

200  
1932

სამოსტუმროს წელი მეცხრე



# თანამედროვე მედიცინა

(Thanamedrové Medicina)

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

## № 1—2

იანვარი—თებერვალი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღენტო,  
პროფ. შ. მიქელაძე, დოც. პლ. შუშანია, დოც. პ. ჭიქალიშვილი,  
დოც. პ. ბუაჩიძე, დოც. პ. ქავთარაძე, ასისტ. ი. ასლანიშვილი.

ტფილისი—1932.

# თანამედროვე მედიცინა

(Thanamedrové Medicina)

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის სასლმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

F1516

## № 1—2

### იანვარი—თებერვალი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღენტი  
პროფ. შ. მიქელაძე, დოც. პლ. შუშანიას, დოც. პ. კიკალიშვილი,  
დოც. პ. ბუაჩიძე, დოც. პ. ქავთარაძე, ასისტ. ი. ასლანიშვილი.





## Танамедрове Медицина

Ежемесячный научный Медицинский журнал. орган Тифлис.  
Госуд. Мед. Института  
№ 1—2 1932 г.

Адрес редакции и конторы: Тифлис, ул. Цулукидзе 4. Издательство Тифлис.  
Госуд. Мед. Инст.

---

## Thanamedrove Medicina

Journal<sup>de</sup> Medical Géorgien  
№ 1—2 1932.

Adrese de la Redaction: 4, rue. Tsouloukidzé Tiflis (Géorgie). U. R. S. S.

საქ. ს. მ. უ. ს. პოლიგრაფიული ტრესტის 1-ლი სტამბა. ტფ.

შეკვეთა № 1793.

მთავლიტი № 1366.

ტირაჟი 800.



### თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო ჟურნალი.

ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო.

დოც. პლ. შუშანია, დარვინიზმი და მარქსიზმი . . . . . 4

#### I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

- 1. პროფ. მ. უგრელიძე. კრუპოზული პნევმონია. . . . . 7
- 2. პროფ. ს. ყიფშიძე და ლ. ყვანია. შემთხვევა ეპილექსიით გართულებული პოსტ-პერაციული ტეტანისა. . . . . 17
- 3. ი. მჭედლიშვილი. ზოგიერთ საკვებ ნივთიერებათა კუჭის წვევის შევობაზე გავლენის საკითხისათვის. . . . . 22
- 4. გ. ნიკოლაიშვილი. მღივი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზის იშვიათი შემთხვევა. 27
- 5. ნ. დემეტრაძე. ზურგის ტვინის ანესთეზიის საკითხისათვის. . . . . 32
- 6. ლ. ცისკარიშვილი. კვირისტავის მოტენილობა და მისი მკურნალობა. . . . . 43
- 7. ე. ფიფია. იშვიათი სიდიდის ჰიდროცელეს შემთხვევა. . . . . 50
- 8. ვ. მაჭაცარია. პერფორაციული ტიფოზური პერიტონიტების წამლობისათვის. . . . . 61
- 9. დოც. პლ. შუშანია. ჰემორაგიული მეტროპათიის საკითხისათვის. . . . . 64
- 10. ი. თაფურაძე. ქრონიკული გონორეის მკურნალობა თერმო-მექანიკური მეთოდით. 69
- 11. დ. მიქელაძე. Carcinoma penis რადიორენტგენოთერაპია. . . . . 74

#### II. საზოგადოებრივი მედიცინა:

- 12. მ. მაჩაბელი. ნაწლავების პარაზიტების გავრცელება ტყიბულისა და ჭიათურის მაღაროს მუშათა შორის. . . . . 78
- 13. ნ. ანდრიაძე. დიფტერიის საწინაღმდეგო წინასწარი აცრა და მისი მნიშვნელობა. 8

#### III. კორესპონდენციები.

#### IV. რეფერატები.

#### V. ქრონიკა.

პასუხისმგებელი რედაქტორები:  
 დოც. პლ. შუშანია  
 დოც. პლ. კიკალიშვილი  
 პროფ. შ. მიქელაძე

ლოცენტი კლ. უზუაინია.

## დარვინიზმი და მარქსიზმი

ამ წელს შესრულდა 50 წელიწადი უდიდესი ბიოლოგის და ბუნებისმეტყველის ჩარლზ დარვინის გარდაცვალებიდან.

დარვინი შვილია მე-19 საუკუნის შუა ნახევრისა. ეს ის დრო იყო, როდესაც ინგლისის კაპიტალიზმი განიცდიდა სწრაფ. შეუჩერებელ განვითარებას, როდესაც მას ევროპის კონტინენტზე და კოლონიებში მეტოქე თითქმის არავინ ჰყავდა, როდესაც საკუთარი პროლეტარიატისა და კოლონიების საშინელი ექსპლოატაციით ხდებოდა ინგლისის ინდუსტრიალიზაცია. ინგლისის მძიმე და სუბუქი ინდუსტრიის განვითარება, საფეიქრო წარმოება, მოითხოვდა ნედლეულს დიდი რაოდენობით; მაშასადამე მეცხოველეობისა და მცენარეთამცოდნეობის მეტად ფართო განვითარებას და მის მეცნიერულ ნიადაგზე დაყენებას. ამრიგად დარვინს ფართო ასპარეზი ჰქონდა ცხოველთა და მცენარეთა განვითარების დაკვირვებისათვის.

დარვინმა ბუნებრივი შერჩევისა და არსებობისათვის ბრძოლის კანონებით დაამტკიცა ცხოველთა და მცენარეთა უმარტივესი ორგანიზმებისაგან წარმოშობა, რითაც მეცნიერული ლახვარი ჩასცა რელიგიას და მისტიკას, რომლებიც გარემო სამყაროს უცვლელ სტაბილურ ფორმაში სახავენ, რომელიც თითქოს უხილავმა ძალამ შექმნა, და იგი, რა სახითაც იყო, იმავე სახით არსებობს.

დარვინმა ბიოლოგიისაგან სამუდამოდ განდევნა მეტაფიზიკური ცნებანი. მან აღმოაჩინა, რომ შემთხვევითი ცვლილებებისაგან ბუნებრივი შერჩევა ქმნის ევოლუციის კანონშეწონილ პროცესს. დარვინმა აუარებელ ბიოლოგიურ მასალაზე დაგვიმტკიცა ერთ-ერთი თვალსაჩინო კანონი შემთხვევითობისა და კანონშეწონილობისა, მაგრამ დარვინის დიალექტიკა სტიქიურია, რადგან მსჯელობის დროს იგი უკიდურესობაში ვარდება. „შემთხვევითია, რადგან მიზეზი გამოუჩვენებელია“—ო; ის შემთხვევას აწერს სიბიექტურს და უარყოფს მის ობიექტივობას. ხშირად დარვინი მარქსისტულ-დიალექტიკური შეხედულებებიდან გადადის მექანიცტურზე.

ჩვენი უდიდესი მასწავლებლები, კლასიკოსები და რევოლუციონერები, როგორც თეორიაში, ისე პრაქტიკაში—მარქსი, ენგელსი და ლენინი აფასებდნენ და საპატიო ადგილს უთმობდნენ დარვინიზმს. მარქსი შემდეგი სიტყვებით ახასიათებს დარვინის შრომას „დარვინის თხზულება მეტად ღირსშესანიშნავია და გამოდგება კლასთა ბრძოლის ისტორიის ბუნებრივ-მეცნიერულ საფუძვლად“—ო.

ენგელსმა მარქსის საფლავზე სხვათაშორის თქვა „მარქსმა აღმოაჩინა კაცობრიობის ისტორიის განვითარების კანონი, დარვინმა ორგანული ბუნების განვითარების კანონი“—ო.



მიუხედავად დარვინიზმის ასეთი დადებითი შეფასებისა, მარქსმა, ენგელსმა და ლენინმა დარვინიზმი მეტად მკვეთრად და მიუდგომლად გააკრიტიკეს. გააკრიტიკეს და შეაფასეს. ენგელსმა შრომაში „შრომის როლი მაიმუნის ადამიანად გარდაქმნის პროცესში“, ლენინმა „დიალექტიკის საკითხებისათვის“ და სხვ.

დარვინიზმის გადატანა არა ორგანულ ბუნებაში მით უმეტეს კაცობრიობის ისტორიის განვითარებაში, მეცნიერულად მეტად უსუსურია და თან ხშირად უაღრესად კონტრევოლუციონურიც.

რეაქციონერი ბიოლოგი კონკლუზიანი ევროპის პროლეტარიატის კაპიტალიზმისაგან ფიზიკურ განადგურებას დარვინიზმის ბუნებრივი შერჩევის კანონით ხსნის. ევროპის კრიზისი და მის მიერ გამოწვეული პროლეტარიატის განადგურება მას ნორმალურ, ბუნებრივ მოვლენად მიაჩნია. ამ ვაჟბატონს კლასური, რასული და ნაციონალური უთანასწორობანი, გამოწვეული კაპიტალიზმის განვითარების სისაძაგლით, ნორმალურ ბუნებრივ მოვლენად მიაჩნია.

ფაქტურად კი ადამიანის ისტორიის განვითარების პროცესში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ბუნების არსებითად შეცვლას ადამიანის სასარგებლოდ, მის სრულ დამორჩილებას და გამოყენებას. მნიშვნელობა აქვს არა ამათუიმ კაპიტალისტის ნიჭს, არამედ კაპიტალის რაოდენობას, მის სიძლიერეს. ნიჭიერი ბურჟუაზიული ეკონომისტები კაპიტალს ბლომად მოებოვება.

მემარჯვენე ბურჟუაზიული რეაქციონული მეცნიერები იყენებენ დარვინის არსებობისათვის ბრძოლის კანონს და გვიმტკიცებენ, რომ ექსპლოატატორთა და უქონელთა არსებობა აუცილებელია, ის მუდმივია, მათი აზრით, მასში ჩასახულია (ეს მათთვის ხელსაყრელია) კაცობრიობის პროგრესი და წინსვლა. მარქსიზმი უარყოფს ყოველგვარ მუდმივობას. ეს სტიქიურად დარვინიზმიცაა გამომხატული. ორგანული ბუნების ევოლუციონური განვითარება და კაცობრიობის ისტორიის განვითარება ამტკიცებს, რომ ყველაფერს საფუძვლად მატერია უდევს, ის მუდმივ ცვლილებას განიცდის შინაგან წინააღმდეგობათა საფუძველზე.

მონობის ხანა, ფეოდალიზმი, კაპიტალიზმის განვითარება, ჩვენში სოციალიზმის შეუჩერებელი ზრდა, ამას უტყუარად და საფუძვლიანად ამტკიცებს. ამასვე ამტკიცებს რუსეთის რევოლიუციონური მოძრაობა. ამხ. სტალინი რუსეთის რევოლიუციონურ მოძრაობას ტალღებს ადარებს, რომლებიც დროთა განმავლობაში აზვირთდებიან და ხან უქუქცევას განიცდიან, უკუქცევას იმისთვის, რომ ხელახალი ძალით აბობოქრდენ და წალეკონ რეაქციის არსებობა. 1905 წ. რევოლუციის აბობოქრების ხანაა, 1907 წ. რევოლიციონური ტალღის უკუქცევაა, რეაქციის თარეშია. 1912 წ. რევოლუციონური ტალღის ხელახალი აზვირთებაა, რომელსაც 1914 წ. რეაქცია ცვლის იმისთვის რომ 1917 წ. თებერვალში მეფის სკიპტრა სამუდამოდ გადაადოს. 1917 წლიდან იმავე წლის ოქტომბრამდე, ამ მოკლე ხნის განმავლობაში რუსეთის რევოლუციონურმა მოძრაობამ განვლო ისეთი დიდი გზა, რომელიც სხვა პირობებში შეუძლებელია გავლილი ყოფილიყო მრავალი ათეული წლის განმავლობაშიც კი. მაგრამ ამ მოკლე დროსაც ჰქონდა თავისი შეუჩერებელი ცვლილებები შინაგან წინააღმდეგობათა საფუძველზე: ივლისის გამოსვლები პროლეტარული ძალების აბობოქრებაა; მისი დამარცხება და კორნილოვის დღები ეს რეაქციის თარეშია; მაგრამ უკანდახეული პროლეტა-

რიატი ერთ წერტილზე როდი იყინება, ის ირახმება იმისთვის, რომ ოქტომბერში უდიდესი ძალით აზვირთდეს და რეაქციის სამუდამოდ ბოლო მოუღლოს. საბჭოთა ხელისუფლების შემდეგი განვითარება, სამხედრო კომუნიზმი, სასურსათო გადასახადის პერიოდი, ნები, ინდუსტრიალიზაცია მთელი ჩვენი ქვეყნისა და კოლექტივიზაცია, პირველი ხუთწლედის გამარჯვებით დამთავრება და მეორე ხუთწლედში კომუნიზმის დაბალი საფეხურის შექმნა, შექმნა უკლასო საზოგადოებისა, მოსპობა ადამიანისაგან ადამიანის ექსპლოატაციის მიზეზებისა, საუცხოოდ ამყლავნებს უცვლელობის და მუდმივობის რეაქციონურ დებულებებს.

დედის ორგანიზმში განაყოფიერებული კვერცი სწრაფად იცვლება კარიოკინეზის საშუალებით, აქ არა უბრალო რიცხობრივი გამრავლება ხდება, არამედ რიცხვი ხარისხში გადადის. რა იწვევს კვერცხის განვითარებას და წინსვლას? იწვევს შინაგანი წინააღმდეგობანი, რომლებიც არსებობენ ჩანასახსა და დედის ორგანიზმს შორის. ის, რაც ჩანასახისათვის სასარგებლოა, დედისათვის ხშირად მავნებელია და ხან კი კატასტროფამდე მავნებელი; ჩანასახი კვებას მოითხოვს, საკვები კი დედის ორგანიზმმა, მისმა სისხლმა, უნდა მიაწოდოს; ჩანასახი ყოფს გაცვლა-გამოცვლის პროდუქტს, რომელიც დედის ორგანიზმში შედის და ხშირად დედას კატასტროფის წინაშე აყენებს (ჰიპერემიის გრავიდარუმ, ეკლამპსია, მწვავე ანემია და მრავალი სხვა).

ბურჟუაზია მეორე მხრითაც ებრძვის დარვინიზმს. ის უსასტიკესი კანონებით კვეთს ბიოლოგიის სწავლებას დარვინიზმის საფუძველზე. ყველას ახსოვს ბიოლოგი მასწავლებლის გასამართლება ამერიკაში, რომელიც გაკადნიერდა და მეცნიერული დარვინიზმის საფუძველზე ასწავლიდა ბავშვებს ბიოლოგიას. ეს ხელსაყრელი არაა ამერიკის ეკლესისათვის, სამღვდლოებისა და სახელმწიფო წესწყობილებისათვის.

დარვინი თვითონ არ იყო რევოლუციონერი, იგი გაურბოდა ყველაფერს, რაც მის ოჯახურ ცხოვრებას სიწყნარეს და მყუდრობას დაუზღვედა. იგი სტიქიური რევოლუციონერია ორგანული ბუნებისა. იგი უაღრესი კონსერვატორია კერძო ცხოვრებაში. მარქსმა „კაპიტალის“ ზოგიერთი თავი გაუგზავნა დარვინს, სწორედ ის ადგილები, სადაც მარქსს დარვინი მოჰყავს, სთხოვა გადაეთვალერებია და თავისი აზრი გამოეთქვა. დარვინი იმიჯნება უდიდესი რევოლუციონერის, თეორეტიკოსისა და პრაქტიკოსი მარქსისაგან, მას ეშინია თავისივე აღმოჩენებისა, ის გაბედულად ვერ ამბობს მას, რაშიც იგი მეცნიერულად დარწმუნებულია, მას ეშინია თქვას, რომ არაგანგებისაგანაა შექმნილი ორგანული სამყარო, ამის შედეგად იგი სწერს მარქსს: „მეშინია, რომ მივაყენებ ტკივილებს ზოგიერთ ჩემი ოჯახის წევრს“-ო.

დარვინიზმში აუცილებლად უნდა შეტანილი იქნეს ჩვენი უდიდესი კლასიკოსების მარქსის, ენგელსის, ლენინის და სტალინის სწავლებანი, ის სავსებით უნდა იქნეს გაუღნთილი მატერიალისტური, მარქსისტული დიალექტიკით და მით ყოველივე ცდა დარვინიზმის რეაქციონურ იდეად გამოყენებისა აღკვეთილი უნდა იქნეს.

**პროფ. მ. უზრემლიძე.**

კლინიკის გამგე.

**კრუპოზული პნევმონია.**

(ტფილისის სამედიცინო ინსტიტუტის ბავშვთა სნეულებათა კლინიკის მასალის მიხედვით).

ვუძღვნი ტფილისის ქალაქის I საავად-  
მყოფოს მთავარ ექიმს კონსტანტინე  
ტარიელისძე ლორთქიფანიძეს.

ჩვენ გვინდა დავამუშაოთ ბავშვთა სნეულებათა კლინიკის მასალა (1923—1928) კრუპოზული პნევმონიების შესახებ. თუმცა ფილტვების ანთების ეს ფორმა შედარებით ფილტვის კატარალურ ანთებასთან უფრო იშვიათია ბავშვის ასაკში და საბედნიეროდ მას თითქმის ყოველთვის კარგი შედეგი აქვს, მაგრამ მისი კლინიკური მიმდინარეობა იმდენად მძიმე არის, რომ დიდ შიშს იწვევს გამოუცდელ ექიმებში და მშობლებში.

ბავშვთა სნეულებათა კლინიკაში 6 წლის განმავლობაში შემოვიდა ფილტვის კრუპოზული ანთებით დაავადებული 158 ბავშვი. ამავე ხნის განმავლობაში ამავე კლინიკაში შემოსულა 1512 ბავშვი ფილტვის კატარალური ანთებით დაავადებული. ავადმყოფების საერთო რიცხვი ამავე წლების განმავლობაში 5339 უდრის. მაშასადამე, პირველი შეადგენს 2,9% და მეორე—28,9% ავადმყოფთა მთელი რიცხვისას. განაწილება წლოვანობის მხრით. ქვემოთ მოთავსებულ ცხრილში არის მოყვანილი.

კრუპოზული ანთება

წლოვანობის მიხედვით	1923	1924	1925	1926	1927	1928	სულ
0—1	1	—	3	2	5	1	12
1—2	2	—	5	5	13	4	29
2—5	—	4	3	5	10	10	32
5—10	2	6	14	5	16	8	51
10—12	3	1	9	5	7	8	33
12—15	—	—	—	—	1	—	1
	8	11	34	22	52	31	158





## კატარალური ანთება

წლოვანობის მიხედვით	1923	1924	1925	1926	1927	1928	სულ
0—1	37	65	127	98	87	95	509
1—2	34	54	108	99	88	72	455
2—5	41	29	51	78	53	53	305
5—10	22	30	39	35	19	14	159
10—12	13	11	29	13	6	9	81
12—15	—	2	—	—	17	2	3
სულ	147	191	354	323	253	244	1512

ჩვენ მიერ მოყვანილი ცნობები ფილტვის კრუპოზული და კატარალური ანთების სიხშირის შესახებ წლოვანობის განაწილების მიხედვით ამტკიცებს, როგორც ძველ, ისე თანამედროვე პედიატრთა დაკვირვებას: ფილტვის კრუპოზული ანთება შედარებით იშვიათად გვხვდება 0—2 წლ., ორი წლის შემდეგ სიხშირე მატულობს; კატარალური ანთება უფრო ხშირია 0—2 წლ. საგრძნობლად კლებულობს 2 წლის შემდეგ.

კომბის (Comby) მასალის მიხედვით აი როგორი განაწილებაა: 0—2 წლ.—22 შემთხვევა; 2—5 წლ.—60 შემთ., 5—10 წლ.—58 შემთ., 10—12—13 წლ.—30.

კომბის მასალაც ამტკიცებს, რომ ორ წლამდე ეს დაავადება შედარებით იშვიათია. ზოგიერთი ავტორი უარყოფს ფილტვის კრუპოზულ ანთებას 5 წლამდე—გერჰარდი და რუფი (Gerhard, Ruf), მაგრამ ეს სამართლიანი არ არის, რადგანაც ამ ანთების შემთხვევები სულ ქორთა ბავშვებშიც გვხვდება: მაგ. კომბის 170 შემთხვევაში 22 ბავშვი 6 თვიდან 2 წლამდე ყოფილა; ჰეუბნერს (Heubner) 0—2 წლ. ჰყოლია 39,9%, 4—6 წლ.—35%; სასკოლო ასაკის 23,1%, რილიე და ბართეს (Rillier et Barthez) სტატისტიკით ფილტვის კრუპოზული ანთება ხშირია 2—6 წლამდე.

ქვეით შოგვყავს რამდენიმე შემთხვევა ქორთა ბავშვების შესახებ:

1. ყველაზე პატარა სურენ მანც, 4 თვის, რომელსაც მარჯვენა ფილტვის ზემა ნაწილის კრუპოზული ანთება ჰქონდა. გაწერილი იყო მძიმე მდგომარეობაში მშობლების თხოვნით (ისტ. № 770—1925).

2. ივანე ჯ-შვილი, 1 წლ. შემოვიდა კლინიკაში 8 იანვ.—1925 წ., გარდაიცვალა 11 ივნ.—1925 წ. (ისტ. № 294).

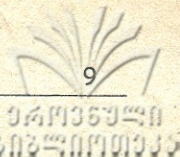
კლინიკური დიაგნოზი: Pneum. crouposa dext. lob sup.

ანატომიური დიაგნოზი: Pneum. lobares super. pulm. dextra. Pericarditis serofibrinosa.

3. შ-ვი ბორის, 1 წლის, შემოვიდა კლინიკაში 9 იანვ. 1925 წ. (ისტ. № 294). გადაყვანილი იყო ქირურგიულ განყოფილებაში 24 ოქტ. 1925 წ.

Diagn.: Pneum. crouposa lob. sup. pulm. sin. Empyema pleur. sin.

4. პ-ოვა როზა, 1 წლ. შემოვიდა კლინიკაში 1 თებ. 1925 წ., გადაყვანილია ქირურგიულ განყოფილებაში 18 თებ. 1925 წ. (ისტ. № 360).



Diagn.: Pneum. crouposa sin. lob. sup. Empyema pleur, sin.

5. ბ-შვილი გრიზა, 6 თვ. (ისტ. № 1038) შემოვიდა კლინიკაში 8 სექტ. 1927 წ. ჩივილით ხველაზე და სიცხეზე. დიაგნოზი: Pneum. crouposa lob. inf. pulm. dext.

6. მ-ოვი კარლოსი, 9 თვ. შემოვიდა კლინიკაში 13 მაისს ჩივილით პირის ღებინებაზე, სიცხეზე და ხველაზე (ისტ. № 423). დიაგნოზი: Pneum. crouposa lob. sup. pulm. dext. ყველა ზემომოყვანილ შემთხვევებში სიცხეს ტიპური ხასიათი ჰქონდა ე. ი. მაღალი სიცხე (39-40) სუსტი რემისიებით, რომელიც უმრავლეს შემთხვევაში კრიზისით თავდებოდა.

რაც შეეხება ანთებითი პროცესის ლოკალიზაციას, ორმხრივი პნევმონია იშვიათია. პნევმოკოკი არ აავადებს ინდიფერენტულად ამათუიმ ნაწილს პარენქიმისას; მას აქვს მიდრეკილება მარცხენა ფილტვის ქვემო ნაწილისადმი და მარჯვენა ფილტვის მწვერვალისადმი.

ენგელიც (Engel) აღნიშნავს, რომ კრუპოზული პნევმონია ჩნდება ერთგვარი მიდრეკილებით ამათუიმ ფილტვის ნაწილში და ამას შემდეგნაირად ხსნის: ფილტვში ინფექცია ჯირკვლებიდან გადადის, ვინაიდან ყველა რეგიონალური ლიმფური ჯირკვალი მთელი მარჯვენა ფილტვის და მარცხენა ფილტვის ქვემო ნაწილისა მჭიდროდ დაკავშირებული არიან ჰილუსის შემაერთებელ გარსთან, რომელიც უშუალო მეზობლობაშია ფილტვების ქსოვილთან; რაც შეეხება მარცხენა ფილტვის მწვერვალს, მისი რეგიონალური ჯირკვლები არიან მოთავსებული ჰილუსის გარეთ სისხლის დიდ ძარღვებზე. ჯირკვლების ამგვარი მდებარეობით აიხსნება, რომ მარცხენა მწვერვალში იშვიათად გვხვდება ფილტვის კრუპოზული ანთება; ენგელი მას მხოლოდ 3% შეჰხვედრია.

პროცესის ლოკალიზაცია.

ლოკალიზაცია	უგრელიძე		რილიე და ბართე		ვეილი და მურიკანი		ენგელი	
	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%
Pneum. crouposa lob. sup. pul. dext.	67	46,5	67	39,4	—	32	63	51,6
„ „ „ med „ „ .	2	1,3	9	5,3	—	—	—	—
„ „ „ inf. „ „ .	20	13,5	6	3,5	—	20	21	17,2
„ „ „ sup. pul. sin. .	30	20,1	34	20,0	—	7	3	2,5
„ „ „ inf. „ „ .	16	10,6	28	16,4	—	41	35	28,6
„ „ „ tot. dext. „ .	10	6,0	4	2,3	—	—	—	—
„ „ „ sin. „ „ .	3	2,0	13	7,0	—	—	—	—
utriusque . . .	—	—	9	5,3	—	—	—	—

ამ ცხრილიდან ჩანს, რომ კრუპოზულ ანთებას მართლა შერჩეული აქვს ფილტვის ესა თუ ის ნაწილი. ჩვენი და რილიე და ბართეს მასალა ეთანხმებიან ერთმანეთს: დიდ პროცენტს იძლევიან ორივე მწვერვალეობი (უგრელიძე —

მარჯვ. მწვერვ. 46,5%; მარცხენა მწვერ.—20,1%. რილიე და ბართე—  
მარჯვ. მწვ.—39,0%; მარცხ. მწვ.—20,0%). ჩვენი და რილიე და ბართეს მა-  
სალა განირჩევა ვეილის და მურიკანის და ენგელის მასალიდან; პირ-  
ველებს ხვდებოდა ანთებითი პროცესის ლოკალიზაცია მარცხენა მწვერვალში  
7% და მეორეს 3%.

ქვემოთ მოთავსებულ ცხრილში მოყვანილია განაწილება სქესის მიხედვით:

სქესი	უგრელიძე	ჰენოხი	რილიე და ბართე	ჰუბნერი
ვაჟი	113	24	221	104
ქალი	45	20	187	71

ჩვენი დაკვირვება სხვა ავტორების დაკვირვებებს ეთანხმება: ვაჟთა რიც-  
ვი სჭარბობს ქალებისას.

სეზონის მიხედვით ჩვენი ავადმყოფები შემდგენიარად არიან განაწი-  
ლებულნი:

გაზაფხული 63	შემოდგომა 19
ზაფხული 27	ზამთარი 49

სეზონის მიხედვით ჩვენ შემდეგს ვამჩნევთ: კრუპოზული ანთებით დაავა-  
დება ხშირია გაზაფხულის (63) და ზამთრის (49) თვეებში, უმცირესია შემოდ-  
გომაზე; უდიდეს რიცხვს იძლევა აპრილში და იანვარში, ნაკლებია აგვისტოში  
და სექტემბერში. რილიე და ბართე აღნიშნავენ გაზაფხულს (აპრილი და  
მაისი), გრიზოლი მარტს და აპრილს, ჰეუბნერი გაზაფხულს და ზაფხულს.

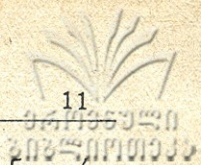
რაც შეეხება დაავადების სავარაუდო მიზეზს ჩვენ შემთხვევებში 54% მშობ-  
ლების მიერ გაციებას (ხშირად ბანაობის შემდეგ) თვლის. დანარჩენ შემთხვევებში  
მიზეზი აღნიშნული არ არის. კომბის დაკვირვებით, გაციება ხშირად თამა-  
შობს გამომწვევი აგენტის როლს; ავტორით გაციება მაშინ მოქმედობს, როდეს-  
აც პირის ღრუში იმყოფებიან ვირულენტული პნევმოკოკები; ბუილო (Bouillaud)  
75% გაციებას მიაწერს, ციმსენი (Ziemssen)—9%, იურგენსენი (Jurgensen)—4%,  
გრიზინგერი (Griesinger)—2% და მასალანგო (Massalango)—0%.

კომბის მოჰყავს 3 შემთხვევა, სადაც გვერდში გარტყმის შემდეგ განვი-  
თარებულა კრუპოზული პნევმონია.

მედოვიკოვი აღნიშნავს აგრეთვე, რომ ავად ხდებიან ის ბავშვებიც, რო-  
მელნიც კარგ ჰიგიენურ პირობებში იმყოფებიან, ვინაიდან მათი კონსტიტუციო-  
ნალური გამძლეობა სუსტი არის.

ვინაიდან კლინიკაში ავადმყოფების გაზომვას და აწონას ვაწარმოებთ, ჩვენ  
შეგვიძლია შევაფასოთ ორი ინდექსის გამოყვანით (Gelidusi და Pignet) კრუ-  
პოზული ანთებით დაავადებული ბავშვის ფიზიკური განვითარება. Gelidusi ირყე-  
ვა 80—108.

16 ბავშვი სუსტად განვითარებული იყო (Gelidusi—80—90). 39 ნორმალუ-  
რად განვითარებული (Gelidusi 91—105), 3 მსუქანი ბავშვი (105—110). Pignet-ის



ინდექსის მიხედვით, 8 ბავშვი ეკუთვნის სუსტ ჯგუფს, 38—კარგად განვითარებულებს და 14—ძალიან კარგად განვითარებულებს.

კლინიკური ისტორია. კლინიკაში ავადმყოფები ავადმყოფობის დაწყების შემდეგ შემოდიან, ამიტომ დაწყებითი ნიშნები ჩვენ ამოკრეფილი გვაქვს ანამნეზიდან. უმრავლეს შემთხვევებში ავადმყოფობა უცბად იწყობა და თავიდანვე მძიმე ხასიათს ღებულობს: მაღალი სიცხე, შემცივნება, ზოგჯერ პირის ღებინება, ხველა, გვერდში ჩხვლეტა, ქოშინი, ცხვირში სისხლის დენა, კრუნჩხვა და სხვა. ყველა შემთხვევებში აღნიშნულია სიცხე.

შემცივნება . . . . .	5	კრუნჩხვა . . . . .	7
პირის ღებინება . . . . .	19	ცხვირში სისხლის დენა . . . . .	2
ხველა . . . . .	54	თავის ტკივილი . . . . .	8
გვერდში ჩხვლეტა . . . . .	18	მუცლის " . . . . .	3

ზოგი ეს სიმპტომი განცალკევებით გვხვდება, ზოგჯერ კი ერთ ავადმყოფს ორი ან რამოდენიმე ემჩნევა. რაც შეეხება საერთო მდგომარეობას თითქმის ყველა ისტორიებში აღნიშნულია, რომ მიღებისას მძიმე ავადმყოფის შეხედულება ჰქონდათ.

რაც შეეხება ავადმყოფობის ხანგრძლივობას, ჰალე და არმან დელილი (Halle, Armand—Dellile) აღნიშნავენ, რომ ბავშვის ასაკში კრუპოზული პნევმონია ხშირად არ თავდება მე-9 დღეზედ, როგორც მოზრდილებში. რაც უფრო პატარა ბავშვი მით ხანგრძლივობა მოკლეა, მაგრამ სიცხე ეცემა არა უადრეს 4 დღისა მე-6—7 დღეზედ; თუმცა იგივე ავტორები კრიზისს მე-13—14 დღეზედ აღნიშნავენ.

ჩვენი მასალის მიხედვით 70,4% სიცხე გრძელდებოდა 5—12 დღემდე (10 შემთხვევა—5—6 დღ., 18 შემთ.—7—8 დღ., 19 შემთ. 9—10 დღ., 15 შემთ.—11—12 დღ.).

რილიე და ბარტეს შემთხვევებში სიცხის დაცემა მომხდარა 6—8 დღეს; მე-7 დღეს—შემთხვევების ნახევარი, მე-5—6 დღეს—შემთხვევების მეოთხედი, მე-8 დღის შემდეგ შემთხვევების მეექვსედი.

სიცხის შესწავლას კრუპოზული პნევმონიის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან ამ ავადმყოფობას სიცხე ახასიათებს. სიცხე დასაწყისშივე უმაღლეს წერტილს აღწევს, უმნიშვნელო რემისიებით მაღლა დგას და, როდესაც თავის ციკლს გაივლის, ეცემა. კრუპოზული პნევმონია ციკლური ავადმყოფობაა.

ჩვენი და სხვა ავტორების მასალის მიხედვით, სიცხეს ყოველთვის ტიპური ხასიათი არა აქვს, ხანდახან ეცემა ნორმალის (კრუპ კრიზისი) და შემდეგ ისევ იწევს, ხან ხანგრძლივ ხასიათს ღებულობს. ჩვენ არ შეგვხვედრია 40° მეტი სიცხე. კომბის და პერიეს (Périer) (1897) ჰყავდათ ერთი პაციენტი 5 ნახევარი თვისა, რომელსაც უკანა ტანში ჰქონდა 43° და რომელიც ამ მაღალი ტ° დროს გარდაიცვალა. ამავე ავტორებს მოჰყავთ შემთხვევა ინგლისელი ექიმის: პატარა 3 წლის ქალს დაეწყო კრუპოზული პნევმონია დიდი სიცხით 40°, მეორე დღეს 43° (ილიაში), მესამე დღეს 40°; მე-7 დღეს სიცხე კრიზისის შემდეგ დაეცა და ბავშვი მორჩენის გზას დაადგა.

მაჯის ცემა აჩქარებულია: 120, 130, 140, 150, 160. საზოგადოდ სიცხის სიმაღლეს მაჯის სიხშირე უდრის. სიცხის დაცემის დროს მაჯა სიხშირეს იკლებს,



მაგრამ მაჯის შეგვიანება ნაკლები სისწრაფით ხდება, ვიდრე სიცხის; ნორმალურად სუნთქვის და მაჯის შეფარდება არის 1:4, კრუპოზული ანთების დროს კი 1:2, 1:3. მაჯა კრუპოზულ პნევმონიის დროს შესწავლილი იყო კომბის მოწათის პომელის (Paumelle) მიერ. პომელით წამლობას გავლენა არა აქვს მაჯის სიხშირეზე და არც არითმიაზე. მაჯის სიხშირე, სისუსტე, უსწორობა არ მოასწავებს ცუდ პროგნოზს და თითქოს არც გამოხატავენ რაიმე მატერიალურ ცვლილებას მიოკარდში.

ჩვენი შემთხვევების 14% არის გასინჯული სისხლი; აღინიშნებოდა ლევიკოციტები 10.000—26.000; როგორც რაოდენობით აგრეთვე თვისებებით წითელი ბურთულები ცვლილებას არ განიცდიან. ლევიკოციტარული ფორულა სუსტ გადახრას განიცდის მარცხნისაკენ.

შარდის მხრივ შემჩნეულია შემდეგი ცვლილებანი: დასაწყისში კლებულობს რაოდენობა, ნალექი დიდია (ურატები და ფოსფატები); ქლორიდები კლებულობენ, შარდისმანი ჯერ კლებულობს მერე მატულობს შარდის მჟავასთან ერთად; შეიძლება აღმოჩნდეს ურობილინიცი; ხვედრითი წონა და მჟავიანობა გადიდებულია. როდესაც ბავშვი წყლის სმას იწყებს, მაშინ შარდის რაოდენობა მატულობს, ცილა იშვიათად გვხვდება, ჩვენ შემთხვევებში 3%. პნევმოკოკური ნეფრიტი იშვიათია; ჩვენ ერთი შემთხვევა გვქონდა კრუპოზული პნევმონიის გართულებული თირკმლების ანთებით.

ვიჩი კოტე, 4 წლ. შემოვიდა კლინიკაში 11 მაისს—1927 წ. ჩვილით სიცხეზე და ხელაზე (ისტ. № 6510). აღმოჩნდა მარჯვენა ფილტვის მწვერვალის ანთება. შარდში ცილა, გალინის ცილინდრები, წითელი ბურთულები, ჩირქის ბურთულები. კლინიკაში შემოსვლის მესამე დღეს პნევმონია გართულდა პლევრიტით, პუნქტატში აღმოჩნდა ჩირქი და ავადმყოფი გადაყვანილ იქნა ქირურგიულ განყოფილებაში.

კრუპოზული პნევმონიის გართულება. საერთოდ კრუპოზული პნევმონია ბავშვებს არ ურთულდებათ, მაგრამ ზოგ შემთხვევებში მას სხვა ორგანოების დაავადება მოჰყვება. სასუნთქი ორგანოების მხრივ: ბრონქიტები, პლევრიტები. ნერვული სისტემის მხრივ—მენინგიტები. სისხლის მიმოქცევის აპარატის მხრივ: პერიკარდიტები იშვიათად პნევმოკოკი მოხვდება სისხლში და მაშინ ვხვდებით მეტასტაზებს სხვადასხვა ორგანოებში.

ჩვენი მასალის მიხედვით ყველაზედ ხშირია გართულება ნერვული სისტემის მხრივ სეროზული 16% და ჩირქოვანი მენინგიტების სახით 7,3%. სეროზულ მენინგიტებს კარგი შედეგი აქვთ: კრიზისთან ერთად თითქმის ყოველთვის ქრება მენინგიალური მოვლენებიც, პნევმოკოკებით გამოწვეული ჩირქოვანი მენინგიტი სიკვდილით თავდება.

რ-ქე ავთანდილ, 1 წლ. 2 თვ. შემოვიდა კლინიკაში 8 იანვ.—927 წ. დიაგნოზი: *Preumonia cruposa dex. lob. sup.* გართულება: *Meningitis serosa*. კლინიკაში შემოსვლისას აქვს მოყრუებული ხმა მარჯვენა მწვერვალზე და სუნთქვა ბრონქიალური ელფერით. კარგად სწოვს ძუძუს, პირის ღებინება არა აქვს (ავადმყოფობის დაწყებისას კი ჰქონია). კისრის რიგილობა კარგად გამოხატული აქვს, ისევე როგორც კერნინგის და ფეხების ფენომენი. ბრუძინსკი და ტრუსო სუსტად გამოხატული. საერთო მდგომარეობა მძიმე. ხერხემლის

პუნქციით მივიღეთ გამჭვირვალე სითხე 20,0 (Pandy და N. Ap. უარყოფითი; Cit. ind.—5,5; Alb. 0,22, Sacch. 0,7, წნევა 300,0). ნაცხებში არაფერი შესანიშნავი. ბაქტერიოლოგიურად ზრდა არ მოხდა. მიძიმე მდგომარეობა გაგრძელდა 4 დღეს. შემდეგ გაუმჯობესობა დაეწყო ზოგადი მდგომარეობისა და მენენგიტური სიმპტომებიც გაქრნენ. გაწერისას ოდნავ ემჩნეოდა კეფის გაშეშება და ტრუსოს სიმპ. ფილტვის მხრივ კი მოყრუება და მკვრივი სუნთქვა.

სეროზული მენენგიტით გართულებული კრუპოზული პნევმონიის თითქმის ყველა შემთხვევაში ზემოთ მოყვანილს ჰგვანან და კეთილად მთავრდებიან. მაგრამ ჩირქოვანი მენენგიტები სულ სხვა შედეგებს იძლევიან.

უიან ანდრიკ, 5 წლის. შემოვიდა კლინიკაში 14 ივნ.—927 წ. (ისტ. № 815). დიაგნოზი: Pneumonia crouposa sin. lob. super.

გართულება: Meningitis purulenta (ფრენკელის დიპლოკოკები).

მიღებისას მოყრუება მარცხნივ ფილტვის ზემო ნაწილში, მოსმენით შეცვლილი სუნთქვა და ხიხინი. საერთო მდგომარეობა მიძიმე. კეფის გაშეშება და კერნინგი კარგად გამოხატული. ტრუსო დადებითი. ფეხის ფენომენი და ბრუძინსკი სუსტი. გრძნობა არა აქვს. ხერხემლის პუნქციით მიღებულია მღვრიე სითხე 25,0. Cit. ind. 11.500 Alb. 1,07%, Sacch. 0,1 წნევა 400.

ნაცხებში გრამდადებითი კაპსულიანი დიპლოკოკები.

ბაქტერიოლ. კულტურაში გაიზარდა ფრენკელის დიპლოკოკები.

ზემოთ აღწერილი მდგომარეობა სამ დღეს გაგრძელდა, რის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა.

სხვა გართულებათა შორის უნდა აღინიშნოს ჩირქოვანი პლევრიტები (4), რომლებიც საეჭვო პროგნოზს იძლევიან: ქირურგიულ განყოფილებაში 0—2 წლ. ბავშვები თითქმის ყოველთვის იღუპებიან; რამოდენიმე მაგალითი ზემოთ გვყავს მოყვანილი; ყურის ჩირქოვანი ანთება (2). სეროზულ პლევრიტს კეთილი ბოლო აქვს. გართულება გულის და პერიკარდიუმის მხრივ ცუდ შედეგს იძლევა. ჩვენ არ გვქონია გართულება პერიტონეუმის მხრივ ჩვენს განყოფილებაში, მაგრამ პნევმ. მწვავე პერიტონიტი ქირურგიულ განყოფილებაში ყოფილა. რაც შეეხება გამომწვევ აგენტს იგი კარგად არის ცნობილი: ფრენკელის დიპლოკოკი, რომელიც ჩვენს შემთხვევებში ყოველთვის იყო აღმოჩენილი (ნახველი, პლევრის და ხერხემლის სითხეში).

ქვემოთ მოთავსებულ ცხრილში მოყვანილია კრუპოზული პნევმონიის შედეგი ჩვენი მასალის მიხედვით:

მკურნალობის შედეგი	1923	1924	1925	1926	1927	1928	სულ
განკურნებულნი . . . . .	6	9	23	11	21	17	87
გაუმჯობესებ. . . . .	1	1	6	7	26	12	53
გაუარესებული . . . . .	—	—	1	1	1	1	4
შეცვლელი . . . . .	1	—	3	2	1	1	8
სიკვდილი . . . . .	—	1	1	1	3	—	6 (4)
	8	11	34	22	52	31	158

ფილტვების კრუპოზული ანთება სიკვდილობის სულ პატარა  $\%$  იძლევა: ჰეუბნერთ— $1,5\%$ , კომბით— $2,3\%$ , ჰენოხით— $4\%$ , ციმსენით— $3,3\%$ , იურგენსით— $2,3\%$ , ბართეთი— $(1862) 0,94\%$ . მოზრდილებში სიკვდილობა  $15\%$  უდრის, მოხუცებში კი 60 წლის შემდეგ— $50\%$ . ჩვენს კლინიკაში 6 წლის განმავლობაში გარდაიცვალა 6 ავადმყოფი, რომელთაც კლინიკური დიაგნოზით ფილტვების კრუპოზული ანთება ჰქონდათ, ხოლო გაკვეთის შემდეგ ეს დიაგნოზი ყველა შემთხვევებში არ გამართლდა.

მაგალითად 1) მ-ანტ ალბ., 5 თვ. (ისტ. № 834) შემოვიდა კლინიკაში 9 დეკ.—928 წ. დიდი სიცხის და ხველების გამო; მოყრუება და მკვრივი სუნთქვა მარცხნივ ბუკის ქვევით, შემდეგ ამავე ადგილას კრეპიტაცია და ბრონქიალური სუნთქვა, ამავე დროს მენინგიალური მოვლენები. ბავშვის მდგომარეობა მძიმეა. კლინიკაში შემოსვლის მე-II დღეს გარდაიცვალა. კლინიკური დიაგნოზი: Pneum. croup. dext. lob. inf. Mening. purulenta ანატომიური დიაგნოზი: Bronchopneumonia bilateral. Leptomening. purul.

2) 5-ოვი ყორა, 2 წლ. (ისტ. № 1218) შემოვიდა კლინიკაში 8 ნოემბ.—927 დიდი სიცხის და ხველის გამო. გასინჯვის დროს აღმოაჩნდა მოყრუება მარცხენა ფილტვის ზედა ნაწილისა, აქვე ბრონქიალური სუნთქვა და კრეპიტაცია. ავადმყოფის მდგომარეობა ძალიან მძიმეა. კლინიკაში შემოსვლის მესამე დღეს გარდაიცვალა. კლინიკური დიაგნოზი: Pneum. croup. dext. lob. sup.

ანატომიური დიაგნოზი: Tubercul. miliary pulmonis, lienis, hepatis, renum, intestin...

სხვა შემთხვევებში, სადაც გაკვეთა იყო მოხდენილი კლინიკური და ანატომიური დიაგნოზი ერთმანეთს ეთანხმებიან. უნდა აღინიშნოს, რომ არც ერთ შემთხვევაში სიკვდილი გამოწვეული არ ყოფილა უშუალოდ კრუპოზული ანთებით, არამედ ყოველთვის რაიმე გართულებას ჰქონდა ადგილი.

ტ-შვილი ივანე, 2 $\frac{1}{2}$  წლის (ისტ. № 335), კლინიკური დიაგნოზი: Pneum. croup. sin. ob. sup. ანატომიური დიაგნოზი: Pneum. croup. sin. Pleurites sin. peritonitis e. pericarditis fibrinosa purulenta. Splenitis acuta. უ-იან ანდრიკ 5 წლ. (ისტ. № 815) კლინიკური დიაგნოზი: Pneum. croup. sin. lob. sup. გართულება: Meningitis cerebro-spinalis purul.

კრუპოზული ანთებით გამოწვეული გართულების გამო სულ გარდაცვლილა 6 წლის განმავლობაში 4 ბავშვი, რაც  $2,5\%$  შეადგენს. თუ ამ რიცხვს დაემატებთ კიდევ 4 ბავშვს გაუარესებულ მდგომარეობაში გაწერილებს, სიკვდილობის  $\%$  აიწევს  $5,1\%$ -მდე. როგორც ჩვენი, ისე სხვა პედატრთა მიერ მოყვანილი სიკვდილობის შესახებ სტატისტიკური ცნობები გვიჩვენებენ, რომ ბავშვის ასაკში სიკვდილობის  $\%$  პატარაა (ირყევა  $0,94\%$ — $4\%$ ), მოზრდილებში კი დიდია ( $15\%$ — $50\%$ ).

კლინიკურ მასალის მიხედვით დიაგნოზის დასმა ადვილია, რადგანაც ავადმყოფები შემოდინან კლინიკაში ავადმყოფობის რამოდენიმე დღის შემდეგ და ფილტვების მხრივ უკვე მკაფიოდ გამოხატულია ცვლილებები. დასაწყისში კი, როდესაც ავადმყოფს დიდი სიცხე აქვს, ადგილობრივი ცვლილებები ფილტვებში კი ჯერ გამოხატული არ არის, დიაგნოზის დასმა უფრო ძნელია.

კლინიკაში შეიძლება შეცდომა ტუბერკულოზმა გამოიწვიოს. ფილტვის ტუბერკულოზის პროცესი ბავშვის ასაკში იწყება უცბად დიდი სიცხით, ხშირად მწვერვალი კრუპოზულ პნემონიას მოგვაგონებს; მხოლოდ შემდეგ, როცა ანთება ხანძლივ ხასიათსღებულობს, მკურნალის აზროვნება სხვა მიმარ-

თულებას იღებს. რასაკვირველია, შესაძლოა თავიდანვე გაისინჯოს ნახევლი, მაგრამ შესაძლებელია კოხის ჩხირები არ აღმოჩნდეს და აღმოჩნდეს ფრენკოლის დიპლოკოკები. ეს იმდენად დამამტკიცებელი არ არის, რადგანაც ეს მიკრობი ბანალურია, მისი აღმოჩენა შეიძლება საღი ადამიანების 20% და 60% იმათში, ვისაც ოდესმე ფილტვების კრუპოზული ანთება გადაუტანია.

## დასკვნა.

1) ფილტვის კრუპოზული ანთება კატარალურ ანთებასთან შედარებით იშვიათია ბავშვის ასაკში. ჩვენი მასალის მიხედვით 6 წლის განმავლობაში იყო 158 შემთხვევა ფილტვის კრუპოზული ანთების და 1512—კატარალურის.

2) ბავშვებში კრუპოზული ანთება უფრო ხშირია ვაჟებში ვიდრე ქალებში (ჩვენი მასალით 113 ვაჟი და 45 ქალი).

3) კრუპოზული ანთებით დაავადება უფრო ხშირია ზამთარში და გაზაფხულზე.

4) კრუპოზული ანთებით გამოწვეული სიკვდილობა პატარა (ჩვენი მასალის მიხედვით 2,5%).

5) ფილტვის კრუპოზულ ანთებას ამორჩეული აქვს წლები (2—10).

6) ყველაზე დამახასიათებელი სიმპტომები სიცხის მრუდ და პროცესის განსაზღვრული ლოკალიზაცია არის.

7) კლინიკური მიმდინარეობა ტიპურია იშვიათი გადახრებით.

8) სისხლის მხრივ ლევკოციტოზი.

9) შარდის მხრივ იშვიათია ცილის ნიშნები.

10) გართულება შედარებით სხვა დაავადებებთან იშვიათია, ყველაზე ხშირია ნერვული სისტემის მხრივ (Meningitis serosa).

11) ფილტვის კრუპოზული ანთების ლოკალიზაცია ჩვენი მასალის მიხედვით ხშირია მწვერვალოზე (მარჯვენა 46,6% და მარცხენა 20,6%).

12) ფილტვის კრუპოზული ანთებით ავად ხდებიან უფრო ხშირად ნორმალურად განვითარებული ბავშვები.

13) მიუხედავად სოციალურ-ჰიგიენურ, რასულ და სხვა პირობებისა ჩვენი კლინიკის მასალა პატარა გადახრით შეეფარდება სხვა ქვეყნების ავტორების მასალას.

ლიტერატურა: 1. J. Hallé et P. Armand-Delille, La pratique des Maladies des Enfants. 2. J. Comby. Traité des Maladies de l'Enfance. 1893. 3. М е д о в и ч е в, К этиологии и патогенезу пневмоний у детей (Ж. для усоов вр. № 10 1929 г.) 4. Соколов, Классификация острых пневмоний у детей. Педиатрия 1913 г. 5. Engel, Die Pathogenese der croupösen Pneumonie (Mon. f. Kind. Bd. 41) 6. Meyer, Zur Systematik und Therapie der Säuglingspneumonie (Mon. f. Kind. Bd. 41). 7. Ch. Hermann, Some factors in the diptheria Problem. (Arch of. Ped. 1929).





Проф. М. Х. У гр е л и д з е

### Крупозное воспаление легких

(по данным детской клиники Тифлисского Мед. Института).

Крупозная пневмония встречается реже в детском возрасте, чем катарральная. По нашим данным за шесть лет (1923—1928 г.) на 5339 больных было 158 случаев крупозной пневмонии и 1512 катарральной. Чаше крупозной пневмонией болеют мальчики, (113) чем девочки (45). Оно сезонное заболевание (зима и весна). Наичаще встречается в возрасте от 2—10 лет, но болеют и грудные дети. Излюбленной локализацией являются верхушки (правая в 46,6% и левая в 20,6%).

Крупозное воспаление легких имеет типичное клиническое течение с небольшими отклонениями в некоторых случаях. Болезнь циклическая. Осложнения редки, но чаще всего со стороны нервной системы (серозные менингиты). В крови наблюдается лейкоциты с небольшим сдвигом влево. В моче в редких случаях бывает белок. Крупозной пневмонией заболевают большей частью здоровые дети.

Смертность от крупозной пневмонии 2,5%. Несмотря на расовые, климатические, гигиенические, экономические и другие условия наши данные почти по всем пунктам совпадают данными других авторов.

Prof. M. O u g r é l i d z é

### Pneumonie franche

(d'après le compte rendu de la clinique infantile de l'Institut de Médecine de Tiflis).

La pneumonie franche par comparaison avec la bronchopneumonie est rare dans l'enfance: sur 5339 malades de la clinique infantile (1923—1928) il y en avait 158 atteints de pneumonie franche et 1512 de bronchopneumonie. La maladie est fréquente en hiver et au printemps. Notre statistique accuse une prédominance en faveur du sexe masculin. Sur nos 158 enfants pneumoniques nous comptons 113 garçons pour 45 filles. Elle est fréquente dans la seconde enfance (2—10) mais elle n'épargne pas aussi les nourrissons. Elle a sa prédominance aux sommets du poumon et particulièrement au sommet droit (46,6%). C'est une maladie cyclique: la durée, la marche sont propres à la maladie, rarement on observe la déviation. Généralement la pneumonie franche évolue chez les enfants sans complications et la guérison est prompte et complète. Dans quelques cas cependant il y a des complications (le plus souvent—meningite, séreuse). Mortalité 2,5%.

Malgré les différentes conditions (race, climat, état hygienique et économique) nos observations coïncident avec celles des autres auteurs.

პროფ. ს. ყიფშიძე და დ. ჟვანია.

კლინ. გამგე. ორდინატორი.

## შემთხვევა მკილვასიით გართულებული კოსტოკპარა- ციული ტეტანიისა.\*)

(ნერვების სნეულებათა კლინიკიდან გამგე—პროფ. ს. ყიფშიძე).

91517  
ტეტანია, როგორც ავადმყოფობა, აწერილი იყო პირველად 1815 წ. Clarke-ის მიერ. ამ შრომამ, ისე როგორც Kelli-ს და Steinheim-ის შრომებმა, შეუმჩნეველად ჩაიარეს კლინიკის ტებისათვის. Donce და Tonnelè-მ საფუძვლიანად შეისწავლეს ამ ავადმყოფობის კლინიკური ნიშნები და იგი ცალკე ავადმყოფობად გამოყვეს. შემდეგ ზოგიერთმა მკვლევარმა Trousseau-სთან ერთად ამ ავადმყოფობას ტეტანიის სახელწოდება მისცეს.

რაც შეეხება ამ ავადმყოფობის პათოგენეზს—არსებობს სამი თეორია:

პირველია ტოქსიკური თეორია. ამ თეორიის მომხრეთა Pfeiffer-ის, Mayer-ის, Berkely-ს და Beebe-ის აზრით, ტეტანიის მოვლენები ტოქსიკური ხასიათისაა და მისი წარმოშობის მიზეზები ენდოგენური შხამების მოქმედებაში უნდა ვეძიოთ. ნორმალურ პირობებში ამ შხამების ნეიტრალიზაცია ჯირკვლების საშუალებით ხდება. ენდოგენურ შხამებს შორის გუანდილის უჭირავს პირველი ადგილი. თვით გუანდილი კი აზოტოვანი ნივთიერების ცვლის დარღვევის პროდუქტს წარმოადგენს. Paton-მა, Noël-მა და Tindlay-მ ტეტანიით შეპყრობილი ადამიანის შარდში და სისხლში გუანდილი ნახეს დიდი რაოდენობით. გუანდილი ცხოველს შეუშხაპუნეს და ტეტანია გამოიწვიეს. ტოქსიკური თეორიის ძლიერ მოწინააღმდეგეებს Sarvana და Roubier ეკუთვნიან.

