⁰ აღწევდა ნორმამდე დავიდა. ხალისი მოუვიდა, დადის თავისუფლად; ერთი თვის შემდეგ, არავითარი ჩივილი არ აქვს. წონაში მოიმატა 13,8 კილო. კუჭის წვენი: საერთო სიმყავე 80, თავისუფალი HCl - 0,23 პროც. სისხლი არ არის. ავადმყოფი გაწერილი იქნა 19|III—29 წ. სრულიად გაჯანმრთლებული. ავადმყოფი გაწერის შემდეგ ერთი თვის განმავლობაში დროგამოშვებით დადიოდა ჩვენთან, სისხლის სურათი თითქმის უცვლელი; ღვიძლს დროგამოშვებით ხმარობდა, ორდღეში ერთხელ, ხან ყოველ დღე. ავადმყოფი ეხლაც სრულიად კარგად გამოიყურება, მაცადინობს. თუ ღვიძლს არ ღებულა თავს უფრო შედარებით ცუდად გრძნობს.

შემთხვევა მე-V. ლ-მე ერეკლე, ხელობით მიეტლე, კლინიკაში შემოვიდა 5/IV-1929 წ. უჩივის სისუსტეს, ფაღარათობას, წელის და მუხლების ტკივილს. 6 თვეა რაც ავად არის; ავადმყოფობა ფაღარათობით დაეწყო, შემდეგ ქვედა კიდურები შეუსიდა. ცხოვრების პირობები ცუდი. აღენიშნება ალკოლიზმი. ობექტიურად: ნახევრად პასიურ მდგომარეობაში, კანი მოყვითალო-მომწვანო ფერის, ლორწოვანი გარსები მკრთალი. ძვლების და სახსრების მდგომარეობა ნორმალური. 1⁰ 35,8. წონა 46,1 კილო. გულის მწრივ ყრუტონები, ენა სადა, ატროფიული, აკლია 30 კბილი. ელენთა და ღვიძლი არ იმზივება. RW ++, Kahn + + + + განავალი თხელი, ნეიტრალური, პარაზიტების კვერცხები არ არის. კუჭის წვენი: საერთო სიმყავე 8, თავის HCL-0. პეპსინი Gross-ით 0. სისხლი და რძის მყავა არ არის.

9/IV სისხლი: Hb=25%⁰, Er=730,000, FJ=1,7, L=2,400. მკვეთრი ანიზოციტოზი, პოიკილოციტოზი, მეგალოციტოზი. NSeg=20% Lym=74%⁰, Mon=3% Eos=1%⁰. მიეცა ღვიძლი 20|IV-Hb=32%. Er=1.500.000 FI=1.06. L=6200. ანიზოციტოზი მეგალოციტოზი, პოლიქრომაზია, ნორმობლასტი 2. NSeg 54% , Lym=29% , Mon 15,5% Eos=1,5% .

30|IV—Hb=44% Fr=2.40.000 FI=1.04. L=5500. ანიზოციტოზი ცოტა მეგალოციტები, პოლიქრომაზია, ნორმობლასტები. NIng 1% NSeg 63,5% Lym=29,5% Mon=4,5% Eos=1% Bas=0,5% 11|V—Hb=54% Er=2,400.000 LI=1,1 L=5700. მცირედი ანიზოციტოზი, პოლიქრომაზია, ნორმობლასტები NStb—3% NSeq=67,5% Lym—25% Mon 2,5% Eos=2 %

2|VI Nhb=65% Er=3.250.000, LI==1. L=6.400. მცირედი პოლიქრომაზია და ანიზოციტოზი 25|VI Hb=70% Er=3.890,000 LI=0,92, L—7,200, მცირედი პოლიქრომაზია.

ავადმყოფს მალე დაეტყო გაუმჯობესება, მადის მწრივ. ფაღარათობა შეუწყდა და შემდეგში ნორმალურად გადიოდა, შემუშება გაუქრა, ძალა მოემატა, სიარული დაიწყო, ფერი ნორმალური გაუხდა. სუბიექტურად და ობიექტურადაც სრულიად გამოჯანმრთელდა. ავადმყოფს, როდესაც დავატყუო, რომ სისხლის რეგენერაცია კარგად მიმდინარეობდა უკანასკნელ ხანებში გაუტარეთ ანტი ლუეტირი მკურნალობა Biochiol-ით და Neo-თი. გაწერილი იქნა 26|VI, წონაში მოიმატა 8,7 კილო.

შემთხვევა VI ს-მე გიორგი 26 წლის, მზარეული, კლინიკაში შემოვიდა 1928 წ. 14 თებერვალს. უჩივის ძლიერ სისუსტეს. თავბრუს ხვევას ქოშინს და უმადობას. ავად არის 5 წელიწადია ხანგამოშვებით ხან კარგად არის, ხან ცუდად. ცხოვრების პირობები ძლიერ ცუდი.

ობიექტურად: ნახევრად აქტიურ მდგომარეობაში, კანი მკრთალი ყვითელი ფერის ლორწოვანი გარსები ფერ მკრთალი ციანოტური 1⁰ 37⁰3 წონა. 54,5 კილო.

გულის საზღვრები გარდიგარდმო 1¹/₂ თითით გადიდებული, მწვერვალზე სისტოლიური შუილი. ფილტვები ნორმა. ენა სველი, მუცელი მარცხენა მხარეს ამოებრილი. ღვიძლი 4 თითის დადებით ნეკნთა რკალს სცილდება, უმტკივნელო ელენთას ქვედა პოლუსი ჭიპის დონემდე შუახაზს ოდნავ სცილდება მარჯვნივ, მტკივანი. შარდში ცილის ნიშნები, განავალი ტუტე Trichiurus trichiura-ს კვერცხები კუჭის წვენი საერთო სიმყავე 72. თავის HCL-0,17%

15|II—სისხლი Hb=18% Er=990.000 FI=1. L=8.271. მკვეთრი ანიზოციტოზი, მეგალობლასტი 1. წანკლოვანი ერთირობები, პოლიქსამატოფილები, ნორმობლასტები N.Myel—4% NIng=20 პრო. NStb=6 პროც. NSeg=43 პროც. Lym=15 პროც. Mon=10 პროც. ერთირობების რეზისტენტობა (Ribier-ით) Min=0,56 პროც. Max 0,38 პროც. მარილის ხსნარის. ბილირუბანი 1,2 ერთეული, არა პირდაპირი (Bergh-ით), ხოლესტერანი 0,85%⁰⁰ (პრომილე)



წებოვნება 2,2 (Hess-ით). 21|II მიეცა ღვიძლი. 28|II Hb=34 პროც. Er=1900.000 Fl=0,9. L=7.500. ანიზოციტოზი, პოიკილოციტოზი, პოლიხრომაზია. NMyel=2 პროც. NJng 12,5 პროც. NSfb=7,5პროც. NSeg=50 პროც. Lm=17 პროც. Mon=8 პროც. Eos=3 პროც. 6|III. Hb=42 პროც. Er=2.390.000 Fl=0,9 L=6.875 27|III. Hb=48 პროც. Er=2.780.000 Ft=0,9. L=9.940 ანიზოციტოზი ოდნავი, პოლიქრომაზია, ნორმოზლასტები. NJng=1 პროც. NSfb=2 პროც. NSeg=48 პროც Lym=9 პროც. Mon=9 პროც. სისხლის მდგომარეობა არ იცვლება შემდეგში 8|V Hb=48 პროც. Er=2,800.000 Fl=0,86 პროც. L=6200.

ავადმყოფი ღვიძლის მიცემის შემდეგ თანდათან კარგად გახდა, სუბექტური ჩივილები სრულიად გაუქრა პირველ ორი თვის განმავლობაში, წონაში მოიმატა 4.1 კილო. სისხლის მხრივ პირველად მოხდა რეგენერაცია, მაგრამ შემდეგში მიუხედავად ღვიძლის მიღებისა სისხლის სურათი აღარ შეიცვალა. ავადმყოფი გაწერილი იქმნა სუბექტურად გაჯანმრთელებული 8|V- 28 წ.

როგორც მოყვანილ ავადმყოფთა ისტორიებიდან სჩანს, პირველი ხუთი შემთხვევა წარმოადგენს ტიპიურს პროგრესიულ პერნიციოზულ ანემიას მკაფიოდ გამოხატული კლინიკური და ჰემატოლოგიური სურათით: აღსანიშნავია მხოლოდ ერთ შემთხვევაში (№ IV) კუჭის ნორმალური სეკრეცია, რაც საერთოდ იშვიათად გვხვდება პერნიციოზული ანემიის დროს (Schaumann, Виноградов, P. E. Weil, Lichtenstern). რაც შეეხება შემთხვევა № VI ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ავადმყოფს ჰქონდა ჰემოლიტიური ტიპის სპლენომეგალიური ანემია, რის დამამტკიცებლად საერთო კლინიკური სურათის გარდა, მიგვაჩნია მძიმე ანემიასთან არსებული ზომიერი ლეეკოციტოზი, ნეიტროფილების გადახრა მიელოციტებამდე, საერთო ნეიტროფილოზი და მონოციტოზი; ერითროციტების რეზისტენტობის დაქვეითება, როგორც მინიმალურის ისე მაქსიმალურის, შრატში მიმატებული ბილირუბინი, არაპირდაპირი რეაქციის.

შედეგი ღვიძლით წამლობის პირველ ხუთ შემთხვევაში მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენ მარტო ღვიძლის მეტს არაფერს ვაძლევდით, და ღვიძლის მიცემაც ხანდისხან რეგულიარულად არ ხდებოდა ჩვენდა დამოუკიდებელ მიზეზების გამო, საუკეთესოდ უნდა ჩაითვალოს. ავადმყოფები პირველ დღეებიდანვე უკეთესად გრძნობდნენ თავს, მაღა მოსდიოდათ, ხალისი ემატებოდათ, ენის მხრივ მოვლენები ჰქრებოდა, ფლარათობა უწყდებოდათ, სიყვითლე ჰქრებოდა და ავადმყოფები ნორმალურ ფერზე დგებოდნენ, t⁰ ნორმის დონეზე დადიოდა და სამი-ოთხი კვირის შემდეგ ავადმყოფები თავს სუბექტურად სრულიად ჯანმრთელად გრძნობდნენ; წონაში საგრძნობლად მატულობდნენ, მიუხედავად საერთო საკვები ნივთიერების მცირე რაოდენობისა.

რაც შეეხება სისხლის ცვლილებებს, ამ მხრივ ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები სრულიად ეთანხმებიან ლიტერატურაში არსებულ ცნობებს. წამლობის დაწყებამდე ერითროციტების საშუალო რაოდენობა 1,04 მილიონს უდრიდა, წამლობის ბოლოს 4,19 მილიონს საშუალოდ. ჰემოგლობინის % რაოდენობა მატულობს, ფერადი მნიშვნელი ნელნელა ძირს ეშვება და ერთზე ნაკლები ხდება. ერითროციტებს თვისების მხრივ შემდეგი აღენიშნება: ანიზოციტოზი, მეგალოციტოზი და პოიკილოციტოზი თანდათან ჰქრება, ამავე დროს თავიდანვე მატულობენ პოლიქრომატოფილები და ნორმოზლასტები; როდესაც ერითროციტების რიცხვი 4 მილიონამდე აღწევს ნაცხებში ერითროციტების მხრივ პათოლოგიურ ცვლილებებს ადგილი აღარ აქვს. ერითროციტებთან ერთად პარალელურად მატულობს

გ. დიდებულიძე

ლეკოციტთა რიცხვი და ნორმის საშუალო ან და მაღალ ციფრებამდე აღის მორფოლოგიურად პირველ ხანებში ემჩნევა ნეიტროფილების გამრავლება, ფორმულა ოდნავ მარცხნივ იხრება, ლიმფოციტების % კლებულობს, თუმცა ხანდისხან წამლობის შუა ხანიდან ისევ იწყება მათი გამრავლება. ანეოზინოფილია ეოზინოფილების ნორმალური ან და მომატებული რიცხვით იცვლება და ხან კი მკვეთრ ეოზინოფილიას აქვს ადგილი; ზოგიერთ შემთხვევაში წამლობის დროს აღინიშნება მიწოციტების ზომიერი გამრავლება. დაკვირვება ლეკოციტთა ცვლილებების შესახებ ღვიძლით თერაპიის დროს ცოტაა ლიტერატურაში (Minot და Murphy, Whitby, Giauni). ჩვენ მიერ მიღებული ცვლილებანი ლეკოციტების მხრივ ზოგადად შეეფარდება სხვა ავტორთა ცნობებს. ქვემოთ მოყვანილი ტაბულა ნათელ წარმოდგენას გვაძლევს სისხლის საერთო და ყოველ დღიურ რეგენერაციის შესახებ.

სისხლის ყოველ-დღიური რეგენერაციის მაჩვენებელი ტაბულა

№ რიგში	დიაგნოზი	დღეობის რაოდენობა	პირველადი და საბოლოო ციფრები			დღური მომატება		დღეობა. წამლობა.
			Hb ¹⁰ ₀	Er-მილიონებში	Hb-Index	Hb ¹⁰ ₀	ერთ-როციტებისა	
1.	Anaemia progres. perniciosa	70	38:85	1,32 : 4,37	1,46:0,99	0,69	43.500	ღვიძლი 200,0
2.	" "	45	24:63	1,18 : 3,78	1,1 : 0,85	0,87	47.700	" "
3.	" "	36	23:45	1,03 : 3,28	1,15:0,7	0,61	62.500	" "
4.	" "	84	36:90	0,95 : 5,63	2 : 0,8	0,64	55.700	" "
5.	" „Lues	77	25:70	0,73 : 3,89	1,7 : 0,92	0,58	41.000	" "
6.	Anaemia gravis Splenomegalica	106	18:48	0,99 : 2,8	1 : 0,86	0,28	17.000	Neo და Biochinol ღვიძლი

ღვიძლით თერაპიის შედეგად ახლორპიდრია ყოველთვის უცვლელი რჩება. (Minot და Murphy, Elmer, Ordway და Gorham და სხვები); ერთ ჩვენ შემთხვევაში (№ IV), სადაც წამლობამდე კუჭის წვენის საერთო სიმჟავე უდრიდა 44 და თავის HCL=0,1¹⁰₀, წამლობის გათავებისას საერთო სიმჟავემ მიიღწია 80 და თავისუფალმა HCL=0,22¹⁰₀-ს.

აღსანიშნავია, რომ ყველა ჩვენს ავადმყოფებს დაავადება დაეწყათ კუჭ-ნაწლავის მოშლით—ფელარათობით.

რაც შეეხება მე-VI შემთხვევას, აქ ღვიძლით წამლობამ პირველ ხანებში კარგი შედეგი მოიცა სისხლის რეგენერაციის მხრივ, მაგრამ შემდგომში, მიუხედავად მთელი თვეების წამლობისა, სისხლის სურათი აღარ შეიცვალა, თუმცა ავადმყოფი სუბიექტურად სრულად გაჯანსაღდა.

იბადება კითხვა, ხომ არ იყო ჩვენი პერნიციოზული ანემიანი ავადმყოფთა გამოჯანსაღება ჩვეულებრივი რემისია? პასუხი ცხადია უარყოფითია, რადგან



ძნელი წარმოსადგენია, რომ ყველა ავადმყოფებს რემისია დაეწყოს მაშინ სწორედ, როდესაც ღვიძლით დაუწყებთ მკურნალობა.

ცხადია რომ ღვიძლით მკურნალობა წარმოადგენს რალაც საშუალებას, რომლის მოქმედება პერნიციოზული ანემიის დროს მკაფიოდ სჩანს, როგორც ჩვენი დაკვირვების, ისე მრავალი ლიტერატურული წყაროების მიხედვით. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ღვიძლით თერაპია არა პერნიციოზული ანემიების დროს ნაკლებს და ხან კი არავითარ ეფექტს არ იძლევა, (Minot და Murphy, Brill, Leimaire, P. E. Weil, William, Ponticaecia და Campanaccia, Этингер, Артынов და სხვები), რამაც მისცა საბაბი Minot და Murphy-ს და შემდეგ Brill-ს ღვიძლით თერაპია სპეციფიურად ელიარებინათ პერნიციოზული ანემის დროს.

მსოფლიო ლიტერატურაში, Seyderhelm-ის სტატისტიკით, ღვიძლით თერაპიამ 2 პროც. უარყოფითი შედეგი მოიცა, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ აქ შედის აგრეთვე შედეგები, სადაც ღვიძლი თერაპია ვერ გატარდა ამა თუ იმ მიზეზების გამო. უკანასკნელ დროში აღწერეს შემთხვევები, სადაც პერნიციოზულ ანემიის დროს ღვიძლით თერაპიის შედეგი არ მოიცა, ჰეპატორეზისტენტული ფორმები (P. E. Weil, Mondon და სხვები), მაგრამ, თუ ამ ავტორთა შემთხვევების აღწერას ჩავუკვირდებით, ვნახავთ, რომ ან საქმე გვაქვს აპლაზიურ ანემიასთან (Mondon-ის შემთხვევა) ან და ღვიძლით თერაპია გატარებულია სხვა თერაპიულ კომბინაციებთან ერთად ან და ღვიძლის ექსტრაქტი. (P. E. Weil-ის შემთხვევა) ცხადია აქ ჰეპატორეზისტენტულ ფორმებზე ლაპარაკი ზედმეტია, რადგან ექსტრაქტის მოქმედება საერთოდ ისეთი არ არის, როგორც თვით ღვიძლის (Davidson S.), ვინაიდან ექსტრაქტების სტარნდარტიზაცია ჯერ კიდევ შემოღებული არ არის და თვით ექსტრაქტი შესაძლებელია ძველი იქნეს. L. Blum-ის და Van Caoulaert-ის აზრით საუკეთესოდ უნდა ჩაითვალოს ამერიკული ექსტრაქტი „Lilly“ დანიური „Exhêpa“.

როგორია მექანიზმი ღვიძლით თერაპიისა? ამ საკითხის გადაჭრა ნიშნავს თვით პერნიცი. ანემიის პათოგენეზის და ეტიოლოგიის კვანძის გახსნას, მაგრამ, სამწუხაროდ, მიუხედავად მრავალი შრომებისა, აზრთა სხვადასხვაობა არსებობს ამ მექანიზმის შესახებ. ზოგიერთის აზრით (Hayem, Neuberger), ღვიძლი მოქმედებს რკინის კომპონენტით, რაც უსაბუთოდ უნდა ჩაითვალოს, რადგან პერნიცი. ანემიის დროს რკინის არა თუ ნაკლები, არამედ ჭარბი რაოდენობაა ორგანიზმში. აწერილია შემთხვევები (Rathery და Maximin), როდესაც რკინით მკურნალობის უშედეგობის შემდეგ, ღვიძლით თერაპიამ ჩვეულებრივი ეფექტი მოიცა; და ბოლოს ღვიძლის ექსტრაქტის მოქმედება გაუგებარი იქნებოდა, რადგან მასში ან რკინის მხოლოდ ნიშნებია, ან და სულ არ მოიპოვება (Minot და Murphy). თვით Minot და Murphy, Whipple-თან ერთად, ფიქრობენ რომ, ღვიძლით თერაპია სფეციფიკურია, რადგან პერნიციოზული ანემიის დროს არსებობს ერთგვარი ნაკლოვანება ერითროციტების სტრომის მასალაში და ღვიძლით ვამსებთ ამ დანაკლისს ორგანიზმში, რის შემდეგაც ხდება სისხლის სწრაფი რეგენერაცია. პერნიცი. ანემიას ისინი თვლიან ერთგვარ

ავიტამინოზად, შპრუს, პელაგრას და ბერი-ბერის მსგავსად, რა დროსაც ორგანიზმი განიცდის ნაკლოვანებას ღვიძლის მიერ წარმოშობილ ჯერ კიდევ უცნობ ნივთიერებაში, რომელიც საჭიროა ნორმალურ ერთობილისთვის და რომელსაც ამჟამად ნორმალური ღვიძლი. ამ ჰიპოთეტიურ ნივთიერების ზეგავლენით ხდება მეგალობლასტების ნორმალური მომწიფება (Peabody) პერნიც. ანემიის დროს. S. Davidson-ი დაახლოებით ასეთივე აზრისაა, რომ ღვიძლის პროდუქტის ნაკლოვანება, რომელიც საჭიროა ნორმალური ჰემატოპოეზისთვის, შეიძლება ჩაითვალოს პერნიც. ანემიის ფუძედ, და ეს კი უახლოვებს პერნიც. ანემიას ავიტამინოზებს. თავისებური გაგებით პერნიც. ანემიის ავიტამინოზად სთვლიან აგრეთვე Koessler და Maurer-ი, რომლებიც ღვიძლით თერაპიას უცქერიან, როგორც მდიდარ ვიტამინ A და B-თი საკვებ ნივთიერებას; თუმცა თევზის ქონი, რომელიც ყველაზე მდიდარია ვიტამინ „A“-ით სრულიად უმოქმედოა პერნიც. ანემიის წამლობაში.

