

გამოცემის წელი მკათე

# თანამედროვე მედიცინა

(THANAMEDROVÉ MEDICINA)

ყოველთვიური სამეურნალო-სამეცნიერო ჟურნალი  
ტფილისის სასელექციო-სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

№ 7—8

სექტემბერი — ოქტომბერი

მედიცინისტიტუტის გამოცემა  
ტფილისი 1933 წ.

გამოცემის წელი მეთათე.

# თანამედროვე მედიცინა

(THANAMEDROVÉ MEDICINA)

ყრველთხიური სამკურნალო-სამეცნიერო ჟურნალი  
ტფილისის სასჯელმწიფო საბედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

№ 7—8

სექტემბერი — ოქტომბერი

ტ.პ.ბ. ვ ლიგრე

ტ. 1934 გ.

АКТ № 222

### სარედაქციო კოლეგია:

პროფ. ს. ამირაჯიბი, პროფ. მ. ასათიანი, დოც. გ. ვაწაძე, პროფ. ი. თიკანაძე,  
დოც. პ. კიკალეიშვილი, პროფ. შ. მიქელაძე, პროფ. გ. მუხაძე, პროფ. ა. ნათი-  
შვილი, დოც. ი. ქოჩიაშვილი, პროფ. გ. ჟღენტი, პროფ. ს. ყიფშიძე.  
რედაქციის მდივანი დოც. პ. ქავთარაძე

მედიცინის ბაგოცემა  
ტფილისი 1933 წ.



## ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Ежемесячный научный медицинский журнал, орган Тифлисского  
Государственного Медицинского Института.

№ № 7 — 8.

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

## THANAMEDROVÉ MEDICINA

Journal Medical Géorgien

№ 7—8.

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

## შ ი ნ ა ა რ ს ი

### I. თეორიული მედიცინა

83.

1. პროფ. სვ. საუვარელიძე. კბილის ინტრალევეოლარული საკითხისათვის . . . . . 1
2. დოც. კლ. ცომაია, ექ. ადამია და ექ. კესაბაზიანი. აბასთუმნის კლი-  
მატიური ფაქტორების გავლენა კალციუმის ცვალებადობაზე სისხლში . . . . . 4
3. ასპირ. ვ. ანდლულაძე. ფილტვის არტერიების პირველადი სკლეროზის  
კლინიკური სურათი . . . . . 15
4. ექ. შ. ყიფიანი. მასალები შორაპნის მაზრის მოსახლეობის ფიზ. კონ-  
სტიტუციისათვის . . . . . 23
5. ექ. მ. ტყავაძე. ელენთის კანქვეშა ტრავმული დაზიანების საკითხისათვის 39
6. ასპ. ჩიქოვანი. M. Sodoku-ს შემთხვევა . . . . . 65
7. ექ. ი. თოფურიძე. ურეტრო-ცისტოსკოპია და ქირურგია მამაკაცთა  
გონორეის მკურნალობასა და დიაგნოსტიკაში . . . . . 73
8. ექ. ხრამელაშვილი. თვალის ქრილობის მკურნალობა ნახევრად გაღე-  
ბული მეთოდით . . . . . 80

### II. საზოგადოებრივი მედიცინა

9. ექ. კ. საჯაია. გინეკოლოგიისათვის აუცილებელი უნდა იყოს დედაკა-  
ცის უროლოგიის ცოდნა . . . . . 82

### III. მიმონიღვა

10. ექ. ი. მშველიძე. სუსუნატის წყლულები . . . . . 89
- რეფერატები . . . . . 105

პროფ. სპ. სავვაკელიძე  
და ზ. გოგიბედაშვილი

### კბილის ინტრაალვეოლარული ფრაქტურის საკითხისათვის.

კბილის ინტრაალვეოლარული ფრაქტურა ანუ კბილის ფესვის ფრაქტურა წარმოადგენს იშვიათსა და იმავე დროს ძნელად სადიაგნოზო შემთხვევას. სამაგიეროდ კბილის გვირგვინის ფრაქტურის შემთხვევები არის ხშირი და ადვილი სადიაგნოზო. კბილის ფესვის ფრაქტურის დიაგნოზი იმდენად უფრო ძნელია, რამდენადაც უფრო ახლოს არის მომხდარი ფრაქტურა კბილის ფესვის მწვერვალთან. მისი დანამდვილებითი დიაგნოზი, მეტადრე თუ ადვილი აქვს გასწვრივ ფრაქტურას, შესაძლებელი არის მხოლოდ რენტგენის საშუალებით. გვირგვინისა და ფესვის ერთდროული ფრაქტურა ხდება, უმეტეს შემთხვევაში, გასწვრივი ფრაქტურის დროს.

გვირგვინის ფრაქტურის დროს შეიძლება მოტყდეს მხოლოდ ემალის ნაწილი, ანდა ემალთან ჭრთად ტყდება დენტინიც. დენტინისა და ემალის ფრაქტურის დროს შეიძლება, რომ დენტინის მხოლოდ ზედაპირული შრე მოვარდეს. ისე რომ პულპა არ გაშიშვლდება. მაგრამ თუ დენტინი მთლიანად მოვარდა, მაშინ პულპა გაშიშვლდება. გაშიშვლებული პულპა, ინფექციის გამო, და აგრეთვე ქიმიური და მექანიკური გაღიზიანების გამო, განიცდის ანთებას და ბოლოს ნეკროზს.

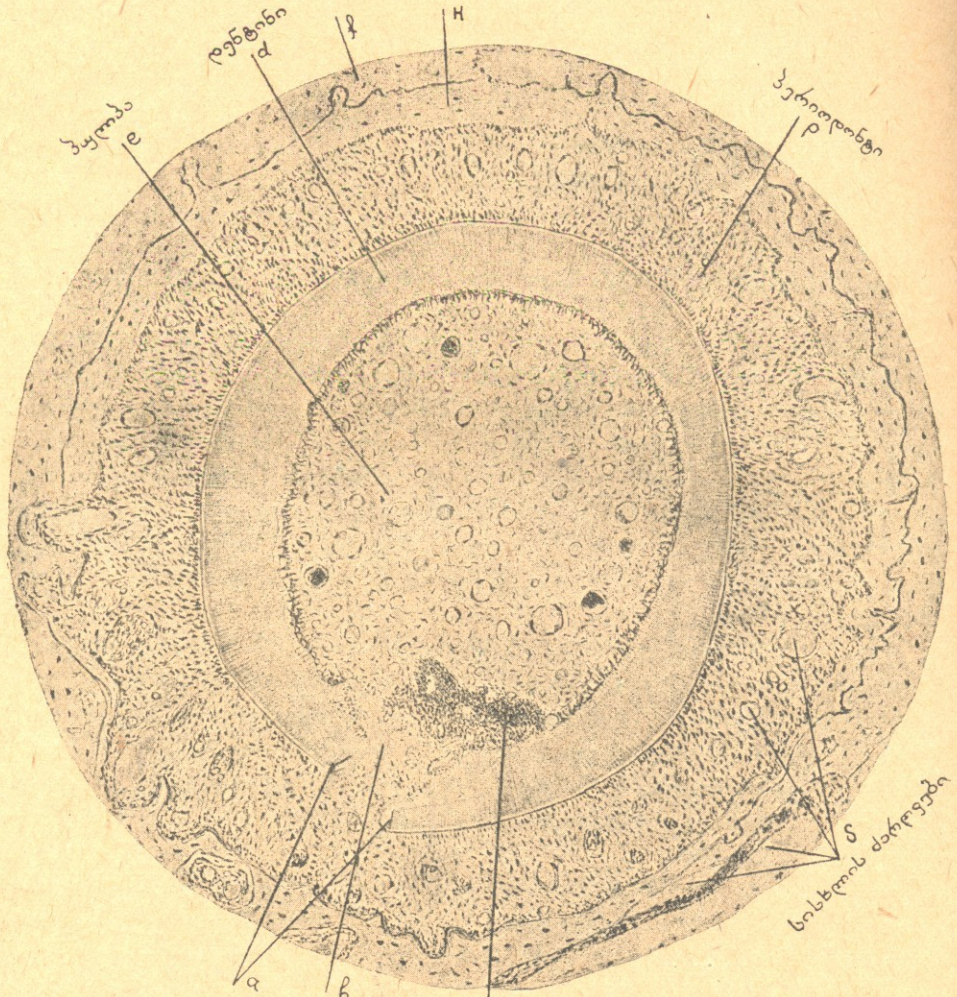
ვინაიდან დენტინში სისხლის ძარღვები არ არსებობს და საკვებ ლიმფას იგი პულპიდან ლეზიონს დენტინის მილაკების საშუალებით, ამიტომ დაზიანებული დენტინის ზედაპირების შეზრდა არ ხდება. ისე რომ მოტყეხილი დენტინის ადგილას დეფექტი რჩება. დეფექტის დაფარვა შეიძლება მხოლოდ ხელოვნურად.

ფესვის ფრაქტურის დროს კი დენტინის დეფექტის დახურვა შესაძლებელი არის პერიოდონტის შეზრდით დენტინის გაბზარულ ადგილში.

პროფ. O. Römer-ს აქვს აღწერილი მხოლოდ ერთი შემთხვევა კბილის ფრაქტურის მორჩენისა. მის შემთხვევაში დაზიანებას განიცდიდა კბილის ყველა შემადგენელი ნაწილი: დენტინი და პულპა. ფრაქტურის ადგილი მორჩენილი იყო ახლადწარმოშობილი პულპის ადონტობლასტების მიერ ახალი დენტინის წარმოშობის საშუალებით. მხოლოდ თვით პულპა კი ძლიერ შემცირებული იყო.



რჩენი შემთხვევა წარმოადგენს კბილის ინტრაალვეოლარულ ფრაქტურას. კბილის ფესვი გასწვრივად არის გაბზარული დაახლოვებით შუა მიდამოში. გვირგვინისა და ფესვის მწვერვალის მთლიანობა დაურღვეველი არის.



ა. გაბზარული ლენტიანი. ჩაკეულოი სისხლი პულობაში.  
ბ. პერიოდონტის შებრდა გაბზარული ლენტისა და პულოპაში.  
ჟ და H ქვედაყბის ძვალი.

კბილი ეკუთვნის კატას. სადემონსტრაციო მასალის დამზადების მიზნი ნ მოხდენილი იყო ქვედაყბის კბილების დეკალცინაცია, ქვედაყბის ძვალთანა ერთად. დეკალცინაციის შემდეგ პირველი პრემოლარი ამოჭრილი იყო ქვედაყბის ძვლის ნაწილიანა ერთად და დაჭრილი იყო გამყინი მიკროტომით 30მ სისქის ანათ-ლებზე. ჰემატოქსილინითა და ეოზინით შეღებილი ანათლების გასინჯვის დროს

აღმოჩნდა, რომ ის ანათლები, რომლებიც გვირგვინის მიდამოდან იყვნენ მიღებული, დენტინის მთლიანობის დარღვევას არ იჩენდენ. სამაგიეროდ ქვედაყბის ძვლით გარშემოხვეულ კბილის ანათლებში (იხ. სურ. 1) ნათლად ჩანდა გაბზარვა როგორც დენტინისა, ისე პულპისა. პულპაში გაბზარვის ადგილას სისხლი (c) არის ჩაქცეული. დენტინის გაბზარულ ადგილში (a) პერიოდონტი (b) არის შეჭრილი და იმავე დროს შეერთებულ არის პულპასთან (e).

ამ შემთხვევის აღწერა საჭიროდ ვცანით იმიტომ, რომ კბილის ინტრაალვეოლარული ფრაქტურა, გვირგვინის მთლიანობის დაურღვევლად, იშვიათსა და ძნელ სადიაგნოზო შემთხვევას წარმოადგენს. ამას გარდა აქ ნათლად არის ნაჩვენები მიკროსკოპული სურათი დენტინის დეფექტის ამოვსებისა მასში პერიოდონტის შეჭრის საშუალებით.

### ლიტერატურა

1. O. Römer. Die pathologie der Zähne.—Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Herausgegeben von T. Henke. Berlin 1928.
2. Гофунг. Клиника болезней зубов и полости рта. Москва—Ленинград 1930 г.
3. L. Szymonowicz. Lehrbuch der Histologie, Leipzig 1930.
4. Абрикосов и Никифоров.—Основы патологической анатомии и гистологии. Москва—Ленинград 1919 г.

დოც. კლ. ცომაია ემ. ზ. ადამია ემ. კახაბაძეანი.

## აბასთუმანის კლიმატიური ფაქტორების გავლენა კალციუმის ცვალეზადობაზე სისხლში.

დიდი ხანია ცნობილია, რომ ტუბერკულოზი ადამიანის ორგანიზმში იწვევს დემინეროლიზაციას. პირველად Senator-მა შეამჩნია, რომ მძიმე კახექსიის დროს ორგანიზმში ხდება ნივთიერების გაცვლა გამოცვლის სრული დარღვევა და კალციუმის მომატებული რაოდენობით გამოყოფა. ორგანიზმიდან მომატებული კალციუმის გამოყოფა ტუბერკულოზიან ავადმყოფებზე პირველად აღნიშნა ott მა. უფრო ზუსტად დეკალცინაციის საკითხი tbc დროს შესწავლილი იქნა 1869 წლიდან Boyer, Robin-ის, Lemath-ის Labbe-ს Mayer-ის Ferrier-ის A. Roben და სხვების მიერ. ზოგ ავტორებმა მიიღეს ჰიპოკალცემია, ზოგმა კი ჰიპერკალცემია, მაგრამ უმრავლესობის მიერ მიღებული იქმნა მაინც, რომ ტუბერკულოზის დროს არის ჰიპოკალცემია და ამიტომ შემოღებული იყო კალციუმის სხვადასხვა მარილებით მკურნალობა.

კალციუმის როლი, ან მნიშვნელობა დღეს უფრო მეტად არის მიჩნეული ფიზიოლოგიის და ფიზიკური ქიმიის განვითარების შემდეგ ცოცხალი უჯრედისათვის. ორგანიზმში წარმოებული ყველა ცვლილებანი—ბიოლოგიური და ქიმიური ხასიათისა შესაძლებელია მხოლოდ არაორგანიული მარილების საშუალებით. ბიოქიმიური მნიშვნელობა მინერალურ კომპონენტებისა ცოცხალ უჯრედისათვის და მათსადაც მთლიანად ორგანიზმისათვის ამჟამად უკვე უტყუარად დადასტურებულია, იგი წარმოადგენს მის განუყრელ შემადგენელ ნაწილებს ურომლისოდაც უჯრედის სიცოცხლე შეუძლებელია. ამნაირად ირკვევა, რომ პატარა ლითონის კატიონის სახით სრულიად უმნიშვნელო რაოდენობისას დიდი სპეციფიკური მოქმედება აქვს. მოგვხსენებთ მინერალურ მარილთა შორის მთავარ როლს თამაშობს კალციუმის მარილი. ამიტომ სრულიად ბუნებრივია კალციუმის ირგვლივ ის გაცხოველებული კვლევა ძიება, რომელიც ამჟამად სწარმოებს, როგორც საბჭოთა კავშირში ისე ევროპა ამერიკაში. ჩვენც დაგვიანტერესა ამ საკითხმა და გადავწყვიტეთ მისი შესწავლა ფილტვების tbc-ის დროს კურორტ აბასთუმანში. თუ როგორი არის უკანასკნელის კლიმატიური ფაქტორების გავლენა კალციუმის ცვალეზადობაზე სისხლში. ამასთან ერთად საჭიროთ დავინახეთ მისი შედარება ტფილისთან. ამ მიზნით სულ გატარებული იქმნა 60 ავადმყოფი.

აქედან პირველ ჯგუფში 14 ავადმყოფი გასინჯული იყო 3-ჯერ. ჯერ ტფილისში, შემდეგ აბასთუმანში მისვლისას და უკანასკნელად აბასთუმნიდან უკან



დაბრუნებისას. მეორე ჯგუფი 60 კაციდან შემდგარი გასინჯულია მხოლოდ ორჯერ: პირველად აბასთუმანში მისვლისას და მეორედ აბასთუმნიდან უკან წამოსვლისას. (ტფილისის ჯგუფი აქაც შედის).

ასაკის მხრივ ავადმყოფები ნაწილებიან შემდეგად: 20 წლამდე—5; 21—30 წ. 32. 31—40.—17, 41—50 წ.—4 და 50 მეტი 2.

მუშა—33, მოსამსახურე—24, მოწაფე—2, გლეხი—1.

Diagnos: tbc pulm. I სტ.—11, II სტ.—37, III სტ.—12.

კომპენსაციის მხრივ A—28, B—32.

კალციუმის გამოკვლევას ვაწარმოებდით de Waard-ის მეთოდით. მეთოდის აღწერას არ შეუდგებოდა რადგანაც, ის კარგად ცნობილია ყველა თანამედროვე მიკროქიმიურ ჰნალიზების სახელმძღვანელოებში.

სანამ შეუდგებოდეთ მიღებულ შედეგების ანალიზს საჭიროდ მიგვაჩნია მივიღოთ ძირითადად რას უდრის ნორმალური რაოდენობა Calcium-ისა სისხლში. ამ საკითხის ირგვლივ არ არსებობს ლიტერატურაში გარკვეული ზუსტი რაოდენობა არამედ ის სხვადასხვა ცვალებადობას განიცდის. ეს სხვადასხვა რაოდენობა ქანაობს 10—13 mlg% (Jansen, Leicher, Blühdorn u Fhyssen Meyer Ward, Steemann, Hezfeld u. Lubowski, Hafer—Schmidt, ანდრიაძე და სხვა). არის აგრეთვე უფრო პატარა ციფრი Billingeimer 9,4, Оппель 9—11, Gyorgu 9,2—11, ჩვენ მიერ მიღებული იქმნა 10—13mlg% მთლიანად ჩვენი ავადმყოფები 60 კაცისაგან შემდგარი, რომ დავამუშაოდ ზემოდ მიღებულ კალციუმისათვის ნორმად მიღებული რაოდენობა 10—13 mlg% გვაძლევს შემდეგს: აბასთუმანში მისვლისას ნორმა 39, ნორმის ქვევით 6, ნორმაზე ზევით — 15. ერთ ავადმყოფზე მინიმუმი—8,6 mlg% მაქსიმუმის 15 mlg% საშუალო ციფრი საერთოდ თითო ავადმყოფზე უდრის 12,33 mlg%, რომელიც უნდა ჩაითვალოს სრულიად ნორმალურად. ამიტომ ის აზრი ვითომ ფილტვების ტუბერკულოზიანი ავადმყოფებს კალციუმის რაოდენობა სისხლში დაქვეითებული აქვთ ჩვენი მასალის მიხედვით არ მართლდება. ამ საკითხის ირგვლივ როგორც წინეთ ისე ეხლა დიდი დავაა. ჰიპოკალცემია ჩვენი ფიქრით და ლიტერატურის მიხედვით აქვს ისეთი ტუბერკულოზიანი ავადმყოფებს, რომლებსაც კახექსია მკაფიოდ აქვთ გამოხატული. ასე, რომ აქ გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს არა t.b.c არამედ ძლიერ გამოხატული კახექსიას. ცხადია თუ კახექსია იქნება tbc—მიერ გამოხატული აქაც მივიღებთ ჰიპოკალცემიას. ეს აზრი არ გახლავთ ახალი, არამედ დიდი ხნის წინად იყო პირველად შემჩნეული გამოჩენილი მეცნიერი Senator-ის მიერ დღეს ნაწილი ავტორებისა ჰიპოკალცემიის მომხრენი არიან. მაგ. Rosenstein და Schidtke-ს მიერ იყო გამოკვლეული 65 ტუბერ. ავადმყოფი და მიიღეს კალციუმის რაოდენობა 8,1—10. 4 mlg%, როგორც ხედავთ ნორმაზე ნაკლები Franz და Krömcke გამოიკვლიენ 45 ავადმყოფი, როგორც მძიმე ისე იოლი ფორმით დაავადებულები და მიიღეს ნორმა 62,2% კეთილთვისებიანი პროდუქტიული და ფიბროზული ფორმებთა შორის 12 mlg% ზევით. Рабухин-ის, Соскинд, Ройсман и Бандуровская და სხვებმა მიიღეს ფიბროზული ციროტიული ფორმების დროს აგრეთვე Ca-ს ნორმალური რაოდენობა. ჩვენც როგორც ზემოდ მოგახსენეთ მივიღეთ 12,33 mlg% ე. ი. ნორმალური რაოდენობა.

ამიტომ ჩვენ ვფიქრობთ tbc-ს დროს თუ კახექსია არ არის გამოხატული ჰიპოკალციემიის ადგილი არ აქვს.

ეხლა თუ გავარჩევთ მიღებულ შედეგებს აბასთუმნიდან წამოსვლისას მივიღებთ შემდეგს. Calc-უმის რაოდენობა — ნორმა — 9, ნორმის ქვევით 0 და ნორმის ზევით 51. საშუალოდ ერთი ავადმყოფზე მინიმუმი 12,6 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, მაქსიმუმი 15,0 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> საშუალოდ თითო ავადმყოფზე უდრის 14,1mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. თუ შევადარებთ მიღებულ ორ ციფრს კალციუმის საშუალო რაოდენობისას ერთი ავადმყოფზე მივიღებთ 1,77 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> მომატებას. ამნაირად შეიძლება დასკვნა გამოვიტანოთ, რომ აბასთუმანის კლიმატიური ფაქტორები საერთოდ იწვევენ კალციუმის რაოდენობის მომატებას სისხლში. მაგრამ შესაძლებელია აგრეთვე ზოგიერთი ცალკე შემთხვევაში მივიღოთ მისი დაქვეითებაც. თუ ჩვენ მასალას გავარჩევთ ტურბანის სტადიების და კომპენსური (A) და სუბკომპენსიური (B) ფორმების მიხედვით, როგორც აბასთუმანში მისვლისას და ისე 1—1½ თვის იქ ყოფნის შემდეგ უკან წამოსვლისას მივიღებთ შემდეგს: აბასთუმანში მისვლისას კალციუმის საშუალო რაოდენობა უდრის:

I სტ. დროს	11,8 mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
II სტ. „	12,4 „ „
III სტ. „	12,5 „ „

A-ს მიხედვით 12,2, B-ს მიხედვით 12,4.

აბასთუმნიდან წამოსვლისას კალციუმის საშუალო რაოდენობა უდრის:

I სტ. დროს	—13,9 mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
II „ „	—14,2 „ „
III „ „	—12,4 „ „

A-ს მიხედვით—14,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, B-ს მიხედვით 13,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

ამნაირად როგორც ზემოდ ხედავთ პირველ შემთხვევაში (აბასთუმანში მისვლისას) როგორც სტადიების ისე A-ს და B-ს მიხედვით კალციუმის მომატებას, ადგილი არ აქვს. (1 mlg-ს ნაკლები რაოდენობა შეცდომის ფარგლებშია მიღებული.

მეორე შემთხვევაში (აბასთუმნიდან წამოსვლისას) საწინააღმდეგო შედეგებს ვღებულობთ, მაგ. I სტადიასთან შედარებით II—სტადიაში კალციუმის რაოდენობა მეტი მივიღეთ, მხოლოდ III სტადიაში პირიქით პირველ ორთან შედარებით საგრძნობლად ნაკლები. ლიტერატურაში აღნიშნულია რომ tbc-ს დროს სტადიებთან შედარებით კალციუმის რაოდენობა ქვეითდება. Rosenstein, Schmidt, Космодемьянский и Ковенева, Энис (A-ს და B-ს შესახებ იგივე აზრია, ვითომ B-ს დროს ოდნავ ქვეითდება (0,2 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) ვიდრე A) Роїзман и Бандуровская ჩვენი მასალა ზემოთ მოყვანილ ლიტერატურულ ცნობებს მთლიანად არ ესაბამება. აბასთუმანში მისვლისას ჩვენ არ მივიღეთ დაქვეითება როგორც ჩვენ მოველოდით და როგორც ლიტერატურაშია აღნიშნული. აბასთუმნიდან წამოსვლისას მიღებული შედეგი I და II სტადიასთან შედარებით III სტადიაში ვღებულობთ საგრძნობლად კალციუმის დაქვეითებას და B-ს დროსაც A-სთან შედარებით ოდნავ (0,2 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) შემცირებას, რომელიც ეთანხმება, როგორც ხედავთ ზემოთ მოყვანილ ავტორების მიღებულ შედეგებს. ჩვენის აზრით კალცი-

უმის რაოდენობის ცვალებადობაზე მნიშვნელობა აქვს არა სტადიებს არამედ კახექსიას და ინტოქსიკაციას. მძიმე ექსუდატური ფორმების დროს Krömeke u. Knüsli-ს მიუღიათ  $\text{CO}_2$  დაქვეითება სისხლში. იგივე შედეგი მიუღია Kardi-na-ს, Sergeant, Schönheit აღნიშნავს, რომ მან მიიღო ძლიერ დაქვეითებული Ca რაოდენობა გამობატული ინტოქსიკაციის დროს. greischeimer u. Winkle უარყოფენ tbc დროს დემინერალიზაციას, მაგრამ მძიმე და შორს წასულ t.b.c. დროს აღნიშნავენ Ca შემცირებას. ამასვე აღნიშნავენ აგრეთვე: Эинис, Richert u. Bung, Fschiember' Yimmernann Barcus და სხვა. Эинის გამოყავს დასკვნა თავის შრომაში, რაც ავადმყოფი ხნიერია და მისი tbc პროცესი მწვავე ექსუდატიური ფორმისაა ძლიერ ინტოქსიკაციით და სხვა, მით Ca რაოდენობა სისხლის შრატში ნაკლები იქნება Hein-ის აზრს ეთანხმება ჩვენი მასალაც, რომელსაც ნორმაზე ქვემოდ ქონდა Ca რაოდენობა სისხლში, ყველა იყო სუბკომპენსიური ფორმით დაავადებული აბასთუმანში მისვლისას. აბასთუმნიდან უკან დაბრუნებისას უმრავლესობას B—A-ზე გადავიდა და კალციუმის რაოდენობამაც ძლიერ მოიმატა (იხ. 28, 68, 75, 89) აქედან ნათლად ჩანს, რომ Calc-მის ცვალებადობაზე დიდი როლი უნდა ქონდეს ინტოქსიკაციას.

თუ ინტოქსიკაცია კარგად არ არის გამობატული მაშინ Cal-ის რაოდენობა ნორმის ზევით ფარგლებშია.

ეხლა ჩვენ გადავალთ I ჯგუფის გარჩევაზე. როგორც ზემოთ ვთქვით ჩვენ გვყავს I ჯგუფი 14 კაცი საგან შემდგარი, რომლებიც გასინჯულია 3-ჯერ, პირველად თბილისში, მეორედ—აბასთუმანში მისვლისას და მესამედ აბასთუმნიდა წამოსვლისას. I ჯგუფის პირველად თბილისში გასინჯვის შედეგი შემდეგია: კალციუმის რაოდენობა—Norma 9 კაცი, ნორმის ქვემოთ = 0 ნორმის ზემოდ = 5. მინიმალური რაოდენობა Cal-მის 10.6% (65) მაქსიმუმი 14,2 (71), საშუალო რაოდენობა უდრის 12,3%

სტადიების მიხედვით:

I სტად.	— 11,8 meq%
II „	— 12,5 „ „ A-ში — 12,4%
III „	— 12,6 „ „ B-ში — 12,5%

მეორეჯერ გასინჯვის დროს აბასთუმანში მისვლისას მივიღეთ Cal—რაოდენობა ნორმა 10 კაცი, ნორმის ქვეით 2, ნორმის ზევით 2. Ca რაოდენობა მინიმუმი 8,6 მაქსიმუმი 15% mlg%

სტადიების მიხედვით:

I სტად. დროს	12,2
II „ „	12,1 A-ში — 12,2
III „ „	11,7 B-ში — 11,9

აქედან სჩანს, რომ აბასთუმანში მისვლისას გასინჯული შედეგი სრულიად ესაბამება იმ აზრს ვითომ სტადიების მიხედვით კლებულობს კალციუმის რაოდენობა.

კლებულობს აგრეთვე A-სთან შედარებით B-ში.

მესამეჯერ გასინჯვისას აბასთუმნიდან წამოსვლის დროს აღმოჩნდა შემდეგი: Cal რაოდენობა ნორმა—3, ნორმის ქვეით = 0, ნორმის ზევით = 11 კაცი. Calc-უმის რაოდენობა მინიმალური 12,6% მაქსიმალური 15,2 mlg%.

საერთო საშუალო რაოდენობა 14,1 mlg%.

სტადიების მიხედვით:

I — სტ.	— 13,1 mlg%
---------	-------------

II — „ — 14% „ „ — ში — 13,9 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
 III — „ — 13,6 „ „ — ში — 14, mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

აქედან მკაფიოდ სჩანს, რომ საერთო Calc-მის რაოდენობამ აბასთუმანში 45 დღის ყოფნის შემდეგ საგრძნობლად მოიმატა, საშუალოდ თითო ავადმყოფზე მოდის თბილისთან შედარებით 1,8 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub> აბასთუმანში — მისვლისას შედარებით 2,1 mlg I ჯგუფის ანალიზიდან სჩანს შემდეგი: თბილისში Calc რაოდენობა სისხლში tbc დაავადებულ ავადმყოფთა შორის უმრავლეს შემთხვევაში ნორმას უდრის, აბასთუმანში მისვლისას ოდნავ კლებულობს და აბასთუმანში 45 დღის ყოფნის შემდეგ Calc-ს რაოდენობამ სისხლში ძლიერ იმატა. აქედან ცხადია აბასთუმანის კლიმატიური ფაქტორებიც მოქმედობენ მასზე. მთიანი ჰაერის გავლენა Cal-ზე საერთოდ ცნობილია. Lasch-მა კვარც ლამპის მკურნალობის დროს მიიღო Ca-მის მომატება სისხლში. verdina აღნიშნავს მთიანი ადგილის გავლენას Calc-ზე სისხლში.

Dugge-მ მაღალ კურორტებზე მკურნალობის დროს მიიღო Calc-მის მომატება. ამასვე ადასტურებენ Löwy და სხვები. ასე რომ ჩვენი შედეგი ლიტერატურულ ცნობებს ეთანხმება. ტაბ. № 1 თქვენ შეამჩნევთ, რომ ჩვენი ავადმყოფები ყველა იყო დაავადებული ფობროზო-პროდუქტიული ან ციროტიული ფორმებით, მოკლედ რომ ვსთქვათ კეთილთვისებიანი tbc არც კახექსიას და არც მაინც და მაინც დიდი ინტოქსიკაციას ადგილი არ ქონდა. ამიტომ მიღებული შედეგის თავისებურება რომ Calc ის რაოდენობა უმრავლეს შემთხვევაში ნორმალური გვაქვს სრულიად სიმართლეს უნდა შეეფარდებოდეს, რადგანაც როგორც ჩვენ ზემოთ ვიცით Calc-ის დაქვეითებას უმთავრესად იწვევს ძლიერ ინტოქსიკაცია და მკაფიოდ გამოხატული კახექსია, რომელსაც ჩვენ შემთხვევაში ადგილი არ ქონებია. ჩვენი მასალიდან სჩანს აგრეთვე, რომ ტურბანის სტადიებს არავითარი მნიშვნელობა არ ქონებია. ჰიპოკალცემიის გამოსაწვევად, მას აქვს ალბათ მნიშვნელობა დეკომპენსაციის და კახექსიის დროს. უკანასკნელად უნდა ითქვას, რომ აბასთუმანის კლიმატიური ფაქტორების გავლენით t.b.c ავადმყოფთა შორის ხდება კალციუმის ვადიდება სისხლში. კალციუმის მნიშვნელობაზე ორგანიზმში ჩვენ ზემოთ მოკლედ გვქონდა ლაპარაკი, ეხლა აგრეთვე მოკლედ გვინდა აღვნიშნოთ კალციუმის კლინიკური მნიშვნელობა. დიდი ხანია იმის შემდეგ რაც კალციუმი არის შემოღებული თერაპიაში. ამჟამადაც ხმარობენ მას ფართოდ სპეციფიური თუ არა სპეციფიური სისხლის ლეზინების დროს, აზრი მისი ეფექტიანობაზე სხვადასხვაა. ნაწილი ავტორებისა ძლიერ მომხრენი არიან კალციოთერაპიისა ტუბერკულოზის დროს, ნაწილი კი წინააღმდეგი, მხოლოდ სისხლის ლეზინების დროს დიდი უმრავლესობა მაინც კალციოთერაპიას აწარმოებს ასეთი მდგომარეობის მიზეზი ის არის, რომ სამწუხაროდ მედიცინას ჯერ კალციუმზე უკეთესი სისხლის ლეზინების შესაჩერებელი ნივთიერება არ გააჩნია და ის იძულებულია მას მიმართოს. რასაკვირველია დღეს პნევმოთორაქსს დიდი მნიშვნელობა აქვს სპეციფიკური სისხლის ლეზინების დროს, მაგრამ მოქმედების ასპარეზი ხშირად შეზღუდულია, არა სპეციფიკური მკურნალობის დროს გარდა ოპერაციისა ხომ სრულიად არაფერი არა გვაქვს. ოპერაცია ხშირად უშედეგოდ მთავრდება. მოკლედ, რომ ვსთქვათ ამ მხრივ მედიცინა უძლურია. ამიტომ

აბასთუმანის კლიმატიური ფაქტორების გაგლენა



ტ ა ბ უ ლ ა № 1 TBC pulm. I სტ.

№№	აბასთუმანში მისვლისას			აბასთუმნიდან წიმოსვლისას	
	წლოვანობა	A ან B	Calc. mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	A ან B	Calc mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1	21	B	13,4	B	14,2
2	39	A	15	A	13,2
3	24	A	11,6	A	12,6
4	20	B	12,2	A	14
5	32	A	12,2	A	14
6	34	A	13,2	A	14,8
7	26	A	12,8	A	14
8	27	A	12	A	14
9	32	A	12,2	A	14,8
10	32	B	9	B	14,6
11	27	B	8,6	A	13,2
12	22	A	10,6	A	14,4
13	26	A	12,4	A	13,6

Calc-ის რაოდენობა ერთ

ავადმყოფზე მინ. 8.6

მაქს. 15 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

საშ. 11 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Calc რაოდენობა ერთ ავადმყოფზე

მინ. 12,6 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

მაქს. 14,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

საშ. 13,9 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

## ტ ა ბ უ ლ ა № 2 TBC pulm. II სტ.

№№	აბასთუმანში მისვლისას			აბასთუმნიდან წამოსვლისას	
	წლოვანობა	A ან B	Calc. mlg <sup>o</sup> / <sub>o</sub>	A ან B	Calc mlg <sup>o</sup> / <sub>o</sub>
14		A	14	A	14,6
15	30	A	11,8	A	14
16	28	B	12,4	B	13,6
17	30	B	13,2	B	14,8
18	32	B	10,8	B	14,8
19	20	B	14,8	A	14,6
20	26	A	12,2	A	12,8
21	27	A	12,6	A	14
22	35	A	13,6	A	14,2
23	22	A	12	A	14,8
24	27	A	12,2	A	13,4
25	37	A	8,8	B	14,2
26	25	A	13,2	A	14
27	29	A	13	A	14,8
28	22	B	13,6	A	15
29	38	B	13,4	B	15
30	43	B	13,8	B	14,8

Calc-ის რაოდენობა ერთ  
 ავადმყოფზე მინ. 8,8 mlg<sup>o</sup>/<sub>o</sub>  
 მაქს. 14,8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>  
 საშუალო—12,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>

Clc რაოდენობა ერთ ავადმყოფზე  
 მინ. 12,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>  
 მაქს. 15 mlg<sup>o</sup>/<sub>o</sub>  
 საშუალო 14,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>

აბასთუმანის კლიმატიური ფაქტორების გავლენა



ტ ა ბ უ ლ ა № 2 TBC pulm. II სტ.

№სტ	აბასთუმანში მისვლისას				აბასთუმნიდან წამოსვლისას	
	წლოვანობა	A ან B	Calc. mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>		A ან B	Calc mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
31	24	B	14		A	15
32	23	A	12,6		A	14,6
33	35	A	14		B	14,6
34	41	B	12,8		B	15
35	19	B	14		A	15
36	18	B	12,2		A	15
37	32	B	11,6		B	13
38	27	A	14		A	14,6
39	33	A	11,8		B	15,2
40	30	B	12,4		A	13,2
41	40	B	9,8		B	14
42	48	B	12		B	13
43	34	A	13,2		A	14,8
44	35	B	11,5		B	14
45	30	B	11,6		B	12,6
46	32	B	9,1		B	14,4
47	19	B	13,2		A	14,6

Calc რაოდენობა ერთ ავადმყოფზე მინ. 8,8 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,  
მაქს. 14,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
საშუალო—12,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Calc რაოდენობა ერთ ავადმყოფზე მინ. 12,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,  
მაქს. 15 mlg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
საშუალო 14,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

## ტ ა ბ უ ლ ა № 3 TBC pulm. III სტ.

№პ	აბასთუმანში მისვლისას			აბასთუმნიდან წამოსვლისას	
	წლოვანობა	A ან B	Calc. mlგ <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	A ან B	Calc mlგ <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
48	52	A	12,4	A	14,4
49	27	B	13,2	B	12,8
50	28	B	12,4	B	14,2
51	45	A	12,4	A	13,4
52	30	B	14,4	B	13,8
53	26	B	11,6	B	15
54	24	B	13,4	B	14
55	21	B	13,4	B	14
56	23	B	12,8	B	13,4
57	52	B	11,5	B	13,4
58	34	B	12	B	13,8
59	23	B	14,8	B	13,6
60	33	B	14,8	B	15

Calc რაოდენობა ერთ

ავადმყოფზე მინ. 11,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>მაქს. 14,8 მილიგრ. <sup>0</sup>/<sub>0</sub>საშუალო 12,5 მილიგრ. <sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Calc რაოდენობა ერთ ავადმყოფზე

მინ. 12,8 მილიგრ.

მაქს. 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>საშუალო 12,9 mlგ<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.



ტ ა ბ უ ლ ა № 4

№№	ტ ფ ი ლ ის ი			აბასთუმანში მისვლისას		აბასთუმნიდან წამოსვლისას	
	წლოვან.	Tbc	Calc mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Tbc	Calc mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Tbc	Calc mlg <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1	27	A <sub>II</sub>	12,8	A <sub>II</sub>	12,6	A <sub>II</sub>	14
2	26	A <sub>I</sub>	12,2	A <sub>I</sub>	12,4	A <sub>I</sub>	13,6
3	22	B <sub>II</sub>	12,6	B <sub>II</sub>	13,6	A <sub>II</sub>	15
4	24	B <sub>II</sub>	13,4	B <sub>II</sub>	14	B <sub>II</sub>	15
5	41	B <sub>II</sub>	11,8	B <sub>II</sub>	12,8	B <sub>II</sub>	15
6	30	B <sub>II</sub>	10,6	B <sub>II</sub>	12,4	A <sub>II</sub>	13,2
7	24	A <sub>I</sub>	11,2	A <sub>I</sub>	12	A <sub>I</sub>	14
8	32	A <sub>I</sub>	12	A <sub>I</sub>	12,2	A <sub>I</sub>	14,8
9	40	B <sub>II</sub>	14,4	B <sub>II</sub>	9,8	B <sub>II</sub>	14
10	52	B <sub>III</sub>	11	B <sub>III</sub>	11,5	B <sub>III</sub>	13,4
11	34	B <sub>I</sub>	14,2	B <sub>III</sub>	12	B <sub>III</sub>	13,8
12	48	B <sub>II</sub>	11,8	B <sub>II</sub>	12	B <sub>II</sub>	13
13	26	A <sub>II</sub>	13,8	A <sub>II</sub>	12,2	A <sub>II</sub>	12,8
14	24	A <sub>I</sub>	11,2	A <sub>I</sub>	12	A <sub>I</sub>	14

რაოდენობა ერთ ავადმყოფზე

მინ. 10, 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

მაქს. 14,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

საშუალო 12,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

რაოდ. ერთ ავადმ.

მინ. 9,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

მაქს. 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

საშუალო 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

რაოდ. ერთ ავადმ.

მინ. 12,8

მაქს. 15

საშ. 14,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

კალციტერაპიის ხმარება მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს. მით უმეტეს მას აქვს ზოგ შემთხვევაში კარგი თერაპიული ეფექტი. როგორც ლიტერატურიდან სჩანს ის ქმნის სისხლის შედედების სტიმულს ამაგრებს უჯრედის მემბრანას, ასქელებს უჯრედთა შუა თხიერ ნივთიერებას, და სისხლის არტერიების კედლებს, აძლიერებს გულის კუნთების მოქმედებას და სხვა. კალციუმი მოქმედობს აგრეთვე როგორც შემსრუტავი ნივთიერება ინფილტრატის და ექსუდატის დროს. ამნაირად უნდა ვიფიქროთ, რომ მისი რაოდენობის მომატება სისხლში კარგი გავლენას უნდა ახდენდეს t.b.c.-ს დროს.

**დასკვნები:**

1. აბასთუმანის კლიმატიური ფაქტორები იწვევენ ფილტვების t. b. c.-ით დაავადებულთა შორის კალციუმის მომატებას სისხლში.
2. ფილტვების tbc ს ფიბროზულ პროდუქტიულ და ციროტიულ ფორმების დროს კალციუმის რაოდენობა სისხლში ნორმალურია.
3. ფილტვების t. b. c-ს დროს ჰიპოკალცემიას ადგილი აქვს, მხოლოდ მკაფიოდ გამოხატული კახექსიის ან ძლიერ ინტოქსიკაციის დროს.
4. ტფილისთან შედარებით აბასთუმანში მისვლისას კალციუმის რაოდენობა სისხლში ოდნავ კლებულობს, მხოლოდ ექვსი კვირის კი ყოფნის შემდეგ ისევ საგრძნობლად მატულობს (საშუალოდ 1,77 mg%).

Доц. Цома  
Док. Г. Адамия  
Док Р. Кесабабян.

**Влияние климатических факторов Абастумана на изменение количества кальция в крови:**

**В ы в о д ы:**

1. Под влиянием климатических факторов Абастумана у туберкулезных больных количество кальция в крови увеличивается на 2,1 mg%).
2. При фиброзно—продуктивных и цирротических формах количество кальция в крови в пределах нормы.
3. При легочном туберкулезе имеет место гипокальцемия только при резко выраженной кахексии и сильной интоксикации.
4. Количество кальция в крови по сравнению с Тифлисом первые дни по приезде в Абастуман незначительно уменьшается.

1. Doz. K. Lomaja.
2. Dok. g. Adamja.
3. „ R. Kesababian.

Die Wirkung der klimatischen Faktoren in Abastuman nach dem Inhalt des Kalkes im blute

1. Unter dem Einfluss der Klimatischen Faktoren in Abastuman bei tuberkulösen Kranken vergrößert sich der Inhalt des Kalkes im Blute auf 2,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.
2. Bei fibrischen produktiven und Zirotischen Formen ist der Inhalt des Kalkes im blute normal.
3. Bei Lungentuberkulose befindet sich Hypocalcämie nur bei ausgeprägter Kachexie und bei starker Intoxikation.
4. Der Inhalt des Kalkes im blute ist im vergleiche mit Tiflis nach der Anküft nach Abastuman etvas vermindert.

ასპირანტი მ. ანდლულაძე

## ფილტვის არტერიუზის პირველადი სკლეროზის კლინიკური სურათი

(ტფილისის სამედიცინო ინსტიტუტის ჰოსპიტალურ თერაპიულ კლინიკიდან,  
დირექტორი—პროფ. მ. დ. წინამძღვარი შვილი)

და—ძე ლაზარი 20 წ., მიწის მუშა, ქართველი, უცოლო, ახალციხის  
ძაზრიდან, შემოვიდა კლინიკაში 1932 წ. 16 სექტემბერს.

ჩივილები: გულის ფრიალი, მცირე ქოშინი და ადვილად დაღლა. მოძრაო-  
ბის შემდეგ, კიდურების სილურჯე, უფრო ძლიერ გამოხატული დილაობით, შემუ-  
პებები და ტკივილები მუცლის არეში.

აღნიშნული მოვლენები განვითარებია 3—4 უკანასკნელი თვის განმავლო-  
ბაში. ა. წ. თებერვლისა და მარტის თვეებში ავად ყოფილა სიცხიანი სნეულე-  
ბით. წოლილა სამხედრო ჰოსპიტალში. ავადმყოფის გადმოცემის მიხედვით, აღნი-  
შნული სნეულება ფილტვების გრიპოზული ანთება უნდა ყოფილიყო, რომლის  
დროს მას აწუხებდა სიცხესთან ერთად, დროგამოშვებით, მჩხვლეტავი ხასიათის  
ტკივილები გულმკერდის არეში.

გამოჯანსაღების შემდეგ, ორი კვირის განმავლობაში, ავადმყოფი თავს  
საკმაოდ კარგად გრძნობდა, რომ ერთ დღეს, დილით, მან შეამჩნია თითების  
გალურჯება და დაბუჟება, რა მოვლენებიც შემდეგ თანდათანობით გაძლიერდა  
და ზედ დაერთო სისუსტეც. ავადმყოფი იძულებული იყო მიემართა ადგილობ-  
რივ ექიმისთვის, რომელმაც 2—3 კვირის უშედეგო მკურნალობის შემდეგ ურჩია  
ტფილისში წამოსვლა, სადაც იგი დარჩენილა 2 კვირას, რომელიმაც კლინიკაში.

უკანასკნელ ერთი-ერთნახევარი წლის განმავლობაში ავადმყოფი ამჩნევდა  
ადვილად დაღლას თამაშობის და მუშაობის დროს. მაგრამ სასმელებს არ ეტა-  
ნება, თამბაქოს არ ეწევა. გარდა ზემოხსენებულ გრიპოზულ დაავადებისა, წარ-  
სულში არ აღნიშნავს არავითარ ინფექციურ სნეულებას. უარყოფს აგრეთვე ვენე-  
რიულ სნეულებას. მემკვიდრეობა ჯანსაღი.

ობიექტიურად: ნორმალური განვითარების, საშუალო ტანის, კარგი კვების.  
პირის—სახე მოვარდისფერო, ოდნავ შემუშუბებული, ტუჩები, ცხვირის ნესტო და  
ყურის ნიჟარები მკაფიოდ ციანოტიური. სკლერა ჩვეულებრივი, კონიუნქტივები  
ჰიპერემიული.

საფეთქლის არტერიები საშუალოდ გამოხატული. თვალის გუგები თანაბარი  
სიფართის, გუგის რეფლექსები შენახული. ენა სველი, სუფთა, ღრძილები და  
ნაქი მოვარდისფერო.

კისერი მოკლე, კისრის ვენები ზომიერად გამოხატული, მარჯვნივ უფრო მეტად. კისრის ვენების და საძილე არტერიების პულსაცია არ აღინიშნება. ფარისებრივი ჯირკვალი არ არის გადიდებული, არც ხსვა ჯირკვლები—.

გულმკერდის კონფიგურაცია ნორმალური, სიმეტრიული. გულმკერდის არეში გამოდრეკილობანი არ აღინიშნება. კანის ვენები ამ არეში არ ემჩნევა. გულმკერდის სუნთქვითი მოძრაობის შეზღუდვა, ან ინსპირაციული შეზნეილობა არც ერთ მხარეზე არ აღინიშნება.

გულის საძგერი მე-V ნეკთა შუა სივრცეში, მამილარულ ხაზზე, არა გაფანტული. გულის არეში სისტოლიური შედრეკილობანი ან დიასტოლიური გამობერილობანი არ ემჩნევა.

ხელის შენებით, გულის საძგერის ინტენსიობა—ნორმალური. პერკუსიით: შედარებითი მოყრუების საზღვარი, ზემოდან—მესამე ნეკზე, მარცხნივ—მამილარული ხაზის ოდნავ გარედ, მარჯვნივ—სტერნალური ხაზის გარეთ. გულღვიძლის კუთხე შენახული. აუსკულტაციით: ტონები სუფთა, მე-II ტონი ფუძეზე გაყოფილი. ფილტვებში: მხოლოდ მცირე ადღეზიური პლევრიტის მოვლენები მარჯვენა გვერდზე, სხვაგან, როგორც პერკუსიით, ისე აუსკულტაციით არაფერი არანორმალური არ აღინიშნება.

მუცელი გადიდებული, შებერილი. ღრმა პალპაციით ოდნავ მტკივნეული, შეიცავს თავისუფალ, მცირე რაოდენობის სითხეს. მუცლის კანზე ვენური კოლატერალები არ ემჩნევა. ღვიძლი 4—5 თითით გადიდებული, მომკვრივო კონსისტენციის, სადა ზედაპირით, ღრმა პალპაციით მტკივნეული.

ქვემო კიდურები, ძლიერ შემუშპებული. ზერელე ვენები გამოხატული, პალპაციით მტკივნეული და გაღურჯებული მუხლებამდე. ზედა კიდურებიც—მკაფიოთ ციანოტური. ხელის თითების უკანასკნელ ფალანგებს ემჩნევა ტენდენცია გამსხვილებისა, რის გამო იგი თითქოს „დოლისებრ“ თითებს ჰგავს.

t-რა N-რი. მაჯა—108, რითმული, სუსტი ავსების, ზომიერი დაჭიმულობის, ელასტიური კედლებით. სუნთქვა 24—26.

