

1933

პროლეტარულ უფლება ქვეყნის, შიგნითა



გამოცემის წელი მეათე

თანამედროვე მედიცინა

(THANAMEDROVÉ MEDICINA)

ყოველთვიური სამკურნალო-სამეცნიერო ჟურნალი
ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

№ 9—10

ნოემბერი — დეკემბერი

მედიცინის ინსტიტუტის გამოსვლა
ტფილისი 1933 წ.

ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Ежемесячный научный медицинский журнал, орган Тифлисского
Государственного Медицинского Института.

№ № 9 — 10.

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

THANAMEDROVÉ MEDICINA

Journal Medical Géorgien

№ 9—10.

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

შ ი ნ ა ა რ ს ი

	83.
1. დოც. გეგეჭკორი. ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის თანამედროვე ამოცანები	1
2. ე. ჩიჯავაძე. ბახმაროს ჰავის ზეგავლენა ჰემოგლობინის და სისხლის წითელი ბურთულების რაოდენობა	14
3. ი. ინასარიძე. Vivocoll-ის გამოყენება პროსტატექტომიის დროს	27
4. მ. ჩაჩავა. Ileus verminosus-ის საკითხისათვის	36
5. არ. ახვლედიანი. შორისის ანესტეზიის ახალი მოდიფიკაცია	41
6. ა. ბერიძე და ი. საყვარელიძე. ლიმფური ჯირკვლების პუნქტატის გამორკვევა და მისი მნიშვნელობა	49
7. გელოვანი. ჩიყვიანობის მკურნალობა ზემო სვანეთში	56

მ ი მ ო ხ ი ლ ვ ა

8. დოც. ქავთარაძე. Babinski-ს ფენომენის მნიშვნელობა ნევროლოგიაში	66
--	----

დოც. ნ. ბ. გეგეჭკორი.

ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის თანამედროვე ამოცანები.¹⁾

შესავალი ლექცია.

ამხანაგებო! თანახმად სახელმწიფო სემედიცინო ინსტიტუტის საკვალიფიკაციო კომისიის დადგენილებისა სამედიცინო ინსტიტუტის დირექცია მავალებს სანიტარულ პროფილაქტიკურ ფაკულტეტზე ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის ხელმძღვანელობას. ვინაიდან ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის გახსნა სანიტარულ პროფილაქტიკურ ფაკულტეტზე განზრახულია მხოლოდ მომავალ ენკენისთვის, ამიტომ მიმდინარე სემესტრზე პროფ. ნიკო მახვილაძის წარდგენით დირექცია მავალებს დედათა და ბავშვთა ფაკულტეტის მე-4 კურსზე ამ კლინიკის წაკითხვას. მე დიდი სიამოვნებით მივიღე ეს წინადადება იმდენად, რამდენადაც თქვენ გავლილი გაქვთ შინაგან სნეულებათა კლინიკა მხოლოდ სამი სემესტრის განმავლობაში და ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის შესწავლა გააღრმავებს და შეავსებს თქვენს ცოდნას შინაგან თერაპიაში.

ყოველი აკადემიური მუშაკი თავის შესავალ ლექციის წაკითხვის დროს განიცდის მღელვარებას და ამ მღელვარებას განვიციდი მეც. არა იმიტომ, რომ პირველად მიხდება მეცნიერულ მოხსენების ან ლექციის წაკითხვა მეცნიერ მუშაკთა ან სტუდენტთა წინაშე, არამედ იმიტომ, რომ ვგრძნობთ იმ დიდ პასუხისმგებლობას, რომელსაც მავალებს საქართველოს ჯანმრთელობის კომისარიატი, სამედიცინო ინსტიტუტის დირექცია და ფაკულტეტის სტუდენტობა. ეს პასუხისმგებლობა კიდევ უფრო მძიმეა მით, რომ ჩვენ გვევალება მომავალი კადრების მომზადება იმ მეორე ხელმძღვანელისათვის, რომლის შესრულებაც მიზნად აქვს დასახული საკავშირო კომუნისტურ პარტიას და ჩვენი კავშირის ხელისუფლებას. არის კიდევ ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი გარემოება, რომელიც ჩემს მღელვარებას კიდევ უფრო აძლიერებს, ეს არის ის, რომ მე ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა შექვედრეობით არავისგან მიმიღია, არ გვაქვს კლინიკურ ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორია, საგამოკვლეო იარაღები, წიგნთსაცავი და სხვა ამგვარი. მაგრამ, ყველაფერი ეს არც კი-მაშინებს და დიდის იმედებით ვუყურებ მომავალს და ვფიქრობ, რომ სამედიცინო ინსტიტუტის დირექციის, ა/კ. რკ. გზის სამკურნალო სანიტარულ გან. და ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს დირექციის დახმარებით ჩვენ დავსძლევდ ჩვენს წინ გადაშლილ დაბრკოლებას და გავხსნით სათანადოდ მოწყობილ ინფექციურ სნეულებათა კლინიკას.

¹⁾ წაკითხულია 6/III 1933 წ.

შესავალ ლექციის წაკითხვის დროს ჩვეულებრივად აუდიტორია შეიცავს სამ შემადგენლობას: 1) გამოცდილი და დახელოვნებული ლექციების გადაცემაში: პროფესორები, დოცენტები და ასისტენტები; 2) სტუდენტები, რომლებიც პირველად ესწრებიან საგნის შესავალ ლექციას და 3) უცხო პირები, რომლებსაც აინტერესებს შესავალ ლექციის ფორმა და შინაარსი. ასეთი შემადგენლობისთვის კი შესავალი ლექციის წაკითხვა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს და მე ამ ამოცანის შესრულებას შევუდგები დიდის კრძალვითა და მორიდებით.

ზოგიერთი კლინიკისტის აზრით ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა არის ნაწილი შინაგან სნეულებათა კლინიკისა და ამისდამიხედვით წინათ უნივერსიტეტების სამკურნალო ფაკულტეტებზე ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა იკითხებოდა, როგორც არა სავალდებულო საგანი; მხოლოდ რუსეთის ერთ უმაღლეს სასწავლებელში — სამხედრო საექიმო აკადემიაში — იყო დაარსებული ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა ბაქტერიოლოგიით, 1894 წელს, ცნობილ კლინიკისტ სერგო პეტრეს ძე ბოტკინის ინიციატივით.

ამ კლინიკის პირველი ხელმძღვანელი იყო მისი შვილი სერგო სერგის ძე ბოტკინი. შემდეგ იყვნენ: ჩისტოვიჩი, იურევიჩი, ზლატოგოროვი და ესლა კი განაგებს მას ცნობილი ინფექციონისტი, პროფ. როზენბერგი.

როგორი მდგომარეობა იყო ჩვენში ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის სწავლების მხრივ? ჩვენს ყოფილ სამკურნალო ფაკულტეტზე ინფექციური სნეულებების შესახებ ცნობას სამკურნალო ფაკულტეტის სტუდენტები იძენდნენ ნაწილობრივად დიაგნოსტიკურ, კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის და პედიატრიის კათედრებიდან. მიუხედავად იმისა, რომ ტფილისში იყო ორი ინფექციური განყოფილება, ერთი ქალაქის პირველ საავადმყოფოში და მეორე რკინის გზის საავადმყოფოში, რომლის გამგედ გახდით მე რამდენიმე წლის განმავლობაში, ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა არ დაარსდა სხვა შინაგან სნეულ-კლინიკებთან ერთად და სტუდენტები ისე ამთავრებდნენ სამკურნალო ფაკულტეტს, რომ მათ არ ჰქონდათ ნახული ტიპური ინფექციური სნეულებანი. 1926 წ. პროფ. შალვა მიქელაძე იყო არჩეული სამკურნალო ფაკულტეტის მიერ კერძო პათოლოგიის და თერ. კლინიკის გამგედ და მასვე მიენდო ინფექციურ სნეულებების წაკითხვა; ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა კი მან დააარსა 1930 წელს ქალ. პირველ საავადმყოფოში 100 საწოლით და ამ მხრივ პროფ. შალვა მიქელაძეს აქვს დიდი დამსახურება ინფექციურ კლინიკის დაარსების წინაშე. ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა, ჩემის აზრით, არ არის ნაწილი შინაგან სნეულებათა კლინიკისა, ის არის იგივე შინაგან სნეულებათა კლინიკა და, თუ გნებავთ, შინაგან სნეულებათა კლინიკის დასაწყისი. შინაგანი სნეულებების შესწავლის დროს ჩვენ ვხედავთ, რომ თითქმის ყველა უმრავლეს შემთხვევაში შინაგანი ორგანოების დაავადება წარმოიშობა წარსულში ვადატანილ ინფექციებიდან. ასე მაგ., რა ორგანოც არ უნდა ავიღოთ, იქნება ეს გული, სისხლის მიმოქცევის ძარღვები, ფილტვი, ღვიძლი, კუჭ-ნაწლავი, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები და სხვა, თითქმის დიდ უმრავლეს შემთხვევაში, სნეულებების მიზეზად აღმოაჩენთ ინფექციას. თუ ოდესმე კაცობრიობა მიაღწევს ინფექციური სნეულებების მოსპობას, მაშინ შინაგან სნეულებათა კლინიკის ასპარეზი საგრძნობლად შემცირდება. აქიდან

ასეთი დასკვნა შეიძლება გამოვიყვანოთ, რომ ყოველი მეცნიერულად მომზადებული თერაპევტი არის ინფექციონისტი და ყოველი ინფექციონისტი არის თერაპევტი. ამ საკითხზე იმიტომ შევაჩერე თქვენი ყურადღება, რომ ჩემი ინფექციურ სნეულებათა კათედრის გაშვებულ არჩევს შემდეგ, პასუხისმგებელ ამანაგების ერთი ნაწილი შეეკითხა, რატომ გამოვიცვალე სპეციალობა, რატომ დავანებე ტუბერკულოზს და შინაგან სნეულებას თავი. მე მათ ასე ვუპასუხე: ტუბერკულოზი არის იგივე ინფექციური დაავადება და ზოგჯერ ის მიმდინარეობს მწვავე ტუბერკულოზურ სეფსისის და ტიფო-ბაცილოზის სახით.

ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის შესწავლა, გარდა თერაპევტიკისა, საჭირო არის ყველა სამკურნალო სპეციალისტისათვის. მე მოვიყვან რამდენიმე მაგალითს და დავიწყებ დასტაქრებიდან. როგორი უნდა იყოს, ან არის ისეთი დასტაქარი, რომელიც არ იცნობს ინფექციურ ჭრილობების თანამედროვე შეხედულებას და სპეციალურ ქირურგიულ ინფექციურ დაავადებებს, როგორც არის წითელი ქარი, ტეტანუსი, ციმბირის წყლული და სხვა. ძნელი წარმოსადგენია ისეთი მეანი გინეკოლოგი, რომელსაც არ აინტერესებდეს ინფექციების დიდი მნიშვნელობა, როგორც ეთიოლოგიის, ისე ავადმყოფობის გამოცნობის მხრივ. მეან-გინეკოლოგიურ კლინიკებში ინფექციური განყოფილება არსებობს, რომელსაც ლაზარეთს უწოდებენ და ამ განყოფილებაში მეან-გინეკოლოგს ევალება სათანადო ცოდნა გამოიჩინოს ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის და ბაქტერიოლოგიისა, რომ კლინიკურად გაერკვეს მთელ რიგ რთულ შემთხვევებში. უნდა აღინიშნოს, რომ ახალგაზრდა მეან-გინეკოლოგები სიამოვნებით არ მიდიან ინფექციურ პალატაში სამუშაოდ და მე ვიცი შემთხვევები, როდესაც იქ იგზავნებოდნენ სასჯელის წესით; და მე კი ვფიქრობ, რომ ქირურგიის და გინეკოლოგიის მომავალი მიღწევები არ არის რთულ ოპერაციების გაკეთებაში, არამედ ის არის ინფექციების მიზეზების მოსპობაში და მათ მკურნალობაში. ოტო-რინო-ლარინგოლოგიას ყველა სპეციალობაზე უფრო მეტად ესაჭიროება ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის შესწავლა, ვინაიდან მთელი რიგი ინფექციების ლოკალიზაცია არის ყელში, ცხვირში და ყურში, და ხშირი გართულებები კი სახის ღრუებში. სტომატოლოგებისათვისაც აუცილებლობას წარმოადგენს ამის ცოდნა, ვინაიდან მთელი რიგი ინფექციები წარმოიშობიან პირის ღრუდან, ე. წ. ორალურ ინფექციების სახით და იწვევენ შინაგან ორგანოების დაავადებას, როგორც არის ნაღვლიან ბუშტის ანთება, კიაცელა, დანამატის ანთება, კუჭის წყლული და სხ., ფსიქიატრებისთვისაც აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს ინფექციურ სნეულებათა დაავადებების ცოდნა, ვინაიდან არის შემთხვევები, როდესაც ინფექციური სნეულება იწყება აღზნებით და ბოლდით და ასეთ ავადმყოფებს შეცდომით მოათავსებენ ფსიქიატრიულ კლინიკაში სამკურნალოდ ფსიქიატრიაში ცნობილია ინფექციური, რეზიდუალური და პოსტინფექციური ბოლდა ამენციით და ფსიქიური სისუსტით. ინფექციური ფსიქოზების სტატისტიკა დამოკიდებულია ეპიდემიების სხვადასხვა ხასიათზე, ასე მაგ., მუცლის ტიფის დროს ფსიქოზები აღწევენ 1,5%-3,8%-ს, წითელი ქარი—7-9% მდე, მწვავე სახსრის რევმატიზმები 1,7-12% მდე, კრუპოზული პნევმონია—20% მდე. ნევროპათოლოგიაც არ რჩება ინფექციების გარეშე, ასე, მაგალითად, სადავო

არის ვინ უნდა გამოიცნოს და სად უნდა მოთავსდეს ავადმყოფი ცერებრო-სპინალური მენინგიტით დაავადებული.

ინფექციური სნეულებები, როგორც ცნობილია, უმთავრესად ბავშვთა ასაკში არის გავრცელებული და, ამიტომ, პედიატრები უნდა იქნენ ნამდვილი ინფექციონისტები და კლინიკის ხელმძღვანელები. ეს კი ძალიან იშვიათია, უმეტეს შემთხვევაში ინფექციურ კლინიკას თერაპევტები განაგებენ. თვით დერმატოლოგიც ვალდებულია კარგად შეისწავლოს ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა, რომ მან შესძლოს ტანის გამონაყარების ზუსტად გამოცნობა და თავიდან აიცილოს კანის ავადმყოფები მოთავსება ინფექციურ სნეულებათა კლინიკაში.

ამის შემდეგ თქვენ დედათა და ბავშვთა დაცვის ფაკულტეტის სტუდენტებს დაგებადებათ საკითხი, რამდენად საჭირო არის თქვენთვის ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის საფუძვლების შესწავლა. სანამ ამ საკითხს გავცემდე პასუხს, მე შევეხები ამ ფაკულტეტის მნიშვნელობას. როგორც იცით, თქვენი ნორჩი ფაკულტეტი საბჭოთა მედიცინამ დააარსა სოციალისტურ აღმშენებლობასთან დაკავშირებით. დედათ და ბავშვთა დაცვის ორგანიზაცია ჩვენს კავშირში დააარსა ამხ. კოლონტაიმ 1917 წელს. და ის პირველად ეკუთვნოდა სოციალურ უზრუნველყოფის კომისარიატს და შემდეგ ამხ. ლენინის წინადადებით ის გადავიდა ჯანმრთელობის კომისარიატში. უკანასკნელ დროს დაარსდა დედათა და ბავშვთა დაცვის ინსტიტუტები და ფაკულტეტები თითქმის კავშირის ყველა სამედიცინო ინსტიტუტებში. სამწუხაროდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ფაკულტეტს არ აქვს სათანადო ავტორიტეტი სამედიცინო ინსტიტუტში სამკურნალო პროფილაქტიკურ ფაკულტეტთან შედარებით და სტუდენტებიც გაურბიან ამ ფაკულტეტს. ამის მიზეზი მდგომარეობს იმაში, რომ დედათა და ბავშვთა დაცვის ფაკულტეტზე არა აქვს დათმობილი საკმარისი დრო ძირითად კლინიკებს, როგორც არის თერაპია და ქირურგია და დღიდან მისი დაარსებისა ზოგიერთი ამხანაგი ცდილობს მის დახურვას. ჩვენი ღრმა რწმენით ეს არ არის სწორი, ვინაიდან ამ ფაკულტეტს სოციალისტურ აღმშენებლობასთან დაკავშირებით აქვს მიზნად არა მარტო ქალთა და ბავშვთა გაჯანსაღება, მათი მდგომარეობის გაუმჯობესება, ბავშვთა სიკვდილიანობასთან ბრძოლა, არამედ ქალთა და ბავშვთა თავისებურობის შესწავლა შრომის და კლასთა ბრძოლის პროცესში. ამისდამიხედვით ამ ფაკულტეტმა უნდა გამოზარდოს არა მარტო პედიატრები და მებან გინეკოლოგები, არამედ ზოგადად მომზადებული ექიმები, რომლებსაც ევალებათ ქალთა და ბავშვთა შინაგანი და ქირურგიული დაავადებების თავისებურობის შესწავლა.

მე მგონია ზემოხსენებული მოკლე დასაბუთება სრულიად საკმარისია იმ დიდი მნიშვნელობის აღსანიშნავად, რომელიც ინფექციურ სნეულებათა კლინიკას ეკუთვნის და, ამიტომ, გამოვსთქვამ დიდ მწუხარებას და განცვიფრებას, რომ სამკურნალო პროფილაქტიკურ ფაკულტეტებზე ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა გამოცხადებულია დოცენტურად და მას არა აქვს დათმობილი საჭირო დრო საგნის გადაცემისათვის.

ინფექციურ სნეულებას აქვს დიდი ხნის წარსული და ის დაკავშირებულია კაცობრიობის ისტორიის დასაწყისთან. კაცობრიობას კარგად ახსოვს ინფექ-

ციების სხვადასხვა დროს საშინელი შედეგები. ამ შედეგების შესახებ ჩვენ გვექნება მომავალში დაწვრილებითი საუბარი ყოველ ინფექციურ სნეულების გაჩენის დროს. დღეს კი მე შევეხები ზოგადად ხუთ ინფექციის შედეგის დასურათებას. ეს არის ხოლერა, შავი ქირი, ყვავილი, პარტახტიანი ტიფი და გრიპი. ინდოეთში ხოლერით 12 წლის განმავლობაში (1880—1892) წ. გარდაცვლილა $4\frac{1}{2}$ მილ. ავადმყოფი. რუსეთში მე 19 საუკუნეში 2 მილიონი. შავი ქირის ეპიდემია აღწერილია მე 6 საუკუნეში ქრისტეს დაბადებამდე და იმ დროს სტამბოლში ყოველ დღე კვდებოდა 10.000 ავადმყოფი. მე-14 საუკუნეში იყო შავი ქირის ეპიდემია და ევროპაში გარდაცვლილა 25 მილ., ჩინეთში კი 35 მილ. რუსეთში ყვავილით ვაქცინაციის შემოღებამდე ყოველ წლიურად 200 ათასი ავადმყოფი კვდებოდა. პარტახტიანი ტიფის ეპიდემია აღწერილია ევროპაში მე-15 და რუსეთში მე-18 საუკუნეში. 1812 წ. ნაპოლეონ ბონაპარტესთან ტყვედ ჩავარდნილ ვილნოში 30.000 ჯარის კაციდან 25.000 გარდაიცვალა პარტახტიანი ტიფით. სამოქალაქო ომის დროს ჯანსაჩკომის ცნობით ჩვენს კავშირში ავად გამხდარა პარტახტიანი ტიფით 8 მილ. და, თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ პარტახტიანი ტიფი გვაძლევს სიკვდილიანობის 20%—სამოქალაქო ომის დროს, მაშასადამე, გარდაცვლილა 1.600.000 ავადმყოფი. ყველასათვის ცნობილია გრიპის ეპიდემიის საშინელი შედეგები; ასე მაგალითად: Geoffroy (ყოფრუა) აღნიშნავს, რომ პარიზში 1780 წ., გრიპის ეპიდემიის გამო, ოპერა დაუხურავთ; სასამართლოში მუშაობა შეწყვეტილა და Notrdam-ის ეკლესია დაუხურავთ. გასულ იანვარში გრიპის ეპიდემია არის აღნიშნული ევროპაში და საზღვარგარეთელ გაზეთების ცნობით ლონდონში 50% პოლიციელებისა მოხსნილია საგუშაგოდან და ამსტერდამის ტელეფონის სადგური დაუხურავთ თანამშრომლების გრიპით დაავადების გამო.

საერთოდ შემჩნეულია, რომ გრიპის ეპიდემია იწვევს მოხახლეობის $\frac{3}{4}$ დაავადებას და ეს კი სახელმწიფოდან მოითხოვს დიდი ხარჯის გაწევას. თვითმყრობელობის დროს ინფექციურ სნეულებებიდან სიკვდილი რუსეთში ყველა სიკვდილიანობის 25% უდრიდა. ინფექციურ სნეულების გავრცელებაში სოციალურ ფაქტორებს აქვს მთავარი მნიშვნელობა და ამის საუკეთესო დამამტკიცებელი არის ტუბერკულოზი, ხოლერა, პარტახტიანი ტიფი და სხვა ინფექციები.

რა ინფექციები არსებობს საქართველოში? მუცლის ტიფი, პარტახტიანი ტიფი, დიფტერია, წითელა, ქუნთრუშა, ყვავილი, ჩუტყვავილა ყივანა ხველა, ცერებროსპინალური მენინგიტი, წითელი ქარი, ეპიდემიური პაროტიტი, დიფტერიატი, გრიპი და სხვა. ყველა ამ ინფექციებს აქვს ენდემიური, ეპიდემიური და იშვიათად კი, როგორც არის გრიპი, აქვს პანდემიური ხასიათი.

ამ დასახელებულ ზოგიერთ ინფექციების შესახებ ინფექციონისტებს ედავებიან თერაპევტები და ტროპიკოლოგები. თითქმის ყველა თერაპევტი, რომელიც წინათ განაგებდა პოსპიტალურს, ფაკულტეტისა და კერძო პათოლოგიის და თერაპიის კლინიკას თავის ლექციას ხშირად იწყებდა ინფექციურ სნეულებებიდან და კლასიკურ სახელმძღვანელოებში, როგორც არის Strümpel-ი, Osler-ი

Merihg-ი, ჩისტოვიჩი შინაგან სნეულებების გარჩევას იწყებენ ინფექციურ სნეულებებიდან. ჩვენ ასეთ მიდგომას მივესალმებით, ვინაიდან მართლდება ის, რაც ჩვენ ზემოთ ვსთქვით, რომ ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა არის შინაგან სნეულებათა კლინიკის დასაწყისი და მას შინაგან სნეულებათა კლინიკაში პირველი ადგილი უჭირავს. ტროპიკოლოგები გვედავებინან მთელ რიგ ინფექციურ დაავადებებში, როგორც არის დიზენტერია, ინფექციური კოლიტები, შებრუნებითი ტიფი, მალტიის, ბანგის ციება და სხვა. მათი აზრით თითქმის ყველა ინფექცია, რომელიც არის ტროპიკულ ქვეყნებში ეკუთვნის ტროპიკულ მედიცინას.

ჩვენ ვუპირობთ, რომ ეს ასე იყოს, მაშინ უნდა მოხდეს ინფექციონისტიკის დაყოფა გეოგრაფიულ მდებარეობისდამიხედვით, რაც მიუღებელია მეცნიერებისათვის.