მართალია, Minot და Wurphy-ს თეორია ძლიერ მარტივია, მაგრამ არც ეს თეორია ხსნის ღვიძლის მოქმედებას, რადგან არის ექსპერიმენტალური ცდები (Fiessinger et Laur), როდესაც ექსტრაქტი მოამზადეს ჯანმრთელი და ინფექციური ანემიით დაავადებული ცხენების ღვიძლიდან და ორივე ექსტრაქტით თანაბრად კარგი ეფექტი მიიღეს.

გერმანელი ავტორები ღვიძლის მოქმედებას უკავშირებენ ჰემოლიტიური პროცესის შემცირებას; ერთნი რეტოკულო ენდოთელიალური სისტემის ბლოკადის გამო (Eppinger, Della Volta) და მეორენი კი უცნობი ტოქსინის ნეიტრალიზაციის გამო (Schulten). არსებობს კლინიკური ფაქტები, რომ ღვიძლით თერაპიის შედეგად მცირდება ბილირუბინემია, ურობილინურია (Jungmann, Dyke, Adler და Schiff და სხვები), მატულობს დიურეზი (Grossman, Porges), რაც ბლოკადის შედეგს უნდა მიეწეროს, რადგან, Saxl-ის და Donath-ის ცდების მიხედვით, რეტ. ენდოთელ. სისტემის ბლოკადს თან სდევს დიურეზის. მომატება მეორეს მხრივ, არსებობს Macht-ის დაკვირვებები ფიტოტოქსიკური ინდექსის ცვლილების შესახებ ღვიძლით თერაპიის შედეგად, რაც მოწმობს პერნიც. ანემიან ავადმყოფთა შრატის ტოქსიკურობის შემცირებას, თუმცა თანახმად Meyran-ის და Nottfhaas-ის დაკვირვებებისა პერნიც. ანემიან და სხვა ავადმყოფობით დაავადებულ შრატების შორის არავითარი განსხვავება არ არსებობს Lupinus albus-ის ზრდის მიმართ, და ფიტოტოქსიკური ინდექსი არავითარ ღირებულებას არ წარმოადგენს პერნიც. ანემიან შრატის ტოქსიკურობის გამოსარკვევად. უფრო მისაღებად უნდა ჩაითვალოს Schilling-ის ჰიპოტეზა, რომელიც ჯერ კიდევ ზოგადად Brill-მა წამოაყენა; რომ პერნიც. ანემია უნდა ჩაითვალოს ალბად ღვიძლის შინაგანი სეკრეტორული ფუნქციის მოშლის შედეგად, რომლის დროსაც ინტერმედიარულ ცვლაში ხდება ისეთივე ნაკლოვანება, როგორც ინსულინისა დიაბეტის დროს და ღვიძლით თერაპიით ჩვენ ამ ნაკლოვანებას ვავსებთ, თორემ აქ რომ უბრალო სტიმულაცია იყოს ერთობილისთვის ღვიძლის ზეგავლენით, მაშინ გაუგებარი რჩება, რატომ ისევე არ მოქმედობს ღვიძლით თერაპია არა პერნიც. ანემიების დროს (Brill). ამრიგად, თუ ჩვენ ამ ჰიპოთეზას მივიღებთ, მაშინ გასაგები გახდება ის კლი-



ნიკური ფაქტი, რომ, თუ ავადმყოფმა გამომჯობინების შემდეგ ღვიძლით წამლობა მიატოვა, ის ისევ მალე ვარდება წინანდელ მდგომარეობაში, რაც საერთოდ აღნიშნულია და ჩვენც შევატყუეთ ჩვენი დაკვირვების შედეგად. მაშასადამე ღვიძლით თერაპია არ არის გამკურნებელი თერაპია, არამედ ისეთივე მოქმედება აქვს პერნიც. ანემიაზე, როგორც თირეოიდიის მიქსედემაზე ან და ინსულინის დიაბეტზე (Schilling). დასასრულ, ჩვენი შემთხვევების და ლიტერატურის შესწავლის შედეგად ნებას ვაძლევთ ჩვენ თავს შემდეგი დასკვნები წამოვაყენოთ:

1. ღვიძლით მკურნალობა, პერნიციოზულ ანემიების დღემდე არსებულ მკურნალობის მეთოდთა შორის საუკეთესოდ უნდა ჩაითვალოს.
2. ღვიძლით მკურნალობის შედეგად ავადმყოფი „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“ ხდება.
3. ერთროციტების რეგენერაცია სწრაფად მიმდინარეობს და მალე ნორმას აღწევს; ჰემოგლობინი შედარებით მატულობს; ფერადი მნიშვნელი წამლობის ზეგავლენით ერთზე ნაკლები ხდება; დასაწყისის დროს არსებული ანიზოციტოზი, მეგალოციტოზი და პოიკილოციტოზი ადგილს უთმობს პოლიქრომატოფილებს და ნორმობლასტებს და წამლობის ბოლოს ნაცხებში ადგილი აღარ აქვს პათოლოგიურ ერთროპოფს.
4. ერთროციტებთან პარალელურად მატულობს ლეეკოციტთა რიცხვიც და ნორმის საშუალო ან მაღალ ციფრებს აღწევს. აღინიშნება დასაწყისში ნეიტროფილების გამრავლება და ლიმფოციტების % შემცირება. ანეოზინოფილია იცვლება ნორმალური რიცხვით და ზოგ შემთხვევაში მკვეთრი ეოზინოფილიით (26%). მინოციტების რიცხვი ზოგიერთ შემთხვევაში საგრძნობლად მატულობს.
5. ღვიძლის თერაპიის ზეგავლენით, თუ არსებობს კუჭის სეკრეცია, იგი შეიძლება გაძლიერდეს; ამ მხრივ უფრო მეტი დაკვირვებაა საჭირო.
6. არა პერნიც. ანემიების დროს ღვიძლით თერაპია დამაკმაყოფილებელ შედეგებს, ალბად, არ უნდა იძლეოდეს.
7. ღვიძლით თერაპიის დროს დიეტური სხვა დამხმარე საკვები ნივთიერებები, რომელსაც Minot და Murphy გვიჩვენებენ, აუცილებელ საჭიროებას არ წარმოადგენენ.

ლიტერატურა.

1. Mminot, Murphy et Cohn. Anal. de Medic. t. XXIII № 4—1928. 2. I. Mouzon. Pres. med. № 102, 104—1927. 3. K. Heymann. Par. médic № 6—1929. 4. V. Varga. Par. méd. № 38—1929. 5. Schilling. K. Woch № 19, 1928. 6. Seyderhelm. K. Woch. № 1—1928. 7. Meyran und Notthaas. K. Woch № 15 № 1929. 8. Seyderhelm und Opitz.—K. Woch. № 5—1928. 9. Rosenow. K. Woch. № 33—1927. 10. E. Frenkel. Zen. Inner. med. № 23—1928. 11. E. Leschke. Ibid. № 5—1928. 12. Ordway and Gorham. Ibid № 26—1929 რფ. 12. Isaacs, Stungis and Smith Idid. 13. Hennig Ibid. 14. Giauni. Ibid. 15. Whipple. Ibid. 16, T. Lind Ibid № 14—1929. 17. Beck.—Ibid. 18. Macht. Ibid № 37—1928. 19. Koessler and Maurer. Ibid. 19. H. Schulten. M. m. Woch. № 15—1928. 19. Cummer. Zen. In. Med. № 26—1929. 20. L. Blum et Caulert. Bul. Hopit. de Paris № 21—1929. 21. P. E. Weil. Ibib № 12—1929. 21. Mondon.

Ibid № 26—1929 22. Rathery et Maximin. Ibid № 24—1927. 23. Aubertin et Pomailloux. Ibid № 19—1929. 24. Tzanck. Ibid № 24—1928. 25. P. E. Weil,—Ibid. 26. Brill. *Клин. мед. რეფ.* № 1—1928. 27. Weinberg et Alexa. Ibid № 23—1928. 28. Seypharth Ibid. № 9—1928. 29. Schottmüller. *M. m. Woch.* № 38—1927. 30. S. Davidson. *Pres. med.* № 73—1929. *რეფ.* 31. Davidson. *რეფ. Клин. Мед.* № 10—1929. 32. Elmer.—*რეფ.* Ibid. 33. William. *რეფ.* Ibid. 34. Whitby, *რეფ.* Ibid. 34. Lichtenzthein, *რეფ.* Ibid. 35. Pulfer. *D. m. Woch* № 3—1929. 36. Fiessinger et Laur. *რეფ. Клин. Мед.* № 21—1929. 36. *Окс. მიმოხილვა Brar. дел.* № 19—285. 37. Эттингер. *Клин. Мед.* № 3—1928. 38. Эттингер. *Вр. Дел.* № 18—1928. 39. Цыпкин. *Вест. Сов. Мед.* № 21, 22—1928 № 5—1929. 40. Виноградов.—*Болезни крови—1927 г.* 41. Арынкин. „Клиника болезней крови“ 1928. 42. Черкес. *Витамины и авитаминозы*“ 1929.

Гр. Дидебулидзе.

К вопросу о лечении пернициозной анемии диетой Whipple.

Автор на основании лечения 5 случаев перниц. анемии и 1 случая гемолитич. анемии с спленомегалией исключительно печеную (200.0 печени вместе с обычным больничным столом) приходят к следующим выводам:

1. Лечение печеную перниц. анемии среди других существующих методов лечения, нужно считать наилучшим.

2. Под влиянием печеночной диеты больной становится „практически здоровым“.

3. Регенерация эритроцитов идет быстрым темпом, и скоро достигает нормальных цифр; гемоглобин увеличивается относительно медленно и потому цветовой показатель постепенно уменьшается и становится менее 1; анизоцитоз, пойкилоцитоз и мегалоцитоз постепенно уступают место полихроматофилам и нормобластам и к концу лечения в мазке уже не наблюдаются признаков патологического эритропоэза.

4. Параллельно с эритроцитами нарастает число лейкоцитов и к концу лечения достигает средних или высших цифр нормы. Вначале наблюдается увеличение нейтрофилов и %ое уменьшение лимфоцитов, анэозинофилия сменяется нормальными цифрами эозинофилов, а в некоторых случаях может наблюдаться резкая эозинофилия — до

G. DIDEBOULIDZÉ.

Sur la question du traitement de l'anémie pernicieuse d'après Whipple.

L'auteur en se basant sur le traitement exclusivement par le foie (200 gr. de foie avec une diète hospitalière habituelle) de 5 cas d'anémie pernicieuse et 1 cas d'anémie hémolitique avec splénomégalie arrive aux conclusions suivantes:

1. Le traitement de l'anémie pernicieuse par le foie est le meilleur parmi les autres traitements de cette maladie.

2. Sous l'influence de la diète hépatique les malades sont „pratiquement“ guéris.

3. La régénérescence des hématies se fait très rapidement et leur nombre atteint assez vite des chiffres normaux; l'hémoglobine augmente un peu moins rapidement, voilà pourquoi la valeur globulaire diminue de plus en plus et devient inférieure à 1; l'anisocytose, poikilocytose et megalocytose cèdent la place aux polichromatophiles et normoblastes et à la fin du traitement on ne trouve déjà plus de symptômes d'érythro-poïèse pathologique.

5. Le nombre des leucocytes augmente également parallèlement aux hématies et à la fin du traitement il atteint le chiffre moyen ou même maximum de la normale. On observe d'abord une augmentation des neutrophiles et une diminution relative des lymphocytes, l'anéosinophilie est remplacée par un chiffre normal d'éosinophilie, et on peut même observer quelquefois une éosinophilie accusée (26%). Le nombre des monocytes peut augmenter également.

26%. Количество моноцитов в некоторых случаях может заметно нарастать.

5. Сущестующая при перниц. анемии ахлоргидрия не испытывает никаких изменений, но если при перниц. анемии существует желудочная секреция то она под влиянием печеночной диеты может увеличиться.

6. В случаях не перниц. анемии печеночная терапия не дает заметных результатов.

7. Во время проведения печеночной диеты, другие диетические предписания, кот. рдкомендует Minot и Murphy, не представляют необходимости.

6. L'acylie gastrique des malades anémiques ne se modifie pas sous l'influence de ce traitement; mais si les anémiques perniciose ont une sécrétion gastrique, celle-ci peut augmenter.

7. Dans les cas d'anémie non perniciose le traitement par le foie ne donne pas de résultats notables.

8. Pendant le traitement par le foie il n'est pas nécessaire de suivre les prescriptions dietétiques de Minot Murphy.

პროფ. სპ. ჟიფციანი

ნერ. სნ. კლ. გამგე

მძ. მ. პაკაძე-მისაბიუვილი

კლინიკის ორდინატორი

ზურგის ტვინის ხორცმეტი გამოსნობილი როგორც Sclerosis disseminata.*)

ზურგის ტვინის ხორცმეტების დიაგნოსტიკა ჩვენს დროში იმდენად განვითარებულია, რომ შეცდომა იშვიათი უნდა იყოს. ეს ასეც არის. ჩვენ საკუთარ მასალაზე რომ დავემყაროთ, უნდა ვაღიაროთ, რომ ეს პირველი შემთხვევაა, როდესაც გარკვეულად ვსვამთ გაფანტულ სკლეროზის დიაგნოზს ზურგის ტვინის ხორცმეტის დროს.

ასეთი შეცდომა სვამს საკითხს იმ დიაგნოსტიკურ საშუალებათა შეფასების შესახებ, რომელთაც ვნმარობთ ზურგის ტვინის ხორცმეტების გამოცნობის დროს.

ე. წ. კომპრესიის სინდრომი, რომელიც კლინიკურად შესწავლილი იყო უმთავრესად Babinski-ის მიერ, წარმოადგენს სიმპტომთა კომპლექსს, რომელთა შორის ზ. ტვინის ავტომატიზმის ნიშნებს პირველი ადგილი უკავია: სპასტიური პარაპლეგია ნათლად გამოხატული პათოლოგიური და დაცვითი რეფლექსებით, მიდრეკილება კიდურებისა ფლექსიაში გადასვლისა, ან და ნათლად გამოხატული „Paraplégie en flexion“, აი რა ახასიათებს კომპრესიის სინდრომს. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი სიმპტომოკომპლექსი უმრავლეს შემთხვევაში სწორედ ზ. ტვ. კომპრესიის დროს არსებობს, იგი მისთვის სრულიად პათოგნომიურ ნიშანს მაინც არ წარმოადგენს.

ასეთი სინდრომის არსებობა სხვა დაავადებათა მიმდინარეობაში, როგორც მაგ. არის გაფანტული სკლეროზი, შემოფარგლული მიელიტი, lues cerebro-spinalis, აღნიშნული იყო ავტორების მიერ (Long, Jenitz et G. de Morsier). Alajouanine-მა ასეთი სინდრომი აღწერა თავის ტვინის დაავადების დროს.

დიაგნოსტიკის სიდასტურეს აძლიერებს თანდროულად არსებული ფესობრივი მოვლენები და მგრძნობელობის მოშლა სპინალური ხასიათისა კარგათ გამოხატული ზედა საზღვარით.

მაგრამ ეს უკანასკნელი ნიშნები ხშირად შორს წასულ კომპრესიების დროსაც კი ნათლად გამოხატული არ არიან, როდესაც სხვა ნიშნები კომპრესიისა სრულიად მკაფიოდ არიან წარმოდგენილი კლინიკურ სურათში.

*) მოხსენებული ნევროპათოლოგების კონფერენციაზე 1929 წ. მაისში.

ცხადია, რომ დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს Froin-ის მიერ აღმოჩენილს და Foix და Sicard-ის მიერ შესწავლილ ზ. ტვ. სითხის ცვლილებებს კომპრესიების მიმდინარეობაში: ციტო-ალბუმინური დისოციაცია დიდი მნიშვნელობის დიაგნოსტიურ ნიშანს წარმოადგენს, მიუხედავად იმისა, რომ არც იგი არის აუცილებელი ნიშანი კომპრესიისა. Sicard-ის მიერ მოწოდებულმა „ლიპიდოლით დიაგნოსტიკამ“ ხორცმეტების გამოცნობა იმდენათ წინ წასწია, რომ მათ გამო გაკეთებულ ოპერაციების რიცხვმა საგრძნობლად იმატა.

ეს უკანასკნელი მეთოდი შესაძლებლად ჰქმნის, როგორც კომპრესიის დონეს, ისე მის არსებობის გამოცნობის შესაძლებლობას.

ზემოაღნიშნულ დიაგნოსტიურ ნიშნებს შორის პირველი წმინდა კლინიკურია, მეორე მოითხოვს ზ. ტვ. სითხის ლაბორატორულ შესწავლას, მესამე კი რენტგენო-დიაგნოსტიკას ეკუთვნის.

დიაგნოსტიკის სიდასტურე სამთავე ამ საშუალების ხმარებაზე და მათ სწორ შეფასებაზედ იქნება დამყარებული.

ავადმყოფი მე-ა ანა, 60 წ., რუსი, შემოვიდა ნერვების სნეულებათა კლინიკაში 13/IV-1928 წ., უჩივის ქვედა კიდურების სისუსტეს და მათ უნებლიეთ მოძრაობას, სარტყლისებრივ ტკივილებს მუცლის ქვედა არეში. შთამომავლობა ჯანსაღი, გათხ.ავილა სამჯერ, შვილები არ ჰყოლია; მუცელი ერთხელ მოშლია დაცემის გამო.

10 თვეა ავად არის. ავადმყოფობა დაეწყო ტკივილებით მუცლის ქვედა არეში. შემდეგ ტკივილები გადავიდა ქვედა კიდურებში. ამასთან ერთად განვითარდა სისუსტე ფეხებში, სისუსტე პროგრესიულად ვითარდებოდა. მასთან ერთად ავადმყოფმა შეამჩნია უნებლიეთი მოძრაობანი კიდურებში, რომელიც გამოიხატებოდა პერიოდულ მოხვრა-გაშლაში.

ობიექტიურად: ნების ყოფითი მოძრაობა ზედა კიდურებში—ნორმა, ქვედა კიდურებში მოშლილია: კიდურები მუდამ გაჭიმულ მდგომარეობაშია; ამდროს ნებისყოფითი მოძრაობანი შეუძლებელია; როდესაც კიდურები მოდუნდებიან, მაშინ შეიძლება მხოლოდ მოძრაობის სიფართის გასინჯვა, რომელიც სრულიად ნორმალურია, ხოლო აღინიშნება ძალის დაქვეითება პერიფერიულად.

მცესთა რეფლექსები: აწეულია ქვედა კიდურებში; რეფლექსების გამოწვევა შეიძლება კიდურების მოდუნების პერიოდში; არ შეიძლება, როდესაც კიდურები დაჭიმულია. კლონუსები ტერფისა ორივე მხრივ. Babinski Rossolima აგრეთვე ორივე მხრივ. დაცივითი რეფლექსები ძლიერ ადვილად იწვევიან. კარგათ გამოხატულია ბილომოტორული რეფლექსი, როგორც სპინალური ისე ენცეფალური. კუნთების ტონუსი ქვედა კიდურებში აწეულია. ჰიპერტონია პირამიდალური.

მგრძნობელობის მოშლა არა აქვს, გარდა ვიბრაციისა, რომელიც დაქვეითებულია D 11 დონემდის; აქვს მხოლოდ პარესტეზიები.

უნებლიეთი მოძრაობანი: ფეხები ხან იშლებიან, ხან იხრებიან; დღის განმავლობაში უფრო ხშირია ექსტენზია, ღამე კი ფლექსია. ამას იწვევენ გარეშე გაღიზიანებანი, როგორიცაა საბნის გადახდა, საწოლის შენძრევა და სხვა. შარდი ზოგჯერ შეკავებული აქვს.

შინაგანი ორგანოები: მიოკარდიტი, არტერიოსკლეროზი.

სისხლის წნევა: max-18, min-10, ind-3,5 ზურგის ტვინის სითხე: წნევა 15, ცილა 0,71, Pandy და Weichbrodt-ი დადებითი; ციტოლოგიური ინდექსი-18, Guillain—o o 222222200000-positiv. W R სისხლში და სითხეში უარყოფითი, სუბოქციპიტალურად შეშხაპუნებული ლიპიდოლი უბლოკაყოფ ჩავიდა.

სპასტიური პარაპლეგია ნათლად გამოხატული ავტომატიზმით, როგორც იყენენ უნებლიეთი მოძრაობანი და დაცივთი რეფლექსები, ზ. ტვინის კომპრესიაზე უთითებდენ. სპონდილიტის ნიშნების არყოფა, როგორც კლინიკური, ისე რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს, შესაძლებლად ხდიდა ზ. ტვ. ხორც-მეტის არსებობას. ამასვე ადასტურებდა ავადმყოფობის თანდათანობითი განვითარება.

წინააღმდეგ კი იყო, მიუხედავად ნათლად გამოხატული მოტორული მოვლენებისა, მგრძობელობის შენარჩუნება, ჰუმორალური სინდრომში ციტო-ალბუმინური დისოციაციის არსებობა: ლიმფოციტოზი შესამჩნევი იყო=18; ლიპოლოლით გამოკვლევა უარყოფითი.

კანონიერი იყო ამიტომ სინდრომის ახსნა სხვაგან გვეძებნა.