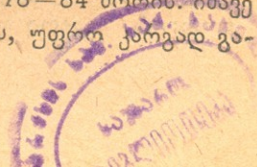
აღნიშნული მოვლენებით, როგორც ნათქვამი იყო, ავადმყოფი შემოვიდა კლინიკაში 16 სექტემბერს. ამ დროიდან ნოემბრის შუა რიცხვებამდე, გატარებულ მკურნალობის შემდეგ (Inf. fol. digitales. ზომიერ (დოზებით) გულის ფრიალი და ქოშინი მოიხპო, ტკივილები ღვიძლის არეში საგრძნობლად შესუსტდა და ბოლოს თითქმის აღარ აღინიშნებოდა. შემუშპებები ქვემდ კიდურებისა მოიხპო, მაგრამ, რაც საყურადღებოა, ციანოზი დარჩა ყველა უწინდელ ადგილებზე იმავე ინტენსიობით და ძლიერდება სხეულის მოძრაობის შემდეგ.

მუცელში თავისუფალი სითხე თითქოს აღარ აღინიშნება. აბერილობა დარჩა. ღვიძლი უწინდებურად გადიდებული, გამკვრივებული და ღრმა პალპაციით მაინც კიდევ მტკივნეული. ელენთა—პალპაციით, ისეთივე როგორიც იყო.

გულის საზღვრები, ცვლილებებს არ განიცდის. გულის მწვერვალზე და ფუძეზე მე-II-ე ტონის გაყოფა ახლა, უფრო აშკარა არის, ვიდრე უწინ.

მაჯა—უკეთესი ავსების და დაჭიმულობის. მერყეობს 78—84 შორის. იმავე დაჭიმულობის. კისრის ვენების პულსაცია, მარჯვენა მხარის, უფრო კარგად გამოხატული, ვიდრე უწინ.

81517





**ლაბორატორული გამოკვლევები:**

**ს ი ს ხ ლ ი**

Er.	— 3.250.000.	5.000.000.	4.210.000.
Z.	— 8.000.	8.000.	8.000.
Hb.	— 81%	80%	82%
F.ind.	— 0,90.	0,92.	0,98.

**ლევკოციტების ფორმულა:**

ნეიტროფილები	სეგმენტური	— 52%
"	ჩხირისებრი	— 5%
ლიმფოციტები		36%
გარდამავალი ფორმები		4%
ეოზინოფილები		2%
მიელოციტები		1%

სისხლის წნევა Коротков-ით, მაქსიმალური 125—115, მინიმალური 82—75.

**შ ა რ დ ი:**

ფერი	. . . . . ყვითელი.	მუქი.	ბაცი ჩალის.
გამსჭირვალობა	. . . . . გამსჭირ.	გამსჭ.	გამსჭირვალე.
რეაქცია	. . . . . მუავე.	მუავე.	მუაიე.
ხვედრითი წონა	. . . . . 1014.	1020.	1015.
ცილა	. . . . . 0.	0.	0.
ინდოკანი	. . . . . 0.	0.	0.
რეაქცია სისხლზე	. . . . . 0.	0.	0.
დიაზორეაქცია	. . . . . უარყ.	უარყ.	უარყ.
ცილინდრები	. . . . . 0.	0.	0.
ლევკოციტები	. . . . . 6—10 პრ.	0.	ერთეული პრ.
ერიტროციტები	. . . . . 4—6 პრ.	0.	5—6 არა ყ. მხ. არეში
ფოსფორმეჯავა მარილ.	მცირე.	0.	მცირე.
პრტყელი ეპიტ.	. . . . . 0.	მცირე.	ერთეული.

**განავალში:**

არაფერი არანორმალური.

**ნახველში:**

არაფერი არანორმალური.

**რენტგენით გაშუქება და გადაღება:**

მარჯვენა ფილმის არე შედარებით მარცხენასთან ბუნდოვანია. ამ მხარეზე პარაკოსტალურად, დიაფრაგმიდან მწვერვალომდე მიიმართება პრტყელი ზონარის მაგვარი ჩრდილი, რომელიც დაახლოებით მე IV ნეკნის დონეზე, ჩანთას მაგვარ შემოსაზღვრულ მოზრგვალ ფორმის დანამატ-ჩრდილს იძლევა.

დიფერაგმა ამავე მხარეზე ოდნავ შეზღუდულია მოძრაობაში. ორივე hilus-ების მიდამოში ვამჩნევთ მრავალრიცხოვან ჩაკირულ ბრონქო-პულმონალურ ჯირკვლებს. გულის საზღვარი გაგანიერებულია. გარდიგარდმო ზომა 15 სანტ. უდრის.



სურ. 1. რენტგენოგრამა

გაშუქებისას გულის პულსაცია არ მოსჩანს, მიუხედავად ხანგრძლივი ექსპოზიციისა. გულის კონტური სადაა, აორტის ჩრდილი არ მოსჩანს. მარჯვნივ ლავიწისაკენ მიიმართება ჩრდილი hilus-იდან, რომელიც გარეთა მხრიდან მკაფიოთ შემოსახლვრულია, ხოლო შიგნითა მხარედან კი უერთდება აორტის ჩრდილს. (იხ. რენტგენოგ. სურ. 1). განმეორებითი გაშუქებისა და გადაღებისას არც ერთხელ

თხელ შეგუბებითი ხასიათის მოვლენები რენტგენოგრამით აღმოჩენილი არ ყოფილა.

**ელექტრო-კარდიოგრამა:** ვოლტაჟი საერთოდ მცირე. პირველ განხრაში T მცირედ ისახება და ნეგატიურია. მე-II განხრაში P კარგად გამოხატული და ნეგატიურია. T ნეგატიურია აგრეთვე მე-III განხრაშიც. P ყველა განხრებში საკმაოდ გამოხატულია და ბლაგვი. იმპულსის გადასვლა წინაგულებიდან პარკუჭებზე ნორმალურია. (იხ. სურ. 2).

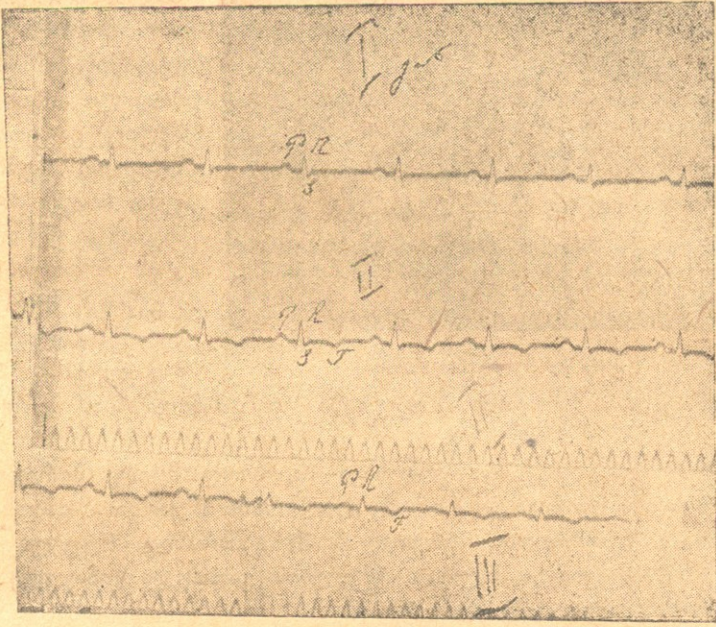
თუ ჩვენი შემთხვევის ყველა მონაცემებს შევაჯამებთ, მაშინ გვექნება შემდეგი მთავარი სიმპტომოკომპლექსი: მკაფიოდ გამოსახული ზოგადი ციანოზი და ამავე დროს მცირე ქოშინი, რომელიც ძლიერ ციანოზს სრულიად არ შეეფარდება. თვალსაჩინოთ გადიდებული ღვიძლი, მკვრივი კონსისტენციის, ოდნავ მტკიენული მხოლოდ ღრმა პალპაციის დროს, მცირე სითხე მუცლის ღრუში, რომელიც ჩქარა შეისრუტა, ქვემო კიდურების ძლიერი შეშუპება, რომელიც, სათანადო მკურნალობის შემდეგ, — შედარებით ჩქარა მოისპო.

გულის გარდი-გარდმო სასზღვრის გადიდება, უმთავრესად მარჯვნივ, რომელიც უცვლელი რჩება. გულის მწვერვალზე და ფუჭზე გაყოფილი მე-II ტონი; სუსტი ავსების მაჯა, რომელიც მკურნალობის შემდეგ ცოტა გამოსწორდა. ელექტროკარდიოგრამაში: მცირე ვოლტაჟი, ნეგატიური T და ბლაგვი P. რენტგენოსკოპიულად: გულის სუსტი პულსაცია და გარდიგარდმო საზღვრის გაფართოება.

მარჯვენა ფილტვში: მცირე ადლენიური პლევრიტის მოვლენები, იმავე ფილტვის ზემოთა ნაწილის ლატერალურ მიდამოში — შემოფარგლული ხასიათის

ჩრდილი, და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია რენტგენოსკოპიურად და რენტგენოგრაფიულად, ფილტვების მთელი არე სრულიად ნათელია და არავითარ შეგუბებითი მოვლენას არ აქვს ადგილი.

რა დაავადებაზე უნდა მიგვეტანა ექვი, ზემოაღნიშნულ მონაცემების მიხედვით?



სურ. 2. ელექტროკარდიოგრამა

ცხადია, რომ პირველ რიგში, ჩვენ უნდა გვეფიქრა, კარდიო-ვასკულარულ სისტემის დეკომპენსაციაზე.

რა მიზეზებს უნდა გამოეწვია აღნიშნული სისტემის დეკომპენსაცია?

ექსტრა თუ ინტრაკარდიალურ მიზეზებს?

ანამნეზის, შარდის განმეორებითი ქიმიურ-მიკროსკოპიული ანალიზის, სისხლის წნევის სისტემატიური გამოკვლევის მიხედვით, ნეფროპატიები ჩვენს შემთხვევაში გამორიცხული იქნა.

ფილტვში, შუასაყარში და გულმკერდის ძვალოვან ჩონჩხში აგრეთვე არ იყო აღნიშნული, არც ფიზიკალური არც რენტგენოლოგიური გამოკვლევით, ისეთი ცვლილებები, რომელსაც შეეძლოთ გამოეწვიათ გულის დეკომპენსაცია.

ამგვარად, ექსტრაკარდიალური ფაქტორები, როგორც ეტიოლოგიური მომენტი, კარდიო-ვასკულარულ სისტემის (უმთ. გულის) დეკომპენსაციისა, ჩვენს შემთხვევაში გამორიცხული იქნა.



რაც შეეხება ინტრაკარდიალურ მიზეზებს, ქრონიკული ენდოკარდიტი— უარყოფილ იქნა, რადგან არავითარი ნიშნები, გულის მანკისა, ფიზიკალური, რენტგენოლოგიური და ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევით არ იყო აღნიშნული.

შიდიღებოდი გვეფიქრა აფონიურ მანკებზე. მათ შორის, პირველ რიგში ორკარიან სარქვლის სტენოზზე და ნაკლუვანებზე. მაგრამ ამ უკანასკნელის სასარგებლოდ არ იყო საკმაო მონაცემები. არ იყო მწვერვალზე პირველი ტონის და ფუძეზე მეორე ტონის აქცენტუაცია, ასევე არ ყოფილა მიტრალური კომფიფურაცია და სხვა.

გულის დეკომპენსაციის ეტიოლოგიურ მომენტებზე მსჯელობის დროს, ჩვენ შემთხვევაში უნდა გვეფიქრა აგრეთვე მიოკარდიტზე და ც, მით უმეტეს, რომ მივიღეთ გულის მეტად სუსტი პულსაცია რენტგენოსკოპიის დროს, ხოლო ელექტროკარდიოგრაფიით მცირე ვოლტაჟი. მიუხედავად ამისა ჩვენ მაინც არ შეგვეძლო მასზე (მიოკარდიტზე) შევჩერებულყავით, როგორც მონაცემ კლინიკურ სურათის ძირითად მიზეზზე, რადგან ასეთ შემთხვევაში გაუგებარი იქნებოდა, თუ რატომ მიოკარდიტმა დეკომპენსაციის პერიოდში არ მოგვცა არავითარი შეგუბებითი მოვლენები ფილტვში (რენტგენოლოგიურად მაინც) და არც ქოშინი გამოიწვია.

აქედან ბუნებრივად გამომდინარეობს დასკვნა, რომ თუმცა რენტგენოსკოპიული და ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევების მიხედვით მიოკარდიტი არაა სავსებით ინტაქტური, მაგრამ გარკვევით იგი არ შეიძლება ჩაითვალოს არსებული კლინიკური სინდრომის ძირითად მიზეზათ.

მცირე ვოლტაჟი ელექტროკარდიოგრაფიაში, მეტად სუსტი პულსაცია რენტგენოსკოპიის დროს, თითქმის ექვს ბადებდა ექსლუდატიური პერიკარდიტის შესახებ. მაგრამ ფიზიკალური და რენტგენოგრაფიული გამოკვლევის სხვა მონაცემები არ იძლეოდა დამაჯერებელ საბუთს მისი არსებობის შესახებ.

აღღეზიურ პერიკარდიტს შეეძლო ჩვენი შემთხვევის მსგავსი კლინიკური სურათი გამოეწვია. მაგრამ გარდა ამისა, რომ ჩვენს შემთხვევაში არ იყო აღღეზიური პერიკარდიტის არავითარი ფიზიკალური სიმპტომი (სისტოლიური შედრეკილობა და სხვა), რენტგენმაც არ მოგვცა ამ სნეულების პირდაპირი რენტგენოლოგიური სიმპტომი (გულის ჩრდილის დაკბილება, გულის გადანაცვლების შეზღუდვა, მწვერვალს ან ფუძის ფიქსაცია და სხვა). მაგრამ, რომ კიდევაც დაგვეშვა აღღეზიური პერიკარდიტის არსებობა, ჩვენთვის მაინც აუხსნელი რჩებოდა თუ რატომ, მიუხედავად კომპენსაციის აღდგენისა სრულიად არ შემცირდა ციანოზი და დარჩა იმავე ინტენსიობით როგორც იყო უწინ, გარდა ამისა, რატომ, მიუხედავად ძლიერი ზოგადი ციანოზისა სრულიად არ იყო ქოშინი, ფილტვშიც არ აღინიშნებოდა არც კლინიკურად და არც რენტგენოლოგიურად სისხლის არავითარი არტერიალიზაციის შემაფერხებელი მოვლენები (შეგუბებითი მოვლენები).

ვერც Picki-ს მიერ აღწერილი სიმპტომოკომპლექსით აფხსნიდით ჩვენი შემთხვევის კლინიკურ სურათს. ჯერ ერთი: აღნიშნული დაავადების დროს უნდა არსებობდეს ექსლუდატიური ან აღღეზიური პერიკარდიტის პირდაპირი კლინიკური ან რენტგენოლოგიური სიმპტომები, რასაც როგორც ზევით ვსთქვით

ჩვენს შემთხვევაში ადგილი არ ქონია, გარდა ამისა, ბოლო ხანებში Picki ს სიმპტომოკომპლექსის დამახასიათებელ ნიშნად სთვლიან პოლისეროზიტს, ავადმყოფის ძლიერი კასექსიური მოვლენებით, რასაც ჩვენს შემთხვევაში ადგილი არ ქონდა, და ბოლოს მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ Picki-ს სიმპტომოკომპლექსში არ შედის ციანოზი, ავადმყოფს პირიქით—მკრთალი ფერი ახასიათებს.

ჩვენი შემთხვევის დამახასიათებელი—ძლიერი ციანოზი დეკომპენსაციის განვლის შემდეგ, შეუფერებლად მცირე ქოშინი და სხვა, სხვათა შორის გვაფიქრებინებდა თანდაყოლილ მანკების შესახებ (ფილტვის არტერიის კონუსის სტენოზი, პარკუჭებს შუა ძგიდის დეფექტი და სხვა), მაგრამ როგორც ზემოთ აღწერილ ფიზიკალურ რენტგენოლოგიურ და ელექტროკარდიოგრაფულ გამოკვლევათა მონაცემებიდან სჩანს, არავითარ სხვა ნიშნებს გულის რომელიმე თანდაყოლილ მანკისას ჩვენს შემთხვევაში არ ქონდა ადგილი.

უარვევით აგრეთვე Vaquez-ის სნეულებაც, რადგან არ გვქონდა მისთვის დამახასიათებელი მთავარი სიმპტომი—პოლიგლობულია.

ამ რიგათ, გულის დაავადების ვერცერთმა ცალკე ფორმამ ვერ შესძლო მოეცა დამარწმუნებელი ახსნა ჩვენი შემთხვევის კლინიკური სურათისა.

ამიტომ მონაცემი შემთხვევის სინდრომის ინტერპრეტაცია ჩვენის აზრით უნდა იყოს ასეთი.

თუ კი ჩვენი შემთხვევის კლინიკურ სინდრომს მაინც კარდიო—ვასკულარული სისტემის დეკომპენსაცია უდევს საფუძვლად, ეს კი ექვ-დაუშვებლად უნდა იქნას აღიარებული, ცხადია, რომ ძლიერ, ზოგად ციანოზსთან ერთად ფილტვშიაც შეგუბებითი მოვლენები უნდა ყოფილიყო, თუ კლინიკურად არა—რენტგენოლოგიურად მაინც, ჩვენს შემთხვევაში კი კარდიალურ ციანოზს დეკომპენსაციის პერიოდშიაც, თან არ სდევს არავითარი შეგუბებითი მოვლენები ფილტვში და არც ქოშინი. აქედან ცხადია, რომ ჩვენს შემთხვევაში საქმე უნდა გვქონდეს კარდიო—ვასკულარული სისტემის სრულიად არაჩვეულებრივ გენეზის დეკომპენსაციასთან, რომელიც იძლევა სრულიად არაჩვეულებრივ კლინიკურ სინდრომს, ერთი-მეორის შეუფერებელი კომპონენტით.

ჩვენ გადავთვალერეთ სათანადო ლიტერატურა აღნიშნული კლინიკური სინდრომის შესახებ და აღმოჩნდა, რომ ასეთ არაჩვეულებრივ სურათს იძლევა მხოლოდ ფრიად იშვიათი ავადმყოფობა, სახელდობრ, ფილტვის წვრილი არტერიების პირველადი სკლეროზი.

ფილტვის არტერიების პირველადი სკლეროზის შესახებ როგორც რუსულს, ისე უცხოელ ლიტერატურაში მცირე ცნობები მოიპოვება.

ჩვენ აქ არ შევხებით ლიტერატურულ მონაცემებს საზოგადოთ ამ სნეულების ეტიოლოგიის, პათოლოგიური ანატომიის და კლინიკის შესახებ, რადგან განზრახული გვაქვს ამ საგულისხმიერო საკითხს დაუთმოთ ცალკე შრომა. ჩვენ აღნიშნავთ მოკლეთ მხოლოდ ანალოგიურ დაკვირვებას, რომელიც შეგვხდა ლიტერატურაში და რამაც გვაიძულა გამოგვეყენებია ჩვენი შემთხვევა.

1931 წ. ვენის უნივერსიტეტის პროფ. R. Maresh-ის პათოლოგო-ანატ. ინსტიტუტიდან გამოვიდა შრომა: Zur Kenntnis der sogenannten „primären Pulmonasclerose“ (R. Kuntschik. Zeitschrift. für Kreislaufforsch. Heft 6. 1931.) აღნიშნულ შრომაში აღწერილია შემთხვევა, რომელსაც ჰქონდა ადგილი ქ. ვენის საავადმყოფოს (allgemein Krankenhaus) მე-IV თერაპიულ განყოფილებაში. (გამგე პროფ. Kovacs-ი).

ავადმყოფი, 15 წლის ქალიშვილი მოთავსებული იქნა ვენის საავადმყოფოში ძლიერი haemoptoe-ს გამო. დაწვრილებითი ობიექტიური გამოკვლევა ძლიერი სისხლის დენის გამო არ იყო წარმოებულ. შეკრებილი იყო დაწვრილებითი ანამნეზი, სიდანაც გამოირკვა, რომ მთავარი ჩივილები შეეხებოდა გულს. გულის სისუსტის პირველი ნიშნები იყო შემჩნეული 10—11 წლიდან.

ბავშვი ძლიერ მალე იღლებოდა. ერთი წლის წინ საავადმყოფოში დაწვრილდებოდა შეამჩნია ფეხების და ტუჩების სილურჯე. ბოლო ხანებში ბავშვს შეეტყო სისუსტე და შრომის უნარის დაკარგვა, ზოგჯერ ოდნავი, ზერელე სუნთქვა, მაგრამ არასოდეს არ ქონია გამოხატული ქოშინი. ხშირად მსადიოდა თავბრუხვევა. ზოგჯერ უმიზეზოდ გული წაუვიდოდა. ავადმყოფის კლინიკურ სურათში განსაკუთრებით საყურადღებო ის იყო, რომ ავადმყოფს არ ქონდა ქოშინი. ინფექციური სნეულებიდან ბავშვს გადატანილი ქონდა წითელა, ქუნთრუშა, ფილტვის ანთება და ყვიანა ხველა.

საავადმყოფოში დაწვრილის შემდეგ 6 დღის განმავლობაში ავადმყოფი თანდათან დასუსტდა, შეეტყო გაბრუება, ციანოზი შესამჩნევად მოემატა, მაგრამ ქოშინი მაინც არ ქონდა. პულსი არ ქონდა და მიუხედავად ყოველგვარი ცდისა, გულის მუშაობის აღდგენა ვერ მოხერხდა და ავადმყოფი გარდაიცვალა.

ფრიად საყურადღებოა პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთის შედეგი. გამოირკვა რომ, ფრიად თავისებურ კლინიკურ სინდრომს საფუძვლად ედო მხოლოდ ფილტვის არტერიის წვრილი და უწვრილესი შტოების ლოკალური სკლეროზი. სხვა რაიმე პათოლოგ-ანატომიური მონაცემი კლინიკურ სიმპტომოკომპლექსის ასახსნელად არ იყო აღმოჩენილი.

მარცხენა ფილტვის ქვეითა წილში—ინფარქტი. დანარჩენი ფილტი მკრთალი ფერისა და ჰაერის შემცველი. გული—გვამის მუშტზე ორჯერ დიდი.

მარჯვენა პარკუჭი ძალზე გაფართოებული და ჰიპერტროფიული; მარჯვენა წინაგულიც გაფართოებული. მარცხენა წინა-გული და მარცხენა პარკუჭი პირიქით მცირე მოცულობისა და თხელ კედლიანი. მიტრალური სარქველები ნორმალური. მიტრალური ხვრელი აგრეთვე ნორმალური. Foramen ovale დახურული. პარკუჭებს შუაძვიდე უღეფექტო. აორტა ვიწრო, მისი ინტიმა—ნაზი. ფილტვის არტერიის მთავარი ღერო ნორმალური ოდენობის. მისი ინტიმა—ნორმალური. ფილტვის არტერიის სარქველები ნაზი, დახურვის სრული უნარით და სარკისებრ სადა ზედაპირით.

განაკვეთში მოსჩანს ფილტვის არტერიის წვრილი შტოების მრავალი პირ-ლია სანათური. მათ ინტიმაში აღინიშნება ფეტვის ოდენა, მოყვითალო თეთრი ფერის, ოდნავ ამობურცული ათეროსკლეროზული კერები, რის გამო წვრილი

შტოების სანათური ძალზე შევიწროებულია, ხოლო უწვრილესი შტოებისა სრულიად დახშულია. მიკროსკოპით აღმოჩნდა არტერიოსკლეროზის ტიპითი სურათი, რომელიც მთავარი ღეროს მიმართულებით თანდათან კლებულობს. ხოლო თვით მთავარი ღეროს კედლები არაერთარ ცვლილებებს არ განიცდის.

წვრილი შტოების ინტიმაში, ნაკლებად კედლის სხვა შრეებში, აღინიშნება აქა-იქ წვრილ უჯრედოვანი ანთებითი ინფილტრატები. თვით ფილტვის ქსოვილები არაერთარ თვალსაჩინო ცვლილება არ აცო აღმოჩენილი. ალვეოლების ძვიდეებში კაპილარები—ზომიერად სავსე. აორტა მიკროსკოპით შეუცვლელი. გულის კუნთი, მარჯვენა პარკუჭის პიპერტროფიის გარდა, მიკროსკოპით არაერთარ პათოლოგიურ ცვლილებას არ წარმოადგენს. სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის წვრილი და უწვრილესი ძარღვები არაერთარ პათოლოგიურ ცვლილებას არ უჩვენებს.

ამგვარად, ავტორის შემთხვევაში პათოლოგ-ანატომური გაკვეთის მონაცემებში ყველაზე თვალსაჩინო ცვლილებას წარმოადგენდა მარჯვენა პარკუჭის ძლიერი პიპერტროფია, რომლის ასახსნელად, გარდა ფილტვის არტერიის წვრილი და უწვრილესი შტოების სკლეროზული ცვლილებებისა, ავტორის დასკვნით არაერთარ სხვა ჩვეულებრივი მიზეზი არ იყო აღმოჩენილი.

—შეიძლებოდა გვეფიქრა—ამბობს ავტორი, რომ სისხლის ძარღვთა დაავადება მეორადია, სეკუნდარული, ე. ი. შედეგია მცირე წრეში სისხლის შეგუბებისა. მაგრამ ფილტვის არტერიის მეორადი სკლეროზი პირველ რიგში ვითარდება მიტრალური მანკების დროს, ავტორის შემთხვევაში კი მიტრალური სარკველებში არ იყო აღმოჩენილი ისეთი ცვლილებები, რომელთაც შეეძლოთ მათი ფუნქციის მოშლა. გულის თანდაყოლილი მანკები, ან განვითარების ანომალიები, რომელთაც შეეძლოთ ძლიერ ადრე გამოეწვია ფილტვის არტერიების სკლეროზი, ავტორის შემთხვევაში აგრეთვე არ ქონდა ადგილი. სექციის დროს არ აღმოჩნდა აგრეთვე არაერთარი სხვა მიზეზი (გავრცელებული პლევრალური შეხორცებები, ემფიზემა, ხერხემლის მძიმე დეფორმაციები და სხვა.), რომელთაც შეეძლოთ ფილტვის არტერიის წვრილი შტოების მეორადი სკლეროზი გამოეწვიათ.

ყოველივე ზემონათქვამის გამო ავტორი (Kuntschik-ი) დაასკვნის, რომ იგი იძულებულია სისხლის ძარღვთა (ფილტვის არტერიების წვრილი შტოების) სკლეროზი ჩასთვალოს პირველადად, ხოლო გულის პიპერტროფია—ვასკულარულ დაავადების შედეგათ.

ჩვენი შემთხვევის და ავტორის შემთხვევის კლინიკურ სინდრომებს შორის თვალსაჩინო ანალოგია არსებობს. გამოვრიცხეთ რა, ყველა ცნობილი მიზეზები, რომელთაც შეეძლოთ ჩვენი შემთხვევის კლინიკური სიმპტონოკომპლექსის გამოწვევა და დავემყარეთ რა, ავტორის ანალოგიურ შემთხვევაზე, რომელიც პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთით იყო დადასტურებული, ჩვენ მივედით იმ დასკვნამდე, რომ ჩვენს შემთხვევაშიაც კლინიკური სინდრომის ძირითადი მიზეზი ფილტვის წვრილი არტერიების პირველადი სკლეროზი უნდა ყოფილიყო.

საკითხს, ფილტვის წვრილი არტერიების სკლეროზის ეტიოლოგიის და პათოგენეზის შესახებ საზოგადოთ და კერძოთ ჩვენს შემთხვევაში, როგორც შემოთ ვსთქვით ჩვენ შევხებებით ცალკე შრომაში.

**В. Андгуладзе.**

Аспирант.

## Клиническая картина первичного склероза легочных артерий.

(Из госпитальной терапевтической клиники Тифлисского Госмединститута. Директор проф. М. Д. Цинамзгвришвили).

Автор описывает случай клинической картины первичного склероза легочных артерии. Об'ективно: при наличии резкого цианоза, лишь незначительная одышка. Границы сердца расширены. На верхушке и у основания расщепленный II тон. Пульс слабого наполнения; в конце лечения слегка выравнился. Электрокардиограмма: маленький вольтаж, *T* — негативен, *P* — тупой. Рентгеноскопически — слабая пульсация и расширение поперечной границы сердца. В правом легком лишь ничтожные явления адгезивного плеврита; в верхней доле того-же легкого, — латерально — отграниченное, неясное затемнение, и, что особенно достойно внимания, рентгеноскопически — не было установлено никаких признаков застойных явлений, даже в периоде декомпенсации сердца.

Поражение клапанного аппарата, как приобретенные, так и врожденные, поражение миокарда, перикарда, так наз. *Pik*-овский цирроз, болезнь *Waquez*-а были исключены об'ективным исследованием.

Автор приводит аналогичный случай первичного склероза лег. арт. описанный в 1931 г. *R. Kuntschik*-ом (*Zeitschrift. für kreislauforsch. Heft 6. 1931*) из патологоанатомического института Венского университета проф. *R. Maresch*-а, и подтвержденный патологоанатомическим вскрытием и гисто-патологическим исследованием.

Клиническая картина в случае автора идентична со случаем *R. Kuntschik*-а, когда при вскрытии оказалось изменения только со стороны правого сердца, в виде гипертрофии и дилатации, со стороны же левого сердца, а также клапанного аппарата не было обнаружено никаких врожденных аномалий.

На основании этого и других аналогичных случаев описанных в литературе автор считает, что полное об'яснение клинического синдрома своего случая, может дать исключительно первичный склероз легочных артерий.

Этиологию и патогенез склероза легочных артерий автор думает осветить в другой работе.

Aspirant W. Andguladze.

## Das Klinische Bild primärer sklerose der Lungenarterien.

(Aus der therapeutischen Hospitalklinik des Tifliser staatlichen medizinischen Institut. Direktor Proff. M. D. Zinamgwrischwili)

Der Verfasser beschreibt in einem Falle das klinische Bild primärer sklerose der Lungenarterien bei einem 20 jährigen Kranken. Objektiver Befund: Zuerst symptome einer mässigen Dekompensation auf grund wessen eine nur unbedeutende Atemnot bei scharf ausgeprägter Zyanose besteht. Die Atemnot war auch nach der Behandlung nicht behoben. Die seitlichen Grenzen des Herzens sind erweitert und die Erweiterung weicht der Behandlung. An der spitze und der Basis ist der 2-te Ton gespaltet. Der Puls ist nicht voll, zum Eude der Behandlung hat er sich etwas ausgeglichen. Das Elektrokardiogramm: kleine Voltage, T — negativ, P — dumpf. Rentgenoskopisch: schwache Pulsation und Erweiterung der seitlichen Herzgrenzen. In der rechten Lunge nur unbedeutende symptome einer adhäsiven Pleuritis: im oberen Teil dieser Lunge — lateral eine begrenzte unbedeutende Verdunkelung, was besondere Beobachtung verdient, rentgenoskopisch konnten keine spuren von staungerscheinungen festgestellt werden, sogar nicht während der Dekompensation des Herzens.

Der Verfasser führt einen analogen Fall von primärer sklerose der Lungenarterien an, der im Jahre 1931 von R. Kuntschik (Zeitschrift für Kreislaufforschung, Heft. 6. 1931) aus dem anatomisch-pathologischen Institut des Proff. R. Moresch der Wiener Universität beschrieben und durch die pathologisch-anatomische sektion und histopathologische Untersuchung bestätigt wurde.

Das klinische Bild des vom Verfasser beschriebenen Falls ist identisch mit dem von R. Kuntschik beschriebenen, wo bei der Obduktion Veränderungen nur im rechten Teil des Herzens als Hypertrophie und Dilatation, im linken Teil und im Herzklappenapparat jedoch keine gemeine Anomalien beobachtet wurden.

Auf Grund des obenangeführten und anderer analogen in der Literatur beschriebener Fälle meint der Verfasser, das eine lückenlose Erklärung des klinischen Syndroms seines Falles, analog den Literaturangaben, nur ausschliesslich primäre sklerose der Lungenarterien geben kann.

Die Aetiologie und Pathogenesis der Lungenarterien sklerose will der Verfasser in einer weiteren Arbeit beleuchten.

მე. შ. შიზიანი

## მასალები შორაპნის მაზრის მოსახლეობის ფიზიკური კონსტიტუციისათვის<sup>1)</sup>

(ტფ. სახ. უნივ. ფსიქიატრიული კლინიკა. გამგე—პროფ. მ. ასათიანი).

ამ ბოლო დროს ყველა განათლებულ ქვეყნებში მეტად დიდ ყურადღებას აქცევენ მოსახლეობის ფიზიკურ გამოკვლევას, ვინაიდან უკვე ექვს გარეშეა, რომ განსახლებულ ფიზიკურ აგებულებას, ანუ ფიზიკურ კონსტიტუციას, თან სდევს თავისებური ნერვო-ფსიქიური მდგომარეობა. გარდა ამისა, როგორც ეს საბოლოოდ დაამტკიცა კრეჩმერის (Kretschmer) და სხვა მეცნიერთა გამოკვლევამ, ამა თუ იმ ფიზიკურ და ფსიქიურ კონსტიტუციას აქვს ერთგვარი მიდრეკილება და წინა-განწყობილება ამა თუ იმ სომატიურ და ფსიქიურ სნეულებისადმი.

ჯერ კიდევ ლომბროზო (Lombroso) და სხვები ეძებდნენ სახის და თავის ქალას ამა თუ იმ მოყვანილობაში ფსიქიურ და ზნეობრივ თვისებათა თანდაყოლილ ნიშნებს.

დიდი ხანია აგრეთვე ექიმებმა შეამჩნიეს და დაუკავშირეს სხეულის ზოგიერთ აგებულებას სხვადასხვა სომატიური დაავადებანი მაგ. *Habitus phthisicus*—ქლექთან, *Habitus apoplecticus*—არტრიტიზმთან და საერთოდ ნივთიერებათა ცვლის მოშლასთან და სხვა,

მრავალ სხვადასხვა კლასიფიკაციებიდან ამ საკითხის შესახებ ჩვენ ავირჩიეთ სახელმძღვანელოდ კრეჩმერის მიერ მოწოდებული მეთოდოლოგია, რომელიც ჰყოფს მთელ კაცობრიობას ფიზიკურ აგებულობის მხრივ ორ მთავარ, ასეთნიურ და პიქნიურ, ტიპად. ასთენიური ტიპი ხასიათდება შემდეგნაირად: სიმაღლის შედარებით მეტი განვითარება სისქე-სიგანის ხარჯზე. ამგვარად თავის, გულის და მუცლის ღრუ ნაკლებ არის განვითარებული; სახის ფრონტალი მოხაზულობა—მოკლე ან მოგრძო კვერცხისებური; პროფილი—კუთხოვანი (გრძელი ცხვირი); კისერი გრძელი, წვრილი; გულმკერდი ბრტყელი, ჩავარდნილი; ასეთივე მუცელი; კიდურები გრძელი, წვრილი; კანქვეშა ცხიმი სუსტად განვითარებული. ამას თანსდევს შემდეგი ფსიქიური თვისებები: ხასიათის მხრივ ან გადაჭარბებული მგრძობიარობა, ან—პირიქით ემოციონალი სიჩლუნგე, განმარტოებისადმი მიდრეკილება, იუმორის უქონლობა, მორცხვობა, სანტიმენტალობა, სენსიტივობა, ფილოსოფიისადმი და საერთოდ განყენებულ აზროვნობი-

<sup>1)</sup> მოხსენებულია 1930 წ. ფსიქონევროლოგ. ინსტიტუტში ფსიქიატრთა სამეცნიერო კონფერენციაზე.

სადმი მიდრეკილება, გულჩახვეულობა და სხ., ე. ი. ეგრედწოდებული შიძოთი-მიური ტემპერამენტი.

ამგვარი ფიზიკური და ფსიქიური თვისებანი ჰქმნიან მიდრეკილებას სომატიურ სფეროში—ჭლექისადმი, ხოლო ფსიქიურ სფეროში—შიძოფრენისადმი.

პიკნიური კონსტიტუცია ხასიათდება: ღრუების და საერთოდ სისქე-სივანის უფრო მეტი განვითარებით სიმალღესთან შედარებით. თავის ქალა განიერი და ღრმა; სახე ხუთკუთხოვანი ანუ ფარისებრი, პროფილი მორგავლებული, კისერი მოკლე, სქელი, გულმკერდის და მუცლის ღრუ ძალიან განვითარებული, კიდურები შედარებით მოკლე, წვრილი; კანქვეშა ცხიმი კარგად განვითარებული.

ამას თანსდევს ფსიქიურ სფეროში ხასიათის სირბილე, სიმხიარულე, გულწრფელობა, საზოგადოების და სტუმართმოყვარეობა, იუმორი, გულახდილობა, სიმშვიდე, პრაქტიკული საზოგადოებრივი მუშაობისადმი ლტოლვა და სხვა, ე. ი. რასაც ეწოდება ციკლოთიმიური ტემპერამენტი. ამგვარ პიროვნებებს აქვს მიდრეკილება სომატიურ სფეროში ნივთიერებათა ცვლის მოშლისადმი (არტერიოსკლეროზი, პოდაგრა, რევმატიზმი. და სხ.), ხოლო ფსიქიურ სფეროში—ციკლოფრენისადმი.

ამ ორ უმთავრეს ტიპს გარდა კრეჩმერის მიერ მოწოდებულია კიდევ მესამე ტიპიც—ატლექტიური, რომელიც ბიოლოგიურად უახლოვდება ასთენიურ ტიპს, განსხვავდება რა მისგან: ძვლების და კუნთების მძლავრი განვითარებით, განიერი მხარ ბეჭით, სახის ხშირად ფარისებრი მოყვანილობით და სხვა.

თუ ეს სამი კონსტიტუციონალური ტიპი და მათი ყოველ გვარი შერევა ერთმანეთში (ე. წ. ასთენო-ატლექტიური, ასთენო-პიკნიური და ატლექტო-პიკნიური ტიპები) კრეჩმერის აზრით არის ნორმალური, ე. ი. ვერც ერთ მათგანს ვერ მივსცემთ ჩვენ ერთიმეორის წინაშე უპირატესობას ცხოვრების შემეფუძვლების თვალთაზრისით, სამაგიეროდ ე. წ. დისგლანდულარი ტიპი თავის ქვე-ტიპებით (ინფანტილური, დისპლასთიური, ენუხოიდური და სხვა), წარმოადგენს არა სრულ ღირებულოვან განვითარებას, აღმოცენებულს შინაგან სეკრეციის ჯირკვალთა დისფუნქციაზედ.

აი მთავარი დებულებანი კრეჩმერის მოძღვრებისა ფიზიკურ და ფსიქიურ კონსტიტუციის შესახებ. ამ მეთოდიკით ხელმძღვანელობდა ფსიქონერვოლოგიური რაზმი რომელიც მივლინებული იყო ჯ. ს. კ-ს და ფსიქ. კლინიკის მიერ 1928 წლის ზაფხულზე შორაპნის მაზრაში მცხოვრებთა ფიზიკურ კონსტიტუციის გამოსაკვლევად.

ჩვენს მიერ გასინჯული იქმნა ანტროპომეტრიულად 223 მამაკაცი. მაგრამ ვინაიდან ჩვენს მუშაობის პირობებში სოფლად ქალების ანტროპომეტრიულად გასინჯვა შეუძლებელი იყო, ხოლო მარტო მამაკაცთა გასინჯვა კი, როგორც საკითხის ცალმხრივი გაშუქება, წარმოადგენდა ერთგვარ ნაკლს, ჩვენ განვიზრახეთ ამ ნაკლის რამდენადმე შევსება ქალების ფიზიკურ კონსტიტუციის გარეგნული, სომატოსკოპური აღწერის საშუალებით. ეს მითუმეტეს დასაშვებად მიგვაჩნია, რომ ჩვენს გამოკვლევას, თუნდაც კაცებზე, აქვს მიზნად მხოლოდ საერთო შთაბეჭდილების მიღება.



მასალები შორ. მაზ. მოსახ. ფიზ. კონსტ.

სულ ორთავე სქესისანი გაწინააღმდეგებული იქმნენ 488 სული. აქედგან: ქალი—265, კაცი—223.

მთელი ეს მასალა ფიზიკურ კონსტიტუციის მხრივ განრიგდებიან, შემდეგნაირად:

ცხრილი I.

ს უ ლ	488	ქალი 265	კაცი 223	საერთო %
ასტენიური კ—ა . . .	244	ქალი—139—52,5 %	კაცი—105—47,1 %	50,0 %
პიკნიური " . . .	96	" — 66—24,9 "	" — 30—13,5 "	19,7 "
ატლექტიური " . . .	29	" — 2—0,8 "	" — 27—12,1 "	7,4 "
შერეული " . . .	92	" — 41—15,5 "	" — 51—23,3 "	18,9 "
(ასთენ. ატლექტ. . . . .	26	" — 5— — "	" — 21— — "	— "
ასთენ. პიკნ. . . . .	10	" — 4— — "	" — 6— — "	— "
ატლექტ. პიკნ. . . . .	7	" — 1— — "	" — 6— — "	— "
სამ. ტიპ. ნიშ.) . . . . .	49	" — 31— — "	" — 18— — "	— "
დისგლანდულარი . . . . .	27	" — 17— 6,4 "	" — 10— 4,5 "	5,5 "
(ინფანტილური . . . . .	5	" — 3— — "	" — 2— — "	— "
ვენუზოიდური . . . . .	3	" — 0— — "	" — 3— — "	— "
დისპლასტიური . . . . .	18	" — 14— — "	" — 4— — "	— "
აკრომეგალია) . . . . .	1	" — 0— — "	" — 1— — "	— "

ამ ცხრილიდან ჩანს, რომ პირველი ალაგი, როგორც ქალებში, ისე კაცებში, უჭირავსთ ასტენიკებს, რომელნიც უდრიან დაახლოვებით საერთო რაოდენობის ნახევარს; ხოლო დანარჩენი ადგილები ნაწილდებიან ასე: ქალებში მეორე ადგილზე არიან პიკნიკები, შემდეგ შერეული ტიპი, დისგლანდულარი და ბოლოს ატლექტიურნი; კაცებში კი მეორე ადგილი უჭირავს შერეულ ტიპს; შემდეგ არიან პიკნიურნი, ატლექტიური და ბოლოს დისგლანდულარი ტიპი.

ცხრილი II.

ადგილი:	ქალებში:	კაცებში:
I	ასტენიური (52,5 %)	ასტენიური (47,1 %).
II	პიკნიური (24,9%)	შერეული (23,3 %).
III	შერეული (15,5%)	პიკნიური (13,5 %).
IV	დისგლანდულ (6,4%)	ატლექტიური (12,1%).
V	ატლექტიური (0,8%)	დისგლანდულ.(4,5%).

შერეულ ტიპებში ქალთა შორის აღსანიშნავია ის, რომ აქ უფრო ხშირად გვხვდება სამივე ტიპის დამახასიათებელი ნიშნები ერთად, იმ დროს როდესაც კაცებს შორის სჭარბობენ ასტენო-ატლექტიურნი.

დისგლანდულართა შორის ქალებში გვხვდება ხშირად დისპლასტიური, სამაგიეროდ ვენუზოიდიზმის და აკრომეგალიის შემთხვევები ვნახეთ მხოლოდ მამაკაცთა შორის.

ცხრილი III.

	სხეულის სიმაღლე			თაჯ. ქალას გარეშეწვერა.	სავიჯალ. დიამეტრი	ფონტალ დიამეტრი	ვერტიკალ. დიამეტრი.	სახის სიგრძე	სახის სიგანე	ცხვირის სიგრძე	ხელის სი- გრძე.	ფეხის სი- გრძე	გულმკერდ. გარეშეწვერა.	მუცლის გარეშეწვერა.	მეჯდის გარეშეწვერა.	
	max.	min.	საშუა- რე													
ასტენიკური	კრეჩმერის . . . . .	178	153	168,4	55,3	18	15,6	19,9	7,8—4,5	13,9—10,5	5,8	—	89,4	84,1	74,1	84,7
	შორაპნის მახ. . . . .	179	150	163,9	55,3	18,9	15,4	14,5	7,8—4,8	13,8—11,6	6,1	72,1	84,4	85,8	73,6	86,6
	კახეთის <sup>1)</sup> . . . . .	182,1	154,4	167,8	54	18	12,2	12,2	18	9,4	5,1	73,4	86,9	83,9	70,6	—
	გურიის. . . . .	182	158,3	167,7	52,6	17,8	12,3	11,6	18,1	9,7	5,1	72,6	84,2	85,1	70,4	—
ატლუტიკური	კრეჩმერის . . . . .	186	?)	170	56	18,7	15	20,6	8,3—5,2	14,2—11	5,8	—	90,9	91,7	79,6	91,5
	შორაპნ. მახ. . . . .	186	164	173,4	56,4	18,9	15,7	14,5	7,8—5,1	14,4—12,1	6,2	74,9	90,1	91,6	78,3	89,6
	კახეთის. . . . .	174,2	154,6	163	55,3	17,4	13	12,1	17,5	10,1	5	72,4	82,5	87,3	74,3	—
	გურიის. . . . .	180,1	153,2	164,9	54	17,7	12,5	11,6	17,4	10	5	69,1	80,3	83,6	78,6	—
ბიკნური	კრეჩმერის . . . . .	182	?	167,8	57,3	18,9	15,8	20,3	7,8—4,8	14,3—11	5,5	—	87,4	94,5	88,8	92
	შორაპნის მახ. . . . .	184	154	166	56,8	18,8	16	15,2	8—5,3	14,7—12,7	6,2	72,9	87,2	97,9	98,5	94,7
	კახეთის. . . . .	174,3	153,5	165,2	55,8	18,2	12,4	11,6	17,9	9,8	5	72,2	80,5	85,2	70,7	—
	გურიის. . . . .	172	154,7	163,2	54,7	18,1	12,7	11,6	18	9,6	5,1	70,2	82,1	87,5	70,6	—

<sup>1)</sup> ყველგან კახეთ-გურიის შესახებ მოყვანილი იონებები ამოღებულია ექ. ზურაბ შვილის შრომიდან. „მასალები კახეთის და გურიის მოსახლეობის ფიზიკურ კონსტიტუციისათვის“ (ტურნ. თანა მელიც“ 1629 წ. № IV).

<sup>2)</sup> კრეჩმერის სიტყვით—160 სანტ-ზე ნაკლები.

ასთენიური და ატლექტიური ტიპები ერთად აღებულნი (შერეულ ასთენო-ატლექტიკთა თანჩათვლით) ქალებში იძლევიან  $146=55,1\%$ , კაცებში  $153=68,6\%$ . ხოლო ორთავე სქესი ერთად  $299=61,3\%$ , რაც როგორც შედარებით, ისე აბსოლიუტურად სჭარბობს ყველა სხვა დანარჩენ კონსტიტუციონალურ ტიპს.

აღსანიშნავია, რომ მაზრის დასავლეთ ნაწილში, მაგ. ჩხარის და ყვირილას რაიონებში, უფრო ხშირად გვხვდება სუფთა ფორმის ტიპების შემთხვევები, განსაკუთრებით ასთენიკები და პიკნიკები, ხოლო აღმოსავლეთ ნაწილში (ძირუ-ლას, ზოლითის და სავა თემი) შედარებით ხშირია ატლექტიური და შერეული ტიპები, რაც ალბად აიხსნება ადგილმდებარეობით და ზოგიერთ სხვა მიზეზებით (მაღარია, ჩიყვი და სხვა.)

ეხლა მოგვყავს ჩვენს მიერ მიღებული ზოგიერთი ანტროპომეტრიული ზომები, კრეჩმერის (შვაბების მოსახლეობის) და კახეთ-გურიის მოსახლეობის ზომებთან დაკავშირებით. (იხ. ცხრილი III)

ამ ცხრილის განხილვა გვიჩვენებს რომ:

ცხრილი IV

საშუალო სიმაღლე	ასთენიკების	ატლექტიკების	პიკნიკების	სამთავე ტიპისა საშუალო
შორაპნის მაზრაში . . . . .	163,9	173,4	163,0	167,8
კრეჩმერთ . . . . .	168,4	170,0	167,0	168,5
კახეთში . . . . .	167,8	163,0	165,0	165,3
გურიაში. . . . .	167,7	164,9	163,2	165,3

ამ რიგად შორაპნის მაზრაში პირველი ადგილი სიმაღლით უჭირავს ატლექტიკს, უკანასკნელი—ასთენიკს. სამთავე ტიპის საშუალო სიმაღლე უდრის 167,8, რაც საკმაოდ უახლოვდება კრეჩმერის ამავე ზომას—168,5 (განსხვავება 0,7); კახეთ - გურიაში = 165,3 (განსხვავება კრეჩმერთან 3,2).

ცხრილი V

სიმაღლის რხევის მაჩვენებელი:	maxsim.	minim.	ამპლიტუდა
ასთენიკების . . . . .	179	150	29
ატლექტიკების. . . . .	186	164	22
პიკნიკების . . . . .	184	154	30

რაც შეეხება სახის მოყვანილობას ამაზე წარმოდგენას გვაძლევს შემდეგი ცხრილი.

## ცხრილი VI

ასთენიკთა შორის:	მოკლე კვერცხისებრი:	კაცებში 25%	ქალებში 66%
	მოგრძო „	„ 75 „	„ 34 „
ატლექტიკთა შორის:	მოგრძო კვერცხისებრი:	„ 57 „	} თანაბრად
	ფარისებრი	„ 43 „	
პიკნიკთა შორის:	ფარისებრი	„ 40 „	} თანაბრად
	ხუთკუთხოვანი	„ 60 „	

როგორც სჩანს აქედან ასთენო—ატლექტიკთა შორის მამაკაცებში სჭარბობს სახის მოგრძო კვერცხისებრი მოყვანილობა („კეთილშობილური“ სახე), ხოლო პიკნიკთა შორის—ხუთკუთხოვანი.

განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს ცხვირის სიგრძე, რომელიც საერთოდ თითქმის 0,5 სჭარბობს კრემერის ზომებს.

რაც შეეხება ხასიათის გამოკვლევას, აქ ჩვენი ვერ შევსძელით საკმაო მასალის შეგროვება; რაცა გვაქვს ისიც მცირე, მოკლე, სქემატიურია, თუმცა საერთოდ თითქმის საესებით ეთანხმება კრემერის მონაცემებს.

უფრო მეტი მასალა მოგვეპოვება ფიზიკურ კონსტიტუციის და სხვადასხვა სომატიურ და ფსიქიურ სნეულებათა ერთმანეთთან დასაკავშირებლად.

სომატიური (და ნერვიული) სნეულებანი ფიზ. კონსტიტუციის მიხედვით განრიგდებიან ასე: (იხ. ცხრილი VII).

ყველაზე მეტად შორაპნის მაზრის მცხოვრებთა შორის (იხე როგორც საერთოდ დასავლეთ საქართველოში) გავრცელებულია Neurasthenia და Anaemia. სრულ ასაკოვან დედაკაცთა შორის მრავალი სხვადასხვა ნევრასთენიული ხასიათის ჩივილები გვხვდება თუ ყველა ას პროცენტში არა, 80%-ში მაინც. ხშირია აგრეთვე მამაკაცთა შორისაც. ჩვენი მასალა შეიცავს მხოლოდ მძაფრად გამოხატულ შემთხვევებს და გვიჩვენებს, რომ პიკნიკთა შორის ნევრასთენია თუ მეტი არა, ნაკლები მაინც არაა, ვიდრე ასთენიკებში. ასევე გავრცელებულია ანემია, მეტადრე მალარიან რაიონებში. მხოლოდ აქ ნათლად ჩანს ამ სნეულების სიჭარბე ასთენიკთა შორის (32,8%) სხვა ტიპებთან შედარებით (პიკნ. — 10,4%, ატლექტ. 6,9%).

გულის სხვადასხვა სნეულებანი სჭარბობენ პიკნიკთა შორის (8,3%); ასთენიკები სდგანან უკანასკნელ ადგილზე (5,7%).

ჩიყვი ასთენიკთა შორის უდრის 11,5%<sup>0/2</sup> პიკნიკთა შორის—8,3%<sup>0/2</sup>, ხოლო ატლექტიკთა შორის არ შეგვხვედრია.

დამახასიათებლად სხვადასხვა ფიზ. კონსტიტუციისათვის უნდა ჩაითვალოს: 1. T. b. c. (ფილტვების და სხვა ორგანოების) 2. ნივთიერებათა ცვლის მოშლა და 3. Pellagra.

ქლექის პროცენტი დიდია ასთენიკთა შორის (18,4%), მცირეა პიკნიკთა შორის (2,1%), ხოლო ატლექტიკთა შორის კი არ შეგვხვედრია.

ნივთიერებათა ცვლის მოშლა ნათლად სჭარბობს პიკნიკთა შორის (15,6%), მეორე ადგილზე არიან ატლექტიკები (10,3%), ხოლო მესამეზე ასთენიკები (6,6%).

ცხრილი VII

488 ანტროპომეტრიულად გამოკვლეულ ავადმყოფზე შოდის:

სნეულ. დასაუღლება	ასთენ.	ატლეტ.	პიკნიურ.	ასთ. ატლ.	ასთ. პიკნ.	ატლ. პიკნ.	დისპლ.	ინფანტ.	შერეული <sup>1)</sup>	ვენუბ.
გასინჯულ. რაოდენობა	244	30	96	26	10	7	18	5	49	3
Anaemia. . . . .	80=32,8%	2=6,9%	10=10,4%	5=19,2 "	—	—	2=11,1%	—	7=14,1%	—
Neurasth. . . . .	55=22,1 "	9=31,0 "	30=31,3 "	6=23,1 "	—	2=28,6%	4=22,2 "	2=40%	16=32,7 "	2=66,6%
Malaria . . . . .	10= 4,1 "	1= 3,5 "	3= 3,1 "	2= 7,7 "	—	—	1= 5, 6,	—	4= 8,2 "	—
Pellagra . . . . .	24= 9,4 "	2= 6,7 "	1= 1,0 "	—	—	—	—	—	—	—
გულის სნეულ. . . . .	14= 5,7 "	2= 6,7 "	8= 8,3 "	—	—	1=14,3 "	—	—	2= 4,1 "	—
T. b. c. <sup>2)</sup> . . . . .	45=18,4 "	—	2= 2,1 "	5=19,2 "	—	—	1= 5,6 "	1=20 "	4= 8,2 "	—
Struma . . . . .	28=11,5 "	—	8= 8,3 "	1= 3,8 "	—	—	1= 5,6 "	—	3= 6,1 "	—
ნეთიერ. ცვლის მოშლა	16= 6,6 "	3=10,3 "	14=15,6 "	2= 7,7 "	4=40%	1=14,3 "	1= 5,6 "	—	2= 4,1 "	1=33,3 "

<sup>1)</sup> სამთავე ტიპის კომპონენტების შერევა.

<sup>2)</sup> ფილტვების და სხვა ორგანოების.

რაც შეეხება პელაგრას, ესეც ფრიად საგულისხმეოა: იმ დროს, როდესაც ასთენიკთა შორის პელაგრა უდრის  $9,4\%$ , პიკნიკთა შორის ჩვენ გვაქვს მხოლოდ  $1,0\%$ ; ატლექტიური, როგორც ბიოლოგიურად ასთენიკებთან ახლო მდგომნი, გვაძლევენ  $6,7\%$ .

და თუ დღემდე ცხადი იყო ასთენიკთა მიდრეკილება ქლექისა და ნადრექტიუსის სისუსტისადმი (რაც ჩვენი მასალიდანაც სჩანს), დღეს ამას უნდა მივმართოს მესამე მიდრეკილება—პელაგრისადმი.

აქედან უკვე იბადება სხვადასხვა კითხვები ამ მიდრეკილებათა ასახსნელად: თუ პელაგრა გამოწვეულია ორგანიზმში ამა თუ იმ ვიტამინის ან სხვა რომელიმე ნივთიერებათა უსაკმარისობით, ხომ არაფერი დამოკიდებულება აქვს ასთენიურ კონსტიტუციას და საერთოდ კონსტიტუციებს ამ ნივთიერებებთან, ან ხომ არ ჩაითვლება ამ უკანასკნელთა უსაკმარისობა ერთ-ერთ ხელშემწყობ მიზეზად ქლექისა და Dem. praecox-ის განვითარების საკითხში, და სხვა.

ფსიქოზების და კონსტიტუციების შორის დამოკიდებულება ჩვენის მასალით გამოიხატება შემდეგნაირად: (იხ. ცხრილი VIII)

ამ ცხრილიდან ჩანს, რომ თითქმის ნახევრობა ყველა სულით ავადმყოფებისა მოდის ასთენიკებზე; მეორე ადგილი უჭირავს შერეულ ტიპს, რომელი ტიპიც ხშირად გვხვდება მაზრის აღმოსავლეთ ნაწილში და რომელშიდაც შედიან ასთენო-ატლექტები, ასთენო-პიკნიკები, ატლექტო-პიკნიკები და სხ. მესამე ადგილზედ სდგას პიკნიური ტიპი, და სხ. თვით ფსიქოზებიდან კი ასთენიური ტიპის კონტინგენტს შეადგენენ უმეტეს ნაწილად: შიძოფრენიული ჯგუფი ( $58,8\%$ ), სენილური ფორმები ( $71,4\%$ ), ფსიქონევროზები ( $47,4\%$ ), Epilepsia ( $38,0\%$ ) და სხვა. ოლიგოფრენიული ჯგუფი კი ფსიქიურ არა სრულ განვითარებასთან ერთად იძლევა ფიზიკურადაც არა სწორ განვითარებულ ტიპებს (დისპლასტიური ინფანტილური, დეგენერატიული).

ისტორია უფრო ხშირია ასთენიკთა შორის და ძალიან მცირე ატლექტიკებში. ამასვე ვღებულობთ ეპილეფსიის შესახებაც.

რაც შეეხება ციკლოფრენიას, აქ კი არ გავვიმართლდა ჩვენი მოლოდინი: ჩვენი მასალით ასთენიკებზე მოდის 4 შემთხვევა, ე. ი.  $40\%$ ; პიკნიკებზე— $2=20\%$ , შერეულ ტიპებზე— $4=40\%$ , მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ოთხივე შემთხვევაში ასთენიკთა შორის ციკლოფრენიის დიაგნოზთან ერთად აღნიშნული მაქვს შენიშვნაში: „არა სუფთა ფორმა“, ე. ი. სახეზე იყო შიძოფრენიის ზოგიერთი კომპონენტები. ხოლო შერეული კონსტიტუციის ოთხივე შემთხვევა მოდის პიკნიკო-ატლექტიურ ტიპზე.

#### ზოგიერთი დასკვნები.

1. ფიზიკური კონსტიტუციის გამოკვლევა შორაპნის მაზრაში იძლევა როგორც დედაკაცთა, ისე მამაკაცთა შორის თითქმის სრულიად ანალოგიურ შედეგებს.

2. ასთენიკთა საერთო რიცხვი უდრის	$50\%$ .
პიკნიკთა	„ „ „ $19,7\%$ .
შერეული კონსტ.	„ „ „ $18,9\%$ .
ატლექტიკთა	„ „ „ $7,4\%$ .
დისგლანდ. ტიპ.	„ „ „ $5,5\%$ .

ავადმყოფობა	რიცხვი	აქედან	ასთენიურ.	პიკნიურ	ატლეტიური	დისკლასთ.	შერეული	ინფანტ.	დეგენერატ.	აკრომეგ.
შიძორ. ჯგუფი . . .	39	"	23=58,97%	3= 7,7 %	1= 2,56 %	4=10,77%	8=21,55%	—	—	—
Dem. praec . . . . .	24	"	18=75,00 "	2= 8,3 "	—	1= 4,3 "	3=12,5 "	—	—	—
Schizophr . . . . .	12	"	4=33,3 "	1= 8,3 "	1= 8,3 "	2=16,7 "	4=33,3 "	—	—	—
Schizothym. . . . .	2	"	—	—	—	1=50,0 "	1=50,0 "	—	—	—
Schizoid.. . . . .	1	"	1=100 "	—	—	—	—	—	—	—
Psych. sen. . . . .	6	"	4= 67,0 "	1=16,7 "	—	—	—	—	—	1=16,7%
Psych. praesen. . . .	1	"	1=100,0 "	—	—	—	—	—	—	—
Hysteria . . . . .	19	"	9= 47,4 "	4=21,1 "	1= 5,3 "	—	5=26,3 "	—	—	—
Psychasth. . . . .	4	"	1= 25,0 "	1=25,0 "	1=25,0 "	—	1=25,0 "	—	—	—
Psych. react. . . . .	1	"	1=100,0 "	—	—	—	—	—	—	—
Psychoneur. tr. . . . .	3	"	2= 66,7 "	1=33,3 "	—	—	—	—	—	—
Cyclophren. . . . .	10	"	4= 40,0 "	2=20,0 "	—	—	4=40,0 "	—	—	—
შერეული ფსიქ. . . .	2	"	—	1=50,0 "	—	—	1=50,0 "	—	—	—
Epilepsia . . . . .	50	"	19= 38,0 "	12=24,0 "	4= 8,0 "	3= 6,0 "	10=20,0 "	—	2= 4,0%	—
Olygophren. . . . .	5	"	—	—	—	1=20,0 "	—	3=60,0%	1=20,0 "	—
Myxoedema (დემენ- ციით). . . . .	1	"	—	—	—	—	—	—	1=100,0 "	—
ს უ ლ . . . . .	141	"	64=45,4%	25=17,7%	7=4,9%	8=5,7%	29=20,6%	3=2,1%	5=3,5%	1=0,7%

3. ასტენო-ატლ. ტიპები ერთად აღებულნი კაცებში=68,6%, ქალებში 55,1%.

4. მაზრის დასავლეთ ნაწილში გვხვდება უფრო ხშირად წმინდა ასტენიური და პიკნიური ტიპები, აღმოსავლეთში კი—შერეულნი და ატლეთური.

5. სამთავე ტიპის ანტროპომეტრიული ზომები ჩვენი მასალით შედარებით უფრო დაახლოვებულნი არიან კრემერის ზომებთან, ვიდრე კახეთ-გურიისა.

6. ასტენიურ და ატლეთურ ტიპთა შორის სკარბობს: მამაკაცებში—სახის მოგრძო კვერცხისებრი მოყვანილობა, ქალთა შორის—მოკლე კვერცხისებრი, ხოლო მამაკაც პიკნიკებში—ხუთკუთხოვანი.

7. სომატიურ დაავადებათა შორის განსაკუთრებულ მიდრეკილებას იჩენს Anaemia, T. b. c., Pellagra—ასტენიურ კონსტიტუციისადმი; გულის სნეულებანი და ნივთიერებათა ცვლის მოშლა—პიკნიურ კონსტიტუციისადმი.

8. ფსიქოზებს შორის ასტენიურ ტიპს ახასიათებს შიძოფრენიული ჯგუფი, სენილური ფორმები, ფსიქონერვოზები და ეპილესია; ოლიგოფრენია გვხვდება დისგლანდულარ და დეგენერატიულ ფორმების დროს.

9. კრემერის მიერ აღნიშნული კორელაცია ფიზ. კონსტიტუციის და შესაფერ ხასიათის შორის, მიუხედავად ჩვენი მასალის სიმცირისა, საერთოდ საგნებით დასტურდება.

10. სასურველია სპეციალური დაკვირება, თუ რა დამოკიდებულება აქვს პელაგრას ერთის მხრივ კონსტიტუციებთან და მეორეს მხრივ ამა თუ იმ სომატიურ და ფსიქიურ სნეულებასთან.

### Д-р Ш. В. КИПИАНИ.

## МАТЕРИАЛЫ К ИЗУЧЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ШОРОПАНСКОГО УЕЗДА.

(Из Психиатрической клиники Тифл. Мединст. Дир—проф. М. Асатиани).

Автор в 1928 году произвел в уезде 223 антропометрических измерения мужчин, а 265 женщин были изучены соматоскопически. При этом оказалось, что астеническая конституция встречается в 50%, пикническая—19,7%, смешанная—18,9%, атлетическая—7,4% и дисгландулярные формы—5,5%. Среди женщин на первом месте астеническая к-ция, за ней пикническая, смешанная, дисгландулярные формы и, наконец, атлетическая. Среди мужчин на первом месте астеническая к-ция, за ней смешанная, пикническая, атлетическая и, наконец, дисгландулярные формы. Астено-атлетическая к-ции вместе среди женщин=55%, среди мужчин=68,6%.

В западной, равнинной части уезда находим сравнительно более чистые типы астеников и пикников; в восточной, гористой—атлетиков и смешанных.



По росту первое место занимают атлетики. последнее — астеники. Форма лица среди астеников и атлетиков мужчин преобладает удлинненно-яйцевидная, у женщин — укороченно-яйцевидная; у пикников мужчин — пятиугольная, а женщин — пятиугольная и щитовидная. Длина коса у мужчин в общем превышает на 0,5 см. размеры Кречмера.

Корреляция между физическ. и психич. конституциями совпадает с таковой Кречмера. Отношения между физическ. конст-цией с одной стороны и соматическими и нервно-психическими заболеваниями — с другой, таковы: невращения одинаково часто встречается, как у астеников, так у пикников, и чаще у женщин; малокровье у астеников = 32%, пикников = 10%, атлетиков = 7%; заболевания сердечно-сосудистой системы у пикников = 8,3%, астеников = 5,7%, у атлетиков не отмечалось; зоб у астеников = 11,5%, пикников = 8,3%, у атлетиков не найден; т. б. с. среди астеников = 18,4%, пикников = 2,1%, у атлетиков не наблюдалось; болезни обмена веществ у пикников = 15,6%, астеники на последнем месте (6,6%); pellagra у астеников = 9,4%, атлетиков = 6,7%, пикников = 1%; половина всех душевных заболеваний падает на астеников, за ними смешанные, пикники и т. д. В частности 71% сенильных форм, 58% шизофреников, 47,4% психоневротиков и 38% эпилептиков падают на астеническую к-цию.

В сравнительной частоте и явном преобладании пеллагры у астеников над пикниками, автор видит такое же предрасположение астеников к пеллагре, как к туберкулезу и раннему слабоумию.

## Д-р KIPIANI

### DIE MATERIALE ZUR ERLERUNG DER PHYSISCHEN KONSTITUTION DER BEFÖLKERUNG DES SCHOROPANISCHEN BEZIRKS.

(Aus psychiatrisch. Klinik im Tiflis. Direktor—proff. M. Asatiani)

Im Jahre 1928 wurden vom Autor in diesem Bezirk 223 antropometrische Messungen durchgeführt und, ausser dies, 265 Frauen wurden von ihm somatoskopisch untersucht.

Es entstand, dass Asthenische Konstitution befand sich in 50%, Piktische—19,7%, Gemischte—18,9% Atletische—7,4% und Disglandulare Formen—5,5%.

Zwischen Frauen den ersten Platz besitzt die Asthenische Konst.-n, dann folgen: Piktische, Gemischte, Disglandulare Formen, und, endlich, Atletische. Zwischen Männern den ersten Platz hat die Asthenische Konst.-n, dann—Gemischte, Piktische, Atletische und, endlich, Disglandulare Formen. Astheno-Atletis-

che Konstitutionen Zusammen zwischen Frauen=55<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, zwischen Männern=68,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,

In der Gegend des flachen Landes in Westen Teil des Bezirkes fanden wir mehr reine Typus der Astheniker und Pikniker, im Osten, gebirge Teil—Atletiker und Gemischte Formen.

An Menschengrösse den ersten Platz besitzen die Atletiker, den letzten—die Astheniker.

Die gesichtsform dei Astheniker ist meistens gelängt-eiförmig bei den Männern, und gekürzt-eiförmig bei Frauen; die Pikniker Männern haben fünfeckige Form, Frauen-schildförmige und fünfeckige.

Die Länge der Nase bei Männern ist im allgemein mehr auf 0,5 cm., als bei Kretschmer.

Die Beziehung zwischen her phisichen Konst-n voneiner Seite, und somatischen und neuro-psychischen Krankhei—von anderer, ist folgende: die Neuraesthesia findet man ebenso ift bei den Pikniker, wie bei Astheniker, meistens bei Frauen; die Blutarmut bei Astheniker=32<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Pikniker=10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Atletiker=7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; die Krankheiten des Herzens-ung Blutgefässen bei Pikniker=8,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Astheniker=5,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, bei Atletiker finden wir es nicht; der Kropf bei Astheniker=11,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Pikniker=8,3, bei Atletiker ist nicht gefunden; t. b. c. bei Astheniker=18,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Pikniker=2,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Atletiker wurde nicht beobachtet; die Krankheiten des stoffwechselsn beobachten wir am meisten bei Pikniker (15,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), die Astheniker besitzen den letzte Platz (6,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); Pellagra zwischen Astheniker ist 9,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Atletiker—6,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Pikniker—1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Die Hälfte aller Seelenkrankheiten fällt auf die Astheniker, dann folgen gemischte, Pikniker u. s. w. Im einzelnen 71<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Senil-formen, 58<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Schizophreniker, 47,4<sup>0</sup>/<sub>02</sub> Psychoneurotiker und 38<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Epileptiker fallenanf Asthenische Konstitution.

Im often Treffen und evidentem Vorherrschen der Pellagra bei Astheniker hinzu der Pikniker, sieht der Autor dieselbe Prädisponirung der Astheniker an Pellagra, so wie an t. b. c. und. früherer-Schwachsinnigkeit.

ექ. მ. ტყეშელაშვილი.

ასისტენტი.

**ელენთის კანკევა ტრავმული დაზიანების საკითხისათვის\*).**

(ტფ. სახ. სამედ. ინსტ. პროფედ. ქირ. კლინიკიდან. გამგე — პროფ. კ. ერისთავი).

ელენთის კანკევა დაზიანება მის, საერთოდ, ტრავმულ დაზიანებათა შორის ყველაზე უფრო ხშირია.

Edler-ის სტატისტიკით ელენთის სხვადასხვა სახის ტრავმული დაზიანება ასეა განაწილებული: კანკევა დაზიანება — 51,8%, ცეცხლმფრქვევი იარაღით გამოწვეული დაზიანებანი — 26,2% და ჩხვლეტილ-კვეთილი ჭრილობები — 21,8%.

Berger-ით, ელენთის დაზიანების 241 შემთხვევიდან 168 გაგლეჯილობაზე ოდის, 43 — ცეცხლმფრქვევი იარაღით გამოწვეულ დაზიანებებზე და 30 — ჩხვლეტილ-ნაკვეთ ჭრილობებზე.

Крюков-იც თავის სადისერტაციო შრომაში — ელენთის დაზიანების შემთხვევებში — ელენთის 228 საერთო დაზიანებიდან 151 შემთხვევაში კანკევა დაზიანებას ასახელებს, 42-ში — ცეცხლმფრქვევი იარაღით გამოწვეულ დაზიანებებს და 35-ში — ჩხვლეტილ-კვეთილ ჭრილობებს.

ელენთის კანკევა ანუ დაზიანება, ისე როგორც სხვა პარენქიმულ ორგანოთა ასეთი დაზიანება, შეიძლება ოთხგვარი იყოს: *Contusio* (დაეევა) *compressio* (გაქყლტვა), *obruptio* (მოწყვეტა) და *ruptura* (გასკდომა, გაგლეჯვა). პირველი ორი — თუ ისინი გაურთულებლათ ჩატარდა — ჩვენამდე, თითქმის, სულაც არ აღწევს. ეს ხდება ამგვარი დაზიანების ისეთი უბრალო სახის დროს, როცა ავადმყოფი საავადმყოფოშიაც არ მოდის ან თუ მოდის — ოპერაციული ჩარევა არ სწარმოებს და მასასადამე, თვით დაზიანებაც კლინიკურათ და პათოლოგო-ანატომიურათ დაუდასტურებელი რჩება. მესამე კი (*obruptio*) მეტათ იშვიათი შემთხვევაა და, ზოგჯერ, მხოლოდ აუტოპსიით აღმოჩენი ფაქტი, როგორც ეს იყო, მაგალითად. Schönwerth-ის ცნობილ შემთხვევაში, როცა თირკმელის გასკდომასთან ერთად ელენთის რაიმე დაზიანება სრულიადაც არ იყო შემჩნეული, წარმოებულ ლაპარატომიის მიუხედავათ, და მხოლოდ აუტოპსიის შემდეგ გამოიჩინა, რომ ელენთა საცხები მოწყვეტილიყო თავის ფესვს და დავისუფლად მდებარეობდა მუცლის ღრუში. დაზიანების მე 4-ე სახე — *ruptura* — ყველა დანარჩენ სახეზე უფრო ხშირია

\*) მოხსენა საქართვე. ექიმთა საზოგადოებას ტფილისში 30 ოქტომბერს 1930 წ.

კლინიკურ ცხოვრებაში და ჩვენი მოხსენებაც, უმთავრესათ, დაზიანების ამ სახეს ეხება.

ელენთის ნამდვილი გასკდომის დროს უნდა ვიგულისხმოთ მისი სამივე შემადგენელი ელემენტის — სეროზული გარსის, საკუთარი აპკის და პარენქიმის — მთლიანობის დარღვევა. და მას, ასეთი კანქვეშა გასკდომის მხრივ, მუცლის ღრუს პარენქიმულ ორგანოთა შორის მესამე ადგილი უჭირავს. პირველი და მეორე ღვიძლსა და თირკმლებს ეკუთვნის. Fircher-ის ცდებისა და დაკვირვებათა მიხედვით, სიმაღლიდან დაცემით ღვიძლი 37,5%-ში სკდება, თირკმელები — 32%-ში და ელენთა — 20%-ში. მაგრამ ეს ჩვეულებრივ პირობებში და ამ ორგანოთა ნორმალ ანატომო-ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაში. ტროპიკულ ქვეყნებისათვის, მაგალითად, სადაც ელენთა, განვლილ პათოლოგიურ ცვლილებათა გამო, მუცლის ღრუს პარენქიმულ ორგანოთა შორის, ყველაზე უფრო განწყობილია და შემზადებული ასეთი გასკდომისათვის ტრავმის დროს შეფარდების სრულიად საწინააღმდეგო სურათი იქმნება. იქ, პირიქით, ელენთას პირველი ადგილი უკავია. 13,760 გაკვეთაზე Crawford-მა ინდოეთში ელენთის გასკდომა 477 შემთხვევაში ნახა, ღვიძლის კი — მხოლოდ 83-ში; ე. ი. ელენთის გასკდომა 3,5%-ში ყოფილა, ღვიძლის კი — 0,6%-ში.

ელენთის კანქვეშა გასკდომას სარჩულათ უდევს, უმთავრესათ, ამა თუ იმ სახის ტრავმა, რაიმე ჩლუნგი იარაღით თუ საგნით მიყენებული გარეშე ძალა. მაგრამ კლინიკური ფაქტია, რომ არსებობს აგრეთვე ელენთის, ეგრეთწოდებული, სპონტანური ანუ თვითწარმოებული გასკდომა, როცა გარეშე ტრავმას, ფაქტიურათ, სრულიად არა აქვს ადგილი, ან თუ აქვს — ისეთი უმნიშვნელო ძალისას და ხასიათისას, რომელსაც ჩვეულებრივ პირობებში არ შეუძლია ასეთი ორგანოს გასკდომის გამოწვევა და რომლის არსებობა დავიწყებულია და სადავო თვით ავადმყოფისათვის.

ცხადია, ასეთ მომენტს წინ უძღვის, ამა თუ იმ სახის, მწვავე თუ ქრონიკულ დაავადებათა ნიადაგზე გაშლილი და განვითარებული ელენთის დიდი პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებები. უკანასკნელთა გამო ელენთის შენობაში შექმნილია ისეთი პირობები, მომხთარია უჯრედთა და ქსოვილთა ისეთი გადაგვარება და გადაჯგუფება, რომ საკმარისია სუბიექტის უბრალო მოძრაობა, შერბევა, გაჭინთვა განავალზე გასვლისას, ზოგჯერ ჩვეულებრივი დახველება, რომ იგი (ელენთა) ერთბაშათ გასკდეს და ასე, სრულიად მოულოდნელათ, უეცრათ, ადამიანის არსებობა სიკვდილ-სიცოცხლის სასწორზე შედვას.

Петров-ს, Доброзраков-ს, Ильин-სა და Марковин-ს მოყავთ შემთხვევები ელენთის ასეთი სპონტანური გასკდომისა შებრუნებითი ტიფის დროს, Rokitansky-ს — ლეიკემიის დროს, Wild-ს — Frank-ის ავადმყოფობის დროს, Кадьян-სა და Щербаков-ს — ნაწლავების ტიფის დროს და სხვა. ზოგჯერ ასეთი გასკდომის მიზეზი ყოფილა ინფარქტი, ზოგჯერაც — ლიუსის ვენების ტრომბოზი. აი, მაგალითად, ჩარლსტონიდან Sumter-Rhame-ს ერთი ფრიად საინტერესო შემთხვევა, რომელიც გამოქვეყნებულია 1928 წლ. ჟურნალ „Annals of Surgery“-ში: 25 წლის მამაკაცმა, რომელსაც წარსულში არც მალარია გადაეტანა და არც ტიფები, ხოლო აწმყოში არავითარ

ტრავმას არ აღნიშნავდა, სადილის გათავების შემდეგ უეცრად იგრძნო რალაც მწვავე ტკივილები მარცხენა იპოხანდრიუმში, რასაც მალე პირისღებინება დაერთო. ცოტა ხნის შემდეგ გამოიხატა მუცლის დეფანსი და პალპაციის დროს მტკივნელობა. არავითარი ირადიაცია მარცხენა მხარის მიდამოში. მაჯა 80, ლეიკოციტოზი 15000. Laparotomia: სისხლის ჩაქვევა მუცლის ღრუში და fissura lienis. Splenectomy და შემდეგში განკურნება. ელენტო მაკრო-მიკროსკოპიულათ N. მხოლოდ ხილუსთან ვენის ტრომბოზი, რაც ავტორს საკმარის მიზეზათ მიაჩნია ელენტის ასეთი დაზიანებისათვის, თუმცა მისი გენეზისი გამოურკვეველია.

ლიტერატურაში მოყვანილია შემთხვევები ელენტის გასკდომისა მშობიარობის პროცესში ან კიდევ ექიმის მიერ ავადმყოფის მუცლის პალპაციის დროს და სხვა.

ქრონიკულ დაავადებათაგან ასეთი გასკდომა აწერილია, უმთავრესათ, მალარიისა და, იშვიათად, ტუბერკულოზისა და Lues-ის დროს. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ელენტის სპონტანური დაზიანების სამშობლო სამხრეთის ქვეყნებია, სადაც მალარიაა გაბატონებული. Playfer-ს ოსტ-ინდოეთში 2 $\frac{1}{2}$  წლის განმავლობაში 20 შემთხვევა ჰქონდა ელენტის სპონტანური გასკდომისა, Glogner-ს 5 წლის განმავლობაში — 10 შემთხვევა და სხვა. ჩვენშიაც იქნებოდა და იქნება, უთუოდ, ასეთი შემთხვევები, თუმცა, სამწუხაროთ, მათ შესახებ ჩვენს საექიმო პრესაში ჯერ ცნობები არაა. ამას მოწმობს ერთი შემთხვევა ქუთაისის ცნობილი დასტაქრის — ნ. გ. პოლუმორდვინოვისა, რომლისაც მე სრულიად შემთხვევით გავეცანი მიმდინარე წლის ზაფხულზე და რომელსაც, ალბათ, უფრო დაწვრილებით გამოაქვეყნებს თვით ავტორი ახლო მომავალში: 1930 წლ. 14 მაისს 30 წლის მუშას, კორნიევს სადილის დროს ერთბაშათ უგრძენია ტკივილები მარცხენა მუცელში ყოველივე ტრავმის გარეშე. წარსულში — მალარია. ექ. პოლუმორდვინოვს საჭიროთ დაუნახავს ავადმყოფის სასწრაფოთ საავადმყოფოში მოთავსება და ოპერაციის მოხდენა. Laparotomia. Ruptura lienis. (შიგნითა ზედაპირზე განივი მიმართულების.) Splenectomy და განკურნება. ელენტო — ვადიდებული\*.

რაც შეეხება ელენტის კანქვეშა ტრავმულ გასკდომას — ეს, რასაკვირველი, სპონტანურთან შედარებით გაცილებით უფრო ხშირია და, საერთოდ, არაა იშვიათი მოვლენა.

Berger-ის სტატისტიკით ელენტის ყველა დაზიანების 54,8% ტრავმულია. Leverenz-ი ელენტის 135 კანქვეშა გაღლეჯილობიდან 80 შემთხვევაში მძიმე ტრავმას აღნიშნავს და 50-ში — მსუბუქს. საზღვარგარეთის უკანასკნელი წლების ლიტერატურაში ელენტის კანქვეშა ტრავმული გასკდომის არა ერთი შემთხვევაა აწერილი. Schmidt-ი, Ferari, Lagrot-ი და Marant-ი ალჟირიდან, Durlab-ი ბომბეიდან, Batto-Micca ტურინიდან და სხვები ავგიწერენ

\*) რაგორც მოხსენების დროს გამოიკვია ერთი ასეთი შემთხვევა ელენტის სპონტანური გასკდომისა ჰქონია აგრეთვე პროფ. გ. მუხაძეს.

სხვადასხვა ტრავმით გამოწვეულს და სხვადასხვა დროის განვლის შემდეგ გამო-  
 მდგენებულს ასეთ შემთხვევებს სხვადასხვა ჩარევითა და შედეგებით \*).

ასევეა რუსეთში, სადაც ამ საკითხის ირგვლივ მთელი საღისერტაციო  
 შრომებია წარმოებული (Крюков, Березнеговский და სხ.). ამიერკა-  
 ვასიაშიც Финкельштейн-ის ვრცელი მონოგრაფიული შრომა აქვს გამოქვეყნე-  
 ბული ელენთის ტრავმული დაზიანების შესახებ, სადაც, სხვათა შორის, გულ-  
 დასმით გარჩეულია 6 წლის განმავლობაში მის მიერ შეკრებილი ელენთის კან-  
 ქვეშა გასკდომის 13 შემთხვევა, რომელთაგან 8 თვით ავტორს ეკუთვნის.

ჩვენში ელენთის კანქვეშა ტრავმული გასკდომის შემთხვევები გამოქვეყნე-  
 ბულია უკანასკნელ ხანებში პროფ. მუხაძის კლინიკიდან (ექ. ნემსიწვერიძე.  
 4 შემთხვევა.), პრ. კ. დ. ერისთავისა (2 შემთხვევა,) ექ. შ. ჭეიშვილისა  
 (ფოთი. ახალსენაკი 1 შემთხვევა.) და ექ. ლოლუას (ბათომი. 11 შემთხვევა)  
 მიერ. უკანასკნელმა გასულ წელს საქ. ექიმთა მე V-ე სამეცნიერო კონგრესზე,  
 ბათომში, სპეციალი მოხსენება გააკეთა ბათომის მთავარი საავადმყოფოს 6 წლ.  
 განმავლობაში გატარებული ელენთის დაზიანების 13 შემთხვევის შესახებ, რო-  
 მლიდანაც 11 დახურულ ტრავმულ გასკდომას შეეხებოდა. მას შემდეგ იმავე  
 საავადმყოფოში ექ. ვ. მაჭაყარიას ჰქონდა კიდევ 2 ასეთი შემთხვევა\*).

1 შემთხვევა ჰქონდა აჭარისტანშივე, ხულოს საავადმყოფოში ექ. ზ. შარა-  
 შიძეს ამა წლის ივნისში\*\*). ქ. ოზურგეთის საავადმყოფოსაც (\*\*\*) ჰქონდა უკა-  
 ნასკნელ წლებში 1 შემთხვევა\*\*\*\*).

ინფექციური დაავადებანი და ამ ნიადაგზე წარმოშობილი ელენთის სხვა-  
 დასხვა პათოლოგიური ცვლილებანი ასეთ ტრავმულ დაზიანებაშიაც დიდ როლს  
 თამაშობენ. უმთავრეს შემთხვევაში აქაც ისეთი ელენთაგანიცდის კანქვეშა გა-  
 სკდომას, რომელიც ამა თუ იმ ინფექციურ დაავადებათა ნიადაგზე ანორმალუ-  
 რათ იყო გადიდებული და გაფხვიერებული. მალარია, ნაწლავებისა და შებრუ-  
 ნებითი ტიფები, ტროპიკული სპლენომეგალიები, Kala-azar-ი და სხვა წინასწარ  
 ამზადებს ელენთას ასეთი დაზიანებისათვის ტრავმის დროს, Berger-ს ელენთის  
 132 ტრავმული დაზიანების შემთხვევიდან 93-ში ძველი მალარია უნახავს, 5-ში  
 მუცლის ტიფი, 1-ში პარტახტიანი, 3-ში ლეიკემია და 1-ში Lues-ი.

\*) საზღვარგარეთის ლიტერატურას გვეყვანი კლინიკის უფრ. ასისტენტის ი. გ. ახმე-  
 ტლის შემწობით რისთვისაც მას აქვე უღრმეს მადლობას ვუცხადებ.

\*\*} ცნობები მიღებული მაქვს, პირადათ, დასახელებული ამხანაგებისაგან.

\*\*\*) ცნობა გადმოცემული მაქვს ოზურგეთის საავადმე. ექიმ ქეთო მჯღლადისაგან.

ესარგებლობ შემთხვევით — აქვე მადლობა გამოვუცხადო ხსენებულ კოლეგებს, აგრეთვე  
 დრ. პატივც. ექ. ნ. გ. პოლუშოვ დვინოვს ამ ცნობების მოცემისათვის.

\*\*\*\*) მოხსენება წაკითხული მქონდა საექიმო საზოგადოებაში და შრომა დასაბუქდათ გა-  
 მზადებული, როცა ერთი კიდევ ასეთი შემთხვევა, ავადმე. გადარჩენით, გატარებულ იქნა პროფ.  
 ა. მაჭაყარიანის კლინიკაში (მოხსენება ექ. თამ. მდივანის დასტაქართა კონფერენ-  
 ციაზე 1931 წ.)

17 აპრილს 1931 წ. ასეთსავე შემთხვევას ჰქონდა ადგილი კიდევ პროფ. გ. მუხაძის  
 კლინიკაში. სპლენექტომია. გადარჩენა.  
 მ. ტყავაძე.

ამავე მიზეზით ელენთის კანქვეშა ტრავმული გასკდომის ყველაზე მეტი შემთხვევები ისევ ტროპიკულ ქვეყნებშია. მარტო Durlabh-ს, ბომბეში, 2 წლის განმავლობაში 9 შემთხვევა ჰქონია ელენთის ასეთი გასკდომისაგან და იაპონელ ექიმს, Kon-ს 1 $\frac{1}{2}$  წლის განმავლობაში — ამდენივე სიკვდილის შემთხვევა ამ დაავადებით.

ჩინეთში, როგორც ამას იაპონელი ექიმი Omi გადმოგვცემს Nussbaum-ის დაკვირვებიდან, მუშები ჩხუბის დროს ცერით უსრცხენ ერთმანეთს ელენთის მიდამოს, იციან რა, რომ ასეთ მანიპულაციას შეუძლია მოწინააღმდეგის სიკვდილი. ამავე მიზეზით ინდოელი ხშირათ მიმართავს მტრის წინააღმდეგ მუშტის ჩარტყმას მარცხენა ფერდ ქვეშა მიდამოში. და ამ ნიადაგზე იქ განსაკუთრებული სასამართლო-საპროცესუალო კანონიცაა შემუშავებული დამნაშავის სასჯელის შესამსუბუქებლათ. (ელენთა რომ წინასწარ არ ყოფილიყო დაავადებული და გადიდებული — ასეთი დარტყმა სიკვდილს ვერ გამოიწვევდა.) ყველაზე მეტი მასალა ელენთის კანქვეშა ტრავმული დაზიანების შესახებ Crawford-ს აქვს, რომელიც იმავე ინდოეთში მუშაობდა. მას, როგორ ზევითაც აღვნიშნეთ, ქვედა ბენგალიაში, კალკუტის მახლობლათ 1900-1906 წლ. სიკვდილიანობის 477 შემთხვევა შეუგროვებია მარტო ელენთის გასკდომით გამოწვეული. იმავე დროს არა ტროპიკულ ქვეყნებში, მაგალითად, Hagen-ს მთელი ათი წლის განმავლობაში სულ რაღაც ორი შემთხვევა ჰქონია ასეთი დაზიანებისა, Hildebrand-ს — 4, რუსეთში, ცნობილ ლობუხოვის საავადმყოფოს 7 წლის განმავლობაში — 6, Герштейн-ს — 3, Герцен-ს — 2 და სხვა.

იმავე მოსაზრებით, უნდა ვიფიქროთ, რომ ელენთის ასეთი დაზიანება ჩვენში — სადაც მალარია მასსიური, სოციალური დაავადებაა, ხოლო, მეორეს მხრივ, სადაც ტრავმატიზმს სათანადო ადგილი უჭირავს — კიდევ უფრო ხშირი მოვლენაა, ვინემ ეს გამოქვეყნებული შემთხვევებიდან სჩანს; მაგრამ ეს უნდა აიხსნას, ერთის მხრივ, ალბათ იმ გარემოებით, რომ სხვადასხვა მიზეზის გამო ასეთი ავადმყოფი ყოველთვის საავადმყოფოში ვერ ხვდება და, მეორეს მხრივ, გარდაცვალებულის ვაკვეთაზე ჩვენში ჭირისუფალი ისე იოლათ არ თანხმდება.

ჩვენი კლინიკის ყველა შემთხვევაშიც, როგორც ამას ქვევით დაინახავთ, აღინიშნებოდა ძველი მალარია და ამ ნიადაგზე ელენთის გადიდება.

რასაკვირველია, აბსურდი იქნებოდა გვეფიქრა, რომ ასეთ პათოლოგიურ ცვლილებათა გარეშე შეუძლებელია ელენთის ამგვარი დაზიანება. ცხადია, სინამდვილეში არის ელენთის არა ერთი კანქვეშა გასკდომა უშუალოთ ტრავმის ნიადაგზე, რომელსაც არავითარი ინფექციური თუ სხვა სახის დაავადება არ უძღვის წინ, ისე, როგორც ეს ხდება მუცლის სხვა ორგანოთა მიმართ, მაგრამ ამ შემთხვევაში ტრავმა გაცილებით ურო ძლიერი უნდა იყოს. ელენთა საღი და ნორმალი ანატომიური პირობების მატარებელი ისე კარგათაა ნეკნებით და კუნთებით დაცული, რომ მისი გასკდომისათვის დიდი გარეშე ძალაა საჭირო, როგორცაა, მაგალითად, ცხენის წიხლი მუცლის მარცხენა ნაწილში, დიდი სიმძლიდან დაცემა მარცხენა ფერდქვეშა ნაწილით, დატვირთული ეტლის ბორბლის გადავლა ელენთის მიდამოზე და სხვა. Lewerenz-ის სტატისტიკით ელენთის კანქვეშა ტრავმული გასკდომის 135 შემთხვევიდან 41-ში ელენთა არავითარ

პათოლოგიურ ცვლილებებს არ შეიცავდა. Berger-ით კი 300 შემთხვევიდან მხოლოდ 132-ში აღინიშნებოდა ელენთის ნამდვილი წინასწარი პათოლოგია.

გადავიდეთ ახლა ჩვენი კლინიკის მასალაზე. იგი სულ 4 შემთხვევისაგან შესდგება და გავლილია 3 უკანასკნელი წლის განმავლობაში.

შემთხვევა პირველი:\*) ავადმყ. საგათელოგი, ვაჟი, 13 წლის, მოწაფე. მოყვანილია საავადმყოფოში, როგორც სასწრაფო შემთხვევა. რამდენიმე საათის წინ მისთვის ქუჩაში ავტომანქანას გადაუვლია. ტრავმის ნიშნები მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, თუმცა კანის მთლიანობა არარის დარღვეული. შოკის მოვლენები და შიგნითა სისხლის დენის ნიშნები. ექვი მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანებაზე. Laparotomia (კ. დ. ერისთავი). მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევა და ელენთის გარეთა ზედაპირის, თითქმის, მთელ  $1/2$ -ზე ფიბროზული აპკის გადაძრობა. Splenectomy. ელენთა საშუალოთ გადიდებულია. შემდეგში გამოირკვა, რომ ავადმყოფი შეპყრობილი იყო Malaria tertiana-თი. Sanatio per secundam. განკურნება. კუჭნაწლავის მოქმედების მხრივ ოპერაციის შემდეგ რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ ყოფილა შემჩნეული.

ეს შემთხვევა საინტერესოა, ჯერ ერთი, დაზიანების უჩვეულო სახით და, მეორე, მისი წარმოშობის მექანიზმით. იგი თითქო არ უდგება ელენთის დაზიანების არც ერთს ცნობილ სახეს: აქ არც მარტო დაჟეიჯლობაა, არც გაქყლეტვა, არც მოწყვეტა და, თუ გნებავთ, არც გასკდომა. რასაკვირველია, უფრო იგი უკანასკნელ ჯგუფს უნდა მივაკუთვნოთ, მაგრამ ფაქტიურათ აქ უფრო გაყვლეფაა, ვინემ გასკდომა. ამიტომ მექანიზმი ტრავმისა პირდაპირ უცნაურია და გაუგებარი. რა სახით უნდა ემოქმედა დასახელებულ ტრავმას ისე, რომ გარეთა ქსოვილების დაუზიანებლათ შიგნითა ორგანოს მხოლოდ ფიბროზული აპკი გადასცლოდა?! რაც შეეხება სპლენექტომიას — იგი ნაკარნახევი იყო შეუწყვეტელი პარენქიმული სისხლის დენით, რაც, თავისთავათ, თვითამ პარენქიმის დაზიანებაზეც მეტყველებდა. ნაკერის დადება არ შეიძლებოდა და სხვა გზა-ტამპონადა თუ პერიტონიზაცია — სანდო ვერ იქნებოდა.

შემთხვევა მეორე: ავადმყ. ბიბილაშვილი, 18 წლის, ვაჟი. მოყვანილია, როგორც სასწრაფო შემთხვევა. ერთი საათის წინ — მსუბუქი ტრავმა: სხეულის მარცხენა ნაწილით დატაკებია შემთხვევით „ტაქკას“. შინაგანი სისხლის დენის ნიშნები, რომელიც თანდათან მკაფიო ხასიათს იღებს. Laparotomia (პროფ. ერისთავი.) მუცლის ღრუ სავსეა სისხლით. ელენთა გახეთქილია შიგნითა ზედაპირით თვით ღილუსის მიდამოში. Splenectomy. ელენთა ძლიერ გადიდებულია და გაფხვიერებული; ადვილათ იშლება. ოპერაციის შემდეგ მალარიული შეტყეები. სისხლში — Malaria quartana.ს პლაზმოდები. განკურნება.

აქ აღსანიშნავია, შედარებით, მსუბუქი ტრავმა. შემთხვევა ერთხელ კიდევ ადასტურებს განუღილი ინფექციურ დაავადებისა და ელენთის პათოლოგიურ ცვლილებათა გავლენას ასეთი დაზიანებისათვის. უამისოთ ასეთი ტრავმა ამისთანა უდიდეს დაზიანებას ვერ გამოიწვევდა.

\*) ეს შემთხვევა და აგრეთვე მეორე მოყვანილია პროფ. ერისთავის მიერ 1928 წლ. „ტროპიკული მედიცინის მოამბეში“ და აქ მათზე ბევრს არ შეეჩრდები.



შემთხვევა მესამე: ავადმყ. აბაშიძე მ. 27 წლის, ვაჟი, თანამდებო-  
ბით მუშა. მოიყვანეს კლინიკაში ამა წლის 8 აპრილს საღამოს, როგორც სასწ-  
რაფო შემთხვევა. ამავე დღეს ნაშვადღევის 2 საათზე, ტფილისის სადგურზე  
ხეების გადმოტვირთვის დროს, რონოდიდან ხის მისადგმელზე გადმოსვლის  
პროცესში მას უეცრათ ფეხი ასცდენია ხის სველ ზედაპირზე და მუცლით და-  
ცემულა იმავე მისადგმელზე ისე, რომ ძირს არ ჩამოვარდნილა და ცოტანის  
შემდეგ თვითვე წამომდგარა. მხოლოდ ძირს ჩამოსვლის შემდეგ უგრძნია რა-  
ღაც ყრუ ტკივილები მუცელში და ერთგვარი გაძნელება სულისთქმისა. გრძნობა  
არ დაუკარგავს. პირის ლებინება არა ჰქონია. განავალში და შარდში (რომლე-  
ბზედაც მალე გასულა) რაიმე ცვლილებები, გარეგნულათ, ვერ შეუნიშნავს. სა-  
ავადმყოფოში წამოყვანამდე თავისი ფეხით გაუვლია, ვისიმე დაუხმარებლათ,  
დაახლოებით, 3 ვერსი. კლინიკაში მოყვანისას ავადმყოფს ანემიური და შეში-  
ნებული სახე აქვს; უჩივის ტკივილებს მუცელში და სუნთქვის დროს ზოგავს  
მუცელს. უკანასკნელი გარეგნულათ მნიშვნელოვან ცვლილებებს არ შეიცავს.  
არავითარი დაზიანება კანისა. პალპაციით ეპიგასტრიუმში, მეტადრე მარცხნივ,  
აღინიშნება გარკვეული ტკივილები. მარცხენა იპოხონდრიუმში ცოტა მოყრუე-  
ბაცაა. დეფანსი არ არის გამოხატული. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფი-  
ლებელია. მაჯა 70, საშვალო ავსილობის, რითმიული. ახლო წარსულში — მა-  
ლარია. ეჭვი იქნა აღებული მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანებაზე მიუხედა-  
ვათ სიმპტომოკომპლექსის სიღარიბისა და სიმკრთალისა. ქაფურისა და მორ-  
ფიუმის ვაკუუმების შემდეგ  $5\frac{1}{2}$  საათზე, — მაშასადამე, შემთხვევიდან  $3\frac{1}{2}$  საათის  
განვლის შემდეგ — ჯერ ადგილობრივი ანესტეზიისა და მერე ზოგადი ნარკოზის  
ქვეშ, შუახახის და მარცხენა დამატებითი განაკვეთებით ავადმყოფს გაუკეთდა  
Laparotomia (ექ. ახმეტელი). მუცლის ღრუში ჩაქცეულია საკმაო რაოდენობის  
სისხლი, რომლის სათავე აღმოჩენილ იქნა ელენთის შიგნითა ზედაპირზე, სადაც  
აღინიშნება ტიპური გასკდომა (ე. ი. გაგლეჯილია ელენთის ყველა ელემენტი).  
უკანასკნელი სიგრძით 4 სანტიმეტრისაა, სიღრმით ერთ თავში  $\frac{1}{2}$  და მეორეში  
 $1\frac{1}{2}$  სანტიმეტრის. იწყება წინა ნაპირიდან — დაახლოებით მის შუის დო-  
ნეზე — და მიემართება განივით ცენტრისაკენ. ელენთა მთლიანათ გადიდებუ-  
ლია და ზედა პოლიუსით შეზრდილია დიაფრაგმასთან, მაშინ როცა შუა ნა-  
წილში თვით მასთან მიზიდულია და შეხორცებული ბადექონი (Perisplenitis!)  
მასთან ეჭვები იქმნება სისხლის ღენის კიდევ მეორე წყაროს შესახებ — ელენ-  
თის ბუდის ზედა პოლიუსის მიდამოში, რის გამოც ეს ადგილი მკვრივით დატა-  
მპონდა. გაგლეჯილი ელენთა გაიკვრა აბრეშუმის ძაფის 2 სართულიანი ნაკე-  
რით (მარყუშისებრი და განუწყვეტელი), ამოიწმინდა ღრუ და ჭრილობა დაი-  
ხურა ნაწილობრივ ყრუთ და ნაწილობრივ ტამპონების დატოვებით. არავითარი  
გართულება! კანქვეშ ფიზიოლოგიური და *Ol. camphora*. საწოლში ტრენდლენ-  
ბურგი. ჭრილობის არეზე ყინული. ოპერაციის შემდეგი ხანა დამაკმაყოფილე-  
ბელია, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში პირველ დღეს ხშირ პირის ლებინებას,  
რასაც ჩვენ, უმთავრესათ, ნარკოზით ვხსნით.  $t^{\circ}$  პირველი 10 დღის განმავლო-  
ბაში 37-38,6 შორის მერყეობს, რომელიც შემდეგ თანდათან ნორმალდება.  
პირველ დღეებში ქაფური კანქვეშ რამდენჯერმე და ფიზიოლოგიური ხსნარის

წვეთური ოყნები. შუახაზის კრილობა პირველადით ხორცდება, დამატებით განაკვეთში კი — ტამპონების ნაპრალში — suppuratio, რომელიც თანდათან იკლებს და ამის მიხედვით კრილობაც იწმინდება. ტამპონების პირველი დანძრევა-ამოწევა — მე 6 დღეზე; ნაწილობრივ ამოღება — მე 9 დღეზე. პირველი ტამპონების სრულიად ახალით შეცვლა მე 15 დღეზე. პირველ ხანებში ტამპონის გამოცვლას თანსდევდა სისხლის დენა, რომელიც შემდეგში ჩირქმა შესცვალა. პირველ ხანებში კრილობას წყალბადის ზეჟანგით ვწმენდით და ტამპონებსაც ამავე ხსნარში გაჟღენთილს ვაწყობდით. შემდეგში იგი რივანოლის ხსნარით (1:1000) შევცვალეთ. ავადმყოფი ფეხზე წამოდგა ერთი თვის შემდეგ. მალე ტამპონადა შევწყვიტეთ და საერთო აბაზანებზე გადავედით. მიუხედავად ამისა განივი კრილობის ბოლოში ხანგრძლივად დარჩა ხვრელი, საიდანაც ჩირქის დენა დიდ ხანს არ შეწყვეტილა. იენისის დასაწყისში აღნიშნული ხვრელიდან ამოღებულ იქნა ძველი, შემთხვევით ჩარჩენილი ტამპონი, რის შემდეგაც ჩირქის დენა სრულიად შეწყდა და კრილობის დახურვა ჩქარის ტემპით წავიდა წინ. ამ ყამათ ავადმყოფი კლინიკურათ განკურნებულია: იგი კარგათ გრძნობს თავს; თავისუფლათ დადის, ჩვეულებრივათ იკვებება; t°, მაჯა, კუჭ-ნაწლავის მოქმედება N აქვს.