მეორე თეორია—ქიმიკური, Loeb, Sabbotani, Rencoroni, Regol, Netter Parhon და სხვების აზრით, ნერვ-კუნთოვანი ქსოვილის ალგზნებულების მომატებასა და კალციუმის მარილების შემცირების შორის არსებობს მჭიდრო კავშირი. Trouin-ის და Parhon-ის დაკვირვების მიხედვით, თუ ჩვენ პარათიროიდულ ჯირკველ ამოჭრილ ცხოველს შევუშხაპუნებთ კალციუმის ხსნარს, ტეტანიური კრუნჩხვების შეჩერება ხდება განსაზღვრულ პერიოდში, Loeb-ის აზრით ნერვისა და კუნთის ნორმალური ალგზნებულება დამოკიდებულია ორგანიზმში არსებული მარილების სწორსურთიერთ დამოკიდებულებაზე. ორგანიზმის არსებობისათვის კალციუმის მარილს მეტი მნიშვნელობა აქვს. Sabbo-

\*) 1927 წ. 16/VI—წარდგენილი იყო ექ. საზოგადოებაში.

tani-მ, საკვებ მასალაში კალციუმის მარილების რაოდენობის შემცირებით მოიწვია კუნთის გაღვანურ ნაკადზე ავზნებულების მომატება. Veigert-მა ამავე პირობებში მიიღო ნამდვილი ტეტანიური კრუნჩხვები. Quest-მა ტეტანიით გარდაცვლილი ბავშვის ტვინში კალციუმის მარილების ნაკლებობა აღმოაჩინა. Mac Callum-ის და Vaegtin-ის დაკვირვებით, ტეტანის დროს ორგანიზმში გაძლიერებულია კალციუმის გამოყოფა და, მათი კონცეპციის მიხედვით ტეტანია არის კალციუმის დიაბეტი. მოწინააღმდეგეები ქიმიური თეორიის მომხრეებსაც ჰყავთ. ისინი სულ მოპირდაპირე დასკვნამდე მიდიან. Meysenberg-ის აზრით, ტეტანის დროს სისხლში კალციუმის რაოდენობა ნორმალურია. Pexa ძალს კვებავდა კალციუმით ღარიბი საჭმლით და ტეტანია მაინც ვერ მიიღო. Beebe და Trouin-ი ექსპერიმენტალურად მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ტეტანის აღმოცენებისათვის ბარიუმის, სტრონციუმის და მაგნიუმის მარილებს იგივე მნიშვნელობა აქვს, რაც კალციუმის მარილს.

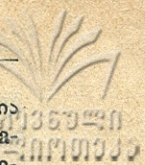
კიდევაც რომ სუსტი იყოს ქიმიური თეორია ტეტანისა, იგი მაინც უნდა მივიდოთ. ძლიერი სისხირე ტეტანისა რახიტთან ბავშვთა შორის გასტროენტერიტების დროს ადასტურებენ ამ მოსაზრებას.

მესამე თეორია ტეტანისა პარათიროიდული ჯირკვლის გამოვარდნას ეკუთვნის. ეს მოსაზრება გამტკიცებულია ექსპერიმენტალური შრომებით. ფიზიოლოგებმა Gley-მ, Mousu-მ, Vassale-მ, Generali-მ, Pineles-მა Hoegenbach-მა ცხოველებზე პარათიროიდულ ამოცლის შემდგომ, მიიღეს ისეთივე სიმპტომები, როგორც ადამიანის ტეტანის დროს. თვით ფარისებურ ჯირკვლს ტეტანისათვის არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს. ამავე აზრისა არიან ავტორები n, recurrens და კისრის სიმპათიკური კვანძების შესახებაც. Reichel-მა, Tiedheim-მა, Meynert-მა შენიშნეს, რომ პარათიროიდულ ამოჭრის შემდგომ სისხლში კალციუმის შემადგენლობა შემცირდა. ძვალოვანი ქსოვილი კინდება და გადატეხილი ძვლების შეზრდა ძნელდება. უკანასკნელი ფაქტები ლაპარაკობენ იმის სასარგებლოდ, რომ პარათიროიდულ ამოჭრა ნამდვილად იწვევს ორგანიზმში კალციუმის ასიმილაციის მოშლას.

ჩვენ კლინიკაში გვქონდა ტეტანის სრული სინდრომის შემთხვევა. მოკლედ შევეხებით ამ ავადმყოფის ისტორიას.

ავად. ა—შვილი 17 წ. მწყემსი. შემოვიდა კლინიკაში 1927 წ. 26 მარტს. უჩივის ხშირ კრუნჩხვებს და ზოგჯერ ეპილეპსიურ შეტევას. ათი წლისას ჰქონია დიდი ჩიყვი. ჩიყვი უშლიდა სუნთქვას და ყლაპვას. ექიმების რჩევით, ტეტანის გერმანელების საავადმყოფოში გაიყვანა ჩიყვის ოპერაცია. გაეჭრა საავადმყოფოდან სრულიად ჯანსაღი ათი დღის შემდგომ. ოპერაციის შემდგომ, პირველი ორი თვის განმავლობაში თავს კარგად გრძობდა. მესამე თვის ბოლოში სწეულის უეცრივ გაშეშება შეამჩნია. შემდეგში ასეთ გაშეშებას უფრო ხშირად ამჩნევდა. რთული ნებისყოფითი მოძრაობების დროს უეცრივ დაეწყებოდა ხელფეფის კრუნჩხვა. ამ დროს იგი გონებას არ კარგავდა. სამი წლის ბოლოს ამ მოვლენებს გონების დაკარგვაც დაერთო. მამა მისი გარდაცვლილა მოხუცებულობით. დედა ცოცხალი და ჯანსაღი ჰყავს. დედას ორსულობა ჰქონია ცნრაჯერ. ცნრა ბავშვიდან ცოცხალია მხოლოდ ჩვენი ავადმყოფი.

ცენტ. ნერ. სის. მხრივ ობიექტურად: ზედა და ქვედა კიდურებში ძალისა და სიფართის მხრივ მოშლილობა არ აღენიშნება. თავის ტვინის ნერვები—მოშლილობას არ განიცდიან. აქვს ჰიპოტონია. კიდურების და ზურგის ზოგიერთ კუნთებში ზოგჯერ ფასციკულარული მოძრაობები. კუნთების და ნერვების მექანიკური ავზნებულება მომატებულია. ჩაქუჩით პერკუსია ძლიერ



სწრაფ შეკუმშვას იწვევს, კუნთის მოტორული ეფექტით. ფაციალისზე თითოთ მხატე პერკუსია იძლევა სახის კუნთების შეკუმშვას. (ხ ე ო ს ტ ე გ ი ს ნიშანი). ხელის დაჭერა *Sulcus bicipitalis*-ის არეში იწვევს ხელის მტევნის კონტრაქტურას (ტ რ უ ს ო ს ნიშანი). ლ ა ზ ე გ ი ს მდგომარეობაში აწეული ფეხები ერთი წუთის განმავლობაში იწვევს ფეხის ტერფის კრუნჩხვას *pes-varo-equinus*-ის განვითარებას. ელექტრო აგზნებულება ნერვისა და კუნთისა შეცვლილია, როგორც გალვანურზე, ისე ფარადიულზე. კუნთის და ნერვის აგზნებისათვის საჭიროა მინიმალური ძალის ნაკადი,  $A > K$ ,

		dextra	sinistra
n. ulnaris	—	1.0 MA.	1.0 MA.
m. biceps	—	0.2 „	0.1 „
m. decltoid.	—	0.3 „	0.1 „
m. triceps	—	0.3 „	0.1 „
m. gastroc.	—	1.0 „	1.2 „

გადაგვარების რეაქცია და კუნთების ატროფია არა აქვს.

რეფლექსები: მყემსთა თანაბრივ ცოცხალია. ძვალთა და მყეს ძვალთა თანაბრივ იწვევიან. კანის შენახულია. პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს. სინათლე—შენახულია.

მგრძნობლობა ყველა სახის შენახულია. სუბიექტურად კრუნჩხვების წინ აქვს ჭიანჭველის ღოდვის შეგრძნება.

სისხლის ანალიზი გაკეთებული იყო ექ. ივ. კ ო ნ ი ა შ ე ი ლ ი ს მიერ. სისხლის სათადარიგო ტუტოვანება აღმოჩნდა—37.2. კალციუმის და ვალიუმის გამოკვლევა მოხდა Kramer და devard-ის წესით. Ca 12.8 მ. % . K—28,9 მ. % . რენტგენოლოგიურად თავის ქალას გადაღებამ რაიმე დეფექტი არ მოგვცა.

ავადმყოფობის მიმდინარეობა და წამლობა: ავადმყოფს ყოველდღიურად მოსდის 10—15 ტეტანიური კრუნჩხვა. მეტ წილად საწოლში წევს. რთული მოძრაობების წარმოება იწვევს კრუნჩხვის შეტევას. კრუნჩხვები ხელების პერიფერიიდან ეწყება, ხელის მტევანი მეანის ხელის მოყვანილობას იღებს. ფეხი *pes varo-equinus*-ის. კრუნჩხვა სახის კუნთებშიც ვრცელდება. კრუნჩხვის ხანგრძლივობა 5—10 წამს არ აღემატება. კრუნჩხვის დროს ზოგჯერ გონებასაც კარგავს. პირველ ხანებში ავადმყოფს ვადღევდით ბრომს, ლუმინალს, კრუნჩხვები არ შემცირებულა. არც კალციუმის ხსნარის შიგნით ხმარებამ მოგვცა შედეგი. დავუწყეთ ვენაში 10% კალციუმის 10.0 ყოველ დღიური შეშხაპუნება. კრუნჩხვები შემცირდა 20-დან—5-მდე. ვენების ობლიტერაციის გამო იძულებული გაუხდით შეშხაპუნება შეგვეწყვიტა. განვიზრახეთ პართიროიდული ჯირკვლის გადაწერვა. მოტანილი იყო ქალაქის სასაკლავოდან რამოდენიმე ცალი ახლად დაკლული ხარის პართიროიდული ჯირკველი. 25 აპრილს ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში მ, ც ხ ა კ ა ი ა ს მიერ გაკეთებული იყო ტრანსპლანტაცია. გადაწერვა მოხდა კანქვეშა ქსოვილში. ძუძუს ხაზზე გატარებული იყო განაკვეთი 3—4 სანტიმეტრი და შიგ მთავსებული ხარის პართიროიდული ჯირკველი. მარჯვნივ 4 ცალი და მარცხნივ 3 ცალი. გადაწერვამ ჩაირა უშედეგად. კრუნჩხვები დღემდე 20-ს შეტევას აღწევდა. ტრანსპლანტაციის ასეთი შედეგი მივაწერეთ მასალის ცუდ შერჩევას. განმეორებით იყო მოტანილი ჯირკველი სასაკლავოდან. 26 აგვისტოს გაუკეთდა გადაწერვა. ოპერაციის დღეს კრუნჩხვა მხოლოდ ერთხელ ჰქონდა. მეორე დღეს ერთხელ-საღამოთი. მას შემდგომ ერთ თვეს იწვა ავადმყოფი განყოფილებაში და არც ერთი შეტევა არ ჰქონია. 7 სექტემბერს გაეწერა კლინიკიდან. კუნთის მექანიკური აგზნებულება და ელექტროაგზნებულება უცვლელად დარჩა. ავადმყოფის და მისი დედის გადმოცემით სამი თვის განმავლობაში მას კრუნჩხვები არ ჰქონია.

ჩვენს შემთხვევაში საქმე გვაქვს ტეტანიასთან, რომელიც გართულებულია ეპილეპსიით. ტეტანიას ახასიათებს ორი ძირითადი სიმპტომი: კუნთების ტეტანიური კრუნჩხვები და ნერვ-კუნთოვანი ქსოვილის აგზნებულების მომატება. კრუნჩხვები სიმეტრიულია. იწყება ხელის და ფეხის მტევნიდან. ხელს მეანის ხელის და ფეხს *pes varo-equinus*-ის მოყვანილობას აძლევს, კრუნჩხვებს პერიო-

დული ხსიათი აქვს. მის დასაძლევად საჭიროა საგრძნობი ღონე. ხანგრძლივობით 5—10 წამს არ აღემატება. მის გამოსაწვევად საჭიროა რაიმე რთული მოძრაობების წარმოება. ნერვ-კუნთოვანი ქსოვილის აგზნებულების მომატება მკაფიოდაა გამოხატული. კუნთი შეკუმშვით უპასუხებს არა მარტო ელექტრო ნაკადის მცირე ძალას, არამედ სუსტ შექანიკურ გალიზიანებასაც. ამავ ეფექტს ვლუბულობთ ნერვების გალიზიანების დროსაც. კუნთის შეკუმშვის ფორმულა დარღვეულია. ვალვანური ნაკადით ნერვი და კუნთი მეტად მცირე ძალის ხმარების დროს საკმაო შეკუმშვას გვაძლევს. კუნთის შეკუმშვა ანოდის გაღებისას მეტია, ვიდრე K ჩაკეტვისას.

ამ ძირითად მოვლენებთან ჩვენ ავადმყოფს აქვს ეპილექსიური შეტევებიც. საინტერესოა გავიგოთ, აქვს თუ არა ამ ეპილექსიას რაიმე კავშირი ტეტანისათან, თუ იგი ამ შემთხვევაში წარმოადგენს ცალკე ავადმყოფობას. საკითხის გასაშუქებლად მოვიყვანე Curschmann-ის აზრს. ტეტანისათან ერთად შესაძლოა იყოს ეპილექსია. ასეთი შეთავსება უფრო ხშირია ბავშვთა სპაზმოფილიის დროს. უკანასკნელ შემთხვევებში ეპილექსია გამოწვეულია „ტეტანის შხამით“. ამ შხამს შეუძლია გაალიზიანოს, როგორც პერიფერიული ნერვული სისტემა, ისე თავის ტვინიც. ერთ მის შემთხვევაში ნერვ-კუნთოვანი ქსოვილის აგზნებულების მომატებასთან ერთად მატულობდა ეპილექსიური შეტევებიც, ჩვენ შემთხვევაშიაც ეპილექსიას ჩვენ ვუკავშირებთ ტეტანისას. ამის დამამტკიცებელი საბუთები საკმაოდ გვაქვს ჩვენ, როგორც ობიექტური გამოკვლევების მიხედვით, ისე მკურნალობის შედეგების მიხედვითაც.

თუ ტეტანის კლინიკა საკმაოდ შესწავლილად ითვლება, ეს არ შეიძლება ითქვას მისი მკურნალობის შესახებ. ყველა მეცნიერისათვის ტეტანის მკურნალობაში უმთავრესი ადგილი უჭირავს პათოგენეზს. Mae Callum-ის კონცეპციის მომხრეებმა შემოიღეს ტეტანის მკურნალობა კალციუმის მარილებით. ამ მკურნალობამ მცირე ეფექტის გამო ნდობა ვერ დაიმსახურა. პარათიროიდული ჯირკვლის ტრანსპლონტაციით ტეტანის მკურნალობას H. Claude უშედეგოდ უყურებს. Laroche ამ საკითხის შესახებ თავის სახელმძღვანელოში არავითარ გარკვეულ პასუხს არ იძლევა. Cuschmann-ი ტრანსპლონტაციას უყურებს, როგორც ძლიერ ხანმოკლე საშუალებას. კარგ შედეგებს ჯირკვლის გადანერგვის შემდგომ აღნიშნავენ Pool Czerny და Kocher-ი. კარგ შედეგად უნდა ჩაითვალოს ჩვენი გადანერგვაც. სამი თვის განმავლობაში ავადმყოფს არც ერთ ტეტანიური კრუნჩხვა და ეპილექსიური შეტევა არ ჰქონია.

ინტერესი ჩვენი შემთხვევისა გამოიხატება იმაში, რომ აქ ტეტანია ოპერაციით არის გამოწვეული. ეს გარემოება ერთხელ კიდევ ადასტურებს ამ ჯირკვლის ამოკვეთის მნიშვნელობას, როგორც ტეტანის, ისე ეპილექსიის განვითარებისათვის.

მასალის მიხედვით გამოგვაქვს შემდეგი დასკვნა:

1. ჩვენი შემთხვევა წარმოადგენს პოსტოპერაციულ ტეტანის, რომელიც ეპილექსიითაა გართულებული.



2. ტეტანიის კალციუმით ვენაში შემსაპუნება იწვევს კრუნჩხვების ხანმოკლე შეწყვეტას.

3. პარათიროიდული ჯირკვლის გადანერგვა იწვევს ტეტანიური კრუნჩხვების ხანგრძლივ მოსპობას.

## ლიტერატურა\*

1. Klippel et Weil, Tétanies. Nouveau traité de médecine. 2. Guy Larosche. Эндокриная опотерапия 1928 г. 3. Н. Curchman, Заболевания нервной системы 4. Гийом, Лербулле, Арвье, Карнон. Железы внутренней секреции и симпатическая нервная система. 5. Горейтман, Болезни органов внутренней секреции 6. Dejerine. Sémologie des affections du système nerveux. 7. H. Claude. Maladies du système nerveux II. 8. А. Прошкин. Некоторые наблюдения при пересадках эндокринных желез. Вестник эндокринологии 1925 г. № 1. 9. Turries et Robert. Recherches cliniques sur la Guanidine du sang. La Presse Médicale № 6. 1930 წ. 10. Iselin. Observation experimentales sur la Tétanie et les gland parathyroidines. Revue neurologique 1911 წ. 11. Verbeli. მე-XVI ექიმთა ინტერნაციონალურ კონგრესზე მოხსენება ბუდაპეშტში. Revue neurologique 1911 წელი. 12. Ernique Nuner. Tétanie. Postopératoire Revue neurologique 1910 წლის.

Проф. С. Кипшидзе и Л. Жвания.

Случай постоперативной тетании Авторы, приводя теории возникновения тетании, переходят к описанию своего случая где тетания была осложнена эпилепсией. Тетания у больного развилась после сечерации щитовидной железы. Принимая во внимание существующие теории тетании, авторы применили почти все способы лечения. Внутривенное вливание 10% раствора, кальция дало непродолжительный эффект. Тетанические судороги уменьшились количеством и в своей интенсивности, но не исчезли. Пересадка паращитовидных желез привела к полному исчезновению судорог на три месяца. Авторы заключают что:

1. Описанный случай является постоперационной тетанией, которая осложнена эпилепсией.

2. Внутривенное вливание кальция вызывает непродолжительное уменьшение тетанических судорог.

3. Пересадка паращитовидных желез вызывает более стойкое и продолжительное исчезновение тетанических судорог.

Prof. S. Kipchidzé et d-r L. Jvania.

Un cas de la Tetanie postopératoire. En exposant. les theories de l'origine de la tetanie les auteurs decrivent un cas de tetanie compliquée d'une épilepsie. La tetanie se développa chez ce malade après une opération de la glande thyreoidienne. Les auteurs ont appliqué toutes les méthodes de traitement d'après les theories contemporaines. Ils ont fait des injections intraveineuses de Ca Cl ont produit un effet passager et incomplet: les convulsions ont diminué en quantité et en intensité, mais n'ont pas disparu complètement. Au contraire, une transplantation des glandes parathyreoidiennes a amené la disparition complète des convulsions pendant l'hospitalisation de ce malade c'est à dire pendant 3 mois.

\*. მოგვყავს უმთავრესი.

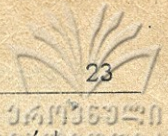
**ი. მხედლიძის**

კლინიკის ასისტენტი

**ზოგიერთ საკვებ ნივთიერებათა კუჭის წვენის მუშაობაზე  
და გავლენის საკითხისათვის**

(შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალურ კლინიკიდან. გამგე **პროფ. ს. ვირსალაძე**)

საკითხი, რომელსაც ჩვენ ვეხებით, ექსპერიმენტალურად საკმაოდ არის დამუშავებული. ექსპერიმენტების მიხედვით, მაგალითად, მიღებულია, რომ რძე იწვევს კუჭის სეკრეციის გაძლიერებას (Хижин, Бабкин, Bieckel). ასეთივე თვისებები აქვს კვერცხის გულს (Гордеев, Соколов, Bieckel) შემდეგ ყავასა და კაკაოს (Keutner და Warburg, Bieckel). ამასვე ადასტურებენ მხოლოდ რძის შესახებ ზოგიერთი კლინიკისტები ცვიგის (Zweig) გამოკლებით, რომლის აზრით იგი აქვეითებს სეკრეციას, რამონი (Ramonda), პირიქით, ამბობს, რომ მან მიიღო ჯანმრთელი ადამიანების რძით კვების შემდეგ კუჭის წვენის მუშაობის მომატება. ამ სანოვანის ამ გვარ თვისებას ადასტურებენ აგრეთვე ბერგმანი (Bergmann), შემდეგ ამერიკელი ავტორები (Crohn, Burrie, Reiss). ამის და მიუხედავად აღნიშნულ საკვებ ნივთიერებებს ფართოდ ხმარობენ კლინიკაში კუჭის ორგანული დაავადებისას მომატებული მუშაობის დროსაც. ჩვენც მათით ვსარგებლობთ. რძეს და კვერცხს მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ავადმყოფთა დიეტოთერაპიაში და სწორედ ამიტომ მეტად დაინტერესებულნი ვართ აღძრული საკითხით, მით უფრო, რომ ჩვენი კლინიკური და ამბულატორული მასალის მიხედვით კუჭის ორგანული დაავადებით ჩვენს ავადმყოფთა შორის დიდ უმრავლესობას შეადგენდა სწორედ ჰიპერკლორიდრით თანდართული შემთხვევები. ამის გამო ჩვენ დავისახეთ მიზნად კლინიკურ მასალაზე გამოვეყრკვია საკითხი ზოგიერთ საკვებ ნივთიერებათა კუჭის წვენის მუშაობაზე მოქმედების შესახებ. ჩვენ გავატარეთ დაკვირვებანი 27 წყლულით დაავადებულ ავადმყოფზე. ძნელი იყო მათ შორის გამოჩნება ისეთი პირებისა, რომელნიც თამბაქოს არ ეწეოდნენ, ან და რომელთაც შეეძლოთ მისგან თავი შეეკავათ შედარებით ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში. ამ გარემოებას ჩვენ მივაქციეთ ჯეროვანი ყურადღება. რომ გამორიცხული ყოფილიყო ნიკოტინის ზეგავლენა კუჭის სეკრეციაზე ამავე მიზნით მათ არ ეძლეოდათ მედიკამენტები შემდეგ ჩვენი ავადმყოფები სრულიად იყვნენ განცალკევებულნი და არ სტოვებდნენ საწოლს დაკვირვების მთელი დროის განმავლობაში—21 დღეს. ამით



თავიდან ავიცილეთ ფსიქიური წვენი გამოყოფის შესაძლებლობა, საკრძალოლი საკმლით გამოწვეული (Булавинцев, Бабкин).

კუჭის სეკრეტორულ ფუნქციას ვიკვლევდით ჩვენ მშრალი საუზმის შემდეგ წყლულის წინააღმდეგ მკურნალობის დაწყებამდე და მის შემდეგ—21 დღის გავლისას.

საქმელი ეძლეოდათ ავადმყოფებს განსაზღვრულ დროს და განსაზღვრული რაოდენობით, წინასწარ დამუშავებული სქემის მიხედვით, რომელიც მიღებულია ჩვენს კლინიკაში კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით დაავადებულებების მკურნალობის დროს. ავადმყოფები იკვებებოდნენ რძით კვერცხით, კარაქით, პაქსიმადით, თეთრი პურით, რძის ფლავით, ხილის თათარით. რძეს ვაძლევდით ზოგჯერ ყავასთან ან კაკაოსთან შეზავებულს, კვერცხებს თოხლოდ მოხარშულს ან გოგოლ-მოგოლის სახით. კარაქს ღებულობდნენ ცილოვან საქმელთან ერთად და არა ცალკე როგორც ამას აწარმოებს იაროცკი ექსპერიმენტალურად დამტკიცებული ღებულების გამო, რომ ცილა და ცხიმი ერთად მიცემული იწვევენ კუჭის წვენის გაძლიერებულ გამოყოფას.

მაშასადამე თუ დავემყარებით ზემოთ მოყვანილ ექსპერიმენტალურ და კლინიკურ მასალას, უნდა დავასკვნათ, რომ ჩვენი ავადმყოფები კუჭის სეკრეცი-აზე მოქმედების მხრივ ჩაყენებული იყვნენ არახელსაყრელ პირობებში. ყველა შემთხვევაში ჩვენ უნდა მიგველო მჟაობის მომატება. მოხდა ეს თუ არა?

როგორც ჩანს დართული ტაბულიდან საერთო მჟაობის მხრივ ჩვენ მივიღეთ მისი დაქვეითება 19 შემთხვევაში ან 70,4% (№№ 1—19). იგი ან უმნიშვნელოა, როგორც მაგალითად №№ 13, 17 შემთხვევაში, ან შედარებით დიდი, როგორც №№ 8, 11, 14 შემთხვევებში. საშუალოდ საერთო მჟაობის დაქვეითება უდრიდა 9,5. ორ შემთხვევაში. (№№ 20, 21) იგი არ შეიცვალა, ექვსში კი ან 22,2%-ში (№№ 22—27) მოიმატა. მისი მომატება საშუალოდ დაახლოვებით უდრიდა 12,5.

მარილმჟავას საერთო რაოდენობის მხრივ-კი მივიღეთ (პროცენტულად) მისი შემცირება 15 შემთხვევაში ან 55,6%-ში (№№ 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 23). საშუალოდ იგი უდრიდა 0,04%-ს. მომატება 8 შემთხვევაში ან 29,6%-ში (№№ 2, 17, 20, 22, 24, 25, 26, 27). საშუალოდ ის უდრიდა 0,03%-ს. 4 შემთხვევაში კი ან 14,8%-ში (№№ 4, 9, 18, 21) რაიმე განსხვავებას არ ვპოვნდა ადგილი. ამისდა მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია ვთქვათ, რომ აღძრულ საკითხში ჩვენი შედეგები საესებით არ ეთანხმება მოყვანილ თითქმის ყველა ავტორთა ექსპერიმენტალურ და კლინიკურ გამოკვლევათა შედეგებს. ძნელია იმის თქმა, თუ რით არის ეს გამოწვეული, აღენიშნავთ მხოლოდ, რომ რამონი ცდებს ახდენდა ჯანსაღ ადამიანებზე იმ დროს, როდესაც ჩვენ საქმე ვკვნიდა ორგანული დაავადებებით ავადმყოფებთან, შეიძლება ნაწილობრივ ამით აიხსნება ხსენებულ ავტორთან ჩვენი შედეგების წინააღმდეგობა.

ექსპერიმენტალურ მონაცემებთან შეუთანხმებლობის შესახებ კი ჩვენ შეგვიძლია რამონის მშენიერი მონოგრაფიიდან მოვიყვანოთ შემდეგი ადვილი: „ზოგიერთი კლინიკისტები . . . ., წერს იგი, ამყარებენ მკურნალობას





№ №	გვარი, სახელი. დიაგნოზი	წ ა მ ლ ო ბ ა მ დ ე				წამლობის შედეგად			
		საერთო სიმკვლე	თავისუ-ფაჟი HCl	შეკავში-რებული HCl	საერთო რაოდენ-ობა HCl	საერთო სიმკვლე	თავისუ-ფაჟი HCl	შეკავში-რებული HCl	საერთო რაოდენ-ობა HCl
1.	ედი-შვილი მ. ulcus pylori. Stenosis pylori . . .	100	0,22%	0,09%	0,31%	96	0,2%	0,1%	0,3%
2.	სურა-შვილი ი. ulcus duo deni . . . . .	100	0,17%	0,09%	0,26%	92	0,2%	0,11%	0,31%
3.	ხუ-დავა ფ. ulcus pylori perigastritis . . . . .	100	0,24%	0,07%	0,31%	90	0,2%	0,07%	0,27%
4.	ფოჩ-ძე ლ. ulcus pylori perigastritis . . . . .	110	0,2%	0,15%	0,35%	104	0,24%	0,1%	0,35%
5.	სიმ-ცი ს. ulcus prepylorica . . . . .	72	0,13%	0,11%	0,24%	64	0,15%	0,05%	0,2%
6.	ცხა-ია კ. ulcus duo deni	90	0,2%	0,09%	0,29%	85	0,18%	0,09%	0,27%
7.	გვე-ინი კ. ulcus pylori	90	0,19%	0,1%	0,29%	85	0,17%	0,09%	0,26%
8.	გო-დძე დ. ulcus pylori perigastritis . . . . .	68	0,12%	0,1%	0,22%	42	0,07%	0,08%	0,15%
9.	ზაი-ვი ნ. ulcus ventriculi	95	0,25%	0,02%	0,27%	90	0,19%	0,08%	0,27%
10.	შენ-ლია მ. ulcus pylori .	92	0,22%	0,08%	0,3%	84	0,18%	0,05%	0,23%
11.	გრიგ-ანი გ. ulcus pyloro- duo den. perigastritis	100	0,22%	0,1%	0,32%	78	0,2%	0,08%	0,28%
12.	პო-ვი ა. ulcus pyloroduo denale . . . . .	98	0,22%	0,12%	0,34%	84	0,2%	0,09%	0,29%
13.	კარ-შვილი ტ. ulcus duo- deni perigastritis . . . .	100	0,26%	0,08%	0,34%	98	0,2%	0,07%	0,27%
14.	ზან-ძე ზ. ulcus pyloro- duo d. . . . .	120	0,3%	0,09%	0,39%	100	0,2%	0,07%	0,27%
15.	აგ-ლი ulcus pylori . . .	92	0,25%	0,05%	0,3%	88	0,13%	0,15%	0,23%
16.	დავ-იან ხ. ulcus pyloro- duo denall . . . . .	95	0,17%	0,09%	0,26%	80	0,14%	0,07%	0,21%
17.	კარა-ლი ი. ulcus pylori	94	0,24%	0,09%	0,33%	92	0,25%	0,09%	0,34%
18.	შოვ-ძე დ. ulcus pylori .	98	0,2%	0,1%	0,3%	92	0,2%	0,1%	0,3%
19.	კიხ-ია ა. ulcus duodeni adhaesion. infl. . . . .	78	0,17%	0,1%	0,27%	76	0,18%	0,08%	0,26%
20.	ზარ-ა ი. ulcus pylori .	110	0,2%	0,09%	0,29%	100	0,24%	0,07%	0,31%
21.	ნო-ძე ს. ulcus pylori .	100	0,2%	0,1%	0,3%	110	0,2%	0,1%	0,3%
22.	ჯიო-ვი ა. ulcus duodeni periduodenitis . . . . .	88	0,26%	0,06%	0,32%	100	0,27%	0,08%	0,35%
23.	სალუ-ძე ა. ulcus pylori .	44	0,09%	0,09%	0,18%	56	0,1%	0,07%	0,17%
24.	მატ-ძე ა. ulcus pylori .	66	0,17%	0,03%	0,2%	78	0,2%	0,03%	0,23%
25.	შა-რი ვ. ulcus ventriculi	92	0,25%	0,08%	0,33%	110	0,25%	0,1%	0,35%
26.	ჯო-ძე ხ. ulcus pyloro duo denall . . . . .	88	0,2%	0,07%	0,27%	92	0,2%	0,1%	0,3%
27.	ჩხო-ა ს. ulcus pyloro duo den . . . . .	124	0,3%	0,12%	0,42%	142	0,26%	0,15%	0,41%

ფიზიოლოგიაზე . . . . ., მაგრამ მათ ავიწყდებათ, რომ წყლულით დაავადებული ადამიანის კუჭი არ უდრის ჯანმრთელ კუჭს, ისე როგორც პათოლოგიური ფიზიოლოგია არ უდრის ფიზიოლოგიას“ (მე-193 გვერდი). შესაძლოა ამით აიხსნება ის რომ აგრეთვე ჩვენი კლინიკური შედეგების და სხვა ავტორების ექსპერიმენტალური მონაცემების შორის არ არსებობს ანალოგია.

ლიტერატურა I. Бабкин. Внешняя секреция пищеварительных желез 1927 г. 2. Boas. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten 1925. 3. Bergmann. ulcus pepticum. Erkrankungen der verdauungsorganen 1926. 4. Булавинцов. психический желудочный сок у людей. Диссерт. 1903 г. 5. Гордеев, работа желудка при разнообразных сортах пищи. Диссерт. 1906 г. 6. Пионтковский. Влияние мыл на работу пепсиновых желез. Диссерт. 1906 г. 7. Ramond. Les maladies de l'estomac et du duo denum. 1927. 8. Zweig. Erkrankungen des verdauungsapparates. speziell pathologie und Therapie innerer crankheiten V Band. 1921. 9. Яроцкий. Диететическое лечение язвы желудка и двенадцати перетной кишки. 1928.

D-r I. Mtchedlichvili. Sur l'influence de certains aliments sur l'acidité du suc gastrique.

L'auteur sebase sur des observations effectuées sur 27 malades, atteints d'un ulcus de l'estomac ou du duodénum. Tous ces malades ont été soumis à un régime d'ulcere très sévère, isolés etalités. De cette façon il ne pouvait être question d'une secretion du suc gastrique dite psychique—suc secreté à l'aspect de la nourriture prohibée. De même pour exclure toute influence de nicotine et de médicaments, il était interdit aux malades de fumer et ils ne recevaient point de remédes.

Le suc gastrique fut examiné avant le commencement de la cure et 21 jours après. Durant ces 21 jours les malades recevaient à intarvalles etenquantité déterminés du lait, parfois mêlé à un peu de café ou du cacao, des oeufs à la coque ou du jaune d'oeufs battu au sucre, du beurre, des gruaux au lait, des biscuits du pain blanc des „kissels“. Une nourriture parreille selon certains travaux expérimentaux et quelques observations cliniques devait provoqué une augmentation d'acidité gastrique, Mais en fait elle ne fut observée que dans (22,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> des cas; dans 70,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> des cas) l'acidité se trouva diminuée, dans deux cas elle est restée invariable.

Quant à l'acidité totaee (exprimée en ‰/‰), nous l'avons trauve augmentée dans 8 cas (29,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), diminuée dans 15 cas (55,6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), invariable dans 4 cas (14,8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>).

L' auteur s'abstient de conclure.

Il voudrait seulement attirer l'attention sur ces, faits qui différent des données expérimentales et de celles terées de certains travaux cliniques sur cette question.

## И. МЧЕДЛИШВИЛИ

К вопросу о влиянии некоторых пищевых веществ на кислотность желудочного сока.

В целях изучения затронутого вопроса, автор наблюдения свои провел над 27 больными, страдающими язвой желудка либо двенадцатиперстной кишки. Все больные проводили строгий *ulcus-cur.* Они были изолированы и не покидали постели. Таким образом исключена была возможность выделения психического сока, вызываемого запретной пищей. Больные не курили и медикаментов не получали в целях исключения влияния никотина и медикаментов. Желудочный сок исследовался до и после лечения спустя 21 ден, в течение которого больные получили по схеме в определенное время и в определенных количествах молоко, иногда с примесью кофе или какао, яйца всмятку или в виде гоголь-моголя, масло, молочные каши, сухари, белый хлеб, кисели. Следовательно согласно существующим экспериментальным и некоторым клиническим работам при таком составе пищи кислотность желудочного сока у всех больных должна была повыситься. На самом деле автор получил повышение общей кислотности только в 6 случаях (22,2%), понижение ее в 19-ти (70,4%); в двух случаях она осталась без изменения.

В отношении общего количества соляной кислоты (в процентах) он получил увеличение ее в 8-ми случаях (29,6%), уменьшение в 15-ти (55,6%), не изменилось оно в 4-х случаях (14,8%).

Автор воздерживается от выводов и указывает только несоответствие данных своих с данными экспериментальных и ряда клинических работ по этому вопросу.



**6. ნიკოლაიზმილი**  
ორდინატორი

**მლივი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზის იზვიათი  
შემთხვევა\*)**

**პროპედევტიკულ-თერეპიული კლინიკიდან.  
გამგე პროფ. შ. მიქელაძე.**

ლიმფოგრანულომატოზი, როგორც ცნობილია, შედარებით იშვიათი სნეულებაა,\*\*) მაგრამ განსაკუთრებით იშვიათია ნაწლავებისა და მათ შორის მლივი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი. ჩვენთვის ხელმისაწვდომი ლიტერატურის მიხედვით, ნაწლავებისა და მეზენტერიალური ჯირკვლების ლიმფოგრანულომატოზის სულ 28 შემთხვევაა აწერილი ამ ბოლო დრომდე; მლივი ნაწლავის პირველადი ლიმფოგრანულომატოზი კი ლიტერატურაში აღნიშნულია სულ ორჯერ. ამიტომ ჩვენი შემთხვევის გამოქვეყნება არ არის ინტერესს მოკლებული მით უმეტეს, რომ მასში აღინიშნება ლიმფოგრანულომატოზისათვის ზოგი, მისთვის არაჩვეულებრივი, თავისებურობანი, რაზედაც მოხსენებული იქნება ქვემოთ.

ავად. ა—რი მიხ. 35 წ. მიწის მუშა თიანეთიდან. კლინიკაში მოთავსდა 1928 წ. 18 ნოემბერს. უჩივის მუცლის შესივებას და მოვლითი ხასიათის ტკივილებს მუცელში, ფალარათობას და საერთო სისუსტეს. ავად არის სულ 11 თვეა. ავადმყოფობა დასწყება მუცლის ტკივილითა და ფალარათობით. გარეთ გასვლას ანდომებდა ხშირად, მაგრამ ზოგჯერ ატყუილებდა. განავალში ზოგჯერ სისხლსაც ამჩნევდა. 2 თვის ასეთი ავადმყოფობის შემდეგ იგი თითქოს მოკეთებულა, მაგრამ მუცლის ტკივილი და ფალარათობა მაინც ხშირად უმეორდებოდა. ამ 5 თვის წინ მუცლის ტკივილი თანდათან გაუძლიერდა, დაეწყო ისევ გამუდმებითი ფალარათობა, მაგრამ სისხლს არ ამჩნევდა განავალში. ტკივილები ეწყობოდა სრულიად უმიზეზოდ.—ჭამასა და სმასთან ან სიარულთან იგი არ ყოფილა დაკავშირებული. ამასთანავე ერთად ავადმყოფს თანდათანობით შემსიენებია მუცელიც და შრომის უნარიც დაუკარგავს. სანღში უმკურნალია ორი თვე, მაგრამ სულ უფრო და უფრო დასუსტებულა, გამხდარა თანდათანობით და ამ მდგომარეობაში იქნა მოყვანილი ჩვენთან კლინიკაში. გარდა ზემოხსენებულისა, ავადმყოფი აღნიშნავს აგრეთვე გაძლიერებულ წყურვილსა და შიმშილს (ავადმყოფის თქმით ერთი ვედრო წყალი და 5 კაცის საყოფი საჭმელი უნდება მას დღე-ღამის განმავლობაში). გამოყოფილი შარდის რაოდენობა ბევრად მეტი ყოფილა ჩვეულებრივთან შედარებით, ცხოვრების პირობებს დამაკმაყოფილებელს აღნიშნავს. თუთუნს არ ეწევა, მაგრამ ძლიერი მოყვარული ყოფილა არყის. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს. წარსულში არავითარ ავადმყოფობას არ აღნიშნავს. შთამომავლობის მხრივაც ჯანსაღი ყოფილა. Status praesens. ავად. საშუალო ტანისაა სუსტად განვითარებული კუნთებით და განსაკუთრებით კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილით. კანი მკრთალი ფერისაა. კანქვე-

\*) მოხსენდა პროფედ. თერაპიული კლინიკის ექიმთა კონფერენციას 1930 წ.

\*\*\*) იხ. ი. თვალაძე და გ. ნიკოლაიშვილი, ლიმფოგრანულომატოზის საკითხისათვის.



მა ლიმფური ჯირკვლები მარტო საზარდულის არეებში ისინჯებიან მცირედ, მაგრამ პალპაციით უმტკივნეულოა და მოძრავი. ტემპერატურა—ნორმა.

გულის შედარებით მოყრუების სახედრები გარდიგარდმოდ არის გადიდებული თითო თითით. გულის ტონები ძალზე მოყრუებულია. პერიფერიული სისხლის ძარღვები ელასტიურია. გულის საშუალოზე სუსტი აცებისა და დაჭიმულობის, რითმული 70. სისხლის წნევა, კოროტკოვით, 115—70.

გულმკერდის ფორმა ცილინდრიულია; ლავიწ ზემო და ქვემო ფოსოები, ისე როგორც ნეკნთა შუა არეებიც, გამახატულია სუსტად. სუნთქვა აქვს შერეული ტიპის და ხერელე, სუნთქვისას გულმკერდის ორივე მხარეები სიმეტრიულად მოძრაობს, მაგრამ თვით ეს მოძრაობა შესუსტებულია ორივე მხარეს ქვემო ნაწილებში. ფილტვების ქვემო კიდეთა შლაც შეზღუდულია. ორივე ფილტვისი ზემო ნაწილებში ფილტვის ხმას ტიმპანური ელფერი ახლავს, ხოლო ქვემოთ კი ორსავე გვერდზე უკან ბეჭის შუა არედან იწყება მოყრუება, რომელიც თანდათან გადადის ქვემოთ სრულს მოყრუებაში. ამ მოყრუების არეებში სუნთქვა და აგრეთვე ფრემიტუსი ძალზე შესუსტებულია. დანარჩენ არეებში კი ყველგან ვისმენთ ჩვეულებრივ ვეზიკალურ სუნთქვას.

ენა სველია, მაგრამ საკმაოდ შელესილია თეთრად. მუცელი საგრძობლად შესივებულია, მისი გარშემოწერილობა ჰიპის დონეზე=89 სანტ. ხერელე პალპაციით მუცლის არე უმტკივნეულოა საერთოდ, მაგრამ ღრმა პალპაციით კი მტკივნეულობა აღინიშნება ჰიპის არეში მის ორსავე მხარეს, სადაც კარგადაა გამოხატული კუნთების რეზისტენტობაც. ფლუქტუაცია აღინიშნება მკაფიოდ. ლეიძლის და ელენთას გასინჯვა არ ხერხდება. საზარდე ორგანოების მხრივ არავითარი პათოლოგიური რამ არ აღინიშნება. შარდის მხრივ—აღსანიშნავია ხვედრითი წონა 1006; ფერი—ბაცი ჩაის, გამჭვირვალე. ცილა, შაქარი და ნაღველის პიგმენტი—არაა. ინდიკანი და ურობილინი—ნორმა. დიაზორეაქცია—უარყოფითი. პირველ ხანებში თუ შარდის დღე-ღამის რაოდენობა 3—4 ლიტრს აღემატებოდა, შემდეგში ის თანდათან შემცირდა და ამ დროს გამოკვლეული შარდში აღმოჩნდა მცირეოდენი ცილის ნიშნები და ინდიკანი; მიკროსკოპულად კი ერთი ცალი მარცვლოვანი და სამი ჰიალინური ცილინდრი. შარდივანი შარდში=13,17; სისხლში—0,52; ამბარი ს. K.—0,15.

სისხლის გამოკვლევა: Hb.—57%; Er.—4,200,000; F.J.—0,7; L—11,600. ლეუკოციტარული ფორმულა: N=74% (აქედან 1) ანაღვარდა—2%, 2) ჩხირისებრი—4%, 3) სეგმენტისანი—68%); Eos.—12%; Lymph.—10%; Mon.—4%.

განავალი—თხელი, მოყვითალე ფერის, მჟავე რეაქციის, აფუებული. მაკროსკოპულად სისხლი და ლორწო არ აღინიშნება. მიკროსკოპულად—ბლომად მცენარეული უჯრედები, ჩირქოვანი ბურთულები, ბაქტერიები და აქა-იქ საშუალოდ მონელებული კუნთოვანი ბოჭკოები და აგრეთვე სამი ცალი Ascaris lumbricoides კვერცხები მთელს პრეპარატში.

უქნციით გამოვლენილი პლევრალური სითხე მოყვითალე ფერისაა და გამჭვირვალე, მაგრამ მცირეოდენი ხნის შემდეგ ბლომად გაჩნდა შიგ ფიბრინი; რიკალტა რეაქცია—მკაფიოდ დადებითა. მიკროსკოპულად—ნეიტროფილები—60%, ლიმფოციტები—40%.

რენტგენოსკოპულად—ფილტვები კარგად იშუქება; მარცხენა მხარეს ჰილუსიდან ზემოწილისკენ პერიბრონქიალური ზონარების გაძლიერებაა. მარჯვენა დიაფრაგმა უმოძრაოა. ნეკნთა შუა არეები განიერია. კუჭი არის შეკუმშული და გარდიგარდმოდ მდებარე მეტეორიზმის გამო.

ავადმყოფმა კლინიკაში დაჰყო სულ 40 დღე. ამ ხნის განმავლობაში ის თანდათან სუსტდებოდა. ძლიერი შიმშილი და წყურვილი, რომელიც მას შემოსვლის პირველ ხანებში ჰქონდა თანდათანობით შეეცალა უმადობით. მუცლის სიმსივნეც ნაწილობრივ დაუხერხა, ფალარათობა შესწყდა, მაგრამ დასჩემდა მუდმივი ტკივილები მუცლის არეში და პირლებინება. ამ დროს მუცლის კუნთების პალპაციით საგრძობი დაჭიმულობაც ეჩინებოდა. ბ ლ უ მ ბ ე რ გ ის სიმპტომი თითქმის ყოველთვის დადებითად იყო გამოხატული. ორ-სამჯერ ილიოციკალურ არეში და ზან მის ზემოთ ერთგვარი სიმკვრივეც იქმნა აღნიშნული, რომელიც ადგილმდებარეობას იცვლიდა. ჭაბოლოს შარდის გამოყოფა ძლიერ შეუმცირდა, დასჩემდა ყაბზობა და განუწყვეტელი პირღებინება. ტკივილები მუცლის არეში ბევრად უფრო გაუძლიერდა. ავადმყოფი საშინლად გახდა და დასუსტდა და 1929 წ. 8 იანვარს, ე. ი. სრული ერთი წლის ავადმყოფობის შემდეგ გარდაი-

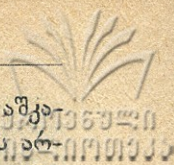
ცვალა. ამ ხნის განმავლობაში არცერთხელ არ ყოფილა აღნიშნული ტემპერატურის მონაცემა. ზემოხსენებული კლინიკური სურათის მიხედვით ჩვენი დიაგნოზი იყო Polyserositis t.b.c. (Peritonitis t.b.c. Pleuritis exsud. bilateralis). Enterocolitis chronica. Myocarditis chronica. Anaemia consecutiva.

**ავტოპსია.** (პროფ. ვლ. ჟღენტის) მლივი ნაწლავი ქვემო მესამედში გახვრტილი აღმოჩნდა. ამ ადგილას ნაწლავის კედელი ზედმიწევნით გასქელებულია. ლორწოვანი დაწყლულებულია და მოფენილია მორუხო-მოყვითალო დაშლილი მასით. ამ დაწყლულებას უჭირავს მთელი ნაწლავის სანათური. მეზენტერიალური და პერიბრონქიალური ლიმფური ჯირკვლები გადიდებულია, განაკვეთზე ვარდისფერისაა. პერიტონეუმის ღრუში მოყვითალო მღვრიე სითხეა 2 ლიტრამდე, რომელშიაც დაცურავს მოყვითალო მწვანე ფერის ნაფლეთები. ნაწლავების მარჯუშები შეზრდილი და შეწებებულია ერთი-მეორესთან ფაშარი, მოყვითალო-მწვანე ფერის მასით. პლევრალური ღრუები ორივე მხარეს ობლიტერაციულია, ანატომიური დიაგნოზი: *Ulcus permagnus Intestini jejuni. Peritonitis serofibrinosa universalis Degeneratio. parenchymatosa et adiposa myocardii hepatis et renum. Hyperplasia lymphoglandularum mesenterialeum et peribronchialeum.*

**ჰისტოლოგიური გამოკვლევა** (პროფ. ვლ. ჟღენტის). მიკროსკოპული პრეპარატი მოზადებულია მლივი ნაწლავიდან, სადაც მაკროსკოპულად აღნიშნულია წყლული. მიკროსკოპული პრეპარატი შეღებილია ჰემატოქსილინ ეოზინით. პრეპარატის ლორწოვანი გარსი ალაგ-ალაგ შენახულია; ალაგ-ალაგ კი მის მაგივრად მოსჩანს დაშლილი მასა. ამ დაშლილ მასაში კარგად მოსჩანს მიკროსკოპის დიდი გადიდებით, ჰემატოქსილინით ლურჯად შეღებილი ქრომატინის ბელტები და ვარდისფრად შეღებილი წვრილი მარცვლოვანი მასა პროტოპლაზმის ნაგლეჯების სახით. აღნიშნულ არეს უკავია საკმაოდ ფართე ადგილი. მის ქვეშ ლორწოვან ქსოვილში და უფრო ღრმად აღინიშნება გრანულაციური ქსოვილი, რომლის უჯრედების შემადგენლობა მეტად სხვადასხვანაირია. აქ მოჩანს სიგრძეზე გაწეული უჯრედები, რომლებსაც აქვს ჩხირისებრივი ბირთვი და ოვალური ფორმის პროტოპლაზმა. აქვეა ბლომად მრგვალი ფორმის უჯრედები და დიდი უჯრედებიც, დიდი პროტოპლაზმიითა და ცენტრალურად დალაგებული რამდენიმე ბირთვით. გარდა ამისა ბლომად აღინიშნება აგრეთვე ეპიტელიოიდური უჯრედები ძკრთალი, ბუშტუკისებრივი ბირთვით და აგრეთვე სხვა უჯრედებიც... ჰისტოპათოლ. დიაგნოზი *Lymphogranulomatosis intestini ilei.*

ჩვენ ლიმფოგრანულომატოზის შესახებ ეჭვიც არ დაგვბადებია. ქრონიკული მიმდინარეობა, სითხე მუცელში და ორივე პლევრის ღრუში; პუნქციით მიღებული სითხის თვისებები (დადებითი რივალტა), მუცლის ტკივილი, ხანგამოშვებითი ფაღარათობა. ყველა ეს შეეფარდებოდა ქრონიკულ ტუბერკულოზურ პერიტონიტსა და პლევრიტს (პოლისეროზიტს). ტემპერატურის არ მომეტებას ჩვენ ვხსნდით ავადმყოფის ძლიერი კახექსიით და სნეულების ქრონიკული მიმდინარეობით. არ შეეფარდება ტუბერკულოზურ ინფექციას მხოლოდ სისხლის სურათი: ნეიტროფილური ლეკოციტოზი ეოზინოფილიით, და ლიმფოპენიით მაგრამ ეოზინოფილიას ჩვენ ვხსნიდით ჭიების არსებობით, რაც შეეხება ლიმფოპენიას, ეს ჩვენთვის მაინც გაუგებარი რჩებოდა. მაგრამ სეკციის შემდეგ დაზიანებულ არიდან აღებული მასალის მიკროსკოპულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა ტიპური სურათი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზისა, რაც ფრიად იშვიათ სნეულებას წარმოადგენს და რის კლინიკური სურათიც მეტად ბუნდოვანია.

როგორც აღვნიშნეთ, სულ აწერილია ჩვენ მიერ ხელმისაწვდომი ლიტერატურის მიხედვით 28 შემთხვევა ნაწლავებისა და მეზენტერიალური ჯირკვლების პირველადი დაზიანებისალი მფოგრანულომატოზით, ხოლო კერძოდ მლივი ნაწლავის ლიმფოგრანულომატოზი კი აღნიშნულია ორჯერ. ამათვან არც ერთხელ არ



ყოფილა ავადმყოფის სიცოცხლეში ამ სნეულების სწორი დიაგნოზი. იგი აშკარად აღებოდა ყოველთვის სექციის ან ოპერაციის შემდეგ. საქმეს ყოველთვის აღსანიშნავი იყო ის მდგომარეობა, რომ ამ დროს ავადმყოფს არა აქვს გამოხატული ლიმფოგრანულომატოზის დამახასიათებელი კანქვეშა ლიმფური ჯირკვლების მესივება, ურომლისოდაც მეტად ძნელი ხდება ექვის აღება ამ სნეულებაზე. მას შემდეგ, რაც დიაგნოზი ნათელი შეიქნა ავტოპსიის შემდეგ, ჩვენ შეგვიძლია ჩამოვთვალოთ ის სიმპტომები, რომელთაც შეუძლია დაგვეხმაროს ნაწლავების ლიმფოგრანულომატოზით პირველადი დაავადების დიაგნოზის შესახებ ექვის შეტანაში. ასეთია: 1) ავადმყოფობის დაწყება და განვითარება მუცლის ტკივილით, ფაღარათობით და შემდეგში ქრონიკულად მიმდინარე პერიტონეალური მოვლენებით; 2) ავადმყოფის საერთო შეხედულება, მკრთალი ფერი, ოფლიანობა, ძლიერი სისუსტე, კახექსია და ბოლო ხანებში განვითარებული უმადობა; 3) სისხლის ცვლილებები, რაიც გამოიხატება მეორადი ანემიით, ზომიერი ნეიტროფილური ლეუკოციტოზით, ლიმფოპენიითა და განსაკუთრებით ეოზინოფილით; 4) ასციტი, როგორც ნაწლავების ლიმფოგრანულომატოზის გართულება. გაუყვებარი რჩება მხოლოდ პლევრიტის არსებობა; 5) საინტერესო თავისებურებას წარმოადგენდა ის რომ მიიღეს ავადმყოფობის მიმდინარეობაში ადგილი არ ჰქონია სიცხის მომატებას. ლიმფოგრანულომატოზისათვის კი დამახასიათებელია დროგამოშვებით სიცხის მომატება, რასაც ავტორები სხვა და სხვა ადგილას ლიმფ. ჯირკვლების ახალ-ახალ შემსივნებით ხსნიან; (აქ კი ასეთ შემსივნებას ადგილი არ ჰქონია გარდა მეზენტერიალ. ჯირკვლების მცირეოდენი ჰიპერპლაზიისა). დაგვრჩა აღნიშნოთ პოლიდიპსია, ბულიმია და პოლიურია, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ჩვენს შემთხვევაში და რომლის გამო ჩვენ ექვი შევიტანეთ Diabetes insipidus-ით დაავადებაზე, მაგრამ ჩვენი ეს მოსაზრება არ დადასტურდა შემდეგი კლინიკური დაკვირვებითა და სხვა გამოკვლევებით. ამ ბოლო დროს ვალდემანის მიერ აწერილია ერთი ანალოგიური შემთხვევა მლივი ნაწლავის პირველადი დაავადებისა ლიმფოგრანულომატოზით, სადაც სხვა კლინიკურ გამოხატულებათა შორის, ისიც აღნიშნავს პოლიდიპსიას, ბულიმიას და პოლიურიას, რომლის მიზეზს ვალდემანი ტ. დანამატში ეძებდა, მაგრამ ვერც მიკროსკოპულად და ვერც ჰისტოპათოლოგიურად ვერავითარი ცვლილებები ვერ იპოვა ვერსად, ისე როგორც ეს ჩვენს შემთხვევაში იყო. ამიტომ მიზეზი ამ უკანასკნელი მოვლენისა გამოურკვეველი რჩება.