ინფექციურ სნეულებათა კლინიკას აქვს წარსულში ორი ხანა: პირველი ბაქტერიოლოგიამდე და მეორე ბაქტერიოლოგიის შემდეგ. პირველი ხანა იწყება უძველეს დროიდან, როდესაც ინფექციურ სნეულებების ბუნების შესახებ არსებობდა მექანიკების, ატომისტების და ჰუმორალისტების თეორიები. აღსანიშნავია, აგრეთვე, გალენის თეორია, რომ გული წარმოშობს სითბოს, რომელიც ცეცხლად იქცევა. როდესაც სითბო და გაფუჭებული წვენი გროვდება სხეულში მაშინ წარმოიშობა ბრძოლა დაავადებულ ნივთიერებათა და სხეულთა შორის. მე-17 საუკუნეში თერმომეტრიის შემოღების შემდეგ Borrel-მა უარყო გალენის თეორია და ინფექციური სნეულება დაუკავშირა ფილტვის და ჯირკვლის ანთებას, რომელიც ნერვების საშუალებით გადადის ტვინზე და აქედან გულზე, და იწვევს გულის ცემას და ცხელებას. ყველა ზემოხსენებული თეორია იქნა სამუდამოდ დავიწყებული დღიდან ბაქტერიოლოგიის დაარსებისა. როგორც ცნობილია, პირველად მიკრობები ნახა მეცნიერმა იეზუიტმა კირხნერმა Kirchner-მა (1601—1680 წ.) რძეში, ყველში და დამპალ ხორცში 32 ჯერ გადიდებულ შუშის საშუალებით Kirchner ის თანამედროვემ, პოლანდიელმა მეცნიერმა Zeenwenhock-მა (1632—1723 წ.) 270-ჯერ გადიდებულ შუშის საშუალებით გამოიკვლია კბილების მიკროფლორა, სიხლის ბურთულები, სპერმოტოზოიდები და სხვა. Leeuwenhock-ის ლაბორატორიის გასაცნობად, რომელიც მოთავსებული იყო თავის კერძო ბინაზე, ყველა ქვეყნის მეცნიერი ჩამოდიოდა და მათ შორის იყო პეტრე დიდიც. ბაქტერიოლოგიის მეცნიერული შესწავლა დაიწყო მხოლოდ პენიოს L. Pasteur-ის გამოკვლევების შემდეგ. Pasteur-მა 1857 წ. აღმოაჩინა დუღილის პროცესის გამოკვლევით რძის შეევა ბაქტერია. ანაერობი 1863 წ. და 1862 წ. დაამტკიცა თვითნებითი ჩასახვის შეუძლებლობა. ცნობილმა Koch-მა თავისი მეცნიერული მეთოდებით საბოლოოდ დაამტკიცა მიკრობების როლი ინფექციურ სნეულებათა წარმოშობაში და შემოიღო გამოკვლევების მეთოდი, ტრიალის სახით. Koch-ის ტრიადა მდგომარეობს იმაში, რომ სპეციფიური მიკრობი უნდა იყოს ნახული იმავე ავადმყოფობის ყველა შემთხვევაში და არ უნდა იყოს სხვა დაავადებების დროს, ორგანიზმის გარეშე მიკრობი უნდა იქნეს მიღებული საკვებ ნიადაგზე სუფთა კულტურით და ამ კულტურამ უნდა გამოიწვიოს ექსპერიმენტალურ ცხოველზე ის ავადმყოფობა, რომელიც ჰქონდა ადამი-

ანს. მართალია, Koch-ის ტრიადაში იქნა უკანასკნელ დროს შეტანილი შესწორებები, მაგრამ მისი მნიშვნელობა განუსაზღვრელია ბაქტერიოლოგიაში. ჩვენ დღეს ვიცით დიდ უმრავლეს შემთხვევაში ინფექციურ სნეულებების გამომწვევი მიკრობები; ასე, მაგალითად, 1850 წ. Dawain-მა აღმოაჩინა ციმბირის წყლულის ჩხირი. 1878 წ. Hansen-მა lepra-ს ჩხირი, 1868 წ. Obermeier-მა შებრუნებული ტიფის სპიროხეტა, 1880 წ. Neiser-მა გონოკოკები, 1880 წ. Laveran-მა მალარიის პლაზმოდები, Koch-მა 1882 წ.—84 წლ. ტუბერკულოზის ჩხირი და ხოლერის ვიბრიონი, 1884 წ. Ebert-Gaifky-მ მუცლის ტიფის ბაცილა, 1884 წ. Cöftler-მა დიფტერიის ბაცილა. Chaudin-მა 1905 წ. Spirocheta palida 1917 წ. Jdo-jnarda-მ კატარალური სიყვითლის სპიროხეტა და შემდეგ Noguchi-ის მიერ აღმოჩენილ იქნა სპიროხეტა ყვითელი ციების დროს.

ბაქტერიოლოგიამ, როგორც ახალმა მეცნიერებამ, გარდა მედიცინისა, დაიკავა სათანადო ადგილი ტექნოლოგიაში, აგრონომიაში, ქიმიაში და პალეონტოლოგიაში. ჰიგიენაში მან დაიჭირა საპატიო ადგილი სოციალურ საკითხების გამოკვლევაში და სანიტარულ-ადმინისტრაციულ კანონმდებლობაში.

ინფექციურ სნეულებათა კლინიკამ ბაქტერიოლოგიის დაარსების შემდეგ, ბევრი ბუნდოვანი საკითხი გამოაკვლია, როგორც ფარული ინფექციებისა და ბაქტერიების მატარებლობის საკითხი. Nicol-ის აზრით ფარულ ინფექციების მატარებელი არის ადამიანი, რომელსაც აქვს გადატანილი ესა თუ ის ინფექცია, ან თუ ჰქონდა მას კავშირი ინფექციურ სნეულებით დაავადებულ ავადმყოფთან. შესაძლებელია ადამიანს ჰქონდეს ფარული ინფექციის სახით ორგანიზმში რომელიმე ბაქტერია და სხვა, ინფექციის დროს ეს ბაქტერიები იყოს სისხლში ნახული; ასეთი შესაძლებლობა არის აღმოჩენილი Polyarthritis Rheumatica, Schisofrenia-ს დროს, რომლის მიმდინარეობის დროს იყო სისხლში აღმოჩენილი Loewenstein-ის ნიადაგის საშუალებით ტუბერკულოზის ჩხირი, და ამ ბაქტერიებს დაარქვეს „Microbes dessortie“. ფარული ინფექციების საკითხის შესწავლა ნათელყოფს, რომ შეიძლება ორგანიზმში აღმოჩენილი იყოს სხვადასხვა მიკრობები, მაგრამ ის არ იყოს დაავადებული, ამიტომ ჩვენ უნდა უარვყოთ ის Pasteur-ის და Koch-ის მექანიკური შეხედულება, რომელიც მხოლოდ მიკრობებში ხედავდა ერთადერთ დასაყრდნობ მიზეზს და ჩვენ ინფექციურ სნეულებას უნდა შევხედოთ, როგორც მიკროორგანიზმის მაკროორგანიზმთან შეხვედრას, უკანასკნელის რეაქციით, ყოველ კონკრეტულ სოციალურ პირობებში. რა არის საერთოდ ავადმყოფობა?

ცნობილი კლინიკისტი ს. პ. Боткин-ის განმარტებით ავადმყოფობა არის ორგანიზმის რეაქცია გარეშე სფეროს მათე ვაგლენათა მიმართ; Остроумов-ის განმარტებით კი ავადმყოფობა არის ადამიანის ნორმალური ცხოვრების დარღვევა გარეშე სფეროს პირობების გამო და, თუ ამას ჩვენ მივიღებთ ხელმძღვანელ დებულებად და ავადმყოფობა წარმოადგენს გარეშე სფეროს მათე მოქმედების შედეგს, მაშინ მკვლევარის მიზანი არის ერთის მხრივ გარეშე სფეროს ფაქტორთა ანალიზი და მეორე მხრივ ორგანიზმის რეაქციის შესწავლა; — „მოქ-

მედობს რა ბუნებაზე, ადამიანი ცვლის საკუთარ ბუნებას“, — ამბობს კარლ მარქსი.

სწორედ იმ დაკვირვებამ, რომ ადამიანი შეიძლება იყოს მიკრობების მატარებელი ან და იმან რომ ეპიდემიების დროს მხოლოდ მოსახლეობის ნაწილი ხდება ავად, წარმოშვა სპეციალური მოძღვრება იმუნიტეტი ან იმუნოლოგია. კაცობრიობას უძველეს დროიდან აინტერესებდა ეს მოძღვრება, ვინაიდან მას ჰქონდა განსაკუთრებული პრაქტიკული მნიშვნელობა საზოგადოებრივი და ოჯახური ცხოვრების ინფექციურ სნეულებებიდან დაცვისათვის.

მედიცინის ისტორიაში აღნიშნულია, თუ როგორ აწარმოებდნენ ჩინელები, სპარსელები, ჩერქეზები და ქართველები ყვავილის წინააღმდეგ აცრას ბავშვთა და ქალთა შორის. იმუნოლოგიას პირველი მეცნიერული საძიარკველი ჩაუყარა ინგლისელმა ექიმმა Edward Jenner-მა, რომელმაც 1795 წელს გამოაქვეყნა თავისი ოცი წ. დაკვირვება ყვავილის აცრის შესახებ. ამის შემდეგ L. Pasteur-მა შემოიღო ვაქცინაცია ქათმის ხოლერისა და ცოფის წინააღმდეგ. ამაზე დამყარებით დღეს უკვე ცნობილია, რომ მუცლის ტიფისა და ხოლერის ვაქცინაციას აქვს უდიდესი მნიშვნელობა.

თანამედროვე იმუნოლოგია არჩევს ორ ძირითად მიჯღებლობის მდგომარეობას: აბსოლუტურსა და შედარებას. აბსოლუტური იმუნიტეტის მაგალითი არის ადამიანის დაავადების შეუძლებლობა ცხოველის ჭირით, შედარებითი იმუნიტეტისა კი ქათამი, რომლის დაავადება შეიძლება მოხდეს ციმბირის წყლულით მისი სიცხის დაწვევის შემდეგ. იმუნოლოგია თავისი წარმოშობით არჩევს ბუნებრივ და შეძენილ იმუნიტეტს. ამ უკანასკნელ 50 წლის განმავლობაში დაგროვდა ისეთი განსაკუთრებული მნიშვნელობის ფაქტები, რომლითაც სარგებლობს სამკურნალო მედიცინა და რომელსაც აქვს აგრეთვე საზოგადო ბიოლოგიური მნიშვნელობაც. იმუნიტეტის ასახსნელად არსებობენ სხვადასხვა თეორიები: ცნობილი მეჩნიკოვის ფაგოციტარული თეორია, Bering-ის ჰუმურალური თეორია, Erlich-ის გვერდითი ჯაჭვების თეორია, ფერმენტის, ოსმოტიური, კოლოდალური თეორიები და სხვა. ცნობილმა პედიატრმა Pirquet-მ იმუნიტეტთან დაკავშირებით წამოაყენა ალერგიის, ანერგიის და ანაფილაქსიის საკითხები. უკანასკნელ დროს იმუნოლოგიას აქვს უდიდესი მიღწევები ჯანსაღ ბავშვთა ორგანიზმში, ზოგიერთი ინფექციების იმუნიტეტის აღმოჩენის სახით, როგორც არის Schick-ის და Dik-ის რეაქცია.

მე დღეს ამ რთული თეორიების გარჩევას არ შევუდგები და ჩვენს მომავალ ლექციებზე შევეხები მას ინფექციურ სნეულებათა კლინიკასთან დაკავშირებით.

გარდა ბაქტერიოლოგიის და იმუნიტეტის შესწავლისა ინფექციურ სნეულებათა კლინიკას აინტერესებს ინფექციების გამოცნობა, პროფილაქტიკა და მათი მკურნალობა. ინფექციების გამოცნობა დიდ სიძნელეს და პასუხისმგებლობას წარმოადგენს, ძნელი არის მით, რომ ჩვენ არ გვაქვს საქუ ავადმყოფობასთან, არამედ მხოლოდ ავადმყოფთან და ყოველივე ავადმყოფი მისი ფიზიოლოგიური ინდივიდუალობის მიხედვით ერთ და იმავე სნეულებას სხვადასხვა ფორმაში გამოხატავს და ეს კი არის უმთავრესად დამოკიდებული იმ სოციალურ მდგომარეობაზე, რომელშიც იგი იმყოფება.

მარეობაზე, რომელშიაც მოხდა მიკროორგანიზმის მაკროორგანიზმთან შეხვედრა. პასუხისმგებლობა კი იმით არის დიდი, რომ ჩვენ მოგვეთხოვება, როგორც არც ერთ სხვა დისციპლინაში, რაც შეიძლება ადრე ინფექციურ სნეულების გამოცნობა, რომ თავის დროზე მოხდეს დაავადებულის იზოლაცია და მისი მკურნალობა. ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის დასურათება დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, ვინაიდან მედიცინის ისტორიიდან ცნობილია, თუ მთელი რიგი დაავადებები როგორ იცვლიან თავის კლინიკურ სახეს, როგორც თვისებრივობით, ისე რაოდენობითაც. მე-19 საუკუნეში ინგლისში მძვინვარებდა საშინელი ეპიდემია ინგლისის ოფლჭირისა, რომელიც ეხლა სრულიაღ მოისპო; ან და ინგლისელ ექიმ Suddenham-ის მიერ აწერილი, წინათ მსუბუქად მიმდინარე ქენტრუზა, ეხლა უფრო მძიმე ფორმით მიმდინარეობს. აგრეთვე შეიძლება ითქვას ცვალებადობის მხრივ მუცლის, პარტახტიან და შებრუნებულ ტიფებისა და დიფტერიის შესახებაც. ინფექციურ სნეულებების გამოსაცნობად ჩვენ ესარგებლობთ ყველა იმ მეთოდით რომელიც მიღებულია შინაგან მედიცინაში. ეს არის ფიზიკური მეთოდები (პერკუსია აუსკულტაცია) ლაბორატორიული, ბაქტერიოლოგიური, სეროლოგიური, ალერგიული და სხვა. არის მთელი რიგი დაავადებები, როდესაც ლაბორატორიული გამოკვლევები აღმოაჩენენ მიზეზს დაავადებისას, როგორც არის სპიროხეტა, მალარიის პლაზმოდები და სხვა. მაგრამ უნდა აღანიშნოს ხაზგასმით, რომ ლაბორატორიული, ბაქტერიოლოგიურ-სეროლოგიური ანალიზები ვერ გასწევენ კლინიკის მაგვირობას, როგორც არ უნდა დაწინაურდენ და ისინი დარჩებიან მხოლოდ როგორც კლინიკის დამხმარე მეთოდები.

ამხანაგებო! ინფექციურ სნეულებათა კლინიკისათვის უაღრესი მნიშვნელობა აქვს პროფილაქტიკას. სამწუხაროდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ეხლაც არიან ისეთი ექიმები, რომლებიც სამკურნალო და პროფილაქტიკურ მედიცინას შორის წინააღმდეგობას ხედავენ. ის ექიმი, რომელიც პროფილაქტიკის პრინციპებს არ იცნობს და თავის მოღვაწეობაში მას არ ატარებს, - ის ნამდვილი ექიმი არ არის, იგი მხოლოდ თავისი სპეციალობის ხელოსანია. ინფექციურ სნეულებების პროფილაქტიკა მჭიდროდ არის დაკავშირებული სახელმწიფო სოციალურ-პოლიტიკურ მდგომარეობასთან. ცნობილია, რომ გამოჩენილ გერმანელმა მეცნიერმა Wirchow-მარუსეთში სხვადასხვა ეპიდემიების ჩასაქრობად წამოაყენა თვითმყრობელობის ჩამოგდება, ამხ. **ლენინმა** პარტახტიანი ტიფის პანდემიის დროს 1918/19 წლებში განაცხადა: „ან ტილი აჯობებს სოციალიზმს, ან სოციალიზმი აჯობებს ტილს“-ო. რამდენადაც ღრმად და ფართოდ იქნება შესწავლილი მიკრობიოლოგია და ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა, საერთოდ ტექნიკის განვითარებასთან დაკავშირებით, იმდენად უფრო შესძლებს მედიცინა უხილავ მტერთან, მიკრობებთან, გამანადგურებელი ბრძოლის გაჩაღებას. ამ მიზნით თითქმის ყველა კულტურულ ქვეყნებში არსებობენ ინფექციურ სნეულებათა შესწავლის ინსტიტუტები, ასე, მაგალ, პასტერის ინსტიტუტი პარიზში, კოხის ინსტიტუტი ბერლინში, ლისტერის - ლონდონში, როკველერის - შეერთებულ შტატებში და ჩვენს კავშირში დააარსეს დიდი ოქტომბრის შემდეგ მთელი რიგი სანიტარულ-ბაქტერიოლოგიური საგამოკვლევო ინსტიტუტები. გარდა სოციალურ-ფაქტორებისა, როგორც არის წყალსადენის, ასენიზაციის, კვების, ბინის და ოჯახური მდგო-

მარეობის გაუმჯობესება, — პროფილაქტიკა გულისხმობს, აგრეთვე, ადამიანის ორგანიზმში ინფექციების მიუღებლობის შექმნას ვაქცინაციის სახით. ამ მხრივ ჩვენ გვაქვს დიდი მიღწევები, განსაკუთრებით ყვავილის, მუცლის ტიფის, ხოლერის, დიზენტერიის და სხვა დაავადებების დროს.

მე განსაკუთრებით ავლნიშნავ მუცლის ტიფის ვაქცინაციის მნიშვნელობას; მე პირადად ვიყავი მუცლის ტიფის ვაქცინაციის კარგი შედეგების მოწმე იმპერიალისტური ომის დროს — ოსმალეთის ფრონტზე, ტრაპეზუნდის რაიონში; იმ ნაწილებში, სადაც ვაქცინაცია გაუკეთდა ჯარისკაცებს მუცლის ტიფით დაავადება არ ყოფილა. ასეთივე შედეგები არის მიღებული ჩვენს წითელ არმიასში და სახლვარ გარეთაც. არის ერთი გარემოება, რომელსაც დიდ ყურადღებას აქცევენ ვაქცინაციის მოწინააღმდეგენი. ვაქცინაცია იწვევს ორგანიზმის რეაქციას სიცხის სახით, რომელიც თითქო მშრომელს რამდენიმე დღით უკარგავს შრომის უნარს და ჯარის კაცს ბრძოლის უნარს. ჩვენი დაკვირვება კი ეწინააღმდეგება ასეთ დასკვნას. ვაქცინაციის გაკეთება ჩვენს ჯარში ოსმალეთის სარდლობამ შეამჩნია და გასცა ბრძანება შეტევაზე გადასვლისათვის, ამის საპასუხოდ კი არაჩვეულებრივი იერიშით გადავიდა ჩვენი ჯარი კონტრ შეტევაზე და მოწინააღმდეგეს დაახევია რამდენიმე კილომეტრით, მიუხედავად რეაქციისა. ვაქცინაცია სამწუხაროდ ჯერ ჯერობით არ არის შემოღებული, როგორც სავალდებულო მეთოდი გარდა ყვავილის აცრისა. ინგლისში Edward Jenner-ის სამშობლოში არ არის ყვავილის აცრა სავალდებულოდ გამოცხადებული. ჩვენს კავშირში ამხ. **ლენინმა** 1919 წელს ეს სავალდებულოდ გამოაცხადა.

უკანასკნელ დროს ვაქცინაციის საკითხი გააღრმავა და მიანიჭა დიდი თეორიული და პრაქტიკული ინტერესი ბეზრედკას მიერ აღმოჩენილ ადგილობრივ ქსოვილის იმუნიტეტმა. რასაკვირველია, ვაქცინაციას მაშინ აქვს მნიშვნელობა, როდესაც ეს კეთდება პროფილაქტიკის მიზნით და არა ისეთ ვაქცინაციას, რომელიც იწვევს ინფექციურ სნეულებებს, როგორც ამას ადგილი ჰქონია, საწმუხაროდ, ზოგიერთ საბჭოთა მეურნეობებში, როგორც ეს განაცხადა საერთაშორისო პროლეტარიატის და საკავშირო კომუნისტური პარტიის ბელადმა ამხ. **სტალინმა**. პარტიის იანვრის უკანასკნელ გაერთიანებულ პლენუმზე.

ამხანაგებო! ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის დანიშნულებათა, გარდა ეთიოლოგიის, პათოგენეზის, პათოლოგო-ანატომიის, დიაგნოსტიკის და პროფილაქტიკის შესწავლისა, უმთავრესად ავადმყოფის მკურნალობა. თქვენ უკვე იცით შინაგან სნეულებათა კლინიკიდან, რომ თერაპიის ძველად ოთხ დიდ დარგად ჰყოფდნენ. პირველი ეს არის Therapia dietetica რომელსაც აქვს დიდი მნიშვნელობა მთელ რიგ შინაგან ორგანოთა დაავადების დროს. უკანასკნელ წლებში დიდ ყურადღებას იპყრობს უმარალო დიეტა ტუბერკულოზის მკურნალობაში (Hermansdoler Sauerbruch), აგრეთვე უმარალო დიეტის პრობლემა წამოაყენა Noordens-მა საერთო ანთებების დროს. ინფექციების დროს ავადმყოფს უნდა მიიღოს ყოველ დღიურად ერთ კილოგრამ წონაზე 50 კალორია და უმთავრესად ნახშირ წყლები. მეორე არის Therapia symptomatica, რომლის საშუალებით ორგანიზმს ვეხმარებით ავადმყოფობის გადატანაში. ჰიპოკრატის დებულება, ექიმი არ მკურნალობს ავადმყოფს, არამედ ორგანიზმში მკურნალობს მას, არ არის სწორი

და, სამწუხაროდ, ამას იზიარებენ ნაწილი თერაპევტებისა და დიდი უმრავლესობა სხვა სპეციალისტებისა. მესამე არის Therapia causalis, თუ სნეულებების მიზეზი იქნა ნახული და მიზეზის მოსპობა ადვილია, ეს არის იდეალური თერაპია და ამას ჩვენ ვხმარობთ ქრონიოსპისების დროს; თუ ეს არის ორალური ინფექციების ან ნუშის მავნარი ჯირკვლის დაავადების შედეგი, მაშინ მათ სათანადო წესით ვმკურნალობთ. მეოთხე, უკანასკნელი, არის სპეციფიკური თერაპია Therapia Speciphica, როგორც არის ქინაქინა მალარიის წინააღმდეგ, ემეჟინი ამებურ დიზენტერიის წინააღმდეგ, ოფტოქინი ფრენკელის დიპლოკოკის, ვუცინი და რივანოლი სტერეპტოკოკის წინააღმდეგ, Neosalvarsan-ი სიფილისის წინააღმდეგ, Sanocrisin-ი ტუბერკულოზის წინააღმდეგ და სხვა მავნარი. ინფექციურ სნეულებათა კლინიკა გარდა ზემოხსენებულისა სარკებლობს მრავალ სპეციფიურ და არა სპეციფიურ სამკურნალო მეთოდით, როგორც არის სეროთერაპია, ბაქტერიოთერაპია, ვაქცინო-თერაპია, ფოტოთერაპია, ანტივირუს თერაპია და პროტეინო თერაპია. ამ მეთოდით მკურნალობა დაკავშირებულია ბაქტერიოლოგიის და იმუნოლოგიის წარმოშობასთან. ამათ აქვთ უდიდესი მნიშვნელობა, როგორც შინაგან მედიცინაში, ისე ქირურგიაში, უროლოგიაში და ამ მიღწევებით მეცნიერებას შეუძლია იამაყოს.

ჩემი შესავალი ლექციის საგანს დღეს არ შეადგენს ამ მეთოდების მნიშვნელობის აღწერა, რადგანაც ძირითადი პრინციპები ამ მეთოდით მკურნალობისა თქვენ უკვე გაქვთ გავლილი ბაქტერიოლოგიიდან. მე მხოლოდ ვიტყვი, რომ მედიცინის და კაცობრიობის ისტორიას არ ახსოვს უკეთესი შედეგები, ვიდრე მიღებულია ეს, პირველი, — სეროთერაპიით, რომლის დამაარსებელი არიან Beringი, Houx და Kitasato, სპეციფიკური შრატების სახით, როგორც არის დიფტერიის, ტეტანუსის და დიზენტერიის წინააღმდეგ, მეორე, გენიოს L. Pasteur-ის მიერ შემოღებული ვაქცინოთერაპია, მესამე ბაქტერიოფაგით მკურნალობა (d, Herellet) და მეოთხე, უკანასკნელი, ბეზრედკას ანტივირუსის თერაპია.

მე დამრჩა კიდევ ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი საკითხის გარჩევა, რომელიც ჩემის აზრით დიდ პრობლემას წარმოადგენს. შეიძლება თუ არა მეორე ხელწოდებაში ინფექციური სნეულებების საგრძნობლად შემცირება ან ზოგიერთის სრული ლიკვიდაცია. ზოგიერთ კლინიკისტს ეს შეუძლებლად მიაჩნია და ეს მათში იწვევს გამოხატულ ღიმილს, და ესენი არიან ის კლინიკისტები რომლებიც დღევანდელ სოციალისტურ აღმშენებლობიდან შორს დგანან და ისინი ეჭვის თვალით უყურებდნენ პირველ ხელწოდების შესრულებას. ჩემის აზრით ზოგიერთი ინფექციების სრული ლიკვიდაცია ან მათი საგრძნობლად შემცირება შესაძლებელია, მხოლოდ ამისათვის საჭირო არის ხუთი პირობის შესრულება: პირველი მოსაზრების ყოველგვარების გაუქმობა, მაქვს მხედველობაში სოციალური ფაქტორები, მეორე, — ინფექციური ავადმყოფების სავალდებულო გოსპიტალიზაცია, მესამე, — ბაქტერიოტრეგერების გამოყოფა და მათი აღრიცხვა, მეოთხე, — ჯანსაღ ბავშვთა ორგანიზმში დიფტერიის, ქუნთრუშის იმუნიტეტის გამოცნობა Schick-ის და Dik-ის რეაქციის საშუალებით და სავალდებულო ვაქცინაციის შემოღება, არა მარტო ყვავილის წინააღმდეგ, არამედ მუცლის ტიფის,

პარატიფების, და ტუბერკულოზის წინააღმდეგაც ცნობილ Kalmett-ის მეთოდით. ინფექციურ სნეულებათა ლიკვიდაციის შემდეგ ინფექციონისტები უმუშევრად არ დარჩებიან და მათი მუშაობა იქნება იმისკენ მიმართული, რომ არ გაჩნდეს ისეთი ინფექციური სნეულებანი, რომლებსაც კაცობრიობა არ იცნობს მიკრობების ანტოგონიზმის გამო. ამისდა მიხედვით ჩვენი მუშაობის მიზანს შეადგენს მარქსისტულ-ლენინური მეთოდოლოგია.