გემოგრამები:

10 აპრილს. ჰემოგლობ. — 66<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. ერიტროციტები 4,400,000 ლეიკოციტები 6.800. შეფარდება 1:647. ინდექსი — 0,75.

ლეიკ. ფორმულა: ნეიტროფ. — 80<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ეოზინოფ. — 0<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ბაზოფილ. — 0<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ლიმფოციტ. — 18<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

მონოციტები — 2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

12 აპრილს. ჰემოგლობ. — 62<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; ერიტროციტ. — 4,000,000 ლეიკოციტები — 6,500; შეფარდება 1:615, ინდექსი 0,7.

ლ. ფორმულა: ნეიტროფილები. — 76<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ეოზინოფილები — 0<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ბაზოფილები — 0<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ლიმფოციტები — 22<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

გარდ. და მონოციტ. — 2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

15 აპრილს. ჰემოგლ. — 62<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. ერიტრ. — 3,550,000. ლეიკოც. — 6,000; შეფ. — 1:591; ინდექსი — 0,8.

ლეიკ. ფორმულა: ნეიტროფ. — 80<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ეოზინოფ. — 0<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ბაზოფ. — 0<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

ლიმფოც. — 18<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

გარდ. და მონოციტ. — 2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

25 აპრილს. ჰემოგლ. 59<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; ერიტროც. 4,000,000. ლეიკოც. 6,400; შეფარდება 1:625; ინდექსი — 0,7.

ელენთის კანქვეშა ტრავმული დაზიანების საკითხისათვის

ლეიკოციტ. ფორმულა: ნეიტროფ. — 76%  
 ეოზინოფ. — 4%  
 ლიმფოციტ. — 18%  
 მონოც. — 2%

21 მაისს. ჰემოგლ. — 69%<sub>0</sub>; ერიტროც. 3,920,000. ლეიკოციტ — 4,400  
 შეფარდ. 1:690; ინდექს 0,88.

ლეიკოციტ. ფორმულა: ნეიტროფ. — 68%  
 ეოზინოფ. — 1%  
 ლიმფოციტ. — 29%  
 მონოც. — 2%

ეს შემთხვევა საყურადღებოა მრავალის მხრივ. ჯერ ერთი, თვით ტრავმა: იგი არარის ძლიერი და, უნდა ვიფიქროთ, — რომ ელენთა წინასწარ არ ყოფილიყო პათოლოგიურათ შეცვლილი და გადიდებული, როგორც ეს ოპერაციის დროს გამოირკვა, გასკდომას ვერ გამოიწვევდა. მერმე, ავადმყოფმა საავადმყოფოში წამოყვანამდი, შემთხვევის მომენტიდან 3 ვერსის მანძილი გავლო თავის ფეხით, ყოველ გვარი დახმარების გარეშე. (თუმცა აწერილია შემთხვევები ამაზე გაცილებით გასაკვირველიც, როცა, მაგ. ავადმყოფმა ტრავმის შემდეგ მთელი დღე იარა, ისადილა. და ივახშმა, ზოგმა ფიზიკურადაც იმუშავა კიდევ და სხვა).

შემდეგ, კლინიკური სურათი მეტათ მკრთალი იყო იმისათვის, რომ ასეთი დიდი დაზიანება გვეგულისხმებია. ფაქტიურათ აქ მხოლოდ სამი ნიშანი იყო მოცემული შინაგანი სერიოზული მდგომარეობის დასაქვებლათ და ისინიც არა მკაფიოთ გამოსახული: ანემია, ტკივილები მუცელში, და მუცლის დაზოგვა სუნთქვის პროცესში. (უკანასკნელი ნიშანი ლიტერატურაში არაა აღნუსხული და იმავე დროს, ჩვენის ფიქრით, იგი მეტათ სადასურია). შოკი, ფაქტიურათ, არც ყოფილა გამოხატული.

საინტერესოა იგი ოპერაციული მეთოდის მხრივაც: უმთავრესათ ასეთი დაზიანების დროთ Splenectomy-ა ნაჩვენები. ნაკერი მიჩნეულია არა საიმედოთ. იმავე დროს ნაკერის დადება შიგნითა ზედაპირზე მეტათ ძნელია ტექნიკურათ და თითქმის შეუძლებლათაა ცნობილი. ჩვენ კი დავარღვიეთ ეს ადათი და, როგორც ხედაეთ, გავიმარჯვეთ. გაგლეჯილი ელენთის გაკვერა პირველათ Lamarchia-მ სინჯა 1896 წ. და ავადმყოფი დაიღუბა. შემდეგ. H z z-მა მიმართა მას ერთ შემთხვევაში, მაგრამ ვერ დაამთავრა და Splenectomy-ზე გადავიდა. სულ დღემდი რამოდენიმე შემთხვევაა აწერილი ლიტერატურაში (Березнеговский-ით 2, Финкельштейн-ით 3 და სხ.) გამსკდარ ელენთაზე ნაკერის დადებისა და შედეგები გადარჩენა — სიკვდილიანობის მხრივ, თითქმის, თანაბარია.

(Hafter, Erdmann — თითო შემთხვევა, განკურნება. Lamarchia, Linkenheld — თითო შემთხვევა; სიკვდილი.) უმთავრესად სიკვდილიანობის მიზეზი იყო შემდეგი სისხლის დენა ელენთის მეორე, ოპერაციის დროს შეუნიშნავი, კრილობიდან.

საინტერესოა სისხლის შემადგენლობის სურათიც. ჰემოგრამის ასეთი ცვალებადობა და მერყეობა ჩვენთვის სავსებით გაუგებარი იყო ძველი, ჩარჩენილი

ტამპონის მუცლის ღრუდან ამოღებამდი. შემდეგ კი ამ გარემოების მიზეზი ჩვენთვის აიხსნა: ჩატოვებული ტამპონი, როგორც გარეშე სხეული, იწვევდა რა ჩირქოვნობის გაგრძელებას—უთუოდ ქმნიდა პირობებს სისხლის შემადგენლობის ასეთი მერყეობისათვის. საერთოდ კი ეს ჰემოგრამები მაინც სერიოზულს არათერს გვიჩვენებდა და მდგომარეობა ამ მხრივ გაცილებით უკეთესი იყო, ვინემ ესაა, უმრავლეს შემთხვევაში, სპლენექტომიების შემდეგ, როცა, როგორც ავტორთა მეტი ნაწილი აღნიშნავს, გამოხატულია გემოგლობინისა და წითელი ბურთულების ძლიერი დაკლება (Stähelin-ით 2 მილიონამდი.) კიდევ უფრო ძლიერ ლეიკოციტოზის (Berger-ით 50.000-დი) გვერდით.

**შემთხვევა მეოთხე:** ჩოჩელი ჯულიეტა, 2 $\frac{1}{2}$  წლის ქალი; მოიყვანეს სავადმყოფოში 11/VI-ს 30 წ., როგორც სასწრაფო შემთხვევა. 1 $\frac{1}{2}$  საათის წინ მისთვის „ტაქკას“ გადაუვლია ზედა მუცლის არეზე, განივი მიმართულებით.

მწვავე ანემიის მკაფიო სურათი. მკრთალი კანი და ლორწოვანი გარსები. მაჯა ძაფისებრი. საერთო შოკი. მუცელზე, ზედა ნაწილში და მარცხენა იპოხონდრიუმში—დაშავების ნიშნები (სილურჯე). პერკუსიით ამ მიდამოში მოყრუება. დიაგნოზი მუცლის ორგანოთა დაზიანებისა და სასწრაფო ლაპარატომია ზოგადი ნარკოზის ქვეშ (პრ. ერისთავი). პერიტონეუმის გახსნისთანავე მუცლის ღრუდან გადმოიქცა უამრავი სისხლი, შინაგანი სისხლის დენით ჩაქცეული. *Rupura lienis*—უკანასკნელის გარეთა ზედაპირზე. გაკერვა. კიდევ ახალი სისხლის დენა. *Rurura hepatis*. უკანასკნელის გაკერვა ვეღარ მოესწო: *Exitus* ოპერაციის დროს.

ამ შემთხვევაში ძნელი იყო სხვა შედეგის მიღება. აქ განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობა იყო შექმნილი მცირე წლოვანი ავადმყოფისათვის: ერთდროულად გაგლეჯილი ელენთა და ღვიძლი და სწრაფად განვითარებული დიდი სისხლის დაკარგვა. ასევე დაეკარგა *Feraris*-ს ავადმყოფი, რომელსაც ერთდროულად ელენთა და თირკმელი ჰქონდა დაზიანებული, სწორი დიაგნოზისა და აღრე წარმოებული ოპერაციის მიუხედავად. ასევე დაეღუპა ავადმყოფები *Nötzel*-ს (2 შემთხვ.), *Hagen*-ს, *Lain*-ეს და სხვებს, სადაც ერთდროულად 2 ორგანო იყო დაზიანებული. თუმცა ლიტერატურაში აწერილია ისეთი შემთხვევებიც, როცა ასეთ, მეტად მძიმე, პირობებშიაც გადარჩენილა ავადმყოფი (რამდენიმე ორგანოს ერთად დაზიანება) თავის დროზე წარმოებული ოპერაციის მეოხებით. მაგალითად, *Schmidt*-ს გამბურგიდან ერთი შემთხვევა, სადაც ავადმყოფი ელენთისა და *Pancreas*-ის ერთდროული დაზიანებით განკურნებულა *splenectomy* სა და *Besectio pancr. parcialis*-ის შემდეგ. ექ. ჰეიშილის (ფოთი) შემთხვევაც\*), ფაქტიურად, ორი ორგანოს—ელენთისა და კუჭის—ერთდროულ დაზიანებას შეიცავს და ავადმყოფი გადარჩა რთული ოპერაციის (სპლენექტომია და კუჭის კედელზე ნაკერი) შემდეგ.

ელენთის ტრავმულ კანქვეშა გასკდომათა ეთიოლოგია პათოლოგიური ანატომია და მექანიზმი, უდიდესი მასალისა და კლინ. დაკვირვებათა მხრივ, ყველაზე უკეთ დამუშავებულია იმავე ტროპიკული ქვეყნების ავტორთა მიერ,

\*) „нов. Хир. Архив“ 1928 წ. ტომი 16, წიგნი 4

რომელთა შორის პირველ ადგილზე ისევ Crawford-ი სდგას. მაგრამ მათ დასკვნებს ზოგ შემთხვევაში მაინც ესაჭიროება კორექტივები სხვა ქვეყნების ექიმთა გამოცდილების მიხედვითაც. მაგალითად, სქესის საკითხში დიდი განსხვავებაა ამ ქვეყნების მკვლევართა შორის. მაშინ, როცა Crawford-ის მონაცემით ელენთის გასკდომით 477 გარდაცვლილთაგან 253 მამაკაცი იყო და 224 დედაკაცი, ე. ი ვაჟი და ქალი, თითქმის, თანაბარია—Berger-ით, 195 მამაკაცთან ქალზე მხოლოდ 44 შემთხვევა მოდის. Berger-ი თავის ცნობებს, სრულიად სამართლიანად, ვაჟისა და ქალის საშუალო პირობათა სხვადასხვაობით ასაბუთებს. ვაჟი მისი ფიზიკური მუშაობის პირობებში უფრო ხშირათაა ასეთი ტრავმული შემთხვევების ობიექტი, ვინემ ქალი. მეორეს მხრივ, ტროპიკულ ქვეყნებში, სადაც ელენთა მასიურად დაავადებულია და მისი გასკდომისათვის პატარა ტრავმაც საკმარისია—აღნიშნული ფიზიკური მუშაობის სხვადასხვაობა ეგრე რიგათ ვერ იხეგავლენებს გასკდომის სქესურ შეფარდებაზე. მხედველობაში უნდა იქნეს აგრეთვე მიღებული ის გარემოება, რომ ინდოეთში, განსაკუთრებით სასოფლო-სამეურნეო ნაწილებში, ქალი თითქმის ისეთსავე მძიმე ფიზიკურ მუშაობას ეწევა, როგორსაც მამაკაცი. რაც შეეხება ასაკს—აქ კი Crawford-ისა და Berger-ის ცნობები თითქმის თანაბარია. ასე, მაგალითად:

Crawford-ის 477 შემთხვევიდან

0 — 5 წლამდი იყო	7 შემთხვევა.
5 — 15 " "	58 "
15 — 25 " "	73 "
25 — 45 " "	232 "
45 — ზევით " "	88 "
არაა ნაჩვენები	19 "

Berger-ის 174 შემთხვევიდან კი

0 — 10 წლამდი იყო	28 შემთხვევა.
11 — 20 " "	33 "
21 — 30 " "	42 "
31 — 40 " "	32 "
41 — 60 " "	30 "
61 ის ზევით " "	9.

ამრიგათ ორთავე სტატისტიკით ელენთის ტრავმული გასკდომა 20—45 წლებში უფრო ხშირია, ცხადია აქ უმთავრესი ფაქტორი ტრავმატიზმია, რომლის მწვერვალო სწორედ ამ წლებშია ამართული; წინააღმდეგ შემთხვევაში, რასაკვირველია, ანატომიური პირობების გამო, ბავშვის ასაკი უფრო განწყობილი და ხელსაყრელი იქნებოდა ამგვარი დაზიანებისათვის.

ტროპიკულ ქვეყნებში გასკდომის გამომწვევ მიზეზთა შორის პირველ ადგილზე მსუბუქი და საშუალო ხასიათის ტრავმაა, მძიმეს—მეორე იდგილი უკავია. არატროპიკულ ნაწილებში კი სწორეთ საწინააღმდეგო მდგომარეობაა.

Crawford-ი, მაგალ., გასკდომის უშუალო მიზეზებათ ასახელებს

ჯოხისა და კეტის დაკვრას . . . . . 133 შემ-ში,

მუშტისა და წიხლის დარტყმას . . . . . 104 "

სიმალიდან დაცემას . . . . .	39	"
მრავალჯერ დარტყმას . . . . .	35	"
დატვირთულ ეტლქვეშმოყოლას . . . . .	25	"
ბუფერებ შორის მოტნევას . . . . .	11	"
მანქანიდან გარდმოვარდნას და დარტყმას	20	"
ელენთის მიდამოს გასრესვას . . . . .	4	"
შერეულ მიზეზებს . . . . .	28	"
და უცნობ მიზეზებს . . . . .	78	"

Крюков-ი კი, რომლის მასალაც არატროპიკული ქვეყნებიდანაა აღებული, თავის 54 შემთხვევაში გასკდომის მიზეზებათ, უმთავრესათ, მძიმე ტრავმას აღნიშნავს. ასე, მაგალითად: ბლაგვი იარაღით წარმოებ. დარტყმას 21 შ-ში,

მუშტს, ცხენის წიხლს, სიმალ-დან დაცემას . . . . .	11	"
ვაკეზე, ამოწეულ საგანზე დაცემას . . . . .	3	"
ეტლის გადავლას . . . . .	9	"
რაიმე მკვრივ საგანზე მისრესვას . . . . .	1	"
და უცნობ მიზეზებს . . . . .	9	"

როგორც სქესისა, ისე ასაკისა და ტრავმის ხასიათის საკითხებში ჩვენი დასაერთოდ, საქართველოში გამოქვეყნებული შემთხვევები, აგრეთვე Финкельштейн-ის ა./კავკასიული შემთხვევები (8) რაიმე ახალსა და განსხვავებულს არაფერს შეიცავს. აქაც ვაჟია უფრო ხშირათ, აქაც სამუშაო ასაკი (20—30წ.) და აქაც ძლიერი და საშუალო ტრავმა.

**პათოლოგიური ანატომია.** ჩვენ თავში განვაცხადეთ, რომ ელენთის გასკდომა ნამდვილათ ამ ორგანოს ისეთ დაზიანებას ეწოდება, როცა ერთდროულათ გაგლეჯილია მისი სამივე მთავარი ელემენტი: სეროზული გარსი, საკუთარი აპკი და პარენქიმა სისხლის ძარღვებით. ასე განმარტავენ ამ ცნებას Березиеговский, Доброзраков-ი, Крюков-ი, Фиикельштейн-ი და სხ. მაგრამ Коп-ი მაინც არჩევს თვით ამ გასკდომის 4 სახეს:

ა. მარტო აპკისა და გარსის გასკდომა; ბ. პარენქიმის გასკდომა უაპკოთ; გ. პარენქიმისა და აპკის გასკდომა და დ. პარენქიმის გასრესვა აპკისა და დიდი ძარღვების გაგლეჯვასთან ერთად. პირველი მეტათ იშვიათია და ანვითარებს ნელ სისხლის დენას, რომელიც, მიუხედავათ ამისა და აგრეთვე სივრცის მიუხედავათ, უმთავრეს შემთხვევაში ძლიერია და სასიკვდილო.

მეორე ასევე იშვიათია და შემდეგში, მოგვიანებით, მესამეში გადადის, ე. ი. მაინც იწვევს აპკის გასკდომას. წინააღმდეგ შემთხვევაში კლინიკურათ დიდი მნიშვნელობა არ აქვს.

მესანე ყველაზე უფრო ხშირი სახეა და, თითქმის, ყოველთვის ხდება ელენთაში კარგათ განვითარებული ხარხიებით ასეთი ტრავმული დაზიანების დროს.

მეოთხე სახეს სისხლის მხრივ საშუალო ადგილი უჭირავს, მაგრამ მეტათ სწრაფად ვითარდება და უდიდეს სისხლის დენას იწვევს. იმავე ლიტერატურული წყაროებისა და აგრეთვე Berger-ის ექსპერიმენტული ცდების მიხედვით გასკდომა, უმთავრესათ, შიგნითა ზედაპირზე ხდება, ნაწილობრივ გარეთაზე გა-

დასვლით, და ელენთის გასწვრივი ღერძის პერპენდიკული მიმართულებით. გასკდომის სიგრძემ შეიძლება 10—13 სანტ. მიაღწიოს და სიღრმემ—2 სანტ.; იშვიათად ამაზე ზევით. ელენთის სრული, ორ ნახევრათ გაპოზა აღნიშნულია Beaumont-ისა, Latouche-სა და Braun-ის თითო შემთხვევებში, იშვიათ შემთხვევაში, მეტათ ძლიერი ტრავმისა და დიდ წინასწარ პათოლოგიურ ცვლილებათა გამო შეიძლება ელენთა ისე დაიჭყლიტოს და დაისრისოს, რომ ერთ გომოგენურ ცომათ გადაიქცეს, მაგრამ მაინც არ დაიშალოს და არ დაიფანტოს ხარისხებისა, აპკის ზოგი ნაწილებისა და მთავარ სისხლის ძარღვების მთლიანობის დაურღვევლობის მეოხებით. სამაგიეროთ არაიშვიათია ერთად რამდენიმე განამსკდარის წარმოქმნა, რომელიც შეიძლება მოთავსებული იყოს ერთდროულათ როგორც ერთს, ისე სხვადასხვა ზედაპირზე; როგორც ერთს, ისე ორთავე ბოლოში; როგორც განივი, ისე გასწვრივი და აგრეთვე ვარსკვლავისებური მიმართულებით. არა იშვიათია აგრეთვე ამ გასკდომის პროცესში მთელი ნაწილების სრული ჩამოცილება, როგორც ეს ჰქონია Berger-ის ვადმოცემით, Riegner-ს, Krabbel-ს და Heaton-ს და როგორც ეს აწერილი აქვს Финкельштейн-ს თავის ქრონიკაში მთელს 13 შემთხვევაში.

ჩვენს შემთხვევაში დაზიანებები ზედაპირების მიხედვით თანაბარია. გასკდომის მიმართულება კი ყველგან განივია. მაგრამ, ბოლოს და ბოლოს, როგორც არ უნდა იყოს გასკდომის სახე, მთავარი, რაც უშუალოთ მოსდევს თითოეულ მათგანს, რაც წარმოადგენს ყველაზე უპირველესსა და უდიდეს საფრთხეს და რაზედაც უნდება შემდეგში, უმთავრესათ, გარეჯანი კლინიკური ნიშნები—**არის სისხლის დენა.**

უკანასკნელი, როგორც პარენქიმული ხასიათისა, ხშირათ ნელი ტემპით ვითარდება, მაგრამ საბოლოო შეჯამებაში იგი დიდი რაოდენობისაა და ავსებს პერიტონეუმის ღრუს. ზოგჯერ კი, მეტადრე თუ გასკდომაში ჩართულია ცოტათ თუ ბევრათ მომსხო ყალბის სისხლის ძარღვები, იგი სწრაფია და როგორის დროულობითაც არ უნდა აწარმოთ სათანადო ოპერაცია—დიდძალი სისხლის დაკარგვის გამო ავადმყოფის გადასარჩენათ ყველა გზა გადაჭრილია. მაგრამ ამასთან ერთად არ აოის თურმე შეუძლებელი, მართალია განსაკუთრებით იშვიათ შემთხვევაში, ისეთი პათოლოგო-ანატომიური მდგომარეობაც, როდესაც ნამდვილი გაგლეჯვა ან სრული მოწყვეტა გაქვთ ელენთისა ძლიერი გარეშე ტრავმის ნიადაგზე და მუცლის ღრუში კი სისხლის ჩაქცევაც არ იყოს, არ იყოს იგი როგორც კლინიკურათ, ისე პათოლოგო-ანატომიურათ. ლიტერატურაში აწერილია ასეთი შემთხვევა და იგი ეკუთვნის Schönwerth-ს. ლაპარატომიამ მას პერიტონეუმის ღრუში სრულიად არ აჩვენა სისხლი და მხოლოდ შემდეგ აუტოპსიამ გამოარკვია, რომ ელენთა სავსებით მოწყვეტილიყო თავის ფესვს. აქ საქმე გვაქვს ისეთ უჩვეულო მდგომარეობასთან, როცა მეტათ დიდი ტრავმული ძალა ელენთის მოგლეჯვასთან ერთად იწვევს მისი ფესვის სისხლის ძარღვების შეკრუნჩხვა-გადაგრენხვას—როგორც ეს ზოგჯერ კიდურების ტრავმული მოწყვეტილობის დროს ხდება—რის გამოც მუცლის ღრუში აღარ ხვდება სისხლის არც ერთი წვეთი.

სისხლის ჩაქცევის კაზუსტიკისათვის ელენთის გაღვლელობის დროს პათოლოგო-ანატომიურათ აღსანიშნავია კიდევ ერთი მეტად საინტერესო შესაძლებლობა, როგორც ეს აწერილი აქვს Березнеговский-ს თავის ვრცელ შრომაში: იმ შემთხვევაში თუ გასკდომა ღილუსის არემი მოხდა და შეეხო მთავარ სისხლის ძარღვებს—სისხლს თურმე შეუძლია გაძვრეს Ligament. gastro—Lienalis-ის ორ ფურცელს შორის და, თუ ამ იოგის უკანა ფურცელიც დაზიანებას განიცდის, გაიკაფოს გზა bursaomentalis-ისაკენ, საიდანაც მხოლოდ შემდეგში, მოგვიანებით გამოვა Winslomi-ს სარკმელით ისევ პერიტონეუმის დიდ ღრუში. როგორც ცხადათ სჩანს სხვა აღნიშნულ პარობებთან ერთად დასახელებული იოგის უკანა ფურცლის დაზიანებაა საჭირო სისხლის ჩაქცევის ასეთი უცნაური სურათისათვის, რასაც Березнеговский უთუოდ თავისთავად გულისხმობს ან შეცდომით არ აღნიშნავს. პირველ შემთხვევაში თქვენ არც გარეგნულათ გაქვთ სისხლის ჩაქცევის ნიშნები; მიტომ, რომ იგი არც არის სინამდვილეში. აქ კი გარეგნულათ, კლინიკური ნიშნების მიხედვით შესაძლოა მკაფიოდ გქონდეთ გამოხატული შინაგანი სისხლის ჩაქცევის სურათი, მაგრამ ლაპარატომიის დროს, პირველ ხანებში მაინც, მუცლის ღრუში სისხლი ვერ შეამჩნიოთ და ავადმყოფის გადარჩენის უკანასკნელი წიგნი—ოპერაცია—უშედეგოთ და უმართებულოთ დახუროთ. **როგორია ახლა მძახნიში?** არსებობს რამდენიმე მოსახზრება, მაგრამ ერთი ყველასთვის უდავოა. ეს ის, რომ ელენთის გასკდომა, უმთავრესათ, ორ ფაქტორზეა დამოკიდებული: ტრავმის ხასიათზე და ორგანოს ცვლილებათა ხარისხზე. ელენთის ნორმალ მდგომარეობაში ტრავმა ძლიერი უნდა იყოს და წინააღმდეგ, დაავადებულ ელენთისათვის პატარა ტრავმაც საკმარისია. ცხადია აგრეთვე ისიც, რომ გასკდომა მით უფრო შესაძლებელია და მით უფრო გასაგებია, რაც უფრო ტრავმა უშუალოთ ელენთის მიდამოში სწარმოებდა.

რაც შეეხება იმ გარემოებას, რომ გასკდომა უმრავლეს შემთხვევაში შიგნითა ზედაპირზე ხდება (Berger-ით 2 ჯერ უფრო ხშირათ ვინემ გარეთა ზედაპირზე.) ამას Kohn-ი თავისი ცდების მიხედვით იმით ხსნის, რომ გარედან მიყენებული ტრავმის დროს ელენთა ბრტყელდება და იჭიმება ორივე პოლიუსისაკენ, ამავე დროს გარეთა ზედაპირი რამდენიმეთ ზეწოლის ცენტრისაკენ იზიდება, იწვევა, რის გამოც სკდება სწორეთ მოპირდაპირე ანუ შიგნითა ზედაპირი. ამასვე ხელს უწყობს აპკის ნაკლები რეზისტენტობა ამ ადგილებში, ნაკლები მოქნილობა იოგებთან მიმაგრებისა და სისხლის ძარღვების გამო.

Berger-ი ამგავსებს რა ელენთას ყოველი მხრივ დახურულ სითხით საცხე პარკს, გასკდომის პროცესის ასახსნელათ Pascal-ის გიდრავლურ კანონს იშველიებს, როცა დარტყმის ტალღა თანასწორად ვრცელდება ამ პარკის, ე. ი. ელენთის თითოეულ კუთხეზე. Kohn-ი უარყოფს ამ მსგავსებას და, მაშასადამე, გიდრავლურ კანონსაც, მეტადრე დაავადებული ელენთისათვის, როცა უკანასკნელი ძლიერ განვითარებული ხარისხებით და გასქელებული აპკით პარენქიმასთან ერთად, მისი აზრით, „ნახევრათ სითხეს“ კიარა—სპონგიოზურ მასას წარმოადგენს, როგორთანაც ვვაქვს ჩვენ უმრავლეს შემთხვევაში საქმე.



Schönwerth-იკი ამ მექანიზმში დიდ მნიშვნელობას აძლევს აგრეთვე კუჭის მდგომარეობას მისი შიგთავის მხრივ. თუ უკანასკნელი ცარიელია, მისი აზრით, ელენთის არეში წარმოებული დარტყმა რეფლექტორულათ იწვევს ჩასუნთქვით მოძრაობას, ელენთა — რამდენადაც მას ამის საშუალებას *ligam. phrenico-lienale* და *lig. phrenico-colica* აძლევს — რამდენიმეთ ქვევით და მარჯვნივ იწვევს და მისი ზედა პოლიუსი ჩამოწეულსა და შეკუმშულს შუასაძგიდს ებჯინება; დარტყმა თუ პირველათ ნეკნებს ხვდება — უკანასკნელები იდრიკება შიგნი და ტრავმის ძალა გადაეცემა ელენთის გარეთა ზედაპირს, ორივე პოლიუსი უახლოვდება ერთმანეთს ამ მხარეზე და შედეგათ წარმოიშვება გასკდომა შიგნითა ზედაპირზე. კუჭის სავეს მდგომარეობაში კი ელენთას აღარ შეუძლია ქვევით და მარჯვნივ ჩამოწევა და გასკდომაც გარეთა ზედაპირზე სწარმოებს.

Litten-ით გასკდომის მექანიზმში თვალსაჩინო როლს თამაშობს ის შეხორცებანიც, რომელიც განვითარებულია განვლილ პათოლოგიურ პროცესის ნიადაგზე ელენთასა და ახლო მდებარე ორგანოებს (კუჭი, პანკრეასი, პარიეტ. პერიტონეუმი და შუა საძგიდი.) შორის.

კუნთების რეფლექტორული შეკუმშვის დროს აღნიშნული შეხორცებები თავისაკენ ეწევა ელენთის აპკის ნაწილებს, რომელზედაც ამ დროს ორი ძალა მოქმედებს: ძალა გიდრავლური ზეწოლისა, რომელიც პირდაპირ პროპორციულია ამ ნაწილის ზედაპირის და კუნთების შეკუმშვის ძალა, რომელიც ავლევს ელენთის აპკის ნაწილს.

ამრიგათ, ელენთის ტრავმული გასკდომის მექანიზმში თვით ტრავმის ხასიათს გარდა მნიშვნელობა აქვს ფიზიკურ კანონებს, ორგანოს შიგნი არსებულ ჰისტო-პათოლოგიურ და პათოლოგო-ანატომიურ ცვლილებებს და ახლო მდებარე ორგანოების ფიზიოლოგიურ პირობებს.

ნება მომეცით დაავადების **კლინიკასა** და **დიაგნოსტიკაზე** გადავიდე.

ელენთის კანქვეშა გასკდომის სიმპტომატოლოგია და გამოცნობა ყველაზე უძნელეს თავს წარმოადგენს, საერთოდ, ელენთის ქირურგიაში. იმავე დროს Trendelenburg-ი ელენთის გასკდომას, ადრე გამოცნობის მნიშვნელობის მხრივ — იმდენათ საფასურია და ვადამწყვეტი ხასიათისა უკანასკნელი — *arter. meningeae mediae*-ს გასკდომას ადარებს.

მთელი სიმპტომოკომპლექსი, უმთავრესათ, სამი ფაქტორის მოვლენათაგან იქმნება. ესაა საერთო შოკი, შინაგანი სისხლისდენა და მუცლის აპკის გაღიზიანება.

შოკის სურათი ყველასათვის ცნობილია: გრძნობის დაკარგვა ან მსგავსი მდგომარეობა, კანისა და ლორწოვანი გარსების სიმკრთაღე — ზოგჯერ ციანოზური ელფერით, ძაფისებრი მაჯა — ზოგჯერ გამოვარდნით, ჩახლჩილი ხმა, გუგების გავანიერება, ცივი ოფლი და სხვა. მალე ავადმყოფი გონს მოდის, მაგრამ მძიმე აპათიის ან, წინააღმდეგ, ძლიერი ნერვიული აღგზნების მდგომარეობაში ვარდება. მაგრამ შოკი არ არის ყოველთვის და მისი სიძლიერე და განვითარება დამოკიდებულია, ერთის მხრივ, ტრავმის სიძლიერესა და სისწრაფეზე, მეორეს მხრივ, სისხლის დენის სისწრაფეზე და მესამეს მხრივ, ორგანიზმის წინააღმდეგობაზე. თვით შოკის გენეზისის საკითხი, როგორც თქვენ მოგეხსენე-

ბათ, დღესაც არაა საბოლოოთ გადაჭრილი. მის ასახსნელათ მრავალი თეორიაა მოცემული და ჩვენ ეხლა სათითოოდ მათ აქ ვერ განვიხილავთ. აღვნიშნავ მხოლოდ, რომ მუტელის ორგანოთა დაზიანების დროს წარმოშობილი შოკის ასახსნელათ დღეს უფრო გავრცელებულია Hagen-ის თეორია. Hagen-ი შოკის გამომწვევ მიზეზათ თვლის ამ დროს პარიეტალური პერიტონეუმის გრძობიარე ნერვიულ დაბოლოვებათა გაღიზიანებას და მის წარმოშობაში დიდ მნიშვნელობას აწერს არა იმდენათ ტრავმის ძალას, რამდენადაც უკანასკნელის წარმოშობის სისწრაფეს და მომქმედი საგნის (თუ იარაღის) განივ დიამეტრს. რაც ურო მეტი ნერვიული ბოქკოები განიცდის ტრავმას და რაც უფრო ერთბაშად, სწრაფად ხდება ეს—მით უფრო ინტენსიურია შოკი.

შოკი არც ხანგრძლივი დროის მოვლენაა. იგი სულ მოკლე დროის, ყოველ შემთხვევაში, რამდენიმე საათის შემდეგ ქრება, რომ სხვა მოვლენებს დაუთმოს ადგილი. თუ, წინააღმდეგ, შოკის მდგომარეობა დიდ ხანს გრძელდება—ეს უკვე შოკი აღარ არის, ეს კოლაპსია, გულის მოქმედების დაცემა, სისხლის დენამ რომ გამოიწვია, რომელიც, მართალია, გარეგნულათ შოკის მდგომარეობისაგან ძნელი გასარჩევია და რომელსაც ხშირათ აქვს ადგილი შინაგანი ორგანოების ღრმა დაზიანების დროს.

მეორეს მხრივ, შოკი ხშირათ, პირველ მომენტში მაინც, ხელს უშლის სხვა მოვლენათა ასახვას და თვით აბნელებს კლინიკურ სურათს. Финкельштейн-ის აზრით, ამიტომ შოკს დაავადების გამოცნობისათვის დადებითზე მეტი უარყოფითი მნიშვნელობა აქვს.

ჩვენი 4 შემთხვევიდან შოკი 3 შემთხვევაში გამოხატული იყო სათანადოთ. ერთ შემთხვევაში კი (მე III) იგი სრულიად არ იყო გამოსახული.

შინაგანი სისხლის დენის ყველაზე უბირველესი და უძლიერესი კლინიკური სიმპტომი — მუტელის კუნთების საგანგებო შეკუმშვა, დაჭიმვა და გამკვრივება. მას უდიდესი ღირებულება აქვს დიაგნოზისათვის. ეს სიმპტომი გერმანიაში (და უმთავრეს ქვეყნებში) ცნობილია, როგორც Trendelenburg-ის, საფრანგეთში — როგორც Hartmann-ისა და ამერიკაში — როგორც Samuel Cooper-ის სიმპტომი. (უკანასკნელმა, Hagen-ის გადმოცემით, ასწერა იგი ჯერ კიდევ 1831 წელში.). ელენთის გაგლეჯილობისას იგი უფრო გამოხატულია. მარცხენა ფერდ-ქვეშა მიდამოში, საერთოდ, მუტელის მარცხენა ნახევარში და ადრე ისახება, ანთებადი პროცესების დაწყებამდე, როცა, მაშასადამე, ოპერაციული ჩარევისათვის მომენტი კიდევ ხელსაყრელია. ამაშია ამ სიმპტომის დიდი ღირებულება, რასაც ერთხმად აღიარებენ Hildenbrand-ი, Fränkel-ი, Финкельштейნი, Березнеговский, Крюков-ი და სხ. Michelson-იც, რომელმაც დიდი მასხლა გაატარა ელენთის ცხელი იარაღით დაზიანებისა, იმ დასკვნამდე მიდის, რომ ტრენდელენბურგის ნიშანი ყველა დანარჩენზე უფრო ხშირია და საიმედო. მაგრამ უბედურება იმაშია, რომ არც ეს სიმპტომია მუდმივი და აბსოლუტურათ აუცილებელი. Læwren-ი აღნიშნავს, რომ მის 137 შემთხვევიდან, რომელშიაც მუტელის ორგანოთა დაზიანება დადასტურებულ იქნა ოპერაციით თუ აუტოპსიით, Trendelenburg-ის ნიშანი 36,5%-ში არ იყო გამოხატული. ამის მიზეზია, ზოგ ინდივიდუალურ თავისებურებათა გარდა, უმთავრე-

სათ, სწორეთ ის ძლიერი შოკი, რომელიც ჩრდილავს ტრენდელენბურგს და არ აძლევს მას საშუალებას სათანადოთ წამოიჭრას, რაზედაც ჩვენ უკვე მოგახსენეთ ვაკვრით ზევითაც. ამას ამტკიცებენ Heinecke, Schönwerth-ი, König-ი, Neck-ი, Eichel-ი Финкельштейн-ი. უკანასკნელს ამ ფაქტის საილიუსტრაციოთ მოჰყავს ერთი თავისი შემთხვევა ელენთის სრული განივი გასკდომისა დიდი შინაგანი სისხლის ჩაქცევით, სადაც მეტათ ძლიერი შოკის მოვლენების გვერდით მუცლის კუნთების შეკუმშვა და გამკვრივება სრულიად არ იყო გამოსახული; მუცლის კედლები რბილი იყო და უმტკივნეულო. მეორეს მხრივ, ამ სიმპტომის მნიშვნელობა რამდენიმეთ მცირდება კიდევ იმ გარემოებით, რომ იგი, ისევე, როგორც შოკი, არაა პატოგნომიური მარტო ელენთის გაგლეჯისათვის და გვიჩვენებს მხოლოდ მდგომარეობის სიმძიმეს მუცლის ღრუში, ლაპარატოზის აუცილებლობას.

ჩვენს მე III ე შემთხვევაშიაც არ იყო ეს სიმპტომი გამოხატული. მაგრამ იმავე დროს იქ არც შოკი გვექონდა, როგორც ზევითაც აღვნიშნე. ამ გარემოებას აგვიხსნის ჩვენი ზევით მოყვანილი პატოლოგო-ანატომიური შესაძლებლობანი და Michelson-ისა, Крюков-ისა და Балж-ს დაკვირვებანი, რომ ელენთის გასკდომისას სისხლის დენა ზოგჯერ ისე ნელი ტემპით მიმდინარეობს, რომ მისი გარეგანი, კლინიკური ნიშნები დაგვიანებით ისახება და, მაშასადამე, პირველ ხანებში არა სჩანს. გარდა ამისა, არა ყოველთვის ტრავმასთან ერთად იწყება შინაგანი სისხლის დენა; ხანდახან ამისათვის საათებია საჭირო და ზოგჯერ დღეებიც. ამას ეწოდება თავისუფალი ინტერვალი და გამოწვეულია დაზიანების ორ მომენტიანობით: „სუბკაპსულარული“ და შემდეგ კაპსულარული, რომელიც მეტად იშვიათია და Stolze-ს სტატისტიკით ცნობილია მსოფლიოში სულ 35. თავისუფალი ინტერვალი უმეტეს შემთხვევაში 24—48 საათ. უდრის, მაგრამ შესაძლებელია უფრო დიდი დროის ინტერვალიც. ამას ამტკიცებს Schmidt-ის შემთხვევა გამბურგიდან 1929 წელში, სადაც თავისუფალი ხანა უდრიდა 6 დღეს. ლიტერატურაში აწერილია ერთი შემთხვევა, სახელდობრ Ohlecer-ისა, სადაც ეს ინტერვალი გრძელდებოდა 14 დღემდისაც.

შემდეგ უნდა აღინიშნოს Heinecke-ს სიმპტომი—**მეტეორიზმი**, რომელიც, ორგანოს გასკდომის დროს, მხოლოდ trendelenburg-ის სიმპტომის შემდეგ ისახება და გვიჩვენებს უკვე დაწყებული ნაწლავთა პარეზების გამო ანთებადი პროცესების განვითარებას მუცლის ღრუში. ამგვარად, ეს არ არის პირველადი უბრალო შებერილობა მუცლისა, რომელიც შეიძლება მსუბუქი სახით ტრენდელენბურგის დროსაც იყოს. Heinecke-ს განმარტებით, თუ წამდვილი მეტეორიზმი არა მეორადათ, პირველადათ, ე. ი. დაზიანების პირველსავე მომენტში გამოისახა—ეს უკვე a priori შინაგან ორგანოთა ყოველგვარი გასკდომის წინააღმდეგ ლაპარაკობს. მისი აზრით აქ საქმე გვაქვს პერიტონეუმის გარეთა ნერვიული წნულების უბრალო გაღიზიანებასთან, რაც ხდება მუცლის ზედა ნაწილის დაქეილობის შემდეგ, როცა შესაძლებელია აგრეთვე პერიტონეუმის გარეშე ქსოვილებში სისხლის ჩაქცევაც გვექონდეს. ერთი სიტყვით, ამ სიმპტომის პირველადობა შინაგანი ორგანოების ღრმა დაზიანების საწინააღმდეგო ჩვენებაა, მეორადობა კი—მისი დამადასტურებელი.

Legars-იც ადასტურებს თავის დაკვირვებებზე Haineck-ის სიმპტომის ამ განმარტებას და, უწოდებს რა ამ ნიშანს „Meteorisme démblée, დიდათ აფასებს მას. ასევე ლაპარაკობს Финкельштейн-იც, რომელსაც ერთი საკუთარი შემთხვევაც მოჰყავს ამ სიმპტომის საილიუსტრაციოთ, სადაც ერთ ქალს, ურმის ბორბლებ ქვეშ რომ მოჰყავდა მუცლით, ოპერაციით არაფერი არ აღმოაჩნდა მუცლის ღრუში, მიუხედავად შოკისა (მაჯა 140), დიდი მეტეოროიზმისა და ტკივილებისა ოპერაციამდე. საკითხი კვლავ ითხოვს დაკვირვებებს. ჩვენ იგი არც ერთ შემთხვევაში არა გვქონია გამოხატული და, ავტორის განმარტების თანახმად, არც უნდა გვქონებოდა გარდა მე III-ე შემთხვევისა, სადაც საამისო დრო (3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> საათი) თითქო უკვე დამდგარი იყო.

პარიეტალური პერიტონეუმის ვალიზიანების პირველი კლინიკური გამოსახულებაა **პირისღებინება**, რომელიც შეიძლება დაერთოს ტრავმას პირველ საათებშივე. მაგრამ, ჯერ ერთი, იგი ხშირათ სრულიად არაა, მერე, დაავადების დასაწყისის მომენტში მას სპეციფიური მნიშვნელობა არ აქვს (შოკი!), Meteorisme démblée-სთან დაკავშირებით თუ განვითარდა—ვერ გამოხატავს შინაგან ორგანოთა დაზიანებას, ხოლო იმ პერიოდში კი, როცა უკვე პერიტონიტი იწყება ნაწლავთა მეორადი მეტეოროიზმით—მას, როგორც დიაგნოსტიურ სიმპტომს, მეორე ხარისხის ღირებულება აქვს. ჩვენ შემთხვევაში პირის ღებინება 2-ში გვქონდა და 2-ში არა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგჯერ შესაძლებელია სისხლიანი პირისღებინება (აგრეთვე სისხლიანი განავალიც), რაც უნდა აიხსნას ელენთასთან ერთდროულად კუჭის ლორწოვანი გარსის დაზიანებით, თუნდაც დაჟეჟვის სახით და, მასასადაამე, ელენთის გასკდომის კლინიკა კიდევ უფრო ძნელდება. (Georgi აგვიწერს ერთ ასეთ შემთხვევას).

სხვა კლინიკური მოვლენები, რომელიც—არა ყოველთვის—გამოისახება ამათივე ხარისხით რომელიმე თავში დასახელებული ფაქტორის ზეგავლენით, როგორიცაა, მაგალითად, კანისა და ლორწოვანი გარსების სიმკრთაღე, ცივი ოფლი, წყურვილი, მოყრუება მარცხენა იზოხონდრიუმში და Pitts—Ballance-ს ამ მოყრუების პროგრესიული ზრდა, რომელიც არ იცვლება ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლით, შემდეგ დიაფრაგმის მაღალი დონე, ტკივილები მარცხენა ბეჭის მიდამოში და სხვა—მხოლოდ ავსებს საერთო სურათს და რამდენიმეთ გვეხმარება დაავადების გამოცნობაში.

მაჯა მაგ. ეს სხვა დროს დიდი ბარომეტრი დაავადებული ორგანიზმის მომქმედი თუ უკვე განლეული შინაგანი ძალებისა, აქ სრულიად ვერ ჩაითვლება რაიმე მტკიცე ხასიათის დასაყრდენათ. ზოგჯერ იგი სათანადოთ შეფარდებულია შინაგანი სისხლის ჩაქცევით წარმოქმნილ მწვავე ანემიასთან—120, 140 წამში, ძაფისებრი, გამოვარდნილობით და სხ.—ზოგჯერ კი, უფრო ხშირათ, მეტადრე პირველ ხანებში, ნორმალურია ან ოდნავ აჩქარებული და დამაკმაყოფილებელი ავსების, როგორც ეს აღნუსხულია შემთხვევათა დიდ ნაწილში და როგორც ეს იყო ჩვენს მე III შემთხვევაშიც.

ცხადია, მაჯის ასეთი მერყეობა იმ გარემოების შედეგია, რომ ელენთის დაზიანების დროს ჩვენ უმთავრესად საქმე გვაქვს პარენქიმულ სისხლისდენას-

თან, რაც, თუ დიდი სივრცე და სიღრმე არ არის დაზიანებული, ნელის ტემპით მიმდინარეობს, და მაშასადამე, მაჯის მნიშვნელოვან ცვლილებებს გამოიწვევს მხოლოდ განსაზღვრული დროის გასვლის შემდეგ, როცა დაკარგული სისხლი უკვე საკმაო რაოდენობას აღწევს.

მეორეს მხრივ, მაჯის შეცვლა—გახშირება და სხ.—საერთო შოკსაც შეუძლია მაშინაც კი, როცა შინაგანი სისხლის ჩაქცევა სრულიადაც არ გვაქვს. ამის საბუთია თუნდაც იგივე ფინკელშტეინის შემთხვევა, Heinecke-ს სიმპტომის საილიუსტრაციოთ რომ მოიყვანა (მაჯა 140 და სისხლის ჩაქცევა არ იყო).

კიდევ უფრო არა საიმედოა  $t^{\circ}$ . იგი შეიძლება აწეულიც (38,3 დი) იყოს, ნორმალურ და სუბნორმალურ (შოკი!) ეს დამოკიდებულია, ერთის მხრივ, ტრავმის შემდეგ განვლილ დროსა და ამ ნიადაგზე განვითარებულს უკვე მეორად მოვლენებზე, როცა, მაშასადამე, მას უკვე დიაგნოსტიკური ღირებულება დაკარგული აქვს, და, მეორეს მხრივ, ელენთის გასკდომასთან ერთად კუჭ-ნაწლავის დაზიანება არ დაზიანებაზე, როცა მისი გამოცხადება დავიანებითია და, მაშასადამე, ნაკლები მნიშვნელობისაა. უმთავრეს შემთხვევაში, მარტო ელენთის გასკდომის დროს, პირველ ხანებში მაინც  $t^{\circ}$  ნორმის ფარგლებშია. ასე იყო იგი ყველა ჩვენს შემთხვევაშიც.

