

1933  
გამოცემის წელი შეათე.

პროლეტარებო ყველა ქვეყანა, შეერთდით!

# თანამედროვე მედიცინა

(THANAMEDROVÉ MEDICINA)

სოველთვიური სამკურნალო-სამეცნიერო ჟურნალი  
ტფილისის სახელმწიფო სახედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

№ 5—6

მ ა ი ს ი — ი ვ ნ ი ს ი

მედიცინათუბის გამოსევა  
ტფილისი 1933 წ.



გამოცემის წელი მეთათე.

# თანამედროვე მედიცინა

(THANAMEDROVÉ MEDICINA)

სოციალური სამკურნალო-სამეცნიერო შრომული

ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

№ 5—6

მ ა ი ს ი - ი ვ ე ნ ს ი

სარედაქციო კოლეგია:

პროფ. ს. ამირაჯიბი, პროფ. მ. ასათიანი, დოც. გ. ვაწაძე; პროფ. ი. თიკანაძე  
დოც. პ. კიკალეიშვილი, პროფ. შ. შიქელაძე, პროფ. გ. მუხაძე, პროფ. ა. ნათი-  
შვილი, დოც. ი. ქოჩიაშვილი, პროფ. ვ. ჟღენტე, პროფ. ს. ყიფშიძე.  
რედაქციის მდივანი დოც. პ. ჭავთარაძე

მედიცინის ბიბლიოთეკის გამომცემი  
ტფილისი 1933 წ.



# თანამედროვე მედიცინა

## № 5—6

### შ ი ნ ა ა რ ს ი :

#### I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა

1.	დოც. ნ. ყიფშიძე. ექიმი მკედლიშვილის ბიოგრაფია . . . . .	83
2.	გ. უღენტო. ბავშვის ასაკში კიბოს კაზუისტიკისათვის. . . . .	1
3.	ნ. ერისთავი. გვიან განვითარებული ქლოროზი და მისი მკურნალობა არა ორგანიული რკინის დიდი დოზებით . . . . .	5
4.	ი. მკედლიშვილი. კუჭის წყლულის კონსერვატიული მკურნალობა. . . . .	13
5.	ნ. ფოფხაძე. ორი შემთხვევა აფაზიისა . . . . .	19
6.	ა. ზურაბაშვილი. რეაქციების საკითხისათვის ფსიქიატრიაში. . . . .	30
7.	მ. ჩაჩავა. მენჯის მოტეხილობის საკითხისათვის . . . . .	35
8.	გ. რატიშვილი. პნევმოკოკური პერიტონიტის შემთხვევა . . . . .	46
9.	ნ. ხრამელაშვილი. თვალი და დანამატი ღრუები. . . . .	54
10.	ლ. ფირცხალავა. Sclerodermia en bendes. . . . .	64
11.	ა. კვალაშვილი. „ნიშა“, როგორც კუჭის წყლულისათვის დამახასიათებელი სიმპტომი და მისი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. . . . .	68
		73

#### II. საზოგადოებრივი მედიცინა

12.	ა. უშვერიძე. ტუბერკულოზის გავრცელება სოფელ გლოლაში—კურორტ შამ-შოვის რაიონში (ზემორაქა). . . . .	85
-----	---	----

#### III. რ ე ფ ი რ ა ტ ე ბ ი

#### IV. ძ რ ო ნ ი ძ ა.

## ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Ежемесячный научный медицинский журнал, орган Тифлисского  
Государственного Медицинского Института.

№ № 5 — 6.

Адрес редакции и конторы: Тифлис, ул. Цулукидзе, 4.  
Издательство — Тифл. Гос. Мед. Инст.

## THANAMEDROVÉ MEDICINA

Journal Medical Géorgien

№ 5—6.

Adresse de la Redaction: 4, rue Tzouloukidzé, Tiflis (Géorgie). U. R. S. S.

### ექიმი ი. პ. მჭედლიშვილი.

წელიწადი შესრულდა მას შემდეგ რაც გარდაიცვალა ნიჭიერი და მომზადებული კლინიკისტი, ჯერ კიდევ სრულიად ახალგაზრდა, სამედიცინო ინსტიტუტის შინაგან სნეულებათა კლინიკის უფროსი ასისტენტი ექ. იოსებ პავლეს-ძე მჭედლიშვილი.

სიკვდილი საშინელი მოვლენაა, მაგრამ თუ შეიძლება შეურიგდეს მას ადამიანი, როგორც აუცილებელ ფიზიოლოგიურ მოვლენას დროთა ვითარებასთან დაკავშირებით, შეუძლებელი ხდება მასთან შერიგება მაშინ, როდესაც ილუპება ახალგაზრდა, ცოდნით და გამოცდილებით აღჭურვილი ექიმი, რომლის ბრწყინვალე ასპარეზი ის იყო იშლებოდა და რომელსაც დიდი მომავალი ელოდა.

ექიმი მჭედლიშვილი დაიბადა ქ. ბათომში 1891 წელს, საშუალო სასწავლებელი დაამთავრა იმავე ქალაქში, უმაღლესი საექიმო კიევის უნივერსიტეტში 1917 წელს. უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ სამი წლის განმავლობაში მუშაობდა როგორც სანიტარული ექიმი ჯერ ბათომში და შემდეგ ტფილისში. 1920 წელს დაიწყო მუშაობა ყოფილ მიხეილის საავადმყოფოში და 12 წლის განმავლობაში მდიდარ მასალაზე გაიარა კლინიკური სტაჟი. აქ პროფ. ს. ვირსალაძის ხელმძღვანელობით შინაგან სნეულებათა პოსპიტალურ კლინიკაში გაიარა ორდინატურა და სამი წლის სტაჟის დამთავრების შემდეგ არჩეული იყო იმავე კლინიკის უმცროს ასისტენტად. 1931 წელს ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტში (ყოფილი მიხეილის საავადმყოფო) დაარსდა მეორე თერაპევტიული განყოფილება და გაიხსნა სამედიცინო ინსტიტუტის შინაგან სნეულებათა კლინიკა. ექ. მჭედლიშვილი არჩეულ იქმნა ამ კლინიკის უფროს ასისტენტად. 1927 წლიდან სამედიცინო ტექნიკუმის საბჭოს მიერ მიწვეული იყო ლექტორად, სადაც 5 წლის განმავლობაში კითხულობდა შინაგან სნეულებათა სისტემატიურ კურსს.



ი. პ. მჭედლიშვილი

ჯერ კიდევ ორდინატორად მუშაობის დროს ექ. მჭედლიშვილმა გამოიჩინა განსაკუთრებული ინტერესი კუჭ-ნაწლავთა დაავადებათა საკითხებზე. ამ დარგში მას დიდი მიღწევები ჰქონდა, მალე ჩამოყალიბდა გამოცდილი და ნიჭიერი გასტრო-ენტეროლოგი, რომელმაც სრულიად ღირსეულად მოიპოვა ავტორიტეტი ექიმთა და ავადმყოფთა შორის. მისი მეცნიერული შრომები შეეხება უმთავრესად კუჭ-ნაწლავის დაავადებებს. ამ დარგში გამოქვეყნებული აქვს 9 სამეცნიერო შრომა, მათ შორის ზოგიერთი იმდენად თვალსაჩინო, რომ წაკითხულია ბევრი მათგანი რუსეთის და საქართველოს ექიმთა ყრილობებზე.

ამ ცხრა შრომიდან კუჭის პათოლოგიას შეეხება რვა. პირველი შრომა, რომელიც მან გამოაქვეყნა, ფრიად თვალსაჩინოა და შეეხება პერიგასტრიტის დიაგნოსტიკას. ყოველმა კლინიკისტმა იცის თუ რა სიძნელეს წარმოადგენს პერიგასტრიტის კლინიკურად გამოცნობა. ექ. მჭედლიშვილმა მრავალ შემთხვევებზე გატარების შემდეგ მოგვაწოდა ახალი დიაგნოსტიური მეთოდი კუჭის დატვირთვისა წყლით; კუჭის დატვირთვა წყლით იწვევს შეხორცებების დაჭიმვას, ამის გამო ამ დროს ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს. მთელ რიგ შემთხვევებზე ამ მეთოდით პერიგასტრიტის დიაგნოზი გამართლებული იყო ოპერაციებზე. მე მახსოვს ერთი შემთხვევა, როდესაც ზუსტად იყო დიაგნოზი დასმული პილორუსის შევიწროებისა და პერიგასტრიტისა. ავადმყოფი გადაყვანილი იყო ქირურგიულ კლინიკაში პროფ. გრ. მუხაძესთან; იმ დროს ტფილისში იმყოფებოდა გამოჩენილი ქირურგი პროფ. ს. პ. ფედოროვი. დანიშნული იყო საზეიმო ოპერაცია და ამ ავადმყოფს გაუკეთა ოპერაცია პროფ. ფედოროვმა. როდესაც პროფესორმა დაათვალიერა მუცლის ღრუ პირველი მისი სიტყვები იყო „რა მშვენიერი დიაგნოზია დასმული“—ო. ოფიციალურად დიაგნოზი ეკუთვნოდა კლინიკას, ფაქტიურად კი იგი დასმული და დამუშავებული იყო მაშინ უმცროსი ასისტენტი ი. მჭედლიშვილის მიერ. ასეთი შემთხვევები შემდეგშიც ბევრი ყოფილა და მისი მეთოდი კუჭის დატვირთვისა არა ერთხელ გამართლებულა სავსებით ოპერაციაზე.

საქართველოს ერთ-ერთ სამეცნიერო საექიმო კონგრესზე დასმული იყო საპროგრამო საკითხად ალკოჰოლიზმის გავლენა ორგანიზმზე. ექ. მჭედლიშვილმა, როგორც გასტრო-ენტეროლოგმა, დაამუშავა დიდ მასალაზე — „ალკოჰოლიზმი და კუჭის დაავადებანი.“ კლინიკამ უკვე დიდი ხანია დამტკიცა, რომ ალკოჰოლიზმს აქვს უაღრესი მნიშვნელობა კუჭის დაავადებების პათოგენეზში. ცნობილია, რომ სპირტულ სასმელების ხანგრძლივი ხმარება წარმოშობს კუჭის დაავადებებს. ი. მჭედლიშვილმა შეისწავლა 300-მდე ავადმყოფზე ალკოჰოლის გავლენა კუჭზე. ალკოჰოლი იწვევს კუჭის ორგანიულ დაავადებებს და მათ შორის უფრო ხშირად მჟავე გასტრიტს, ეს დებულება დამტკიცდა მის მასალაზედაც, მაგრამ მან გამოსთქვა აგრეთვე ის აზრი, რომ შესაძლებელია კუჭის წყლულის ეთიოლოგიაში ალკოჰოლსაც ეჭიროს არა უკანასკნელი ადგილი.

თვალსაჩინოა მისი შრომა „კუჭის ტუბერკულოზის კლინიკისათვის“. კუჭის ტუბერკულოზი ფრიად იშვიათი შემთხვევაა. ლიტერატურაში გამოქვეყნებულ 57 შემთხვევას მან მიუმატა 6 საკუთარი შემთხვევა დამტკიცებული ოპერაციაზე და ჰისტოპათოლოგიურად. თავისი მასალის მიხედვით მან ჩამოაყალიბა

კუჭის ტუბერკულოზის სტენოტიური ფორმის სიმპტომატოლოგია: კუჭის მოტორული ფუნქციის მძლავრი დარღვევის სწრაფი განვითარება, მეტადრე ახალგაზრდა ასაკში, ტკივილების არ არსებობა, ტემპერატურა, დადებითი პირკე, ბეზრედკა, ლიმფოციტოზი, სისხლის სწრაფი დაღეკვა, სათანადო კონსტიტუცია. კუჭის ტუბერკულოზის გამოცნობა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, ამას ხაზს უსვამენ ყველა ავტორები, ვისაც კი აქვს აღწერილი ასეთი შემთხვევები. მკედლიშვილის მიერ დასმული დიაგნოზები გამართლდა ოპერაციაზე, შემდეგ კი ყველა პრეპარატები შესწავლილი იყო ჰისტოპათოლოგიურად.

ვრცელი შრომა გამოაქვეყნა მან კუჭით ავადმყოფთა გამოკვლევის მეთოდოლოგიის შესახებ. ამ შრომაში აღწერა თავისი საკუთარი სიმპტომი კუჭის გასავალ ნაწილის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს—წინა ეპიგასტრალური მტკივანი წერტილი მდებარე მარჯვენა სწორკუნთზე ნეკნთა რკალის მახლობლად მე 7 და მე 8 ნეკნთა შეერთების ადგილას. ამ წერტილში მისი დაკვირვებით შედარებით ხშირად ვლდებულობთ მაქსიმალურ მტკივნეულობას ნახსენებ სნეულების დროს.

ექსპერიმენტების მიხედვით მიღებულია, რომ რძე, კვერცხის გული, კაკაო, ყავა იწვევენ კუჭის სეკრეციის გაძლიერებას. ექ. მკედლიშვილმა გაატარა დაკვირვებანი კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით ავადმყოფებზე და კლინიკურ მასალაზე გამოარკვია, რომ არ არსებობს სრული ანალოგია ექსპერიმენტალური ცდების და მისი დაკვირვებათა შორის.

Ewald-Boas-ის მიღებულ საცდელ საუზმეს მან მნიშვნელოვანი შენიშვნა გაუკეთა—კუჭის მოტორული ფუნქციის დარღვევის დროს კუჭის წვენის გამოკვლევისას ვლდებულობთ უფრო დაბალ ციფრებს ვიდრე არსებობს სინამდვილეში, რადგან კუჭში შეგუბებული სითხე აზავებს კუჭის წვენს. ამიტომ იგი უპირატესობას აძლევს მშრალი საუზმის შემდეგ გამოკვლევას.

რუსულ ენაზე გამოქვეყნებული აქვს ორი შრომა: „Значение питания, как лечебного фактора при некоторых заболеваниях органов пищеварения“ და „Современное состояние вопроса о консервативном лечении язвы желудка“. პირველ შრომაში მან გამოყო ისეთი დაავადებანი, რომლების მკურნალობა შესაძლოა მხოლოდ ანდა უმთავრესად დიეტით. მისი აზრით რაციონალურ კვებას როგორც სამკურნალო ფაქტორს, აქვს უაღრესი მნიშვნელობა. ამიტომ მოუწოდებს დიეტ-პროფილაქტიკების და სამზარეულო-ქარხნების დაარსებას. მეორე შრომა წარმოადგენს მნიშვნელოვან მონოგრაფიას, რომელშიაც ვრცლად მოყვანილია ყველა მიღებული მეთოდები კუჭის წყლულის მკურნალობისა: დიეტოთერაპია, პროტეინო და ვაქცინო-თერაპია, ალკალოთერაპია, რენტგენოთერაპია და ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობა. ამ შრომიდან სჩანს, რომ არსებობს არა ერთი მეთოდი კუჭის წყლულის კონსერვატიული მკურნალობისა, მაგრამ არც ერთი მათგანი არ ჩაითვლება სპეციფიურ მეთოდად. საკუთარი დაკვირვებანი მან ჩაატარა 281 წყლულით ავადმყოფზე, მშვენივრად დაამუშავა კლინიკურად ეს შემთხვევები და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის კონსერვატიული მკურნალობის დროს უპირატესობა ეკუთვნის დიეტო-თერაპიას.

ექ. მჭედლიშვილის მიერ გამოქვეყნებულ შრომებს აქვთ თვალსაჩინო მეცნიერული მნიშვნელობა, მით უმეტეს, რომ ყოველ მის ნააზრევს და ნამუშევარს ასაბუთებს საკითხის კარგად ცოდნა, სიღინჯე და სრული ობიექტივობა.

მეცნიერულ მოღვაწეობასთან ერთად ექ. მჭედლიშვილი არ ივიწყებდა აგრეთვე საზოგადოებრივ მუშაობას. იგი წევრი იყო უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის გამგეობისა, სამედიცინო ინსტიტუტის ადგილკომისა და უკანასკნელ დროს ამავე ინსტიტუტის მეცნიერ-მუშაკთა სექციის ადგილობრივი ბიუროს მდივნად. ამავე დროს ლეზულობდა მონაწილეობას სოცმუჯიზმში და იყო გამოცხადებული დამკვერვლად.

ექ. მჭედლიშვილის ნაყოფიერი მუშაობა არ განისაზღვრებოდა მარტო მეცნიერული შრომების გამოქვეყნებით. მისი დაკარგვით ჩვენ მოგვაკლდა ნიჭიერი მასწავლებელი, მომზადებული სპეციალისტი და სპეტაკი ადამიანი. ათი წლის განმავლობაში ის აწარმოებდა სტუდენტებთან მუშაობას, მას ჰქონდა იშვიათი ნიჭი თავის ცოდნის გადაცემისა, ამას გრძნობდა სტუდენტობა და პრაქტიკულ მუშაობის დროს გულმოდგინეთ უსმენდნენ მის ახსნა-განმარტებას.

საქართველოს ექიმთა შორის მას განსაკუთრებული ადგილი ეჭირა როგორც გასტრო-ენტეროლოგს. შეიძლება ითქვას, რომ ამ დარგში მის ავტორიტეტს ყველა იზიარებდა. იშვიათად მოიპოვებოდა ისეთი რთული ავადმყოფი, რომელსაც არ გაეარა მისი კონსულტაცია. აქ მას ხელოვნებადვე ჰქონდა აყვანილი დაწვრილებით შეკრეფილი ანამნეზი ყველა თანამედროვე მეთოდებით სარგებლობასთან ერთად. სრულიად სამართლიანად ჰქონდა მოპოვებული ეს ავტორიტეტი და რაც დრო გადიოდა მით უფრო იგი იზრდებოდა.

ექ. მჭედლიშვილი აღჭურვილი იყო იშვიათი თვისებებით. მის პიროვნებაში საუცხოვოთ გადაკვანძული იყო ნიჭიერი და ცოდნით აღჭურვილი კლინიცისტი სპეტაკ ადამიანთან. იგი ყველასთვის მისაწვდენი იყო, უარის თქმა ავადმყოფისთვის მას არ შეეძლო, თავისი ალერსიანი ხმით უადვილებდა მათ მდგომარეობას. ამით აიხსნება, რომ მისმა უდროოდ სიკვდილმა გამოიწვია დიდი მწუხარება საქართველოს სხვა და სხვა კუთხეში მრავლად გაფანტულ ავადმყოფთა შორის. ამ ხნის განმავლობაში ბევრი ცრემლი იყო დაღვრილი და დიდხანს არ დაივიწყებენ მის ხსოვნას.

ახლო მომავალში მას მოელოდა დამოუკიდებელი მუშაობა, რაც მისცემდა მეტ საშუალებას უფრო ფართოდ გაეშალა თავისი ნიჭი და ენერგია, მაგრამ სამწუხაროდ არ დასცალდა. დიდი მუშაობით დაღლილ-დაქანცულ სხეულს ადვილად მოერია უღმობელი ინფექცია და ჯერ კიდევ ახალგაზრდა დაიღუპა. ჩვენ კი, მის უახლოეს მეგობრებს და ამხანაგებს, ის დაგვრჩენია იმედით, რომ მის მაგალითზე შეგვიძლიან მიუთითოთ ახალგაზრდა ექიმებს და ურჩიოთ მათ იარონ იმ გზით, რომელიც გაიარა, მოკლე დროით, მაგრამ მდიდარი შინაარსით, სოსო მჭედლიშვილმა.

დოც. ნ. ყიფშიძე.



გ. ჟღენტი.  
ასისტენტი.

## ბავშვის ასაკში კიბოს კაზუსტიკისათვის

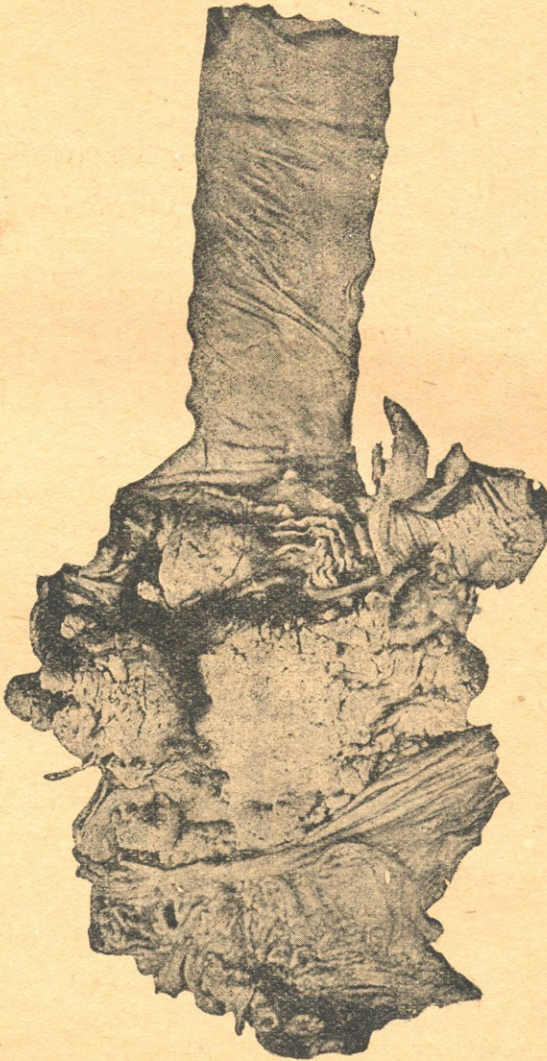
(Adenocarcinoma coeci 11 წლის ასაკში)

(ტფილისის სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიური ანატომიის ინსტიტუტიდან.  
გამგე—პროფ. ვლ. ჟღენტი).

წლიური სიკვდილობა ავთვისებიანი სიმსივნეებისაგან მსოფლიოში აღწევს 1,5 მილიონს (Лифшиц и Мельников<sup>1</sup>) და დაავადება ამ საშინელი სნეულებით ემთხვევათა უმრავლესობაში ხდება სწორედ ისეთ ასაკში, როდესაც ადამიანის შემოქმედების უნარი მაქსიმუმს აღწევს. მიხედვით მრავალი სტატისტიკური ხასიათის შრომებისა კიბოთი დაავადება გვხვდება ხშირად 40 წლის შემდეგ. (Петров<sup>2</sup>); ახალგაზრდა ასაკში ეს სნეულება მეტად იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს; ამ აზრს ერთხმით იზიარებენ ყველა ის მკვლევარები, რომლებიც სწავლობდნენ კიბოს ახალგაზრდებში. (Philipp<sup>3</sup>, Merkel<sup>4</sup>, Редько<sup>5</sup>, Chajutin<sup>6</sup>, Hagedorn<sup>7</sup>). Редько-მ, რომელმაც 1914 წელს აღწერა კიბოს ორი შემთხვევა ახალგაზრდებში, შეკრიბა ლიტერატურიდან 536 შემთხვევა კიბოსი 0-30 წლამდე; შმ რიცხვში შედის Philipp-ის და Lindemann-ის მიერ შეკრებილი შემთხვევებიც, ააქედან 0-15 წლამდე მოდის 145 შემთხვევა, რომლებიც ასაკის მიხედვით დალაგებულია შემდეგნაირად: 0-5 წლამდე — 32 შემთხვევა, 5-10 წლამდე — 27 შემთხვევა და 10-15 წლამდე — 86 შემთხვევა. Weinlechner<sup>8</sup>-ს, კიბოს 5279 შემთხვევაზე მოჰყავს 14 წლამდე მხოლოდ 18 შემთხვევა. Quensel<sup>9</sup>-ს კიბოს 4743 შემთხვევაში მხოლოდ სამი შეხვდა 15 წლამდე. Billroth<sup>10</sup>-ს კიბოს 584 შემთხვევაში მხოლოდ ერთი ქონდა 10 წლამდე. Zuppinger<sup>11</sup>-ის აზრით კიბოს 1000 შემთხვევაზე მხოლოდ ერთი გვხვდება ბავშვა ასაკში. Медведев<sup>12</sup>-ი ოდესის 25 წლის აუტოფსიურ მასალიდან კიბოს 1181 შემთხვევაზე ერთ შემთხვევას აღნიშნავს 10-20 წლ. ასაკში. დონის უნივერსიტეტის პათოლოგიურ-ანატომიური ინსტიტუტის 7 წლის მასალაში, კიბოს 280 შემთხვევაზე არც ერთი არ არის 15 წლამდე (Пожариский<sup>13</sup>). ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიურ-ანატომიური ინსტიტუტის და სხვა საავადმყოფოების პროზექტურების 10 წლის (1923 წ.-1933 წ.) მასალიდან, კიბოს 264 შემთხვევაში მხოლოდ ერთი შეგვხვდა მეტად ახალგაზრდა ასაკში. გადავდივარ აღნიშნული შემთხვევის აღწერაზე.

მოკლე კლინიკური ცნობები ავადმყოფობის ისტორიიდან (ტფ. ქალ. 1-ლ საა-ფოს ბავშვა ქირ. განყ.): ლ-ცი ლევანი, 11 წლის, სომეხი, ქალ. აზრუმიდან, შემოვიდა კლინიკაში 1929 წლის 3 აპრილს. ავად არის 4 თვე, უჩივის ტკივილებს ილეო-ცეკალურ მიდამოში. ავადმყოფი სწო

აგებულების, სუსტი კვების, კანი და ლორწოვანი გარსები მკრთალი. გულის საზღვრები — N. ტონები ოდნავ მოყრუებული. ფილტვებში — ვეზიკულარული სუნთქვა. ღვიძლი — გადიდებული მკვრივი კონსისტენციის, უსწორ-მასწორო ზედაპირით და კიდევებით, პალპაციისას მტკივნეული. დიაგნოზით Abscessus multiplex hepatis, 11 აპრილს გაუკეთდა ოპერაცია — Laparatomia. ოპე-



ნახ. 1.

რაციის დროს ღვიძლი აღმოჩნდა გადიდებული, მუქი-წითელი ფერის, თანაბარი კონსისტენციის და ზედაპირის; რაზოდენივე აღვილას აღინიშნებოდა პატარა კაკლის ოდენობის მკრთალი კვანძები, რომლებიც შეიცავდნენ კახეოზურ მასას კრილობაში ჩაედო ფილტვები და დაედო მშრალი ნახვევი. 18 აპრილს ავადმყოფი მოკვდა. გვამი გაკვეთილი იქნა 19 აპრილს 29 წელს სიკვდილის 24 საათის შემდეგ (გაკვეთა აწარმოვა პროფ. ელ. ქლენტიძე).

ამონაწერი ქალ. 1-ლ საა-ფოს გაკვეთის ოქმიდან № 119.

გარეგანი დათვალიერება: სწორი აგებულების, სუსტი კვების ვაჟის გვამი. გაშეშება საშველოდა გამონატული სხეულის ყველა ნაწილებში. კანის საფარი მორუხო-ყვითელი ფერის. მუცლის მარჯვენა მხარეზე, ნეკნთა რკალის გასწვრივ აღინიშნება ირიბი მიმართულების ობერაციული ტრილობა სიგრძით 10 cm. ტრილობა ღია და შიგ მთავსებულია დოლბანდის ფილტები გაყენითილი მორუხო-მოყვითალო ფერის მასით, ასეთივე მასით მოფენილია ტრილობის კიდეები.

მუცლის ღრუ: ფარის, როგორც პარიეტალი, ისე ვისცერალი ფურცელი შემდგრული, ჰიპერემული, დაფარული მოყვითალო ფერის ნადებებით. ორგანოთა მდებარეობა ჩვეულებრივი.

სასუნთქავი ორგანოები: მარცხენა ფილტვის წონა 195.0, სიგრძე — 15 cm., სიგანე — 7 cm., სისქე — 5 cm., ზედა წილში, როგორც პლევრის ქვეშ, ისე პარენქიმის სისქეში აღინიშნება მოთეთრო-მოყვითალო ფერის, მომკვრივო კონსისტენციის სიმსივნური კვანძები ოდენობით სიმინდის მარცვლისა და უფრო დიდი, აღნიშნული კვანძები მკვეთრად განისაზღვრება ფილტვის ქსოვილისაგან. მარჯვენა ფილტვი განაკვეთზე შეშუპებული. ორივე ფილტვის პლევრაში აღინიშნება წერტილოვანი ხასიათის სისხლის ჩაქცევები.

საჭმლის მომნელებელი ორგანოები: ნუშისებრი ჯირკვლები გადიდებული, განაკვეთზე ჩირქოვანი საცობებით. კუჭის ლორწოვანი დაფარული ლორწოს საშუალო რაოდენობით, აქა-იქ წერტილოვანი სისხლის ჩაქცევებით. ბრმა ნაწლავის კედელი ზედმიწევნით გასქეზებული, ლორწოვანზე არის მორუხო-ვარდის ფერის უსწარო ზედაპირის მქონე სიმსივნური ქსოვილი, რომელიც ნაწილობრივ დაშლას განიცდის. აღნიშნულ სიმსივნურ ქსოვილს უკავია ბრმა ნაწლავის ლორწოვანი მთლიანად. იხ. სურ. № 1. ჰია ნაწლავი აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის. ასწვრივი კოლინჯის ლორწოვანზე აღინიშნება თხილის მარცვლის ოდენობის, რბილი კონსისტენციის, მორუხო-ვარდის ფერის ორი სიმსივნური წარმონაქმნი, რომლებიც უკავშირდება კოლინჯის ლორწოვან ვიწრო ფენის საშუალებით.

ღვიძლი: წონა: 1120.0, მარჯვენა წილი: 14-18-6 cm., მარცხენა წილი: 5-8-3 cm., დუნე კონსისტენციის და ჩვეულებრივი კონფიგურაციის. როგორც კაუსტოლის ქვეშ ისე პარენქიმის სისქეში აღინიშნება მრავალობითი ხასიათის სიმსივნური კვანძები თხილის ოდენობიდან კაკლის ოდენობამდე, საზღვარი ღვიძლის ქსოვილისა და აღნიშნულ კვანძებს შორის მაკროსკოპულად სკემარისად კარგათ არის გამონატული, ზოგი მათგანი მოთეთრო, ზოგი კი მორუხო-მოყვითალო ფერისა; კონსისტენცია ყველა კვანძების თანაბარი არ არის, ზოგი დუნეა და ადვილად იშლება, ზოგი კი გაცილებით მკვრივეა ვიდრე ღვიძლის ქსოვილი.

სისხლბადი ორგანოები: ელენთა: წონა 60.0, სიგრძე — 7 cm., სიგანე — 4 cm., სისქე — 3 mm., დუნე კონსისტენციის, განაკვეთზე ღია წითელი ფერის, ანაფხეკის მცირე რაოდენობას იძლევა. პერიბრონქიალური და პერიტრაქეალური ლიმფური ჯირკვლები სიმინდის მარცვლის ოდენობის, განაკვეთზე ვარდის ფერის, მეზენტერიალური კი თხილის ოდენობიდან ბატის კვარცხის ოდენობამდე, განაკვეთზე ვარდის ფერის მოთეთრო ზოლებით და არეებით, ზოგი მათგანი დაშლილია, სისხლის ჩაქცევების დიდი რაოდენობით.

სხვა ორგანოები აღსანიშნავ ცვლილებებს არ განიცდის.

ანატომიური დიაგნოზი.

Status post operationem laparotomiam ante dies VII effectam. Peritonitis fibrinosa acuta universalis. Neoplasma malignum (carcinoma?) coeci exulcerans. Neoplasmata secundaria lymphoglandularum mesenterialis, hepatis et lobi superioris pulmonis sinistri. Polypositas colonis escendentis. Tonsillitis lacunaris purulenta. Cyanosis et oedema pulmonum. Oedema meningum- et substantiae cerebri. Hyperplasia lymphoglandularum peribronchialium et peritrachealium. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum. Haemorrhagiae punctatae pleurarum et mucosae ventriculi. Hyperplasia pulpaie lienis subacuta. Anaemia universalis.

ბრმა ნაწლავის სიმსივნის სხვადასხვა ადგილიდან და ასწვრივი კოლინჯის პოლიპოზური წარმონაქმნიდან აღებულ იქნა ნაჭრები მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის. ნაჭრები, ჩვეულებრივად

ბრივი წესით გატარების შემდეგ, ჩაყალიბებულ იქნა ცელოიდინში და ანათლები შეიღება ჰემატოქსილინ-ეოზინით და Van Gieson-ის რეზნარით.

ბრმა ნაწლავის სიმსივნის მიკროსკოპული სურათი: ნაწლავის ლორწოვანის სტრუქტურა ალაგ შენახულია, ალაგ კი სრულებით დარღვეულია და ლორწვევა ქსოვილში აღინიშნება ჯირკვლეოვანი ბუშტუკების უწყსრიგო ზრდა, ხსენებული ბუშტუკების სანათურები გამოფენილია რამოდენიმე შრე სხვადასხვა ფორმის უჯრედებით, რომლებიდან ზოგი ცილინდიულს უახლოვდება; ეს უჯრედები ზოგან სრულებით ავსებენ ბუშტუკის სანათურს. აღნიშნული უჯრედები შეიცავს შედარებით ნათელ პროტოპლაზმას, რომელშიაც ალაგ-ალაგ აღინიშნება მოლურჯო ფერად შეღებილი მასა და საკმარისათ მოზრდილს ალაგ ჰიპერ — და ალაგ კი ჰიპოქრომატოზულ ბირთვის, ხშირია დაყოფის ფიგურები. ზოგიერთ ბუშტუკის სანათურში აღინიშნება მკრთალ ვარდის ფერად შეღებილი მასა, რომელიც წარმოადგენს ამ ჯირკვლის სეკრეტს. ზოგან ბუშტუკის membrana propria დარღვეულია და უჯრედები შეჭრილია შემაერთებულ ქსოვილოვან სტრომაში. ნაწლავის კუნთოვანი შრე სრულიად ინფილტრიულია ხსენებული უჯრედებით, რომლებიც აღწევს სეროზულ გარსამდე, აქ ეს უჯრედები ლაგდება სოლიდურ კერებათ და მხოლოდ აქა-იქ მოსჩანს გლუვი კუნთის ელემენტები მცირე რაოდენობით. ალაგ-ალაგ აღინიშნება ნეკროზული კერები. სტრომაში სჩანს ინფილტრატები შემდგარი მრავალი უჯრედებისაგან.

ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: Adenocarcinoma.

ასწვრივი კოლინჯის სიმსივნური წარმონაქმნების მიკროსკოპული სურათი: ანათლებში მოსჩანს სხვადასხვა ფორმის და ოდენობის ჯირკვლეოვანი ბუშტუკები; თვითიული ბუშტუკის membrana propria ამოფენილია ერთი შრე ცილინდრიული უჯრედებით ბაზალურად მდებარე ბირთვებით. ზოგიერთი ბუშტუკის სანათური ამოვსებულია მარცვლოვანი მასით. ჯირკვლეოვანი ბუშტუკების ირგვლივ აღინიშნება უჯრედებით მდიდარი შემაერთებულ ქსოვილოვანი სტრომა, რომელშიდაც ალაგ-ალაგ მოსჩანს ლიმფოიდური ტიპის უჯრედების კერები.

ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: Polypus adenomatosus.

როგორც ზემოხსენებულიდან სჩანს, ჩვენ შემთხვევაში საქმე გვქონია ბრმა ნაწლავის ადენომატოზური ტიპის კიბოსთან, მეტასტაზებით მეზენტერიალურ ლიმფურ ჯირკვლებში, ლეიძლში და მარცხენა ფილტვის ზედა წილში. ლოკალიზაციის მიხედვით ახალგაზრდა ასაკში კიბო ყველაზე ხშირად ვითარდება საქმლის მომნელებელ აპარატში — Merkel-ით 46% -ში Quensel-ით 53,4% -ში. მეორე ადგილი უკავია შარდსასქესო სისტემას — Merkel-ით 30,05% -ში, აქედან უფრო ხშირად კიბო გვხდება ქალის სასქესო ორგანოებში — Quensel-ით 21,9% -ში. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ბავშვებში კიბო გაცილებით იშვიათად, ან სრულებით არ ვითარდება იმ ორგანოებში, რომლებშიც მოზრდილებში ის ხშირია, ასეთებს ეკუთვნის: პროსტატა, ხორხი, საყლაპავი მილი, სარძევე ჯირკველი და შარდის ბუშტი. პირიქით შედარებით ხშირია კიბო ისეთ ორგანოებში, რომლებიც მოზრდილებში იშვიათად ზიანდება, მაგალითად ნაწლავები, ლეიძლი, საკვერცხეები და სათესლე ჯირკვლები (Merkel Пожарисский<sup>14</sup>).

ნაწლავებში, კიბო, როგორც ამას თითქმის ყველა ზემოხსენებული ავტორები აღნიშნავენ, ყველაზე ხშირად ვითარდება სწორ ნაწლავში, Merkel-ის მიერ შეკრებილ ნაწლავების კიბოს 28 შემთხვევიდან (15 წლამდე) სწორი ნაწლავი იყო დაავადებული 13 შემთხვევაში, S-Romanum-ი 7 შემთხვევაში, caecum-ი 2 შემთხვევაში, დანარჩენი ნაწილი მსხვილი ნაწლავის 5 შემთხვევაში და წვრილი ნაწლავი 1 შემთხვევაში.

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ Merkel-ის მიერ მოყვანილ მსხვილი ნაწლავების კიბოს 27 შემთხვევაში, მხოლოდ ერთ შემთხვევაში აღმოჩნდა ამ დაავადების კომბინაცია პოლიპებთან. ხსენებული ავტორი აღნიშნავს, რომ ბავშთა ასაკში ნაწლავების კიბოს კომბინაცია პოლიპებთან ისე ხშირი მოვლენა არ არის, როგორც ამას ადგილი აქვს მოზრდილებში. მიუხედავად ამისა, როგორც აღწერილ შემთხვევის მაკრო- და მიკროსკოპული თავისებურებიდან სჩანს, ჩვენ შემთხვევაში ბრმა ნაწლავის კიბოსთან ერთად ასწვრივ კოლინჯში არის პოლიპები; გარდა ამისა Chiari<sup>15</sup>-ს მოყავს კოლინჯის მარცხენა ნაეცის კიბოს ერთი შემთხვევა 13 წლის ასაკში, აქაც მსხვილ ნაწლავებში აღინიშნებოდა მრავალი პოლიპები. ასეთივე კომბინაციას კიბოსი პოლიპებთან ახალგაზრდა ასაკში ადგილი ქონდა Петров<sup>16</sup>-ის შემთხვევაშიც. ამრიგად უნდა ითქვას, რომ კიბოს შეთავსება პოლიპებთან ბავშთა ასაკში მაინც შედარებით იშვიათი მოვლენა არის.

ლიტერატურაში არსებობს აზრი, რომ კიბოს ახალგაზრდა ასაკში განსაკუთრებით ავთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს (Лифшиц<sup>17</sup>), თუმცა ზოგი ავტორი (Quensel) ამ აზრს დამტკიცებულად არ თვლის. ჩემსმიერ აღწერილ შემთხვევაში ბავშმა იგრძნო თავი ავად 1929 წლის იანვარში და აპრილში მოკვდა, სექციაზე აღმოჩნდა ბრმა ნაწლავის კიბო მეტასტაზებით მეზენტერიალურ ლიმფურ ჯირკვლებში, ღვიძლში და მარცხენა ფილტვში. Пожариский-ს მოყავს ერთი შემთხვევა ბაუგინის სარქველის კიბოსი 15 წლის ასაკში; ამ შემთხვევაში ავადმყოფობის პირველი ნიშნები შემჩნეული იყო 1929 წლის აპრილის ბოლო რიცხვებში და ბავში მოკვდა ივლისში, სექციაზე აღმოჩნდა ბაუგინის სარქველის კიბო ბრმა ნაწლავის კედლის კარცინომატოზული ინფილტრაციით და მეტასტაზებით რეგიონალურ და რეტროპერიტონეალურ ლიმფურ ჯირკვლებში. Chajutin-ის შემთხვევაში (ბრმა ნაწლავის კიბო 14 წლის ასაკში) ავადმყოფობა გრძელდებოდა 4 თვე. ამრიგად მოყვანილ შემთხვევებიდან სჩანს, რომ ბავშთა ასაკში კერძოდ ნაწლავების კიბო სწრაფად მიმდინარეობს და ძალიან ადრე იძლევა მეტასტაზებს.

დასასრულს უნდა აღინიშნოს, რომ, როგორც ეს ლიტერატურიდან სჩანს, ბავშთა ასაკში ნაწლავების კიბო ვაჟებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

დასკვნები: 1) კიბო ბავშთა ასაკში მეტად იშვიათია.

2) ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პათოლოგიურ-ანატომიური ინსტიტუტის და ტფილისის საავადმყოფოების პროზექტორების 10 წლის (1923 წ. 1-ლ იანვრიდან—1933 წ. 1-ლ იანვრამდე) მასალიდან, კიბოს 264 შემთხვევაში მხოლოდ ერთი შეგვხდა ბავშთა ასაკში (11 წლის).

3) ბავშებში კიბო უფრო ხშირად ლოკალიზდება საჭმლის მომნელებელ აპპარატში.

4) ნაწლავის კიბო ყველაზე ხშირად გვხვდება სწორ ნაწლავში, შემდეგ S-Romanum-ში, Coecum-ში და გაცილებით იშვიათად წვრილ ნაწლავში.