დიალექტიკური მატერიალიზმის გამოყენება საერთოდ მედიცინაში მიუხედავად მისი დიდი თეორიულ და პრაქტიკულ მნიშვნელობისა არ არის ჯერჯერობით სათანადოდ დამუშავებული. ეს აიხსნება მით, რომ ბურჟუაზიულ მეცნიერებს არ აინტერესებდათ დიალექტიკური მატერიალიზმი; მარქსისტები რევოლუციამდე მას სწავლობდნენ მხოლოდ საზოგადოების განვითარების თვალსაზრისით და იყვნენ ისეთი მარქსისტები (კაუცკი, ადლერი), რომლებიც ფიქრობდნენ, რომ დიალექტიკურ მატერიალიზმს არივითარი საერთო არა აქვს ბუნებასთან. ფ. ენგელსმა სთქვა: „ბუნება—საცდელი ქვა არის დიალექტიკისათვის“. ამისდა მიხედვით მედიცინამ, როგორც ბუნების მეტყველების ნაწილმა, უნდა ისარგებლოს ამით მეცნიერულ გამოკვლევების დროს და, ეს საჭირო რომ არის ამის საუკეთესო მაგალითს იძლევა გენიალური გამოკვლევები დარვინისა, პავლოვისა და სხვების, რომლებიც, როგორც ირკვევა, სტიქიურად და შეუგნებლად სარგებლობდნენ ამ მეთოდოლოგიით. განა ის, რომ ჩვენ ვმკურნალობთ არა ავადმყოფობას, არამედ ავადმყოფს. არის ღრმა დიალექტიკური იმდენად, რამდენადაც ხაზგასმით აღნიშნავს კონკრეტულ თავისებურებას ინდივიდუალურ მოვლენისას და არ შლის მოვლენას ზოგად აბსტრაქტიულ კანონიერებაში. ჩვენ უნდა მივიღოთ ყოველი საშუალება, დიალექტიკურ მატერიალიზმის ვულგარიზაციის და დამახინჯების თავიდან ასაცილებლად. ამის შესახებ საერთაშორისო პროლეტარიატის ბელადი ამხ. ლენინი 1922 წ. „მებრძოლ მატერიალიზმ.“ № 3, სწერს: „ჩვენი ბუნების მეცნიერები, მართლაც რომ უსუსურნი არიან თეორეტიკულ საგანში. მათ იციან მხოლოდ ნაწილობრივ თავიანთი სპეციალობა და არავითარი სურვილი არ აქვთ ამაღლდნენ ბუნების მეტყველების ფილოსოფიამდე ანუ მის დიალექტიკამდე. ბევრი მათგანი ხშირად ხმარობს ამ სიტყვას—დიალექტიკას, მაგრამ გაეგება კი მას ეს? არა. დიალექტიკის გამოყენება თავის დარგში მათ სავსებით არ შეუძლიათ. ამრიგად დიალექტიკა „ახალი მოდის“ სიტყვაა! თუ ასე ჰგონიათ, მაშინ სრულებით უარი სთქვით მზე! და დიალექტიკა მართლაც საერთო მეთოდია, რომელსაც ძალუძს მეცნიერების განვითარება და წინ წაწევა მაშინ... მაშინ კეთილ ინებეთ და ფრთხილად სერიოზულად მოეპყარით მას“. შემდეგ ჩვენი მიზანი არის ცოცხალი კავშირი ჯანმრთელობის კომისარიატის, ქალ. და რკ. გზ. ჯანმრთელობის სანიტ. ეპიდემ. გან. მეორე ხუთწლედის სანიტარულ გეგმების შესრულებაში მონაწილეობის მიღებისათვის, წარმოების ჯანწერტებთან დაკავშირება და სხვა.

ვათავებ რა ჩემ შესავალ ლექციას, ვსარგებლობ შემთხვევით კიდევ ერთხელ გამოვუტხადო ულრმესი მადლობა ა/კ. რკინის გზის მედიკო-სანიტარულ

განყოფილებას ლენინგრადში და საზღვარ გარეთ მეცნიერულ მივლინებისათვის. განუსაზღვრელი სიამოვნებით მოვიგონებ იმ ბედნიერ დღეს, როდესაც ვიყავი არჩეული სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მიერ დიანოსტიკური კლინიკის უფროსი ასისტენტის თანამდებობაზე პროფ. მ. წინამძღვრის შვილის გამგებლობის დროს. არა ნაკლები სიამოვნებით ავღნიშნავთ დედათა და ბავშვთა დაცვის ფაკულტეტის შინაგან სნეულებათა კლინიკაში მუშაობას პროფ. ნ. მახვილაძესთან, რომელიც განსაკუთრებულ პირობებს ჰქმნიდა კლინიკაში ჩემი მუშაობისათვის. ჩამოვდივარ რა ამ კათედრიდან გულწრფელ მადლობას ვუცხადებ ყველა იმ ამხანაგებს რომლებიც დაესწრენ ჩემს შესავალ ლექციას და სტუდენტებს კი ვუსურვებ ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის ბეჯითად და მუყაითად შესწავლას, და მე კი ამენთოს მათში სიყვარულის ცეცხლი კლინიკისადმი, რაც საბოლოოდ ამოწურავს ჩვენს აკადემიურ ამოცანას.

მე. თ. ჩიჯავაძე.

ბახმაროს ჰავის ზეგავლენა ჰემოგლობინის და სისხლის წითელი ბურთულების რაოდენობაზე ადამიანის სისხლში. ¹⁾

1882 წელს ფრანგმა მეცნიერმა P. Bert-მა პირველად აღნიშნა შემდეგი მოვლენა: ადამიანი დიდ მაღლობზე ასვლისას განიცდის პირველში სისხლის მიმოქცევის და სუნთქვის დაბრკოლებას. რამდენიმე კვირის შემდეგ ეს უარყოფითი მოვლენა ჰქრება და ადამიანი ჰგრძნობს თავს ისე, როგორც მაღლობზე მუდმივი მაცხოვრებელი.

ამ მოვლენის ასახსნელად P. Bert-მა მიჰპართა ბოლივიის მთებში 3700 მეტრის სიმაღლეზე ცხოველების სისხლის შესწავლას. აღმოჩნდა, რომ ჟანგბადის შეთვისების უნარი მთაში მაცხოვრებელთა ცხოველების სისხლისა უფრო ძლიერია ვიდრე ბარში მაცხოვრებლებისა. აქედან P. Bert-ი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ მაღლობზე ასვლას უნდა მოჰყოლოდა სისხლის ჟანგბადით გაღარიბება, რის ასაცილებლადაც ორგანიზმი სცილობს სისხლის ჰემოგლობინით გამდიდრებას.

P. Bert-ის საინტერესო დაკვირვებამ მიიპყრო ფრანგ ბუნებისმეტყველის Viault-ის ყურადღება და მან 1890 წელში გამოიკვლია თავისი და თავის თანამგზავრის სისხლი ჰერუს მაღლობებზე (4000 მეტრი) და აღნიშნა სისხლის წითელი ბურთულების მომატება სისხლის განსაზღვრულ მოცულობაში — 5.000.000-დან ერიტროციტების რიცხვმა მიაღწია 7-8 მილიონს. შემდეგ იგივე მკვლევარი იკვლევს სისხლს საფრანგეთში მაღლობზე Pic du Midi და აღნიშნავს როგორც ერიტროციტების რიცხვის მომატებას, აგრეთვე პატარა ფორმების „მიკროციტების“ არსებობას, რომლებიც მისი დაკვირვებით შემდეგში მაღლობზევე თანდათანობით ჰქრებიან.

ეს შნიშვნელოვანი ფაქტი ჯეროვანად შეფასებული სხვა მეცნიერების მიერ შეიქმნა შესწავლის საგნად.

Egger-ი იკვლევს აროზაში (1800 მეტრი) 27 საღ და ავადმყოფების სისხლს და აგრეთვე აღნიშნავს ერიტროციტების რიცხვის შესამჩნევ ზრდას. მის მიერ შესწავლილ შემთხვევებში სისხლის წითელი ბურთულების რიცხვი აღწევდა 7 მილიონს; ორი კვირის განმავლობაში საღებს მოემატათ სისხლის Icm. საშუალოდ 702.000 ერიტროციტი და ავადმყოფებს — 982.000 ერიტროციტი.

Karcher-მა, Suter-მა და Weillon-მა, შეისწავლეს რა მოქმედება მცირედი მაღლობებისა ადამიანის სისხლზე, კიდევ ერთხელ დაადასტურეს Wiault-ის აღმოჩენა.

¹⁾ მოხსენება წაკითხული ქართულ ექიმთა საზოგადოებაში 1924 წელს.

მას შემდეგ გერმანიაში და შვეიცარიაში სხვადასხვა მკვლევართა მიერ, (Reiboldsgrun'ში (700 მეტრი)—Koepe და Wolff'i, Görbersdorf'ში—Ярунтовский და Schröder'i, Hohenhonneff'ში—Schröder'i და Meissen'i, Turban'ის სანატორიუმში დავოსში Kündig'i) წარმოებული იყო მთელი რიგი ცდებისა, რომლის დასკვნანი საფუძველს უმაგრებდნენ Viault'ის მიერ აღნიშნულ ფაქტს, რომ ერიტროციტების რიცხვი მაღლობებზე მატულობს. მაგალითად ისეთ მცირედ მაღლობზე, როგორც არის Reiboldsgrun'ი (700 მ.) Wolff'მა და Koepe'მ უკვე 24-36 საათში მიიღეს 1 მილიონ ერიტროციტის მომატება; ამის გარდა მათ ნახეს სისხლში მიკროციტებიც. ერიტროციტების რიცხვი მათ შემთხვევებში აღწევდა საშუალოდ 6 მილიონს.

ამ სხვადასხვა გამოკვლევათა შედეგების დეტალურმა შესწავლამ გამოარკვია, რომ ერიტროციტების რიცხვი მით უფრო შესამჩნევად მატულობს, რაც უფრო მაღალია ადგილი. ე. ი. ჰაერის წნევის მეტი დაკლება იწვევს მეტ ზრდას ერიტროციტების რიცხვისა.

მკვლევართა დიდი უმრავლესობა თავიდანვე აღნიშნავს აგრეთვე ჰემოგლობინის რაოდენობის თანდათანობითი მომატებასაც. აღსანიშნავია, რომ მათი დაკვირვებით რაოდენობა ერიტროციტებისა და ჰემოგლობინისა ადამიანის ბარში დაბრუნებისას სწრაფად ეცემა. მაგალითად Mercier'მ აროზიდან ბარში ჩამოსვლისას 24 საათში მიიღო დაკლება ერიტროციტების რიცხვისა ერთი მილიონით.

რომ ერიტროციტების რიცხვი და ჰემოგლობინის რაოდენობა სისხლის განსაზღვრულ მოცულობაში მაღლობებზე მატულობს, ამის შესახებ პირველ მკვლევართა შორის არსებობდა სრული ერთაზროვნება და თანამედროვე ჰემოტოლოგიაც ამ ფაქტს სთვლის დამტკიცებულად; თუმცა ზოგიერთი მკვლევართა დაკვირვებით ხანდახან მაღლობზე ასვლას მოსდევს ერიტროციტების რიცხვის დაკლებაც (Züntz'i და მისი თანამშრომლების გამოკვლევა სიმაღლეზე Rothorn)

საინტერესოა მოვისმინოთ ამის შესახებ ცნობილ ჰემოტოლოგის Burcker'ის აზრი. ამ მეცნიერმა 1911 წ. გამოიკვლია სისხლი მის მიერ გაუმჯობესებულ აპარატით; იგი ამბობს, რომ ისეთი დიდი მომატება ერიტროციტების რიცხვისა, როგორსაც აღნიშნავენ ძველი მკვლევარნი არის ცუდი მეთოდიკის შედეგი. მაგრამ არც ეს ავტორი უარპყოფს საესებით ერიტროციტების რიცხვის ზრდას მაღლობზე. მისი დაკვირვებით ერიტროციტების რიცხვი მატულობს 7% და ჰემოგლობინის რაოდენობა — 7%-10%.

Burcker'ის აზრით სხვა და სხვა პირნი სხვადასხვანაირად განიცდიან მაღლობის გავლენას. ერიტროციტების რიცხვის სწრაფ მომატებას Burcker'ი ხსნის უკვე არსებულ ერიტროციტების რეზერვის მობილიზაციით. შემდეგ მისი აზრით თავს იჩენს მთის პირობებთან ორგანიზმის თანდათანობითი შეგუება სისხლის წარმომშობ ორგანოთა ამოძრავებით.

მაღლობებზე სისხლის გამოკვლევის ზემოაღნიშნული შედეგები ჯეროვანად იყო შეფასებული მკვლევართა მიერ. მათ წინ იშლებოდა. მთის ჰავით ანემიის წამლობის ბრწყინვალე პერსპექტივა. ასეთ იმედს ამყარებდა მთის ჰავაზე მკვლევართა ის ჯგუფი, რომელიც ერიტროციტების მომატებას მაღლობებზე ხსნიდა

სისხლის ელემენტების ახლად წარმოშობით. ამ მხრივ პირველშივე არსებობდა აზრთა სხვადასხვაობა.

Viault, Mischer-ი და მისი სკოლა ასე ხსნიდა ზემოაღნიშნულ მოვლენას: მალლობებზე ჰაერის წნევა დაბალია, დაბალია აგრეთვე პარციალური წნევა ეანგბადისა, რაც იწვევს დაჟანგვითი პროცესების გაძნელებას; ამას მოსდევს სისხლის წარმომშობ ორგანოთა გაღიზიანება და ახალ სისხლის ელემენტების წარმოშობა.

მკვლევართა მეორე რიგი, აქცევდა რა ყურადღებას იმას რომ ერიტროციტების მომატება ხდება ძალიან სწრაფად, და რომ სისხლში არ ჩნდება ბირთვიანი ელემენტები, უარყოფდნენ სისხლის ახალწარმოშობას.

Sahl's, Limbeck-ის და Grawitz-ის აზრით ერიტროციტების რიცხვის მომატება არის მთის ჰაერის სიმშრალის გამო წყლის ძლიერი აორთქლების და სისხლის გასქელების შედეგი. ამ აზრს Grawitz-ი ამტკიცებს ბაქტიებზე წარმოებულ ცდებით. მას ჰყავდა ცხოველები დაბალ წნევის ატმოსფეროში. სისხლის გამოკვლევამ ცხადჰყო როგორც ერიტროციტების და ჰემოგლობინის რაოდენობის მომატება აგრეთვე შრატის მკვრივი ნაწილების ოდენობის მომატებაც. როგორც Naegeli აღნიშნავს Grawitz-მა შემდეგში სიტყვა უარი ამ თეორიაზე.

Schaumann-მა და Rosenguit-მა დასდგეს ანალოგიური ცდები ბაქტიებზე, მტრედებზე, ძაღლებზე, მხოლოდ ჰაერის სიმშრალის გავლენის ასაცილებლად მათ შეჰყავდათ ორთქლი კამერაში საცა მათ ჰყავდათ საცდელი ცხოველები. იმის და მიუხედავად, რომ ჰაერი არ იყო მშრალი ერიტროციტების და ჰემოგლობინის რაოდენობამ იმატა.

Gonheim-ის და Weber-ის, Kreglinger-ის და Kestner-ის აზრით პატარა ცხოველებზე მიღებულ შედეგების გადატანა ადამიანზე შეუძლებელია რადგანაც ადამიანს აქვს სისხლის სისქის რეგულიაციის უნარი, რასაც პატარა ცხოველები მოკლებულნი არიან.

თავისებურად ხსნის სისხლში მომხდარ ცვლილებებს Gottstein-ი: მისი აზრით საფარე შუშა, რომელიც წარმოადგენს სათვლელ კამერას ზედა კედელს ადვილად იზნიჭება და იმის და მიხედვით, თუ რა წნევის ქვეშ წარმოებს ერიტროციტების დათვლა მივიღებთ ნაკლებ თუ მეტ მოცულობის კამერას. იგი ფიქრობს რომ პირველი სწრაფი მომატება ერიტროციტების რიცხვისა არის კამერას მოცულობის შეცვლის შედეგი. შემდეგი თანდათანობითი მომატება კი სხვადასხვა კლიმატიურ ფაქტორების ზეგავლენის შედეგია.

Bunge-ს და Abderhalden-ის აზრით მთაში ჟანგბადის დაკლებას მოსდევს სისხლის მიღების შეკუმშვა. ამ ვაზომოტორულ მოკვლენის გამო, პლაზმა აძლევს თხელ ნაწილს ქსოვილებს, რასაც მოსდევს სისხლის გასქელება. Abderhalden-მა გამოიკვლია ცხოველების სისხლი ბაზელში და შემდეგ St. Moritz-ში; როგორც ჰემოგლობინის აგრეთვე ერიტროციტების რაოდენობა მთაში მეტი იყო, მაგრამ ამავე დროს აღმოჩნდა აგრეთვე უფრო მეტი რაოდენობა მკვრივი ნაწილების შრატშიც.

Morawitz-ის და Zuntz-ის თეორიით, ერიტროციტების რიცხვის გადიდება არის შინაგან ორგანოთა და პერიფერიულ სისხლის მიღების შორის სისხლის

ელემენტების არათანაბრივი განაწილების შედეგი. შემდეგში Zuntz-მა სთქვა უარი ამ თეორიაზე და თავის თანამშრომლებთან ერთად წარმოებულ ჰისტოლოგიურ დაკვირვებიდან გამოჰყავს დასკვნა, რომ მთაში ხდება შესამჩნევი მომატება ერიტროციტების რიცხვისა წითელ ტვინში სისხლის წარმოშობის გაძლიერების გამო.

Morawitz-ს უნდა შეათანხმოს ეს მოწინააღმდეგე თეორიები. იგი ამბობს რომ ჰემოგლობულია რომელიც იჩენს თავს მთაზე ასვლისთანავე არის ან სისხლის ელემენტების არათანაბრივი განაწილების, ან სისხლის გასქელების შედეგი. ამას ამტკიცებენ ჰაეროსტატიით მოგზაურთა სისხლის გამოკვლევის შედეგები: ძალიან ხანმოკლე ყოფნას ჰაერში მოსდევს ერიტროციტების რიცხვის გაზრდა 20%-ით. მიწაზე დაბრუნებისას ერიტროციტების რიცხვი სწრაფად ეცემა. (Henry და Jolly, Zuntz-ი და Schrotter-ი, Abderhalden-ი.). მეორე მხრივ Morawitz-ი არ უარჰყოფს, რომ მთაში ხანგრძლივ ცხოვრებას მოსდევს სისხლის ახლად წარმოშობა, რის დასამტკიცებლად მოჰყავს Jaquet-ს, Lowy-ს და Muller-ის, Abderhalden-ის ცდების შედეგები. ამ ავტორების დაკვირვებით მთელი რაოდენობა ჰემოგლობინისა მთაში მაცხოვრებელ ცხოველების ორგანიზმში უფრო მეტია ვიდრე ბარში მაცხოვრებლებისაში.

Morawitz-ს მოჰყავს აგრეთვე Burcker-ის ცდების შედეგები. Burcker-ი აღნიშნავს, რომ მთაში ცხოველების ღვიძლში რკინა მცირედი მომატების შემდეგ კლებულობს — იხარჯება ჰემოგლობინის წარმოქმნისათვის.

მთაში სისხლის ელემენტების ახლად წარმოშობას ამტკიცებენ Laquer-ის და Weber-ის ცდები ძაღლებზე. ამ ავტორებმა გამოიწვიეს სისხლნაკლებობა ძაღლებში სისხლის გამოშვებით. ბარში სისხლის რეგენერაცია მიიღეს 27 დღეში, მთაში (Monte-Rosa 2900 მეტრი) 16 დღეში. მეორე რიგ ცდებში ძაღლებს შეუშხაუნეს pyroдинი. ბარში 13 დღეში ჰემოგლობინის რაოდენობა 87% დან დაიწია 35%-მდე და შემდეგ 21 დღეში მიაღწია 73% და შეჩერდა ამ რიცხვზე. მთაში 4 დღეში ჰემოგლობინი 67% დან ჩამოვიდა 50%-მდე. მეტუთე დღიდან დაიწყო მომატება, 13 დღეში მიაღწია პირვანდელ რაოდენობას და შემდეგ ავიდა ზევით.

რომ მთის ჰავა განსაკუთრებულად კარგად მოქმედობს სისხლნაკლებობაზე, ამას საკმარისად ამტკიცებს ორი შემთხვევა, რომელიც მოჰყავს C. Stäubli-ს. პირველი შემთხვევა: 70 წლის პაციენტი, რომელიც ოპერაციის შემდეგ ბარში ვერ მოკეთებულყო, წავიდა St. - Moritz-ში. პირველ ზაფხულს ჰემოგლობინმა 58% დან აიწია 75%-მდე. ამის შემდეგ ყოველ ზამთარ ზაფხულს ავადმყოფი თითო თვეს ატარებდა St. - Moritz-ში და სამი წლის დამლევს ჰემოგლობინის რაოდენობა უდრიდა 106,5%. მეორე შემთხვევა: 65 წლის ავადმყოფი შეპყრობილი იყო პერნიციოზულ ანემიით. მიუხედავად ყველა ღონისძიებისა, ბარში უკეთობას ვერა ჰკრძობდა. წავიდა St. Moritz-ში. ასვლისას რიცხვი ერიტროციტებისა მის სისხლში უდრიდა 1.350.000, ჰემოგლობინის რაოდენობა—23%. შვიდი კვირის შემდეგ სისხლში აღმოჩნდა უკვე 3.450.000 ერიტროციტი და 57% ჰემოგლობინისა. მეორე წელს ავადმყოფმა გაატარა St. Moritz-ში კიდევ 40 დღე, რის შემდეგ მისი სისხლი შეიცავდა 4.080.000 ერიტროციტს და 73% ჰემოგლობინს.

თანამედროვე მედიცინა № 910.

საქართველოს
 ენციკლოპედია

ბინისას. Staubli ამბობს რომ მთის ჰავა მოქმედობს დაავადებული წითელი ძვლის ტვინის ფუნქციაზე ისე, როგორც გზაში მიმავალ მთელემაზე ცხენზე მათრახი.

ამ მოკლე ლიტერატურული მიმოხილვიდან ჩვენ ვხედავთ, რა ყურადღებას აქცევენ მთიან ადგილების შესწავლას, იმ მხრივ თუ რა გავლენას ახდენს მთის ჰავა სისხლის შემადგენლობაზე.

მიუხედავად იმისა რომ ჩვენი ქვეყანა მდიდარია მთის კლიმატურ სადგურებით, გამოკვლევა ამ მიმართულებით არსებობს დღემდე მხოლოდ აბასთუმნის (Глинчиков'ი 1905 წ.) და პატარა ცემის შესახებ (ექ. მიქელაძე 1912 წ.)

აბასთუმანში (1300 მეტრი) Глинчиков'ის დაკვირვებით ერიტროციტების რიცხვი 1 c.mm. პირველ ხანებში მატულობს 1.427.000 (21%-ით). სეზონის დამლევს ერიტროციტების რიცხვი მცირდება და მომატება გამოიხატება 753000 (13%-ით). საშუალო რიცხვი ერიტროციტებისა 1 c. mm. მის შემთხვევებში უდრიდა 6200.000. ჰემოგლობინმა მოიმატა 16,2%-ით.

ექიმ მიქელაძემ გამოიკვლია პატარა ცემში (1340 მ.) ბავშვების სისხლი და აღნიშნავს, რომ ერიტროციტების რიცხვი 3-5 დღეში 3.800.000—4200.000 დან აღიოდა 6.000.000—5.500.000-მდე და ამ დონეზე იდგა ბავშვების კოლონიაში ყოფნის დროს. ჰემოგლობინმა მოიმატა 24%-25%, 72%-73%-დან ავიდა 97%-მდე.

რაც შეეხება ბახმაროს, რომელიც მდებარეობს აჭარა გურჯის მთებში დაახლოებით 2000 მეტრის სიმაღლეზე, იგი არამცთუ შესწავლილი, საკმარისად ცნობილიც კი არ არის. მხოლოდ გურულებს შორის მან მოიხვეჭა სრულიად სამართლიანი ნდობა. გურჯის მაცხოვრებელნი დაავადებულნი ბარში, საზაფხულოდ მოკლე ვადით მაინც ადიან ბახმაროზე.