ტემპერატურასთან დაკავშირებით უნდა დავასახელო ერთი განსაკუთრებული ნიშანი, რომელსაც, Fränkel-ისა და Hagen-ის რწმუნებით, დიდი დიაგნოსტიკური ფასი აქვს. ეს არის  $t^{\circ}$ -ის თანდათანობითი აწევა ყოველ 1-2 საათში უკანა ტანში, რაც, თითქო, შედეგია პერიტონეუმის ფურცელთა შორის თანდათან მოგროვილი არანორმალური შიგთავსისა და რაც, აქედან, დაბეჯითებით გვითითებს შინაგანი ორგანოს—ამ შემთხვევაში ელენთის—ღრმა დაზიანებაზე. Hagen-ის რწმუნებით, რომელიც ეყრდნობა ნიურნბერგის საავადმყოფოს დიდ მასალას, ამ ნიშანს არაოდეს შეუყვანია იგი შეცდომაში და ხშირათ მარტო იგი იხსნიდა მას ოპერაციის გადაწყვეტაში. მაგრამ სხვა ავტორები არ ცნობენ ჯერ ამ სიმპტომის ასეთ მნიშვნელობას და საკითხი კვლავ დაკვირვებებს საჭიროებს. ჩვენ, პირადათ, ამ ნიშნისათვის არც მივიმარტავს.

ამგვარათ დაავადების გამოცნობის მდგომარეობა მეტათ სერიოზულია და რთული. ყველა უმთავრესი სიმპტომი ზოგადი ხასიათისაა, საერთოდ მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანების მაჩვენებელი და მაშინაც სავარაუდო და არა ზუსტი. თითო-ოროლა თითქო სპეციფიური ნიშანი ელენთის დაზიანებისა—Fitts-Ballance-ს სიმპტომი, ელენთის არის ტკივილები და სხ.—იმდენად მეორე ხარისხოვანია და მერყევი ხასიათისა, რომ საბოლოო დიაგნოზისათვის მარტო მათ ვერ დავემყარებით. მხოლოდ ყველა კლინიკური სიმპტომის შეჯამება და თითოეულის კრიტიკულათ შეფასება ანამნეზის დაწვრილებით გაცნობასთან ერთად გვაძლევს საშვალებას—სამწუხაროთ, არა ყოველთვის—დავსვათ დიაგნოზი ოპერაციამდე. Крюков-ის მონაცემით, მის ელენთის კანქვეშა დაზიანების 41 შემთხვევიდან ოპერაციამდე დიაგნოზი იყო დასმული მხოლოდ 11 შემთხვევაში. სხვა ავტორები შეფარდების ამაზე კიდევ პატარა ციფრს ასახელებენ. Porph-ის 2 შემთხვევიდან პირველი მიღებული იყო, როგორც მწვავე აპენდიციტი, მეორე კი—როგორც კუჭის წყლული.

ჩვენს შემთხვევაშიაც გარდა პირველისა არ იყო კონკრეტულად დასმული ელენთის დაზიანების დიაგნოზი; თუმცა ყველგან ნაგულისხმევი იყო ზოგადად შინაგან ორგანოთა დაზიანება, რაც დადასტურებულ იქნა ოპერაციებით მხოლოდ ელენთის მისამართით.

ასეთი ბუნდოვანი კლინიკური სურათის შედეგია ხშირათ ოპერაციული ჩარევების დაგვიანება ამ მიმე შემთხვევებში, რასაც, ფაქტიურად გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის გადარჩენისათვის.

აღარას ვიტყვი ისეთ შემთხვევებზე, როცა ავადმყოფი დაგვიანებით მოდის უკვე განვითარებული მეორადი მოვლენებით, როგორცაა პერიტონიტი, სისხლის კისტა და სხვა და როცა, მაშასადამე, გამოცნობა კიდევ უფრო გაძნელებულია.

აქვე უნდა აღვნიშნო ერთი მეთოდი: დიაგნოზისა და ოპერაციის საკითხის გადასაწყვეტად ზოგი ავტორი\*). მიმართავს მუცლის საცდელ პუნქციას. ამასვე გვიჩვენებს უკანასკნელ დროს Durlabh-ი, რომელიც ითვალისწინებს ამ გზით, საექმო მომენტებში, მუცლის ღრუში სისხლის ჩაქცევის გამორკვევას და აღიარებს მის სრულ მიზანშეწონილობას. ჩვენ ეს გზა უსათუოდ არა დადებითად მიგვაჩნია. დღევანდელი ასეპტიკის ხანაში წესიერად ჩატარებული საცდელი ლაპარატომია გაცილებით უფრო მიზანშეწონილია, რაციონალური და უხეფათო. პირიქით პუნქციამ ზოგ შემთხვევაში შეიძლება მეტი გართულება მოუზადოს ავადმყოფს, რასაც თვით Durlabh-იც ვერ უარყოფს, მაგალითად, ისეთი სრულიად დასაშვები გარემოების დროს, როცა ელენთის დაზიანებასთან ერთდროულად წარმოქმნილია კუჭის პარალიტიური გაგანიერება. სხვა პირობებშიაც არაა იგი მოკლებული ერთგვარ საფრთხეს, რადგან სისხლი თავისი ფიზიკური კანონის (ხვედრითი წონა) გამო მუცლის ღრუს ყველაზე უფრო ღრმა ნაწილებში თავსდება, როგორც ამას ფინკელშტეინი აღნიშნავს, და ამ სირღმედი მისვლამდი ნემსს შეუძლია გზაში ნაწლავი დააზიანოს. მეორეს მხრივ, რა უნდა მოგვეცეს პუნქციამ ისეთ, მართალია, იშვიათ შემთხვევაში, როგორიც Schönwerth-ს ჰქონდა (სისხლის ძარღვების შეკრუნჩხვა და სისხლის ჩაქცევის არ არსებობა მ. ღრუში ელენთის სრული მოწყვეტის მიუხედავად.) ან და ისეთში, როგორიც Березнеговский-მ აგვიწერა (სისხლი შეიძლება პირველ ხანებში მოთავსდეს და დაიმალოს bursa omentalis-ში.) თუ არა საკითხის კიდევ უფრო დაბნელება და გართულება?!

როგორია თერაპია და პროგნოზი. პირველში დღეს ორი აზრი არ არსებობს: ელენტა გაგლეჯილი ავადმყოფის მკურნალობა შეიძლება მხოლოდ ოპერაციით იყოს სარფიანი! მორფიუმი, ერგოტინი, ყინული მუცელზე და მოსვენება, მუცლის მომჭერი ნახვევი და ელენტის მიდამოზე ზეწოლის მოხდენა აგურებით—ძველად Nussbaum-ის მიერ მოწოდებული—ან Masler-ის მიერ შემოღებული მსხვილ ნაწლავებში დიდი რაოდენობის სითხის შეყვანა იმ ვარაუდით, რომ სითხე მიაწვება ელენტას და შეაჩერებს სისხლის დენას და სხვა ასეთები ისტორიას უნდა ჩაბარდეს. ამგვარი კონსერვატიული მკურნალობა აბსოლიუტურ

\*) Троянов, Веван.

უმრავლეს შემთხვევაში სიკვდილით დამთავრებულა. აი გადარჩენისა და სიკვდილიანობის ქრონოლოგიური ცხრილი გამსკდარი ელენთის არა ოპერაციულათ გატარებულ შემთხვევებში:

Mayer,	1878 წ.	41	შემთხ.	გადარჩა	5,	ე. ი.	დაიღუპა	90,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Edler.	1887 წ.	73	"	"	8,	"	"	89,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Vincent.	1893 წ.	140	"	"	6,	"	"	95,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Lewerenz.	1900 წ.	104	"	"	14,	"	"	85,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Cheux.	1900 წ.	135	"	"	4,	"	"	96,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Крюков.	1902 წ.	151	"	"	19,	"	"	87,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Berger.	1902 წ.	220	"	"	17,	"	"	92,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .*

ერთი სიტყვით **სიკვდილიანობა მერყეობს 85—96<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ფარგლებში.** ეხლა მოაპირდაპირე ცხრილი უკვე ოპერაციაქმნილ შემთხვევებში:

Lewerenz.	1900 წ.	30	შემთხ.	დაიღუპა	14,	ე. ი.	46,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Roeser.	1902 წ.	30	"	"	14	"	46,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Крюков.	1902 წ.	54	"	"	25	"	46,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Berger.	1902 წ.	90	"	"	39	"	43,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Neck.	1905 წ.	73	"	"	27	"	37, <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Bardenheuer.	1905 წ.	52	"	"	20	"	38, <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Simpron.	1907 წ.	42	"	"	15	"	35,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
Berger.	1907 წ.	168	"	"	66	"	39,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> **

**სიკვდილიანობა მერყეობს 35,6 - 46,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> შორის.** ხოლო თუ უფრო აქეთა ხანებს ავიღებთ—Березнеговский-სა Финкельшейн-ის სტატისტიკით—ეს ამპლიტუდა **34 - 39<sup>0</sup>/<sub>0</sub>**-ს აღარ აღემატება. ამასვე ადასტურებს თანამედროვე ცნობები ევროპისა და საბჭოთა კავშირის უკანასკნელი ლიტერატურიდან. ჩვენი მკირე მასალის მიხედვით—რომ შეიძლებოდეს მასზე დამყარება—სიკვდილიანობის პროცენტი კიდევ უფრო პატარა ციფრამდი ჩამოდის.

ამრიგად პროგნოზი თითქმის სრულიად ოპერაციაზეა დამოკიდებული. უოპერაციოთ იგი აბსოლიუტურათ ცუდია. ხოლო, ოპერაციის პირობებში, უნდა ითქვას საერთოდ, პროგნოზი მით უფრო კარგია, რაც უფრო ადრე იქნა დასმული დიაგნოზი და ადრე იქნა წარმოებული ოპერაცია, რაც უფრო მარტივი ჭრილობაა და მხოლოდ ელენთისა, რაც უფრო საიმედოთ შესწყვეტით სისხლის დენა და, აგრეთვე, რაც უფრო ჯანსაღ სუბიექტთან გაქვთ საქმე. სიკვდილიანობის პროცენტს ძლიერ ადიდებს ერთდროულათ დაზიანების არსებობა სხვა ორგანოშიც. Berger-ის სტატისტიკით ასეთი 30 შემთხვევიდან, მიუხედავათ დროზე მიღებული ოპერაციული ზომებისა, გადარჩა მხოლოდ 11.

Berger-ით სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზებია შოკი, პერიტონიტი და შემდეგ სხვა გართულებები. Финкельштейн-ით კი პირველ ადგილზეა ელენთის გვერდით სხვა ორგანოთა დაზიანება, შემდეგ შოკი და მწვავე ანემია.

\*) ცხრილები მოყვანილია ფინკელშტეინიდან.

\*\*\*) ექ. მ. ტყავაძე.

რაც შეეხება თვით ოპერაციის გზაწესებს—თითქმის ყველა იმ აზრისაა, დღეს, რომ გაგლეჯილი ელენთა უნდა ამოიკვეთოს, რომ უწინარეს ყოვლისა შეწყვეტილ იქნას ავადმყოფისთვის ყველაზე მეტათ საზიფათო სისხლისდენა. პროფ. Шаак-ი თავის ცნობილ სახელმძღვანელოში (Геезе Гирголава-სთან ერთად) კატეგორიულათ უარყოფს ყველა სხვა მეთოდს ოპერაციისას ელენთის თუნდაც სულ მცირე დაზიანების დროს. ვერც ტამპონადა, და ვერც ნაკერი ვერ ჩაითვლება, მისი აზრით, საკმაო და საიმედო ზომათ ასეთ დროს სისხლის დენის შესაჩერებლათ. ეს, საერთოდ, სინამდვილეა და ასეც ხდება კიდევ დიდ უმრავლეს შემთხვევაში, მაგრამ, ჩვენის აზრით, გადაულახავ რუთინათ არ უნდა მივიჩნიოთ იგი და ზოგ შემთხვევაში კორექტივი მინც დასაშვებია. მართალია, უმრავლეს შემთხვევაში ასეთი გაგლეჯილობის დროს ჩვენ საქმე გვაქვს ელენთის შეცვლილ პარენქიმასთან, როცა ქსოვილი იჭრება ძაფით და ნაკერის დადება ვერ ხერხდება, მაგრამ არის შემთხვევა, როცა ეს წესი—გაკერვა მინც შესაძლებელია და მიზანშეწონილი თუ ამის საშუალებას გვაძლევს, ერთის მხრივ, აღნიშნული მდგომარეობა პარენქიმის, მეორეს მხრივ, დაზიანების სახე და ოდენობა (პატარა მანძილი, არა ძლიერ ღრმა, არა მრავლობითი და სხ.) და, მესამე მხრივ, თვით ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა. ასეთ შემთხვევაში ნაკერსაც შეუძლია სისხლის დენის საიმედო შეწყვეტა, მით უფრო თუ ერთდროულად ჭრილობის ირგვლივ ტამპონადასაც ვაწარმოებთ, როგორც ჩვენ მოვიქეციით ერთს შემთხვევაში. როგორც ზევითაც მოვიხსენიეთ Финкельштейн-ს აქვს თავის მონაგრაფიაში 3 ასეთი შემთხვევა მოყვანილი ავადმყოფის განკურნებით. ამის შესაძლებლობის ნათელი მაგალითია აგრეთვე თუნდაც ჩვენი მე III შემთხვევა, სადაც სწორეთ ასეთი გზა ავირჩიეთ თვით ოპერაციის პროცესში და, როგორც აღვნიშნეთ, გავიმარჯვეთ. საქმე იმაშია, რომ ამოცლა ელენთისა, რომლის ყველა ფუნქცია და დანიშნულება ჯერ კიდევ შესწავლისა და კვლევა-ძიების საგანს წარმოადგენს, მით უფრო, როცა იგი პათოლოგიურათ ძლიერ არაა გარდაქმნილი და გადაგვარებული—ორგანიზმისათვის არ უნდა იყოს უმნიშვნელო აქტი. საწინააღმდეგო ხმების მიუხედავათ ლიტერატურაში ბევრი მაგალითია მოყვანილი იმ გართულებისა საქმლის მომწილებელ აპარატსა (ფალარათობა, მეტეორიზმი) და სისხლის სისტემაში, რომელიც მოყვა სპლენექტომიებს და რომელიც, უნდა ვიფიქროთ, არის უშუალო შედეგი ელენთის რომელიმე ფუნქციის ერთბაში გამოგარდნილობისა, როცა სხვა რეტრიკულო-ენდოტელიალური აპარატი ჯერ კიდევ არ იყო მომზადებული სათანადო კომპენსატორული მოქმედებისათვის. ალბათ ეს მოვლენანი მით უფრო მწვავეა და ხანგრძლივი, რაც უფრო სალი იყო და შეუცვლელი ამოკვეთილი ელენთა დაზიანების მომენტში და პირიქით. Повнов-ი თავის ორსავე შემთხვევაში აღნიშნავს მეტათ ინტენსიური ხასიათის ფალარათობას სპლენექტომიის შემდეგ, რომელმაც ერთ შემთხვევაში დაღუპვამდი მიიყვანა ისედაც დასუსტებული ავადმყოფი, ხოლო მეორე შემთხვევაში შეჩერებულ იქნა მხოლოდ Lienin-ით ხანგრძლივი მკურნალობით. სისხლის მხრივ არსებობს მთელი რიგი კლინიკური და ექსპერიმენტული შრომებისა, რომელიც გვიჩვენებს მისი მორფოლოგიური სურათის უდაო შეცვლას გადიდებული ლეიკოციტოზის გვერდით ჰემოგლობინისა და ერიტროციტების ძლიერი შემცირ-



რების სახით, რაც არ შეიძლება მარტო სისხლის დაკარგვით აიხსნას, როგორც ამას თავის დროზე Рост-ი ფიქრობდა. ამ ნიადაგზე შემდეგში ვითარდება, ერთის მხრივ, ორგანიზმის საერთო თავდაცვითი ძალების შემცირება და, მეორეს მხრივ, ლვიძლის ციროზული მდგომარეობა, რომელიც თავის მხრივ კიდევ უფრო ასრულებს ამ ძალთა დასუსტების სურათს და ამ გვარათ ორგანიზმს უკარგავს გამძლეობას ინფექციებთან ბრძოლაში. შემჩნეულია აგრეთვე ცხიმოვან და რკინოვან ნივთიერებათა გაცლა-გამოცვლის დაქვეითება.

საგულისხმოა, რომ ამ საკითხებზე კლინიკურ დაკვირვებებს (Нишикова, Петров, Мигай, Силвестрии და სხ.) საყვარებით ეთანხმება ექსპერიმენტალური ცდების (Бютнер, Шмидт, Лепен, Гиршфельд, Кучинский და სხ.) დასკვნები. უკანასკნელთა შორის ყველაზე ახალია და საყურადღებო Архангельская—левина. მან აწარმოვა ცდები ორი საკითხის ირგვლივ: ლვიძლის გაციროზებისა და მასზე ინფექციების გავლენის შესახებ სპლენექტომიის შემდეგ—და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ელენთის ამოკვეთა იწვევს სერიოზულ პროგრესიულ ცვლილებებს ლვიძლის როგორც რექტიკულო-ენდოტელიალურ აპარატში, ისე შემაერთებელ-ქსოვილოვან ფუძეში და აგრეთვე თვით ლვიძლის ნაწილების არქიტექნიკაში. მისი დასკვნებით ეს ცვლილებები საკმაოდ მტკიცეა, ხანგრძლივი და ჰისტოლოგიურათ ლვიძლს პირდაპირ ციროზისაკენ მიმართავს. მეორეს მხრივ, ასეთ ლვიძლზე ინფექციების (Bacil. coli comm. და Bac. tiph. abdom.) გავლენა მეტათ დიდია, რომლის მეოხებით ხდება შემაერთებელი ქსოვილების სწრაფი ზრდა-განვითარება, რაიც, ამრიგათ, კიდევ უფრო წინ სწევს უკვე დიწყებულ ციროზულ პროცესს.

რასაკვირველია ყველა ეს ჯერ კიდევ არაა საბოლოოთ მიღებული, ჯერ კიდევ ბევრი სხვადასხვაობა არსებობს, ჯერ კიდევ ბევრი მუშაობაა ჩასატარებელი თითოეული საკითხის ირგვლივ და, მეორეს მხრივ, ასეც რომ არ იყოს, სპლენექტომიის **უიქველი** ჩვენების დროს მათ ანგარიშს ვერ გაუუწევთ, მაგრამ როცა, თუნდაც სულ მცირე პროცენტში, არის შესაძლებლობა სხვა მეთოდებითაც (გაკერვა, ტამპონადა, პერიტონიზაცია ან მათი კომბინაცია) ეშველოს საქმეს—ეს მოსაზრებანი უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული.

პირველი Splenectomy Roddick-მა აწარმოვა 1885 წელში ელენთის ტრავმული დაზიანების შემთხვევაში და უშედეგოთ. შემდეგ Willien-მა, Page-მ და Lane-მ გვიმეორეს იგი მომდევნო წლებში ისეთსავე შემთხვევებში და ისევ უშედეგოთ; ავადმყოფები დაიღუპნენ. პირველი გადარჩენა ავადმყოფისა ამ მეთოდით მიიღო Riegner-მა 1893 წელს და მას შემდეგ იგი თანდათან გადაიქცა ჩვეულებრივ ოპერაციათ ელენთის არა მარტო ტრავმული დაზიანების დროს, როცა ეს ზომა ყველაზე უფრო სასწრაფო და საიმედო ზომაა სისხლის დენის შესაწყვეტათ—სხვა ქირურგიული დაავადებისა და ტროპიკული სპლენომეგალიების დროსაც. (რუსეთში პირველათ მიმართა ამ მეთოდს Троянов-მა 1896 წ. თუმცა უშედეგოთ.)

არას ვიტყვი სპლენექტომიის ტენიკაზე; უმთავრესი ისედაც ცხადია და წვრილმანებზე არ ღირს შეჩერება. აღენიშნავ მხოლოდ ამ ოპერაციის დროს, 1926 წელში პროფ. Бржозовский-ის მიერ მოწოდებულ წინადადებას, ელენთის

სისხლის ძარღვების წინასწარ (სპლენექტომიამდი რამდენიმე ხნით ადრე), ორ-  
 შომენტათ გადასკვნის შესახებ, ელენთასთან ერთად სისხლის მნიშვნელოვანი  
 რაოდენობის გაყოლის აცილების მიზნით. არჩევს რა ერთმანეთისაგან **სისხლის  
 შეწყვეტას და სისხლის შენახვას** (Кровоостановливающее и кровосберегаю-  
 щее действие) და აწერს რა უკანასკნელს დიდ მნიშვნელობას ორგანიზმისათ-  
 ვის—პროფ. Бржозовский ჯერ სკვნის არტერიას და შემდეგ, რამდენიმე  
 წამის შემდეგ ვენას, რითაც იწვევს ორგანოს დაკლას როგორც შემავალი  
 ისე შიგ არსებული ერთგვარი მარაგი სისხლისაგან, რომელიც ამგვარათ ორგა-  
 ნიზმს აღარ ეკარგება, და მხოლოდ ამის შემდეგ აწარმოებს დამშტალი ელენ-  
 თის ამოკვეთას. მისი აზრით ასეთი წესის ეფექტი ელენთაზე ყველა სხვა ორგა-  
 ნოზე უფრო ბრწყინვალე უნდა იყოს, უმთავრეს შემთხვევაში ამ ორგანოში არ  
 ტერიალური კოლატერების არ არსებობის გამო, როცა, მაშასადამე, მთავარი  
 არტერიალური ღეროს გადასკვნის შემდეგ ელენთაში სავსებით სწყდება სისხ-  
 ლის მიღება. მას ჩაუტარებია რამდენიმე ასეთი სპლენექტომია და ყოველთვის  
 დიდი ეფექტი მიუღია. ეს პრინციპი სპლენექტომიის დროს სისხლის ძარღვე-  
 ბის ასეთი ორმომენტიანი გადასკვნისა წამოაყენა და დაიცვა ბერლინის 47 ყრი-  
 ლობაზე 1923 წელში აგრეთვე ექ. **ლოტოშმა**, ხოლო რუმინელ დასტაქარს **ლე-  
 ონტს** ჯერ კიდევ 1901 წელში ურჩევია იგი ყოველი სპლენექტომიის დროს.  
 მაგრამ საქმე იმაშია, რომ იგი უმთავრესათ მისაღებია და მიზანშეწონილი  
 ელენთის სხვა ქირურგიული დაავადების გამო წარმოებულ სპლენექტომიების  
 დროს, როცა გაგლეჯილ ელენთასთან ვვაქვს საქმე ტრავმის ნიადაგზე—მაშინ  
 ყოველგვარი ცდა შეიძლება დამღუპველი იქნეს. მეორეს მხრივ, ასეთ დროს  
 თუ მნიშვნელოვანი სისხლის ძარღვის გაგლეჯილობაცაა გამოხატული, რაც  
 ყოველთვის საფიქრებელია—ასეთი მომენტებათ წარმოებულ გადასკვნები უმი-  
 ზნოცაა, რადგან ელენთის შენობიდან ვენებით სისხლი ორგანიზმს კი აღარ  
 უერთდება, უმთავრესათ მუცლისავე ღრუში იღვრება.

არ შევჩერდები ოპერაციის კონსერვატიულ გზა-წესებზეც, როგორცაა  
 ნაკერი, ტამპონადა, ბადექონის ვადანერგვა და პერიტონიზაცია, აგრეთვე ნაკ-  
 ლებად ხმარებული ამოწვა—ვინაიდან თითოეული მათგანი თავისთავად გულის-  
 ხმოზს საჭირო მანიპულიაციათა ხასიათს. ვიტყვი მხოლოდ, რომ, ზევით აწე-  
 რილი მიზეზების გამო, მათი ხმარების ფარგლები ერთობ ვიწროა და ნაჩვენებია  
 მხოლოდ გარკვეულ კონკრეტულ პირობებში. უნდა აღვნიშნოთ ისიც, რომ ნა-  
 კერის დადება შიგნითა ზედაპირზე მეტათ ძნელია ტენიკურათ, ხოლო ამ ზედა-  
 პირის უკანა ნაწილში პირდაპირ შეუძლებელიც. ჩვენს III შემთხვევაში ნაკერი  
 ვაწარმოეთ შიგნითა ზედაპირის წინა ნაწილში.

სურათის სისრულისათვის არ შემიძლია აგრეთვე არ მოვიხსენიო, როგორც  
 ოპერაციის დამხმარე ზომა, წასულ წელში იმავე Durlabh-ის მიერ მოწოდე-  
 ბული მუცლის ღრუში ჩაქცეული სისხლის შრატის უკანვე მიცემა ავადმყოფი-  
 სათვის ინტრავენურათ. ეს თავისებური reimplantatio Sanguinis-აა, რომლის  
 იდეაც ჯერ კიდევ Highmore-ს ეკუთვნის 1874 წელში, ხოლო რომელ-  
 საც პირველათ მიმართა საქმეზე ჯერ კიდევ გინეკოლოგმა thießs-მა 1914  
 წელში (იხ. Гессе-Гирголав—Шаак. ტომ I ). მაგრამ ჯერ უნდა დამტკიცდეს.

მისი უპირატესობა სხვა თანაბარ ზომათა, თუნდაც მაგ. ფიზიოლოგიური ხსნარის, წინაშე, რომლის დიდი ღირებულება ერთხმადაა აღიარებული ყველას მიერ და რომელიც მრავალი სახით იხმარება (კანქვეშ, კუნთქვეშ, ვენური გზით, წვეთური ოყენების სახით, თვითმუცლის ღრუში ჩასხმის სახით იმავე ოპერაციის დროს და სხ.) ორგანიზმისათვის რაიმე საშიშროების გარეშე. მაშინ, როცა ასეთი reimplantatio არ არის მოკლებული ზოგიერთ უშუალო თუ არა უშუალო საფრთხეს, როგორც ამას აღნიშნავს Recce თავის ცნობილ სახელმძღვანელოში და რომლის წინდაწინ გათვალისწინება ყოველთვის ძნელია.

ყოველ შემთხვევაში, ჩვენის აზრით, მუცლის ღრუდან ამოღებული სისხლის შრატის ვენაში შეყვანა, ასეთი ტრავმული დაზიანებების შემდეგ, მაკროსკოპიულათ როგორი დაუზიანებლობაც არ უნდა გვქონდეს ერთდროულათ კუჭ-ნაწლავისა—დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს.

ჩვენ მისთვის არ მიგვიმართავს არც ერთ შემთხვევაში, ისე, როგორც არ მიუმართავს მისთვის არც სხვას საქართველოსა და ა./ კავკასიაში ელენთის ტრავმული გაგლეჯილობის შემთხვევებში. სამაგიეროთ ჩვენ უხვათ გამოვიყენეთ ფიზიოლოგიური ხსნარი.

უფრო უკეთეს მდგომარეობაშია საკითხი—ამოვიღოთ ჩაქცეული სისხლი მუცლის ღრუდან თუ შიგ ჩავტოვოთ. სხვადასხვა რიგათ სწვევტენ მას. მეტი წილი დასტაქრებისა იღებს მ. ღრუდან როგორც თხელ, ისე ჩაღეკილ სისხლს, რადგან მათ სთვლის ნიადაგათ ინფექციის განვითარებისათვის ყველა მომდევნო გართულებით. Hötzel-ი კიდევ შორს მიდის და გვირჩევს ენერგიულათ ამოვრეცხოთ ღრუ, რომ რაც შეიძლება ნაკლები სისხლი დარჩეს შემდეგი შესრუტვისათვის. ამ მიზნით იგი ზოგჯერ მუცლის ღრუს ქვედა ნაწილში დრენაჟსაც კი სდებდა 24 საათით, რომ მისი საშუალებით ამ ხნის განმავლობაში გარეთ გამოსულიყო ნარეცხი სისხლოვანი სითხე და ეს გარემოება სრულიად არ აფერხებდა კრილობის სხვა ნაწილების პირველადით შეხორცებას. პირიქით, დარჩენილი სისხლის გარეთ გამოტანით დრენაჟი ხელს უწყობს პერიტონიტის აღკვეთას, განვითარებულს სწრაფი ოპერაციის დროს შესაძლებელი არა სრული ასეპტიურობის ნიადაგზე.

მეორეს მხრივ, Riedheim ს არა თუ ამორეცხვა არ უწარმოებია, ერთ შემთხვევაში სრულიად არ ამოუღია მუცლის ღრუდან ჩაქცეული სისხლი და მაინც მიიღო Sanatio per primam.

ასე რომ საკითხი ღიათ რჩება და როგორი მიმართულებითაც არ უნდა გადავწყვიტოთ იგი—ავადმყოფისათვის დიდ საბრთხეს არ შეიცავს.

### დასკვნები:

1. ინფექციურ დაავადებათა ნიადაგზე პათოლოგო-ანატომიურათ და ჰისტო-პათოლოგიურათ გამოცვლილი ელენთა, გარეშე ტრავმის დროს, ხშირათ განიცდის კანქვეშა გასკდომას.
2. მალარიით მასიური დაავადების გამო ელენთის ამგვარი გასკდომა ჩვენ-შიაც არ არის იშვიათი მოვლენა, რისთვისაც ყოველგვარ ტრავმას მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს.

3. ამ დაავადებას უფრო ხშირათ მამაკაცები განიცდიან და სამუშაო ასაკის ხანაში.

4. ელენთის კანქვეშა ტრავმული გასკდომის ორგანიზმისათვის ვერცერთი დღემდე არსებული თეორია ვერ ჩაითვლება სრულათ. მის წარმოშობაში, ტრავმის ხასიათს გარდა, მნიშვნელობა აქვს ჰიდრო-ფიზიკურ კანონებს, ელენთის ანატომიურ და ჰისტო-პათოლოგიურ ცვლილებებს, არსებულ შეხორცებებს და მეზობელი ორგანოების ფიზიოლოგიურ პირობებს.

5. დაავადების სპეციფიური კლინიკური სიმპტომი თითქმის არ არსებობს; ხოლო საერთო სიმპტომებიდან, რომელნიც უმთავრესათ შინაგან სისხლის დენაზე გვითითებენ, შედარებით, ყველაზე უფრო მუდმივია და საიმედო Trendelenburg-ის ნიშანი. დიაგნოზისა და ოპერაციის ჩვენებისათვის ანამნეზთან ერთად ყველა კლინიკური მოვლენის შეჯამებითა და შეფასებით უნდა ვიხელმძღვანელოთ.

6. ელენთის კანქვეშა ტრავმული გასკდომის ყველაზე საშიშ პათოლოგო-ანატომიურ თვისებას შინაგანი სისხლის დენა წარმოადგენს.

7. უკანასკნელი შეიძლება ტრავმისათანავე დაიწყოს და შეიძლება ტრავმის შემდეგ დიდი დაგვიანებითაც (საათები, დღეები!) განვითარდეს, რაც შეადგენს ამ დაავადების თავისებურობას და რაც გვავალებს მეტის სიტრთხილით მოვეპყრათ ელენთის მიდამოს ტრავმას.

8. აღნიშნული საფრთხის თავიდან ასაცილებლათ და ავადმყოფის გადასარჩენათ მხოლოდ ერთი გზაა—ოპერაცია. ხოლო ოპერაციის მეთოდთა შორის ყველაზე საიმედოა Splenectomy. მაგრამ ზოგ შემთხვევაში არ უნდა იყოს აგრეთვე უარყოფილი ნაკერის დადებაც, თუ ამის საშუალებას იძლევა, ერთის მხრივ, დაზიანების ოდენობა და ხარისხი, მეორეს მხრივ, ელენთის ქსოვილთა პირობები და, მესამეს მხრივ, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა.

**ბ. ჩიქოვანი**

კლინიკის ასპირანტი.

**M. Sodocu-ს შემთხვევა.**

(სამედიცინო ინსტიტუტის ფაკულტეტის ქირურგ. კლინიკიდან.  
გამგე პროფ. ა. ზ. მაჭავარიანი).

დიდი ხანია მის შემდეგ, რაც იაპონიაში აღწერილი იყო დაავადება, რომელიც ვითარდება ვირთხის დაკბენის შემდეგ და რომელსაც აქვს მძიმე ხანგრძლივი კლინიკური მიმდინარეობა.

ეს დაავადება ცნობილია როგორც Morbus sodocu-ში So—ვირთხა—(doku—შხამი).

აღნიშნული დაავადება საინტერესოა როგორც ქირურგიული, ისე ეპიდემიოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური თვალსაზრისით; ამ ავადმყოფობის შესახებ მთელი რიგი საკითხებისა ჯერჯერობით კიდევ გამოურკვეველია და ამიტომ სიჭირბოლოა თითოეული ცალკე შემთხვევის ყოველმხრივი დეტალური შესწავლა.

დღემდის საბჭოთა კავშირში აღწერილია M. S. სულ 11 შემთხვევა და აქიდან საქართველოს ეკუთნის 2 შემთხვევა.

პირველი აღწერილი 1926 წ. ექიმი Вороньев-ის მიერ.

მეორე კი 1930 წ. პროფ. მაჭავარიანის მიერ.

უკანასკნელ ხანებში საქართველოს დასტაქართა კონფერენციაზე მოხსენებულია 4 შემთხვევა. 2 შემთხვევა პროფ. მაჭავარიანის კლინიკიდან რომელთა შესახებ ქვემოთ გვექნება საუბარი. და 2 შემთხ. პროფ. მუხაძის კლინიკიდან ასისტ. ფიფიას და ექიმ ფიცხალაურის მიერ.

ასე რომ საქართველოზე მოდის სულ 6 შემთხვევა.

მსოფლიო ლიტერატურაში აღწერილია სულ 123 შემთხ. (Ogec). რომელთა შორის უმრავლესი ეკუთნის იაპონელებს.

როგორც სჩანს აღნიშნული დაავადება საინტერესოა ჩვენში თავისი იშვიათობით. იგი ჩვენში ჯერ კიდევ იმყოფება დაკვირვების და შესწავლის ხანაში და ამიტომ არ იქნება ინტერეს მოკლებული ჩვენი საკუთარი 2 შემთხ. გამოკვეყნება.

ავადმყოფი ოლ. სა-ია მიღებული იყო ფაკ. ქირ. კლინიკაში 4/V-33 წ. ჩივილით მწარე ტკივილებზე და შესიებაზე მარჯვენა ცერის უკანასკნელი ფალანგის ხელ-გულის მიდამოში.

ავადმყოფი უჩივის ზოგადი სისუსტეს, თავის ტკივილს და თავბრუ ხვევას, უმადობას და ტკივილის შეგრძნებას სახსრების მიდამოში.

დაახლოებით ერთი თვის უკან ოჯახში მუშაობის დროს, როდესაც ავადმყოფი სასიმიინდედან იღებდა სიმიინდს, მას უკბინა ვირთხამ მარჯვენა ცერხეკბენის დროს ავადმყოფი. იჭრძნო ძლიერი ტკივილი და ნაკბენ მიდამოდან შეამჩნია სისხლი.

ჭრილობას წაესვა იოდი და შეიხვა. უსიამოვნო შეგრძნებანი ჭრილობის მიდამოში, გაგრძელდა მეორე დღემდის, რომლის შემდეგ ავადმყოფი კარგად გრძნობდა თავს.

ამის შემდეგ გავიდა 20 დღე და სრულიად მოულოდნელად, 30/IV, იგრძნო ძლიერი ტკივილები წინად ნაკბენ მიდამოში; ამასთან ერთად შეამჩნია, რომ აღნიშნულ მიდამო გაუჩითლდა და შეუსივდა.

სალამოს ავადმყოფს მისცა მაღალი სიცხე 39,0, რომელსაც თან დაერთო ზოგადი სისუსტე, თავის ტკივილი, თავბრუალი, უმადობა და ტკივილი სახსრების მიდამოში. აღნიშნული მდგომარეობა გაგრძელდა მეორე დღემდის. მეორე დღეს, ე. ო., 31/IV t° 38,0 ავადმყოფი შედარებით წინა დღესთან თავს უკეთესად გრძნობდა.

1/V ავადმყ. მიმართა ადგილობრივ ექიმს, რომელმაც დასვა დიაგნოზი ჩირქ გროვისა და ურჩია ოპერაცია. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს გაჭრისას ჩირქი არ აღმოჩნდა.

იმავე დღეს t° დაეცა ნორმამდის და ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესებულა.

3/V დილით ავადმყოფმა იგრძნო ზოგადი სისუსტე, დამტვრეულობა, ტკივილი ნაოპერაციევ მიდამოში და t°-ის მომატება.

ამ მდგომარეობაში ავადმყოფი მიღებული იქნა ფაკ. ქიმ, კლინიკაში.

ობიექტიური გასინჯვისას აღმოჩნდა:

მარჯვენა ზემო კიდურის ცერის უკანასკნელი ფალანგის ხელ-გულის მიდამოში აღინიშნება ნაოპერაციევი ჭრილობა 2—3 სანტ. სიგრძის, ჭრილობის კედლები დანეკროზებული, ირგვლი ქსოვილი შესიებული და გაწითლებული. აღნიშნული მიდამოდან ლიმფური სადინარების მიმართულლებათ აღინიშნება წითელი ზოლები (Lymphangoiis), რომელიც აღწევს იდაყვის სახსრამდის.

წინა მხრის ქვედა მესამედის და მტევნის დორზალურ ზედაპირზე აღნიშნება ვერცხლის ორ-შაურიანის სიფართის ლაქები ზოგი მრგვალი, ზოგი ოვალური მოყვანილობის შემოფარგლული საზღვრებით. ხელით შეხებისას სტოკებს შთაბეჭდილებას კანის ინფილტრაციის, რომელიც კანიდან საკმარისად ამოხეჩილა და პალპაციის დროს მტკივნეული.

ილიის ფოსოს ჯირკვლები გადიდებული და პალპაციით მგრძნობიერი.

ავადმყ. ცხოვრების პირობები დამაკმაყოფილებელია. მშობლებს აღნიშნავს ჯანსაღს, ინფექციური ავადმყოფობიდან გადაუტანია ფილტვების ანთება, და დიზენტერია, მამა მოუკვდა ფილტვების ანთებით, ვენერიული დაავადებას უარყოფს, ალკოგოლს თანბაქოს არ ეტანება.

ავადმე. საშუალო სიმაღლის არის, ძვალკუნთოვანი სისტემა სუსტად განვითარებული აქვს, გულის და სასუნთქავე ორგანოების მხრივ ყურადსაღებ ცვლილებებს აღვილი არა აქვს.

ღვიძლი გადიდებული 2—2 $\frac{1}{2}$  სანტ. ზემო საზღვარი ღვიძლისა ნორმა. ელენთა გადიდებული, პალპაციით მტკივნეული.

შარდის ხე. წონა 1014; ცილა, შაქარი და სისხლი არ არის.

Er. —	4,220,000	Hb. —	79%
F. ind.	— 1.	Leuc	11,500
Bas.	0,4%	Eos —	3%
Miel.	0%	lung	2%
St.	2,5%	Lymph	3,8% (ექ. კვირკელია).
Gr. m.	6,5%		

5/V—32. t<sup>0</sup> ნორმის ფარგლებში, თვით გრძნობა კარგი, ადგილობრივი რეაქტიული მოვლენები ძლიერ სუსტად გამოხატული, გამონაყარი ლაქები, მკრთალი ილღის ჯირკვლები პალპაციით უმტკივნელო.

6/V—7/V—32. მდგომარეობა იგივე.

8/V—32, სალამოს ავადმე. გრძნობს საერთო სისუსტეს, თავის ტკივილს და მთელ სხეულში დამტვრეულობას; t<sup>0</sup>—39,0.

ღამე ავადმეოფს არ სძინავს.

9/V—32. დღით t<sup>0</sup> 38,5; ზოგადი მდგომარეობა იგივე რაც წინა დღით. გარდა ამისა აღსანიშნავია ნაკბენი მიდამოს შესიება.

გამონაყარი ისევ ლებულობს წითელ ფერს, შეუსივდა ილღის ჯირკვლები და ავადმე. იმყოფება აბატიური მდგომარეობაში.

სალამოდის ავადმეოფს გაუჭრა როგორც ადგილობრივი ისე ზოგადი მოვლენები; t<sup>0</sup>—37°. ავადმე. თავს კარგად გრძნობს.

13/V-მდის ავადმე. თავს კარგად გრძნობს და ითხოვს სახლში გაწერას.

13/V. მეორდება ყველა ის მოვლენები როგორც 8/V—და 9/V-ში.

იმდენად დამახასიათებელი იყო ავადმეოფობის ანამნეზი, და კლინიკური მიმდინარეობა, რომ პროფ. მაჭავარიანის მიერ დაისვა დიაგნოზი: Morbus scdo-cu-o.

შეტევის დროს აღებულ სისხლში ბაქტერიოლოგ ექიმ ანთაძის მიერ სპიროხეტის აღმოჩენა ვერ მოხერხდა; R. W. უარყოფითი.

Er. —	4,500,000	Hb —	80%
F. ind.	1.	Leuc. —	11,800.
Bas —	1%	Eos. —	5%
Miel. —	0,3%	lung. —	2,3%
Lymph.	2,5%	St. —	7,8% (ექ. კვირკელია).
Gr. m.	9%		
S —	56%		

14/V—32—17/V-მდის ავადმე. თავს კარგად გრძნობს t<sup>0</sup> ქანაობს 36,5—37° შორის.

17/V—32. მესამე შეტევა:  $t^{\circ}$  40<sup>0</sup> და ხდება გამწვავება როგორც ადგილობრივი ისე ზოგადი მოვლენების.

სალამოს 6 საათზე ვენაში შემხაპუნებულ იქნა Novosalv. 0,3 შემხაპუნებას არავითარი რეაქცია არ მოყოლია.

18/V ავადმყ. თავს უკეთ გრძნობს გაქრა როგორც ადგილობრივი ისე ზოგადი მოვლენები.

Er. —	4,800,000	Hb —	96 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
F. ind.	1	Leuc —	8,000
Bas —	0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Eos. —	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Miel —	0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Iung. —	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Gr. —	6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	St. —	60 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Limpf	3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Gr. m. —	8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> (ექ. კვირკელია).

19/V—63/V-მდის ავადმყ. თავს კარგად გრძნობს, არავითარი მოვლენები არც ადგილობრივი და არც ზოგადი ავადმყ. არ აწუხებს.

23/V შემხაპუნებულ იქნა ვენაში Navosal. 0,45.

უკანასკნელი Navosal. შემხაპუნების შემდეგ ავადმყ. კლინიკაში დაჰყო 10 დღე. მეტი შეტევები არ გამეორებულა.

2/VI გაეწერა კლინიკიდან ჯანსაღ მდგომარეობაში.

მეორე შემთხვევა ეხება 3 წლის ბავშვს რომელიც მოყვანილი იყო კლინიკაში ვირთხის კბენის 25 დღის შემდეგ.

დაახლოებით 25 დღის უკან (მშობლების გადმოცემით) ღამე ბავშვმა გამოიღვიძა ტირილით. ბავშვის დედამ დაინახა რომ ლოგინიდან ვირთხა გადმოხტა და ბავშვის წინა მხარმჯის სახსრის მიდამოში სისხლი შეამჩნია. ნაკბენ ადგილს იოდი წაუსვეს და ხელი შეუხვიეს.

ღამე ბავშვი წუხდა; მეორე დღიდან ბავშვი არაფერს უჩიოდა.

კბენის შემდეგ გაიარა დაახლოებით 3 კვირამ და სრულიად მოულოდნელად ბავშვს მისცა მაღალი სიცხე, 40,3. გამოაყარა წითლად კისრის, გულმკერდის, ზურგის და ზემო კიდურთა მიდამოში. დედის გადმოცემით გამოწყარი განსაკუთრებული ინტენსიობით გამოხატული იყო ნაკბენ მიდამოში და სახეზე.

მოწვეულმა ექიმმა ურჩია ბავშვის საავადმყოფოში მოთავსება. მეორე, ე. ი., 1/1—33, ბავშვი მიღებულ იქნა კლინიკაში. ვასინჯვისას აღმოჩნდა:  $t^{\circ}$  N; ბავშვი არ წუხს, ზოგადი მოვლენებიდან აღსანიშნავი არაფერია. მხოლოდ მარჯვენა მჯის სახსრის მიდამოში, მის მედიალურ ზედაპირზე აღენიშნება ნაკბენი კრილობა; სადაც მკაფიოდ იყო გამოხატული ნაკბილარი ადგილები რიცხვით სამი. ამავე მიდამოში აღინიშნებოდა ვერცხლის 2-შაურთანის ოდენა მკრთალი რამოდენიმე გამოწყარი.

ექვი იქნა მიტანილი M. S-ზე და ავადმყოფი მოთავსდა კლინიკაში.

21/I  $t^{\circ}$  N ბავშვი თამაშობს ჭამს.



ლიმფური ჯირკვლები თანამოსახელე ილღის მიდამოში გადიდებული. ღვიძლი და ელენთა პალპაციით უმტკივნეულო.

აღსანიშნავია სახეზე და კიდურებზე გამონაყარი ლაქები მკრთალი ფერის, რომელიც ისაზღვრება ერთმანეთისაგან კანის სალი ნაწილით.

5/I საღამოს ბავშვი წუხს, სახეზე და კიდურებზე გამონაყარი ღებულობს ინტენსიურ წითელ ფერს, 1<sup>0</sup> მატულობს 38,2-მდის. გარდა ამისა აღსანიშნავია ნაკბენი მიდამოს შესიება და შეწითლება ტკივილის შეგრძნებასთან ერთად.

ლიმფური ჯირკვლები ძლიერ შესიებული და მტკივნეული პალპაციის დროს. ღვიძლი და ელენთა ნეკთა რკალს სცილდება.

აღებულ იქნა სისხლი ვენიდან შეტევის პერიოდში როგორც ბაქტერიო-ლოგიური ისე მორფოლოგიური გამოკვლევისათვის. მორფოლოგიური ცვლილებების გამოკვლევის მხრივ რაიმე ყურადსაღები ცვლილება არ აღენიშნება.

RW უარყოფითი, სპიროხეტა ვერ იქნა აღმოჩენილი.

6/I 1<sup>0</sup> 37 თვით გრძნობა კარგი; გაქრა თანდათანობით როგორც ადგილობრივი ისე ზოგადი მოვლენები.

9/I საღამოს 1<sup>0</sup> 39,3; განმეორება ყველა იმ მოვლენების, რომელსაც ადგილი ქონდა წინა შეტევის დროს. მხოლოდ ადგილობრივ რეაქცია უფრო სუსტად იყო გამოხატული ზოგადი რეაქციასთან შედარებით.

აღებულ იქნა სისხლი.

RW უარყოფითი.

მორფოლოგიის მხრივ ნორმა.

10/I შემზაპუნებულ იქნა ვენაში Novosal. 0,03 ამის შემდეგ ავადმყოფმა დაპყო კლინიკაში 13 დღე ყოველგვარი მკურნალობის გარეშე. შეტევა არ განმეორებულა; ნაკბენი მიდამოს დეფექტი თანდათანობით შეხორცდა, გაქრა; მთლიანად გამონაყარი.

24/I აყადმყ. გაიწერა კლინიკიდან სათანადო რჩევა დარიგებით ჯანსაღ მდგომარეობაში.

მიუხედავად იმისა, რომ სისხლში სპიროხეტის აღმოჩენა ვერ მოხერხდა და RW უარყოფითი იყო, კლინიკური სურათი და ავადმყოფობის ანამნეზური ცნობები, ჩვენის აზრით, უდავოთ ამტკიცებდენ იმას, რომ ჩვენ საქმე გვქონდა M. Sodocu-სთან.

რაც კიდევაც დადასტურდა სათანადო წამლობით.

ამ უამად ავადმყოფობის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება გამორკვეულად ჩათვალოს.

იპონელმა მეცნიერმა: Futaki Kakavai და სხვამ აღმოაჩინეს განსაკუთრებული სახი სპიროხეტისა გამომწვევი M. Sodocu-სი, რომელსაც დაარქვეს *Spirocheta muris ratti*. კლინიკური სურათი M. Sodocu-სი მეტად დამახასიათებელი და თავისებურია.

ინკუბაციური ხანა სხვადასხვა ავტორების მიერ აღწერილია სხვადასხვანაირად. აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ინკუბაციური ხანამ ერთ წელიწადს გასტანა და, პირიქით, აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ინკუბაციამ გასტანა მხოლოდ რამოდენიმე დღეს.

შემთხვევა, რომელიც აღწერილია გესსე და ებერტის მიერ ინკუბაცია უდრიდა 2 დღეს, დაავადებამ მთელი თავისი სიმპტომოკომპლექსით თავი იჩინა მესამე დღეს. ჩვენს შემთხვევაში ინკუბაციური ხანა უდრიდა 20 დღეს.

საერთოდ, როგორც სჩანს, ინკუბაციური ხანა M. Sodoku-ს დროს 2—3 კვირის ფარგლებით ისაზღვრება.

ჩვეულებრივ პროდრომს ადვილი არა აქვს და თუ არის იგი გამოიხატება მტკინველობითი შეგრძნებაში ნაკბენ მიდამოში.