- 5) ბავშთა ასაკში ნაწლავის კიბოს მეტად სწრაფი მიმდინარეობა ახასიათებს.
- 6) ნაწლავების კიბო ბავშთა ასაკში ვაჟებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

### ლიტერატურა.

1. Лифшиц и Мельников. Клиника злокачественных опухолей. Том I. Харьков. 1930.
2. Петров. Общее учение об опухолях. 1926.
3. Philipp. Zeitschr. f. Krebsforschung, 1907. Bd. 5. S. 326. მოყვანილი რედკო-თი.
4. Merkel. Die geschwülste des Kindesalters. Handbuch der allg. Pathol. und der pathol. Anatomie des Kindesalters. Brüning und Schwalbe. 1912. Bd. 1. S. 417.
5. Редько. Два случая рака желудка у молодых суб'ектов. Врачебная газета. 1914. № 33. Стр. 1109.
6. Chajutin. Coecumcarcinom bei einem 14 jährigen Mädchen. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1929. Bd. 29. H. 4. S. 389.
7. Hagedorn. Carcinome Jugendlicher. Centrbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anatomie. 1916. Bd. 27. S. 121.
8. Weinlechner. In Kapitel Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten. მოყვ. Merkel-ით.
9. Quensel. Zur Kenntnis des Vorkommens von Krebs \*im jugendlichen Aler. Acta pathol. et microbiol. scandinavica. 1925. Bd. 2. — რეფერ. Centrbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anatomie. 1926. Bd. 38. S. 18.
10. Billroth. მოყვ. Chajutin-ით.
11. Zuppinger. Wien. klin. Wschr. 1900. მოყვ. Chajutin-ით.
12. Медведев. Злокачественные опухоли в Одессе за 35 лет. Одесский Медицинский Журнал. 1927. № 1—6. Стр. 73.
13. Пожарский. Основы патологической анатомии Вып. II. 1923.
14. Пожарский. Случай рака Баугиниевой заслонки у 15 летней девочки. Вопросы онкологии. 1930. т. 3. № 1. Стр. 76.
15. Chiari. Dnmonstration eines Garcinoma coli bei einem 13-jährigen Knaben. Verhandl. der. Deutschen pathol. Gesellschaft. 1905. Bd. 8. S. 152.
16. Петров. Случай множественных полипов желудка и кишек с переходом в рак. Врач. 1896. № 7. Стр. 202.
17. Лифшиц. Учение об опухолях человека. 1927.

**Г. Жгенти.**

Ассистент.

## К казуистике рака в детском возрасте.

(Adenocarcinoma coeci в 11 летнем возрасте).

Гос. Мед. Института. Заведующий проф. В. К. Жгенти.

Автор описывает редкий случай рака слепой кишки у 11-летнего мальчика. Больной поступил в детскую хирургическую клинику Тифлис. Госуд. Университета 3 апреля 1929 года. Болен 4 месяца, жалуется на боли в илео-цекальной области. 11 апреля под диагнозом Abscessus multiplex hepatis больному сделана операция—Laparatomia. 18 апреля — Exitus. На секции обнаружена опухоль слепой кишки с метастазами в печени, мезентериальных лимфатических железах и верхней доле левого легкого. На слизистой восходящей ободочной кишки — два полипа.

Микроскопически опухоль слепой кишки представляет собой рак аденоматозного типа, а полипы восходящей ободочной кишки — аденоматозные полипы.

По данным секционного материала Патолого-Анатомического Института Тифлис. Госуд. Мед. Института и прозектур больниц гор. Тифлиса за 10 лет (1923 г. 1 января по 1933 1 января) на 264 случаях рака лишь один обнаружен в детском возрасте. На основании литературных данных и собственного случая автор приходит к следующему заключению: 1) рак в детском возрасте встречается весьма редко, 2) у детей рак чаще локализуется в пищеварительном аппарате, 3) из различных отделов кишечника рак чаще встречается в прямой кишке, затем в сигмовидной, слепой и весьма редко в тонких кишках, 4) рак кишечника у детей характеризуется весьма быстрым течением, 5) рак кишечника чаще встречается у мальчиков.

**G. Jghenti.**

Assistent.

## Zur Kasuistik des Krebses im Kinderalter.

(Adenocarcinoma coeci im 11 jährigen Alter).

(Aus dem Pathologisch-Anatomischen Institut des Tifliser Staatlichen Medizinischen Institut.

Director Prof. W. K. Jghenti.

Verfasser schildert einen seltenen Fall des Krebses am Blinddarme bei einem 11 jährigen Knaben. Der Kranke trat am 3 April 1929 in die chirurgische Kinderklinik der Tifliser Stadsuniversität. Ist seit 4 Monaten krank, klagt über Schmerzen an ileo-coecal'er Stelle. Den 11/IV nach der Diagnose Abscessus multiplex hepatis wurde der Kranke operiert — laparatomia. 18/IV Exitus. Bei

der Sektion wurde eine Geschwulst des Blinddarmes mit den Metastasen in der Leber, in den mesenterialen lymphatischen Drüsen und im oberen Teil der linken Lunge entdeckt. An der Schleimhaut des colon ascendens—zwei Polypen.

Mikroskopisch stellt die Geschwulst des Blinddarmes einen Krebs adenomatösischer Art vor, und die Polypen des colon ascendens—adenomatöse. Polypen Nach den Angaben des sectionsmaterials des Pathologisch-Anatomischen Institutes und der Prosekturen der Krankenhäuser der Stadt Tiflis im Verlaufe von 10 Jahren (1923 1/1—1933 1/1) wurde auf 264 Fälle des Krebses nur ein Fall im Kinderalter entdeckt. Auf grund der literaturischen Angaben und des gegebenen Falls kommt der Autor zum folgenden Entschluss: 1) Den Krebs trifft man im Kinderalter sehr selten 2) Bei — Kindern trifft man den Krebs am häufigsten im Verdauungsapparat. 3) Unter verschiedenen Teilen der Gedärme trifft man den Krebs am häufigsten im Rectum, im S Romanum; im Blinddarm und nur sehr selten in dem Dünndarm. 4) Der Krebs der Gedärme charakterisiert sich bei Kindern durch sehr schnellen Verlauf. 5) Den Krebs der Gedärme trifft man am häufigsten bei Knaben.

---



**ნ. ერისთავი**  
ასისტენტი

**გვიან განვითარებული ქლოროზი და მისი მკურნალობა  
არაორგანიული რკინის დიდი დოზებით\*).**

(შინაგან სნეულებათა პროპედევტიული კლინიკიდან.  
დირექტორი — პროფ. ნ. მახვილაძე.)

შესანიშნავია, რომ უკანასკნელ 20 წლის განმავლობაში ქლოროზით დაავადება ძლიერ იაშვიათი შეიქმნა, რასაც აღნიშნავენ ავტორები როგორც დასავლეთ ევროპაში და ამერიკაში (Naegeli, Kist, Schauman, Cabot და სხვ.), ისე აგრეთვე კავშირშიაც. პროფ. არინკინი, მაგალითად თავის ახლად გამოცემულ სახელმძღვანელოში ამბობს, რომ მას უკანასკნელ 10 წლის განმავლობაში არ უნახავს არც ერთი შემთხვევა ნამდვილი ქლოროზისა, მიუხედავად იმისა, რომ მისი კლინიკა აწარმოებდა სისხლის გამოკვლევას თითქმის ყველა, როგორც სტაციონალურ, ისე ამბულატორიულ ავადმყოფისა.

ჩვენ არა გვაქვს ხელთ ცნობები ქლოროზის გავრცელების შესახებ ჩვენში, და რამდენადაც საერთოთ ვიცით ჩვენში ამ საკითხს არავინ შეხებია, და ამიტომ შეიძლება ითქვას, რომ ქლოროზი ჩვენშიაც იშვიათი ავადმყოფობა უნდა იყოს.

ამით უნდა აიხსნებოდეს ის გარემოება, რომ ქლოროზი შედარებით ნაკლებად არის შესწავლილი თანამედროვე ბიოქიმიური მეთოდებით, რაც საგრძნობლად გააღრმავებდა ჩვენ წარმოდგენას ამ დაავადებაზე, ეტიოლოგია რომლისა დღემდე არ შეიძლება ჩაითვალოს გამორკვეულად. ამ თვალსაზრისით რათქმა უნდა ინტერესს წარმოადგენს ყოველი ცალკე შემთხვევა ქლოროზისა.

მაგრამ ჩვენი შემთხვევა ამის გარდა საყურადღებოა აგრეთვე განვითარების თავისებურებით და იმ საკვირველი თერაპიული ეფექტით, რომელიც მივიღეთ ჩვენ არაორგანიული რკინის დიდი დოზებით მკურნალობის დროს.

ამიტომ ნებას ვაძლევთ ჩვენ თავს შევჩერდეთ უფრო ვრცლად ავადმყოფის ისტორიაზე, ვიდრე ეს ჩვეულებრივ მიიღებულა.

**Anamnesis:**

ავადმყოფი გ-მე ელენე 27 წლისა, სოფ. ყაზამელის მცხოვრები, დიასახლისი. შემოვიდა კლინიკაში 24 დეკემბერს 1930 წელს. აწუხებს ძლიერი სისუსტე და შრომის უნარის დაქვეითება.

\*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოებას.



ავად არის 1 1/2 წელი, ავადმყოფობა განვითარდა თან და თანობით. პირველად შეამჩნია თვიურის უწყესობა, რომელიც შემდეგ სრულიად დაკარგა.

განვითარდა სისუსტე, რომელიც თან და თანობით ძლიერდებოდა. შრომის უნარი დაუქვეითდა. ხშირად აწუხებდა თავბრუს ხვევა, თავის ტკივილი და ყურებში შუილი, სიარულის შემდეგ ამჩნევდა ქვედა კიდურის შეშუპებას.

გადატანილი აქვს ბავშვობაში—წითელა და ქუნთრუშა. თვიური როდის დაეწყო არ ახსოვს, მოსდიოდა წესიერად და დაეკარგა წელიწად ნახევრის წინ გათხოვილია 10 წელიწადი. ჰქონდა ორი ნორმალური მშობიარობა. ბავშვები დაეხოცა ერთი წლისა და მეორე 2 წლისა ფალარათობისაგან.

St. praesens, ობექტიურ გამოკვლევის დროს ყურადღებას იპყრობს კანის სიმკრთალე. კვება ნორმალურია. გულის საზღვრები გარდი-გარდმო გადიდებული: 1 1/2 სანტ. მარცხნივ და 2 ს. მარჯვნივ ტონები მოყრუებული. ისმის სისტოლიური შუილი, რომლის მაქსიმუმი ალენიზნება მე-3 ნეკთა შუა არეში მკერდის ძვალთან. სისხლის წნევა 115—50. ფილტვების მხრივ ცვლილება არ აღენიშნება. ელენთა ხელს ოდნავ ხედება, ღვიძლი გამოდის ნეკთა რკალიდან 2 სანტ. საშუალო კონსისტენციისა. ოდნავ მტკივანი პალპაციის დროს.

თირკმელები არ იზინჯებიან, შარდში ცვლილება არ აღენიშნება. ფუნქციალური ცდა კონცენტრაციაზე ნორმალურია.

განავალში განმეორებით გამოკვლევის დროს (Telemann-ის და Fülleborn-ის მეთოდებით) პარაზიტები არ აღმოჩნდა. რეაქცია სისხლზე უარყოფილია.

კუჭის წყენი: საერთო სიმკვლე — 20.

თავისუფალი HCl — არ აღმოჩნდა.

რეაქცია სისხლზე და რძის მკვავაზე უარყოფილია.

სისხლი დათესვის დროს სტერილური აღმოჩნდა.

რეაქციები: Wassermann-ის

Kha-ის უარყოფილია.

Vernes-ი

სისხლის წამლობის დაწყებამდე ჩვენ სამჯერ გამოვიკვლიეთ და მივიღეთ საშუალოდ შემდეგი რიცხვები: Er. — 1,600000, Hb — 18%, (Sahli) Ind. — 0,6, L — 4,200. Bizozero-ს ფორფიტები — 269.000. რეტროკოლუტები — 8,2%; ანიზოცატოზი, პოიკილოციები, ჰიპოხრომემია მკაფიოდ გამოხატული, ნორმოზოლასტები თითო პრეპარატში. ლევიკოციტალური ფორმულის მხრივ თვალსაჩინო ცვლილება არ აღენიშნება.

წამლობის დანიშვნის შემდეგ, სისხლი იზინჯებოდა ყოველ 4—5 დღეში. შედეგი წარმოდგენილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში. (იხ. მე-15 გვ. ცხრილი 1).

ერიტროციტების რეზისტენტობა Riber-ით:

	1/I	1/II	
მაქსიმალური	0,28	0,32	
მინიმალური	0,54	0,50	
შედეგების უნარი:			
	1/I	17/I	1/II
დასაწყისი	1 1/2	1 1/2	3 1/2
დამთავრება	4,5	5	4,51

\*) ნეიტროფილები 5 და მეტი რაოდენობით ბირთვები.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა — t° 36.4 — დილით და საღამოზე ხანდახან — 37,3-მდე ავადმყოფს დაენიშნა Ferrum reduct 1. დღეს 0,5 დღეში; მეორე დღეს 0,5 3-ჯერ და შემდეგ 1,0 4-ჯერ დღეში. ჩვენ მივიღეთ სწრაფი მდმატება, როგორც ერიტროციტებისა ისე აგრეთვე გემოგლობინის რაოდენობისა. ეს მომატება პირველ ხანებში მიდიოდა პარალელურად, ისე რომ ფერადი მაჩვენებელი რჩებოდა ისევე — 0,6 შემდეგ კი ის აღწევს — 0,7 და 0,8-ს.

რეტროკოციტების რიცხვი წამლობის დროს მატულობს, და სისხლის სურათის გამოკვლევის შემდეგ, ნორმას უახლოვდება.

ცხრილი 1.

როცვი	ერიტროციტების რიცხვი მილიონზე	Hb.	Ind.	ლეუკოციტი	ფიფიტების რიცხვი ათასზე	ნეიტროფილები სეგმენტაზი	ხუთი და მეტი სეგმენტაზი	ჩხირისებრი	მეტამიელოციტები	ეოზინოფილები	ლიმფოციტები	მონოციტი	Türk-ის უჯრედები	რეტეკულაციები	შენიშვნა
26/XII	1,6	18	0,6	4200	269	56	7	3		5,5	23	5	0,5	8,2	
1/I	1,79	18	0,6	3400	272	54	6,5	4		4	24	7	0,5	9,1	
6/I	1,98	20	0,6	2600	285	40	1	1,5		2	47,5	7	1	10,2	
9/I	1,99	24	0,66	2800	298	51,5	1	2		2,5	37	6	1	18	
12/I	2,23	27	0,6	2700	276	46,5	1	3	1	4	40	4	0,5	19	
16/I	2,83	30	0,6	3200	292	57,5	6,5	4	0,5	6	20	4,5	0,5	22	0,5
21/I	3,19	40	0,64	6700	310	61,5	5	2		3,5	22	4,5	1	18,9	0,5
26/I	3,99	58	0,7	6000	282	57	8	2,5		2	25	5	0,5	9,4	
31/I	4,05	60	0,7	6300	276	70	2	4		2	14	8		4,5	
6/2	4,23	65	0,78	5400	272	67	2	3		2	20	6		4,2	

ანიზოციტები. პოეოციტები  
მოხდ. 2—3 პრც.

საერთო მდგომარეობა ავადმყოფის გაუმჯობესდა, კანის და ლორწოვან გარსების ფერი ნორმალური შეიქმნა გულის საზღვრები შემცირდა. შუილი გაქრა. თვიური მოვიდა. შრომის უნარი აღსდგა.

ჩვენ ავადმყოფს ქონდა მკათიოდ გამოხატული ანემია, დაბალი ფერადი მაჩვენებლით, ტრომბოციტების ნორმალური რიცხვით. გამოკვლევის დროს ჩვენ არ ვპოულობთ მიზეზს, რომლითაც შეიძლება ანემიის ახსნა ამიტომ ვფიქრობთ, რომ აქ ჩვენ გვაქვს საქმე ნამდვილ ქლოროზთან და სახელდობრ აის მძიმე ფორმასთან, რადგანაც ქლოროზი საშუალოდ გვაძლევს ჰემოგლობინის დაკლებას 50—30%-მდე და ერიტროციტების დაკლებას კი 3.500.000 — 2.500.000-მდე, და მხოლოდ ქლოროზის მძიმე შემთხვევაში ვიღებთ ისეთ დაბალ რიცხვებს, როგორც ჩვენ ავადმყოფს აღმოაჩნდა. ერთი მხრივ ჩვენი შემთხვევა გვაძლევს ქლოროზის ტიპიურ სიმპტომებს, მეორეს მხრივ ის წარმოადგენს თავისებურებას განვითარების მხრივ.

ქლოროზი როგორც ვიცით ჩვეულებრივ ვითარდება ახალგაზრდა ქალებში 14—18 წლამდე, მომწიფების ჰასაკში. მხოლოდ Naegel-ს აღწერილი აქვს რამდენიმე შემთხვევა მოგვიანებულ ქლოროზისა კლიმაქტიურ ხანაში.

რაც შეეხება სრულ ჰასაკს, არა კლიმაქტიურ პერიოდში, რამდენადაც ვიცით ასეთი შემთხვევა ძალიან იშვიათი მოვლენა უნდა იყოს. ჩვენი ავადმყოფი

27 წლისა არის, გათხოვილია, მას ქონდა ორი ნორმალური მშობიარობა, მის ანამნეზში ადვილი არა აქვს ცუდ ჰიგიენურ პირობებს, რომელსაც ზოგიერთი ავტორი აღნიშნავს, როგორც ეტიოლოგიურ მომენტს.

შემთხვევა არ არის გართულებული სხვა დაავადებით (ავადმყოფს არ აღმოაჩნდა ნაწლავის პარაზიტები), შემდეგ დიაგნოზს ადასტურებს აგრეთვე ის თერაპიული ეფექტი, რომელიც მივიღეთ არა ორგანიულ რკინის დიდი დოზებით მკურნალობის დროს, რაც შეიძლება ჩაითვალოს ერთ-ერთ დიაგნოსტიურ ნიშნად ამ დაავადებისათვის.

სულ ბოლო დროს მთელი რიგი ავტორისა, როგორც Naegeii, Schultz, Linberg-ი და სხვ. აღნიშნავენ კარგ შედეგებს ქლოროზის არაორგანიულ რკინის დიდი დოზების წამლობის დროს. ჩვენი ავადმყოფი იღებდა Ferrum reductum 4,0 Pro die. ავადმყოფი მას კარგად იტანდა და ჩვენ მივიღეთ სწრაფი სისხლის სურათის გამოკვთება: სამი კვირის მკურნალობის შემდეგ ჰემოგლობინის რაოდენობის მოიმატება 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-დან 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-მდე და წითელი ბურთულების რიცხვი—1.600.000—3.600.000-მდე. და ოთხი კვირის მკურნალობის შემდეგ კი ჩვენ მივიღეთ თითქმის ნორმალური სისხლის შემადგენლობა:

Er: 4,32 მილ., Hb 65<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Fj 0,78.

შემდეგ რაც შეეხება სისხლის ქიმიურ შემადგენლობას იგი გამოკვლეულია: წამლობის დაწყებამდე, წამლობის დროს, და წამლობის შემდეგ, რაც წარმოდგენილია შემდეგ ცხრილში:

ცხრილი № 2.

	წამლობამდე	წამლობის დროს	
	1/I	17/I	1/II
კალციუმი . . .	7,1	8,8	11,4
კალიუმი . . .	21,4	15,3	17
რკინა . . . . .	20	30	45
ხოლესტერინი . .	42	66	61
შაქარი . . . . .	127	127	118
ალბუმინი . . .	4,3	4,5	4,2
ელობულინი . .	4,2	4,2	1,9
ბილორუბინი . .	24,96	24,96	12,48
აცეტონი . . . .	1,38	1,38	1,2
ნარჩენი აზოტი	38	32	26
ლიპოიდები . . .	270		520

ამ უკანასკნელ № 2 ცხრილიდან ვხედავთ, რომ კალციუმის რაოდენობა ოდნავ დაკლებულია, წამლობის შემდეგ კი ნორმალური ხდება. კალიუმის რაოდენობა ნორმის ფარგლებშია.

ძლიერ დაკლებულია რკინის რაოდენობა, რომლის წამლობა ზეგავლენით თან და თან მატულობს.

ხოლესტერინის რაოდენობა ნორმაზე ნაკლებია. შაქრის რაოდენობა არ სცილდება ნორმალურ რიცხვებს. გლობულინები მოიმატებულია და მათი შე-

ფარდება ალბუმინებთან შეცვლილია. წამლობის შემდეგ გლობულინების რაოდენობა კლებულობს და მათი შეფარდებაც ალბუმინებთან ნორმალური ხდება.

ოდნავ მომატებულია ბილირუბინის რაოდენობა. ეს გარემოება განმარტებას თხოულობს თუ მივიღეთ მხედველობაში, რომ ქლოროზის დროს ადგილი არ უნდა ქონდეს ჰემოლისს, აქ შესაძლებელია დაუშვათ როგორც ღვიძლის ფუნქციის ოდნავი დარღვევა (ოდნავი რადგან თუმცა არ უნდა იყოს დასაშვები. იგი გადიდებულია, მაგრამ აცეტონი არ არის მომატებული) რაც შენიშნულია პრ. Bergmann-ის კლინიკის გამოკვლევებით. ისე მეორეს მხრივ აგრეთვე ეს გარემოებაც, რომ ქლოროზის მძიმე შემთხვევებში შეცვლილ წითელი ბურთულების დაშლა ხდება ალბად მაინც ნორმაზე მეტად და ეს კი იწვევს ბილირუბინის მომატებას პლაზმაში. დანარჩენი ქიმიური შემადგენლობა სისხლისა ნორმის ფარგლებშია.

ასე რომ სისხლის ქიმიური შემადგენლობისა ჩვენ შემთხვევაში გამოიხატება: კალციუმის, ხოლესტერინის და რკინის რაოდენობის დაქვეითებაში, ბილიურობინისა და გლობულინების მომატებაში. თქმა იმისა, თუ რამდენად ეს ცვლილება დამახასიათებელია საერთოდ ქლოროზისათვის ერთი შემთხვევის მიხედვით რასაკვირველია არ შეიძლება, მაგრამ რადგანაც ეს შემთხვევა არ წარმოადგენს გართულებას და წამლობის შემდეგ ეს ცვლილებები ნორმას დაუახლოვდა, ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ამ ფაქტებს უნდა მიექცეს ყურადღება შემდეგ დაკვირვების დროს.

ნებას ვაძლევ ჩემ თავს ეს შრომა შემდეგი დებულებით დავამთავრო:

1) ქლოროზი შესაძლებელია განვითარდეს არა მარტო მომწიფების ჰასაკში, არამედ სრულ ჰასაკშიაც.

2) არაორგანიული რკინის დიდი დოზებით მკურნალობა ნაჩვენებია ქლოროზის დროს და კარგ შედეგს იძლევა.

3) სისხლის ქიმიური შემადგენლობა ქლოროზის ერთ შემთხვევაში, რომლის დროს არავითარი სხვა ავადმყოფობა არ იყო აღმოჩენილი, შემდეგი აღმოჩნდა:

კალციუმი—7,1 mg %—დაკლებული  
 კალიუმი—21,4 mg %—ნორმალური  
 რკინა—20 mg %—დაქვეითებული  
 ხოლესტერინი—42 mg %—დაქვეითებული  
 შაქარი—127 mg %—118 mg %—ნორმის ფარგლებში  
 ალბუმინი—4,3 mg %—ნორმალური  
 გლობულინი—4,2 mg %—მომატებული  
 აცეტინი—1,38 mg %—ნორმალური  
 ნარჩენი აზოტი—38 mg %—ნორმის ფარგლებში  
 ლიპოიდები—270 mg %—ნორმალური  
 ბილირუბინი—24,9 mg. მომატებულია, წამლობის შემდეგ ნორმალური გახდა.

თუ რამდენად ეს ცვლილებები საერთოდ დამახასიათებელია ქლოროზისათვის, ამის გამოსარკვევად საჭიროა შემდეგი დაკვირვებები.



**Н. Эристави.**

### **Случай поздно развившегося хлороза и его лечение большими дозами неорганического железа.**

(Из пропевдет. клиники Тифлиского Мед. Ин-та. Директор Проф. Н. Махвиладзе)

Автор описывает случай тяжелой формы хлороза. Заболевание развилось у молодой женщины, имевшей двух детей на 27 году жизни.

Заслуживает внимание также терапевтический эффект, полученный при применении больших доз неорганического железа (4,0 pro die).

После 4-х недельного лечения количество Hb возросло с 18% до 65% и количество эритроцитов с 1.600.000 до 4.200.000 с улучшением общего состояния.

**N. Eristavi.**

### **Un cas de chlorose d'un developpement tardif et son traitement avec du fer anorganique en doses massives.**

(Clinique propevdetique de l'Institut Medical de Tiflis. Directeur prof. Machviladze).

L'auteur présente un cas d'une forme grave de chlorose. Ce cas outre sa forme rare du mal, presente un intérêt important par particularité de son curs.

La malade — une jeune femme de 27 ans, mère de 2 enfants.

Ce que attire surtout notre attention l'est l'effet du traitement avec les doses masives fer anorganique (Ferrum reductum 4,0 pro die).

Après 4 semaines du traitement la quantité de Hb a augmenté de 18% — 65% et la quantité d'eritrocites de 1.600.000 jusqu'a 4.200.000.

**ი. მჭედლოშვილი.**

**კუჭის წყლულის კონსერვატიული მკურნალობა.**

(ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკის მასალების **პროფ. ს. ს. ვირსელაძე**)

და ამბულატორულ ავადმყოფებზე საკუთარ დაკვირვებათა მიხედვით).

თანამედროვე თერაპიაში კუჭის წყლულის კონსერვატიული მკურნალობის საკითხი ერთ-ერთ უძნელეს თავს წარმოადგენს. მისი სიძნელე გამოწვეულია უმთავრესად იმით, რომ ამ ავადმყოფობის პათოგენეზი საბოლოოდ დღესაც არ არის გამორკვეული.

ამავე მიზეზით, ძნელია რაიმე გარკვეული დასკვნის გამოტანა წყლულის ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის შესახებ (ულტრააისფერი სხვივებით, დიათერმიით, ტალახით). მაგრამ მას, როგორც სჩანს, ამ სნეულების თერაპიაში არასდროს არ მიენიჭება უმთავრესი ადგილი. არ არის აგრეთვე ყველას მიერ აღიარებული წყლულის რენტგენოთერაპია, პროტეინო და ვაქცინოთერაპია. იგივე ითქმის ალკალოთერაპიაზე, არ არსებობს ერთსულოვნება დიეტოთერაპიის საკითხშიდაც, მაგრამ, უეჭველია, წყლულის კონსერვატიულ მკურნალობის ურსებულ ყველა მეთოდებს შორის, მას პირველი ადგილი უკავია. ჩვენც უმთავრესად მას ვეყრდნობოდით.

ის, რაც იქნება თქმული ქვემოთ, თანაბრად ეხება როგორც კუჭის ისე თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით დაავადებულ ავადმყოფებს. ჩვენს მიზანს შეადგენს განმარტება, თუ როგორ ვატარებდით მკურნალობას და რა შედეგები მივიღეთ. აქვე უნდა დაუმატოთ, რომ ჩვენს მიერ გატარებულ მკურნალობის წესს ჩვენ არ ვთვლით ერთად ერთ სწორ წესათ დანარჩენ მგზავსი მკურნალობის მეთოდებს შორის. მას ვატარებდით სამნაირად: მკაცრი *ulcus cur'*-ის, არა მკაცრი *ulcus cur'*-ის და ამბულატორული მკურნალობის სახით. წამლობის პირველი ორი სახე ტარდებოდა კლინიკაში სტაციონარ ავადმყოფებზედ, ხოლო უკანასკნელი — ამბულატორულად.

მკაცრი *ulcus cur'*-ს ვატარებდით აშკარა სისხლის დენის და მძლავრი შეუჩერებელი ტკივილების დროს. შემდეგ — ახლად წარმოშობილი წყლულის შემთხვევაში (ბერგმანი Bergman) და მაშინ, როდესაც არა მკაცრი *ulcus-cur'*-ი ან და ამბულატორული მკურნალობა არ იძლევა სასურველი შედეგებს.

არა მკაცრი *ulcus-cur'*-ს მივმართავდით იმ შემთხვევებში, როდესაც ეჭვი გვქონდა წყლულის არსებობაზედ და საჭირო იყო მისი კლინიკურად დადასტურება და მაშინაც, როდესაც ამგვარი დაავადება გამოცნობილი იყო ავადმყოფ-

ფის კლინიკაში დაწოლამდე და გვესაჭიროებოდა მხოლოდ დეტალების გამორკვევა. მაშასადამე, ასეთ შემთხვევებში, ავადმყოფს ერთ და იმავე დროს ვწამლობდით და თანაც ვიკვლევდით.

ძირითად საკვებ ნივთიერებას წამლობის ამა თუ იმ სახის დროს შეადგენდა რძე, კვერცხი და უმარილო კარაქი. ამბულატორულ წამლობისას ავადმყოფები დასაწყისში ლებულობდნენ აღნიშნულ საკვებს—კვერცხს თოლხით მოხარშულს ან გოგოლი-მოგოლის სახით, გარდა ამისა ვალბობილ ნამცხვარცს, ბისკვიტს, ხილის თათარას, ვეგეტერიანული დასრესილ სუფს სხვადასხვა კრუპიდან (ბრინჯის, მანის, პერლოვის), მცენარეული საჭმელის და ხილეულობას მოხარშულს და საცერში გატარებულს.

მკურნალობის დაწყებიდან ერთი კვირის შემდეგ, ჩვენ ვახდენდით რამოდენიმე დღის განმავლობაში განავალის გამოკვლევას ფარულ სისხლის დენაზედ, და თუ ეს უკანასკნელი უარყოფითი შედეგს იძლეოდა და ამავე დროს სუბიექტიური ტკივილები ავადმყოფს უჭრებოდა, მაშინ მას უმატებდით ფრანგული ბუღკს ან თეთრი პურის გულს. ხორცეულობას (ქათმის, ხბოს ხორცს) ვაძლევდით მას მე 3-მე 4 კვირის დასაწყისიდან. აღსანიშნავია, რომ კერძის მომზადებას ხორცეულობიდან, ექცეოდა სათანადო ყურადღება, მაგალითად, მომატებულ მჟეაობის დროს (ჰიპერქლოროპიდრიის დროს) ვაძლევდით ორთქლზე გატარებულ ან მოხარშული დაკვიბილ ხორცეულობის კერძს; მარილის ხმარებას უკრძალავდით, ნორმალური და დაქვეითებული მჟეაობის დროს, გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, ავადმყოფებს იძლეოდათ გასრესილი ბოსტნეულის, ხილის, შემდეგ—ხორცზედ გაკეთებული სუფები, საცერში გატარებული კრუპიდან, მაწონი, შაშინი და ხიზილალა. ავადმყოფები იკვებებოდნენ შეძლების დაგვარად, გარკვეულ საათებში დღეში 4 ჯერ. საჭმლის კალორაჟს ჩვენ ვაქცევდით დიდი ყურადღებას; თვით საჭმელს უმატებდით მხოლოდ თანდათანობით, ქალაღზედ კერძის და მისი რაოდენობის აღნიშვნით.

ასეთი წესი ჩვენც სრულიად მისაღები მიგვაჩნია, რადგან ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებისას ჩვენ ყოველთვის ვეჭონდა საშუალება გამოგვერიცხა (ბერგმანი) სიიდან ის საჭმელი, რომლის მიღების შემდეგ გაუარესდა მისი მდგომარეობა.

მკაცრი *ulcus-cur'*-ის დროს ავადმყოფს ვაწვენდით საწოლში და მკურნალობა სქემის მიხედვით ტარდებოდა.

ჩვენ პედანტიურად როდი ვიცავდით ჩვენს სქემას; პირიქით თვითეულ შემთხვევაში ვცდილობდით მისი ინდივიდუალიზაციას.

ჩვენ გვიხდებოდა ინდივიდუალიზაციის გატარება არა მარტო რძის რაოდენობის, არამედ მისი ტემპერატურის და სხვა მხრივაც, მაგალითად—ზოგი იტანდა ცივ რძეს, ზოგი კი, პირიქით—თბილს, ზოგიერთის საჭირო იყო ტკბილი რძე სხვებისთვის—უშაქრო, ერთნი ლებულობდნენ მას გოგოლი-მოგოლით, სხვები უამისოთ და სხვა. რძეს ვაძლევდით თანდათან მომეტებული რაოდენობით, დაწყებული 400 კ. ს. ყოველდღიურად 100 კ. ს-ის მომატებით—ერთ ლიტრამდე, ხოლო მკურნალობის მე 17 დღიდან ბოლომდე ავადმყოფები



ლებულობდენ დღე-ღამეში  $1/2$  ლიტრა რძეს. ზოგიერთ შემთხვევებში გვიხდებოდა საჭმლიდან რძის სრული გამოორიცხვა.

კვერცხს უნიშნავდით გოგოლი-მოგოლის სახით (კვეიგი—Zweig) ან თოლხით მოხარშულს. ვიწყებდით 3 კვერცხიდან და მალე (მე 5 დღიდან) უმატებდით ერთ კვერცხს და ასე ბოლომდე ყოველდღიურად 4 კვერცხს ლებულობდენ ავადმყოფები.

კარაქს პირველივე დღიდან წამლობის ბოლომდე ყოველდღიურად 100,0-ს ლებულობდენ, დასაწყისში გოგოლი-მოგოლთან ან რძესთან ერთად, ან მას ყინულზე გაციებულს ჩაის კოვზებით ყლაპავდენ; შემდეგში მას ლებულობდენ ფაფასთან, პიურესთან ერთად პურზე წასობილს და სხვა. ნამცხვარი ეძლეოდათ გალობილი მე 8 დღიდან 50,0-ის რაოდენობით, მე 10 დღეს უმატებდით 50,0-ს, ხოლო მე 14 დღეს კიდევ 100,0-ს.

მე 18 დღიდან ნამცხვარის ნაცვლად ვაძლევდით უქერქო თეთრი პურს, დასაწყისში 200,0-ის, შემდეგ დღეებში კი 400,0-ის რაოდენობით. კართოფლის ფაფაზე ადრე (მე 10 დღიდან) ვაძლევდით ხილის თათარას, დაახლოვებით 300,0-ის რაოდენობით, მე 15 დღიდან უმატებდით კარტოფილის პიურეს, საშუალოდ 200,0-ს და მე 17 დღიდან კი—რძის ფაფას, დაახლოვებით 250,0-ს. უკანასკნელი საკვები ნივთიერებანი ყოველდღიურად ეძლეოდათ ავადმყოფებს მკურნალობის ბოლომდე, როგორც ეს სჩანს ქვემოთ მოყვანილ სქემიდან.

არა მკაცრი *ulcus-cur'*-ით, წამლობის დროს ავადმყოფები არ იყვნენ საწოლზე მიმაგრებული, ისინი ლებულობდენ იმავე საჭმელს, როგორც მკაცრი *ulcus-cur'*-ის დროს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ჩვენ სქემას არ ვიცავდით. როგორც მკაცრი, ისე არა მკაცრი *ulcus-cur'*-ის დროს ავადმყოფები საჭმელს ლებულობდენ გარკვეულ საათებში დღეში 4 ჯერ, დაახლოვებით საჭმლის თანაბარ რაოდენობით. მკურნალობის ხანგრძლიობა მკაცრი *ulcus-cur'*-ის დროს უდრიდა 21 დღეს.

ამ ვადას სისხლით ლებინების, სისხლიანი განავალის ან მძიმე ტკივილების შემთხვევებში ვაგრძელებდით 1—2—3—4 დღით.

არა მკაცრი *ulcus-cur'*-ით მკურნალობის ხანგრძლიობა საშუალოდ უდრიდა 30 დღეს. ჩვენი სტაციონარი ავადმყოფების წამლობა ტარდებოდა კუჭით ავადმყოფთათვის სპეციალურად გამოყოფილი განყოფილებაში.

ჩვენს მიერ გატარებული დიეტოთერაპია, ისე როგორც უმრავლესი ამდაგვარი წამლობა წააგავს კრიუვილიერის (Crüveilhier), ლეუბეს, (Leube) და ლენჰარტის (Lenharzt) დიეტეტიურ მკურნალობას, იგი არაფერს ორიგინალურს არ წარმოადგენს, მაგრამ ჩვენ მას მაინც უპირატესობას ვაძლევდით შემდეგი მოსაზრებებით: პირველ ყოვლისა ამ დიეტის დროს, როგორც ეს უკვე ზემოთ მოვიხსენიეთ, სტაციონარი ავადმყოფების მკურნალობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, ხოლო ამბულატორული კი წამლობის პირველი 2 კვირის განმავლობაში მაინც, ლებულობდენ თხელი, ნახევრად თხელი და ფაფისებრი კონსისტენციის საჭმელს. გორდეევით კი (Гордеев) და კრჟიშკოვსკით\* (Кржышков-

\* ბაბკინით (Бабкин).

ский) საქმლის კონსისტენციას დიდი მნიშვნელობა აქვს—რაც უფრო რბილია ის, მით კუჭის წვენის სეკრეცია ნაკლებია და პირიქით, შემდეგ კლევვიციის (Klevitz) აზრით, საქმელი მიღებული თხელი ან დაწვრილმანებული სახით არ რჩება კუჭში ხანგრძლივად, რის გამოც კუჭის სეკრეცია შეზღუდულია: გარდა ამისა, ასეთი საქმლის მიცემით ჩვენ ვამცირებთ კუჭის მექანიური გალიზიანებას. მექანიური გალიზიანების შემცირებით კი და სეკრეციის შეზღუდვით, მეორეს მხრივ, ჩვენ ვეძნით წყლულის შეხორცებისათვის ხელშემწყობ პირობებს, ავადმყოფების წამლობის დროს ჩვენ ამ პირობებს თითქოს ვანხორციელებდით.

მეორეს მხრივ, ჩვენს მიერ გატარებული დიეტოთერაპიის უპირატესობათ ჩვენ მიგვაჩნია ის გარემოება, რომ სტაციონარი ავადმყოფებს კლინიკიში მკურნალობის მთელი ხნის განმავლობაში და ამბულატორულს კი პირველი 2—3 კვირას, არ ეძლეოდათ ხორცეული წვენი და არც ხორცისგან მომზადებული საქმელი, რაც გვიადვილებს ფარულ სისხლ-დენაზედ კონტროლის გაწევას, ამ უარყოფითი თვისებას კი არ არიან მოკლებული ზოგიერთი დიეტური სქემები, მაგალითად ლეუბეთი\*\*, პენცოლდით (Penzoldt) ავადმყოფები თავიდანვე ლეუბულობენ ხორცის წვენს, ცვეიგით აგრეთვე წამლობის დაწყებიდანვე—ქათმის ქელეს, ევალდი (Ewald) აძლევს ხორციანი საქმელს მე 8 დღიდან, ლენჰარცტი მე 6, რუტიმიერი—მე 10—12, კალკი (Kalk) მე 13 დღიდან და ასე.

შემდეგ, დიეტოთერაპიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს აგრეთვე ის, რომ წყლულით ავადმყოფის საქმლის კოლორაჟი იყოს საქმაოდ დიდი, განსაკუთრებით მკაცრი *ulcus-cur'*-ის დროს, როდესაც ჩვენ ვწამლობთ ძლიერი სისხლის დენით, ან მძიმე ტკივილებით ან და შეუჩერებელი ლებინებით მეტად დაუძლურებულ ავადმყოფებს. ვალწევდით თუ არა ამას ჩვენი დიეტით? ვფიქრობთ, რომ ვალწევდით, ყოველ-შემთხვევაში უფრო მეტად, ვიდრე ზოგიერთი სხვა ავტორი.

როგორ ვატარებდით ჩვენ მედიკამენტოზური წამლობას?

მომატებულ მყოფის დროს მივმართავდით ტუტეებს. პრეპარატებიდან უპირატესობას ვაძლევდით მაგნეზიის მარილებს შეკრულობის დროს, ფალარატობისას კი—კალციუმის მარილებს (კონჰეიმი, ევალდი და სხვა). ტუტეები ინიშნებოდა საშუალოდ ერთი საათით ადრე ჭამის წინ სხვა და სხვა დოზით 0,3—0,5—1,0—2,0-ი, ზოგ შემთხვევაში უმატებდით ჰაპავერინს (ბერგმანი)—0,02—0,03 დოზით. ფართოდ ვხმარობდით ატროპინით და ბელადონით წამლობას; ატროპინი ინიშნებოდა წვეთების ან აბების სახით, ან და კან-ქვეშ 1—1½ მილიგრამი *pro die*. ბელადონას კი ვაძლევდით ექსტრაქტის სახით (0,015—0,02) ან და წვეთებში 5—8 წვეთი 3 ჯერ დღეში ჭამის წინ. უნიშნავდით ზეთისხილის ზეთს (კონჰეიმი) 1—2 სუფრის კოვზით ჭამის წინ დღეში 3 ჯერ ან და ობლატკებში ორ-ორი გრამი აგრეთვე 3 ჯერ დღეში.

შემთხვევის დამიხედვით გვიხდებოდა ნარკოტიკის ხმარებაც. თანდართული ანემიის დროს კი უნიშნავდით 5—10%-ანი კაკოდილატის ნატრს ან 1%-ი და-

\*\* რუტიმიერით (Rütimeyer).

რიზიანის, უკანასკნელ დროს კი ასტონინის ინექციებს. ვაძლევდით აგრეთვე რკინის პრეპარატებს და გლიცეროფოსფატებს.

ბისმუტით წამლობას არ მივმართავდით, შისი შემკვრელი თვისების გამო და აგრეთვე იმ მიზეზით, რომ იგი შავათ ღებავს განავალს და შეუძლია სიმულაცია მოახდინოს აშკარა სისხლის დენისა. სისხლის დენის დროს (სულერთია იყო ის ღია თუ ფარული) სათბურებს არ ვხმარობდით. სისხლით ღებინების ან სისხლიანი განავალის დროს, ჩვენ ავადმყოფს უმოძრაოდ ვაწვენდით საწოლში და სრულიად უკრძალავდით საჭმელს 1—2—3—4 დღის განმავლობაში. ასეთი ავადმყოფების კვებას ვახდენდით საკვები ოყნის საშუალებით, რისთვისაც ვხმარობდით ბოასის მიერ მოწოდებული შემდეგი შენაერთს.

რძე—250,0

კვერცხის გული—1 ცალი

საჭმელი მარილი—დანის წვერზე

ღვინო წითელი—სუფრის კოვზი

ფქვილი—ჩაის კოვზი და

ოპის—5 წვეთი.

ამ საკვებ ოყნას ყოველდღიურად 2—3 ჯერ უკეთებდით ავადმყოფს, წინასწარ გამწმენდი ოყნის გაკეთებით. გარდა საკვები ოყნის ვხმარობდით აგრეთვე წვეთითი ოყნის  $\frac{1}{2}$ —1 ლიტრა ფიზიოლოგიური ხსნარიდან, გლიუკოზის და ადრენალინის ხსნარის მიმატებით; ეპიფასტრიუმზე ვახმარდით ცინულიანი პარკს. მედიკამენტებიდან გარდა აღნიშნულ ადრენალინის და ოპის წვეთებისა ოყნით, სისხლის დენის შემთხვევებში, საჭიროებისამებრ უნიშნავდით კან-ქვეშ მორფის (0,01), პანტოპონს (0,02) ერგოტინს ( $20\%$ ).