სიფილიტიური დაავადების შესახებ შეიძლებოდა გვეფიქრა, რომ W R-ის რეაქცია დადებითი ყოფილიყო.

ეს რეაქცია უნდა ყოფილიყო დადებითი ისეთ სითხეში, სადაც Guillain's რეაქცია სუბპოზიტიური იყო, დიდი ლიმფოციტოზი და ჰიპერალბუმინოზი არსებობდა. ეს ასეც არის ხოლმე ჩვენი დაკვირვების მიხედვით.

ამიტომ ჰუმორალური სინდრომის არსებობა: Wassermann-ის და Guillain-ის რეაქციების დისოციაცია უნდა მიგვეწერა რაიმე ინფექციურ დაავადებისათვის, რადგან ასეთი ჰუმორალური სინდრომი ხშირია მკვეთრი ინფექციების დროს.

ავადმყოფი კი ქრონიკულ სტადიაში იმყოფებოდა. ქრონიკულ დაავადებათა შორის ასეთ ჰუმორალულ სინდრომს Sclerosis disseminata იძლევა.

მხოლოდ ამ დაავადების დროს სინდრომი უფრო მცირე ინტენსივობისა არის; უფრო ნაკლები ლიმფოციტოზი და ალბუმინოზი არსებობს.

მაგრამ ავტორების მიერ აღწერილია ნამდვილი Sclerosis disseminata სწორედ ასეთი ინტენსიური სინდრომით.

Souques-ის, Flamutier-ის და Massary-ს მასალაში მოიპოვება შემთხვევა, სადაც შემდეგი სურათი იყო ჩვენ შემთხვევასთან შედარებით.

ჩვენი შემთხ.	ავტორების შემთხვ.
ცილა - 0,71	0,53
ლიმფოციტოზი 18,0	25,0
Guillain-positiv	subpositiv
R W negativ	negativ

ამნაირად, ჰუმორალური სინდრომი Sclerosis disseminata-ს არსებობას შეეფარდებოდა.

რაც შეეხება კომპრესიის სინდრომს—ასეთი შეიძლება არსებობდეს Sclerosis disseminata-ს მიმდინარეობაში იმდენათ კარგათ გამოხატული, რომ ოპერაციაც კი გააკეთონ (Froment და სხვა). მივიღეთ რა მხედველობაში კომპრესიის სინდრომის განვითარების შესაძლებლობა Sclerosis disseminata-ს დროს, ჰუმორალური სინდრომის თავისებურობა, რომელსაც ამ ავადმყოფობის დროს ვხვდებით, ლიპოლოლის უარყოფითი შედეგი, ვიგულისხმეთ Sclerosis disseminata-ს დიაგნოზი. აუტოფსიამ აღმოაჩინა: ხორცმეტი რბილ გარსის ქვეშ

მოთავსებული; ჰისტოლოგიურად-Neurinoma. შეცდომა დიაგნოზში მოხდა იმის გამო, რომ უარყოფითი ხასიათის ლიპიდოლის ცდას მივაწერეთ გადამწყვეტი მნიშვნელობა და გარდა ამისა ჰუმორალური სინდრომის ციტო-ალბუმინურ დისოციაციასაც აბსოლუტური მნიშვნელობა მივათვისეთ.

არც ერთი და არც მეორე მისაღები არ არის, რადგან, როგორც ჩვენი შემთხვევა ამას ნათელჰყოფს, შეიძლება ზ. ტვინში ხორცმეტრ იყოს, ლიპიდოლმა გაიაროს და ლიმფოციტოზიც თვალსაჩინო იყოს.

ამ შემთხვევაში, რომ მანომეტრიული ცდა ყოფილიყო გაკეთებული, ნაწილობრივი ბლოკაჟი აღმოჩენილი იქნებოდა. ასეთი ცდა გაკეთებული არ ყოფილა.

- დასკვნა:** 1) ზ. ტვ. კომპრესიების დროს შეიძლება ლიპიდოლის ცდა უარყოფითი იყოს. ამას გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს ხორცმეტის დიაგნოსტიკისათვის.
- 2) ზ. ტვ. ხორცმეტის დროს შეიძლება ადგილი არ ჰქონდეს ალბუმინო-ციტოლოგიურ დისოციაციას.
- 3) დიაგნოსტიკა უნდა ემყარებოდეს ყველა მოვლენათა შეფასებაზედ.

ლიტერატურა.

1. Gl. Vincent. Sur les troubles de la sensibilité et sur l'exageration des reflexes de defens dans les formes paraplegiques de la sclerose en plaques. R. N° 1924 juin. 2. Long, Lenitz et de Morsier. Diagnostic différentiel de la sclerose en plaques et de la compression medullaire R. N° 1924 juin. 3. Souques Blamotier etc. Liquide cephalo rachidien dans trente cas de sclerose en plaques R. N° 1924 juin. 4. Gl. Vincent. La chirurgie de tumeurs intra medullaires en France en 1913. R. N° 1927 Avril. 5. Th. Alajouanine. Sur un typ de Paraplégie en flexion d'origine cerebral avec exageration de l'automatisme medullaire.

Проф. С. Н. Кипшидзе и М. Паркадзе. Опухоль спинного мозга распознанная как sclerosis disseminata.

Авторы показали случай tumor medullae spinalis, распознанный или как sclerosis disseminata. У больной был синдром компрессии спинного мозга, но некоторые данные исследования противоречили существованию опухоли, а именно: спинномозговая жидкость наряду с большим количеством белка содержала также лимфоциты, проба с липидолом оказалась отрицательной. Принимая во внимание возможность развития имеющегося у больной синдрома при sclerosis disseminata, авторы распознали последнее заболевание. Анализируя данные исследования, авторы приходят к заключению:

Prof. S. KIPCHIDZÉ et. M. PARKADZÉ.

La tumeur de la moelle rachidienne, diagnostiquée comme sclérose en plaques.

Les auteurs ont présenté un cas de tumeur de la moelle, qui était diagnostiquée comme sclérose en plaques. La malade présentait un syndrome de compression medullaire. Mais quelques symptômes étaient en contradiction avec un tel diagnostic. Notamment le liquide céphalo-rachidien contenait avec une quantité considérable d'albumine aussi des lymphocytes. L'exploration lipidolée était négative.

Considérant, que la sclérose en plaques est capable de donner le syndrome de compression, les auteurs ont admis l'existence de cette maladie.

Après l'analyse minutieuse de toutes les données de l'observation ils ont conclu que:

1) отрицательный результат при исследовании липидолом не говорит против опухоли,

2) при опухолях спинного мозга альбуминоцитол. диссоциация может отсутствовать,

3. диагноз должен опираться на сопоставлении всех данных исследования.

1. L'epreuve de lipiodol négative n'exclut pas l'existence de la tumeur medullaire,

2) dans certains cas de la tumeurs médullaire la dissociation albumino-cytologique n'existe pas,

3) le diagnostic de la tumeur médullaire doit être basé sur l'appréciation de toutes les données de l'observation.



მ. ზანგუჩიძე-სერაძე და ვ. ლაბაძე.
კლინიკის შტ. გ. ასისტენტი. კლინ. ინტერნი.

Sclerosis disseminata-ს შემთხვევა პარკინსონიზმის მოვლენებით *).

სახ. უნივერ. ნერვების სნეულებათა კლინიკიდან. გამგე პრ. ს. ყიფშიძე.

ჩვენ მიერ წარმოდგენილი Sclerosis disseminata-ს შემთხვევა პარკინსონიზმის მოვლენებით წარმოადგენს ძლიერ იშვიათ სიმპტომოკომპლექსს. მე-5 საერთაშორისო ნერვოლოგიურ კონგრესზე 1924 წ. პარიზში, სადაც გაფანტული სკლეროზი წარმოადგენდა საპროგრამო საკითხს, არ იყო წარმოდგენილი ამის მსგავსი შემთხვევა. ამავე კონგრესზე Guilain-ი და Sougue-ი აცხადებენ, რომ მათ არ იციან ისეთი მაგალითი, სადაც ეპიდემიურ ენცეფალიტს მოყოლოდეს გაფანტული სკლეროზი, და არც გაფანტული სკლეროზი, რომელიც დართული ყოფილიყოს პარკინსონული კანკალით.

ავადმყოფი ქალი ხ—ა, 19 წ. შემოვიდა ნერვების სნეულებათა კლინიკაში 21.I-1929 წ. განმეორებით.

ავადმყოფი უჩივის მთელი სხეულის კანკალს, ქვედა კიდურების ძლიერ სისუსტეს, სიარულის შეუძლებლობას; გარდა ამისა აღნიშნავს დრო გამოშვებით თავის ტკივილის, ყურებში შუილს და თავის ბრუალს.

ავადმყოფობა დაეწყო 6 წლის წინად და განვითარდა თანდათანობით. მისი დასაწყისს ავადმყოფი უკავშირებს შიშს, რომელიც მან განიცადა მათ ოჯახზე ყაჩაღების დაცემის დროს. ამ მომენტიდან მას დაეწყო კანკალი მთელი სხეულისა.

დაახლოებით ერთი წლის შემდეგ მან შეამჩნია სისუსტე ქვედა კიდურებისა და სიარულის მოშლაც, რომელიც თანდათანობით მატულობდა. ავადმყოფი ცერებზე დადიოდა და უკანასკნელი წლის განმავლობაში დაუხმარებელი სიარულს ვეღარ ახერხებდა. იგი ლოჯინათ ჩაწვა.

წარსულში არავითარი ავადმყოფობა არ ახსოვს. დედა გარდაიცვალა კლექით. მამა და ორი და ყავს ჯანსაღი.

Status praesens. ავადმყოფი მაღალი ტანისაა, ნორმალური აგებულებისა, კარგი კვების. ლაპარაკობს დაბალი ხმით, მეტყველების მოშლა არ აღინიშნება.

ნებისყოფითი ნოდრაობა. თავის ტვინის მამოძრავებელი ნერვების ფუნქცია შენახულია ნორმის ფარგლებში. ამ მხრივ არც ზედა კიდურებშია რაიმე ცვლილება. ყურადღებას იქცევს ქვედა კიდურების მდგომარეობა: ფეხები დაჭიმული აქვს, ტერფები გადაქაჩული ფეხის გულისკენ, მოძრაობა გაძლიერებული და ნელი. მოძრაობის სიფართო შეზღუდულია: მწოლიარე მდგომარეობისას გაჭიმული გაძნელებული ფეხების აწევას ახერხებს მხოლოდ 30 სანტ. სიმაღლეზე. ძალა მომღუნავებში უფრო დაკლებული აქვს, ვიდრე გამშლელებში. ძალის დაკლება უფრო მცირეა, ვიდრე ეს მოძრაობის სიფართოს შეზღუდვას შეეფერება, უკანასკნელი უფრო თვალსაჩინოა, ვიდრე ძალის დაკლება.

პასიურ და აქტიურ წინააღმდეგობის შორის აღინიშნება დისსოციაცია, განსაკუთრებით ქვედა კიდურებში: პასიური წინააღმდეგობა სჭარბობს აქტიურს. ტანის მოძრაობა ძლიერ შეზღუდული აქვს—ძლიერ უჭირს წამოჯდომა და საწოლში ბრუნვა.

*) მოხსენებულია ნერვოპათოლოგთა და პსიქიატრთა კონფერენციაზე 1929 წ.

ზ ა ნ გ უ რ ი ძ ე - ს ე რ ე დ ა დ ა ლ ა ბ ა ძ ე

მეორე, რაც ყურადღებას იპყრობს ამ შემთხვევაში, ეს არის უნებლიეთი მოძრაობა: შესამჩნევი თავის კანკალი, ტანია რხევა, კიდურების კანკალი. კანკალი მოსვენების დროს მოკლე ამპლიტუდისაა, მაგრამ ნებისყოფითი აქტების, ცდების შესრულების დროს რხევის ამპლიტუდა მატულობს. ზედა კიდურებში ვხვდებით ტიპურ პარკინსონულ კანკალს, რომელიც სეგმენტალური, რითმიული და ოსცილატორული ხასიათის არის.

დიდი თითი ოპოზიციის მდებარეობაშია. აქ ოსცილაციის სიფართო უფრო მეტია, ვიდრე სხეულის სხვა ნაწილებში და რითმიც უფრო ხშირია.

ამასთანავე ერთად ზედა კიდურებში ადგილი აქვს მკაფიოთ გამოხატულ ინტენციურ კანკალს, რომელიც უფრო დემონსტრაციული ხდება წყლით სავსე კიჭის პირთან მიტანის დროს, ვიდრე ცხვირ-თითის ცდის დროს.

უნებლიეთი მოძრაობიდან აღინიშნება აგრეთვე თვალის კაკლების მოძრაობის დროს ჰორიზონტალური და ვერტიკალური ნისტაგმი.

ქვედა კიდურებში აღინიშნება ძლიერი რიგიდობა: ფეხები დაკიმული აქვს (*extensio ad maximum*). ჰიპერტონია პირამიდალური ხასიათისა. დიდი ძალის ხმარება გვკირდება, რომ ფეხები მოუღუნოთ მუხლის სახსარში. ძლიერ სუსტათ გამოხატული აქვს Goldlam-ის პარადოქსალური შეკუმშვის ფენომენი ორივე ქვედა კიდურის არეში.

პირამიდალურ ჰიპერტონიას აქვს ადგილი ზედა კიდურებშიც, მხოლოდ ძლიერ მცირეთ არის გამოხატული. აღინიშნება ეგრედ წოდებული *Negro-ს* დაკბილული ბორბლის ფენომენი (*roue dentlée*)-მტეგნის მომღუნავებში. კუნთების მიოტონიური რეაქცია ფარადიული ნაკადით ვერ მივიღეთ. *Babinski-ის flexion combinee* ავადმყოფს ნათლად გამოხატული აქვს. დგომა და სიარული დაუხმარებლივ არ შეუძლიან. სიარული ძლიერ სპასტიურია.

მყესთა რეფლექსები ყველა და განსაკუთრებით ქვედა კიდურების აწეულია. აქ ადგილი აქვს *Giro-ის* და *Markys-ის* მიერ აწერილი ჰიპერსპაზმატიურ შეკუმშვას: საკმარისია ძლიერ სუსტად ჩაქუჩის დაკვრა, რომ მივიღოთ ტერფის და მუხლის ხანგრძლივი კლონუსი. ძვალთა რეფლექსები სიმეტრიულად ცოცხალია. დიფუზურ რეფლექსებიდან ვხვდებით ცოცხალ პუბო აბდომინალურ რეფლექსს. მუცლის კანის რეფლექსი ცვალებადია—დროგამოშვებით არ იწვევა. ბილატელარული პლანტარული რეფლექსი დიდი თითის ექსტენზიით არ იწვევა. დაცითირეფლექსი არა აქვს. პათოლოგიურ რეფლექსებიდან ადვილათ და მკაფიოთ იწვევა *Babinski* და *Rossolimo*. ხშირად *Oppenheim-ი* და *Mendel Bechterev-იც* იწვევა. ხახისა და კონიუქტივის რეფლექსი ძლიერ მოღუნებულია; კორნეასი—ცოცხალი. გუგების რეაქცია სინათლეზე ცოცხალია ორივე მხარეზე.

ოფთალმოსკოპიურმა გასინჯვამ (ექ. შ ა ტ ი ლ ო ვ ი) ცვლილებები არ მოგვცა. ქვედა კიდურებზე აღინიშნება ვაზომატორული მოშლილობანი: კიდურები ცივია და ციანოტური პერიფერიული ნაწილებში. ზურგის ტვინს სითხის და სისხლის ბიოლოგიური რეაქციები ნორმალურია, გარდა *Guillain-ის* კოლოიდალურ რეაქციისა, რომელიც სუპოზიტიურია.

ამგვარად, ავადმყოფს აქვს, ერთის მხრივ, სპასტიური პარაპარეზი, კუნთების პირამიდალური მძლავრი რიგიდობით, რაც მიგვითითებს პროცესის სპინალურ ლოკალიზაციაზე; მეორის მხრივ აღინიშნება პარკინსონიზმის მოვლენები, რაც მაჩვენებელია ფუძის კვანძების დაზიანებისა. ნისტაგმი, რომელიც თავის ტვინის დაზიანებას მოწმობს.

ეს შემთხვევა თავისი კლინიკური სინდრომის მიხედვით წარმოადგენს ფრიად იშვიათ შემთხვევას საერთო ლიტერატურული მასალის მიხედვითაც კი; ჩვენს კლინიკაში ეს პირველია.

თუ 5-6 წლის წინათ ავადმყოფს ჰქონდა თითქმის იგივე ნიშნები და კლინიკიდან გაწერილი იყო გაფანტული სკლეროზის დიაგნოზით, დღეს, ამავე ავადმყოფის, კლინიკაში გამეორებით ყოფნის დროს, დიაგნოზი მერყეობდა ორ დავადათა შორის—ეპიდემიურ ენცეფალიტსა და გაფანტულ სკლეროზს შორის.

ავადმყოფობა დაეწყო უეცრათ, ემოტიურ შოკის შემდეგ. პირველი ნიშანი იყო პარკინსონის მოვლენების განვითარება, როგორც ერთის; ისე მეორე ავადმყოფობის სხვადასხვა გამომწვევ მიზეზთა შორის მრავალ ავტორთა მიერ ცნობილია ემოტიური მომენტი. ზოგიერთი ავტორი უარყოფს უკანასკნელს, როგორც მიზეზს პარკინსონიზმის გამოწვევისათვის; მათ ასეთი უარყოფითი მოსაზრება გამოაქვთ ომის მასალების მიხედვით.

მწვავე ინფექციურ მოვლენებს ავადმყოფობის დასაწყისში ხ-ა უარყოფს; ძილიანობა და, საერთოთ, ძილის მოშლილობა, რაც დამახასიათებელი იქნებოდა ენცეფალიტისათვის, ავადმყოფს არ ჰქონია, თუმცა Guillain-ი აღნიშნავს, რომ ძილიანობა ერთვის ყოველ პროცესს, რომელიც შუა ტვინშია მოთავსებული და მოჰყავს გაფანტული სკლეროზის წმინდა შემთხვევა, რომელიც დართული იყო ძილიანობით. ავადმყოფს არ ჰქონია აგრეთვე მოვლენები თვალების მხრივ, რაც ენცეფალიტის დროს ხშირია, თუმცა იგი, როგორც ძლიერ იშვიათი შემთხვევა, აღუნიშნავთ გაფანტული სკლეროზის დროსაც.

არის თუ არა ეს სუფთა, ნამდვილი პარკინსონიზმი, თუ პარკინსონიზმი ენცეფალიტის ნიადაგზე განვითარებული, გადაწყვეტით თქმა ამჟამად ძნელია. თუ ჩვენ გამოვყოფთ ქვედა კიდურებში არსებულ აღნიშნულ მოვლენებს და მივიღებთ მხედველობაში იმ ავტორთა აზრს, რომელთაც Morbus Parkinsoni მი-აჩნიათ დამოუკიდებელ ავადმყოფობათ და არა ენცეფალიტის შედეგათ, მაშინ ჩვენი შემთხვევა შეგვეძლო შეგვედარებია „ახალგაზრდობის პარკინსონიზმის ფორმასთან“. უკანასკნელის დროს, როგორც Ramsay Hunt-ი აღნიშნავს, პირამიდულ მოვლენებს არასოდეს ადგილი არა აქვს და იგი წარმოადგენს მემკვიდრეობითს და ოჯახურ დაავადებას. აღნიშნულიც საკმაო იქნებოდა „ახალგაზრდობის პარკინსონიზმის“ გამოსარიცხავათ. გარდა ამისა, უკანასკნელისათვის ზოგიერთი დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები—ბრადიკინეზია, ამი-მია, ფსიქომოტორული დეპრესია, მყესთა და კანის რეფლექსების თავისებურობა (შეკუმშვა კუნთის ცოცხალი, გაშლა კი—ზანტი), სეკრეტორული მოშლილობა—რომელნიც ჩვენ შემთხვევაში არ აღინიშნებიან, გვაძლევენ საბაბს მეტის გაბედულობით უარყოფთ „ახალგაზრდობის პარკინსონიზმის“ დაშვების შესაძლებლობა.

ავადმყოფობის დაწყებისა და განვითარების ხასიათი საეჭვოდ ხდის ეპიდემიურ ენცეფალიტის დაშვების შესაძლებლობას. გარდა ამისა სპასტიური პარაპლეგია და სპასტიურ-რეფლექტორული მოვლენები ენცეფალიტის დროს არასოდეს არ არის, როგორც აღნიშნავს Oppenheim-ი თავისი მასალის მიხედვით, მკაფიოთ გამოხატული და წარმოადგენს ფრიალ იშვიათ შემთხვევას.

Gabriello-Levy თავის მონოგრაფიაში—„დაგვიანებული ეპიდემიური ენცეფალიტი“ აღნიშნავს, რომ მას პირადად არ უნახავს არც ერთი შემთხვევა ქვედა კიდურების პასტიური დამბლა, როგორც ენცეფალიტის შედეგი. მას მოყავს მხოლოდ Leri-ს Roue Guy-ს ერთი შემთხვევა სპასტიურ პარაპლეგიის ენცეფალიტის შედეგათ.