დაავადება იწყება მაღალი სიცხით ( $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ ), თავის ტკივილით, თავის ბრუალით და ტკივილი ნაკბენ მიდამოში. მაჯა აჩქარებულია ენა მშრალი, თეთრი ნადებით; ამასთან ერთად აღსანიშნავია ადგილობრივი მოვლენები, რომელიც გამოიხატება ნაკბენი მიდამოს შესიებაში და თავისებური დამახასიათებელი ლაქების წარმოშობაში, რომელსაც აქვს ერთემატოზული გამონაყარის ხასიათი. გავრცელებული არის ნაკბენ მიდამოში, სახეზე, კისერზე, გულმკერდზე და ზურგზე ვერცხლის ორშაურიანის სიფართის.

ლაქები ერთმანეთისაგან განისაზღვრება კანის საღი ნაწილით და შეხები-სას სტოვებენ ხავერდოვან შეგრძნებას.

დამახასიათებელია აგრეთვე ის რომ ზოგადი მოვლენები დაავადებისა და ადგილობრივი კომპლექსი თანხვედნილია. ასე რომ ზოგადი რეაქცია არ არის ადგილობრივი რეაქციის გარეშე და პირიქით (ჩვენი შემთხვევა). სიცხიანობა M. Sodoku-ს დროს პირველ დღესვე იწყებს მაღლა და ქანაობს მაღალ დონეზე 1—2 დღე ( $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ ) და შემდეგ ეცემა კრიტიკულად, აპირექსიული ხანა უდრის 3—4 დღეს (ჩვენი შემთხ.) შემდეგ  $t^{\circ}$  კვლავ მატულობს და ამგვარი ინტერვა-ლებით მიმდინარეობს.

კლინიკური მიმდინარეობა, ხასიათი და ფორმა\* სხვადასხვა ავტორების მიერ სხვადასხვანაირად აღწერილია. გესსე და ებერტის მიერ აღწერილია ავად-მყოფობის კლინიკური სურათის შემდეგი ფორმები:

1. ძირითადი ფორმა.

გამონაყართ, სიცხიანობით, და ანთებადი რეაქციით ლიმფურ სისტე-მაში და ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენებით.

2. ნერვიული ფორმა რომელიც თავის რიგად იყოფა:

ა) უტემპერატუროდ მიმდინარე მწვავე ქვემწვავე და ქრონიკული.

ბ) ტემპერატურით მიმდინარე ფორმა.

პროფ. მაქავარიანის მიერ მოწოდებულია შემდეგი ფორმები:

ა) მწვავედ მიმდინარე მძიმე ფორმა.

ბ) მსუბუქი ფორმა.

პირველი თავის რიგად იყოფა ქვეჯგუფებზე:

ა) ერთნაირად მწვავედ გამოხატული, როგორც ადგილობრივი ისე ზო-გადი მოვლენები.

ბ) სუსტად გამოხატული ადგილობრივი რეაქცია შედარებით ზოგად რე-აქციასთან და სუსტად გამოხატული ზოგადი რეაქცია შედარებით ადგილობ-რივ რეაქციასთან.

დ) როდესაც, როგორც ადგილობრივი ისე ზოგადი რეაქციასთან ერთად გამოხატულია ნერვიული ფორმა.

2. მსუბუქი ფორმა. როდესაც ადგილობრივი და ზოგადი რეაქცია ერთნაირად სუსტად არის გამოხატული.

ჩვენი ორივე შემთხვევა შეიძლება მივაკუთნოთ მძიმე ფორმას. რომლის დროსაც, როგორც ადგილობრივი რეაქცია, ისე ზოგადი მოვლენები თანხვედნილად იყო გამოხატული.

კანი დამახასიათებელ ცვლილებას იძლევა M. Sodocu-ს დროს. ერთერთი მუდმივი სიმპტომი ეს არის ლაქები, ერთემატოზული ხასიათის 1—10 cm<sup>2</sup> დიამეტრის როგორც ეს იყო ჩვენს შემთხვევაში. განსაკუთრებით ეს ლაქები გამოხატული, არის ნაკბენ მიდამოში, კისერზე, სახეზე და ზოგჯერ ზურგზე.

ჩვენს შემთხვევაში ლაქები გამოხატული იყო ნაკბენ მიდამოში, სახეზე, და კისერზე.

ლაქები შეიძლება იყოს სხვადასხვა ელფერის.

ფორმა მრგვალი, ოვალური, სიდიდით ვერცხლის 2-შაურიანის.

ჩვენს შემთხვევაში ასეთი ფორმის ლაქები იყო რიცხვით 20—25-მდის რომელიც განსაკუთრებით გამოხატული იყო ნაკბენ მიდამოზე და სახეზე.

სისხლის ფორმიანი ელემენტებს როგორც ამას აღწერს ავტორების უმრავლესობა და ჩვენი შემთხვევის მიხედვითაც გარდა ლეიკოციტოზისა არ ემჩნევა ცვლილებანი.

ზოგიერთი ავტორების მიერ M. Sodocu-ს დროს სისხლში აღმოჩენილი იქნა ეოზინოფილია.

ჩვენს შემთხვევაში აღმოჩენილ იქნა ეოზინოფილია და განავალში ჰელმენტითიაზი.

პროფ. მაქეპარიანის აზრით ეოზინოფილია M. Sodocu-ს დროს უნდა იყოს შემთხვევითი მოვლენა, რაც დამოკიდებულია ალბათ სხვადასხვა დაავადებაზე როგორც არის (Helmenthiasis) და სხვა.

რაც შეეხება შინაგანი ორგანოებს, უმრავლესი ავტორების მიერ და ჩვენს შემთხვევაშიც აღმოჩენილი იყო პარენხიმატოზული ორგანოების (ღვიძლი და ელენთა) ოდნავი გადიდება.

შარდი M. Sodocu-ს დროს რაიმე აღსანიშნავ ცვლილებას არ განიცდის. თუ არ მივიღებთ მხედველობაში მძიმე კომატოზურ ფორმებს, რომლის დროს გვექნება ნეფრიტისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები.

სწორი დიაგნოზის დასასმელად ანგარიში უნდა გაეწიოს შემდეგს:

1. დამახასიათებელი ანამნეზი.
2. რეაქციული მოვლენები, როგორც ადგილობრივი (პირვადი კომპლექსი), ისე ზოგადი.
3. ტემპერატურის თავისებური მრუდე.
4. კანის დამახასიათებელი გამონაყარი.
5. მშვენიერი შედეგი, რომელსაც ვღებულობთ ხოლმე ინტრავენოზურად Novasal-ის შეყვანის შემდეგ.

პროგნოზი რაციონალური მკურნალობის დროს კარგია.

მკურნალობის საკითხში ავტორთა უმრავლესობა შეთანხმებულია. გარდა სიმპტომატიური წამლობისა, მიღებულია შეტევის ან და აპირექტიულ ხანაში Novosal-ის ვენაში შეშხაპუნება, რომელიც მოქმედობს თითქმის სპეციფიურად.

ჩვენს ორივე შემთხვევაში გაკეთებული იყო ვენაში Novosal-ის რომლის შემდეგ მივიღეთ კლინიკურად სრული განკურნება.

მქონდა საშვალება ორივე ავადმყოფი კლინიკიდან გაწერის 6—8 თვის შემდეგ მენახა არავითარი რეციდივი ავადმყოფობისა მათ არ აღუნიშნავთ.

### ლიტერატურა

1. А. Г. Мачавариани. Вест. хир. и погр. обалстей кн. 70—71 1931 г.
2. М. В. Фабрикант и С. и Злотогаров. Н. хир. архив том 13. W 3—2 1927 г.
3. М. Т. Воробьев.—Врачебное дело № 5 1926 г.
4. И. П. Димитриев.—Вест. хир. и погр. област. т. 4, кн. 10—11. 1925 г.
5. Э. Р. Гессен Эберт.—Терапевт. архив том 3. 1925 г.
6. Л. А. Одес.—Вест. хир. и погр. олбаст. том XVI, кн. 43—46. 1929 г.
7. М. В. Пиневич.—Вест. хир. и погр. област. том XVI, кн. 45—46 1929 г.
8. Гессе.—Общая хир. Шак Гессе Гирголаვა. Издание Госиздата.
9. Кричевский.—Микробиология инфекционных болезней человека.

Д-р Чиковани

### ДВА СЛУЧАЯ Morbus Sodoku.

Автор описывает 2 случая М. S. наблюдавшихся в факультетской хирургической клинике 1932/3 г. и касается подробно этиологии, клинического течения и лечения этого редкого у нас заболевания и приходит к заключению, что для постановки правильного диагноза нужно иметь в виду следующее:

I. Характерный анамнез. II. Реактивные явления (как местного так и общего характера). III. Своеобразная температурная кривая. IV. Кожные явления. V. Прекрасный результат лечения Novosalvarsan-ом.

### Deux cas de „Morbus Sodoku“

L'auteur décrit deux cas de M. S. qui eurent lieu au cours de 1932-33.

Il touche en détail l'éthiologie, le développement clinique et le traitement de cette rare maladie et en conclut que pour un diagnostic exact il faut avoir vue:

I. Anamnétique caractéristique. II, Phénomènes réactifs (locaux et Généraux). III. Courbe de température caractéristique. IV. Phénomènes cutanés. V. Résultat excellent a la suite du traitement avec le „Nonosalvarsan“.

პე. ი. თოფურაძე

(ტფილისის ვენისტიტუტიდან)

## ურეტრო-ცისტოსკოპია და ქირურგია მამაკაცთა გონორეის მკურნალობასა და დიაგნოსტიკაში<sup>1)</sup>.

ურეტრო-ცისტოსკოპიამ და ქირურგიამ მილის და მასთან ახლო მდებარე სასქესო ჯირკვლების გონორეით დაავადებათა განკურნებაში დაიკავე საპატიო ადგილი.

თვით გონორეა ითვლება თავისებურ ფორმით—ქირურგიული ინფექციისა და დროზე ქირურგიული ჩარევა მის განკურნების საქმეში უნდა ჩაითვალოს მიზანშეწონილად, რომ ავადმყოფს თავიდან აცდეს მთელი რიგი მოსალოდნელი მძიმე შედეგები. მილის გამორეცხვა ჟანეს მეთოდით უნდა ჩაითვალოს ქირურგიულ მანიპულაციათ, ვინაიდან ამ მეთოდით ინკურნება გონორეიული ურეტრიტი, რომელიც წარმოადგენს დაჩირქებულ ჭკრილობას და რომლისთვისაც ურეტრა ასრულებს ღარის ფუნქციებს ინფექციით გამოწვეულ რღვევათა პროდუქციის გასაყვანათ.

გონორეა წარმოადგენს დიდათ მავნებელ სოციალურ სენს, როგორც თავისი დინამიკით ისე მძიმე პათო-ფიზიოლოგიური შედეგებითაც, რომლის გამოსწორებას ვერ სძლევს თანამედროვე მედიცინა. ეს ფაქტი ჩვენ გვაძლევს საბაზს აქტუალურად წამოვაყენოთ გონორეასთან ბრძოლის საკითხი.

უპირველეს ყოვლისა უნდა დაისვას საკითხი გონორეაზე, როგორც ავტონომიურ კლინიკურ დისკიპლინაზე.

რა მდგომარეობაში არის დღეს ამ ინფექციის კლინიკა?

მას შემდეგ, რაც კლინიკურ მედიცინას საფუძვლად დაედვა სერიოზული სამეცნიერო ბაზა, გონორეა მაინც იმყოფებოდა იმ გერის მდგომარეობაში, რომელიც გამუდმებით თავშესაფარის ძებნაშია.

მას ამავრებენ ხან კანის და ვენერიულ კლინიკას, ხან კიდევ უროლოგიურ-ქირურგიულ კლინიკას და, უნდა ითქვას მართალი, რომ ამ კლინიკებში, განსაკუთრებით წარსულში და ნაწილობრივ ესლაც მას ბედი არ ჰქონია. დერმატოლოგები და სიფილიდოლოგები სრულებით არ არიან დაინტერესებულნი გონორეის საკითხით და არც იციან ეს საკითხი. ქირურგი-უროლოგები მათი ღირსებისთვის სთვლიან შეუფერებლად მიაქციონ თუნდაც უმნიშვნელო ყურად-

<sup>1)</sup> მოხსენება გაკეთებულია შეერთებულ ვენეროლოგ და უროლოგთა საერთო კონფერენციაზე 15/III-33 წ.

ლება ამ საკითხის შესწავლას და საზოგადოთ „ტრაპეკროლოგობას“ ესენი სამარცხვინო „ხელობათ“ სთვლიან.

ამავე მდგომარეობაში არის ქალის გონორეა. გონორეით დაავადებული ქალების ბედია სიარული ვენეროლოგებსა და გინეკოლოგებს შორის და დღესაც არ არის განსაზღვრული ჩარევის ზუსტი ლოკალიზაცია, ამ ორ დისციპლინათა შუა.

უნდა მიეცეს უპირატესობა მოსკოვში არსებულ სახელმწიფო ვენეროლოგიურ ინსტიტუტს, იმაში, რომ მის კედლებში პირველად საბჭოთა კავშირში მამაკაცთა გონორეამ და პირველათ მედიცინის ისტორიაში ქალთა გონორეამ ჰპოვეს თავშესაფარი, როგორც დამოუკიდებელ კათედრალური დისციპლინებმა.

ჩემი მოხსენება ეხება ტოპიურ დიაგნოსტიკას და თერაპიას გონორეით დაავადების დროს, ტფილისის დერმატოვენეროლოგიური ინსტიტუტის მასალის მიხედვით. მეორე აქტუალურ საკითხად მე ვაყენებ ქირურგიულ ჩარევას გონორეულ ინფექციის დროს, საკითხი სრულებით ახალია ჩვენში, იმდენად, რამდენადაც მას არ ჰქონია ჩვენს კლინიკებში სისტემატიური მიდგომა. მიუხედავად იმისა, რომ მოსახლეობის დაზიანება გონორეული ინფექციით ხდება ბევრად უფრო ინტენსიურად და პერმანენტულად, ვიდრე სხვა რომელიმე სოციალური სენით, ჩვენში, საქართველოში, გონორეასთან ბრძოლის საკითხი არ დასმულა<sup>1)</sup>. ინფექციის მოსპობისათვის ბრძოლის სოციალური მეთოდების გარდა დიდი მნიშვნელობა აქვს თვით თერაპიის და დიაგნოსტიკის დაზუსტებას.

მრავალრიცხოვანი დიაგნოსტიური სამკურნალო მეთოდებიდან მე მინდა თქვენ წარმოგიდგინოთ ურეტროსკოპიის მნიშვნელობა გონორეასთან ბრძოლის საქმეში.

მე არ შეგეხები დეტალებს, თუ როდის არის და არ არის ნაჩვენები ურეტროსკოპია, ვინაიდან ეს დიდ დროს წავგართმევს. მე მხოლოდ მინდა ხაზგასმით აღვნიშნო მისი მნიშვნელობა გონორეის განკურნების კრიტერიუმის საკითხში. ვენ-ინსტიტუტში დამუშავებულია დიდი მასალა ამ მიმართულებით. უპირველეს ყოვლისა ჩვენ გვაინტერესებს ურთიერთობა მილის უკანა ნაწილისა და პროსტატას შორის, თვალყურის დევნება ურეტროსკოპიულ სურათსა და წინმდებარე ჯირკვლის ანთების ურთიერთ დამოკიდებულებაში.

ამ საკითხზე ხაზგასმით შეჩერება გამოწვეულია იმით, რომ პროსტატიტები სხვა უროლოგიურ დაავადებებზე უფრო გავრცელებული დაავადებაა. 100 გონორეით დაავადებულიდან 79% ხდება ავად წინმდებარე ჯირკვლის ანთებით.

ქრონიკული პროსტატიტი არის მთავარი წყარო რეციდივებისა და დისემინაციის ხელის შეწყობი გონორეულ ინფექციის დროს. სხვა კლინიკურ მოვლენების გარდა ქრონიკული პროსტატიტი აზიანებს ავადმყოფის ფსიქიკას და ნერვულ სისტემას. ლიდსტონი სრულებით სამართლიანად ადარებს პროსტატას მის მიერ გამოწვეულ ფსიქიურ აშლილობით საშვილოსნოს და მის დანამატებს. ლეჟენევი მას უძახის მამაკაცის მეორე გულს.

1) მოსკოვში არსებობს რესპუბლიკანური გონორეული კომისია.

ამგვარად წინმდებარე ჯირკვლის დაავადებამ არსებითად უნდა იქონიოს გავლენა შრომის უნარიანობასა და ნაყოფიერებაზე. საკითხი აქტუალურია და ჩვენც ზედმეტი აქტუალობა მოგვეთხოვება მის ირგვლივ წამოყენებულ პრობლემების დამუშავებაში.

არსებული ანატომიური კავშირი პროსტატასა და უკანა მილის შორის ამბობს იმას, რომ დაავადება ერთი რომელიმე მათგანის ადრე თუ გვიან იწვევს მეორის დაავადებას. ეს პათოლოგიური პროცესი აიხსნება იმით, რომ მილის უკანა ნაწილის ხანგრძლივად დაავადების შემდეგ ხდება წინამდებარე ჯირკვლის სადინარების დაღება შემგვრალებული მგლუვი კუნთების ატონიის გამო, რომლებითაც გარს შემორტყმულია ეს სადინარები, დასაშვებია აგრეთვე სადინარებში შემაერთებული ქსოვილების ზრდაც.

აი ამ სადინარების გზით ხდება უკანა მილიდან წინამდებარე ჯირკვალში ინფექციის შეჭრა და იმავე გზით პროსტატიდან უკანა მილში, რაც ჩაითვლება მიზეზით ურყევი პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებათა შექმნისათვის.

პათოლოგო-ანატომიური ცვლილება გამოიხატება ლორწოვანი და ქველორწოვანი ქსოვილების წვრილ უჯრედოვან ინფილტრაციაში უკანასკნელის შემდგომი შეცვლით შემაერთებული ქსოვილით, ე. ი. განვითარება რბილი და მაგარი ინფიტრაციული პროცესის. ამ მოვლენების გარდა მილის უკანა ნაწილის ანატომიური თავისებურება ისეთია, რომ ანთებითი ინფილტრაციული პროცესი მუდამ მდებარეობს ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე, ეს იწვევს მიდრეკილებას გრანულიაციების და პოლიპების გაჩენისათვის.

ფოლიკულები კი ხშირად ჩნდება აცინოზური ჯირკვლების ანთებით, რომელნიც იმყოფებიან ზედაპირზე ეპითელიუმის ქვეშ. ამრიგად რეტროკოლიუკულიარულ და კოლიკულიარულ მილის ნაწილში მეტწილად ჩვენ გვაქვს შემთხვევები გრანულიაციონურ პოლიპოზური და ფოლიკულიარულ ურეტრიტებისა.

ზემოხსენებული ანთებების ზუსტი დიფერენციაცია შეიძლება მხოლოდ და მხოლოდ ურეტროსკოპის საშუალებით.

მილის უკანა ნაწილში განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს თავისი მნიშვნელობით სათესლე გორაკი, რომლიდანაც ერექციის ცენტრო ადვილად იღებს აღზნებას, ამის გარდა, კავშირი სათესლე გორაკის სათესლე ბუშტუკთან და სათესლე ჯირკვლების დანამატებთან მშხეფავი სადინარების გზით მის მნიშვნელობას აორკეცებს ამ ორგანოთა დაავადების დიაგნოსტიკაში. გონორეიულ ინფექციას განსაკუთრებით უყვარს სათესლე გორაკი და მისი არე, თუმცა მოქმედობს სათესლე გორაკზე მასტურბაცია და Coitus interruptus.

ქრონიკული ანთებითი პროცესი სათესლე გორაკის ლორწოვან გარსზე იწვევს გრანულიაციებს, პოლიპებს და შემაერთებული ქსოვილების ზრდას, ურეტროსკოპიულად კი გორაკი, ვადიდებულია, ამორცული, უსწორ-მასწორო, კორძებიანი, გაწითლებული ან სრულებით ფერმკრთალი ლორწოვანი გარსი ვახეშეშებული და შეზრდილი კოჟიყებით. სათესლე გორაკის განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიეწერება ხვრელებს, მის დაუშორებელ ნაწილებს, სახელდობრ მშხეფავი სადინარებს და utriculus masculinus. ურეტროსკოპის საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია გამოვარკვიოთ ამ ხვრელების შემდეგი ცვლილებები:

მშხეფავი სადინარების ხვრელები დაბჩენილია, მათ დაკარგული აქვთ უნარი შეკვრის, მათი კედლები გამაგრებულია და რიგიდული, გარს შემორტყმული მგლუვი კუნთოვანი ბოქკოებში შემაერთებელი ქსოვილების შეზრდის გამო. ეს იწვევს სათესლე ბუშტუკიდან თესლის მუდმივი ნთხევას. თუნგერი ხშირად ამ მოვლენებს სთვლის სპერმატორეის მიზეზათ.

Utriculus masculinus-ზე ურეტროსკოპის საშვალეებით შეგვიძლია გამოვარკვიოთ კისტების არსებობა, რომელნიც ხშირად იწვევენ შარდქცევის აშლილობას და სქესობრივ სისუსტეს.

შემდეგი ეტაპი ურეტროსკოპიული მანიპულიაციისა ეხება მილის წინა ნაწილს, რომელსაც მილის ჯირკვლოვან ნაწალსაც უძახიან. დიაგნოსტიკის დროს ყურადღება მისაქცევია მილის წინა ნაწილში კუბერის ჯირკვლების სადინარები, ლიტრეის ჯირკვლები და მორგანის ჯიბეები, იმავე დროს ჩვენ ზუსტათ შეგვიძლია გამოვარკვიოთ ანთებითი პროცესის სხვადასხვა სახეები, ე. ი. მილის რბილი, შერეული და მაგარი ინფიტრაციული პროცესები.

რამოდენიმე სიტყვით მინდა შევაჩერო თქვენი ყურადღება ცისტოსკოპის მნიშვნელობაზე უროლოგიურ დაავადებათა დიფერენციალურ დიაგნოსტიკაში.

მილი, სათესლე ჯირკვლი და სათესლე ბუშტუკი ხშირი მიზეზებია საშარდე ბუშთის ანთებისა, გონორეული ინფექციის შეტანის გამო. განსაკუთრებით სნეულდება საშარდე ბუშთში ლიტოდის სამკუთხედი და გარდამავალი ნაოჭი. მას შემდეგ, რაც პიელოგრაფიამ ფართე მოქალაქეობრივი უფლება მიიღო თირკმელთა დაავადების დიაგნოსტიკაში შარდსაწვეთის გადაღუნვა და შევიწროება გონორეულ ინფექციის გამო ხშირ მოვლენათ ჯდაიქცა.

ხშირათ წინამდებარე ჯირკვლის მკურნალობა აქრობს თირკმელების ტკივილებს, ამ ეთოდოლოგიურ მომენტს დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს უკანასკნელთა დაავადებაში.

ლიბტენბერგის აზრით ზემო საშარდე გზების დაავადების დიდი პროცენტე მიეწერება გონორეას.

აი, ამ მოვლენების დიაგნოსტიკა და თერაპია შეიძლება მხოლოდ ცისტოსკოპით. მაშასადამე გონოროლოგ-უროლოგმა, რომელსაც აქვს სურვილი თანამედროვე ცოდნის სიმაღლეზე იდგეს, უნდა იცოდეს ცისტოსკოპია.

შეჩერდები აგრეთვე რამოდენიმე სიტყვით უკანასკნელ პრინციპიალურ საკითხზე. გონორეა ეკუთვნის ქირურგიულ ინფექციათა ჯგუფს, მაშასადამე საკითხი ისმის, არის თუ არა საჭირო ქირურგიული ჩარევა, რომ ავადმყოფს ავაციდინოთ მძიმე შედეგები.

ჩვენ ზევით ვთქვით, რომ თვით ქანეს მეთოდი უნდა ჩაითვალოს ქირურგიულ მანიპულიაციათ, თუ ეს ასეა საკითხი პრინციპიალურად გადაწყვეტილია ქირურგიული ჩარევის სასარგებლოთ, მხოლოდ საჭიროა გამოვარკვიოთ საზღვარი და ზონა ქირურგიული ჩარევისა გონოროლოგიისათვის.

ზოგიერთი გონორიული გართულების დროს, როდესაც კონსერვატიული თერაპია უძლური ხდება, იქ აუცილებლად საჭიროა გაბედული ნაბიჯი გადაიდგას ქირურგიულ ჩარევისათვის, მაგალითად: რეციდიული ანთება სათესლე ბუშთუკის, ხანგრძლივი და კონსერვატიული თერაპიით თითქმის მოურჩენელი



დაავადება, რომლის დროს ვაზოტომია იძლევა 80% გარკუნებას. როდესაც კი სათესლე ბუშთუკი განიცდის ქრონიკული ანთების მძიმე ფორმას, მაშინ საჭიროა მისი ექსტირპაცია. ქირურგიული ჩარევა არის საჭირო ვართლებული და რეციდიული ეპიდიდმიტების, პროსტატიტების და არტრიტების დროსაც.

ვინ უნდა გაუკეთოს ოპერაცია, დოსტაქარ-უროლოგმა, თუ გონოროლოგმა შეითვისოს ქირურგიული ოპერატიული ტენიკაც?

ჩემის აზრით გონორეის კონსერვატიული და ოპერატიული მკურნავ ექიმათ უნდა იყოს ის ექიმი, რომელსაც ნათლად აქვს წარმოდგენილი მისი კლინიკა, პათო-ფიზიოლოგია და ტოპიური დიაგნოსტიკა ურეტრო-ცისტოსკოპიის საშვალებით.

ასეთი ტიპის სპეციალისტები არც უროლოგებ-ქირურგებშია და არც ვენეროლოგებში. ცხოვრება თხოულობს მომზადდეს კადრი ასეთი სპეციალისტების.

ჩვენი ინსტიტუტის მასალა დამუშავებული ჩემს მიერ უმთავრესად ურეტროსკოპიას ეხება. უკანასკნელ წელს ჩვენ განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციეთ გონორეის განკურნების კრიტერიუმში დიაგნოსტიურ საშვალებათა შეჯამების დროს ურეტროსკოპიას. ჩვენი მასალის დამუშავებას მიზნათ აქვს დასახული, ილუსტრაცია ურეტროსკოპიული ჩარევის და მისი აუცილებელი მნიშვნელობა ინფექციის ზუსტი ლოკალიზაციისათვის, ამისათვის მასალის დამუშავებას ცალმხრივობა ეტყობა. რამოდენიმე ასეული შემთხვევიდან ჩვენ დავამუშავეთ 82 შემთხვევა.

ტოპიურათ აღმოვაჩინეთ შემდეგი ფორმები ანთებითი პროცესისა:

1. რბილი ინფილტრატი . . . . . 10
2. მაგარი ინფილტრატი . . . . . 15
3. გრანულიაციონური ურეტრიტი . . 16
4. ფოლიკულიარული            " . . . . . 4
5. პოლიპოზიური                " . . . . . 8
6. კისტოზური                    " . . . . . 3
7. impotentio coeundi . . . . . 14
8. colliculitis superf . . . . . 12

ხაზგასმით უნდა ავღნიშნოთ, რომ წინამდებარე ჯირკვლის ანთების დროს 75—85%—ში ურეტროსკოპიულათ დასტურდება მილის უკანა ნაწილის ანთებაც, რომელიც გამოიხატება უკანა მილის რბილ ინფილტრატიული პროცესით და პოლიპოზურ-გრანულიაციონურ ურეტრიტებით.

პროსტატიტების გამოკვლევის დროს ჩვენ ვეყრდნობით პალპატორულ სიმტომებს და განსაკუთრებით ჯირკვლის სითხის ციტოლოგიას, ე. ი. კლინიკური პროსტატიტი და მიკროსკოპულად ჯირკვლის სითხის ლეიკოციტარული და ლიპოდიური კონსტანტის დისგარმონია გვაძლევს ურეტროსკოპიულად შემოხსენებულ პროცენტში მილის უკანა ნაწილის ერთ-ერთ ანთებით პროცესს.

ჩვენი კლინიკური ცდები ადასტურებს პორუდომინისკის აზრს.

ლოკალური დიაგნოსტიკა გვიკარნახებს შესაფერისი მკურნალობითი მიდგომას. უკანა მილის ქრონიკული გონორეით დაავადების დროს ხდება ლორ-

წოვანი გარსის შეზღუდული და ალკაგობრივი პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებები, ამ შემთხვევაში არც ჟანეს მეთოდით რეცხვა და არც ინსტილიატორით ვერცხლის პრეპარატების შემსაპუნება მიზანს ვერ აღწევს. მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს ენდოურეტრალური თერაპია მხედველობის კონტროლის ქვეშ, მაგარი კონცენტრაციის Argentum-ის ხსნარის მიწვით (5% — 25%-მდე) ხუთდღეში ერთჯერ. ამ სისტემით ჩავატარეთ ჩვენ მკურნალობა ჩვენს მიერ დამუშავებულ ავადმყოფებზე.

თუ მილის უკანა ნაწილის დაავადებას თან ახლდა პროსტატიტები, თერაპია მიმდინარეობდა მასაჟებით და დიატერმიით. პერიოდულად ისინჯებოდა ჯირკვლის სითხე და პარალელი გაგვყავდა სითხის კონსტანტას ცვლილებასა და ურეტროსკოპიული სურათს შორის. შედეგი მივიღეთ დამაკმაყოფილებელი, ე. ი. სავსებით განკურნება უდრის 70%.

ჩვენს მიერ ჩატარებული იყო აგრეთვე ენდოურეტრალური მკურნალობა 14 შემთხვევა სქესობრივი უძღლურებაზე და 12 შემთხვევა სათესლე გორაკის ანთებებზე, უკანასკნელი იძლეოდა ხშირად დიზორიულ მოვლენებს და თესლის წინდროულ ნთხევას: ყურადღება მისაქცევია იმ ფაქტზე, რომ თუ სათესლე გორაკის ანთების დროს ანამნეზში გონორეას [ჭკონდა ადგილი, განკურნება უფრო ეფექტიურად მიმდინარეობდა. როდესაც ჩვენ რამდენიმე შემთხვევებზე დავრწმუნდით, რომ დიზურია შედეგი იყო მხოლოდ სათესლე გორაკის ანთების, ვერცხლის პრეპარატებით მიწვამ ასი პროცენტით განკურნება მოგვცა.

რასაკვირველია ეს არ ითქმება სქესობრივ უძღლურებაზე, სათესლე გორაკის მიწვა ამ შემთხვევაში ნაკლებ მკურნალობითი ეფექტს იძლევა და რეციდივებიც მეტია.

ჩემი მოხსენებით თქვენი ყურადღება განსაკუთრებით მინდა შევაჩერო ტოპიურ დიაგნოსტიკის და მკურნალობის დიდ მნიშვნელობაზე. ზუსტი ლოკალური დიაგნოსტიკა და მასზე აგებული გეგმანი მკურნალობა მეკნიერულ პირობებში არის ის ბაზა, საიდანაც ჩვენ შეგვიძლია ნაყოფიერი შედეგებით ვებრძოლოთ გონორეიულ ინფექციას. გონორეა თავისი ციკლიური და პერმანენტული თვისებებით არის სოციალური სენი, რომელსაც დიდი ზიანი მოაქვს საზოგადოებისათვის, ამიტომ საჭიროა კონკრეტული ნაბიჯების გადადგმა მკურნალობის ზოგიერთ პრინციპიალურ საკითხების გადაწყვეტაში.

დ ა ს კ ვ ნ ა.

I. ტოპიური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა არის ერთ-ერთი საშვალეა გონორეასთან მიზანშეწონილი ბრძოლისათვის.

II. პროსტატიტების დროს გამოკვლეული უნდა იქნეს მილის უკანა ნაწილი და თუ ის დაავადებულია აუცილებელია ებთდროული მკურნალობა.

III. საჭიროა გაფართოვდეს არე ურეტროსკოპიული ჩარევისა ჩვენს ვენდაწესებულებებში.

IV. აუცილებელია ცისტოსკოპიის შესწავლა გონოროლოგისათვის, გონორეიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის სხვა უროლოგიურ დაავადებებთან.

V. ქირურგიული ჩარევა გონორეულ ინფექციის ზოგიერთ შემთხვევებში უნდა ჩაითვალოს აუცილებელ საშუალებათ.

VI. მიზანშეწონილია მომზადდეს კადრი გონოროლოგ-უროლოგების ქირურგიული განხრით.

### И. Топуридзе.

Уретро-цистоскопия и хирургия в диагностике и лечении мужской гоноррей.

Автор придавая большое значение топической диагностике и лечению мужской гоноррей, подробно останавливается на уретроскопической картине и соответствующих методах лечения при разных формах поражения канала гоноррейной инфекцией.

При некоторых осложнениях гоноррей автор считает необходимым цистоскопию и хирургическое вмешательство. Поэтому освоение последними манипуляциями является обязательным для гоноролога-уролога желающему стоять на высоте современных знаний.

Автор представляет свой материал из 82 случаев разработанный в институте Дерматологии и Венерологии.

На основании подтвержденного клиническим опытом мнения, автор делает следующие выводы:

I. Топическая диагностика и лечение являются одним из лучших мероприятий в борьбе с гонорей.

II. При простатитах необходимо обследовать, а в случае нужды и лечить заднюю уретру под контролем глаза.

III. Необходимо расширить круг уретроскопического вмешательства в наших вен-учреждениях.

IV. Необходимо овладеть гонорологу цистоскопией для дифференциальной диагностики гоноррей с другими урологическими заболеваниями.

VI. Целесообразно подготовить кадр гонорологов-урологов с хирургическим уклоном.

ექ. ნ. ხრამელაშვილი.

## თვალის ჭრილობის მკურნალობა ნახევრად გაღებულ მეთოდით

ჟალ. პირველი საავადმყოფოს თვალის განყოფილება. გაგზე ექ. ნ. ხრამელაშვილი.

საექიმო ქსელის გაფართოებასთან ერთად, იმ დროს როდესაც ს.ს.ს.რ. თითქმის ყველა კუთხეში ეწყობა საექიმო წერტილები, ამბულატორიები და სტაციონარები ქირურგიული დახმარებით სხვადასხვა დარგში, მომწიფდა საკითხი შესახვევი მასალის უკეთესად და მიზანშეწონილად გამოყენების შესახებ, თუ ამასთანავე ეს კეთილად იმოქმედებს ჭრილობაზე-ადვილად და სუფთად შეხორცების მხრივ. ამით მივალწევთ საწოლების რაციონალურ გამოყენებას და მალე დაუბრუნებთ წარმოებას და მეურნეობას ცოცხალი ძალებს, რომლებშიც ფრიად საჭიროებს ქალაქი და სოფელი. სრულად სამართლიანია საკითხი აღძრული ზოგიერთ მედ-კურნალებში ჭრილობების ღიად მკურნალობის შესახებ.

მართლაც მას ხშირად დიდი უპირატესობა აქვს მთელი რიგი ქირურგიული დაავადებების დროს. (რუბაშევი). ეს საკითხი აღძრულია აგრეთვე თვალის ქირურგიაშიც, მაგრამ სრულიად ღიად მკურნალობა თვალისა და თვალბუდის ჭრილობების ცოტა არ იყოს სახიფათოა, რადგან სურვილი „თვალის მოქაფლებისა“ შეუძლიან ძალიან არა სასურველი შედეგების გამოწვევა. ჭრილობის მკურნალობისთვის ნახევრად დახურული წესით სხვადასხვა ავტორების მიერ გამოგონილია სხვადასხვა კონსტრუქციის მავთულის ბადები. ჩვენს სტაციონარშიც გადავედით თვალის და თვალბუდის ჭრილობების მკურნალობაზე ნახევრად დახურული წესით. ნახვევი მდგომარეობს შემდეგში:

2. ტილოსაგან გაკეთებული სალტა (სიგრძით  $1\frac{1}{2}$  მეტრი და სიგანით ერთი თითის სიპრტყე), რომელშიც გაკეთებულია 4 ბუდე (მასრების ჩასაწყობი ბუდეების მაგვარად) შიგ ვათავსებთ ჩვეულებრივ (ყელის გასასინჯი) ხის შპადელებს. (თითო ბოლი თითო სალტაში). სალტები შემოიჭირება ერთი შუბლის გარეშემო, მეორე ლოყების გარეშემო უსათოოდ ცხვირის ქვემოდ ზედა ტუჩზე, ორივე სალტა იკვრება გვერდზე ერთი საფეთქელზე, მეორე ყურის ბიბილოს ქვეშ. ამგვარად თვალზე მოთავსებულია (მაგრამ მას კი არ ეხება) მარტო შპადელები და სალტები კი თვალის ზემოდ და ქვემოდ. შპადელების ბოლოების ქვეშ ვათავსებთ პატარა ბალიშებს, რომლებიც წვრილი ზონარებით იკვრებიან აგრეთვე გვერდით, ამ ბალიშებს ვხმარობთ იმისათვის რომ შპადელებმა არ მოახდინონ ზედაწოლა ჭრილობაზე. შპადელებს ზევიდან ვაფარებთ განიერ — ბანდის ფარდას. ამ

გვარად მთელი ნახვევი — წარმოდგენილი არის როგორც ღობე. ამ ნახვევს ვხმარობთ არა მარტო პლასტიური ოპერაციების არამედ თვით თვალის კაკალზე ოპერაციების შემდეგაც, იმ განსხვავებით მარტო რომ, თეთრ ფარდის მაგიერ შპადელებს ვათარებთ შავ ნაჭერს — თვალის სინათლისაგან დაცვის მიზნით. ამისთანა შეხვევა უფრო მიზანშეწონილია კატარაქტების ექსტრაქციის შემდეგ. როდესაც საჭიროა (მინიმუმ მოძრაობა სხეულისა და თავისა. ავადმყოფი უძრავად წევს, თავი ბალიშზე უდევს და ჩვენ კი ვაწარმოებთ შეხვევას) ვხსნით ნახვევს, ვაწარმოებთ ყველა საჭირო მანიპულიაციებს და შემდეგ შევკრავთ ისე რომ ავადმყოფს სრულებით არ ვაწუხებთ. ამისთანა ნახვევით თვით ავადმყოფებიც კმაყოფილნი არიან.

### ნახვევის დაღვებით მხარეები:

1. ნახვევი არ წარმოადგენს ტერმოსტატს (როგორც ჩვეულებრივი ნახვევი) და ამ გვარად არ უწყობს ხელს სხვადასხვა პათოგენურ მიკრობებს განვითარდნენ კონიუნქტივალურ პარკში. ჰაერის თავისუფალი ვენტილიაცია.
2. კრილობა დაცულია ზედაწოლისაგან და შემთხვევითი ტრავმა, რაც ხშირია ჩვეულებრივი შეხვევის შემდეგ (რადგან ავადმყოფი არ ხედავს და მწოლიარე ხელებით ეძებს მის გვერდით მდგომ მაგიდაზე საგანს), როდესაც ავადმყოფი წააწყდება ხოლმე თავით ან თვალით მაგიდის კუთხეს, უფრო იშვიათია და არც ისე სახიფათოა, რადგან თვალი დაცულია ხის შპადელებით, რომლებიც ლეზულობენ მექანიკურ ტრავმას. ამნაირადვე თვალი დაცულია „მოქაველების“ შესაძლებლობისაგან.
3. თვალს აქვს შენარჩუნებული თავისი ფიზიოლოგიური ფუნქცია ცრემლის გამოყოფისა და ცირკულიაციისა, ქუთუთოებს ავადმყოფი თავისუფლად ამოძრავებს, რაც ფრიად მნიშვნელოვანია თვალის ცხოველობითი ნოტივობისათვის და მექანიკური განწმენდისათვის.
4. შეხვევის დროს ავადმყოფს არ ვაწუხებთ — წამოწევით და ზედ-მეტი მოძრაობით.
5. განმეორებით გამოყენების შესაძლებლობა (ნახვევს ე. ი. საღებავს ვრეცხავთ და შემდეგ სხვა შესახვევ მასალასთან და შპადელებთან ერთად ვუკეთებთ სტერილიზაციას).
6. შესახვევი მასალის ეკონომია.

მ. კ. საჯანია.

## გინეკოლოგიისათვის აუსილეველი უნდა იყოს დედაკაცის უროლოგიის ცოდნა.

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში მედიცინას ემჩნევა დიფერენციაციის ერთგვარი ტენდენცია, რომელიც თანდათანობით ღრმავდება და ვითარდება. ქირურგიას გამოეყო უროლოგია, ოტოლარინგოლოგია, ე. წ. ნევრო-ქირურგია და სხვ. თერაპიაშიც ასეთივე სურათსა აქვს ადგილი: კლინიკებში ისახება ერთგვარი ქვეგანყოფილებები კუჭ-ნაწლავების, სისხლის მიმოქცევის ორგანოების დაავადებათა სპეციალიზაციის განხრით. ცალკე არსებობს ტუბერკულოზის კლინიკა და სხვა. იგივე ითქმის გინეკოლოგიაზედაც. მაგალითად, საფრანგეთში, გინეკოლოგია, როგორც ცალკე დისციპლინა არ არსებობდა უკანასკნელ დრომდის, ის ქირურგიასთან იყო დაკავშირებული; ბოლო წლებში ის გაერთიანდა თავის მოძმე მენობასთან; შარშან კი გინეკოლოგია ისევ გამოეყო მას და არსებობს, როგორც სეპარატიული დისციპლინა.

ვიწრო სპეციალობით გატაცება უფრო შორს მდის: ასე მაგალითად, არსებობს კლინიკები, რომლებიც ამყობენ იმით, რომ ისინი — ვთქვათ — მხოლოდ ლვიძლზე აწარმოებენ ოპერაციებს, სხვები — მხოლოდ თავის ოპერაციებით არიან გატაცებულნი, კიდევ სხვებმა — აპენდიციტის ოპერაციებით გაითქვეს სახელი.

უწინ თუ მხოლოდ ორ დარგს იცნობდა მედიცინა, ქირურგიას — როდესაც სხვადასხვა დაავადებათა მკურნალობას ქირურგიული წესებით ეწეოდა დოსტაქარი და თერაპიას — ამ დაავადებათა მკურნალობის საშუალებებში კონსერვატიული წესებს ენიჭებოდა მთავარი ადგილი, ჩვენს ხანაში მედიცინა შესამჩნევად იცვლის თვალსაზრისს და მოწინააღმდეგე ტაქტიკას არჩევს. ადამიანის სხეული, ასე ვსთქვათ, დაყოფილია ვიწრო სპეციალობათა გავლენის სფეროებათ, როდესაც სპეციალისტს თითო, იშვიათად შეტი, ორგანო წილად ხვდენია, რომელსაც ის შეისწავლის და მკურნალობს. ამ გვარათ, მედიცინის მთავარი პრინციპი უნებლიეთ თანდათანობით მივიწყებული იქნა, რომ უმკურნალოთ ორგანიზმს, როგორც ერთეულს და არა ცალკე დაავადებათა სიმპტომებს, ცალკე ორგანოებათა დაავადებას.

ვინც მოიგონებს გინეკოლოგიური კლინიკების ამბულატორიების პრაქტიკას, მას არ შეიძლება არ წარმოუდგეს ის სურათი, როდესაც ესა თუ ის ხელმძღვანელი, რომელსაც დავალებული აქვს სტუდენტებთან პრაქტიკული ვარჯიშობის ჩატარება, არა იშვიათად მექანიკურ გასინჯვას აწარმოებს, ხშირათ ანამ-

ნების გამოკითხვის და ავადმყოფის ჩივილების მოსმენის გარეშე. არა მცირე შემთხვევებში სტუდენტებს ესმით „განმარტება“ იმის შესახებ, რომ ავადმყოფი ისტერიულია; რომ მას ობიექტურათ არავითარი ცვლილებები არ აღინიშნება გენიტალიის მხრივ და რომ ის შემთხვევით მოხვდა გინეკოლოგიურ ამბულანსზე. ეს სრულიად არ მიეწერება ამა თუ იმ ხელმძღვანელის დაუდევარ მიდგომას მხოლოდ. ასეთია შეხედულება: ქალურ დაავადებამ, თითქოს, უთუოდ უნდა მოგვეცეს სათანადო ობიექტური ფენომენი, რომელიც უთუოდ უნდა შეიგრძნოს ბიმაწუალურათ გასინჯვის დროს გინეკოლოგის საჩვენებელმა თითმა და თუ ეს ცვლილება არ აღინიშნება — არაა გინეკოლოგიური დაავადებაცო.

ვინ იქნება იმის წინააღმდეგი, რომ მედიცინაში ხდება ეს რაციონალიზაცია, უთუოდ მიზანშეწონილი, სპეციალიზაციაზე და დიფერენციაციის მხრივ: ეს აღრმავებს და აადვილებს საკითხის შესწავლის, ტექნიკის დაუფლების, თერაპიის სიმარტივის საქმეს.

არავითარი მტკიცება არაა საჭირო იმის შესახებ, რომ მედიცინამ დიდი ნაბიჯი გადასდგა წინ ორგანიზმის შესწავლის და მკურნალობის საქმეში, რომ მთელ რიგ საკითხებში ის სრულიად სწორ, მეცნიერულათ ურყევ პრინციპზე ეყრდნობა. ეს სრულიად ცხადია. მაგრამ. ცხადია აგრეთვე ისიც, რომ ამ ვებერთელა მასალის სისტემატიურათ დალაგება, მისი ავთვისება, — სინტეზი — არაა უბრალო საქმე ადამიანის, ექიმის ძალღონისათვის. ამიტომაც ვიწრო, სპეციალური დიფერენციაცია უადვილებს ექიმს მუშაობას, თავის სპეციალობის საგანს ის უფრო ადვილათ ეუფლება, მისი მოღვაწეობის ასპარეზზე ისე უფრო მოქნილი ხდება.

მეორე მხრივ ეს დიფერენციაცია სწარმოებს ზოგჯერ მექანიტურათ. ასეთ შემთხვევაში უნებლიეთ მოგაგონდებათ ტელიორიზმი.. მედიცინაში: ავადმყოფობის ეს რეგიონალური, ტოპოგრაფიული დაყოფა ზოგიერთჯერ სტოვებს ამ ტელიორიზმის, მაშინზაციის შთაბეჭდილებას მედიცინაში, რომელიც არ ამართლებს თავის დანიშნულებას.

წინააღმდეგ. ცხოვრება სრულიათ არ ადასტურებს ყოველგვარ ახალ ფორმას. არავითარი გზით არ შეიძლება ვუწოდოთ რეტროგრადობა იმ ქმედობას, რომელიც უარყოფს არა მიზანშეწონილს, თუ გინდ სულ უკანასკნელი „მიმართულების“ ავტორიტეტების მიერ მოცემულ ახალ სახეებს და უბრუნდება უკვე თითქმის მივიწყებულ ძველ წესებს, რომ ახალი შინაარსი მისცეს მათ. ეს ყოფილა და იქნება.

გინეკოლოგიის ცალკე არსებობა მეანობისაგან ეს უთუოდ დიდი გაუგებრობის შედეგია. ეს ჩვენი აზრით იმიტ აიხსნება, რომ დღეს-დღეობით ზოგიერთი ავტორიტეტების მეოხებით გავლენა ეძლევა შემცდარ აზრებს, რომლის მიზეზი, ჩვენ ვფიქრობთ, იმალება მკურნალობის ქირურგიული წესებით გატაცებაში. ან იქნებ ვინმე მეანობას არა საინტერესო „ფიზიოლოგიით“ სთვლიდეს და გინეკოლოგია კი, როგორც ას პროცენტური პათოლოგიით აქვს წარმოდგენილი. ყალბია, რასაკვირველია, ასეთი „ფილოსოფია“. მეანობა და გინეკოლოგია ეს ორი სრულუფლებიანი ძმებია, სწორეთ რომ ვსთქვათ, მეანობა ეს გინეკოლოგიის განუყოფელი ნაწილია, მისი სწორი ნახევარი. ის არ არის გინეკო-

ლოგი, ვინც მენიც არ არის. მაგრამ ეს არის საკმარისი. გადაჭრით უნდა ითქვას, რომ ნაყოფს მშობიარობის ხანაში და ახალშობილს მელოგინეობის პერიოდში მეორე ადგილი უჭირავს. დომინანტია დედა: მშობიარე-მელოგინე. საქმე ობიექტიურ პირობებშია: მენი — გინეკოლოგი არა საკმაოდ იცნობს ბავშვის ფიზიო-პათოლოგიას და ახალშობილის სიცოცხლის პირველი დღეების რთული კრიზების მრუდის კონსოლიდაცია მინდობილი აქვს თვით უმწეო ორგანიზმის ძალღონეს, ან უკეთეს შემთხვევაში — იშვიათად სპეციალურათ გამოწვეულ პედიატრის კომპეტენციას. მენი — გინეკოლოგი აუცილებლათ შეიარაღებული უნდა იყოს სათანადო გამოცდილებით პედიატრიაში, სათანადო ცოდნით. სა-მენო — გინეკოლოგ. გ — ბაში უთუოდ უნდა მუშაობდეს სპეციალისტი პედიატრი, მაღალი კვალიფიკაციით აღჭურვილი, რომელმაც სათანადო მოღვაწეობა უნდა გასწიოს იქ, როგორც თერაპევტიული, ისე კადრების მომზადების მხრივ.