**ლიტერატურა**

1) H. C. Haiden et c.w. Apfelbach Lymphogranulomatose gastroinestinale. La Presse medicale № 19, 1928; 2) Z e g i e r.—Kurt. Die Hodykinche Krankheit, Yena 1911. 3) А р и н к и н Клиника болезней крови и кровотворных органов, 1928 г.; 4) Б о н д а р е в. Состав крови при лимфогрануломатозе и диагностическое его значение. Клиническая медиц. № 8, 1927 г.; 5) Г о ф м а н. К казуистике лимфогрануломатоза. Врач. дело 1928 г. 6) С п е р а н с к и й. К клинике лимфогрануломатоза. Врач. газ № 2. 1927 г.; 7) В а л ь д м а н. О лимфогрануломатозе. Врач, дело 1928 г.; 8) Ф р и з е. К вопросу о злокачественной гранулеме Sternberga—Русский врач 1912 г. № 80. 9) С к в о р ц о в и К а з а н ц е в а. Случай лимфогрануломатоза. Клинич. медиц. 1929 г. № 20.

Г. НИКОЛАИШВИЛИ.

**Редкий случай лимфогрануломатоза тонкой кишки.**

(Из пропед. терап. клиники Тиф. Мед. Инст. Директор—проф. Ш. Микеладзе.)

Автор описывает редкий случай лимфогрануломатоза тонкой кишки у больного 35 л., при жизни диагностированный как туберкулезный перитонит. На секции было обнаружено изъязвление тонкой кишки с прободением, с увеличением мезентериальных желез серозо-фибринозным перитонитом; при микроскопическом исследовании (проф. Жгенти) изъязвленного участка кишки обнаружены типичные для лимфогрануломатоза клетки.

---

G. NIKOLAICHVILI. საქართველოს სსრ-ის მედიკოსთა კავშირი

**Un cas rare de lymphogranulomato-  
se de l'intestin grêle.**

L'auteur décrit un cas rare de lymphogranulomatoze de l'intestin grêle chez un malade de 35 ans, diagnostiqué comme une peritonite tuberculeuse. A l'autopsie on a trouvé une ulcération de l'intestin grêle avec perforation, augmentation de volume des glandes mesenteriales et une peritonite sero-fibrineuse. L'exploration microscopique de cette ulcération a révélé des cellules typiques de lymphogranulomatoze.



## ნ. დემეტრაძე.

ასისტენტი.

### ზურგის ტვინის ანესთეზიის საკითხისათვის.

(ტფილ. სამედ. ინსტ. ტოპოგრაფიული ანატომიის დოცენტურიდან.

გამგე—პროფ. ალ. ნათიშვილი).

ზურგის ტვინის ანესთეზიის შემქნელად ცნობილია დიდი პიროვნება ბირი (Bier), მაგრამ უნდა ითქვას რომ ბირმა ბრძნულად და მიზანშეწონილად ისარგებლა ყოველივე მით, რაც მის დრომდე შექმნილი და ნაცადი იყო ამ მიმართულებით. ბირის მოძღვრებას კი წინ უძღოდა ფაქტები, რომლებიც სარჩულად დაედო მის აზროვნებას.

ეს ფაქტები შემდეგია:

1873 წ.—ქვინკემ (Quincke) გააკეთა ცხოველებზე ცდები და შეუშვა ხსნარი ქსელქვეშა სივრცეში.

1885 წ. კორნინგმა (Corning) პირველად სცადა კოკაინის მოქმედება ცხოველების ზურგის ტვინზე. 1891 წ. იმავე ქვინკემ გამოუშვა წელზურგის სითხე მკურნალობის მიზნით; მის მაგალითს მიბაძეს ლიხტჰაიმმა (Lichtheim) ციემსენმა (Ziemssen) და სხვ. ამავე ხანებში სიკარმა (Sicard) გამოთქვა აზრი; „შესაძლოა წელზურგის სითხე სავესებით ამოვაცალოთ ავადმყოფს მისთვის სრულიად უვნებლად“-ო. 1897 წ. ოდიერმა (Odier) წაუსვა კოკაინის ხსნარი ზურგის ტვინს და მიიღო კანის არეში უმტკივნეულობა.

1897 წელს ბირმა შეუშვა კოკაინის  $\frac{1}{2}\%$  ხსნარი t. b. c. ავადმყოფს წელის მიდამოს ქსელქვეშა სივრცეში და უმტკივნეოდ აწარმოა მისი მუხლის სახსარზე შესაფერი ოპერაცია. იმავე წესით მან გაატარა კიდევ 5 ოპერაცია.

აქ ჩამოთვლილი ფაქტების შემდეგ ბირმა და მისმა ასისტენტმა ჰილდებრანტმა (Hilldebrand) (1898 წ.) გადაწყვიტეს თავის თავზე პირადად გამოეცადათ კოკაინის მოქმედება და შეიშნაპუნეს ქსელქვეშა არეში ნახევარ პროცენტის ხსნარი კოკაინისა (0,005) იგრძნეს სრული ანესთეზია, მაგრამ ცხრა დღის განმავლობაში ისინი იტანჯებოდნენ უკიდურესი თავის ტკივილით თავბრუსხვევით და აჩქარებული გულის ცემით.

ასეთი ემპირიული წესით მიღებულმა შედეგებმა ჩაუყარა მტკიცე საფუძველი ანესთეზიის ახალ მეთოდს, რომლითაც 1899 წ. უკვე კეთდება ოპერაციები საფრანგეთში ტიუფიეს და რუსეთში ზელდოვიჩის მიერ.

საკითხი ზურგის ტვინის ანესთეზიის შესახებ ხშირად ისმოდა საპროგრამოდ, როგორც რუსეთში (1907 წ.), ისე საზღვარ გარეთ.

საყურადღებოა, რომ ამ წესის სახელწოდება დღესაც არ არის ჩამოყალიბებული საბოლოოდ. რუსეთის ქირურგთა მე 7 ყრილობაზე 1907 წ. პროფ. სპიჟარნი ამტკიცებდა, რომ შეუფერებელია სახელწოდება „ზურგის ტვინის“ ანესთეზია, ვინაიდან საანესთეზიო ხსნარი არ მოქმედობს ზურგის ტვინზე (მით უმეტეს მის რუხ ნივთიერებაზე), არამედ მისი მოქმედება ვრცელდება მხოლოდ

ჯერ კიდევ ხერხემლის არხში მყოფ პერიფერიულ ნერვების დასაწყისზე (ფესვებზე).

ასეთივე აზრის არიან ავტორიტეტები: ბრაუნი (Braun) ბირი და ტიუფიე და მრავალი სხვა. უნდა აღინიშნოს, რომ ზემოხსენებული აზრი არ არის საყოველთაოდ მიღებული. მთელი რიგი ავტორებისა (გალეზსკი, პოლუბოგატოვი) ცხოველებზე მათ მიერ ექსპერიმენტალური ცდების მიხედვით ამტკიცებენ, რომ კოკაინი ოსმოს-დიფუზიის საშუალებით და აგრეთვე ლიმფური გზით აღწევს ზურგის ტვინის რუხ ნივთიერებას, რაშიც იწვევს ანესთეზიისათვის დამახასიათებელ ცვლილებებს.

ამ რიგად ამ საკითხის გარშემო გამოითქვა ორი მოწინააღმდეგე აზრი, ამასთან დაკავშირებით მოვიყვანოთ ზოგიერთი ჰისტო-ანატომიური და ფიზიოლოგიური ცნობები და მათი მიხედვით ვიქონიოთ საკუთარი მსჯელობა.

ზურგის ტვინის წინა ზედაპირზე მყოფი ნაპრალი—*fissura mediana anterior*—შეიცავს სისხლძარღვოვანი გარსის მორჩს (ე. წ. *septum longitudinale anterius*), საიდანაც გამოსული სისხლის ძარღვები შედიან ტვინში.

უკანა ზედაპირზე მყოფი გასწვრივი ღარი *sulcus medianus posterior* შეიცავს ნევროგლიურ წარმოქმნას (ე. წ. *septum posterius*), რომელიც აღწევს ტვინის რუხ ნივთიერებას და უერთდება მას (რაუბერი).

საბჭოთა კავშირის ფიზიოლოგების უკანასკნელ ყრილობაზე (მოსკოვი 1928 წ.) გამოითქვა აზრი:

1. „წელ ზურგის სითხეს ტვინის სისხლძარღვები წარმოქმნის.
2. კოლოიდალური ნივთიერების ხსნარი არტერიულ კაპილარებს შემოაქვთ, ვენურ კაპილარებით კი ეს ნივთიერება უკან ბრუნდება.
3. სისხლძარღვთა წნულით მოტანილი ხსნარადექციული კრისტალები აღწევენ ტვინის ნივთიერებას ეპენდიმის უჯრედთა შორის სივრცეში განვლით, ხოლო ვენური კაპილარებით ეს ნივთიერება უკან ბრუნდება.
4. ტვინის ქსოვილში ნივთიერებათა გაგვრცელება გლიოზური ელემენტების საშუალებით ხდება“.

ამრიგად სითხის მიმოსვლა და მისი გაგვრცელება ხდება ან ლიმფის ან ნევროგლიის საშუალებით. იგივე პროცესი სრულდება კიდევ ოსმოს-დიფუზიით ან არტერო-ვენური კაპილარებით. აქედან ცხადია ისიც, რომ, თუ აღნიშნულ პროცესში ყოველი აქ ჩამოთვლილი სისტემა მონაწილეობას არ იღებს, რომელიმე ან რამოდენიმე მათგანი მაინც პირველ მნიშვნელობის არის და, თუ ეს ასეა, შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ ხსნარის სახით ქსელქვეშა სივრცეში შეყვანილი ნივთიერება მიალწევს ზურგის ტვინის რუხ ნივთიერებას და გამოიწვევს მასში შესაფერ ცვლილებებს.

ამავე დასკვნამდე მივიყვანს შემდეგი თეორიული მოსაზრებაც: წარმოვიდგინოთ, რომ ჩვენ მოვათავსეთ ზურგის ტვინის ცენტრალური არხის ბოლოში ხსნარი, რომლის ხვედრითი წონა აღემატება წელზურგის სითხის ხვედრით წონას. უნდა ვიფიქროთ, რომ ქსელ-ქვეშა სივრცეში მყოფ წელზურგის სითხეს ექნება მისწრაფება არხში მყოფ სითხისაკენ და პირიქით. ასეთი დაპირისპირებუ-



ლი მისწრაფება გავრძელდება მანამდე, ვიდრე სითხე არ შეიქმნება, ისე რომ სითხე არ შეიქმნება, იზოტონური, აქედან ცხადია სითხე მიღწევს ზურგის ტვინის რუხ ნივთიერებას და იმოქმედებს მასზე.

ჩამოთვლილი ფაქტების მიხედვით და მათი დაპირისპირებით შესაძლოა ამ მეთოდს „ზურგის ტვინის“ ანესთეზია ვუწოდოთ. სახელწოდება ნათლად გვიჩვენებს, რომ ანესთეზიის მიღებისათვის საჭირო პროცესი თვით ზურგის ტვინის სუბსტანციაში მიმდინარეობს.

საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების საავადმყოფოს და გამსახლის ცენტრალურ საავადმყოფოს ქირურგ. განყოფილებებში მე მაქვს ნაწარმოები 600 ოპერაცია ზურგის ტვინის ანესთეზიით.

მიზნად მაქვს ჩატარებული მასალის და პირადი გამოცდილების მიხედვით გამოვთქვა საკუთარი შეხედულება ამ წესის შესახებ, ხოლო წინასწარ შეძლებისდაგვარად მოკლედ დავასაბუთოთ, თუ რა უპირატესობა აქვს მას ანესთეზიის დანარჩენ წესებთან.

როგორც უკვე მოვიხსენიეთ საანესთეზიო საშუალებებს შორის ეთერ ქლოროფორმი არის ყველაზე უძველესი და პირველი. გასაგებია რომ უანესთეზიოდ ტანჯული კაცობრიობა ხსენებულ წესს ხარბად დაეწევა, ყოველ მხრივ შეისწავლა ის, დაასაბუთა მეცნიერულად და ჩამოაყალიბა ის პრაქტიკული გამოყენებისათვის, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ეთერ ქლოროფორმის წესს არ აქვს უარყოფითი მხარეები და იგი მიღებულია მედიცინაში საბოლოოდ.

საანესთეზიოდ ხმარებულმა ეთერ ქლოროფორმის უარყოფითმა მხარეებმა აიძულა მეცნიერება ახალი ძიება ეწარმოებინა და შედარებით უფრო უვნებელი საშუალებები გამოენახა. შედეგად ასეთი მისწრაფებისა მივიღეთ ადგილობრივი ანესთეზია კოკაინით (და მისი წარმონაქმნით), ამას მოჰყვა ზურგის ტვინის ანესთეზია, ჰედონალის, ავერტინის და მრავალი სხვა მეთოდი ნარკოზისა, რომლებიც ამ უამდაც მეცნიერებისათვის კვლევაძიების საგანს წარმოადგენენ.

ეთერ ქლოროფორმის უარყოფით მხარეებს შორის უმთავრესია გულში და ფილტვებში გამოწვეული ღრმა პათოლოგიური ცვალებები, სასუნთქი ცენტრის დაზიანება, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მოლეკულარული ცვალებადობა ქლოროფორმის ზეგავლენით, პათოლოგიური ცვალებადობა პარენქიმატოზულ ორგანოებში (ღვიძლი და თირკმელი), სისხლის წითელ ბურთულებში და იშვიათად სისხლში ჰაერის წარმოშობა (პიროგოვის შემთხვევა).

ზურგის ტვინის ტექნიკურად კარგად შესრულებული ანესთეზიის დროს ორგანიზმი თავისუფალია ჩამოთვლილი გართულებისაგან, ვინაიდან აქ უმთავრესი პროცესი ზურგის ტვინის სფეროდან არ გამოდის და სხვა ყოველივე დანარჩენი ხელუხლებელი რჩება, რაც ამ წესის მთავარ უპირატესობად უნდა ჩაითვალოს.

ზურგის ტვინის ანესთეზიით გართულებებს შორის ლიტერატურა აგვიწერს: სუნთქვის შეჩერებას, კიდურების დამბლას, თავის ტკივილს, სისხლის წნევის დაკლებას, სიცხის აწევას და თირკმლების გაღიზიანებას. მათ შორის მე მივიღე მხოლოდ სისხლის წნევის დაკლება. სუნთქვის შეჩერებას და სხვა რაიმე სერიოზულ გართულებას ჩვენ შემთხვევებში ადგილი არ ჰქონია.

სისხლის წნევის დაკლება კი ამ დროს წესად უნდა ჩაითვალოს. ამ მიმართულებით დაახლოვებით ას ავადმყოფზე ვაწარმოეთ შემდეგი დაკვირვება: სამი დღით ოპერაციის წინ ორ ავადმყოფში ერთი მზადდებოდა გულის გასამაგრებელი საშუალებებით (უმთავრესად სათითურა), შემდეგ ორსავე ეზომებოდა სისხლის წნევა-როგორც ანესთეზიის წარმოების წინა მომენტში, ისე აგრეთვე 10 წუთით შემდეგ ოპერაციის დაწყებისა: აღმოჩნდა რომ მომზადებულებს წნევა შედარებით მეტი აქვთ, ვიდრე მოუმზადებლებს; ანესთეზიის წარმოების შემდეგ წნევა საერთოდ იწვეს ქვევით მაგრამ პირველ ჯგუფზე შედარებით ნაკლებად, ვიდრე უკანასკნელზე. მაგალითად, მომზადებული ავადმყოფი საშუალოდ გვაძლევდა პირველ მომენტში 110, მეორეში კი 100, მოუმზადებელი ავადმყოფი იმავე მომენტებში 100 და 85.

600 შემთხვევაზე ჩვენ მივიღეთ ორჯელ თავის ტკივილი 3—4 დღის განმავლობაში, ერთ მოხუცებულზე ზერელე პარეზი ერთი კვირის ვადით. ერთ შემთხვევაში უკიდურესი მტკივნეული ერექცია საათნახევრის განმავლობაში. ორ შემთხვევაში უნებლიე გარე გასვლა და რამოდენიმეჯერ ჰაერის შეუკავლობა. არც ერთ შემთხვევაში არ გვქონია უნებლიე შარდმდინარეობა. სრულიად უმნიშვნელო და შემთხვევითი ხასიათისა იყო სიცხის აწვევაც. ნორმალური  $t^{\circ}$  აღინიშნება  $30^{\circ}$ .

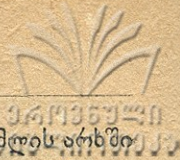
ზურგის ტვინის ანესთეზიასთან შედარებით მშვიდობიანი წესი—ადგილობრივი ანესთეზიაც არ არის თავისუფალი უარყოფითობისაგან; ის თვალსაჩინოდ სცვლის ქსოვილთა ნორმალურ ტოპოგრაფიულ ურთიერთობას, სითხით გაჯღენილი ქსოვილების შეხორცებითი უნარი შედარებით დაქვეითებულია და დასასრულ (რაც უმთავრესია) ადგილობრივი ანესთეზია ვიწრო ფარგლებით განსაზღვრავს საოპერაციო არეს, უსაბზს ქირურგს ოპერაციის გეგმის შეცვლის და მის გაფართოების საშუალებას.

აქ აღარ შეეხებით ანესთეზიის დანარჩენ სახეებს, ვინაიდან ჯერჯერობით არც ერთი მათგანი საბოლოოდ დასაბუთებული და ჩამოყალიბებული არ არის.

ზემოხსენებული უპირატესობის მიხედვით ჩვენ ვხმარობდით ზურგის ტვინის ანესთეზიას ყოველთვის, სადაც ეს მოსახერხებელი იყო. ის არ იხმარებოდა მხოლოდ ხერხემლის ძვლოვანი და ნერვული სისტემების პათოლოგიურად დაავადების შემთხვევებში.

ჩვენი შემთხვევების შესწავლამ დაგვარწმუნა, რომ ანესთეზიის და მასთან დაკავშირებული სხვადასხვა მომენტების შესრულებისათვის დიდმნიშვნელოვანია თვით ხერხემლის არხის და ტვინის გარსების ტოპოგრაფ-ანატომიური ურთიერთობის სათანადო გათვალისწინება. მაგალითისათვის ავიღოთ: 1. ჩხვლეტის წარმოება. 2. წელსზურგის სითხის გამომდინარეობა. 3. ის შემთხვევები, როდესაც სითხეს ვღებულობთ ქსელქვეშა არედან, ამ სითხეში არეულ საანესთეზიო ხსნარს უკანვე ვუშვებთ იმავე სივრცეში და ანესთეზიის ნიშანი არა ჩანს. ამ სამი მომენტის განხილვა საჭიროდ მიმაჩნია.

ჩხვლეტის წარმოების დროს ანგარიში უნდა გაუწიოთ იმ ფაქტს, რომ ხერხემლის წელის ნაწილი ფრიად მოძრავია; საკმარისია ჩხვლეტისათვის საჭირო



მდგომარეობაში ჩაყენებული ხერხემალი ოდნავ შეინძრეს, რომ ხერხემლის არხში ნემსით ვერ მოხვდეთ და ცდამ ფუჭად ჩაგიაროთ. ამ გარემოების თავიდან ასაცილებლად მე წინასწარ ვაკეთებდი 1% ნოვოკაინის ხსნარით საჩხვლეტი არის ანესთეზიას.

ამით უზრუნველყოფდი ხერხემლის სვეტის ურყეობას და მხოლოდ შემდეგ ვატარებდი საჩხვლეტ ნემსს.

ხერხემლის სვეტის უეცრივ მოძრაობას სულ იოლად შეუძლია ნემსი გასტეხოს და ძისი ამოღება კი ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. საჩხვლეტი მიდამოს წინასწარი ანესთეზიით ამ არა სასურველ გართულებასაც თავიდან ვცილებთ.

გარდა ამისა, უნდა ითქვას, რომ თითქმის ყოველი ავტორი მიგვითითებს იმაზე, რომ სითხის მისაღებად ჩხვლეტა უნდა ვაწარმოოთ წელის პირველსა და მეორე მალთა შუა არეში (ან კიდევ ქვევით მე-2—3) და ამისათვის სპეციალური ხაზებიც (იაკობსონის) არის მოწოდებული. ჩვენ არ მივდევდით ასეთ წინასწარ გაზომვის წესს, ვინაიდან მუშაობის პროცესში გამოირკვა, რომ ხშირად, რა მდგომარეობაშიაც არ უნდა ჩაყენოთ ხერხემალი, ხაზით და გაზომვით მიღებული არე ვაწრო და უგარგისია ჩხვლეტისათვის. სამაგიეროდ მალეების წვეტიანი მორჩის ხელის შეხებით, ამავე მორჩების ერთმანეთს განშორების შესწავლით შესაძლოა ისეთი თავისუფალი მალთაშუა არე მოინახოს, სადაც საჩხვლეტის წარმოება სულ იოლი და შეუმჩნეველია, ამიტომაც ჩვენ ავადმყოფს ვაჯგენტ ვარკვეულ მდგომარეობაში ვწმენდავთ ხერხემლის მიდამოს და ხელის შეხებით ვარკვევთ ჩხვლეტისათვის შესაფერ ფართო მალთაშუა სივრცეს. ასეთი არჩევითი წესიზ ნაწარმოები ჩხვლეტა თითქმის უტყუარ შედეგს იძლევა. ჩხვლეტის უარყოფითი შედეგი ჩვენს შემთხვევებში 2% არ აღემატება.

ქსელქვეშა არედან სითხის გამომდინარეობას ჩვენი მასალის მიხედვით შეიძლება სამი სახე მივცეთ: პირველს ეკუთვნიან ის შემთხვევები, როდესაც სითხე ნაკადის სახით თავისუფლად მოდის, მეორეს ის შემთხვევები, როდესაც სითხე განუწყვეტლივ წვეთობით მოდის, მესამე სახეს ის შემთხვევები ეკუთვნიან, როდესაც სითხე წვეთობით, მაგრამ ხანგამოშვებით მოდის. ეს უკანასკნელი ყველაზე უარყოფითი მოვლენაა. ამ მოვლენების განმარტებისათვის საჭიროა შევეხოთ ხერხემლის არხის, ზურგის ტვინის და მისი გარსების ანატომიურ აგებულებას.

როგორც ვიცით ხერხემლის არხის შიგნი ზედაპირი დაფარულია ძვლის ზედაკანით, ამ უკანასკნელსა და მაგარი გარსის გარე ზედაპირს შორის არსებული არე *cavum epidurale* ამოვსებულია ფაზარი შემაერთებელი ქსოვილით, ვენური წნულით *plex. vertebrale* და ლიმფური ძარღვებით. შემდეგი (ნაპრალისებური) ვიწრო სივრცე *cavum subdurale* მდებარეობს მაგარი გარსის შიგნითა ზედაპირსა და ქსელისებური გარსის გარე ზედაპირს შორის. აქ იმყოფება მცირეოდენი სითხე. შემდეგი არის ქსელქვეშა სივრცე *cavum subarachnoidale*, რომელიც მოქცეულია ქსელისებური გარსის შიგნითა და სისხლძარღვოვანი გარსის გარეთა ზედაპირებს შორის. ეს სივრცე წელზურგის სითხით არის ამოვსებული.

აღნიშნულ სამ სივრცეთა შორის უფრო რთული აგებულების და ზურგის ტვინის ანესთეზიის წარმოებისათვის მეტ მნიშვნელოვანია *cavum subarachi-*

dale. ეს სივრცე უფრო განიერია ზურგის ტვინის დაბოლოების ნაწილში (გულმკერდის მე-11 მალიდან ქვევით) და ამ ნაწილს სპეციალური სახელწოდება აქვს cisterna Doniz-ის.

ეს უკანასკნელი იტევს ხერხემლის არხში არსებული სითხის უმეტეს ნაწილს. აქ სითხის წნევა ყველაზე მეტია.

გარდა ამისა, cavum subarachnoidale არ არის თავისუფალი ნაპრალი ამ სიტყვის სრული მნიშვნელობით. მთელ სივრცეზე მასში გაჭიმულია წინა უკანა მიმართულებით septum longitudinale anterius. უკანა წინა მიმართულებით კი septum posterius. გვერდით ზედაპირზე იმყოფებიან (აგრეთვე მთელ სივრცეზე) ქსელისებრი გარსიდან ტვინოვანი ნივთიერებისაკენ წარზიდული ligamentum denticulorum. ამავე ზედაპირზე არიან ოთხ მწკრივად დალაგებული შესაფერ გარსებში ვახვეული მამოძრავებელი და მგრძნობიარე ნერვების ფესვები.

ამ რიგად cavum subarachnoidale წარმოადგენს დასწვრივი მიმართულებით რვა ნაწილად დაყოფილ ცილინდრს.

არსებული მასალის მიხედვით შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ ხსენებული სივრცე დასწვრივი მიმართულებით არ არის დანაწილებული აბსოლუტური სისწორით. აქ ძვიდების ზედაპირები, თუ არა ხშირად, აქა-იქ მაინც ეხებიან ერთმანეთს და, თუ ამას დავუშვებთ, cavum subarachnoidale მოგვცემს მაშინ მრავალსენაკოვან სივრცეს, რომელიც ინდივიდუალური ცვალებადობით დახასიათდება.

აქედან ცხადია ისიც, რომ ამ სივრცის დანაწილების ცვალებადობის მიხედვით სხვადასხვანაირად იწარმოებს წელზურგის სითხის გამოსვლა და მისი ზემოხსენებული სამი სახეც ამით აიხსნება. იმ დროს როდესაც სისხლის დენის პირველი სახე ავსებს ათგარამიან შპრიცს 3 წამში, მეორე სახე იმასვე შვრება დაახლოებით 20—25 წამში, მესამე სახეს ამისათვის სჭირდება 2—3 წუთი და მეტიც. ხშირად შპრიცი ბოლომდე არც ივსება. უკანასკნელი ორი მოვლენა ნათლად ამტკიცებს იმას, რომ ქსელქვეშა სივრცეში სითხის მიმოსვლა თავისუფალი არ არის და სითხის მიმოქცევის ზოგად ფიზიკურ წესს არ ემორჩილება.

აქვე უნდა ითქვას, რომ არსებობს ერთგვარი დამოკიდებულება cavum epidurale-სა და cavum subarachnoidale-ს შორის.

წარმოვიდგინოთ, რომ ჩვენ ამოვაცალეთ სითხე cisterna Doniz-ის ღრუდან, ამით შეიქმნება განსხვავება წნევაში in cavum subarachnoidale-სა და in cavum epidurale-ს შორის (პირველში ნაკლები, ვიდრე უკანასკნელში) ეს გარემოება კი გამოიწვევს მაგარი გარსის და მასთან შეკავშირებული ქსელისებური გარსის შიგნითკენ ე. ი. ზურგის ტვინის მიმართულებით შეწევას.

წარმოვიდგინოთ ეხლა წინააღმდეგი: ე. ი. დავაცალიეროთ in cavum epidurale-ში არსებული ვენური წნული. მაშინ მოხდება პირიქით მოძრაობა (ე. ი. შიგნიდან გარეთ), რის შედეგადაც სითხე და წნევაც იმატებს in cavum epidurale.

მაშასადამე, შეიძლება ითქვას, რომ მაგარი გარსი და მასთან ქსელისებურიც მოძრაობს სითხის მეტნაკლებობასთან დაკავშირებით, რასაც ჩვენ ვამჩნევთ ზურგის ტვინის ანესთეზიის წარმოების დროს. მაგალითი:



ავად ს-ნი, რომელზედაც სამჯერ ვაწარმოე ჩხვლეტა, სამივეჯერ მივიღე პირველი სანის მდინარეობა, სამივეჯერ შევეშუი ჩვეულებრივი საანესთეზიო ხსნარი, მაგრამ ანესთეზია ვერ მივიღე. ავადმყოფი თვით ჩამოდიოდა საოპერაციო მაგიდიდან და თავისი ფეხით მიდიოდა საწოლზე. ეს მაგალითი თვალსაჩინო ნიმუშია მაგარი და ქსელისებური გარსების მოძრაობის ფართე ფარგლებსა. ამ შემთხვევაში ცხადია გარსების შიგნითა მოძრაობის დროს ისინი ვასცილდნენ ნემსის წვერს და სითხე ჩაისხა in cavum epidurale, რის გამო ანესთეზიაც ვერ მივიღეთ.

ჩვენ ზემოთ უკვე ვთქვით, რომ ჩვენ შემთხვევებში არ მიგვიღია უნებლიე შარდის დენა, მხოლოდ ორჯერ მოხდა უნებლიე გამოყოფა განავალისა და ხშირად მივიღეთ გაზების შეუკავებლობა. აღნიშნული იყო აგრეთვე სისხლის წნევის ცვალებადობა ზურგის ტვინის ანესთეზიასთან დაკავშირებით.

აქ ჩამოთვლილი მოვლენები კუჭ-ნაწლავის, მცირე მენჯის და სისხლის ძარღვების ინერვაციის სირთულით უნდა აიხსნას. მათ ინერვაციას კი ავტონომიური ნერვული სისტემა განაგებს.

ცნობილია, რომ კუჭნაწლავისათვის ცთომილი ნერვი არის ამაჩქარებელი, სიმპათიკური კი დამჩაგვრელი (შემნელებელი). სისხლძარღვებისათვის ცთომილი გამგანიერებელი და სიმპათიკური კი შემვიწროებელი.

როგორც ვიცით ცთომილი ნერვის ზეგავლენა კუჭნაწლავის სიგრძეზე სიგმოიდური კელინჯის დაბოლოებით განისაზღვრება. შემდეგში კი ამ ნერვის დანიშნულებას ზურგის ტვინიდან გამოსული n. pelvici-ი ასრულებს. ამ რიგად კუჭნაწლავის სიგრძე ორი ნერვის გავლენის ქვეშ იმყოფება: 1—Vagus-ია, მისი ცენტრო მეოთხე პარაკუჭის ფუძეზე იმყოფება და 2. n. pelvici-ი ცენტროთი ზურგის ტვინის კონუსში. ამ ორი ნერვის ანტოგონისტი—სიმპათიკური კი ერთიანია კუჭნაწლავის მთელ სიგრძეზე.

ეს უკანასკნელი სისტემა, შეკავშირებულია ზურგის ტვინთან rami communicantes საშუალებით. ზურგის ტვინის ანესთეზიით დროებით დამბლას განიცდიან n. pelvici და sympathici-ი (ქვედა ნახევარში), ხოლო თავის ტვინიდან წარმოქმნილი ცთომილი ნერვი საანესთეზიო ხსნარის გავლენის გარეშე რჩება.

შედევად ნერვული სისტემის ასეთი ურთიერთობისა ანესთეზია მოგვცემს სწორი ნაწლავის და შარდის ბუშტის დროებით დამბლას; ნაწლავის დანარჩენ ნაწილში კი მხოლოდ სიმპათიკური იქნება (ქვედა ნაწილში) ხსნარის გავლენის ქვეშ და ის დროებით კარგავს დაჩაგვრითი უნარს. ცხადია ამ მომენტში თავს იჩენს (ხსნარის გავლენის გარეშე მყოფი) ცთომილი ნერვის ამგზნებითი უნარი, შედეგად ჩვენ ვღებულობთ ნაწლავების პერისტალტიკის გაძლიერებას.

ლიტერატურა აღნიშნავს, რომ სტოვანინი ცთომილი ნერვის გალიზიანებით აძლიერებს პერისტალტიკას. ამისდა მიხედვით უნდა ვიფიქროთ, რომ საქმე გვაქვს არა სტოვანინის სპეციფიკური გალიზიანებით უნართან, არამედ სიმპათიკურზე მის დროებით (დამბლა) ზეგავლენასთან, რითაც ძლიერდება ცთომილი ნერვის საწინააღმდეგო მოქმედება. ამით აიხსნება (თუმცა იშვიათ შემთხვევაში) უნებლიე განავალი და არა იშვიათი გაზების შეუკავებლობა.

გასაგებია ისიც, თუ რად არ ყოფილა არაოდეს უნებლიე შარდმდინარეობა.

როგორც ვიცით უკანასკნელი აქტისათვის საჭიროა შარდბუშტის გასწვრივი ბოჭკოვანი კუნთის (detrusor vesicae) შეკუმშვა, რის შემდეგ იხსნება sphincter vesicae. მაშასადამე სფინქტერი გაიხსნება და შარდიც დაიქცევა მხო-

ლოდ მაშინ, როდესაც საესე შარდბუშტის detrussor-ი აქტიურია; თუ ეს უნაპირიანობა (დროებით) შეჩერებულია, მაშინ შეევიძლია შარდბუშტში შევუშვათ 400,0 და კიდევ მეტი სითხე და მის უკან მდინარეობას (როგორც ნებითს, ისე უნებლიეს) ადვილი არ ექნება.

ანალოგიური პროცესი უნდა ვიგულისხმოთ ზურგის ტვინის ანესთეზიის ყოველივე შემთხვევაში, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ აქ ბუშტში შეშვებული სითხის მაგივრობა იქ დაგროვებულმა შარდმა უნდა გასწიოს.

ზემოთ ჩვენ შევხვით სითხის წნევის მეტ-ნაკლებობას. ამ საკითხის გასაშუქებლად აქ აღნიშნული ანატომიური ფაქტებით უნდა ვისარგებლოთ: თუ ზურგის ტვინის ანესთეზიით სიმპათიკური ნერვი დროებით დამბლას განიცდის, მაშასადამე მისი ვაზოკონსტრიქტორული უნარი შეფერხებული იქნება მენჯისა და მუცლის მიდამოს სისხლძარღვებში, რის გამოც უპირატესობა მიეცემა მის მოპირისპირე მომქმედ ცთომილ ნერვს. მუცლის და მენჯის გაგანივრებული სისხლის ძარღვები ჩაიტევენ ნორმაზე მეტი რაოდენობის სისხლს. ეს გარემოება კი ორგანიზმის დანარჩენი ნაწილების სისხლნაკლოვანებას გამოიწვევს. ამ რიგად გამოწვეულ სისხლნაკლოვანებაზე პირველი უპასუხებს მგრძობიარე წარმონაქმნი—სასუნთქი ცენტრო და ტვინის მხრივი გართულებები ამით უნდა ავსხნათ. ორგანიზმის დანარჩენი ნაწილების სისხლნაკლოვანებაში ვრწმუნდებით აგრეთვე უკვე ზემოაღნიშნული სისხლის წნევის ვაზომეთაც.

ზურგის ტვინის ანესთეზიამ ჩვენ მოგვცა საშუალება გვეწარმოებინა ოპერაციები ქვედა კიდურზე და შორისის მიდამოში, მუცლის ღრუში შუასაძგიდამდე და აგრეთვე უკანასკნელი ნეკნების რეზექციაც. ამ უკანასკნელი ოპერაციისათვის მენჯის მიდამოს ავაშორებდით ჰორიზონტალურ სივაცეს (საოპერაციო მაგიდას) სამი თითის სიმაღლით.

ოპერაციების წარმოების დროს ჩვენთვის გამოირკვა, რომ ქვედა კიდურის და შორისის მიდამოს ოპერაციებისათვის საკმაო (sol. stovaini 4%) ხსნარის რაოდენობა  $\frac{3}{4}$  გრამი. მუცლის მიდამოს და უკანასკნელი ნეკნების ოპერაციისათვის სითხეს გრამ ნახევრიდან ორ გრამამდე.

საყურადღებოა ისიც, რომ ძვალ-კუთნოვანი სისტემით კარგად განვითარებული პიროვნება (წონით 5—6 ფუნთამდე) მოითხოვს ანესთეზიისათვის არა ნაკლებ ორი გრამი ხსნარისა, სუსტად განვითარებული პიროვნება კი საშუალოდ ერთი გრამიდან—გრამ ნახევრამდე.

საინტერესოა ამ რიგად ავადმყოფის წონის შეფარდება საანესთეზიო ხსნარის რაოდენობასთან ოპერაციის წინ, რის მიხედვითაც შესაძლო იქნება მომავალში გარკვეული სახელმძღვანელო ცხრილის შემუშავება.

აქვე მოვიხსენიებ ერთ საყურადღებო მომენტს ზურგის ტვინის ანესთეზიის წარმოებისათვის: 1925 წ. დასაწყისში ანესთეზიის წინასწარ ჩვენ ვრეცხდით შპრიცსა და ქვიცკეს ნემსს ფიზიოლოგიურ ხსნარით. შემდეგმა ფიზიოლოგიური ხსნარი შევცვალეთ გამოხდილი წყლით. აღმოჩნდა რომ უკანასკნელით გარეცხილ შპრიცში აღებული სტოვანი მოქმედობს შედარებით უფრო სწრაფად, მძლავრად და ხანგრძლივად.





როგორც ძველი, ისე თანამედროვე, ლიტერატურა აღნიშნავს ამ ანესთეზიის თვისების მიზანშეწონილობას მარტოხელი ქირურგებისათვის. ცხადია ეს ასეა, თუ ნარკოზი გაურთულებლად მიმდინარეობს, მაგრამ საბრალო და უძლურია პროვინციელი ქირურგი წინააღმდეგ შემთხვევაში. ნარკოზის გართულებასთან ბრძოლა მოითხოვს დიდად დახელოვნებულ დოსტაქარს, სხვადასხვა იარაღებს და ბევრ მედიკამენტებს. ხანგრძლივი ხელოვნური სუნთქვა მოითხოვს შემცველ პერსონალს. ურომლისოდაც ფიზიკურად დაქანცული დოსტაქარი უიარაღო სარდალს მოგვაგონებს საბედისწერო ბრძოლაში.

## დასკვნები:

1. სახელწოდება „ზურგის ტვინის ანესთეზია“ მკაფიოდ აღნიშნავს რომ მით გამოწვეული ცვლილებები თვით ზურგის ტვინის არსებაში მიმდინარეობს.
2. სპირალური ანესთეზიის წინ კანის წინასწარი ანესთეზია ხელს უწყობს ამოკერაციის სწორსა და გაურთულებელ შესრულებას.
3. ანესთეზიის გაურთულებლად ჩატარებისათვის მიზანშეწონილია ავადმყოფის წინასწარი მომზადება გულის გასამაგრებელი საშუალებით.
4. ანესთეზიისათვის საჭირო ჩხელეტა უნდა ვაწარმოოთ არა იაკობსონის ხაზის მიხედვით, არამედ შემთხვევის ინდივიდუალური თვისებებით.
5. ხერხემლის არხიდან სითხის გამომდინარეობას შესაძლოა სამი სახე მივსცეთ: ა) განუწყვეტელი ნაკადით, ბ) განუწყვეტელი წვეთობით, გ) ხანგამოშვებული წვეთობით.
6. ქსელქვეშა სივრცე წარმოადგენს შრავალ სენაკოვან არეს და მისგან სითხის გამომდინარეობა ყოველთვის თავისებურია.
7. მაგარი გარსი და მასთან ქსელისებურიც იძვრიან წელზურგის სითხის მეტნაკლებობასთან დაკავშირებით.
8. პერიტალტიკური მოძრაობის გაძლიერება არ აიხსნება სტოვანის სპეციფიკური ზეგავლენით, არამედ ის შედეგია სიმპათიკური ნერვის დროებითი დამბლისა.
9. სწორი ნაწლავის და შარდის ბუშტის ინერვაცია დროებით დამბლას განიცდიან ერთდროულად.
10. გართულება ტვინის მხრივ (სასუნთქი ცენტრის შეფერხება) სისხლნაკლებობით აიხსნება.
11. საანესთეზიო ხსნარის რაოდენობა შესაძლოა შეფარდებული იყოს ავადმყოფის წონასთან.
12. ანესთეზიისათვის საჭირო იარაღი დესტილატში უნდა იხარშებოდეს და მით უხდა ირეცხებოდეს.
13. პროვინციაში მომუშავე ქირურგი უკიდურესი სიფრთხილით უნდა ხმარობდეს ზურგის ტვინის ანესთეზიას: მას გათვალისწინებული უნდა ჰქონდეს ყოველგვარი შესაძლო გართულება და ამ დროისათვის სარგებლობდეს წინასწარ შემუშავებული საწინააღმდეგო ზომებით.

ლიტერატურა: 1. А. А. Капустин. Проф. Основы анатомии и физиологии центральной нервной системы в связи с изучением о железах внутренней секреции. 1927 г. 2. А. А. Богомолец. Проф. Избрание в учение о конституциях и диатезах. 1926 г. 3. А. Лэнглей. Д-р. Автономная нервная система 1925 г. 4. კ. ქავთარაძე. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სნეულებანი და რეფლექსები. 5. XVIII Съезд Российских хирургов 1926 г. 6. 3-й Съезд хирургов Одесской губернии 1926 г. 7. A. Biedl. Внутренняя секреция, ея физиологии основы и значение для патологии т. I- II. 1914 г. 8. В. Н. Терновский и Н. Могильняцкий. Вегетативная нервная система и ее патология. 1925 г. 9. Журнал совр. хирургии. Том III вып. 4-5-6.

1928 г. Том IV вып. 4—5—1929 г. 10. Новая хирургия т. VIII кн.—4. 1929 г. 11. Новый хирургич. Архив. т. 12 кн. 1—1929 г. 12. H. Zondek. Болезни эндокринных желез—1925 г. 13. Вестник хирургии и пограничных областей. т. XIII. кн. 50 1929 г. 14. S. R. Muller. Die Lebensnerven—1924 15. გ. მჭავანაძე. ბრონქიალური ასიმის ქირურგიული მკურნალობა პროფ. Kümmel-ის წესით „თანამედროვე მედიცინა“ 1926 წ.

## Н. Деметрадзе

### К вопросу о спинномозговом наркозе.

После топографо-анатомического описания позвоночного канала, оболочек спин. мозга и пространств между ними, автор приходит к заключению, что cavum subarachnoidale представляет из себя цилиндр, разделенный на восемь отделов, индивидуально различной величины и устройства. Поэтому характер и интенсивность истечения спинномозговой жидкости из cavum subarachnoidale индивидуально различны для каждого отдельного случая. Можно различать три типа истечения жидкости: 1) непрерывной струей, 2) непрерывистыми каплями и 3) каплями, но с известным промежутком времени.

Из осложнений при спинномозговом наркозе автор наблюдает: недержание кала—в двух случаях, недержание газов—в пяти процентах, заметное колебание кровяного давления—как правило, недержание мочи—небыло. По мнению автора, все перечисленные явления объясняются сложной инервацией желудочно-кишечного тракта, органов малого таза и кровеносной системы.

При спинномозговой анестезии временно парализуются n. pelvici и конечная часть n. sympathicus'a; лежащий же в полости черепа центр vagus'a остается вне сферы влияния анестезирующего вещества. Т. О. уцелевшая функция блуждающего нерва обуславливает усиление перистальтики верхнего отдела кишечника при временном параличе его нижнего отдела, чем и объясняется недержание кала и газов.

Временным параличом мочевого пузыря объясняется и отсутствие недержания мочи.

## N. Demetradze

### Wegen der Anästhesie des Rückenmarkse.

Nachdem der Autor den Canal der Wirbelsäule, Haute des Rückenmarks und Räume zwischen denselben geschildert hatte, schliess er dass das „cavum subarachnoidale“ einen Cylinder darstellt. Welcher in acht Teile individuell verschiedener Grösse und Art geteilt sei. Darum werden charakter und intensität des Ausflusses der Rückenmarkflüssigkeit aus dem „cavum subarachnoidale“ für jeden einzelnen Fall individuell verschieden sein, was auch in der Praxis beobachtet wird. Man kann drei Typen des Flüssigkeitsausflusses unterscheiden:

1. mit ununterbrochenem strom, 2. durchgehenden Tropfen und 3. tropfenweise, jedoch mit gewissen Zwischenräumen.

Bei der Rückenmarksnarkose beobachtete der Autor folgende Komplikationen: Nichthalten des Kotes in zwei Fällen, Nichthalten der Gase in 5%, merkbare Schwankung des Blutdruckes in der Regel, Nichthalten des Harns wurde nicht beobachtet.

Nach Autors Meinung sind die aufgezählten Erscheinungen durch die komplizierte Inervation der n. n. Vagus und Sympathicus von Magen und Därmen, Organen des kleinen Beckens und Blutgefässen zu erklären.

Bei der Rückenmarksanästhesie werden zeitweilig n. pelvici und der Endteil des n. Sympathicus gelähmt, das in der Schädelhöhle liegende centrum des n. Vagus aber bleibt ausserhalb der Einflusssphäre der anästhesierenden substanz. Aufdiesse Weise bedingt die unversehrt gebliebene Funktion des n. Vagus die verstärkung der Peristaltik der oberen Dar-



Причину падения кровяного давления автор видит во временном параличе sympathicus'a, вследствие чего vagus проявляет свое сосудорасширяющее действие с чрезмерным переполнением кровеносной системы брюшной полости и малого таза.

Abteilung bei zeitweiliger Lähmung seiner unteren Abteilung, wodurch sich das Nichthalten des Kots und der Gase erklärt.

Durch die kurze Lähmung der Harnblase wird gerade die Abwesenheit vom Nichthalten des Harnserklärt.

Die Ursache der senkung des Blutdruckes sieht der Autor in der zeitweiligen Lähmung des n. Symphticus weshalb der n. Vagus seine gefässerweiternde Wirkung mit überaus starker Füllung des Blutsystems der Bauchhöhle unb des kleinen Beckens zeigt.



**ლ. ცისკარიშვილი**

ორდინატორი.

**კვირისტავის მოტეხილობა და მისი მკურნალობა \*)**

(პოსპიტ. ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. გ. მუხაძე).

ქირურგიულ პრაქტიკაში კვირისტავის მოტეხილობა იშვიათია. უცხოელ და რუსეთის ავტორთა ცნობებით იგი სხვა მოტეხილობათა შორის გვხვდება 1—2%-ში. ჩვენს კლინიკაში ათი წლის განმავლობაში (1919—1929 წ. წ.) სტაციონარულად გატარებულია 525 ავადმყოფი სხვადასხვა ძვლების მოტეხილობით; აქედან კვირისტავის მოტეხილობით არის 8, რაც შეადგენს დაახლოებით 1,5%-ს. როგორც ვხედავთ, ჩვენი მასალაც იმავე %<sup>ს</sup>-ს იძლევა, რასაც რუსი და უცხოელი ავტორები.

კვირისტავის მოტეხილობის წარმოშობის გასარკვევად აუცილებელია მუხლის სახსრის მექანიკის გათვალისწინება, რაც დამოკიდებულია ჯერ ერთი სახსრის ანატომიურ შენებაზე და მეორეც—ბარძაყისა და დიდი წვივის სასახსრე ბოლოების გეომეტრიულ ნაგებობაზე. ზოგადი ტოპოგრაფიული მიმოხილვით მუხლის სახსარი შემდეგნაირად წარმოგვიდგება: 1) შედარებით დიდი სასახსრე ღრუ, 2) მძლავრი სახსარ შიგნითა იოგოვანი აპარატი (*lig. cruciata*); 3) კარგად განვითარებული დამატებითი იოგოვანი აპარატი, რომელსაც ერთვის დამხმარე იოგოვანი აპარატი *lig. patellae proprium* და *retinacula patellae mediale et fibulare*-ს სახით და 4) მსხვილი სისხლის ძარღვებისა და ნერვების არ არსებობა სახსრის წინა ნაწილში.

მუხლის სახსრის მექანიკა—სახსრის მოძრაობის მექანიზმი—დღევანდლამდე არ არის საბოლოოდ გარკვეული, მაგრამ ჩვენთვის, თუ სადაოდ აღიარებულ დეტალებს არ შევეხებით, სრულიად საკმარისია პრაქტიკული თვალსაზრისით ის ცნობები, რომლებიც ამ ჟამად მოგვეპოვება. მთავარი ფუნქცია მუხლის სახსრისა მოხრა—გაშლითი მოძრაობაა; მაგრამ ამ სახსარში შესაძლებელია როტაციული მოძრაობანიც: მაგალითად, კანჭის უკიდურესი როტაცია გარეთ (*Supinatio*) ხდება 50°-ზე, ხოლო როტაცია შიგნით (*Pronatio*)—10°-ზე (როტაციული მოძრაობანი შესაძლებელია მხოლოდ მუხლის მოხრილ მდებარეობაში). კიდურის სრული გაშლა ნორმალურ პირობებში შესაძლებელია 180°-ზე; გვამებზე დაყენებული ცდების თანახმად (*Mickulicz*, *Фик*) შესაძლებელი ყოფილა ზედმეტი გადაღუნვა მუხლში 9°-ზე, ცოცხალი კუნთის ტონუსი კი ამის შესაძლებლობას არ იძლევა. აქტიური მოხრა მუხლში შესაძლებელია 50°-ზე, რაც სავსებით მომხრელ კუნთებზე დამოკიდებული; იოგოვანი აპარატიც თავის რიგად ჰქმნის შესაძლებლობას მოხრის გაძლიერებისა 10°-ით კიდევ, მაგრამ ეს შესაძ-

\*) მოპხსენდა ქირურგიულ კონფერენციას 3. III. 1929.



ლებელია მხოლოდ პასიური მოხრით. ამ რიგად კანჭის მოხრითი მოძრაობის მოცულობა უდრის  $130^{\circ}$ -ს, საშუალო ფიზიოლოგიურ მდებარეობაში კი ეს კუთხე უნდა უდრიდეს  $65^{\circ}$ -ს. აქედან ის კუთხე, რომელსაც ჰქმნიან ამ მდებარეობაში ბარძაყისა და კანჭის გასწვრივი ღერძები უნდა უდრიდეს  $115^{\circ}$ -ს ( $65+50$ ). აი ის კუთხე, რომელიც გამოხატავს ნამდვილ საშუალო ფიზიოლოგიურ მდებარეობას კანჭისას. მაგრამ პრაქტიკაში ასეთ მძლავრ მოხრას დასტატურები ნახვევის დადების დროს გაუზრბიან და უფრო მიზანშეწონილად მიაჩნიათ  $140^{\circ}$ , რომლის დროსაც კუნთები საკმარისად დუნდებიან (მდებარეობა—Semifletio).

რაც შეეხება სამუშაო ძალას, გამოხატულს კილოგრამომეტრებში ბარძაყის ყველა ჯგუფის კუნთებისათვის, იგი სუპინატორებისა და პრონატორებისათვის თითქმის ერთი და იგივეა (სუპინატორ. 5,5—პრონატორ. 6,0 klgmtr.), ხოლო გამშლელებისათვის 142,7 klgmtr. და მომხრელებისათვის—53,7 klgmtr. ე. ი. გამშლელების ძალა 2,6 ჯერ აღემატება მომხრელებისას.

კვირისტავის მოტეხილობის მექანიზმი დღეს საკმარისად შესწავლილია. ის დამოკიდებულია კვირისტავის თავისებურ მდებარეობაზე: თავისი შუა ნაწილით იგი ბარძაყის ჭალზეა მოთავსებული, როგორც საყრდნობზე, ხოლო მისი ზემო და ქვემო ბოლოები დასაყრდნობს მოკლებული გადაჭიმული სასწორივით ერთის მხრივ m. extensor quadriceps-ის მეყსით და მეორეს მხრივ—lig. patellae proprium-ით. როდესაც ადამიანი ვარდება უკან, მაგ. კიბეზე ასვლის დროს ანდა ფეხის დასხლტომის დროს, იგი ცდილობს წონასწორობის დაცვას და ამიტომ ზედმეტად შეკუმშავს m. quadriceps-ს, უკანასკნელი გასწევს კვირისტავს ზევითკენ (მუხლი ამ დროს უმეტეს შემთხვევაში მოხრილ მდგომარეობაშია), ხოლო lig. patellae proprium ახდენს კვირისტავის ფიქსაციას ქვემოდან და აი ამ დროს გადატყდება კვირისტავი. აქ, Lossen-ისა და Stetter-ის აზრით, ადგილი აქვს იმავე მექანიზმს, როგორსაც ჯოხის მუხლზე გადატყების დროს. ცხადია ასეთი მოტეხილობა გარდი-გარდმო იქნება და უფრო ხშირად კვირისტავის მოტეხილობაც გარდი-გარდმოა. შესაძლებელია კვირისტავის მოტეხილობა წარმოიშვას მასზე უშუალოდ საგნის დარტყმით ან და მოხრილი მუხლით მკვრივ სხეულზე დაცემით, მაგრამ ასეთი მოტეხილობანი გაცილებით უფრო იშვიათია და მასთან ერთად უფრო ვანგრძობი ხასიათისაა ან და ნატეხოვანი. ამნაირად მოტეხილობის მიზეზად ითვლება ტრავმა არაპირდაპირი და პირდაპირი და ამიტომ მამაკაცებში კვირისტავის მოტეხილობა გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე დედაკაცებში (შეფარდება—1 : 4 Волкович-ით). როგორც შედეგი კვირისტავის გარდი-გარდმო მოტეხილობისა აღსანიშნავია ნატეხების ერთი მეორისგან დაცილების თანდათანობა, რაც დამოკიდებულია იმაზედ, რომ ოთხთავა კუნთის კუმშვითი მოძრაობის ზეგავლენით კვირისტავის ზედა ნატეხი მიემართება ზემოთ მაშინ, როდესაც ქვედა ნატეხი დამაგრებულია ერთ ადგილზე lig. patellae proprium-ის საშუალებით. და თუ მივიღებთ მხედველობაში დამხმარე იოგოვანი აპარატის (retinacula patellae med. et fib.) გავლენასაც, რაც თითქმის მუდამ თანსდევს გარდიგარდმო მოტეხილობას, მაშინ ნაპრალი ნატეხებ შორის იმდენად შეიძლება გადიდდეს, რომ 3-4 თითი თავისუფლად მოთავსდეს მასში.

კლინიკური სურათი კვირისტავის მოტეხილობის დროს შემდეგაა: ავადმყოფი მყოფი ხშირად აღნიშნავს ძვლის ტკაცუნს ტრავმის მიღების დროს და ტკივილებს მუხლის არეში; მუხლის სახსარს აქტიურად ვერ შლის; სისხლის ჩაქცევა სასახსრე ღრუში; პალპაციით ბარძაყის როკთა ზედა არეში ისინჯება კვირისტავის ზედა ნატეხი, ხოლო *tuberosit. tibiae*-ს ზემოთ *lig. patellae proprium* კვირისტავის ქვედა ნატეხით. საერთოდ დიასტაზი ნატეხებ შუა მაჩვენებელია ოთხთავა კუნთის მყესოვანი ბოჭკოების გაგლეჯისა კვირისტავის ორივე მხარეზე და იგი შეიძლება უდრიდეს 2-15 სმ-ს.