Karl Patren-ი 1921 წ. პარიზის ნევროლოგიურ საზოგადოებაში ადგენს ორ ავადმყოფს ჰემიპლეგიით ენცეფალიტის შემდეგ, როგორც შედეგი ჰი-

პერტონიისა და აღნიშნავს, რომ ძლიერ მოწადინებული იყო ენახა ნამდვილი დამბლა, მაგრამ უკანასკნელმა ვერ აღმოაჩინა.

ჩვენი შემთხვევა უფრო ადვილათ გაფანტულ სკლეროზს შეეფერებოდა, მაგრამ მერყეობას ბადებს ის, რომ ლიტერატურაში არ ყოფილა აწერილი, როგორც Guilain (1924 წ.) სკლეროზის ისეთი ფორმა, რომელიც დართული ყოფილიყოს ექსტრაპირამიდალური სიმპტომოკომპლექსით. ქვედა კიდურების მძლავრად გამოხატული სპასტიური დამბლა, კუნთთა რიგიდობით, მოგვაგონებს Charcot-Erb-ის დაავადების სიმპტომოკომპლექსს. ეს ფორმა Guilain-ის მიერ იყო გამოყოფილი, როგორც წმინდა პარაპლეგიის ფორმა გაფანტულ სკლეროზის დროს და, თუ ამ სიმპტომოკომპლექსს მიუმატებთ ნისტაგმს, მუხლის რეფლექსების მოსპობას პერიოდულათ, ხახის რეფლექსის მოღუწებას, ინტენსიურ კანკალს, კუნთების ჰიპერსპაზმატიურ შეკუმშვას, და ყველა იმ ნიშნებს, რომელიც უარყოფენ პარკინსონიზმს, განვითარებულ ეპიდემიურ ენცეფალიტის ნიადაგზე, გვექნება საკმაო საფუძველი ჩვენი შემთხვევა წარმოვადგინოთ, როგორც sclerosis disseminata.

ასეთი გართულების შესაძლებლობა აღნიშნულია ავტორების მიერ: Herman-ს მოჰყავს შემთხვევები Roussi Levy-ს, და Bertilon-ის.

თვით ავტორს აწერილი აქვს შემთხვევა გაფანტულ სკლეროზისა, სადაც ადვილი ჰქონია ქვედა კიდურების სრულ დამბლას, ქორეატიულ მოძრაობებს და პარკინსონულ მოვლენებს. ეს შემთხვევა აუტოფსიით დამთავრებულა და ტვინში გაფანტულ სკლეროზისთვის ტიპური პათოლოგო-ანატომიური სურათი აღმოჩენილა. ფირფიტები ავტორს ფუძეს კვანძებშიც უნახავს.

ჩვენს შემთხვევაშიც ფირფიტების მზგავსი ლოკალიზაცია უნდა ვიგულო-სხმოთ.

О. Зангуридзе-Середа и В. Лабадзе.
Случай sclerosis disseminata с явлениями паркинсонизма.

Авторы описывают случай множественного склероза с явлениями паркинсонизма. У молодой девушки (19 л.) после эмотивного шока появились дрожание паркинсонического типа верхних конечностей с осцилляцией головы и туловища. К этим явлениям присоединился спастический парез нижних конечностей, который в течение двух лет развился почти до полного паралича. На ряду с этими явлениями имелись характерные признаки для рассеянного склероза — нистагм, временами отсутствие брюшных рефлексов, интенционное дрожание и положительный Guilain, такое сочетание симптомокомплекса рассея-

D-rs ZANGOURIDZÉ-SÉRÉDA et
LABADZÉ.

Un cas de sclérose en plaques avec manifestations parkynsoniennes.

(Clinique neurologique de l'université de Tiflis. Directeur: prof. S. Kipchidze).

Les auteurs décrivent un cas de sclérose en plaques avec manifestations parkynsoniennes. Chez une jeune fille (19 ans) après un choc émotivonal on constate l'apparition d'un tremblement des membres supérieurs du type parkynsonien avec des mouvements d'oscillation de la tête et du tronc. A ces manifestations se joignent une parésie spastique des membres inférieurs, qui se développant progressivement pendant deux années aboutit à une paralysie presque complète.

A côté de ces manifestations vous avez les signes caractéristiques de sclérose en plaque-nystagme, parfois défaut de réflexes abdomi-

ного склероза с явлениями паркинсонизма весьма редки и лишь в последние годы стали известны несколько случаев описанные Roussi, Levi, Bertillon и Herman-ом.

naut, tremblement intentionnel et enfin réaction de Guillain subpositive.

Une telle combinaison du symptocomplexe de sclérose en plaque avec manifestations de parkynsonisme trez rare dans la littérature médicale a été décrite pendant les darnieres annés seulement par Roussi, Lewi, Bertillon et Hermann.



პროფ. სვ. ჟიჟოძე ზ
ნერ. სნ. კლ. გამგე

პა. ლ. შვანიძე
კლინიკ-ს ორდინატორი

თ ა ლ ა მ უ რ ი ს ი ნ დ რ ო მ ი

1930 წელს Dejerin და Egger-ის პირველად ქონდათ ანატომო-კლინიკური შემთხვევა, რომელმაც მომავალში თალამური სინდრომის სახელწოდება მიიღო. 1904 წელში იმავე, Dejerin და Roussy-იმ დეტალურად აღწერეს ეს სინდრომი. თვით Roussy დაინტერესებული ამ საკითხით, 1907 წელს აქვეყნებს თავის სადესერტაციო შრომას, სადაც მას ექსპერიმენტალურად შესწავლილი აქვს თალამუსის ანატომია.

ამ უკანასკნელმა შრომამ დიდი ინტერესი გამოიწვია მკვლევართა შორის, რასაც შედეგად მოყვა მთელი რიგი ახალი დაკვირვებების გამოქვეყნება. მათ შორის კი შესანიშნავია Glovi Vincent-ის შემთხვევა. ეს ავტორი მიღებულ სიმტომოკომპლექსს ხსნის სუბთალამურ არეს დაზიანებით. Pierre Marie, Foix, Thier.-ი (1913 წ.) თავიანთ მასალათა შორის აღნიშნავენ სპეციალურ ხასიათის ჰემიპლეგიას (ცერებელიარული ნიშნებით. მათი მოსაზრებით ეს სიმტომოკომპლექსი შედეგი იყო თალამუსის დაზიანებისა და უყურებდნენ მას, როგორც თავისებურ თალამურ სინდრომს.

ომის პერიოდში შემთხვევები თალამური სინდრომისა გახშირდა. ერთი მხრივ Foix და Glovi Vincent, Bernard, Chiray, Foix და Nicolesco—ახალ მასალებს გვაწვდიან სუბთალამურ სინდრომისას, მეორე მხრივ კი Pierre Marie და Bouttier, Andre Pierre Marie აქვეყნებენ საინტერესო მონოგრაფიებს თალამუსის რეგიონალურ დაზიანებისას მგრძობელობის თავისებურ მოშლილობის შესახებ.

ამრიგად ყველა ზემოხსენებული ავტორები, როგორც ეს მათი შრომებიდან სჩანს, ცდილობდნენ, ის მრავალფეროვანი სიმტომოკომპლექსი, რომელსაც ადგილი აქვს თალამუსის დაზიანებისას, აეხსნათ თალამუსის რეგიონალურ დაზიანებით.

პირველი იყო Foix და Masson, რომელთაც გამოთქვეს აზრი, რომ თალამური სინდრომი შედეგია art. cerebri posterior-ის დაზიანებით. Foix-ამ ურჩია თავის მოწაფე Hillemand-ს შეესწავლა თალამური სინდრომის თავისებურება მის მასაზროლებელ არტერიების დაზიანების მიხედვით.

მართლაც Hillemand-მა საფუძვლიანად დაამუშავა ეს საკითხი თავის სადისერტაციო შრომაში და მივიდა შემდეგ დასკვნამდე: თალამური სინდრომი ყოველთვის დამოკიდებულია არტერიების დაზიანებაზე და რომ თვითოეულ

*) მოხსენდა ნერვოპათოლოგთა და ფსიქიატრთა კონფერენციას 28/VI 29 წ.

არტერიის ტოტის დაზიანებას განსაკუთრებული კლინიკური ნიშნები ახასიათებს.

ამრიგად დღევანდელი საკითხის მდგომარეობა ისეთია, რომ ყველა ცალკე შემთხვევაში სიმტომოკომპლექსის მიხედვით უნდა გამოვყოთ თალამუსის მასაზროლებელ არტერიის დაზიანება.

ჩვენს კლინიკაში გვქონდა თალამური სინდრომის შემთხვევა. იგი ფრიად მნიშვნელოვან მასალას წარმოადგენს თავის განსაკუთრებულ სიმტომოკომპლექსის მიხედვით.

მოვიყვან მოკლედ ავადმყოფის ისტორიას:

ავადმყოფი ტიუნინი 51 წლისა. შემოვიდა კლინიკაში 29 წლის 23 იანვარს. მარჯვენა ხელფეხის სისუსტის, ამავე ხელფეხის დაბუჯებით, სიარულის მოშლით და თავის ბრულის ჩივილებით. მემკვიდრეობით ჯანსაღია. Lues- უარყოფს. ბავშობაში გადაუტანია მარცხენა მეჯბარაძის სახსრის სპეციფიური დაავადება. ცოლს ერთი ორსულობა ჰქონია, ბავშვი ჯანსაღია.

ავად გახდა უეცრად. 22 თებერვალს ოთახში სიარულის დროს თავებრუ დაეხვა და წაბარბაცდა. მიეშველა ახლო მდგომი ცოლი და ლოჯინში ჩააწვინა. გარემოში ვერ ერკვეოდა საკმაოდ და, როგორც თვითონ გადმოგვცემს, მისი ლაპარაკი გაუგებარი იყო. ამ მოვლენებთან ერთად მას მარჯვენა ხელფეხის სისუსტეც შეუმჩნევია. მე-10 დღეს, იმდენად მოკვებულა, რომ სამსახურში წასულა. იმდროს მარჯვენა ხელფეხის ოდნავი სისუსტეც და წერის უხერხულობა მინც ჰქონია. მე-14 დღეს წინასწარი უსიამოვნების შემდგომ, თავებრუ დაეხვა და წაიქცა იატაკზე. სამი დღე უგონოდ ყოფილა. მარჯვენა ხელ-ფეხის სისუსტეც და გაუგებარი ლაპარაკი მეტ ხანს დარჩენია. კლინიკაში შემოსვლისას მეტყველობის მოშლილობა ოდნავად ემჩნეოდა.

ც. ნ. ს. მხრივ ობიექტურათ: ნებისყოფითი მოძრაობები სიფარტის მხრივ თითქმის ყველა სახსრებში სრულია. მარჯვენა ხელის შუა და ნაწილობრივ უსახელო თითის უკანასკნელი ფალანგები მოხრილია. სრული მათი გაშლა ავადმყოფს არ შეუძლია. ამავე ხელში წმინდა მოძრაობების წარმოება შეზღუდულია. მარცხენა ფეხი დამოკლებული და ატროფიულია გადატანილ სპეციფიურ ანთების გამო. მარჯვენა ფეხში სიფართე სრულია, ძალა, როგორც მარჯვენა ხელში, ისე ფეხში შესუსტებულია.

აქვს იმიტატიური სინიკინეზია. საღი ხელის მოჭერისას და ვადებული ხელით იმავე მოძრაობებს აწარმოებს.

მთელ მარჯვენა ნახევარში აქვს ღრმა და სტერეოგნოსტიური მგრძობელობის ანესტეზია. მარჯვენა ხელფეხის თითების მდებარეობის შეცვლაში ავადმყოფი ვერ ერკვევა. მიცემულ საგნების ფორმას ვერ არკვევს. აქვს ტაქტილური ჰიპესტეზია. ზერეულე შეხებას ვერ არჩევს. ტკივილს დაგვიანებით გეხულობს.

სითბოს სავსებით ვერ არჩევს ცივისაგან. ცივს შეიგრძნობს როგორც ტკივილს, ავადმყოფი იძლევა ცოცხალ რეაქციას და იცილებს გამალიზიანებელ აგენტს.

მოშლილი აქვს მდებარეობის შეგრძნება. თვალდაზრუნული ავადმყოფი კიდურს მიცემულ მდგომარეობაში ვერ აკავებს. კიდური იცვლის ადგილს.

სუბიექტიური მოვლენებიდან აღვნიშნება ხანგამოშვებითი უსიამოვნო ტკივილი ხან თითებში, ხან ბეჭში. რეფლექსები ორთავა, სამთავა, მუხლის, აქილესის მარჯვნივ უფრო ცოცხალია. პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს.

მარჯვენა ნახევრის კიდურები უფრო ცივია, გაფითრებულია. სისხლის წნევა Max—25.0. მხედველობის მხრივ მივიღეთ ჰემიანოზის კვადრატული სახის. სისხლში WR უარყოფითია.

ჩვენი შემთხვევა წარმოადგენს ნათლად გამოხატულ თალამურ სინდრომს, რომელსაც ახასიათებს შემდეგი ნიშნები: პარეზი სუსტად გამოხატული მარჯვენა მხარეზე, იმავე ნახევარში დისოციაციური ხასიათის მგრძობელობის მოშლა, ტკივილები, კონტრაქტურა და ჰემიანოზისა.

თალამური სინდრომი ყოველთვის ერთნაირად არ არის გამოხატული. მთავარი დამახასიათებელი და დამამტკიცებელი არის ერთის მხრივ არსებობა სუსტად გამოხატულ მოტორულ ნიშნებისა, მეორე მხრივ კი მგრძობელობის დისოციაციურ ხასიათის მოშლა.

კლინიკური თავისებურება თალამურ სინდრომისა Hillemand-ის შრომის შემდეგ არტერიების თავისებური გავრცელებით უნდა აიხსნას.

სჩანს არტერიების ანატომიის ცოდნას დიდი მნიშვნელობა უნდა ქონდეს თალამურ სინდრომის გარკვევის დროს.

დღემდე კლინიკისტიები საკითხის გამოსარკვევად ემყარებოდნენ იმ ანატომიურ ცნობებზე, რომელიც მოგვცა Duret-მა 1878 წელს, მაგრამ ისინი ყოველთვის გრძობდნენ თავიანთ მოსაზრებების ნაკლულევანებას. ახლად შესწავლილ თავის ტვინის ანატომია Mouchet-ის მიერ იმდენათ დეტალურათ არის დამუშავებული, რომ დღეს-დღეობით ეს საკითხი საკმაოდ გამორკვეულად უნდა ჩაითვალოს.

კერძო თალამუსს კვებავეს 5 არტერია.

1. Art thalamo perforata, ტოტია art. cer. posterioris და კვებავეს თალამუსის შიგნითა უკანა ნაწილს.

2. Art thalamo geniculata, ტოტია art. cer. post. და კვებავეს თალამუსის უკანა გარეთა ნაწილს.

3. Art lenticulo optique, ტოტია art. cer. posterior-ის და კვებავეს თალამუსის მცირე წინა გარეთა ნაწილს.

3. Art choroidae სხვადასხვა არტელების ტოტია. ერთი arter, cerebri media და მეორე art. posterioris ეს არტერიები კვებავენ თალამუსის ზემო შიგნითა ნაწილს.

5. Art premamilar მრავალ ტოტებით გამოდიან art. comunicans posterior-იდან და კვებავენ თალამუსის წინა ქვედა ნაწილს.

უკანასკნელ სამი არტერიის დაზიანება თითქმის არავითარ გარკვეულ კლინიკურ ნიშნებს არ იძლევა.

რაც შეეხება art. thalamo perforata, thalamogeniculata და თვით არტერია cerebri posterior-ის დაზიანება იძლევიან საკმაოდ გარკვეულ კლინიკურ სინდრომს.

1. Arter. thalamo perforata-ას დაზიანებით გამოწვეული სინდრომი:

კლინიკურ ნიშანთა შორის პირველი ადგილი უკავია ცერებელთალურ მოვლენებს. ნახევარ მხარეზე ავადმყოფს აღენიშნება სუსტი პარეზი. ამავე ნახევარში კარგად გამოხატულია ინტენციური კანკალი. ეს კანკალი ძლიერ წააგავს იმ კანკალს, რომელსაც ჩვენ ვხედავთ Sclerosis disseminata-ას დროს.

სხვა ნიშნები ამ შემთხვევაში მეორადია. მგრძობელობის მოშლილობა, თუ კი არის, ის ყოველთვის სტერეოგნოსტიულს შეეხება. ქორეო-ატეტოზური მოძრაობანი ხან ძლიერ სუფთათაა გამოხატული, ხან კი სავსებით არ არის. არც თალამური ხელის არსებობა არის საეალდებულო.



ამ სინდრომს თითქმის ყოველთვის მთლიანად ენახულობთ და არასოდეს არა აქვს დართული ის ნიშნები, რომელსაც იწვევს *arteria cerebri posterior*-ის დაზიანება.

2. *Aart cerebri posterior*-ის დაზიანება იძლევა ტიპიურ თალამურ სინდრომს. ამ შემთხვევაში მოშლილობა შეეხება, როგორც მოტორულ, ისე სენსორულ სფეროს.

ჰემიპარეზი სუსტათაა გამოხატული. ხშირად ხელი უფრო პარეტიულია, ვიდრე ფეხი. პათოლოგიურ რეფლექსებს ადგილი არა აქვს. არის კონტრაქტურები უფრო ხშირად ხელში. ხელი ლებულობს განსაკუთრებულ ფორმას, რომელსაც კლინიკაში თალამურ ხელს უწოდებენ. სინიკინეზია უფრო იმიტატიურია. მგრძნობელობის მხრივ არსებობს, როგორც სუბიექტური, ისე ობიექტური ნიშნები.

ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილებს ხან განსაკუთრებულ ადგილებში, ხან კი მთელ ნახევარ ნაწილში. ტკივილები ყოველთვის პარეტიულ კიდურებს შეეხება და ის იმდენათ მძლავრია, რომ ზოგჯერ აუტანელი ხდება ავადმყოფისათვის. ობიექტურად მგრძნობელობის მოშლილობა ყოველთვის დისოციატიურია. მოშლილობა შეეხება სტერეოგნოსტიულს და ღრმა კუნთ სახსრისას. თუმცა ზოგ შემთხვევაში სხვა სახის მგრძნობელობაც შეიძლება განიცდიდეს მოშლილობას, მაგრამ ნაკლებ ხარისხით. მგრძნობელობის მოშლილობა დაზიანებულ მხარეზეა. იშვიათად მაგრამ მაინც ზოგ შემთხვევებში შეიძლება აღმოჩნდეს ცერებელარული ნიშნები.

თუ სისხლის ჩაქცევა ან ტრომბოზი მოხდა მარცხენა ჰემისფეროს *art. cerebri posterior*-ში, ზემოჩამოთვლილ სიმტომოკომპლექსს დაერთვის ალექსია და ჰემიანოპსია, და თუ მარცხენა ჰემისფეროს—მხოლოდ ჰემიანოპსია.

3. *art. thalamo geniculata*-ას დაზიანება იძლევა სუფთა თალამურ სინდრომს.

ამ შემთხვევაში ობიექტური ნიშნები იგივეა, რაც ტიპიურ სინდრომის დროს, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ჰემიანოპსია და ალექსია არ იქმნება.

ჩვენი შემთხვევა წარმოადგენს *art. cerebri posterior*-ის დაზიანების შედეგად მიღებულ ტიპიურ თალამურ სინდრომს. ამ შემთხვევის ინტერესი გამოიხატება მის ზოგიერთ თავისებურებაში. სხვათა შორის ეს თავისებურება მგრძნობელობის მოშლას შეეხება. სტერეოგნოსტიულ და ღრმა მგრძნობელობის ანესტეზიასთან ერთად ადგილი აქვს შეხების ჰიპოსტეზიას და სითბო-სიცივის მიმართ გაუკუღმართებულ შეგრძნებას. უკანასკნელს ავადმყოფი ერთი მეორისგან ვერ არჩევს. ცივის შეხებას კი გრძნობს, როგორც ტკივილს. გარდა ამისა კვადრანტული სახე ჰემიანოპსიისა, რაც ძლიერ იშვიათია თალამურ სინდრომის დროს.

ლიტერატურა:

1. Hillemand. Syndrome thalamique.
2. A. Pitres et L. Testut. Anatomie et physio-pathologie du systeme nerveux.
3. Henri Claude. Maladie du systeme nerveux.
4. Dejerine. Semiologie des affections du systeme nerveux. Nouveau traité de medecine XVIII.
5. Systeme nerveux—semiologie. Revue Neurologique 1913.
6. Les douleurs centrales.
- Etude pathologique de huit carpar John H. W. Rhein.
7. Проф. М. Н. Лапинский. Схемы кровообращения в головном мозгу.

Л. Жвания.

Таламический Синдром.