მივმართავდით აგრეთვე სუფრის მარილის  $10\%$ -იანი ხსნარის ინტრავენოზური შეშხაუნებას. საჭირო შემთხვევებში ფრთხილად ვხმარობდით cardiaca-ს და ფიზიოლოგიური ხსნარს კანქვეშ შეშხაფუნების სახით. ავადმყოფთა ნაწილი დამატებით მკურნალობას ატარებდა კურორტის პირობებში (ბორჯომში, ყელეზნოვოდსკში).

კუჭის გამორეცხვას ვაწარმოებდით მხოლოდ არა სისხლ-მდინარე წყლულის დროს კუჭის მოტორულ ფუნქციის მძლავრი დარღვევისას (ლიონი—Lyon), რუტიმეიერი, რიგელი (Riegel).

კლინიკიდან ავადმყოფების გაწერისას და აგრეთვე კლინიკურად განკურნებული ამბულატორულ ავადმყოფებს ეძლეოდათ რჩევა-დარიგება, მათი შემდგომი რეჟიმის შესახებ,—უკრძალავდით ფიზიკური შრომას არა ნაკლები პირველი 6 თვის განმავლობაში (პეფზნერი), თამბაქოს წვევას, ვარჯიშობას (ბოასი, ბერგმანი), ვაფრთხილებდით დაღლილობის და ფსიქიური აფექტების შესახებ (ბერგმანი). პროფესიონალურ მომენტს ჩვენაც ვაწერდით დიდ მნიშვნელობას (კოგან-იასნი — Коган-Ясний), ეძლეოდათ ავადმყოფებს ჰიგიენური ხასიათის დარიგებანი (ნელი ქამის), საჭმლის გადაღქვის, კბილებზე თვალყურის დევნის (ენელი, Öhnell), გარკვეულ საათებში საჭმლის მიღების, კუჭ-ნაწლავის მოქმედების მოწესრიგების შესახებ და სხვა).

საქმლიდან უკრძალავდით — ნედლი ხილს, ღეროვანი ბოსტნეულობას, მცხარე საჭმელს, შავი პურს, ყველაფერს ზედმეტად ცხელს ან პირიქით ძლიერ ცივს (ყვეიგი, ბოასი), სპირტულ სასმელებს და სხვა. ავადმყოფის ხორცეულ საჭმელზედ გადაყვანის დროს, ურჩევდით მას პირველ ხანებში მხოლოდ დაკეპილი ხორცი მიეღო.

მიუთითებდით — რეციდივის შესაძლებლობის შესახებ და ამასთან დაკავშირებით ჩვენი მუდმივი რჩევა იყო, რაც შეიძლება მეტი ხნის განმავლობაში ყოფილიყვნენ ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ და შეძლების დაგვარად დიდხანს შეესრულათ მისი დარიგება.

ის ავადმყოფები, რომელნიც ჩვენი მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდნენ, დიეტაზედ იყვნენ არა ნაკლები ერთი წლისა (გასტონ-დიურანდი — Gaston-Durand, ენელი, პევზნერი). ზოგ შემთხვევებში ვიმეორებდით მკაცრი ulcus-cur'-ის წესით მკურნალობას.

### მკურნალობის შედეგები.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 281 ავადმყოფი, მათ შორის ამბულატორული მკურნალობა გავატარეთ 74 შემთხვევაში, არა მკაცრი ulcus-cur'-ის წესით 121 ავადმყოფი და მკაცრი ulcus-cur'-ით 86 ავადმყოფი.

განვიხილოთ აღნიშნულ მასალაზედ დიეტოთერაპიის შედეგები, ხოლო წინასწარ უნდა აღვნიშნოთ, რომ კლინიკურად განკურნებული ავადმყოფს ჩვენ ვთვლით ისეთს, რომელსაც ტკივილები სუბიექტიურად და პალპატორულად სრულიად უჭრებოდა, ქრებოდა ფარული სისხლის დენა და აღარ ჰქონდა ადგილი ბოყინს, წვას, ლებინებას და სხვა. საგრძნობი გამოკეთების შემთხვევებში ნაგულისხმევია — ფარული სისხლის დენის შეწყვეტა, სუბიექტიური ტკივილების და კუჭის მხრივ სხვა მოვლენების შეჩერება (ლებინების, ბოყინის და სხვა) და პალპატორული ტკივილების მკვეთრი შესუსტება (ღრმა პალპაციის დროსაც) გაუმჯობესებათ კი მიგვაჩნია — ფარული სისხლის დენის შეწყვეტა და სუბიექტიური და პალპატორული ტკივილების საგრძნობი შესუსტება.

ამბულატორულ ავადმყოფებს შორის კლინიკური განკურნება ჩვენ მივიღეთ 18,9%-ში (როგორც გაურთულებულ, ისე გართულებულ შემთხვევებში), რაცში ღწეული იყო საშუალოდ 46 დღის განმავლობაში. საგრძნობი გამოკეთება მივიღეთ 24,3%-ში საშუალოდ 23 დღეში, გაუმჯობესება კი 18,9%-ში საშუალოდ 20 დღეში.

ამ რიგად, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ამბულატორულ მკურნალობის დროს საგრძნობ გამოკეთებული და მით უფრო გაუმჯობესებული ავადმყოფთათვის მკურნალობის საშუალო ვადა თვალსაჩინო ნაკლებია, ვიდრე განკურნებულთათვის, ბუნებრივია ვიფიქროთ, რომ აღნიშნულ ავადმყოფების მიერ მკურნალობის გაგრძელების შემთხვევაში, განკურნებულთა პროცენტი მეტი იქნებოდა. ამბულატორული მკურნალობა უშედეგო აღმოჩნდა ან და მიღებული შედეგი მერყევი იყო 37,8%-ში, ე. ი. ყველა შემთხვევების  $\frac{1}{3}$ -ზე ცოტა მეტი. ვფიქრობთ, რომ ამის მიზეზს უნდა წარმოადგენდეს არსებული

გართულებები, ზოგ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა გართულებას შეხორცებების სახით, სხვა შემთხვევებში—სტენოზით, ზოგი კი—ერთდროულად შეხორცებით და სტენოზით.

შემდეგ, იყო შემთხვევები, სადაც გამომკვლავებული იქმნა მკურნალობის შედეგზე პროფესიონალური მომენტის უარყოფითი გავლენა. ასე, მაგალითად, ჩვენ გვქონდა 6 შემთხვევა, სადაც არავითარი გართულებებს ადგილი არ ჰქონდა მაგრამ მკურნალობამ მტკიცე შედეგები მაინც არ მოგვცა; 4 მათგანი წარმოადგენენ ფიზიკური შრომის პირებს, წამლობასთან თანდროულად ისინი მძიმე ფიზიკური მუშაობას ასრულებენ, ორ ავადმყოფს კი, პროფესიით მოლარეს და სასამართლოს მოხელეს, უხდებოდათ წამლობასთან ერთად ნერვული მუშაობის შესრულება.

გადავიდეთ სტაციონალურ მკურნალობის შედეგების განხილვაზე და გავარჩიოთ თავდაპირველად არა მკაცრი ulcus-cur'-ით გატარებული შემთხვევები—121 ავადმყოფის სახით.

გართულებების დამიხედვით აღნიშნული რიცხვი ავადმყოფების იყოფოდა შემდეგნაირად: 57,5%<sup>0</sup>-ში გართულება იყო პერიგასტრიტი, 14,6%<sup>0</sup> სტენოზით, 22,1%<sup>0</sup>—სტენოზით და პერიგასტრიტი, 3,6%<sup>0</sup> იყო კარცინომატოზული გადაგვარება (საკითხის ქვეშ). მკურნალობის შედეგები მივიღეთ შემდეგი:

შ ე დ ე გ ი	გართულებულ წყლულის დროს	გართულებულ წყლულის დროს
კლინიკური განკურნება . .	31% <sup>0</sup>	3,7% <sup>0</sup>
საგრძნობი გამოკეთება . .	37% <sup>0</sup>	9,8% <sup>0</sup>
გაუმჯობესება . . . . .	23,8% <sup>0</sup>	9,8% <sup>0</sup>
უცვლელი მდგომარეობა ან მერყევი შედეგი . . . .	8,2% <sup>0</sup>	54,8% <sup>0</sup>

მკაცრი ulcus-cur'-ი გატარებულია 86 შემთხვევაში (იხ. ცხ. 26).

მიღებულ შედეგების შეფარდებით ჩვენ უნდა დავსკნათ, რომ კლინიკური განკურნება მიღებული იყო როგორც სტაციონალურ, ისე, ამბულატორულ მკურნალობის დროს, და არა მარტო გაუართულებულ, არამედ გაართულებულ წყლულის შემთხვევებშიდაც; მაგრამ საამისო ვადა ამბულატორულ მკურნალობისას ყველაზედ ხანგრძლივი იყო, თანაც ამ სახის მკურნალობის შედეგებზედ, როგორც სჩანს, უარყოფითი გავლენას ახდენდა პროფესიონალური მომენტები.

სტაციონალური მკურნალობის დროს კი ამ გავლენას, რასაკვირველია, ადგილი არა აქვს.

მკურნალობის შედეგი ასეთია:

შ ე დ ე გ ი	გაურთულე- ბულ წყლუ- ლის დროს	გართულე- ბულ წყლუ- ლის დროს
კლინიკური გამოკეთება .	65,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	17,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
საგრძნობი გამოკეთება .	29,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	8,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
გაუმჯობესება . . . . .	2,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	26,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
უცვლელი მდგომარეობა ან მერყევი შედეგი . . .	2,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	46,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

საუკეთესო შედეგები ყოველნაირ სახის მკურნალობისას ჩვენ მივიღეთ გაურთულებელ წყლულის დროს, მაგრამ, ეჭვს გარეშეა, ამ მხრივ პირველი ადგილი მკაცრი ulcus-cur'-ს უნდა დაეთმოს; სწორედ მის დროს ვღებულობდით ჩვენ მშვენიერ შედეგებს არა მარტო გაურთულებულ, არამედ გართულებულ წყლულის დროსაც, მკაცრი ulcus-cur'-ის უპირატესობა გამოიხატება აგრეთვე მკურნალობის შედარებით ნაკლები ხანგრძლიობაში. რათა გამოიკვეთილი ყოფილიყო ჩვენგან წასული კლინიკურად განკურნებული და საგრძნობ გამოკეთებული ავადმყოფთა შემდგომი მდგომარეობა, ჩვენ ყველა მათგანს დაუგზავნეთ სათანადო ანკეტები.

მიუხედავად განმეორებით წერილობითი შეკითხვისა, პასუხი მივიღეთ მხოლოდ 70 ავადმყოფისაგან.

მათ შორის 35 ავადმყოფს პირველი 6 თვის განმავლობაში ტკივილები განახლებიათ დიეტის დარღვევის გამო.

25 ავადმყოფს ტკივილები არ განახლებიათ. ხანგრძლიობა უმტკივნელო პერიოდისა მათ შორის საშუალოდ უდრის 2 წელს და 4 კვირას, ხოლო დიეტაზედ ყოფნის ხანგრძლიობა 11 თვეს და 3 კვირას.

ისმება საკითხი—შეგვიძლია თუ არა ჩავთვალოთ ეს ავადმყოფები ანატომიურ თვალსაზრისით სრულიად განკურნებულად. მთელი რიგი ავტორების (ბოასი, ბერგმანი და სხვა) აღნიშნული საკითხის გადაჭრისათვის მოითხოვენ გასტროსკოპიული და რენტგენოლოგიური გამოკვლევას (ნიშის მოსპობა). ბოასის აზრით საამისო დამამტკიცებელი განსაკუთრებული მნიშვნელობა ექნებოდა გასტროსკოპიული გამოკვლევას, მაგრამ ამ მხრივ როგორც მას, ისე ჩვენაც არა გვაქვს გამოცდილება.

ჩვენ ვერ შევძელით ყველა შემთხვევაში ფართოდ გამოგვეყენებია განმეორებითი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ვინაიდან ჩვენი ავადმყოფების იმ ნაწილიდან, რომელთაც ტკივილები საშუალოდ 2 წლის განმავლობაში არ განახლებიათ, მხოლოდ 7 ავადმყოფი სცხოვრობს ტფილისში, დანარჩენი კი სოფლად მცხოვრებნი არიან.

მაგრამ, მაინც, ამ ერთეულ შემთხვევებზედ დაყრდნობით უნდა ვიფიქროთ, რომ ჩვენს მიერ გატარებული კონსერვატიული მკურნალობის შედეგათ ანატომიური განკურნებაც შესაძლებელია.

რადგანაც ჩვენ მოკლებული ვართ საშუალებას საკუთარი მასალით გამოვარკვიოთ საბოლოოდ განკურნებული ავადმყოფთა პროცენტი, მოვიყვანოთ კნუდ-ფაბერის\* (Knud Faber) საამისო ციფრებს, მით უფრო, რომ მის მიერ შემოღებული წამლობა წააგავს ჩვენით გატარებულს. აღნიშნულ ავტორით, თუ დაავადების ხანგრძლიობა არ აღემატება ერთ წელს, სრული განკურნებას ვღებულობთ ყველა შემთხვევების ორ მესამედში; დაავადების 3—5 წლის ხანგრძლიობის დროს განკურნებულთა პროცენტი უდრის 20-ს. 5—10 წლის დაავადებისას 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს და მხოლოდ 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში ვღებულობთ განკურნებას დაავადების 10—20 წლამდე ხანგრძლიობის დროს, ერთეულ შემთხვევებში შესაძლებელია განკურნება 20 წელზე მეტი ხანგრძლიობით დაავადებულთა შორის.

მოყვანილ ციფრებიდან ნათლად სჩანს, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს წყლულის ნაადრევ დიაგნოზს და მისი დროული მკურნალობას. ამასთან ერთად, ჩვენც ვფიქრობთ, რომ საჭიროა დიდი ყურადღების მიქცევა მისი პროფილაქტიკაზე, მაგრამ წყლულის პროფილაქტიკა მეტად რთული საკითხია, თუნდაც იმ უბრალო მიზეზის გამო, რომ წყლულის ეთიოლოგია დღესაც არ არის ჩვენთვის სავსებით ნათელი.

მიუხედავად ამისა ჩვენ მაინც ვფიქრობთ, რომ საჭიროა დიდი ყურადღების მიქცევა ყველა იმ პათოლოგიურ მოვლენებზე, რომელიც ხელს უწყობენ წყლულის წარმოშობას.

კარნოს (Carnaut), მაგალითად, ყველა ჰიპერქლოროპიდრიით დაავადებული პირები წყლულის კანდიდატებათ მიაჩნია და ამიტომ ასეთ შემთხვევებში გვირჩევს პროფილაქტიური მკურნალობის ჩატარებას.

ამერიკელი ავტორები ამ მიზნით გვირჩევენ ორალურ ინფექციასთან ბრძოლას. მათიო და რუ (Matnieux et Roux) მნიშვნელობას აძლევს გასტრიტის, როგორც წყლულის ხელშემწყობ ავადმყოფობის წამლობას, გასტრიტის და დუოდენიტის მნიშვნელობა წყლულის წარმოშობაში სხვა ავტორების მიერაც არის აღნიშნული (ბოასი, კონჰეიმი, ჰენრიკეზი (Henriquess) და გასტონ დიურანდი და სხვა).

ჩვენც ვფიქრობთ, რომ გასტრიტი და მით უფრო მეყვე გასტრიტი ხელშემწყობ პირობას უნდა წარმოადგენდეს წყლულის წარმოშობისათვის, მაგრამ განსაკუთრებული მნიშვნელობას მას, როგორც ეთიოლოგიური ფაქტორს ჩვენ ვერ მივაწერთ. ცნობილია, რომ ამ ავადმყოფობის პათოგენეზი საბოლოოდ არ არის გამოარკვეული. მიგვიითიებენ მთელი რიგი ეთიოლოგიური მომენტებზედ, თვითეულ მათგანს, თეორიის სახით აქვს საგულისხმიერო დასაბუთება, ამიტომ ჩვენ ვფიქრობთ,—არ იქნებოდა სწორი რომელიმე ერთ-ერთ ეთიოლოგიურ ფაქტორზე შეჩერება და მასზედ პროფილაქტიკის დაყრდნობა. პროფილაქტიკის გატარებისას, ჩვენის აზრით, ანგარიში უნდა გაეწიოს ყველა ეთიოლოგიურ

\* ბოასიო,

## დ ი ე ბ ი ს ს ქ ე მ ა

სისხლის დენის უმც- დები დღეები	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
რძე . . . . .	400 cm <sup>3</sup>	500	600	700	800	900	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	500	500	500	500	500
პერტები . . . . .	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
უმარილო კარაქი . .	100 gr.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
შაქარი . . . . .	20 gr.	20	30	30	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ნამცხვარი რძეში დაღობო- ბილი	—	—	—	—	—	—	—	50 gr.	50	100	100	100	100	200	200	200	200	—	—	—	—
ხილის თათარა . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	300 gr.	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300
კართოფილის ფაფა	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	200 gr.	200	200	200	200	200	200
რძის ფლავი . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	250 gr.	250	250	250	250
უჭერტო პური . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	200 gr.	400	400	400

ა. მჭედოძე



ფაქტორებს ერთად. ამავე დროს ჩვენ ხაზი უნდა გაუსვათ იმ გარემოებას, რომ რაციონალურ საზოგადოებრივ კვებას და დისპანსერიზაციას უთუოდ უნდა დაეთმოს მნიშვნელოვანი ადგილი ამ სნეულების პროფილაქტიკის გატარებაში.

დასკვნები:

1. კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის კონსერვატიული წამლობა ჩვენს მიერ გატარებული მეთოდით იძლევა კლინიკურ განკურნებას როგორც გაურთულებულ, ისე გართულებულ შემთხვევებში. განკურნება შესაძლოა როგორც მკაცრი, ისე არა მკაცრი ulcus-cur'-ის დროს და აგრეთვე ამბულატორული მკურნალობისას.
2. მკაცრი ulcus-cur-ის წესით გატარებული მკურნალობას აქვს უპირატესობა მკურნალობის დანარჩენ სახეებთან, წამლობის ვადის მხრივ და, როგორც სჩანს, მისი შედეგების მხრივაც.
3. მკურნალობის ჩატარების შემდეგ, ავადმყოფები, ვფიქრობთ, კიდევ დიდი ხნის განმავლობაში (არა ნაკლებ 1 წლისა) უნდა ასრულებდნენ ექიმის მიერ მიცემულ დარიგებას.
4. პროფესიონალურ მომენტებს, როგორც სჩანს, აქვს გავლენა მკურნალობის შედეგებზე.

ექ. ნ. ა. ფოფხაძე.

## ორი შემთხვევა აფაზიისა.

(თბილ. რკინის გზის საავადმყოფოს ნერვული განყოფილება  
გამგე დოც. სარაჯიშვილი).

სხვა და სხვა ფორმის აფაზიების ლოკალიზაციის საკითხის გაშუქებისთვის ჯერ კიდევ საჭიროდ უნდა ჩაითვალოს სათანადო მასალის დაგროვება. ამ მხრივ ზედმეტი არ იქნება ჩვენი ქვემოთ მოყვანილი, თუმცა მცირეოდენი, მაგრამ შედარებით იშვიათი კაზუსტიკური მასალის განხილვა.

1930 წლის 12/XI თბილ. რკინის გზის საავადმყოფოს და თბილისის კვანძის ექიმთა კონფერენციაზე ჩემს მიერ მოხსენებული იყო ორი შემთხვევა აფაზიისა. პირველ შემთხვევაში ც. ნ. ს. პერიფერიაზე სულ ოდნავ, თითქმის უჩინარ ორგანიულ დაავადების ნიშნებთან ერთად გვქონდა ძლიერ მკაფიოდ, რელიეფურად გამოხატული იშვიათი ფორმა აფაზიისა *Surdité verbale pure*-ის სახით; მეორე შემთხვევაში კი თავის ტვინის ძლიერ და ფართო მანძილზე დაზიანების დროს, გვქონდა სრული მარჯვენა კიდურების სიღამბლე, სრული ტოტალი აფაზია, მაგრამ ყველაფერზე უფრო საყურადღებოა ის მოვლენა, რომ მეტყველების ფუნქციის ასეთ სასტიკ დანგრევის დროს, ტოტალ აფაზიის დროს, ჩვენ გვქონდა შედარებით დამაკმაყოფილებელი შენარჩუნება მუსიკალურ ჩვევების. მართალია ჩვენი ავადმყოფი დაავადებამდეც არ იყო აღჭურვილი სხვა და სხვა მუსიკალურ ჩვევებით, მას შესწევდა მხოლოდ კარგი მღერის უნარი და ისიც მხოლოდ ისეთი სიმღერების, რომლებიც სუფრაზე იმღერებდნენ, მაგრამ განსხვავება, ამ მუსიკალურ ჩვევების შენარჩუნებასა და ამავე დროს მეტყველების სრული განადგურების შორის მეტათ რელიეფური და საყურადღებოა.

გადავიდეთ ავადმყოფების გარჩევაზე:

შემთხვევა I. ავადმყოფი ყივ-ვი 55 წლისა ტომით რუსი, პროფესიით მონტორი, ამ ჟამათ პენსიონერი. მოვიდა ჩემთან 1930 წლის მარიაშობის თვის დასაწყისში. ავადმყოფი შეწუხებული იყო იმ გარემოებით, რომ მას არ ესმის სხვისი ნალაპარაკევი. შთამომავლობის მხრივ არაფერი პათოლოგიური აღინიშნება რა; შვილები არ ჰყავს; ცოლს მუცელი წახდენია ერთჯელ 9 თვის ორსულობაზე *Lues*-სს უარს ჰყოფს. რაიმე ტრავმას უარს ჰყოფს. ანამნეზი მეტათ არეული და უთავბოლოა, მაგრამ განმეორებით ავადმყოფის გამოკითხვის და მისი ახლობლების საშვალებით ირკვევა შემდეგი:

1922 წელში ინსულტი, გონების დაკარგვით „ორი დღე და ღამის განმავლობაში“; ამ დროს განმავლობაში მარჯვენა კიდურების „სრული სიღამბლე“

(ავადმყ. ახლობლების სიტყვით) თვით ავადმყოფი კი გვიამბობს, რომ როდესაც ის გონს მოვიდა კიდურებს კარგათ ამოძრავებდა, გრძნობდა მხოლოდ სისუსტეს მარჯვენა კიდურებში; უმთავრესი კი რამაც მიიპყრო მაშინ ავადმყოფის ყურადღება, ეს იყო ის, რომ მას არ შეეძლო ლაპარაკი, კითხვა, წერვა და სრულიათ ვერ ერკვეოდა სხვის ნალაპარაკებში. თანდათანობით ექვსი წლის განმავლობაში ავადმყოფი ხელახლად ითვისებს მუყაითი მეცადინეობის საშუალებით ყველაფერს რაც მას დაეიწყებულა ჰქონდა (სწავლა დაეიწყე ანა-ბანა-დანო მოგვითხრობს ავადმყოფი) და ამ რიგათ 1928 წელს ავადმყოფმა აღიდგინა თითქმის სრულიათ ყოველგვარი დეფექტები მეტყველების მოშლისა; თუმცა დეტალური და განმეორებითი დაკითხვა ავადმყოფისა და მისი ახლობლებისა ნათელს ჰყოფს იმ გარემოებას, რომ ავადმყოფი ჯეროვანათ მაინც ვერ ერკვეოდა სხვის ლაპარაკში, მაშინაც კი, როდესაც ეს ლაპარაკი მიმართული იყო მისდამი. 1928 წლის 6/VIII ავადმყოფს უეცრივ აუარდა პირიდან საქმება, რომელიც გაგრძელდა რამოდენიმე საათი; ავადმყოფს გონება არ დაუკარგავს, მაგრამ ძლიერ დასუსტდა და სწორეთ ამ დროს უკავშირებს ავადმყოფი მის სხვის ნალაპარაკევის გაგების უნარის დაკარგვას. ავადმყოფი რამოდენი წელიწადია მკურნალობს სხვა და სხვა ექიმებთან და ბოლო დროს მოგვმართა ჩვენ. ავადმყ. დეტალურ გამოკვლევის და კლინიკურ დაკვირვების მიზნით მოათვისებულ იქმნა ნერვულ განყოფილებაში.

ობიექტიურად: ნების ყოფითი მოძრაობათა მხრივ, თავის ტვინის არეში მამოძრავებელ ნერვების მხრივ მოშლა არ აქვს. კუნთების ტონუსი ცვლილებას არ განიცდის. უნებლიეთი მოძრაობანი, კუნთების ატროფიები არ აქვს. სტატიკა-კოორდინაციის მხრივ მოშლა არ აქვს. მყესთა და ძვალთა რეფლექსები ცოცხალია ორთავ მხრივ; მუხლის და აქილესის მარჯვნივ ოდნავ უფრო ცოცხალია ვიდრე მარცხნივ—კანის—ცოცხალი და თანაბარი. საპათოლოგიო რეფლექსები არ აღინიშნება. მგრძნობელობის მოშლა არ აქვს. რეაქცია სინათლეზე თვალის გუგებიდან და აკომოდაციაზე აქვს და თანაბარი. შარდის ბუშტის და სწორი ნაწლავის ფუნქციათა მოშლას ადგილი არ ჰქონია. როგორც სისხლის ისე ზურვის ტვინის სითხის გასინჯვამ არაფითარი პათოლოგიური არ აღმოაჩინა.

მეტყველება: დაუწყებთ ავადმყოფს ლაპარაკს: ვაძლევთ მთელ რიგს შეკითხვებს; რამდენი წლის არის, რა აწუხებს, ცოლშვილიანია თუ არა და სხვა. უჩვენებთ სხვა და სხვა საგნებს. ჩვენი მასთან ლაპარაკის დროს ავადმყოფი გულდასმით გვიგდებს ყურს; მისი თვალები მიშტერებულია ჩვენს ტუჩებზე, ის სცილობს ჩვენი ტუჩების მოძრაობის მიხედვით, სიტყვების გამოთქმის დროს, დაიჭიროს და გაიგოს ან სიტყვის მნიშვნელობა, ან და ზოგჯერ ამ საშუალებით ის ჰკრეფს ცალ-ცალკე ასოებს ჩვენ მიერ წარმოთქმული სიტყვებიდან და წინადადებებიდან; ამ ასოებიდან ის ადგენს ცალცალკე სიტყვებს და ზოგჯერ კარგა ხნის დაფიქრების შემდეგ არა რთულ შეკითხვებზე (СКОЛЬКО ВАМ ЛЕТ? КАК ВАС ЗОВУТ? ПОКАЖИТЕ ВАШЕ УХО? და სხვა) ავადმყოფი დამაკმაყოფილებელ პასუხს იძლევა. მაგრამ საქმარისია ჩვენი მასთან ლაპარაკის დროს ტუჩზე ხელი მივიფაროთ, ან კიდევ უკეთესი, ქაღალდის ფურცლით პირი დავიფაროთ, ისე, რომ ავადმყოფს არ შეეძლოს ჩვენი ტუჩების მოძრაობას დაუკვირდეს სი-

ტყეების გამოთქმის დროს, რომ ავადმყოფი სრულებით ვერ გაერკვეს ჩვენს ნალაპარაკეში. ამ დროს ის ვერ გვიპასუხებს ვერც ერთს მისდამი მიმართულ შეკითხვაზე რაც უნდა მარტივი არ იქნეს ეს შეკითხვა და რაც უნდა ხმა მაღლა არ იქნეს გამოთქმული ცალ-ცალკე სიტყვები და ასოები. ავადმყოფი შეწუხებულია მით რომ მას არ ესმის ჩვენი სიტყვები და ხშირათ გავვიმარტავს „მე მესმის ყველაფერი, მაგრამ ვერ ვერკვევი თუ რას მელაპარაკებითო“. ჩვენი შეკითხვების დროს ხმის ამალღებისას, ავადმყოფი უსიამოვნო სახის გამომეტყველებას გვიჩვენებს და გვთხოვს ჩუმით ვილაპარაკოთ რადგან მას ყველაფერი ესმის. ესმის მას ყველაფერი: სულ ოდნავ შრიალი, ჩურჩული, სტვენა, დახველება, მშვენიერად არჩევს ფიცარზე დაკაკუნებას მინაზე დაკაკუნებიდან, კედელზე დაკაკუნებიდან და სხვა.

ორჯელ ავადმყოფი დეტალურად იქმნა შესწავლილი სმენის მხრივ (ექიმი ორემბოვსკი) მაგრამ არაავითარი რაიმე პათოლოგიური სმენის მხრივ აღმოჩენილი არ იყო, არ აღინიშნება არც ლოგორრეა, არც ჟარგონაფაზია. ავადმყოფი კითხულობს კარგათ და მშვენიერად ესმის ყოველივე წაკითხულიდან. მშვენიერად ერკვევა ყველა ჩვენს შეკითხვებში თუ ეს შეკითხვები მიცემულ იქნება წერილობით. წერილობით შეკითხვებზე ავადმყოფი ყოველთვის გვიპასუხებს სრული შეგნებით, ზუსტათ და ჯეროვანი ინტერპრეტაციით. ხშირად კითხულობს ჟურნალ გაზეთებს, წიგნებს და გამოსთქვამს თავის აზრს ამა თუ იმ წაკითხულის შესახებ, ანგარიშს აწარმოებს კარგათ. რითმის გასინჯვის დროს, თვალ დახუჭული, სრულიად დამაკმაყოფილებელ პასუხს იძლევა როგორც დაკაკუნების სიხშირის და მათ შორის ინტერვალების შესახებ, ისე დაკაკუნების ძალის ინტენსიობის შესახებ. ავადმყოფის ინტელექტი სავსებით დამაკმაყოფილებელია.  $2\frac{1}{2}$  თვის განყოფილებაში ყოფნის დროს ის ყოველთვის იყო თავაზიანი და გულშემატკივარი მეზობელი მის გვერდით მწოლიარე ავადმყოფისა, ხშირათ აძლევს სხვა ავადმყოფებს ამა თუ იმ რჩევა-დარიგებას, მშვენიერად აუწერთ მათ თავის ავადმყოფობის შინაარსს და ხშირად შესჩივის მის აუტანელ მდგომარეობის შესახებ. ასე დიდხანს შევჩერდით ავადმყოფის მეტყველების მოშლის აწერაზე, რომ ხაზი გაუსვათ თუ რა ფორმის მეტყველების დაავადებასთან გვაქვს ჩვენ აქ საქმე. ამ რიგათ, როგორც ზემოთ აღნიშნულიდან ნათლად სჩანს, ჩვენი ავადმყოფი დაავადებულია წმინდა ფორმის სიტყვებისადმი სიყრუით. ინტელექტის სრული შენარჩუნებით. რაიმე სხვა ფორმის მეტყველების მოშლას აქ ადგილი არ აქვს. წერის და კითხვის უნარი სრულიათ შენახულია. სმენაც სავსებით შენახული აქვს როგორც სჩანს ოტიატრის გამოკვლევებიდან. ავადმყოფს ესმის ყველაფერი, მაგრამ ვერ ერკვევა ჩვენ მიერ გამოთქმულ სიტყვებში ჩვენი მასთან ლაპარაკის დროს და საერთოდ სხვის ნალაპარაკეში. ამ რიგათ ჩვენ აქ გვაქვს შემთხვევა სიტყვებისადმი სრული სიყრუის წმინდა ფორმისთან (Surdité verbale pure). ეს დაავადება იშვიათია აწერილია პირველათ Aichtheim-ის მიერ 1884 წელში შემდეგ კი Pick-ის მიერ (1898 წ.) Serieux—(1897 წელში) Ziel-ის მიერ. Dejertine-ის მიერ. Ziedmann (1898 წ.) Barret (1910 წ.) Herard და Mailard-ის მიერ.

გარდა იმისა რომ შემთხვევა იშვიათად უნდა ჩაითვალოს, კლინიკური ინტერესი ამ შემთხვევისა გამოიხატება იმაში, რომ ის ეწინააღმდეგება Pierre-Marie-ის აზრს აფაზიის შესახებ. Pierre-Marie უარს ჰყოფს აფაზიის ამ ფორმის მით რომ ის იცავს თავის განსაკუთრებულ კონცეპციას საერთოდ, აფაზიების შესახებ, ის პირდაპირ ამბობს: „Surdité verbale pure est un Simple mythe“-ო.

შემთხვევა II. ავადმყოფი წურ-ია 56 წლისა ქართველი, ზენკალი პროფესიით, წარსულში კარგი მონადირე, სუფრული სიმღერების კარგი მცოდნე. სკამდა ზომიერათ; შთამომავლობის მხრივ არაფერი პათოლოგიური აღინიშნება რა. ჰყავს სამი შვილი; ჯანსაღებია; ცოლს მუცელი არ წახდენია. Lues-ს უარს ჰყოფს. 1930 წლის მარამობის თვის ბოლო რიცხვებში 30 საათის განმავლობაში, თანდათანობით მარჯვენა ზედა კიდურიდან დაწყებით, უნეითარდება მარჯვენა კიდურების სრული სიღამბლე და სრული, ტოტალი აფაზია, რის გამო მოთავსებულ იქმნა ნერვულ განყოფილებაში.

ობიექტიურად: ნებისყოფითი მოძრაობათა მხრივ: სრული უმოძრაობა მარჯვენა კიდურების. თავისტივინის არეში მამოძრავებელ ნერვების მხრივ: ცენტრალური ტიპის მარჯვენა სახის ნერვის პარეზისი. კუნთების ტონუსი: ოდნავი ჰიპოტონია ორთავ მარჯვენა კიდურების მიდამოში (უფრო ნათლად გამოხატულია ჰიპოტონია დისტალურ სახსრებში) ტროფიკის მოშლილობით მარჯვენა მტევნის მიდამოში რომელიც შეშუპებულია და აქვს კანის t° ერთი გრადუსით (1°) უფრო მეტი—ვიდრე მარცხნივ. რეფლექსები: მყესთა—და ძვალთა მარჯვნივ აწეულია, არა მკაფიოდ გამოხატული Babinski და Rossolimo მარჯვნივ. კანის რეფლექსები (მუცლის და კრემასტერის) მარჯვნივ მოსპობილია მარცხნივ ცოცხალია, უნებლიეთი მოძრაობანი არ აღინიშნება. რეაქცია სინათლეზე თვალის გუგებიდან და აკკომოლაციაზე აქვს და თანაბარია ორთავ მხრივ. სწორი ნაწლავის და შარდის ბუშტის ფუნქციათა მოშლა არ აღინიშნება (წარსულში რამოდენჯერმე შაჩდი დაუკარგავს).

მეტყველება: სპონტანურად ავადმყოფი სრულიათ ვერ ლაპარაკობს (არც ცალკე სიტყვები, არც წინადადებები არ არსებობს) მისი ლაპარაკი გამოიხატება რაღაც გაუგებარ ლულ-ლულში; გარკვევა იმაში თუ რის თქმა უნდა ავადმყოფს შეუძლებელია.

ვერ სწერს, ვერ კითხულობს (ვერც ცალ-ცალკე ასოებს) ვერ დაგვისახელებს ვერც ერთს საგანს. ვსთხოვთ ავადმყოფს იმღეროს; ვერ მღერის; დავიწყებთ ჩვენ სიმღერას, ავადმყოფი სიმღერაზე აგვეყვება და ჯეროვანათ მღერის დავიწყებთ „მრავალ ჟამიერ“-ის სიმღერას, ავადმყოფი მოგვეყვება სიმღერაზე; მღერის ან პირველ ან მეორე ხმას; უფრო ხშირათ თუ ჩვენ პირველი ხმით ვიწყებთ ის მეორე ხმით მღერის და ასრულებს სიმღერას ბოლომდე თუ ჩვენ შევეჩერდებით, ავადმყოფი განაგრძობს სიმღერას და ათავებს მას დაწყებული ხმით. სიმღერა სწარმოებს მუსიკალური კანონების სრული დაცვით, შეცდომების დაუშვებლათ. მღერის სხვა და სხვა „მრავალ ჟამიერ“-ს და ძნელ ასასრულებელ „აპადელია!“-ო და სხვა.

ამ რიგათ ამ ჩვენს მეორე შემთხვევაში სრულ, ტოტალი აფაზიის დროს გვაქვს შედარებით შენარჩუნება მუსიკალური ჩვეებისა. რაში გამოიხატება

კლინიკური ინტერესი ამ შემთხვევისა? ჩვენის აზრით ეს ინტერესი გამოიხატება იმაში, რომ ჩვენი შემთხვევა წარმოადგენს საყურადღებო მასალას მუსიკალურ ცენტრის ლოკალიზაციის საკითხისათვის. როგორც ვიცით მუსიკალური ცენტრის ლოკალიზაციის საკითხი დღემდე სადავოა. მაშინ როდესაც უმრავლესი ავტორთაგანი ამ ცენტრს მიაკუთნებს მეტყველების ცენტრს და იქვე ათავსებს მას, ზოგიერთი მათგანი ამ ცენტრს სრულიად გამოჰყოფს მეტყველების ცენტრის ზონიდან. ეს საკითხი რთულდება კიდევ უფრო მით, რომ, რამდენათაც სჩანს ჩვენდამი მოსული ლიტერატურიდან აღწერილია მხოლოდ ერთი კლინიკური შემთხვევა წმინდა ამუზისა. (შემთხვევა Charcot-ის; ტრომბონისტი, რომელმაც უეცრივ დაჰკარგა ნოტების კითხვის და ინსტრუმენტზე დაკრის უნარი) და ეს შემთხვევაც დადასტურებული არ არის პათოლოგო-ანატომიურად. Baruk და Souques-ი თავის შრომაში „Autopsie d'un cas d'amusie (avec aphasie) chez un prof. de piano“ კლინიკური და პათოლოგო-ანატომიურ მოვლენების მიხედვით, მუსიკალურ ცენტრს ათავსებენ საფეთქლის ხვეულების მიდამოში, მათ თლად წინა არეში. ჩვენი შემთხვევა კი (სადაც ავადმყ. პროფესიით მუსიკოსი არ ყოფილა, რაც ფრიად საგულისხმოა) ყველა ზემო აღნიშნულის მიხედვით, კლინიკურად, ამ ცენტრს თითქო სრულიად გამოჰყოფს მეტყველების ცენტრიდან, ვიღებთ რა მხედველობაში ჩვენს შემთხვევაში მეტყველების ცენტრის სრულ განადგურებას და ამავე დროს მუსიკალურ ჩვევების შედარებით კარგს შენარჩუნებას.

#### ლიტერატურა:

1. Claude „Maladies du Systeme Nerveux I.
2. Nouveau traitè de Mèdecine: Semiologie.
3. J. Levy—Valensi „Diagnostic Neurologique“.
4. Dejerine „Semiologie des affections du Systeme Nerveux“.
5. A. Souques at H. Baruk: „autopsie d'un cas d'amusie (avec aphasie) chez un. prof. piano“ revue Neurologyque 1930 წ. № 4.
6. Pierre Marie „Travaux et memoires“ T. I. 1926 წ.

ა. ზურაბაშვილი  
ასისტენტი.

**რეაქციების საკითხისათვის ფსიქიატრიაში<sup>1</sup>.**

(ტფ. სამედ. ინსტიტუტის ფსიქიატრიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. მ. ასათიანი).

ნოზოლოგიზმის თანამედროვე კრიზისი ფსიქიატრიაში უნდა აიხსნას იმ გარემოებით, რომ ერთის მხრივ, გაფართოვდა ფსიქიატრიულ გამოკვლევათა ჩარჩოები, მასში შეიჭრა მრავალი გამოურკვეველი მოსაზღვრე შემთხვევები (განუშკინი) და მეორეს მხრივ, — არაა ნათლად წარმოდგენილი ე. წ. დეგენერაციული ფსიქოზების და რეაქციული ფორმების კლინიკა. ხოლო ამას მოსდევს არამყარი დასკვნები, — დიაგნოზების ურთიერთცვლა. ჩვენ იძულებული ვართ შიზოფრენიული ავადმყოფური პროცესიდან გამოვყოთ და შევისწავლოთ მისი მსგავსი სიმპტომატოლოგია ე. ი. პათოპლასტიურად შიზოფრენული რეაქციული ფორმა; აქ უკვე ჩვენ ვხედავთ რევიზიის საჭიროებას, რათა დავუბრუნდეთ ძველ ტერმინებს: Psychopathia degenerativa, Psychosis degenerativa (Die degenerations psychosen). მოყვანილი საკითხების რევიზიის პრიორიტეტი ეკუთვნის Otto Binswanger-ს.

დეგენერაციები და რეაქციები უნდა ჩაითვალოს პარალელურ საკითხებად: ერთის ცნების განსაზღვრის დროს შეუძლებელია მეორის უყურადღებობა და პირიქით. რეაქციათა მოძღვრების სათავე მომდინარეობს მე-19-ე საუკუნის მეორე ნახევრიდან და განსაკუთრებულად დაკავშირებულია მორელის (Morel-ის) სახელთან. მორელი ავადმყოფობის გამომწვევ მიზეზებს აწევრებს ორ ჯგუფად: მიზეზები შემთხვევითი ანუ არასპეციფიკური (ასაკი, ემოციონალური შოკი და სხვა) და მიზეზები სპეციფიკური, რეალური (მაგ. ლუესი). იგი მიზეზს არ აძლევს კათეგორიული იმპერატივის მნიშვნელობას მას სიმძიმის ცენტროფერო გადააქვს შემხვედრ ნიდაგზე და გარკვევით მიგვითითებს, რომ მიზეზები „მხოლოდ ამოდრავებენ ფარულ მიდრეკილებას. ართულებენ სიტუაციას, აჩქარებენ ბოღვათი განწყობილების ევოლუციას“ და სხვა; ხოლო ისტერია, ჰიპოქონდრია და ეპილეპსია წარმოადგენენ მემკვიდრეობით ავადმყოფობას. აქვე უნდა ვსთქვათ, რომ მორელის ინტუიცია მიდის უფრო შორს და აღნიშნავს ტრავმული მომენტის პათოპლასტიკურ როლს. მორელის იდეას აღრმავებს შარკო (Charcot), რომელიც აგრეთვე გადამწყვეტ მნიშვნელობას

<sup>1</sup> მოხსენებულია ფსიქიატრთა კონფერენციაზე 1929 წ. და საქართველოს საფსიქოლოგიო საზოგადოებაში 1930 წ.