1922 წელს საქართველოს ჯანმრთელობის კომისარიატმა მოაწყო ექსპედიცია პროფესორი ს. გოგიტიძის და პროფესორის ა. ალადაშვილის ხელმძღვანელობით. ექსპედიციაში შედიოდნენ აგრეთვე ექიმი მ. უგრელიძე და ექიმი ჩიჯავაძე. ექსპედიციის მიზანი იყო ბახმაროს ჰავის ადამიანზე მოქმედების შესწავლა.

პირადად ჩვენ დავალებული გვექონდა გვეწარმოებინა მიმდინარე ანალიზები ამბულატორიის ლაბორატორიუმში და ამავე დროს გამოგვერკვია, თუ რა ცვლილებას იწვევს სისხლში ბახმაროს ჰავა. ამისათვის გვემით ჩვენ უნდა გამოგვეკვლია ბახმაროზე მიმავალთ სისხლი ჯერ ბარში და შემდეგ მთაში ვინაიდან ექსპედიცია ავიდა ბახმაროზე მაშინ, როცა უმრავლესობა ავადმყოფებისა ასული იყო კიდევ მთაში, ჩვენ იძულებულნი გავხდით დავკმაყოფილებულიყავით უმთავრესად ექსპედიციის წევრების სისხლის გამოკვლევით.

ექსპედიცია ავიდა ბახმაროზე ივლისის მეორე ნახევარში. სეზონი ბახმაროზე ტრადიციით თავდება 20 აგვისტოს, ასე რომ ჩვენ მოგვიხდა მუშაობა დაახლოებით ერთი თვე.

ასეთი მოკლე ვადა არ იყო საკმარისი, რომ დაკვირვება გვეწარმოებინა ისე, როგორც ჩვენ საჭიროდ ვცნობდით. საინტერესო იყო გამოგვეკვლია ბახმაროს ჰავის მოქმედება სხვა და სხვა ავადმყოფობაზე. ამისათვის საჭირო იყო ავადმყოფების დეტალური კლინიკური შესწავლა, მათი სისხლის ყოველდღიური

გამოკვლევა, მაგრამ არც დრო და არც პირობები ხელს არ გვიწყობდა საამისოდ. საკმარისია აღვნიშნოთ, რომ ბახმაროზე არ არსებობს სანატორიუმი და ამიტომ სტაციონალური ავადმყოფები ჩვენ არ გვყავდა. ამასთანავე მოაგარაკეთა უმთავრესი ნაწილი ადის ბახმაროზე 2-3 კვირით. ეს იყო მიზეზი იმისა, რომ ხშირად ჩვენ დაკვირვების გაგრძელება არ შეგვეძლო, რადგანაც ჩვენთვის საინტერესო ავადმყოფს მეორედ ვეღარ ვხვდავდით.

1922 წლის სეზონში ჩვენ გამოვიკვლიეთ 12 პირის სისხლი ბარში; მთაში ასვლისას 10 მათგანს გაუსინჯეთ სისხლი ორჯერ: პირველად 9-15 დღის შემდეგ და მეორედ კი 30-35 დღის შემდეგ. ორს მთაზე გამოუკვლიეთ სისხლი, ჩვენგან დამოუკიდებელ მიზეზების გამო, მხოლოდ ერთხელ — ერთს მე-14 დღეს, მეორეს მე-28 დღეს.

სისხლის წითელ ბურთულებს ვთვლიდით Thoma—Zeiss-ის სათვლელ აპარატით, ჰემოგლობინის რაოდენობას ვიკვლევდით Sahli-ს ჰემომეტრით.

ამ გამოკვლევათა შედეგები წარმოდგენილია მრუდეების სახით. უწყვეტი ხაზი გამოხატავს ერიტროციტების რიცხვის ცვლილების მსვლელობას, ნაწყვეტი ხაზი — ჰემოგლობინის რაოდენობის შეცვლას.

მრუდეებიდან სჩანს, რომ ერიტროციტების რიცხვი მთაზე უმრავლეს შემთხვევაში ჯერ მატულობს: 11 შემთხვევიდან 9 შემთხვევაში (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11) მრუდე იწვევს ზევით; ერთ შემთხვევაში (8) აღწევს 8.200.000. რაოდენობა მომატებულ ერიტროციტებისა უდრის 100.000—3100.000 (1,7%—60,7%), საშუალოდ — 1.166.000 (24,6%).

აღსანიშნავია, რომ ერიტროციტების რიცხვი არ ჩერდება მიღწეულ ციფრებზე, არამედ კლებულობს. ამისდა მიუხედავად ერთი თვის შემდეგ ერიტროციტების რაოდენობა უფრო მეტია ვიდრე ბარში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ბარშივე ერიტროციტების რიცხვი საკმარისად მაღალ დონეზე იდგა (1, 5, 6, 10). ერიტროციტების საბოლოო მომატება უდრის 200.000—1.700.000 (3,9%—36,9%) საშუალოდ — 750.000 (16,9%).

ამ გვარად ერიტროციტების რიცხვის ცვლილების მსვლელობაში გაეარჩეთ ორ ფაზას: ფაზას მომატებისა და დაკლებისა.

ჩვენ მიერ მიღებული რიცხვები არ გვაძლევენ წარმოდგენას იმაზე, თუ სადამდისინ შეიძლება მიაღწიოს ერიტროციტების რაოდენობის ზრდამ ბახმაროზე. მიღებული რიცხვები არ არიან მაჩვენებელნი ერიტროციტების მომატების მაქსიმუმისა. მაქსიმუმი თვითეულ შემთხვევაში ჩვენ შეგვეძლო მიგველო ყოველ დღიურ გამოკვლევის წარმოების დროს, რის საშუალება ჩვენ არ გვქონდა. უნდა ვიფიქროთ, რომ მაქსიმუმს მივიღებდით პირველ და მე-14 დღის შუა, თუ გავითვალისწინებთ ექიმ გლინჩიკოვის დაკვირვებას აბასთუმანში, რომელმაც ყოველდღიურ გამოკვლევის დროს მიიღო ერიტროციტების რაოდენობის მაქსიმუმი ცხრა შემთხვევაში პირველ კვირას, ხუთ შემთხვევაში მე-14 დღეს.

ამით შეიძლება ავხსნათ ის გარემოება, რომ მე-5 შემთხვევაში ერიტროციტების რიცხვი მომატების მაგივრად კლებულობს; ალბათ ერიტროციტების რიცხვმა მიაღწია მაქსიმუმს პირველ კვირას და მე-15 დღეს, როდესაც ჩვენ ვაწარმოეთ სისხლის გამოკვლევა, იყო უკვე ფაზა დაკლებისა.

მე-7 და მე-9 შემთხვევებში მთავი მეორე გამოკვლევის შედეგად მივიღეთ უფრო მეტი რაოდენობა ერიტროციტებისა ვიდრე პირველ გამოკვლევის დროს; შეიძლება ვიფიქროთ, რომ სისხლის გამოკვლევა წარმოებული იყო მთავი პირველად მაშინ, როდესაც მომატების ფაზა ჯერ კიდევ არ იყო დამთავრებული. მე-7, მე-9 და მე-10 შემთხვევაში შესაძლებელია აგრეთვე ჩვენ გვქონდეს საქმე, უკვე Burcker-ის მიერ აღნიშნულ, ინდივიდუალურ რეაქციასთან.

როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, ორ შემთხვევაში (11, 12) მთავი სისხლი გამოკვლეული იყო მხოლოდ თითოჯერ. მე-11 შემთხვევა ადასტურებს აღნიშნულ ფაქტს, რომ ერიტროციტების რიცხვი მთავე პირველში მატულობს; რაც შეეხება მე-12 შემთხვევას, მთავე სისხლი გამოკვლეული იყო მხოლოდ მე-28 დღეს, ე.ი. დაკლების ფაზის დროს, რის გამოც ერიტოციტების რიცხვის მომატების მომენტი ჩვენ გამოგვჩა.

განხილული 12 შემთხვევის გარდა, ჩვენ გაუსინჯეთ სისხლი კიდევ ექვს პირს მხოლოდ მთავი, თვითუფს—ორჯერ. მიღებული შედეგებიც არ ეწინააღმდეგება ჩვენ მიერ შემჩნეულ მოვლენას, რომ ერიტროციტების რიცხვი მთავი ჯერ მატულობს (13, 14 შემთხვევებში მრუდე იწვევს ზევით) და განსაზღვრული დროს გავლის შემდეგ კლებულობს (15, 16, 17, 18 შემთხვევაში მრუდე იწვევს ქვეით).

ბახმაროს ჰავის მოქმედებას სისხლის შემადგენლობაზე მკაფიოდ გამოხატავს ჰემოგლობინის $\%$ -ის ცვლილება. მრუდე ყველა შემთხვევაში იწვევს ზევით და ერთი თვის განმავლობაში აღწევს დიდ რიცხვებს: 16 შემთხვევიდან 13 შემთხვევაში 90% — 100% -ს. ბარში მიღებულ რიცხვებს (66% — 86%) მიემატა 11% — 28% ჰემოგლობინისა, საშუალოდ— $20,4\%$. ერთი თვის დამლევს ჰემოგლობინმა იმატა $13,9\%$ — $40,5\%$ მდე, საშუალოდ $27,6\%$ -ით.

ჩვენ ვხედავთ რომ, იმ დროს როცა ერიტროციტების რიცხვი უკვე კლებულობს, ჰემოგლობინის $\%$ განაგრძობს მომატებას და, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, აღწევს დიდ ციფრებს. ამასთან შეთანხმებით ჰემოგლობინის ინდექსი პირველ დღეებში ნელა იზრდება, ზოგიერთ შემთხვევაში იკლებს კიდევ და შემდეგ ადის ზევით და ერთ თვეში უახლოვდება 1-სა.

ჩვენ მიერ აღნიშნული ფაქტები ადვილად აიხსნება Burcker-ის ზემომოყვანილ შეხედულებით, რომ ორგანიზმი მთავე ასვლასა ახდენს უკვე არსებულ ერიტროციტების მობილიზაციას, შემდეგ კი თავს იჩენს ორგანიზმის მთის პირობებთან თანდათანობითი შეგუება სისხლწარმომშობ ორგანოთა ამოძრავებით. ვფიქრობთ რომ, როდესაც მოხდა სისხლის გამდიდრება ჰემოგლობინით სხეული აღარ საჭიროებს ერიტროციტების დიდ რაოდენობას, რითაც აიხსნება, ალბად, ერიტროციტების რიცხვის დაკლება.

მრუდეების განხილვიდან სჩანს, რომ ერიტროციტების რაოდენობა ერთი თვის დამლევს 16 შემთხვევიდან 10 შემთხვევაში (1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 18) უდრის $5-5\frac{1}{2}$ მილიონს, მხოლოდ ორ შემთხვევაში (7, 12) ადის 6 მილიონზე ზევით და 4 შემთხვევაში სდგას 5 მილიონზე ქვეით.

აქედან ჩვენ მივიღეთ შთაბეჭდილება, რომ ბახმაროსთვის $5-5\frac{1}{2}$ მილიონი ერიტროციტი არის ნორმა, რომ დიდი რიცხვი ერიტროციტებისა წარმოადგენს დროებით მოვლენას და არ არის დამახასიათებელი ბახმაროსთვის.

ამ საკითხის გამოსარკვევად 1923 წლის ზაფხულს ჩვენ გამოვიკვლიეთ კიდეც 24 პირის სისხლი. ვინაიდან ბახმაროზე მუდმივი მაცხოვრებელი არ არსებობენ, ჩვენ მიემართეთ იმ მოაგარაკეთა სისხლის გამოკვლევას, რომელნიც იყვნენ ბახმაროზე განუწყვეტლივ 24 დღიდან 77 დღემდე.

ამ 24 შემთხვევისა და პირველ სეზონში გამოკვლეულ 16 შემთხვევისა, სულ 40 შემთხვევის სისხლის გამოკვლევის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილზე (№ 1) ცხრილიდან სჩანს, რომ ერიტროციტების რაოდენობა 24 შემთხვევაში უდრის $4\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$ მილიონს, 12 შემთხვევაში—5.600.000—6.700.000, 4 შემთხვევაში— $4\frac{1}{2}$ მილიონზე ნაკლებს.

ამ მასალის განხილვა სქესის მიხედვით იძლევა შემდეგს: გამოკვლეულია 21 ქალის დმ 19 ვაჟის სისხლი. ქალებმა გაატარეს ბახმაროზე თვითუღმა საშუალოდ 39 დღე, ვაჟებმა—46 დღე.

3.600.000—4.900.000 ერიტროციტი აღმოაჩნდა 11 ქალს და 3 ვაჟს.

5.100.000—5.500.000 ერიტროციტი აღმოაჩნდა 8 ქალს და 6 ვაჟს.

5.600.000—6.700.000 ერიტროციტი აღმოაჩნდა 2 ქალს და 10 ვაჟს.

საშუალო რიცხვი ერიტროციტებისა ქალების სისხლში უდრის 5.000.000, ვაჟების სისხლში—5.600.000.

საშუალო რიცხვი გამოყვანილი ყველა შემთხვევებიდან სქესის მიუხედავად უდრის 5.252.500.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ ზევით საშუალო რიცხვი მიღებული აბასთუმანში გლინიკოვის მიერ უდრიდა 6.200.000, და პატარა ცემში ექიმ მიქელაძის გამოკვლევის მიხედვით ერიტროციტების რიცხვი იდგა 6.000.000—6.500.000 ფარგლებში.

რაც შეეხება ჰემოგლობინის⁰/₀-ს ჩვენ 40 შემთხვევიდან 32 შემთხვევაში მივიღეთ 90° /₀— 114° /₀, 7 შემთხვევაში ჰემოგლობინის ⁰/₀ სდგას 82° /₀— 89° /₀ ფარგლებში და ერთ შემთხვევაში უდრის 73° /₀ (malaria tropica), საშუალო რიცხვი უდრის 96° /₀.

ჰემოგლობინის ინდექსი 27 შემთხვევაში უდრის 0,9—1-ს, 12 შემთხვევაში 0,8—0,89 და მხოლოდ ერთ შემთხვევაში—0,7; საშუალო რიცხვი უდრის 0,96.

აქედან ვხედავთ რომ, იმ დროს როცა ჰემოგლობინის⁰/₀-მა მიაღწია ნორმალურ ციფრებს და ჰემოგლობინის ინდექსი მიუახლოვდა 1-ს. ერიტროციტების რიცხვი სდგას 5 — $5\frac{1}{2}$ მილიონის ფარგლებში. ამრიგად პირველ სეზონში მიღებული შთაბეჭდილება რომ 5 — $5\frac{1}{2}$ მილიონი ერიტროციტი არის ბახმაროსთვის ნორმა დადასტურდა მეორე სეზონშიც.

ზემომოყვანილ 40 შემთხვევიდან 21 პირი იყო სალი, 19 დაავადებული; მათ შორის 13—მალარიით, 5—ტუბერკულოზით, 1—ანემიით. ერთ-ორთვენახევარში მათი სისხლი 14 შემთხვევაში შეიცავდა ჰემოგლობინის 90° /₀— 114° /₀, 4 შემთხვევაში 82° /₀— 89° /₀ და მხოლოდ ერთ შემთხვევაში 73° /₀ (malaria tropica).

ბახმაროს ჰავის აღმიანის სისხლის შემადგენლობაზე ვავლენის დასახასიათებლად, საინტერესო იყო გამოვევრკვია, რამდენად მტკიცეა ბახმაროზე მიღებული სისხლის დადებითი ცვლილებები. ამ მიზნით ჩვენ გამოვიკვლიეთ 6 პირის სისხლი მთიდან ბარში ჩასვლის პირველ დღეებში და 5 პირის სისხლი ერთი და



ცხრილი № 1.

№ რიგზე	შემთხვევები	ს ქ ე ს ი	წლოვანობა	რით იყო დაავადებული	რამდენი დღე იყო მთავი.	რიცხვი ერიტროციტებისა 1 კბ. მ.მ.	% ჰემოგლობინისა	ჰემოგლობინის ინდექსი.
1	43	დედ.	34	Malaria trop.	36	3600000	73	1.
2	44	დედ.	63		65	4000000	93%	1,1
3	19	მამ.	34	Malaria	36	4400000	110%	1,2
4	16	დედ.	21	Malaria, pleuritis	32	4400000	91%	1
5	20	მამ.	14		65	4500000	97%	1
6	2	დედ.	40	Malaria	34	4600000	96%	1
7	21	დედ.	11		30	460000	93%	1
8	22	დედ.		Malaria	45	4600000	82%	0,9
9	23	დედ.	72		35	4800000	86%	0,9
10	24	მამ.	26	Tuberculosis	45	4800000	89%	0,9
11	25	დედ.	13		70	4900000	91%	0,9
12	4	დედ.	39		30	4900000	86%	0,86
13	26	დედ.	13		70	5000000	95%	0,95
14	5	დედ.	37		29	5000000	97%	0,97
15	27	დედ.	17		34	5100000	88%	0,86
16	13	დედ.	19	Malaria	24	5100000	83%	0,82
17	28	მამ.	20	Malaria	60	5100000	103%	1
18	29	დედ.	14	Malaria	50	5200000	110%	1
19	30	მამ.	18	Malaria	60	5200000	90%	0,86
20	3	დედ.	37	Malaria	33	5200000	95%	0,9
21	8	დედ.	30		42	5300000	96%	0,9
22	31	მამ.			45	5300000	106%	1
23	32	მამ.	40		77	5400000	107%	1
24	6	მამ.	20	Tuberculosis, pleuritis	29	5400000	91%	0,84
25	9	დედ.	32	Malaria	35	5400000	89%	0,82
26	15	მამ.			33	5500000	94%	0,85
27	33	დედ.	30	Anaemia	28	5500000	93%	0,84
28	1	დედ.	44		33	5500000	96%	0,87
29	34	დედ.	40	Malaria	50	5600000	104%	0,92
30	35	მამ.			30	5600000	105%	0,93
31	36	მამ.	34		77	5600000	112%	1
32	37	მამ.	39	Tuberculosis	50	5600000	110%	0,98
33	10	დედ.	39		33	5800000	90%	0,83
34	38	მამ.	44	Malaria, tuberculosis	45	5800000	95%	0,81
35	39	მამ.			57	5900000	107%	0,9
36	40	მამ.	45		33	6000000	112%	0,93
37	41	მამ.	24	Tuberculosis	50	6300000	114%	1
38	7	მამ.	54		28	6300000	105%	0,99
39	42	მამ.		Malaria	30	6500000	92%	0,7
40	12	მამ.			28	6700000	107%	0,8

ორთვენახევრის შემდეგ უკვე ტფილისში. მიღებული შედეგები მოყვანილია ცხრილზე (№ 2). ცხრილიდან სჩანს, რომ მთიდან ბარში ჩასვლისას, როგორც პირველ დღეებში, აგრეთვე 37-80 დღის შემდეგ ერიტროციტების რიცხვი ეცემა, გარდა ერთი (9) შემთხვევისა, ჰემოგლობინის % კი, ერთი (8) შემთხვევის გამოკლებით, სდგას თითქმის იმავე დონეზე, რა დონეზედაც იღვა მთაში.

ბახმაროს ჰავის ზეგავლენა

ცხრილი № 2

სად არის გამოკვლე- ული	მთაში		ბარში			
№№ რიგზე	ერიტროცი- ტების რიცხვი 1 კბ. მმ.	% ჰე- მოგ- ლობი- ნისა	როდის არის გამოკვლეული	ერიტროცი- ტების რიცხვი 1 კბ. მმ.	% ჰე- მოგ- ლობი- ნისა	დ ი ა გ ნ ო ზ ი.
1	5290000	96%	მე 2 დღეს მთიდან ჩამო- სვლისას	5160000	96%	
2	5100000	88%	მე 3 დღეს	4180000	86%	M a l a r i a
3	5400000	89%	მე 4 დღეს	5000000	88%	M a a t i a
4	6420000	110%	მე 4 დღეს	5990000	111%	
5	4840000	86%	მე 4 დღეს	4020000	86%	
6	5370000	89%	მე 10 დღეს	3960000	86%	M a l a r i a
7	4650000	93%	მე 80-დღეს ტფილისში	3840000	93%	
8	5200000	110%	მე 30 დღეს ტფილისში	3800000	93%	M a l a r i a
9	5000000	86%	მე 37 დღეს ტფილისში	5000000	87%	
10	5580000	105%	მე 45 დღეს ტფილისში	5100000	103%	
11	5430000	97%	მე 60 დღეს ტფილისში	4400000	96%	

ზემოდ განხილულ მასალის მიხედვით შეიძლება აღვნიშნოთ შემდეგი:

1. ბახმაროს ჰავა ახდენს შესამჩნევ გავლენას ჰემოგლობინის და სისხლის წითელ ბურთულების რაოდენობაზე ადამიანის სისხლში.

2. უმთავრესი მოქმედება გამოიხატება ჰემოგლობინის მომატებაში (ერთ თვეში საშუალოდ 27,6%).

3. ერიტროციტების რიცხვის ცვლილების მსვლელობაში გავარჩევთ ორ ფაზას: პირველში ფაზა მომატებისა, შემდეგ ფაზა დაკლებისა; ერთი თვის დამლევს ერიტროციტების რიცხვის მომატება უდრის საშუალოდ 16,9%.

4. ერთს ორთვენახევარში ერიტროციტების რიცხვი 5 – 5¹/₂ მილიონის ფარგლებშია. საშუალო რიცხვი უდრის 5250000. შესაძლებელია ვიფიქროთ რომ ეს რიცხვი არის ნორმა ბახმაროსათვის.

5. მთიდან ბარში დაბრუნებისას ერიტროციტების რიცხვი კლებულობს, ჰემოგლობინის რაოდენობა ორთვენახევრის შემდეგაც უცვლელია.

6. საჭიროა რაც შეიძლება მოკლე ხანში დაარსდეს ბახმაროზე სანატორიუმი; ამას მოითხოვს ავადმყოფთა ინტერესი და ეს აუცილებელი პირობაა ბახმაროს ჰავის ავადმყოფებზე მოქმედების ყოველ მხრივი შესწავლისათვის.

ლიტერატურა.

1. P. Bert Sur la richesse en hémoglobine du sang des animaux vivant sur les hauts lieux.

Comptrend. de l'acad. de Scienc. 1882 p. 805

2. F. Wiault. Sur l'augmentation considerable du nombre des globules rouges dans le sang chez les habitants des hauts plateaux de l'Amuéliquel du sud. Compt. rend 1890 p. 917.

3. Egger. Ueber Veränderngen des Blutes im Hohgebirge.

Verhando des XII Congr. f. ism Med. Wisbaden 1893 s. 262

4. Mischer. Ueber die Bezichungen zwischen Meereshöhe und Beschaffenheit de Blutes Cowresp. Bl. f. Schweiz Aerze XXIII 1893 № 24

5. Herr Bürcker (Tubingen) „Die physiolog'ischen Wirkungen des Höhenklimas auf das Blut. Deitscher Physiologen Kongress München 1911. Zentralblatt fur Physiologie 1911 s 1107.

6. O. Cohnheim. und O. N. Weber. Die Blutbildung im Hohgebirge. Zentralblatt. fur Physiologie 1913 s. 409.

7. O. Cohnheim. Die Wikung des Höchenklimas auf den Menschen Zentraeblatt f. Physiologie 1319 s. 1185

8. O. Schauman und E. Rosenqvist. Ueber die Natur des Blutveränderungen im Höhenklima Centr. bl. f Physiologie 1898 s. 453

9. A. Gottstein, Ueber Blutkörperzählung und Luftdruck. Berl. klin. Woch. 1898 s. 439.

10. E. Abderhalden Weitere Beiträge Zur Trage nach der Einwirkung des Höhenklimas auf die Zusanimmensetzung des Blutes Centr. bl. f Physiologie 1902 s. 411

11. E. Abderhalden. Ueber den Einfluss des Höhenklimas auf die Zusammensetzung des Blutes. Centr bl. f Physiologie 1908 s. 303.

12. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinder Heilkunde 1913.

13. Глинчиков. В. И. Влияние горной станции Абас-тумана количество красных кровяных шариков и гемоглобина в крови человека. Военно-медиц. Журнал. 1905 стр. 110, 301,

14. Ш. А. Микеладзе. К вопросу о влиянии летних колоний на физическое состояние детей. Доложено в заседании Кавказ. Мед. общества 4 декабря 1912 г.

Д-р. Е. Чиджавадзе

Влияние климата Бахмаро на количество гемоглобина и эритроцитов в крови человека.