Автор, приводя краткий исторический очерк таламического синдрома, отмечает, что до Foix и Mosson-а авторы описывающие разновидности таламического синдрома, пытались объяснить его региональным повреждением таламуса. Но после детального изучения кровоснабжающих сосудов мозга и в особенности таламуса, Mouchet-om был изучен этот вопрос с точки зрения артериального повреждения. Hillemand-om, на основании патолого-анатомических исследований пришел к заключению, что таламический синдром всегда зависит от повреждения артерии снабжающих таламус и что повреждение каждой артериальной ветки характеризуется соответствующим синдромом.

Приводя свой случай, автор в заключении указывает, что случай интересен тем, что он вызван повреждением art. cerebri posterior и принадлежит к типичному таламическому синдрому с некоторыми особенностями. Существует полная анестезия стереогностического и глубокомышечного чувства, гипестезия тактильная и извращение чувства холода и тепла. Холод воспринимается как боль. Кроме этого гемианопсия quadrant, которая является редкостью таламического синдрома.

L. JVANIA.

Syndrôme thalamique.

En faisant une brève revue hystorique, l'auteur indique, qu'avant les travaux de Foix et Mosson, les auteurs, qui ont décrit les diverses variétés du syndrome thalamique, tentèrent de l'expliquer par la lésion régionale du thalamus. Mais après une étude détaillée des vaisseaux du cerveau et particulièrement du thalamus par Mouchet, Hillemand a étudié cette question d'après le point de vue de la lésion artérielle. D'après les recherches pathologico-anatomique Hillemand conclut, qu'à la base du syndrome thalamique il-y-a toujours la lésion des artères qu'irrigent le thalamus et la lésion de chaque ramule artérielle se caractérise par un syndrome correspondant.

L'auteur décrit un cas personnel. Il indique, que ce cas est intéressant, car il est produit par la lésion de l'arteria cerebri posterior et se caractérise par quelques particularités. On observait, une anesthésie complète de sens stéréognostique et musculaire profonde, l'hyperaesthésie tactile et perversion de la perception du froid et du chaud. Le froid est conçu comme douleur. On observait en plus l'hémi-anopsie de quadrant, ce qui est une rareté au cours—syndrome thalamique.



მ. არჯვანიძე

სამეანო კლინიკის ასისტენტი.

ადგილობრივი ანუ რეგიონალური ანესთეზია პრივ-დოც. მ. იოლაკინის მოღვივაებით*).

(სამეანო კლინიკიდან—გამგე პროფ. ი. თიკანაძე).

„თუ ოპერაციის წარმოება სავსებით შესაძლებელია ადგილობრივ ანესთეზიის ქვეშ, მაშინ იმავე ოპერაციის ჩატარება საერთო ბანგის ქვეშ შეცდომას წარმოადგენს“—ო ამბობს V. Schmieden-ი მოყვანილ წინადადებაში ორი შესაძლებლობა იხატება: შიში საერთო ბანგისა და არა დამაკმაყოფილებელი შედეგები ადგილობრივი ანესთეზიისა.

რაც შეეხება საერთო ნარკოზს, მიუხედავად ამ ბოლოხანებში დიდი მიღწევებისა საბანგო მასალების ტექნიკურ დაშადებისა და ბანგისათვის ახალი აპარატების შემოღებისა, მიუხედავად ავადმყოფის უკეთ შესწავლის და გამოკვლევისა, თვით ბანგის ჩატარების პროცესის გაუმჯობესებისა და სხვა—ეხლაც ყოველ თითოეულ შემთხვევაში დაბანგვა სრულიად გარკვეულ, ამოცნობილ და უშიშარ პროცესს არ წარმოადგენს. დიდი სტატისტიკურ მასალის გადახედვით ჩვენ ვრწმუნდებით, რომ საერთო ნარკოზის შესახებ ჯერ კიდევ არ თქმულა უკანასკნელი სიტყვა, რომ მას ეხლაც არ მიუღწევია უმაღლეს და უშიშარ მდგომარეობამდე. ბოლო წლებში მეანობაში და გინეკოლოგიურ ოპერაციების დროს შემოიღეს საკრალური და ზურგის ტვინის ანესთეზია. ანესთეზიისათვის ხმარობენ stovain-ს novocain-ს tropococain-ს, tutocain-ს და syncain-ს.

კვლევა-ძიების პროცესში—საერთო ბანგის მეტოქედ ზოგიერთ შემთხვევებში იქ, სადაც ეს მოსახერხებელია, ადგილობრივი ანესთეზია გამოდის და ტოპოგრაფ-ანატომიურ საფუძვლების შესწავლის შემდეგ, მტკიცედ ავიწროებს საერთო ბანგის გავრცელების არეს.

მეან-გინეკოლოგთა ყურადღება დინი ხანია იმისაკენ იყო მიქცეული, რომ გამოეძებნათ საშუალება უშიშარი და მასთან დამაკმაყოფილებელი იმ ძლიერ ხშირ ოპერაციის წარმოების დროს, როგორცაა შორისის გახევა და მისგან გამომდინარე ქალთა სასქესო ნაწილების სხვადასხვა გართულებები, როგორც მაგ. საშოს კედლების ჩამოწევა, საშვილოსნოს ჩამოწევა, გამოვარდნა და სხვა.

დაზიანებულ შორისის ხელოვნურად განახლება-აღდგენა ტექნიკურად ადვილია და უშიშრად შესასრულებელი, მაგრამ მასთან იმდენად მტკინვეულია, რომ ეხლაც ბევრ დაწესებულებებში საერთო ბანგის ქვეშ სწარმოებს.

*) მოხსენებულია სამეანო კლინიკის ექიმთა სხდომაზე 1929 წ. იანვარი 15.

ვინაიდან ოპერაცია შორისზე შედარებით ბევრ დროს მოითხოვს და ბანგის მასალა დიდი იხარჯება, ამიტომ ოპერაციის მწარმოებელი ყოველთვის შიშში იმყოფება ბანგისაგან ახლობელ ან შორეულ გართულების შესაძლებლობის გამო.

ამიტომაც ჩვენ დიდი სიამოვნებით შევეცებეთ პრე-დოც. მ. იოლკინის მიერ წარმოდგენილს ადგილობრივ ანესტეზიის წესს, რომელიც მან წარმოადგინა სადისერტაციო შრომის სახით 1922 წელს შემდეგი სათაურით: К вопросу о применении регионарной анестезии при некоторых гинекологических операциях (შეთოკლებით დაბეჭდილია „Журнал для усоверш. врачей“ 1926 г. № 10.).

ეს წესი შემოღებული იყო სამედიცინო კლინიკაში 1927 წლის ოქტომბერში და მოგვცა საშუალება უშიშრად, უმტკივნეულად და სრულიად დაწყნარებით გვეწარმოებია შორისის აღდგენის ოპერაციები.

რეგიონალური ანესტეზიის სწორი წარმოება, თავისი დადებითი შედეგების მიხედვით, შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როცა ზედმიწევნით შესწავლილია ანესტეზიის ადგილმდებარეობის ტოპოგრაფიული ანატომია, სადაც ნათლად გათვალისწინებულია ნერვების და მათი ტოტების მიმართულება და მდებარეობა. ამიტომ ამ ანესტეზიის გასაგებათ მივსდით პრ.-დ. იოლკინის მიერ შეკრებილს და დამუშავებულ შორისისა და სასქესო ორგანოთა ინერვაციის სქემას.

შინაგან სასქესო ორგანოების ინერვაციაში მონაწილეობას იღებენ როგორც სიმპატიური, ისე ცერებროსპინალური ნერვული სისტემები, რომელთა გამოკალკეება სრულიად და სავსებით შეუძლებელია მათი ანსტომოზებით გადახლართვის გამო. მცირე მენჯის ორგანოები: საშვილოსნო, საშო, შარდის ბუშტი შარდსაწვეთეები და სწორი ნაწლავი იღებენ ინერვაციას მენჯის ნერვულ წნულისაგან ან ფრანკენჰოიზერის ნერვულ წნულისაგან ან. Г. Рейн-ის ტერმინოლოგიით plexus fundamentalis uteri-საგან. ეს უკანასკნელი—საშვილოსნოს ძირითადი—უმთავრესი წნული მოთავსებულია საშვილოსნოს ყელის უკან და გვერდზე, საშოს უკანა-გვერდითი თალის გამოწეულ მიდამოზე, უკანა დუგლასის გვერდების მიმართულებით და სწორ ნაწლავზე. ამ წნულს შეადგენენ, როგორც ნერვული ბოჭკოები, აგრეთვე ძლიერ ბევრი სხვადასხვა ზომის და სიდიდის ნერვული კვანძები; კვანძების მდებარეობის და მათგან წარზიდულ ბოჭკოების მიხედვით არჩევენ წნულის შემდეგ ნაწილებს: plexus uterinus vesicalis, vaginalis et pl. rectalis.

საშვილოსნოს ძირითადი წნული წარმოიქმნება მუცლის ქვეშა გვერდითი წნულისაგან, მე-2, 3, 4 რწყვილ ვაგის ნერვების ტოტებისაგან და მოსამზღვრე სიმპატიურ ტოტისაგან. Писемский-თ მუცლის ქვეშა გვერდითი წნულის წინა ნაწილის ტოტები, უერთდებიან რა საშვილოსნოს ძირითად წნულის ტოტებს, მიდიან საშვილოსნოს გვერდებზე ფალოპიუსის მილებს დაწყების ადგილამდე და აქ ფართე იოგის ქსოვილებში საშვილოსნოს ტანთან ახლო ჰქმნიან განსაკუთრებულს მხოლოდ საშვილოსნოსთვის მიკუთვნებულს წნულს.

ზემოთ აღნიშნული გაკის ძვლის მე-2, 3, 3 და 4 წყვილი ნერვული ტოტები ჰქმნიან ეგრედწოდებულს სასირცხო წნულს (*plaxus pudendus*). ამ უკანასკნელიდან იწყებიან შემდეგი ნერვები: ა) nn. haemorrhoidales medii სწორ ნაწლავის იმ ნაწილისათვის, რომელიც მოთავსებულია მენჯის დიაფრაგმაზე;

nn. vesicales inferiores—შარდის ბუშტის ძირისათვის;

nn. vaginales—საშოსათვის.

ყველა ეს ტოტები მიიმართებიან მენჯის შიგნით და ვალდებუნიან სახელწოდებით n. pelvici წარმოადგენენ. დანარჩენი ნაწილები სასირცხო წნულისა იკრიბებიან ე. წ. n. pudendus სახელით.

N. pudendus მცირე მენჯიდან გადის foramen infrapiriforme-ს გავლით, spina ischiadica-ს გარეთა მხარეზე უვლის და ისევ ბრუნდება მცირე მენჯში for. ischiadica minus-ით და ექ, იყოფება რა თავის ტოტებზე lig. sacrotuberosum და sacrospinosum-ის შუა Cavum ანუ fossa ischiorectale-ში შემოდის.

სასირცხო ნერვის ტოტები:

ა) N perforans ligamenti sacrotuberosi (Schvalbe-ს ნერვი) აძლევს მგრძნობიარე ტოტებს საჯდომ მიდამოს კანს;

ბ) N dorsalis clitoridis—რომელიც დანაწილებულია კლიტორის კანზე, ლაგამზე და თავზე;

გ) N.N labiales posteriores—დიდი ჩარბების ქვედა ნახევარზე და მცირე ჩარბებზე;

დ) N perinei, რომელიც მიდის მცირე ჩარბთან, საშოს შესავალთან და შორისის ზევითა ნაწილისაკენ;

ე) NN haemorrhoidales inferiores—დანაწილებულია ანუსის ირგვლივ—კანში.

გარდა ამისა გარეთა სასქესო ნაწილების ინერვაციაში მონაწილეობას იღებენ კიდევ შემდეგი ნერვები:

N. Cutaneus femoris posterior—გამოდის მენჯის ღრუდან n. gluteus inferior-თან ერთად და მავსდება რა მედიალურად n. ischiadica-ისაგან იყოფა რამოდენიმე ტოტებზე.

1. n. n. clunii inferiores—ღუნდულოების კანისათვის;

2. rami perinealis—შორისის კანისათვის;

3. rami cutanei femoris—ბარძაყის უკანა ზედაპირის კან.

4. n. ilioingvinalis, რომელიც იწყება plexus lumbalis და წელის 1 ნერვისაგან—საზარდულის გარეგან ხვრელიდან ეშვება ბოქვენის მიდამოსაკენ და განაგებს ინერვაციას mons veneris შუა და ქვეითა-გვერდითი ნაწილებისას და რამოდენიმედ დიდ ჩარბების წინა მიდამოს.

5. N. spermaticus externus.—იღებს თავის დასაწყისს 1 და 2 წელის ნერვებიდან, შედის pl. lumbalis წნულში და გამოდის რა საზარდულის მილის გარეთა ხვრელიდან—ეშვება ქვეით დიდ ჩარბებისაკენ, სადაც იძლევა ტოტებს დიდ—ჩარბების წინა ნახევრისათვის. როგორც აღწერილად სჩანს სასქესო ორგანოების და უმთავრესად გარეთა ნაწილების ინერვაცია ძლიერ რთულია. გარეთა სასქესო ორგანოები იღებენ გრძნობიარე ტოტებს ბევრ სხვადასხვა ნერ.

ვებისაგან და მოსაზღვრე მიდამოებში ეს ნერვები გადახლართულნი არიან ერთი მეორეში, რითაც მეტად ართულებენ ინერვაციის სურათს. ამის ცოდნას, როგორც ქვემოთ დავინახავთ, დიდი მნიშვნელობა აქვს ადგილობრივ ანესტეზიის წესის არჩევის დროს.

Lenander-ის მიერ დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს ის დებულება, რომ ყველა ის ორგანოები, რომლებიც იღებენ ინერვაციას n. sympaticus და n. vagus-იდან (n. recurens-ის დაწყების შემდეგ) მოკლებულნი არიან ოთხივე სახის მგრძობიერობას (ტკივილის, შეხების, სითბოს და სიცივისას). ამტკიცებენ, რომ ის ნაწილები, რომლებიც იღებენ ტოტებს უმთავრესად სიმპატიკუსიდან შედარებით ნაკლებ მგრძობიერობას განიცდიან (ან სრულიად არ გრძობენ) მაგ. საკვერცხეები და კვერცხსაკლები. იქ კი, სადაც რამოდენიმე კერებროსპინალური ნერვების საბოლოო ტოტები ხვდებიან ერთმანეთს—მგრძობიერობა იქნება განსაკუთრებით გამოსახული (გარეთა სასქ. ნაწილები, შორისი).

რეგიონალური ანესტეზიის წარმოება გინეკოლოგიაში დაიწყო 1909 წლიდან, როდესაც H. Freund-მა გამოაქვეყნა თავისი პირველი შრომები. ქირურგიაში ამგვარ ანესტეზიას უკვე მჭიდრო ნიადაგი ჰქონდა მოპოვებული.

იდეალური რეგიონალური ან გამტარებელი ანესტეზია, რომლის დროსაც ხდება შეშხააუნება ანესტეტიურ ხსნარისა თვით ნერვის ქსოვილში (endonevralis) გინეკოლოგიურ ოპერაციების დროს შეუძლებელია, რადგანაც ნერვები ძლიერ ღრმად არიან მოთავსებულნი.

H. Freund-ის და მისი მოწაფე O. Heinrich-ი ხმარობდნენ 1% B. Evcain-ს გახსნილს მარილის ხსნარში და უმატებდნენ კიდევ ადრენალინს 1%/₁₀₀

(B. Evcaini 0,1, Nah chlor. 0,06, adrenalini 1%/₁₀₀ 0,8 Aq. destil 10,0) ყელის ანესტეზიისათვის შექონდა ხსნარი თვით ყელის კუნთებში ოთხ ადგილზე, ყელის არხში აწვეთებდა რამოდენიმე წვეთს და ყელის არხიდან ირიბად გადიოდა ყელის ქსოვილებში. ყელის გავანიერება, საცდელი ექსცეზიები და ყელის გაკვეთა, როგორც ის ამტკიცებდა, უმტკივნელოდ ტარდებოდა.

შემდეგ Fisch-მა B. Evcaini შესცვალა novocain-ით და ახდენდა Portiovaginalis გარშემო ქსოვილების ინფილტრაციას, რისთვისაც ის ხარჯავდა ხსნარის 25,0. (novocaini 0, 125×suprarenin 0, 00016) ფიზიოლ. ხს. 25,0 ამ სახის ანესტეზიას Fisch-ი ინფილტრაციულ ანესტეზიას ეძახდა, თუმცა აქ უფრო გამტარებელი ანესტეზია იყო, რადგანაც ამ წესით ხდებოდა ანესტეზია არა ნერვების დაბოლოებისა ოპერაციის ადგილზე, არამედ ანესტეზია ქსოვილებში ყელის ირგვლივ და სწყდებოდა გამტარებლობა იმ ნერვების ტოტების, რომლებიც ამ ქსოვილებში გადიოდნენ. შემდეგ Wernitz-მა გამოაქვეყნა 300 შემთხვევა ადგილობრივი ანესტეზიისა, ნაწარმოები აბორტების დროს. ის ხმარობდა 1-2% კოკაინს და ზოგიერთ შემთხვევაში მან მიიღო მოვლენები კოკაინის მიერ მოწამლისა.

H. Брюль. Wilmer H. Selheim, W. Losinski, P. Bröse, E. Ruge, H. Thaler-ი და სხვები ცდილობდნენ შეეტანათ ცვლილება, როგორც ანესტეზიის წარმოების ტექნიკაში, ისე სხვადასხვა ანესტეზიის გამომწვევ საშუალების გამოტყობნით, მასთან ისინი ცდილობდნენ n. pudendus გაბრუების მოხერხებას



H. Braun-ის წინადადებით საჭიროა ნოვოკაინ-ადრენალინის დიდ რაოდენობით შესწყდეს გამტარებლობა ნერვულ ტოტებისა, რომლებიც მიიმართებიან საოპერაციო არესაკენ. ყელის ანესტეზიისათვის ის სარგებლობს Kraatz-ის ტეხნიკით და უშხაპუნებლა $1/2$ ‰ novocain-ს ხუთ-ხუთი გრამის რაოდენობით ყელის წინ, უკან და გვერდებზე ყელის შიგნითა პირის დონემდე.

შორისის, საშოს და გარეთა სასქესო ნაწილების ანესტეზიისათვის მან წარმოადგინა თავისი წესი, რომელსაც სახელად დაარქვა „შორისის გარდიგარდმო ინფილტრაცია“. ტეხნიკა ამ უკანასკნელისა შემდეგია: შორისის შუა ხაზით, საშოს შესავლის და ანუსის შუა, უფრო ახლო ანუსთან, ნიშნავენ ერთ ადგილს, საიდანაც წარმოიდგენენ გარდიგარდმო ფრონტალურ სიბრტყეს. იმ წერტილიდან 8—10 სტმ. სიგრძის ნემსით გადიან ქსოვილებში საშოსა და ნაწლავს შორის დუგლასამდე, შემდეგ მეორეჯერ ნემსი იმავე წერტილიდან ისევ გარდი-გარდმით მიდის, მაგრამ უფრო გვერდისაკენ, მესამეჯერ ნემსი მიდის ამგვარადვე fossa ischioirectalis-ამდე, მეოთხე კუკუხოვებამდე; ამგვარადვე მეორე მხარეზე. ნაწლავის დაზიანების შიშით მარცხენა ხელის თითი შეაქვთ ან საშოში ან სწორ ნაწლავში და მით უწყვეტ კონტროლს ნემსის შეტანას. ნემსის მიმართულება უფრო ნაწლავის ახლოს უნდა იქნეს, ვიდრე საშოსკენ. დიდ ჩარბების ანესტეზიისათვის იმავე წერტილიდან გაყავს ორი ნემსი დიდ-ჩარბების გარეთა მხარეებისაკენ და-ახლოვებით ჩარბების შუა ნაწილამდე. ამ ანესტეზიისათვის საჭიროა 75-100,0 ხსნარისა ($1/2$ ‰ novocain-ი და 8-16 წვეთი $1/100$ adrenalin-ი). ამ სახის ინფილტრაციით სწყდება გამტარებლობა n. pudendus და n. Cutaneus femoris posterior-ის ტოტებისა, რომლებიც მიიმართებიან წინისაკენ და შიგნით, რის გამო სრული ანესტეზია ხდება შორისის, სასქესო ნაპრალის, მცირე და დიდი ჩარბების, შარდსადინარისა და სავენბოსი.