აწერს კონსტიტუციას, ხოლო შემთხვევით მომენტებს ჰყოფს მორალურ (დარდი, ემოცია, გონებრივი მოქანცულება) და ფიზიკურ (ტრავმატიზმი, ინფექცია, ინტოქსიკაცია, სილარიბე) მომენტებად. მანიანი (Magnan-ი) აგრეთვე იზიარებს თავისი მასწავლებლების შეხედულებებს და გვაწვდის ე.წ. „კლინიკურ აქსიომას“ ნევროპათიულ რეაქციებში ბიოლოგიური ანუ გამომწვევი მიზეზი უკუქცევით პროპორციონალ დამოკიდებულებაშია მიდრეკილების ფაქტორებთან. მოძღვრება რეაქციების შესახებ შემდგომ თავის განვითარებას უკვე პოულობს უმთავრესად გერმანიაში. ხსენებული მოძღვრების აღორძინება დაკავშირებულია ცნობილი კლინიციისტი ბონჰოფერის (Boehöffer) სახელთან, რომელიც აქვეყნებს ფრიად ავტორიტეტულ შრომებს ზემოდმოყვანილი საკითხების ირგვლივ: „Klinische Beiträge zur Lehre von der Degenerationspsychosen“ 1907 წელში და „Zur Frage der exogenen Reactionstypen“ 1909 წელში.

ბონჰოფერი მიგვითითებს, რომ ხშირად სრულიად სხვა და სხვა გვარი გარეგანი ფაქტორები იწვევენ მსგავს, მწვავე, სიმპტომატიკურ ფსიქოტიურ სინდრომებს და ასეთ შემთხვევებში იგი უკვე ლაპარაკობს არა ფსიქოზების შესახებ *sui generis*, არამედ ე.წ. „ეგზოგენური სიმპტომოკომპლექსების“ შესახებ. ამ ხანიდან თითქოს იწყება ახალი ეტაპი კლინიკური აზროვნების განვითარებაში: ლაპარაკობენ ორგანიზმის პარციალურ, ტოტალურ რეაქციებზე, ინდივიდუუმის რეაქციებზე და სხვა.

დღეს რეაქციოლოგიის და ფსიქოპათიების საკითხებს განსაკუთრებული საფუძვლიანობით ამუშავებს შნაიდერი (Kurt Schneider), რომელიც ფსიქოპათოლოგიაში რეაქციის ცნებას აუცილებლივ აძლევს ორგვარ აზრს: ბიოლოგიურს და სუფთა ფსიქოლოგიურს. იასპერსი (Jaspers) აგრეთვე სულით ავადმყოფობათა შემთხვევებს ყოფს ორ ჯგუფად: ერთში აშკარად წარმოდგენილია და ხელმისაწვდომია სომატიური მომენტი—ორგანიული ფესვი, ტოქსი—ინფექციური აგენტი, პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებანი; ხოლო მეორე ჯგუფი წარმოდგენილია ორი ქვეჯგუფის სახით: პირველი ქვეჯგუფში წარმოდგენილია შემთხვევები, სადაც არის დასაწყისი, მიმდინარეობა და საბოლოო მდგომარეობა, პროგნოზი ცუდია; მეორე ქვეჯგუფში კი გვაქვს გარდამავალი ფაზები, პროგნოზის არანორმალური რეაქციები მემკვიდრეობითი მონაცემების ვარიაცია, ჭკუა სუსტობის უქონლობა: ამნაირად იასპერსი მეორე ჯგუფს სთვლის ენდოგენურ ფსიქოზებად და მასში არჩევს პროცესს და ფაზას ანუ პროდუქციულ და რეაქციულ ფორმებს. ბუმკეც არჩევს ორ გვარ პროცესებს—ჰომონომურს, სადაც წარმოდგენილია პროგნოზის განვითარება, განსაკუთრებული რეაქცია, სადაც მხოლოდ საათის სვლის სისწრაფეა შეცვლილი და პროცესს ჰეტერონომურს, სადაც საქმე გვაქვს ღრმა ცვლილებებთან (მაგ. PF), სადაც საათის თვით მექანიზმი არის წახდენილი; ცხადია, პირველი შემთხვევაში მხედველობაში უნდა გვქონდეს ინდივიდუუმის კონსტიტუციონალური, ბიოფსიქიური შესაძლებლობანი. Ганушкин-ი მიგვითითებს, რომ ხშირად ტოქსი-ინტოქსიკაციურ და ხან ტრავმულ (გინდა ეს იყოს ფსიქიური ტრავმა) მიზეზებზე ვლენულობთ რეაქციის ბიოლოგიურ ტიპს; ამ დროს ამოძრავებულია გენეტიურად ჩამარხული ბიოლოგიური მასივი და ვიღებთ ძირითადი კონსტიტუ-



ციონალური თვისებების გამოაშკარავებას—გამკაცრებას მაგ. რეაქცია ისტერიული, ეპილეპსიური, კატატონიური, შიზოფრენული, მანიაკალური, პარანოალი და სხვა; აქ სულ არ არის ან ძლიერ სუსტადაა წარმოდგენილი პათოპლასტიკა, წაფელიანობანი და განვითარებანი.

წინასწარ აღვნიშნავთ, რომ სრულიად ვიზიარებთ სომა-ფსიქიკის განუყრელობას: „ჩვენ დღეს ვიცით, რომ სხეული და სული განუყოფელი არიან, ხოლო ყველაფერი სულიერი თავის ძალას და იმპულსებს იკრებს მთელ ორგანიზმიდან“ (ბინსვანგერი). მაგრამ პრაქტიკულად, ყოველდღიური კლინიკური მუშაობის დროს ვრწმუნდებით, რომ შეუძლებელია რეაქციულ ფორმებს მიუდგეთ ასეთი ერთიანი საზომისით. ლიტერატურიდან და აგრეთვე ყოველდღიური მუშაობიდან ჩვენ ვრწმუნდებით, რომ რეაქციულ ფორმათა ერთ შემთხვევაში წარმოდგენილია ორგანიული მომენტები (ინფექცია, ინტოქსიკაცია, შიდასეკრეტორული აპარატის ცვლილებები და სხვა), გვაქვს ინდივიდუუმის მძლავრი ბიოლოგიური შეცვლა—მისი სომატიური ძვრა (Соматический сдвиг) ამა თუ იმ ხარისხით; ხოლო მეორე შემთხვევაში—აქვს ადგილი სუფთა განვითარებას, პიროვნების და მისი ხასიათის ძირითადი მონაცემების რეაქციას, აქვს ადგილი ე. წ. წაფენილობებს. ხსენებული ორი ჯგუფის რეაქციათა გაიგივება მიმდინარეობს, შინაარსის, წარმოშობის ხასიათის და პროგნოზის მხრივ, ვინდა ორთავე შემთხვევაში მივიღოთ სრული გამომრთელება, ყოველად შეუძლებელია. ეს ორი მოვლენა არ არის თანაბარი საზომისის ოდენობანი, ამიტომ სრულიად მიზანშეწონილად მიგვაჩნია შნაიდერის გაგება, რომელიც ყოველ რეაქციულ ფორმაში ხედავს ან სუფთა ბიოლოგიურ-ორგანიული განხრით პროცესს, ან სუფთა ფსიქოლოგიურ მოვლენას. მოვიყვანთ მაგალითს: ერთსა და იმავე ემოცია-შოკს შეუძლიან მოგვცეს ფილოგენეზისის გამომქლავნება—კრეჩმერის ჰიპობულური მოვლენები—ისტერიული სომანამბულიზმი, ან შეუძლიან გადმოშალოს შიზოფრენული რეაქცია—კატატონიური მექანიზმები და სხვა. ვიმეორებთ; ორთავე შემთხვევაში შეიძლება მივიღოთ სრული გამომრთელება, მაგრამ ეს ორი პასუხი ერთსა და იმავე მომენტზე—ეს ორი საპასუხო რეაქცია არ იქნება თანაბარმნიშვნელოვანი: ერთში ჩარეულია ბიოლოგიური ფესვები, ორგანიული მომენტები, მეორეში კი პროცესი სულ სხვა გვარი აღნაგობისაა, სულ სხვა გვარი მექანიზმების მქონეა. იმ დროს, როდესაც ჩარჩოები პირველგვარ რეაქციათა უახლოვდება საავადმყოფოს—ინტერნატს, მეორე შემთხვევები—სუფთა ფსიქოლოგიური რეაქციების შემთხვევები უფრო მოქცეულია ამბულატორიულ ფარგლებში, გათქვეფილია ირგვლივ წრეში: პირველ შემთხვევაში კლინიკური კვლევა-ძიება მოქცეული უნდა იყოს ორგანიულ ქარგაზე, ხოლო მეორე შემთხვევაში ნაჩვენებია ფართო, რაციონალური, უტყუარად მეცნიერულ კლინიკური ფსიქოთერაპია.

ასეთ მიდგომით მოვიყვანთ მასალებს რეაქციების შესახებ. შეიძლება თუ არა განვსაზღვროთ, არის რეაქცია ბიოლოგიური ორგანიული განხრით, თუ არის რეაქცია სუფთა ფსიქოლოგიური? ცხადია ძნელია და ხშირად შეუძლებელიც: აქ მოგვიხდება მთელი ჩვენი კლინიკური იარაღების ამოქმედება, ეტიო-

ლოგიურ მომენტში ტრავმის აღმოჩენა; აქ საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოზის მიმდინარეობაში რაიმე შინაარსის პოვნა ჯერ კიდევ არაფერს არ ნიშნავს და არ ადასტურებს მოვლენის ფსიქოგენობის კატეგორიულობას: ხსენებულ აზრს ინაწილებენ ლომბროზო, ტილინგი, ბლეილერი (Lombroso, Tiling, Jung, Bleuler) და სხვები. ყოველი ორგანიული ნიშნის მხედველობაში მიღება, ავადმყოფის დეტალური ბიოქიმიური შესწავლა, მისი პრეტსიქოზური პიროვნების უტყუარი წარმოდგენა, ინდივიდუუმის მემკვიდრეობითი კონსტიტუციონალური შესწავლა, ფსიქოზის კლინიკური მიმდინარეობის და შინაარსის ფსიქოლოგიური ანალიზი, ტრავმის როლის გამოკვლევა და შემდეგში კლინიციისტის აზროვნების და ინტუიციის ამ საკითხების ირგვლივ მოკრეფა, მოიცემა დაახლოვებით სათრიენტაციო ნიშნებს სომატიური ძვრის ე. ი. ბიოლოგიური და სუფთა ფსიქოლოგიური რეაქციების დიფერენციისათვის.

გადავიდეთ სხვა და სხვა ხასიათის ბიოლოგიურ რეაქციებზე. იაბლონსკის (Jablonsky) შიზოიდური რეაქცია ესმის, როგორც ეგზოგენური ანუ ენდოგენური მიზეზებით გამოწვეული მოვლენა, რომელსაც ახასიათებს შიზოიდური განხლეჩილობის სიმპტომები, რომელიც გრძელდება ამა თუ იმ ხანგრძლივობით და საბოლოოდ იძლევა *Restitutio ad integrum*-ს; ხოლო თვით ხსენებულ რეაქციებს ეტიოლოგიის მიხედვით ყოფს ოთხ კატეგორიად: ენდოკრინული, ფსიქოგენური, ტრავმატული და ტოქსიკური. მისი აზრით, შიზოიდური რეაქციების დროს პრემორბიდულ პიროვნებას ახასიათებს შიზოთიმური ხასიათი და ლეპტოზომური კონსტიტუცია. იაბლონსკი შიზოიდური რეაქციების ჩარჩოებს ძლიერ აფართოებს, მასში შეაქვს აგრეთვე ჩვეულებრივი ნევრასთენია და საერთოდ ფსიქონევროზული სიმპტომების შეფასებისას გვაფრთხილებს არ დავივიწყოთ სიოლი (Sioli), რომელიც ისტერიას სთვლის შიზოფრენიას: როგორც ვხედავთ, იაბლონსკის კონცეპცია დიდ როლს აწერს ორგანიზმის ბიო-ორგანიულ უნარიანობას, ამასთანავე იგი ვრცელი და განუსხვლვრელია. ოსიპოვას მოჰყავს არანორმალურ რეაქციათა ისეთი შემთხვევები, სადაც არის არაკონსტიტუციონალური, არამედ, ასე ვსთქვათ, შენაძენი, სიმპტომატიკური ფსიქოპათიები შედეგად ლუესის, ენცეფალიტის ქალას ტრავმებისა და სხვა. ზიმანი და შერეშევესკი (Siman და Schereschewsky) ასწერენ წარმავალ, სიმპტომატიურ ფსიქოზს შედეგად ღვიძლის დაავადებისა, რასაც, ერთის მხრივ, ხსნიან ორგანიზმში მწამლავი ნივთიერებების დაგროვებით, ხოლო მეორეს მხრივ, ტვინის სუბსტანციის განსაკუთრებული მგრძობიარობით — იოლი დაზიანებით.

ბინსვანგერი მოგვიანებულ კატატონიას — „Spätkatatonie“ არ უკავშირებს შიზოფრენიას, არამედ უახლოვებს ინვოლუციურ ფსიქოზს, რომელიც შეადგენს ავტონიზოქსიკაციური ფსიქოზის განსაკუთრებულ ჯგუფს და რომელიც წარმოადგენს დეგენერაციულ ნიადაგზე აღმოცენებულ ავადმყოფურ ფორმას. ლიუსტერნიკის აზრით „პრესენილური ძვრა რომელიც ნიშნავს ფსი-

ქიკის წინააღმდეგობის და შემგუებლობის მკვეთრ დაწვეას, ქმნის მდიდარ ნიადაგს ფსიქოგენისათვის, სიტუაციური ზეგავლენისათვის; ხოლო ამას შედეგად მოსდევს სიტუაციური რეაქციური სულიერი პერტურბაციების სიხშირე“.

ლევინი (Lewin) ეტიოლოგიური როლის მიხედვით ფსიქოგენურ ფსიქოზებს ჰყოფს ორ ჯგუფად: ენდოგენური ფსიქოზები აქ სიტუაცია მხოლოდ ამჟღავნებს კონსტიტუციონალური მონაცემებს და ფსიქოზები რეაქციული — სიტუაციური, სადაც აქცენტი მოთავსებულია ფსიქიურ ტრავმაზე. განუ შკინს შემოაქვს რა ცნება „კონსტიტუციონალური რეაქციის ტიპისა“, იგი ლაპარაკობს შიზოიდური და ეპილეპტიკური რეაქციების შესახებ. გეიერი და გილიაროვსკი გამოყოფენ ე. წ. „ინვოლუციურ ისტერიას“, რომელსაც აკუთვნებენ პრესენილურ ფსიქოზებს; გილიაროვსკი გამოყოფს აგრეთვე სკლეროტიკებისათვის დამახასიათებელ „დებრესიულ პარანოიდულ რეაქციულ ფორმებს“.

როგორც ვხედავთ, ბიოლოგიურ რეაქციებში მთავარი ყურადღება მიქცეული აქვს კონსტიტუციონალურ ფაქტორებს, ინდივიდუუმის „სომატიურ მზადყოფას“, რომლის დროსაც საკმარისია ორგანიზმი მოექცეს შესაფერის პირობებში (conditio), ანუ საკმარისია ჯეროვანი გარეგანი კონსტელაცია, რომ ან მაშინვე განვითარდეს ავადმყოფური რეაქცია ან წარმოიშვას უარყოფითი ალერგიის მდგომარეობა.

გადავიდეთ სუფთა ფსიქოლოგიურ რეაქციებზე.

ლიტერატურული ფაქტების გადმოკვამადე საჭიროა წინასწარად გავითვალისწინოდ, პიროვნების რა მხარეებია უფრო ამოძრავებელი სუფთა ფსიქოლოგიურ რეაქციებში. პროფ. ასათიანი ფსიქოპათოლოგიური მოვლენების ანალიზის დროს ამოსავალ წერტილად უმთავრესად იღებს ფსიქიკის ორ თვისებას — აფექტიობას და ცნობიერებას, რომელსაც სთვლის მძლავრ ფსიქოლოგიურ მასივად. შნაიდერი პიროვნების რეაქციების განხილვისას მეორე საფეხურზე აყენებს ინტელექტუალური მონაცემების ქერქოვან წაფენილობათა მნიშვნელობას და მთავარ ყურადღებას აპყრობს პიროვნების გრძნობითი და ნებითი მხარეებს („die gefühls- und Willensseite eines Menschen“).

ინტელიგენტობის და პიროვნების შორის განუყრელი კავშირია, მიუხედავად ამისა რეაქციების ხასიათის მიმმართველად უნდა ჩაითვალოს აფექტიობა და ნება. იასპერსის სიტყვით „ინტელიგენტობა არის პირობა პიროვნების განვითარებისათვის, მაგრამ მეორეს მხრივ ინტელიგენტობა უვარგისდება პიროვნების ძალთა ზეგავლენის მოსპობისას“. მოყვანილ მოსაზრებებს აგრეთვე ემხრობა კრეჩმერი. რაც შეეხება პიროვნების და მისი რეაქციების განვითარების კანონებს, აქ ყველაფერი გამომდინარეობს ადამიანის ფსიქიკის ძირითადი მონაცემებიდან, უცებ არაფერი არ იქმნება, ყველა მოვლენა დეტერმინირებულია; კრეჩმერის თქმით, ადამიანი „განიცდის იმას, რაც თვითონ არის“ და ამ მხრივ საჭიროა მკვლევარის ინტუიცია „ჩასწვდეს ავადმყოფის ღრმოვან პიროვნებას, მის ღრმოვან ფსიქოლოგიას“ (ჰოფმანი — Hoffman).

აქ ჩვენ თავს ნებას მივცემთ აღვნიშნოთ, რომ სუფთა ფსიქოლოგიური რეაქციული ფორმების ბუნების, სტრუქტურის და შინაარსის გაგებაში ძლიერ დახმარებას გაგვიწევს ნორმალურ ფსიქოლოგიაში ცნობილი კანონზომიერებანი ე. წ. განწყობის (Einstellung-ის) შეცვლის შესახებ. პროფ. დ. უზნაძის დაკვირვებით განწყობის დაშლას და ხელახალი განწყობის წარმოშობას განსაკუთრებულ პირობებში მოსდევს მდგომარეობის სრულიად მოწინააღმდეგე ასიმილაცია. ამნაირი მიდგომით შეიძლება აიხსნას და განიმარტოს მრავალი სრულიად უცნობი და გაუგებარი ფსიქოპათოლოგიური ფაქტები.

რეაქციების შესწავლისას აუცილებელივ მხედველობაში უნდა გვქონდეს თვით პიროვნების ზოგადი განვითარების, მისი სულიერი მომწიფების საფეხური. ბავშვები, ხოლო მოზრდილები ფსიქიური ინფანტილიზმის შემთხვევებში იძლევიან სულ სხვა რეაქციებს, როგორც შინაარსის, ისე მიმდინარეობის მხრივ. პრიმიტივის და ბავშვის ახასიათებს ცნობიერების ფიზიოლოგიური სივიწროვე: ამასთანავე ერთად, როგორც მიგვითითებენ ფრეიდი, კურშტინგერი (Freud, Kurstinger) და სხვები, ბავშვი და პრიმიტივი არ იკრფეს აფექტს; ისინი ემოციებს თავის ფსიქიკაში ატარებენ ცხრილის მსგავსად. მათი ფსიქიური ტევადობა Шевалев-ის ტერმინოლოგიით მცირეა და ადვილად ინტეგრირებიან ემოციებიდან, ხოლო ამას მოსდევს ბავშვურ რეაქციათა ნაკლები ინტენსივობა და ნაკლები ავთვისიანობა. შენიშნულია აგრეთვე, რომ ოლიგოფრენიკთა რეაქციებში ცხადათ გამოსქვივის მათი ინტრაფსიქიური აქტიობის უკმარისობა. მძლავრი თავზარდაცემულობის, აუტანელი ასთენიური აფექტების დროს, როდესაც პიროვნება უაღრესად დეცერებრივ რებულა და გაფანტული, აგრეთვე აწეულია ემოციების გამტარობის უნარი — ამ დროს ადამიანი ყრუა განცდათა მიმართ — მას აქვს ემოციონალური დაშლა (Баисенов, Bält).

სუფთა ფსიქოლოგიური რეაქციების განხილვისას ჩვენ ყველაზე მიზანშეწონილად მიგვაჩნია იასპერსის კონცეპცია, რომელიც არ ეთანხმება ჰელპახის (Hellpach) გაგებას „კაუზალური“ რეაქციების შესახებ და „ნამდვილ“ რეაქციებისათვის იძლევა შემდეგ სამ კრიტერიუმს: განცდა (Erlebnis), რომელიც წარმოადგენს ავადმყოფურ საწყისს; 2 შინაარსი (Inhalt) — კლინიკური სურათი უნდა უფარდებოდეს გადატანილ ემოციონალურ შოკს და ვ. უკუგანვითარება, კარგი პროგნოზი („der rück bildungsfähige character des reactiven-Abnormitäten“. საერთოდ ფსიქოლოგიური რეაქციების ცნება არაა ჩამოკვეთილი და ამ მხრივ მოწოდებულია მრავალი ტერმინები სულ სხვა და სხვა მნიშვნელობის და აზრის, მაგ.: Kraepelin და Sommer-ი ლაპარაკობენ „ფსიქოგენურ ავადმყოფობაზე“ („die psychogenen Frkrankungen“), Meyer-ი და Bunke „ფსიქოგენურ რეაქციებზე“ („die psychogenen Reactionen“), Bisch-ი „ფსიქოგენურ მდგომარეობაზე“ („die psychogenen Zuständen“), Birbaum-ი „ფსიქოგენურ ავადმყოფურ ფორმებზე“ („die psychogenen Krankheitsformen“), Ster-ი და Lewih-ი. „სიტუაციურ ფსიქოზებზე“ („Situationspsychosen“), „Homburger-ი და Schneider-ი „სიტუაციურ რეაქციებზე“ („Situationsreactionen“).

Stern-ი სიტუაციურ ფსიქოზს უკავშირებს ისტერიას, ხოლო Bouhaffer-ი და Reichardt-ი ისტერიას სთვლიან ფსიქოგენიის ქვეჯგუფად, სადაც წარმოდგენილია მიზანკვეთება (целестремление): „ისტერია მომდინარეობს სურვილიდან ავადმყოფობისადმი“. მებიუსი (Mäbius) ფსიქოგენურ მოვლენებს სთვლის „იდეოგენურად“, სადაც შესაძლებელია სკარბობდეს სხვა და სხვა მიზნობრივი წარმოდგენები, ვსთქვათ, „მოხვეჭის წარმოდგენები“, ხოლო პაუზე და ნიპი (Pausse და Nippi) ფსიქონევროზების შემთხვევებს, სადაც წარმოდგენილია მიზანდასახელება, ძლიერ უახლოვებენ ჩვეულებრივ სიმულიაციას და მათ უწოდებენ „თელეოფრენიას“.

შნაიდერი არანორმალურ სულიერ რეაქციების მიხედვით, მათი შინაარსისა და სტრუქტურისა ანაწილებს სამ ჯგუფად: 1) რეაქციული არანორმალური ემოციური მდგომარეობანი („Reactiveabnorme gefühlszustände“), 2) რეაქციული ბოდვა („Reactive Wahn“) და 3) ცნობიერების რეაქციული დახშვა („Reactive Bewusstseins trübungen“).

შნაიდერი პირველ ჯგუფს აკუთვნებს: შეშინების ფსიქოზებს და შეშინების ნევროზებს („die Schreckpsychose და „die Schreckneurose“), (აგრეთვე შოკურ, კატასტროფულ და შერხევის ფსიქოზებს“).

ძველ ლიტერატურაში შნაიდერის სიტყვებით, ხშირად შიშით ხსნიდნენ მრავალ ფსიქოზებს, რასაც არსებითად არანაირი კავშირი შეშინებასთან არ ჰქონდა მაგ PP-ს; მეორე ასტენიური ემოცია, რომელიც წარმოშობს ავადმყოფურ რეაქციებს, არის არა შეშინება, არამედ უმიზეზო გაურკვეველი შიში— die ubeshimute Angst კაჰენის „ფობოთიმია“ „die Phobothimie Kahanes“. ლანგე (Lange) ასწერს ფსიქოგენურ დებრესიას ანუ „რეაქციულ მელანქოლიას“, რომლის მიზეზადაც ისინი სთვლიან კონსტიტუციას და ტრავმას. გაურკვეველია უფრო რეაქციული მანიების საკითხი: იმ დროს, როდესაც ბლეიერი ამბობს „რეაქციულ მანიებს ჩვენ ვერ ვიცნობთ“, ბონჰოფერს და ბუმკეს მათი არსებობა შესაძლებელად მიაჩნიათ. შნაიდერი რეაქციების მეორე ჯგუფს ე. ი. რეაქციული ბოდვის განხილვისას გვაწვდის შემდეგ ფორმულას: „განცდების ბოდვითი-გადამუშავებას შეიძლება მხოლოდ მაშინ უწოდოთ რეაქციული ბოდვა, როდესაც განცდა წარმოდგენილია არა მარტო, როგორც შინაარსის მიმცემი, არამედ როგორც კაუზალური ფაქტორი“. რეაქციული ბოდვის ფსიქოლოგიური მექანიზმების გაგებაში დიდი გარკვეულობა შეაქვს კრეჩმერის მიდგომას პიროვნების ძირითადი მონაცემების ექსპანსიური ან სენსიტიური განვითარების შესახებ. ჰერშმანის, (Herchmann) დაკვირვებით, ხშირად ბოდვით რეაქციას საფუძვლად აქვს სუსტი ინტრაფსიქიური აქტივობა. შნაიდერის მესამე ჯგუფში ე. ი. ცნობიერების რეაქციული შეცვლის ჯგუფში კლინიკურად ფრიალ საინტერესოა ორი მომენტი: ერთ შემთხვევაში ცნობიერების შეცვლას ვლბულობთ უცებ, რეფლექსურად, ხოლო მეორე შემთხვევაში საჭიროა ნევროზის ორგანიზაციის პერიოდი — განცდის და ცნობიერების შეცვლის შორის აღინიშნება შუალედი ე. ი. მეორე შემთხვევაში წარმოდგენილია ინტერმედიული რეაქცია. როდესაც გვსურს ცნობიერების შეცვლა დაფუძვნიროთ ფსიქოგენურ რეაქციას აქ საჭიროა ძლიერ დიდი სიფრთხილი: რეკე

(Raecke) ასწერს შემთხვევებს, სადაც თითქოს ნათლად ყოფილა წარმოდგენილი ფსიქოზის ფსიქოგენური სურათი, მაგრამ ავადმყოფობა დაბოლოვებულა შიზოფრენულად, იგი გამოდგარა „კატატონიური სიტუაციური ფსიქოზი“—ასეთ შემთხვევებში საჭიროა დიდი სიფრთხილე და ფსიქოზური სურათის ნატიფი ანალიზი.

ამაზედ ჩვენ შევჩერდებით. აღვნიშნავთ მხოლოდ, რომ რეაქციების საკითხი ისევე გამოსარკვევია და დასამუშავებელი, როგორც დეგენერაციის და ფსიქოპათიების პრობლემა; ამ მხრით მუშაობა ელის თავის მომავალს. კლინიკურ ყოველდღიურ პრაქტიკულ მუშაობაში ზემოხსენებულ ავტორთა კონცეპციები (განსაკუთრებულად იასპერსი, ბუმკე, ბონჰოფერი, შნაიდერი და სხვები) გვაძლევენ შედარებით ორიენტაციის შესაძლებლობას; ხოლო თვითკვლევა-ძიება მიმართული უნდა იყოს რეაქციული ფორმების ცალკეული, კლინიკური ტიპების და მათთვის დამახასიათებელი სიმპტომატოლოგიის საბოლოოდ გამომუშავებისაკენ.

## Д р Зурабашвили.

Ассистент клиники.

## К вопросу реактивных форм в психиатрии.

(Из Психиатрической Клиники Тифлисского Госмединститута.

Директор проф М. М. Асатиани).

Кризис нозологии в современной психиатрии следует об'яснить тем обстоятельством, что с одной стороны расширились „рамки психиатрического исследования“ (Ганнушкин), а с другой стороны — неразработана и неясно представлена клиника дегенеративных психозов и реактивных форм. За последнее время проблемы реакций и психопатий обстоятельно разрабатывает Kurt Schneider, который предлагает понятию реакции непременно придать два значения: биологическое и чисто психологическое.

Одна и та же шоковая эмоция может дать выявление филогенеза (гипобулию Kretschmer'a) — истерический сомнамбулизм! или же шизофреническую реакцию — кататонические механизмы и т. д.; в обоих случаях может наступить излечение, но эти два ответа на одну и ту же причину не будут равнозначущи: в одном — биологические корни, органические моменты, в другом — иные механизмы, несходная структура. В то время, как реакции первого рода включаются в рамки интерната, больницы, —

вторые случаи (психологические реакции) большею частью проходят амбулаторно, растворены в окружающей среде; в первых случаях клиническое изыскание должно быть основано на органической канве, во вторых случаях, наоборот, показана широкая, рациональная, научно-обоснованная психотерапия.

Von Dr. A. D. Surabashvili.

## Zur Frage der Reaktionsformen in der Psychiatrie.

(Assistent der psychiatrischen Klinik in Tiflis — Georgien.  
Vorstand: Prof. M. Assatiani).

Die Krise der Nosologie, welche neuerdings von der Psychiatrie dirchgemacht wird, erklärt sich einerseits durch die Erweiterung «des Rahmens psychiatrischer Forschung» (Gannuschkin), — andererseits durch die mangelhafte Ausarbeitung und unklare Darstellung der Klinik der Degenerationspsychosen und der Reaktionsformen. Neuerdings wird das Problem der Reactionen und Psychopathien ausführlich von Kurt Schneider bearbeitet. Er schlägt zwei Bedeutungen für den Begriff der Reaction vor: eine biologische und eine rein psychologische.

Ein und dasselbe Choc-Emotion kann eine Aufdeckung der Phylogenese herforrufen — Kretschmers Hypobulie, hysterischen Somnambulismus, oder eine schyzophrenische Reaction — katatonische Mechanismen usw. in beiden Fällen kann endgültige Heilung statfinden, aber diese beiden Antworten auf ein und diesselbe Ursache, haben nicht gleiche Bedeutung; in einem Fall ist die Wurzelbiologisch, wir haben da organische Momente, in demanderen — verschiedene Mechanismen und Strukturen, im ersten Falle musse die klinische Untersuchung sich auf organischem Canevas richten, im zweiten ist, im gegenteil, eine weitere, rationelle wissenschaftliche Psychotherapie von Nutzen.

### ლიტერატურა\*.

1. Kurt Schneider. Die abnormen seelischen Reactions. (მონოგრაფია, Literaturverzeichnis შეიცავს 271 ავტორს). 1927 წ.
2. Jablonzky, Albin. Über schizoide Reactionen und Krisen. Z. N. u P. 119 B. 4 H. 1929 წ.

\* ადგილის ეკონომიის გამო მომყავს მხოლოდ გერმანული ლიტერატურა, რომლითაც ვსარგებლობდი.

3. Banse, Johannes. Zum Problem der Erbprognosbestimmung. Z. N. u P. 119 B. 4 H. 1929 წ.
4. Ossipowa E. A. Psychopathische Zustände bei kongenitaler Lues Z. N. u P. B. 119. 4 H. 1929 წ.
5. Siman und Schereschefsky. Zur Frage der symptomatischen Psychosen bei Lebererkrankungen. Z. N. u. P. 191 B. 4 H. 1929 წ.
6. Binswanger Otto. Die klinische Stellung der Degenerationspsychosen, zugleich ein Versuch ihrer Gliederung. A. P. u. N. 83 B. 3 H. 1929 წ.
7. Rüdin. Korreferat über «Degenerationspsychosen». A. P. u. N. 83 B. 3 H. 1928 წ.
8. Brugger Carl. Die erbbiologische Stellung der Propfschizophrenie. Z. N. u. P. 113 B. 1 — 3 H. 1928 წ.
9. V. Horáusky, F. Über einige neuere Behandlungsmethoden der Schizophrenie. A. P. u. N. 84 B. 2 H. 1928 წ.
10. Schumacher W. Ein Beitrag zur Frage der Pubertas praecox. A. P. u. N. 84 B. 2 H. 1928 წ.
11. Bumke. Über die gegenwärtigen Strömungen in der Psychologie. Wiener klinische Wochenschrift. 12 juii, 1928 წ.
12. Reichardt. Der heutige Stand der Beurteilung der sogen. Unfallneurosen. Deut. med. Wochenschr. 17 Feb. 1928 წ.
13. Oppler W. Über einen Fall von familiaärer psychischer Epidemie. A. P. u. N. 86 B. 5 H. 1929 წ.
14. Schneider Kurt. Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Bonhöffer-ის ჟურნალი, მარტი. 1921 წ.
15. Löwy. Hysterie und Schizophrenie. Bonhöffer ჟურნ. მაის, 1921.
16. Jolly. Menstruation und Psychose. A. P. u. N. 1915. 55 B. 3 H.
17. Raecke. Über hysterische und Katatonische Situationspsychosen. 1915. 55 B. 3 H.
18. Raecke. Der Inhalt der Psychose. A. P. u. N. 1917. 57 B. 2 H.
19. Weischbrodt. Über die Entstehung von Grössen ideen A. P. u. N. 1927. 57 B. 1 H.
20. Bonhöffer. Die exogenen Reactionstypen. A. P. u. N. 58 B. 1917.
21. Hewin. Über Situationspsychosen. იქვე.
22. König. Beiträge zur Simulationsfrage. იქვე.
23. Birnbaum. Der Aufbau der Psychose. Berlin. 1923.
24. IV. internationaler Kongress für individualpsychologie Kankeileit-ის წერილი აღდგომის და ზეიფის მოხსენებათა შესახებ. Archiv. 83 B. 3H.
25. Kurt Schneider. Die psychopathischen Persönlichkeiten. მონოგრაფია. 1928 წ.
26. Laforgue. Schizophrenie, Schizomanie, Schizonoie. Z. N. u. P. 105 B.



27. Seelert. Wie weit sind uns die Grundlagen der verschiedenen exogenen psychischen Reactionformen bekannt. Archiv. P. N. 88 B. 2 H.
28. Bleuler. Ein Stück von Byopsychologie. Z. N. u. P. 121 B.
29. Kretschmer. Zur Psychotherapie der Schizophrenie und Gränzzustände. Z. N. u. P. 121 B.
30. Dattner. Ernährungsprobleme in der Neurologie und Psychiatrie. Z. N. u. P. 111 B. 5 H.
31. Büchler. Depression, Konstitutionspathologie und Stoffwechselforschung. A. P. u. N. 86 B. 5 H.
32. Langfeldt. Über den Gasstoffwechsel bei Depression. A. 87 B. 4 H.

**მის. ჩაჩავა.**

ასპირანტი.

## მენჯის მოტეხილობის საკითხისათვის\*).

(პოსპიტ. ქირურგ. კლინიკის მასალის მიხედვით. გამგე. პროფ. მ. შ ხ ა ძ ე).

მენჯის მოტეხილობა არ წარმოადგენს ხშირ დაზიანებას, მაგრამ მისი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურობის გამო მას დიდ ყურადღებას აქცევენ როგორც მსოფლიო ლიტერატურაში ისე ჩვენშიც.

სტატისტიკური ცნობები მენჯის მოტეხილობის სიხშირის შესახებ შემდეგია: Golebievsk-ით 3992 ტრავმულ დაზიანებიდან იყო ხუთი მენჯის მოტეხილობა, Steintal-ით 9.100 ტრავმულ დაზიანებაზე იყო 6 მენჯის მოტეხილობა. საერთოდ ძვლის მოტეხილობებში მენჯის მოტეხილობას უჭირავს Steintal-ით 1,6%, Bruns 0,3%, Курган-ით 5%. ჩვენ კლინიკაში 13 წლის განმავლობაში სტაციონარულ ავადმყოფებიდან ტრავმულ დაზიანებათა შორის მენჯის ძვლის მოტეხილობა აღნიშნულია სულ 35 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 1,1%, აქედან 6 ქალი ე. ი. 14,1%, მამაკაცი — 29 ე. ი. 85,9%.

უნდა ვიფიქროთ, რომ მენჯის მოტეხილობათა რიცხვი ჩვენ კლინიკაშიაც უფრო ხშირი იყო, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ზოგიერთი მსუბუქი მოტეხილობა ამბულატორიაში გამოუცნობელი რჩებოდა და ამის გარდა მძიმე შემთხვევები, რომლებიც სიკვდილით თავდებოდა კლინიკაში მისვლამდე, ჩვენ სტატისტიკაში ვერ შევიდოდა.

ასეთი განსხვავება ციფრებს შორის დამოკიდებულია სამკურნალო დაწესებულების ხასიათზე და რაიონზე, რომელსაც იგი ემსახურება. საზოგადოთ კი იშვიათობა ლაპარაკობს იმაზე, რომ მენჯი არის მეტად გამძლე ძვალოვანი ცილინდრი და მისი მოტეხილობისათვის საჭიროა დიდი ძალა. ამასთან ერთად ახალგაზრდების მენჯს აქვს დიდი ელასტიულობა, რითაც ნაწილობრივ აიხსნება ის მოვლენა, რომ ახალგაზრდობაში იშვიათია ეს დაზიანება. მოტეხილობას იძლევა ისეთი ძლიერი ტრავმა, როგორც მაგალითად ჩავარდნა ტრამვაის ან ავტოს ქვეშ და სხვა მძიმე ტრავმული მომენტები. ჩვენ შემთხვევაში სიმალლიდან ჩამოვარდნა აღინიშნება 8 ჯერ; ავტოს ქვეშ ჩავარდნა 8 ჯერ, ტრამვის ქვეშ 5 ჯერ. სიმძიმის დაცემა 5 ჯერ, გადავარდნა და ურმის ზედ გადავლა 6 ჯერ. ტყვიით ჭრილობა 2 ჯერ. აღწერილია შემთხვევები, როცა მენჯის მოტეხა გამოიწვია ისეთმა მცირე ტრავმამ, როგორც ჩამოვარდნა 2 ფუტის

\* ) მოხსენებულია ქირურგ. კლინიკების დასტაჟართა კონფერენციაზე 3 იანვარს 1932 წ.

სიმალიდან, მეორე მხრივ 75 ფუთი ტვირთის ტაჩკას გადაუვლია 8 წლის ბავშვის მენჯის მიდამოზე და მოტეხილობა არ გამოუწვევია.

მექანიზმი მენჯის მოტეხილობისა რთულია და აქ შეიძლება შეგვხვდეს ძვალთა მოტეხილობის მექანიზმის თითქმის ყველა სახე.

პირდაპირი მოტეხილობა გვხვდება უფრო მენჯის წარზიდულ ნაწილებზე, როგორც მაგალითად კუდუსუნი, თეძოს ფრთა, გავის ძვალი და სიმფიზი. მოტეხილობის გამომწვევი ძალა ზოგჯერ უცვლის ადგილს მოტეხილ ძვლის ნაწილებს და იძლევა დაცილებას, რაც უფრო ხშირად მენჯის წინა ნაწილის მოტეხას დაერთვის.

მოტეხილ ძვალთა დაცილებას შეიძლება მოჰყვეს მენჯის ორგანოთა დაზიანება, როგორც არის შარდის ბუშტი, შარდსადინარი, სწორი ნაწლავი და საშო, რაც მთელ რიგ მძიმე გართულებებს იწვევს.

თეძოს ფრთის მოტეხილობისას, თუ მოტეხილობის ხაზი გაივლის განივი მიმართულებით, ვღებულობთ Duvernev-ის მოტეხილობას. თეძოს ფრთა მუცლის განიერი კუნთების ტრაქციით შეიძლება დაიძრას ზემოთ და მივიღოთ კიდურის მოჩვენებითი დაგრძელება. უფრო ხშირად საქმე გვაქვს მენჯის არაპირდაპირ მოტეხილობასთან; ასეთ შემთხვევაში გარეშე ძალა მოქმედობს თეძოს ფრთებზე, როგორც მენჯის უფრო წარზიდულ ნაწილზე და ამით ამცირებს მის განივზომას და იძლევა მენჯის მოტეხილობას მენჯის რგოლის მთლიანობის დარღვევით, მოტეხილობა ვითარდება მენჯის უსუსტეს ნაწილებში. მოტეხილობის ხაზს აქვს ვერტიკალური ან ირიბი მიმართულება და მოტეხილობა ვითარდება ერთ ან რამოდენიმე ადგილებში. თუ მოტეხილობის ხაზი გაივლის ბოქვენის ძვალსა და გავის ძვლის ფრთაზე ვერტიკალურად, ე. წ. Malgeign-ის მოტეხილობას ვღებულობთ.

არაპირდაპირ მოტეხილობას ეკუთვნის აგრეთვე ბარძაყის თავის შეჭედვა ტაბუხის ფოსოს შემტვრევით, ე. წ. ცენტრალური ამოვარდნილობის დროს. უკანასკნელი ვითარდება ციბრუტზე დაცემისას როცა მომტეხი ძალის მიმართულება ბარძაყის ყელის მიმართულებით მოქმედობს. შედარებით იშვიათ ჯგუფს ეკუთვნის კუნთების ტრაქციით გამოწვეული მოტეხილობა (Abrisfractur) ასეთ მოტეხილობას ადგილი აქვს ახალგაზრდობაში, სადაც მენჯის წარზიდული ნაწილები, რომელთაც აქვთ თავიანთი გაძვლების წერტილი, ჯერ კიდევ არ შეძვლებიან მენჯის სხეულს. ასეთ ადგილებს ეკუთვნის თეძოს წინა ზედა და ქვედა წვეტი, საჯდომი ბორცვი, ბოქვენის დასწვრივი ტოტი. პირველს გლეჯს tractus iliotibialis. მეორეს—M. rectus femoris კიდურის ჰიპერექსტენზიის დროს. მესამეს M. biceps, semitend. და semimembr. მეოთხეს m. m. adductores კუხშინის, პეტროვის, კურგანის, შიდლოვსკის და სხვების ცდები, რომლებსაც ისინი აყენებდნენ ადამიანის ჩონჩხზე მენჯის მოტეხილობის მექანიზმის შესასწავლად, არ შეიძლება მთლიანად გადატანილი იქნას ცოცხალ ადამიანზე, რადგან ჩონჩხში არ გვაქვს ის რთული ძალთა ურთიერთმოქმედება კუნთების შეკუმშვა, ცოცხალი ძვლის ელასტიობა, რომელსაც ანგარიში უნდა გაეწიოს მენჯის მოტეხილობის მექანიზმის შესწავლის დროს. მენჯის მოტეხილობის კლასიფიკაცია წარმოადგენს რთულ საკითხს, რადგან მენჯის მოტეხილობათა სახე

არის მრავალგვარი. ამიტომაც არსებული ახალი კლასიფიკაცია ვერ აკმაყოფილებს კლინიკისტების მოთხოვნილებას. ამითი აიხსნება, რომ თვითეული ავტორი თავის ახალ კლასიფიკაციას გვაწვდის. მოვიყვანთ უფრო მიღებულ კლასიფიკაციას Hirsch-ით და Günzler-ით.