Бахмаро расположено в горах Гурии—Аджарии на высоте около 2000 метров. Автор исследовал кровь 12 лиц перед подъемом и затем два раза во время пребывания их в горах и подчеркивает заметное влияние климата Бахмаро на % гемоглобина и количество эритроцитов в крови человека. В ходе изменения количества эритроцитов наблюдались две фазы: сначала фаза нарастания, затем фаза падения. Процент гемоглобина увеличивался непрерывно. В результате месячного пребывания на Бахмаро количество эритроцитов увеличилось в среднем на 750,000 (16,9%), % гемоглобина возрос на 20,4% (27,6%). Исследование крови 40 лиц пробывших на Бахмаро от 24—77 дней дало в среднем 5250000 эритроцитов при 96% гемоглобина и индексе гемоглобина равном в среднем 0,96, из чего автор заключает что большие количества эритроцитов не характерны для Бахмаро и предполагает, что норма для Бахмаро лежит в пределах 5—5¹/₂ миллионов. Исследование крови 6 лиц в первые дни по возвращении их с Бахмаро и 5 лиц через 30—80 дней дало понижение количества эритроцитов, в то время как % гемоглобина держался на тех же цифрах, что и в горах.

Высокий процент гемоглобина автор отмечает и у больных проживших на Бахмаро от 30—60 дней. Из 19 случаев (malaria, tuberculosis) в 14 случаях гемоглобин равнялся 90%—114%, в 4 случаях 82%—89% и в одном случае (malaria tropica) 73%. Автор указывает на необходимость организации стационара на Бахмаро для правильного изучения влияния этой климатической станции на больной организм.

D-r E. Tchidjavadzé.

L'influence du climat de Bakhmaro sur laquantité d'hémoglobine et des globules rouges dans le sang de l'homme.

La station climatique de Bakhmaro est située dans les montagnes des régions de la Gourie, voisinant avec l'Adjaristan, à l'altitude de 2000 mètres environ.

L'auteur a examiné le sang de 12 personnes avant l'ascention à Bakhmaro et, ensuite, à deux reprises, au cours de leur villégiature; les resultats obtenus lui permettent de constater l'influence indubitable de séjour à Bakhmaro sur le pourcentage de l'hémoglobine et le nombre des globules rouges du sang humain.

L'auteur a constaté, dans la marche des variations du nombre des érythrocytes, deux phases; d'abord la phase de l'ascension et, ensuite, la phase de descente; le pourcentage de l'hémoglobine augmentait invariablement.

A la suite d'un séjour à Bakhmaro d'une durée de 1 mois, le nombre des globules rouges a augmenté, en moyenne, 750.000 érythrocytes (16,9%) et le pourcentage de l'hémoglobine de 20,4% (27,6%).

L'examen du sang de 40 personnes, qui ont séjourné à Bakhmaro de 24—77 jours, a donné à l'auteur un chiffre moyen de 525000 de globules rouges avec 96% d'hémoglobine; cela permet à l'auteur d'avancer la conclusion, que les grands écarts dans le nombre des globules rouges ne sont pas caractéristiques pour Bakhmaro; il suppose que le chiffre normal pour Bakhmaro n'excède pas 5—5 $\frac{1}{2}$ millions d'érythrocytes.

L'examen du sang de 6 personnes immédiatement après leurs retour de la station climatique et de 5 personnes après 30—80 jours donne à l'auteur la diminution du nombre des erythrocytes, tandis que l'hémoglobine accuse les mêmes chiffres élevés, que dans la montagne.

Les chiffres élevés du % d'hémoglobine sont noté par l'auteur chez les personnes malades; faisant leur cure à Bakhmaro de 30 à 60 jours. Des 19 cas examinés (paludisme, tuberculosis) dans 14 l'hémoglobine avait le taux de 90%—114%, dans 4 cas — 82%—89% et dans 1 cas (fièvre tropicale)—73%.

L'auteur attire l'attention sur la nécessité de l'organisation d'un stationnaire dans Bakhmaro pour étudier l'influence de cette station climatique sur l'organisme malade.

გ. ზ. ი ნ ა ხ ა რ ი ძ ე.

ასპირანტი

Vivocoll'-ის გამოყენება პროსტატექტომიის დროს*).

(ტფ. სახ. საედიცინო ინსტიტუტის უროლოგიური კლინიკა
გამგე პროფ. ა. პ. წულუჭიძე)

ყველასათვის ცნობილი დასტაქარი Bier-ის მიერ მრავალრიცხოვანი ცდებისა და კლინიკური დაკვირვებათა შემდეგ აღიარებულ ჭრილობებთა უტანაონო მკურნალობის უპირატესობის შესახებ ცხადი ვახდა თუ რა უარყოფითი მხარეები აქვს ტამპონს და დრენაჟს ჭრილობათა შეხორცების ფიზიოლოგიურ მიმართულებაში. ჯერ კიდევ რუსეთის უდიდესი დასტაქარი პირაგოვი თავის „საველე ქირურგია“-ში სწერდა, რომ „ბევრ შემთხვევებში დრენაჟისაგან მხოლოდ დაჭიმულობა და ტკივილები მცირდება, ხვრელშილები და ღრუები კი არ იხურება, სხვა შემთხვევებში ხანგრძლივ და უსარგებლო დრენაჟის ხმარებისას ავადმყოფობა რჩებოდა გაკვეთებით და აბაზანებით“ თანამედროვე ქირურგიისათვის უკვე ნათელია, რომ ტამპონი და დრენაჟი, როგორც გარეშე სხეული, ჭრილობათა წესიერ რეგენერაციას აბრკოლებს, ხელს უწყობს ინფექციის ზედმეტად განვითარებას და ახანგრძლიებს შეხორცების ხანას. აქედან გამომდინარე, თანამედროვე ქირურგია ცდილობს სადაც კი შესაძლებელია მათი ხმარება შეზღუდოს.

პროსტატექტომიის დროს უმთავრეს მომენტებად უნდა ჩაითვალოს სისხლის დენა, გართულებანი უროსექსისების სახით და შარდსადინარის დასაწყისი ნაწილის შევიწროვება, როგორც შორეული შედეგი. სისხლის დენის შეჩერებისათვის დღეს დოლბანდის ტამპონი იხმარება, მათი წინამდებარე ჯირკვლების ბუდე და შარდის ბუშტის თითქმის ნახევარი ივსება.

თუმცა არსებობს სისხლის დენის შეჩერების სხვა წესებიც, რომელთა დროს შარდის ბუშტის პირვალი დახურვა ე. ი. ე.წ. იდეალურ პროსტატექტომიის წარმოება შესაძლებელი ხდება მაგრამ ეს წესები ძნელი შესასრულებელი და არასაიმედო არიან. პროსტატექტომიის შემდეგ ტამპონის ამოღება ავადმყოფთათვის მეტად რთულ მომენტს წარმოადგენს (არა ნაკლებ თვით წინამდებარე ჯირკვლის ენუკლიაციისა). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ოპერაციის შემდეგ სისხლის დენა ხშირად იმდენად ძლიერია, რომ ტამპონიც ყოველთვის მიზანს ვერ აღწევს. ამის გარდა ტამპონის ხმარება მოითხოვს ბუშტის ღიათ დატოვებას, ეს უკანასკნელი კი თვით ბუშტის ჭრილობას ართულებს და ახანგრძლიებს მკურნალობას. ამ ოპერაციის შემდგომ უროსექსისების განვითარების ხელშე-

*) 1931 წელს 28 მაისს, მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოების უროლოგიურ სექციას.

მწყობ მომენტებში დოღბანდის ტამპონს უნდა ჰქონდეს მნიშვნელობა. ამიტომაც ყოველგვარი საშუალება, რომელიც შესაძლებელია ამ ოპერაციის დროს სისხლის დენის შეჩერების მიზნით იქნეს ხმარებული, უსათუოდ გამოყენებულიც უნდა იქნეს, რათა თავიდან ავიცილოდ ტამპონის ხმარება და გავაუმჯობესოთ ნაოპერაციები ხანის მიმდინარეობაც.

ჭრილობების ყრუ არეების ამოვსებისა და პარენქიმატოზული სისხლის დენის შეჩერებისათვის ცნობილია ბიოლოგიური ტამპონადის სხვადასხვა სახეები, რომელთა შორის უკანასკნელ ხანებში ფოგელის მიერ მოწოდებული ვივოკოლი იქცევს ყურადღებას. იგი ორქლორ კალციუმის ხსნარით გააქტივებულ ადამიანის ან ცხოველის სისხლის პლაზმას წარმოადგენს¹⁾. ჩვენს კლინიკაში ცხოველებზე წარმოებულ ექსპერიმენტების დამაკმაყოფილებელ შედეგების მიღების შემდეგ ეს საშუალება გამოყენებული იქმნა კლინიკურ მასალაზედაც, რომელთა შორის გვინდა ხაზი გაუსვათ წინამდებარე ჯირკვლის ამოკვეთის დროს მის გამოყენებას²⁾.

ჩვენს ხელთ არსებულ ლიტერატურის თანახმად კლინიკურ მასალის კერძოდ პროსტატექტომიის დროს ვივოკოლის გამოყენებას შემდეგი ავტორები აღნიშნავენ: 1) თვით ფოგელს 1924 წელს გამოქვეყნებული აქვს შრომა³⁾ Klinische Wochenschrift № 29 სადაც აღწერს პროსტატექტომიის 12 შემთხვევას. სისხლის დენა ყველგან ვივოკოლით იყო შეჩერებული. 2) გასურს აწერილი აქვს პროსტატექტომიის 5 შემთხვევა. ყველა შემთხვევაში ავადმყოფის საკუთარი პლაზმა იყო გამოყენებული შარდის ბუშტი კი ყრუთ გაკერილი. აქედან ერთ შემთხვევაში ხვრელ მილი იქნა მიღებული, რომელიც მალე დაიხურა; დანარჩენ შემთხვევებში (3) შარდის ბუშტი პირველად შეხორცდა. გარდაიცვალა ერთი ავადმყოფი (გულის დამბლით) 4 კი ვაეწერა განკურნებული ორი-სამი კვირის შემდეგ. 3) ექ. ბრევიდას მოჰყავს ნაწილობრივი პროსტატექტომიის დროს ხმარებულ ვივოკოლის ერთი შემთხვევა (პროფ. გაგენტორნის), რომელმაც მნიშვნელოვანი სისხლის დენა შარდის ბუშტში ვერ შეაჩერა.

ჩვენს შემთხვევებში მასალის წინასწარ შერჩევას არ ვაწარმოებდით, ვივოკოლის მოხმარება ყოველი პროსტატექტომიის დროს წარმოებდა თუ იგი მომზადებული გვექონდა. ვივოკოლი ჩვენს კლინიკაში ცხენის სისხლისაგან მზადდებოდა და მოსახმარი ვივოკოლის ხანგრძლიობა უდრიდა 2 თვეს, ორ თვეზე მეტს ვივოკოლი არ იხმარებოდა. მოხმარების მეთოდის გამოიხატებოდა შემდეგში: პროსტატექტომია კეთდებოდა ფრეიერის წესით ორ მომენტად. პროსტატის ენკულიაციის შემდეგ სისხლი მშრალდებოდა დოღბანდით და გრძელი ნემსიანი შხაპით პროსტატის ბუდეში შეგვყავდა 30,0 — 40,0-მდე თხიერი ან

1) ვივოკოლზე დაწვრილებითი ცნობები და მისი მომზადების წესებზე იხ. Vogel-ის Saueer-ის, Лебедеenko-Черепнин-ის, Бредда-ს, Розов-ის, ინასარიძის და სხვების შრომები.

2) პროსტატექტომიის გარდა ვივოკოლის გამოყენება ჩვენს კლინიკაში სწარმოებდა ლვიდზე ოპერაციების თირკმლის რეზექციის, ძვლიდან სისხლის დენის, თავის ქალაზე ოპერაციების დროს და სხვა.

3) ი. პ. 62 წლის, წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. პროსტატექტომია ფრეიერის წესით.

ნახევრად თხიერი ვივოკოლი. შარდსადინარში წინასწარ მუდმივი კატეტერი თავსდება, ოპერაციის შემდეგ შარდის ბუშტის კრილობაში კი მარიონის კატეტერი. კრილობა კი რამოდენიმე კვანძოვან ნაკერით ვიწროვდებოდა ან ყრუთ იხურებოდა. გატარებულია სულ 16 შემთხვევა.

სისხლის დენა ძლიერი. პროსტატის ადგილზე ჩადებული ვივოკოლის პლომბი და შემდეგ კი ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი. კატეტერი არც კრილობიდან და არც შარდსადინარიდან ბუშტში ჩადებული არ ყოფილა, ერთი და $\frac{1}{4}$ საათის შემდეგ ვივოკოლის პლომბი სისხლიან შარდთან ერთად ბუშტიდან ამოვარდა, რასაც მოჰყვა სისხლის დენა, ჩადებულია დოლბანდის ტამპონი. 26 დღის შემდეგ ავადმყოფი უროსექსისისა და ორმხრივი ფილტვების ანთების გამო გარდაიცვალა.

2) ფ. ს. 57 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. პროსტატექტომია ფრეიერის წესით. ჯირკვლის ამოღების შემდეგ ძლიერი სისხლის დენა. ბუდის წინასწარი ამომშრალების შემდეგ მასში ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი. შარდის ბუშტში ჩადებულია მარიონის კატეტერი. სისხლის დენა მაშინვე შეჩერდა. მესამე დღეს ბუშტი $\frac{1}{4}\%$ პროტარგოლას ხსნარით გამოირეცხა. არავითარი ნიშნები სისხლის დენის არ აღინიშნებოდა. 47 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

3) ვ. რ. 66 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. პროსტატის ამოღებისას აღინიშნებოდა შედარებით ძლიერი სისხლის დენა, სისხლის ამომშრალების შემდეგ ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი, სისხლის დენა მაშინვე შეჩერდა. ბუშტში ჩაიდო მარიონის კატეტერი. მესამე დღეს ბუშტის გამორეცხვა, სისხლის დენის არავითარი ნიშნები. 36 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

4) ნ. ლ. 62 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. ჯირკვლის ამოღებისას ძლიერი სისხლის დენა, მისი გამშრალების შემდეგ ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა მაშინვე შეწყვიტა, 5 წუთის შემდეგ კი საბოლოოდ შესწყდა. მესამე დღეს ბუშტის გამორეცხვა, სისხლის დენის არავითარი ნიშნები. ვინაიდან ხერყელმილი დიდხანს არ დაიხურა ბუშტი გაიკერა. ავადმყოფი გაეწერა ორი $\frac{1}{2}$ თვის შემდეგ განკურნებული.

5) ს. მ. 68 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. ჯირკვლის ამოღებისას ძლიერი სისხლის დენა. მისი გამშრალების შემდეგ ბუდეში ჩაისხა თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა შეჩერდა მაშინვე, ბუშტში ჩაიდო მარიონის კატეტერი. მესამე დღეს ბუშტი გამორეცხვა.

სისხლის დენის ნიშნები სრულებით არ აღინიშნებოდა. მე 6 დღეს საღამოს მეორადი სისხლის დენა. რის გამოც შარდის ბუშტი გამორეცხილი იყო ცხელი ფიზიოლოგიური ხსნარით, ბუდის ტამპონადა. 34 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

6) დ. მ. 80 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. სისხლის დენა თვალსაჩინო. მისი ამომშრალების შემდეგ ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა მაშინვე შეჩერდა. ბუშტში მოთავსდა მარიონის კატეტერი. მესამე დღეს გამორეცხვა შარდის ბუშტი, რომლის დროსაც სისხლის დენის ნიშნები

სრულებით არ აღინიშნებოდა. 30 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

7) მ. ქ. 78 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. ჯირკვლის ამოღებისას სისხლის დენა ძლიერი. მისი ამომშრალების შემდეგ ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა მაშინვე შესწყდა, მაგრამ ორი საათის შემდეგ სისხლმა ისევ დაიწყო დენა, რის გამოც ჩაიდო ტამპონი. 28 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

8) ო. პ. 65 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. ჯირკვლის ამოღებისას სისხლის დენა ძლიერი. მისი ამომშრალების შემდეგ ჩაისხა თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა შეჩერდა. საღამოთი ნახევრი სისხლიანი შარდით შედარებით ინტენსიურად შეღებილი, რის გამოც მორიგი ექიმის მიერ ჩადებულ იქნა ტამპონი. 27 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

9) პ. ე. 74 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. შარდსადინარში მუდმივი კატეტერის ჩადების შემდეგ, ამოღებული იქნა ჯირკველი. სისხლის დენა თვალსაჩინო, მისი გამშრალების შემდეგ ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა მაშინვე შეჩერდა. ბუშტის ქრილობა გაიკერა ყრუდ და კანქვეშ დრენაჟი მოთავსდა.

ოპერაციის შემდეგ დაერთო სულით დაავადების ნიშნები, რის გამოც ავადმყოფმა ძალით მუდმივი კატეტერი ამოიგდო. კატეტერის გასწორების შემდეგ ავადმყოფი მას მაინც არ იჩერებდა, რასაც მოჰყვა ქრილობის შარდოვანი ინფილტრაცია, რომელმაც გვაიძულა გაგვეხსნა შარდის ბუშტი. ავადმყოფი თანდათანობით განვითარებულ კახექსიის გამო გარდაიცვალა.

10) პ. ლ. 56 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. შარდსადინარში მუდმივი კატეტერის ჩადების შემდეგ, ამოკვეთილი იქნა ჯირკველი. სისხლის დენა ძლიერი. მისი ამომშრალების შემდეგ ჩაისხა თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა მაშინვე შეჩერდა. ქრილობა შევიწროვებულია კვანძოვანი ნაკერებით. კანქვეშ მოთავსდა დრენაჟი. მესამე დღეს ბუშტის გამოორეცხვა. სისხლის დენის არავითარი ნიშნები. სათესლე ჯირკვლის დანამატის ანთებითი მოვლენების გამო ავადმყოფი კლინიკაში დიდხანს იქნა დატოვილი და 45 დღის შემდეგ გაეწერა განკურნებული.

11. გ. ე. 70 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. შარდსადინარში მუდმივი კატეტერის მოთავსების შემდეგ ჯირკველი ამოკვეთილი იქნა, იგი ძალზე გადიდებული (სივანე 11 სანტ. წონა 130 გრ.). ამოკვეთის შემდეგ ძლიერი სისხლის დენა, რომელიც გამშრალების შემდეგ თხიერი ვივოკოლის ჩასხმის თანავე შესწყდა. ბუშტში ჩაიდო მარიონის კატეტერი. მესამე დღეს ბუშტი გამოირეცხა. არავითარი ნიშნები სისხლის დენის. 40 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული.

12) მ. გ. 60 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. შარდსადინარში მუდმივი კატეტერის მოთავსების შემდეგ ჯირკველი ამოკვეთილი იქნა. სისხლის დენა თვალსაჩინო. რომელიც შეჩერდა თხიერი ვივოკოლის ჩასხმისთანავე. შარდის ბუშტში ჩაიდო მარიონის კატეტერი. მესამე დღეს ბუშტის გამო-

რეცხისას სისხლის დენის არავითარი ნიშნები. 16 დღის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა უროსექსისით.

13) ა. წ. 65 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. შარდსადინარში მუდმივად კატეტერის ჩადების შემდეგ ამოკვეთილია ჯირკველი. სისხლის დენა საშუალო ინტენსიობის, რომელიც თხიერი ვივოკოლის ჩასხმისთანავე შეწყდა. ბუშტში ჩაიღო მარიონის კატეტერი. ერთნახევარი საათის შემდეგ დაიწყო სისხლის დენა, რის გამოც ჩადებული იქნა ტამპონი. 5 დღის შემდეგ ავად. გარდაიცვალა უროსექსისით.

14) ს. გ. 58 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. შარდსადინარში მუდმივი კატეტერის მოთავსების შემდეგ ამოკვეთილი იქნა ჯირკველი. სისხლის დენა ძლიერი, რომელიც თხიერი ვივოკოლის ჩასხმისთანავე შეჩერდა. შარდის ბუშტის ჭრილობა გაიკერა ყრუთ. კანქვეშ ზემო და ქვემო კუთხეში მოთავსდა პატარა დრენაჟები. ავადმყოფს ორი საათის შემდეგ დაეტყო ანემიის ნიშნები, ტკივილები შარდის ბუშტის არეში და კატეტერიდან მცირე რაოდენობის სისხლის დენა. ბუშტის ჭრილობა გახსნილი იქნა და სისხლის ლეკერტების ამომშრალეების შემდეგ ჩადებულია ტამპონი. 28 დღის შემდეგ გაეწერა განკურნებული.

25) ი. გ. 58 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. შარდსადინარში მუდმივი კატეტერის მოთავსების შემდეგ ამოკვეთილი იქნა ჯირკველი. სისხლის დენა საშუალო რაოდენობის, რომელიც შეჩერდა თხიერი ვივოკოლის ჩასხმისთანავე. შარდის ბუშტში ჩაიღო მარიონის კატეტერი. მესამე დღეს ბუშტის გამორეცხვისას სისხლის დენის არავითარი ნიშნები. მეექვსე დღეს მეორადი სისხლის დენა, რომელიც შეჩერებული იქნა ბუშტში თხიერი ვივოკოლის განმეორებითი ჩასხმით. 8 დღის შემდეგ კლინიკის დროებით დახურვის გამო ავადმყოფი გადაყვანილი იქნა სხვა საავადმყოფოში¹⁾.

16) ე. ჯ. 60 წლის. წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია. ჯირკვლის ამოღების შემდეგ შესამჩნევი სისხლის დენა. მისი გამშრალეების შემდეგ ჩასხმულია თხიერი ვივოკოლი. სისხლის დენა შესწყდა მაშინვე. შარდის ბუშტში ჩაიღო კატეტერი და ჭრილობა შევიწროვებული იქნა. მესამე დღეს ბუშტის გამორეცხვისას სისხლის დენის არავითარი ნიშნები. 29 დღის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული²⁾.

ამგვარად გატარებულ 16 შემთხვევიდან 5 შემთხვევაში სისხლის დენის შეჩერების შემდეგ შედეგები მიღებული არ იყო. პირველ შემთხვევაში უარყოფითი შედეგი შეიძლება აიხსნას იმ გარემოებით, რომ კატეტერი არ იყო მოთავსებული არც შარდის ბუშტში და არც შარდსადინარში, რასაც მოჰყვა შარდის ბუშტის შარდით გავსება, ამის შედეგად ბუშტის ძლიერი სპაზმი და მასკი, ვივოკოლის პლომბის ამოვარდნა და სისხლის დენა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ვივოკოლის პლომბის სახით ხმარება, პროსტატექტომის დროს მიზანს ვერ

1) როგორც შემდეგში გამოირკვა ავადმყოფი გაწერილა დაახლოვებით სამი კვირის შემდეგ განკურნებული.

2) ყველა განკურნებული ავადმყოფები გაწერილია ხვრელმილის სრული შეხორცებით.

ავადმყოფი:	წლოვანება:	რა სახის ვი- ვიოლი იყო ნახმარი:	შეგრდა თუ არა სისხლის დენა:	ტამპონი ჩაი- და:	მეორადი სი- სხლ-ს დენა:	შარდის ბუშ- ტის ყრუ გა- კრვა:	ავადმყოფო- ბის გამო- სავალი	სიკვდილის მიზეზი —
1	62	თხიერი პლო- მბი	-	+	-	-	გარდაიცვალა	უროსეპსისი და ორმბრივი ფილტ. ანთ
2	57	თხიერი	+	-	-	-	განკურნება.	.....
3	61	"	+	-	-	-	"	.....
4	62	"	+	-	-	-	"	.....
5	68	"	+	-	+	-	"	.....
6	80	"	+	-	-	-	"	.....
7	65	"	-	+	-	-	"	.....
8	65	"	-	+	-	-	"	.....
9	74	"	+	-	-	+	გარდაიცვალა	კახეკსია
10	56	"	+	-	-	-	განკურნება.	.....
11	70	"	+	-	-	-	"	.....
12	60	"	+	-	-	-	გარდაიც.	უროსეპსისი
13	65	"	-	+	-	-	"	"
14	58	"	-	+	-	+	განკურნება	.....
15	58	"	+	-	+	-	"	.....
16	60	"	+	-	-	-	"	.....