კვირისტავის მოტეხილობის მკურნალობის შესახებ დიდი ლიტერატურა არსებობს, მაგრამ დღემდე ერთი გარკვეული შეხედულება მაინც არ არის. ზოგი მომხრეა ოპერაციული წესის, ზოგი კი კონსერვატიულის; ორივე წესს ჰყავს მომხრეები დიდ ავტორიტეტთა შორის. კონსერვატიული წესი უფრო მიღებული იყო ანტისეპტიკისა და ასეპტიკის შემოღებამდე, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში მას ესლაც მიმართავენ: აქ ცდილობენ სხვადასხვა საშუალებით, უსისხლოდ, მიუახლოვონ ნატეხები ერთი მეორეს და შეჰქმნან პირობები ძვლის შედუღებისათვის; ამისათვის მიმართავენ ემპლასტროსა და უბრალო დამწოლ ნახევებს. ამ უამად მიღებულია უფრო შემდეგი წესი: გამართულ კიდურს ათავსებენ კარტონის ან ხის არტაშანზე და ზევიდან სახსარზე დაადებენ რეზინის ბანდს (Martin) ირიბი მიმართულებით. ასეთი წესით დადებული ნახევვი არ ზღუდავს სისხლის მიმოქცევას და აახლოვებს კვირისტავის ნატეხებს. მაგრამ კონსერვატიული მკურნალობის მთავარ და უდიდეს ნაკლად ითვლება ის, რომ აქ ნატეხების მჭიდროდ დაახლოვებას იშვიათად ვღებულობთ და ამიტომ კორძი იშვიათად ვითარდება; თითქმის მუდამ ნატეხების შედუღება ხდება შემაერთებელ ქსოვილოვანი ბოჭკოებით, ე. ი. იქმნება კვირისტავის ყალბი სახსარი, რაც ძლიერ აფერხებს მუხლის სახსრის ფუნქციას. ავადმყოფი ვერ ახდენს სათანადოდ მუხლის ფიქსაციას მოხრილ მდგომარეობაში, ეს გარემოება კი ხელს უშლის სიარულს განსაკუთრებით თავდაღმართზე. ასეთი ნაკლი კონსერვატიული მკურნალობის დროს აიხსნება: ჯერ ერთი ნატეხების დაშორებით, მეორე-კვირისტავის თავისებური ჰისტოგენეზით ე. ი. პერიოსტეუმის შედარებით ნაკლები აქტივობით, ვინაიდან, როგორც ვიცით, ზედაკანით დაფარულია მხოლოდ მისი წინა ზედაპირი, რაც ასე თუ ისე აბრკოლებს კორძის წარმოშობას, მესამე—თვით კვირისტავის ძვალ-ტვინოვან ქსოვილში სისხლძარღვების ნაკლებობით და მეოთხე ნატეხებ შუა სხვადასხვა რბილი ნაწილების გაჩხირებით.

ქირურგიული ჩარევის არსი კი სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ ნატეხებ შუა გაჭედილი ქსოვილების მოცილებით და თვით ნატეხების მჭიდროდ დაახლოვებით შეიქმნას საჭირო პირობები ძვალოვანი კორძის წარმოშობისათვის.

თუ საერთოდ მოტეხილობების და კერძოდ კვირისტავის მოტეხილობის მკურნალობის დროს ჩვენ მიზნად ვისახავთ მთელი კიდურის ფუნქციის აღდგენას, მაშინ უპირატესობაც უნდა მიეცეს ოპერაციულ წესებს, რა თქმა უნდა, სასტიკი ასეპტივობის დაცვით; ასე მაგალითად: Theim-ის სტატისტიკით, რომელიც შეიცავს 550 შემთხვევას—აქტიურ ჩარევას მოუცია 1% სიკვდილობის



და იმდენივე რეციდივი, ხოლო კონსერვატიულ წესებს 3%, სიკვდილობის და 15% რეციდივის.

რა თქმა უნდა ზოგიერთ შემთხვევებში კონსერვატიული წესითაც შეიძლება კარგი შედეგი მიიღოს: Till-ი, რომელსაც 1912 წ. გაუტარებია 10 შემთხვევა კვირისტავის მოტეხილობისა კონსერვატიულად და 10-ც ოპერატიულად, შემდეგ დასკვნებს იძლევა: კონსერვატიულად უნდა იკურნებოდეს, 1) ზერელე გაბზარვა (Infractio) და პერიოსტეუმქვეშა მოტეხილობა, 2) მოტეხილობა ნატეხების ოდნავი დაშორებით და თუ დამხმარე იოგოვანი აპარატიც მართელია. ოპერატიულად უნდა იკურნებოდნენ: 1) დამხმარე იოგოვანი აპარატის გაგლეჯისა და მასასადამე ნატეხების თვალსაჩინო დაშორების დროს, 2) განმეორებითი მოტეხილობის დროს, 3) უშედეგოდ ვატარებულ კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ, 4) იქ, სადაც სოციალურ მოსაზრებათა გამო საჭიროა უფრო სწრაფი განკურნება.

ჩვენთვის ყურადსაღებია უფრო ოპერატიული მკურნალობა, ვინაიდან, როგორც ზემოთაც მოვიხსენეთ, ნატეხების დაშორება და იოგოვანი აპარატის გაგლეჯვა ყველაზე ხშირი მოვლენაა და ქირურგის ინტერესსაც სწორედ ეს იწვევს. მრავალი ავტორის მიერ დღემდე მოწოდებულია სულ სხვადასხვა წესები ქირურგიული მკურნალობისა. ზოგიერთი დასტაქარი საკმარისად სთვლის კორძის წარმოშობისათვის ძვლის ნაკერის დაღებას ნატეხების მიახლოებით, ზოგი კორძის წარმოშობისათვის მიმართავს რომელიმე ძვლის ნატეხის გადანერგვას მოტეხილობის ალაგას, იქნება ეს თვით კვირისტავის ნატეხი, tibia-ს ტრანსპლანტატი თუ მკვდარი ძვალი. მაგ. Wolf-ი მოტეხილობის ნაპრალში ათავსებდა კვირისტავისსავე ნატეხებს, Gelferich-ი გამოხარშული ძვლის ფირფიტას. Гирголаш-ი და Верещинский-კი მიმართავენ ძვალ-ზედაკანის ფირფიტის თავისუფალ გადანერგვას მიახლოებულ ძვალთა შუა ნაპრალში (მათ მოჰყავთ სამი ასეთი შემთხვევა მშვენიერი შედეგით); ზოგი კი, — რომელნიც უყურებენ კვირისტავის მოტეხილობას, როგორც ოთხთავა კუნთის მყესის გაგლეჯას, — მოითხოვენ არა დაშორებულ ნატეხების გაკერვას, არამედ გაგლეჯილი კუნთ-მყესოვან ბოჭკოების მთლიანობის აღდგენას და ოთხთავას რეტრაქციის მოსპობას; კუნთის რეტრაქციას ეს ავტორები სპობენ Bardenheuer-ის წესით ე. ი. მწებავი ემპლასტროს საშუალებით გასჭიმავენ ბარძაყს დაახლოებით 2½ kilo სიმძიმით. Алфеев-ს გაუტარებია ასეთი წესი 2 ავადმყოფზე და სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგი მიუღია. Алфеев-ის შემთხვევები იმითაც არის საინტერესო, რომ ორივე ავადმყოფი მოხუცებული ყოფილა: ერთი — 66 წლისა, მეორე — 80 წ. და მიუხედავად ამისა ძვლის შედუღება მაინც მომხდარა.

ამ ჟამად უფრო მიღებულია ნატეხების დაახლოება და ფიქსაცია პერიპატელარული ნაკერით; ამჯობინებენ მავთულის ნაკერს. პროფ. ჯანელიძეს შეაქვს ცვლილება არსებულ ნაკერში და იგი, როგორც გვიჩვენებს Kausch-ი, კიდურს მოღუნულ მდებარეობას აძლევს.

ჩვენს შემთხვევებში იყო ვატარებულ, როგორც კონსერვატიული, ისე ოპერატიული წესი. ესლა იბადება პრაქტიკული მნიშვნელობის საკითხი: როდის ვაკეთდეს ოპერაცია? აქაც აზრთა სხვადასხვაობას ვხედავთ: Trendelenburg.

Lossen და Волкович-ი მომხრენი არიან დაყოვნებითი წესის, ე. ი. ვეიდრე (ანუ) თებითი მოვლენები სახსარში არ დაცხრება და ექსულატივ არ შეიწრუტება, ისინი ოპერაციას არ ურჩევენ, ხოლო ეს დაყოვნების ხანა მათი სიტყვით, არ უნდა აღემატებოდეს 5-8 დღეს. Schede ოპერაციამდე წინასწარ სახსრის პუნქციას აკეთებს, გერმანელი ქირურგი Lauenschtein-ი ოპერაციას აკეთებდა 5 საათის შემდეგაც კი მშვენიერი შედეგით, ხოლო პროფ. ТУХОВ-ი ახალ შემთხვევებში კონსერვატიულ წესს აძლევს უპირატესობას. ჰოსპიტალურ ქირურგ. კლინიკას პრინციპულად მიზანშეწონილად მიაჩნია უფრო დაყოვნებითი წესი და იქ, სადაც ახალ შემთხვევებთან გვექონდა საქმე და ეს დაყოვნებითი ხანა საშუალოდ—7-10 დღეს უდრიდა. ამ ხნის განმავლობაში მწებავი ემპლასტროსა და დამწოლი ნახვევის საშუალებით ხელს ვუწყობდით ერთის მხრივ—სისხლის შეწრუტვას, მეორეს მხრივ—ნატეხების ერთი მეორესთან მიახლოვებას (ოთხთავა კუნთის რეტრაქციის შემცირებით). ამის შემდეგ კეთდებოდა ოპერაცია. რაც შეეხება მოძველებულ მოტეხილობებს, აქ ოპერაციული გზა თავიდანვე აუცილებელია. კლინიკაში კონსერვატიული მკურნალობა გატარებულა 3 ავადმყოფზე, ოპერაციული 6-ზე (ერთი ავადმყოფი ჯერ კონსერვატიულად იქმნა კურნებული, რასაც არა დამაკმაყოფილებელი შედეგი მოჰყვა და 3 თვის შემდეგ—ოპერაციულად). ოპერაციულ შემთხვევებში იყო ხმარებული, როგორც პერიპატელარული ნაკერი, ისე ძვლის სხვა სახის ნაკერები. მოგვეყვას ავადმყოფების შესახებ მოკლე ცნობები<sup>1)</sup>.

ოპერაციულად გატარებულ 6 შემთხვევაში ოთხმა დამაკმაყოფილებელი შედეგი მოგვცა, ორში კი ნატეხები ისევ დაშორდნენ ერთმანეთს. უნდა აღინიშნოს, რომ ერთი ავადმყოფი (შემთხვევა № 6) კლინიკიდან სრულიად დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაეწერა (რენტგენი აჩვენებდა ნატეხების შედუღებას). მუხლს გაწერისას ჰხრიდა 120°ზე, ხოლო შემდეგ მახვილ კუთხემდეც, და კიდურის მოძრაობაც სრულიად თავისუფლად დაიწყო, მაგრამ შვიდი თვის შემდეგ (დღიდან ოპერაციისა) იგი წაქეუულა, მუხლი ქვაზე დაუკრავს და იმავე კვირისტავისა და იმავე მიმართულების მოტეხილობა მიუღია. ამის გამო ფაქულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია, ოპერაციის დროს აღმოჩნდა, რომ ნატეხებ შორის აღინიშნებოდა ფიბროზული შენაერთი 1/2 სანტ. სიგრძის, ხოლო მთლიანად დიასტაზი აღწევდა 1 სანტ. მაშასადამე refractura-მდე ნატეხები დაცილებული ყოფილა დაახლოვებით (არა უმეტეს) 1/2 სანტ. (იხ. ისტ. № 1032 ფაკ. ქირურგ. კლინიკიდან).

კონსერვატიულად გატარებულ სამ შემთხვევაში—ერთს 3 თვის შემდეგ გაუკეთდა ოპერაცია, მეორის შესახებ გარკვეული დასკვნის გამოტანა ვერ შეეძლოთ, ვინაიდან ავადმყოფი ჩვეულებრივ ვადაზე აღრე გაეწერა თავისი ნებით და მერე არ გეჩვენებია, ხოლო მესამე შემოსულა უკვე კონსოლიდაციის ნიშნებით ნატეხებ შორის (16 დღის შემდეგ) და ჩვენ მხოლოდ არსებული მდგომარეობის შესანარჩუნებლად—და საბოლოო კონსოლიდაციისათვის ხელის შესაწყობად უძრავი ნახვევი დავადეთ და ნახვევიშივე გაეწერეთ. გატარებული შემთხვევების მიხედვით ჩვენც ოპერაციულ წესს ვაძლევთ უპირატესობას. ზედმეტი აღაპარაკი იმაზე, რომ კვირისტავის მოტეხილობის მკურნალობაში დიდი მნიშ-

<sup>1)</sup> ცხრილი არ თავსდება ტექნიკური პირობების გამო





ლობა აქვს, როგორც აქტიურ-პასიური მოძრაობების თავის დროზე დაწყებას, ისე კერძოდ მექანოთერაპიას, ვინაიდან პროფ. Волкович-ის თქმით „ტრავმა მოითხოვს სიცოცხლეს და არა მოსვენებას“. ზოგი შედარებით ადრე იწყებს სათანადო მოძრაობას (12-14 დღე), ზოგიც უფრო გვიან. ჩვენი მასალის მიხედვით სათანადო მოძრაობანი დაწყებულია საშუალოდ 1 თვის შემდეგ დღიდან ოპერაციისა. მაგრამ ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ასეთი მოძრაობა და გიმნასტიკა უფრო ადრე უნდა იქნეს წარმოებული,—დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ, რათა თავიდან ავიცილოთ ის მოსალოდნელი კონტრაქტურები და კუნთების ატროფია, რომელნიც შემდეგში უფრო ხანგრძლივ და მეთოდურ კურნებას მოითხოვენ და უშლიან სახსრის ფუნქციის მთლიანად აღდგენას.

### დ ე ბ უ ლ ე ბ ე ბ ი

1. კვირისტავის მოტეხილობის სიხშირე საშუალოდ 1—2<sup>0</sup>/<sub>100</sub> უდრის.
2. ოპერაციული გზა კვირისტავის მოტეხილობის დროს, როგორც ერთადერთი საშუალება კიდურის ფუნქციის აღდგენისათვის, ნაჩვენებია მაშინ, როდესაც დიასტაზი ნატეხებ შუა აღემატება 1 სანტ. და დამხმარე იოგოვანი აპარატიც დარღვეულია; აგრეთვე ყველა დაძველებული მოტეხილობების დროს. კონსერვატიული გზა,—თუ დიასტაზი 1 სანტ. არ აღემატება და იოგოვანი აპარატიც მთელია.
3. ოპერაციულ დახმარებას ახალ შემთხვევებში სჯობია მივმართოთ პირველ დღეებში მოტეხილობის მიღებიდან 6-8 დღის შემდეგ.
4. მექანოთერაპია, როგორც აუცილებელი ფაქტორი კიდურის ფუნქციის სრული აღდგენისათვის, ხმარებულ უნდა იქმნეს, რაც შეიძლება ადრე,—ოპერაციიდან არა უგვიანეს 12-14 დღისა.

### ლიტერატურა:

1. Гольдман Д. Г.—Отдаленные результаты лечения переломов Patellae. В X. и П. О. т. XII кн. 35-36—1928 г.
2. Петрашевская Г. Ф.—Оперативное лечение закрытых переломов. В X. и П. О. т. VIII кн. 20—1926 г.
3. Алферов М. В. Лечение поперечных переломов коленной чашки, Врачеб. дело № 12-14—1925 г.
4. Аганов А. Ф. О переломах надколенника. Новая хирургия № 2 1928 г.
5. Тринклер.—К хирургии поперечных переломов надколенника. „Летопись Русской хирургии“, 1899 г. т. IV, стр. 993-996.
6. Вегнер К. Ф.—Переломы и их лечение.
7. Тихов П. Н.—Частная хирургия 1916 г.
8. Lossen N.—Очерк переломов и вывихов 1901 г.
9. Pels-Leusden F.—Учение о хирургических операциях. Русск. перев. изд. 1926 г.
10. Wullstein und Wilms—Руководство по хирургии, Русск. перев.
11. Бердяев А. Ф.—Вывихи и переломы 1923 г.
12. Leser Edm.—Частная хирургия. Русский пер. 1911.
13. Шевчупенко В. И.—Курс оперативной хирургии I т. 14. Венгловский Р. И.—Оперативная хирургия изд. 1917 г.
15. Мануйлов В. П.—Обзор деятельности хирургич. отделен. мужской Обуховской больницы в 1912-19 г. г.
16. Веселовзоров Н. Н.—К вопросу об оперативном лечении переломов надколенной чашки. Сообщ. в хирургич. общ. Широкова 1903 г.
17. Волкович Н. М.—Повреждения костей и суставов. Изд. Киевск. Медич. Института 1928 г.

18. Bier-Braun-Kümmel. Chirurgische operationslehre 1923 г. 19. Стародолговская Р. М.—О фасциальном шве при поперечных переломах надколенника. „Новая хирургия“ 1925 г. т. 1 кн. 1-ая. 20. Джанелидзе Ю. Ю. К вопросу о технике шва при переломах подколенной чашки. В. Х. и Ц. О. т. XVIII кн. 53-я за 1929 г.

Л. Д. ЦИСКАРИШВИЛИ

Орлианатор

(Из Госпит. Хирургич. Клиники Тифл. Гос. Мед. Инст. Дир. проф. Г. Мухадзе)

Переломы Patellae и их лечение

Автор освещает современное состояние вопроса о лечении перелома надколенника и разбирает материал Клиники за 10 лет (1919-1929 г. г.), обнимающий 8 случаев перелома надколенника, из коих 5 проведено оперативно, а 3 консервативно. А. дает преимущество оперативным методам лечения и приходит к следующим выводам:

1. Частота переломов надколенника выражается в среднем в 1-2%.

2. Оперативное лечение показано тогда, когда диастаз между отломками превышает 1 см. и боковой связочный аппарат разорван; а также при застарелых переломах. Консервативный метод, — когда диастаз не превышает 1 сантиметра и боковой связочный аппарат цел.

3. К операции лучше прибегнуть спустя 6-8 дней после перелома.

4. Механотерапия, как неизбежный фактор для полного восстановления функции конечности, должна проводиться возможно раньше (на 12-14-й день после операции).

L. ZISKARISCHWILI

Aus d. Hospit. Chirurg. Klin. d. Staatsuniversität in Tiflis; Direkt. Prof. G. M u c h a d z e.

Brüche der Patella und dessen Therapie

A. bespricht den heutigen Stand der Therapie der Brüche der Patella und bearbeitet das klinische Material der letzten 10 Jahre (1919-1929). Im ganzen sind es 8 Fälle—5 darüber wurden operativ behandelt, und 3—Konservativ.

A. zieht die operative Behandlung vor und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Brüche der Patella kommen ungefähr in 1-2% Fälle vor.

2. Mit Operation soll man behandeln dann, wenn der Abstand zwischen den Bruchteilen mehr als 1 ctm. beträgt, und die selten ligamenta zerrissen sind; eben falls bei alten Brüchen. Konservativ behandelt man dann wenn der abstand weniger als 1 ctm. beträgt, und die Ligamenta Unverletzt sind.

3. Die Operation ist am besten 6-8 Tage nach dem Unfall vollgezogen.

4. Man soll möglichst [bald (12-14 nach der operation).

Mechanotherapie durchführen, die als unbedingter Faktor zur Herstellung der Funktion des Beines dienen soll.

## მ. ზიზია

ორდინატორი

# იზვიათი სიდიდის ჰიდროცელეს, ნაწლავებისა და შარდის გუშტის დასუკივებული თიაჰრის ერთად არსებობის კაზუსის- ტიკისათვის<sup>1</sup>.

(პროპედევტ. ქირურგიული კლინიკიდან. დროებითი გამგე—  
პროფ. ა. მაჭავარიანი.)

აღამიანის ერთ მიდამოში სამი იშვიათობის ერთად არსებობა განსაკუთრებულ კაზუსისტიკურ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს. ქვემოთ აღწერილი შემთხვევა საინტერესოა იმ მხრითაც, რომ იშვიათია სათესლე ჯირკვლის ისეთი სიდიდის წყალმანიკი (10 კილო), როგორც ჰქონდა ჩვენს ავადმყოფს.

ქირურგის თანამედროვე განვითარების და გავრცელების ხანაში პათოლოგიური პროცესისათვის ისეთი ფართე ასპარეზის მიცემა, რომ ჰიდროცელემ თითქმის ფუთის  $\frac{2}{3}$  მიაღწიოს და ასეთი სიმძიმე ათეულ წლების განმავლობაში ატაროს აღამიანმა, გასაკვირველ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს.

გასულ ზაფხულს, პროვინციაში მუშაობის დროს ჩემთან მოვიდა 76 წ. მოხუცი ბ. გ.-ვა. ავად. მაღალი ოდნავ მოხრილი ტანის, თავის წლოვანებასთან შედარებით კარგად შენახული. ფილტვები ოდნავ ემფიზემატოზური, გულის საზღვრები ნორმა, ტონები ოდნავ მოყრუებული, მაჯა 74, საშუალო აესების რითმული, მუცელი შეწეული, განივ დანათკებული; ელენთა, ლეიძლი არ ისინჯება. კუნთოვანი სისტემა კარგად განვითარებული. ავადმყოფი ატარებს სიმსივნეს, რომელიც იწყება ბოქვენის და მარჯვენა საზარდულის არიდან და აღწევს მუხლებამდის. სიმსივნე გაუჩნდა 36 წლ. წინეთ: ცხენის გაჭენებისას მიიღო მარჯვენა სათესლე ჯირკვლის ტრავმა, რის გამო ჯირკველი დაუსივდა და რამოდენიმე კვირის განმავლობაში ტკივილებს გრძნობდა. ტკივილი თანდათან დაცხრა, სიმსივნეც იკლო, მაგრამ რამოდენიმე ხნის შემდეგ კვლავ დაიწყო მატება

დახლოებით 25 წ. წინეთ, სიმძიმის აწევის დროს, ავად. იგრძნო ტკივილი მარჯვენა საზარდულის არეში და მასთან შეამჩნია მეორე სიმსივნე, ქათმის ქვერცხის ოდენობის. ამ 25 წ. განმავლობაში ორივე სიმსივნე იმატა და მიაღწია აღნიშნულ ოდენობას. უკანასკნელი 5 წელი ავად. თავისუფლად ვერ შარდავს: მოშარდვის წინ ის იძულებულია წამოწვეს, რის შესწორება შეიძლება ხელის დაჭერით შესწოროს მუცლის ღრუში; მარცხენა ბუშტის საშუალებით მოახინოს საზარდულის გაგანიერებული არხის ტამპონადა, შემდეგ მიიღოს მჯდომარე მდგმარება, მარჯვენა ხელით აილოს სიმსივნის ბოლო და გადმოაგოროს მარჯვენა ბარძაყზე. ასეთი ხანგრძლივი პროცედურის შემდეგ ავად. დიდის წაშებით ნაწყვეტ-ნაწყვეტად შარდავს.

Sh. locus. სიმსივნე იღებს თავის დასაწყისს ბოქვენის და მარჯვენა საზარდულის არიდან და აღწევს მუხლის სახსრებამდის. სიმსივნე მოგრძო, მომრგვალო მოყვანილობისა, კანი დაჭიმული და მასზე ეტყობა გაგანიერებული სისხლის ძარღვები. სიმსივნის სიგრძე 33 სან., სი-

<sup>1</sup>) მოჰხსენდა ქირურგთა კონფერენციას 9 II 30. წ.

განე  $25\frac{1}{2}$  სან. წინაუკანა დიამეტრი 32 სანტ. გარშემოწერილობა მის უდიდეს ნაწილში 76 სანტ. სიმსივნის წინაუკანა დიამეტრის მიმართულებით მომატება უნდა მიეწეროს ბარძაყების შექანიკურ ზედდაწოლას.

სიმსივნის უმეტესი ნაწილი (ქვედა) მომკვრივო კონსისტენციისაა, იძლევა ოდნავ ფლუკტუაციას, ზედა ნაწილი კი ხელის დაჭერისას (როდესაც ავად. წვეს) იმალება, სწორდება მუცლის ღრუში; შეუსწორებელი რჩება მისი ლატერალური ნაწილი, რომელსაც მოვრძო, ძეხვის მაკვარი მოყვანილობა აქვს. შესწორების შემდეგ დარჩენილი სიმსივნის ზედა პოლუსი მკაფიოდ მოისაზღვრება. მარჯვენა სახარდულის არხი თავისუფლად უშვებს ბუმტს. ბოქვენთან სიმსივნის



წინა მარცხენა ზედაპირზე ვმჩნევთ ასო კანი, რომელიც არ შეიცავს ასო მღვიმოვან სხეულს, რომლის ხელით გასინჯვა ხერხდება თიაქრის შესწორების შემდეგ. ჩვენ ვერავითარი კუმეტრით ვერ მოვახერხებთ შარდსადინარში გასვლა. სიმსივნის ზედდაწოლის გამო ორივე ბარძაყის შიგნითა ზედაპირზე ეტყობა კუნთების ატროფია და შეზნეკილობა კლინიკური ნიშნების მიხედვით, ჩვენთვის აშკარა იყო, რომ საქმე გვქონდა ორ სხვადასხვა პათოლოგიურ პროცესთან: 36 წ. წინათ მიღებული ტრავმის შემდეგ ავად. დაუსივდა მარჯვენა სათესლე ჯირკველი. რამოდენიმე წლის შემდეგ ამას დაერთო სიმსივნე, რომელიც პირობის შეცვლით ქრებოდა და დაკავშირებული იყო მუცლის ღრუსთან. აშკარაა უკანასკნელ შემთხვევაში თიაქრის არსებობასთან გვაქვს საქმე.



ხოლო, სიმსივნის ქვედა ნაწილი, რომელიც ფლუქტუაციას იძლევა და სრულებით განსაზღვრულაა ზედა სიმსივნისაგან, უნდა მიეკუთვნოს სათესლე ჯირკვლის წყალმანქს, რომელმაც 36 წ. განმავლობაში აღწერილი ოდენობას მიაღწია. სინათლეზე სიმსივნე გამჭვირვალეობას არ იძლევა პუნქციით ამოღებულ იქნა მოყვითალო ქარვისებური სითხე. დიდ Hydrocele-სთან ერთად ავად. ატარებდა დიდ თიაქარს, რომლის რგოლი ბუშტის თავისუფლად უშვებდა, მასთან მოშარდვა, მოშლილი ჰქონდა ჩვენ ეჭვი დაგვებადა თიაქარის შემადგენლობაში შარდის ბუშტის მონაწილეობის მიღების შესახებ, რაც ოპერაციის დროს დადასტურდა 14/VIII 29 წ. ადგილობრივი ანეთეზისის ქვეშ (Sol. Novoc. 1/2%) ავად. გაუკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის გვერა ჩვენ მიერ იყო დასახული შემდეგნაირად: თიაქარკვეთა; სათესლე ბაგირაკის გადასვენა, ამის შემდეგ hydrocele-ს მთლიანად მოცილება, თიაქარტყვეთისათვის გაყვანილი იქნა განაკვეთი პუპარტის იოგის პარალელურად sp. il. a. s. დაწყებული ჰიდროცელეს ზემო პოლუსამდე. როდესაც მივალწიეთ თიაქარის პარკს ის აღმოჩნდა ძლიერ გასქელებული და მისი ფუძე ისე მკიდროდ იყო შეზორცებული hydrocele-ს პარკის ზემო და ნაწილობრივ წინა ზედაპირთან, რომ მისი დაცილება მეტად გაძნელდა. აქვე სათესლე ბაგირაკის მოცილების შემდეგ ის გადაისვენა. და გადაიკვეთა. რაც შეეხება თიაქარის პარკის მედიალურ (სიმფისკენ მიმართულ) მხარეს აქ მასთან აღმოჩნდა შარდის ბუშტის საკმაოდ დიდი ნაწილი [Hernia vesicae urin. paraperitonealis]. ჩვენ შევეცადეთ თიაქარის პარკისაგან დიდი ნაწილი წავსვინოთ (შევიკვეთოთ). ეს მოხერხდა ქვედა ნაწილი, ზემოთ კი სისხლის დენის გამო ეს შეუძლებელი გახდა. ამ ადგილის დროებით ტამპონადის შემდეგ, ჩვენ დავიწყეთ თიაქარის პარკის ლატერალური მხარის დამუშავება. აქ ჩვენი ყურადღება მიიქცია პარკის არაჩვეულებრივმა სისქემ და სისხლის ძარღვების განსაკუთრებულმა დალაგებამ. კარგად გასინჯვის შემდეგ ჩვენ დავრწმუნდით, რომ საქმე გვქონდა ნაწლავთან, რომელიც თიაქარის პარკის კედლის შემადგენლობაში იღებდა მონაწილეობას. ჩვენ დავცილდით სახიფათო ადგილს და მედიალურ მხარეზე გავკვეთეთ თიაქარის პარკი. წვრილი ნაწლავების მარყუშების შესწორების შემდეგ აღმოჩნდა დაციურებული ბრმა და ასწვრივი ნაწლავის მეტი ნაწილი. ბრმა ნაწლავი თავისი ბრმა ბოლოთი თურმე უშუალოდ ეხებოდა წყალმანქის პარკის ზემო—წინა ზედაპირს, სადაც მე დავაცილე და არ დაზიანდა მხოლოდ დიდი სიფრთხილის გამო, რომლითაც მე შევეცადე მის დაცილებას. თუმცა მე არ ვფიქრობდი ნაწლავის დაციურებულ თიაქარზე, მაგრამ რადგან ეს ნაწილი შიგთავსისა არ სწორდებოდა მე მეშინოდა ნაწლავის თიაქარის პარკთან შეზორცებისა. ბრმა ნაწლავთან ახლოს თიაქარის პარკთან შეზორცებულია ბადექონი, რომელიც გადასვენის შემდეგ გადაიკვეთა. გინაიდან თიაქ. პარკიდან შარდის ბუშტის დაცილება სისხლის დენას გვაძლედა, პარკის გაკვეთის შემდეგ მისი ნაწილი დაეტოვეთ შარდის ბუშტზე და შეესწორეთ. ზედმეტი ნაწილი თიაქარის პარკისა ამოკვეთეთ და გავკრეთ. რამდენად შესაძლებელი იყო, ჩვენ ვაწარმოეთ თიაქარის პარკის მედიალური კედლის დამუშავება ნაწლავის მკვებავე სისხლის ძარღვების დაუზიანებლად. ამის შემდეგ ნაწლავი დარჩენილ პარკიანად შესწორებულ იქნა მუცლის ღრუმში en masse—Savariand-ის წესით. დფექტის დასაფარავად ჩვენ მოვამდინეთ საკმაოდ გასქელებული m. ob. abd. ex. აპონევროზის გაორკეცება.

ზერეულე ფასციის და კანის გაკვრვა; ტამპონი cavum praeviesicale.

მუცლის ღრუს დაზურვის შემდეგ ჩვენ შეუდექით ჰიდროცელეს მთლიანად მოცილებას კანიტურთ. ამ მიზნისთვის განაკვეთი გაგრძელდა სიმსივნის წინა ზედაპირზე 2 სან. დადებით raphe-დან, გადავიდა უკანა ზედაპირზე. ამგვარად სიმსივნეს შემოუარეთ ირგვლივ და განაკვეთი დავამთავრეთ პირველი განაკვეთის დასაწყისთან.

კედელი ძლიერ გასქელებულია. გამოყოფა საკმაოდ ადვილად მოხდა, მხოლოდ გაძნელდა შიგნითა ზედაპირზე. პარკის მედიალურ ზედაპირიდან წარიდინება ახალ დაბადებული ბუშტის თავის ოდენობის მორჩი, რის გამოყოფის შემდეგ მთელი პარკი კანიანად იქნა მოცილებული. კვანძოვანი ნაკერი. განაკვეთის სიგრძე 22 სან. ოპერაცია საკმარისად დიდ ხანს გაგრძელდა, მაგრამ მიუხედავად ამის და ჭრილობის სიდიდის მივიღეთ პირველადი შეზორცება. ავადმყოფი 12 დღის შემდეგ წაიდა განკურნებული.

როგორც ავადმყოფობის ისტორიდან ჩანს ჰიდროცელეს გარდა ჩვენ საქმე გვქონდა ისეთ თიაქართან, რომლის პარკის კედლის შემადგენლობაში მო-

ნაწილობას იღებს მედიალურად შარდის ბუშტი, ლატერალურად კი ნაწლავი ე. ი. საქმე გვაქვს ე. წ. დაცურებულ თიაქრთან.

დაცურებული თიაქრის სახით ჩვენ უნდა მივიღოთ ისეთი თიაქარი, როდესაც რომელიმე სათიაქრო ხვრელიდან გამოდის შიგნეული, რომელიც ან სრულებით ან ნაწილობრივ არ არის დაფარული პერიტონეუმით. ამგვარად გამოსული შიგნეული მოთავსებულია თიაქრის პარკის გარეე, ან მისი კედლის შემადგენლობაში ღებულობს მონაწილეობას.

ზოგი ავტორი ამ ჯგუფს აკუთვნებს ისეთ თიაქრებსაც, როდესაც შიგთავსი თუმცა ირგვლივ დაფარულია პერიტონეუმით, მაგრამ მოკლე ჯორჯლის გამო დაუცურებლად თიაქრის პარკში ველარ ჩამოვიდა (Baumgartner, Быховский). ეს სახე სამართლიანად უნდა მიეკუთვნოს დაცურებულ თიაქართა ჯგუფს.

მე შევეხები მხოლოდ ნაწლავების და შარდის ბუშტის დაცურების საკითხს, რადგან ჩვენი შემთხვევა ამათი დაცურების მაგალითს წარმოადგენს.

ნაწლავების დაცურებული თიაქრის საკითხს განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა უკანასკნელი 8—10 წლის განმავლობაში. დაგროვილი მასალა შედარებით მცირეა. 1926 წ. ციმხესმა შეაგროვა საბჭ. კავშ. 17 შემთხვევა. 1928 წ. ანთელავამ გამოაქვეყნა 5 თავისი შემთხვევა. საბჭ. კავშირში საერთოდ—სულ გამოქვეყნებულია 50 შემთხვევა. დასავლეთ ევროპის მასალა უფრო მრავალრიცხოვანია: ექსკესმა (Erkes) 1924 წ. მოაგროვა 211 შემთხვევა, 1922 წ. დემელმა (Demel) მსოფლიო ლიტერატურიდან შეკრიფა 501 შემთხვევა.

რაც შეეხება ნაწლავების დაცურებული თიაქრის სიხშირეს ის სხვადასხვა ავტორების მასალის მიხედვით შემდეგ სურათს იძლევა.

ავტორები	თიაქართკვეთის საერთო რიცხვი	ამათში ნაწლავების დაცურებული თიაქრის რიცხვი	%
ანთელავა	108 (ჩვენი გამოანგ).	5	4,6
Brenner (Хасин-ით)	3000	59	1,9
Demel	1715	20	1,2
Дмитриева	2645	15	0,6
Гимицкий	285	4	1,4
Erkes	10047	110	1,1
Цимхес	178	8	4,5
Хасин	480	7	1,4
Hildebrand (Хасин-ით)	3450	32	0,9
Sprengel	800	13	1,6
	22708	273	1,2

ასეთსავე სურათს იძლევა Jacobson-ის მიერ შეგროვილი სტატისტიკა: 13500 თიაქართვეთაზე დაცურებული თიაქარი 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> შეადგენს.

რაც შეეხება შარდის ბუშტის დაცურებულ თიაქარს ის კიდევ უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე ნაწლავებისა.

საერთოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ნაწლავების და შარდის ბუშტის დაცურებული თიაქარი საშუალოდ შეადგენს ყველა თიაქარის 1,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

დაცურებულ თიაქარებს თავისი ეტიოლოგიით, პათოგენეზით, პათოლოგ-ანატომიური სურათით, ოპერაციული ტექნიკის თვალსაზრისით, განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს თიაქარის ქირურგიაში. საკითხი საერთოდ დაცურებული თიაქარის წარმოშობის შესახებ ჯერჯერობით გადაჭრილად არ შეიძლება ჩითვალოს; რაც შეეხება ნაწლავების დაც. თ. წარმოშობას ზოგი ავტორი თვით ნაწლავების დაცურების პროცესს უარყოფს. მათი აზრით, ნაწლავი ხდება თიაქარის პარკში ჯორჯლის საშუალებით, მხოლოდ ანთების გამო, ის მჭიდროდ უკავშირდება თიაქარის პარკს მეორადი შენახორცების სახით. ავტორების უმრავლესობა (Цимхес, Sprengel, Demel, Димитриева) აღიარებს ნაწლავის დაცურების აუცილებლობას. დაც. თიაქარის ეტიოლოგიას ერთგვარად შუქს ფენს მისი დაყოფა თანდაყოლილ და შეძენილად.

ნაწლავის თანდაყოლილი დაცურების წარმოშობაში გადამწყვეტ მნიშვნელობას აწერენ სათესლე ჯირკველს, რომელიც სათესლე პარკში ჩამოსვლის პროცესში თან სწევს ნაწლავს. Димитриева აღნიშნავს ორ ფაქტორს, რომელიც ხელს უწყობს ამგვარი თიაქარის წარმოშობას. ის ემყარება ექ. АЗДУКИН-ის გამოკვლევებს, რომელსაც შეუსწავლია სხვადასხვა ჰასაკის ბავშვების გვამები. ეს მასალა ცხადყოფს, რომ 73<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ბრმა ნაწლავი მოძრავია და მასთან მისი სავიქსაციო აპარატი სუსტი, 7,24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> გარდა lig. phrenico-colic. dex, არ არსებობს. ამგვარად, Димитриева-ს აზრით, ეს ორი ფაქტორი მოძრავი ბრმა ნაწლავის არსებობა და საერთოდ მსხვილი ნაწლავის დამამაგრებელი აპარატის სისუსტე—ხელს უწყობს თანდაყოლილი დაცურებული თიაქარის წარმოშობას. ასეთი თიაქარები იშვიათია, მაგ. კავშირის 50 შემთხვევაზე მოდის მხოლოდ 3 შემთხვევა (ან თელავა, Цимхес, Димитриева). შეძენილ დაცურებულ თიაქარს ჰყოფენ ორ ჯგუფად: პირველადი და მეორადი. პირველადი დაცურება შედარებით იშვიათი მოვლენაა და ამის წარმოშობაში დიდ მნიშვნელობას აწერენ ნაწლავის შიგთავსით გავსებას, რაც ხელს უწყობს მისი ჯორჯლის ფურცლების ერთმანეთისაგან დაცილებას და ამგვარად ნაწლავის დაცურებას. (Sprengel, Morestin). რაც შეეხება მეორად დაცურებას, ეს უფრო ხშირი მოვლენაა და აქ უმთავრესი მნიშვნელობა უნდა მიეკუთვნოს მექანიკურ მომენტს, სახელდობრ უკვე არსებულ თიაქარში მოთავსებული წვრილი ნაწლავის მარყუშები თავიანთ ჯორჯლებთან ერთად ქაჩავენ პერიტონეუმის უკანა ფურცელს და მასთან მასზე მიმაგრებულ მსხვილ ნაწლავებს. ეს უფრო ადვილად ხდება მარჯვნივ, სადაც წვრილი ნაწლავი უშუალოდ გადადის მსხვილში.

საკითხი შარდის ბუშტის დაცურების შესახებ უკეთ არის შესწავლილი, ვიდრე ნაწლავებისა. შარდის ბუშტის თანდაყოლილი თიაქარი ძლიერ იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. რაც შეეხება შეძენილს, ის როგორც ნაწლ. თიაქარი

იყოფა პირველად და მეორად ჯგუფად. მექანიზმი მათი წარმოშობისა არსებითად ისეთივეა, როგორც ნაწლავების დაცურებისა.

ავტორთა უმრავლესობა (Baumgartner, Fraelich Гошковский, Цимхес, Крымов, Гижицкий) დაცურებულ თიაქარს ჰყოფს 3 ჯგუფად. პირველი ჯგუფი, როდესაც დაცურებული და მუცლის ღრუდან გამოსული ორგანო სრულებით არ არის დაფარული პერიტონეუმით. ამასთან პარალელურად შესაძლებელია არსებობდეს თიაქარის პარკიც, რომელსაც შეიძლება სრულებით არ ჰქონდეს ან ნაწილობრივი კავშირი ჰქონდეს დაცურებულ ორგანოსთან. ამჟამად, ამ შემთხვე-



ვაში დაცურებული ორგანო მოთავსებულია თიაქარის პარკის გარეთ, და სამართლიანად ამ სახეს უწოდებენ ექსტრაპერიტონიალურ თიაქარს (Hern. extraperitonealis), ან „უთიაქარის პარკო თიაქარს“. თიაქარის შემცენების თვალსაზრისით

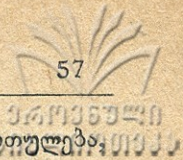




ასეთი ტიპი დაცურებისა შეიძლება ჩაითვალოს უფრო გამოვარდნად, ვიდრე თიაქრად. ამგვარი თიაქარი იშვიათად გვხვდება მაგ. რუსულ ლიტერატურაში აწერილია ორი შემთხვევა (Венгловская—Яковенко, Созоп—Ярошевич). მეორე ჯგუფს დაცურებულ თიაქარისას შეადგენს პარაპერიტონეალური თიაქარი (Hern. paraperitonealis) ან „თიაქარი არა სრული თიაქრის პარკით“. ამ შემთხვევაში უსათუოდ თიაქრის პარკის კედლის შემადგენლობაში იღებს მონაწილეობას ის ორგანო, რომელიც დაცურებულია და რომელიც დაფარულია სეროზული გარსით თიაქრის პარკის ღრუსაკენ მიქცეული ზედაპირით. ეს სახე გვხვდება უფრო ხშირად, როგორც ნაწლავების (Венгловская—Яковенко, Sprengel), ისე შარდის ბუშტის დაცურებული თიაქრის დროს Брайцев, Завьялов, Eggenberger, Крымов, Имерх (Крымов-ით).

დაცურებული თიაქრის მესამე ტიპს ეკუთვნიან ე. წ. „თიაქარი მთლიანი თიაქრის პარკით“, (Hernia intraperitonealis). ამ შემთხვევაში ორგანო ირგვლივ დაფარულია პერიტონეუმით და შერთებულია თიაქრის პარკთან მოკლე ჯორჯლით. ზოგი ავტორი ამ ტიპს არ სთვლის დაცურებულად (Sprengel). ამ სახის წარმოშობისათვის საჭიროა პერიტონეუმის იმ პარაიტალური ფურცლის დაცურება, რომელზედაც მიმაგრებულია მსხვილი ნაწლავი თავისი მოკლე ჯორჯლით. უხშირესად ინტრაპერიტონეალურ დაცურებაში მონაწილეობას იღებს ბრმა ნაწლავი თავისი დანამატით. რაც შეეხება შარდის ბუშტს, ის ინტრაპერიტონეალური წარმოშობის თიაქარს იშვიათად ჰქმნის. მაგ. Brunner-ს და Eggenberger-ს (Гижицкий-ით) 280 შარდ. ბუშტ. თიაქარზე მისი ინტრაპერიტონეალური მდებარეობა 6 ჯერ შეხვედრიათ. Gotheissen-ს (Крымов-ით) კი 99 შემთხვ. 6 ჯერ. შარდის ბუშტის თიაქრის ამ სახეს ზოგი არ თვლის დაცურებულ თიაქრად, ვინაიდან რგოლში გამოსული და პარკში მოთავსებული შარდის ბუშტი ირგვლივ დაფარულია სეროზული გარსით და მასთან ამგვარ შემთხვევაში უხშირესად ის დივერტიკულის სახით იღებს მონაწილეობას თიაქარში (Гижицкий). დაცურებული თიაქარი მამაკაცთა შორის უფრო ხშირია, მაგ. Erkes-ს 241 შემთხვევაზე შეხვედრია მხოლოდ 14 დედაკაცი. კავშირის მთელ მასალაზე (50) მოდის 2 დედაკაცი (25—1).

რაც შეეხება წლოვანებას, ყველა ავტორების სტატისტიკის მიხედვით დაცურებული თიაქარი უფრო ხშირია ხანშესულობის პასაკში; რაც ადვილი ასახსნელია, ვინაიდან დაც. თიაქრის უმეტესობა მეორადი ხასიათისაა. დაც. თიაქარი შესაძლებელია შეგვხვდეს ყველა ფორმის თიაქრების დროს, მაგრამ ის უფრო ხშირია საზარდულის და ბარდაყის თიაქართა შორის; მაგ. სხვადასხვა ავტორთა მასალის მიხედვით Гижицкий-ს გამოანგარიშებით ნაწლავების და შარდის ბუშტის 1056 თიაქარზე საზარდულზე მოდის 900, ბარდაყზე 121; დანარჩენი 35 ყველა სხვა თიაქარზე. აქედან ჩანს, რომ საზარდულის დაცურებული თიაქარი  $7\frac{1}{2}$  ხშირია, ვიდრე ბარდაყის. საზარდულის დაცურებულ თიაქართა შორის გაცილებით სჭარბობს მისი ირიბი სახე. მაგ. Baumgartner-ს საზარდულის 152 შემთხვევაზე სწორი თიაქარი შეხვედრია 2 ჯერ. Eggenberger-ის ცნობით, შარდის ბუშტის თიაქარი 17% სწორია, 53% ირიბი (Гижицкий).



დაცურებულ თიაქარს შესაძლებელია დაერთოს სხვადასხვა გართულებები. მაგ. მას აქვს მიდრეკილება ჩაქედვისადმი. იმ დროს, როდესაც ჩვეულებრივი თიაქარი იძლევა ჩაქედვის 2,5% (Крымов), დაცურებული, Baumgartner-ის მასალის მიხედვით 27% (159—44) [Дмитриева] Erkes-ის მიხედვით 21% (241—51). კავშირის 50 შემთხვევაზე 8 ჩაქედვა მოდის ე. ი. 16%. სხვა გართულებიდან აღსანიშნავია ანთებითი პროცესები თიაქარში, განსაკუთრებით კი თიაქროვანი Appendicitis. ასეთ გართულებებს უნდა მიეწეროს შედარებით დიდი % სიკვდილობისა დ. თ. ოპერაციის შემდეგ. Baumgartner-ით, ის უდრის 8,3%, კავშირის მასალის მიხედვით 2%.

როგორც ნაწლავის, ისე შარდის ბუშტის დაცურებული თიაქრის დიაგნოზი ძლიერ ძნელია და უმრავლეს შემთხვევაში შეუძლებელიც (Цимхес, Брайчев, Sprengel, Гижицкий), მხოლოდ ზოგიერთი მონაცემის მიხედვით შესაძლებელია ეჭვი შევიტანოთ დაცურებული თიაქრის არსებობაზე; მაგ. ნაწლავის დაცურებული თიაქრის ამოსაცნობად მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული თიაქრის ხანგრძლივი არსებობა, მისი ოდენობა (განსაკუთრებით რგოლის სიფართოე), ჰასაკი, თიაქრის შეუსწორებლობა მთლიანი ან ნაწილობრივი; უკანასკნელის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს იმ გარემოებას, რომ თიაქრის მედიალური ნაწილი სწორდება, ლატერალური კი არა. მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე თიაქრის პასტოზურ კონსისტენციას, რომელიც იძლევა ტიმპანიტს (Demel, Быковский). სათანადოდ უნდა შეფასდეს ანამნეზური ცნობები: ტკივილები წელის არეში, ნაწლავების უსწორო მოქმედება, ყაბზობა, მუცლის შებერვა და დეფეკაციის დროს ტკივილები თიაქრის არეში. დაც. თიაქრის ამოსაცნობად Morestin-მა მოგვაწოდა ბისმუთის ფაფის შეყვანა მსხვილ ნაწლავში და შემდეგ რენტგენოსკოპია. რა თქმა უნდა, ყველა ზემოთ მოყვანილ ნიშნებს შედარებითი მნიშვნელობა აქვს, რაც შეეხება Morestin-ის წესს, ის ტექნიკურად რთულია.

არა ნაკლებ სიძნელეს წარმოადგენს შარდის ბუშტის თიაქრის დიაგნოზი, ვინაიდან ის უმრავლეს შემთხვევაში არ იძლევა მკაფიო კლინიკურ ნიშნებს და მეტ წილად გამოუცნობი რჩება ოპერაციამდე და ზოგჯერ, სამწუხაროდ, ოპერაციის დროსაც კი; მაგ. Гижицкий-ის გამოანგარიშებით შარდის ბუშტის 907 თიაქარზე ოპერაციამდე დიაგნოზი დასმულა 9,4% შემთხვევაში. ექვეფხვება ძის ცნობით 566 შ. ბ. თიაქართკვეთაზე შარდის ბუშტის თიაქარი გამოცნობილია ოპერაციის დროს მის დაუზიანებლად 245 ჯერ ე. ი. ნახევარ შემთხვევაზე ნაკლები, დაზიანების შემდეგ კი 226 შემთხვევაში.

იმ ნიშნებს, რომელიც გვაფიქრებს შარდის ბუშტის თიაქრის არსებობაზე, ეკუთვნის მოშარდვის მოშლილობა, რომელიც გამოიხატება იმაში, რომ ავადშარდავს ორ წყებად: ჯერ ავადმყოფი დაცლის შარდის ბუშტს, შემდეგ თიაქარზე ზეწოლით ან მდებარეობის შეცვლით შარდის ბუშტის თიაქრის ნაწილიდან შარდი გადავა თავისუფალი შარდის ბუშტში, რასაც მოჰყვება განმეორებითი მიდგომა შარდზე. ერთგვარი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე შეყვანილი კატეტრის თიაქრისაკენ გადახრას. ცისტოსკოპის საშუალებით შესაძლებელია შარდის ბუშტის თიაქრისაგან გამოდგრილი ნაწილის შეტყობა; მაგრამ თუ დი-

ვერტიკულის მაგვარი თიაქარია, შესაძლებელია ცისტოსკოპით ვერაფერი შევატყუოთ. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე შარდის ბუშტის რენტგენოსკოპიას.

დაცურებული თიაქრის მკურნალობა უსათუოდ ოპერაციული უნდა იყოს, მით უფრო, რომ ამ შემთხვევაში ბანდაჟის ტარება შეუძლებელია (Erkes, ნოიშევი). ოპერაციული ჩარევა მოითხოვს ქირურგისაგან ზედმეტ სიფრთხილეს და ორგანოთა ანატომიური ურთიერთობის ზედმიწევნით ცოდნას.

საშიშროება და სიძნელე ოპერაციისა მდგომარეობს იმაში, რომ ოპერაციის დროს არ დაზიანდეს ნაწლავი ან მისი მკვებავი სისხლის ძარღვები (Sudek). ყოველი კერძო შემთხვევა მოითხოვს თავისებურ მიდგომას და ქირურგმა თავისი აზროვნება უნდა შეუფარდოს მის წინაშე წამოჭრილ სხვადასხვა შესაძლებლობას. ნაწლავის მუცლის ღრუში შებრუნების და მოსალოდნელი რეციდივის თავიდან აშორებისათვის მოწოდებულია ოპერაციის შემდეგი წესები: 1) შესწორება en masse (Savariand-ის წესი). ეს წესი მდგომარეობს იმაში, რომ თიაქრის პარკის მედიალურ ნაწილში გაკვეთის შემდეგ მუცლის ღრუში სწორდება შიგთავსი, ამის შემდეგ ხდება თიაქრის პარკის, რომელიც შეიცავს დაცურებულ ნაწლავს, ფრთხილი გამოყოფა სათესლე ბაგირაკის და გარშემო მდებარე ქსოვილისაგან.

თუ ბაგირაკის გამოყოფა შეუძლებელია აკეთებენ კასტარაციას, ან თანდაყოლილი დაცურების დროს სათესლე ჯირკვლის იმპლანტაციას მუცლის ღრუში. თიაქრის პარკის ზედმეტი ნაწილი მოიჭრება. გაიკრვის შემდეგ დარჩენილი პარკი ნაწლავთან ერთად შესწორდება მუცლის ღრუში. დეფექტის დახურვა (Sudek, Sprengel, Гижицкий, Дмитриева, Хасин).

II წესი. Barker—Hartmann-ის იმაში მდგომარეობს, რომ პარკის ზედმეტი ნაწილი მოიკვეთება. მოკვეთის შემდეგ დარჩენილი კიდეები მიეკერება მუცლის წინა კედელს და ამგვარად ხდება ნაწლავის ფიქსაცია.

მე III Morestin-ის წესი: Hernio—laparatomia, პარკის გამოყოფა დაცურებული ნაწლავის პარკითურთ შეწყვეა მუცლის ღრუში. ნაწლავის გამოწვეით, ან და პერიტონეუმის გაკვეთით და ნაწლავის უკან გაკერვით წარმოიშობა ჯორჯლის მაგვარი წარმოქმნა, რომელიც მიემაგრება თეძოს ფასციას. საზარდულის პლასტიკა.

აშკარაა არცერთი წესი არაა საესებით დამაკმაყოფილებელი, ვინაიდან თიაქრის პათოლოგ-ანატომიური თავისებურების გამო, თიაქრის პარკის წესიერად დამუშავება შეუძლებელია. ზოგიერთ შემთხვევაში არ ხერხდება ნაწლავის შებრუნება სისხლის ძარღვების დაუზიანებლად. რა თქმა უნდა, ასეთ საეჭვო შემთხვევაში სჯობია ნაწლავის რეზექცია, რათა თავიდან ავიცილოთ მისი განგრენა (Sudek). ჩვენს შემთხვევაში სათესლე ჯირკვლის წყალმანკი თავისი ოდენობით და პათოლოგ-ანატომიური სურათით ინტერესს არ არის მოკლებული. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ Hydrocele-ს ხანგრძლივი არსებობის გამო tun. v. propr. ძალზე გასქელებული იყო, ფიბროზული გადაგვარებით, ზოგ ადგილას ჰიალინიზაციით და ხრტილის მაგვარი სიმკვრივით (Periorchits). პარკის მთელი ზედაპირი მოფენილი იყო მასთან მჭიდროდ შეკავშირებული მოყვითალო ნაღებით. ამ ნაღების მოცილება ზოგ ადგილას შეუძლებელი გახდა

და ჩვენ იძულებული ვიყავით მოგვეცილებინა დანით. სათესლე ჯირკველი სრულებით განლუული, ატროფიული, თხილის კაკალზე ნაკლები. სითხე 10 ტიტრი მღვრიე მომწვანო, მოყვითალო, დაახლოებით ქარვის ფერის, რომელშიც ცურავს აუარებელი თავისუფალი სხეულაკები ისეთივე შემადგენლობისა და კონსტიტენციისა, რომლითაც იყო მოფენილი გარსის კედელი. ზოგი მათგანი ქათმის კვერცხის ოდენაა; ხელის მოჭერისას იფშენება. მე ვფიქრობ, ყველა ეს გადაგვარება უნდა მიეწეროს წყალმანკის ხანგრძლივ არსებობას.