რაც შეეხება ქალის უროლოგიას, გინეკოლოგიამ მას უნდა დაუთმოს დიდი ადგილი. უროლოგიის გარეშე გინეკოლოგია ცალმხრივია, უძლური. გინეკოლოგია უნდა გულისხმობდეს: მენობას, გენიტალიის ორგანოების დაავადებას და მის მკურნალობას და უროლოგიას. გინეკოლოგიურათ, ბიოლოგიურათ და ანატომიურათ ეს ერთი მთლიანი სისტემაა — უროგენიტალური სისტემა, რომელიც — რატომაც დაშორებულია ერთმანეთისაგან. ეს არის ტეილორის-ტული რაციონალიზაცია, რომელიც — როგორც ეტყობა — მიუღებელია ბუნების მეტყველებისათვის და მავნებელიცაა. კლინიკა გვიდასტურებს შარდ-სასქესო აპარატის მონოლიტობას. რომელი გინეკოლოგია არ დაინტერესდეს შარდის ბუშტის მდგომარეობით, რომელი გინეკოლოგია, რომ არ გამოიკითხოს ავადმყოფის შარდის პროცესის შესახებ? ვინ არ იცის, რომ მთელი რიგი ანთებითი ხასიათის დაავადებანი — გონორეია, მაგალითად — საშარდე ორგანოებიდან იწყება. მიუხედავთ ამისა გინეკოლოგები (ჩვენ, ცხადია, ჩვენს ტკივილებზე ვლაპარაკობთ და არავითარი სახით არ შევხვებით „საქვეყნიერო მამულებს“, ჩვენ ვამბობთ ჩვენს, ტფილისის, სინამდვილეზე), ვერ აქცევენ ჯეროვან ყურადღებას, ვერ აღმოუჩინენ სათანადო დახმარებას, რადგან ვერ იცნობენ უროლოგიას. ვერ იცნობენ, რადგან უროლოგია ცალკე დისციპლინათაა აღიარებული ამ შემთხვევებში გინეკოლოგიური ავადმყოფის საუბედუროთ და საერთოთ ვიწრო სპეციალიზაციათა აყვავების საბედნიეროთ.

შეიძლება სთქვან, რომ გადაჭარბებულია ეს თქმა, რომ უროლოგიური მიდგომა არსებობს გინეკოლოგიაში, რომ იკვლევენ, მაგ., შარდს, კიდევ მეტი: აქვთ ცისტოსკოპიკ.

ჩვენ ამ საკითხს ვაყენებთ სრულიათ არსებითად და არავითარ ფორმალურათ შერჩეულ მოსწრებულ რეპლიკებს ანგარიშს არ გაუწევთ ჩვენ სხვაზე ნაკლებათ არ ვიცით შარდის გამოკვლევის ღირებულება, ჩვენ ვიცით აგრეთვე იმ ცისტოსკოპების ფასიც, რომლებიც „მკვდარი კაპიტალის“ როლს ასრულებენ ზოგიერთ ადვილებზე. ჩვენ ვლაპარაკობთ ცისტოსკოპზე არა როგორც აპარატზე ამა თუ იმ კონსტრუქციისა, არამედ დინამიურ, ცოცხალ ცისტოსკოპზე, რომელიც წარმოადგენს დიაგნოსტიკურ, ოპერატიულ თერაპევტიულ საშუალებას,



რომელიც ისეთივე ჩვეული იარაღია გინეკოლოგიისათვის, როგორც სკალპელი, როგორც ჰეგარი.

უროლოგიის გარეშე გინეკოლოგი არ არის გინეკოლოგი, როგორც არაა ლაპაროტომისტი ის, ვინც მუცლის ქირურგია არ შეითვისა ზედმიწევნით (გუბაროვი). არის მთელი რიგი გინეკოლოგიური ოპერაციები, სადაც ქირურგები აწარმოებენ ოპერაციის მთავარ მომენტებს გინეკოლოგების ფხოვნით და შემდეგ გინეკოლოგი ტექნიკურათ, უბრალო მომენტებით ამთავრებს მანიპულიაციას (ბოლდუინ, — მორის წესით ხელოვნური საშოს შექმნა, მაგალითად). ეს ოპერაცია წმინდა წყლის გინეკოლოგიური ოპერაციაა, რომელსაც ქირურგები იშვიათათ იცნობენ და ასე, კარნახის ქვეშ ოპერაციის ტექნიკური წარმოება არა იშვიათად მოკლებულია იმ რალაცას, რასაც ყოველი ოპერაცია უნდა შეიცავდეს: გეგმას, ორიენტრობას, გამოცდილებას, ოპერატიულ პროცესის მთლიანობას, რომლის ჰარმონიზაცია ასეთ პირობებში არც ისე ადვილია. ავიღოთ „უბრალო“ ლაპაროტომია: შეიძლება თუ არა მისი წარმოების დროს მოხდეს უცაბედათ ნაწლავის დაზიანება, ან კიდევ — შეიძლება თუ არა ოპერატორს დასჭირდეს ოპერაციის პროცესის მიხედვით — ესთქვათ, — ნაწლავის რეზექცია? შეიძლება. არის თუ არა საჭირო ამისთვის ტექნიკა? უთუოდ. შემდეგ შეიძლება თუ არა მოხდეს — ესთქვათ — ვერტჰაიმის ოპერაციის წარმოების, ან სხვა რომელიმე მანიპულიაციის დროს მუცლის ღრუში — შარდსაწვეთის დაზიანება? ან კიდევ — ვის აქვს უფლება აწარმოოს ვერტჰაიმის ოპერაცია ისე, რომ წინასწარ არ მოახდინოს უროლოგიური გამოკვლევა ავადმყოფის, თირკმელების მდგომარეობის გამოკვლევა და თუ ასეთი უფლება არავის აქვს, მაშინ გვიპასუხონ, რამდენ შემთხვევას დაასახელებენ ამ წესით ჩატარებულ ოპერაციებისას? მაგრამ კითხვების მიცემა შორს წაგვიყვანს. უროლოგიურათ გამოკვლევის, კერძოთ ცისტოსკოპიის გარეშე, ფისტულების გაკერვა თამაშობას უფრო წააგავს, ვიდრე სერიოზულ ქირურგიულ აქტს. მხოლოდ ცისტოსკოპი გვაჩვენებს დეფექტის ტოპოგრაფიას, ის გვაძლევს ორიენტრობის საშუალებას. და ბოლოს უროლოგიური ქირურგიული ტენიკა აუცილებლათ საჭიროა მეან-გინეკოლოგისათვის: ანურობების მოვლენებისას, მაგ., ეკლამპსიის დროს ხშირათ მიმართავენ თირკმელების დეკაპსულაციას, მწვავე ჰიდრონეფროზები სამეანო პრაქტიკაში გვხვდება; შემდეგ — შარდსაწვეთის დაზიანების ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელი ხდება თირკმელის ექსტირპაცია ან შარდის ბუშთის კანკროზულ დაავადების დროს იგივე ექსტირპაცია. მაგრამ ეს შეეხება ისეთ იშვიათ შემთხვევებს — შეიძლება სთქვას ვინმემ.

გავიხსენოთ ჩვენი „უბრალო“ შემთხვევები. ავადმყოფების ჩივილები ჩვეულებრივი: შლა, ტკივილები პატარა მუცლის და წელის მიდამოში, შარდვის დროს აგრეთვე. საშვილოსნოს და მისი დანამატების ქრონიკული ანთება, ქრონიკული ცისტიტი — ასეთია ის შაბლონური შტამპი: რომელიც ამშვენებს დიაგნოზის სახით ამგვარ ავადმყოფთა უმრავლეს ისტორიებს. შარდის ანალიზი: ლეიკოციტების მცირე რაოდენობა. თუ ვნებათ, ცისტოსკოპითაც შეიჭვრიტავს ზოგიერთი. არაფერი ღირს — შესანიშნავი. ავადმყოფი მკურნალობს თვეებით. არავითარი შედეგი. რამდენია ასეთი ავადმყოფი, რომელსაც „ობიექტიურათ“

არაფერი ღირს შესანიშნავი არ აღმოაჩნდება და ჩივილები კი აუტანელია. ლაბორატორიას ზოგიერთჯერ არ გინდათ დაუჯეროთ, რადგან თქვენ „ცისტიტზე“ ფიქრობთ, ლაბორატორიის პასუხი კი ეწინააღმდეგება თქვენს მოსაზრებას. თქვენ მიერ დანიშნული უროტროზინი უძლურია, ვერაფერს ხდება აგრეთვე უცხოეთის სახელგანთქმული ცილოტროზინი. ავადმყოფი ეწერება. 1—2 წლის შემდეგ ისევ ბრუნდება ტკივილებზე ჩივილით, მას შემდეგ რაც მთელი საავადმყოფოები შემოიარა და ზოგიერთს მთელი გენიტალიის ამოცლის შემდეგ ტკივილები არა თუ დაუცხრა, კიდევ გაუმწავდა. მსგავს შემთხვევებს არ შეეძლო არ დავეფიქრებოთ და გვეძებნა გამოსავალი. ეს გამოსავალი ჩვენ ვნახეთ გინეკოლოგიურ განყოფილების უროლოგიური საწოლების ანგარიშზე გაფართოებაში, რისთვისაც ხელმძღვანელმა უროლოგიაში მოვიწვიეთ პატ. პროფ. ა. წულუკიძე. ამ მოკლე ხნის განმავლობაში ჩვენ გვექონდა რამდენიმე საინტერესო შემთხვევა, რომელთა შორის მოკლეთ შევჩერდებით სამზე:

1. ავადმყოფი 28 წლის, გათხოვილია 10 წ., ორსულათ არ ყოფილა. თვიური — 14 წლ., ყოველ 28 დღეზე, 3—4 დღე, ზომიერი, უტკივილოთ, უჩივის თეთრათ შლას, ტკივილებს პატარა მუცელში და წელის მიდამოში, შარდზე გასვლის დროს ზოგჯერ ტკივილები, შარდი მღვრიე.

ობიექტიურათ: მკვრივი საშვილოსნო და დანამატები, პალპატორულათ გრძობიარე. ავადმყოფს სიციხეს აძლევს. ლეიკოციტები 10 ათასზე ცოტა მეტი, ერიტროციტების დალექვის რეაქცია აჩქარებული. შარდში — ლეიკოციტები 40—60 მხ. არეში. დიაგნოზი: საშვილოსნოს და დანამატების ქრონიკული ანთება, ცისტითი. სათანადო თერაპია დიათერმია, გონოვაციკლინი, ცილოტროზინი. ერთი თვის შემდეგ გაწერა გაუმჯობესებული. შემობრუნდა სამი თვის შემდეგ ისევ იმავე მდგომარეობაში. იგივე პროცედურები. გადაყვანილია ქირურგიულ განყოფილებაში თირკმელების მხრივ გამოსაკვლევათ. რენტგენი არაფერს აჩვენებს. გაწერილია ამბულატორიულათ სამკურნალოთ. კიდევ სამი თვის შემდეგ მოვიდა პოლიკლინიკაში რჩევისთვის, დასთანხმდეს თუ არა ოპერაციაზე. როგორც მას ურჩევენ ერთ გინეკოლოგიურ დაწესებულებაში. ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესებულია. მაღალი ტემპერატურა. გენიტალიის მხრივ არა ვითარი ცვლილებები. ამ დროს ჩვენ უკვე გვაქვს დაწესებული უროლოგიური მუშაობა განყოფილებაში. ავადმყოფს მიეცა წინადადება საავადმყოფოში მოთავსების შესახებ. უროლოგიური გამოკვლევა. ცისტოსკოპია: ბუშითი სრულიათ სალი, თირკმელების ფუნქციონალური დიჯნოსტიკა: მარჯვენა თირკმელი არ მოქმედობს, ფილა გაგანიერებული. რენტგენი არაფერს არ უჩვენებს. შარდში ლეიკოციტები 100—150—200 მხედველობის არეში. დიაგნოზი: პიელონეფროზი. ოპერაცია. აღმოჩნდა — ფილა გაგანიერებული და აგრეთვე თირკმელი, პარენქიმა გადაგვარებული; ფილის შარდსაწვეთზე გადასვლის ადგილზე ცერის ოდენა ქვა, ფილაში მრავალი კენჭები და სილა. თირკმელის ექსტირპაცია. დრენაჟი. განკურნება. ამ ავადმყოფმა შემოიარა მრავალი გინეკოლოგიური და ქირურგიული დაწესებულებანი, ერთ გინეკოლოგიურ დაწესებულებაში მისთვის შეუთავაზებიათ დანამატების „სიმსივნეების“ გამო ოპერაცია, რაზედაც ის არ დათანხმდა, ჩვენც ბევრი უროცილოტროზინი ვაძლიეთ, სანამ ერთ დღეს ეს

„გინეკოლოგიური“ ავადმყოფი არ გადაიქცა „უროლოგიურათ“ და სათანადო, უკვე მიზანშეწონილ ოპერაციის მეოხებით განიკურნა.

2. ავადმყოფი 32 წლის. სწამლობს 2 წელიწადია, შარდის ბუშტის. „ანთების“ გამო. გონოვექცინაცია, ბუშტის გამორეცხვა, გასინჯული ყოფილა რამდენჯერმე ცისტოსკოპითაც. ცილოტროპინი 60 ჯერ შეუყვანიათ ვენაში. ავადმყოფი ჩივის, რომ მას შარდი უცბათ შეუწყდება და არ გამოდის. ის ხმარობს ათასგვარ ხერხებს, იღებს სხვადასხვა პრეპარატებს, რომ შარდი წამოუვიდეს. სიარულის დროს ცუდათ არის, დაწოლილი კარგათ გრძნობს თავს. ექვი შეგვაქვს ბუშტის კენჭზე. ცისტოსკოპია ამტკიცებს ჩვენ მოსაზრებას — ბუშტის უკანა კედელზე ცერის ოდენა ავურის ფერი კენჭი. *Sectionis alta*. განკურნება.

3. ავადმყოფი 26 წლ. მრავალ მშობიარე, ავადმყოფობს 3 წელიწადი, რომლის განმავლობაში სწამლობდა. აწუხებს ტკივილები პატარა მუცლის და წელის მიდამოში. ურჩევიათ ოპერაცია „გადახრილ“ საშვილოსნოს გასწორების მიზნით. ობიექტიურათ: საშვილოსნო *anteversio flexio*-ში თაღები თავისუფალი. ავადმყოფი მოხრილი დადის, გასწორებული სიარული არ შეუძლია. წელის მიდამოში ხერხემალი დეფორმირებულია. აღინიშნება პასტერნაცის ფენომენი. გადაწყვეტილია განყოფილებაში მოთავსება უროლოგიური გამოკვლევისათვის. თირკმელები ნორმა. მარცხენა პარარენალურ მიდამოში პუნქცია. (შარდში თეთრი ბურთულები 60 — 80 მხედვ. არეში, ცილის ნიშნები), ოპერაცია, მკაცრი შეხორცებები თირკმელის დეკაპსულაცია. ოპერაციის შემდეგ არ აღინიშნავს ტკივილებს გაეწერა 18 დღეზე.

ასეთია მოკლეთ ამ სამი შემთხვევის ისტორია. პირველ და მესამე შემთხვევებში, როცა კონსერვატიული წესები უძლური გახდნენ, ავადმყოფებისთვის ურჩევიათ გინეკოლოგიური ოპერაცია — ერთს დანამატების ექსტირპაცია და მეორეს „გადახრილი“ საშვილოსნოს გასწორება. საქმე იმაშია, რომ წელის და პატარა მუცლის მხრივ მოვლენებს გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში ხშირათ ხსნიან გენიტალიის დაავადებით იქაც, სადაც ობიექტიურათ არავითარი ცვლილებები არ აღინიშნება ისე, როგორც ქირურგები ილეოცეკალურ მიდამოში მოვლენებს მიაწერენ ჭიკაძე ნაწლავს და საქმე თავდება, არა იშვიათად, სრულიათ სად ორგანოებზე მანიპულიაციით, მათი ექსტირპაციით. უფრო მეტი: იქ სადაც გენიტალიის მხრივ არავითარ ცვლილებებს არა აქვს ადგილი სუბიექტიური ჩივილების ასახვით ასახელებენ ე. წ. მენჯის ნევრალგიებს, მიმართავენ სიმპატიკტომიებს, აწარმოებენ მაგალითად, საკრალურ ნერვის რეზექციას, რომელი მანიპულაცია ზოგჯერ სექვივით თავდება, რადგან ნერვის გამოთიშვა და რეზექცია ტექნიკურათ არც ისე ადვილი საქმეა და ნერვის მაგიერ, ხშირათ, ალბათ, შემაერთებელ ან კუნთოვანი ქსოვილის რეზექცია ხდება, რასაც — რასაკვირველია — დასახული მიზნის მიღწევა არ შეუძლია.

ეს ყველაფერი ამას მოწმობს, რომ გინეკოლოგია პატარა მუცლის მხრივ მოვლენების დროს ივიწყებს საშარდე სისტემის არსებობის შესახებ. ივიწყებს იმას, რომ არა იშვიათად საშარდე სისტემის დაავადებამ შეიძლება მოგვცეს გენიტალიით დაავადებით მსგავსი სიმპტომები ისე, როგორც დედაკაცის „აპენდიციტი“ უამრავ შემთხვევაში არის მხოლოდ დანამატების ანთება და აპენდიქ-

სის ამბუტაციას არა თუ შეღავათი მოაქვს ავადმყოფისათვის — წინააღმდეგ ის ამწვავებს პროცესს, ართულებს საქმეს.

შარდ-სასქესო სისტემა მონოლიტიურია, გენეტიურათ, ბიოლოგიურათ ის მთლიანია. კლინიკაც მას მთლიანი უნდა ქონდეს.

გინეკოლოგი ვალდებულია იცნობდეს საშარდე სისტემის ფიზიო-პათოლოგიას, ისე როგორც ის ვალდებულია იცნობდეს გენიტალიის რაობას, თუ არა რა გარანტია არის იმ შემთხვევათა განმეორების წინააღმდეგ, როცა გინეკოლოგმა (და არა „უბრალო მომაკვდავმა“ მეცნიერის დალით „მირონცხებულმა“) მცირე მენჯში სიმსივნის გამო წარმოებულ ოპერაციის დროს ამოკვეთა ეს „სიმსივნე“, რომელიც აღმოჩნდა არც მეტი, არც ნაკლები, როგორც ნალისებური თირკმელი და ავადმყოფი ცხადია — იმავე დღესვე ურემიასაგან დაიღუპა.

ყველა ამ შემთხვევებში მხოლოდ უროლოგიურ მიდგომას, უროლოგიურ აზროვნებას შეეძლო ამ მოვლენებისათვის სწორი ინტერპრეტაციის მიცემა, ეს ასეც მოხდა.

#### რ ე ზ ი უ მ ე :

ყოველი გინეკოლოგიური ავადმყოფი უნდა გამოკვლეულ იქნეს უროლოგიურათ. შარდვის პროცესის ანომალიების დროს უმთავრესი ყურადღება უნდა მიექცეს უროგენურ სისტემას მისი გამოორიცხვის ან სათანადო მკურნალობის თვალსაზრისით.

ქალის უროლოგია უნდა გახდეს გინეკოლოგიის განუყრელ საპატიო ნაწილათ და გინეკოლოგი უნდა იყოს უთუოდ უროლოგიც.

მ. ი. შველიძე.

## სუსუნატის დერმალური წყლულები<sup>1</sup>

### (Gonoderma Ulcerosum)

(კანისა და ვენერიულ სნეულებათა კლინიკიდან  
დირექტორი დოცენტი პ. ბუაჩიძე).

ვენერიულ სენის და კერძოთ გრნორეას მოსპობის საკითხი მეორე ხუთწლედში დასმულია მთელი სივრცე სივანით.

თუმცა გონორეის მოსპობა ეს არც ისე ადვილია, რადგან სიმძიმის ცენტრი მასთან ბრძოლისა მდგომარეობს სოციალურ ეკონომიურ ფაქტორებში კაპიტალისტურ წესწყობილების ნაშთისა ერთის მხრივ და ეკონომიურ პირობებში მეორე მხრივ. ბოლშევიკური ტემპით მიმდინარეობს ჩვენში ლიკვიდაცია როგორც კულტურული ჩამორჩენილების და სანიტარული გაუნათლებლობის ისე კაპიტალისტურ წესწყობილებისაგან ნაანდერძევე სოციალურ ეკონომიურ ფაქტორების, რაც არის საუკეთესო ნიშანი მეორე ხუთწლედში გონორეით დაავადების ახალ შემთხვევების მინიმუმამდე დაყვანისა. ყველასათვის კარგად ცნობილია, რომ გონორეა—ეს სოციალური ბოროტება აწიის მთელი სხეულის დაავადება.

გონოკოკი, რომელიც არის სპეციფიური გამომწვევი მიზეზი გონორეისა და რომელიც იყო აღმოჩენილი ნეისერის მიერ 1879 წელს, ლაფარო, ლავიკი და ფედოსიევიჩის გიმოკვლევით აღმოჩენილ იქნა მწვავე გონორეით დაავადებულ ადამიანის სისხლში. ბორდე-ჟანგუს რეაქცია და ლიმფატური ვზებით გავრცელება საკმაოდ ნათლათ ხდის ამ მოვლენას. გონოკოკი ეკუთვნის დიპლოკოკთა ჯგუფს, რომელსაც ნეისერმა (Neisser) უწოდა სახელი „გონოკოკუს“. ყოველი წყვილი აღნიშნული დიპლოკოკისა შესდგება ოროდ-ნახევრისაგან, გაყოფილ წვრილი ნაპრალით: ურთიერთ მიქცეულ ზედაპირზე აღნიშნულ ყოველ ნახევარს აქვს მკირე შეხნიეილობა, რაც ასე მკაფიოდ გამოხატული არ აქვს არც ერთ მზგავს დიპლოკოკს: იგი მრავლდება გაყოფის საშვალებით. დამახასიათებელია მისთვის ჯგუფობრივი დალაგება პრეპარატში. გონორეის სახელით აღინიშნება გამოწვეული აღნიშნული გონოკოკებით. ანთება, რომელიც ეწყება ორთავე სქესსა-შარდე მილის ლორწოვანი გარსიდან და რომელიც გადადის თანდათან დანარ-

1) მოხსენდა ვენეროლოგთა და დერმატოლოგთა სექციის კონფერენციას 1933 წ. 10 ივნისს.

ჩენ ორგანოებზე სისხლის მიმოქცევის ან ლიმფური გზების საშვალბით. გონოკოკის ბიოლოგიური თვისების, კლინიკურ და ლაბორატორულ-ექსპერიმენტალური საკმაო დაკვირვების გამო, ეგრედ წოდებული გონორეით გამოწვეული გართულებანი სულ თანდათან ფართოვდება. ამ დაავადების უამრავ გართულებათა შორის აღსანიშნავია თირკმელების, სახსრების გულის და კანის დაავადებანი. აღნიშნულ გართულებათა შორის ერთი თვალსაჩინო ადგილი უჭირავს გონორეის წყლულებს ე. ი. კანის ან ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევას, რაც ვითარდება იქ არსებულ გონოკოკების გამო, რადგან-მათ აქვს თვისება, როგორც უკვე ვიცით, სტაფილო ან სტრეპტოკოკის მზავვასათ, გამოიწვიოს დაჩირქება კანში ან კანქვეშა ქსოვილში.

გონორეულ წყლულებს წმინდა მეცნიერულ ხასიათის გარდა აქვთ დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა, რადგან გონორეით გამოწვეულ წყლულებს შეუძლია ჯერ-ერთი სიმულიაცია მოახდინოს რბილი ან მაგარი შანკრისა, მეორე ისინი ხასიათდებიან არა იშვიათათ ქრონიკული მიმდინარეობით და ქსოვილების დამრღვევი ხასიათით, და ბოლოს მესამე ის რომ ის ხშირად არც-ერთ სხვა მკურნალობას, გარდა წმინდა ანტიგონორეულ მკურნალობისა, არ ემორჩილება.

ეტოლოგიის მიხედვით გონორეული წყლულები, შეიძლება დაყოფილ იქნას ორ მთავარ ჯგუფად, რაც პირველად ბროკმა და შემდეგ ბუშქე და ლანგემ მოახდინა: I წმინდა ეგზოგენური, როდესაც ჩნდება კანზე და ლორწოვან გარსზე მოხვედრილ გონოკოკების მექანიური და ქიმიური ზეგავლენით, და მეორე II. მეტასტატიური წყლულები, რომლებიც ჩნდება გონოკოკის სისხლის ან ლიმფური გზების გადატანის საშუალებით. მეორე უფრო იშვიათ კატეგორიას ეკუთვნის ის გონორეული წყლულები, რომლებიც ვითარდებიან მეზობლურ დამოკიდებულებების უქონლობის გარეშე, პირველად ანატომიურ კერასთან, და სადაც გონოკოკები ხვდება სისხლის ან ლიმფური გზების საშვალბით, რის გამო ამგვარ წყლულებს უწოდებენ მეტასტატიურს. აქვე უნდა აღინიშნოს რომ გამოქვეყნებულ დაკვირვებებში, პირველად ინფექციის შეჭრის ადგილას გონოკოკებს ვერ ნახულობენ, რასაც ადასტურებს აგრეთვე იადასონი (Iadassohn) და რომელიც ამბობს, რომ „ახალი დაავადების ადგილები გონორეის შხამისა ვითარდება მაშინ, როდესაც პირველადი გონორეული პროცესი უკვე დიდხანია ჩაქრა“.

ეგზოგენური გონორეული წყლულები უვითარდება სქესობრივ ნაწილებზე, განსაკუთრებით ქალებს. აღნიშნული გართულება მოსალოდნელია უდემიე-შარდ სასქესო ორგანოების გონორეით დაავადების დროს, თუ კი არსებობს გონოკოკებით ინფექციური ჩირქოვანი გამონადენი. ასე, მამაკაცებს მწვავე სუსუნატის დროს, ზერელე სხვადასხვა ფორმის ფორზიებს გარდა რომლებიც ხვდება ასოს თავზე (Glans penis) და ჩუჩის შიგნითა ფურცელზე, რომლებიც ადგილი გამოსარკვევია დიაგნოზის მხრივ ხვდება აგრეთვე Orific. externa-სთან მდებელი გონორეული წყლულებიც, რომლებიც ცნობილი არიან ლელუარის (Leloir-ის) აწერის „erosio blennorrhoeica schancriformis“ სახელწოდებით. ეს შანკრის მაგვარი ეროზიები ხვდება მხოლოდ ერთეულების სახით და ლაგდება როგორც

შარდსადინარის მილის შებერილ და შემსივნებულ ნაპირებზე, ისე მათ ახლო მდებარე მიდამოებზე.

ლელუარის აწერით ეს ეროზიები არის საკმაოდ სწორი შემორგვალეული ფორმის, ოდენობით, ვერცხლის შაურიანისა და თითქმის ორშაურიანისა; ისინი პრტყელია, ოდნავ ექსკავაცია ქმნილი და აქვს ისეთი სახე თითქოს ლორწოვანი გარსი მოცილებულია სამართებლით; ფსკერი ხორცის მაგვარი წითელი ან მუქ—მოყვითალო ხანდიხან არის აჭრელებული წითელ წერტილებით, რაც მაჩვენებელია დვრილოვანი შრის მწვერვლების პროცესში ჩათრევისა, ფუძე გამკვრივებულია და შეხედვისას იქნება შთაბეჭდილება ძალიან მაგარი კაუჩიკისა“. ეს დაავადება იწყება რა ზერელე ეროზიის სახით თანდათან ითრევის პროცესში თვით ქსოვილს ასოს თავისას Glans penis-სას, რაც აიხსნება ღიმ ფური მილაკების ზერელე ეპიტელის ქვეშ გონოკოკების შთანერგვით, სადაც ხდება რეაქტიული უჯრედოვანი ანთებითი ინფილტრაცია. შარდ-სასქესო ორგანოების განსაკუთრებული ანატომიური შენების გამო გონორეული ეროზიები გვხვდება ქალებს შორის უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცთა შორის. მაგალითათ მწვავე გონორეული ვულვიტის დროს, ვულვის ლორწოვანი გარსის ინტესიურად წითელი მოელვარე ფონზე სისხლმდინარე ეროზიებთან ერთად გვხვდება აგრეთვე ღრმა ექსკორიაციები, რაც გამოწვეულია ხანგრძლივად ჩირქის ზემოქმედების გამო. ვულვის ბუნებრივ ჩაღრმავებებში და ნაოჭებში — ეს ეროზიები ჩვეულებრივ ღებულობენ ფორმას, ცოტა თუ ბევრათ ღრმა დახეთქილი (Ithagades) ადგილისას, რომელიც დაფარულია მოყვითალო მომწვანო ჩირქოვანი ნალექით.

უკანა შესართავთან, ნავისებურ ფოსოსთან, და კლიტორის ჩუჩასთან — ეს მწვავე გონორეული ეროზიები შეიძლება მიემზავსონ რბილ შანკრს, მაგრამ შესაფერ გამოკვლევის შემდეგ არ არის ძნელი უკანასკნელის გამოორიცხვა.

აქვე უნდა მოვიგონოთ ის პატარ-პატარა ფოლიკულისაღური წყლულები, რომლებიც გვხვდებიან ურეტრის ირგვლივ და მცირე ბაგეების შიგნითა ზედაპირზე მწვავე ვულვიტების დროს. უკანასკნელნი შეხებისას არიან საკმაოდ მტკივნეულნი, ოდენობით ქინძისთავის ოდენა, მრგვალი ფორმისა, მომუქ-მოყვითალო ფსკერით, ცენტრალურ ალაგას მცირე ძაბრის მაგვარად ჩაღრმავებული, სადაც შესაძლებელია მხოლოდ წვრილი ზონდით შესვლა. რადგან აღნიშნული წყლულები არის შედეგი ფოლიკულიარული კედლის დაჩირქებისა ამიტომ ვულვის ანთების განვლის შემდეგ, ადვილად განიციდინ შეუფავნითარებას. აღნიშნულ ფორმისთვის დამახასიათებელია წყლულების სწრაფი მიმდინარეობის გარდა, დიფუზიური ჩირქოვანი ანთება ვულვის ლორწოვანი გარსისა, შემდეგ შესიება მისი ფოლიკულებისა, რაც ზედაპირზე სჩანს წვრილ-წვრილ მარცვლების სახით. (რაც განსაკუთრებით კარგად სჩანს ბაგეების გაჭიმვის დროს) და არსებობა „სკენეს“ ჯირკვლების შემადლების Orif. Urethrae-ის ირგვლივ, უკანასკნელს მწვერვალზე ემხნევათ პატარ-პატარა ხვრელი, საიდანაც ხელის ზედ დაჭერით შევვიძლიან გამოვსწუროთ სქელი კომპაქტური ჩირქოვანი წვეთი. მრავალი ავტორები აღნიშნავენ აგრეთვე, რომ ნამშობიარე ქალებს, საშოს მხრივი საშვილოსნოს ნაწილი, მწვავე გონორეულ ცერვიციტის დროს, ხშირად აქვთ დაფარული გონორეული წყლულებით. ამ შემთხვევებში შეწითლებული და შემუპე-

ბულ საშვილოსნოს ყელის ლორწოვან გარსზე, როგორც საშვილოსნოს ხერხის ირგვლივ, ისე მის ახლოს ლაგდება, პატარა უსწორმასწორო კიდევბიანი ფორმის წყლულები, ირგვლივ ინტესიურ წითელი ქობათი და მუქ-წითელი ფსკერით. შიგადა-შიგ შეერთებია-რა-ეს წყლულები ქმნიან მოზრდილ ეროზიულ ზედაპირს პოლიციკლიურ კონტურით. აღნიშნულ წყლულებს ჩვეულებრივ არა აქვთ მიდრეკილება პერიფერიულ ზრდისაკენ და გონორეის მწვავე პერიოდის განვლის თანავე სწრაფად და უნიშნოთ განიცდიან უკუგანვითარებას. იშვიათ შემთხვევაში როგორც ამას მოწმობს დაკვირვება სალომონისა (Salomon) შარდ-სასქესო ორგანოების მწვავე გონორეის დროს ქალებს შეიძლება გაუჩნდეს ღრმა დაწყლულებანიც ნამდვილი მწვავე გონორეული წყლულები.

სალომონის შემთხვევაში საქმე ეხებოდა ოცწლიან ახალგაზრდა ქალს, რომელიც იქმნა მიღებული საავადმყოფოში საშარდე მილის, ყელის და სასირცხო ბაგეების შეშუბების მოვლენებით. განსაკუთრებით შეშუბებული ქონდა მარჯვენა მცირე ბაგის ზედამესამედი, სადაც ქონდა ოვალური ფორმის წყლული სიგრძით სამი სანტიმეტრი, მკაფიოდ შემოსაზღვრული და ზომიერად გამკვრივებული კიდევებით შეჭრილი ქსოვილში (1 1/2) ერთ ნახევარზე სანტიმეტრის სიღრმით, ფსკერი დაფარული მოშავო კომფაქტიური ნაღებით, ნაწილობრივ დაცილებული ნაპირებზე. შემდეგ შეშუბება სწრაფად გაქრა და წყლული, რომელიც ამ ხნის განმავლობაში კიდევ გაიზარდა ერთნახევარი სანტიმეტრი სიგრძით, მოსუფთავდა ნაღებისაგან და გაჩნდა ღრმა წვრილი სოლის მაგვარი ჩავარდნილობა, ისე რომ იქმნებოდა შთაბეჭდილება თითქოს წყლული ხელოვნურად იყო ამოჭრილი ძალზე მჭრელი დანით, მცირე ბაგის ქსოვილში. აღნიშნული წყლული იყო ძალზე მტკივნეული შეხებისას, მკაფიოდ შემოსაზღვრული მკვრივი კიდევებით და გამოყოფდა უხვ ჩირქს შიგ არსებული გონოკოკებით, რაც დასტურდებოდა წმინდა კულტურის მიღებითაც.

მეცხრე დღეს მარცხენა მცირე ბაგის კადეზე გაუჩნდა ანალოგიური წყლული სიგრძით ერთ ნახევარი სანტიმეტრით მკვრივით ინფილტრირული პერიფერიისაკენ. ეს პროცესი გრძელდებოდა ერთ თვემდე და ჩათავდა ადგილობრივ სპეციფიური ტერაპიის საშეაღების მიღების შემდეგ. პირველად პროცესი მიმდინარეობდა მცირედ მომატებულ ტემპერატურის ქვეშ (37,9) შემდეგ კი უტემპერატურით.

ლიმფური ჯირკვლები ბოლომდე შერჩა უცვლელი.

დაახლოებით ამგვარივე შემთხვევას სწერს ფუხსი (Fuchss, Gougerot, Burnie და Blum-ის მიერ აღწერილი შემთხვევა გვიჩვენებს, რომ გონოკოკი იწვევს არა მარტო ეროზიებს. არამედ წყლულებსაც მაგარი ან რბილი შანკრის მზგავსისა. ამ ტაქტის ილიუსტრაციისათვის მას მოყავს. შემდეგი დაკვირვება: 15 წლის ყმაწვილს, ანთებითი ფიმიოზით და მარცხენა საზარდულის ადენომატიით ქონდა წყლული ჩუჩის კიდეზე, წყლული იყო ოვალური, არა მკვრივი თანდათან გადადიოდა ჯანსაღ ქსოვილში. ფსკერი ოდნავ წამოზლილი — ასე რომ ემზგავსებოდა რამოდენიმედ მაგარ შანკრს. წყლულიდან გამონადენში ნახულობდნენ მუდამ გონოკოკებს. აღწერილია აგრეთვე წყლული იტალიურ ავტორის (Gravogner-ის) მიერ, სადაც ავტორს საქმე ქონდა ვულვის პირველად აბსცესებთან. სხვათა შო-



რის აღსანიშნავია აგრეთვე შემთხვევები ფერბერისა, რომლებიც მან ასწერა 1932 წელს და რომელნიც ხასიათდებიან ზერელე დაწყლულებებით.

არა ნაკლებ საინტერესოა შემთხვევა გელგერისა (R. Gelger-ისა), სადაც ურეტრის გონორეით დაავადების მეთოთხმეტე დღეს გამოაჩნდა ავადმყოფს ასოს დორზალურ ზედაპირზე ლიმფანგოიტი და ადენოპატია საზარდულის არეში. შემდეგ აღნიშნულ დორზალურ მხარეს გაჩნდა აბსცესი, რომელიც ჩქარა გარბილდა და გასკდა, ჩირქი შეიცავდა მხოლოდ სტაფილოკოკებს. გონოკოკი ნახული იქმნა მხოლოდ დაავადებულ ჯირკვლის პუნქტატში.

ამ რიგად ზემოაღწერილი კლინიკური სურათი გვხვდება გონორეის მწვავე ფორმის დროს.

სალომონის შემთხვევას ხაზს ვუსვამთ მისთვის, რომ ჩვენი შემთხვევა, რომელსაც მოვიყვანთ ქვემოთ, უახლოვდება მას, იგი თითქმის ანალოგიურია.

სანამ გადავიდოდე ჩვენი შემთხვევის აღწერაზე, მინდა დაუმატო კიდევ აქვე, რომ გონორეული წყლულები ჩნდება არა თუ გონორეის მწვავე ფორმის დროს, არამედ მისი ქრონიკულად მიმდინარეობის დროსაც, უკანასკნელნი ხშირად გვხვდება, გამოკვეყნებულ შემთხვევების მიხედვით, დედაკაცებში ვიდრე მამაკაცებში.

მათ ეკუთვნის ეგრედ წოდებული ორიფიციუმის წყლულები, რომლებიც ჩნდება გონორეის ჩირქით კანის გალიზიანების გამო, ჩირქის, რომელიც სდის დაავადებულ ორგანოს ღრუდან ან ჯირკვლიდან ხანგრძლივად. აღნიშნული მიზეზის გამო, მზგავსი წყლული ვითარდება per continuitatem, ჩნდება რომელიმე მილის გამოსავალთან მაგალითად ურეტრის ან საშვილოსნოს გამოსავალთან, უკანა კომისურასთან ან და ბარტოლინის ჯირკვლის სადინართან, უკანასკნელის ქრონიკული გონორეით დაავადების დროს. ვარეგანი სახე ორიფიციუმის წყლულებისა დამოკიდებულია მათ ლოკალიზაციაზე.

საკმაოდ კარგათ აქვთ აწერილი ამგვარი შემთხვევები Oruelle-ს და Velchère-ს. არ იქნება ზედმეტი რომ მიუთითოთ აქვე თალმანის შემთხვევაზე, რომელიც მან აწერა 1904 წელს „Ulcus gonorrhoeicum Serpinginosum-ს“ სახელწოდებით და რომელიც არ არის მოკლებული კლინიკურ ინტერესს. ეს წყლულები იყო დაღაგებული სასქესო ორგანოებზე, სერპინგინოზული შანკრის მზგავსათ, რომელთაც ჩვეულებრივ მათ აკუთვნებენ ხოლმე ამბულატორიულ გასინჯვისას.

ამგვარად თუმცა დღემდე გამოკვეყნებულ გონორეული წყლულების შემთხვევები ძალიან მცირეა, მაგრამ ისინი გვიხატავენ საკმარისად ნათელ ერთგვარ დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს, რომელიც იძლევა საშვალებას თავის მიმდინარეობით და ხასიათით ეკვი მივიტანოთ მის ნამდვილ ეტიოლოგიაზე. როგორც სჩანს თალმანის, კსილანდერის, მეშჩერსკის და ფუხსის დაკვირვებებიდან, გონორეული წყლულები უჩნდება როგორც მამაკაცებს ისე დედაკაცებს. გაჩენა მოსალოდნელია მისი ყოველთვის ქრონიკულ სუსუნატის დროს, რამოდენიმე წლის შემდეგაც-კი, რასაც ადასტურებს მეშჩერსკის შემთხვევა. ლოკალიზაცია მათი მოსალოდნელია ყველგან სასქესო ორგანოების ნაწილებზე და მათ ახლოს. თალმანის პირველ შემთხვევაში ქალს ქონდა დაზიანებული გარეთა სასქესო ორგანოები მთლიანათ, აგრეთვე უკანა ტანის ირგვლივი მიდამო, და

კანი საზარდულის არეში ერთ მხარეზე, ამავე ავტორის მეორე შემთხვევაში წყლულს ეკავა მთლიანათ ერთი საზარდულის მიდამო. კსილანდერის შემთხვევაში წყლულებს ეკავათ ნაწილი გვირგვინოვანი ლარისა (*Sulcus coronarius*), კანი ჩუჩისა და სხეული ასოსი. მეშჩერსკის შემთხვევაში დაზიანებული იყო სათესლე პარკის კანი, ასოს თავი: ასოს სხეულის კანი და მარცხენა საზარდულის არე. Fuchs-ის შემთხვევაში დიდი ბაგეები და ჩვენ შემთხვევაში კი წყლულები იწყებოდა დიდი ბაგეების გარეთა კიდეებიდან და თავდებოდა ორივე მხარეს გენიტალურ ბარძაყის ნაოჭთან. ქრონიკულ გონორეის წყლულების დროს, ყოველთვის არსებობს ქრონიკულ გონორეის მოვლენები ამა თუ იმ შარდ-სასქესო ორგანოსი, თუმცა გონოკოკებს ამ შემთხვევაში ყოველთვის ვერ ნახულობენ. თალმანის ერთ შემთხვევაში, წყლულებთან ერთად, ავადმყოფს ქონდა აგრეთვე ურეტრიტი და ენდოცერვიციტი — უგანოკოკოდ. იგივე კსილანდერის შემთხვევაში მხოლოდ თალმანი თავის მეორე შემთხვევაში წყლულებთან ერთად ასწერს ქრონიკულ სეპტიცემიას განუწყვეტელ ჰექტიური სიცხით, თანდართული მორაზმით და კოლაპსის განმეორებული შეტევით.

როგორც უკვე ზემოდ აღვნიშნეთ წყლულები ერთ შემთხვევაში ჩნდება, როგორც პირველადი კანის სისქეში, მეორე შემთხვევაში, როგორც ეს ვგვხვდება საზარდულის არეში, მეორად კანის წყლულებს წინ ერთვის მწვავე ჩირქოვანი პირველადი ადენიტი პერიადენიტი: წყლულებს თან ერთვის მცირე ოდენობის, მაგრამ ღრმა არა მკაფიოთ შემოსაზღვრული ცოტად თუ ბევრად რეზისტენტური ინფილტრატი. აღნიშნულ ინფილტრატის სწრაფი დაშლის გამო ჩნდება მცირე ქინძისთავის ოდენა ჩაღრმავებული წყლული დაქანებული კიდეებით და ოდნავ ანთებული პერიფერიით. იძლევა-რა ამავე დროს რბილი შანკრის სიმულიაციას. წყლული მატულობს-რა თანდათან, შეიძლება გადაიქცეს დიდ წყლულათ დაკბილულ კიდეებით და ლამბაქის მზგავსი ფსკერით, რომელიც დაფარულია მაგრად ფეხჩადგმული მუქ-ყვითელი ნადებით და რაც გამოყოფს ჩირქოვან სეკრეტს, ხშირად სისხლს-ნარევს. ზოგი წყლულთაგანი შესაძლებელია სწრაფად თვითნებურათ დასუფთავდეს და შეხორცდეს დასტოვოს-რა შედეგათ რბილ ქსოვილში, მაგალითად სათესლე პარკზე, ნაზი ნაწიბურები, მხოლოდ მკვირვ კანზე კი მოზრდილი ნაწიბურები, რომელიც ემზგავსება რამოდენიმეთ შეხორცებულ წყლულოვან სკროფულოდერმას.

ლოკალიზაციის მიხედვით გონერეული წყლულები ზოგ შემთხვევაში სუბიექტიურ გრძნობებს (ტკივილებს) არ იძლევა და მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ მოთავსებულია ნაოჭებში ან ურთიერთ შემხვე ზედაპირზე, მაგალითად მცირე ბაგეებზე, შეუძლიან დიდი მტკივნეულობა გამოიწვიოს. გონორეული წყლულები ზოგჯერ იწვევენ არაჩვეულებრივ დარღვევას ქსოვილისას. ასე, თალმანის შემთხვევაში წყლულოვანი დარღვევა ისე დიდი იყო, რომ სამი თვის შემდეგ ავადმყოფობის დაწყებისა, სრულიად მოსპობილ იქმნა მცირე ბაგეები, შიგნითა მხარე დიდი ბაგეებისა, უკანა შესართავი და უკანა კედელი საშოს ქვედა ნაწილისა, რის გამო მოხდა შეერთება საშოს კედლისა და უკანა ტანის ორი ფისტულით.

მიმდინარეობა აღნიშნული ავადმყოფობის ხასიათთება განსაკუთრებული ხანგრძლიობით.

დიაგნოზი გონორეულ წყლულებისა პირველ ხანებში საკმარისად ძნელია, მაგრამ თუ ვიცით კლინიკური სურათი მაგარი და რბილი შანკრისა, ადვილი გამოსარიცხავია უკანასკნელნი მით უმეტეს, რომ ჩირქოვან გამონადენში სპეციფური ეტიოლოგიის მონახვა არც ისე ძნელია. თუ ვინიცობაა გონოკოკები ვერ იქნება ნახული, მაშინ საკმარისია წინასწარ გავალიზიანოთ წყლული ვერცხლის პრეპარატის მაგარი ხსნარით (1—2%), რის შემდეგაც გონოკოკის ნახვა უფრო ადვილია. გონორეული წყლულებისათვის ძალზე დამახასიათებელია მათი ატიპიურობა და სხვადასხვა გვარად მიმდინარეობა. ჩვეულებრივ გისტოლოგიური პრეპარატიდანაც ადვილათ ნახულობენ გონოკოკებს. გისტოლოგიური გამოკვლევა იძლევა მრავალ წვრილ უჯრედოვან ინფილტრაციას წყლულის ირგვლივ, როგორც მთლად ებიდერმისში, ისე კორიუმს და კანქვეშა შემეგრთებელ ქსოვილში. უკანასკნელში არის უხვად ჩირქი და დეტრიტი და საერთოდ უხვი ინფილტრაცია წვრილი უჯრედებისა. ამავე დროს ლიმფური ნასვრეტებში და საერთოდ ქსოვილში ვნახულობთ მრავლად, როგორც უჯრედს გარეშე, ისე უჯრედის შიგნით ნეისერის გონოკოკებს.

მკურნალობა გონორეულ წყლულებისა არ არის ძნელი თუ ვინმართ სისტემატიურად ანტიგონორეულ საშვალეებს. ამ შემთხვევაში წყლულები ჩქარა რჩება სტოვებენ რა ნაწიბურებს, როგორც ზემოდაღნიშნეთ მკურნალობის მხრივ საინტერესოა ფერბერის მიერ ხმარებული ორ შემთხვევაში გონოვაქცინა კომპრესის სახით, რომლის დროსაც წყლულები სწრაფად დასუფთავდნენ და ავადმყოფები შედარებით ჩქარა განიკურნენ.

ამ მოკლე ლიტერატურულ მიმოხილვის შემდეგ გადავდივართ ჩვენ შემთხვევაზე:

ავადმყოფი პ. ა. ცხრამეტი წლისა, გაუთხოვარი, ეროვნებით რუსი ქ. კრასნოდანიდან. შემოვიდა კლინიკაში ა/წ. 5 თებერვალს — გარეთა სასქესო ორგანოებზე წყლულების და შარდ-სასქესო ორგანოებიდან უხვი ჩირქის მდინარების ჩივილით. მისი სიტყვით ავად არის საერთოდ ერთი თვე, მხოლოდ წყლულებით ორი კვირა. ავად გამხდარა ახალსენაკის საბჭოთა მამულში, სადაც იგი მუშაობდა ორი თვის განმავლობაში.

წარსულში როგორც ვენერიულს ისე სხვა გვარ ინფექციურ სნეულებებს უარყოფს.

ავადმყოფი საშვალო ტანის, ნორმალური აგებულობის, დაქვეითებული კვების, კანის და ლორწოვანი გარსები ძალზე მკრთალი, ლიმფური ჯირკვლები საზარდულის არეში შემსივნებული ორ-სამ ალაგას თხილის კაკლის ოდენა, მცირედ მტკივნეული შეხებისას „უპერიადენიტოთ“, დანარჩენ მიდამოებში არ ისინჯება. გარეთა სასქესო ორგანოებზე დიდი ბაგეებიდან ორი სამ ცთმ-მს დაცილებით, ორივე მხარეს, აქვს ორი წყლული, რომლებიც მიდიან ბარძაყ გენიტალურ ნაოჭამდე. ორივე წყლული ოვალურია ფორმით, გაგრძელებული ზემოდ და ქვემოთ, კიდეები მკაფიოთ შემოსაზღვრული და ზომიერად გამკვრივებული,

კომფაქტიურ ჩირქოვანი ნადებით ფსკერზე, რაც ალაგობრივ ნაპირებზე მოცილებულია.