1. მოტეხილობა თეძოს ძვლის, 2. მენჯის რგოლის წინა ნაწილი, 3. გავისა და თეძოს ძვლის მოტეხილობა და 4. ტაბუხის ფოსოს მოტეხილობა. Matie თავის 1931 წ. გამოცემაში Knochenbruch und ihre Behandlung ემბრობა Orator-ის მიერ მოწოდებულ კლასიფიკაციას — ამასავე ეყრდნობოდა ჩვენი კლინიკა.

1. მოტეხილობანი მენჯის რგოლის მთლიანობის დაურღვევლად და 2. მოტეხილობანი მენჯის რგოლის მთლიანობის დარღვევით. მოტეხილობის სიხშირის მხრივ პირველი ადგილი უჭირავს ბოქვენის ძვალს, შემდეგ საჯდომ ძვალს, თეძოს ძვალს და კუდუსუნს. ჩვენი მასალა შემდეგნაირად ნაწილდება: ბოქვენის მოტეხა, ცალმხრივი 9, ორმხრივი 14, ბოქვენის და საჯდომი ძვლის — 3, გავის ძვალი 1, თეძოს ფრთა 2, ამოვარდნა გავა-თეძოს და ბოქვენის სახსარში 1, ტაბუხის ფოსოს ზედაკიდის მოტეხა 2, ტაბუხის ფოსოს მოტეხა 2, — სულ მენჯის რგოლის მთლიანობის დარღვევით 30, დაურღვევლად 5.

კლინიკური ნიშნებისა და დაავადების მიმდინარეობის მხრივ მოტეხილობანი, რომელთაც არ მისდევს მენჯის რგოლის მთლიანობის დარღვევა, შეიძლება განვიხილოთ ცალკე. ასეთი დაზიანების დროს შენარჩუნებულია მენჯის მთლიანობა, სტატიკა ირღვევა ხანმოკლეთ და მისი აღდგენა ხდება მთლიანად. იშვიათია მენჯის ღრუს ორგანოების დაზიანება, ჩვენს მასალაში გვქონდა 5 შემთხვევა განცალკევებული მოტეხილობის. 4 ჩატარდა სრული განკურნებით, მეხუთე ტყვიით გამოწვეული მოტეხილობა ყველა მენჯის ორგანოების დაზიანებით დამთავრდა სიკვდილით. განცალკევებული მოტეხილობა ხასიათდება ლოკალური ტკივილებით — ზოგჯერ კრეპიტაციით და კიდურის ფუნქციის შეზღუდვით, 3-5 კვირაზე აღნიშნული მოვლენები გაივლის და ავადმყოფი მთლიანად უბრუნდება ჩვეულებრივ მუშაობას, ტყვიით ჭრილობებით გამოწვეული მენჯის მოტეხილობათა პათოლოგიურ მოვლენების ცენტრში დგას მენჯის ორგანოთა დაზიანება. კუდუსუნის განცალკევებული მოტეხილობა ხდება პირდაპირი ტრავმით. ჩვენ შემთხვევაში ავადმყოფს დაეჯახა მოტოციკლეტი უკანა მხარედან და კუდუსუნის მოტეხასთან ერთად დააზიანა სწორი ნაწლავი. კუდუსუნის მოტეხის გამოცნობისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბიმანუალურ გასინჯვას. ასეთი მოტეხილობის პროგნოზას ართულებს თანდართული დაზიანება სწორი ნაწლავის — განკურნებულ შემთხვევებში შესაძლებელია ავადმყოფს დარჩეს მუდმივი ტკივილები კუდუსუნის მიდამოში ე. წ. Coccigodinia.

მოგლეჯითი (დისტორზიული) მოტეხილობა ხასიათდება იმ კუნთების დამბლით, რომლებმაც გამოიწვია მოგლეჯა, კიდურის ფუნქციის მოშლით და ლოკალური ტკივილებით. მკურნალობის მხრივ მოგლეჯილი ნატეხის დიდ მანძილზე დაცილებისას საჭირო ხდება ნატეხის უკან დაბრუნება და ოპერაციული ფიქსაცია; თუ დაცილება არ არის, საკმარისია უძრავი წოლა 3-5 კვირის განმავლობაში.

მენჯის რგოლის მთლიანობის დარღვევისას უზშირესად ვხვდებით ბოქვენის როგორც მენჯის უსუსტესი ნაწილის მოტეხილობას. ძვალი — ჩვენს შემთხვევაში ბოქვენის ძვლის ცალმხრივი მოტეხილობა იყო 9-ჯერ, ორმხრივი 13-ჯერ. მოტეხილი ბოლოები შეიძლება დასცილდეს ერთმანეთს, — ჩვენ შემთხვევაში შესამჩნევ დაცილება იყო 5-ჯერ. მენჯის რგოლის მთლიანობის დარღვევის დროს, რადგან უკანასკნელი გამოწვეული იყო ჩვენ შემთხვევაში მუდამ მძიმე ტრავმით, პირველ რიგში აღინიშნებოდა შოკის მოვლენები — ზოგჯერ ძლიერ მკვეთრად გამოხატული, შოკის შემდეგ ყურადღებას იქცევდა ადგილობრივი მოვლენები. ავადმყოფს არ შეუძლია ქვედა კიდურების მოძრაობა და ორმხრივ მოტეხილობის დროს ქვედა კიდურების მდებარეობა მოგვაგონებს ბაყაყის უკანა ფეხების პრეპარატს ე. ი. მოხრილი მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსარში — მოტრიალებული გარეთ და სრულიად პასიური (Волкович-ის ნიშანი).

ქვედა კიდურის აქტიური მოძრაობის მოსპობასთან ერთად ფრთხილად წარმოებული პასიური მოძრაობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში მუდამ უმტკივნელო იყო, რაც შესაძლებლობას იძლევა გამოვრიცხოთ ბარძაყის ყელის და ტაბუხის ფოსოს მოტეხილობანი. ლოკალური ტკივილები მკვეთრად არის გამოხატული. თედოს ქედზე დაწოლისას ტკივილები აღინიშნება მოტეხილობის მიდამოში. ბი-მანუალური გასინჯვით შეიძლება ზუსტად ამოცნობილი იქნეს მოტეხილობის ადგილი ბოქვენის ძვლის, ტაბუხის, ფოსოს და განსაკუთრებით ბარძაყის თავის ცენტრალური შეჭედვის დროს. მალგეინის მოტეხილობის დროს შეიძლება აღმოჩენილი იყოს არანორმალური მოძრაობა მოტეხილი ნაწილის და მისი მალლა დგომით გამოწვეული კიდურის მოჩვენებითი დამოკლება — ასეთ შემთხვევებში ბარძაყი მოტრიალებულია გარეთ, როგორც ბარძაყის ყელის მოტეხილობის დროს. ხშირად აღინიშნებოდა სისხლის ჩაქცევები Scrotum-ის მიდამოში. Roser-ს. მენჯის მოტეხილობის გამოსაცნობად საკმარისად მიაჩნია სამი ნიშანი: 1) ლოკალური ტკივილები, 2) თედოს დიდი სუკის კუნთის დამბლა და 3) შარდბუშტის პარეზი.

Ludolf-ი მიუთითებს ტრენდელენბურგის ნიშანზე, რომელიც გამოხატულია როგორც ახალ, ისე ძველ შემთხვევებში Malgeigne-ს ტიპის მოტეხილობის ან Timphis. sacroiliacus გათიშვის დროს.

კრეპიტაცია შეიძლება აღმოჩენილი იყო იშვიათად ბოქვენის ორმხრივი და მალგეინის ტიპის მოტეხილობის დროს. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს რენტგენის სურათს, მაგრამ უნდა გვაგვსოვდეს, რომ ძალიან ხშირად გვხვდება ასიმეტრია მენჯის ნახევრების ყოველივე დაზიანების გარეშე. მენჯის მოტეხილობას განსაზღვრულ პროცენტში თან სდევს მენჯის ორგანოების დაზიანება. პირველ რიგში შარდ-სადინარის, შემდეგ ბუშტის სწორი ნაწლავის და საშოს. Iansen-ით ასეთი დაზიანება ხდება 25%-ტში, Westernborn-ით 20%-ტში, ჩვენი მასალით 41%-ტში. შარდის ბუშტის დაზიანების ხასიათი დამოკიდებულია მის გავსებაზე ტრავმის მომენტში. საესე შარდის ბუშტი მენჯის ტეობის შემცირებისას ვასკდება ინტრაპერიტონეალურად და შარდი ჩაიქცევა მუცლის ღრუში. ასეთ შემთხვევებში შარდ-სადინარის კატეტერიზაცია ხდება თავისუფლად. კატეტერით შარდი ან სულ არ გამოდის, ან გამოდის მცირე რაოდენობით სი-

სხლით შეღებილი და ამასთან ერთად ვითარდება პერიტონიტის მოვლენები. ერთ ჩვენ შემთხვევაში ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა მწვავე სუსუნატი დიდი ტკივილები მოშარდვის დროს გადმოვარდა გლენტა სასახლის მეორე სართულიდან და მიიღო შარდის ბუშტის ინტრაპერიტონეალური გახეთქა. ავ. გაუკეთდა ოპერაცია 4 საათში დაზიანებიდან ლაპარატომია შარდის ბუშტის მთლიანობის აღდგენა და Sectio alta მუცლის ღრუ მოშრალდა და დაიხურა ყრუთ. ავადმყოფი მეოთხე დღეს გარდაიცვალა პერიტონიტით და უროსეპსისით. რაც ადრე იქნება გამოცნობილი შარდის ბუშტის დაზიანება და ავადმყოფს აღმოეჩინება სათანადო დახმარება, იმდენად პროგნოზი უკეთესია. მენჯის რგოლის წინა ნაწილის ნატეხმა შეიძლება დააზიანოს შარდის ბუშტის წინა კედელი, რის გამოც ვითარდება შარდოვანი ინფილტრაცია მენჯის, მუცლის კედლის და შორისის ბადურაში. დახმარების დაგვიანებისას შეიძლება უროსეპსისით დამთავრდეს. კატეტერიზაცია იძლევა სისხლიანი შარდის მცირე რაოდენობას. ავადმყოფს აქვს შარდზე მიდგომის ხშირი სურვილი. ხოლო შარდი არ გამოდის. აუცილებელია დაუყენებლივ შარდის გადაყვანა და ზოგჯერ ფართო განაკვეთები.

ბუშტზე ხშირად ზიანდება შარდ-სადინარის აკისებრივი ნაწილი. აზიანებს მას ან ძვლის ნატეხი, ან შარდ-სასქესო შუასაძგიდის ადგილცვლა, შარდ-სადინარიდან გამოდის სისხლი. დაერთვის უხვი სისხლის ჩაქცევა შორისის მიდამოში, კატეტერიზაცია არ ხერხდება, შარდის ბუშტი ივსება შარდით და ის ადვილად ისინჯება ბოქვენის ზემოდ. თუ შარდსადინარი დაზიანებულია ნაწილობრივ, როგორც 4 ჩვენ შემთხვევაში, კატეტერიზაცია მოხერხდება და შარდი ზოგჯერ სუფთა არის და ზოგჯერაც სისხლნარევი. თუ კატეტერიზაცია თავისუფლად არ ხერხდება, მისი განმეორებითი ცდა მიზანშეუწონელია, უმჯობესია მივმართოთ ოპერაციას შარდის გადაყვანის მიზნით—Sectio alta, რეტროგრადული კატეტერიზაციით ან უამისოდ. ჩვენ 35 ავადმყოფიდან შარდბუშტის დაზიანება იყო 8 ჯერ და შარდსადინარის 8 ჯერ. აქედან ოპერაცია დაგჭირდა 11 ჯერ, 2 Laparatomia და 9 Sectio alta. 5 ჯერ შარდსადინარის ნაწილობრივ დაზიანებისას ოპერაცია არ დასჭირებია.

ოპერაციის შემდეგ გარდაიცვალა 7 ავადმყოფი, 2 მათგანი იყო დაგვიანებული შემთხვევა, შემოსული მეშვიდე დღეს შარდის ბუშტის გაგლეჯით. მესამე შარდის ბუშტთან საშოს და სწორი ნაწლავის დაზიანებაც იყო და მეოთხეც კიდურების ვადაქეჩით და მძიმე ზოგადი კონტუზიით და ანემიით. იშვიათ და მძიმე გართულებას წარმოადგენს სწორი ნაწლავის დაზიანება—უკანასკნელი ხდება გავის მარცხენა ნაწილის და კუდუსუნის დაზიანების დროს. (ექ. მორო-ზოვას მიერ აღწერილია ერთი შემთხვევა, როდესაც ნაწლავის კედელი, მოტეხილ მენჯის ძვალთა შუა იყო გაჭედილი). მენჯის მოტეხილობას თან დაერთვის ზოგჯერ მთავარი სისხლის ძარღვების დაზიანება, როგორც V. V. Iliaca, hypogastr. Art. iliaca-ს დაზიანებას დაჰყვება უხვი სისხლის ჩაქცევა და მწვავე ანემიის ნიშნები, აგრეთვე ვენების თრომბოზი და ზოგჯერ ემბოლია. ერთ ჩვენ შემთხვევაში ავადმყოფი, რომელსაც ჰქონდა ბოქვენის ძვლების მოტეხილობა ძლიერი კონტუზია მძიმე შოკი და ანემია, გარდაიცვალა მესამე დღეს. გაკეთდა

აღმოაჩინა *V. Iliaca interna*-ს დაზიანება და უხვი სისხლის ჩაქცევა მუცლის დრუ-ში. იშვიათად შეიძლება დაზიანდეს ნერვები *n. ischiadicus, obturatorius*; ჩვენ შემთხვევაში ამ დაზიანებას ადგილი არ ჰქონია.

მენჯის გაურთულებელი მოტეხილობა არ იძლევა ცუდ პროგნოზს; ორი თვის განმავლობაში მოტეხილობა შეეზრდება მთლიანად და ყალბი სახსარის განვითარება აქ ძლიერ იშვიათია, როგორც ანატომიური, ისე ფუნქციონალური შედეგი არის სრულიად დამაკმაყოფილებელი. კიდურის ფუნქციის ხანგრძლივ დაქვეითებას იძლევა *Malgeign*-ის ტიპის მოტეხილობა და ტაბუხის ფოსოს მოტეხილობა. გაურთულებელი მოტეხილობანი *Mati*-ით იძლევიან 5% სიკვდილს, გართულებული 25%, *Westerborn*-ით სიკვდილიანობა საერთოდ უდრის 12%-ს *Курган*-ით 16%, ჩვენი მასალით საერთო სიკვდილიანობა უდრის 20%, ძველი შრომებიდან სიკვდილიანობა აღნიშნულია 76%-მდე (*Холин*-ი\*) ჩვენ შემთხვევებში სიკვდილიანობა მოდის მხოლოდ მენჯის ორგანოების დაზიანებით გართულებულ შემთხვევებზე.

მენჯის მოტეხილობის მკურნალობის პირველ და მთავარ მომენტს წარმოადგენს ბრძოლა შოკის მოვლენებთან, რომელიც თან-დაერთვის მძიმე ტრავმას და ამასთან ერთად შოკის მოვლენების გარჩევა შარდის ბუშტის ან მენჯის სხვა ორგანოების დაზიანების მოვლენებიდან პირველ ხანებში ძნელია. შოკის მოვლენები პირველ სათავეზე გაივლის და ყოველივე დაყოვნება უნდა ექვს ბადებდეს მენჯის ორგანოების დაზიანებაზე და ამ მხრივ უნდა იყოს მიქცეული მთავარი ყურადღება. შარდ-ბუშტის ინტერპერიტონეალურ გახეთქის დროს აუცილებელია სასწრაფო ლაპარატომია შარდ-ბუშტის მთლიანობის აღდგენა და შარდის გადაყვანა. შარდ-ბუშტის კანქვეშ გახეთქის ან შარდ-სადინარის დაზიანებისას ჰოსპიტალური ქირ. კლინ. მიმართავდა *Sectio altat*-ს, რაც საბოლოოდ საკმარისი ხდებოდა. რაც შეეხება თვით მოტეხილობის მკურნალობას ყველა სახის შეუცილებელ მოტეხილობისას საკმარისია ავადმყოფის ჩაწვენა რამოდენიმე კვირით უძრავ საწოლში, შემდეგ ფიზიოტერაპიული მკურნალობა. შეცილებული მოტეხილობისას, ტაბუხის ფოსოს, ფოსოს ზედაკიდის და მალგეინის ტიპის მოტეხილობისას ჩვენ მივმართავდით მუდმივ გაჭიმვას. ზოგი ავტორები *Лоренц, Вегнер, Напалков*-ი ყველა შემთხვევებში ატარებენ მუდმივ გაჭიმვას. ტფილ. სამედ. ინსტიტუტის ყველა ქირურგიული კლინიკები თითქმის ისევე, როგორ ჩვენ, მხოლოდ დაცილების დროს ჰიმავენ და უნდა აღვნიშნოთ რომ ამ გვარი მკურნალობით ჩვენ მუდამ კმაყოფილი ვრჩებოდით. ბოქვენის სიმფიზის გათიშვის დროს მივმართავდით მომკინავ, ელსატიურს ან უძრავ სახამებლის ნახვევს. აქაც ყოველთვის დადებითი შედეგით თავდებოდა. ტაბუხის თავის ცენტრალურ შეჭედვისას ავტორები მიმართავენ ნარკოზის ქვეშ შეჭედილი თავის ამოღებას — ძლიერი ტრაქციით ბარძაყის ყელის მიმართულებით, თუ ეს უშედეგოთ თავდება, ოპერატიულად უყრიან დიდ ციბრუტში მსხვილ მავთულს და ამით ამოქაჩავენ ჩაქედილი ბარძაყის თავს. ჩვენ არ გვქონია ასეთი შემთხვევა.

\*) რაც აიხსნება იმითი, რომ ურენტგენოდ სწორი დიაგნოზი ისმებოდა მხოლოდ მძიმე დაზიანების დროს.

იშვიათ და მძიმე დაზიანებას ეკუთვნის აგრეთვე ბოქვენის სიმფიზის გათიშვა ტრავმული ძალა გლეჯს *Lig. pubicum* და *arcuatum*-ს და გააცილებს ერთმანეთს ბოქვენის ძვლებს. — აღწერილია 11 სანტ. გაცილება — ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია შარდის ბუშტი გაიჭედოს დაცილებულ ძვალთა შუა. ამგვარ შემთხვევებში უმეტესობა ავტორებისა მიმართავს მენჯის მომჭიმავ ნახვევს. ზოგიერთებს მიუმართავს ოპერატიულ ფიქსაციისათვის მავთულით ან ძვლით, მაგრამ უკანასკნელებიც არ გვირჩევენ ამ სახის მკურნალობას.

აღსანიშნავია ის მოვლენა, რომ დიდ უმეტეს შემთხვევებში, როცა არ იყო შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის გაგლეჯა, ავადმყოფს მაინც არ შეეძლო შარდზე თავისით გასულიყო, აღინიშნებოდა ერთგვარი პარეზი შარდის ბუშტის და საჭირო ხდებოდა რამოდენიმე დღის განმავლობაში (4-10-მდე) შარდის ხელოვნური გამოშვება სანამ ამ ხანში აღნიშნული დამბლითი მოვლენები არ გაივლიდა. ამ მოვლენას ჰქონდა ადგილი ისეთ შემთხვევებშიაც კი, როცა მოტეხილი იყო თეძოს ფრთა ან სხვა ბუშტიდან საკმაოდ დაცილებული ძვალი. ეს გვიმტკიცებს იმას, რომ აღნიშნული მოვლენა უნდა იყოს ან რეფლექტორული პერივეზიკალურ ბადურში სისხლის ჩაქცევით გამოწვეული შარდბუშტის ატონიისაგან. ასევე ძალიან ხშირად აღინიშნებოდა ყაბზობა, რაც ჩვენის აზრით უნდა იყოს გამოწვეული ორი მიზეზით: პირველი და მთავარი ის, რომ დეფეკაციისთვის აუცილებელი დაჭიმვა მუცლის პრესის და შორისის კუნთების იძლევა ტკივილების გაძლიერებას მოტეხილობის არეში, რადგანაც კუნთები მიმაგრებული არიან მენჯის რგოლთან; ეს კი რეფლექტორულად აკავებს პრესის დაჭიმვას და ხელს უწყობს ყაბზობას; ყაბზობის მეორე მიზეზად ხანგრძლივი უძრავი წოლა წარმოადგენს.

ჩვენი მასალის განხილვა უფლებას გვაძლევს გამოვთქვათ შემდეგი დებულებები:

1) მენჯის მოტეხილობა უხშირესად ქუჩის უწყსო მოძრაობის შედეგს წარმოადგენს.

2) მოტეხილი ძვლების შეცილება არის იშვიათი და პროგნოზი მთლიანად დამოკიდებულია მენჯის ორგანოთა დაზიანებაზე.

3) მკურნალობის მხრივ ტაბუხის ფოსოს და ტაბუხის ფოსოს ზედა კიდის შეცილებულ მოტეხილობის დროს და აგრეთვე მენჯის ნახევარი ამოვარდნისას საჭიროდ მიგვაჩნია მუდმივი გაჭიმვა.

4) სხვა შემთხვევებში კი მოსვენებული წოლა მაგარ საწოლზე და სიმპტომატიური მკურნალობა იძლევა სრულიად დამაკმაყოფილებელ შედეგს.



**М. К. Чачава.**

Аспирант.

**„К вопросу о переломах тазовых костей по материалам  
госпитальной хирургической клиники Госмединститута.“**

Зав. проф. Г. М. Мухадзе.

Из всех больных, с травматическими повреждениями, прошедших через стационар хирургической клиники за 13 лет, с переломом тазовых костей было всего 35 больных (1,1%) из коих мужчин — 29, женщин — 6. По характеру перелома: 22 случая перелома лобковых костей, 3 случая лобков. и седалищных костей, 1 случай перелома крестца, 2 — гребня подвздошной кости. 1 — смещение в подвздошно-крестцовом и лобковом сочленении, 2 — с отломом верхнего края fossae acetabuli, 2 — luxatio centralis. Из всех переломов таза с нарушением целости тазового кольца было — 30, без нарушения целости — 5. Повреждение мочевого пузыря при переломах таза отмечается в 8 случаях, повреждение мочеиспускательного канала — 8.

В одном случае имело место повреждение мочевого пузыря, влагалища и прямой кишки. К оперативному вмешательству пришлось прибегнуть в 11 случаях (2 раза — laparotomia, 9 — sectio alta).

Из 35 больных погибло 7 больных с тяжелым повреждением тазовых органов.

Выводы: 1) Перелом таза в городах в большинстве случаев являются результатом беспорядочного уличного движения.

2) Смещение осколков сравнительно редко наблюдается и прогноз зависит от участия внутренних органов в повреждении.

3) При смещении отломков, а также при вывихах таза показано постоянное вытяжение.

4) В остальных случаях достаточно уложить больного на твердую постель и предписать покойное положение.

გაბრიელ რატიშვილი.

## პნევმოკოკური პერიტონიტის შემთხვევა.

(ქალ. საავადმყოფოს ბავშვთა ქირურგიული განყოფილებიდან)

გამგე ექ. მ. კილოსანიძე.

ცნობილია, რომ პნევმოკოკური ინფექცია საერთოდ ადვილად იკიდებს ფეხს ბავშვის ასაკში (Netter). პნევმოკოკით გამოწვეული მრავალგვარი დაავადებანი ხასიათდებიან კლინიკური სურათის და მსვლელობის ერთგვარი თავისებურობით. პნევმოკოკით გამოწვეული მწვავე პერიტონიტიც თავისი კლინიკური სურათით და მიმდინარეობით წარმოადგენს მწვავე პერიტონიტების განსაკუთრებულ ფორმას. ეს დაავადება თუმცა პირველად აწერილია 1885 წ. Bozzolo-ს მიერ, რომელმაც მუცლის ღრუდან ამოღებულ ჩირქში პნევმოკოკები ნახა, მაგრამ ანალოგიური შემთხვევები აწერილია უფრო ადრე (1842) მხოლოდ სხვა და სხვა სახელით მაგ. „Péritonite essentielle des jeunes filles“ (Duparque), რევმატიული პერიტონიტი (Rehn), მუცლის ემპიემა (Henoch). პნევმოკოკური პერიტონიტი აწერილია განსაკუთრებით პედიატრიის სახელმძღვანელოებში, მაგრამ მივიწყებულია, როგორც პედიატრების, აგრეთვე ქირურგების მიერაც, რომელთაც უშუალოდ უხდებათ ამ ავადმყოფობასთან ბრძოლა, ამ უკანასკნელ დროს საზღვარგარეთის და რუსულ ლიტერატურაში შემჩნეულია პნევმოკოკურ პერიტონიტების გახშირება. ბავშვთა კლინიკის ქირურგიულ განყოფილებაშიც გვქონდა რამდენიმე შემთხვევა ასეთი პერიტონიტებისა; ერთ-ერთი ასეთი შემთხვევის აწერა შეადგენს ჩვენი წერილის საგანს;

ავადმყოფი ს — ვი სონა, 6 წლ. მოიყვანეს კლინიკაში 1928 წ. 29 თებერვალს საღამოს 9 საათზე. ავად უეცრივ გამხდარა 2 დღის წინად, საღამოზე. სადილზე უჭამია კართოფილი და შავი პური. ავადმყოფს აწუხებდა ძლიერი ტკივილები მუცლის მიდამოში, პირღებინება მწვანე მასებით და ფალარათი.

საშუალოთ განვითარებული ბავშვი მძიმე პროსტრაციის მდგომარეობაში. საერთოდ აპათიური, ჩავარდნილი თვალებით, აჩქარებული მაჯით (126) მოყრუებული გულის ტონებით, მენჯბარძაყის და მუხლის სახსარში მოღუნული კიდურებით. მუცელი შებერილი; სპონტანურ ტკივილებს აღარ უჩივის. მუცელი ხელის ხლების დროს ძლიერ მტკივნეული, მეტადრე მეზოგასტრიუმი. მუცლის კედლის კონტრაქტურას ადგილი არ აქვს. გულის რევა და პირღებინება არ შეწყვეტილა და დღეში 3 — 4 ჯერ ემართება თხელი მწვანე მასებით, ენა ქუქ-

ყიანი. ლევკოციტები — 11.750 ფორმულა: სეგმენტ. — 48<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, ჩხირ. — 4<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, ახალგაზ. — 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, ლიმფოც. — 25<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, მონოც. — 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, ეოზინ — 7<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

უეცრივი დაწყება ძლიერი ტკივილებით მუცლის მიდამოში, ხანგრძლივი პირსღებინება, მეტეორიზმი, აჩქარებული მაჯა, საერთო მძიმე მდგომარეობა — თითქმის ყველა ნიშნები მწვავე პერიტონიტისა. კლასიკურ სურათს არღვევდა მხოლოდ ის გარემოება, რომ მუცელი რბილი იყო — არავითარი ნიშანი defense musculaire-ისა მას არ ეტყობოდა — და ავადმყოფობის დასაწყისში აღნიშნული ფაღარათი.

ეს მოვლენები, რასაკვირველია, არ ჩაითვლება საკმარისად მწვავე პერიტონიტის განსაკუთრებული ფორმის დიაგნოზისათვის, მაგრამ ნებას ვვაძლევდა ექვი შეგვეტანა ე. წ. პნევმოკოკური პერიტონიტზე, რომელიც აღნიშნული კლინიკური სურათით ხასიათდება და უმთავრესად ქალებს ემართებათ (3 ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ვაჟებს — Birk). ჩვენი აზრის დასამტკიცებლად სასქესო მიდამოში არსებული ნაფირიდან გაკეთებულ იქმნა ნაცხები. თვით სასქესო მიდამოს მხოლოდ გაწითლება ეტყობოდა. თეთრად შლას ადგილი არა ჰქონდა. აღებულ იქმნა აგრეთვე სისხლი სტერილობაზე. იმავე დღეს შეღებილ ნაცხებში აღმოჩნდნენ გრამდადებით დიპლოკოკები, მეორე დღეს კი, სტერილობაზე აღებულ სისხლში — გაიზარდნენ პნევმოკოკები. ამიტომ ოპერაცია გადადებული იქმნა; ბავშვს დაენიშნა კომპრესები მუცელზე და ფიზიოლოგიური ხსნარი კანქვეშ. 3 დღის შემდეგ გულის რევა და ტკივილები მუცლის მიდამოში შეუწყდა. ჰიპოგასტრიუმის შუა მიდამოში პალპაციით ინფილტრატი ისინჯებოდა. შემდეგ დღეებში კი მკაფიოთ გამოიხატა ჩირქგროვის ნიშნები: ჰიპოგასტრიუმის გამობერვა მუცლის შუა ხაზზე, მოყრუება დაწყებული ბოქვენიდან — ქიპამდე (3 სტ. არ აღწევს ქიპს). მარჯვენა მხარეს მოყრუების საზღვარი უფრო მაღლა სდგას. ვიდრე მარცხნივ, ლევკოციტიზის მომატება მე 10 დღეს 21.000; საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდა.

27 აპრილს გაკეთებული იქმნა ოპერაცია: პირველი განაკვეთი შუა ხაზზე, მაგრამ ნაწლავთა პარიეტალურ პერიტონეუმთან შეწყებების გამო, გაყვანილ იქმნა მეორე განაკვეთი Lenander-ის ხაზით. გამოვიდა აუარებელი ჩირქი — მწვანე ფერის, უსუნო, გასქელებული რძის კონსისტენციისა; შიგ ბლომად ფიბრინის მასები. ჩირქი ჩაპარკებული აღმოჩნდა. თვით ღრუ დიდი ოდენობისა — უკავია არა მხოლოდ ილეოცეკილურ მიდამო, არამედ გადადის და სცილდება მუცლის შუა ხაზს. პირველი ქრილობა გაკერილ იქმნა, მეორეში კი — ფილთები იქმნა ჩაფენილი. იმავე დღეს ჩირქის შეღებილი ნაცხებში გრამ-დადებითი დიპლოკოკები აღმოჩნდა. დათესვის შემდეგ კი გაიზარდა პნევმოკოკების წმინდა კულტურა. ოპერაციის შემდეგი მსვლელობა დამაკმაყოფილებელი. ჩირქის დენა ნაოპერაციევი ქრილობიდან 3 კვირაში შეწყდა. ბავშვი საერთოთ მოკეთდა: მშობლების სურვილით გაწერილ იქმნა სახლში გამომრთელების გზაზე დამდგარი.

როგორც ავადმყოფის ისტორიიდან სჩანს, პნევმოკოკურ პერიტონიტს ახასიათებს განსაკუთრებული კლინიკური სურათი: მწვავე დაწყება, საშინელი და დიფუზური ხასიათის ტკივილებით მუცლის მიდამოში; პირისღებინება, სიცხე,

შეტეორიზმი, ცომისებრი რეზისტენტული მუცლის კედელი, საერთო პროსტრაცია, მაჯის გაზშირება, ფალარათი.

დიფერენციალური დიაგნოზის გატარების დროს მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ აპენდიკულარული პერიტონიტი: უკანასკნელი უმეტესად შეკრულობასთანაა დაკავშირებული და თითქმის მუდამ მკაფიოთაა გამოხატული კუნთების რეფლექტორული შეკუმშვა — *defense musculaire*, პნევმოკოკური პერიტონიტის დროს კი აღინიშნება ფალარათი და რბილი მუცელი.

სიცხემ, მეტეორიზმმა, ფალარათმა და საერთო მდგომარეობის დაქვეითებამ შეიძლება გვაფიქრებინოს მუცლის ტიფზე, რომელიც ბავშთა ასაკში ხშირად უეცრივ იწყება. მაგრამ მუცლის ტიფის წინააღმდეგ ლაპარაკობენ სპონტანურ ტკივილები მუცლის მიდამოში და ხანგრძლივი პირის ღებინება. გარდა ამისა, მუცლის ტიფი ხასიათდება ლევკოპენიით და სეროლოგიური ცვლილებებით.

პნევმოკოკური პერიტონიტების უმთავრეს დამამტკიცებელ ნიშნად უნდა ჩაითვალოს თვით პნევმოკოკის აღმოჩენა ან ვაგინალურ საკრეტში, ან სისხლში ან მუცლის ექსუდატში (*Neuhof* და *Cohen*).

სწორე დიაგნოზის დასმას კი დიდი მნიშვნელობა ეძლევა თუ გავითვალისწინებთ იმ მოვლენას, რომ პნევმოკოკით გამოწვეული ჩირქოვანი ანთებანი ხასიათდებიან ჩაპარკებისადმი მისწრაფებით, რასაც ადგილი ექნება აგრეთვე პნევმოკოკით გამოწვეული პერიტონიტების დროსაც. პნევმოკოკური პერიტონიტების ასეთი თვისება კი მოითხოვს განსაკუთრებულ წამლობას, რომელიც განსხვავდება საერთო მწვავე პერიტონიტების წამლობისგან და უმთავრესად მოცდაში გამოიხატება.

პრაქტიკაში ამ მოთხოვნილების გატარებას წინ ელობება სხვა და სხვა-ნაირი შეხედულებანი პნევმ. პერიტონიტის ფორმების და მსვლელობის შესახებ. მეტი წილი ავტორებისა (*Kirmisson, Stoos, Birk*) არჩევენ ორ ფორმას: ჩაპარკებულს და გაცილებით უფრო იშვიათ—დიფუზურ ფორმას. პირველ ფორმის დროს—მოცდას გვირჩევენ, მეორე ფორმის დროს კი—ნაადრევე ოპერაციას. ამავე დროს აღნიშნავენ, რომ ჩაპარკებული ფორმაც დასაწყისში დიფუზურ პერიტონიტს წააგავს და მწვავე მოვლენები მხოლოდ შემდეგში ცხრება. ამ მხრივ *Salzer*-ი უფრო შორს მიდის. თავის შრომაში თუმცა ვაკვრით აღნიშნავს პნევმ. პერიტონიტის 2 ფორმას, მაგრამ შემდეგში აღნიშნავს, რომ ყველა პნევმ. პერიტონიტის თავის მსვლელობაში ახასიათებს ორი სტადია—დიფუზური და ჩაპარკების სტადია. ყველა პნევმ. პერიტონიტი დასაწყისში მუდამ დიფუზურია და ამ სტადიაში არ უნდა ჰქონდეს ადგილი ოპერატიულ ჩარევას, რომელიც მხოლოდ ჩაპარკების სტადიაშია ნაჩვენები.

თავის აზრს *Salzer*-ი ასაბუთებს საკუთარი 29 შემთხვევით. 21 შემთხვევიდან, სადაც დიაგნოზი სწორეთ იყო დასმული და მოცდას ჰქონდა ადგილი, 15 განიკურნა და 6 გარდაიცვალა. 8 შემთხვევიდან კი, სადაც დიაგნოზი სწორეთ არ იყო დასმული და ამიტომ ოპერაცია ნაადრევად იყო გაკეთებული—5 გარდაიცვალა, 2 განიკურნა.

დიაგნოზიკულად მოწინააღმდეგე აზრს გამოსთქვამს Ombredanne-ი: „ყველა დიფუზური პერიტონიტი აპენდიკულარულ პერიტონიტად ჩათვალეთ და თქვენ 99% შემთხვევაში მართალი იქნებით“.

დაუშვებელ ცოდვათ უნდა ჩაითვალოს ოპერატიული ჩარევის დროს ხელმძღვანელობა განავლის გამოყოფის სიხშირით და კონსისტენციით. „ჯერ ოპერაცია გააკეთეთ, შემდეგ კი იმსჯელეთ, თუ რომელ მიკრობითაა გამოწვეული პერიტონიტი“.

ამ გვარად პრემ. პერიტონიტის წამლობის შესახებ 2 მოწინააღმდეგე ფორმულაა მოცემული: ერთი—თითქმის ყოველ შემთხვევაში მოცდას მოითხოვს, მეორე კი—უშუალო ჩარევას.

რასაკვირველია ქირურგიულ პრაქტიკაში, ოპერაციული ჩარევის დროს, უნდა ვიხელმძღვანელოთ არა უკვე გამზადებული ფორმულებით, არამედ გარემოებათა მთელი კომპლექსით. სწორე დიაგნოზის დასმის შემდეგ, ვუწევთ რა ანგარიშს პნევმოკოკით გამოწვეულ ანთებათა ჩაპარკებისადმი მიდრეკილებას, მხედველობაში უნდა მივიღოთ აგრეთვე ის გარემოება, რომ ეს ჩაპარკება დადამოკიდებელია არა მხოლოდ მიკრობის თავისებურებაზე, არამედ ორგანიზმის დამკველ ძალების მარაგზედაც. სადაც იმედი გვაქვს, რომ ეს დამკველი ძალები საკმარისაა ორგანიზმში—მოცდაა საჭირო, სადაც არა—ნაადრევი ოპერაცია. ამიტომ ვასაგებია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა ეძლევა ანამნეზს, წინად გადატანილ ავადმყოფობას, ჰემოგრამას და სხვათადაც ავადმყოფის მდგომარეობის დაწვრილებითი გამოკვლევას.

დასასრულ საჭიროთ უნდა ვსცნოთ მწვავე პერიტონიტის შემთხვევებში—მხედველობაში ვიქონიოთ პნევმ. პერიტონიტის შესაძლებლობა, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში და ვაწარმოვოთ ამ მხრივ გამოკვლევანი სწორი დიაგნოზისათვის.

#### ლიტერატურა.

1. Netter. Traité des maladies de l'enfance – Grancher et Comby. T. III. 1904.
2. Birk. Pfaunders Handbuch der Kinderheilkunde. 1924.
3. Kirmisson. Précis de chirurgie infantile. 1911.
4. Stoos. Pfaunders Handbuch der K-de. 1900.
5. Salzer. Die Diplokokkenperitonitis der Kinder Monatsch. f. K-de. 1928. Bd. 38.
6. Ombredanne. Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. 1925.

Д-р Г. Ратишвили.

## Случай пневмококкового перитонита.

(Из Детск. хирург. Отделения Тифлисской 1-ой Городской Больницы.

Заведывающий др. М. Килосанидзе

Автор описывает случай пневмококкового перитонита.

Девочка, 6 лет, была доставлена в больницу со всеми признаками острого перитонита, причем в начале заболевания родители отмечали поносы, а при осмотре обратил на себя внимание — мягкий живот.

В мазке отделяемого влагалища были найдены пневмококки, а на другой день те же микробы были обнаружены и в крови. В следующие дни появились симптомы накопления гноя в брюшной полости. На 29-й день болезни была сделана лапаратомия. Гной оказался осумкованным. В посевах гноя были обнаружены пневмококки.

Автор, считая, что осумкование гноя зависит как от вида микроба, так от защитных сил организма, полагает, что следует выжидать в тех случаях, где данные тщательно собранного анамнеза и status'a больного (перенесенные болезни, гемограмма и т. д.) заставляют предполагать наличие этих защитных сил, в противном случае — раннюю операцию.

В заключении автор считает необходимым в случаях острого перитонита иметь всегда ввиду возможность пневмококкового перитонита, в особенности в детском возрасте.

G. Ratichvili.

## Un cas de péritonite à pneumocoques.

(Travail du service chirurgical infantil de M-le dr. M. Kilossanidzé  
 du I hôpital de ville de Tfflis).

Une fillete de six ans avait été amenée à l'hôpital avec tous les symptômes de la péritonite aiguë. Les parents notait la diarrhée du commencement de la maladie. A l'examen l'attention attirée par la souplesse du ventre. Dans le sang et le suintement vaginal, on a découvert des pneumocoques. Les jours suivants se manifesterent des symptômes de l'accumulation du pus dans la cavité péritoneale. Au 29 jour la malade fut opérée. On a trouvé du pus enkysté qui contenait également des pneumocoques.

L'auteur — estimant l'ekystement du pus comme dépendant de l'espèce du microbe aussi bien que des forces défensives de l'organisme — suppose qu'il faut attendre dans les cas ou les données de l'anamnese et l'état actuel du malade laissent à supposer la présence de ces forces; en cas contraire on pratique l'opération immédiate.

En conclusion, l'auteur pense qu'il est nécessaire dans les cas de péritonite aigüe d'avoir en vue la possibilité du'il péritonite à pneumocoques, surtout dans l'enfance.

---

## 6. სრამელაშვილი.

თვალის განყ. გამგე.

### თვალის და დანამატი ღრუები.

(ქალაქის პირველი საავადმყოფო. დირექტ. კ. ლორთქიფანიძე).

ოკულისტის ქირურგიული მოქმედება ის სფერო ხშირად დიდია და ბევრად აღემატება თვალბუდის ფარგლებს. ამ შემთხვევაში არ მართლდება ის სიტყვები, რომ თვალის ქირურგიის გაქანების ველი დაიფარება სპილენძის შაურთანით. ამ დარგის გაფართოვების პიონერები ჩვენი საბჭოთა ოკულისტები არიან. და მართლაც ხშირად თვალბუდის მეზობელი ღრუების (წიალების) დაავადებანი იმდენად გაუგებრად მიმდინარეობენ, რომ ოკულისტი, რომელიც დარწმუნებულია, რომ ის განკვეთავს თვალბუდის უბრალო ფლემონას, წააწყდება ხოლმე მეზობელ წიალების ღრმა დაავადებას. მე მაგონდება ავადმყოფი ვასილიევი (კიევის კლინიკური ინსტიტუტი) ტვინის აბსცესით—შუბლის ნაწილში, exophthalmus-ით და ზედა ქუთუთოს კანის ანთებითი მფლენებით, რომელიც ადვილად შეიძლება შერეული ყოფილიყო თვალბუდის ფლემონასთან; ეს ავადმყოფი ოპერაცია ქმნილი იყო ჩემ მიერ—კარგი შედეგით. ეს საკითხი თავის დროზე დასვა განსვენებულმა პროფესორმა გოლოვინმა და ამ უამად კი პროფ. ფილატოვმა და კიევის პროფ. ლევიცკიმ, ვასილუტინსკიმ. უკანასკნელმა კიევის ოფტალმოლოგიური ინსტიტუტის პროექტის ორგანიზაციის დროს გამოაპყო თვალბუდის მოსაზღვრე ქირურგიული დარგი.