ჩვენს შემთხვევაში წყალმანკის ეტიოლოგიას ვუკავშირებთ ავადმყოფის მიერ მიღებულ ტრავმას. სხვა ავტორებიც აღნიშნავენ ტრავმის მნიშვნელობას: (Kampbell) 502 შემთხვევაზე ანამნეზში ტრავმა აღნიშნული აქვს 7,7%-ში; 57,6% ჯირკველის დანამატის გონორული ანთება. ამათ გარდა ეტიოლოგიურ მომენტად შეიძლება დასახელებულ იქნეს ანთებითი (tbc.) და პროცესები დანამატში ან ჯირკვლებში.

Monò და Ferrilon-მა ანატომიურად დაამტკიცეს ლიმფური სისტემის კავშირი სათესლე დანამატსა და სათესლე ჯირკვლის სეროზულ გარსთა შორის და წყალმანკის გაჩენის მიზეზად თვლიან დანამატის დაავადების გამო მომხდარ გადაგვარებას, რაც ხელს უშლის სეროზული სითხის მოძრაობას. რასაკვირველია, ეს ანატომიური დასაბუთება ეხება მხოლოდ მეორად Hydrocele-ს.

### ლიტერატურა

1. ექ. გელოვანი. შარდბუშტის საზარდ. თიაქარ. კანუსტიკისათვის. თან. მედ. № 10—11 1925 წ. 2. ექ. ვეფხვაძე. შარდბუშტის თიაქრისა და თიაქართვეთის დროს შარდბუშტის დაზიანების საკითხისათვის. თან. მედ. 5—12. 1927 წ. 3. Антелава. К вопросу о скользящих грижах. В. X. и погр. об. Кн. 35—36 т. XII. 1928 წ. 4. Дмитриева. Грижи от соскальзывания толстых кишок, их патология и терапия. В. X. и пог. о. к. 1—2 т. XVI 1829 წ. 5. Глижицкий. К вопросу о так называемых соскальзывающего грижах Нов. хир. т. VII 2927 г. 7. Гошховский. Скользящие грыжи и. Н. хир. ахр. кн. 3 т X 1925 г. 8. Созоп-Ярошевич К вопросу о так называемых Скольз. гр Враг. газ. № 79 1926 г. 9. Цимхес К патологи и хирургии т. н. грыжи от соскальзывания В. X. и н. об. Кн. 21. 1926 г. 10. Брайтцев. Грыжи Мочевого пузыря; Хирург. т 29 1911 г. 11. Крымов Учение о грижах из. 2-е 1929 г. 12. Больш. М. Энци. т VI 1927 г. 13. Холцов Гастная урология вып. 4 1927 г. 14. Erkes. Der gleitbruch des Darmes. Erg. d. chir. und Orth. Bd 1 3 1921. pebo. 15. Jacobson. Arch. f. Rein Chirurg. № 141 1926 16. Demel Z. d. chirurg Bd 168 1922 17. Гир.-Паауи—Кюммель. Опер. хир. т XII. 1928 г. რუს. თარ.

#### И. Пилиа.

К казуистике совместного существования редкой величины Hydrocele скользящей грыжи кишечника и мочевого пузыря.

(Из препедв. хир. кл. Тифл. Мед. Инс).

Автор описывает редкий случай совместного существования громадной величины Hydrocele, скользящей грыжи мочевого пузыря (Hern. vesic urin. paraperiot-nealis) и толстого кишечника.



Больной 76 лет. старик носил в продолжение 36 лет Hydrocele, которое достигло до коленных суставов, весил 11 kg. Последние 3 года мочеиспускание было затруднено, что и заставило больного обратиться к хирургической помощи.

Параллельно с Hydrocele большого имеется правосторонняя паховая грыжа, которая выпячивается только частично.

На операции (под. мед. анад.) обнаружены с латеральной стороны грыжевого мешка скользящая грыжа толстого кишечника, а с медиальной скользящая грыжа мочевого пузыря.

Освободив грыжевой мешок от пузыря. И частично резцировав его (мешок) кишки вправлены en masse по Savariand-y.

Hydrocele удалено с капсулой и яичкам, которое настолько отрофировано, что едва заметно.

### I. Pipia.

Sur un cas exceptionnelle d'une hydrocèle d'un fort volume simultanée avec des hernies glissantes de l'intestin et de la vessie.

(Clinique chirurgicale de l'Université de l'Etat de Tiflis).

L'auteur décrit un cas exceptionnel d'une hydrocele d'un volume enorme simultanée avec des hernies glissantes de la vessie (hernia vessic.—urin. paraperitonealis) et du gros intestin. Le malade âgé de 76 ans supporte pendant 36 ans une hydrocèle qui atteint l'articulation du genou et pèse 11 kg. Durant les trois deriuères années l'urine passe avec difficulté ce qui oblige le malade à se faire operer. Parallèlement à, l'hydrocèle il a encore une hernie inguinale à droite. A l'opération (anesthésie locale on a trouvé: du côté lateral du sac à hernie—une hernie glissante du gros intestin; Du côté médial—une hernie glissante de la vessie. L'opération le sac est débarrassé de la vessie et enlevié en partie, les intestins sont remis en masse d'après Savariand; l'hydrocèle est enlevée avec la capsule et le testicule si atrophié qu'on le remarque à peine.

### 3. მახაცარიძე

უფროსი ორდინატორი

#### Peritonitis perforativa typhosa \*)

აჭარისტანის მთავარი საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებიდან (გამგე  
მელ. დოქტ. ვ. ი. ფროლოვი).

პერიტონიტი გამოწვეული პერფორაციით მუცლის ტიფის დროს იწყება თქმოს ნაწლავიდან ბრმა ნაწლავის ახლო ან ცოტა დაშორებით უკანასკნელიდან 15—20 სანტ. ნაწლავის პერფორაცია უმეტეს შემთხვევაში არის ერთი, იშვიათად მრავალრიცხოვანი. ალაგი პერფორაციის მდებარეობისა ნაწლავის კედელზეა ჯორჯლის პირდაპირ; მისი დიამეტრი არ აღემატება 2—3 სანტ. ჩვენ შემთხვევებში 11 ჯერ გვქონდა ერთ ალაგას პერფორაცია, და 3 ჯერ მრავალრიცხოვანი.

პერფორაცია უფრო ხშირად ხდება ავადმყოფობის მესამე კვირაში სწორედ იმ დროს, როცა პეიერის ფოლაქებში იწყება ნეკროზული გარდაქმნა; მაგრამ შეიძლება პერფორაცია მოხდეს აგრეთვე ადრეც.

რაც შეეხება პერფორაციის მიზეზებს — ჩვენ კიდევ მათ ვერ ვიცნობთ დანამდეობებით. პერფორაცია შეიძლება მოხდეს, როგორც სუბუქი ტიფის დროს, აგრეთვე მაშინ, როცა ტიფი მიმდინარეობს მძიმედ. ჩვენ 14 შემთხვევაში არც ერთჯერ არ შეგვიძლია დავასახელოთ მიზეზი, თუ რამ გამოიწვია პერფორაცია ამა თუ იმ შემთხვევაში.

თუ რამდენად საშიშია პერფორაცია მუცლის ტიფის დროს იქიდან ჩანს, რომ სტატისტიკური ცნობებით  $\frac{1}{3}$  ყველა მომკვდარ ავადმყოფებისა მუცლის ტიფით დაიღუპნენ პერფორაციის გამო.

როცა ხდება პერფორაცია საჭმლის ფაფის ნაწილები და ნაწლავის შეცულება გადადის პერიტონეუმის ღრუში და ქმნის საერთო პერიტონიტს და არა ადგილობრივ ადჰეზიურ პროცესს; ეს აიხსნება იმით, რომ ტიფით დაავადებულ სხეულს არა აქვს გამძლეობა, ვინაიდან ორგანიზმის ძალა უკვე დაიხარჯა ტიფის ინფექციის ბრძოლის დროს და ამიტომ ვერ უწყვეს ბრძოლას ახალ ავადმყოფობას.

ტიფის მიერ გამოწვეული პერფორაციული პერიტონიტის დროს ერთადერთი საშუალებაა — ოპერაცია, მაგრამ უბედურება იმაში გამოიხატება, რომ არც ამ უკანასკნელ საშუალებას შეუძლია მთლიანად დაიცვას ყველა ავადმყოფები. — უმეტესობა მაინც კვდება. სტატისტიკური ცნობების მიხედვით ამ ავად-

\*) შემოკლებით მოხსენებულია აჭარისტანის ექიმთა საზოგადოების კრებაზე 7 დეკემბერს 1928 წელს.



მყოფობის ოპერაციით მკურნალობის შემდეგ რჩება მხოლოდ 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; უოპერაციოდ კი ყველა ავადმყოფები კვდებიან.

მიუხედავად იმისა, რომ პერფორაციის დროს ოპერაციის შედეგები საეჭვოა, ჩვენ მაინც იძულებული ვართ ვუჩინოთ ავადმყოფს სასწრაფო ოპერაცია. კარგი შედეგები ოპერაციის შემდეგ დამოკიდებულია იმაზეც, თუ როგორ ჩქარა კეთდება ოპერაცია მას შემდეგ, რაც პერფორაციის ნიშნები იწყება.

შესაძლებელია თავისუფლად ოპერაცია გაკეთდეს ადგილობრივი ანესთეზიით, წინასწარ კანქვეშ მორფიუმის გაკეთებით; საერთო ნარკოზი—ეთერით არა სასურველია, ვინაიდან ეთერის შემდეგ ტიფიან ავადმყოფებს ხშირად დაჰყვება ფილტვების მძიმე ანთება. უფრო მისაღებია ქლოროფორმი, მიუხედავად იმისა, რომ გულის კუნთიც ძალზე დასუსტებულია ტიფის დროს. განაკვეთი კეთდება თეთრი ხაზით, ჩვენ ვამჯობინებთ პარარექტარულ განაკვეთს, ანდა Mec. B. ხაზით. ოპერაციის დროს ჯერ ვნახულობთ ბრმა ნაწლავს, აქედან ვათვალიერებთ წვრილ ნაწლავს ასე 40 სანტ. სიგრძით. რაც შეეხება პერფორაციის ალავს, ჩვენ ვამჯობინებთ პერფორაციული ალავების ამოკერვას; მუცლის გახსნილი ექიმობა ტამპონადით ან გრეკოვის ან მიკულიჩის წესით.

როგორც ზემოთ მოხსენებული იყო, 14 ავადმყოფში გადავირჩა მხოლოდ 2 ავადმყოფი; 12 ავადმყოფი გარდაიცვალა, ამათში 2-ე დღეს ოპერაციის შემდეგ-4; მესამე დღეს-2; მეხუთე დღეს-5. ერთმა იცოცხლა ოპერაციის შემდეგ 18 დღე. მუცლის მხრივ არავითარ პერიტონეალურ მოვლენებს ალავი არ ჰქონდა; ნაწლავის მუშაობა კარგი იყო, მაგრამ გულის სისუსტემ იმატა და ავადმყოფი საერთო გულის სისუსტის გამო გარდაიცვალა მე-18 დღეს ოპერაციის შემდეგ.

I. ავადმყოფი ტ.ვი 17 წ. მუშა მიღებული იყო ქირურგიულ განყოფილებაში 5/8 1927 წ. უჩივის ძლიერ ტკივილს მუცლის მარჯვენა ფერდ-ქვედა მიდამოში. ტკივილები დაიწყო მას ადრე დილით. ამ დრომდე არი კვირის განმავლობაში ატყობდა საერთო სისუსტეს, ჰამის მადა არ ჰქონდა, არ დაწოლილა და აქიმობდა ზეზე, რაც ძლიერი ტკივილები დაიწყო, განვლო მხოლოდ 8 საათმა. მოყვანისთანავე ავად. იქნა გასინჯული ჩემს მიერ. აღმოჩნდა: მკრთალი სახე, ოდნავ ციანოზი ბაგეებზე, სუნთქვა აჩქარებული; სუნთქვის დროს ცდილობს არ გააღიზიანოს მუცელი; მაჯა 112; სუსტი 1<sup>0</sup> 38,6; მუცლის მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ნათლად გამოასახულია *défense musculaire* და Blumberg ის ნიშანიც, ესეთი ნიშნების მიხედვით ჩვენ ვალდებული ვიყავით გადაგვეწყვიტა საკითხი—რომ ავადმყოფს სჭირდება სასწრაფო ოპერაცია; მეორე კითხვა, თუ რისგან არის გამოწვეული პერიტონიტი—ანამნეზის მიხედვით შევჩერდით ჰიპოქოლ ნაწლავის პერფორაციაზე; ოპერაცია საერთო ნარკოზის ქვეშ განაკვეთი M. B. ხაზით, კუთნოვანების ვაკუვით. მუცლის აპკის გახსნის დროს აღმოჩნდა, რომ ჰიპოქოლ ნაწლავი თითქმის უცვლელია გარდა ოდნავი ჰიპერემიის ისეთი როგორიც არის საერთოდ; სხვა ცვლილებას ჰიპოქოლ ნაწლავი არ წარმოადგენდა.

მაშინ შევეცადეთ ახლო-მახლო მიზეხის პოვნას, უტებ მუცლიდან ჰრილობაში გამოჩნდა ჩირქი და შემდეგ წვირლ ნაწლავზე დაშორებით *coecum*-იდან 10—12 სანტ. პეიერის ერთ-ერთი ფოლაქი განიცდიდა პერფორაციას, საიდანაც ბლომად გამოდიოდა განავალი, ირგვლივ ფიბროზული ნადები ნაწლავზე და ჩირქი. ნაწლავის პერფორაცია იქმნა ორფად ამოკერილი და ჰრილობა დატოვებოდა სათანადო ტამპონადით.

ოპერაციის შემდეგი ხანა ჩატარდა კარგად; ავადმყოფმა სიარული დაიწყო ოპერაციის შემდეგ სამ კვირაში, ჰრილობა შეზორცდა ორი თვის შემდეგ; ჰრილობის ალავზე დატყო ეგენტრაცია. სამი თვის შემდეგ შეუდგა მუშაობას. 7/12 1928 წ. ავადმყოფი ნაჩვენებია ჩემ მიერ აპარისტანის ექიმთა საერთო კრებაზე.

2/2 1928 წ. ამ ავადმყოფს გავუკეთეთ ოპერაცია ევენტრაციის გამო. ოპერაციის დროს დაფთვალვიერეთ განაკერი ნაწლავი;—ახლო-მანლო ბაღეჭანის შეზორცება; ნაწლავი შევიწროვებული არ არის. ჭიკყელა ნაწლავი ამოკვეთილი იქმნა და მუცლის კედელი ქსოვილებრივად გაკერილი; შეზორცება—per primum.

2. ავად—ფი და—ია 29 წ. ტიფის ავადმყოფობის დროს მესამე კვირაზე დაერთო პერიტონიტის ნიშნები; ავადმყოფს გაუკეთდა 12/3 1926 წ. ოპერაცია 18 საათის განმავლობაში, გაგლეჯილი ნაწლავი იქნა გაკეცილი ორფად და ტამპონადა, ოპერაციის შემდეგი ხანა კარგი ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა;

ავადმყოფი ნახული გვყავს 1 წლის შემდეგ: გრძობს თავს კარგად აქვს ოპერაციის ალაგზე თიკარი.

ბოლოს მინდა აღვნიშნო ერთი ავადმყოფის ისტორია, რომელიც წარმოადგენს ინტოესს, როგორც დიაგნოსტიკის მხრივ, აგრეთვე შემდეგი ავადმყოფობის მსვლელობით.

ქალიშვილი, ნ—ძე 14 წ. მიღებული იყო 18/9 1927 წ. თერ. განყოფილებაში. მას აღმოაჩნდა მუცლის ტიფი, რომელიც კარგად მიდიოდა. მესამე კვირის ბოლოს ავადმყოფმა დამით შეკამა მეზობლის საჭმელი. ორი დღის შემდეგ დილით ადრე ბავშვს დაეწყო უცებ მკაცრი ტკივილები მუცელში ჭიკს დაბლა; გასინჯვის დროს აღმოჩნდა: მაჯა ძალზე სუსტი 120, ენა მშრალი, მუცელი ოდნავ წამოზებრილი და ძალზე მტკივანი ჭიკს ქვემოთ მარჯვენა ნაწილი; défénse და Blumberg-ის ნიშანი კარგად გამოსახულია. ვინაიდან ყველა ეს ნიშნები გვაძლევდა ნებას დავგვესვა პერფორაციის დიაგნოზი, ავადმყოფის ჭირისუფლებს ვფრჩიეთ ოპერაცია, რომელიც უნდა გაკეთებულ იყო სასწრაფოდ. ისინი უარზე იყვნენ და ამიტომ ოპერაცია არ გააკეთებულა. მეორე დღეს ავადმყოფს მუცლის მხრივ მოვლენები მიემატა: მუცელი წამოზებრითლიანად, მტკივანობა ძლიერი facies hypocratica, კიდურები გაუცივდა, მაჯა 124 სუსტი. ჩვენ კიდევ ოპერაციას მოვიფიქრებდით მშობლები კი ამბობდნენ „თუ მოკვდება ეს მოკვდეს და ოპერაციას არ გაუკეთებთო“. მესამე დღეს: პირიდან ლებინება; მუცელი ძალზე წამოზებრილი და მტკივანი; მაჯა 140 ძალიან სუსტი; სუნთქვა აჩქარებული, ბავების ციანობი. მშობლები გვთხოვენ ოპერაციას, მაგრამ ჩვენ უარი უთხარით, ვინაიდან პერიტონიტის ნიშნები იმდენად მძლავრია, რომ არავითარი იმედი ოპერაციით გადარჩენის—არ გვაქვს. მიუხედავად ნათლად გამოსახული პერიტონიტისა, რომელიც დადასტურებული იყო რამოდენიმეჯერ კონსილუმით, ჩვენმა ავადმყოფმა მე-7-ე დღეზე დაიწყო ნელ-ნელა მოკვება და ორი კვირის განმავლობაში გაწერილი იქმნა საბოლოო ნორმალური ტემპერატურით.

ამ როგად აქ თქოი სხეულმა დაცო პერფორაციის ალაგი და უთუოდ ახალგაზრდა სხეული კარგად შეებრძოლა ავადმყოფობას.

Из хирургического отделения Главной Больницы Аджаристана (г. Батум) Зав. отд. Др. мед. В. И. Фролов.)

Ст. ордин. В. Ф. Макацариа.

Peritonitis perforativa typhosa. Автор приводит 14 случаев прободного перитонита во время брюшного тифа. Ослаживание очень опасное и тягостное для больных. По статистическим данным выздоровление после операции не превышает 3%, о бес операции почти все больные погибают. Автор приводит свой опыт; на 14 случаев выздоровили двое больных с прободением; указывает, что и исход зависит гл. обр. и от того, как скоро оперируется больной после перфорации.

При операции предлагается—место перфорации на кишке зашить и тампонировать брюшную полость.

Aus der chirurgischen Abteilung des Haupt-Krankenhauses von Adjaristan (Batumi). (Der vorstehende der Abteilung Dr. med. W. I. Froloff.)

Der Aelteste ordin. W. F. Makatzaria.

Der Autor führt an 14 Fälle der perforative peritonit während den abdomm altyphus. Komplikation sehr gefährlich und beschwerlich für die Kranken. Die Statistik weist nach, dass die Genesung nach der Operation übersteigt nicht 3%, aber ohne Operation fast alle Kranken verfallen. Der Autor führt seine Erfahrung an; auf 14 Fälle wurden geheilt Zwei Kranken mit Perforation, zeitzan das der Ausgang hängt hauptsächlich davon ab, zwie schnell noch der Perforation, var der Kranke operiert.

Der Autor proponiert das man bei der Operation die stelle der Perforation des Darmes zunäht und tamponiert den Bauch.



### 3. შ უ შ ა ნ ი ა

#### დოცენტი

*Metropathia haemorrhagica (glandular Zust. Hyperplasia)* დიაგნოზის და მკურნალობისათვის.

პათოლოგ-ანატომიური, კლინიკური და ჰორმონალური სურათი (ჰოსპი-ტალურ სამწიანო-გინეკოლოგიური კლინიკა დირექტორი პროფესორი გ. ლამბარაშვილი).

ჰემორაგიული მეტროპათიის პათოლოგ-ანატომიური კლინიკური და ჰორმონალური სურათი ჯერ კიდევ ჩამოყალიბებული არ არის, განსაკუთრებით ჰორმონალური. მას ხშირად ურევვენ საკვერცხის წვრილ ბუშტოვან გადაგვარებაში, ზოგს ის წარმოდგენილი აქვს *Endometritis glandularishyperplastica*-ს სახით (Ruge). ზოგიერთი ავტორი ამ ავადმყოფობას მენორაგიული სისხლის დენით აგვიწერს (Hauptstein). ამ ავადმყოფობის სწორი ჰისტო-პათოლოგიური სურათი მოცემულია R. Schröder-ის R. Meyer-ის და მისი მოწაფის Babès-ის მიერ. E. Novak-მა აღწერა ეს ავადმყოფობა მაგრამ მისი დასკვნები განსხვავდებიან შრედერის და ზემოაღნიშნული ავტორების დასკვნებისაგან; ის საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის ჰიპერპლაზიის მიზეზად მის ბაზალურ შრეს ასახელებს. ჰორმონებზედ რაოდენობითი გამოკვლევაც რ. შრედერის სკოლას ეკუთვნის. (H. Siebke-P. Schusahania), B. Zondek-საც აქვს თავისი აზრი ამის შესახებ.

ავადმყოფობის მიზეზი საკვერცხეში უნდა ვეძებოთ შინაგანი სეკრეციის აშლაში, რის გამო უკვე ისეთი კლინიკური სიმპტომები იჩენენ ხოლმე თავს, რომლებიც ადვილად შესამჩნევია და აღსანიშნავია; ამენორეა, ხანგრძლივი სისხლის დენა და სხვა. საკვერცხეში ვნახულობთ დიდი ოდენობის ფოლიკულს, ერთს ან რამოდენიმეს, რომელიც ნორმალური განვითარების დროს უნდა 14—17 დღეს გამსკდარიყო, მაგრამ ამ შემთხვევაში ოფულაცია სავსებით გამქრალია, კვერცხი არ მწიფდება გრაფის ფოლიკული დახურული რჩება, ფოლიკული არ განიცდის შემდგომ განვითარებას ყვითელ სხეულად, მენსუალურ ციკლში მისი ფაზა გამოვარდნილია და მისასადამე გამოვარდნილია მისი ჰორმონის მოქმედებაც. საკვერცხის სერეიებად დაჭრა გვარწმუნებს, რომ არსად არ არის ისეთი ყვითელი სხეული, რომელიც უკანასკნელი 8 კვირაზე უფრო, ახალგაზრდა იყოს. ფოლიკული განიცდის ეგრედ წოდებულ პერსისტენტობას ამიტომ უნდა ვიფიქროთ რომ ფოლიკული, როგორც ადგილი სექსუალური ფორმონის განვითარებისა, უნდა იძლეოდეს მის ნორმაზე მეტ გამომუშავებას. საკვერცხის ასეთ არანორმალურ ფუნქციას უნდა მივაწეროთ ის, რაც ამ

დროს საშვილოსნოში და განსაკუთრებით მის ლორწოვან გარსში ჩნდება ხოლმე; ენდომეტრიუმის ფუნქციონალური შრე ატიპიურად იზრდება, მისი სისქე მატულობს, ის ჰიპერპლაზიურია, ჯირკვლები ძალზედ ატიპიურია, ზოგი წვრილია, ზოგს ფართე სანათურები აქვს, ზოგი წვრილი და გრძელი ფორმისაა, ზოგიც ნამგლისებრივია. ეს სურათი არ წააგავს საშვილოსნოს იმ ლორწოვან გარსს, რომელიც ექვემდებარება ნორმალურ მენსტრუალურ ციკლს. იოლი შესამჩნევია, რომ აქ არა წყნარ ფუნქციასთან გვაქვს საქმე. ასეთი ატიპიური ოდენობის და დალაგების ჯირკვლები, E. Novak-ის სიტყვით, შეეიცარიის გაჭრილ ყველს მოგვაგონებს ან კიდევ, R. Schröder-ის სიტყვით, ის ღრუბელს ჰგავს.

ჯირკვლების ეპითელიალური უჯრედები მუქი ფერისაა, ერთი მეორეზე ახლოს შეკუმშული, შეხორხლილი და შეკმუნული, თითქოს რამოდენიმე წყობად იყოს დალაგებული, სიმაღლით ჩვეულებრივზე უფრო მეტია. უჯრედის ბირთვები განიცდიან დაყოფას-კარიოკინეზს, არსად სეკრეტორული ფუნქციის ნიშან-წყალი არ არის. აგრეთვე საყურადღებოა სტრომის მდგომარეობაც. მასაც იგივე არა სიწყნარე ახასიათებს, იცვლება ნაწილები, რომლებიც ერთი მეორეს არ წააგავს, ზოგი ადგილი ფაშარია, ზოგი კი შეკმუნული, ბნელი. საშვილოსნოს კუნთოვანი ნაწილი და კვერცხსავლები ხშირად თვალსაჩინო ცვლილებებს არ განიცდიან. ისინი მხოლოდ „კარგი კვების“ მდგომარეობაში არიან. ერთ შემთხვევაში, სადაც ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია გამოწვეული იყო granulosazelltumor-ით ახალი კუნთოვანი ბოჭკოების გაჩენასაც ჰქონდა ადგილი (Zbl. gynak. 1930 № 31. P. Schuschania).

ჰემორაგიული მეტროპათია გვხვდება ქალის ცხოვრების მხოლოდ იმ ხანაში, როდესაც საკვერცხეების ფუნქცია არსებობს. ისე როგორც საკვერცხეების ფუნქციის გარეშე ფიბრომიომა არ ვითარდება, აქაც მენსტრუალური ციკლის არ არსებობის დროს (პუბერტეტი, მენოპაუზა) არ შეიძლება ჰემორაგიული მეტროპათია გვექონდეს. კლიმაქსის მიახლოების დროს ის უფრო ხშირია, რისთვისაც მას „კლიმაქტერიულ სისხლის დენა“-ს უწოდებენ. ასეთი დიაგნოზი მეცნიერულად არაა სწორი, რადგან შესაძლოა სისხლის დენა მრავალი სხვადასხვა მიზეზების გამო გვექონდეს (კარცინომა, სუბმუკოზური მიომა, პოლიპი და სხვა). ქალის ცხოვრების შუა ხანაში მას ძალიან იშვიათად ვხვდებით ხოლმე, სამაგიეროდ მას ვხვდებით ახალგაზრდა პაციენტებში პროცენტულად უფრო მეტ შემთხვევაში, ვიდრე სიცოცხლის შუა ხანაში. ასეთია მისი გავრცელების სიხშირე წლოვანებასთან დაკავშირებით R. Schröder-ის და H. Runge-ს სტატისტიკის მიხედვით, რასაც ჩვენი კლინიკის მასალაც ეთანხმება.

ზემოხატკვამიდან ჩვენ ერთი დასკვნა უნდა გამოვიტანოთ. ჰემორაგიულ მეტროპათიას ქალის ორგანიზმში ადგილი აქვს მაშინ, როდესაც საკვერცხეების ფუნქცია ან არ არის საკმაოდ განმტკიცებული (ახალგაზრდობის ხანა), ან კიდევ იმ დროს, როდესაც მათი მოქმედების უნარიანობა სუსტდება და თანდათანობით ქრება, შუა ხანაში კი საკვერცხეთა ფუნქცია ყველა დროზე უფრო მტკიცეა და ჯირკვლოვან კისტოზურ გადაგვარებასაც ძალზე იშვიათად ვხვდებით. ამიტომ ჩვენ უფლება გვეძლევა ვიფიქროთ, რომ საკვერცხის მიერ გამო-



მუშავებული ჰორმონები ახალგაზრდობის და კლიმაქსის მიახლოებების ხანაში არ არიან ნორმალური ოდენობის ან ხარისხის. ავადმყოფები მიმართავენ ხოლმე ექიმს სისხლის დენის გამო, რომელიც ზოგიერთ შემთხვევაში ძლიერ დიდ ხანს გრძელდება, რამოდენიმე კვირიდან რამოდენიმე თვემდე. უფრო ხშირად სისხლის დენას წინ უძღვის ამენორეა, მაგრამ არის შეთხვევები, სადაც სისხლის დენა თვითურის მოსვლის დროს დაიწყება ხოლმე და ჩვეულებრივ ვადაში არ სწყდება, არამედ გრძელდება კვირეებსა და ხშირად თვეებსაც.

ბიმაწუალური გასინჯვის დროს ვნახულობთ, რომ ზოგ შემთხვევაში საშვილოსნო ნორმალური ოდენობისაა და მეკრივი კონსისტენციის, მისი ყელი დახურულია. ხან კი საშვილოსნო ოდნავ გადიდებულია, გარბილებული, გაფხვიერებული და ყელიც ოდნავ გახსნილი აქვს, საკვერცხე გადიდებულია და მასში ვგრძნობთ პატარა კისტას; იშვიათი არაა შემთხვევა, როდესაც საშვილოსნოს საშოს ნაწილი და თვით საშოს კედელიც იის ფერია. როგორც ზემოთაც ვთქვით, მენსუალური ციკლის არევა, ჩვენის აზრით, დამოკიდებულია ოვარიალური ჰორმონის რაოდენობაზე და უთუოდ ხარისხზედაც (ჩვენ ვლაპარაკობთ უთუოდ, რადგან ამ უკანასკნელისათვის ჩვენ მეცნიერული საბუთი არ გვაქვს.). საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ ჰემორაგიულ მეტროპათიას (ენდომეტრიუმის ჯირკვლოვან კისტოზურ გადაგვარებას) ჩვენ ვუწოდებთ მხოლოდ იმ შემთხვევებს, რომლებიც მხოლოდ და მხოლოდ ჰისტოლოგიური სურათით არის დადასტურებული. ასე რომ ამ დაავადებით ავადმყოფის ჰორმონებზე გასინჯვა ჰემორეგიული მეტროპათიის სისხლის დენის წინ არ არის იოლი გასარჩევი, რადგან ძნელი სათქმელია, როდის დაეწყება ამა თუ იმ პაციენტს ჰემორეგიული მეტროპათიის სისხლის დენა, რომ მის წინ ის რამოდენიმე დღეებისა და კვირეებით ადრე ჰორმონებზე გასინჯოს, როდესაც, H. Siebke-ს აზრით, მომეტებული უნდა იქნეს საკვერცხის ჰორმონი, რაც მან ფრანკის წესით ნახა.

ჩვენ გვეყავდა რამოდენიმე პაციენტი, რომელთაც ჰემორეგიული მეტროპათიის რეციდივური ფორმა ჰქონდათ ჰისტოლოგიურად დადასტურებული. შარდში სექსუალური ჰორმონის გამოკვლევას ვაწარმოებდით E. Laqueur-ის მეთოდით, განავალში იმავე ავტორის მეთოდით, ნაწილობრივ ჩვენ მიერ შეცვლილით, სისხლში კი Frank-ის მეთოდს ვხმარობდით. ფრანკის მეთოდი შედარებით ადვილია, ლაქვერის კი ძალზე რთულია და მასთან ერთად დიდ დროსაც მოითხოვს.

მოგვყავს ერთი შემთხვევა: ავადმყოფი ი. ლ. გასინჯული იყო სექსუალური ჰორმონის რაოდენობაზე, რაც მან გამოიჭყო შარდში და განავალში 102 დღის განმავლობაში. ამ დროს გამოყოფილ ჰორმონებს ექსტრაქცია ვუყავით და დაკადილ თავგებს შევეშაპუნეთ. პირველი პერიოდის—28 დღის გამოკვლევის შემდეგ პაციენტს ჰქონდა ნორმალური თვიური, სექსუალური ჰორმონის შემადგენლობა კი ნორმაზედ მეტი იყო: 28 დღის განმავლობაში შარდში გამოიყო 155ნ თავის ერთეული. განავალში გამოიყო 2369 თავის ერთეული.

ეს რაოდენობა არა ორსულ ქალისათვის ჩვენ მიგვაჩნია არა ნორმალურად (მომატებულია), მოველოდით, რომ პაციენტს ექმნებოდა ჰემორაგიული მეტროპათიული სისხლის დენა, მაგრამ ჩვენი მოლოდინი არ გამართლდა და მას მხოლოდ ნორმალური მენსტრუაცია დაუდგამოკვლევებს ვაწარმოებდით მენსტრუაციის შემდეგაც; ისე, როგორც მოსალოდნელი იყო,

სექსუალური ჰორმონის რაოდენობა დაეცა, რაც მენტრუაციის შემდგომი პერიოდისთვის ნორმალურად უნდა ჩაითვალოს, რის შემდეგ ავადმყოფს დაეწყო ამენორეა. ჩვენ ის ამ დროსაც გაესინჯეთ და ორი დღის განმავლობაში მხოლოდ 10 თავგის ერთეული აღმოვაჩინეთ, შემდეგ ორ დღეში არაფერი არ აღმოჩნდა და შემდგომმა 4-მა დღემ კი 77 თავგის ერთეული მოგვცა. ასეთი მცირე ოდენობისა იყო სექსუალური ჰორმონი ამენორეის დროს. იმავე ავადმყოფს რამოდენიმე თვის შემდეგ დაეწყო ჰემორაგიული მეტროპათიის სისხლის დენა და ის გასინჯული იყო მთელი სისხლმდინარეობის დროს 52 დღე, აღმოჩნდა რომ სექსუალური ჰორმონის რაოდენობა აქაც მცირე იყო: 52 დღის განმავლობაში 1000 თავგის ერთეულზე ცოტა მეტი. ასეთივე შედეგი და უფრო ნაკლებიც მივიღეთ სწვა პაციენტებისაგან Frank-იც უარყოფითი იყო

ასე რომ B. Zondek-ის აზრი პოლიჰორმონალური ამენორეის და პოლიჰორმონალური სისხლის დენის შესახებ ჩვენს მასალაზე უარყოფილი უნდა იქნას. C. Glauberg-ი (Zbl. gynak. № 19, 1930) აღნიშნავს რომ ჰ. ზიბკემ და ჰ. შუშანიამ ჰემორაგიულ მეტროპათიის დროს ძალზედ მომეტებული ოვარიალური ჰორმონი ნახესო, მაგრამ ეს სიმართლეს არ შეეფერება, რადგან მე ვერც სისხლის დენის და ვერც ამენორეის დროს მომატებული ჰორმონი ვერ მივიღე, პირიქით, ის ნორმაზე-ნაკლები იყო. ჰემორაგიული მეტროპათიის სისხლის დენამდე კი (ნორმალური თვიურის დროს) ის ნორმას აღემატებოდა. H. Siebke-ს სისხლის გამოკვლევები ფრანკის წესით ამტკიცებს, რომ ოვარიალური ჰორმონი სისხლის მდინარეობის წინ და მისი ახლად დაწყებისას მომატებულია, 40 კუბიკურ სანტიმეტრ ვენურ სისხლში ფრანკი დადებითია. აქ ჩემი და მისი შედეგები ერთი მეორეს არ შეეფერება. საერთოდ უნდა ვიფიქროთ, რომ პერსისტენტობაში მყოფი ფოლიკული უნდა იმუშავებდეს ოვარიალურ ჰორმონის ნორმაზედ მეტ რაოდენობას, რის გავლენითაც უნდა ხდებოდეს ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია, მართლაც C. Glauberg-ი თეთრ თავგებს ხანგრძლივად უშხაუნებდა სექსუალურ ჰორმონს და მიიღო საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზია, ესე იგი ხელოვნური ჰემორაგიული მეტროპათია. მაშ სადღა უნდა მიდიოდეს ეს ზედმეტი რაოდენობა, რომელიც მე ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ ვნახე და თეორიულად კი უდავო უნდა იყოს. აქ შესაძლოა რამოდენიმე ჰიპოთეზის წამოყენება:

1. შესაძლოა ამ დროს, რომელიც არის ჰემორაგიული მეტროპათიის სისხლის დენის დაწყების წინ (სახელობრ მოკლე ხანა), ორგანიზმი შეიცავდეს ოვარიალური ჰორმონის დიდ რაოდენობას; ეს დრო გამოკვლევისათვის ძნელი შესარჩევია.

2. შესაძლოა მეტროპათია ჰემორაგიკას დროს ორგანიზმში მართლაც არის სექსუალური ჰორმონის დიდი რაოდენობა, როგორც მისი ამენორეის, ისე სისხლის დენის დროსაც, მაგრამ ის ორგანიზმიდან არ გამოიყოფა; თუ გარეთ გამოიყო, მაშინ ქალს უდგება ნორმალური თვიური, როგორც ეს ჩვენს შემთხვევაში გვქონდა; თუ ორგანიზმში დარჩა, ხდება ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზია სისხლის დენის შედეგით.

3. ამ ავადმყოფობის დროს პროლანინი „ბ“ არ შეიძლება ორგანიზმში ნორმალური საკმაო რაოდენობით გვქონდეს, მისმა ნორმალურმა არსებობამ უნდა გამოიწვიოს ფოლიკულის ჰორმონის ორგანიზმიდან განთავისუფლება, რაც არ ხდება პროლანინი „ა“-ს იქ არსებობით და მოქმედების გამო. ფოლიკულის ჰორმონი შესაძლოა რჩება ქსოვილში.



4. შესაძლებელია აგრეთვე ფოლიკულის ჰორმონის ხარისხის დაგვრჩა უკანასკნელი საკითხი. ეს ექიმობის საკითხია. სისხლის დენა ხდება მისთვის, რომ ენდომეტრიუმი ძალზე გაზრდილია. ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, ირღვევა კვება, ჩნდება ნეკროზები, რომლებიც ბლომად გვაქვს ხოლმე და რომლებიდანაც მოდის სისხლი. აქ აბრაზიო, როგორც დიაგნოსტიკური მიზნით, აგრეთვე ექიმობის მხრითაც მიზანშეწონილია. მართლაც აბრაზიოს შემდეგ 50% პაციენტებისა ავადმყოფობისაგან თავისუფლდება, რადგან საშვილოსნოს გამოფხეკასთან ერთად პერსისტენტობაში მყოფი ფოლიკული ატრეზიას განიცდის, მაგრამ 50% კი რეციდივი აქვს და ხშირად ისეთი სიხშირითა და სისასტიკით, რომ ქალს განსაცდელში აგდებს. საქმე კასტრაციაზე ან ოპერაციულ ჩარევაზედაც დგება. რეციდივური ფორმების დროს ჩვენ სასურველი შედეგი მივიღეთ პროლანი „ბ“ და ნაწილობრივ ყვითელი სხეულის ჰორმონით.

Seitz-ი ამბობს, რომ ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს ექიმობის მიზნით მან იხმარა მენჰორმონი (სექსუალური ჰორმონი) და კარგი შედეგი მიიღო, ზოგი ავტორი აღნიშნავს, რომ ოვარიალურმა პრეპარატებმა უფრო გააძლიერა სისხლის დენა (Hauptstein). ვფიქრობთ, რომ ჩვენ მიერ ნახმარი საშუალებანი უფრო მეცნიერულად სწორია და კარგი შედეგიც უნდა მოგვცეს. პროლანი „ბ“ იწვევს საკვერცხების აქტივიზაციას, პერსისტენტობაში მყოფი ფოლიკულის გასკდომას და ყვითელი სხეულის გაჩენას, რაც თავის მხრივ გამოიწვევს ენდომეტრიუმის ჯირკვლების სეკრეციას და ციკლის დამთავრებას, მასთან ერთად პროლანი „ა“-ს ორგანიზმიდან გამოძევებას.

Corna-ს და C. Glauberg-ის მიერ გამოყოფილ (ჯერ არა სუფთა) ყვითელი სხეულის ჰორმონის ორგანიზმში შეყვანითაც ვიწვევთ ენდომეტრიუმის ჯირკვლების სეკრეციას (ცდები ცხოველებზე) და ციკლის დამთავრებას. ჩვენ უფრო მიზანშეწონილად ვთვლით ჰემორაგიული მეტროპათიის დროს პროლანი „ბ“-ს ხმარებას.

Доцент Пл. Шушания.

#### К диагностике и терапии *Metropathiae haemorrhagicae*.

1. Данные Госпитальной Акушерско-Гинекологической Клиники Тифлис. Мед. Инст. насчет патолого-анатомической картины этого заболевания, по автору, всецело совпадает с данными проф. R. Schröder-a.

2. В своих исследованиях автор не мог подтвердить данных В. Zondek-a о полигормональной аменорее и полигормональном кровотечении.

3. Предположение Н. Siebke о возможности увеличенного количества овариального гормона не задолго до кровотечения автор считает возможным.

4. Автор допускает, что пролан „Б“ при метропатии геморагика находится не в достаточном количестве, что вызывает задержку в организме пролана „А“, который еще больше усиливает количество фолликулярного гормона и гиперплазию эндометрия; однако пролан „А“ остается в тканях и не выводится из организма.

5. Применение при метропатии геморагика фолликулярного гормона автор считает научно необоснованным.

6. Применение пролана „Б“ теоретически и научно правильно.

7. Применение гормона желтого тела автор считает не вредным.

## ი. თოფურია

არქიტორი

### ქრონიკული გონორეის მკურნალობა თერმო-მექანიკური მეთოდით<sup>1)</sup>

(ტფილისის ვენ-ინსტიტუტიდან. დირექტორი პროფ. ვ. ბურგსდორფი).

ქრონიკული გონორეის მკურნალობა იწყება ჟანეს მეთოდით, მაგრამ გონოკოკების მოსპობა ამ მეთოდს არ შეუძლია; იგი მხოლოდ ამჟღავნებს კატარალურ მოვლენებს. გონოკოკები ვერ იღვწიან ჟანეს მეთოდით, იმიტომ, რომ გონორეის ქრონიკული ფორმის დროს ისინი მეტწილად ბუდდებან ლორწოვანი გარსის ზედაპირზე კი არა, არამედ მილის ზედნართ ჯირკვლებში, როგორც არის ლიტრეს ჯირკვალი, კუპერის ჯირკვალი, სათესლე ბაგირაკები და სულ ყველაზე უფრო წინმდებარე ჯირკვალში. და ამიტომ მთელი ჩვენი მთავარი ყურადღება უნდა მივაქციოთ ამ დაავადებულ ნაწილებს. ამ შემთხვევაში სიმძიმე თერაპიისა უნდა იქნეს გადატანილი ელექტრიზაციაზე და მექანოთერმულ მკურნალობაზე.

მე ნებას მივცემ ჩემს თავს შევაჩერო თქვენი ყურადღება იმ მასალაზე, რომელიც მე მაქვს დამუშავებული ქალაქის ცენტრალური პოლიკლინიკის კანისა და ვენერიულ განყოფილებაში. დარწმუნებული იმაში, რომ ქრონიკული გონორეის დროს უეჭველად დიდ მნიშვნელოვანია მექანო-თერმული თერაპია, ჩვენ დავიწყეთ მკურნალობა თერმოზუებით. სითბოს საუკეთესო გავლენა ანთების პროცესზე დიდი ხანია, ცნობილია, სითბოს და მექანო-თერაპიის შეერთება, ე. ი. მილის ლორწოვანი გარსის ნაკვების გაწევა მექანიკურად და შემდეგ უშუალო გავლენა დაზიანებულ ნაწილებზე სითბოთი იმდენად მიზანშეწონილია, რომ მან ამ ბოლო დროს მრავალი მეცნიერის დიდი ყურადღება მიიპყრო. სითბოთი მკურნალობა მილის ლორწოვან გარსზე ექსპერიმენტურად ჩატარებული აქვს ბევრ ავტორს, როგორც, მაგალითად, ლუისს (Luys) პოროზს (Porosz) და სხვას. ამ ბოლო დროს კი მიღწეულ იქნა ისეთი ინსტრუმენტების გაკეთება, რომლის გათბობა შეიძლება სასურველ ტემპერატურამდე და მათი ტექნიკური მანიპულაციაც არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

ასეთი ინსტრუმენტები პირველად შემოიღო შარფმა (Sharf) და ფრანკმა (Franc) და შემდეგ კობელტმა და ამერიკულმა ფირმამ Vapeler-მა.

ჩვენ ვხმარობდით ფრანკის ტიპის თერმოზუტს, სწორს და ბენიკეს სკალით მოღუნულს.

ჩვენს განკარგულებაში იყო სწორი ბუები № 20—22 და მოღუნული № 22—24—26.

წინმდებარე ჯირკვლისათვის ჩვენ ვეკონდა რექტორთერმი ან პროსტატოთერმი მას აგრეთვე ფრანკის ტიპის ბიოთერმს უწოდებენ.

<sup>1)</sup> მოხსენდა საქართვე. ვენეროლოგთა პირველ ყრილობას 1928 წ.



როგორც რექტოთერმი, ისე თერმობუჟებიც შედგება ლითონის ღრუ მილიდან, რომელშიც შიკ დევს ელექტრონით გასათბობი სხეული, ამ მილზე მიმაგრებულია ელექტრონის ზონარი, რომელიც გარშემორტყმულია რეზინით. ზონარი თავდება ჩანგლით, რომელიც ჩაერთვის ქალაქის ელექტროდენის შტაქსელში; ელდენის რეგულაცია ხდება რეოსტატით, რომელიც იდგმის შტაქსელისა და თერმოინსტრუმენტებს შუა. თერმობუჟების გათბობა შეიძლება 60<sup>0</sup>-ც. ჩვენს რეოსტატს არ ჰქონდა თერმოინსტრუმენტის ადგილი. მას მხოლოდ აქვს მაჩვენებელი ციფერბლატი-1 და 9—მდე<sup>1)</sup>. ჩვენ მუდამ ვხელმძღვანელობდით ავადმყოფის მგრძნობიარობით. უმეტესი მათგანი კარგად იტანს ტემპერატურას 8 ნომრამდის, მე 9 ნომერი იძლევა აუტანელ ელვისებურ სითბოს და ამიტომ ჩვენ არ მოგვეცა საშუალება ჩავგეტარებინა სენსი ამ ნომრით. სენსის ხანგრძლივობა უდრის 15—30 წუთამდე.

თერმობუჟები თავისი სითბოთი იწვევენ მილის ლორწოვანი გარსის აქტიურ ჰიპერმიას, რის გამოც რაოდენობა ჯირკვლების გამონადენისა ბევრად მატულობს. ჩვენ თითქმის სულ ყველა შემთხვევაში ვამჩნევდით მილიდან ბუჟის ამოღების შემდეგ გამონადენის დიდ რაოდენობას, რომლითაც თვით ბუჟი იყო გაქონილი.

თერმობუჟები აგრეთვე იწვევენ მილის ლორწოვანი გარსის მგრძნობიარობის დაწვევას, რაც მტკიცდება ინსტილაციით ბუჟის შემდეგ ან და მეორე ბუჟის მილში ჩაშვებით. ბარადულინი აზრით „თუ მილი ურეთროსკოპით გაგისინჯეთ თერმობუჟის შემდეგ, მაშინ ჩვენ დაინახავთ, რომ ქრება ლიტრებს ჯირკვლის გამოსადენო მილებთან ახლო მდებარე სიწითლე. აგრეთვე ინფილტრატები მორგანიის ხერელებთან; შემდეგ ჯირკვლების ხერელები იკარგებიან; მილის იმ ადგილებზე, რომელიც მოფენილია გასქელებული ეპითელიუმით, ეს უკანასკნელი ქრებიან და ლორწოვან გარსზე გამოჩნდება მთელი ბადე წვრილი სისხლის ძარღვებისა, ამავე დროს მილის ლორწოვან გარსზე ჩნდება გასწვრივი ნაოჭები“.

ჩვენ არ გვქონდა საშუალება ურეთროსკოპიულ სურათებზე თვალყური გვედევნებინა თერმობუჟებით მკურნალობის შემდეგ, მაგრამ ჩვენ სისტემატიურად ვსინჯავდით და ყურადღებას ვაქცევდით შარდის მდგომარეობას, გამონადენს, მილის ინფილტრატებს და ნაწიბურებს. უკანასკნელი თანდათანობით ხდებიან უფრო რბილი და ელასტიური, უფრო მოზრდილი ნომრების გატარებისას.

ჩემ მიერ ჩატარებულ მრავალ შემთხვევებში თერმობუჟებით მკურნალობისას არც ერთხელ არ მომისმენია ავადმყოფისაგან ჩივილი, ან მილის გაღიზიანებაზე, ხშირ შარდქცევაზე, ტკივილების მატებაზე და სხვ. რომელთაც ძალიან ხშირად აქვს ადგილი უბრალო ბუჟების ხმარების შემდეგ.

უბრალო ბუჟები იძლევიან აგრეთვე ე. წ. ურეტრალურ შეყრყოლებას სიცხის აწვეით. თერმობუჟების ხმარების დროს კი ზემოხსენებული მოვლენები არ არის შემჩნეული.

შარდი ამ მოვლენას შემდეგნაირად ხსნის:

ჰიპერემიის მოქმედებით, ქრონიკულ ანთებიანი მილის ლორწოვან გარსზე, სითბოს ზეგავლენით ისპობა ალბათ ბაქტერიათა მოქმედების ნაყოფი, რომელიც ბრტყელი ეპითელიუმის სქელი შრის ქვეშა და ამ უკანასკნელის შეწოვა კი იწვევს ურეტრალურ შეყრყოლებას.

1) შტაქსელი=დენსარტი.

ბარადულის აზრით, მილის გაფართოება, რომელიც მიღწეულია თერმობუჟების საშუალებით ხანგრძლივია.

რექტორთერმები მოწყობილია არცბერვერის თერმოპარატ ფსინროფორის კონსტრუქციის პრინციპით. მათ მიერ გაღვივებული სითბოს გავლენით ხდება აქტიური ჰიპერემია, რომელიც იწვევს არსებული ინფილტრატების შეწოვას და თვით მკურნალობის ხანმოკლეობასაც.

სუბიექტურად ავადმყოფები აშკარად გრძობენ ტკივილების შეგრძნებათა შემცირებას, რომელიც მათ ყოველთვის აწუხებს წინამდებარე ჯირკვალის ქრონიკული ანთების დროს. ქალაქის ცენტრალურ პოლიკლინიკაში მე მქონდა შემთხვევა მეწარმობებინა დაკვირვება 80 ავადმყოფზე. მე გავყავი თერმომკურნალობის წესი სამ შემდეგ კატეგორიად: 1) ლორწოვანი გარსის ქრონიკული ანთებითი პროცესი ინფილტრატებით და შევიწროვებით; 2) წინამდებარე ჯირკვლის ქრონიკული ანთება; 3) მწვავე გონორეა ჩირქდენის შეწყვეტის შემდეგ დაწმენდილი შარდით.

აქვე უნდა მოგახსენოთ, რომ იმ ლიტერატურის მიხედვით, რომლითაც მე მქონდა საშუალება მესარგებლნა მწვავე გონორეის თერმობუჟებით მკურნალობა არ არის ნაჩვენები ამ შემთხვევაში, მე კი ვმსჯელობდი აპრიორულად.

მე არ მეშინოდა ურეტრალური ცხელებისა, შარდის მიერ მეცნიერული დებულების წამოყენების გამო, რომელიც მე შემოთ მოვიხსენიე, და ვიწვევდი უჯრედთა ელემენტების ჰიპერემიას და გაღიზიანებას მაღალი ტემპერატურით. მე მგონია, რომ ჩვეულებრივ მეთოდს თუ დავუმატებთ თერმომკურნალობასაც, ეს დააჩქარებს თვით მკურნალობის მიმდინარეობას.

მწვავე გონორეაზე მე ვაწარმოე დაკვირვება ხუთს შემთხვევაში. ყველა მათგანს როგორც კი. შეუჩერდათ ჩირქდენა და დაწმენდათ შარდი, მე დავუწყე თერმობუჟებით მკურნალობა.

ამ ავადმყოფებიდან ერთ ავადმყოფს ხუთი სენსის და ინსტილაციის ჩატარების შემდეგ ე. ი. (18 დღის შემდეგ) შარდში გონოკოკები არ აღმოაჩინდა; ლევკოციტები 8—10 მხედველობის არეში.

მე-2-ზე ავადმყოფი სამჯერ თერმობუჟებით მკურნალობის ჩატარების შემდეგ, ე. ი. 14 დღის შემდეგ, გრძობდა თავს სრულებით ჯანსაღად. ორი დღით დასვენების შემდეგ, რომლის დროსაც ერჩია პროვოკაციის მიზნით ლუდი ესვა,—გამოკვლეული იქნა შარდი: ლევკოციტები 18—20 მხარეში, ბრტყელი ეპითელიუმი 1—2—3 ყოველ მხედ. არეში. გონოკოკები 2—4—6—15—27 მხედველობის არეში. დანარჩენი სამი ავადმყოფის მდგომარეობა იგივე იყო, როგორც ჩვეულებრივი მეთოდებით ნამკურნალე ავადმყოფთა.

ქრონიკული სუსუნატით შეპყრობილ ავადმყოფთა რიცხვი, რომლებზედაც მე ვაწარმოებდი დაკვირვებას, იყო 40. ამათგან ხუთ შემთხვევაში თერმობუჟების ხმარების შემდეგ ბენიკეს სკალით, რომელთა ხანგრძლიობა 30 წუთს არ აღემატებოდა და ამასთანავე ჩვეულებრივმა მკურნალობამაც მე მომცა ფრიად დამაკმაყოფილებელი შედეგები, ე. ი. შარდში მოისპო ძაფები და როდესაც სათანადო პროვოკაციის ჩატარების შემდეგ გამოკვლეულ იქნა შარდი მათში არ აღმოჩნდა გონოკოკები სრულებით და ლევკოციტები კი 1—2 მხედვ. არეში.

ამავე წესით წარმოებულ მკურნალობის რვა შემთხვევაში, მივიღეთ მცურავი ძაფების დამოკლება და არა მთლიანად მოსპობა. თუმცა შარდი გამკვირ-





ვალე იყო. გონოკოკები აღმოჩენილი ვერ იქნა და ლევკოციტები კვიცოვანნი მხედ. არეში.

დანარჩენ 27 ავადმყოფზე ვაწარმოებდით იმავე წესით მკურნალობას, მაგრამ მათი მდგომარეობა არაფრით განსხვავდებოდა ჩვეულებრივი მეთოდით ნამკურნალე ავადმყოფთაგან.

როდესაც მე გავეტარე წინამდებარე ჯირკვლის ქრონიკული ანთების დროს რექტოთერმით მკურნალობა, მომეტებულმა ნაწილმა ავადმყოფობისამ შეამჩნია სუბიექტური ტკივილების დაკლება, მათ თვითგრძნობის გაუმჯობესებლა დაეტყოთ, მოძრაობა გაუადვილდათ და სხვ.

მაგრამ მე შევამჩნიე ავადმყოფებს, რომ რამოდენიმე სეანსის შემდეგ (3—4) მათ აღარ ემჩნეოდათ ის პირველი კმაყოფილება, რომელიც ჰქონდათ პირველად რექტოთერმის ხმარებისას.