აღწევს, ვინაიდან ძნელი მოსახერხებელია პროსტატის ბუდის მთლიანი დათვა-
ლიერება, რომელიც საშვალებას მოგვცემდა სათანადო სიდიდის პლომბის მომ-
ზადების და მის მჭიდროთ მიღების, რაც აუცილებელია პლომბის მიწებებისა-
თვის. ამის გამო შემდეგ შემთხვევებში თხიერი ვიოკოლი იყო ნახმარი, რომე-
ლიც ადვილად ედება ხოლმე ჭრილობის მთლიან ზედაპირს. მერვე და მეცამეტე
შემთხვევაში სისხლის დენა არ იყო მაინცადამაინც თვალსაჩინო და მორიგე ექი-
მის მიერ ტამპონის ჩადება ზედმეტი სიფრთხილით და ამ წესისადმი მიუჭვავლო-
ბით იყო გამოწვეული. მეშვიდე და მეთოთხმეტე შემთხვევაში აღინიშნებოდა
ძლიერი სისხლის დენა, რის გამოც იძულებული ვიყავით ტამპონისათვის მიგვე-
მართნა, თუმცა ასეთ შემთხვევაში სასურველია ჭრილობის ამომშრალება და გან-
მეორებით ვიოკოლის ხმარება. დანარჩენ 11 შემთხვევაში სისხლის დენის შე-
ჩერების მხრივ დამაკმაყოფილებელი შედეგები იყო მიღებული. პროსტატის
ენუკლიაციის შემდეგ ვიოკოლის ხმარებისას დროებითი ხასიათის რეფლექტო-

რულ ანუ რიას ადგილი არ ჰქონია. კატეტერიდან შარდის გამოყოფა ოპერაციის გათავებიდან 7—15 წუთში იწყებოდა, ასე რომ თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ კატეტერში გამოსვლამდე შარდი შარდის ბუშტში ცოტა თუ ბევრი რაოდენობით გროვდება, მაშინ უნდა ვიფიქროთ რომ შარდის გამოყოფა ოპერაციის შემდეგ პირველ წუთებშივე სწარმოებს. უნდა აღინიშნოს, რომ შარდსადინარის მთლიანობის აღდგენა იოლად მიმდინარეობდა. ეს გარემოება ერთხელ კიდევ ადასტურებს, როგორც სხვა ავტორებს, ისე ჩემ მიერ მიღებულ ექსპერიმენტების შედეგებს, რომ ვივოკოლის ხმარებისას ტლანქ ნაწიბურების განვითარებას ადგილი არ აქვს. ანაფილაქსიის მოვლენებს არც ერთ შემთხვევაში ადგილი არ ქონია და უნდა გვეზინოდეს მისი განვითარების. ჩემი ექსპერიმენტების (ზღვის გოჭებზე) შედეგად, მართალია, ვივოკოლს სენსიბილიზაცია ქმნილ ცხოველებში ანაფილაქსიის გამოწვევის უნარი აქვს, მაგრამ როგორც ჩვენი ისე ფოგელის დაკვირვებები ვივოკოლისა ასეთი ხმარება ანაფილაქსიას არ იწვევს.

ბუშტის პირვად დახურვას ჯერ-ჯერობით ვერ ვებედავდით, იმდენად, რამდენადაც პროსტატექტომიის დროს სისხლის დენის შეჩერებაში საბოლოოდ არ ვიყავით დარწმუნებული. ბუშტის ასეთი დახურვა გავატარეთ მხოლოდ ორჯერ უშედეგოდ. ერთ შემთხვევაში, როგორც ზემოდ იყო აღნიშნული, ამის მიზეზი ოპერაციის შემდგომ სულით დაავადების ნიშნების განვითარების გამო, ავადმყოფის მიერ მუდმივი კატეტერის გამოღება უნდა ჩავთვალოთ, რასაც კრილოზის შარდოვანი ინფილტრაცია მოჰყვა, მან კი გვაიძულა გაგვეხსნა ბუშტი.

მეორე შემთხვევაში შარდის ბუშტის გახსნის მიზეზი იყო სისხლის დენა. ამგვარად განკურნებული გაეწერა 12 ავადმყოფი, გარდაიცვალა 4. მათგან ერთი კახექსიით 3 კი უროსეპსისით. უკანასკნელებიდან ორ შემთხვევაში ვივოკოლის არა დამაკმაყოფილებელი შედეგების გამო შარდის ბუშტში ტამპონები იყო ჩადებული.

ჩვენი მასალის მიხედვით შეგვიძლიან აღვნიშნოთ:

1) ვივოკოლის ხმარება, წინამდებარე ჯირკვლის ამოკვეთის დროს სისხლის დენის შეჩერების მხრივ, დამამიღებელ შედეგებს გვაძლევს.

2) მეორადი სისხლის დენის დროსაც ვივოკოლი უნდა იყოს განმეორებით ხმარებული.

3) პროსტატექტომიის დროს უპირატესობა თხიერ ვივოკოლს უნდა მიენიჭოს.

4) ავადმყოფებს შესაძინევად იოლად გადააქვთ ნაოპერაციები ხანა.

5) პროსტატის ენუკლიაციის შემდეგ ადგილი არა აქვს დროებითი ხასიათის რეფლექტორულ ანუ რიას და შარდის გამოყოფა პირველ წუთებიდანვე სწარმოებს.

6) ვივოკოლის ხმარების დროს შარდსადინარის ტლანქი დანაწიბურება არ ხდება.

Аспирант Г. З. Инасаридзе.

Применение виваколя при простатектомиях.

(Урологическая клиника Гос. Мединститута Грузии

Завед. проф. А. П. Цулукидзе)

В клинике произведено 16 простатектомий виваколем. На 11 больных кровотечение виваколем было полностью остановлено. В 5 случаях, в среднем через 3 часа кровотечение возобновилось и мы принуждены были тампонировать рану. Вторичное кровотечение отмечалось в двух случаях; из них в одном случае виваколь повторно не был применен и рана была затампонирована, в другом случае кровотечение было остановлено повторным вливанием виваколя.

Рана наглухо зашита в двух случаях, но оба безрезультатно (в первом случае пузырь пришлось раскрыть в виду повторного кровотечения, а в другом, ввиду психического осложнения, больным *camp a demeure* был выкинут и имбибиция тканей вокруг мочевого пузыря заставила раскрыть рану).

Выписалось 12 больных с излечением, летальный исход в 4-х случаях, из коих в одном случае причиной смерти была кахексия, а в 3-х — уросепсис. На двух последних случаях была применена тампонада.

По вашим наблюдениям:

- 1) Употребление виваколя при простатектомии с целью приостановления кровотечения даст надежный результат.
- 2) Виваколь может быть применен и при повторных кровотечениях.
- 3) Больные значительно легче переносят послеоперационный период.
- 4) При простатектомии предпочтение надо давать жидкому виваколю.
- 5) После эндуклиации простаты не отмечалось ни в одном случае временной анурии и моча выделялась с первых же минут после операции.
- 6) При употреблении виваколя нет грубых сращений мочеиспускательного канала.
- 7) При улучшении техники и известной опытности можно перейти и на глухое закрытие мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Vogel — Rinische Wochenschrift 1924. № 29.
2. Janer — Zentralblatt für chirurgie 1925. № 7.
3. Лебедеико — Черепнина. Нов. Хвр. Арх. № 45. 1927.
4. Горевла — Нов. Хвр. Арх. 1928. № 65.
5. Розов — Вестник Хирургии и погран. обл. к. № 4—5. 1931 и Военно-Медицинский журнал том II выпуск 2-ой. 1931.
6. Васкин — Доклад в Пироговском хир. общ. 8/X. 1930. Н. X. А. 1930. том 22-ой к. I. № 9.
7. Геесе, Гирголав, Шаак — Общая хирургия. т. V 1928.

Verfasser Aspirant INASARIDZE.

DIE VERVENDUNG DES VIWOCOLLS BEI PROSTATEKTOMIE

(Urologische Klinik des Georgischen Medizinischen Instituts leiter
der Klinik Prof. A. P. ZULUKIDZE.)

In gananter Klinik sind 16 Fälle von Prostatektomie durckgefürt worden Bei 11. Kranke war die Blustilung eine Volständige, In 5 Fällen Bedan die Blutung, ureder nach durchschnittlich drei Stunden und wir waren gezurengen die Wunde zu tamponieren Eine 2. Blutung Konte in 2. Fällen beobachtet werden wobei in einem dieser Fälle viwocoll nicht wieder verwendet wurde die Wunde einfach tamponiert. In 2. Fällen konte die Blutung wiederholt mit Viwocoll geschtilt werden. In 2. Fälle wurde die Wunde wollstendig Lugenahrt aberohne Erfold. Im ersten Fall muste die Harnblasc wegen ernéunter Blutung ureder eiöfnet werden 2: Fall wurde von Kranken dank psychicher Komplication der Kateter ademerir gewaltsamentfernt und die Imfbition der Gewebe um die Blasc herum Zwang die Wunde wieder zu eröfnen. 12. Kranke konten wieder vollstendig hergestellt werden 4 Todesfälle darunter 1 Fall Kachexie und drei Urosepsis. Bei zurin von der letzten drei wurde tamponiert. Nach unsere beobachtung zu Urteiln.

- 1) Leifigt die Verwendung des Viwocolls bei Prostaektomie zweks Blustilung zuverlässige Resultate.
- 2) Bei urederholter Blutung kann Viwocoll wiederung mit erfoig verwendet werden.
- 3) Bei der Prostatektomie ist das flüssige Viwocoll voruziehen.
- 4) Die Kranken ertragen die Nachoperationszeit bedentend leichter.
- 5) Nach entfernung der. Prostata ist in keineng der Fälle eine Leitweilige Anurie blobachtet worden und die Harnauscheidung Erfolge sofort nach der operation.
- 6) Bei gebrauch des Viwocolls haben grobe Verwachsungen des Harnkanals nicht stattgefunden.
- 7) Bei verbesserung der Technik und grösserer erfahrung in dieser Frage wird man zum Vollständigen verschluss der Harnblasc übergehen Könen.

მე. შიხ. ჩაჩაბა

საპირანტი

ILEUS VERMINOSUS-ის საკითხისათვის*)

(ჰოსპიტალ. ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე პროფ. გრ. მუხაძე).

ნაწლავის კიბებს მუცლის ღრუს ქირურგიაში უმნიშვნელო ადგილი ეჭირა და სპეციალურ სახელმძღვანელოებში ეს საკითხი უშუქდება მხოლოდ ჭიაყელა ნაწლავის ანთების ეტიოლოგიასთან დაკავშირებით. პერიოდულ ლიტერატურაში ვხვდებით შემთხვევათა აღწერას, სადაც ნაწლავის ჭია გახდა მიზეზი მკიმე ქირურგიულ დაავადების და ოპერატიული ჩარევის.

ასეთ დაავადებებს უხშირესად ეკუთვნის ნაწლავების გაუვალობა და ნალველის ბუშტისა და ნალველის გზების ანთება.

გაუვალობის მიზეზად თითქმის ყოველთვის აღნიშნულია ასკარიდები, მხოლოდ ერთ შემთხვევაში ნაწლავის გაუვალობა და პერფორაცია გამოწვეული იყო *Oxiuris vermicularis*-ით.

რადგან ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ადგილი ჰქონდა რამოდენიმე შემთხვევას *Ileus verminosus*-ისა, გვსურს შევჩერდეთ ამ საკითხზე. რუსეთის ლიტერატურაში პირველად 1878 წ.

ზოტოვმა აღწერა *Ileus verminosus* ერთი შემთხვევა. ეს შემთხვევა დამთავრდა სიკვდილით უოპერაციოთ და სექციამ კი აღმოაჩინა ნაწლავის გაუვალობა გამოწვეული 500 ჩაჭედილ ასკარიდით. ამის შემდეგ მხოლოდ 1912 წ. ექ. Рынაკ-ის მიერ იქნა გაშუქებული *Ileus verminosus* საზღვარგარეთის ლიტერატურულ მასალის მიხედვით ერთ თავის შემთხვევასთან დაკავშირებით. ავტორის მიერ მოყვანილ მასალიდან ნათლად სჩანს, რომ დაავადება ძალიან ხშირად სიკვდილით თავდებოდა (24 სიკვდილი 46 ავადმყოფზე). მკურნალობის მხრივ მიუთითებს, რომ უხშირესად მკურნალობა შინაგან თერაპიაზე იყო დამყარებული და ოპერატიული ჩართვა იშვიათად და დაგვიანებულ შემთხვევებში ხდებოდა.

Рынაკ-ის შემდეგ რუსულ ლიტერატურაში ჩვენ ვხვდებით თითო-ორი შემთხვევების აღწერას Перельман 2 შემთხვევა, Маргулин 1 შემთხვევა, Шаак 2 შემთხვევა, Оппель 1 შემთხვევა, Димитриев 2 შემთხვევა Westental 2 შემთხვევა და სხვები.

მთლიანი ლიტერატურული მასალის დამუშავებიდან ნათლად სჩანს, რომ აღნიშნული დაავადების სწორი დიაგნოზი ძალიან იშვიათად ისმებოდა. ავად-

*) მოხსენდა ტფილისის მედინსტიტუტის ქირ. კლინიკების კონფერენცია.

მყოფობა მიდიოდა intoxicatio-ს ან გაუვალობის დიაგნოზით და ნაწლავის ჭია, როგორც მიზეზი გაუვალობისა, მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში იყო გამოცნობილი.

ამის მიზეზი არის ის მოვლენა, რომ ჩვენ არა გვაქვს გარკვეული სიმპტომი ჭიით გამოწვეულ გაუვალობისა. დაავადება წარმოადგენს იშვიათ შემთხვევას და ის სიმპტომო-კომპლექსი, რომელსაც შეუძლიან ერთგვარი მითითება მოგვცეს Ileus verminosus-ზე, ხშირად დავიწყებულა. ასეთ სიმპტომებს ეკუთვნის ობტურაციული ილეუსის კლინიკური ნიშნები, ჭიებით ლებინება, გორგალის ან სიმსივნის აღმოჩენა მუკლის ღრუში, მკვეთრი ეოზინოფოლია, ჭიები ანამნეზში. ეს მონაცემები ცალკეულად რა თქმა უნდა გადამწყვეტ მნიშვნელობას მოკლებულია. სიმპტომო-კომპლექსს კი აქვს საკმარისი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. მიუხედავად მწვავე დასაწყისისა გაუვალობის მოვლენები ავადმყოფს ნელ-ნელა და თან და თან უძლიერდება, როგორც ეს დამახასიათებელია ობტურაციული გაუვალობისათვის ან და ინვაგინაციისათვის. აქ უნდა აღინიშნოს ის მოვლენა, რომ სისხლი განავალში, რომელიც ახასიათებს ინვაგინაციას და წარმოადგენს მნიშვნელოვან სიმპტომს დიფერენციაციის თვალსაზრისით, აქ მნიშვნელობას კარგავს.

ავტორები მიუთითებენ რომ Ileus verminosus-ის დროს სისხლიანი განავალი ყოფილა აღნიშნული. Ileus verminosus ეკუთვნის ისეთ დაავადებას, რომლის სწორი დიაგნოსტიკა გაუვალობის გამომწვევ უშუალო მიზეზის მხრდვ მეტად ძნელია და უმეტეს შემთხვევაში დაავადება, როგორც ნოზოლოგიური ერთეული ძნელი გამოსაცნობია.

ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ დიდ უმეტეს შემთხვევაში ჭიებით გამოწვეული გაუვალობისა, ოპერაცია ან სექცია სრულიად მოულოდნელად აღმოაჩენდა ნაწლავში ჭიებით გაჩხერილ გორგალს.

ნაწლავის ჭიათა სიმრავლეს არა აქვს მნიშვნელობა გაუვალობის განვითარებაში. ასე, მაგალითად Dutresue აღწერს შემთხვევას, სადაც 12 წლის ბავშმა სამი თვის განმავლობაში დაჰყარა 5126 ცალი ჭია. Wolz ის შემთხვევა, სადაც ბავშვმა დაჰყარა 900 ასკარიდა და მრავალი შემთხვევა 500 და მეტი ჭიის გამოსვლისა, როცა არავითარი მოვლენები გაუვალობისა ავადმყოფს არ განვითარებია; მეორეს მხრივ აწერილია რამოდენიმე შემთხვევა, სადაც გაუვალობა გამოწვეული იყო ერთი ან ორი ჭიით. Heiuzeler-ის ორი შემთხვევა, Gerlach-ის ერთი შემთხვევა, Rost-ის 1 შემთხვევა Haidenhain-ის 1 შემთხვევა, Перельман-ის 1 შემთხვევა და 2 შემთხვევა Оппель-ისა.

მექანიზმი ჭიებით გამოწვეული გაუვალობის უნდა იყოს ორი სახის. უმეტეს შემთხვევაში საქმე გვაქვს ობტურაციულ Jeeus თან, სადაც მრავალი ჭია ერთმანეთში გადახლართული გორგალის სახით ახშობს მთლიანად ნაწლავის სანათურს და ანვითარებს ობტურაციულ გაუვალობის მთლიან კლინიკურ მოვლენებს.

ერთი-ორი ჭიით გამოწვეულ გაუვალობის დროს კი, როგორც ლიტერატურული მასალიდან სჩანს, მუდმივ საქმე გვაქვს სპასტიურ გაუვალობასთან.

ავტორების აზრით (Rost-ი Gerlach-ი) ასეთ შემთხვევაში ჭია თავისი მექანიკური და უმეტესად კი ტოქსიური მოქმედებით გეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე იძლევა ნაწლავის კუნთების სპაზმს, რაც იწვევს სპასტიურ გაუვალობას.

Rost ის ცდებიდან სჩანს, რომ ჭია შეიცავს შხამს თავის ორგანიზმში (მთლიანი ჭიიდან მომზადებული ექსტრაქტი იძლევა კატის ცოცხალი ნაწლავის ძლიერ სპაზმს, ხოლო ჭიის კანკუნთიდან მომზადებული ექსტრაქტი პერისტალციკის დამბლას). თუ რატომ ასკარიდას აქვს ასეთი განსაკუთრებული მოქმედების უნარი, დღესდღეობით უცნობია.

თითქმის ყველა შემთხვევაში, როცა ოპერაციით ამოუყვანიათ ჭიები ნაწლავის გაუვალობის დროს, ისინი დახოცილი აღმოჩენილან.

ობტურაცია, ადგილმდებარეობის მხრივ ყველაზე ხშირად (95%) თეძოს ნაწლავზე მოდის. ავადმყოფობის 60%-ს ბავშვა ჰასაკი იძლევა.

მკურნალობის მხრივ უნდა აღინიშნოს, როდესაც *Ileus verminosus* დასტურდებოდა თავიდანვე ძველი ავტორები აღნიშნავენ (Pindak), რომ ხანგრძლივ მიმართავდნენ შინაგან თერაპიას და უკიდურეს შემთხვევაში დაგვიანებით მიმართავდნენ ქირურგიულ მკურნალობას.

ამჟამად ყველა ავტორები აღნიშნავენ, რომ შინაგანი თერაპია ხმარებული უნდა იქნეს, მაგრამ როცა უკანასკნელი რჩება უშედეგოთ, ოპერაციის ყოველივე დაგვიანება ადიდებს სიკვდილიანობის პროცენტს.

ოპერატიული მეთოდების მხრივ *Laparotomi*-ის შემდეგ უმეტეს შემთხვევაში საჭიროდ არის ცნობილი *enterotomi*-ა და ჭიების ნაწლავიდან ამოღება. როდესაც ჭიები იმყოფება მსხვილ ნაწლავში, და მისი ხელით გადენა სწორი ნაწლავისაკენ ადვილია, მიმართავენ ამ საშუალებასაც.

ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში ადგილი ჰქონდა ასკარიდებით გამოწვეულ გაუვალობის 3 შემთხვევას. მომყავს ისტორიებიდან მოკლე ცნობა: ავადმყოფი ბახალოვი კ. მიღებული იქნა ქირურგიული კლინიკაში (11/11—33 წ.) (უჩივის მუცლის ბერვას) 9/11—ფიზიკური მუშაობის დროს უგერძნია მუცლის ძლიერ ტკივილები გულის რევით და ღებინებით. ავადმყოფს დაუტოვებია მუშაობა და წასულა სახლში, ტკივილებს მოუკლია, მაგრამ ღამე ტკივილები მაინც აწუხებდა. მუცელი შებერილია. გაუკეთებიათ ოყნა უშედეგოთ. მეორე დღეს ტკივილებს მოუმატია, მუცელი ძლიერ შებერვია, ქონია ღებინება, კუჭის მოქმედება და გახებზე გასვლა სრულიად შეჩერებია და აღნიშნულ მოვლენების გამო იქნა მიღებული კლინიკაში. მიღებისას ენა მშრალი, შეღესილი. მუცელი ზომიერად შებერილი პალპაციით მტკივნეული. ბლიუშმერგის ნიშანი გამოხატული არ არის, პალპაციით შიგნულის ორგანოთა დეტალური გასინჯვა არ ხერხდება დაკომულობის და შებერილობის გამო. ოყნა, ატროპინი უშედეგოდ დარჩა, ღებინება არა აქვს, შებერვამ მოიმატა, ტემპერატურა 37,5°. მაჯა 120 *Diagnosis: Ileus propter obturatione operat. Laparatomia.*

თეძოს ნაწლავის ქვემო მესამე დში აღმოჩნდა მუშტის ოდენა გორგალი რომლის ზევით ნაწლავები შებერილია, მხოლოდ ქვევით კი დაშვებულია.

გორგალი შესდგება ასკარიდების კვანძებისაგან, უკანასკნელი მჭიდროდ არის გაქედლი ნაწლავის სანათურში. გაკეთდა ენტეროტომია, იქნა ამოღებული 27 ჭია. კრილობა დაიხურა ყრუდ. მეორე და მეოთხე დღეს გამოვიდა კიდევ 20 ჭია, მღვამარეობა მალე გაუმჯობესდა და მე-10 დღეს ავადმყოფი განკურნებული გაეწერა.

ავადმყოფი მ—შვილი 8 წლისა მიღებულია სასწრაფო დახმარების აღმოსაჩენად. ბავშვს დაწყებია მუცლის ტკივილი, შებერვა, კუჭის უმოქმედება, რამოდენიმეჯერ ღებინება, მიღებისას ძლიერ შებერილი მუცელი. პალპაციით ზომიერად მტკივნეული, მაჯა 100, ტემპ. 37,3°, ავადმყოფს

აქვს ლებინება, ამონაღებში ასკარიდები. იქნა ეჭვი Ileus verminosus-ავად. გაუკეთდა ამორცხვა კუჭის რამოდენიმეჯერ, მაღალი ოყნა, გამოვიდა რამოდენიმე ჭია, მიეცა Sautonin-ის დიდი დოზა სამჯერ ღამე. დილით ბავშვმა დაყარა, რამოდენიმე ათეული ჭია და ყოველივე მოვლენებმა გაუარა. გაეწერა განკურნებული.

ავადმყ. მ.—შვილი 12 წლის შემოვიდა სასწრაფო დახმარების აღმოსაჩენად. ავად. 2 დღეა რაც აწუხებს მუცლის ტკივილი, შებერილობა; გულის რევა. ლებინება იშვიათად. შემოსვლისას შებერილი ძლიერ მთელი მუცელი, ტკივილები ზომიერი, კუჭის მოქმედება არ აქვს დრო და დრო ტკივილები ძლიერი. მდგომარეობა ავად. არ უმჯობესდება. Diagnosis: Ileus ოპერაცია მსხვილი ნაწლავში Colon transversus-ი აღმოჩენილი იქნა ჭიების გროვა, რომელიც ხელით იქნა გადენილი სწორი ნაწლავისაგან. ოყნით იქნა გამოდენილი მთელი გორგალი მკვდარი ჭიების 65 კ. რამოდენიმე დღეში ავად. იქნა გაწერილი კლინიკიდან განკურნებული.

მოყვანილ 3 შემთხვევიდან, როგორც ვხედავთ მხოლოდ ერთჯერ იქნა დასმული წინასწარ სწორი დიაგნოზი, სადაც ობტურაციულ გაუვალობას დაემატა ჭიებით ლებინება და ამასთან ერთად ამ შემთხვევაში შინაგანი თერაპია საკმარისი ვახდა ავად. განკურნებისათვის.

ორ დანარჩენ შემთხვევაში კი აუცილებელი შეიქნა ოპერატიული ჩარევა: ერთ შემთხვევაში მოსახერხებელი ვახდა ჭიების ხელით გადენა მსხვილი ნაწლავიდან, მეორე შემთხვევაში enterotomia რადგან წვრილ ნაწლავებიდან ხელით გადენა ჭიებისა უფრო მეტ საშიშროებას წარმოადგენს ვიდრე enterotomia.

მომყავს 1 შემთხვევა ქრონიკული გაუვალობისა, რომელსაც ადგილი ჰქონდა სტომატ. ფაკულტეტის შინაგან კლინიკაში. ავად. თვეებით მკურნალობდა ქრონიკული გაუვალობის გამო მიზეზი ჯირკვლების t. b. c. ითვლებოდა. ეოზინოფილია და ჭიების კვერცხების სიმრავლის გამო მიეცა ol. Chenopodii. ავად. დაჰყარა 500 ჭია და რამოდენიმე დღეში გაეწერა სრულიად განკურნებული.

თვითეული კერძო შემთხვევაში აღნიშნული სნეულებისა, როგორც მოყვანილ შემთხვევებიდან და ლიტერატურულ წყაროებიდან სჩანს, აუცილებელია მკურნალობის ინდივიდუალიზაცია, მაგრამ მაინც საჭიროა ერთგვარი გეგმის დასახვა.

1. ჭიებიდან გამოწვეულ ქირურგიულ გართულებათა შორის სიმძიმით პირველი ადგილი უჭირავს Ileus-ს რომლის უხშირესი მიზეზიც არის ასკარიდა.

2. დაავადება კლინიკურად მიმდინარეობს, როგორც ჩვეულებრივი ობტურაციური გაუვალობა, მხოლოდ, ეოზინოფილიას, ჭიებით ლებინების და გორგალის აღმოჩენას შეუძლია ეჭვი აგვადებინოს Ileus verminosus-ზე.