3-დ იოლკინის წესი წარმოადგენს Braun-ის წესის მოდიფიკაციას. იოლკინის წესს ის უპირატესობა აქვს, რომ უფრო ადვილად შესასრულებელია. არ არას საშიშროება ნაწლავის დაზიანებისა, დანამდილებით და შესაფერისს ადგილზე სწარმოებს ანესტეზია ნერვების ტოტებისა. Braun-ის წესი სრულიად არ იხმარება მრავალჯერ მომშობიარებულ დედაკაცებზე, ან როცა rectocelle შესამჩნევად გამოსახულია, რადგანაც ამ გვარ პირობების დროს საშოს უკანა და სწორ ნაწლავის წინა მხარეები თითქმის უშუალოდ ერთი მეორეს უახლოვდებიან და მათ შორის ფაშარი ქსოვილი თითქმის სრულიად გამჭრალია; ამისთანა პირობებში, რა თქმა უნდა, ნაწლავის დაზიანებაც ადვილია, მიუხედავად თითის კონტროლისა. გარდა ამისა, ხსნარის შედარებით დიდი რაოდენობა საოპერაციო არეში, ქსოვილების შემუშუპებას იწვევს, რაც colpo-perineorrhaphy-ების დროს სასურველი არ არის. იოლკინის ტეხნიკის დროს, თუმცა ხსნარის შეტანა აქაც გარდი-გარდმო მიმართულებით ხდება, მაგრამ არა წინიდან უკან, არამედ გვერდებისაკენ შორისის შუა ხაზის ახლო დაწყებული—გარდი-გარდმით კუკუხოვებამდე, ე. ი. იქ, სადაც ორი იოგი liq. sacrospinosum და liq. sacrotuberosum თავიანთ კიდევებით ჰქმნიან სამკუთხედს, რომლის მწვერვალი გავის ძვლისკენ არის მოქცეული, ძირი კი ischioirectalis-ფოსოსაკენ. აი ამ ფოსოში შემოსვლამდე n. pudendus იყოფება თავის ტოტებზე. ამ სამკუთხედში შემოდის

აგრეთვე *rami perinealis n. cutaneus femoris posterior*—შორისისაკენ მიმავალი. ამგვარად ამ სამკუთხედის ანესტეტურ ხსნარით კარგი გაყენება სრულიად დამაკმაყოფილებელ ანესტეზიას ახდენს და ვინაიდან შეშხაპუნების სიბრტყეების მიმართულება ფრთას წააგავს, იოლკინმა ამ წესს „შორისის ფრთის მზგავსი“ ანესტეზია დაარქვა.

ტეხნიკა შემდეგია:

დედაკაცი მოთავსებულია საოპერაციო მაგიდაზე, როგორც ჩვეულებრივ საშოს მხრივი ოპერაციების დროს. საოპერაციო არეს ჩვეულებრივ მომზადების შემდეგ ირჩევენ წერტილს ანუსის ზემოდ ახლო, *raph*-ეს მარცხენა მხარედგან $1\frac{1}{2}$ სტმ. დაშორებით. ამ წერტილიდან წარმოიდგენენ გარდიგარდმო სიბრტყეს და აუცილებლად ამ გარდიგარდმო სიბრტყის მიმართულებით გაყავთ წერტილიდან კუკუხოებამდე.

პირველ ინექციას აწარმოებენ ზემოთ აღნიშნულ წერტილიდან. ნემსი გაყავთ მარჯვნიდან მარცხენა მხარისაკენ კან-ქვეშ შორისის შუა ხაზიდან $1\frac{1}{2}$ სტმ. დაშორებით. ამ მიდამოში უშხაპუნებენ 5 კ. ს., რათა გააბრუნონ *n. haemorrhoidalcs inferior*-ის უკანიდან მომავალი ტოტერი. მეორე შეშხაპუნება იწყება იმავე წერილიდან მარცხნით—გარდიგარდმით *ischioirectalis* ფოსოს სიღრმეში, მაგრამ პირველ ინექციის მიმართ ნემსი დაქანებულია ქვევით 45° . აქ საჭიროა გრძელი 8 სანტიმეტრიანი წერილი ნემსი. ნემსმა უნდა მიაღწიოს კუკუხოის რასაც ავადმყოფი მცირე ტკივილით აღნიშნავს. მესამე ინექცია ისევ მარცხნით მეორე ინექციის მიმართულებით, მაგრამ უფრო ზერეღეთ; მეოთხე ინექცია იმავე გარდიგარდმო მიმართულებით მესამე ინექციის ზევით, თითქმის კანქვეშა ქსოვილში. მეორე ინექციის დროს საჭიროა 10—15 „კ. ს. ხსნარისა; მე-3 და 4 დროს ათ-ათი კ. ს., მასთან უდიდესი ნაწილი ხსნარისა უნდა იქნეს შეტანილი კუკუხოებთან, დანარჩენი კი ნემსის გზაზე.

მარჯვენა მხარეზე შეაქვთ ნემსი $1\frac{1}{2}$ სტმ. დაშორებით *raphe*-დან სიმეტრიულად 1 ინექციისა და სამ ინექციას აწარმოებენ ამ წერტილიდან ისეთივე მიმართულებით, როგორც მარცხენა მხარეზედ.

Colpoperineorrhaphi-ების დროს, როცა საჭიროება მოითხოვს უფრო ფართოდ ქსოვილების განახლებას და შორისის მალა აწევას, გვირჩევენ კიდევ დეკუმატოთ ორი ინექცია:

ერთი—პირველ ინექციის წერტილიდან წინ და ზევით კან-ქვეშა მიმართულებით დიდ ჩარბების გარეთა მხარესაკენ, ჩარბების ზევითა და შუა მესამედების საზღვრის ღონემდე, მეორე—მარჯვენა სიმეტრიულ წერტილიდან; აქ უშხაპუნებენ 5—7 კ. ს.

ამ წესით ანესტეზიის დროს არავითარი კონტროლი არ არის საჭირო, რადგანაც ნაწლავისა და სხვა ორგანოს დაზიანება ამ მიმართულებით შეუძლებელია. საჭიროა ხსნარის 80—100 კ. ს. ანესტეზია იწყება 5 წუთის შემდეგ და გრძელდება 40—50 წუთს.

ხსნარი ანესტეზიისათვის მზადდება ასე:



0.5 novocaini+100,0 მარილის ფიზიოლოგიური ხსნარი და მზადდება სტერილური ხსნარი; ამას ოპერაციის წინ უმატებენ 8 - 16 წვეთს adrena-
lini-ს 1 : 1000.

Adrenalin-ს უმატებენ ორი მიზნით: შეამცირონ სისხლის დენა სისხლის მილების შევიწროვებით და ამითვე გაახანგრძლივონ ანესტეზიის მოქმედება, შემ-
ხაპუნებისათვის ხმარობენ 10,0 შპრიცს.

ძლიერ ნერვებ აშლილ დედაკაცებს უკეთესია შეუშხაპუნოთ 1 პროც. Mor-
phi muriatici 1 კ. ს. ოპერაციის წინ $\frac{1}{2}$ საათით.

ამგვარი წესი რეგიონალური ანესტეზიისა იხმარება უმთავრესად შორისზე
და გარეთა სასქესო ნაწილების ოპერაციების დროს.

სამეანო კლინიკაში 1927 წ. 6 ოქტომბრიდან— 24 XI 28 წ-მდე ჩატარებულია
რეგიონალური ანესტეზიით 33 შემთხვევა, ამთგან 27 წელს—4; ამ რიცხვში არ
შემაქვს ერთი შემთხვევა № 95 20 IX 28, სადაც შორისის აღდგენა, თუმცა რე-
გიონალურ ანესტეზიის ქვეშ იყო ნაწარმოები, მაგრამ, ვინაიდან ავადმყოფი
ოპერაციის შიშით მაგიდაზე ვერ მაგრდებოდა და ძლიერ მოძრაობდა—ის ზე-
რელეთ გაბრუნებული იყო ქლოროფორმით, მას შემდეგ გაუკეთდა რეგიონალუ-
რი ანესტეზია და ამით დამთავრდა ოპერაცია. ზოგიერთი შემთხვევა ჩატარე-
ბულია მორფიუმის გაუკეთებლად. ყველა ამ შემთხვევიდან აღნიშნულია მხო-
ლოდ ერთხელ 1927 წ. № 55, რომ ავადმყოფი—ეზიდის ქალი გრძნობდა ცო-
ტა ტკივილებს, დანარჩენ შემთხვევებში ოპერაცია სწარმოებდა სრულიად
უმტკივნელოდ, გარდა რასაკვირველია იმ ტკივილებისა, რომელსაც ავადმყოფი
მაგიდაზე მისთვის უხერხულ მდგომარეობით დიდი ხნის ყოფნით—ფეხების მი-
დამოებში გრძნობდა ტკივილებს და დაღალვას. ფეხების დაღალვა და ამის გამო
წუხილი უფრო ხშირია მაშინ, როცა ერთდროულად, შორისის გარდა, იკერება
აგრეთვე საშოს წინა კედელი ან კეთდება დამატებით კიდევ სხვა ოპერაციები,
როგორც Abrasio, Emmet-ის ოპერაცია, amputatio coll uteri და სხვა.

1927 წ. № 46 6 X 27. № 48, № 55 და № 61.

1928 წ. № 2, 5, 9, 13, 14, 20, 21, 22, 24, 25, 30, 32, 34, 41, 45,
46, 48, 50, 52, 53, 60, 65, 69. № 70, 89, 23 IX 93, 95, 99, 108 (8 XI).

დიაგნოზის მიხედვით ეს მასალა ასე ნაწილდება:

1. Ruptura perinei et Rectocelle	19
2. Rupt. per. Cysto et Rectocellé	10
3. Bupt per.	1
4. Perineorrhaphia port Veutrofixatio uteri	1
5. Rupt. pen. endometritis chs Hypertrophia coll uteri	1
6. Rupt. per., rupt. Colli uter. et polypus coll uteri	1
<hr/>	
	33

ნაწარმოებია შემდეგი ოპერაციები.
 Perineorrhaphia 21
 Colpo-perineorrhaphia 12
 ამასთან ერთდროულად.

1. Abrasio c. uter. et op. Emmet-ისა.
2. Abrasio et Amputatio colli uter.
3. Polypotomia colli uter. et trachelorrhap.

წლოვანობის მიხედვით.

20—30	წლამდე ყოფილა	14		
30—40	„ „	17	„	„
40	„ „	2	„	„

ეროვნების მიხედვით.

ქართველი	. . . . .	14
სომეხი	. . . . .	12
რუსი	. . . . .	2
თურქი	. . . . .	2
ებრაელი	. . . . .	1
ეზიდი	. . . . .	1
აისორი	. . . . .	1

ზემოხსენებულის შემდეგ შემიძლია შემდეგი დასკვნა გამოვიტანო.

1 ამიერიდან შორისის აღდგენის ოპერაცია რეგიონალურ ანესტეზიის ქვეშ უნდა სწარმოებდეს გარდა განსაკუთრებით იშვიათ შემთხვევებისა, სადაც დაუძლეველი შიში ავადმყოფისა ოპერაციის წარმოებისადმი, გვაიძულებს მისთვის ზერელე საერთო ბანჯის მიცემას.

2. რეგიონალური ანესტეზია სრულიად უშიშარი, ადვილად შესასრულებელი და მასთან ფრიად დამაკმაყოფილებელი საშუალებაა უმთავრესად ძლიერ მგრძნობიარე შორისის და გარეთა სასქესო ნაწილებზე ოპერაციების დროს.

ლიტერატურა:

1. Проф. Варнадзе К. Д. Общее и местное обезболивание. Руков. по женск. болез. проф. А. Кривский 1927 г. 2. Schmieden Victor. Ошибки и опасности при хир. операциях. R. Stich и T. Маккас 1928 г. 3. Brindeau A. La Pratique de l'art des accouchements 1926. 4. Пр. доц. М. В. Елкин, К вопросу о применении регионарной анхезезии при некоторых гинекологических операциях. Журнал для усовершенств. врачей 1926. № 10. 5. Писемский. К вопросу об иннервациях матки. Диссертация. 1903 г.

М. Арджеванидзе.

Регионарная анестезия по модификации пр.-доц. Елкина.

1. Все операции на промежности и на наружных половых органах женщин должны производиться под регионарной анестезией, за исключением редких случаев (как напр. Сильная боязнь большой к операции), когда приходится прибегать к общему кратковременному и поверхностному наркозу.

2. Модификация Елкина, давая весьма удовлетворительные результаты, абсолютно безопасна и технически сравнительно легко исполнима.

M. ARDSHEVANIDZÉ.

Die regionäre Anaestesia nach der Priv-Doz. Ielkins Modification.

1. Alle Operationen am Dämme und äusseren Genitalien bei Frauen müssen unter regionärer Anästesie ausgeführt werden. Nur in seltenen Ausnahmefällen wird man gezmungen (z. B. Augst vor der Operation) zu einer kurzen, oberflächlichen Allgemeinnarkose zu greifen.

2. Ielkins Modification gibt sehr befriedigende Resultate, ist absolut ungefährlich und technisch verhältnüsmässig leicht ausführbar.

ა. კალანდაკე-ნაწიფილისა

ორდინატორი

მომყოლის ხელით მოცილება და მისი საზიზროება სამეანო კლინიკის მასალის მიხედვით *)

(ტფილ. უნივერს. სამეანო კლინიკიდან გამგე პროფ. ი. თიკანაძე)

მშობიარობის მესამე ხანის, ე. წ. მომყოლის ხანის ჩატარება ერთობ ძველი საკითხია, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ის ჯერაც არ არის საკმარისად შესწავლილი და გაშუქებული. ძველი დროის მეანები ამ საკითხში უფრო აქტივობას იჩენდნენ და თითქმის ყველა შემთხვევებში მიმართავდნენ მომყოლის ხელით მოცილებას. რადგან მაშინდელი ექიმები არ იყვნენ გაცნობილნი ანტისეპტიკასა და ასეპტიკას, ამიტომ ასეთ ჩარევას ხშირად მოსდევდა მძიმე დაავადება. აი სწორედ ამ გარემოებამ მეანები აიძულა სხვადასხვა მეთოდებისათვის მიემართნათ, რომ აეცდინათ საშიში ჩარევა მშობიარობის მესამე ხანაში. ძველ მეანთა აქტივიზმს 1861 წ. სვედლის Credé-ს წესი — მომყოლის გამოწყლუტისა. ამ წესს მოჰყვა კიდევ სხვა უფრო მიზანშეწონილი წესები და, მათ შორის, ჩვენი თანამემამულის ექ. დ. აბულაძის წესი, რომელიც სამწუხაროდ ლიტერატურაში Baer-ის წესის სახელწოდებით ცნობილია.

Ahlfeld'-ი, რომელმაც გადასინჯა და შეამოწმა მომყოლის ხანის ჩატარების სხვადასხვა წესები, მოითხოვს ამ ხანის ფიზიოლოგიურად ჩატარებას, ის წინააღმდეგია ამ დროს ყოველგვარ მანიპულაციისა და, განსაკუთრებით, Credé-ს წესის ხმარებისა. — „ხელი შორს საშვილოსნოდან“ — აი მისი ლოზუნგი, რომელიც უმეტეს წილად ეხლაც ტარდება ცხოვრებაში, სანამ არ დადგება მომყოლის ხელით გამოწყლუტის და მოცილებელს აუცილებლობა. უკანასკნელის ხერხის შესახებ მეანთა შორის ორი ერთი მეორის საწინააღმდეგო შეხედულება არსებობს. ზოგი ამ ოპერაციის სასტიკი წინააღმდეგია და ყოველგვარ ღონისძიებას ხმარობს მის ასაცილებლად, ვინაიდან ასეთ ჩარევას ისინი სთვლიან მძიმე ოპერაციად.

მრავალ ავტორთა სტატისტიკური ცნობების მიხედვით სიკვდილობა მომყოლის ხელით მოცილების შემდეგ 1,97 პროც. — 13,5 პროც. უდრის, ხოლო Valter-ის დაკვირვებით ეს ციფრების 10 პროც. — 15 პროც. აღწევს. ის ეთანხმება Strssmann-ს, რომელიც ლაპაროტომიას სთვლის გაცილებით უფრო ადვილ და უშიშარ ოპერაციად, ვიდრე მომყოლის ხელით მოცილებას და ამ ოპერაციას

*) მოხსენებულია ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესზე 1929 წ. იანვარში ქ. ბაქოში.

უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავს მაგ., როდესაც მშობიარემ ბევრი სისხლი დაჰკარგა. Katz-ი 638 მომყოლის ხელით მოცილებაზე აღნიშნავს სიკვდილობის 1,26% შემთხვევას. Rosenthal-ის ცნობით ასეთი ჩარევის შემდეგ სიკვდილობა 13 პროც. აღწევს, ხოლო დაავადების შემთხვევები უდრის 66,7 პროც. ზემოდ მოყვანილი ციფრებიდან სჩანს, რომ მომყოლის ხელით მოცილება იძლევა სიკვდილობის საკმაო რიცხვს, რასაც, როგორც Baum'-ი ამბობს ბევრი მეანი შეუძლია დააფრთხოს და დააკარგვინოს ძვირფასი დრო, რომ მშობიარეს ძლიერი სისხლის ღენის დროს აღრე დაეხმაროს. Baum'-ი, არკვევს რა უკანასკნელ 20 წლის განმავლობაში დაგროვილ შესაფერ მასალას, დაასკვნის, რომ მომყოლის ხელით მოცილება და გამოტანა არც ისე საშიშია, როგორც ეს ზოგიერთ მეანს ჰგონია, იგი მომყოლის ნაწილების ჩარჩენის ყველა საეჭვო შემთხვევაში გვირჩევს შევიტანოთ ხელი საშვილოსნოში და გავსინჯოთ მისი შიგნითა ზედაპირი — „შევეხოთ ხელით“.

Heidler-ი და Steinhardt-ი თავის მასალის მიხედვით, რომელიც ეხება მომყოლის ხელით მოცილების 1000 შემთხვევას, სიკვდილობას 8,2 პროც. ფარგლებში აღნიშნავენ, მაგრამ, ამავე დროს საჭიროდ სცნობენ ამ აღრიცხვაში შესწორების შეტანას, ვინაიდან აქ შედის ისეთი შემთხვევები, სადაც მშობიარეებმა ბევრი სისხლი დაჰკარგეს და გარდა მომყოლის ხელით მოცილებისა, მათ გაუკეთდათ სხვა სათანო ოპერაციები, რომელთაც შესაძლებელია ისედაც მოჰყვეს ესა თუ ის გართულება. Heidler-ის აზრით მომყოლის ხელით მოცილება იმ შემთხვევაშია საშიშარი, თუ ასეპტიკა არ არის სავსებით დაცული და მომყოლის მოცილების დროს მისი ნაწილები ჩარჩა საშვილოსნოს ღრუში. ისიც გვირჩევს უბედური შემთხვევის თავიდან ასაცილებლად „შევეხოთ“ ხელით საშვილოსნოს ღრუს.

Sagalowitsch-ის ცნობით, კილის სამეანო-გინეკოლოგიურ კლინიკაში, სადაც ამ კლინიკას ჯერ კიდევ Stöckel-ი განაგებდა მომყოლის ხელით მოცილებისათვის მიუმართავთ 53 პროც. შემთხვევაში, ამათში დაავადების პროც. უდრიდა 4,5, სიკვდილობა კი—0 პროც.

ბუდაპეშტის I ქალთა კლინიკაში, Gajazag-ის ცნობით, 15 წლის განმავლობაში ყოფილა 132 ხელით მოცილების შემთხვევა, რაც უდრის 0,47% ყველა მშობარეთ, ამათში: multipara-81, primapara-36 და ხანში შესული primapara 15. სიკვდილობის პროც. უდრის 3,7 ხოლო დაავადების კი 15,9 პროც.

პროფ. А. И. Тимофеев-ი, რომელიც ადარებს მომყოლის ხელით მოცილების შედეგებს სხვა სამეანო ოპერაციების შედეგებს ამბობს, რომ მომყოლის ხელით მოცილების ოპერაცია, სხვა სამეანო ოპერაციებთან შედარებით ინფექციის მხრით უფრო საშიში არ არის.

Kiefer-ს მოჰყავს ასეთი ცხრილი დაავადების შესახებ ლოგინობის ტანაში: ნაყოფის მობრუნება—30,4 პროც., ნაყოფის თავის პერფორაცია—34,4 პროც., მაშები—35,9 პროც., და მომყოლის ხელით მოცილება—34,4 პროც., ხოლო Майберг-ს: ნაყოფის მობრუნებისას—31,3 პროც., მაშები—20,4 პროც., პერფორაცია 60,0 მომყოლის ხელით მოცილება—22,2 პროც.

ინფექციის თავიდან ასაცილებლად ზოგი ავტორი გვირჩევს ვიხმაროთ ხელთათმანები. ამ მხრით პროფ. ოკინჩიცის ხელთათმანები უფრო მიზანშეწონილად უნდა მივიჩნიოთ.

ლიტერატურის ამ მოკლე მიმოხილვის შემდეგ გადავდივარ ჩვენი საკუთარი მასალის განხილვაზე. ჩვენ შევისწავლეთ სამეანო კლინიკის მასალა მისი არსებობის პირველ დღიდან, ე. ი. 1920 წ. 6 თებერვლიდან 1928 წ. 31 დეკემბრამდე. ყურადღებას ვაქცევდით განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებს, სადაც იყო Placenta accreta ან adhaerens, ვინაიდან ეს შემთხვევები ფრიალ საგულისხმოა და არსებითად განირჩევა retentio placenxae-საგან, სადაც უმეტეს წილათ მომყოლის გამოძევება შესაძლებელი ხდება არსებულ მეთოდების სამუშაოებით. აგრეთვე ყურადღება ჰქონდა მიქცეული იმასაც, თუ მომყოლის ხელით მოცილებას წინ უძღოდა ძლიერი სისხლის დენა და სხვა სამეანო ოპერაციები, რომელიც სამშობიარო არხს საგრძნობ ტრავმას აყენებს.