ჩემი მასალის მიხედვით, რაიმე საბოლოო დასკვნის გამოტანა ძნელია. უპირველესად ყოვლისა იმიტომ, რომ თვით მასალა მცირეა, მეორე ეს მცირედი მასალაც, არ გვქონდა საშუალება ამბულატორიის პირობებში სათანადოდ და ყოველმხრივ დაგვეშუალებინა და გაგვეშუქებინა. მაგრამ ის შთაბეჭდილება, რომელიც მე გამოვიტანე ამ მცირერიცხოვანი დაკვირვებებიდან მამხნევებენ და მაძლევენ უფლებას გამოვთქვა აზრი, რომ თერმო-მექანიკური მკურნალობა ქრონიკული გონორეის და პროსტატიტის განკურნების საქმეში, წარმოადგენს კარგს დამხმარე საშუალებას.

## ლიტერატურა

- 1) Хольцов. Очерк профилактики и принципов лечения гонорреи у мужчин.
- 2) Барадულიн. общая теория и способы лечения болезней мочевых органов.
- 3) Заиграев. К вопросу об иммунитете при гоноррее.
- 4) Мкртычянц и Хазанов. О специфичности в иммунотерапии гоноррeйных осложнений.
- 5) Бейрах. Наблюдения под действием лампы „Sollux“ при мужской гоноррее.
- 6) Заиграев. Принципы лечения гонорреи.
- 7) Печников и Гильман—Наблюдение под действием диатермии в клинике мужской гонорреи.
- 8) Зыкс—К вопросу об острых гнойных простатах.

### И. Топуридзе

Лечение хронической гонорреи термомеханическим методом.

Автор, руководствуясь принципом термо-механического лечения гонорреи начал применять в вен-отделении Тифлисской центральной гор. поликлиники, метод электро-бужирования больных.

Благоприятное влияние тепла на всякие воспалительные процессы давно известно; что касается лечения гонорреинных уретритов, то механическое раздвигание складок слизистой оболочки канала и непосредственное действие тепла путем электро-термо бужирования, по мнению автора, является целесообразным способом лечения гонорреи.

Материал автора равняется 80 случаям и распределяется на три категории: 1) хронический воспалительный процесс слизистой оболочки с инфильтратами и с сужениями; 2) хроническое воспаление предстательной железы; 3) острая гоноррея после прекращения выделения гноя с очищенной мочей.

Автор по основании своего опыта высказывается, что термо-механическое лечение является большим подспорьем для ускорения процесса излечения хронической гонорреи и простатита.

### I. Thopouridzé.

Traitement de la gonorrhée chronique par la méthode thermo-mécanique.

L'auteur guidé par le principe du traitement thermo-mécanique de la gonorrhée a appliqué dans la section vénérienne de la polyclinique urbaine centrale de Tiflis la méthode des électro-bougies. L'influence favorable de la chaleur appliquée dans tous les cas de processus inflammatoires est connue depuis longtemps. Quant au traitement des uréthrites de la gonorrhée, l'écartement mécanique des plis de la muqueuse du canal et l'effet direct de la chaleur par la voie „électro thermo—bougies“ est selon l'auteur un moyen très rationnel du traitement de la gonorrhée.

L'auteur affirme en se basant sur observations personnelles de 80 cas de gonorrhée chronique, que la méthode thermo-mécanique a une grande valeur en accélérant la guérison de la gonorrhée chronique et de la prostatite.

**დ. მიქელაძე**

რენტგენ-რადიოლოგიური განყოფილების გამგე.

Carcinoma penis —ის რადიო-რენტგენოთერაპია\*).

(ფიზიატრიის და კურორტოლოგიის სახელმწიფო ინსტიტუტიდან ამხ. მ. ცხაკაიას სახელობისა. დირექტორი—დოც. ივ. კონიაშვილი).

Carcinoma ასოზე შედარებით არა იშვიათი დაავადებაა. სტატისტიკით ყველა მამაკაცების კიბოზე გვხვდება იგი 1—5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-დე.

ეტილოგიურ მომენტად თვლიან რაიმე გაღიზიანებას. უმეტეს შემთხვევაში კიბო ასოზე წარმოიშვება ქრონიკული ანთების, ფიმოზების და lues'-ის ნიადაგზე. კლინიკურად არჩევენ სამ ფორმას: პაპილარულს, წყლულოვანს და ინფილტრაციულ ფორმას. ყველა აღნიშნული ფორმების დაზიანება ხშირად გადადის მეზობელ ორგანოებზე, სათესლე ჯირკვლებზე, prostata'-ზე და იძლევა მეტასტაზებს რეგიონალურ ჯირკვლებში, უფრო ხშირად საზარდულის და პერიტონეუმის და იშვიათად შინაგან ორგანოებში. საზარდულის ჯირკვლებში პროცესი უმეტესად ორმხრივია.

სტატისტიკით მეტასტაზები ასოს კიბოს დროს სხვადასხვანაირია; მაგ:

Küttner-ს 60 შემთხვევაში მეტასტაზები ჰქონდა	32 <sup>0</sup> / <sub>100</sub> .
Stiver-ს 5 „ „	ჰქონდა 40 <sup>0</sup> / <sub>100</sub> .
Baringer-ს და Dean-ს 56 „ „	40 <sup>0</sup> / <sub>100</sub> .
Kaufmann-ს 48 „ „	83 <sup>0</sup> / <sub>100</sub> .

როგორც ვხედავთ იგი მერყეობს 32<sup>0</sup>/<sub>100</sub>—83<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-დე.

მიკროსკოპული სურათი ასოს კიბოს იგივეა, როგორც ჩვეულებრივ ზე-რელე კანის კიბოს დროს და ამ შემთხვევაში წარმოადგენს ხელსაყრელ ობიექტს სხივისნური მკურნალობისათვის. ამიტომ შესაძლებელია მისი წამლობა ავადმყოფობის დასაწყისიდანავე, მით უმეტეს, რომ პროცესი ვითარდება შედარებით ნელა, ვიდრე სხვა ორგანოების კიბოს დროს.

რაც შეეხება მკურნალობას; დღეს-დღეობით არსებობს ორი მეთოდი ქირურგიული და სხივისნური. ამ შემთხვევაში არ არის ერთი აზრი, რომელი სახის მკურნალობა სჯობია—ერთი თუ მეორე, ან თუ ორივე ერთად. მაგ. O. Jungling-ი გვირჩევს ოპერაციას, საზარდულის ჯირკვლების ამოკვეთით და შემდგომ რენტგენოთერაპიას. Prof. Werner-ის აზრით, დასაწყისი ფორმების მკურნალობის შედეგები ერთნაირია, როგორც ოპერაციით, ისე რადიუმის სხივებით. როდესაც დაზიანება საკმარისად გავრცელებულია ასოზე, მაგრამ შემთხვევა მაინც ოპერაციულია, მისი აზრით სჯობია წინასწარი განსხივება რა-

\* ) მოჰსენდა რენტგენოლოგიურ სექციას 1930 წ. 28 მარტს.

დიუმის სხივებით და, თუ 3—4 კვირაში შედეგი არ მოჰყვა, აუცილებლად ოპერაცია. არა ოპერაციული შემთხვევების—მხოლოდ და მხოლოდ კომბინალური წამლობა რადიუმის და რენტგენის სხივებით. ასეთივე აზრისაა სტოკჰოლმის რადიოლოგი Elis Berven. ზოგიერთნი, უმეტესად ფრანგი ავტორები, მოწინააღმდეგენი არიან ოპერაციის. ისინი აღნიშნავენ, რომ ბრწყინვალე შედეგების მიღწევა სხივისნური მკურნალობით საზოგადო ზერელე კიბოს დროს შესაძლებელია არა მარტო დასაწყისი ფორმების, არამედ არა ოპერაციული შემთხვევების და ოპერაციის შემდგომ რეციდივების დროსაც. ისინი გამოსთქვამენ აზრს, რომ რეციდივები და მეტასტაზები უფრო ხშირად მოჰყვება ოპერაციულ დაზარებას, ვიდრე რენტგენოთერაპიას. გარდა ამისა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ზოგიერთი, მაგ. ცნობილი ამერიკელი რენტგენოლოგი Pfahler-ი (ფილადელფია) გვირჩევს კომბინალურ მკურნალობას მამაკაცის ასოს კიბოს დროს: რადიუმის რენტგენის სხივები და ამპუტაცია ელექტრო-კოაგულაციით, იგი აწარმოებს მხოლოდ ნაწილობრივ ამპუტაციას. მას გამოქვეყნებული აქვს 10 შემთხვევა ასეთი სახით მკურნალობისა, როდესაც მის ავადმყოფთა 90% განკურნებულა და ურეციდივოდაა 3-დან 12 წლამდე.

როგორც ვხედავთ, საკითხი სადავოა მკურნალობის მეთოდებში და ამას რომ დაემატოს სხვადასხვაობა აგრეთვე სხივისნურ მკურნალობაში, ცხადია შედეგებიც არ იქნება ყველგან ერთნაირი.

ეგრეთ წოდებული „კიბოს დოზა“ (Carcinomdosis) როგორც რადიუმის, ისე რენტგენის სხივების ამ ჟამად გადაჭრით არ არის დადასტურებული. Seitz-ის და Wintz-ის მიერ შემოღებული 110% ვიციით, რომ ზოგიერთი კიბოს დროს არ არის საკმარისი, ზოგიერთის დროს კი მეტიც არის. შესაძლებელია ჰქონდეს მნიშვნელობა კიბოს ღრმად გავრცელებას, ზედმეტი არის დაზიანებას, და უფრო მეტი მნიშვნელობა კი უნდა ჰქონდეს კიბოს პათოლოგ-ანატომიურ ფორმას. მაგ. ცნობილია, რომ პრტყელუჯრედოვანი კიბო უფრო მგრძობიარეა სხივებისადმი, ვიდრე ჯირკვლოვანი. ყველა ამას რომ დაემატოს აგრეთვე ინდივიდუალური მიდრეკილებაც, ცხადია, რომ მკურნალობა ძალიან რთული და საპასუხისმგებლოა, ვინაიდან ხშირად დიდი დოზების ხმარებას თან მოსდევს ე. წ. რადიოეპიდერმიტი—სიღამწვერე, რომლის განკურნებაც დიდ სიძნელეს წარმოადგენს.

მსოფლიო ლიტერატურაში გამოქვეყნებულია სულ ასამდე შემთხვევა მამაკაცის ასოს კიბოს მკურნალობის რადიოაქტიური ნივთიერებებით. ამიტომ არ მიგვაჩნია ზედმეტად გამოვაჭყეყნოთ აგრეთვე ჩვენი შემთხვევაც.

„მოქ. ლ—ძე ა. 64 წლ. ქართველი, უცოლო, დაბად. ქუთაისის მაზრაში, პროფესიით იურისტი, შემოვიდა ინსტიტუტში 10 აგვისტოს 1928 წ. სიმსივნის ჩივილით ასოზე. ახად არის 5 თვე, ქუთაისში გაუყეთეს არარადიკალური ოპერაცია, ამოკვეთეს პატარა ნაჭერი სიმსივნიდან მიკროსკოპით გამოსაკვლევადალმოჩნდა Carcinoma planocellulare (პროფ. ჟღენტი). ამის შემდგომ ავადმყოფს ურჩიეს რადიკალური ოპერაცია—ამპუტაცია, რაზედაც იგი არ დათანხმდა. და მოგვმართა ჩვენ პროფ. მ. მუხაძის წინადადებულ სხივებით მკურნალობის ჩასატარებლად. გადატანილი აქვს ფილტვების ანთება და მალარია ახალგაზრდობაში; ტრავმას და lues-ს უარპყოფს. სტუდენტობაში ახად იყო გონორეით და იქიმა დროზედ. 1924/1925 წ. ავადმყოფს ჰქონდა გართულება, შარდსადინარის სტრიქტურა, უკეთებდნენ ბუფებს, დაემართა პროსტატის



პიბერტროფია, რის გამოც გაუკეთდა სათანადო ოპერაცია. ობიექტურად ემჩნევა სიმსივნე ასოს წინა (ხევითა) ზედაპირზე, glans penis-ის და კანის შორის დახლოებით სპილენძის შაურია ნის ოდენა, მშრალი, მოწითალო ფერის, უსწორ-მასწორო კიდეებით და ზედაპირით, მკვრივი კონსისტენციის ხელის შეხების დროს. საზარდულის ჯირკვლები ორივე მხარეს სიმეტრიულად გაღრმავებულია, ისინჯება ლობიოსოდენა ჯირკვლები, რამაც ეჭვი დაგვიბადა მეტასტაზებზე დაიგნოზი: Cancer penis.

თ ე რ ა პ ი ა .

10 აგვისტოს 1928 წ. ავადმყოფს ვუეჭიმეთ რენტგენის სხივებით, ვინაიდან რადიუმის ზოგიერთი ხელსაწყო ხელთ არ გვქონდა. განსხივებულ იქნა სიმსივნე და საზარდულის ჯირკვლები ორივე მხარეს სულ 3 არე. აბრატო—Stabilivolt, მილი-კულიჯის (Knierhöre) F. H. A. 30 ctm, 180 K V, 6 M A, 0,6 m/m C u F, დოზა 100%, H E D თითო არეზე. ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფი იმავე მდგომარეობაშია. ვინაიდან რენტგენის სხივებით არავითარი შედეგი არ მივიღეთ, 1928 წ. 17 სექტემბერს—3 ოქტომბრამდე ჩავატარეთ რადიუმის სხივებით მკურნალობა. მიღებულია სიმსივნების წამლობა რადიუმის სხივებით ორნაირი მეთოდით ინტრატუმორალური (Spickmethode) და ექსტრატუმორალური. ჩვენ ვაწარმოეთ უკანასკნელი ვინაიდან ემანაცია ჩვენში არ მზადდება რადიუმის სიცოტაგის გამო და სიმსივნის დაჩხვლევთა კი ხდება უმეტესად რადიუმის ემანაციით. ორი კვირის განმავლობაში ავადმყოფს გაუკეთდა 6 სეანსი დღე გამოშვებით 0,4-ორი საათი თითოჯერ 50 mg Ra-El-ის პრეპარატით, ფილტრი 1 1/2 m/m სისქის ლატუნი. მთლიანი დოზა 600 mg საათი. ორივე საზარდულის ჯირკვლები ცალცალკე ხელმეორეთ განსხივებულ იქნა რენტგენის სხივებით ტენზიკა-როგორც უწინ. (სახოგადოდ უმეტესი ავტორები გვირჩევენ საზარდულის ჯირკვლების მხოლოდ რენტგენის სხივებით მკურნალობას და არა რადიუმით, ხოლო ადგილობრივ სიმსივნეს კი რადიუმის სხივებით).

ორი თვის შემდგომ ავადმყოფი გვეჩვენა; სიმსივნე სრულიად გაქრა და მის ადგილზე გაჩნდა ნაზი და სადა ნაწიბური; საზარდულის ჯირკვლები იმავე მდგომარეობაშია. უკანასკნელი გარემოება საეჭვოა იმ მხრივ, რომ გადაჭრით შეუძლებელია დადასტურება, იყო საზარდულ ჯირკვლების მეტასტაზები თუ არა, მით უმეტეს რომ ავადმყოფი დღემდე ჯანსაღია, თუმცა განვლო უკვე 1 1/2 წელმა და სრულიად კარგად გრძნობს თავს. არავითარი სუბიექტური მოვლენები და ობიექტურად მხოლოდ საზარდულის ჯირკვლები. ავადმყოფი ყოველ ორ თვეში ერთხელ მიღის ინსტიტუტში საკონტროლოდ.

რადგან ჩვენ მიერ დაკვირვება არის მხოლოდ ერთ შემთხვევაზე რაიმე საბოლოო დასკვნის გამოტანა შეუძლებელია, მაგრამ ნებას მივცემთ ჩვენ თავს აღვიაროთ შემდეგი: რადიუმის სხივებით მკურნალობას, როგორც ერთ-ერთ ახალ მეთოდს უნდა მიეჭეს ყურადღება. ლიტერატურაში გამოქვეყნებული შემთხვევების გაჯანსაღების % იმდენად დიდია (50—60%), რომ აღნიშნული მეთოდი უწყეს დიდ კონკურენციას ძველ მეთოდს—ასოს ამპუტაციას. უკანასკნელი კი ახდენს ავადმყოფზე საშინელ ფსიქიურ ტრავმას, და არა იშვიათად მოჰყვება ხოლმე მას თვითმკვლელობაც. ამიტომ საჭიროა ვიხმაროთ ყოველივე ღონისძიება, რომ გადავარჩინოთ ავადმყოფი ამ საშინელ დასახიზრებას. ასეთი ღონისძიება კი დღეს-დღეობით არის რადიუმი, რომელიც შეიძლება ვიხმაროთ ყოველივე ასეთი დაავადების დროს.

ლიტერატურა

1. O, Jungling, Röntgentherapie chir. Krankheiten 1924.  
2. Prof. Werner, Strahlentherapie 30 B. 1928 S. 20.  
3. Elis-Berven Irrtümer d. R-diagn. und. R-therapie 1924.  
4. გ. ლაბაზაშვილი, ტფ. უნივ. მთაბე. II 1922—1923 კეთილთვისებიან და ავთვისებიან სიმსივნეთა რადიო-რენტგენოთერაპია.

5. Pfahler and Widmann, The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy № 1 1929.

7. Гроссман, Вестник рентгенологии и радиологии, Том VII стр. 225, 1929 г.

7. F. Blumenthal, Strahlenbehandlung bei Hautkrankheiten 1925.

Д. Микеладзе.

#### Радио-рентгенотерапия рака полового члена.

(Из Тифлисского Гос. Института Физиатрии и Курортологии. Дир.: доц. И. Кониашвили). Автор описывает случай рака полового члена, леченный радием. Больной клинически здоров уже  $1\frac{1}{2}$  года и свободен от рецидива. Предпочтение перед хирургическим вмешательством безусловно имеет радиолечение ввиду того, что при последнем сохраняется функция полового члена, тем более, что оперативное лечение не дает хороших результатов. Рентгенотерапия в нашем случае осталась безуспешной. Техника: 50 mgr радий элемента,  $1\frac{1}{2}$  милл. фильтра из латуни. Общая доза 600 мкр.-часов. Продолжительность лечения 2 недели.

D-r. D. Mikeladse.

#### Radium und Röntgentherapie des Peniscarcinoms.

(Aus dem Institut für Physiotherapie und Kurortologie, Tiflis (Georgien). Director: Doz. I. K. niaschwili).

Es handelt sich um ein Fall des Peniscarcinoms, des mit Radium behandelt wurde. Der Patient ist schon  $1\frac{1}{2}$  Jahr klinisch geheilt und frei vom Rezidiw. Wegen ungemainer Wichtigkeit die Erhaltung der Sexualfunktion die Radiumtherapie des Peniskarcinoms ist der operativer überlegen, um so mehr dass auf Kanto der operativen Behandlung keine gute Resultate zu verzeichnen sind. Die Röntgentherapie in unsrem Falle blieb ohne Erfolg. Technik: 50 mg Radiumelement,  $1\frac{1}{2}$  mm Messingfilter. Gesamtdosis 600 mgh. Die Dauer der Behandlung 2 wochen.

## II საზოგადოებრივი მედიცინა

### მ. მაჩაბელი.

ორდინატორი

#### ნაწლავის პარაზიტების გავრცელება ტყიბულის და ჭიათურის მაღაროს მუშათა შორის.

(ტფილისის პროფ. სნეულებათა ინსტიტუტიდან. გამკე—პროფ. ნ. მახვილაძე)

საერთო ჰელმინთიაზისი რომ ხშირი მოვლენაა საქართველოში, ეს ცნობილია, მაგრამ განსაკუთრებული ყურადღება მიიქცია ამ საკითხზე მას შემდეგ, რაც ჩვენში აღმოჩენილი იყო ანკილოსტომოზის ენდემიური ადგილები. როგორც ზოგიერთი ქვემოთოყვანილი ქვეყნის მაგალითები გვიჩვენებს, ანკილოსტომოზი შეიძლება გავრცელებული იქნეს მხოლოდ მაღაროებში, როგორც პროფესიონალური დაავადება მუშებისა, სადაც შესაფერი პირობები არსებობენ ანკილოსტომოზის გავრცელებისათვის. მაგალითად სათანადო პროფილაქტიკური ზომების გატარებამდე ანკილოსტომოზი გავრცელებული იყო ავსტრალიურ ნგრეთში, უნგრეთში (Perroncito, Scildané) და საფრანგეთში მაღაროს მუშათა შორის და ზოგ მაღაროებში მრავალი წლების განმავლობაში ეპიდემიურად მიმდინარეობდა (Perroncito, Bacceli, Calmette, Brumpt, Lesage, Manuvriez და სხვები). გერმანიაში ანკილოსტომოზი ხშირი იყო მეკრამიტეებსა და მაღაროს მუშათა შორის კელნის და ბონის მიდამოებში (Meisner, Leichensten). გამოირკვა აგრეთვე, რომ უკვე 1885 წლიდან ანკილოსტომოზი მიმდინარეობდა ეპიდემიის სახით ვესტფალიაში და პრუსიაში ქვანახშირის მაღაროებში (Mayer). შემდეგ 1904 წელს მაღაროს მომუშავეთა ინტერნაციონალურ კონგრესზე გერმანიის წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ 50% ქვანახშირის მაღაროს მუშებისა მარიაში და 18% ქვანახშირის მაღაროს მუშისა ნორდშტაინში დაავადებულნი არიან ანკილოსტომოზით. ბელგიაში ლიეჟისა და შარლერუას მაღაროებში ამ ავადმყოფობის გავრცელება უდრიდა 20—50—80% (Lambinet, Marius, Francotte და სხვები). ინგლისში ანკილოსტომოზი გავრცელებული იყო მეკრამიტეებს შორის და მის ახალშენებში კი ბრინჯის მინდვრების და გოვირდის მაღაროს მუშათა შორის (Giordano).

ამიტომ, რა თქმა უნდა, საინტერესო იყო გამოგვეკვლია პარაზიტური ინვაზია ტყიბულის და ჭიათურის მაღაროს მუშებ შორის. ეს მით უმეტესად საჭირო იყო, რომ არავითარი ამგვარი გამოკვლევა არ იყო იქ წარმოებული. ყველა ამ მოსახრებით 1925 წლ. ზაფხულს რესპუბლიკის დამსჯევეთა სამკურნალო ქვე-განყოფილებამ, ნ. მახვილაძის წინადადებით, გაგზავნა ორი თვით ჰელ-

მინთოლოგიური ექსპედიცია ტყიბულის მაღაროებში (მ. მაჩაბელ როჟკოვი, ნ. ერისთავი) და ჭიათურის მაღაროებში (პიროჟკოვი, მ. მაჩაბელი, ნ. ალექსიძე).

უნდა აღვნიშნო, რომ ჩვენ გარდა ნაწლავის პარაზიტების ინვაზიის გამოკვლევისა, ყურადღებას ვაქცევდით აგრეთვე საერთოდ მუშების ჯანმრთელობის მდგომარეობასაც და მათ შრომის პირობებს. მუშაობა დავასრულეთ ანტიჰელმინთოლოგიური მკურნალობის გატარებით. ამგვარად ტყიბულში გასინჯული იყო ყველა 600 იქ მყოფი მუშა. მათში 376 გვირახის მუშა, 70 სატვირთავის და სარჩევის, 30 სახელოსნოში მომუშავე, 101 გარეთ მომუშავე და 23 კანტორის მსახური. ჭიათურაში კი მოვასწარით მხოლოდ 400 მუშის გასინჯვა სხვა და სხვა გვირახიდან მუშებს ვსინჯავდით ამბულატორიულად. განავალი ისინჯებოდა ნატურალური და ფულებორნის მეთოდით: ჩვეულებრივ ვიკვლევდით თითო პირისას სამ-ოთხ პრეპარატს და იმ შემთხვევაში კი, თუ პარაზიტი არ აღმოჩნდებოდა, მაშინ განმეორებთ ვიკვლევდით. შედეგები ამ გამოკვლევის მომყავს შემდეგი ცხრილით:

ცხრილი № 1.

	ტყიბულში		ჭიათურაში	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
	600	—	400	—
Ascaris lumbricoides . . . . .	390	65	289	72,2
Trichiuris trichiura . . . . .	414	68,8	272	68
Ankylostoma duoden . . . . .	14	2,3	8	2
Taenia Solium . . . . .	8	1,3	14	3,6
Taenia Saginata . . . . .	3	0,5	—	—
Strongyloides stercor . . . . .	12	2	10	2,5
Lambliia intenstin . . . . .	1	—	—	—
Balantidium coli . . . . .	—	—	1	—
პარაზიტი აღმოაჩნდა . . . . .	537	89,5%	376	94%
პარაზიტი არ აღმოაჩნდა . . . . .	63	10,5%	24	6%



ცხრილი

ქელმინთაზისის ინვაზია

	ე რ თ ი ს ა ზ ი ს										ო რ ი							
	ს უ ლ		Ascaris lumbricoides		Trichuris trichi		Ankylostoma-duoden.		Taenia Solium		Taenia Saginata		Strongyloides Stercoral.		ს უ ლ		Ascaris lumbr. Ankylost. duod.	
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%
ტყიბული .	243	40,3%	102	17	24,3%	20,6	3	0,5	2	0,3	—	—	11	1,8	282	47%	1	0,16
ჭაბუათრა .	165	41,2%	87	21,7	66	16,5	1	0,2	2	0,5	—	—	9	2,2	194	48,5%	—	—

აქედან სჩანს, რომ ანკილოსტომოზის გავრცელება მუშათა შორის ქიათურის მალაროების 2%-ია და ტყიბულის 2,3%<sup>1</sup>, მოსალოდნელი იყო, რომ ანკილოსტომოზის გავრცელება ჩვენს მალაროებში უფრო მეტი იქნებოდა, მით უფრო, რომ სქენებული მალაროები მდებარეობენ დასავლეთ საქართველოში, უკვე ცნობილში ანკილოსტომოზის ენდემური დაავადებით (ვაიოკლეები ნ. მ. ბახვილაძისა, გრ. დიდებულაძის, თ. მ. მხალაძის, მუჟიკის და სხვების). რით უნდა ავსნათ ასეთი მცირე ანკილოსტომოზის გავრცელებისა ტყიბულის და ქიათურის მალაროებში? ამისთვის საჭიროა გეოგრაფიკისწინათ უშთავრესი ფაქტორები, რომელნიც ხელს უწყობენ ანკილოსტომოზის გავრცელებას მალაროებში, ჩვენს მალაროებში სინესტრ დილია, ნაებტანაჲდ ტყიბულში; მასთან ერთად გვირაბების განათება ნაკლებად ვანტრიაჲთა ცქლია. რაც შეეხება გვირაბების სიბრტყის—ტყიბულში უდრის 12,2—19,9° C. ქიათურაში—ხამთარში 12,2—18,2° C (ხმალაძე) და ზაფხულში 14,5—15,0° C (პრ. ამირჯანი) და ექ. ნათაძე), 14—18,9° C (ექ. ა. ხმალაძე); ასე რომ წლის განმავლობაში ერთსა და იმავე გვირაბში სითბო ცვალებადია. ამავე დროს ცნობილია, რომ ანკილოსტომის კვერცხის განვითარებისათვის ლოოსით (Loos) საქმარისია 15—40° C, საუკეთესო კი 25—30° C; კუმონით (Counmont) 18—28° C. ამავე მენციერის გამოკვლივით, თუ სითბო უდრის 15° C არ უფრო

ლო № 2

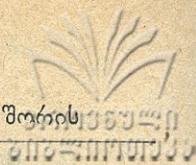
ერთიან რამოდენიმე სახის

	ს ა ხ ი ს										ს უ ლ									
	Ankylost. duod. Trichur trich.		Ascaris lumbr. Trich. trich.		Ascaris lumbr. Taenia Sol.		Trich. trich. Taenia Solium		Trich. tric. Taenia Saginata		Ascaris lumbr. Strongyl. sterc.		Ascaris lumbr. Eithereob. vermic.		Ankylost. du. d. Ascaris lumbr. Trich. trich.		Trich. trich. Taenia Solium		Ascaris lumbr. Trich. trich. Taenia Saginata	
	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%	რაოდ.	%
1	0,16	272	45,8	1	0,16	8	0,5	2	0,3	1	0,16	1	0,16	12—2%	9	1,5	2	0,3	1	0,16
8	0,75	187	46,7	—	—	8	0,75	—	—	1	0,25	—	—	18—3,2%	4	1	9	2,2	—	—

ნაკლებია, ლარვას არ შეუძლია განვითარება და მალე იღუპება. პერონჩიტოთი, 13° C არ უფრო ნაკლები სითბო კლავს ახალ გამოსულ ლარვას.

თუ ჩვენი მალაროების სითბო საქმარისია კვერცხის განვითარებისათვის, როგორც სითბოს მინიმალური საზღვარი საჭირო კვერცხის განვითარებისათვის იგი დაბალია თვით ლარვის განვითარებისათვის. ესაა შეგვიძლიან ვთქვათ, რომ ანკილოსტომის განვითარებისათვის ჩვენს მალაროებში სინესტრ და სინენლე კარგ პირობებს შეადგენენ, მაგრამ დაბალი ტემპერატურა ხელს უშლის მათ განვითარებას.

ყველა ის მუშები, რომელთაც ანკილოსტომოზი აღმოაჩნდათ, ჩამოსულნი იყვნენ იმ სოფლებიდან, სადაც ანკილოსტომოზი გავრცელებულია: სოფ. საწირი, ძირულა, ჩხატაური, არკნეთი და სხვ. შემდეგ, ანკილოსტომოზით დაავადებულ მუშებს შორის არიან ისეთები, რომელნიც მალაროებში მუშაობენ 5—8—10 წლებდე. ესენი იქნენ ანკილოსტომოზის თავიანთ სოფლებში და ამ როგად, მათი საშუალებით ანკილოსტომოზი უკვე და გავრცელებულია მალაროებში, როგორც ამას ადგილი ჰქონდა ევროპის მალაროებში, სადაც ანკილოსტომოზი შეტანილი იყო უშთავრესად საზრეთ ქვეყნებიდან (ევვაპტი, აფრიკა). ეს მით უმეტესად უნდა მიიხსილას, რომ ჩვენს მალაროებში არ იყო



საკმარისად დაცული საჭირო ჰიგიენური პირობები (სათანადოდ მოწყობილი კლოზეტე<sup>1)</sup>). მაგრამ ეს არ მოხდა იმისთვის, რომ ტყიბულის და ჭიათურის მაღაროებში არ არსებობს საჭირო პირობები.

რაც შეეხება სხვა ნაწლავის პარაზიტის გავრცელებას ტყიბულის და ჭიათურის მაღაროებში, ჩვენი ცხრილებიდან ჩანს, რომ ნაწლავის პარაზიტული ინვაზია საკმარისად გავრცელებულია მაღაროს მუშათა შორის. მაგრამ, თუ ჩვენ მიერ მიღებულ რიცხვებს შევადარებთ საერთოდ საქართველოს მოსახლეობის შორის ნაწლავის პარაზიტების ინვაზიის გავრცელებას, დავინახავთ, რომ ეს რიცხვები ერთი ერთმანეთს ძალიან უახლოვდება. გავითვალისწინოთ ამგვარი გამოკვლევები გრ. დიდებულის, მუჯირის და სხვების. მათ მიიღეს თითქმის ერთი და იგივე % პარაზიტის გავრცელებისა 77,2—100%-მდე. ჩვენც მივიღეთ ნაწლავის პარაზიტის გავრცელება ჭიათურაში 89,5%, ტყიბულში 94%. ისე რომ ნაწლავის პარაზიტის გავრცელება მაღაროს მუშათა შორის თითქმის იგივეა, რაც საზოგადოდ სხვა საქართველოს მოსახლეობისა.

ამგვარად 1) ტყიბულის და ჭიათურის მაღაროების მუშათა შორის ანკილოსტომოზის გავრცელება შეადგენს შედარებით მცირე %-ს (2—2,3%) და ყველა ამ პარაზიტის მტარებელი მუშები უკვე დაავადებულნი შემოდიან მაღაროებში ენდემიური ადგილებიდან (დასავლეთი საქართველო).

2) ჩვენს მაღაროებში ანკილოსტომოზის გავრცელებას უნდა უშლიდეს ხელს მაღაროების დაბალი ტემპერატურა.

3) სხვა ჭიების ინვაზია ტყიბულის და ჭიათურის მაღაროს მუშათა შორის დიდი, — როგორც დანარჩენ საქართველოს ადგილებში.

### ლიტერატურა

1) Le Dantec. Précis de pathologie exotique II. édit. IV, 2) Nouveau traite de médecine Roger, Vidal, Teissier 1924 3) Higiène industrielle VII 1908, 4) Handbuch der Tropenkrankheiten, Mense 1914, 5) Brumpt. Précis de parasitologie III édit. 6) Suiart. Précis de parasitologie 1910, 7) Муджирн, Тер-Джсанян, Труды центральной станций тропической медицины 1927 г. вып. I, 8) Скрыбин, — Труды экспедиции по изучению глистных заболеваний горно рабочих Довбасса 1925 г. 9) გ. დიდებულის — თანამედროვე მედიცინა № 8 1925, 10) მამალაძე — თანამედროვე მედიცინა № 1—2 1926, 11) Н. Махвиладзе и Гр. Дидебулидзе — Тропический мед. журнал. № 1 1927 г. 12) მუჯირი — ტროპიკული მედიცინის მოამბე № 2 1929, 13) Ал. Хмаладзе — Гигиена безопасности и патология труда № 7 1929, 14) Ал. Хмаладзе — Гигиена труда № 11 1928 г.

M. Matschabeli.

### Die Verbreitung der klinischen Parasiten zwischen den Arbeitern der Unternehmen von Tschiaturi und Tkwibuli.

Nach der Entdeckung des endemischen Herdes der Ankilostomiase in Westgeorgien wo sich die Tkwibuli-Steinkohlengruben und die Tschiaturi-Margangruben befinden, hat die Frage über die Invasie der Würmer grosses Interesse erregt. Es war, also, besonders wichtig die Verbreitung der Dar-

menparasiten zwischen den Arbeitern dieser Unternehmen festzustellen, und auch klarzumachen ob die Ankylostomiase als eine Professionalkrankheit erscheinen. Im ganzen wurden 1000 Arbeiter untersucht: 600 (alle anwesenden) in Tkwibuli und 400 Tschiaturi. Mit den Parasiten aller Art waren invasiert:

In Tkwibuli 89,5% in Tschiaturi 94% von diesen Ankylostoma duodenal 2,3% in Tschiaturi 2%

Unter den an Ankylostomiase leidenden Arbeitern sind manche mit 5—8—10 jährigem Arbeitstage. Wegen der grossen Feuchtigkeit, Dunkel und Schmutz der Stollen könnte man ein grossere Verbreitung der Ankylostomias erwarten. Dies verhindert scheinbar die niedrige  $t^{\circ}$  (in Tkwibuli 12,2—19,9 $^{\circ}$ C und in Tschiaturi 12,2—18,2 $^{\circ}$ C). Ausserdem hat man festgestellt das die kranken Grubenarbeitern die Bewohner der, schon längts als Ankylostomiasherden bekannten Dorfer sind. Deshalb wird es zugegeben dass sie die Arbeit schon als invasiert begonnen haben.

Die Entdeckungsheufigkeit der Würme anderer Arten zwischen den, von uns untersuchten Arbeitern, steigt nicht über die allgemeine Fahl der Ansteckung der Bewohner Georgiens.

### М. Мачабели

Распространение кишечных паразитов среди рабочих Тквибульских и Чиатурских предприятий.

После обнаружения эндемических очагов анкилостомиаза в Западной Грузии где находятся Тквибульские каменно-угольные копи и Чиатурские Марганцовые рудники особенно важно было установить распространение кишечных паразитов среди рабочих этих предприятий и выяснить не является ли Ankylostomiasis профессиональным заболеванием. Всего было обследовано 1000 рабочих: в Тквибули 600 (вся наличность) и в Чиатури 400. Инвазированных различными видами паразитов оказалось: в Тквибули 89,5%, Чиатури 94% из них: ankylostoma duodenal 2,3% и 2%.

Среди больных анкилостомиазом есть с 5—8—10 летним стажем. Наличие в этих штольнях влажности, загрязненности и темноты давало возможность ожидать большего распространения анкилостомиаза, но недостаточная температура (в Тквибули 12,2—19,9 $^{\circ}$ C и Чиатури 12,2—18,2 $^{\circ}$ C) повидимому препятствует развитию паразита. К тому же обнаруженные больные в штольнях оказались жителями деревень известных уже, как очаги анкилостомиаза. поэтому мы вправе предполагать, что они приступили к работе уже инвазированными.

Нахождение других видов глистов среди обследованных нами рабочих не превышает общей зараженности жителей Грузии вообще.

## 6. ანდრიამი

უფროსი ასისტენტი

### დიფტერიის საწინააღმდეგო წინასწარი აცრა და მისი ღირებულება\*)

(მიმოხილვა)

ინფექციურ სნეულებათა კლინიკიდან. გამგე—პროფ. შ. მიქელაძე.

თუ, თანახმად Meyer-ისა, დიფტერიის კვლევა-ძიების საკითხში მეცნიერებას ამაყად შეუძლია მიიხედოს 1500 წლის განმავლობაში განვლილ გზაზე, დაწყებულს ჰიპოკრატეს და არეთეუსიდან, და მის ბრწყინვალე წარმომადგენელთა შორის აღნიშნოს დიდებული კლინიკისტები Bretonneau და Trousseau, რომლებმაც დიფტერიის დაქსასული წარმოდგენიდან შექმნეს მთლიანი, ამჟამადაც სრულიად მისაღები, კლინიკური სურათი ამ სენისა და შეიმუშავეს და გაატარეს ცხოვრებაში ისეთი, დღესაც ხშირად აუცილებელი, ოპერაცია, როგორც არის ტრაქეოტომია; Klebs-ი და Lüffler-ი, რომლებმაც აღმოაჩინეს დიფტერიის გამომწვევი მიკრობი და ზედმიწევნით შეისწავლეს მისი, როგორც მორფოლოგიური, ისე ბიოლოგიური თვისებანი, და ბოლოს Roux და Behring-ი, რომლებმაც მიიღეს ანტიტოქსიკური შრატის, შეისწავლეს იგი და მიაწოდეს კაცობრიობას, როგორც შესამჩნევი სამკურნალო საშუალება,—შიუხედავად ყველა ამისა, პრობლემა დიფტერიისა ჯერ კიდევ შორს არის გადაწყვეტისაგან.

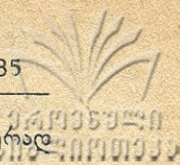
და მართლაც, თუ ანტიტოქსიკური შრატის შემოღების შემდგომ, ყველგან, სადაც იგი ხმარებული იქმნა, სიკვდილობა დიფტერიისაგან მკვეთრად დაეცა, და იელვა იმედმა ამ საშინელი სნეულების დაძლევისა, დღეს, შედეგების შეჯამების შემდგომ, იძულებული ვხდებით აღვიაროთ, რომ დაავადების მრუდე როდი მიდიოდა სისტემატიურად დაქვეითებისაკენ, არამედ მიმდინარეობდა ტალღისებრივად, ჯერ-ჯერობით ჩვენთვის გაუგებარი ეპიდემიოლოგიური საიდუმლოების გამო.

ასე, მაგალითად, 1908/11 წლებში ევროპაში და კერძოდ რუსეთში მძვინვარებდა მძიმე ეპიდემია დიფტერიისა.

ქ. კელნში სიკვდილობა დიფტერიისაგან 1908 წ. აღწევდა 27%, რუსეთში კი, განსაკუთრებით როსტოვში, იგი უდრიდა 35%, მხოლოდ დესაში 1907 წ.—16,5%, 1908 წ.—17,2%, 1909 წ.—22,5%, 1910 წ.—29,3% და 1911 წ.—35,5%-ს. ამგვარად სიკვდილობა დიფტერიისაგან ამ წლებში მაინც ძლიერ დიდი იყო, თუმცა მეცნიერებას ხელთ ჰქონდა ანტიტოქსიკური შრატის.

დაწყებული 1913 წლიდან სწორი სტატისტიკური ცნობები დიფტერიის გავრცელებისა და სიკვდილობის შესახებ, მსოფლიო ომის გამო, არ მოიძებნება.

\*) მოპოსენდა ქალაქის საავადმყოფოს ექიმთა კონფერენციას აპრილში 1931 წ.



მაგრამ 1920 წლიდან მისი აღრიცხვა სხვადასხვა ქვეყნებში კვლავ წესიერად ხდება.

როგორც ლიტერატურიდან ჩანს, დიფტერიის დაავადების ტალღა თანდათან მატულობს დაწყებული 1921 წლიდან და უმაღლეს საფეხურს აღწევს 1926/28 წლებში. ამასთანავე ერთად იგი იცვლის თავის ხასიათს და სიკვდილობის მეტად მაღალ პროცენტს იძლევა. ამის საილუსტრაციოდ, მომყავს ტაბულა დიფტერიის მოძრაობის შესახებ სხვადასხვა ქვეყნებში ერთა ლიგასთან არსებული ჰიგიენური განყოფილების ცნობების მიხედვით (Сквирский).

დიფტერიის შემთხვევები სხვადასხვა ქვეყნებში

1

	1923	1924	1925	1926	1927	1928
გერმანია	31,942	37,248	37,767	30,302	33,542	41,159
ინგლისი	40,009	41,980	47,720	51,069	52,011	61,134
ავსტრია	2,806	3,291	3,709	3,751	6,619	8,132
ირლანდია	—	1,074	1,116	1,552	1,482	1,843
ფინეთი	1,803	1,302	1,237	1,153	1,007	972
საფრანგეთი	11,033	11,569	12,096	13,348	14,289	18,898
უნგრეთი	2,635	2,815	3,469	4,882	7,234	9,402
იაპონია	12,776	13,116	13,858	13,654	15,211	17,694
უკრაინა	13,353	17,063	19,825	24,316	25,547	20,371
ჩრდ. ამერ. შეერ. შ.	139,472	119,831	96,973	93,425	106,192	87,076

ამ ტაბულიდან ნათელია, რომ დაწყებული 1923 წლიდან თითქმის ყველა ქვეყნებში, გარდა ჩრდილო ამერიკის შერთებულ შტატებისა და ფინეთისა, დიფტერია მატულობს მთელ რიგ ქვეყნებში და აღწევს საშიშო დონეს.

ამასთან დაკავშირებით ინტერესს არ იქნება მოკლებული ტაბულა დიფტერიით დაავადებული ავადმყოფების მოძრაობისა ქალაქის I საავადმყოფოს ინფექციურ სნეულებათა განყოფილებაში, რომელიც ამ უამად წარმოადგენს ტფილისში ერთად ერთ ინფექციურ განყოფილებას.

როგორც ამ ტაბულიდან ჩანს, (იხ. ტაბ. № 2) დაწყებული 1925 წლიდან დიფტერიის შემთხვევები თანდათან მატულობს და 1930 წელში 4 ჯერ მეტია, ვიდრე 1925 წ. იყო. სიკვდილობის ყველაზე მაღალ ციფრებს იძლევიან 1926 და 1928 წლები. ეს მაღალი სიკვდილობა აღნიშნულ წლებში საკვირვლად უახლოვდება დიფტერიით სიკვდილობას სხვა ქვეყნებში, რაც აშკარად ლაპარაკობს ამ წლებში დიფტერიის ვირულენტობის გაძლიერებაზე.

დიფტერიით დავად. მოძრაობა ტფილისის ქალაქის I საავადმყოფოში

წლები	შემოვიდა	ამათ შორის იყვ.		გაწვერნენ განსუზრ.	გაწვერნენ უმცო	გაწვერნენ უცვლელად	გარდაიცვალა		სულ	სიკვდილობა
		ვაყი	ქალი				ვაყი	ქალი		
1925	256	71	85	136	4	1	8	7	15	9,6%
1926	173	100	73	141	4	1	13	14	27	15 %
1927	344	160	184	307	2	1	17	17	34	9,9%
1928	450	230	220	396	—	1	29	24	53	11,7%
1929	560	280	280	500	11	—	29	20	49	8,7%
	580	310	270	505	15	4	27	29	56	9,6%

ინტერესს არ არის მოკლებული ორი ქვევით მოყვანილი ტაბულაც, ერთი—მაჩვენებელი დიფტერიანი ავადმყოფების მოძრაობისა 1930 წელში ამავე ინფექციურ სნეულებათა განყოფილებაში თვეების მიხედვით და მეორე—დიფტერიანი ავადმყოფების მოძრაობისა თვით ქ. ტფილისში ამ უკანასკნელ წლებში.

დიფტერიით დავად. მოძრაობა ტფილისის ქალ. I საავადმყოფ. 1930 წ. თვეების მიხედვით.

თ ვ ე ბ ი	შემოვიდა	ამათ შორის		გაწვერნენ განსუზრ.	გაწვერნენ უმცო	გაწვერნენ უცვლელად	გარდაიცვალა		სულ	სიკვდილობა
		ვაყი	ქალი				ვაყი	ქალი		
იანვარი	41	23	18	30	5	—	4	2	6	14,0%
თებერვალი	60	32	28	49	4	—	5	2	7	11,7%
მარტი	48	26	22	45	—	1	1	1	2	4,2%
აპრილი	67	40	27	59	2	—	5	1	6	9,0%
მაისი	41	18	23	38	—	—	2	1	3	7,3%
ივნისი	41	23	18	36	1	—	3	1	4	10,0%
ივლისი	29	16	13	24	2	—	2	1	3	10,3%
აგვისტო	28	15	13	22	3	1	—	2	2	7,0%
სექტემბერი	35	24	11	24	7	—	3	1	4	11,4%
ოქტომბერი	59	26	33	48	7	—	2	2	4	7,0%
ნოემბერი	53	28	25	28	21	1	1	2	3	5,6%
დეკემბერი	78	34	44	61	2	—	9	5	14	18,0%

ამგვარად ამ ტაბულიდან ნათელია, რომ დიფტერია ჩვენში მხოლოდ შემოდგომაზე და ზამთრის თვეებში აღწევს მაღალ დონეს და სიკვდილობაც ამ დროს თვალსაჩინოდ იზრდება.

დიფტერიით დაავადებ. რიცხვი ტფილისში წლების მიხედ.

1925 წ. . . . .	137	1928 წ. . . . .	652
1926 წ. . . . .	309	1929 წ. . . . .	744
1927 წ. . . . .	549	1930 წ. . . . .	998

აქედან აშკარაა, რომ დიფტერიის შემთხვევებს ტფილისში ჯერ კიდევ აქვს ტენდენცია ზრდისა და სრულიად შეუძლებელია იმის წინასწარმეტყველება, თუ როდის დაიწყებს იგი დაქვეითებას.

მით უმეტეს გვევალება სიფხიზელ და ყველა საჭირო ზომების თავიდანვე მიღება ეპიდემიის თანდათან ჩასაქრობად.

იმ ღონისძიებათა შორის, რომლებიც ამ ჟამად არსებობენ დიფტერიის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის, როგორც ცნობილია, პირველ ადგილზე დგას დაავადებულთა იზოლაცია და დიფტერიის საწინააღმდეგო აცრა, რომელიც თანდათან პოულობს მოქალაქობრივ უფლებას მთელი დედამიწის ზურგზე და ზოგიერთ ქვეყნებში კანონდაც შემოდის ყვავილის აცრასთან თანაბრად.

თუ რა ძნელია პირველი ღონისძიება, ე. ი. იზოლაციის ჩატარება დიფტერიის საწინააღმდეგო ბრძოლაში, ჩანს იმ გარემოებიდან, რომ დიდი უმეტესობა დიფტერიიდან განკურნებულთა კიდევ დიდხანს რჩებიან ვირულენტური ჩხირების მატარებლად.

ასე მაგალითად, Otto-ს მიხედვით, მე 10 დღისათვის რეკონვალესცენტების მხოლოდ 55% ხდება თავისუფალი ჩხირებიდან, Tyaden-ის მიხედვით კი—67%, ორი კვირის შემდეგ, 75%—სამი კვირის შემდეგ, 83%—ოთხი კვირის შემდეგ; АГЕЛЪ-ს უნახავს ჩხირები დაავადების მე 65 დღეზე, მხოლოდ Neisser-ს კი 8 წლის შემდგომაც.

მაგრამ თუ რეკონვალესცენტები პირველ ხანებში ყველანი არიან ვირულენტური ჩხირების მატარებელნი, ჯანსაღებიც, მათთან ახლოს ყოფნის გამო, ხდებიან აგრეთვე მატარებლებად. ავადმყოფთან სიახლოვისა მიხედვით იზრდება ასეთი მატარებლების პროცენტიც. ასე, მაგალითად, თანახმად Van Riemsdyk-ისა, დაავადებულთა მშობლები 66%-ში ხდებიან ბაცილტრეგერებად, მხოლოდ მომვლელი პერსონალი (ექიმები, მოწყალეების დები და მომვლელი ქალები)—37%-ში თანახმად Lippmann-ისა, ეს ციფრები, უფრო ნაკლებია და უდრის 4,8%-14%, Park-ით კი—20—35%-ს.

თუ რამდენად გავრცელებულია ბაცილტრეგერობა ჯანსაღ ბავშვთა შორის, ამას მშვენივრად გვაჩვენებს Kollmann-ი, რომელსაც 3,068 ბავშვში, რომელთაც გაუვლიათ ამბულატორიუმში 1920 წლიდან—1928 წლამდე, აღმოუჩენია დიფტერიის ჩხირები 418 შემთხვევაში ე. ი. 13,6%-ში.

Meyer-ის ცნობით, ორ წლამდე მატარებლობა უდრის 10%-ს, მხოლოდ თანახმად Sacquerèl-ისა—4—8%-მდე.

Багданович-ი და Лавринович-ი კიდევ უფრო მაღალ მაჩვენებელს იძლევიან. მათ ვარშავაში 5.000 ბავშვის გამოკვლევის დროს აღმოუჩინიათ ჩხირების მატარებელნი 12,89%.

Башенин-ს, Биргер-ს, Браиловская-ს და Трахтенберг-ს მოსკოვში 14,437 ადამიანსა და საბავშვო დაწესებულებათა მომვლელ პერსონალს შორის ბაცილტრეგერობა დაუმტკიცებიათ 12,6%.

პროფ. Friedemann-ი ბერლინში თვლის რაოდენობას ბაცილტრეგერებისა დაახლოებით 38%-ში.

თანახმად ტფილისის ჯანმრთელობის სანიტარულ-ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტის ცნობებისა, 4269 გამოკვლევაზე, რომელიც ნაწარმოები ყოფილა დიფტერიით დაავადებულ მომვლელთა და მათ ახლოს მყოფ პირთა შორის, დიფტერიის ვირულენტული ჩხირების მატარებელნი აღმოჩენილან 245, რაც 5,73%-შეადგენს.

უკვე ეს მცირე ცნობებიც საკმარისია იმის დასამტკიცებლად, თუ რა ფართოდ არის გავრცელებული მოსახლეობაში ბაცილ-მატარებლობა, რაც პირდაპირ შეუძლებლად ხდის ამდენი ჯანსაღი ადამიანის იზოლაციას დიფტერიის გავრცელების წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით. ამასთან ერთად თუ დავუმატებთ, რომ დღემდე არ არის ნაპოვნი არც ერთი სადგინდო ექსპერიმენტული საშუალება, რომელიც საიმედოდ ხოცავდეს დიფტერიის ჩხირებს, უმთავრესად მოკალათებულთ ნუშისებრივ ჯირკვლებში, მაშინ ნათელი გახდება, რომ ბრძოლა დიფტერიის საწინააღმდეგოდ უნდა იქმნეს გადატანილი მეორე ფრონტზე, სახელდობრ, დიფტერიის საწინააღმდეგო აცრაზე.

როგორც ცნობილია, პირველად Wassermann-მა 1894 წ. დაამტკიცა ნორმალური ადამიანის შრატის თვისება დიფტერიული ტოქსინის განეიტრალებისა. შემდეგ იმავე Wassermann-მა და Grüber-მა და Kossowitz-მა აღმოაჩინეს სრული თანაბარობა ნორმალური ადამიანის სისხლის შრატის და ცხოველებზე იმუნისაციით მიღებულ ანტიტოქსინთა შორის. და რადგანაც ექსპერიმენტულად შესაძლებელი გახდა იმის დადასტურება, რომ საფუძვლად დიფტერიის მიუღებლობას უძევს არსებობა ცხოველის სისხლში ანტიტოქსინის განსაზღვრული მინიმალური რაოდენობისა, შეიქნა ნათელი, რომ ადამიანები, რომლებიც შეიცავენ ნორმალურად თავის სისხლში დიფტერიულ ანტიტოქსინს, დიფტერიით არ ხდებიან ავად.

ეს დებულება დაედო საფუძვლად დიფტერიის საწინააღმდეგო აცრის შემოღებას და მის განმტკიცებას, რასაც დიდად ხელი შეუწყო აგრეთვე Schick-ის მიერ თავის რეაქციის მოწოდებამ. ეს რეაქცია შემდეგ პრინციპზეა აგებული თუ ზღვის გოჭს შეუშხაპუნებთ კანქვეშ დიფტერიული ტოქსინის განსაზღვრულ რაოდენობას, შეშხაპუნების ადგილზე ვითარდება ანთებითი პროცესი, რომელიც შემდეგ გადავა ნეკროზში. წინასწარი ან და ერთდროული შეყვანა ტოქსინისა და ანტიტოქსინისა არ იწვევს აღნიშნულ მოვლენებს.



ამ აღმოჩენით, რომელიც ეკუთვნის Römer-ს, ისარგებლა Schick-მა. იმან სცადა ადამიანზე კანქვეშ შეყვანა დიფტერიული ტოქსინის განსაზღვრული რაოდენობისა და მიიღო ინექციის ადგილზე ანთებითი ინფილტრაცია, რომელიც დოზის გადიდებით გადადიოდა ზედაპირულ ნეკროზში. მაგრამ თუ ადამიანს წინასწარ შეუშხაპუნებდენ ანტიდიფტერიულ შრატს იმდენს, რომ მისი კონცენტრაცია გამზღარიყო 0,002 ა. ე. ერთ კუბ. სანტ. სისხლში, მაშინ რეაქცია ხდებოდა სუსტი, მხოლოდ კონცენტრაციის გადიდებით 0,005 ა. ე-სა, რეაქცია სრულიად ქრებოდა. აქედან Schick-მა ის დასკვნა გამოიყვანა, რომ შესაძლებელია ანტიტოქსინის კონცენტრაციის გამოანგარიშება ადამიანის სისხლში. მაგრამ აღმოჩნდა, რომ ჩვეულებრივად გვხვდება ბუნებრივად არა მიმღებ ადამიანთა სისხლში ანტიტოქსინის 0,1—0,4 ა. ე. ერთ. კუბ. სანტ. და ტოქსინის დიდი დოზების შეყვანაც ასეთ პირებში არ იწვევდა ადგილობრივ რეაქციას. ამგვარად Schick-ის რეაქციას შეუძლია იქნეს მხოლოდ თვისებითი მაჩვენებელი ანტიტოქსინის შეცულობისა ადამიანის სისხლში.