აუცილებელია, რომ გაუცნობლობა ამ დარგთან ხშირად ჩააყენებს ქირურგ-ოკულისტს გასაჭირში. ამით მე არ მინდა ვსთქვა, რომ ყოველი შემთხვევა სინუსების ქირურგიული მკურნალობის, თვალბუდის მხრივ გაურთულებრივათაც, ოკულისტს ეკუთვნის. თუმცა კი Kuhnt-ი არის დიდი მომხრე ამისა. დანამატი წიალების დაავადებანი თავისი გართულებების მხრივ შეიძლება დაყოფილი იქნეს 3 ჯგუფად:

1. გართულება თვალზე და თვალბუდის არსზე. 2) გართულება მხედველობის ნერვზე. 3) გართულება მეზობელი წინა და საშუალო ქალას ღრუზე ტვინის გარსებით და ტვინის სათანადო ნაწილებით.

შუბლის წიალის ტოპოგრაფიული პირობები შემდეგია: იგი იმყოფება შუბლის ძვლის ქიცვოვან ნაწილში, ხშირად იგი უფრო შორს გაიწეეს შუბლის ძვლის ჰორიზონტალური ნაწილში, აგრეთვე შეუძლიან გადავიდეს spina nasalis superior-ში, გვერდით ყვირიმალის ძვალში, ზევით შუბლის ბორცვებში და უფრო მალა უკანასოლისებრივ ძვლამდე და როდესაც ეს წიალი მიდის შორს,

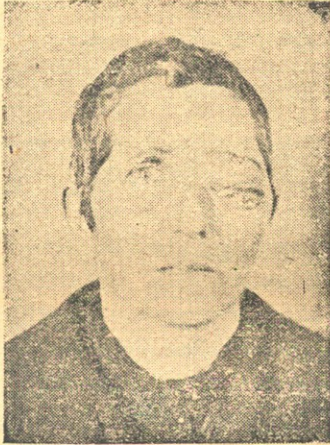


მაშინ თვალბუდის ზემოთა კედელი დიდ მანძილზე მოსჩანს ორმაგად. ზოგჯერ ეს წიაღი (შუბლის) სრულებით არ არსებობს (სხვა და სხვა ავტორებით 10% — 20%-დან).

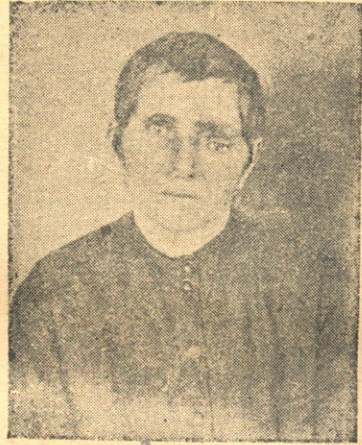
თვალბუდის მედიალური კედელი წარმოსდგება lamina papyracea-საგან. ამ ნაირი ტოპოგრაფიული პირობებში რა თქმა უნდა უკვე ადვილი წარმოსადგენია ჩირქის გარღვევა იმ ძვლიან კედლებში, რომლებიც ჰყოფენ მეზობელი წიაღებს. მაგ. lamina papyracea-ს ცხავის უჯრედებიდან — თვალბუდეში, წინა ცხავის უჯრედებიდან — ცრემლის პარკში, შუბლის წიაღის ქვედა კედლიდან და ზედა ყბის წიაღის ზედა კედლიდან — თვალბუდეში. უკანა ცხავის უჯრედების და სოლისებური ძვლის წიაღის ემპიემის დროს canalis optici — როგორც თხელი კედლების მქონე არხი დაზიანდება ხოლმე და შეუძლიან გამოიწვიოს perineuritis optici ცხავის ძვლის უკანა უჯრედი გადაადის 6 mm. canalis opticus-ის უკან და აქვს ძალიან ახლო მეზობლობა მხედველობითი ნერვთან და chiasma-ს თან და ამგვარად ცხავის უკანა უჯრედების დაავადების დროს ადვილად შეიძლება მივიღოთ მხედველობის დაზიანება ჯვარედინი და ორთავმხრივი მოვლენები სოლისებური ძვლის წიაღს აქვს თხერი ზედა კედელი და ეხება შუბლის ნაწილს (ყნოსვის ნაწილი), chiasma nervorum opticorum-ს, sella turcica-ში მდებარე hypophysis cerebris და canalis opticus-ს, რომელშიც მხედველობის ნერვი იმყოფება. ამ მხრის (canalis opticus) წარმოქმნაში შეიძლება მონაწილეობას ღებულობდეს როგორც სოლისებური ძვლის წიაღი ისევე სულ უკანა ცხავის უჯრედი. ამისთანა ტოპოგრაფიული მდგომარეობიდან ნათელია რა გართულებები შეიძლება მოჰყვეს ამ წიაღის დაავადებას. აქ ჩვენ კიდევ უნდა მოვიხსენიოდ წიაღის გვერდითი კედელი, რომელზედაც დურალური სივრცეში იმყოფება ar. carotis interna და sinus cavernosus-ს დურალური სივრცეს თავის მხრივ აქვს კავშირი თვალის ნერვებთან. თვალბუდის ქვედა კედელი წარმოსდგება ზედაყბის სხეულის ზედაპირით ამ კედლის სისქე ზოგიერთ ალაგას საწერ ქალაქს არ აღემატება და რასაკვირველია ზედაყბის წიაღის დაავადებანი იწვევენ ხშირად გართულებებს უმთავრესად საცრემლე აპარატზე და თვალბუდის ქსოვილებზე. ბირხ-გირშფელდით 20% შემთხვევებში ზედაყბის წიაღი არის მიზეზი თვალბუდის დაავადებისა. Ziem-Fremaget-ს ჰქონდა შემთხვევა ირიტის განკურნებისა ზედაყბის წიაღიდან ჩირქის გამოშვების შემდეგ. Kuhnt-ს 3 შემთხვევაში ჰქონდა trombosis venae centralis retinae ზედაყბის წიაღის დაავადების დროს. ამ წიაღის კედლების სიმთელის დარღვევა იწვევს თვალბუდის ფლეგმონას შუბლის წიაღის ემპიემის დროს ხშირია შემთხვევები ნევრალგიებისა თვალბუდის ირგვლივ, ზედა ქუთუთოს შემუშების და ქუთუთოს და თვალი კაკალის კუნთების სიღამბლისა (Zapersonne) ამის გარდა Kuhnt-ს ჰქონდა შემთხვევა ბროლის შემღვრევისა და ასტენოპიის მოვლენებისა. ერთი დამახასიათებელი სიმპტომთაგანი ამ წიაღის დაავადების დროს არის exophthalmus-ი.

ქირურგიული ღონისძიებათა გარჩევის დროს (სინუსების დაავადებისას) ჩვენ შევხებით მარტო გარეგან ქირურგიულ მეთოდებს, რომლებიც ოკულისტს ეხებიან. უბრალო ქირურგიული განკვეთა შუბლის წიაღისა უკვე დავიწყებულია და ოკულისტსაც მისი გამოყენება არ სჭირდება. ჯერ კიდევ 1847 წ. რიბერი

შუბლის წიაღს მოაშორა საკმაო დიდი ნაწილი წინა კედლისა 1858 წელს კი გააკეთა შიგნითი დრენაჟი. ნეიბინგერი და ოქსტონი აკეთებდნ ამ ოპერაციას, შუბლის წიაღის ლორწოვანი გარსის გამოფხვებით ამასთანავე პირველი (ნეიბინგერი) უკეთებდა დრენაჟს კრილობაში შუბლზე, მეორე კი (ოქსტონი) ductus naso-frontalis-ში ე. ი. შუბლცხვის მიდამოს საზღვარზე. ლაკმა (Luc) 1894 წ. დაუმატა კიდევ ცხავის უჯრედების გამოფხვება. 1893 წ. იონესმა მოაშორა შუბლის წიაღს მისი ქვედა კედელი თვალბუდის მხრივ. კრილობა მოა-



ნახ. 1.



ნახ 2.

დიოდა რკალისებურად წარბის გასწვრივ ქვემოდ. კუნტმა პირველად მოაშორა წინა კედელი სავსებით. ეს ოპერაცია მდგომარეობდა შემდეგში:

წარბის გაპარსვა და მის ადგილზე კანისგანკვეთა ძვლამდე—ცხვირის ფუძემდე ერთი cm მოშორებით აქეთ. ამ კრილობას უმატებდა მეორე განაკვეთს ვერტიკალურს კრილობის შიგნითი კუთხიდან—margo supraorbitalis-ზე აკეთებდა ნაჩრეტს შუბლის წიაღში და შემდეგ ამ ხვრელს აგანიერებდა და სრულიად მოაშორებდა წინა კედელს (საძვალე მაშებით). ლორწოვანი გარსს სავსებით გამოფხვავდა და თუ საჭირო იყო ცხავის ძვლის წინა უჯრედებსაც, და შემდეგ წიაღის ღრუში პლომბის მაგვარად შეჰყავდა ყველა რბილი ქსოვილები და ჩააქერებდა. კოსმეტიკის მხრივ ეს ოპერაცია არ არის ლამაზი. რიდეელი აშორებდა მთელი წინა და ქვედა კედელს, ეს ოპერაცია უფრო მეტ ღირებულობას წარმოადგენს მაგრამ კოსმეტიური ეფექტის მხრივ პირველზე უარესი იყო. უფრო მიზანშეწონილი და კოსმეტიურად უფრო ლამაზი არის ოპერაცია კილიანისა, რომელიც შემდეგში მდგომარეობს: წინა და ქვედა კედელს მოაშორებს იმ ნაირად, რომ მათ შორის დასტოვებს ძვალოვან ბოვირს margo supraorbitalis-ის მაგვარად, განკვეთავს და გამოფხვავს ცხავის ძვლის უჯრედებს, ამასთანავე ახდენს რეზექციას ზედაყბის შუბლის მორჩისას და თუ საჭიროა ხსნის

სოლისებური ძვლის წიაღსაც. რბილი ქსოვილების განაკვეთი მოდის წარბში ცხვირის ფუძემდე და იქიდან კი რკალისებურად ზედაყბის შუბლის მორჩის შუაში ქვევითკენ ცხვირის ძვლის ქვედა ნაპირის თანასწორივ. ამის გარდა ის მოაშორებს ცხვირის შუა ნიჟარას და ახდენს ფართო სავალს ცხვირთან ცხავის ძვლის ლაბირინთით. კრილობას მქიდროთ გაჰკერავს. პროფ. გოლოვინი თოსტეოპლასტიური, მეთოდი შუბლის წიაღის ოპერაციებისა, მდგომარეობს წიაღის წინა კედლის შენარჩუნებაში. ის მხოლოდ ახდენს წინა კედლის დროებითი რეზექციას და დროებით შეჰყავს დრენაჟი შუბლ-ცხვირის არხში.

გადავიდეთ ეხლა ჩვენ შემთხვევაზე: 31/III-33 წ. ქალ. პირველი სავადმყოფოსთან არსებული თვალის განყოფილებაში მიღებული იქნა ავადმყოფი ქალი ბლიაძე 48 წ.—გლხი. ჩივილით თავის ტკივილებზე შუბლის მიდამოში და მკვეთრად გამობატულ მარცხენა თვალის კაკლის გამოწეულობაზე (exophthalmus) ავადმყოფის სიტყვით ეს მოხდა 7—8 დღის წინედ. ამასთანავე აუტყდა ტკივილები თავის მარცხენა ნახევარში. ჰქონდა პატარა სიცხეც. ანამნეზში ტრავმა 20 წლის წინედ—მარცხენა წარბის მიდამოში რის შემდეგ დარჩა პატარა კვანძი, რომელიც მას არ აწუხებდა. თავის ტკივილები აქვს დიდი ხანია აკავშირებს ტრავმასთან. Iues-ს უარჰყოფს. Status praesens ავადმყოფი საშუალო სიმაღლის და კვების; გული, ფილტვები და კუჭნაწლავის ტრაქტი — ნორმა. მარჯვენა თვალი—ნორმის ფარგლებში, მარცხენა თვალი: თვალის კაკალი ძლიერ არის წამოწეული წინ და დაწეული ქვევით და გარეთ. აქვს ptosis და კონიუნქტივის chemosis მოძრაობა თვალის კაკლისა ძლიერ შეზღუდულია წინა საკანი და ფერადი გარსი არ არის შეცვლილი. რქოვანა გამსჭვირვალე და მცირეოდენათ მგრძნობიარობა მოჩვენებულად. თვალის ფსკერზე სისხლის შეგუბებითი მოვლენები (შეგუბებითი დვრილი მხედველობის ნერვისა) Visus=0,2 წარბის ქვემოდ მოსჩანს დიფუზიური სიმსივნე, რომლის საზღვრები არ სჩანს, რადგან იგი ნელ-ნელა ნორმალურ ქსოვილში გადადის. პალპაციით ეს სიმსივნე იძლევა მკვრივი ფლოუქტუაციას (პალპაციის დროს ავადმყოფი გრძნობს. ტკივილებს წარბის და შუბლის მიდამოში). რენტგენი იძლევა ჩრდილს ცხავის და შუბლის წიაღის მიდამოში. Tensio-Norma RW და RK უარყოფითია. ლეიკოციტარული ფორმულა ნორმის ფარგლებში. შარდი ნორმა. ტემპ. რყევა დილით 36,6 საღამოთ 37,2-ს საზღვრებში. ნაგულისხმევი დიაგნოზი: ცხავის და შუბლის წიაღების ჩირქოვანი ანთება წინადადება მიეცა ოპერაციაზე, რომელზედაც ავადმყოფი დასთანხმდა. 9/IV ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი მოდიოდა ოდნავ რკალისებურად margo supraorbitalis-ის შიგნითი მესამედიდან წარბის ქვეშ ცხვირის ფუძემდე და შემდეგ ისევ რკალისებურად ზედაყბის შუბლის მორჩის შუაში ცხვირის ძვლის შუა ნაწილამდე. აშორებული კანის გადაწევის შემდეგ აღმოჩნდა გასქელებული ძვლის ზედაკანი მორუხო ფერისა; ძვლის ზედაკანის აცლის დროს—შუბლის სინუსის ქვედა კედელზე მისადგომათ—გადმოსჩქევა თხელი ჩირქმა. შუბლის წიაღის კედლები ახდენენ პერგამენტის შთაბეჭდილებას ისევე ექტაზიურია და გათხლებული არიან. ქვევითი კედელი, როგორც ასეთი აღარ არსებობს, არის მხოლოდ შენარჩუნებული ძვლის ზედაკანი. წინა კედელი იქნა მოშორებული. წიაღში უკე-

თესი ორიენტაციისათვის გაკეთდა კიდევ დამატებითი ვერტიკალური განაკვეთი 2 სანტ. უკანა კედლის გასინჯვისას აღმოჩნდა, რომ იგიც გათხლებულია, მაგრამ დეფექტები ზედ არ აღმოჩნდა. ლორწოვანი გარსი იქნა გამოფხეკილი. აქ უნდა ითქვას, რომ უკანა კედელი საზღვრავს ქალას ღრუს წინა ფულუროს და წარმოსდგება ქიცვის უკანა ფირფიტისაგან და შუბლის ძვლის თვალბუდის ნაწილის ზედა ფირფიტისაგან, იგი არის ძალიან თხელი და ამიტომ გამოფხეკვის დროს გვმართებს დიდი სიფრთხილე, განსაკუთრებით კი ჩვენ შემთხვევაში. ცხავის ძვალი თითქმის სავსებით იყო დაშლილი და შენახული იყო მხოლოდ მარჯვენა თვალბუდის მედიალური მხარე. სოლისებური ძვლის უბიდანაც გამოჩნდა ჩირქ-სეროზული სითხე. სავალი ფრთხილად იქნა გაფართოვებული წიაღი კი გამოფხეკილი. ყველა ძვალოვანი ხორკლოვანების შესწორების შემდეგ ფრთხილად და არა მჭიდროთ იქნა შეყვანილი ტამპონი (წარმოქმნილ ღრუში მოთავსდა 1 მეტრზე მეტი 2 ბანდი), რომელიც იქნა გამოყვანილი ცხვირის ზედა სავალიდან ცხვირის ნესტოში. ცხვირის შუა ნიჟარა იქნა დატული რადგან წარმოსდგა ისეთაც განიერი სავალი ცხვირის ღრუში. კანის ქრილობა მჭიდროთ გაიკურა. ოპერაციის შემდეგი პერიოდი ნორმალურად მიმდინარეობდა უტემპერატურით. მეორე და მესამე დღეს ტამპონს ვწვედით და ვჭრიდით, მეოთხე დღეს ტამპონი იქნა მოშორებული. Exophthalmus-ი აღარ აქვს, ქუთუთოების შეშუპება დღითი დღე კლებულობს, თვითვარძნობა კარგი. შეექვსე დღეს იქნა მოხსნილი ნაკერები; ქრილობა შეხორცდა პირველი შეხორცებით 24/IV-ს ჩირქის დენა აღარ აქვს Visus=1,0 თვალის მოძრაობა აღდგენილია 24/VI ს. გაეწერა სრულიად დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობაში. განაკვეთი განგებ იყო ჩემ მიერ გაკეთებული კილიანის წესით. ჰორიზონტალური წარბის ქვემოთ და პატარა სიგრძის იმიტომ რომ შენარჩუნებული ყოფილიყო m. trochlearis-ს მიმაგრება ძვლის ზედაკანზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში ტროხლეს მყესოვანი ბოჭკოები, რომლებიც მიდიან თვალბუდის ზედა კიდესთან, ჰკარგავენ თავის დასაყრდნობ წერტილს და შეიძლება მივიღოთ დიპლოპია.

ვერტიკალური განაკვეთი მომატებული იყო შუბლის წიაღის უკანა კედლის უკეთესი დანახვისათვის (ორიენტაციისათვის) დეფექტების აღმოჩენის მხრივ. თუ ასეთი აღმოჩნდებოდა მოსალოდნელი იყო ინფექციის შესვლა ქალას ღრუში და ტვინის აბსცესის მიღება. ამისთანა ფართო დაჩირქებების დროს ქირურგს მართებს დიდი სიფრთხილე და მას უნდა გაახსენდეს ყველა დიაგნოსტიკური მეთოდები, რომ არ გამოეპაროს ტვინის აბსცესი. ტვინის აბსცესის ერთ ერთ სიმპტომთაგანი—თუ dura mater გაშიშვლებულია—არის პულსაციის უქონლობა უფრო მეტად დასარწმუნებლად აკეთებენ საცდელი პუნქციას, მაგრამ აქ მეტის მეტი სიფრთხილეა საჭირო, რომ ჩხვლეტის დროს არ შევიტანოდ ინფექცია. ლენკერის აზრით საცდელი პუნქცია საოპერაციო ველიდგან სჯობია, მაგრამ მე კი მგონია რომ ეს ადგილი ისევე სანდო არ არის ინფექციის მხრივ, სჯობია ასე: ოპერაციის დასრულების შემდეგ ახლად ხელების დაბანვა და იარაღების სტერილიზაცია. ჩხვლეტის ალაგი: შუბლის ბორცვების 4 თითით ზევით და 2 ნახევარი თითით დაშორებით შუა ხაზიდან. კანის პატარაზე გაჭრის შემდეგ ხერვლის გაკეთება ძვალში, შემდეგ წმინდა ნემსით (შპრიციანათ) ნაჩხვლეტი —

დასარწმუნებლათ იმისა, რომ სისხლი არ გამოდის, შემდეგ კი უფრო მსხვილი ნემსით შესვლა და თუ ჩირკი გამოჩნდა ნაპრობლივი განაკვეთის გაკეთება თმთან ნაწილისაკენ და მერე კი თვით ძვალოვანი ხერელის გაფართოვება. ტვინის მაგარ გარსზე უნდა გაკეთდეს ჯვარედინი განაკვეთი და გაკეთდეს დრენაჟი, რომელიც გამოიყვანება პირველი (კანის) კრილობაში. ნაჭერი კი ნაპირებში გაიკერება. შუბლის ძვლის უკანა კედლის ფართოთ შოშორების დროს შეიძლება აღმოჩნდეს ექსტრადურალური დაჩირქება, გრანულაციები და შეხორცებები ტვინის მაგარი გარსის ქვეითა კედელთან და ფისტულასთან ინტრადურალური აბსცესისკენ და ტვინის შუბლის ნაწილის დაჩირქებისაკენ. ამ შემთხვევაში ექსტრადურალური აბსცესი უნდა განიკვეთოს და თუ არის ინტრადურალური აბსცესი ა. როზენბერგი (ბერლინი) უწევს ტვინის მაგარი გარსის გარღვევას და თუ იგი პერფორაცია ქმნილია ამ ადგილის გაფართოვებას პირადათ მე ამ ოპერაციისაგან თავს შეეკავებდი, ვინაიღგან დიდი შიშია მეორადი ინფექციისა. ვისაც ჰქონია შემთხვევები ტვინზე ოპერაციებისა, ტვინის ნაწილი შემდეგი გამოვარდნით, სადაც საჭიროა განსაკუთრებული მოვლა, როდესაც ხშირია განმეორებით ნაკერების დადება და ხშირათ ტვინის გამოვარდნილი ნაწილის მოჭრაც, ის ალბათ დამეთანხმება, რომ ეს გზა ტვინის აბსცესის გახსნისათვის არ არის უხიფათო და მისაღები. ტვინის აბსცესის ერთ ერთ სიმპტომთაგანს წარმოადგენს შეგუბებითი დვრილები (მხედველობის ნერვებისა) ცალმხრივი შეგუბებითი დვრილი აბსოლიუტურად ტვინის აბსცესზე არ ლაპარაკობს, მაგრამ მისი უფრო ინტენსიური გამოხატვა ცალ თვალზე მეორესთან შედარებით კი გვაფიქრებინებს აბსცესზე ამ მხარეზე. საერთო თვითგრძნობა ავადმყოფობისა (ტვინის აბსცესით) არის დამაკმაყოფილებელი აქვს მხოლოდ თავის ტკივილები აბსცესის მხარეზე. მე მაგონდება ერთი შემთხვევა, როდესაც ჩემთან 1912 წ. 14/X ბოიარსკის რაიონის საავადმყოფოში მოვიდა გლეხი დავი დენკო 24 წ. ფენით 5 ვერს მოშორებით სოუელ გლივანიდან. ის ერთი თვის წინედ გაწერილი იყო საავადმყოფოდან, სადაც იწვა მარჯვენა ხელის ამპუტაციის გამო (მძიმე კრილობა მაჯის ძვლებისა მიღებული ჰქონდა ხელის გრანატით) ამასთანავე. მას ჰქონდა პატარა ზედაპირული კრილობა შუბლ-თხემის ძვლის მიდამოში დიამეტრით 1/2 სანტ. ამ კრილობას, როგორც მსუბუქს, ჩვენ ყურადღებას არ ვაქცევდით, რადგან მთელი ჩვენი ყურადღება მიპყრობილი იყო მაჯის მძიმე კრილობაზე. საავადმყოფოში დაჰყო 26 დღე. როდესაც ის მეორედ მოვიდა ჩვილით თავის ტკივილზე, მე გავუსინჯე თვალების ფსკერი და დავინახე შეგუბებითი დვრილები, უფრო მკაფიოდ გამოსახული მარჯვენა მხარეზე. მქონდა რა მხედველობაში ასეთი სურათი და უწინდელი კრილობა მე გავიფიქრე ტვინის აბსცესზე შუბლის მარჯვენა ნაწილში, რაც დამტკიცდა ოპერაციის დროს. სურათი არ იქნა გადაღებული რადგან რენტგენის აპარატი არა გვექონდა. ვურჩიე ოპერაცია რაზედაც ის დათანხმდა. მე მივეცი სანიტარს წინადადება, რომ საოპერაციო ოთახი გაეხურებინად თვითონ კი გავედი გარეთ და როდესაც დავბრუნდი საოპერაციოში დავინახე შემდეგი სურათი. ავადმყოფს თვითონ მოჰქონდა შეშა და აპირებდა ღუმელის ანთებას. ამით მე მინდა ესთქვა ის თუ რამდენათ დამაკმაყოფილებელია ამ ნაირ ავადმყოფთა თვითგრძნობა

პირველ ხანებში. ავადმყოფი იყო ჩემი თვალყურის დევნების ქვეშ 8 წლის განმავლობაში და სრულიად კარგად გრძნობდა თავს, იგი ამ უამათაც ცოცხალია. ამისთანა ჩუმი მიმდინარეობის გამო სწორედ უფრო დიდი სიფრთხილედ მართებს ექიმს, რომ მას არ გამოეპაროს მომენტი ოპერატიული ჩარევისათვის. ვინაიდან ზოგიერთი ავტორები გვირჩევენ დიაგნოზისათვის საცდელი პუნქციის გაკეთებას საოპერაციო კრილოზიდან ტვინში სინუსების გახსნის მიზნით ვსთელი საჭიროდ მოვიხსენიო Denker-ის მიერ ნარჩევი წესი. ნაჩხვლეტის გაკეთება შუბლის ზედა და საშუალო ნაწილების წინა ზედაპირის ქვეითა ნაწილიდან უკან, ზემოდ და გვერდით 2 ნახევარ სანტ. სიღრმით. აფაზის, სახის და ენის ქვეშა ნერვების დაზიანების (აშლილობის) დროს გვერდით შეიძლება შესვლა 1—2 სანტ.-ით ქალას ფუძიდან და უკან და გვერდით კი 4—5 სანტ. (სიღრმე).

### დასკვნები.

1. ოკულისტი ქირურგი უნდა იყოს გაცნობილი მეზობელი წიაღებთან და იცოდეს მათი ოპერაციები.
2. ორბიტის გახსნა შიგნითი ან გარეთა მხარიდან ისეთივე დიაგნოსტიკური მიდგომა არის, როგორც საცდელი ლაპორატომია.
3. შემოკლებული განაკვეთი საკმარისია წიაღების გახსნისათვის და არ არის საშიში ტროხლეს მყესოვანი ბოჭკოების დაზიანებისთვის.
4. ნიჟარების და ზედაყბის მორჩების რეზექცია არ არის აუცილებელი.
5. საცდელი პუნქცია ტვინის აბსცესზე ექვის დროს, სჯობია, რომ საოპერაციო ველიდან არ ვაწარმოვოდ.

### Д-р Н. Храмелашвили.

## Осложнения со стороны зрительного органа при заболеваниях придаточных полостей носа.

### В ы в о д ы .

1. Заболевание придаточных полостей носа с осложнением экзофтальмусом можно смешать с флегмоной глазницы.
2. Знакомство с пограничными пазухами и умение их оперировать необходимо окулисту.
3. Вскрытие орбиты с внутренней или с наружной стороны, такой же диагностический прием как пробная лапаротомия.
4. Подбровный разрез до прикрепления трохлеа достаточен для вскрытия пазух (лобной решетчатой и клиновидной) и не опасен для повреждения сухожильных волокон трохлеа.
5. Среднюю раковину и отросток верхней челюсти можно не резецировать.
6. Пробный прокол мозга, при подозрении абсцесса мозга, во время заболевания пазух лучше делать не с операционного поля.

D-r Chramelaschvili

## Die Komplexationen seitens des Sehorgans bei den Erkrankungen der Nasennèbenheöhlen.

### Zusammenfassung.

1. Die Erkrankung der Nebenhöhlen mit dem begleitenden Exopthalmus kann man mit der Phlegmone der Orbita verwechseln.
2. Die benachbarten Nebenhöhlen zu kennen und sie operieren zu wissen ist für jeden Okulisten notwendig.
3. Das Öffnen der Orbiten von Innen und Aussenseite ab ist ebendasselbe diagnostische Verfahren, wie die Probelaporatomie.
4. Unteraugenbraunschchnitt bis zu der Aubefertigung der Trochlea ist für das Öffnen der Nebenhöhlen der Stirnsieb-und keilbeines genügend und ist kleineswegs für die Verletzung der Adersehnen der Trochlea gefährlich.
5. Die mittlere Siebbeinmuschel und den Fortsatz des Oberkieferbeines kann man nich rezizieren.
6. Die Probepunktion des Gehirns bei der Vermutung des Gehirnsabscessus bei den Erkrankungen der Nebenhöhlen ist vorzugsweise nicht von dem Operationsfall ab zu machen.

### ლიტერატურა.

1. Очаповский. Флегмоны орбиты Спб. 1904 г.
2. Филатов В. О. 1913 г.
3. Сегаль. Офтальмологические наблюдения. В. О. 1906 г.
4. Лысенков. Топограф. анатомия.
5. Wullstein u Wilms. Руковод. по хирургии т. 1. Изд. прак. мед. 1913 г.
6. Бир, Браун, Кюммель. Опер. хир. т. III.
7. P. H. Gerber. Beiträge zur Anatomie, Pathologie und klinik der Stirnhöhlen. Berlin 1909 Verlag von Jkakger.
8. Ziem. Fall III, iritis bei Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Zentralblatt für, prokt. Augenheilkund 11 jarg. 1887.

ლ. ა ფირცხალავა.  
ასისტენტი.

## Scleroderma en bandes.

(კანის და ვენერიული კლინიკა. დირექტორი პროფ. ვ. თ. ბურგსდორფი).

ერთ-ერთ ჩვენს შრომაში (Sclerod. universalis) სხვათა შორის მოვიხსენიეთ ამ ავადმყოფობის ძველი ისტორიული ხანის აღწერა. შემდეგ ამ უკანასკნელის სიმპტომოკომპლექსების მე 17 და მე-18 საუკ. სისტემატიურად ჩამოყალიბება და აგრეთვე მისი ყოველგვარად გარეგნული ფორმა, სადაც არის ნაჩვენები სხვათა შორის Scleroderma en bandes. ამ სახელწოდებით ავადმყოფობის ფორმა წარმოადგენს ერთ-ერთ სახეს საერთო სკლეროდერმიისას, რომლიდანაც შესაძლებელია განვითარდეს დიფუზური ანუ უნივერსალური სკლეროდერმია, ანდა უკეთეს შემთხვევაში ავადმყოფობის პროცესი განისაზღვროს მოხსენებული სახელწოდებით. უკანასკნელ საუკუნეებში სხვა და სხვა ავტორები საზოგადოთ სკლეროდერმიულ პროცესს ახასიათებენ სხვა და სხვაობით, მაგალითად: Darier, Goucher, Du Castell (Sergent), Brock და სხვა. თუ მივიღებთ მხედველობაში მოყვანილი ავტორების მიერ აღწერილ სულ სხვა და სხვა ფორმის კლასიფიკაციას, დავინახავთ, რომ Darier-ი აკუთვნებს Scleroderma en bandes მისი კლასიფიკაციის მე-4 კატეგორიას, ე. ი. Scleroderma partiel-ს, ხოლო Goucher-ის კლასიფიკაციით Scleroderma en bandes აღწერს როგორც ადგილობრივი და-ავადებას, მაგრამ ამასთანავე ერთად უარს არ ჰყოფს, რომ მას არ შეეძლოს დიფუზურ ფორმაზე გადავიდეს. Du Castell-ი Darier-თან ერთად Scleroderma en bandes სოვლის ერთ ერთ ფორმად Scleroderma partiel-ისა, ხოლო რაც შეეხება Brock-ის კლასიფიკაციას, ის Scleroderm. en bandes სოვლის, როგორც პირვანდელი ავადმყოფობად და მას აკუთვნებს მისი კლასიფიკაციის მე-3 კატეგორიის la sclerod. en plaques-ის მე-2 პუნქტს Les dermato-scleros. en bandes სახელით. როგორც დავინახეთ Scleroderma en bandes, გარდა Darier-ისა, არც ერთ სხვა ავტორებს არა აქვთ აღნიშნული დამოუკიდებელი კატეგორიით, პირიქით ის აღინიშნება როგორც ერთ ერთი სახე Scleroderma parcieli-ისა და, აი სწორედ ამით აიხსნება მისი იშვიათობა შედარებით ზემო მოყვანილ ავადმყოფობის სახეებთან, როგორც ამას ამოწმებენ ზემოხსენებული ავტორები.

1929 წელს, აპრილში, კანის და ვენერულ კლინიკაში შემოვიდა ავადმყოფი, რომელსაც აღმოაჩნდა Scleroderma en bandes და, ვინაიდან ეს ავადმყოფობა წარმოადგენს მეტის მეტ იშვიათობას, კლინიკის დირექტორის პროფ. ვ. თ. ბურგ-



სდორფის წინადადებით ჩვენ აღვწერეთ ეს ავადმყოფი და მოვახდინეთ მისი დემონსტრაცია კანის და ვენერიულ ექიმთა სექციის წინაშე ამავე წელს.

ავადმყოფი ხაჩატურიან ერემი 11 წლისა. მცხოვრები სოფ. შამშატნეთისა (განჯის მაზრა და გუბერნია). მამა მისი არის მიწის მუშა, მშობლები და ძმები სრულებით ჯანსაღნი არიან. დაბადებიდან 4 წლისა ავადმყოფი ყოფილა ავად ყოვანაზველით, შემდეგ გამხდარა ავად ქუნთრუშით და შემდეგ მალარიით. მშობლებს არ ჰქონიათ არავითარი ვენერიული ავადმყოფობა. ავადმყოფის მამის სიტყვით ბავშვი გამხდარა ავად 3 წლის წინედ. ავადმყოფობა დასწყებია შემდეგი მოვლენებით: მარჯვენა წინა მხარის მიდამოში მისი ზემო მესამედის ნაწილზე გამოჩენილა პატარა წინწყალი მოწითალო ფერისა, რომელიც გაფართოვებულა დაახლოვებით 3 კაპეიკის ოდენობისა. ამ უკანასკნელის ქვედა ნაწილს დაუწყია შესივება, რომელიც თავის განვითარებით ჩამოსულა ამავე კიდურის მტევანმდე, შესივების პროცესს თან უძღვებოდა ცოტათი ტკივილიც და დრო გამოშვებით — ქავილიც. ტკივილი თან და თან ძლიერდებოდა და რალაცა მალამოს ხმარობის შემდეგ მთელი ხელი შეწითლებულა. შემდეგ ამისა იმ ადგილიდან, საიდანაც დაეწყო ავადმყოფობა, დაწყებულა გამოდენა მოყვითალო სითხისა, ცოტათი შერეული სისხლით. ტკივილი შეჩერებულა და აგრეთვე შეჩერებულა სისხლის გამოდენაც. ამის შემდეგ დაახლოვებით ორი კვირისა დაწყებულა გამაგრება დაავადებული ნაწილისა, როგორც კანისა, ისე იდაყვის სახსრის მიდამოშიაც. აქედან პროცესი კანის და კუნთის გამაგრებისა, გადასულა მხარზედაც, მაგრამ არა მთლიანათ. შემდეგ ეს პროცესი გადასულა იმავე კიდურის ილღის ფოსოში. ერთი წლის წინედ როგორც ავადმყოფს, ისე მშობლებსაც შეუნიშნავთ თეთრი წინწყალები გულმკერდის კანზე, კისერზე, ზურგზე, მარცხენა ბეჭზე და აგრეთვე მარცხენა ბარძაყის მთელი მედიალურ მხარეზე. Stat. praesens-ი: ავადმყოფი შედარებით კარგი კვების სურათს წარმოადგენს ძვალოვანი და კუნთოვანი სისტემა ნორმალურად განვითარებულია გარდა დაავადებული ადგილებისა, საზოგადოთ შინაგან ორგანოების მხრივ არ ეტყობა არავითარი პათოლოგიური ცვლილებები. ავადმყოფობის ლოკალიზაცია წარმოადგენს შემდეგ სურათს: მარჯვენა კიდურის იდაყვის სახსრის მიდამოში მოძრაობა შეზღუდულია შეთანასოვნების ადგილზე. კიდურის შინაგან მხარეზე ნათლად ემჩნევა ნაწიბურები, რომელიც ზოლივით ჩაყოლებულია პატარა თითიდან თვით ილღის ფოსომდის. — სიფართე ნაწიბური ხაზისა ერთ და იმივე ზომის არ არის; ხელის შეხებით მთელი ზოლი ალაგ-ალაგობით ხრტილოვან კონსტინტენციისა ალაგ-ალაგობით კი პასტოზური, ზედაპირი ნაწიბურებისა კელოიდური ხასიათისაა, განსაკუთრებით ქვედა მესამედი ნაწილი ამავე კიდურისა. გარდა ამისა ნაწიბურის ზედაპირი ალაგ-ალაგ ხორც მოწითალო ფერისაა და ზოგიერთ ადგილზე აშკარად ეტყობა დეპიგმენტაცია. მთელი ეს სკლეროზიული ნაწილი მკაფიოდ განისაზღვრება ნორმალურ კანისაგან. გულმკერდის კანის წინა ზედაპირზე, ილღიაზე, განსაკუთრებით მარჯვნივ, აგრეთვე ზურგზე, მაგრამ უფრო ნაკლებ, აშკარად ემჩნევა დაფანტული უსწორო ფორმის დეპიგმენტური წინწყალები, რომლებიც ალაგ-ალაგობით წარმოადგენენ დიფუზიური სურათს, ალაგ-ალაგობით კი განისაზღვრებიან კეროვანათ. განცალკევებული დეპიგმენტი-

ური წინწყლები სადა-თეთრი ფერისა არიან, რომლებიც ნათლად განისაზღვრებიან კანის ნორმალურ ფერისაგან. სიფართით ეს წინწყლები წარმოადგენენ დაწყებული ქინძისთავიდან ხელის გულის სიფართოემდის. ასეთი სურათი ძლიერ წააგავს უ. წ. „თეთრწინწყლოვან“ ავადმყოფობას. ვინაიდან გარდა ნაჩვენებ სადა თეთრ ფერისა, მათ ზედაპირზე მკაფიოდ გამოხატულია კანის ატროფიის სიმპტომი ე. წ. „სიმპტომი პაპიროსის ქალაღდისა“. მარჯვენა კიდურის მხარეზე და წინა მხარეზე ამ სკლეროტიულ პროცესს თან უძღვის მცირე ოდენი ქავილიც. მარჯვენა ბარძაყის შინაგან მხარეზე ემჩნევა ისეთივე ხასიათის გამოხატულების წინწყალი, მაგრამ უფრო დიდი და დიფუზიური ხასიათისა. ატროფიის პროცესი გამოხატულია მცირე რაოდენობით; ასეთივე ხასიათის პროცესს ვამჩნევთ, მაგრამ შედარებით მცირე სახით გამოხატულს, გულმკერდის მარცხენა ნაწილზე დაწყებული Manubrium Stern-იდან, მარცხენა ბეჭის ქვედა კუთხემდე. ამ ადგილზე განსაკუთრებით ბეჭის ქვედა კუთხეზე ნათლად გამოხატულია სკლეროტიული პროცესი, რომელსაც აქვს ნაწილობრივად „თეთრ წინწყლოვან“ ავადმყოფობის ხასიათი.

დიფერენციალური დიაგნოზი: ანამნეზიდან და Status praesens-იდან შეგროვილი მასალა თავის თავად გვიყენებს კითხვას, თუ რა ავადმყოფობასთან გვაქვს საქმე. უწინარეს ყოვლისა ყურადღების ღირსია ის გარემოება, თუ რა სურათს წარმოადგენს მოხსენებული ცვლილება, და ამის და მიხედვით რა ავადმყოფობა ძლიერ წააგავს მას თავისი გარეგნული შეხედულებით. თავდაპირველად ჩვენ უნდა მივიღოთ მხედველობაში ე. წ. ავადმყოფობა Keloid-ი. როგორც ვიცით ეს წარმოადგენს პრტყელი სიმსივნეს, რომელიც ამაღლებულია კანის დონეზე და იძლევა მორჩებს პერიფერიაზე, რომლებიც ვითომდა ჩამჯდარნი არიან თვით კანში. ჩვენს ავადმყოფსაც აქვს ასეთი სიმსივნე და ის ამაღლებულია კანის დონეზე, მაგრამ ეს სიმსივნე ერთი რომ ბრტყელი არ არის და არც იძლევა მორჩებს პერიფერიაზე. ეს, როგორც მოგეხსენებათ, თუმცაღა დაიწყო შეწითლების შემდეგ სიმაგრით, მაგრამ ეს უკანასკნელი არ არის განსაზღვრული ადგილობრივი პროცესით, პირიქით მან მიიღო განვითარება ზოლივით სიგრძით და ალაგ-ალაგობით სიფართითაც. როგორც ეტყობა მას აქვს შემდეგშიაც ფართე გზა; გარდა ამისა სხვა ცვლილებებს, რასაც ვხედავთ ჩვენ ავადმყოფზე, ეს არის ახრომაზიული ცვლილებები, ან უკეთ რომ ვთქვათ დეპიგმენტაციები, რომლებიც გაფანტულნი არიან მთელი კანის ზედაპირზე. ასეთი ცვლილებები ძლიერ წააგავს ე. წ. Vitiligo-ს, მაგრამ ამ უკანასკნელთან შედარებით განჩევნა მდგომარეობს მოკლედ შემდეგში: ამ უკანასკნელის დროს პირველად იწყება წარმოქმნა თეთრი წინწყლების მრგვალი ან მომრგვალო ფორმისა, რომელთა კიდევები წარმოადგენენ მკაფიოდ გამოხატულ პიგმენტაციას შედარებით ნორმალურ კანის ფერთან. ჩვენ შემთხვევაში, კი თუმცაღა ვხედავთ თეთრ წინწყლებს, მაგრამ ასეთი მკაფიო პიგმენტიურ შემოხაზულებას ადგილი არა აქვს. მაშინ როდესაც Vitiligo-ს დროს პიგმენტური ადგილი სრულებით წმინდაა და ნათლად ეტყობა კანის ზედაპირის სისწორე, ჩვენ შემთხვევაში კი, როგორც დავინახეთ ამასაც არა აქვს ადგილი. აქ ვხედავთ ახრომაზიული კანის ეპიდერმისის პაპიროსის ქალაღდით დაჭუჭკუნას, აქვე ვამჩნევთ ატროფიულ თეთრ ზოლებს, რო-

მლებიც ძლიერ წააგავს „თეთრ წინწყლოვან“ ავადმყოფობას: La Morp-hée ან Sclerodermie en plac.