სიღიდე მარჯვენა მხარის წყლულისა: სიგრძე სამი სანტ., სიგანე ორ ნახევარი სანტ. და სიღრმე ერთ ნახევარ სანტ., მეორე წყლული, რომელიც მდებარეობს მარცხენა მხარეს — სიგრძითაა 3 cm. სიგანით 2, cm. და სიღრმე ოდნავ მცირე ვიდრე მარჯვენასი, საერთოდ მარცხენა მხარის წყლული ნაკლებია მარჯვენაზე, როგორც სიგრძით და სიგანით, ისე სიღრმით. ორივე წყლული შეხებისას მცირეთ გამკვრივებულია, ძალზე მტკივნეული და გამოყოფენ უხვ ჩირქს, რაშიდაც მრავლად იქმნა აღმოჩენილი ნეისერის გონოკოკები, როგორც უჯრედს შიგნით ისე უჯრედს გარეშე. ნაცებში რომლებიც აღებული იქმნა, როგორც პერიფერიიდან, ისე წყლულის სიღრმიდან, მრავალჯერ ვნახეთ ტიპური ნეისერის გონოკოკები, ამასთანავე წყლულები შეხვეულ იქმნა ფიზიოლოგიურ ხსნარით რამოდენიმე დღის განმავლობაში, რომ დაგვეცვა გონოკოკების გარეგანი შემთხვევით შერევა, რის შემდეგაც კვლავ ავიღეთ ნაცხი, სადაც როგორც ზერელე, ისე სიღრმიდან გინემორებით აღებისას, ნახულ იქმნენ ნეისერის გონოკოკები.

ამ რიგად აღებულ ნაცებში არა ერთხელ აღმოვაჩინეთ ნეისერის გონოკოკები. გონოკოკები მივიღეთ აგრეთვე წმინდა კულტურის სახით, რაც შეასრულა პათივცემულ ექიმმა ი. ა. ხათრიძემ. დათესვა მან აწარმოვა ასციტ-აგარზე, რომლის დროსაც მივიღეთ ტიპური ზრდა გონოკოკებისა.

ბიობსიამ გვაჩვენა შემდეგი სურათი:

ახლო მდებარე ქსოვილები წყლულთან ცვლილებას განიცდიდენ მხოლოდ ეპიდერმისში (პოროკერატოზი, სპონგიოზი და აკანტოზი), კუტისში ნახულ იქმნა პაპილომატოზი და მძლავრად გაგანიერებული ლიმფური სადინარები. საერთოდ ინფილტრატი იყო მცირე. წყლულისაკენ მოახლოებისთანავე ინფილტრატი მატულობს, მხოლოდ თვით წყლულში, სადაც ეპიდერმისი არ არის, ინფილტრატით დაფარულია მთელი მხედველობის არე. ინფილტრატი შესდგება ლიმფოციტებისაგან. პოლინუკლიარებისაგან და ალაგობრივ ენდოტელეიარულ უჯრედებისაგან. ინფილტრატში აღინიშნება მრავლად ახალ წარმოშობილი კაპილიარები და აგრეთვე ალაგობრივ პლაზმატიური უჯრედები. ერთ ალაგას იქმნა ნახული გიგანტური უჯრედი ლანგანსის ტიპისა. გონოკოკები აღმოჩენილი არ ყოფილა.

გარდა ზემოდ აღნიშნულ წყლულებისა ავადმყოფს აღმოაჩნდა აგრეთვე ურეტრიტი და ცერვიცრიტი მწვავე ფორმისა გონორეის ხასიათის. როგორც ურეტრის ისე ცერვიციტიდან გამონადენ ჩირქში ნახული იქმნა მრავლად გონოკოკები.

მკურნალობა ჩატარებულ იქმნა მხოლოდ ანტიგონერეული რომელიც მდგომარეობდა საშოს რეცხვაში (Sol. Kali Hypermang 1: 20000) ყოველ დღეურად და ურეტრის იგივე რეცხვაში) (Sol. albarg. 0,2—200) დღეში სამი-ოთხჯერ. ადგილობრივ წყლულებზე პირველად ვხმარობდით ფიზიოლოგიურ ხსნარს და შემდეგ ორ პროცენტის ვერცხლის მარილს. ზემოდაღწერილ წყლულებმა ჩქარა იწყეს განკურნება. ასე რომ დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ მათ იწყეს დასუფთავება და შეხორცება. სამი კვირის შემდეგ აღნიშნულ წყლულების

ალაგას გაჩნდა ნაწიბუროვანი ქსოვილი, რამოდენიმეთ მზგავსი წყულოვან სკროფულოდერმის ნაწიბურისა, რითაც ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან. აღნიშნული ავადმყოფი დარჩა ა/წ. პირველ აპრილამდე ზემოდმოხსენებულ ურეტრიტის და ცერვიციტის გამო. ავადმყოფი კლინიკაში წოლის დროს გამოკვლეულ იქმნა ყოველ მხრივ, მაგრამ შინაგან ორგანოების მხრივ მას პათოლოგიური-რამ არ აღმოაჩნდა. ვასერმანის რეაქცია განმეორებით აღმოჩნდა უარყოფითი ხასიათისა, მკრთალი სპიროხეტა და დუკრეის ჩხირები არ იქმნა აღმოჩენილი.

აგრეთვე შარდის და სისხლის ანალიზებმა პათოლოგიური არაფერი მოგვცა.

### დასკვნები

1. გონორეის წყულებს, გარდა წმინდა მეცნიერულ ხასიათისა აქვთ უაღრესად პრაქტიკული მნიშვნელობა.
2. ისინი ხასიათდება ქრონიკული მიმდინარეობით და ქსოვილის უხვი დამრღვევი თვისებებით.
3. ადვილად იძლევა სიმულიაციას მაგარი ან რბილი შანკრისას.
4. სქესობრივ ორგანოების ყოველგვარი წყული უნდა გვაფიქრებდეს გონორეის წყულებზედაც, რაც სამწუხაროდ, პრაქტიკულად ყოველთვის არ ხდება.
5. ადვილად იკურნება მხოლოდ ანტიგონორეული მკურნალობის საშუალებით.
6. მეტასტატიური ხასიათის გონორეის წყულების დროს პირველად ინფექციის ალაგას გონოკოკებს მეტ წილ შემთხვევაში ვერ ნახულობენ.
7. გონორეის წყულის განვითარებისათვის, გარდა პირველად გონორეის ინფექციისა, საჭიროა აგრეთვე ორგანიზმის ერთგვარი მიდრეკილება კანის დაავადებისადმი.
8. გონორეის გართულებათა ყოველგვარი სახის შესწავლა, მათ რიცხვში კანის დაავადებაც, მოგვცემს საშუალებას მეორე ხუთწლედის გეგმის შესრულებისას, რაც გულისხმობს გონორეის ახალ შემთხვევების მინიმუმამდე დაყვანას.

## შრომის პირობები და მუშათა დაავადება ბრაზილიის შავი ქვის სამუშაოებზე.

ექიმ ფ. ფრეიზეს მასალებით (Arch. f.  
Gewerbepath. u. Gewerbehyg. 1932 J. 4 B. 1 H.).

ავტორს უწარმოებია დაკვირვებები თავის 12 წლის განმავლობაში მუშაობის დროს ბრაზილიის შავი ქვის მალაროებში (Minas Geraes ოლქში) და რიო-დეჟანეიროს ნავსადგურში შავი ქვის სატვირთავ სამუშაოებზე, მას უწარმოებია სისტემატიური დაკვირვება 527 მუშაზე (448 მ. 54 ქ. და 20 მოზარდი და მცირეწლოვანი) მათ შორის 68 მ. და 23 ქ. ყოფილა პორტუგალიელი და ესპანელი, დანარჩენი კი ყველა ადგილობრივი მცხოვრები, რომელთაგან მხოლოდ 23% — თეთრ-კანიანი, სხვები კი ფერად კანიანები. უცხოელ მუშათა სიმცირეს ავტორი ხსნის ძალიან მცირე ხელფასით მალაროებში.

მალაროს სამუშაოებზე ყოფილა გამოყენებული ქალთა და მცირეწლოვანთა შრომაც (26 ქ. და 20 მ. 15 წელზე ქვევით, დანარჩენ მუშებს შორის კი 34 მ-ს და 34 ქ-ს მუშაობა მალაროებში დაუწყიათ 15 წ. ასაკიდან).

შავი ქვის ამოღება სწარმოებს იქ უმეტეს შემთხვევებში ღია სამუშაოებით, მხოლოდ ორ ადგილას ამოღება სწარმოებს მიწის ქვეშ. ხელოვნური განათება მიწის ქვეშ სამუშაოებზე სწარმოებს ღია ნავთის ლამპებით, მალაროების ჰაერის ხელოვნური განთავსება არ სწარმოებს, ვინაიდან მეტორის აზრით ბუნებრივი განათება სრულიად საკმარისია.

მიწის ქვეშ სამუშაოებზე ჰაერის ტემპერატურა უდრის 11—18°, ერთი ადგილის გარდა, სადაც შავი ქვა შერეულია გოგირდოვან რკინასთან და ჰაერის ტემპერატურა აღწევს ხანდახან 23,5°-დ. ღია სამუშაოებზე ჰაერის მაქსიმალური ტემპერატურა აღწევს 33 — 35°, მინიმალური კი 2 — 4°.

შავი ქვის მალაროების ადგილმდებარეობას ახასიათებს დიდი ნალექიანობა, მაგრამ მუშაობა წყდება მხოლოდ ძალიან ძლიერ წვიმების დროს.

მუშების ეკონომიურ მდგომარეობის შესახებ ავტორი გვაძლევს შემდეგ ცნობებს:

Minas Geraes ოლქს ახასიათებს მეტად მცირე მოსახლეობა — მხოლოდ 9 სული ერთ კვ. კილომეტრზე. ნიადაგის გამოფიტვა მძარცველურ მიწათ-სარგებლობის გამო წინა წლებში — აღარ აძლევს მოსახლეობას საკმაო სარჩოს. რის გამოც მოსახლეობის იმ ნაწილს, რომელმაც ვერ შესძლო სხვაგან გადასახლება დაურჩა მხოლოდ შავი ქვის საბადოებზე მუშაობა.

უკანასკნელ 20 წლის განმავლობაში შავი ქვის წარმოება ძალიან იყო დამოკიდებული მსოფლიო სახალხო მეურნეობის კონიუნქტურისაგან და უკანასკნელის ძლიერ მერყეობის გამო შავი ქვის წარმოებანი მეტად არარეგულიარულად მუშაობდნენ. ამის გამო მუშების კეთილდღეობის მდგომარეობა მეტად დაბალ დონეზე იმყოფებოდა. ავტორის აზრით წარმოებაში ჩაბმულ 4.000 მუშიდან — 80% სრულიად არაა უზრუნველყოფილი და მხოლოდ 15% უზრუნველყოფილი და ისიც ძალიან მცირედ. მუშა-მამაკაცების დღიური ხელფასი აღწევს 3,5 — 6,2 მილრეის და დედაკაცების 1,8 — 2,4 მილრეის და მოზარდების 0,7 — 1,2 მილრეის 12 — 14 საათიან სამუშაო დღეში (1 მილრეისი = 0,25 გერმან. მარკას = 12 კაპ.).

მწარმოებლებს მოწყობილი აქვთ საწარმოებთან საკუთარი სასურსათო სავაჭროები, სადაც მუშას ხელფასიდან უქვითავენ ნახარჯ საქონლის ფასს, მიუხედავად ასეთი სისტემის აკრძალვისა ხელფასის გაცემის ეს წესი მაინც ფრიად გავრცელებულია, რითაც მუშა ზარალით თავის ხელფასის 20 — 25% გარდა ამისა ხელფასის გაცემა ძალიან გვიანდება.

ზოგიერთ წარმოებასთან მოწყობილია ხის საერთო საცხოვრებლები, სადაც ჩასახლებულია მუშები თავის ოჯახებით, გარდა ძალიან ფრიად მცირე მოცულობისა ისინი სრულიად არ იცავენ მცხოვრებლებს ავი დარისავან.

შავ ქვაზე მომუშავეთა დაავადების მდგომარეობას სხვა წარმოების მუშებთან შედარებით ავტორი ახსიათებს შემდეგი ცხრილით, რომელიც შეიცავს 1920 — 1931 წ. მასალებს შავი ქვის მუშების შესახებ და ბოლოს მასალები ოლქის მთელი მრეწველობის შესახებ.

	შავი ქვის წარმოება	სხვა სამთო წარმოებები	ოლქის მთელი მრეწველობა
მუშათა რიცხვი . . . . .	1.355	6.275	25.870
სნეულებანი . . . . .	%	%	%
სასუნთქო ორგანოებ. . . . .	24,5	11,3	3,85
საკმლის მონელების ორგანოებ. . . . .	18,2	12,7	5,55
სისხლის მიმოქ. ორგ. . . . .	13,8	10,6	7,25
გრძნობ. ორგან. . . . .	6,5	12,4	—
კანი . . . . .	27,6	13,6	—
სხვადასხვა ორგან. . . . .	9,4	—	—
საერთო სიკვდილ. . . . .	7,22	3,85	1,88

მუშების გამოკვლევის დროს ავტორმა აღმოაჩინა მათ შორის 61% — ბნეიმონია, 50% — გულის სნეულების სხვადასხვა ფორმები, სისხლის წითელი ბურთულების შემცირებული რაოდენობა და ჰემოგლობინის შემცირება — 80%.

სნეულებათა ცალკეულ სახეებიდან ავტორი აღნიშნავს შემდეგს:

1. შავი ქვის მიწის ქვეშა სამუშაოები წარმოადგენენ შესაფერ კერას კეთილთვისებიან ვეილის სნეულებისა. სიკვდილიანობა, რომლისაგანაც უდრის 2,5%, ავადმყოფობა გადააქვთ ვირთავებს თავიანთ პარაზიტ-რწყილების საშუალებით. მშრალი და მტვერიანი სამუშევრები უფრო ხელსაყრელ პირობებს წარმოადგენენ სნეულების გავრცელებისათვის ვიდრე ნოტიო და ნაკლებ მტვერიანი ადგილები. პირველ რიგში სნეულდებიან გადასაზიდ სამუშაოზე მომუშავე ქალები და მოზარდები, მუშა წევრები სნეულდებიან უფრო იშვიათად. დაჭერილ ვირთავების 66% — აღმოაჩნდათ Spiroch. icterogen. მეზობელ რკინის მალაროებში ვირთავების უვნებელი აღმოჩნდა, მიუხედავად იმისა, რომ 60% — მათგანს ჰქონდა Spiroch. icterog. ავტორი ამას ხსნის იმ გარემოებით, რომ წყლის ძლიერ მეკვიანობის გამო მალაროები თითქმის სრულიად არ შეიცავს რწყილებს. ამის გამო ავტორის წინადადებით შემოღებული იყო ვირთავების სოროების მორწყვა 20 გრ. უწყლო FeSO<sub>4</sub> ხსნარით 100 გრ. წყალში, რამაც დამაკმაყოფილებელი შედეგი გამოიღო.

ვეილის სნეულების ეს შემთხვევები იაბონელ ავტორების მიერ ლიტერატურაში აღწერილ შემთხვევებისაგან განირჩევა ფრიად ხანგრძლივ მიმდინარეობით რამდენიმე კვირის განმავლობაში, სუსტი ცხელებით, ელენთის უმნიშვნელო გადიდებით და კუნთების იშვიათი ტკივილებით. ადგილობრივი ექიმები ამ შემთხვევებს ნაკლებ ყურადღებას აქცევდნენ, ვინაიდან სნეულების ასეთ წიშნებს, როგორც მაკ. ფერმკრთალობა, მადის დაკარგვა, ნერვიული აშლილობანი და სხ. მიაწერდნენ ცხოვრების მძიმე პირობებს, განკვეთის შემთხვევები კი არ ყოფილა.

2. ერთ-ერთ ოლქის (Queluz) შავი ქვის მალაროებისათვის დამახასიათებელია დაავადების შემთხვევები, რომელიც გამოიხატება პირის ღრუს და კოლინჯის ლორწოვან გარსის და აგრე-

### რეფერატები

თვე თირკმელების პერიოდულ ანთებით და ამასთანავე კანის მთლიანი დასნეულებით. სნეულე-  
ბის გამომწვევ მთავარ მიზეზს წარმოადგენს სასმელ წყალში შერეული და მის საშუალებით  
მიღებული შავი ქვის კოლოიდალური სილიკატები. შავი ქვის თანდაყოლილი სხვადასხვა მინე-  
რალური შეიცავს კირის მჟავას შენაერთებს, რომლიდანაც ჰუმინის მჟავით გაჟღენთილი ნიადაგის  
მჟავა რეაქციის წყლები ქმნიან კოლოიდალურ სილიკატებს. ამ წყალს აქვს მოლურჯო რძის  
ფერი და უსიამოვნო მეტალის გემო. მალაროს მუშები ხშირად სსსმელათ ასეთ წყალს და ისიც,  
ძალიან დიდი რაოდენობით, დღეში არა ნაკლებ 2 — 4 ლიტრს, რომელიც შეიცავს 11 — 25 მგ.  
შავი ქვის სილიკატს.

პირველ ხანებში ასეთი წყლის სმა ზომიერი რაოდენობითაც კი 2 — 4 კვირის განმავლო-  
ბაში იწვევს საჭმლის მარილის ორგანიზმიდან გამოყოფის შეფერხებას, რის პირველ ნიშნებს  
წარმოადგენს ფერმკრთალობა, ხან და ხან ქვლები, ყაბხობა, რომელიც ხან და ხან ადგილს  
უთმობს ფაღარათს, ძლიერი შიმშილის გრძნობა და ხან კი პირიქით მადის დაკარგვა, თვალის  
შემარტებელ გარსის მოლურჯო-წითელი ფერი, პირის ღრუს გარსის მოყვითალო ფერი,  
მკრთალი ფერის ზოლი კბილის ძირებთან. ამ პირველადი პერიოდის დამთავრებისას დაავადე-  
ბულებს, განსაკუთრებით კი ქალებს უჩნდებათ ციებ-ციხელების ძლიერი შეტევები, რომელიც  
გრძელდება საათობით, თავის და კუნთების ტკივილები და გულის რევა, ნერწყვის დენა. ამავე  
დროს ყელის გვერდებზე, თავის კეფაზე, წინამხრის შიგნითა გვერდებზე, ბარძაყის შიგნითა  
გვერდზე, იშვიათად კი ბარძაყის ირგვლივ და მუდმივ კი წვივის ზეითა ნაწილის კანზე ჩნდება  
მუხუდის ოდენა ლაქები, რომელსაც აქვს ჯერ მკრთალი ვარდის ფერი, შემდეგ მუქი წითელი და  
ისიფერი. ამ ლაქებს პირველ დღეებში სულაც არ ახასიათებს ტკივილები და ქავილი,  
რომელიც ჩნდება მხოლოდ 3 — 5 დღის შემდეგ, როდესაც ლაქები იქცევა ამობურთულ და  
სეროზულ სითხით სავსე ბუშტუკებათ. თუ აცილებულია ბუშტუკების გაკაწრვა და სითხის  
გამოსვლა ბუშტუკები 8 — 12 დღის განმავლობაში ხდება და აიჭერცლება და მათ ადგილას  
კანზე რჩება ოდნავ მოსველი ლაქები, რომლის სითხეს მარილის სუნი აქვს. 11 $\frac{1}{2}$  — 2 კვირის  
შემდეგ, ხან კი უფრო გვიან ისევ ჩნდება ლაქები იმავე ადგილებზე და სხვაგანაც, იმავე მხო-  
ლოდ ცოტა უფრო ზომიერ საერთო მოვლენებით, რომელიც ქრება 1 — 11 $\frac{1}{2}$  კვირის განმავლო-  
ბაში, თუ აცილებულია გაკაწრვა. შემდეგ შესაძენ მეოთხეჯერ მეორდება იგივე მოვლენები  
უფრო ფართო გავრცელებით, მხოლოდ უფრო მცირე ინტენსივობით.

მგარამ ამგვარი კეთილთვისებიანი მსვლელობა ძალიან იშვიათია, ვინაიდან მხოლოდ მუშე-  
ბის მცირე რიცხვს შეუძლია დასტოვოს სამუშაო დიდი ხნით და აიცილოს ლაქების გაკაწრვა,  
რადგან დახმარების გაცემა მუშებისათვის აუადმყოფობის დროს არსებობს მხოლოდ ქალაღზე.

მტვერის, მიკროორგანიზმების და ალბათ მზის სხივების გავლენის გამო, რამდენიმე კვი-  
რის განმავლობაში ვითარდება უფრო ხშირად მძიმე ქრონიკული ეკზემის სურათი, ძლიერ ციებ-  
ციხელების განმეორებითი შეტევებით 1 — 2 დღით მადის დაკარგვით. დამსკდარ და დასივებულ  
კანის გასქელება, რომელიც თეთრ კანიანებთან იღებს მოყვითალო-წითელ ფერს, მუქ კანიანებთან  
კი მკრთალ-რუხ ფერს, ხშირად გვამღვეს Elephant. mollis ან Elephant. dura-ს სურათს.

კისერზე, ხელებზე და ბარძაყებზე ეკზემა უფრო ადრე ინკურნება, წვივებზე კი აუადმოყო-  
ფობა გრძელდება წლიობით, თუ თავიდანვე არ დაწყებულია ენერგიული მკურნალობა.

თუ შარდის ანალიზი არ კეთდება, მაშინ დაავადება აღინიშნება როგორც კვების ზოგადი  
დარღვევა. შარდის გამოკვლევა კი ყველა შემთხვევებში გვამღვეს Nephrit. diff. chr. სურათს.  
ამაზე მიგვიითებს შარდის რაოდენობის ხან-გამოშვებითი შემცირება, ცილა-ს დიდი რაოდე-  
ნობა შარდში, დიდი ორგანიული ნალექი მარცვლოვანი მასებით, თირკმელების ეპიტელიუმით  
ცხიმოვანი მარცვლებით, ცილინდრებით და თირკმელების მგრძნობიარობის შეუცვლელობა,  
თუნდაც რომ არ მივაქციოთ ყურადღება, არტერიალურ წნევის და მაჯის დაჭიმვის გაძლიე-  
რებას, ფიზიკური დაჭიმვა განსაკუთრებით მადნის ზიდვის დროს, რომელსაც უმეტეს შემთხვე-  
ვებში აწარმოებენ ჯერ კიდევ განვითარება დაუსრულებელი ქალები, ხშირი და ადვილი გა-  
ციება, განსაკუთრებით ზამთრის დასაწყისში, იწვევს პროტეისის გამოწვევას. მეორე მხრივ  
მალაროებში მუშაობის დროებით მიტოვება ცხოვრების ადგილის გამოცვლით იწვევს ნაწილო-  
ბრივ გაუმჯობესებას. დაახლოებითი გამოანგარიშებით შეიძლება მივიღოთ, რომ ამ სნეულებით



დაავადებულთა რიცხვი 1900 წლიდან უდრის 2.000 — 2.200-ს, გართულებების გამო გარდაცვალებულთა რიცხვი კი 320-ს.

მის შემდეგ, რაც სამი წლის წინათ ავტორმა შესძლო იმის დამტკიცება, რომ დაავადებას იწვევს კოლოიდალური მანგანოსილიკატის ხანგრძლივი მიღება სასმელ წყალთან ერთად, შემოღებული იყო კირის დამატება დიდი რაოდენობით სასმელ წყალში და უბრალო მიმდინარე წყლის სმის აკრძალვა, რითაც საგრძნობლად შემცირებული იყო დაავადების შემთხვევები.

დაავადების სრული მოსპობა შეუძლებელი იყო, ვინაიდან მუშები უდისციპლინობის და უკულტურობის გამო არ ასრულებდენ ამ წესებს.

3. ამ სნეულებისაგან უნდა გამოვყოთ მტვირთავების ეკზემა, რომელიც გვხვდება როგორც რ/გ ვაგონების მტვირთავებს შორის, აგრეთვე როოდენქანეიროს ნავსადგურის მტვირთავებ შორისაც, უკანასკნელ დროს კი გაცილებით უფრო მცირე რაოდენობით სატვირთავ სამუშაოების მექანიზაციის გამო.

ზუსტი მეცნიერული ნოენკლატურის თანახმად ხსენებულ დაავადებას უნდა უწოდოთ არა ეკზემა, არამედ Dermatitis. Venenata, ვინაიდან აქ არა აქვს ადგილი ებიდერმისის დაზიანებას, რაც გვხვდება ნამდვილი ეკზემის დროს. ავადმყოფობას იწვევს შავი ქვის ზოგიერთ ქანგების (პოლიანიტი, პიროლოუტიტი) მწვავე მოქმედება და აგრეთვე ფსილომელანი. ჩნდება სხვა დასხვა ინტენსიობით იმის მიხედვით თუ რა დროს განმავლობაში მოქმედებდა და რამდენად იყო შერეული მადნში კირის, ტიტანის და პირიტის შენარევეები და აგრეთვე დაზიანებულ სხეულის ნაწილის მგრძნობარობის მიხედვით. ყველაზე უფრო ადრე ზიანდება ფეხის ქვეთა ნაწილები, ხელები, კისერი, გული, უფრო იშვი თად კი ტანისამოსით დაფარული ნაწილები. დაზიანებას მნიშვნელოვანად ხელს უწყობს მზის ინტენსიური გასხივება (ჩრდილიანი სატვირთი ადგილები უფრო ჯანსაღ ადგილებთან ითვლება) მარილებით გაუღწეოთილი და ნისლიანი ჰაერი.

თეთრ კანიანები უფრო მალე და უფრო მძიმე თხდება ავთ ვიდრე ნეგროები, გარდა ამისა მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე შეჩვევასაც, ღამით მუშაობა, როგორც თვით მუშები ამბობენ, უფრო ნაკლებ მავნებელია ვიდრე დღისით მუშაობა, შეიძლება უფრო ნაკლები მტვერიანობის გამო. უმეტეს შემთხვევაში ავადდება კანის დიდი ფართობი დასივებით, სიწითლით (უკანასკნელი ემჩნევა მხოლოდ თეთრ კანიანებს) მაღალი ტემპერატურით და ცოტათი თუ ბევრად მწვავე ტკივილებით. დამატებითი დამახასიათებელი ნიშნებია აგრეთვე ციებ-ცხელება, მადის დაკარგვა, მწვავე წყუროფილი, ცვალებადი ალგზნებულება და სისუსტე. ვინაიდან როოდენქანეიროს ნავსადგურში დაავადებულ მუშებს ხსნიან სამუშაოდან სნეულების პირველ ნიშნებისთანავე, აქ მხოლოდ იშვიათად გვხვდება დერმატიტის მძიმე ფორმები, როგორც მაგალითად ერთიმეორესთან ან პუსტულოზური კანის აქერცლით. მადნის ამოსაღებ სამუშაოებზე კი ხშირია პირიქით შემთხვევები, როდესაც გვაქვს მძიმე აშლილობა კანის ცალკე ნაწილების ნეკროზის და ლიმფის ნაკადში დიდალ შხამოვან ნივთიერებათა შეწოვის გამო. სასიკვდილო შემთხვევები გამოწვეული ამ პროფესიონალურ სნეულების გამო ძალიან იშვიათია.

ავტორის გამოკვლევებით აღმოჩნდა, რომ სნეულების მიზეზია ნავსადგურში შავი ქვის, ტიტანის და შეიძლება მცირე რაოდენობით რკინის ქლორიდების წარმოშობაც, ამოღებაზე კი მადნის ძალიან წვრილი მტვერი შეერეული უცხო მენტალების ქანგების ნაწილაკებთან.

მსოფლიო ომის წლებთან შედარებით სნეულების შემთხვევები უკანასკნელ წლებში შემცირდა, შეიძლება იმის გამო, რომ სხვა ნივთიერებთან შეერეული მადანი ეხლა უფრო იშვიათად იტვირთება.

თეორეტიულ თვალსაზრისით მტვირთავების ეკზემა სპიროებს უფრო დეტალურ შესწავლას, ვინაიდან საჭიროა შემომწმებელი იქნეს დებულება შავი ქვის შენაერთების არამავნებლობის შესახებ.

4. ავტორის აზრით ძალიან საეჭვოა, რომ კუჭნაწლავებში მოხვედრილი მტვერი არ იწვევს მანე მოქმედებას, ვინაიდან მუშების პერიოდიულმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა მუშების 28% შორის მეტად თუ ნაკლებათ მძიმე ანთება კუჭნაწლავებისა შავი ქვის მტვერის ჩაყლაპასთან დაკავშირებით.

ავტორი ფიქრობს, რომ ხანგრძლივი მუშაობა ძალიან წვრილი მტვერის ატმოსფეროში განსაკუთრებით მაინც თუ ის მდიდარია ტიტანის ქანგით (შეიცავს დაახლოებით 0,01 — 0,048%)

რეფერატები

ტიტანის ქანგებს) უფრო სწრაფად იწვევს ხსენებულ პროფესიონალურ დაავადებას. ფოსფორის მჟავას ნარევი მტვერი შედარებით უფრო უვნებელია, ვინაიდან ფოსფორ მჟავა დაკავშირებულია ხოლმე თიხის დიდ რაოდენობასთან რაც აფერხებს მის შეწოვას. სპილენძის კვალის შენარევის მოქმედება ჯერ გამოურკვეველია.

მტვერის რაოდენობა ჰაერში დატვირთვის ადგილებზე აღწევს ჰაერის საშუალო მოძრაობის დროს 55,5 მგ. ერთ კუბ. მტ. ძალიან წვრილ მარცვლოვან შავი ქვის დატვირთვის დროს მტვერის რაოდენობა აღწევს 180 მგ. 1 კუბ. მ. ჰაერში. 55% დასატვირთი შავი ქვის შეიცავს წვრილმან ცვლოვან მადანს (0,5 სმ-ზე უფრო მცირე) მტვერის ნაწილაკების სიდიდის გაზომვის მიხედვით ავტორი იძლევა დაყოფას შემდეგ ჯგუფებზე: 18%—60 მიკრონზე მეტი, 11%—50-60 მიკრონამდე, 14%—40-50 მიკრონამდე, 20%—30-40 მიკრონ., 17%—20-30 მიკრ. 10%—10-20 მიკრონ., 6%—5-10 მიკრ., 4%—5 მიკრ. ნაკლები.

რაც უფრო წვრილია მტვერი მით უფრო მეტ შხამოვან შემადგენელ ნაწილებს შეიცავს იგი რაც სჩანს ანალიზების შემდეგ ცხრილისაგან:

	მსხვილ მარცვლიანი შავი ქვის მტვერი %/%-ში	წვრილი მტვერი 0,5 — 0,1 სმ. %-ი	მტვერი 0,5 მმ %/ში	მტვერი 50 მიკრონზე ნაკლები %/%-ში
Mh O <sub>2</sub> . . . . .	53,51	54,70	55,11	55,58
Fe <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	13,61	13,65	13,82	14,14
Si O <sub>2</sub> . . . . .	1,75	2,43	3,88	5,82
Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	2,81	2,62	3,11	3,84
Ca O . . . . .	0,23	0,43	0,65	0,72
MgO . . . . .	კვალი	0,11	0,17	0,34
Ti O <sub>2</sub> . . . . .	კვალი	0,45	0,84	1,17
Ca . . . . .	0,006	0,011	0,026	0,033
As <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	კვალი	კვალი	0,003	0,006
SO <sub>3</sub> . . . . .	0,016	0,025	0,044	0,101

დანარჩენი წყალი და ორგანიული ნივთიერებანი კუჭნაწლავის სხვა დაავადებებისაგან ეს ფორმა განსხვავდება იმით, რომ მწვავე კატარის მოვლენები თანდათანობით გადადის მძიმე მოვლენებზე. მადა იკარგება სრულიად, ჩნდება სამინელი წყურვილი, ყრუ და მტრელი ტკივილები მუცელში, სიცხე და სისუსტე რამდენიმე საათით. გულის რევა და ბოყინი, ყაზბობა ან ფალარათი სისხლ ნარევი შავი ან მუქი-რუხი და ცუდსუნინი განავალით. განავალში გვხვდება აგრეთვე დიდი რაოდენობით ეპიტელიუმი. შარდი მყავე რეაქციის შეიცავს ცილას დიდ რაოდენობას, ხან და ხან თირკმელის ფორმთან ელემენტებს და სისხლს, როგორც ცდებიდან სჩანს კუჭნაწლავებში გამოიყოფება 75% შავი ქვა და ტიტანი. რომელ ორგანოებში რჩება, დანარჩენი ჯერ გამოურკვეველია.

გაცდენები ამ სნეულების გამო მალაროს სამმართველოს ცნობებით აღწევს 35%-ს თითო ცვლაში, ზოგიერთი ავადმყოფი აცდენს 15 — 40 დღემდე. სიკვდილიანობა უკანასკნელ წლებში (როდესაც უმთავრესად სწარმოებს ტიტანის დიდ რაოდენობის შემცველი. წვრილ მარცვლიანი შავი ქვის დამუშავება 3—0%-ზე უფრო მცირეა. ნავსადგურის მტვირთავებ შორის დაავადების

შემთხვევები უფრო მცირეა, ვინაიდან შავი ქვის მორწყვა წყლით და სატიერთავე სამუშაოების შეხანხავია ხელს არ უწყობს მუშების მიერ მანე მტვერის ჩაყლაპვას.

5. სასუნთქ ორგანოებზე შავი ქვის მტვერის მოქმედების შესახებ ავტორი იძლევა შემდეგ ცნობებს: წვრილ-მარცვლოვანი შავი ქვის მტვერი ძალიან ხშირად იწვევს ცხვირის ლორწოვან გარის გაკაწრას და ხან კიდევ ღრმა ანთებითი პროცესებს, რომელიც ვრცელდება სასახე და ყელზე. ცხვირის ლორწოს ასეთ შემთხვევებში აქვს მინის მაგარი მოლურჯო თაბლესციური თვისებები, ლორწოს მიკროსკოპიული გამოკვლევა აღმოაჩენს კვარცის მტვერის ნაწილაკებს, რომელიც შეერთებულია ძაფის მაგვარ შენაერთებში, მიკროსკოპიული ანალიზი გვიჩვენებს ციტანის და შავი ქვის ჟანგებს. ლორწოს შეჩერების შემდეგ ჩნდება ცხვირის ლორწოვანი გარის მოყვითალო-წითელ ლაქებით, ან და თანაბრად შეღებილი რუხი ან მოყვითალო წითელი ფერით. ბევრი ავადმყოფი ჩივის ყნოსვის გრძობის შემცირებას.

1928 — 1930 წ. სტატისტიკურ მასალებში ავტორმა აღმოაჩინა რიო-დეჟანეიროს ნავსადგურის მტვრითავთა შორის 5 შემთხვევა Rhinit. crouposa 7 შემთხვევა, Laryngitis და 3 შემთხვევა Oedema glottidis ძალიან ხშირად Minas Geraes შავი ქვის მუშათა შორის, განსაკუთრებით კი (ქალებსა და მცირე წლოვანთა შორის გვხვდება სისხლის დენა ფილტვებიდან) 1927 — 1931 წ. 425 დაავადებული შორის აღნიშნულია 78 შემთხვევა სისხლის დენისა ქალებსა და მცირეწლოვანთა შორის).

არასაკმარისი კვებას და სისხლის მიმოქცევას მიღების კედლების შემცირებული წინაღობას, ლეიკემიის და თირკმელების დაავადების გამო, ქსოვილების დაზიანებას ტუბერკულოზის ან კიდევ ფილტვების განგრენის გამო, რაც შავი ქვის მალაროებში გვხვდება 120%/ით მეტჯერ ვიდრე მეზობელ მალაროებში, სამთო სამუშაოების პირობებისაგან დამოუკიდებელი შეუძლიათ გამოიწვიონ სისხლის დენა ფილტვებიდან.

ყველა სახის სამთო სამუშაოები სწარმოებს მუშაობის მექანიზაციის გარეშე (გარდა სატიერთავე სამუშაოებისა რიო-დეჟანეიროს ნავსადგურში), რაც მოითხოვს მუშებისაგან, განსაკუთრებით ქალებისაგან ძლიერ ფიზიკურ დაჭიმვას. ამასთან დაკავშირებით ხანგრძლივი და განმეორებით მძლავრი შესუნთქვა და დაჭიმული ამოსუნთქვა იწვევს ფილტვების ქრონიკულ ემფიზემას, რომელიც აღმოაჩნდა გამოკვლეულ მუშების 3/4-ს, ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ამასთანავე როგორც ამ დაავადების ერთ-ერთ მიზეზს ხშირ ხველას, რომელსაც იწვევს სასუნთქ გზებში მოხვედრილი მტვერის ნაწილაკები.

იმ მუშებს შორის, რომელთაც დაიწყეს მუშაობა წარმოებაში ახალგაზრდა, ფიზიკურად დაუმთავრებელ განვითარების მდგომარეობაში ემფიზემა ვითარდება მუშაობის პირველ ნახევარ წლის განმავლობაში. იმ მუშებს შორის, რომელთაც დაიწყეს სამთო სამუშაოებზე მუშაობა ხნოვან ასაკში ემფიზემა ვითარდება მხოლოდ 3—8 წლის შემდეგ.

იმ სამუშაოებზე, სადაც შავი ქვა არ შეიცავს ციტანის ჟანგებს ან შავი ქვის სილიკატებს ემფიზემის შემთხვევები ძალიან იშვიათია, რაც მიგვიბრუნებს იმაზე, რომ ფილტვების ემფიზემის განვითარებისათვის აუცილებლად საჭიროა ფილტვების ქსოვილის პირველადი დაზიანება ტოქსიკურ ანთებითი პროცესით.

პათოლოგო ანატომიურ სურათის შესახებ ავტორს მოყავს განკვეთის ორი შემთხვევის შემდეგი მასალა:

1. მუშა 23 წლის ასაკის, ესპანელი, 3 წელიწადი მუშაობს შავი ქვის სამუშაოებზე, მათგან ერთი წელიწადი შავი ქვის ზიდვაზე, რომელიც შეიცავდა ტიტანის და შავი ქვის სილიკატის დიდ შენარებს. გადანიცვალა სამუშაოზე საზიდ შტრეკში შავი ქვის მადანის ჩამონგრევის გამო სიმაღლე — 1,62, წონა — 59,5 კგ. კვება ზომიერი, ფილტვები ნორმალურ ფილტვებთან შედარებით გადიდებულია მოცულობაში 7 — 10%/ით, მკრთალი ფერის, დაჭიმული ჰაერით გაბერილ ბალიშისავით, ქვეითა და უკანა ნაწილებში ნექნების გაურკვეველი ნაშთები, კიდები დარგავლებული აქვს, ფილტვების ბუშტუკების შორის მოსჩანს თხილის ან კაკლის ოდენა ჰაეროვანი არეები. გაჭრის ზედაპირი თითქმის ხორცის ფერისაა, უსისხლო. ალვეოლების დიამეტრი გადიდებულია 8 — 10 ჯერ. ალვეოლის კედლები კი ძალიან გათხვლებულია. მილები ნაწილობრივ ობლიტერაცია ქმნილია, მიკროსკოპით აშკარათ სჩანს ტიტანის და შავი ქვის კვალი.

2. მუშა — 42 წლის, თეთრ კანიანი, ბრაზილიელი, მუშაობს შავი ქვის სამუშაოებზე 14 წელიწადი შეწყვეტებით, უმეტეს შემთხვევაში, როგორც მნგრეველი და მტვირთავი. გარდაიცვალა სახიდ შანტაში ჩაყარდნის გამო, სიმაღლე 1,62 მ., წონა — 62,5 კგ. კვების მდგომარეობა ზომიერი. ფილტვები 10<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ით მეტი მოცულობისაა ნორმასთან შედარებით, წონით კი 12<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ით უფრო ნაკლები, ფერი მკრთალი, ზედაპირის 2<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ი დაფარულია შავი ლაქებით, რომელიც განსხვავდება ქვანახშირის ლაქებისაგან მოყვითალო ბრჭყვიალით გვერდითი გახედვის დროს. ფილტვების ქსოვილში, სახელდობრ მარჯვნივ, ერთეული ცერცვის ოდენა გამკვრივებული ადგილები, რომელს გაჭრის დროს ისმის შუილით. მიკროსკოპის ქვეშ შავი ქვის სილიკატის ნემსების ჯგუფი, ცალკეული ნემსებით 0,8 — 1,2 მმ-თ სიგრძით და 30 — 50, მიკრ. დიამ. მარცხენა ფილტვში კაკლის ოდენა კავერნა, რომელიც გავსილია მორაქობ-შავი ცხიმოვანი მასით; 14,665 გრ. მშრალ ნარჩენებში აღმოჩნდა 2,182 გრ. შავი ქვა (შავი ქვის ზეჟანგი, შავი ქვის სილიკატი) და 1,483 SiO<sub>2</sub>, TiO<sub>2</sub>, Fe<sub>2</sub> O<sub>3</sub> აღმოჩნდა მნიშვნელოვან კვალის სახით. სისხლის გამოკვლევამ მოგვცა სისხლის ბურთულების მოშავო შედეგა, დაღეკვის შემცირება, უსწორო კიდვები, მიკროსკოპით აშკარათ აღმოჩნდა შავი ქვა და ტიტანი.

შავი ქვის მტვირთავებს შორის რიო-დეჟანეიროს ნავსადგურში აღმოჩნდა რენტგენზე 55<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ში მსუბუქი დაჩრდილვა სურათის, და გავრცელებული და ღრმა დაჩრდილვა 14<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ში. პირველთა პროფესიონალური სტაჟი — 2-3. 1/2 წელიწადი, მეორეების-კი 5 — 10 წ. შემთხვევითი მუშაობა შავი ქვის სამუშაოებზე იწვევდა ცვლილებებს რენტგენის სურათზე მხოლოდ დიდი ხნის შემდეგ.

ავტორი აუცილებელ საჭიროდ სთვლის შავი ქვის მუშების მიკროქიმიურ გამოკვლევებს ვინაიდან ფიქრობს, რომ შავი ქვის შენაერთები უფრო საშიშია, ვიდრე ქვანახშირის ან რკინისა.

ლ.ც. ექ. ა. ხმალაძე.

**Проф. К. И. ПЛАТОНОВ. ორსულთა პირღებინების  
ფსიქოგენეზისა და ფსიქოთერაპიისათვის.**

ავტორს მოყავს 8 წლის (1924 — 1932 წ.წ.) მასალა, რომელიც შეიცავს 8 საკუთარს და 62 შემთხვევას ხარკოვის მედიკ. ინსტ. და უკრაინ. ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტის თანამშრომლების დაკვირვებას. ამათგან 18 ყოფილა მეტად მძიმე მდგომარეობაში; 6 კი — ყოველივე ეჭვის გარეშე, უნდა დათავებულიყო სიკვდილით, რომ არ ეხმარა შთაგონება გინოტიურ მდგომარეობაში.

62 ავადმყოფობიდან, სხვადასხვა პასაკისა და ორსულობის რაოდენობით, დადებითი შედეგი მიუღია 49 შემთხვევაში ე. ი. 80<sup>0</sup>/<sub>6</sub>, აქედან 30<sup>0</sup>/<sub>6</sub> ეხებოდა სწორედ მძიმე ავადმყოფებს. ჩვეულებრივ მკურნალობის ეფექტს იღებდა 1 — 2 სენანის შემდეგ, ყოველ შემთხვევაში 3 სენანის მეტი არ სჭირდებოდა. 54 შემთხვევაში პირღებინების ეთიოლოგიაში ფსიქიური ფაქტორი არ არსებობდა; ის არ აღინიშნებოდა არც ერთ მძიმე შემთხვევაშიც. მხოლოდ 5 შემ-ში აღნიშნული იყო ელემენტარული ფსიქიური ფაქტორი (შთაგონება, თვითშთაგონება, შიში და სხვა).

მცირე ფსიქოთერაპიის ასეთი წარმატების საფუძველზე, როდესაც არ არსებობდა ფსიქიური ტრავმა, ავტორს ეჭვი შეაქვს ორსულთა პირღებინების განმარტების საქმეში ფსიქოგენეზური თეორიის სისწორეზე და უფრო დასაბუთებულათ სთვლის საერთოდ მიღებულ სომატოგენურ, აუტოინტოქსიკაციურ თეორიას (ტოქსიკოზები).

ავტორი ლიტერატურული მიმოხილვის და საკუთარი დაკვირვების თანახმად იმ დასკვნამდის მიდის, რომ ორსულთა პირღებინების მკურნალობაში მცირე ფსიქოთერაპიის წარმატება არ შეიძლება ჩაითვალოს ფსიქოგენურ თეორიის წყაროთ, რადგანაც ფსიქოთერაპიის შედეგები არ რიცხავენ და არ ეწინააღმდეგებიან საერთოდ მიღებულ სომატოგენურ თეორიას და ამ უკანასკნელთან ფსიქოთერაპია შეთავსებულიაო. ამიტომ ის ფიქრობს, რომ საწამლის ნაშედეგი

ენდოგენური გამომწვევი მიზეზი არ იქნება აღმოჩენილი და სანამ არ იქნება გამონახული სპეციფიური საშუალება პირლებინების საწინააღმდეგოთ — მეთოდი ორსულთა პირლებინების ფსიქოთერაპიით მკურნალობის — დაყენებულ უნდა იქნეს პირველ ადგილზედ, აქამდე არსებულ ყველა კონსერვატიულ მკურნალობასთან შედარებით, რადგანაც პროფილაქტიკის თვალსაზრისით ფსიქოთერაპიას აქვს უაღრესი მნიშვნელობა, როგორც ორსული დედაკაცისა და ნაყოფისათვის, ისე ამ ნიადაგზედ წარმოებულ აბორტების საკითხშიც, რაც ხშირად მიზეზია მძიმე სომატოფსიქიური ტრავმატიზმისა.

3. ეპიეზილი.

3. Я. ГЕНДОН. საზვილოსნოს სისხლის დენის მკურნალობა „ლაკიური სისხლით“

(Ж. Гин. и Акуш. № 3. 1933 წ.)

ავტორის საზვილოსნო დან სისხლის დენის მკურნალობისთვის უსარგებლია „ლაკიური სისხლი“-თ, რაც თავისი ბუნებით მოდიფიკაციას წარმოადგენს აუტოჰემოთერაპიის.

მეთოდიკა, რომლითაც ავტორი სარგებლობდა შემდეგში მდგომარეობს: 10 გრამიან შპრიცში იღებდა 7 cm<sup>3</sup> სტერილურ გამოხდილ წყალს, შემდეგ რდაყვის ვენაში შეყავდა ნემსი და ამ უკანასკნელიდან შპრიცში იღებდა 3 cm<sup>3</sup> სისხლს, რაც ეროვდა გამოხდილ წყალს (ლაკიური სისხლი. აა რიგად წყალში განხავებული სისხლი ნემსის გამოუღებლივ შეყავდა უკანვე იმავე ვენაში. სისხლი ჩქარა არ უნდა გამოვიდოთ, რომ ჰაერის ბუშტუკები არ შევიდეს შპრიცში. ვენაში სითხის უკანვე შეყვანა უნდა სწარმოებდეს ნახევარი წამის განმავლობაში, რომ ამით თავიდან ავიცილოთ ჩქარი შეყვანის დროს ნემსის გამოძობა ვენიდან და ძლიერ მტკივნეული კანქვეშა ინფილტრატის გაჩენა. უფრო გვიანი შეყვანისას კი — ლაკიური სისხლიდან გამოიყოფა ფიბრინი კოაგულებისა და ძაფების სახით, რაც სითხის ნაკადთან ერთად შეიძლება გაძვრეს ნემსში (მეტადრე თუ მსხვილი ნემსია) და მოგაცეს ესა თუ ის გართულება. ამის თავიდან ასაცილებლად ავტორი გვიჩვენებს წმინდა ნემსის ხმარებას.

ლიკიური სისხლის დღეგამომავებით შეყვანა ნაკლებ ეფექტს იძლევა. ამიტომ გვიჩვენებს მის ყოველდღიურად შეყვანას. ამ წესით მკურნალობის ხანგრძლივობა უდრიდა 5 — 6 დღეს.

1 1/2 წლის განმავლობაში გაუტარებია ამ წესით 158 ავადმყოფი საზვილოსნოდან სისხლის დენით; აქედან 17 ყოფილა სტაციონარიდან, 141 ამბულატორიული ავადბი. დაავადების და მახედვით 115 — იყო მენო-მეტრორაგია, 41 — ჰიპერ და პოლიმენორეია და 3 ავადმყოფს სისხლის დენა ქონებია. როგორც შემდეგში გამოჩვენებულია საზვილოსნოს გარეშე ორსულობის (საფუძველზედ. 17 ავადმყოფს სისხლის დენასთან ერთად ქონებია დანამატების ანთებითი ხასიათის სიმსიენე ტიპიურ „დანექსიტების“ სახით. გართულებებიდან 13 შემთხვევაში უნახია ლაკიური სისხლის შეყვანის შემდეგ შემცივნება-სიცხით. 2 შემ-ში სიცხე გავრძელდა 3 საათს, 5 შემ-ში T° აღწევდა 39,2°, სხვა არავითარი გართულება არ იყო.

მკურნალობის შედეგი ასეთია: პირვილი შესხმის შემდეგ სისხლის დენა ჩვეულებრივით არ ჩერდებოდა. 13 შემ-ში სისხლის დენის მკვეთრი შემცირება მოხდა უკვე მეორე შეყვანის შემდეგ. 3 შემთხვევაში სისხლის დენა სრულიად არ შეჩერდა და როგორც შემდეგში ოპერაციამ დაადასტურა, საქმე ეხებოდა საზვილოსნოს გარეშე ორსულობის შემთხვევებს, რისთვისაც ავტორი ამ მკურნალობას აღწერს აგრეთვე დიფერენციალ-დიაგნოსტიკურ თვისებასაც.

რეციდივი უნახია 4 შემ-ში, სხვა შედეგები იყო სტაბილური. ავტორის დაკვირვებით ლაკიურ სისხლის მოქმედება არ განისაზღვრება მარტო სისხლის შეჩერების თვისებით, არამედ ის მოქმედებს ანთებითი ინფილტრატზედ და ამრიგად ხელს უწყობს მის შეწრუტვას და დანექსიტების გაქრობას.

3. ეპიეზილი.