რეაქციისათვის Schick-ი ხმარობს  $\frac{1}{50}$  მინიმალურ სასიკვდილო დოზისას (Dlm.). ვინაიდან  $\frac{1}{500}$  Dlm. ტოქსინისა კანქვეშ შეყვანით იწვევს ზღვის გოჭზე ნეკროზს, გამოდის, რომ Schick-ი ხმარობდა თავის რეაქციისათვის ადამიანზე 10 ნეკროზულ დოზას.

იმ პირთ, რომლებიც სრულიად მოკლებულნი არიან ანტიტოქსინს, ადგილობრივი ანთებითი პროცესი კანზე უჩნდებათ კიდევ უფრო ნაკლები დოზებით. ამ გვარ შემთხვევებში  $\frac{1}{50}$  Dlm. შეუძლია გამოიწვიოს პატარა ბუშტუკი ან და მსუბუქი ნეკროზი ეპითელიური ზედაპირისა. მიუხედავად ამისა, ძლიერ გრძობიერ პირებზედაც არა თუ ეს დოზა, არამედ კიდევ უფრო მაღალიც, არ იწვევს არავითარ უსიამოვნო მოვლენას.

ადვილად ვასაგებია, რომ Schick-ის რეაქციის შემოღება დიდი ნაბიჯი იყო დიფტერიის პროფილაქტიკის საკითხის გადაჭრაში. მისი მეოხებით ძველმა ეპიდემიოლოგიურმა ფაქტებმა, როგორც არის ძლიერი გრძობიარობა დიფტერიისადმი ბავშვებისა, დაწყებული 6 თვიდან—ექვს წლის ასაკამდე, ამის შემდგომ კი მიმღებლობის თანდათან შესუსტებამ, მიიღეს მეცნიერული განმარტება. ამ რეაქციამ გადაგვიშალა ფართო ასპარეზი დიფტერიისთან ბრძოლის საკითხში. ამ ჟამად ჩვენ უკვე ძალგვიძს აღმოვაჩინოთ ის პირნი, რომლებიც შეიცავენ თავის სისხლში 0,002 ნაკლებ ა. ე. ერთ კუბ. სანტიმეტრში, და დიფტერიის ტოქსინის განსაზღვრული რაოდენობის შეშხაპუნებით გამოიწვიოთ მის სისხლში ანტიტოქსინების დაგროვება.

საერთოზე წმინდა ტოქსინის ხმარებისა ადამიანზე ხელს უშლიდა უკანასკნელ ხანამდის აქტიური იმუნიზაციის პრაქტიკულ განხორციელებას. ამიტომ მკვლევარების ყურადღება მიქცეული იყო ცხოველებისათვის უვნებელი ტოქსინებისა და ანტიტოქსინის ნარევისადმი.

როგორც ცნობილია, 1895 წ. პირველად Babés-მა იხმარა დიფტერიული ტოქსინი განეიტრალებული ანტიტოქსიკური შრატით ზღვის გოჭების აქტიურ იმუნიზაციისათვის. ამის შემდეგ მთელმა რიგმა ავტორებმა ექსპერიმენტალურად დამტკიცეს ანტიტოქსინების წარმოშობა ცხოველების სისხლში და ხან-

გარკლივი იმუნიტეტი, რომელიც გადაეცემა დედიდან შვილს, განმეორებითი შეყვანით ანტიტოქსინით განეიტრალებული ტოქსინისა.

1913 წ. Behring-მა პირველმა გამოაქვეყნა თავისი ცდები ადამიანების იმუნისაციისა ანტიტოქსინით განეიტრალებული დიფტერიული ტოქსინით. Behring-ის წინადადებით პირველად Hahn-მა ჩაატარა ეს მეთოდი 41 ადამიანზე და დაამტკიცა, რომ კანქვეშ შემხაპუნებით Behring-ის ნარევისა სისხლში გამოიშვადება ანტიტოქსინები  $\frac{1}{25}$ — $\frac{1}{10}$  ა. ე. რაოდენობით 1 კუბ. სან. სისხლში.

1914 წ. Behring-მა უკვე გამოაქვეყნა 7,000 შემთხვევა ადამიანების იმუნისაციისა, რითაც მან უკვე განამტკიცა, როგორც მიზანშეწონილება, ისე სრული უშიშროება ამ მეთოდისა. სამწუხაროდ, Behring-ის მეთოდის ფართო გავრცელებას ხელი შეუშალა, ერთი მხრივ, მსოფლიო ომის დაწყებამ და მეორე მხრივ, იმ გარემოებამ, რომ მან არ ამცნო მეცნიერებს თავისი ნარევის შემადგენლობა.

სამაგიეროდ Park-მა ამერიკაში ფართოდ ჩაატარა იმუნისაცია საკუთარი მეთოდით მომზადებული ტოქსინ—ანტიტოქსინით. ამერიკელების მაგალითმა წახალისა სხვა ქვეყნების მეცნიერები და ყოველგან შეუდგნენ ამ მეთოდის ცდას.

ამ უმად აქტიური იმუნისაციისათვის ხმარობენ შემდეგ ნარევეს.

1. ტოქსინი ანტიტოქსინი (Höchst). პირველად ეს პრეპარატი მოწოდებული იყო Behring-ის მიერ და შეიცავდა გაუნეიტრალელებული ტოქსინის მცირე რაოდენობას.

2. მეორე პრეპარატი მოწოდებული იყო ამერიკელი მეცნიერის Park-ის მიერ. იგი მრავალი ცდების შემდგომ ცხოველებზე, შეჩერდა ხსნარზე, რომელშიაც ანტიტოქსინი სჭარბობს ტოქსინს.

3. ბოლოს, ამ უკანასკნელ დროს, მოწოდებულია სრულიად ნეიტრალური ნარევი, რომელშიაც ტოქსინი სრულიად განეიტრალებულია ანტიტოქსინით. სამივე ნარევის ჰყავს თავისი მომხრეები და მოწინააღმდეგეები. ცხადია, მეტი უპირატესობა უნდა მიეცეს ნეიტრალურ ხსნარებს, რომელთაც მეტი მიმდევარიც ჰყავთ.

პროფილაქტიკური იმუნისაციის მნიშვნელობა ზემოთ ნახსენები პრეპარატებით გამოიხატება ეპიდემიოლოგიურ დაკვირვებებში დიდ-დიდ ჯგუფებზე ერთის მხრივ აცრილებისა და მეორე მხრივ აუსტრელებისა.

გამორკვეა, რომ აცრილებს შორის დიფტერიით დაავადების შემთხვევები გაცილებით უფრო ნაკლებია და თვით დაავადებაც უფრო იოლია. Park, Schröder-ს და Zinger-ს უწარმოებიათ დაკვირვება ნიუ-იორკში 180,000 ბავშვზე გაყოფილს ორ ჯგუფად, გამორკვეულა რომ:

1. 57,000 მოწაფიდან, რომელთაც ჰქონიათ Schick-ის რეაქცია უარყოფითი და მათზე არ ყოფილა ჩატარებული აქტიური იმუნისაცია—დაავადებული დიფტერიით 5.

2. 33,000 მოწაფიდან დადებითი Schick-ის რეაქციით და აქტიური იმუნისაციით მომზადებულიდან დაავადებულია 9.

ამგვარად 90,000 უარყოფითი Schick-ის რეაქციით და იმუნისაცია ქმნი-  
ლიდან დაავადებულა სულ 14.

II. დანარჩენ 90,000 ბავშვიდან, რომლებზედაც არ ყოფილა არც Schick-ის რეაქცია ნაცადი და არც იმუნისაცია გაკეთებული, დაავადებულა. 56.

ამგვარად პირველ ჯგუფში დაავადება ოთხჯერ უფრო ნაკლები ყოფილა, ვიდრე მეორეში. აქტიური იმუნისაცია მოითხოვს თვით ორგანიზმის მონაწი-  
ლეობას ანტიტოქსინების გამომუშავებაში, რაზედაც ყოველი ინდივიდუმი ერთ-  
ნაირად არ არის უნარიანი. ამასთან ერთად, ყოველ ექვსს გარეშეა, რომ დიდ  
როლს თამაშობენ აგრეთვე თანდაყოფილი თავისებურებანი, დამოკიდებულნი  
ორგანიზმის კონსტიტუციისაგან (Hirszfeld და Brockman).

ამ უკანასკნელ დროს ფრანგმა მეცნიერმა Ramon-მა შესძლო დიფტერიის  
ტოქსინიდან ისეთი ნივთიერების მიღება, რომელსაც სრულიად არა აქვს ორ-  
განიზმზე ტოქსიკური გავლენა და ამავე დროს შენარჩუნებული აქვს ანტი-  
გენური თვისება.

კიდევ Erlich-ის მიერ იყო დამტკიცებული, რომ ტოქსინები ქიმიური და  
ფიზიკური ზეგავლენით, აგრეთვე ხანგრძლივი შენახვით გრილ ადგილზე და  
სრულ სიბნელეში, თანდათან კარგავენ თავის ტოქსიკურ თვისებებს, სამაგიეროდ  
კი ინარჩუნებენ ფლოკულაციის და ანტიგენურ თვისებებს.

მაგრამ თუ ეს დებულება 100% გამართლდა ტეტანუსის ტოქსინზე, დი-  
ფტერიის ტოქსინი, თუ ასე შეიძლება ითქვას, უფრო ფაქიზი გამოდგა. დამ-  
ტკიცდა, რომ დიფტერიის ტოქსინი ფიზიკური და ქიმიური ზეგავლენით, სწრა-  
ფად იშლება, ამიტომ მისგან ანატოქსინის მისაღებად დარჩენილი იყო მხოლოდ  
ერთადერთი გზა—ხანგრძლივი შენახვა ზემოთ აღნიშნულ პირობებში და მართ-  
ლაც, ხანგრძლივი შენახვის შემდეგ, (წელიწადი და მეტიც) იგი 10 ჯერ უფრო  
სუსტი ხდებოდა მოშხამვის უნარიანობის მხრივ ანტიგენური თვისებების სრუ-  
ლი შენარჩუნებით. Ramon-მა პირველმა შეამჩნია დიფტერიული ანტიტოქსი-  
კური შრატების ტიტრაციის დროს ტოქსინით, რომელსაც იგი უმატებდა 2%  
ფორმალინს, რომ ასეთი ტოქსინი რამოდენიმე თვის შენახვის შემდგომ ოთახის  
ტემპერატურაზე კარგავდა თავის ტოქსიკურ თვისებებს ზღვის გოჭებზე, მაგრამ  
სრულიად ინარჩუნებდა უნარს ფლოკულაციისას (ე. ი. ნალექის წარმოშობას  
ანტიტოქსიკურ შრატთან შეერთების შემდგომ—განსაზღვრული შეფარდებით).  
რომ დიფტერიის ტოქსინის დასუსტების პროცესი უფრო აეჩქარებინა, Ra-  
mon-მა იწყო მიმატება 4%  
ფორმალინისა, (რომელიც შეიცავდა 35-40%  
ფორმალდეჰიდს) და ინახავდა მას 4—5 კვირის განმავლობაში 40—42°  
ტემპე-  
რატურაზე. მან გამოარკვია, რომ ამ გვარ პირობებში ტოქსინი, რომლის სასი-  
კდილო დოზა ზღვის გოჭისათვის 300 გრ. წონით უდრიდა 1/800 კუბ. სანტ.,  
იმდენად სუსტდებოდა, რომ 6 კუბ. სანტიმეტრიც შეყვანილი კანქვეშ არ იწ-  
ვევდა ზღვის გოჭზე არავითარ არც საერთო და არც ადგილობრივ ცვლილე-  
ბებს, სამაგიეროდ იძლეოდა ფლოკულაციის რეაქციას იმავე ანტიტოქსინის  
რაოდენობასთან, როგორც წინეთ. ასეთ დასუსტებულ ტოქსინს Ramon-მა უწო-  
და ანატოქსინი.



თუ ზღვის გოჭებს შეეშაბუნებთ კანქვეშ ასეთი ანატოქსინის თითო კუბ. სანტ., ისინი 15 დღის შემდგომ თავისუფლად უძლებენ ტოქსინის რამოდენიმე სასიკვდილო დოზას, თვის ბოლოში კი—50 და 100-ს, და კიდევ მეტს. თუ ამ დროს შეეშაბუნებთ კიდევ 1 კუბ. სანტ.—ათი დღის შემდგომ ზღვის გოჭები სრულიად უვნებლად იტანენ რამოდენიმე ათას სასიკვდილო დოზასაც.

ამგვარად ეფექტი ანატოქსინით იმუნისაციისა აღმოჩნდა გაცილებით მაღალი, ვიდრე წინანდელი ტოქსინ-ანტიტოქსინის ნარეგებისა.

ასეთივე შედეგები იქნა მიღებული ცხენების იმუნისაციის დროს. ანატოქსინით განმეორებითი შეშაბუნებით თანდათან მეტ დოზისა—მაქსიმალურ 200 კუბ. სან. ანატოქსინისა, მათ ერთ კუბ. სანტ. სისხლში 250 ანტიტოქსიკური ერთეული აღმოაჩნდათ.

Ramon-ის აღმოჩენამ დიდი გამოხმაურება გამოიწვია მეცნიერთა წრეებში. პირველი ცდები ჩატარებული იქნა საფრანგეთშივე—ადამიანებზე.

გამოირკვა რომ, ერთხელ შეშაბუნების შემდგომ 130 ბავშვზე 0,5 კუბ. სანტიმეტრის ანატოქსინისა—45 შეიქმნა Schick უარყოფითი; ორჯერ შეშაბუნების შემდგომ 0,5 და 1,0 კუბ. სანტიმეტრისა მიიღეს იმუნიტეტი—87,5% ბავშვებისამ; მხოლოდ სამჯერ შეშაბუნების შემდეგ 0,5, 1,0 და 1,5 კუბ. სანტ. იმუნიტეტი განუერთარდათ—ყველა აცრილ 48 ბავშვს. არც ადგილობრივი, არც საერთო რეაქცია არ აღინიშნებოდა.

ამერიკაში პირველი იყვნენ Glenny და Hopkins-ი, რომლებმაც მიიღეს მშვენიერი შედეგები ნარევიდან T. A, რომლებსაც ტოქსიკური თვისებები დაკარგული ჰქონდათ დიდხანს შენახვის გამო. შემდეგ O'Briek-მა შეატყობინა Park-ს თავის ბრწყინვალე შედეგებზე ცხოველის იმუნისაციის შესახებ ტოქსოიდებით მიღებულს 0,1% ფორმალინით დამუშავებული ტოქსინიდან. უკანასკნელ დროს Park-მა და Zinger-მა გამოაქვეყნეს საინტერესო შედეგები თავიანთი მუშაობისა ტოქსოიდებით. მათ მოუშაადებიათ ტოქსოიდი იმგვარადვე, როგორც Ramon-ს. 1000 კუბ. სან. ტოქსინისა მოუმატებიათ 0,1% ფორმალდეჰიდისა (რაც შეეფარდება 2,5—3 კუბ. სანტ. 35—40% ფორმალინისა) და შეუნახავთ იგი 38<sup>0</sup> ტემპერატურაზე 4—5 კვირა. სხვადასხვა განაზავების დამზადების შემდეგ მათ აუცრიათ ბავშვები: აღმოჩენილა რომ 83 ბავშვიდან, რომელთაც კან ქვეშ ჰქონიათ შეშაბუნებული ორჯერ ამ პრეპარატის თითო კუბ. სანტიმეტრი, შეუძენიათ აქტიური იმუნიტეტი 75,7%-ს.

საბჭოთა კავშირში Ramon-ის ანატოქსინით აცრა ჩატარეს პროფ. Изаболинский-მ და Гиттович-მა 1700 ბავშვზე, რომელთა შორის 200 ყოფილა ბავშვებიდან და დანარჩენები 1500 საქარხნო რაიონიდან, რომლებიც ცხოვრობდნენ ყაზარმულ პირობებში. წლოვანობით ბავშვები ყოფილან 1—15 წლამდე. აცრა ნაწარმოებია 3 ჯერ 8—10 დღის ხანგრძლივობით პირველიდან მეორე აცრამდის. დოზა უდრიდა 0,3, 0,6 და 1,0 მიუზენდავად ასაკისა.

საკონტროლო რეაქციას Schick-ისას, 355 შემთხვევაში, წარომებულს 2—6 თვის შემდეგ აცრისა მოუცია ავტორებისათვის 85—90% დადებითი რეაქციის გადასვლა უარყოფითში. ამასთან ერთად, აცრას, რომელიც დაწყებული ყოფილა ეპიდემიის ძლიერ გამწვავების პერიოდში, ხელი შეუწყვია დაავადების მკვე-

ორად დაცემისათვის, რაც თანახმად Ramon-ისა, საუკეთესო მაჩვენებელი აქვს აკრის სიძლიერისა.

აქედან აშკარაა ავტორების დასკვნაც, რომ აქტიური იმუნიზაცია ბავშვებისა ანატოქსინით წარმოადგენს უძლიერეს საშუალებას დიფტერიასთან ბრძოლაში.

ყველა დაგროვებული ფაქტების მიხედვით ჩვენ ეხლა გადაჭრით შეგვიძლიან ვთქვათ, რომ იმუნიტეტის განსამტკიცებლად საჭიროა ადამიანის სამჯერ აცრა ანატოქსინით, ერთი შეშხაპუნებითაც შესაძლებელია იმუნიტეტის გამოწვევა, მაგრამ თანახმად Loiseau, Laffaille-ის, Lereboullet-ს და Boulanger-Pilet-ს ეს უფრო იშვიათად ხდება, დაახლოვებით 10—37%-ში.

ამგვარად პირველი შეშხაპუნება უნდა მიმჩნეული იქნეს წინასწარ მოსამზადებლად, და საჭიროა მეორე და მესამეჯერ აცრა.

როგორც ზევით არის აღნიშნული Ramon-ის ანატოქსინის ორი ინექციის შემდგომ, იმუნიტეტის განმტკიცება ხდება 80—95%-ში, მხოლოდ 3 ინექციის შემდგომ კი—98%-ში (Martin, Darré, Loiseau და Laffaille) და ზოგიერთ სერიებში სულ ას პროცენტში (Lereboullet, Boulanger-Pilet და Goarnay).

პირველიდან-მეორე და მეორიდან მესამე ინექციათა შორის დრო უნდა უდრიდეს 21 დღეს. ამგვარ პირობებში შედეგები ყოველთვის კარგია, რადგანაც ორგანიზმს ეძლევა დრო ანტიტოქსინების გამოსამუშავებლად. სამაგიეროდ ასეთი დიდი ხანი ინექციებს შორის ხელს უშლის მასიური იმუნიზიის განხორციელებას ეპიდემიის დროს. ამიტომ იყო ცდა დროს შემოკლებისა მეორიდან მესამე ინექციათა შორის 8 დღემდე. გამოირკვა რომ ამ მეთოდით, დადებითმა შედეგებმა მიაღწიეს 89,5%-ს, ჰაშინ როდესაც 15 დღის ხანგრძლივობა მეორესა და მესამე ინექციათა შორის მისცა—97%-ი (Martin, Loiseau და Laffaille), ამიტომ ამ უამად Ramon-ის ანატოქსინით ვაქცინაციას შემდეგნაირად აარზობენ:

- I ინექცია—0,5 ccm.
- II „ 21 დღის შემდეგ 1 ccm. და
- III „ 15 დღის „ — 1,5 cm. ვაქცინისა.

ამგვარად გატარებული ვაქცინაციის შემდგომ, აკრილებს უფითარდებით იმუნიტეტი 4—7 კვირის განმავლობაში. რაც შეეხება იმუნიტეტის ხანგრძლივობას—თანახმად Daré-ს, Loiseou და Laffaille-სა, რომლებიც 1925 წლიდან იკვლევინ ანტიტოქსინების შეცულობას იმ პირთა სისხლში, რომლებიც 1924 წელში ყოფილან Ramon-ის ანატოქსინით აცრილნი, ყველანი, უკანასკნელ დრომდე იძლევიან ანტიტოქსინების მაღალ მაჩვენებელს, რის გამოც Schick-ის რეაქციაც უარყოფითია. ეხლა, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ანატოქსინი სულ ექვსი წელია ხმარებაშია, გასაგები გახდება, რომ მის მიერ გამოწვეული იმუნიტეტის გასაზომავი დროც ამასვე უდრის. მაგრამ ვინაიდან Zinger-მა ტოქსინ-ანატოქსინის ხსნარებით შესძლო იმუნიტეტის ათი წლით და მეტითაც ვახანგრძლივება, Ramon-ის ანატოქსინი კი თავის მოქმედებით უფრო ძლიერი აღმოჩნდა, უნდა ვივთხისხმოთ, რომ უკანასკნელის მიერ გამოწვეული იმუნიტეტიც, თუ უფრო ხანგრძლივი არა, მასზე ნაკლები არ იქნება. ამგვა-



რად, თუ Ramon-ის ანატოქსინით გამოწვეული იმუნიტეტი გავრძელდება ათ წელს, მაშინ დიფტერიის სისტემატიური წინასწარი აცრა აბსოლუტურ შედეგებს მოგვცემს. ვინაიდან დიფტერია, როგორც ცნობილია ემართება ბავშვებს 12 წლამდე და შემდეგ კი იშვიათია, ამიტომ, თუ ამ ასაკამდე ჩავატარებთ ყველა Schick-დადებით ბავშვებზე პროფილაქტიკურ აცრას, მაშინ შესაძლებელია ეს სენი დავძლიოთ.

თუმცა Ramon-ის ვაქცინა, უვნებელია, მაგრამ იგი მაინც იძლევა ადგილობრივი და ზოგად რეაქციას. ადგილობრივი რეაქცია გამოიხატება შეშხაპუნების ადგილზე მცირეოდენი სიწითლეში, მსუბუქ შემუშებაში და ტკივილში. რეაქცია ხანმოკლეა, იგი ქრება 24—48 საათის შემდეგ. მხოლოდ იშვიათად, 1—2%, შესაძლოა უფრო ძლიერი რეაქცია დიდი სიწითლით და შემუშებით და თან ჯირკვლების ჩათრევით. რეაქციათა რიცხვის შესამცირებლად უმჯობესია შემხაპუნება ბეჭში, ვიდრე ფეხში ან და მკლავში.

ზოგადი რეაქცია გამოიხატება  $t^{\circ}$  მომატებაში  $38^{\circ}$ -მდე, იშვიათად  $39^{\circ}$ -მდე. იგი გრძელდება არა უმეტეს 3 დღისა.

ადგილობრივი და ზოგადი რეაქციები ჩნდება მხოლოდ დაახლოვებით  $30\%$ -ში. ეს რეაქციები უფრო ხშირია მოზრდილ ბავშვებში. ექვს წლის ქვევით ბავშვები თითქმის არ იძლევიან არავითარ რეაქციას, ძუძუწოვრები—კი არასრდეს. რეაქციის მიზეზი აიხსნება ზოგიერთი პირების ზედმეტი მგრძობელობით დიფტერიის ბაცილების პროტეინებისადმი. იგი უჩნდებათ უმთავრესად იმ პირთ, რომლებიც იძლევიან ცრუ Schick-ის რეაქციას. ამიტომ, ამ უკანასკნელ დროს აწერილია ცდები იმუნოზაციისა ცხვირ-ყელის გზით. სხვათა შორის, პირველი ასეთი ცდა წარმოებულა თვით Ramon-ის და Zoeller-ის მიერ. ისინი 6—8 დღის განმავლობაში ახდენდნენ ცხვირ-ყელის ინსტილაციას ანატოქსინით. ამის შემდეგ პროცედურას წყვეტდნენ ორი კვირით და კვლავ განაგრძობდნენ იმავე წესით მეორე და ხან მესამე სეანსებს. თითო სერია ინსტილაციისა უდრიდა ერთ კანქვეშა დოზას. კონტროლს აწარმოებდნენ Schick-ის რეაქციით. მეთოდის უპირატესობა, ავტორების აზრით, გამოიხატება იმაში, რომ ეს მეთოდი არ იძლევა არც ზოგად და არც ადგილობრივ მოვლენებს, რაც მეტად დასაფასებელია მგრძობიერ პირებში. ექვს გარეშეა, რომ ამ მეთოდს თავისი ნაკლიც აქვს. პირველი ტექნიკის მხრივ—იგი ნაკლებად ზუსტია, ვიდრე კანქვეშა. ამასთან, გამოუჩვეველია, თუ რამდენი ოდენობა ანატოქსინისა იწურება, რის გამოც საჭიროა უფრო მეტი ანტიგენის ხმარება.

Lesn-მ და Merinesy-მ მოახსენეს პარიზის პედიატრიულ საზოგადოებას შედეგები მათ მიერ ნაწარმოები დიფტერიის წინააღმდეგ იმუნოზაციისა Ramon-ის ანატოქსინით—130 ადამიანზე ცხვირ-ყელის ტრაქტით. მათ შორის ბავშვები 122 ყოფილა, მოზრდილები კი 8. ისინი აწვეთებდნენ თითო ნესტოში 8 დღის განმავლობაში 3—4 წვეთს ანატოქსინს; 8 დღის შესვენების შემდეგ კვლავ იწყებდნენ პროცედურას, 3 კვირის შემდგომ— $50\%$  Schick-ის რეაქცია შესცვლიათ უარყოფითად, 40 დღის შემდგომ— $83\%$ -ს, მხოლოდ 50 დღის შემდეგ კი  $95\%$ -ს. ამისდა მიხედვით ავტორები დაასკენიან, რომ ცხვირ-ყელი

უნდა მიმჩნეული იქნეს ანტიდიფტერიულ იმუნისაციისათვის ძლიერ კარგ აღვილად.

საბჭოთა კავშირში ანალოგიური ცდები აქვთ ჩატარებული Бендерская-ს და Подприц-ს—172 ბავშვზე, რომლებსაც, წინასწარი გამოკვლევით, Schick-ის რეაქცია აღმოსჩენდა დადებითად. შედეგები მიუღიათ ამგვარი: მე-32 დღეზე 150 შესცვლოდათ Schick-ის რეაქცია უარყოფითად, რაც შეადგენს 86,2%<sup>1</sup>-ს, დანარჩენებს—ოცდა ორს კი—13,8%<sup>1</sup>-ს მე-48 დღეზე. ახლა თუ შევაჯამებთ ყველა იმ ცნობებს, რომლებიც არსებობს ლიტერატურაში Ramon-ის ანატოქსინის ღირებულების შესახებ, უნდა აღვიაროთ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ იგი სულ ხუთი-ექვსი წელია, რაც ცნობილია მეცნიერებაში, მან ფართოდ გაიკაფა გზა და ღირსეულად დაიმსახურა პირველი ადგილი ყველა იმ საშუალებათა შორის, რომლებიც ამ ჟამად არსებობენ ადამიანის აქტიური იმუნისაციისათვის ღიფტერიის წინააღმდეგ.

მის ძირითად თვისებას შეადგენს, ერთი მხრივ, სრული უვნებლობა, რადგანაც ყოფილა შემთხვევები შეცდომით შემხაპუნებისა ბავშვებზე 10 და 20 კუბ. სანტ. სრულიად უვნებლად ამათთვის, სიმარტივე მომზადებისა, რაც მეტად მალლა აყენებს მის ღირებულებას და ბოლოს შესაძლებლობა ზუსტად გაზომვისა არა მარტო ფიზიოლოგიური გზით (ზღვის გოჭებზე შემხაპუნებით), არამედ ფიზიკო-ქიმიურადაც—ფლოკულაციის საშუალებით. ამიტომაც იგი ხმარებაშია გარდა საფრანგეთისა—ბელგიაში, დანიაში, უნგრეთში, ჩეხო-სლოვაკიაში, საბჭოთა კავშირში, ოსმალეთში, შვეიცარიაში, იტალიაში, ეგვიპტეში, ამერიკაში და კანადაში.

თუ წინათ ამერიკელი ავტორები გამოსთქვამდნენ ეჭვს, შესძლებს თუ არა Ramon-ის ანატოქსინი დაჩრდილვას უკვე მოქალაქობრივ უფლება მოპოვებული T/A ნარეების სხვადა სხვა ხსნარებისას, ამ ჟამად, მსოფლიო ლიტერატურაში დაგროვებული მასალის მიხედვით, ეს ეჭვი გაქარწყლებულია. ჩვენ უკვე ვიცით, რომ Ramon-ის ანატოქსინის ხმარების დროს არ ჰქონია ადგილი არცერთ უბედურ შემთხვევას, არც ერთ უსიამოვნო მოვლენას. სისწრაფით და სიძლიერით ანტიტოქსინების გამომუშავებაში მას ვერ უსწრებს ვერც ერთი ამ ჟამად არსებული პრეპარატი. ამასთან ერთად, სადაც იგი სისტემატიურად არის ნახმარი, დიფტერიის შემთხვევები თანდათან კლებულობს. ამიტომ უნდა აღვიაროთ, რომ Ramon-ის ანატოქსინის სახით მეცნიერებას აქვს შეძენილი მძლავრი იარაღი დიფტერიის ბრძოლისათვის. მეთოდის გაუმჯობესების შემდგომ, რომლის ირგვლივ ამჟამად მიდის გაცხოველებული კვლევა-ძიება და მისი სისტემატიურად ხმარების დაკანონების შემდეგ მსოფლიოში, უნდა ვიგულისხმოთ, დავდგებით იმ პერიოდის წინაშე, როდესაც ბრძოლის შედეგი ამ ვერაგ სნეულებასთან საეჭვო აღარ იქნება და არა ერთი ათასი და ათი ათასი ნორჩი სიცოცხლე შერპჩება კაცობრიობას ჯილდოდ ბრწყინვალე გამარჯვებისა\*).

\*) ლიტერატურა არ იბეჭდება ტექნიკური პირობების გამო.



### III. კ რ ე ნ ს კ რ ე ღ ე ნ ც ი ე ბ ი

#### ი. ახლანიშვილი

#### ხაქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში

მე 28 სხდომა

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების სხდომები ზაფხულის არდადეგების შემდეგ განახლდა 1930 წ. 30 ოქტომბერს. სხდომას დაესწრო 66 წევრი და 18 სტუმარი.

თავმჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი

#### მ. ტყეაძე. ელენთის კანქვეშა ტრავმული დაზიანების საკითხისათვის.

1. ინფექციურ დაავადებათა ნიადაგზე პათოლოგ-ანატომიურად გამოცვლილი ელენთა გარეშე ტრავმის დროს ხშირად განიცდის კანქვეშა გასკდომას.

2. მაღარიით მასური დაავადების გამო ელენთის ამგვარი გასკდომა ჩვენშიც არ არის იშვიათი მოვლენა, რისთვისაც ყოველგვარ ტრავმას მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს.

3. ამ დაავადებას უფრო სამუშაო ასაკის მამაკაცები განიცდიან.

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

5. დაავადების სპეციფიკური კლინიკური სიმპტომი არ არის. ხოლო საერთო სიმპტომებიდან, რომელიც სისხლის შინაგან დენაზე გვითითებენ, ყველაზე უფრო მუდმივია და საიმედო Trendelenburg-ი. დიაგნოზისა და ოპერაციის ჩვენებისათვის კი ანემნესთან ერთად ყველა კლინიკური მოვლენის შეჯამებით უნდა ვინებმძღვანელოთ.

6. დაავადების ყველაზე საშიშ პათოლოგ-ანატომიურ თვისებას სისხლის შინაგანი დენა წარმოადგენს.

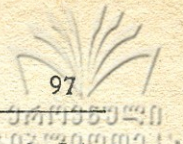
7. უკანასკნელი შეიძლება ტრავმისთანავე დაიწყოს და შეიძლება ტრავმის შემდეგ დიდი დაგვიანებითაც (საათები დღეები) განვითარდეს, რაც შეადგენს ამ დაავადების თავისებურობას და რაც გვავალებს მეტის სიფრთხილით მოვეყვარათ ელენთის მიდამოს ტრავმას.

8. აღნიშნული საფრთხის თავიდან ასაცილებლად და ავადმყოფის გადასარჩენად მხოლოდ ერთი გზაა— ოპერაცია, უკანასკნელის მეთოდთა შორის კი ყველაზე საიმედოა Splenectomia მაგრამ ზოგ შემთხვევაში არ უნდა იყოს აგრეთვე უპარყოფილი ნაკერის დადებაც, თუ ამის საშუალებას იძლევა, ერთი მხრივ, დაზიანების ოდენობა და ხარისხი, მეორე მხრივ ორგანოს ქსოვილთა პირობები და მესამე მხრივ, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: პროფ. ი. თიკანაძე, პროფ. ნ. მახვილაძე, პროფ. ალ. წულუჭიძე, გ. ხეჩინაშვილი, დ. იოსელიანი, პროფ. ალ. ალადაშვილი, გ. მათიაშვილი; მხოლოდ არსებითად: პროფ. ალ. წულუჭიძე, დ. იოსელიანი, პროფ. კ. ერისთავი, პროფ. ი. თიკანაძე, ი. ანგებელი, პროფ. ნ. მახვილაძე, პროფ. გ. მუხაძე.

თავმჯდომარემ პროფ. ალ. ალადაშვილმა აღნიშნა მოხსენება როგორც მნიშვნელოვანი და მომხსენებელს მადლობა გამოუტყდა.





სადმინისტრაციო ნაწილში მოსმენილი იქნა მდივნის ი. ასლანიშვილის განცხადება I, საქართველოს ექიმთა საზოგადოების სექციებისა და ფილიალების დარსებობისა და მათი პრეზიდენტების შესახებ, რაც დამტკიცებული იქნა შემდეგი შემადგენლობით:

1. ოდონტოლოგიურ სექციაში—პროფ. გ. მუხაზე (თავმჯდომარე), პ. ჭაჯაია (თავმჯდომარის მოადგილე), ალ. ედებერიძე (მდივანი).
2. ნევროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა სექციაში—პროფ. ხ. ყიფშიძე (თავმჯდომარე), პროფ. მ. ასათიანი (თავმჯდომარის მოადგილე), ალ. რუხაძე (მდივანი).
3. რენტგენოლოგიურ სექციაში—პროფ. გ. ლაშბარაშვილი (თავმჯდომარე), ალ. იმერლიშვილი (მდივანი).
4. ფიზიოთერაპიულ სექციაში—მ. ზამდუკელი (თავმჯდომარე),—პროფ. გ. ლაშბარაშვილი დ. ჯავახიშვილი, ხ. ანდრეევა (მდივანი).
5. აპარისტანის ფილიალურ განყოფილებაში—პ. გიგინეიშვილი (თავმჯდომარე), ვ. მაქაცარია (თავმჯდომარის მოადგილე), სიტმალოი (თავმჯდომარის მოადგილე), მ. ლოლუა, უარკოვსკი (მდივანი) გ. ხეჩინაშვილი (მდივანი), მარკოვი.
6. ოზურგეთის ფილიალურ განყოფილებაში—ტ. ლლონტი (თავმჯდომარე), გ. კუნჭულია (მდივანი), ქ. მგელაძე, მ. ქავთარაძე, ხ. მაჭავარიანი, გ. ჯიბუტი.

II. წარმოდგენილი განცხადებების მიხედვით არჩეული იყვნენ საზოგადოების წევრებად კბილის ექიმი: კიკნაძე მარიამი, სტუპანოვა-კაშიოვა სოფიო, ყაზბეგი-ღოღობერიძე ანა, ჟორდანია-ალშიბაია ზინაიდა, კურტილი-აკოპოვა ხარინლია, ფანიფვა-გვირია ნატალია, ცაგარეიშვილი ნინო, კარანოვა მარიამი, კაპანაძე-ლორთქიფანიძე ნინო, ბაბუნაძე თამარი, ჩითაშვილი ნინო, დედებაშვილი თამარი, კაჭარავა მარიამი, კველიშვილი ბარბალე, ჯაფარიძე კერაგელია, ბოკერია ივანე. ბიზინეიშვილი ქსენია, ტუხკია ანგელინა, ჩხეიძე ნიკო, ჩარკვიანი სევერიანე, ჩაჩავა ირინე, მეტრეველი მარიამი..

მე 29 კრება.

კრება შედგა 1930 წ. 20 ნოემბერს. დაესწრო 45 წევრი და 6 სტუმარი. სხდომის სამეცნიერო ნაწილს თავმჯდომარეობდა პროფ. ა. ალადაშვილი, საადმინისტრაციო ნაწილს ექიმი ნ. ყიფშიძე.

ფენზე ადგომით კრებამ პატივი სცა გარდაცვალებული წევრის კბილის ექიმის სევერიანე ჩარკვიანის ხსოვნას.

ვლ. ანთაძე. მალტას ცხელების გავრცელების საკითხისათვის უდაბნოს საბჭოთა მამულის მეცხვარეთა შორის 1.

ავტორი, რომელიც ვეტინსტიტუტის მიერ გაგზავნილი იყო ვეტ. ექ. იკონე ვოცამესთან ერთად ქციას მთიან ველებში საზაფხულო საძოვრებზე გარეკილ უდაბნოს საბჭოთა მეურნეობის ცხვრის ფარების გამოსაკვლევად მოწყობილ ექსპედიციაში იძლევა მასალას 87 მეცხვარეთა (მწყემსების 80 კაცთა, მეურნეების 7 კაცი და 1-საწყობის გამგის) brucellos-ის მიმართ wri-fhx-ის რეაქციით გამოკვლევის შედეგს. მიღებულია დადებითი აგლუტინაციის რეაქცია 34 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 31,5%.

ტიტრი აგლუტინაციისა (ორი შტამი Micrococcus melitensis და ერთი b Bung-ისა ტუნისელი) შემდეგ მომსხენებელი ხაზგასმით მიუთითებს, რომ ერთ ფარაში ყველა ექვსივე მწყემსი იძლეოდა დადებით აგლუტინაციის რეაქციას.

ამავე ფარის 100 ცხვარიდან 11 შემთხვევაში მიღებულია დადებითი აგლუტინაციის რეაქცია ( $\frac{1}{100} - \frac{1}{500}$ ).

$\frac{1}{100} - \frac{1}{200}$	13	შემთხვე.
$\frac{1}{500}$	9	—
$\frac{1}{1000}$	8	—
$\frac{1}{1500}$	1	—
$\frac{1}{2000}$	2	
$\frac{1}{2500}$	1.	



დანარჩენ ფარებში, რომელთა თითო-ორივე იმყოფებოდა Wright-ის დადებით რეაქციას 400 სულ ცხვარიდან მხოლოდ 3 შემთხვევაში მიუღიათ დადებითი შედეგი.

არც ერთ ცხვარს, რომელსაც ავლუტინაცია აღმოაჩნდა დადებითი გაზერწება არ მოხვლია.

გამომდინაოვობს რა ცნობებიდან, რომ ჩვენს მეცხვარეებში გაზაფხულის წველის სეზონში ძლიერ გავრცელებული ყოფილა ცხელება, რომელიც გასტანს თვეობით და აღნიშნავს რა იმ ფაქტს, რომ დადებითი რეაქციის მომცემთა შორის ბევრი წელსვე ყოფილა ავად ცხელებით და გამოკვლევის დროსაც იძლეოდნენ მაღარის ცხელებისათვის დამახასიათებელ სიმპტომოკომპლექსს — ავტორს მის მიერ მიღებული ავლუტინაციის დადებითი რეაქცია — (34 შემთხვევა) 31,5% მიაჩნია ჩვენს მეცხვარეთა შორის მალ რის ცხელების გავრცელების მაჩვენებლად.

ავტორს მოჰყავს, რომ ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში მას და მის ამხანაგებს ჰქონიათ 5 შემთხვევა კულტურის მიღებისა და 6 დადებითი Wright-ის რეაქცია. მეტად საინტერესოა ერთი უკანასკნელი შემთხვევა: ავადმყოფი ცხოვრობს ტფილისში, სოლოლაკში. აგვისტოში სტუმრად იყო ქიზიყში, — სადაც გაუმასპინძლდნენ ცხვრის წვადებით და ჩამოსვლისას გახდა ავად მისგან ექ. ბერიძის და ანთაძის მიერ მიღებულ იქმნა კულტურა მალტას გოკისა.

შეკითხვებით მონაწილეობა მიიღეს ს. კანდელაკმა და ბ. ოქროპირიძემ, მხოლოდ არსებითად ნ. ყიფშიძემ, ბ. ოქროპირიძემ, ე. ნემსაძემ.

მომხსენებლის საპასუხო სიტყვის შემდეგ, თავმჯდომარე პროფ. ა. ალადაშვილი აღნიშნავს მოხსენებას, როგორც საზოგადოებრივი ხასიათისას და მასთანვე მნიშვნელოვანი მეცნიერული მასალით. როგორც ჩანს ეს დაეაფებდა საქართველოში გავრცელებულია და მას უმჯობესად ყურადღება უნდა მიექცეს, იგი უნდა გამოკვლეული იქნეს ექსპერიმენტების სახით. ბაქტერიოლოგებთან ერთად თერაპევტებმაც უნდა მიიღონ მონაწილეობა ექსპერიმენტებში.

თავმჯდომარე მომხსენებელს მადლობას უცხადებს, საადმინისტრაციო ნაწილში საზოგადოების მდივნის ი. ასლანიშვილის მიერ იყო წარმოდგენილი წლიური ანგარიში, ხოლო პ. ბუაჩიძის მიერ სარევიზიო კომისიის მოხსენება.

შეკითხვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ ა. ედიბერიძე, მ. კილოსანიძე, ი. ჩიკვაძე, ა. მალააშვილი, ვ. მატაბელი; არსებითად პროფ. ა. ალადაშვილი და საპასუხო სიტყვით ი. ასლანიშვილი, საბოლოო სიტყვაში ნ. ყიფშიძემ აღნიშნა გამგებობის მუშაობა და მადლობა გამოუცხადა კრების სახით საზოგადოების თავმჯდომარეს და მდივანს.

წარმოდგენილ განცხადებებს მიხედვით არჩეული იყო საზოგადოების წევრად: ექიმი ვასილი მატაბელი.

### მე 30-ე სხდომა.

1930 წ. 4 დეკემბერს. დაესწრო 72 წევრი და 49 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა საზ-ის თავმჯდომარე პროფ. ა. ალადაშვილი.

მოხსენებით „ნივრის დანაყენის გავლენისათვის ორგანიზმზე“ გამოვიდა ექიმი ი. პარმა.

(მომხსენებელს ავტორფერატი არ წარმოუდგენია).

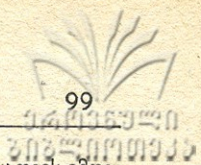
შეკითხვებით გამოვიდნენ: პროფ. შ. მიქელაძე, გ. დაღებულოძე, ნ. ყიფშიძე, ვ. ანთაძე, ტაროშვილიძე, დ. თაველიძე; არსებითად კი პროფ. შ. მიქელაძე და ნ. ყიფშიძე.

### მე 31-ე სხდომა.

1930 წ. 18 დეკემბერს. დაესწრო 72 წევრი და 73 სტუმარი. თავმჯდომარეობდნენ პროფ. ა. ალადაშვილი და ალ. კანდელაკი.

პრ. ახვლედიანი. შორისის ანესთეზიის ახალი მოდიფიკაცია.

Rophe perinei-დან მარცხნივ, 1 1/2 სანტ. დაშორებით საშოს შესავლის ახლოს ვნიშნავთ წერტილს, საიდანაც გარდიგარდმო მოპირდაპირე მხარის სიმეტრიულ წერტილამდე ვაწარმოებთ პირველ ინიექციას საანესთეზიო ხსნარისას 3—5 gr. რაოდენობით. მეორე ინიექცია წარმოებს დანიშნული წერტილიდან პერპენდიკულარულად დიდ და მცირე ჩარბების საზღვრებში ბარდოლინის ჯირკვლის სადინარამდე. მესამე ინიექცია წარმოადგენს მეორის განმეორებას მო-



პირდაპირე მხარეზე. საანესტეზიო ხსნარის რაოდენობა მეორე და მესამე ინექციებისათვის იმდენივეა, რაც პირველი ინექციისათვის ან ოდნავ მცირე.

საანესტეზიო ნივთიერებად ვხმარობთ 1%—1/2% sol. novocaini. გარეთა სასქესო ორგანოების სიდიდის ვარიაციების მიხედვით საანესტეზიო ხსნარის საკმაო რაოდენობა საშუალოდ max. 15.<sup>0</sup> და min. 6.<sup>0</sup> შუა ქანაობს. 5 წ. შემდეგ ვღებულობთ სრულ ანესტეზიას. საჭიროა 5.<sup>0</sup> Record-ის შარული, ჩვეულებრივი პატარა ზომის ნემსით.

ამ სახის ადგილობრივი, არა პირდაპირი, ანესტეზიის ქვეშ გატარებულ იქნა 5<sup>0</sup> ავადმყოფის colpoperineoraphia, რამაც დამარწმუნა მის სრულ უპირატესობაში განსაკუთრებით ამჟამადუფრო გავრცელებულ Braun-ისა და Иолкин-ის რეგონალურ ანესტეზიებთან შედარებით.

შეკითხვით გამოდის ხ. ქოიავა.

საბოლოო სიტყვაში თავმჯდომარე პროფ. ა. ალადაშვილი აღნიშნავს მოხსენების მნიშვნელოვან მხარეებს და კრების სახელით მადლობას უცხადებს მომხსენებელს.

პირადი განცხადებით საკავშირო სპირველი ონკოლოგიური ყრილობის შესახებ, რომელიც შედგება ქ. ხარკოვში 5—10. II, 1931 წელს, გამოდის პროფ. ე. ლამბარაშვილი. განცხადება მიღებული იქნა ცნობად.

გ. ცქიმიანური. „პლაზმოქინის ფარმაკოლოგიისათვის“ (წინასწარი მოხსენება).

1. პლაზმოქინი, ფარმაკოლოგიური თვისებების მიხედვით შეიძლება მივაკუთნოთ პარალიზურ ნივთიერებათა ჯგუფს.

2. პლაზმოქინი, შედარებით სხვა ორგანოებთან, უფრო სპეციფიკურად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და მოგრძო ტვინის სასიცოცხლო ცენტრებიდან კი პირველჯერად სისხლის მოგების მამოძრავებელ ცენტრზე და შემდეგ—სუნთქვის თერაპევტიკული დოზით 0,3 mgr. ცხოველის K<sup>0</sup> წონაზე ინტრავენოზურად. პლაზმოქინი იწვევს მცირე ფარგლებში და მოკლე გზით ც. ნ. სისტემის აგზნებას და ამ დოზის გადაღებით ორმაგად—სამმაგად—სწრაფად ვითარდება ც. ნ. ს. მხრით პლაზმოქინის პარალიზური გავლენის ნიშნები.

3. ცხოველის გული in Situ შედარებით საკმაოდ გამძლე აღმოჩნდა პლაზმოქინის მავნე გავლენისადმი; გულის რითმის დარღვევას პლაზმოქინი იწვევს მხოლოდ დიდი ტოქსიკური დოზებით და ისიც გულის მოტორულ ელემენტებზე პირდაპირი მოქმედებით კი არა არამედ ცხოველის სასიცოცხლო ფუნქციების მოშლის შედეგად ც. ნ. ს. დაბალით გამოწვეული. რა წასაც სასიცოცხლო ფუნქციები ნორმას უბრუნდებიან—გულის რითმიც სწორდება.

4. გამოცდკევებული თბილისისხლიანი ცხოვ. გული კი ფრიად მგრძობიარეა პლაზმოქინისადმი; 0,25 mgr. გახსნილი: 1000, Ringer-Gock-ის ხსნარში 1 წუთის განმავლობაში აჩრებს კატის გამოცდკევებულ გულს, ამისთან. უფრო მძლავრად და პირველ ჯერში იწამლებიან გულის კუნთები. შედარებით გამძლე აღმოჩნდნენ ავტომატური ცენტრები გულისა.

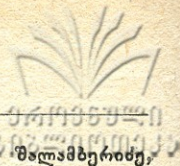
5. პლაზმოქინი, თერაპევტიკული დოზით, როგორც ინტრავენოზურად ისე კანქვეშიდან ხანგრძლივი და სისტემატიკური ხმარების დროს (Mishlens-ის სამკურნ. სქემით) სრულიად უვნებელია ცხოველის ორგანიზმისათვის.

6. პლაზმოქინი შედარებით სუსტად მოქმედებს რეფლექტორული რკალის პერიფერიულ ელემენტებზე; მამოძრავ. ნერვების დაბალაოვებაზე და კუნთზე ვიდრე რეფლექტორულ ცენტრებზე.

7. პლაზმოქინის ფართოდ ხმარება სამკურნალო მიზნით არ უნდა წარმოადგენდეს არავითარ საშიშროებას, რადგანაც, მისი შხამიანობა ცხოველის ორგანიზმისათვის, თუ გავითვალისწინებთ მის დეტალურ და თერაპევტიკულ დოზებს შორის მანძილს, არ აღემატება მედიცინაში ცნობილს და ფართოდ ხმარებული საწამლაოვების შხამიანობას. მაგრამ ეს ასეა ინტრავენოზური გზით მოწამვლის დროს, კანქვეშიდან კი პლაზმოქინის შხამიანობა, კიდევ უფრო საგრძობლად მცირდება.

8. პლაზმოქინს კარგად იტანენ მაკე ცხოველები, ასე, რომ მისი დიდი ტოქსიკური დოზებიც კი შეშხაპუნებული კან ქვეშ, არ იწვევენ აბორტს.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: ნ. ტურიაშვილი, გ. დიდებულიძე, მედ. დოქტორი ე. შალამბერიძე, სტუდენტი დ. ხამუშია, გ. ლორთქიფანიძე, მ. კანდელაკი, პროფ. ა. ალადაშვილი; არ-



სებითად კი პროფ. ვ. მახეშვილი, პროფ. შ. უგრელიძე, მედ. დოქტორი ე. შალამბერიძე, პროფ. ი. თიქანაძე, გ. დიდებულიძე, ბ. ოქროპირიძე, მედ. დოქტორი ლ. ელიაშვილი.

საბოლოო სიტყვაში მომხსენებელმა პასუხი გასცა ყველა მოკამათეებს.

თავმჯდომარემ ალ. კანდელაკმა აღნიშნა ის დიდი მნიშვნელობა, რომელიც უმეპყველად აზასიათებს აღნიშნულ შრომას. პლანმოქინის შესახებ არსებობს ლიტერატურა, მხოლოდ ისეთი გამოკვლევები, რომელსაც ეკუთვნის გ. ცქიმიანაურის შრომა, ძლიერ მცირეა და ამისათვის მისასაღმებელია მომხსენებელი, რომელიც აღნიშნულ შრომას ახლო მომავალში სავსებით შესალოულებს.

პროფ. ბ. ლოლობერიძე. საშვილოხნოს ყელში ორსულობის შემთხვევა (პრეპარატის დემონსტრაციით).

(მომხსენებელს ავტორეფერატი არ წარმოუდგენია).

აშეკითხვებით გამოვიდენ; პროფ. ი. თიქანაძე, ა. ახვლედიანი, მედ. დოქტორი ე. შალამბერიძე.

საბოლოო სიტყვაში თავმჯდომარე პროფ. ა. ალადაშვილი აღნიშნავს შემთხვევას, როგორც ფრიად საინტერესოს და მადლობას უცხადებს მომხსენებელს.

სადმინისტრაცია ნაწილში საკითხი საზოგადოების მომავალ გამგეობაში კანდიდატების რჩევის შესახებ კვლავ გადაიდო შემდეგი კრებისათვის.

წარმოდგენილი განცხადების მიხედვით არჩეული იქნენ საზოგადოების წევრად: მიხეილ მგელაძე, სიმონ ქოიავა, შალვა შათირიშვილი.

პათოლოგიური ანატომია

**Epstein und Lorenz Die Phosphatidzellvesfettung der Milz bei Niemann—Pick-sche krankheit verglichen mit der Lipoidchemie des Morbus Gaucher und Schüller-Christianschen krankheit**

Hoppe Seyleris z—t für Physiologische Chemie 1930. Bd. 192 H. 4—6 s. 145.

ეპსტეინი და ლორენცი, ელენთის უჯრედთა ფოსფატიდური გაცხიმება ნიმან-პიკის დაავადების დროს შედარებით გოშეს და შიშულერ-ხრისტიანის დაავადების ლიპოიდურ ქიმიასთან.

ზოგადი ლიპოიდოზი, ავტორებით, აერთებს ყველა იმ დაავადებებს, რომლებსაც დროსაც ხდება ლიპოიდების ძლიერი ჩაგროვება სხვადასხვა ორგანოებში ან და ლიპოიდები გროვდება იმ ორგანოებში და უჯრედებში, რომლებიც ფუნქციონალურად ერთ სისტემას წარმოადგენენ. ხაზი ეხმება Pick-ის დამსახურებას, რომელმაც ეხლა Niemann-Pick-ის დაავადების სახელით ცნობილი სნეულება, რომელიც წინათ შეცდომით Gaucher-ის დაავადებად ითვლებოდა, და გამოჰყო, გამოაცალკევა გოშეს დაავადებიდან და დიაბეტის დროს მყოფ დიდ-უჯრედოვან ჰიპერგლუკოზიმიდან. Nieman—Pick'-ის დაავადება (M.N.-P.) ემართება მარტო ძუძუშობიარ ბავშვებს და უფრო ხშირად ებრაელ გოგონებს. დაავადებას ახასიათებს ელენთის ძლიერი გადიდება (ელენთის წონა უდრის 80—310 გმ., მაშინ როდესაც ნორმალური საშუალო წონა 20—40 გმ.) ლვიძლის გადიდება (წონა 415—930, ნორმალურ-საშუალო კი 300—450 გმ.) გადიდება აიხსნება თავისებური დიდი მკრთალი უჯრედების დაგროვებით, რომლებიც ეკვთობს შეიცავს. წარმოიშობა იგინი ელენთის, ლვიძლის, თიმუსის, სუპრარენების ტვინოვანის, ლიმფური კვანძების და კუჭისა და ნაწლავების ლიმფოიდური ქსოვილის ჰისტოციტურ რეტიკულარ უჯრედებიდან და სინუსების ენდოთელიუმიდან, ლიპოიდური გაცხიმება ხდება აგრეთვე გულის კუნთში, განივზოლებიან კუნთებში, ლვიძლის, თირკმელების და ფარისებრი ჯირკვლის ეპითელიუმში და ცენტრალი ნერვების სისტემის განგლიოზურ და გლიურ უჯრედებში. სწორედ ეს თავისებური ლიპოიდური გაცხიმება სხვადასხვა ტიპის უჯრედების რეტიკულო-ენდოთელარი სისტემის სახელების გარეშე M. N.-P-თვის დამახასიათებელია განსაკუთრებით გოშეს დაავადების (M. G.) საწინააღმდეგოდ, რომელიც აგრეთვე ელენთისა და ლვიძლის ძლიერი გადიდებით ხასიათდება, მაგრამ რომლის დროსაც პროცესი არის მხოლოდ სისხლშიადა ორგანოების ჰისტოციტურ აპარატში და რომლის დროსაც ავადმყოფები ათეული წლები ცოცხლობენ. შემდეგ ავტორები უთითებენ M. N.-P. დროს ელენთის გამოკვლევას, ნაწარმოებს Siegmund-ის მიერ (პირველი წლის განმავლობაში მომკვდარი ებრაელი გოგონა), Brahn-ის და Pick-ის მიერ (14 თვის ებრაელი გოგონა), Mac Fotes-ის მიერ (15 წლის ებრაელი გოგონა), აღნიშნავენ მათი მეთოდის დეჟექტებს, ხაზს უსვამენ წინააღმდეგობებს და ბუნდოვანობებს.