პროფ. Brock-ი სთვლის ამ ჩვენს შემთხვევას „Dermato-scleros en bandes“-ის ამბობს, რომ სკლეროდერმიული წარმოქმნა იქნება გაგრძელებული ზოლივით, მაგრამ არსებობა „Sclerodermia en bandes-თან Sclerod. en plac“ ეს ძლიერ იშვიათიაო „maes cett coexistans est rare“. საერთოთ მთელი კანის გამაგრებას, მისი ატროფიული პროცესის რეზინივით შემოჭიმვას და შეწყობებას ქვემდებარე ქსოვილებთან ატროფიის პროცესით სახსრებისა, კუნთებისა და ძვლებისა — ყველა ეს დამახასიათებელია თანახმად Thibirges კლასიკური განმარტებისა Sclerodermia Universalis-ა და არა Sclerodermie en bandes-ი. სწორედ ამ სუ-რათის მეოხებით ჩვენი შემთხვევა სრულებით განირჩევა მოხსენებული ავადმო-ფობისაგან. მისი ლოკალიზაცია შეიძლება კიდურებზე და კანის სხვა და სხვა ადგილებზე და უფრო ხშირად პერიფერიულ ნერვების სავალზე როგორც მაგა-ლითად: Herpes Zoster-ის დროს. ავტორები Gaucher-ი, Besnier-ი და Kaposi-ი აღწერენ ზოლებრივ სკლეროდერმიის განვითარებას Nervus Cervicalis და N. frontotis და სხვა სავალით.

ჩვენ მოვახდინეთ ავადმყოფზე ბიოპსია. პრეპარატი დავამზადეთ ცელუ-ლოიდინით და შევღებეთ Hematoxini-Eosin-ით და Van-Gison-ით. პრეპარატის განრჩევამ მოგვცა შემდეგი სურათი, რომელიც აშკარა დამახასიათებელია მოხ-სენებული ავადმყოფობისათვის: ეპიდერმისის გასქელება ალაგ-ალაგობით და აგრეთვე მისი ატროფია აქვე აღინიშნება ღრმფოციტების ემიგრაცია. აქ ვამჩ-ნევთ შემდეგი ანთებითი პროცესებს; Alteration caviter Leluar და Str. spongo-ides Unna, რომლებიც სუსტად არიან გამოხატულნი. Str. corneum-ი ალაგ ალა-გობით მოცილებულია მისი ქვედა ნაწილზე. „პარაკერატოზის“ ადგილებს ვერ ვხედავთ. Str. germinatum-ში აღინიშნება პიგმენტების შეგროვება. Str. papil. და Subpapil-ები განიცდიან შეშუპებას სისხლის მიღების სავალით და მათი და-ნამატებისა, სადაც აღინიშნება წვრილ მარცვლოვანი ინფილტრატი. Strat. retic-ულ-ში მკაფიოდ არის გამოხატული კოლაგენური ბოჭკოების გიალინური გა-დაგვარება. ამ გადაგვარებულ ბოჭკოებს შუა ვამჩნევთ ბუდობრივი ინფილ-ტრაციის შეგროვებას. გომოგონიზურ ქსოვილებში ვხედავთ, თუმცა-და იშვია-თად, ცოტა-ოდენი გაგრძელებულ თითისტარივით უჯრედებს — „ფიბრობლას-ტებს“. მოხსენებული პრეპარატის მეოხებით, მოკლედ ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი: გომოგენიზაცია კოლაგენური ბოჭკოებისა, ბუდო-ბრივი შეგროვება პატარა მარცვლოვან ინფილტრატისა და მკაფიოდ შეღებვა მათი Heamatoxil-Eosini-ით და V.-Gison-ით. მეთოდით და ამის მეოხებით გა-ნრჩევა სხვა ზემოდ დამყარებულ ნაწილებისაგან. სისხლის ბურთულების რაოდე-ნობითი და ლეიკოციტარულ ფორმულების გამოკვლევამ არავითარი პათოლოგი-ური მოვლენები არ მოგვცა. სისხლის გამოკვლევამ ორჯელ Wasserm. რეაქციის მეთოდით მოგვცა უარყოფითი შედეგი.

მღებიც ძლიერ წააგავს „თეთრ წინწკლოვან“ ავადმყოფობას: La Morphee ან Sclerodermie en plac.

პროფ. Brock-ი სთვლის ამ ჩვენს შემთხვევას „Dermato-scleros en bendes“-ის ამბობს, რომ სკლეროდერმიული წარმოქმნა იქნება გაგრძელებული ზოლივით, მაგრამ არსებობა „Sclerodermia en bendes-თან Sclerod. en plac“ ეს ძლიერ იშვიათია „maes cett coexistans est rare“. საერთოთ მთელი კანის გამაგრებას, მისი ატროფიული პროცესის რეზინივით შემოჭიმვას და შეწებებას ქვემდებარე ქსოვილებთან ატროფიის პროცესით სახსრებისა, კუნთებისა და ძვლებისა — ყველა ეს დამახასიათებელია თანახმად Thibirges კლასიკური განმარტებისა Sclerodermia Universalis-ა და არა Sclerodermie en bendes-ი. სწორედ ამ სურათის მეოხებით ჩვენი შემთხვევა სრულებით განირჩევა მოხსენებული ავადმყოფობისაგან. მისი ლოკალიზაცია შეიძლება კიდურებზე და კანის სხვა და სხვა ადგილებზე და უფრო ხშირად პერიფერიულ ნერვების სავალზე როგორც მაგალითად: Herpes Zoster-ის დროს. ავტორები Gaucher-ი, Besnier-ი და Kapos-ი აღწერენ ზოლებრივ სკლეროდერმიის განვითარებას Nervus Cervicalis და N. frontotis და სხვა სავალით.

ჩვენ მოვახდინეთ ავადმყოფზე ბიოპსია. პრეპარატი დავამზადეთ ცელულოდინით და შევღებეთ Hematoxini-Eosin-ით და Van-Gison-ით. პრეპარატის განრჩევამ მოგვცა შემდეგი სურათი, რომელიც აშკარა დამახასიათებელია მოხსენებული ავადმყოფობისათვის: ეპიდერმისის გასქელება ალაგ-ალაგობით და აგრეთვე მისი ატროფია აქვე აღინიშნება ლიმფოციტების ემიგრაცია. აქ ვამჩნევთ შემდეგი ანთებითი პროცესებს; Alteration caviter Leluar და Str. spongoides Unna, რომლებიც სუსტად არიან გამოხატულნი. Str. corneum-ი ალაგ ალაგობით მოცილებულია მისი ქვედა ნაწილზე. „პარაკერატოზის“ ადგილებს ვერ ვხედავთ. Str. germinatum-ში აღინიშნება პიგმენტების შეგროვება. Str. papil. და Subpapil-ები განიცდიან შეშუპებას სისხლის მიღების სავალით და მათი დანამატებისა, სადაც აღინიშნება წვრილ მარცვლოვანი ინფილტრატი. Strat. reticul-აში მკაფიოდ არის გამოხატული კოლაგენური ბოჭკოების გიალინური გადაგვარება. ამ გადაგვარებულ ბოჭკოებს შუა ვამჩნევთ ბუდობრივი ინფილტრაციის შეგროვებას. გომოგენიზურ ქსოვილებში ვხედავთ, თუმცა ეს იშვიათად, ცოტა-ოდენი გაგრძელებულ თითისტარივით უჯრედებს — „ფიბრობლასტებს“. მოხსენებული პრეპარატის მეოხებით, მოკლედ ამ ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი: გომოგენიზაცია კოლაგენური ბოჭკოებისა, ბუდობრივი შეგროვება პატარა მარცვლოვან ინფილტრატისა და მკაფიოდ შეღებვა მათი Heamatoxil-Eosini-ით და V.-Gison-ით. მეთოდით და ამის მეოხებით განრჩევა სხვა ზემოდ დამყარებულ ნაწილებისაგან. სისხლის ბურთულების რაოდენობითი და ლეიკოციტარულ ფორმულების გამოკვლევამ არავითარი პათოლოგიური მოვლენები არ მოგვცა. სისხლის გამოკვლევამ ორჯელ Wasserm. რეაქციის მეთოდით მოგვცა უარყოფითი შედეგი.

## ლიტერატურა:

- 1) M. I. Du Castel (Ansien chef de clinique de la faculté. Paris.
- 2) Precis atlas de Pratique dermatologique. Par le docteur Luis Brocq I et II 1921.
- 3) Precis de Dermatologie par. I. Darier 1903. (Thihirges. Medicin del'Hopital.
- 4) E. Gaucher (Profess. de clinique de maladies de cut. et Syphilit. a la faculte de medic. de Paris) Maladies de la Peau 1921.
- 5: Prof. Ed. Lang. Руководство по болезням кожи 1905.

## Sclerodermie en bandes.

Заболевание под названием «Sclerodermie en bandes» представляет из себя один из видов универсальной склеродермии, которая может развиться между прочим и из «Sclerodermie en bandes». По классификации Dariere, Gaucher, du Castel, Brock и других, это заболевание отнесено то к одной, то к другой категории. Наш весьма редкий случай в полне подходит к случаям, описанным упомянутых авторов, и по клинической картине и по паталого-анатомическому исследованию, произведенному нами В Str. germinatum находим заметное скопление пигментов в strat. papil и subpapil. ясно отмечается отечное состояние, по ходу сосудов и придатков — скопление мелко клеточной инфильтрации. В strat. retic местами резко выражено гиалинов. перерождение коллагенных волокон, среди которых видно очаговое скопление инфильтрации. Среди гомогенизированной ткани попадают скудное количество вытянутых веретенообразных клеток (фибробластов).

## Sclerodermie en bandes.

~~Diese Erkrankung stellt eine Art d. Sclerodermia universalis dar, welche auch aus der «Sclerodermie en bandes» sich manchmal entwickeln kann. Nach der Klassifikation von Dariere, Gaucher, du Castel, Brock u. s. w., gehört diese Erkrankung entweder zu einer oder zur anderen Kategorie. Unser höchst seltener Fall entspricht völlig dem von dem genannten Aa, beschriebenen Bild sowohl nach dem klinischen Bild wie auch nach den pathologo-anatomischen Untersuchungen die wir ausgeführt haben. Im str. germinativum finden wir ein Versammeln vom Pigment im str. papil. u. subrapapil. sieht man deutliche geschwollene Stellen; an den Gefässen f. Anneten — eine Versammlung d. klein zelligen illustration. Im str. retic. sieht man teilweise eine ausgesprochene hyaline Degeneration d. collagenfasern, zwischen ihnen Versammlungen Infiltration. Unter dem homo enisi erten Stoffen, begegnet man einer geringen Zahl d. in die Länge geyagener Zellen-Fibroblasten.~~

ექ. კვალაშვილი.

რენტგ. განყ. გამგე.

**„ნიშა“, როგორც კუჭის წყლულისათვის დამახასიათებელი  
სიმპტომი და მისი დიაგნოსტიური მნიშვნელობა.**

(ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტის რენტგ. განყოფილებიდან. ინსტიტუტის დირექტორი  
პროფ. მუხაძე).

კუჭის წყლულის მიერ გამოწვეულ ანატომო-მორფოლოგიური ცვლილებების შესწავლის საშუალებანი, ცოცხალ არსებაზე, მოგვეცა მის შემდგომ, რაც 1910 წ. Haudek-მა აღწერა მისთვის რენტგენოლოგიურად დამახასიათებელი სიმპტომი. რომელსაც უწოდა სახელად „ნიშა“.

რომ ყველასათვის გასაგები იყოს თუ რას გულისხმობდა ავტორი ამ თერმინის შემოღებით, საჭიროა გავერკვიოთ რას ნიშნავს თვით სიტყვა „ნიშა“ და რათ იხმარა მან იგი წყლულის გამომსახველ ნიშნად?

„ნიშა“ ფრანგული სიტყვაა, რომელიც ნიშნავს გამოქვაბულობას. აქედან ადვილი გასაგებია წყლული, რომელიც იწვევს კუჭის კედლის განსაზღვრულ ადგილას, სუბსტანციის განღვევას ე. ი. დეფექტს ანუ ღრუს, სადაც ადვილად ხდება მიცემულ კონტრასტიული სითხის — ბარიუმის ხსნარის შეჩერება, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს იძლევა დანამატი ჩრდილის გამოსახულობას გამოზნეილობის სახით, რასაც უწოდებენ სახელად ნიშა-ს.

აქ ძალაუნებურად იზადება მთელი რიგი საკითხებისა, მათ შორის ორი უმთავრესი:

1. შეუძლია თუ არა წყლულის ყველა ფორმას მოგვეცეს ნიშის გამოსახულობა და თუ შეუძლია როგორი ანატომო-მორფოლოგიური და ფუნქციონალური ცვლილებები უნდა განიცადოს მან?

2. შეუძლია თუ არა მოგვეცეს ნიშას გამოსახულობა წყლულის გარდა სხვა რაიმე დაავადებამაც. და თუ შეუძლია რა არის გამომწვევი მიზეზი; მდებარეობს იგი კუჭში თუ კუჭის გარედ?

ამ პირველ საკითხზე რომ გავცეთ გარკვეული პასუხი, საჭიროა გავიხსენოთ წყლულის პათოლოგო-ანატომიური განვითარების სურათი.

თქვენ კარგად მოგეხსენებად, რომ პათოლოგო-ანატომიურად არჩევენ პეპტიურ წყლულის ორ ფორმას:

1. Ulcus simplex, რომელსაც გერმანელები უწოდებენ სახელად einfache geschwür ე. ი. გაურთულებელი ანუ მკვეთრი წყლული და

2. *Ulcus chronic. s. callosum. Ulcus simplex* უმეტეს შემთხვევაში იწვევს ლორწოვანი გარსის ზერელე დაზიანებას. მისი კედლები არის სადა, რბილი და კოლატერალური ანთებითი მოვლენებს არ აქვს ადგილი. ამნაირი წყლულის ფორმა სულ მოკლე ხნის განმავლობაში განიცდის უკუ განვითარებას. ან სპონტანურად განიკურნება, ან და მიიღებს, მწვავე მიმდინარეობას დაარღვევს კუჭის კედლის ყველა ფენებს და გამოიწვევს პერფორაციას.

ცხადია ასეთი ხასიათის წყლული არ ხვდება რენტგენოლოგს გამოსაკვლევად, როგორც ამას აღნიშნავს Schwarz-ი, Haudek-ი, Schlesinger-ი, Stirlini-ი და სხვა, ვინაიდან იგი იწვევა მწვავედ მისი მსვლელობა და განვითარება ხანმოკლეა. სულ მოკლე დროის განმავლობაში სპონტანურად განიკურნება ან დაბოლავდება პერფორაციით. ამის შესახებ ცნობილი რენტგენოლოგი Emmo Schlesinger-ი თავის წიგნში *die Röntgendiagnostik der Magen und Darmkrankheiten* ამბობს:

»*Ulcus welches sich hauptsächlich nur auf die Schleimhaut beschränkt, im allgemeinen die einzige Form des Ulcus ist welche röntgenologisch nicht erkannt werden kann.*<sup>1)</sup>

თუ *Ulcus Simplex* იღებს ქრონიკულ ხასიათს, განკურნების ნაკლები ტენდენციით, ვითარდება კოლატერალური ანთებითი მოვლენები, მისი კედლები და კიდეები განიცდიან შემუშებებს ან და ინდურაციას, ინფილტრაციის ან შემადგენელი ქსოვილის განვითარების გამო. ასეთ წყლულს უწოდებენ სახელს *Ulcus chronic. s. callosum*.

რასაკვირველია პროცესი წყლულის განვითარებისა ამით არ განისაზღვრება. იმ შემთხვევაში, როდესაც ქრონიკული წყლული აღწევს სეროზამდე და პროცესი ვითარდება ამ უკანასკნელზედ, მას შეუძლია გახვრიტოს სეროზა, რასაც შედეგად მოჰყვება პერფორაცია (იშვიათ შემთხვევაში) უმეტეს შემთხვევაში კი რეაქტიული მოვლენების გამო ხდება შეწყობება რომელიმე მოსაზღვრო ორგანოსთან, რომელზედაც გადადის პროცესი და იქ განაგრძობს თავის განვითარებას. წყლულის ასეთი სახეს ეწოდება სახელად *Ulcus penetrans*, რომლის ფუძეც არის მოსაზღვრო ორგანოს ნაწილი.

ამნაირად, გავიხსენეთ რა მოკლედ, კუჭის წყლულის პათოლოგო-ანატომიური განვითარების სურათი ცხადი ხდება, რომ რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ობიექტად დასაწყისში უნდა გამხდარიყო ისეთი წყლულის ფორმა, რომელიც იწვევს ტლანქ ანატომო-მორფოლოგიურ ცვლილებებს, და ადვილი იყო მისი ძველი ტექნიკური გამოკვლევების საშუალებებით აღმოჩენა. აი სწორედ ამისთანა ფორმა გახლავთ *Ulcus penetrans*. პირველად ასეთი ხასიათის წყლულის შემთხვევა გამოაქვეყნა Reiche-მ 1910 წელში.

მან აღწერა შემთხვევა, სადაც რენტგენოლოგიური გამოკვლევების დროს მიიღო სოკოს მაგვარი დანამატი ჩრდილის გამოსახულება, რომელიც იყო უშუალოდ დაკავშირებული კუჭის სილუეტთან, კონტრასტიული ხსნარით და ჰაე-

<sup>1)</sup> წყლული, რომელიც უმთავრესად ლორწოვანი გარსის დაზიანებით განისაზღვრება, არის ერთადერთი ფორმა, რომელიც რენტგენოლოგიურად არ იხივება.

რით გავსებული. ავადმყოფი რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შემდგომ სულ მოკლე ხნის განმავლობაში სისხლის მდინარეობის გამო, გარდაიცვალა. გაკვეთის დროს აღმოჩნდა მცირე სიმრუდეზე აბაზის ოდენობის წყლული, რომელსაც გაერღვია კუჭის კედლის ყველა შრეები და მის ფუძეს წარმოადგენდა პანკრეასის ნივთიერება.

ამავე წელს Reiche-საგან სრულიად დამოუკიდებლად Haudek-მა გამოაკვეყნა თავისი შრომა შემდეგი სათაურით: „Zur Röntgenologischen Diagnose der Ulcerationen in der Pars media des Magens.“ სადაც იგი აღნიშნავს, რომ შესაძლებელი არის რენტგენოლოგიურად პენეტრიული წყლულის აღმოჩენა, რომელიც იძლევა კუჭის ჩრდილის დივერტიკულის მავარ გამოზნექილობას, რასაც უწოდა მან სახელად „ნიშა“.

ჩვენ მასალიდან მე მოვიყვან მაგალითისათვის პენეტრიული წყლულის შემთხვევას, რომელიც ჩვენ მიერ დეტალურად იყო შესწავლული, როგორც კლინიკურად ისე რენტგენ-ანატომიურად სწორედ შეფასებული, რაც დადასტურდა საოპერაციო მაგიდაზე.

ავადმყოფი ლ. 38 წლის, ქართველი ქართველი, იყო გამოჯანმრთელი ცენტრალ. კლინიკ. ინსტიტუტის ქირურგიულ განყ. კუჭის გამოსაკვლევად 14 იანვარს 1930 წ.

აწუხებს ეპიგასტრიუმის მიდამოში ტკივილები, რომელსაც უკავშირებს საჭმლის მიღებას. ტკივილებს ზოგჯერ მჩხვლეტავი და მბურღავი ხასიათი აქვს ავად გრძნობს თავს 4 წელია. აღნიშნავს გულის რევას, პირსაქმებას, ყაბზობას და საერთო სისუსტეს. პალპატორულად ოთხი თითის დადებით ჭიბის ზემოდ, მარჯვნივ თეთრ ხაზიდან, აღინიშნება, განსაზღვრულ ადგილას, მტკივნეული წერტილი.

კუჭის წვენი გამოკვლევა: საერთო სიმკვავე 10, თავისუფალი  $HCl = 0$ , შერთებული  $HCl = 0,004\%$ .

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: (იხ. სურ. № 1). კუჭიანი ფორმის კუჭი, გაგრძელებული, რომლის დიდი სიმრუდე დაწეულია სამი-ოთხი თითის დადებით, billiaca-ს ხაზის ქვემოთ, მცირე სიმრუდეზე მოსჩანს თხლის ოდენობის დანამატი ჩრდილი — ნიშა, რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია კუჭის სილუეტთან.

პალპაციის დროს კუჭი ნაკლებად მოძრავია და დანამატი ჩრდილის ადგილი საგრძნობლად მტკივნეულია. „ნიშა“ უფრო მკაფიოდ ისახება ავადმყოფის ოდნავ მარჯვნივ შებრუნების დროს, რაც მიგვითითებს მასზე, რომ წყლული მოთავსებულია კუჭის უკანა კედელზე მცირე სიმრუდის ახლო. ნაწარმოებ სერიალურ სურათებზე, რომლის მოთავსება ამ შრომაში ტენიკურად შეუძლებელი იყო. მკაფიოდ მოსჩანს, რომ ნიშას შიგთავსი შესდგება სამ შრედან: კონტრასტიული ხსწარი, სითხე, და ჰაერი.

რენტგენოლოგიური დასკვნა: პენეტრიული წყლული (შესაძლოა პანკრეასში), რომელიც მოთავსებულია კუჭის უკანა კედელში, მცირე სიმრუდის ახლო.

ავადმყოფს 23 იანვარს 30 წელს გაუყვოდა, ოპერაცია. აღმოჩნდა კუჭის უკანა კედელზე, მცირე სიმრუდის მახლობლად, პენეტრიული პანკრეასში კალთხული წყლული.



სურ. № 1.

ნიშა მცირე სიმრუდეზე. რენტგენოგრაფია ნაწარმოებია ავადმყოფის მარჯვნივ გვერდზე მწოლარე მდგომარეობაში.



აი სწორედ აქედან იწყება ახალი ერა კუჭის წყლულის დიაგნოსტიკაში, როდესაც მკვლევარ რენტგენოლოგს მიეცა საშეაღება უშუალოდ ცოცხალ არსებაზე შეესწავლა წყლულის მიერ გამოწვეული ანატომო-მორფოლოგიური ცვლი-



სურ. № 2 სხვა და სხვა ოდენობის და ფორმის ნიშები.

ლებანი ანატომიურად დეფექტის სახით, რენტგენოლოგიურად კი ნიშის გამოსახულებით.

მაგრამ ტლანქი ცვლილებებით ხომ არ განისაზღვრება კუჭის წყლულის პრობათოლოგია და მისი რენტგენოლოგია დიაგნოსტიკა. ეს უკვე თითქმის დამთავრებულ წესად უნდა ჩაითვალოს. ხომ უნდა არსებობდეს ქრონიკულ წყლულის ზრდა განვითარების პერიოდში გარდამავალი ფორმებიც? აი სწორედ ამიტომ ჩვენ მოხსენების დასაწყისში დავსვით საკითხი: შეუძლია თუ არა წყლულის ყველა ფორმას მოგვცეს ნიშის გამოსახულობა და თუ შეუძლია რა ანატომო-მორფოლოგიური ცვლილებები უნდა განიცადოს მან?“

დღეს დღეობით უკვე გადაკრით შეიძლება ითქვას, რომ ყველა ის წყლული, რომელიც ანატომო-მორფოლოგიური და ფუნქციონალური ცვლილებების გამო იძლევა „კრატერს“ ანუ ჩაღრმავებას, იქნება ეს გამოწვეული წყლულის მიერ კუჭის კედლის შრეების, განსაზღვრულ ადგილას, დარღვევით, მის ირგვლივ ინფილტრაციით ან ინდურაციით, ლორწოვანი გარსის ჰიპერემიით ან კანტრაქციით, შეუძლიან მოგვცეს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს ნიშის გამოსახულობა.

ნიშა ჩვეულებრივ სხვა და სხვა ფორმის და ოდენობისაა. ფორმა მისი უმეტეს შემთხვევაში მორგვალოა და ოვალური, იშვიათ შემთხვევაში კი სამკუთხი და უსწორ-მასწორო კონტურით, (იხ. რენტგენოგრაფია № 2).

ეს იმაზე და მოკიდებული, თუ რა მორფოლოგიური ცვლილებები განიცადა წყლულმა. აქვს ადგილა მის ირგვლივ კოლატერალური ანთებითი მო-

ვლენებს, ლორწოვანი გარსის ჰიპერემიას, ინფილტრაციას ან სპასტიურ მოვლენას, რომლებიც იძლევიან ნიშის გამოსახულობას სადა კონტურებით, თუ განვითარებული არის უკვე შემაერთებული ქსოვილი და მომხდარია მისი კედლების ინდურაცია, რომელიც იწვევს წყლულის კიდეების უსწორ-მასწორობას, რაც მოგვცემს ნიშის გამოსახულობას უსწორ-მასწორო კონტურებით, და რის გარევა ზოგჯერ კარცინომატოზურ წყლულის ნიშადან ერთ გვარ სიძნელეს წარმოადგენს.

ნიშას ოდენობა ცვალებადია. Pehnell-ის და Schwarz-ის აზრით იგი არ არის ყოველთვის წყლულის დეფექტის მოცულობის გამომსახველი, ხშირად იგი მოსჩანს უფრო ჩაღრმავებული.

ზემოდ აღნიშნული ავტორები ამას ასაბუთებენ იმით, რომ წყლულის ირგვლივ ხდება ლორწოვანი გარსის შეშუპება, ჰიპერემიის ან ინფილტრაციის გამო.

Petrén, Edling და Reiche სთვლიან, რომ ნიშას გამოსახულებაზე და მის ოდენობაზე გავლენას ახდენს კუჭის შიგნითა წნევა. მათი აზრით წყლულის მიერ დაზიანებულ კედელს არ შეუძლიან, შედარებით საღ ნაწილთან, გაუწიოს წინააღმდეგობა კუჭის შიგნითა წნევას, რის გამოც იგი გამოიზინიკება. მათ ქონდათ გაურთულებელი ბრტყელი წყლულის შემთხვევა, სადა კიდეებით, არა კალოზურად გადაგვარებული, რომლის ფუძეც იყო სეროზა, და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს იძლეოდა ბატარა ვაშლის ოდენა ნიშის გამოსახულობას.

Haudek-ი და Forssell-ი კი ფიქრობენ, რომ ნიშას ოდენობაზე გავლენას ახდენს ლორწოვანი გარსის ამოზნექილობა, რომელიც გამოწვეულია *muscul. mucos.* სპაზმით.

რასაკვირველია წყლულის ზემოდ აღნიშნულ თანამგზავრ მოვლენებს შეუძლია არ ქონდეთ მუდმივი ხასიათი. ამით აიხსნება ნიშას ოდენობის ცვალებადობაც, რომელსაც შეუძლია სულ მოკლე ხნის განმავლობაში დაპატარავდეს ან და სრულებით გაქრეს. აი ამიტომ Schlesinger-ი ამბობს „Es darf aber nie vergessen werden, das auch ein völlig negativer Röntgenbeind ein Ulcus nicht ausschlist“<sup>1)</sup>

ეს რომ ასე არის ამას ჩვენ დავინახავთ ქვემოდ მოყვანილ შემთხვევებიდან. ავადმყოფი ო. მ. 67 წლის იყო გამოგზავნილი ცენტრ. კლინიკ. ინსტიტუტის თერაპევტიულ განყოფილებიდან კუჭის გამოსაკვლევად 13 მარტს 30 წ. უჩივის ეპიგასტრიუმის მიდამოში ტკივილებს, გულის რევას და სიმძიმეს გულის კოვხთან. ავად გრძნობს თავს მხოლოდ სამი თვეა. კუჭის წვენი გამოკვლევა: საერთო სიმკვავე 24, თავისუფალი HCl = 0,003% და შერთებული = 0,051% რეაქცია სისხლზე და რძის მკვავზე უარყოფითი.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: (იხ. სურ. № 3). კაუჭიანი ფორმის კუჭი, რომლის მცირე სიმრუდზე მოსჩანს ლობიოს ოდენობის ოთხკუთხედი ფორმის ნიშა, ამ ნიშას გასწვრივ, დიდი სიმრუდე, განსაზღვრულ ადგილას, განიცდის მუდმივ შეზნექვას. რენტგ. დასკვნა: *Ulcus curvat. minoris.*

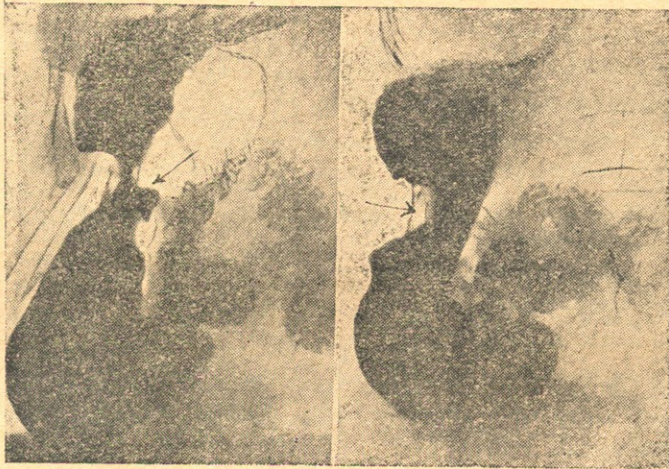
ერთი თვის შემდგომ ავადმყოფი განმეორებით იყო ჩვენ მიერ გამოკვლეული, როდესაც მას ტკივილები აღარ აწუხებდა. ნიშა მცირე სიმრუდეს აღარ იყო ნახული (რენტგენოგ. № 4). მხოლოდ დიდი სიმრუდეს შეზნექვა ისევ დარჩა.

1) არ უნდა დავივიწყოდ, რომ ნეგატიური რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგი წყლულის არსებობას არ გამოირიცხავს.

მსგავს მოვლენას ვხედავთ რენტგენოგრაფიაზე № 5, 6. კარგა მოზრდილი ნიშა, მოთავსებული მცირე სიმრუდეზედ, განმეორებით გამოკვლევის დროს აღმოჩენილი აღარ იყო. ამ შემთხვევაში ჩატარებული იყო ხანგრძლივი კონსერვატიული მკურნალობა. განმეორებითი გამოკვლევა ნაწარმოებია ერთი წლის შემდეგ. ავადმყოფის გადმოცემით ტკივილები მას აღარ აწუხებს, მოიმატა წონაში და გრძნობს თავს კარგად.

ამ შესაძლებლობაზე პირველად მიგვითითა Öhnell-მა და Rosental-მა.

რა არის მიზეზი ნიშის დაპატარავების ან და მის გაქრობის? სხვა და სხვა ავტორები ამ მოვლენას ხსნიან სხვა და სხვანაირად. Schwarz-ის აზრით, წყლუ-



სურ. № 3.

ნიშა მცირე სიმრუდეზედ, დიდი სიმრუდის შეზენქილობით.

სურ. № 4.

იგივე შემთხვევა ერთი თვის შემდეგ. ნიშა სავესებით გამჭრალია შეზენქვა დიდ სიმრუდეზედ კვლავ ემჩნევა.

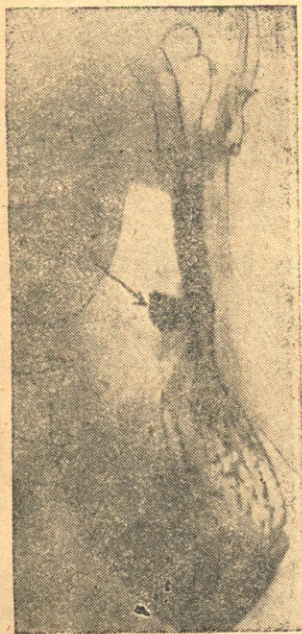
ლი, რომელიც იღებს განკურნების ტენდენციას, შეიძლება ამოიგოს გრანულაციური ქსოვილით, რაც ხელს შეუშლის კონტრასტიული სითხის შეჩერებას და არ მოგვცემს ნიშას გამოსახულობას. Haudek-ი კი ფიქრობს ლორწოვანი გარსი, რომელიც წყლულის ირგვლივ განიცდის სპაზმას შეიძლება გაიშალოს, რის გამოც წყლულის ღრუ დაპატარავდება.

აღსანიშნავია, რომ კუჭის და განსაკუთრებით 12 გოჯა ნაწლავის წყლულს შეუძლია მოგვცეს ნიშას გამოსახულობა ტკივილების პერიოდში, ტკივილებიდან თავისუფალ პერიოდში კი ეს უკანასკნელი შეიძლება არ იყოს აღმოჩენილი (Bergmann, Haudek, Akkerlund, Berg და სხვა).

ამით შეიძლება ავსნად ის გარემოება, რომ ზოგიერთი ავტორებს ქონდათ ნიშას შემთხვევები და საოპერაციო მაგიდაზე წყლული არ იყო აღმოჩენილი. ანდა თუ იყო ნახული არ შეეფარდებოდა ნიშას ოდენობა წყლულის მიერ გამოწვეულ დეფექტის მოცულობას.

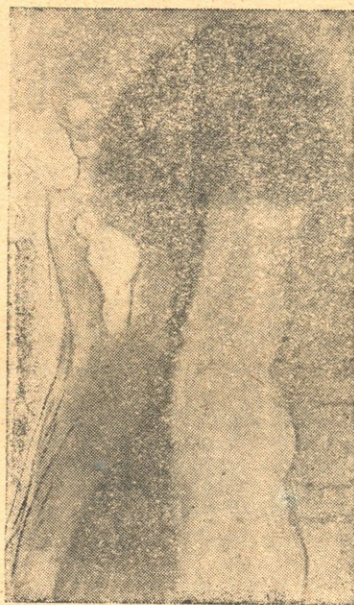
რომ საოპერაციო მაგიდაზე, კუჭის გაუკვეთავად, ზოგჯერ შეუძლებელი არის წყლულის აღმოჩენა უკვე დიდი ხანია ცნობილია. ამის შესახებ კიდევ 1906 წელს ცნობილმა დოსტაქარმა Krönlein-მა ქირურგების კონგრესზე — ბერლინში აღნიშნა. „Ja, meine Güte, wenn wir nur einer das Geheimnis verraten wollte, wie die Herren die topische Diagnose des Uicus machen bei uneröffnetem Magen, dann wäre ich vollständig ihrer Meinung, aber bis jetzt bin ich nicht so klug geworden“<sup>1</sup>).

აი სწორედ ამ ბოლო წლებში შეიცვალა აზრი იმის შესახებ, რომ ყოველ ცალკე შემთხვევაში რენტგენოლოგიურად აღმოჩენილი ნიშა სრულებითაც არ



სურ. № 5.

ნიშა მცირე სიბრტყეზე



სურ. № 6.

იგივე შემთხვევა განმეორებით ერთი წლის შემდეგ. ნიშა საესებით გამჭრალია.

მიგვითითებს ქირურგიულ წყლულის არსებობაზე, რომელიც მოითხოვს ოპერატიულ ჩარევას. მაშასადამე გაურთულებელი წყლული, რომელიც არ იძლევა დიდ ანატომიურ ცვლილებებს შეიძლება აღმოჩენილი არ იყოს ოპერაციის დროს მიუხედავად იმისა, რომ რენტგენოლოგიურად ნახული იყო დიდი ოდენობის ნიშა.

<sup>1</sup>) დიახ ძვირფასო, მე მსურს გავიგო საიდუმლოება, თუ როგორ შეუძლია წყლულის ტიპური დიაგნოზის დასმა კუჭის გაუკვეთავად, მაშინ მე ვიქნები საესებით მათი თანამოაზრე, მაგრამ დღემდე ეტყობა მე არ ვარ სათანადოთ ჭკვიანი.

ამ მხრივ უკეთეს პირობებში იმყოფება რენტგენოლოგი, რომლის გამოკვლევაც ემყარება კუჭის შიგნითა ზედაპირის რელიეფის შესწავლაზე. ამნაირად რენტგენოლოგიურად აღმოჩენილი ნიშა და ოპერაციაზე მისი არ დადასტურება სრულებითაც არ უარყოფს წყლულის არსებობას, ვინაიდან ეს გახლავთ წყლულის ისეთი ფორმა, რომელსაც არ გამოუწვევია სათანადო გართულებანი. ცხადია ამნაირი წყლულებს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევის დროსაც, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ შეუძლიათ არ მოგვცენ მუდმივ ნიშას გამოსახულება.

მიუხედავად ამისა არსებობს მუდმივ ხასიათის ნიშები, რომელნიც არ ქრებიან რაიმე კონსერვატიული მკურნალობის შემდგომ. ასეთ ნიშას გამოსახულობას იძლევიან უკვე გართულებული წყლულის ფორმები, რომლებმაც განიცადეს ტლანქი ანატომო-მორფოლოგიური ცვლილებანი: შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებით კედლების ინდურაციით და მეორად მოვლენებით, როგორც მაგალითად აღვნიშნეთ მოვლენები, შექმუხებითი პროცესი და პენეტრაცია.

ექვს გარეშეა ის წყლული, სადაც პროცესი სტაბილურია, რენტგენოლოგიურად მუდამ მოგვცემს ნიშას გამოსახულობას და არავითარი შანსი განკურნებისა არ არსებობს, ამიტომ იგი უნდა ჩაითვალოს ქირურგიულ წყლულად.

ნიშას ლოკალიზაცია უმეტეს შემთხვევაში იქ არის, სადაც უფრო ხშირად ჩნდება წყლული და ამასთან თავისი ანატომიური მდებარეობის გამო შედარებით ადვილია მისი რენტგენოლოგიურად აღმოჩენა თითქმის ყველა ცნობილი ავტორები პრედილექციონურ ადგილას ასახელებენ კუჭის უკანა კედელს, კუთხედის ზემოდ მცირე სიმრუდის ახლო და აგრეთვე 12 გოჯა ნაწლავის ბულბუსის უკანა კედელს, მცირე სიმრუდის მახლობლად.

გაცილებით იშვიათად გვხვდება ნიშა პილორუსის დი პრეპილორიულ ნაწილში. ეს აიხსნება იმით რომ აქ ხდება კონტრასტიული სითხის ჩქარი გადაჯგუფება, რის გამოც წყლულის მიერ გამოწვეულ ჩაღრმავებაში ვერ ასწრებს ფაფა შეჩერებას. ამასთან ერთად ხელს უშლის პერისტალტიური ტალღა და შეუძლებელია განსაკუთრებით პრეპილორიულ ნაწილის უკანა კედლის კონტურების მიღება, სადაც უფრო ხშირად მდებარეობს წყლული, რომელიც არ ხვდება მიმართულ ტანგენციანურ სხივის ქვეშ.

ამ აზრს ჩვენ საცხებით ვიზიარებთ იმ დიდ მასალის მიხედვით, რომელიც გვქონდა ამ უკანასკნელ 8 წლის განმავლობაში ცენტრალურ კლინიკ. ინსტ. რენტგენის განყოფილებაში თითქმის 90%, ჩვენ მიერ აღმოჩენილ წყლულის დროს ნიშისა, ხვდება მცირე სიმრუდეს. უმეტეს შემთხვევაში ნიშა მოთავსებული იყო კუჭის უკანა კედელზედ მცირე სიმრუდის ახლო Angulus ის ზემოდ, ასე რომ მისი მკაფიოდ გამოსახვა შეიძლებოდა მხოლოდ მაშინ, როდესაც ავადმყ. შევაბრუნებდით მარჯვნივ და მივცემდით მას ირიბ მიმართულებას მხოლოდ მაშინ ნიშა ხვდებოდა პერპენდიკულიარულ სხივის ქვეშ და ამით გვეძლეოდა მისი დანახვის საშუალება. რაც შეეხება ნიშის წარმოქმნას და მისი აღმოჩენას პილორუსის ან და პრეპილორიულ ნაწილში აქ ხელს უშლის, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ ობიექტიური პირობები. ჩვენ მიერ იყო ნახული ნიშა პრეპილორიულ ნაწილში მხოლოდ სამ შემთხვევაში, სადაც წყლული უკვე კარცი-



ნომატოზულად იყო გადაგვარებული, და იძლეოდა შედარებით მოზრდილ ჩრდილს.

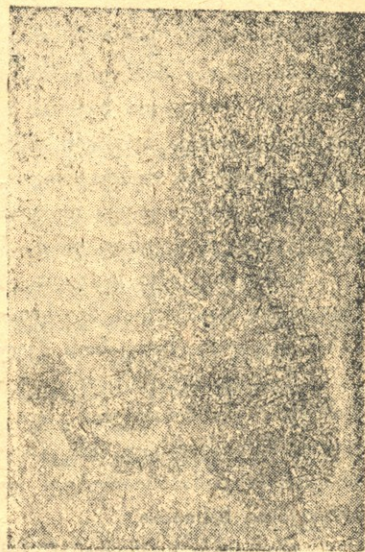
საილუსტრაციოთ მე მოვიყვან შემთხვევას. ავადმყოფი ვ. თ. 43 წლ. იყო გამოჯანვნილი „კამოს“ სახელ. საავადმყოფოდან კუქის გამოსაკვლევად. ავად გრძნობს თავს ოთხი წელიწადია, უჩივის ეპისტატიუმის მიდამოში ტკივილებს. ამ ხნის განმომავლობაში მას ჰქონია დაახლოებით რვა-ათჯერ შეტევითი ხასიათის ტკივილები პირსაქმებით. პალპაციით კიბის ზემოდ ოდნავ მარცხნივ იზინჯება ქათმის კვერცხის ოდენობის მკვრივი კონსისტენციის სიმსივნე.

რენტ. გამოკვლევა: (იხ. სურ. 7). მცირე სიმრუდეზედ პრეპილორიულ ნიწილში რენტგენოგრაფიულად, ისრით აღნიშნულ ადგილას, მოსჩანს კაკლის ჩრდილი — ნიშა. ამ ჩრდილის ქვემოდ და თითქმის მთელ კუქის კაუდალურ ნაწილში ვხედავთ უსწორ-მასწორო ხასიათის გავსების დეფექტს. ამ დეფექტის ადგილას გაშუქების დროს ხელით ისინჯება მკვრივი სიმსივნე.