უნდა აღვნიშნო, რომ მე III ხანის თერაპიას ვაწარმოებთ შემდეგნაირად: იმ შემთხვევაში, როდესაც ეს ხანა ნორმალურად მიმდინარეობს, ჩვენ მომყოლის გამოძევებას ორ საათზე მეტს არ ვუცდით—ერთის მხრით მოსალოდნელი ინფექციის შიშით და მეორეს მხრით მხედველობაში ვიღებთ დედაკაცის დაღლილობას, რომელსაც ესაჭიროება მოსვენება.—თუ გავჩინთვის საშუალებით მომყოლი არ გამოდიოდა, მშობიარეს ჯერ უსწორებდით საშვილოსნოს, უცარიელებდით შარდის ბუშტს კატეტერით, ვუშხაბუნებდით მორფიუმს კანქვეშ და, თუ ეს ზომები არავითარ დადებით შედეგს არ გვაძლევდა, მივმართავდით აბულაძის წესს და მხოლოდ ყველა ამის შემდეგ ვხმარობდით Credé-ს წესს.

Winckel-ი ამბობს, რომ არაფერი არ არღვევს მომყოლის მოცილების პროცესს ისე, როგორც თვით ჩვენი ხელით, ჩვენ საესებით ვიზიარებთ ამ აზრს, და ყოველ ზედმეტ მანიპულაციებს საშვილოსნოზე ვერიდებით, მაგრამ ყველა ეს მისაღებია ნორმალურ შემთხვევებში, ხოლო თუ ქალს დიდი სისხლის დენა აქვს, ის სუსტდება—ჩვენ ამისვე მივმართავთ მომყოლის მოცილებას და გამოძევებას გარეგანი ღონისძიებით, და თუ შედეგი ვერ მივიღეთ—მისი ხელით მოცილებას. თუ რამდენი სისხლი უნდა დაჰკარგოს ქალმა, რომ ჩვენ უფლება გვქონდეს ჩავერიოთ, ამაზე გადაჭრით პასუხის გაცემა ძნელია, ვინაიდან აქ დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით ქალის ინდივიდუალობას და კონსტიტუციას—დაახლოვებით კი დანაკარგი სისხლის რაოდენობა 600 კ. ს. არ უნდა აღემატებოდეს.

სამეანო კლინიკაში დღიდან მისი არსებობისა მოუშობიარებია დროულ და დღენაკლები ნაყოფით 9147 დედაკაცს. ამათში მომყოლის ხელით მოცილება სისხლის ძლიერი მდინარეობის გამო აღნიშნულია 50 შემთხვევაში, რაიც პროცენტულად უდრის 0,55 პროც. უნდა აღვნიშნო, რომ მომყოლის ხელით მოცილებისათვის დროულ მშობიარობის დროს მივვიმართავს 40 შემთხვევაში, დღენაკლების დროს კი მხოლოდ 10 შემთხვევაში. ყველა შემთხვევები, როგორც ეს ცხრილი. № 1 დან ჩანს, დავყავით ორ უმთავრეს ჯგუფებად. ცხრილი № 1 პირველ ჯგუფში შედიან პირველი მშობიარენი, მეორეში—განმეორებითი. პირველთა რიცხვი უდრის 15, რაც პროცენტულად შეადგენს 30 პროც. ყველა შემთხვევებისას; მეორე



მამყოლის ხელით მოცი- ლების სუფთა შემთხვე- ვაში	პირველი მშობიარე—15=30 პ.ოც.					განმეორებით მშობიარე 35=70%				
	1 ^o Norma	1 ^o 1-ჯერ	2 ^o 2-ჯერ	1 ^o მრავალჯ.	სიკვდილ.	1 ^o Norma	1 ^o 1-ჯერ	2 ^o 2-ჯერ	1 ^o მრავალჯ.	სიკვდილ.
		2=4 ‰		2=4 ‰		5=10 ‰	1=2 ‰	2=4 ‰		
მომცემი ხელით მოცილება და სხვა საშუალებები	Versio obst. Trachelorapf. abrasio p. p.				1=2 ‰					
	Abrasio p. p.	2=4 ‰	3=6 ‰	1=2 ‰	1=2 ‰	8=16 ‰	4=8 ‰	2=4 ‰	5=10 ‰	1=2 ‰
	Extr. foet. abrasio p. p.		1=2 ‰			1=2 ‰				
	Versio obst. abrasio p. p.					1=2 ‰			2=4 ‰	1=2 ‰
	Abrasio et reabrasio p. p.								1=2 ‰	
	Versio obst. Perfor. cap.		1=2 ‰							
	Metreiris. versio obst, abras. p. p.							1=2 ‰		
	Perfor. cap. cranioclas.					1=2 ‰				
	Forceps metreiris.					1=2 ‰				
	ს უ ლ	2=4 ‰	7=14 ‰	1=2 ‰	4=8 ‰	2=4 ‰	15=30 ‰	5=10 ‰	5=10 ‰	8=16 ‰	2=4 ‰

რე კი უდრის 35, რაიც პროცენტულად შეადგენს 70 პროც; აქედან ჩანს, რომ პლაცენტის შეხორცებათა შემთხვევები განმეორებით მშობიარეთა შორის გაცილებით მეტია. გარდა ამისა ყველა შემთხვევები ჩვენ კიდევ გაყავით ორ ჯგუფად. პირველ ნახევარში (ცხრილის ზემო ნახევარი) მოთავსებულია მომყოლის ხელით მოცილების სუფთა შემთხვევები, მეორე ნახევარში კი ისეთები, სადაც მომყოლის ხელით მოცილებასთან ერთად წარმოებულა სხვა სამეანო ოპერაციებიც. გამოირკვა, რომ მომყოლის ხელით მოცილება სუფთა შემთხვევაში გვქონია მხოლოდ 11/ჯერ, დანარჩენი 39 შემთხვევა დაკავშირებულია სხვა სამეანო ოპერაციებთან. თუ ამ შემთხვევებს ცალკე განვიხილავთ დავინახავთ, რომ 3 პირველ მშობიარეთ სუფთა შემთხვევებში მომყოლის ხელით მოცილების შემდეგ ლოგინობის ხანაში ჰქონიათ მაღალი t^0 ერთჯერ 2 ანუ 4 პროც. ხოლო მრავალჯერ მაღალი t^0 ჰქონია 1 ანუ 2 0 .

რვა განმეორებით მშობიარეთა შორის ნორმალური t^0 ლოგინობის ხანაში ჰქონია 5 ანუ=10 პროც.

მაღალი t^0 1 ჯერ—1 შემთხვევაში=2 პროც.

მაღალი t^0 2 ჯერ—2 შემთხვევაში=4 პროც. სიკვდილობის შემთხვევებს ამ ჯგუფში ადგილი არ ჰქონია. მომყოლის ხელით მოცილებასთან ერთად სხვადასხვა სამეანო ოპერატიულ ჩარევისათვის მიგვიმართავს პირველ მშობიარეთა შორის სულ 12 სათვის.

აქედან: ნორმალური t^0 ლოგინობის ხანაში ქონდა	2 (4 პროც).
მაღალი " " " " 2 ჯერ	5 (10 პროც).
" " " " 1 ჯერ	1 (2 პროც).
" " " " მრ.ჯე.	2 (4 პროც).
გარდაიცვალა	2 (4 პროც).

მომყოლის მოცილებასთან ერთად სხვადასხვა ოპერატიულ ჩარევისათვის მიგვიმართავს განმეორებით მშობიარეთა შორის 27 სათვის.

აქედან: ნორმალური t^0 ლოგინობის ხანაში ქონდა 10 (20 პროც).

მაღალი t^0 " " " " 1 ჯერ 4 (8 პროც).

" " " " 2 ჯერ 3 (6 პროც).

მაღალი t^0 ლოგინობის ხანაში მრავალჯერ ჰქონდა 8 (16 პროც).

გარდაიცვალა 2 (4 პროც).

ზემოთ მოყვანილ ცნობებიდან ჩანს, რომ სიკვდილობის შემთხვევა ყოფილა 4, რაიც უდრის 8 პროც., ტემპერატურის აწევა მრავალჯერ 12=(24 პროც). მხოლოდ აშკარა Sepsis-ი, როგორც ქვემოთ დავინახავთ, 2 ჯერ (4 პროც.). მაგრამ, რომ ამ დაავადებისა და სიკვდილობის შესახებ, რომელიც საგრძნობ პროცენტების ფარგლებშია აღნიშნული, ნათელი წარმოდგენა გვქონდეს, თვითეული შემთხვევა ცალკე უნდა განვიხილოთ და შევაფასოთ და მაშინ დავინახავთ, რომ ბევრს ამათვანს თვით ხელით მოცილებასთან თითქმის არავითარი კავშირი არ აქვს.

სიკვდილის 4 შემთხვევა არ შეგვიძლია მივაწეროთ სავსებით მომყოლის ხელით მოცილებას. პირველ შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვქონდა გულის მანკიან ავადმყოფთან, რომელმაც დაჰკარგა საგრძნობი რაოდენობა სისხლისა. მიუხედა-

ვთ მიღებულ ზომებისა, რომელიც იყო მიმართული გულის მოსაღონიერებლად, ავადმყოფი გამოგვეცალა რამდენიმე საათში. გულის მანკიანთა შორის მშობიარობისას ან მის დამთავრების შემდეგ ასეთი სწრაფი სიკვდილი საზოგადოთ არ არის იშვიათი მოვლენა.

სიკვდილის მეორე შემთხვევა შეეხება ქალს, რომელსაც სახლში მოუმშობიარებია, ძლიერი სისხლის დენის გამო ბებია ქალი ცდილა მომყოლი რალაც იარაღით გამოეტანა. რასაკვირველია ის ძვირფასი დრო, რომელიც დაჰკარგა მშობიარემ, და რომლის განმავლობაშიაც მან დაჰღვარა დიდი რაოდენობა სისხლისა კლინიკაში შემოსვლამდე—ხელშემწყობი პირობები იყო სეპსისისათვის. ეს გვაძლევს საბაბს ვსთქვათ, რომ ეს მშობიარე წინასწარ დასნეულებული იყო.

მესამე შემთხვევაში საქმე გვაქვს ორსულობის უკანასკნელ ხანაში დაავადებულ მშობიარესთან, რომელსაც ადრე დაღვრია წყლები და, მაშასადამე, წინასწარი სეპსისის უარყოფა აქაც შეუძლებელია.

მეოთხე შემთხვევაში არის ეკლამპსიანი მშობიარე, რომელიც იმავე ღამეს გარდაიცვალა ფილტვების შეშუბებით, რაშიაც მომყოლის ხელით მოცილებას არავითარი წილი არ უღვეს.

რაც შეეხება დაავადებას მომყოლის ხელით მოცილების შემდეგ, მაგ. Sepsis-ს ლოგინობის ხანაში გვქონდა 2 შემთხვევა, რომელიც სიკვდილით არ დამთავრებულა. ერთი შეეხება მშობიარეს, რომელსაც ორი დღის წინ მოუმშობიარებია სახლში, მომყოლი არ გამოსულა, შემოსულა კლინიკაში უკვე გახრწნილი მომყოლით, რომელიც მოცილებულ იქნა ხელით. ლოგინობის ხანა გართულდა Sepsis-ით. 15 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა თავის სურვილით, დაკლებული სიცხით.

მეორე შემთხვევა ეკუთვნის ავადმყოფს, რომელსაც 5 დღის წინეთ დაღვრია წყლები (ჭუჭყიანი)—სახლში. შემოვიდა კლინიკაში სუსტი ტკივილებით

ცბრ. № 2

ოპერაციები	1 ^o Norma	1-ჯერ	2-ჯერ	3-ჯერ	სიკვდ.	სულ.
Forceps	48=50%	12=12%	7=7,2%	29= =30,34%	1=1,0%	97= =1,04%
Versio obstet.	11=22%	15=30%	10=20%	14=28%		51=0,5%
Perfor capit.	18=36,7%	8=16,3%	5=10,2%	17= =34,6%	1=2,04%	49=0,5%

Positio transversa Vesio obstetrica ნაყოფი მკვდარი separatio manualis placentae te abrasio sepsis. მე-27 დღეს გაეწერა სრულიად ჯანსაღი.

რაც შეეხება გართულებებს მომყოლის ხელით მოცილების შემდეგ, უნდა აღვნიშნოთ, რომ სუფთა შემთხვევებში ე. ი. მარტო მომყოლის ხელით მოცილების შემდეგ მხოლოდ 10 პროც. მელოგინეს ჰქონდა ნორმალური 1^o. ხოლო შერეულ შემთხვევებში კი—24 პროც. მაგრამ თუ პირველი 2 დღის განმავლო-



ბაში ულოკალიზაციით სიცხის მქონე მელოგინეთ ინფექციით დაავადებულათ არ ჩავთვლით, მაშინ შეიძლება მშობიარობის შემდეგ ხანის მსვლელობა საერთოდ 70 პროც. ფარგლებში ნორმალურად ჩავთვალოთ. ეს სავსებით ეთანხმება ექიმი **Майберг**-ის მონაცემებს (69.9 პროც.).

ჩვენ გავსინჯეთ კლინიკაში ნაწარმოები სხვა სამეანო ოპერაციები მომყოლის ხელით მოცილების გარეშე (იხილე ცხრილი № 2). ამ ცხრილიდან ირკვევა, რომ დაავადება გაცილებით უფრო მეტია აქ ვიდრე მომყოლის ხელით მოცილების დროს. აქვე უნდა აღვნიშნო, რომ მომყოლის ხელით მოცილება უმეტეს წილად წარმოებულა იმ ქალთა შორის, რომელთაც ანამნეზში აღნიშნული აქვთ მუცლის გაცუდება. პროცენტულად ასეთი შემთხვევები აღინიშნება — 66 პროც. ხოლო იმ ქალთა შორის, რომელთაც ანამნეზში აბორტი ნაჩვენები არ არის კი—30 პროც.

ყველა ზემოთ თქმულიდან შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნა:

1. მომყოლის ხელით მოცილება სხვა სამეანო ოპერაციებზე უფრო საშიშრად არ უნდა ჩაითვალოს, თუ წინასწარ ანტისეპტიკის და ასეპტიკის კანონები შესაფერისად იქნება დაცული.

2. მომყოლის ხელით მოცილებას უნდა მივმართოთ მაშინ, როდესაც მშობიარობის მესამე ხანა რთულდება ძლიერი სისხლის დენით, ან როცა ის ხანგრძლივი მოცდის შემდეგ საშვილოსნოს კედელს თავისთავად არ სცილდება.

3. მომყოლის ნაწილების ჩარჩენის დროს, ან თუ ის საექვოდ მიგვაჩნია ხელით საშვილოსნოში სარევიზიოთ შესვლა, უარყოფილ უნდა იქმნას და იმის ნაცვლად საშვილოსნოში შევიდეთ დიდი ბლაგვი ნიჩაბაკოვზით, **Winter**-ის ან **Лебедев**-ისა.

4. მომყოლის საშვილოსნოს კედელთან შეხორცებას უმეტეს წილად ადგილი აქვს მრავალ მშრობიარეთა შორის და აგრეთვე იმ პირთა შორის, ვისაც ორსულობა გამოფხეკის საშუალებით ხშირად მოუშლია.

А. М. Каландадзе-Нанейшвили.
Ручное отделение последа и его опасности по материалу акушерск. клиники Тифлисск. Госунта.

Автор разбирает материал акушерской клиники, относящийся к ручному отделению последа и на основании изучения этого материала и соответствующей литературы приходит к следующему заключению:

1) Ручное отделение последа, сравнительно с другими акушерскими операциями не является столь опасным вмешательством, если соблюдены точно все правила асептики и антисептики.

2) К ручному отделению последа нужно прибегнуть только тогда, когда

A. M. KALANDADZE-NANEISCHVILI.
Über die gefahr der manuellen Entfernung der Placenta nach dem material der geburtshillchen Klinik der Universität u Tiflis.

Verf. unterichf des entsprechende für Handentfoznung der Placenta Materia und auf grund der Analyse dieses Materialo uud darugehöriger Literatur folgenden Accsurungen kommo;

1. Die manuelle Entfernung der Placenta im Fergleich mit anderen gynäckologischen Operationen wird nicht als eine gefärlische betrachtet wenn man dabei Gesete des Sepsis und Antiseptis nicht u verigesseer sind.

2. Zur manuellen Entfernung kommt mon erst dañn, wenn die III Periode der Ge-

III период родов осложняется сильным кровотечением, или если послед после долгого выжидания. не отделяется самостоятельно.

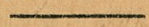
3) При задержании частей последа или же подозрении - контроль рукой полости матки недопустима; вместо этого вполне приемлемо удаление частей последа большой ложкой Winterschn oder Lebedewa.

4) Приращении последа к стенке матки в большинстве случаев наблюдается у много рожавших, а также у рожениц, часто практикующих искусственное прерывание беременности.

burs durch starke und dauernde Blutungen verkompliziert wird, oder wenn nach einer langen Erwartung die Plazent von sich selber d. h. selbständig von der Uteruswand nicht treunt,

3. Während des Aushaltens der Placententeilen oder Verdacht wird die Handkontrolle des Uterus nicht erlaubt und die Entfernung der Placentrviird mit Hilfe eines grossen Winterschn oder Lebedewische Löffel angeboten.

4. Das Zuwachsen der Placenta zur Gebärmutterwand wird im meisten Fällen bei den Vielfachgebärenden, bei welchen die Gravidität durch abortus ausgelöst worden beobachtet.



დ. იოსელიანი

ადამიანის კონსტიტუციის საკითხი

პროფ. Шевкуненко-ს სკოლის თვალსაზრისით.

კონსტიტუტა ძველის-ძველი შემეცნებაა; მრავალი მკვლევარი ჰიპოკრატის დროიდან დაწყებული დღემდე ეხებოდა ამ საკითხს და ცდილობდა მის გადაჭრას. დამუშავდა სრულიად განსახლებული მეთოდთა და შესწავლის წესები, მაგრამ ამისდა მიუხედავად ეს საკითხი სფინქსით დღესაც ბუნდოვანი და გადაუჭრელი რჩება.

ფორმალურად ამ მეთოდისას ორი მხარე აქვს: ერთის მხრით იგი გამოიმუშავებს იმ მას-შტაბს, საზომს, რომლითაც უნდა შეფასდეს ადამიანის ორგანიზმის ცვალებადი აგებულება, მეორე მხრივ იგი ეძებს ტიპების ზუსტსა და გარკვეულ კლასიფიკაციას.

ამ მიზნისთვის მოწოდებულია მრავალი მაჩვენებელი და საზომი; ძველი მხატვრებისაგან, მგ. Leonardo da Vinci-ს მიერ მოწოდებულია „კანონი“ ადამიანის აგებულებისა. ასეთივე კანონი მოწოდებული აქვთ ამ ბოლო ხანებში ექიმებს, მაგ. Stratz და Брайтман-ს. ცნობილია ანტროპოლოგების ცდა იმ მიმართულებით, როდესაც რომელიმე ნიშნების და მაჩვენებლების შეფარდებით ლამობდნენ ადამიანის კონსტიტუციონალურ სახის გამოარკვევას. ამისათვის იხმარებოდა 150-მდე ნიშნების გაზომვა.

შემდეგ ადამიანის კონსტიტუციონალურ ტიპის კლასიფიკაციათა მთელი რიგი დამყარებულია ტალანტიურ კლინიკურ ემპერიზმზე, მაგ. Kretschmer-ის და Sigaud-ის.

დასასრულ ცალკე ჯგუფად უნდა მოხსენებულ იქნას ადამიანის კონსტიტუციის ისეთი კლასიფიკაციები, რომელნიც ემყარებიან ერთ რომელიმე ქსოვილის განვითარებას, მაგ. შემაერთებული ქსოვილისას (Богомолец), სისხლძარღვთა სისტემისას (Bencke) და შიგნეულობათ (Viola). მაგრამ თვით ცხოვრებამ გვიჩვენა, რომ ყველა ეს არ არის საკმარისი. მუშავდება და ქვეყნდება ადამიანის კონსტიტუციის შესწავლის ახალახალი წესები და კლასიფიკაციები, ეს კი საუკეთესო მაჩვენებელია საკითხის სირთულისა და აქტუალობისა.