3. თერაპიული დახმარების უშედეგობის დროს არ უნდა იქნეს დაგვიანებული ოპერატიული დახმარება.

4. გორგალის წვრილ ნაწლავში აღმოჩენისას, ენტეროტომია და ჭიების ამოღება, ხოლო მსხვილ ნაწლავში არსებობისას ხელით გადენა სწორ ნაწლავისაკენ არჩევითი მეთოდით უნდა ჩაითვალოს.

Аспирант. М. К. ЧАЧАВА.

„ILEUS VERMINOSUS“

(Из госпитальной хирургической клиники Мед. Инст-та
 Зав. проф. Г. М. МУХАДЗЕ).

А. приводит 3 случая непроходимости кишечника на почве механической закупорки просвета глистами-аскаридами. В одном из этих случаев диагноз „Ileus verminosus“ был поставлен на основании клинических симптомов (рвота глистами, эозинофилия и обильное количество яиц в кале), и после консервативного лечения (назначение глистогонных средств), больной выписался из клиники в хорошем состоянии. В остальных двух случаях больным была произведена oper. laparotomia по поводу obturационного илеуса и только при операции было обнаружено наличие глистных клубков в просвете кишки, в одном случае в толстых, в другом тонких кишках. В последнем случае понадобилась энтеротомия для извлечения глист.

Выводы: 1) Из тяжелых хирург. осложнений, вызванных глистами-непроходимость является наиболее частым и серьезным.

2) Непроходимость здесь протекает по типу obturационного илеуса и только наличие эозинофилии и клубков наводит на правильный диагноз.

3) После неудачных терапевтических мероприятий—операцию нужно произвести во время.

4) Показана энтеротомия в случае обнар. в тонких кишках, из толстой кишки можно вытеснить руками в сторону прямой кишки.

არლ. ახვლედიანი.

უფ. ასისტენტი

შორისის ანესტეზიის ახალი მოდიფიკაცია*)

(ფაკულტეტის სამედიცინო გინეკოლოგიური კლინიკიდან გამგე პროფ. ივ. თიკანაძე)

კრიტიკული შეფასება ადგ. ანესტეზიების პრაქტიკული მხარისა ჯერ კიდევ საბოლოოვით არაა დამთავრებული და შესაძლოა ითქვას, რომ ამ უამათ იმ ძირითად მოტივებზედ რომელზედაც უნდა დაეყრდნოს ადგ. ანესტეზიების პრაქტიკა გინეკოლოგიურ ოპერაციების შემთხვევებში, უკანასკნელი სიტყვა არ იქმნულა. საერთო ამოცანა რომელიც ამ უამათ სდგას თვითეული გინეკოლოგის წინაშე, საერთოდ ყოველგვარ ოპერაციების პირობებში და კერძოდ საშოსა და შორისის აღდგენის ოპერატიული დახმარების დროს, უნდა ემყარებოდეს იმ საფუძვლებს, რომ ერთის მხრივ, გართულებათა ნაკლები ჯამით, ანესტეზიის ტენიკის გამართვებით, ნაკლები ენერჯიისა და ანესტეტური ნივთიერებათა ხარჯვით მეორეს მხრივ მივიღოთ ანესტეზიის მაქსიმალური ეფექტი. დაზიანებულ საშოსა და შორისის აღდგენისათვის დღემდე არსებულმა და მოწოდებულმა ადგ. ანესტეზიებმა საგნებით ვერ გაამართლეს თავისი დანიშნულება. აღნიშნულისა გამო საჭირო გახდა ადგ. ანესტეზიების მეთოდების და მისი ყოველგვარ მოდიფიკაციების გადახედვა და მათ ნაცვლათ შემოღება უფრო მარტივისა და ხელსაყრელ მეთოდისა. ასეთ ღონისძიებათა აუცილებლობა ამით არის გამოწვეული, რომ ხსენებულ ანესტეზიის სისტემაში სხვა უარყოფით მხარეების გვერდით ლოლიკურის თვალსაზრისით უტაქტიკობას აქვს ადგილი, ამიტომ მენ-გინეკოლოგთა შორის აზრთა სხვაობა არსებობს შესახებ იმისა თუ რომელ საანესტეზიო მეთოდს უნდა მიეცეს უპირატესობა საშოსა და შორისის აღდგენი პირობებში. ერთის მხრივ გინეკოლოგიურ ოპერაციებთა შორის დაზიანებულ შორისისა და საშოს აღდგენა, რომ ტენიკურად ადვილი შესასრულებელია, მეორეს მხრივ ამ შემთხვევებში საოპერაციო არე იმდენათ მგრძობიარე და მტკივნეულია რომ მიუხედავთ ადგილობრივი ანესტეზიების საერთო ნარკოზის წინაშე საგრძობი უპირატესობისა, ხსენებული ოპერაციების დიდი უმეტესობა საერთო ნარკოზის (ეთერი — ქლოროფორმი) ქვეშ ტარდება. უკანასკნელი გარემოება ადვილად გასაგები ხდება იმ მდგომარეობისა გამო რომ საშოსა და შორისის აღდგენის პირობებში საოპერაციო არეს ნერვიული ტოტების მტკივნეულობის მოსპობა ადგ. ანესტეზიის მეოხებით ძნელად მისაწვდევია ერთის მხრივ და მეორეს მხრივ ადგილობრივი ანესტეზიის უნაკლოდ ჩატარება ამ შემთხვევაში მოითხოვს საანესტეზიო ნივთიერების ჭარბ ხარჯვას — ტენიკურათ ძნელად შესასრულებელია და მტკივნეული.

*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას.



ადგ. ანესტეზიების წესიერათ და უნაკლოთ ჩატარებისათვის, სხვა მაკენ-ტებთან ერთათ, დიდი მნიშვნელობა საოპერაციო არეს და მის მოსაზღვრე ადგილების ნერვიული სისტემის ტოპოგრაფიას ეძლევა. გენიტალურ ორგანოთა ინერვაცია მეტად რთულია, მასში მონაწილეობას იღებს სიმპატიური და ცერებროსპინალური ნერვიული კვანძები: გარეთა გენიტალური ორგანოები და შორისი სადაც ხსენებული ნევრები ერთმანეთში გადაიხლართებიან განსაკუთრებული მგრძნობელობით არიან ცნობილნი. ჩვენ გაკვრით შეგჩერდებით საოპერაციო სფეროში შემავალ იმ მგრძნობიარე ნერვებზედ, რომელნიც შედიან და იფანტებიან დიდსა და მცირე ჩარბებში, შორისსა და საშოს უკანა კედლის ქვედა მესამედში. ჩამოთვლილი ნაწილებისათვის მგრძნობიარე ტოტებს იძლევა შემდეგ ნერვები: I Plexus pudendus-ის ტოტები სახელდობრ ა) n. n. vaginales საშოს კედლებისათვის და n. n. haemorrhoidales medii სწორი ნაწლავის იმ ნაწილისათვის, რომელნიც diaphragma pelvis არეშია მოთავსებული. გათვალისწინებული ნერვიული ტოტები გამოეყოფა pl. pudendu-სს. მენჯის სილრუეში — საიდგანაც გაფანტულათ სხვადასხვა მიმართულებით ლატეალურათ და უკანიდგან წინისაკენ — მიემართებიან და შედიან დანიშნულ არეში. ჩამოთვლილ ნერვების, გარდა სასქესო ნაწილებისათვის დიდ მნიშვნელოვანია N. pudendus-ის ტოტები მათ შორის საყურადღებოა 1) N. N. labiales posteriores-ის, რომელთა დანიშნულებას შეადგენს მცირე ჩარბების და დიდი ჩარბების ქვემო ნაწილის ინერვაცია 2) n. perinei მგრძნობიარე ტოტებს აძლევს და იფანტება მცირე ჩარბებში საშოს შესავალში და შორისის ზემო ნაწილში. 3) n. n. haemorrhoidales inferiores-ის გარშემო მდებარე კანის ინერვაციას განაგებს შორისის კანის ინერვაციაში მონაწილეობას იღებს n. cutaneus femoris posteriores-ის ტოტები ე. წ. rami perineales-ი. არა ნაკლებ მნიშვნელოვანია n. ileo-inguinalis-ისა და n. spermaticus internus-ის წილი შეტანილი გარეთა სასქესო ორგანოების ინერვაციაში. მათ შორის პირველი, გარეთა საზარდულის ხერე-ლიდან ეშვება ქვემოდ და ტოტებს აძლევს ბოქვენის მიდამოს და დიდი ჩარბების წინა ნაწილს. მეორე — n. spermaticus externus-ი გამოდის რა გარეთა საზარდულის ხერელიდან ეშვება ძირს დიდ ჩარბებთან, რომლის წინა ნახევრის ნაწილში გაფანტულად ნაწილდება. ზემოდ მოყვანილი ცნობებიდან აშკარაა, რომ დაზიანებულ შორისისა და საშოს აღდგენის ოპერაცია რომ უმტკივნელოდ ჩატარდეს, აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს ანესტეზიის სფეროში მოხდეს ყველა ის ნერვები, რომელნიც გარს უვლიან საოპერაციო არეს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ანესტეზია არ იქნება სრული და დამაკმაყოფილებელი.

საშოსა და შორისის პლასტიურ ოპერაციების დროს Freund-ი, Heinrich-ი, Fich-ი, და Birste ინფილტრაციულ ანესტეზიის მომხრეებად გამოდიოდნენ. მაგრამ ხსენებულ ავტორების ინფილტრაციულ ანესტეზიის უარყოფით მხარედ ითვლებოდა ის გარემოება, რომ საოპერაციო არეში ხშირად წარმოებული ნემსის ჩხვლეტა და მის გვერდით ანესტეტიური ხსნარით მაგრად გაჟღენთა მისი ქსოვილების საგრძნობ აფერხებს, როგორც ოპერაციის უნაკლოდ წარმოებას, ისე, მიზეზი ხდება მისი შემდეგი დროის გართულებების. ამიტომაც მათ მიერ შემოღებულმა ანესტეზიების ტენიკამ გასაქანი ვერ პოვა და მალე დაიწვეებას

მიეცა. ზოგიერთმა ავტორებმა (Frül, Volter, Ilmer, Braun, Selheim) სათანადო ანგარიში გაუწიეს ინფილტრაციულ ანესტეზიის უარყოფით მხარეებს, ამავე დროს ყურადღება მიაქციეს გარეაა გენიტალურ ორგანოების ინერციას და შეეცადნენ საოპერაციო არეს დაშორებით მოენახათ ოპერაციის სფეროში შემავალ ნერვების დასაწყისი და დაჯგუფება, რომელთა გამტარებლობის მოსპობით ხსენებულ ნაწილებზე პლასტიურ ოპერაციებს უმტკივნელოდ ატარებდნენ.

როგორც ჩამოთვლილი ავტორები გვიდასტურებენ მათ ამ სახის ანესტეზიების შემოღებით კარგი შედეგები მიუღიათ. მაგრამ, მათი შედეგები მხოლოდ ნაწილობრივ თუ იქნებოდა დადებითი და არა მთლიანად. უკანასკნელი შესაძლოა დასაბუთდეს იმ უბრალო მოსაზრების გამო, რომ საშოსა და შორისის პლასტიური ოპერაციების უმტკივნელოდ ჩასატარებლად არაა საკმაო ის ანესტეზიის მეთოდია, რომელსაც ასე დაჟინებით ატარებდნენ ხსენებული ავტორები. მათ მიერ წარმოებული ანესტეზიის სფეროში მოხვედრილ ნერვიულ კვანძებისა და ტოტების მგრძობელობათა შესუსტება და მოსპობა მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფდა საოპერაციო არეს ტკივილებისაგან და არა მთლიანად; ვინაიდან გარეთა სასქესო ორგანოებში შედიან გარდა საჯდომი ძვლის ახლო მიდამოში საანესტეზიო ხსნარის გავლენის ქვეშ მოხვედრილ ნერვებისა, ისეთებიც რომელნიც სულ სხვა მიმართულებით ეშვებიან და იფანტებიან საოპერაციო ადგილებში (nn. ileinguinales et spermaticus internus, haemorrhoidales inferiores). საშოსა და შორისის ანესტეზიისათვის საკმაოდ დასაბუთებული და ორიგინალური ტექნიკა შეიმუშავა Braun-მა, რომელიც ცნობილია ლიტერატურაში „შორისის გარდ გარდმო ინფილტრაციის,“ სახელით Braunის ანესტეზიის მეთოდია უფრო გაამარტივა პრიატ დოც. იოლკინმა. მან თავის მოდიფიკაციას „შორისის ფრთისებრი ანესტეზია“ უწოდა. მისი ტექნიკა შემდეგში მდგომარეობს: raphe-ს ხაზის მარცხნივ $1\frac{1}{2}$ სანტ. მოშორებით, anus-ის ახლო ნიშნავენ წერტილს, საიდანაც გარდიგარდმო მიმართულებით კანქვეშ შეყავთ 500 საანესტეზიო ხსნარი, რომლის მეოხებით nn. haemorrhoidal. inf. უკანიდან წინისაკენ მომავალი ტოტების მტკივნეულობის გამტარებლობა ისპობა, მეორე ინექცია 8 სანტ. ნემსით წარმოობს პირველი წერტილიდან მარცხნივ 45° დაქანებით გარდიგარდმოდ fossa ischiorectale-ს სიღრმეში, საჯდომი ძვლის შიგნითა ზედაპირამდე. ამ მიმართულებით შეყავთ 10—15.0 საანესტეზიო ხსნარისა. დანიშნულ წერტილიდან, იმავე მიმართულებით, მაგრამ უფრო ზერეულედ შეყავთ მე-3 ჯერ საანესტეზიო ნივთიერება. მე-4 და უკანასკნელი ინექცია კიდევ უფრო ზერეულედ კანქვეშ წარმოობს, თვით საჯდომი ძვლის ბორცვის ზედაკანამდე. 2 უკანასკნელი ინექციისათვის საჭიროა სულ 20.0 საანესტეზიო ხსნარის შეშაპუნება გზადაგზა წარმოობს იმ ანგარიშით მხოლოდ, რომ მისი უმეტესობა საჯდომი ძვლის მიდამოს ხვდეს. მე 5, მე 6 და მე 7 ინექცია განმეორებას წარმოადგენს მე-2, მე 3 და მე-4 პირველი ინექციებისას, მაგრამ მოპირდაპირე მხარეზე სიმეტრიულად პირველ რიგში წარმოებულ ინექციებისა. იმ მოსაზრებისაგან, რომ დახარჯული საანესტეზიო ხსნარი მთლიანად ვერ ახდენს საოპერაციო სფეროში შემავალ ნერვების მგრძობელობის მოსპობას, ამისათვის დაშატებითი ინექციები წარმოობს, დანიშნულ წერტილებიდან მარჯვნივ და

მარცხნივ დიდ ჩარბებში. უკანასკნელი ინექციების პირობებში საანესტეზიო ხსნარის მოქმედების სფეროში ხვდება გარეთა სასქესო ორგანოებისაკენ ზემოდან ქვემოდ მომავალი ნერვები, რომელნიც პირველ 7 ინექციის გარეშე დარჩენ. ამ სახის ანესტეზიით დაზ. საშოსა და შორისის ალდგენის პლასტიური ოპერაციები დიდ უმეტეს პროცენტებში უმტკივნელოდ შესაძლოა ჩატარდეს. Braun-სა და იოლკინს აღნიშნული ანესტეზიის წესით, დაახლოებით 99% სასურველი შედეგი მიიღეს. საანესტეზიო ხსნარით, როგორც პირველი, ისე მეორე ავტორი 0.5% novocain-ს ხმარობდა, საერთო რაოდენობა დახარჯული ხსნარისა 90.0—100.0-ამდე აღწევს.

საშოსა და შორისის პლასტიური ოპერაციების დროს ტფ. სახ. სამედიცინო სამეანო გინეკოლოგიურ კლინიკაში გატარებულია 33 ოპერაცია იოლკინის მოდიფიკაციის მიხედვით. ასისტ. არჯევანიძე, რომელმაც ასწერა ჩატარებული ოპერაციები იოლკინის ანესტეზიის მიხედვით, მის შეზღვევით კმაყოფილია. ჩემის აზრით საშოსა და შორისის ანესტეზიებისათვის მოწოდებული წესები არაა დამაკმაყოფილებელი. ამიტომ არის, რომ Braun-ის წესმა და იოლკინის მისნა მოდიფიკაციამ ჯერ კიდევ საბოლოოდ ფეხი ვერ მოიკიდა გინეკოლოგთა შორის. Braun-ის ანესტეზიის ტექნიკა შედარებით ძნელად შესასრულებელია, მტკივნეული, იწვევს ზედმეტი ენერჯისა და ანეტეტიური ხსნარის უშედეგო ხარჯვას. მასთან Braun-ის წესის ხმარების დროს ადვილად შესაძლოა სწორი ნაწლავის დაზიანება, განსაკუთრებით კი მაშინ როდესაც rectocelle კარგად გამოსახულია ერთის მხრივ და მეორეს მხრივ როდესაც ავადმყოფი მრავალმობიარეა ყველა ამ შემთხვევებში საშოსა და სწორი ნაწლავთშუა მდებარე ფაშალი ქსოვილი თითქმის გამჭრალია და ამ პირობებში 8—10 სანტ. ნემსის მათ შორის საკმაო მანძილზე გატარება არსებითად საშიშსა და საძნელო საქმეს წარმოადგენს, ვინაიდან საშოსა და სწორი ნაწლავის კედლები თითქმის ერთმანეთს უშუალოდ ეკვრიან. ამავე დროს, ჩვენის აზრით, დაზიანებულ საშოსა და შორისის ალდგენის უმტკივნელოდ ჩასატარებლად საჭიროებას არ მოითხოვს ანესტეტიური ხსნარის ღრმად, დაშორებით შეყვანა თუ ამავე დროს საოპერაციო არე, ისედაც გაჟღენთილია საანესტეზიო ნივთიერებით. მასთან ოპერაციის lege artis ჩასატარებლად უშედეგოდ არ დარჩება სწორ ნაწლავში საკონტროლოდ შეტანილი თითი, რომელიც შესაძლოა ინფექციის წყაროდ გადიქცეს შემდეგში. რაც შეეხება იოლკინის მიერ სახე შეცვლილ Braun-ის წესის პრაქტიკაში გამოყენებას, შეიძლება ითქვას, რომ ის ამართლებს ადგილობრივი ანესტეზიის გამარტივების საქმეს მხოლოდ ნაწილობრივ და არა მთლიანად: სწორი ნაწლავის დაზიანების საშიშროება და საოპერაციო მცდამოს ანესტეტიური ხსნარით გაჟღენთვის უკუგდება, ერთ მთავარ უპირატესობად უნდა ჩაითვალოს იოლკინის მოდიფიკაციისა Braun ის წესთან შედარებით. მეორე მხრივ, იოლკინის ანესტეზიის უნაკლულად შესრულება ყველა პირობებში შეუძლებელი აღმოჩნდა, როგორც ეს პრაქტიკულმა გამოცდილებამ დაგვანახა. იოლკინის „შორისის ფრთისებრი ანესტეზიის“ შესრულება თითქმის რომ შეუძლებელია იმ პირობებში, როდესაც მანძილი კუკუხობებ შორის შემცირებულია ან კიდევ უკანასკნელნი თუ წინ არიან წამოწეული. ამ პირობებში მე-3 და მე-4 ინექციის

წარმოება არ შეიძლება დანიშნულ წერტილიდან, ვინაიდან 10.0 შპრიცის და 10 სანტ. ნემსის ჰორიზონტალურად დაყენება თითქმის რომ შეუძლებელი ხდება, მექანიკური დარკობებითა გამო, რომელსაც იწვევს წინ წამოწეული საჯდომი ძვლის ნაწილები. სამ ასეთ შემთხვევაში, სახ. უნ. სამ. კლინიკაში, შეტანილი იქნა ჩემს მიერ ის ცვლილება, რომ ანესტ. ხსნარის დანაკლისი შევსებული ყოფილიყო საჯდომის ძვლის მიდამოდან შეყვანილ შესწორებამ სათანადო შედეგი მოგვცა და სამივე შემთხვევაში შესაძლო გახდა სრული ანესტეზიის მიღება. გარდა ამისა იოლკინის მოდიფიკაცია, ისე როგორც Braun-ის ანესტეზიის 8—10 სანტ. სიგრძის მქონე ნემსით წარმოება, მისი ქსოვილებში 9—10 ჯერ გატარება და ძვლის ზედაკანის შეხება, ზედმეტად მტკივნეულ მანიპულაციებს წარმოადგენს, რომელიც ავადმყოფის პსიქიკაზე უარყოფითად მოქმედებს. ამასთანავე აღსანიშნავია საანესტეზიო ხსნარის უსისტემოდ ზედმეტი რაოდენობით ხარჯვა, დროს უნაყოფოთ დაკარგვა, რაც თანამედროვე შეხედულებით აგრეთვე მისი უარყოფით მხარედ უნდა ჩაითვალოს. მაგ.: რა გზით შეიძლება გავამართლოთ ორივე საჯდომი ძვლის მიდამოში უნაყოფოთ დაკარგული 70.0 საანესტეზიო ხსნარისა საოპერაციო არეში შემავალ ნერვების გამტარებლობის მოსასპობად, თუ ამავე დროს, ოპერაციის ადგილებში სხვადასხვა მხრიდან, საანესტეზიო ხსნარის მოქმედების სფეროში მოხვედრილ ნერვიულ ტოტებთან ერთად იქნებიან ის ნერვიული ბოჭკოებიც, რომელნიც საანესტეზიო ხსნარის მოქმედების ფარგლებში არ მოყვნენ და დამატებით საჭიროებენ ანესტეზიური ხსნარის ინექციას, იმ ადგილებში სადაც, უკანასკნელნი და პირველნი ერთავად, სხვადასხვა მხრივ შედიან და იფანტებიან დიდსა და მცირე ჩარბებში, საშოს უკანა ქვემო შესამედის ნაწილში, საშოს შესავალში და შორისის ზემო ნაწილში ე. ი. იმ ადგილებში, რომელნიც საოპერაციო სფეროში შედიან. ამრიგად, საკითხს, რომ კრიტიკულის თვალთ შევხედოთ, იოლკინის მიერ მოწოდებულ ანესტეზიის მოდიფიკაციის ტექნიკურ მხარეში ერთგვარ უპრინციპობას აქვს ადგილი, ვინაიდან ერთსა და იმავე დროს, ერთი და იგივე ნერვიული ტოტების ანესტეზია არსებითად ორ ადგილას ხდება, საოპერაციო არედან დაშორებით და თვით საოპერაციო არეს ირგვლივ ან სამი მხრივ, ქვემოდ და ლატერალურ მხარეზე იოლკინის მოდიფიკაციას, შესაძლოა, მაშინ ქონოდა დიდი მნიშვნელობა და გასავალი, რომ ის შესაძლებლობას იძლეოდეს, საოპერაციო არედან დაშორებით, საჯდომი ძვლების მიდამოში შეყვანილი საანესტეზიო ხსნარის მოქმედებით, საოპერაციო არეში შემავალი ნერვიული ტოტების ანესტეზიისა; მაგრამ როგორც ლიტერატურა გვიდასტურებს, საშოსა და შორისის ოპერატიული დახმარების უმტკივნელოდ ჩასატარებლად არაა საკმარისი საანესტეზიო ხსნარის მოქმედების სფეროში მოყვნენ მარტო ის ნერვები, რომელნიც, საჯდომი ძვლის მიმართულებით გამოდიან და შედიან საოპერაციო სფეროში, ვინაიდან უკანასკნელს აძლევს მგრძობიარე ტოტებს სხვა ნერვებიც; ბოქვენისა, საზარდულის მიდამოდან ლატერალურად და უკანიდან წინისაკენ მოემართებიან აგრეთვე მთელი წყება ნერვებისა, რომელნიც საჯდომი ძვლის მიდამოდან გამოსულ ნერვებთან ერთად გარს უვლიან საოპერაციო არეს და ერთმანეთში არეული და გადახლართულნი მასშიდ იფანტებიან. მაშასადამე, გათვალისწინებული გარემოება

ნათლად და მკაფიოდ გვისაბუთებს, რომ რომელიმე განსაზღვრული ადგილის, საოპერაციო არედან დაშორებით, ანესტეზიური ხსნარის მოქმედებით, საჭირო დადებით შედეგებს ვერ მივიღებთ, თუ ამავე დროს საოპერაციო სფეროს ირგვლივ ან სამი მხრივ მდებარე ქსოვილები საკმაოდ არ იქნა გაჟღენთილი საანესტეზიო ხსნარით.