რენტგენოლოგიური დასკვნა: წყლული პრეპილორიულ ნაწილში კარცინომატოზულად გადაგვარებული.

ავადმყოფი სხვა და სხვა გართულებების გამო გარდაიცვალა. სექციასზედ აღმოჩნდა: კ ა ლ ზ ი უ რ ი წყლული პრეპილორიულ ნაწილში, კარცინომატოზულად გადაგვარებული.

განსაკუთრებით იშვიათად გვხვდება ნიშა კუქის დიდ სიმრუდეზედ. აღწერილია ზოგიერთ ავტორების მიერ, როგორც Gläsner ი, Kraft-ი, Bergmann ი და სხვა, მხოლოდ თითო კაზუსტიური შემთხვევა. ამდაგვარი შემთხვევა გვქონდა ჩვენც „კამოს“-ს სახელობის საავადმყოფოში, სადაც რენტგენოლოგიური გამოიწვევის დროს ავადმყოფს აღმოაჩნდა შედარებით პატარა კუქი, გადაწეული მარცხნივ, რომლის დიდ სიმრუდეზედ, ფუნდუსის ქვემოდ, მოსჩანდა კაკლის ოდენობის ნიშა. ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია (ექ. ტერნერსისოვის მიერ) და აღმოჩნდა ზემოდ აღნიშნულ ადგილას პენეტრიული წყლული, რომლის ფუძესაც წარმოადგენდა კუქთან შეზრდილი ელენთა.



სურ. № 7.

დიდი ნიშა მცირე სიმრუდეზედ პრეპილორიულ არეში, სადაც ადგილი აქვს აგრეთვე გავსების დეფექტს.

ჩვენ მიერ იყო წამოყენებული მეორე საკითხი: „შეუძლია თუ არა მოგვცეს ნიშის გამოსახულება წყლულის გარდა სხვა რაიმე დაავადებამაც და თუ შეუძლია რა არის გამომწვევი მიზეზი. მდებარეობს იგი კუქის გარეთ თუ თვით კუქში?

ამ საკითხის ირგვლივ პირველ ხანს ქონდა ადგილი მთელ რიგ გაუგებრობას. Haudek-ის ნიშამაც, როგორც ჩვეულებრივ ყველა ახლად წარმოწყებანი, განიცადა ერთგვარი კრიტიკა. პერიოდიულ ლიტერატურაში სხვა და სხვა ავტორების მიერ იყო გამოქვეყნებული მთელი რიგი შემთხვევებისა, სადაც ისენი აღნიშნავენ, რომ ნიშა არ არის მუდამ წყლულისათვის დამახასიათებელი სიმპტომი. შეიძლება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს მივიღოთ ნიშას გა-

მოსახლეობა მხოლოდ ოპერაციიდან და აუტოპსიაზე წყლულის არსებობა არ იყო დადასტურებული, რასაც აღნიშნავენ მთელი რიგი ავტორები, როგორც მაგალითად Kurtzahn-ი, Aitschul-ი, Querwain-ი, Schlesinger-ი, Geldammer-ი და სხვა.

ამის შესახებ Haudek-მა გააკეთა მოხსენება 1925 წ. ნაუჰეიმში შემდეგი სათაურით: „Zur Frage der Verlässlichkeit der Magennische für die Ulcus diagnose“ სადაც იგი ერთგვარ ანალიზს უკუთებს ყველა გამოქვეყნებულ შეცდომით შეფასებულ შემთხვევებს და განმარტავს, რომ ნიშის მაგვარ გამოსახულებას სიმულიაცია შეუძლია მოგვცეს მთელ რიგ კუჭის ვარეშე მდებარე პათოლოგიური მოვლენებმა, როგორც მაგალითად: პეტრიფიციული მეზენტერიული ჯირკვალმა, კონტრასტიულ სითხით გავსებულმა Flexura — duodeno — jejunalis-მა ან და მის დივერტიკულმა, მარცხენა თირკმლისან პანკრეასის კენჭმა, თუ მათი პროექცია ხვდება კუჭის მცირე სიმრუდეს, მაგრამ თუ ამდაგვარ შეცდომებს ქონდა ადგილი, ამბობს Haudek-ი, ამ 10-15 წლის წინად, როდესაც კუჭ-ნაწლავების რენტგენოლოგიური მეთოდოლოგია არ იყო სათანადო დონეზე დაყენებული, დღეს დღეობით ამ შეცდომებს ადგილი არ უნდა ქონდეს და დაუშვებელ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს.

ნიშას მაგვარი სურათი, როგორც ამას აღნიშნავენ Akkerlund-ი Fleischner-ი Haudek-ი და Berg-ი შეუძლია მოგვცეს კუჭის დივერტიკულმა, რასაც შეცდომაში შეუძლია შეიყვანოს მკვლევარი, და აფიქრებინოს წყლულზე.

ზემოდ აღნიშნული ავტორების აზრით, კუჭის დივერტიკული იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს. იგი მდებარეობს კარდიის ქვემოლ, უკანა კედელზე, უფრო მედიალურად. ამგვარი კუჭის დივერტიკალები არ იძლევიან ჩვეულებრივ არავიფარ დამახასიათებელ კლინიკურ სიმპტომებს, და მათ აღმოჩენას აქვს შემთხვევითი ხასიათი.

ერთგვარ სიძნელეს წარმოადგენს დიფირენციალურ ღიაგნოსტიკის მხრივ ზოგიერთი ნიშების შემთხვევები, სადაც რენტგენოლოგიური სურათის დამიხედვით ძნელია ითქვას, გვაქვს საქმე კალოზიურ წყლულთან; გადაგვარებულია წყლული უკვე კარცინომატოზულად, თუ პირველადი კუჭის კიბომ განიცადა დაშლა და იძლევა ნიშას გამოსახულებას?

Haudek-ი კარცინომატოზულ ნიშას დამახასიათებელ ნიშნებად აღნიშნავს: ნიშას კონტურების უსწორ-მასწორობას, მისი დიდი ოდენობას, ფართო კომუნიკაციას კუჭის სილუეტთან და მის ირგვლივ გავსების დეფექტს, რაც იძლევა ნიშას ირგვლივ კუჭის სილუეტის კონტურების შექმულობას.

ასეთივე დამახასიათებელ რენტგენოლოგიურ სიმპტომებს იძლევიან Cläsen, Akkerlund-ი და Preser-ი.

დასასრულს ყველა ჩემ მიერ ნათქვამის, პირადი დაკვირვების და ლიტერატურულ მასალის შესწავლის მიხედვით, შეიძლება შემდეგი დასკვნა გამოვიტანოთ.

1. Haudek-ის ნიშა არის კუჭის წყლულის რენტგენ-ანატომიური ერთ-ერთი ფრიად დამახასიათებელი სიმპტომი.

2. რენტგენოლოგიურად ნიშას აღმოუჩინებლობა არ უარყოფს წყლულის არსებობას.

3. შესაძლებელია რენტგენოლოგიურად მივიღოთ დიდი ნიშას გამოსახულობა, და საოპერაციო მაგიდაზე წყლული არ იყოს აღმოჩენილი, ეს უკანასკნელი არ უარყოფს წყლულის არსებობას, მხოლოდ მიგვითითებს მის გაურთულებლობაზე,

4. ნიშას აღმოჩენის დროს საჭირო არის განმეორებით ავადმყოფი გამოკვლეული იყოს, რაც მოგვცემს საშუალებას, ერთის მხრივ ავიცდინოთ თავიდან შესაძლებელი შეცდომები, მეორე მხრივ, თვალყური ვადევნოთ წყლულის ზრდა ან უკუ განვითარებას.

5. ნიშას ფორმის და ოდენობის მიხედვით, ყოველ ცალკე შემთხვევაში, შეუძლებელია ითქვას თუ რა ხასიათის წყლულთან გვაქს საქმე.

#### ლიტერატურა:

1. Assmann — Die klinische Röntgendiagnostik ger inneren erkrankungen
2. Schlesinger — Die Rontgendiagnostik der Magen und Darmkrankheiten.
3. Schinz — Das Ulcusleiden im Röntgenbild und seine Kontrolle durch den Operationsbefund, Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.
4. Haudek — Zur Röntgendiagnose der Ulcerationen an der Pars Media der Magens. 6 Röntgenkongr. Berlin 1910 n. M. m. W 1910, Nr 30.
5. Haudek — Die Röntgendiagnose des kallösen (penetrierenden) Magengeschwürs und ihre Bedeutung M. m. W. 910. Nr 47.
6. Haudek — Zur Frage der Verlöslichkeit der Magennische für die Ulcusdiagnose F. d. R. Bd. 33.
7. Presser — Wann ist die Magennische ein Karzinomzeichen? Kl. W. 1926. Nr. 15.
8. Bergmann und Staehelin — Erkrankungen der verdauungsorgane, Hanbuch der inneren medizin 1926.
9. პროფ. წინამძღვრიშვილი — შეცდომები კუჭისა და 12 გოჯა ნაწლავის რენტგენო-დიაგნოსტიკაში. თანამედროვე მედიცინა.
10. Неменов — Рентгенодиагностика язвы желудка. Вестн. рентг. т. I, стр. 185. 1922 г.

**Д-р А. А. Квалишвили.**

Зав. рентг. отд. Ц. Кл. Ия-та.

### **Ниша, как характерный симптом для язвы желудка и ее диагностическое значение.**

Автор на основании литературных данных и собственных наблюдений по вопросу о значении ниши, как важнейшего симптома диагностики язвы желудка, приходит к следующим выводам:

1. Ниша Haudek-а является весьма важным рентгено-анатомическим симптомом для язвы желудка.



2. Рентгенологически диагностированная ниша, но не обнаруженная язва на операционном столе, не исключает возможности наличия таковой, а только указывает на ее неосложненность.

3. Рентгенологически не обнаруженная ниша не исключает наличие язвы.

4. При обнаружении ниши необходимо повторно исследовать больного дабы предупредить возможную ошибку с одной стороны, с другой стороны это даст нам возможность проследить за развитием язвы.

5. На основании величины и формы ниши невозможно, в каждом отдельном случае, иметь суждение о характере язвы.

Dr. A, Kwaliaschvili.

## Die Nische als charakteristisches Symptom des Magen-gesulvüres und ihre diagnostische Bedeutung.

Leiter der Röntgenabteilung des Zentralen Klinischen Institutes.

Der Autor kommt auf Grund der Literaturangaben und eigener Beobachtungen über die Frage von der Bedeutung der Nische als wichtigstes Symptom der Magengeschwürdiagnose zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Nische Haudeki ist ein sehr wichtiges röntgeno-anatomisches Symptom für Magengeschwür.

2. Die röntgenologisch diagnostizierte Nische schließt auch dann nicht die Möglichkeit des Vorhandenseins derselben aus, wenn auf dem Operationstisch das Geschwür nicht gefunden wurde, sondern weist nur auf die Nichtkompliziertheit hin.

3. Die röntgenologisch nicht gefundene Nische schließt das Vorhandensein des Geschwürs nicht aus.

3. Bei dem Auffinden der Nische muss der Krone zu wiederholtem Malen untersucht werden, um einerseits einem möglichen Fehler vorzubeugen und außerdem gibt aus das die Möglichkeit die Euterschleimhaut des Geschwürs zu verfolgen.

5. Auf Grund der Nischengröße und Form kann man sich nicht in jedem einzelnen Falle ein Urteil über den Charakter des Geschwürsbildens.

## ა. უშვერიძე.

კურორტ შამშოვის  
სამკურ. ნაწ. გამგე.

### ტუბერკულოზის გავრცელება სოფელ გლოლაში — კურორტ შამ-შოვის რაიონში (შამორაჭა).

საქართველოს სოფლებში ტუბერკულოზის გავრცელების შესახებ 1930 წლამდე ცოტარამ მოეპოვებოდა ჩვენ ტუბ-ორგანიზაციებს. ეს აიხსნება იმ გარემოებით, რომ მხოლოდ უკანასკნელ წლებში გაიშალა მუშაობა ადგილებზე ტუბ-დისპანსერების და სპეციალურ ტუბ-კაბინეტების მოწყობის ირგვლივ. ჯან-კომისარიატის ძველ სტატისტიკურ ცნობებზე საფუძველზე დაყრდნობა შეუძლებელია, რადგან ისინი აშუქებენ ამ საკითხებს მხოლოდ ერთის მხრივ. სიკვდილიანობის და მძიმე სახის ტუბერკულოზის შემთხვევების აღრიცხვით განისაზღვრებოდა მათი როლი მაშინ, როდესაც ბიოლოგიური ტუბერკულოზი, საერთო ტუბ-ინფიციურობა, რჩებოდა გამოურკვეველი.

უნდა ითქვას, რომ არც საკავშირო და არც ბურჟუაზიული ქვეყნების სამეცნიერო ლიტერატურა იყო მდიდარი ამ ფრიად მნიშვნელოვან ამოცანების გაშუქებით. ევროპის და ამერიკის ამ დარგში მომუშავე მეცნიერების აზრი დიდრონ ქალაქებს არ გასცილებიათ. ჩვენშიაც გასაბჭოების პირველ პერიოდში მთავარი ყურადღება ექცეოდა საწარმოვო-სამრეწველო ცენტრებს, როგორც სახელმწიფოს მთავარ მამოძრავებელ ძალებს, თუმცა არც სოფლები დარჩენილან უყურადღებოდ.

მას შემდეგ კი, რაც ინდივიდუალური, დაქუცმაცებული მეურნეობები გადავიდნ კოლექტიურ სისტემაზე, ინგრევა ძველი კედელი, რომელიც დიდხანია აღმართული იყო სოფლებსა და ქალაქებ შუა. გუშინდელი ეკონომიურად ჩამორჩენილი სოფელი, რომელიც ეწეოდა პრიმიტიული სახის მეურნეობას, დღეს დაეუფლა ტრაქტორს და ქვეყნის ინდუსტრიალურ ლიანდაგზე გადაყვანაში კისრულობს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან როლს.

საკავშირო სხვა ტუბ-ორგანიზაციებთან ერთად ჩვენი ახალგაზრდა ტუბ-ინსტიტუტიც ლებულობს ყოველივე ზომებს, რომ არ ჩამორჩეს მოძმე ორგანიზაციებს და ჩვენი თვალის წინ შლის დამკვრელ მუშაობას სოფლად ტუბერკულოზის შესასწავლად. ამ მიზნით მან გაგზავნა ორი ექსპედიცია ავტონომიურ ოსეთში და ჭიათურის რაიონში. ცალკე ექსპედიციამ, პროფ. შ. მიქელაძის, გ. ელიავას და დოც. კ. ცომბაის ხელმძღვანელობით ჩაატარა დიდი მუშაობა

სვანეთში 1931 წელში ამავე მიზნით მუშაობდა მეორე ექსპედიცია 1932 წელში პარიზის კომუნის სახელობის დისპანსერის მიერ გამოყოფილი იმავე ოსეთში. განზრახული იყო საქართველოს სხვა კუთხების შესწავლა, მათ შორის ზემო რაჭისაც, რომელიც წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კუთხეს ჩვენი რესპუბლიკისას.

კურორტ შამ-შოვში ხუთი წლის განმავლობაში, მუშაობის პროცესში, მე განვიზრახე შემეტანა ჩემი წვლილი ამ საკითხების ირგვლივ დაგროვებულ მასალებში ტუბ-ორგანიზაციის ხაზი, მაგრამ ჩემ ცდებს სხვა მიზანიც ჰქონდა. ობიექტი ჩემი გამოკვლევის იყო სოფელი გლოლა, მდებარე 3 კილომეტრის მანძილზე ზემოხსენებულ კურორტიდან, რომელსაც საქართველოს სხვა კურორტებთა შორის, უეჭველია, დიდი მომავალი მოეღოს. მე მიხდოდა გამომერკვია შამ-შოვის კლიმატო-ბალნეოლოგიური ფაქტორების გავლენა მის მეზობლად მოთავსებულ სოფლის მცხოვრებლებზე, რომელსაც ახასიათებს იგივე თვისებები.

ამასთანავე, კურორტის მომავალ მშენებლობასთან დაკავშირებით, როგორც კლიმატიური სადგურის, სადაც გაიგზავნებიან ტუბ-ავადმყოფები, საჭირო იყო გამოგვერკვია თუ რამდენად არის მომზადებული მოსახლეობა ამ სენთან საბრძოლველად. მიზანშეწონილი იქნებოდა გაგვეგო რამდენი არის ბაცილარული და ინფიცირებული, იმუნო-ბიოლოგიური ძალების მოპოვებით, რაც ყოფა-ცხოვრების პირობებთან დაკავშირებით. საწინდარია ამ სენთან ბრძოლიდან გამარჯვებით გამოსვლის ამ დებულების დამამტკიცებელია პროფ. კალმეტის და ვერენის ცდები, რომლებიც ტუბერკულიოზთან ბრძოლის მთავარ იმედებს ამყარებს ავირულენტურ, ცოცხალ კობის ჩხირებით ვაქცინაციაზე, რომელმაც იმუნო-ბიოლოგიური ძალები უნდა მიანიჭოს ახლად დაბადებულს მომავალი საფრთხის თავიდან ასაცილებლად.

მეორე მხრივ, ამასვე ვვიჩვენებს პროფ. მეჩნიკოვის ექსპედიცია კირგიზებთა შორის, რომლებიც იღუპებოდნენ მძიმე, მილიარული სახის ტუბერკულოზით, როგორც იარაღაყრილნი ამ უთანასწორო ბრძოლაში.

Heieck-ის აზრით, ტიროლის მთის მოსახლეობა, ამ საუცხოვო კლიმატიური ადგილის, სადაც აშენებულია მრავალი ტუბ-სანატორიუმები, პროცენტულად გაცილებით მეტ სიკვდილიანობას იძლევა ქლექისაგან, ვიდრე საქსონიის მოსახლეობა სამრეწველო ქალაქები. დაავადება და ინფიცირება უკანასკნელში ორჯერ მეტია პირველზედ.

შამ-შოვი მდებარეობს ძველ სამხედრო ოსეთის გზატკეცილზე, რომელიც აკავშირებს საქართველოს ჩრდილოკავკასიასთან. ქ. ქუთაისიდან დაშორებულია 138 კილომეტრით, მამისონის უღელ ტეხილიდან 26-ით. უკანასკნელი წარმოადგენს საზღვარს საქართველო-ჩრდილოკავკასიის შორის. სოფელი გლოლა დაშორებულია კურორტზე 3 კილომეტრის მანძილით. ორთავენის სიმაღლე ზღვის დონედგან უდრის 1600 მეტროს. ადგილმდებარეობა ამ ულამაზეს ავარაქისა და სოფლისა წარმოადგენს ვეებერთელა ვაკეს, რომელიც გარშემორტყმულია წიწვიანი ტყით. უკანასკნელი გრძელდება კაიორის და ცნობილ ავარაკ უწერიდგან ვიდრე ხსენებულ მამისონამდე. ტყის შემდეგ იშლება მშვენიერი ალპიური საძოვრები, რომლებიც გადადიან მუდამ თოვლით დაფარულ

ყინვარების ზონაზე. უკანასკნელს შეადგენენ: ჩრთილოეთით-კარაგომის და ბუბის მთები, აღმოსავლეთით \*მამისონის; აქედგან დასავლეთისაკენ გაჭიმულია შაქრის თავა და კატის წვერა; დასავლეთით ყინვარი შოდა, ხოლო ჩრდილო დასავლეთით დიგორის მთები. ჩამოთვლილი ყინვარები შამ-შოვის ახლოს ჰქმნიან სილამაზის გარდა, ერთნაირ ბარიერს, რომელიც იცავს ამ კუთხეს ქარებისაგან.

თითონ კურორტი გაშენებულია სამ მდინარეთა შორის, რომლებიც აოთხ-კეცებენ საერთო სილამაზის შთაბეჭდილებას. პირველ მათგანს,—ბუბის წყალს მოაქვს თავისი ტალღები ამ სახედწოდების ყინვარიდან; ჩხოჭყურა და ჭანჭახი ერთვიან პირველს თვით შოვთან, რომლებიც 9 კილომეტრის მანძილის დაშორებით აქედგან უერთდებიან მდინარე რიონს. ულამაზესი ბუნებით, სუფთა, ოზონიური ჰაერით, ზომიერად თბილი ჰავით გაზაფხულზე, ზაფხულზე და შემოდგომაზე, ზამთარში თბილი დღეებით, რომლებიც იცვლებიან მშრალ, ყინვიან ღამეებით, არაჩვეულებრივი ინსოლიაციით, ეს აგარაკი დიდ მეტოქეობას უწევს პირველობის მოპოვებაზე განთქმულ აბასთუმანს. უკანასკნელი ხომ გაცილებით მალლა სდგას თავისი კლიმატიური თვისებებით მსოფლიო მნიშვნელობის დავოსსზე და ლეიზენზე.

აქვე უნდა მიუმატოთ მინერალური წყლები, რომლებითაც უხვად არიან დაჯილდოვებული, როგორც შამშოვი, აგრეთვე გლოლაც.

ჩამოთვლილ კლიმატიურ ფაქტორებთან ერთად, ამ წყლებს, თავისი კალციუმის მარილების შემადგენლობით, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზის თერაპიაში, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ამ სენის დროს ორგანიზმი განიცდის დეკალცინაციის პროცესს.

მე აქ არ შევჩერდები ამ წყლების სხვა სამკურნალო თვისებებზე, რაც არ შეეხება დასახულ თემას.

სოფელ გლოლის მოსახლეობის რიცხვი უდრის 1200-ს. თუმცა ეს კუთხე შეადგენს რაჭის ნაწილს, მაგრამ ზნე-ჩვეულებებით თავიანთ სახლებით და საერთოდ ყოფა-ცხოვრების პირობებით მეტად განსხვავდება ქვემო რაჭის სოფლებისაგან, კურორტ შამ-შოვის გაშენებამდე მთელი ამ სოფლის მოსახლეობა იყო შემეჭიდროვებული მდინარე ჭანჭახის გაღმა ნაპირას, რამოდენივე ათეულ უვარგის ქვის და მიწურ. სახლებში, რომლებიც სრულიად მოკლებულ იყვნენ მზის სხივებს და საერთოდ სინათლეს.

გლოლა უფრო აულს წააგავს, ვიდრე საქართველოს სოფელს. მას ზემოდგან დაჰყურებს ძველი ციხის ნანგრევი, რომელიც გადმოცემის თანხმად, აქ არ უნდა იყვეს ფეოდალიზმის ნაშთი. საერთოდ ზემო რაჭის სამ სოფლებში ღებში ჭიორაში და გლოლაში ბატონ-ყმობას ვერას დროს ვერ გაუდგია ფესვები როგორც საქართველოს სხვა კუთხეებში.

ვარგისი მიწის სიმცირის გამო მოსახლეობა ეტანებოდა მესაქონლეობას. სთესავენ ქერს, იზვიათად სიმინდს, უკანასკნელ წლებში კი ქართოფილს. ხილი და ბოსტნეული არ მოეპოვებათ, რაც სათანადო უარყოფითი გავლენას ახდენს კვებაზე, თუმცაღა გამოსახული ავითამინოზის შემთხვევები იშვიათია. მარცვლეული გამოაქვთ ჩრდილო კავკასიიდან, ღვინო ქვემო რაჭიდან. ლოთობა

ამ უამად იშვიათ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს. შამ-შოვის გახსნამ, კოლმეურ-ნეობის სისტემაზე გადასვლამ და რწმენამ, რომ არავინ დაესხმით თავს გასათხოვარ ქალების და საქონლების გასატაცებლად, დაშალა ძველი გლოლის პატრიარქალური ცრხოვრების წყობილება. თანდათან ქრება რწმენა „ჯალაბურ“ სისტემის ცხოვრების უპირატესობისადმი თვით მოხუცებშიაც, რომლებიც ხელმძღვანელობდნენ ამ პირვანდელ სახის კომუნებს 40—50 კაცისაგან შემდგარს, განუყოფელი უფლებებით აღჭურვილნი. მოხდა ერთნაირი გარდატეხა. შემჭიდროებულმა ცხოვრებამ, რომელიც წარსულში აუცილებელი იყო მეზობელ ტომების მოსაგერიებელ თავდასხმისაგან, უკვე დაჰკარგა ყოველივე აზრი. ციხის ნანგრევებს შერჩა მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა. ძველ პირობებში, სოფელ გლოლაში ტუბერკულოზს რომ ფესვები გაედგა, ის საშინელ ზიანს მიაყენებდა მასთან საბრძოლველად მოუმზადებელ მოსახლეობას. საერთო კარჩაკეტილობა, რომელიც ამორებდა ერის ამ პაწია ნაწილს კულტურისაგან, ალბად, ელობებოდა წინ ამ სენსაც. მაგრამ ახალი ცხოვრება ქმნის ახალ პირობებს. სოციალურ-ეკონომიურ ძალთა გადაჯგუფებასთან დაკავშირებით დაიძრა ახალგაზრდობა სოფლიდგან და გაეშურა ქალაქებისაკენ, რომ ძველი თოხი და მწყემსის კომბალი შესცვალოს მეცნიერულ წიგნით. არც გლოლა შეადგენს გამონაკლისს ამ შემთხვევაში. პირიქით, ჩვენი მუშუაკები, ტენიკუმები და უმაღლესი სკოლები საკმაოდ დიდ რაოდენობის ადგილებს უთმობს მას.

უკანასკნელ 5 წლის განმავლობაში კურორტ შამ-შოვის პოლიკლინიკაში გატარდა ორ ათასზე მეტი ავადმყოფი სხვა და სხვა სენით შეპყრობილი. ამათგან 40%<sup>0</sup>ს შეადგენდა ზემო რაქის სოფლების გლეხობა, განსაკუთრებით კი გლოლის და უწერის. მათ შორის ხშირი იყო კუჭის კატარით დაავადებულნი, განსაკუთრებით ქიების ინვაზიით (80%<sup>0</sup>-ი ბავშვთა შორის გლოლაში), მეორედი ანემიით, ნევრასტენიით და რამოდენიმე შემთხვევა ბაზელოვის ავადმყოფობის სოფელ სორიდგან. იშვიათი იყო მალარია და პელაგრა, უკანასკნელის ერთი შემთხვევა აღმოჩენილ იქნა იმავე გლოლაში 4 წლის ბავშვზე. კონსტიტუციის მხრივ დედაკაცებში სჭარბობენ ასტენიკები, მამაკაცებში კი პიკნიკები. აქ აღსანიშნავია ის, რომ ქალები ფიზიკურად მეტს მუშაობენ ვიდრე მამაკაცები. კუჭ-ნაწლავებით დაავადება გაცილებით მეტია დედაკაცებთა შორის. საერთოდ კუჭის კატარის სიხშირე უნდა ავსხნათ იმით, რომ გლოლის მოსახლეობა ბავშობიდანვე უზომოდ ხმარობს ტუტოვან მინერალურ წყლებს საჭმელში და სასმელად, რაც უნდა აქვეითებდეს კუჭის წვენის შეფიანობას, მაშინ, როდესაც ეს წყლები წარმოადგენენ საუკეთესო საშუალებას იმავე კუჭ-ნაწლავების მკურნალობაში სათანადო დოზიროვკის და ჩვენებების მიხედვით. ნევრასტენია უნდა იყვეს შედეგი ადრე დაქორწინებით, რაც ჩვეულებრივ მოვლენად ითვლებოდა წინად. ზოგიერთ შემთხვევებში 12—13 წლის ბავშვი უკვე იწყებდა სქესობრივ ცხოვრებას. მიუხედავად ასეთი არანორმალურ პირობებისა, არარაციონალურ კვებისა და ბინების უსუფთაობისა, ამ სოფლის მოსახლეობა მაინც ჯანსაღად უნდა ჩაითვალოს, რაც უნდა მიეწეროს სავანგებო კლიმატიურ თვისებებს. საერთო სიკვდილიანობა ძალიან მცირეა მიუხედავად იმისა, რომ ზამთრობით

მცხოვრებლები მოკლებული არიან მუდმივ საექიმო დახმარებას. სოფელში ხშირად შეხვდებით 90 - 100 წლის მოხუცებს.

ტუბერკულოზის გავრცელების მხრივ დიდი განსხვავებაა გლოლას და უწერას შორის, თუმცა უკანასკნელი არ არის შესწავლილი პირველსავე. მაშინ როდესაც გლოლაში 1200 მცხოვრებზე აღმოჩნდა ორი ბაცილარული ავადმყოფი ე. ი. 0,17%, უწერაში 9 ასეთივე სახის ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული 1500 მცხოვრებზე ე. ი. 0,6%.

უნდა ვიფიქროთ, რომ უკანასკნელ რაიონში გაცილებით მეტია ტუბ-ავადმყოფები, ვიდრე ჩვენ აღვნიშნეთ, რადგან დაავადებულთა მხოლოდ მცირედმა ნაწილმა მოაწია შოვამდე სიმორის გამო, უწერაში შოვთან შედარებით და საერთოდ ფილტვების ტუბერკულოზის სიმრავლე უნდა ავხსნათ იმ გარემოებით, რომ პირველი საქართველოში ერთ-ერთ ძველ კურორტთაგანია, სადაც ყოფილ ქუთაისის გუბერნიის ყველა კუთხებიდან აწყდებოდნენ ტუბ-ავადმყოფები. უკანასკნელები მაშინდელ ექიმბაშობის ხანაში მცირედ თანხებთან ერთად მკვიდრ მცხოვრებლებს უტოვებდნენ კოხის ჩხირებსაც.

გლოლის 2 ავადმყოფთა შორის ერთი იყო ჩრდილო ოსეთიდან ჩამოსული, მეორე კი ადგილობრივი, რომელსაც ჰქონდა კონტაქტი პირველთან ორთავენი გარდაიცვალენ.

ძვლის, კანის, პერიტონეუმის და თვალების ტუბერკულოზის შემთხვევები არ გვქონია ამ ხნის განმავლობაში გლოლაში, მაშინ, როდესაც სვანეთში და საქართველოს სხვა მთიან ადგილებში ხშირია ექსტრაულმონალური ფორმები, განსაკუთრებით ძვლის.

ექსუდატიური პლევრიტი 1932 წელში აღმოაჩნდა ერთ გლოველ მოწაფეს, თბილისიდან საზაფხულოდ დაბრუნებულს.

Pleurit. sicca 9 ს. მათ შორის ერთი იყო ქუთაისიდან დაბრუნებული მოწაფე, 4 თბილისიდან, 4 კი გლოლას არ გასცილებიათ. ასაკის მხრივ ყველანი წარმოადგენენ მოზარდ ახალგაზრდობას, სქესის მხრივ 6 ვაჟი, 3 ქალი.

ბიოლოგიურ ტუბერკულოზის გავრცელების შესასწავლად ჩვენ გამოვიკვლიეთ მარტო სოფელი გლოლა, ისიც 33% მთელი მოსახლეობისა ე. ი. 400 სული 1200-გან. რასაკვირველია, სასურველი იყო 100%-ით ჩატარება ამ ამოცანისა, მაგრამ ჩვენგან დამოუკიდებელ მიზეზების გამო ეს შეუძლებელი გახდა. ჩვენის აზრით, ესეც საკმარისია, რომ გამოვიტანოთ ერთნაირი დასკვნა ამ საკითხის შესახებ. ამ რიცხვიდან 100 იყო მოზრდილი 14-გან 31 წლამდე, 300 კი ბავში 1-გან 14 წლამდე. ბავშთა შორის უმეტეს ნაწილს შეადგენენ გლოლის 4 წლედის მოწაფეები რიცხვით 168, დანარჩენები კი გასინჯულ იქნენ სხვა და სხვა ოჯახებში, როგორც ახალ, აგრეთვე ძველ ნაწილშიაც.

ტუბ-ინფიცირების გამოსარკვევად ჩვენ ჩავატარეთ კანის ბიოლოგიური რეაქცია Petrichky-ს მეთოდით, რომელიც წარმოადგენს Pirquet-ის მოდიფიკაციას. ერთსაც და მეორესაც ის ახასიათებს, რომ Mantoux-ს რეაქციასთან შედარებით ნაკლებ მგრძობიარე არიან. უკანასკნელის მეთოდით სარგებლობა სოფლის პირობებში ტეხნიკურად შეუძლებელი გახდა, თანაც მე II ტუბ-ყრი-

ლობის ინსტრუქციისა ამ საშუალებას უნდა მივმართოთ უმთავრესად კლინიკურ პირობებში.

Mantoux რეაქციის ჩასატარებლად უარყოფითი შედეგების შემთხვევებში, საჭირო იქნებოდა სხვა და სხვა ხსნარების ხმარება სათანადო ინტერვალებს დაჭერით, რაც მოითხოვდა აუარებელ დროს და ენერგიას.

ტუბერკულინის ეხმარობდით. Alt. Tuberculin Kocha 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს, ხარკოვის ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტისას. აცრის ადგილს ვაშაღებდით ეთერის საშუალებით. შედეგის აღრიცხვას ვაწარმოებდით 24, 48 და 72 საათებში აცრის შემდეგ. უარყოფითი და საეჭვო შემთხვევებში აცრას უმეორებდით მე 7 დღეზე იმავე მეთოდით. რეაქცია დადებითად ითვლებოდა 5×5 mm ზემოდ, ქვემოდ ამ ზომისა საეჭვოდ.

როგორც ცხრილიდან სჩანს ბავშვა შორის დაბადებიდან სასკოლო ასაკამდე ჩვენ არ მიგვიღია არც ერთი დადებითი რეაქცია. 8 წლიდან 14-დე 300 გასინჯულ ბავშვებზე ორთავე სქესის ცდა აღმოჩნდა დაბადებითი 28 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 9,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს ინფიცირების. ამათგან 15 იყო მამრობითი სქესის—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, დედრობითი 13 ე. ი. 4,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

მოზრდილთა შორის, რომელთა რიცხვი უდრის 100 კაცს, საერთო ინფიცირება უდრის 23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს, ამათგან მამაკაცები იძლევიან 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს, დედაკაცები კი მხოლოდ 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს.

ცხადია, რომ ცხრილში არ შეგვიტანია 10 შემთხვევა პლევრიტებისა, როგორც გამომხატული ლოკალური დაავადებანი, თუმცა ბიოლოგიური ცდა ათთავე ავადმყოფზე იყო დადებითი.

შედარებითი სიხშირე პლევრის დაავადებისა მოსწავლე მოზარდთა შორის აიხსნება მათ პირველად ქალაქის ტუბ-კერებთან კონტაქტით, რასაც გლოლის პირობებში არ უნდა ჰქონოდა ადგილი.

თუ გადავხედავთ საკავშირო და რესპუბლიკანურ საგამოკვლევო მასალებს, სულ სხვა სურათს მივიღებთ სვანეთის და ოსეთის ტუბ-ექსპედიციები იძლევიან ჩვენ მასალასთან შედარებით 6—7 ჯერ მეტ საერთო ტუბ-ინფიცირობას, რომ არაფერი ვსთქვათ ტუბ-დაავადებებზე, რაც პროცენტულად არ ჩამორჩება ამ მხრივ ძველ სამრეწველო რაიონებს.

არა ნაკლებ საგულისხმოა საკავშირო, განსაკუთრებით, უკრაინის ტუბ-ინსტიტუტის საგამოკვლევო შრომები, ჩატარებული სხვა და სხვა სოფლებში პროფ. ბ. ლ. იახნისის მიერ გამოკვლევული სოფელი ვოინოროვკა იძლევა ტუბ-ინფიცირობას ბიოლოგიურ ცდის მიხედვით ჩატარებულის Pirquet და Mantoux მეთოდებით 4,5 ჯერ მეტს, ვიდრე სოფელი გლოლა. იახნისის მასალის ცხრილი ასაკის მიხედვით, სულ გამოკვლევულია 2837 ბავში, დაწყებული დაბადებიდან 14 წლამდე.

ცხრილი მოყვანილია პროფ. იახნისის შრომიდან—Опыт изучения распространения туберкулеза среди сельского детского населения.

ასაკი	გაუკეთდა ბიოლოგ. ცდა — Pirquet. Mantout.	რეაქც.
0—1 წელი	244 ბავშვს	5,7%+
1—2 „	364 „	15,6%+
3—4 „	436 „	26,2%+
5—7 „	526 „	37,6%+
8—10 „	400 „	59,5%+
11—14 „	687 „	69%+
სულ 2657		41,2% დადებითი

მოზრდილთა შორის ტუბ-ინფიცირების შესახებ ჩვენ მოგვყავს ცნობები, მიღებული პროფ. ნ. ს. მოროზოვსკის მიერ სოფელ სვინოვკის გამოკვლევის დროს:

ასაკი.	მამ. კაც. რეაქც. დადებ.	დედა კაც. რეაქც. დადებ.
15—19 წ.	79,5%+	67,6%+
20—29 „	88,6%+	96,6%+
30—39 „	100%+	99,1%+
40—49 „	89,5%+	95,5%+
50—59 „	95,2%+	95,6%+
60 და მეტი	100%+	78,3%+

დაახლოებით ასეთივე დიდ %-ს ტუბ-ინფიცირებისას იძლევიან დანარჩენი 6 სოფელი, გამოკვლეული იმავე პროფ. მოროზოვსკის მიერ სოფ. ვასილიევკა, ვოინოროვკა, ნიკიტოვკა, ჩერნეშჩინა, შოროვკა და რეპკი.

იხილეთ—*Распространение туберкулеза в семи селах и опыт его изучения Н. С. Морозовского.*

დებულება, რომ Mantoux-ს რეაქცია Pirquet-ის და Peruschky' კანის რეაქციებთან 50%-ით უფრო მგრძობიარეა, არსებითად არ სცვლის საკითხს სოფელ გლოლაში ტუბ-ინფიცირების და ტუბ დაავადების სიმცირის შესახებ შედარებით სხვა სადმე გამოორკვეულ სოფლებთან.

ეს ფაქტი უდაოა, მაგრამ მოითხოვს გამოკვლევას ზონის გაფართოვებას, რომ უფრო მრავალრიცხოვან მასალასთან გვეკონდეს საქმე შესაძლებელ შეცდომების თავიდან ასაცილებლად.

დასკვნა.

1) სოფელ გლოლაში ღია სახის ფილტვების ტუბერკულოზი უნდა ჩაითვალოს იშვიათ მოვლენად;—ასეთი ფორმები უფრო ხშირია უწერის რაიონში, რაც უნდა აეხსნათ უკანასკნელის ინფიცირებით საავარაკოდ ჩამოსულ ტუბ-ავადმყოფების მიერ.

2) იმავე გლოლაში ბიოლოგიური ტუბერკულოზი 4—5 ჯერ ნაკლებ არის გავრცელებული, ვიდრე საქართველოს და სხვა კავშირში შემავალ რესპუბლი-



კების გამოკვლევულ სოფლებში, რაც აიხსნება პირველის განცალკევებულ მდებარეობით, საწარმოვო ცენტრებთან და ქალაქებთან სუსტი კავშირი და ტუბ-ბაცილარულ კერების უქონლობით.

3) საერთო სიკვდილიანობა და კერძოთ ტუბერკულოზიდან, ძალიან მცირეა ამ რაიონში, რაც აიხსნება გარდა ზემოდ ჩამოთვლილ პირობებისა, საუცხოვო კლიმატ-ბალნეოლოგიურ ფაქტორებით.

4) მოსახლეობის ცხოვრების ახალ პირობების გადასვლასთან დაკავშირებით, საჭიროა ონის რაიონში გაიხსნას ტუბ-დისპანსერი, სოფელ გლოლაში კი საექიმო პუნქტი.

5) მიმდინარე წელს გაიგზავნოს ზემო რაქაში სპეციალური ექსპედიცია, რომელმაც დეტალურად უნდა შეისწავლოს მთელი ეს კუთხე ტუბ-დაავადების და ინფიცირების გავრცელების მხრივ.

6) კურორტ შამშოვის მომავალ მშენებლობასთან დაკავშირებით მიეჭყეს სათანადო ყურადღება მის მეზობელ სოფლის მოსახლეობის კულტურულ დონის ამაღლების სან-პროფილაქტიურ ცოდნის გავრცელებით, რომ აქაც არ გუნეორდეს ძველი შეცდომები ადგილობრივ მცხოვრებლების ჯანმრთელობის დაცვის მხრივ.

7) ჩემი პატარა გამოკვლევა წარმოადგენს მხოლოდ ცდას ფრიად დიდ და მნიშვნელოვან საკითხში, რომელიც უნდა შესწავლილ იქნეს უახლოვეს ხანებში გაძლიერებულ ძალებით და უფრო დიდი მასშტაბით.

ტუბ-ინფიცირურობა სოფელ გვოლთაში ბავშვთა და მოზრდილთა შორის სქესის და ასაკის მიხედვით



	1-6 წლამდე		7-8 წ.		9-10 წ.		11-12 წ.		13-14 წ.		ს უ ლ		
	რიცხვი გამოყ.	% გამოყლ.	რიცხვი გამოყ.	%	რიცხვი	%	რიცხვი	%	რიცხვი	%	რიცხვი	სულ %	
მამაკაცი . . . . .	30	10	32	10,7	28	9,3	47	15,6	30	10	167	55,7	ს უ ლ 300 ბავში
დედაკაცი . . . . .	24	8	18	6	34	11,3	21	7	36	12	133	44,3	
რ ე ა ქ ე ტ ი ა და დ ე ბ ი თ ი ა													
მამაკაცი . . . . .	0	0	2	0,7	4	1,3	5	1,7	4	1,3	15	5	ს უ ლ 28 = 9,3%
დედაკაცი . . . . .	0	0	1	0,3	4	1,3	3	1	5	1,7	13	4,3	
მ ო ზ რ დ ი ლ ე ბ ი													
	15-18 წ.		19-20 წ.		21-25 წ.		26-30 წ.		30-შეტი				
მამაკაცი . . . . .	27	27	8	8	10	10	7	7	6	6	58	58	ს უ ლ 100 მოზრდილი
დედაკაცი . . . . .	13	13	14	14	6	6	5	5	4	4	42	42	
რ ე ა ქ ე ტ ი ა და დ ე ბ ი თ ი ა													
მამაკაცი . . . . .	7	7	2	2	2	2	2	2	1		15	15	ს უ ლ 23%
დედაკაცი . . . . .	3	3	4	4	1	1	0	0	0		8	8	

ტუბერკულოზის ეპიდემიის სოფელ გვოლთაში