რომ გავეცნოთ პრ. შევკუნენკოს შეხედულებას კონსტიტუციაზე, დავინახავთ, რომ იგი განსხვავდება უწინდელ კლასიფიკაციისაგან. მისი თავისებურება და მიმზიდველობა გამოიხატება ორ თვისებაში: პირველი და მთავარი მისი უპირატესობა გამოიხატება იმაში, რომ პრ. შევკუნენკოს აზრით არ შეიძლება მსჯელობა ადამიანის კონსტიტუციის შესახებ რომელიმე ერთ ნიშნის და საზომს მიხედვით, არ შეიძლება სხეულის აგებულების შეფასება, აგრეთვე რომელიმე ერთგვარი ნიშნების ჯგუფებით, მაგ. მხოლოდ მორფოლოგიურით ან მხოლოდ ფუნქციონალურით, არამედ საჭიროა შეფასებული იყვეს ყველა თავისებურებანი ადამიანის სხეულისა, როგორც გარეგანი—მორფოლოგიური, აგრეთვე შინაგანი—ფუნქციონალური ე. ი. ყველა ის ძალები, რომელიც მასში ჩანერგილია და აძლევს საშუალებას იბრძოლოს ცხოვრების მანებლობასთან, სნეულებასთან და სხვა. იშვიათია ისეთი ინდივიდი, რომ ყველა მისი ორგანოები ევოლიუციონურად თანაბრად იყვნენ განვითარებულნი ე. ი. მთელი სხეულის აგებულება ყველა ნაწილებში თანაბრად დაშორებული იყოს პრინციპულ ფორმიდან, ამიტომ საჭიროა სხეულის ყველა ნაწილის დაწვრილებითი შესწავლა.

დ. ი. ო. ს. ე. ლ. ი. ა. ნ. ი.

მეორე მხრივ უპირატესობა ის არის, რომ ეს მოძღვრება მან მოაშორა აბსტრაქტულ მსჯელობას, მიუახლოვა ცხოვრებას, შეეცადა მის გამარტივებას და დააყენა გამოყენებითი პრაქტიკულ ნიადაგზე.

შევეყნენკო ამბობს, რომ კონსტიტუცია არის სინტეზი სხეულისა აგებულების და მისი ფუნქციების, და მუდამ იმყოფება შინაგან მასშივე მომხდარი რეაქციების და აგრეთვე გარემოს ზეგავლენის ქვეშ, ე. ი. კონსტიტუციონალური ხასიათი სხეულისა გამოიხატება მის მორფოლოგიურ და ფუნქციონალურ თვისებათა სინტეზში და გარემოს მოქმედებაში. იგივე ითქმის შემდეგნაირათ: კონსტიტუცია არის ჯამი იმ ძალებისა, თავისებურების და თვისებებისა, რომელნიც ჩანერგილია ორგანიზმში დაბადებიდან. ეს დამოკიდებულია უმთავრესად ჩანასახოვან უჯრედის მდგომარეობაზე ჩასახვის დროს; ნაწილობრივ კი წარმოიშობიან ცხოვრების პროცესში, როგორც შედეგი თვით ორგანიზმში მომხდარ რეაქციების და აგრეთვე გარეგანი გალიზიანების „შეთვისებისა“.

ამ თვალსაზრისით საუკეთესოა, რომ კონსტიტუციის გამოაშკარავებისათვის აღებული იყოს გარდა მორფოლოგიური სტრუქტურის გამოხატულებისა, აგრეთვე რაიმე სახომი სხეულში ჩანერგილ ძალებისა, მაგ. რეგენერატიული ძალა, მისი ფართე გაგებით, მაგალითად სისწრაფე და ხარისხი ფუნქციების აღდგენისა რომელიმე ორგანოს დაავადების შემდეგ; მაშასადამე საჭიროა კონსტიტუციონალურ ჯგუფთან მიკუთვნების დროს ეს მხარეც იყოს მიღებული ძველფელობაში, მაგრამ სამკურნალო მიცნიერების თანამედროვე მდგომარეობა ამის საშუალებას არ იძლევა, და ამიტომ უნდა აღებული იყოს სხვა სახომები, რომელნიც თუ ასე მარტივად არა, ყოველ შემთხვევაში სრულიად ზუსტად გამოხატავენ სხეულის აგებულების თავისებურებას, მის ცხოვრების და ბრძოლის უნარს. ამიტომ კონსტიტუციის გამოსარკვევად საჭიროა შეფასებული იყოს 4 მთავარი ფაქტორი: 1) ანატომიური აგებულება,

- 2) ფუნქციონალური სახე,
- 3) მემკვიდრეობითი ფაქტორი,

4) გარემოს ზეგავლენა—Kaumfactor გერმანელებისა, ან ეგრედწოდებული სოციალური ფაქტორი, ე. ი. ცხოვრების და შრომის პირობები, კვება, ზეჩვეულებანი და სხვა.

პირველად, რაც შეეხება ზოგად მოსაზრებას ანატომიურ აგებულების შესახებ, მას საფუძვლად დადებული აქვს Haecel-ის კანონი, რომ ფილოგენეზი მეორდება ონტოგენეზში. თუ კი ჩვენ გადავხედავთ ფილოგენეზის და ონტოგენეზის მსუველობას, თვალში გვეცემა ერთი თვალსაჩინო გარემოება, რომელსაც ფილო-ონტოგენეზში ყურადსაღები მნიშვნელობა აქვს.

ცხოველთა შორის იქცევეს ყურადღებას საერთოდ კიდურების, კერძოთ კი მენჯის კიდურების ევოლიუციის ისტორია. ფენიჩაბების (მორჩი, ტიულენი და სხვა) მენჯის კიდურის სიგრძე შეადგენს დაახლოვებით 10%-ს სხეულის საერთო სიგრძისას. სხვა ცხოველთა ჯგუფებში ეს კიდური განიკდის ევოლიუციას და ოთხფეხა ხერხემლოვანებზე უკვე პროცენტული ურთიერთობა ამ კიდურის და სხეულის სიგრძისა აღწევს 100%-მდე. როდესაც ორგანიზმი პრონოგრადულ მდგომარეობიდან გადადის ორტოგრადულ მდგომარეობაში ეს ურთიერთობა უფრო მკაფიოთ იცვლება; რომ შევადაროთ ადამიანის მაგვარ მაიმუნების და ადამიანის ჩონჩხი, ნათლად გამოჩნდება, რომ უკანა მენჯის კიდურის სიგრძე მაიმუნებს სხეულის სიგრძესთან შედარებით უფრო ნაკლები აქვს, ვიდრე ადამიანს.

თუ დაუკვირდებით ონტოგენეტიურ განვითარებას, დავინახავთ, რომ კიდურები შედარებით გვიან ჩაისახებიან და დაბადების შემდეგაც ბავშვს სხეული გრძელი აქვს, კიდურები კი მოკლე; რომ ვაატაროთ პარალელი ქვემო კიდურებსა და სხეულის სიგრძის შორის ბავშვებზე და ასაკოვან ადამიანზედ, დავინახამთ, რომ ბავშვებს სხეულის სიგრძესთან შედარებით გაცილებით უფრო მოკლე (საშუალოდ 30%) ქვემო კიდურები აქვთ, ვიდრე მო-



ზრდილებს (საშუალოდ 50%)¹; ორგანიზმის ზრდის დროს, კიდურების ზრდა სჭარბობს სხეულის ზრდას და ამიტომ ისინი აღწევენ ჭარბ ზომებს. ამგვარათ წარსულში, როგორც ფილოგენეზის, ისე ონტოგენეზის ისტორიაში კიდურების ევოლუციის მსვლელობა გარკვეულად საყურადღებოა.

ადამიანს წარსულში ახასიათებს ასეთი აგებულება: დაბალი ტანი, დიდი თვალბუდეები, დიდი თვალთაშუა სივრცე, არანალისებრი კბილების რკალი, გამოუდრეკავი ნიკაპი, პტყელი შუბლის ბორცვები, შუბლის ძვალი გადაქანებული, წარბის რკალები დიდი, თავის ქალას შუა ხაზზე ქედი, ასეთივე ქედი დვრილისებრ მორჩების მიდამოში, კეფის ხერეული ძვეს უკან, გულ-მკერდი მძლავრი, კასრისებრი, ქვემოთ დაშვებული apertura thoracis sup., დიდი წვივის ძვალი შედარებით მოკლე, ტერფის ძვლები მასიური. ვხედავთ, რომ წარმოდგენა პირველადს ადამიანზე სრულიად ეთანხმება იმ წარმოდგენას, რომელსაც მივიღებთ ჩვენ ფილო-ონტოგენეტიურ რიგის განხილვის შემდეგ. მართლაც ეს პრიმატი „წარსულს ფორმა“² (ძლავრსხეულიანი, განიერძვლიანი, მოკლეკიდურებიანი არსება, თავის აგებულებით მოკლე-განიერი ტიპია, ან ის ტიპი, რომელსაც ბრაქიმორფული ტიპი ეწოდება.

როგორ ხასიათდება ბრაქიმორფული ტიპი—მას აქვს გრძელი ტანი, მოკლე კიდურები, მენჯის დახრილობის კუთხე დიდი, ტერფები გაშლილი უკან; ასეთია—ევოლუციონურად დაბალ საფეხურზე მდკომი, წარსულის ფორმა, მოკლე-განიერი აგებულების ადამიანი ბრაქიმორფი.

მისი მოწინააღმდეგე ფორმა დოლიხომორფი —ანუ გრძელ-ვიწრო „მომაველის ტიპი“ ხასიათდება: სიმაღლით, გრძელი კიდურებით, მოკლე სხეულით, ვიწრო გულის ყაფაზით, მენჯი დახრილია ნაკლებად, ტერფები გაშლილია წინ. ამგვარად ჩამოყალიბდა ადამიანის აგებულების უკიდურესი ტიპები. მათი ზუსტი გამოაშკარავებისათვის არის შემოღებული სრულიად მარტივი მეთოდიკა. დამყარებულია ეს მეთოდიკა სხეულის და კიდურების სიგრძის ურთიერთობაზე. იზომება დინსტანცია jugulo—pubicum და საერთო სიგრძე ადამიანის dist. Jugulo—pubicum გამრავლება 100 და იყოფა საერთო სიგრძეზე, მიღებულ მაჩვენებელს ეწოდება კონსტიტუციონალური ინდექსი, თუ ეს ინდექსი 30 მეტია, საქმე გვაქვს ბრაქიმორფებთან, თუ ამაზე ნაკლებია—დოლიხომორფებთან.

ცხადია, რომ უკიდურესი ფორმები დოლიხო და ბრაქიმორფიზმისა შედარებით იშვიათი მოვლენაა. ასეთი მკაფიო ფორმები შეგვხვდება სულ 30—40%, დანარჩენი ადამიანთა უდიდესი მასა ნაწილდება მათ შორის. ამას უწოდებენ „ინდივიდუალურ ცვალებადობის“ მოვლენას; ასეთი ინდივიდუალური ცვალებადობის მიხედვით ყოველივე ჩვენთაგანს უჭირავს ადგილი ვარიაციულ რიგში, რომლის ერთ უკიდურესობას ბრაქიმორფიზმი წარმოადგენს, მეორეს კი დოლიქომორფიზმი. შუაში მყოფი წევრები—მეზომორფები ან ერთ ან მეორე პოლიუსს უახლოვდებიან.

როგორც დოლიხო, ისე ბრაქიმორფები ხასიათდებიან სხეულის აგებულების სხვადასხვა თავისებურებით, აქას ამჟღავნებს გარედწოდებული ტიპების ანატომია. მათ აქვთ კონსტიტუციის დამახასიათებელი სხვა ფაქტორების სხვაობაც.

იქცევის ყურადღებას ფუნქციონალური მხარე. ირკვევა, რომ სხვადასხვა კონსტიტუციის ინდივიდებს სხვადასხვა ფუნქციონალური სახე აქვთ. მუშაობას ამ მიმართულებით აწარმოებს პრფ. Черноруцкий. იგი სარგებლობს ოდნავ შეცვლილ Pignet-ის ინდექსით და ამიტომ უწოდებს თავის ტიპებს ჰიპერტენიკებს, ნორმოტენიკებს და ასტენიკებს დოლიხო, მეზო და ბრაქიმორფების მაგიერ. მაგრამ, როგორც ირკვევა, ეს ტიპები ერთმანეთთან ახლო დგანან, რაც გვაძლევს საშუალებას ვისარგებლოთ ტაბულით, რომელიც შედგენილია პრ. Черноруцкий-ის მასალის მიხედვით და გარკვეულად ახასიათებს დოლიხო—ბრაქიმორფებს ან ჰიპერტენიკ—ასტენიკებს.

ტაბულა № 1
(შედგენილია Черноруцкий-ის მასალით)

	ჰიპერსტენიკები	ნორმოსტენიკები.	ასტენიკები	
სართო რიცხვი %-ში	22 %	64%	14 %	
ნივთიერებათა გაცვლა	ანა (შენელები)	—	კატა (აჩქარება)	
გემოგლობინი (საშუალოდ)	99 %	82%	80 %	
ფილტვის ტევადობა				
წონა	25	23	20.	
სისხლის წნევა (მაჯა)	67	58	51.	
ფერმენტები	კატალიტიური	17	—	14
	ლიბლტიური	16	—	14
	დიასტაზა	18	—	23.
ბიოქიმიური მაჩვენებლები	შაქარი	0, 1	—	0, 0 9.
	ქოლესტერინი	1, 8	—	1, 3.
	შარდმჟავა	4, 0	—	2, 3.
სისხლის ჯგუფი I	5 7, 5 %		29 %	
" " II	30, 0%		43 %	
ენდოკრინული ჯირკვლები	— ფარისებრი + თირკმელზედა		+ ფარისებრი — თირკმელზედა	
ვეგეტატიური სისტემა	vagus (სჭარბობს)		sympathicus (სჭარბობს),	

გამოკვლეული პირნი აღებულია კლინიკურ მასალიდან.

საყურადღებოა, რომ ამ ორ მოწინააღმდეგე ტიპებს ავადმყოფობანიც სხვადასხვანაირი აქვთ.

ტაბულა № 2

ავადმყოფობანი

	ჰიპერსტ.	ასტენიკები
ნივთიერებათა გაცვლის 35%		6%
არტერიოსკლეროზი 83 %		0, 9 %
ფილტვები Tbc 3 %		33 %

მესამე ფაქტორი, რომელიც უნდა იყოს საკმარისად შეფასებული, არის მემკვიდრეობითი ტენდენციები, რომელთა შორის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ოჯახის წევრების სიცოცხლის ხანგრძლივობას. ამ მხრივ შესაძლოა გავარჩიოთ 3 ჯგუფი: სიცოცხლის გრძელ, საშუალო და მოკლე ვადიანი ოჯახები; რასაკვირველია მოკლევადიანი სიცოცხლე მაჩვენებელია ნაკლები სიცოცხლიანობის უნარის და თუ მემკვიდრეობით ოჯახის წევრების სიცოცხლის ვადა მცირეა, ეს უნდა

ჩაითვალოს ცუდ მაჩვენებლად. ცნობილია, რომ ავადმყოფობათა მთელ რიგს აქვთ მემკვიდრეობითი მნიშვნელობა, ამას ზედმეტი განმარტება არა სჭირდება, აღვნიშნავთ მხოლოდ, რომ მემკვიდრეობითი ფაქტორის გამოსარკვევად ამერიკაში შემოღებულია ფართე სტატისტიკური ცნობების შეკრეფა (Eugenice Record Office), შევციაში კი გვარეულობის ჩანაწერები ინმარება; ორთავე ეს მეთოდი იძლევა სრულიად უტყუარ საბუთს მემკვიდრეობის მნიშვნელობის შესახებ.

მეოთხე ფაქტორად ჩაითვლება გარემოს მოქმედება: ცხოვრების, კვების, ზნეჩვეულების და სხვა პირობები, რომელთაც უსათუოდ აქვთ მნიშვნელობა ადამიანის აგებულებისათვის და უსათუოდ ასევე დადს მის გარეგნულ აგებულებას. ცნობილია, რომ ცხოველებში ამას უდიდესი მნიშვნელობა და გავლენა აქვს: თუ ადამიანზე ეს ასე მკაფიოთ არ გამოიხატება, იგი უტყუარად მაინც კვლას სტოვებ ყოველივე ინდივიდის აგებულებაზე. მაგალითად Москва-ს გამოკვლევით მელითონეებს აქვთ გრძელი მხარი, გრძელი ხერხემალი სხეულის სავრთო სიგრძესთან ერთად; ასეთი მაგალითები ბლომათაა ჩვენს ირგვლივ, საჭიროა მხოლოდ მათი გამოშლავება.

ფრიად მნიშვნელოვანია აგრეთვე საექიმო თვალსაზრისით კლინიკისტიისთვის საერთოდ და კერძოდ კი დასტაქრისათვის ის გარემოება, რომ როგორც აღინიშნა, ბრაქი და დოლიხომორფების გარეგანი აგებულება მათი სხეულის ანატომიური გამოხატულობა ხასიათდება მთელი რიგი თვისებებით, რომელნიც ერთის მხრივ თავისებურ ელფერს სდებენ ამ უკიდურეს ტიპების მორფოლოგიურ სტრუქტურას, მეორე მხრივ კი უსათუოდ ყურადსაღებია ყოველგვარ მანიპულიაციების, ოპერაციების და საერთოდ ავადმყოფის კლინიკური შესწავლის და დახმარების აღმოჩენის დროს.

თუ დავიწყებთ ჩონჩხიდან, პირველად ყურადღებას მიიქცევს ის უკვე ცნობილი გარემოება, რომ ხერხემლის ძალეს აქვს ტენდენცია რიცხვის შემცირებისაკენ, ესეთივე მიდრეკილება აქვთ ნეკნებს, ამგვარად ბრაქიომორფებზე—პრიმიტიულ ფორმის წაზომადგენლების ძალეზე და ნეკნებზე რაიმე რეგრესიულ პროცესებს ადგილი არ ექნება მაშინ, როდესაც დოლიხომორფებზე უკვე შევხვდებით აღნიშნულ ძვლოვან წარმოქმნების რედუქციის მოვლენებს, მაგალითად მე XI და მე XII ნეკნის მიუმარებლობას, დამოკლებას, წელის ძალების რიცხვის შემცირებას, ვგრძდწოდებულ საკრალიზაციას და სხვა.

ჩონჩხის სხვადასხვა ელემენტებს მდებარეობაც კი სხვადასხვა აქვთ.

თუ ბრაქიომორფების განიერ გულმკერდის მიხედვით მათი ნეკნები დახრილი არის ნაკლები კუთხის ქვეშ, დოლიხომორფების ვიწრო გულმკერდის აგებულობის მიხედვით ნეკნების დახრილობა მძლავრად აქვს გამოხატული.

მენჯი—ბრაქიომორფებს, იმის მიხედვით რომ ისინი ახლო დგანან პრონორადულ მდებარეობასთან, უფრო დახრილი აქვთ, ვიდრე დოლიხომორფებს, რომელთა მენჯის მდებარეობა ორტოგრადულ სტატიკას ეფარდება.

ასეთსავე მოვლენას შევხვდებით ძვლოვან სატევებში; ბრაქიომორფების დაბალშუბლიანი ქალა რასაკვირველია მკაფიოდ განსხვავდება დოლიხომორფების განიერ შუბლიდან და საერთოდ სხვა ნაწილებშიც მეტად განვითარებულ ქალასაგან. განიერი გულმკერდი ბრაქიომორფებისა მკაფიოდ განსხვავდება დოლიხომორფების ვიწრო გულის ყაფახისაგან.

ასეთსავე მოვლენებს ვხედავთ მუცლის და მენჯის ღრუს ორგანოებშიც; დაწყებული მუცლის ფორმიდან და გათავებული ორგანოების მდებარეობით, ყველაფერში გამოსკვივის მკაფიოდ განსხვავება ამ ორი უკიდურესობის წარმომადგენელთა შორის.

ასეთსავე მოვლენას აქვს ადგილი სისხლძარღვების და ნერვების შენებაში, ცალკე ორგანოების და ნერვებისაში, შიგნი სერვისისა ჯირკვლების მოქმედებაში და სხვა. სხეულის ყველა ნაწილების შესწავლისას ეს სხვაობა ნათლად გამოსკვივის, ამის მაგალითები მრავალია და მათი ჩამოთვლა და გამოშლავება შეადგენს ქირურგიულ ანატომიის უახლოვეს მიზანს.

ყოველივე პოპულაციის, მაგ. ქართველების შესწავლის დროს ასეთი დაყოფა ინდივიდებისა უსათუოდ მკაფიოთ უნდა გატარდეს, ვინაიდან არა მარტო ანატომიური, ფუნქციონალური და მემკვიდრეობითი განსხვავება არის მათ შორის, არამედ ისინი განირჩევიან აგრეთვე მუშაობის უნართაც, ფსიქიური სფეროს სიფართოვით და ბოლოს ავადმყოფობითაც, რასაც ჩვენთვის, ექიმებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს.



მიიღება ხელის მოწერა 1930 წლისათვის

ყოველთვიურ

სამეცნიერო-სამკურნალო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო)

ჟურნალში შავდაგი განყოფილებაგია:

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, ტფილისელი და პროვინციელი ექიმები:

ჟურნალის ფასი:

კადასტრის მისამართი:

ერთი წლით 12 მან.
ნახევარი წლით 6 მან.
ცალკე ნომერი 1 მან.

ტფილისი, კაშოხ ქ. 47 ა.
„თანამედროვე მედიცინა“.

ჟურნალის საკადასტრო კოლეგიუმი:

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

პასუხისმგებელი რედაქტორი: სარედაქციო კოლეგია.

რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი ი. ასლანიშვილი.

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ცდილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა თბგანთ

III—IV

მარტი—აპრილი

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

ტფილისი—1930.