თვით ავტორების მიერ ქიმიურად გამოკვლეული ელენტა (წონა 200 გმ.) ეკვთვნის M. N.-P. ავადმყოფ. 20 თვის ებრაელ გოგონას, რომელიც გაკვეთა Smetana-მ ვენის პათოლოგიურ ინსტიტუტში, და რომელსაც ჰქონდა ძლიერ დიდი ლვიძლი (1140 გმ.) და Tay-Sachs'-ის ამოგრატიული იდიოტია.

მეთოდთა. ეთერში ხსნადი ლიპოიდების ფრაქცია მიღებულია Fränkel-ით, ეთერში ხსნადი ლიპოიდების, ეთერის აორთქლების შემდგომ დარჩენილ ნაშთში მყოფი აზოტის (N) განსაზღვრა გაკეთებული Kjeldal-Pregel-ის მიკრომეთოდით, ფოსფორის (Ph) Schaumann-Neumann-ით Gregersen-ის და Iversen-ის მოდითეაქციაში, ალკოჰოლში ხსნადი ლიპოიდების ფრაქცია Fränkel-ით, ალკოჰოლში ხსნადი ლიპოიდების გოგირდი (S) ალკოჰოლის



ორთქლების შემდეგ დარჩენილ ნაშთში Messing-ით, თავისუფალი ქოლესტერინი და ქოლესტერინესტერი Windaus-ით, დიგიტონინით დალევის მეთოდი მოდიფიკაციისა ქვემოთმცყვანილ ტაბულაში ნაჩვენებია გამოკვლეული ელემენტების წონა, მათში წყლისა და მშრალი ნაშთის რაოდენობა, ეთეროვანი ალკოჰოლური ფრაქციის წონა, საერთო რაოდენობა ცხიმისა და ცხიმის მაგარი ნივთიერებებისა.

ა ს ა ლ ა .	ელენთის წონა.	%ი რიცხვები გადაანგარიშებული 100 გმ. ელენტ.		%ი-ული ციფრები გადაანგარიშებული 100 გმ. მშრალ ფხენილზე.			
		მთლიან სუბსტ.	წყალი	ეთერის არა-ფხენილური ნაშთი.	ალკოჰოლის ეთეროვანი ნაშთი.	ალკოჰოლის და ეთერის არა-ფხენილური ნაშთი	მეორეული ნაშთი
1. M. N.-P. (Smetana'-ს შემთხვევა) Epstein und Lorenz 1930.	220 gm.	29.7	70.3	27.4	38.7	1,4 : 1	66.1
2. ძუძუმწ. ნორმალური ელენთები (5 ცალი ახალი) Epstein und Lorenz.	საშ. წონა 26 gm.	17.9	82.1	6.75	10.5	1,5 : 1	17.25
3. M. N.-P. Bloon Kern 1927.	—	23.3	76.7	32.3	36.5	1,1 : 1	68.8
4. M. G. (35 წლის ქალი) Epstein und Lieb 1924.	1880	—	—	6.7	34.95	5 : 1	41.65
5. Morbus Schüller-Christian. მაგარი გარსის სიმსივნური მასა. (26 წ. ვაჟი) Epstein und Lorenz. 1930	—	27.55	72.45	34.68	3.7	1 : 9.4	38.4

მოყვანილი ტაბულიდან განსაკუთრებით საყურადღებოა რაოდენობითი დამოკიდებულება ალკოჰოლური და ეთეროვანი ფრაქციისა ერთმეორესთან—ნორმალური და M. N.-P. ელენთაში დაახლოებით 1.5 : 1, ელენთაში M. G. დროს 5 : 1, სიმსივნის მაგარი მასაში Schüller-Christian'-ის დაავადების დროს 1 : 9.4.

ამას გარდა მოყვანილია კიდევ რამოდენიმე ვრცელი ტაბულა, რომლებიდანაც შემდეგი დასკვნები გამომდინარეობს.

ნორმალური ელენთები. ეთერში და ალკოჰოლში ხსნად ლიპოიდთა ფრაქციების ჯამი—17.25 გ. აქედან ეთერში ხსნადი—6.75, ალკოჰოლში ხსნადი 10.5; დამოკიდებულება ამ უკანასკნელის პირველთან—1.5 : 1. ეთერში ხსნადი ფრაქციის ფოსფორის რაოდენობა—0.063. რაც უდრის 1.66 გმ. ლეციტინს. ქოლესტერინი 0.907 გმ. რაოდენობითი დამოკიდებულება მთელი ქოლესტერინის ლეციტინთან—1 : 2. ქოლესტერინის ქოლესტერინესტერთან 2 : 1, ნეიტრალი ცხიმის რაოდენობა—4.153, ალკოჰოლში ხსნადი ფრაქციაში არის სულ ფოსფორი 0.17 გმ., ამაში 0.11 გმ. დიალიზუზუნარო ფოსფორია.

ელენთები M. N.-P. დროს. მდიდარია ეთერში და ალკოჰოლში ხსნადი ლიპოიდებით, რომელთა რაოდენობა სულ 66.1 გმ. პირველ შემთხვევაში და 188 გმ მეორე შემთხვევაში უდრის. აქედან ეთერში ხსნადი—27.4 გმ. 32,3 გმ., ალკოჰოლში ხსნადი—38.7 გმ. 36.5 გმ ალკოჰოლში ხსნადი ლიპოიდების ეთერში ხსნად ლიპოიდებთან რაოდენობითი დამოკიდებულება

—1,4:1 და 1.1:1. ეს დამოკიდებულება უჩვენებს M. N.-P. ელენთის ეთერში ხსნადი ლიპოიდებით, შედარებით ნორმულ ელენთებთან სიმდიდრეს. ეთერში ხსნადი ფრაქციის ფოსფორის რაოდენობა—0.5 gm. რაც უდრის 13.2 gm. ლეციტინისას. ამისდაგვარად M. N.-P. დროს ელენთათქმის 8 ჯგერ მეტ ლეციტინს შეიცავს, ვიდრე ნორმული ელენთა. ქოლესტერინი—1.41 gm. ე. ი. M. N.-P. დროს ელენთა 60%-ით უფრო მდიდარია ქოლესტერინით, ვიდრე ნორმალური ელენთა. ქოლესტერინისა და ქოლესტერინესტერის რაოდენობითი დამოკიდებულება—1:1. ნეიტრალი ცხიმის რაოდენობა 12.82. ალკოჰოლში ხსნადი ფრაქციის ფოსფორი—1.22 gm., რომლიდანაც 0.85 gm. დიალოზისუფარაა. ამისდაგვარად ელენთა M. N.-P. დროს ხასიათდება არაჩვეულებრივი დაგროვებით ფოსფატით ლეციტინისა (ეთერში ხსნადის) და აგრეთვე ალკოჰოლში ხსნადი ფოსფორისა.

ელენთაში M. G. დროს. ეთერში ხსნად და ალკოჰოლში ხსნადი ფრაქციების ჯამი—41.65 gm. აქედან ეთერში ხსნად ლიპოიდთა ფრაქცია 6.7 gm., ალკოჰოლში ხსნადი—34.95 gm. დამოკიდებულება მეორის პირველთან—5:1. ეთერში ხსნად ლიპოიდთა ფრაქციაში ფოსფორი ცოტა—0.055 gm., რაც უდრის ლეციტინის 1.46 gm. და რაც ნორმული ელენთის ლეციტინის შეცულობასთან ახლო დგას. ალკოჰოლში ხსნად ლიპოიდთა ფრაქციაში არის ფოსფორი სულ 0.266 gm. ეს რაოდენობა დაახლოვებით ერთი მესამედით მეტია ნორმულზე და 1.22%-ი მეტია M. N.-P. ელენთის ფოსფორის შეცულობაზე. ამას გარდა ალკოჰოლში ხსნადი ფრაქცია შეიცავს ცერებროზიდს კერაზინის დიდი რაოდენობით—10gm-მდე—ეს კერაზინი ნორმალურად გარეუე ცენტრალ ნერვების სისტემისა და საერთოდ ნერვების სუბსტანციისა არასდ არ არის.

მაგარი გარსის სიმსივნის მაგვარი ქსოვილი Schüller-Christian'-ის და ავადების დროს. არა ჩვეულებრივი სიმდიდრე ეთერში ხსნადი ლიპოიდებით (34.63 gm.), სიღარიბე ალკოჰოლში ხსნადი ლიპოიდებით 3.7 gm. დამახასიათებელია საერთო ქოლესტერინის დიდი რაოდენობა და ამავე დროს ქოლესტერინესტერების ფლობა. ქოლესტერინი: ლეციტინი=11:1 (ნორმულ ელენთაში 1:2, M. N.-P. ელენთაში 1:9), ქოლესტერინი: ქოლესტერინესტერი=1:4. 75 (ნორმულ ელენთაში 2:1, M. N.-P. ელენთაში 1:1).

M. N.-P. დროს ელენთაში ხდება რეტროულარული უჯრედების დიფუზური გაყდენთა ლიპოიდცხიმრეწვარით, რომელშიც ლეციტინი და სხვა ფოსფატიდები არა მხოლოდ რაოდენობით, არამედ დინამიურადაც ფლობენ: ეს გაყდენთა არის ინფელტრაციული ხასიათისა და ხდება დანარჩენ ორგანოებშიც. M. G. დროს, ამის საწინააღმდეგოდ, კერაზინის დაგროვება ხდება მარტო სისხლში და ჰისტოციტარ აპარატში და უჯრედები კერაზინს აქტიურად აგროვებს. ყველა ლიპოიდობების ადგილი აქვს ლიპოიდების და ცხიმების კომპლექსის დაგროვებას. მაგრამ თითოეული ტიპი ხასიათდება გარკვეული ლიპოიდის ფლობით, სახელდობრ: Niemann-Pick-ის ტიპის ფოსფატური ლიპოიდობი—ეთერში ხსნადი ლეციტინით და ალბათ დღემდე შეუსწავლელ ალკოჰოლში ხსნად ფოსფატიდით, Gaucher-ის ტიპის ცერებროზიდული ლიპოიდობი—ცერებროზიდ კერაზინით, Schüller-Christian-ის ტიპის ქოლესტერინული ლიპოიდობი—ქოლესტერინით და მისი ესტერი. ამათთან ახლოს დგას ამ შრომაში განუზილავი ქოლესტერინული ქსანთომატიზები, კანის ლორწოვანის და შინაგან ორგანოების, რომლებსაც ადგილი აქვს დიაბეტის და სიყვითლის დროს.

ვლ. ჟ-ტი.

### შინაგანი სნეულეზანი

Max. Einhorn. დიეტა ნალველას ბუშტის დაავადების დროს (Med. Welt, 1930, № 40). ავტორი წინააღმდეგია ნალველას ბუშტის დაავადების დროს მკაცრი დიეტეტური რეჟიმის (მაგ. აკრძალვა ნახშირწყლების, ცხიმების, ლიპოიდების, რომლებიც თითქმის აძლიერებს ხოლესტერინულ დიათეზს). განსაკუთრებით ლიპოიდების აკრძალვა საქმელიდან და ხოლესტერინის სრული გამორიცხვა ან მისი საგრძნობი განსაზღვრა, ავტორის აზრით სასიფათოა, ვინაიდან ეს ნივთიერება ითვლება სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ქსოვილების შემადგენელ ნაწილად (ნერვული ქსოვილი, ტვინი, ძვლის ტვინი ერთობლივებით, ლეველიტები, ელენთა, ნალველა). ამჟამად არ არსებობს ისეთი დიეტა, რომელიც დაიცავდა ადამიანს ნალველას ბუშტში ქვის წარმოშობისაგან. მკურნალობის მიზანი მხოლოდ იმაში გამოიხატება, რომ გაეაძლიერ-



ართ ნაღველას გამოყოფა. Whitteker და Bayden-ის დაკვირვებით, ცხიმები და კვერცხი ხელს უწყობს ნაღველას გამოყოფას და ამგვარად არ არის მართალი, რომ ისინი ჩავთვალთ მანებლად ნაღველას ბუშტის დაავადების დროს. Einhorn-ი დიეტეტური რეჟიმის მიხედვით არჩევს: 1. მწვავე დაავადების ნაღველას ბუშტისას და 2. ქრონიკულს—სიყვითლით და არა სიყვითლით. მწვავე დაავადების დროს (ბოლტეცტიტი კენჭოვანი ან არაკენჭოვანი) ნაჩვენებია თხელი მსუბუქი საჭმელები: რძე, ლორწოვანი ნახარშები, ხილულ იბის წვენი, ბულიონი კვერცხით, ჩაი და კაკაო ყოველ 2—3 საათში 250—350 კ. სანტ. რაოდენობით, როგორც კი მდგომარეობა გამოკეთდება, შეიძლება მიემატოს სხვადასხვა ბურღული, ნახშირი, ხილულობა, მონარშული მხალეული, მოგვიანებით შეიძლება დაემატოს კიდევ ნახი ხარისხის ხორცეული და შემწვარი კართაფილი. ქრონიკული დაავადების დროს სასურველია საჭმლის ხშირი მიღება, რომ ამით ხელი შეეუწყოს ნაღველას ბუშტის რაც შეიძლება ხშირ დაცლას. ყოველი მიღებული საჭმელი უნდა შეიცავდეს პრობიოტიკულად ცილებს, ცხიმებს და ნახშირწყლებს. უსათუოდ საჭიროა მორიდება ყოველგვარი ზედმეტი გაძლიერების, ტკბილულობის ჰარბად მიღების, მწვავე და ცხარე საჭმელების, ლუდის, ღვინის და ხორცეულობის. განსაკუთრებით ყურადღება უნდა მიექცეს კუჭ-ნაწლავის მოქმედებას (საჭიროა ყოველდღიური დაცალიერება ნაწლავებისა). სასარგებლოა დიდი რაოდენობით სითხის მიღება. სიყვითლის არ არსებობის დროს შეიძლება მიეცეს ყველა საკვები ნივთიერებები ძნელად მოსაწვლად გამომკლებით. სიყვითლის დროს ცხიმების მოწვება ცუდად ხდება, რის გამოც ამ დროს მათი მიღება შეიძლება ძლიერ მცირე რაოდენობით და დიდს სიფრთხილით. დღე-ღამის განმავლობაში შეიძლება მიეცეს: 2,5 ლიტრი რძე, 100,0 პური, 100,0 ქერის ფქვილი, 100,0 შაქარი, ავადმყოფობის დასაწყისში შეიძლება ცოტადღეი ხილულობის და მხალეულობის მიმატება, უფრო მოგვიანებით ერთი ან ორი კვერცხი; ამავე დროს უნიშნავენ პრეპარატს კუჭქვეშა ჯირკვლისა (პანკრეატინი), რომელიც ხელს უწყობს მინელებით პროცესს და ამგვარად გვადლევს საშუალებას გავაძლიეროთ დიეტა.

გ. ადამია.

Wyckoff E. F. D. და Bois, O, Woodrutt. დიგიტალისის თერაპიული დიეტეტული ფილტვის ანთების დროს. (A. M. A. Oct. 25, 1930—Uol: 95, № 17)

დიგიტალისი ითვლება სიცოცხლის დამცველ საშუალებად კრუბოზული ანთების დროს, რის გამოც მას უნიშნავენ ყველა ფილტვის ანთებიაწებს. ავტორებმა სცადეს დიგიტალისის მოქმედება ფილტვის ანთების 835 შემთხვევაში. ეს ავადმყოფები იყოფებოდნენ ორ სრულიად თანასწორ ჯგუფად, შემთხვევის სიმძიმის, ხასიათის, ტიპის და დაავადების დროის და ადგილის მიხედვით—ორი წლის განმავლობაში 1927-დან 1929-დღე. ავადმყოფები გამოკვლეული იქნენ ჩვეულებრივი, კლინიკური და ლაბორატორიული მეთოდით. იზომებოდა სიცხე, მავა, სუნთქვა, სისხლის წნევა, კეთდებოდა შარდის ანალიზი, სისხლი RW-ზე, ხშირად ირკვეოდა მორფოლოგიური და ქიმიური შემადგენლობა სისხლისა. ყველა 835 ავადმყოფს გაუკეთდა ელექტროკარდიოგრაფია. დიგიტალისი იზმარებოდა სამი სტანდარტული პრეპარატის სახით—66-დან 100-მიღგ. მომქმედი ძალით, რომლის ექვივალენტი უდრიდა ერთი კატის ერთეულს. სიკვდილობა ფილტვის ანთების დროს უდიგიტალისოდ იყო 1-წელიწადში 34,5%, 2-წელიწადში 32,9% დიგიტალისით 1-წელიწადში 42,4%, 2 წელიწადში 40,6%. საშუალოდ სიკვდილობა დიგიტალისის ხმარების დროს მეტია 7,7%-ით. განსხვავება 1-ლ და 2-წელიწადში დამოკიდებულია, როგორც სნანს, დიგიტალისის დოზის შემცირებაზე მე-2 ე წელიწადში. სქესის მიხედვით: მამაკაცები 34,5%, ქალები 27,7% უდიგიტალისოდ, ხოლო 41,8%-მამაკაცები და 38,5%-ქალები დიგიტალისით. ასაკის მიხედვით 10—50 წლამდე და უფრო მეტი უდიგიტალისოდ 16%—24,5%—40,4%—50% და დიგიტალისით 26,0%—32,9%, 44,4%—50%. ფილტვის ანთების დროს, თუ ავრიკულარული ფიბრილაცია იყო: უდიგიტალისოდ 52,9%, დიგიტალისით 87,5%. გართულებების დროს (ემპიემა ენდოკარდიტი, პერიკარდიტი, ართრიტი, მენინგიტი) უდიგიტალისოდ პნემოკოკური გართულებებისას 58,3%, დიგიტალისით 70,4%. სხვა გართულებების დროს: უდიგიტალისოდ 32,1%, დიგიტალისით 38,9%. სისხლის ნათესის დადებითი შედეგის დროს: უდიგიტალისოდ 79,6%, დიგიტალისით 79,2%. სისხლის ნათესის უარყოფითი შედეგის დროს უდიგიტალისოდ



20,2%, დიგიტალისით 34,5%. სიკვდილობა იცვლებოდა აგრეთვე დიგიტალისის ამოთქმის პრეპარატის ხმარების მიხედვით, ამგვარად—პრეპარატი «B» იძლეოდა 47,2%, პრეპარატი «A» 36,7%, პრეპარატი «S» 37,7%, უდიგიტალისოდ კი 33,7%.

გ. აღამია

William D. Prezd. გული ორსულობის დროს (A. M. A. 95 № 20 15/XI-30).

რა უნდა ვერჩიოთ გულით დაავადებულ ქალს, რომელსაც სურს დაქორწილდეს, ამოკლებს თუ არა გულის ავადმყოფობა სიცოცხლეს ორსულობის დროს? ორსულობის დროს საერთოდ სისხლის მოცულობა მატულობს, ელენთა იკუმშება. სისხლის მოცულობა წუთში დიდდება 44%, თანდათანობით საშვილოსნოს მომატება ადიდებს მუცლის ღრუში წნევას და ამით აადვილებს ტალღას ვენოზური სისხლისას გულისაკენ. სტატისტიკური ცნობების მიხედვით, ავტორი აღნიშნავს, რომ სიცოცხლის ხანგრძლივობა გულის დაავადების დროს გათხოვილი ქალისა საშუალოდ უდრის 42,4 წელიწადს, გაუთხოვარის 47,2 წელს. სხვადასხვა ცნობების მიხედვით, სიკვდილობა გულით ავადმყოფებში, როგორც ორსულობას, ისე მშობიარობის დროს, აღწევს 5 10%, 90% და უფრო მეტიც იტანენ ორსულობას კარგად. ბოლოს ავტორი მიდის იმ დასკვნამდე, რომ სიკვდილობა ვითარდება უფრო სწრაფად ბუნებრივი განვითარების გამო, ვიდრე მშობიარობისაგან. ეს ფაქტები აუცილებელი უნდა იქნეს მიღებული მხედველობაში, როდესაც გულით დაავადებული ქალი გათხოვთ რჩევა-დარიგებას გათხოვებისა და ორსულობის შესახებ.

გ. აღამია.

S. Szerb. ნადვლის ბუშტის კენჭების მკურნალობა. ავტორი თავის ახალ მონოგრაფიაში (ბუდაპეშტი 1930) აღნიშნავს ხოლესტერინემიის მნიშვნელობას კენჭების შექმნაში. ეს აზრი ფრანგულმა სკოლამ დიდი ხანია მიიღო, მაგრამ უტყობოთში მეტი ყურადღებით ისინი ებნენ ბილარულ სტაზს და ინფექციას. ტკივილების გაჩენაში ანთება მთავარ როლს თამაშობს, მაგრამ არსებობს შემთხვევები, სადაც კენჭები მრავალი თვეების და წლების და თითქმის მთელი სიცოცხლის განმავლობაშიც სრულიად შეუმჩნეველი რჩება და მხოლოდ გაკვეთისას აღმოჩნდება. როდესაც შეტევები არ ემორჩილება მორფიუმს და ანტისპაზმოლიურ საშუალებებს ავტორი გვირჩევს მივმართოთ პარავერტებრალურ ანესთეზიურ ინექციებს.

დიეტეტიური თვალსაზრისით, ხორცეული საჭმელი დასაშვებია მხოლოდ დღეში ერთხელ. სრული სიმწიდე და დასვენება აუცილებელი პირობაა კარგი წამლობისათვის. ბალნეოლოგიურ მკურნალობას ვიშისა და კარლსბადში—ეს თვისებები ახასიათებს მათს საკუთარ მკურნალობით თვისებებს გარდა. გარდა ამისა, ავტორი აძლევდა თავის ავადმყოფებს 200.0—300.0 ზეთის ჩილის ზეთს ზედი ზედ ორი დღის განმავლობაში და იმავე დროს ღებინების რეფლექსის შესაჩერებლად აძლევდა წვეთობით კონიაკს.

ქირურგიული ჩარევა უკანასკნელ საფეხურს წარმოადგენს თერაპიული წამლობის სრული უშედეგობის შემთხვევაში.

გ. შუბლაძე.

Калитовский Е. Ф. К вопросу о физиотерапевтическом лечении гипертоников вообще и в Кисловодске в частности (Врач. дело №№ 17 и 18. 1930.)

საკმაოდ დიდ მასალაზე ავტორს მოუხდენია დაკვირვება, რამდენად ესა თუ ის ფიზიოთერაპიული ფაქტორი მოქმედებს სხვადასხვა სახის ჰიპერტონიაზე კისლოვოდსკოში. ავტორი თავისი მასალის მიხედვით (553 შემთხვევა) მიდის შემდეგ დასკვნამდე. მთელი რიგი სანიტარულ-კურორატული ფაქტორები კისლოვოდსკოში მოქმედობენ ჰიპერტონიის არა მუდმივ ფორმაზე სწვევენ სისხლის წნევას. რაც შეეხება ჰიპერტონიით დაავადებულთ მალალი ციფრებით და მუდმივი ფორმით—მათზე ნარზანის აბაზანა, რომელიც მნიშვნელოვან ქანობას იწვევს სისხლის



წნევისას—წინააღმდეგ ნაჩვენებია. ჰიპერტონიის ამ ფორმით დაავადებულლებზე სისხლის წნევის დაქვეითება არ გამოიწვია სხვადასხვა თერაპიული და ფიზიოთერაპიული ფაქტორების გამოყენებამ. ხოლო რაც შეეხება საერთო დიათერმის, ავტორის აზრით, ძალიან კარგი ფიზიოთერაპიული საშუალებაა, ვინაიდან იწვევს საგრძნობ დაქვეითებას სისხლის წნევისას მუდმივი და მაღალი ჰიპერტონიის დროს და საშუალებას აძლევს ექიმს კისლოვოდესკო ამგვარი ავადმყოფის მკურნალობის ბოლოს დაუნიშნოს ავადმყოფს მცირე კურსი ნარჩანის აბაზანებისა, რასაც ასე დაუნიშნებთ მოითხოვს კისლოვოდესკო მისული ავადმყოფი.

რ. ც.

**Levin. ავთვისებიანი ლიმფომა (Hodgkin-ის სნეულება) და ლიმფოსარკომა.**  
(I of t. Amer. med. Assoc. 7 თებ. 1931 წ.)

ავთვისებიანი ლიმფომის და ლიმფოსარკომის 500 შემთხვევის კლინიკური და პათოლოგ-ანატომიური შესწავლის შემდეგ ავტორი დაასკვნის, რომ ეს ორი სნეულება სრულიად იდენტურია და ერთსა და იმავე ავთვისებიან სიმსივნეთა ჯგუფს ეკუთვნის; იგი მხოლოდ ორი ფაზა ერთისა და იმავე პროცესისა და შეიძლება, რომ აქ ორი სნეულებისათვის დამახასიათებელი დაზიანებანი ერთსა და იმავე ავადმყოფზე და ერთსა და იმავე პრეპარატზედაც დაეინახოთ. ავთვისებიან ლიმფომას ანუ ლიმფოსარკომას წინ უძღვის ხოლმე ანთებითი ადენიტი. კისრის ცალმხრევი ადენოპათიების შემთხვევათა 50% ამ ავადმყოფობის დასაწყისი სტადია იყო; შემდეგში ეს პროცესი მთელ ორგანიზმზე ვრცელდებოდა; ამიტომ ამისთანა შემთხვევებში მთელი ლიმფოიდური ქსოვილის ავთვისებიანობა თავიდანვე გათვალისწინებული უნდა გვექნდეს. დაავადების ამ პერიოდში ნაჩვენებია რენტგენოთერაპია, რომლის მეთოდები კირჩხიბის თერაპიის მეთოდებს წააგავს (მაგალ. ტუძუს კირჩხიბის). სწამლობენ არა მარტო დაავადებულ ჯირკვლებს, არამედ წინასწარი წესით იმ ჯირკვლებსაც, რომელიც შეიძლება მომავალში დაავადდეს. ავტორის აზრით, დროული დიაგნოზის შემწევობით აღნიშნული წესის გამოყენება შესამჩნევად ახანგრძლივებს სიცოცხლეს.

ვ. შუბლაძე.

**Erling Skonge—ფილტვის ტუბერკულოზიანთა დისპეპსიური აშლილობანი (Norsk Magasin for loegewidenkapen, სექტემბერი, 1931).** ავტორმა შესწავლა 102 სხვადასხვა სტადიაში მყოფ ტუბერკულოზიან ავადმყოფთა კუჭის სეკრეცია საცდელი საუბნის შემდეგ. განვითარების დასაწყისში აღინიშნებოდა Hyperaciditas; უფრო მოგვიანებით, სტადიებში იგი Hypoaciditas-ში გადადიოდა. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ჰისტამინის ცდა ასწორებდა მკვასს ასეთ დაქვეითებას. ის შემთხვევები კი, სადაც ჰისტამინის შესაბუნება არ მოქმედებდა, სხვა დამატებითი დაზიანებით აიხსნებოდა, მაგალ. ალკოჰოლიზმით, კანცერით და კუჭის სიფილისით. კლინიკურად ტუბერკულოზიანთა დისპეპსიის დასაწყისი სიმპტომი, მადრს დაკარგვა, არა უნდა იყოს დამოკიდებული კუჭში მყოფ მკვასსაგან.

კუჭის ეს აშლილობა უფრო ხშირია ექსუდატიური ტუბერკულოზის დროს, ვიდრე ფიბროზული ტუბერკულოზის დროს, ნელნელა მატულობს ავადმყოფობის განვითარებასთან ერთად და არას დროს არ იწვევს კუჭის ლორწოვანის ღრმა ცვლილებებს.

ვ. შუბლაძე.

**Аккерман В. В. „Колебания в содержании Са и К в сыворотке крови у астматиков“**  
Врач. д. № 18 1930 г.

ავტორს მოუხდენია კლინიკური დაკვირვება 42 ბრონქიალური ასთმით დაავადებულ ავადმყოფზე იმ მიმართულებით, რომ გამოერკვია, თუ როგორ ცვლილებას განიცდის ელექტროლიტები (Са, К) ამ ავადმყოფთა სისხლში, როგორც რაოდენობის ისე კოეფიციენტის მხრივ. ამ მიზნით გამოკვლეული იყო ზოგიერთი ავადმყოფი, როგორც შეტევის პერიოდში, ისე შეტევის

გარეშე, საერთოდ იკვლევოდა სისხლი და ვეგეტატიური ნერვული სისტემა. ავტორის გამოკვლევით Ca აბსოლუტური რაოდენობა ავად. სისხლის შრატში დაკლებულია, როგორც შტეტევის გარეშე, ისე შტეტევის დროს, პირიქით K-ის რაოდენობა კი მომატებულია ორივე პირობებში. K/Ca-ის კოეფიციენტი შეცვლილია, მაგრამ შეცვლა უფრო გამოხატულია ასთმის შეტევის მომენტში (კოეფიციენტის შეტევის გარეშე მომატება 18 შემთხვევა და 26 შემთხვევა შეტევის დროს).

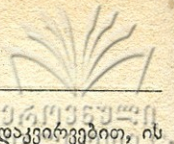
ავტორი ანაწილებს თავის მასალას 3 ჯგუფად და მიდის შემდეგ დასკვნამდე: Ca და K-ის აბსოლუტური რაოდენობა ბრონქ. ასთმით დაავადებულთა სისხლის შრატში ცვალებადობას განიცდის, როგორც შეტევის დროს, ისე შეტევის გარეშე, სახელდობრ, მატულობს K და კლებულობს Ca. შეტევის დროს ეს ცვლილებები უფრო გამოხატულია. ბრონქ. ასთმით დაავადებულნი, ავტორის აზრით, შეიძლება გაიყოს სამ კატეგორიად: I კატ., რომელშიაც შედიან ავადმყოფები მომატებული კოეფიციენტით (K/Ca) შეტევის დროს და რომელთა საერთო ალერგია სთან (ეოზინოფილია, ვაგოტონია) აღინიშნება ნორმალური ფილტვები: II კატეგ., სადაც K/Ca კოეფიციენტი მცირედ არის შეცვლილი შეტევის დროს და საერთოდ; ფილტვებში აღინიშნება ცვლილებები ქრონიკული პერიბრონქიტების და ემფიზემის სახით და საერთო ალერგიული მოვლენები არ არის გამოხატული. მე-III კატეგორიაში შედიან ისეთი ავადმყოფები, რომელთა სისხლში აღინიშნული ელექტროლიტების ცვალებადობა დამოკიდებულია შეტევისაგან და რომელთა შორის აღინიშნება ვაგოტონია, ეოზინოფილია და ამავე დროს ქრონიკული მოვლენები ფილტვებში. ამ რიგად შეიძლება, ავტორის აზრით, გარჩევა ასთმის სამი ფორმის: 1) საერთო ალერგიული, 2) ადგილობრივი ალერგიული და 3) შერეული ფორმა.

ი. ც.

### ბავშვთა სნეულებანი

A. Calmette. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო წინასწარი ვაქცინაცია BCG საშუალებით („Presse Médicale“. 1930. № 60).

1922 წლ. საფრანგეთში არსებობს ახალშობილთა ბავშვების აცრა BCG საშუალებით (B-ბაცილი, C-კალმეტ, G-გერენის). BCG არის კოჩის ჩხირი სპეციალური მეთოდის საშუალებით ვირულენტობას მოკლებული. 1930 წლამდის საფრანგეთში ამ საშუალებით აუცრიათ 256.000 ახალშობილი ბავში. იმ ბავშვების ჯგუფში, რომელზედაც არ უწარმოებიათ აცრა BCG სიკვდილობა უდრის 16%, რომელზედაც უწარმოებიათ — 3%. იგივე შედეგები მიუღიათ შევციაში: 1347 ბავში აუცრიათ BCG და 3622 არ აუცრიათ; პირველ ჯგუფში სიკვდილობა უდრის 1,8% მეორეში 7,1%. რუმინეთშიც პროფ. კანტაკუხენს და მის თანამშრომლებს იგივე შედეგები მიუღიათ: 1930 წლამდე მათ აუცრიათ 45.000 ახალშობილი ბავში. აბსოლუტური უვნებლობა. სიკვდილობა აცრილ ბავშვთა შორის, რომელნიც ავადმყოფ მშობლებთან ცხოვრობენ უდრის 1,3%, იმ დროს როდესაც აუცრელ ბავშვებში — 25%. კალმეტი აღინიშნავს, რომ BCG რჩება არა ვირულენტური და არ სცვლის თავის თვისებებს, იგი გატარდება ხოლმე ახალშობილი ბავშვის ნაწლავების საშუალებით მუცლის ღრუს ჯირკვლებში (ახალშობილის ნაწლავებს თვისება აქვთ გაატარონ მიკრობები, ანტიტოქსინები, რაც დაამტკიცეს დიხეს, ვეიგერტის, ვეილარის, რამონის შრომებმა და უბედურმა შემთხვევამ ლიუბეკში): BCG აცრა წარმოებს per os. BCG აცრის შემდეგ ხშირად კანის რეაქცია უარყოფითია, რაც ზოგიერთი ავტორების აზრით გვიჩვენებს, რომ BCG არ გამოუწვევია ალერგიული მდგომარეობა. კალმეტი გამოსთქვამს შემდეგ აზრს, რომ ტუბერკულინით გამოწვეული კანის რეაქცია მაშინ არის დადებითი, როდესაც სხეული დაავადებულია ტუბერკულოზით, ე. ი. როდესაც ტუბერკულინის ჩხირი შექმნის სიმბიოზს უჯრედებთან ფილიკულური ან ელემენტარული ტუბერკულოზის სახით. სადაც ფოლიკული არ არის, იქ კანის რეაქცია უარყოფითია. შესაძლებელია მართლ „პარაზიტისმი“. ეს უბრალო „პარაზიტისმი“ ჰქმნის იმუნიტეტს. და ეს იმუნიტეტი სხეულში არის, ვიდრე კოჩის ჩხირები არ იქმნებიან განადგურებულნი. BCG აცრის დროს იშვიათად ვითარდება ტუბერკულოზი. მასასადმე არ არის კორელაცია იმუნიტეტის და ალერგიის შორის. ჯერ — ჯერობით არ არის



ცნობილი BCG საშუალებით შექმნილი იმუნიტეტის ხანგრძლივობა. ავტორის დაკვირვებით, ის გასტანს პირველ ბავშობის ხანას, მაგრამ შესაძლებელია განმეორებითი აცრა კან-ქვეშ შეყვანით 3, 7 და 15 წელს.

პროფ. მ. უგრელიძე.

B. Weil-Hallé. ტუბერკულოზის საწინაღმდეგო აცრა BCG კან-ქვეშ შესაბუნებით („Pr. Méd.“ 1928. № 46).

BCG საშუალებით აცრა შეგიძლია ვაწარმოვოთ კან-ქვეშ შესაბუნებით ბავშვებზე, რომელნიც ათ დღეზე მეტის არიან და რომელთაც ჰყავთ ტუბერკულოზით დავალებული მშობლები და 10 დღის წინ ვერ მოასწრეს აცრა, მომვლელებზე ტუბერკულოზურ განყოფილებაში და იმ მოზრდილ მოსახლეობაზე, რომელნიც ცხოვრობენ ქვეყნებში, სადაც არ არსებობს ტუბერკულოზური ინფექცია.

BCG აცრის წინ უნდა დავრწმუნდეთ, რომ ინდივიდუმი საღია ტუბერკულოზური ინფექციიდან. Pirquet-ს რეაქცია უარყოფითი. დოზა შესაბუნებისათვის უნდა უდრიდეს 1/50 mgr. დაახლოებით 800,000 კოხის ჩხირი. აცრილი უნდა იყოს მოზრდებული ინფექციურ კერას 4 კვირით, მანამ არ გამოიშუშავდება იმუნიტეტი.

პროფ. მ. უგრელიძე.

I. Heimbeck. ტუბერკულოზის საწინაღმდეგო აცრა BCG შესაბუნებით კან-ქვეშ ულვეკლის საავადმყოფოს საფერშლო სკოლის მოწაფეების ქ. ოსლოში (ნორვეგია) („Presse Méd.“ 1929 № 86).

ოსლოს საავადმყოფოს ტუბერკულოზურ განყოფილებაში ავტორს შეუზღინებია, რომ ის მოწაფეები, რომელნიც მუშაობენ განყოფილებაში და რომელთაც აქვთ Pirquet-ს რეაქცია უარყოფითი, ადვილად ხდებიან ავად ტუბერკულოზით, ისინი კი, რომელთაც Pirquet-ს რეაქცია დადებითი აქვთ, იშვიათად. მასასადგმე მათ აქვთ იმუნიტეტი. BCG კან-ქვეშ შესაბუნება იწვევს ჩქარა (1-2 თვეზე) იმუნიტეტს. 1927 წლიდან ავტორს უწარმოებია მოწაფეების აცრა BCG. 3 წლის განმავლობაში აუცრია 196 მოწაფე, რომელთაც Pirquet-ს რეაქცია უარყოფითი ჰქონიათ, 34 არ დასთანხმებია აცრას, 126 ჰქონია Pirquet-ს რეაქცია დადებითი. აცრილებში მხოლოდ 3 გამხდარა ავად პლევრიტის იოლი ფორმით, რაც შეადგენს 2,2%; 34 კი რომელთაც ჰქონდათ Pirquet უარყოფითი და არ აცრილან, 14 გამხდარა ავად ტუბერკულოზით, რაც შეადგენს 41,2%.

ამავე დროს ავტორი აღნიშნავს, რომ აცრა არ იწვევს არავითარ უსიამოვნო მოვლენას

პროფ. მ. უგრელიძე.

Prof. A. Calmette. ლიუბეკის კატასტროფის ეპილოგი (Pr. Méd № 2, 1931).

ქალაქ ლიუბეკში 1930 წლის თებერვალს მოხდა კატასტროფა: აცრილ იქმნა BCG-ით 249 ბავშვი რომელთაგან 67 გარდაიცვალა, 108 ტუბერკულოზით ავად არის და გადარჩა 72. (ბრუნო ლანგეს მიერ გამოქვეყნებული ცნობები დეკემბრის 1930 წელს). ამან საშინელი აღელვება გამოიწვია მეცნიერთა წრეებში და საზოგადოებაში, როგორც გერმანიაში, ისე სხვა ქვეყნებში. მთავრობის მიერ მაშინათვე დანიშნული იყო კომისია, რომელშიაც შედიოდნენ გამოჩენილი გერმანელი მეცნიერნი პროფ. ლიუდვიგ ლანგე, ბრუნო ლანგე, პროფ. ნოიფელდი და სხვ. ამ კომისიამ გამოაკვლია, რომ საშინელი დაუდევრობის გამო ვირულენტური კულტურა ტუბერკულოზის ჩხირებისა ადამიანის ტიპის (BCG არის ცხოველების ტიპის), რომელსაც ლაბორატორიაში ხმარობდნენ სხვა მიზნისათვის, შეცდომით BCG-ს შეურთეს, როდესაც ემუხსიას ამზადებდნენ. გადარჩნენ ის ბავშვები, რომელთაც შეზვდათ ნაკლებად ვირულენტული ჩხირები. ავტორით ლიუბეკის ეს კატასტროფა გვიკარნახებს დიდ სიფრთხილეს BCG მიმართ; უნდა იყოს სპეციალური ოთახები, სადაც აწარმოებენ სხვადასხვა მანიპულაციას BCG-ზე, საკუთარი ინსტრუმენტები, შუშეულობა და სხვ..

პროფ. მ. უგრელიძე.

E. Ias. შემთხვევა ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანი BCG კანქვეშე შეშხაპუნების შემდეგ (Arch. de Méd. des Enfants. 1931 № 3).

ავტორი აღწერს ერთ შემთხვევას, როდესაც BCG-ით აცრის შემდეგ ბავშვი გარდაიცვალა მილიარული ტუბერკულოზის გამო. ეს იყო 13 თვის ბავშვი, ჰიპოტროფიკი, დაავადებული რახიტით, პიოდერმიტით. მანტუს რეაქცია სამჯერ უარყოფითი აღმოჩნდა. ავტორით ეს მოხდა იმიტომ, რომ, მიუხედავად მანტუს რეაქციის განმეორებითი უარყოფითი შედეგისა, ბავშვი დაავადებული იყო ტუბერკულოზით ვიელ-პალეთი აცრა BCG კანქვეშე მითხვს კონის ჩხირებისაგან სრულიად თავისუფალ ორგანიზმს.

პროფ. მ. უგრელიძე.

### თვალის სნეულეზანი.

prof. Igercheimer u. E. Bodenheimer. შებრუნებითი ტიფის გავლენის შესწავლა ექსპერიმენტალურად თვალზე (Архив Офтальмологии т. V № 4).

ქსპერიმენტული ცდები თვალზე შებრუნებითი ტიფის სპიროხეტების გავლენის შესახებ პირველად 1929 წ. პროფ. Igercheimer-ს და E. Bodenheimer-ს მოუხდინა. თვალის დაავადება ამ ინფექციის ნიადაგზე კი იშვიათი არ არის. პროკოპენკოს მოჰყავს 310 შემთხვევა შებრუნებითი ტიფით თვალის დაავადებისა, ფილიპოვას — 304 შემთხვევა, გულნაზარიანს — 1070 შემთხვევა, პრეობრაჟენსკის — 1927 შემთხვევა. ავტორები მიზნად ისახევენ ქსოვილში არსებული სპიროხეტის (სიფილისი) სისხლის სპიროხეტასთან (recurrens) ექსპერიმენტურად შედარებას. ცნობილია, რომ შებრუნებითი ტიფი ადამიანის თვალში უმეტეს შემთხვევაში სისხლ-ძარღვოვან გარსის ნაწილებს უფრო აზიანებს, რომელიც ფერადი გარსის, ცილარული სხეულის და chorioideae-ს ანთებითი მოვლენებში გამოიხატება. იშვიათად გვხვდება პაპილიტი. რაც შეეხება რქოვანას დაზიანებას, ის კიდევ უფრო იშვიათია. ეს დაავადება თვალზე, უმეტეს შემთხვევაში, უკანასკნელი შეტევის 1-2 თვის შემდეგ იჩენს თავს და ერთ-რომელიმე მხარეზე. ყოფილა აგრეთვე შემთხვევა, როდესაც თერაპიის მიზნით შეშხაპუნებულ ვირუსს შეტევის ან უკანასკნელი სიცხის აწვევის დროს ფერადი გარსის ანთება გამოუწვევია. ავადმყოფობა 2-3 თვე გრძელდება. პროგნოზი კარგი თვალის დაზიანებულ ნაწილებში სპიროხეტები აღმოჩენილი არ ყოფილა. დებოლსკაია გამოსთქვამს აზრს, რომ თვალში ეს დაავადება გამოწვეულია ტოქსინებით, — თუმცა ამის დამამტკიცებელი საბუთები არ მოჰყავს.

ცდები მოხდენილი იყო შინაურ კურდღლებზე. დაკვირებისათვის ნახშიარი იყო შებრუნებითი ტიფის სპიროხეტების სხვადასხვა შტამი: 1) ადამიანისათვის პათოგენური აფრიკის შტამი (ჰამბურგის ტროპიკული ინსტიტუტი), 2) რუსული შტამი, 3) ერნანგენის შტამი, 4) ადამიანისთვის პათოგენური შტამი № 1 (ხელახლად აღზრდილი წინა საკნის ინფექციური სითხისაგან). ცდები მოხდენილი იყო: 1) წინა საკნის სითხეზე, 2) ფერად გარსზე, 3) ცილარული სხეულზე, 4) მინისებურ სხეულზე და საერთო საძილე არტერიაში შეშხაპუნებით.

წინა საკანში შებრუნებითი ტიფის ინფექციის შეყვანის დროს დადებითი შედეგი სხვადასხვანაირი იყო: ზოგ შემთხვევებში აცრისთანავე მიღებული იყო ძლიერი რეაქცია, რომელსაც თან მოჰყვებოდა ხანგრძლივი და ცვალებადი ინტენსივობის გალიზიანება; ზოგ შემთხვევაში ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ, რომლის განმავლობაშიც თითქმის გალიზიანებას არ ჰქონია ადგილი, იწყებოდა პათოლოგიური მოვლენები თვალზე.

ფერადი გარსის ინექცია ან რეაქციას არ იძლეოდა, ან უმნიშვნელო გალიზიანებას იწვევდა, რომელიც მალე ქრებოდა. ცილარულ სხეულში Szilly-ს მეთოდით შეყვანილ herpes-virus-მა სამი შემთხვევიდან ორ შემთხვევაში თვალის ძლიერი გალიზიანება გამოიწვია, რომელმაც მალე გაიარა და ერთ შემთხვევაში სრულებით უშედეგოდ ჩაიარა. მინისებრ სხეულში სამ შემთხვევაში იყო შეყვანილი ინფექცია და სამივე შემთხვევაში რამოდენიმე ხნის შემდეგ აღნიშნული იყო ფერადი გარსის ჰიპერემია და მათგან ორ შემთხვევაში იმავე დროს პარენქიმალური პროცესიც რქოვანა გარსში. საძილე არტერიაში ვირუსის შეყვანა თვალზე გავლენას არ ახდენდა.



მაგალითისათვის ავტორებს მთელი რიგი საცდელი შინაური კურდღლები მიჰყავთ, რომელთა რქოვანაში, განურჩევლად რომელიმე მისი შრისა, აუარებელი სპიროვნებები უნახავთ მიკროსკოპით (რქოვანა გასინჯულია ენუკლეაციის შემდეგ), წინა საკანში ცდების შემდეგ, ყოველთვის რქოვანას დაავადებას ღებულობდნენ, რომელიც ძალიან წააგავდა სიფილისურ პარენსი-მიტანულ კერტიცის იმ განსხვავებით რომ რეკურენსის სპიროვნებებით ინფექციის დროს რქოვანა გარსი არ იყო მთლიანად ისე დიფუზურად შემღვრეული, როგორც ამას ექსპერიმენტების დროს მკრთალი სპიროვნება იძლევა. ამას გარდა ყურადღებას იპყრობს ის გარემოება, რომ ობერმაიერის სპიროვნებით დაავადებული რქოვანა უფრო მალე განიცდის სრულ რეგენერაციას, ვიდრე მკრთალი სპიროვნების დროს.

ავტორით შესაძლებელია ეს აიხსნებოდეს იმ გარემოებით, რომ ობერმაიერის სპიროვნება უფრო ნაკლებად პათოგენურია კურდღლისათვის, ვიდრე (მთელი) ფერადი გარსი და საერთოდ უვეალური ტრაქტის წინა ნაწილი შებრუნებითი ტიფის ინფექციის დროს იშვიათად ღებულობს დაავადებაში მონაწილეობას, რაც ერთგვარ დისპარმონიას ბადებს ადამიანსა და ბაქტერზე დაკვირვებათა შორის. ამას გარდა ავტორები აღნიშნავენ რომ თვალის წინა საკანში ინფექციის შეყვანის ერთი თვის შემდეგ რქოვანა გაუსში, რომელიც ამ დროს პარეპიმატოზულ ანთებას განიცდიდა, აუარებელი სპიროვნებები იყო აღმოჩენილი; ან და შესაძლებელია, ამბობენ ავტორები, რქოვანა უცვლელი იყოს, მაგრამ მასში სპიროვნებები ბუდობდნენ და რამდენიმე თვის შემდეგ ავადმყოფობამ მოულოდნელად იჩინოს თავი. აქედან დასკვნა: შებრუნებითი ტიფის სპიროვნებები სიამოვნებით თავსდება რქოვანა გარსის ქსოვილში და შეუძლიათ რქოვანას დაუზიანებლად ძალიან დიდხანს იქ ცხოვრება. ამგვარად, რქოვანა გარსი რეკურენსის სპიროვნებებისათვის შეიძლება ჩაითვალოს ისეთივე თავშესაფარად, როგორც ტვიჩი მკრთალისათვის.

გაკეთებული იყო აგრეთვე ცდები ბაქტების თვალზე რეკურენსის ინფექციის მიმართ იმუნიტეტის შექმნის შესახებ (ერთი თვალის წინასწარი მომზადებით და რეინფექცია მეორესი) და აღმოჩნდა, რომ ყველა მეორადი ინფექცია გარდა ერთი შემთხვევისა უარყოფითი შედეგით დამთავრდა. პირველადი ინფექცია კი, პირიქით, ყოველთვის ძლიერ ანთებითს რეაქციას იწვევდა ფერად გარსში და რქოვანაში.

ნაცადი იყო აგრეთვე ცხოველების ვენის შიგნით, ავტორების მიერ, აღზრდილი რეკურენსის სპიროვნებების იმავე ცხოველების თვალში შეყვანა და აღმოჩნდა, რომ 6 შემთხვევიდან 2 შემთხვევაში დიდხანს თვალზე რეაქცია იყო უარყოფითი, — 3 შემთხვევაში ძლიერ სუსტი რეაქცია იყო, ერთ შემთხვევაში 2 თვის შემდეგ მიღებული იყო პარეპიმატოზული კერატიტი ამ თვალის რქოვანაში სპიროვნებების არსებობა დამტკიცებული იყო მიკროსკოპით, — თვალის ამოღების შემდეგ.

წინააღმდეგ, საკონტროლო ცხოველების თვალში კი ეს შტამი 8—14 დღის შემდეგ იწვევდა ძლიერ ანთებითს რეაქციას.

ტ. ნიკოლაიშვილი.



1931 წლის ბოლოში სამკურნალო ფაკულტეტი დაამთავრა — 226 ექიმა, სტომატოლოგიური ფაკულტეტი კი — 100 ექიმა - სტომატოლოგმა.

ინტერესს არ არის მოკლებული, თუ რამდენი ექიმი გამოუშვა სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტმა და სამედიცინო ინსტიტუტმა დღიდან მათი დაარსებისა:

1	გამოშვება	22/23 წ.	68
2	"	23/24 "	129
3	"	24/25 "	112
4	"	25/26 "	82
5	"	26/27 "	82
6	"	27/28 "	94
7	"	28/29 "	115
8	30 წლის მაისში		105
9	30 წლის დეკემბერში		110
10	31 წლის მაისში		149
11	31 წლის დეკემბერში		326(ამათში 100 სტომატოლოგი)

ს უ ლ . . . . . 1372 ექიმი

ტფილისის სამედიცინო ინსტიტუტში ამჟამად ირიცხება სულ 1497 სტუდენტი, ამათში 1 კურსზეა—555 სტუდენტი, 2 კურსზე 402 სტუდენტი, 3 კურსზე—353 და 4 კურსზე—187.

სამედიცინო ინსტიტუტში 5 ფაკულტეტია:

- 1) სამკურნალო—პროფილაქტიკური
- 2) დედათა და ბავშვის დაცვის (გახსნილია 3 კურსი)
- 3) სტომატოლოგიური
- 4) სასანიტარო—პროფილაქტიკური (გახსნილია 2 კურსი)
- 5) ფარმაცევტული (გახსნილია 2 კურსი)

სამედიცინო ინსტიტუტის სასწავლო ნაწილის გამგედ დაინიშნა, ნაცვლად პროფ. ალ. ნათი შვილისა, რომელმაც ავადმყოფობის გამა განთავისუფლება ითხოვა, პროფ. ჯლ. ჟღენტი

ქალაქის საავადმყოფოსთან ტფილისში დაარსდა სამკურნალო—პროფილაქტიკური ფაკულტეტის განყოფილება (ე. წ. ГОЛЬНИЦА ВУЗ) პროფ ალ. შულუკაძის ინიციატივით, რომელიც დანიშნული იქნა ამ განყოფილების სასწავლო ნაწილის გამგედ.

ამ გაჩაფხულზე ქუთაისის ჯანმრთელობის განყოფილების ინიციატივით ქუთაისში მოეწყობა ექიმა განმეორებითი კურსები, სადაც წაკითხული იქნება რჩეული თავები შინაგან, ბავშვთა, ინფექციური და ტროპიკული სნეულებებიდან ტფილისიდან ჩასული პროფესორებისა და დოცენტების მიერ.





იაპონიაში 1930 წ. ირიცხებოდა სულ 48.804 ექიმი. ყოველ 10.000 კაცზე მოსახლეობისა მოდის 6,97 ექიმით. კბილის ექიმთა რიცხვი უდრის 15 573; ყოველ 10.000 კაცზე მოსახლეობისა მოდის მხოლოდ 2,31 კბილის ექიმი.

საფრანგეთში სიკვდილობა ტუბერკულოზისაგან უკანასკნელი 12 წლის განმავლობაში საგრძნობლად შემცირდა. თუ წინათ ყოველ 10.000 კაცზე მოსახლეობისა მოდიოდა 33,9 სიკვდილისა ამ სენისგან, ამჟამად მოდის უკვე 22,8. მიუხედავად ასეთი შემცირებისა სიკვდილობა საფრანგეთში ტუბერკულოზისაგან მაინც ძლიერ მაღალ დონეზეა.

ქ. ვენამ შეიძინა პროფ. ტანდლერის ინიციატივით 5 გრამი რადიუმი სამკურნალოდ. საინტერესოა, რომ ბერლინში სულ მხოლოდ  $\frac{1}{2}$  გრამი რადიუმი. ამავე დროს საფრანგეთს აქვს რადიუმის 51 გრამი, ინგლისს—42 გრამი. ქალაქებიდან კი ყველაზე მეტი რადიუმი აქვს ნიუ-ორკს — 13 გრამი და შემდეგ პარიზს 10 გრამი

ეგვიპტეში კირჩხიბი ათჯერ უფრო იშვიათია, ვიდრე ევროპაში. როგორც ამას აღნიშნავს პროფ. Schrupft-Piervon-ი საინტერესოა, რომ ეგვიპტეში ნიადაგი 15-17 ჯერ უფრო მეტს მაგნიუმის მარილებს შეიცავს, ვიდრე, მაგალითად, საფრანგეთის ნიადაგი. როგორც ცნობილია, მაგნიუმის მარილების მნიშვნელობაზე კირჩხიბის გავრცელების სიხშირეზე პირველად მიუთითა ცნობილმა დასტაქარმა პროფ. Debbet-მა (პარიზი).

ათინაში (საბერძნეთი) სამკურნალო ფაკულტეტზე დაარსებული იქნა ტუბერკულოზის კათედრა, რომლის გამგედ მოწვეული იქნა პროფ. Valtiv-ი, რომელიც მრავალი წელი მუშაობდა პარიზში პროფ. Camctte-თან (ბაქტერიოლოგიაში) და პროფ. L. Bemard-თან (ტუბერკულოზის კლინიკაში).

გარდაიცვალა გამოჩენილი ინგლისელი მეცნიერი David Bruce, რომელსაც აღმოაჩნდა მალტიის ცხელების გამომწვევი მიკრობი.

გარდაიცვალა აგრეთვე გამოჩენილი იაპონელი მეცნიერი ბაქტერიოლოგი Kitasato.



64/92

[4.]

၂၂

— 30



ပြည်ထောင်စု  
စာရိတ္တအဖွဲ့အစည်း