გამოვდიოდით იმ მოსაზრებიდან, რომ საოპერაციო არეში ერომანეთში არეული და გადახლართულია ნერვთა ტოტები, რომელნიც სამი მხრივ გარს უვლიან მას და რომელთა დასაწყისი და მიმართულება არ განისაზღვრება ერთი რომელიმე განსაკუთრებული ადგილით, სადაც შესაძლო იყოს მათი საანესტეზიო ხსნარის სფეროში მოქცევა საოპერაციო არედან დაშორებით, ამისათვის უფრო ლოლიკურად ვსცანით შეგვეშუშავებინა ძველად არსებულ შორისის ანესთეზიის ახალი მოდიფიკაცია.

შორისის ანესთეზიის ჩემს მიერ მოწოდებული ახალი მოდიფიკაციის ტექნიკა შემდეგია: სათანადო მომზადების შემდეგ ქალი მოთავსებულია საოპერაციო მაგიდაზე ქვემო კიდურების მენჯ-ბარძაყის სახსარში შესაფერისი მოხრის და ლატერალურად გადაშლის შემდეგ raphé-ს ხაზის ზემო $\frac{1}{5}$ -დან 1 სანტიმეტრის დაშორებით მარცხნივ ვნიშნავთ წერტს, საიდანაც საშოს უკანა კედლის ლორწოვან გარსსა და მის ქვემდებარე კუნთოვან ქსოვილებს შუა შეგვეყავს 5.0 შპრიცით $\frac{1}{2}\%$ ნოვოკაინის ხსნარის 5.0 რაოდენობით პერპენდიკულიალურად ნაკერის მოპირდაპირე მხარის სიმეტრიულ წერტილამდე.

პირველ საჩხვლეტ წერტიდან დიდსა და მცირე ჩარბებში ბარტოლინის ჯირკვლის სადინარამდე ვაწარმოებთ მეორე ინექციას იმავე ხსნარით 2.5 რაოდენობით. მესამე ინექცია წარმოადგენს მეორე ინექციის განმეორებას მხოლოდ მოპირდაპირე მხარეზე. საანესტეზიო ხსნარის შეყვანა იმ ანგარიშით უნდა ხდებოდეს, რომ მისი მოქმედების სფეროში ზედმეტად არ მოყვეს, როგორც ზერელე ისე ღრმად მდებარე ქსოვილები. ამიტომ საჭიროა, ნემსის ქსოვილებში უფრო ზერელედ გატარება. ახალი მოდიფიკაციის მიხედვით ხდება 5 წუთის განმავლობაში სრული ანესთეზია საოპერაციო არეში სხვადასხვა მხრიდან მომავალი ნერვული ტოტების და მათი დაბოლოებების სასქესო ორგანოების სიდიდისა და მგრძობელობის მიხედვით დახარჯულ საანესტეზიო ხსნარის რაოდენობა ქანაობს maximum — 15.0 და minimum 6.0 შორის.

ცდის ხანაში 10 შემთხვევაში ხმარებული იყო პირველად 25.0—1% ნოვოკაინისა. 15 შემთხვევაში ნოვოკაინის 1% ხსნარი შეცვლილი იქნა $\frac{1}{2}\%$ —15.0 ეფექტი, ერთნაირი იქნა მიღებული. დანარჩენ შემთხვევაში შორისის ანესთეზიისათვის ვხმარობდით მხოლოდ $\frac{1}{2}\%$ —10.0—6.0 ხსნარისას სრულებით კარგი შედეგებით. ანესთეზიის ამ წესით კარგი შედეგი იყო მიღებული levatoroplastics-ის შემთხვევაშიაც, თუმცა შესაძლოა ითქვას, რომ საანესთეზიო ხსნარით უშუალოდ ამ კუნთებს სრულებით არ ეხებოდა, მაგრამ მტკივნეულობის მგრძობელობას მოკლებულნი აღმოჩნდნენ.

სახ. სამედიცინო ინსტ. ფაკ. სამეანო-გინეკოლოგიური კლინიკა 5 წელია რაც Colpoperineorrhaphiae-ბს მხოლოდ ახალი მოდიფიკაციით აკეთებს და 120 შემთხვევის გატარებით იგი იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ შორისის ანესთეზიის ამ

ახალ მოდიფიკაციას გაცილებით უპირატესობა აქვს ძველ წესებთან შედარებით.

ამიტომ კლინიკამ დავიწყებას მისცა და ყოველ დღიურ ხმარებიდან გამოაგდო Braun-ისი და Елкин-ის შორისის ანესთეზიისათვის მოწოდებული მეთოდები, რომელითაც იგი სარგებლობდა და გასაქანი მისცა გათვალისწინებულ ახალ წესს, როგორც უფრო მარტივს, ადვილად შესასრულებელს და კარგი შედეგების მომცემ ქმედობას.

დ ა ს კ ვ ნ ა .

I—საერთო ამოცანა, რომელიც ამჟამად დგას თვითეულ გინეკოლოგის წინაშე კერძოდ საშოსა და შორისის აღდგენის ოპერატიული დახმარების დროს უნდა ემყარებოდეს იმ საფუძვლებს, რომ ერთის მხრივ, გართულებათა ნაკლები ჯამით, ანესტეზიის ტექნიკის გამარტივებით, ნაკლები ენერჯისა და ანესტეტიური ნივთიერებათა ხარჯვით მეორეს მხრივ, მივიღოთ ანესტეზიის მაქსიმალური ეფექტი.

II—საშოსა და შორისის ანესტეზიისათვის ძველ და ახალ ავტორების მიერ მოწოდებული წესები არაა მისაღები და მიზანშეწონილი ერთის მხრივ იმ მდგომარეობისა გამო, რომ ზოგ შემთხვევაში აღნიშნულ არეს სრული ანესტეზია არ ხდება, სხვა შემთხვევაში თვით ანესტეზიის ტექნიკა რთულად შესასრულებელია, მოითხოვს საანესტეზიო ხსნარის ჭარბ და შეუფერებელ ხარჯვას.

III—ახლად მოწოდებული ანესტეზიის მეთოდი, სხვა ანესტეზიებთან შედარებით აზრის მკაფიოებით, წყობილობისა და მოხდენილი ტექნიკით ხასიათდება, ამართლებს და მხარს უჭერს იმ ლოზუნგს, რომელიც აღიარებს და იცავს სხეულისათვის მავნე ანესტეტიურ ნივთიერებათა ნაკლები ხარჯვით, ანესტეზიის ტექნიკური მხარის გამარტივებით, ენერჯისა და დროს შესაფერი ეკონომიის გზით, ანესტეზიის მაქსიმალური ეფექტის მიღებას.

Др. Ард. Ахвледiani.

Новая модификация промежностно-влагалищной анестезии.

Фак. Ак. Гин. Клиника Мединститута промежностно-влагалищные пластические операции проводили с анестезией Брауна и Елкина.

Анестезия удавалась обильной и глубокой инфильтрацией *Savum ischioestale* области прохождения главных ветвей N. pudendi. При продвижении иглы от места укола, между *Tuber ischii* и *raphe*, весь *savum*, начиная от восходящей ветви седалищной кости до влагалища пропитывалась обезболивающим раствором с обеих сторон. Для полной анестезии передних участков наружных паловых губ должны быть анестезированны и волокна *Nerves ingninales* с пускающими сверху с обеих сторон. Для анестезии требуется 80.0—100.0 1%—1/2% *novocaina* и 10.0 шприц с большою иглой.

Анэстезия технически трудно выполнима, болезнена для пациентки и не приемлема в смысле трати аиэст. вещества.

Автор на основании обезболивания „U“ образно тех нервных стволов которые непосредственно пытаются операционную область на 100 случаев получил в полне удовлетворительные результаты.

Упомянутая клиника с 1928 года промежностно-влагал. анэстезии проводит по модификаци автора с успехом.

Потраченные анэст. вещества на каждую операцию не превышает 6.0—10.0. verghe она более рациональна, легко выполнима технически и экономна.

Ass. Ard. Achvediani.

La nouvelle modification de l'anesthésie dans l'opération de la perinei.

L'auteur de la clinique de professeur Thicanadze avec sa nouvelle modification de l'anesthésie de la perinei avdit pratique 100 cas avec le bon resultat.

ასისტენტი მ. ბერიძე და ორდინატორი თ. საყვარელიძე.

ლიფოზური ჯირკვლავის კუნძუბათის გამოკვლევა და მისი გნიფხველობა სიფილისის ნაადრევი დიაგნოზისათვის.

(ტფილისის სახელ. სამედიცინო ინსტიტუტის კანისა და ვენერიულ სნეულებათა
კლინიკიდან. გამგე დოც. ალ. ჯავრიშვილი).

ამ უამად უდავოთ შეიძლება ჩაითვალოს, რომ რაც უფრო ადრე და-
იწყება სიფილისის მკურნალობა, მით უფრო რადიკალურად და მოკლე ხნის
განმავლობაში მოხდება ორგანიზმის განკურნება ამ დაავადებისაგან. „არაფერი
არ არის ისე ადვილი, როგორც სიფილისის განკურნება, არ შეუშვათ ის ორ-
განიზმში, თუ დავიწყებთ მკურნალობას პირველ მომენტში — დღეებში, კვირებში
სნეულების პირველი ნიშნების გამოჩენის შემდეგ სიფილისის სრულიად რადიკა-
ლურად, სრული ამ სიტყვის მნიშვნელობით, გამოიდევნება ორგანიზმიდან მოკლე
ხნის განმავლობაში“. (გლავჩე). მაშასადამე მთელი ჩვენი ძალღონე უნდა იყოს
მიმართული იმისკენ, რომ სიფილისის ინფექცია იყოს დიაგნოზტიკურებული რაც
შეიძლება თავის აღმოცენების ნაადრევე პერიოდში. გამოკვლევის არსებული
კლინიკური და მიკროსკოპიული მეთოდები გვაძლევენ ჩვენ საშუალებას, უმრავ-
ლეს შემთხვევაში, დავადასტუროთ სიფილისის არსებობა ნაადრევე პერიოდში.
განსაკუთრებულ ღირებულებას ამ შემთხვევაში წარმოადგენს syphilis primaria
seronegativa-ს დროს ულტრა-მიკროსკოპიული გამოკვლევა reizserum-ისა
მკრთალი სპიროხეტაზე. ამ მეთოდით გამოკვლევის დროს (Dunkelfeldbeleucht-
ung) ჩვენ შეგვიძლია ვინელმძღვანელოთ spiroch. pallida-ას არა მარტო მორფო-
ლოგიური განსაკუთრებულებით, არამედ აქ ჩვენ გვაქვს საქმე სნეულების გამომწვევ
ცოცხალ არსებასთან მათი დამახასიათებელი მოძრაობით, რაც უფრო ბევრად
გვიადვილებს ჩვენ სნეულების მიკროსკოპიულ დიაგნოზტიკას. მაგრამ უნდა აღვ-
ნიშნოთ, რომ არა ყოველთვის მაგარი შანკრიდან აღებული reizesrum-ის ულტრა-
მიკროსკოპიული გამოკვლევა იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგს და არც ყო-
ველთვის არის ჩვენთვის ხელმისაწვდომი ის. უპირველესად ყოვლისა უნდა მივუ-
თითოთ იმ შემთხვევებზე, როცა შანკირი ლოკალიზებულია პრეტუტიუმის შიგ-
ნითა ფურცლებზე და თან ახლავს მას ანთებითი ფიზოზი; ამისთანა შემთხვე-
ვაში შანკირი მიუწვდომელია მიკროსკოპიული გამოკვლევისათვის. ძალიან ხში-
რად ავადმყოფები მიმართავენ ხოლმე ექიმს სხვადასხვა სადებუნფექციო მედი-
კამენტოზურ საშუალებათა ხმარების შემდეგ პირველადი დაავადების ადგილზე,
რის შემდეგ სპიროხეტის აღმოჩენა შანკირის გამონადენში ბევრად ძნელდება.

შემდეგ ცნობილია, რომ შერეული ინფექციის არსებობის დროს (*Ulcus mixtum*) ძალზე გაძნელებულია წყლულის სერუმში სპიროხეტის აღმოჩენა. „*Nachweis der Spiroch. in secret Oft schwes*“ (Hoffmann).

თითქმის ტიპური მაგარი შანკირის დროსაც კი, ყოველთვის არ არის შესაძლებელი სპიროხეტის აღმოჩენა და იძულებული ვხდებით მივმართოთ ხოლმე დიაგნოსტიკის სხვა დამხმარე საშუალებებს. არა იშვიათად შანკირი ლოკალიზირებული არის ხოლმე შარდსადინარ მილში, საშვილოსნოს ყელში და სხვა. ამისთანა შემთხვევებში იქიდან სერუმის მიღება არის შეუძლებელი. ანალიზისათვის აღებულ *reiszserum*-ში *Spirocheta pallida*-სთან ერთად ხშირად გვხვდება სხვადასხვა სახე *pseudo-spiroch. pallida*, რომელთა განსხვავება ნამდვილი მკრთალი სპიროხეტისაგან არის ზოგჯერ ძნელი, რაც აგრეთვე ართულებს დიაგნოსტიკას.

პროფ. ჰოფმანის გამოკვლევით ჩვენ ვიცით, რომ ლიმფური ჯირკვლების წვენში არ არის არავითარი ვულგარული სპიროხეტები, რომლებიც ვაგვიძნელებდნენ დიაგნოსტიკას: აქ სცხოვრობენ მხოლოდ მკრთალი სპიროხეტები (Hoffmanche Regel).

აძლევს რა უაღრესად დიდ მნიშვნელობას ამ ფაქტს, პროფ. ჰოფმანი ამბობს, რომ წყლულის ან ნაკაწრის წვენში აღმოჩენილი სპიროხეტა შეიძლება იქნეს ცნობილი სიფილისის ნამდვილ სპიროხეტათ, მხოლოდ იმ პირობებში, როცა პრეპარატში არ არის სპიროხეტის სხვა ფორმები, წინააღმდეგ შემთხვევაში აუცილებელია ლიმფური ჯირკვლების გამოკვლევა.

ყველა შემოდ ნაჩვენებ შემთხვევაში გამოკვლევის სრულიად შეუდარებელ საშუალებათ ამ ჟამად სამართლიანად ითვლება ლიმფური ჯირკვლების პუნკტატის გამოკვლევა, რომელიც შემოიღო ბონის ვენეროლოგიური კლინიკის პროფესორმა ჰოფმანმა. ექსპერიმენტალური მუშაობანი და კლინიკური დაკვირვებანი სხვადასხვა ავტორებისა ერთხმად ადასტურებენ ამ მეთოდის დიდ ღირებულებას *Lues*-ის დიაგნოსტიკის საქმეში, განსაკუთრებით სნეულების ნაადრევ სტადიუმში, როცა შანკირის *Reiszserum*-ის გამოკვლევა არ იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგს ან გამოკვლევა სრულიად შეუძლებელია.

ბრუნი და პირსი ცხოველების ექსპერიმენტალური ცდების ჩატარების შემდეგ მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ მკრთალი სპიროხეტები უკვე ორი დღის შემდეგ აცრისა იმყოფებიან ლიმფურ ჯირკვლებში, მაგრამ უკანასკნელნი არ იძლევიან რეაქციის მოვლენებს, რადგან ლიპოლიტური ფერმენტი ბერგელისა, რომელიც იმყოფება მასში, ამცირებს სპიროხეტების ცხოველმყოფელობას და ინფექცია ჟსიმპტომით მიმდინარეობს.

პროფ. კოლემ და ევერსმა შეისწავლეს რა ექსპერიმენტალურად ლიმფურ ჯირკვლებში მკრთალი სპიროხეტას მიხწევის სისწრაფე, დაამტკიცეს, რომ ბაქტებზე აცრილი სპიროხეტები უკვე 30 წუთის შემდეგ იმყოფებიან ლიმფურ ჯირკვლებში, ზღვის გოჭებზე კი — თითქმის 5 წუთის შემდეგ აცრისა.

Iamel და Prigge-მ დაამტკიცეს მკრთალი სპიროხეტის არსებობა ბაქსის ლიმფურ ჯირკვლებში აქტიური მოვლენების განკურნების შემდეგ, თაგვებზე კი ყოველგვარი აქტიური მოვლენების გარეშე (Нуплеры).

პროფ. ვორსი, აძლევს რა დიდ მნიშვნელობას სპიროხეტების არსებობას ლიმფურ ჯირკვლებში სწორი და უტყუარი დიაგნოსტიკისათვის, აუცილებლობათ სთვლის ლიმფური ჯირკვლების ექსტირპაციას და მათ აცრას ცხოველებზე, რაც 100%-ში იძლევა დადებით შედეგს ინფექციის არსებობის დროს.

აქ მოყვანილი ექსპერიმენტალური შრომები არ სტოვებენ ექვს მასში, რომ ლიმფური ჯირკვლები სიფილისის ინფექციის დროს არიან მთავარი თავშესაფარი სპიროხეტებისათვის, განსაკუთრებით დაავადების ნაადრევ სტატიუმში.

სხვადასხვა ავტორების მიკროსკოპიული გამოკვლევა ლიმფური ჯირკვლების პუნქტატისა მკრთალი სპიროხეტის არსებობაზე, ნაწილობრივ ადასტურებენ ამ აღმოჩენებს. მაგრამ, უნდა აღინიშნოს, რომ დადებითი აღმოჩენების პროცენტი ლიმფური ჯირკვლების პუნქციის გამოკვლევისა სხვადასხვა ავტორების ხელში ფართე მერყეობას განიცდის. მაგ. პროფ. ჰოფმანის მასალით პუნქციის საშვალეობით მკრთალი სპიროხეტა აღმოჩნდა ლიმფური ჯირკვლებში 80—90%-ში, Ollze-ს კი მხოლოდ 30%-ში.

Schimoda-მ (Kyoto) გამოიკვლია ლიმფურ ჯირკვლებს წვენი 30 შემთხვევაში *Lues. primaria*-ს დროს; მან აღმოაჩინა 12 შემთხვევაში (R. W. დადებითი იყო) 10 დადებითი შედეგი; 18 შემთხვევაში კი (R. W. უარყოფითი იყო) — მხოლოდ 11 დადებითი შედეგი. Morini-ის გამოკვლევით ლიმფური ჯირკვლების პუნქტია *Lues primar*-ს დროს იძლევა დადებით შედეგს მხოლოდ 40%-ში. ვატანაბემ 13 შემთხვევაში *Lues* აღმოაჩინა *Sp. pallida* 4 შემთხვევაში, 7 დაწყულულებულში — 11-ში; 19 შემთხვევაში გარეგნულად ჯანსაღ 4-ში; პირველადი და მეორადი მოვლენების დროს — 22 შემთხვევაში 3-ჯერ.

გერეშკოვიჩმა გამოიკვლია 20 ტაბეტიკიანის ლიმფური ჯირკვლების წვენი და 35%-ში აღმოაჩინა მკრთალი სპიროხეტა. ზილბერმანის მასალის მიხედვით ლიმფური ჯირკვლების წვენში მკრთალი სპიროხეტები აღმოჩნდნენ უმრავლეს შემთხვევაში პირვანდელი და თითქმის ნაადრევი მეორადი პერიოდის დროს.

Ulcus mixtum-ის დროს ნახულობდა მკრთალ სპიროხეტას მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში; საერთოდ, დასკვნის ავტორი, მკრთალი სპიროხეტები უფრო ადვილი აღმოსაჩენია ლიმფური ჯირკვლების წვენში, ვიდრე პირველადი დაავადების *Rezserum*-ში.

სერპერმა და შისტერმა გლავჩეს ინსტიტუტში გამოიკვლიეს 80 შემთხვევა *Lues primaria* და აღმოაჩინეს დადებითი 50—60%.

დაკვამყოფილებით ექსპერიმენტალური და ლაბორატორული გამოკვლევების მოკლე მიმოხილვით ამ საკითხის შესახებ და ნებას მივსცემთ ჩვენს თავს გადავიდეთ ჩვენი მასალის განხილვაზე. რაც შეეხება ჯირკვლების პუნქციის ტექნიკას, ჩვენ ვცდილობდით მიგვებადა თვით ავტორის პროფ. ჰოფმანის ჩვენებისათვის. მსხვილ ნემს რეკორდის შპრიცზე ვჩხვლეტდით ჯირკვლებში მისი გრძელი ღერძის მიმართულებით და ვცდილობდით ნემსის წვერით მივახლოვებოდით კორტიკალურ ზონას, სადაც პროფ. ჰოფმანის აზრით ჩვეულებრივ მდებარეობენ სპიროხეტები; შემდეგ ვაკეთებთ მსუბუქ მასაჟს ჯირკვლისას ნემსის ირგვლივ და იმავე დროს ვაწარმოებთ ინსპირაციას ჯირკვლის წვენისას ნემსის

სანათურში და თან და თან გამოგვაქვს ნემსი უკან. მიღებულ ჯირკვლის გამსკვირვალე წვეწვს ვივლევედით ულტრამიკროსკოპის დაბნელებულ ველში.

ჩვენ მიერ გამოკვლეულ 80 შემთხვევაში ვცდილობოთ შეძლებისდაგვარად, შეგვეკრიბა შესაფერი მასალა, რომელიც მოგვცემდა საშვალებას გვეჩონოდა მსჯელობა „Dunkelfeld beleuchtung“-ის პრაქტიკულ ღირებულებაზე უმთავრესად, სიფილისის ნაადრევ დიაგნოსტიკაში, ამიტომ ჩვენი მასალა შესდგებოდა უმთავრესად პირველად დაავადებიდან, შერეული შანკირებიდან და ფიმოზებიდან სადაც გამოკვლევების სხვა მეთოდები ხშირად იძლევიან უარყოფით შედეგებს, ან სრულებით გამოუსადეგარია დაავადების მიუდგომელი ლოკალიზაციის გამო.

ამ მხრივ პირველი ადგილი უნდა დაიკავოს Lues primaria-მ როცა სპიროხეტების თავის დროზე აღმოჩენას აქვს ძალიან ხშირად ღირსეული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი. მაგრამ არსებული დიაგნოსტიკური მეთოდები ყოველთვის არ იძლევიან საშვალებას სნეულების დიაგნოსტიკისას. დაახლოებით 25—30°^რ შემთხვევაში Reizserum ის გამოკვლევა არ იძლევა სნეულების გამომწვევი მიზეზის აღმოჩენის საშვალებას, მიუხედავად ფრთხილი და განმეორებითი ძებნისა. ამიტომ ყველა ის დამატებითი მეთოდები გამოკვლევისა, რომელიც გავიადვილებენ ჩვენ სნეულების ნაადრევ დიაგნოსტიკას, სახელობრ Syphilis primaria-ს დროს. არიან განსაკუთრებული ყურადღების ღირსნი. აღნიშნული ჯგუფიდან (Lues I) ჩვენ შევკრიბეთ 30 შემთხვევა (ტაბ. № 1) ამ ტაბულიდან ჩანს რომ უმრავლეს შემთხვევაში დადებითი შედეგები Reizserum-სა და პუნქტატის ულტრა-მიკროსკოპიული გამოკვლევისა ერთნაირია. მხოლოდ სამ შემთხვევაში R. S. მოგვცა პოზიტივი პუნქტატის უარყოფითი შედეგის დროს და მხოლოდ ერთ შემთხვევაში პუნქტატმა მოგვცა პოზიტივი R. S. უარყოფით შედეგის დროს. მოყვანილი მასალიდან სჩანს, რომ უფრო ხშირად ჩვენ გნახულობთ სპიროხეტას პუნქტატში (25 შემთხვევა); ეს აიხსნება მხოლოდ იმით, რომ 9 შემთხვევაში R. S ის გამოკვლევა არ მოგვიხდენია, ასე, რომ ეს ფაქტი სრულიად არ ამცირებს R. S-ის გამოკვლევის ღირებულებას. სრულიად სხვა შედეგები მივიღეთ ჩვენ Bury-ს მეთოდით გამოკვლევის დროს, როცა როგორც R. S-ი (7—4) — ისე პუნქტატიც (5—4) უმრავლეს შემთხვევაში იძლევა უარყოფით შედეგს.

ამ მასალიდან შეიძლება ის დასკვნა გამოვიტანოთ, რომ R. S-ის და ღიმფური ჯირკვლების პუნქტატის გამოკვლევა Dunkelfeldbeleuchtung-ში Lues primaria-ს დროს ჩაითვლებიან თანაბარ ღირებულების მეთოდებათ; მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა R. S ის გამოკვლევა არ იძლევა შედეგებს ან სრულიად მიუწოდებელია, პუნქტატის გამოკვლევა დაბნელებულ ველზე შეიძლება გახდეს ღირსეულ დამატებით მეთოდათ Lues-ის ნაადრევ დიაგნოსტიკის საქმეში.

№ 2. ტაბულის მასალა წარმოადგენს ინტერესს იმ მხრივ, რომ ცნობილი თეორია ანტაგონიზმისა ლუესისა და რბილი შანკირის ვირუსის შორის, რომელაც აძნელებს შერეული წყლულის გამომწვევი მიზეზის აღმოჩენას ნახულობს სრულ დადასტურებას ჩვენ მასალაზე. 11 შემთხვევიდან Ulcus mixtum რომელშიდაც ჩვენ გამოვიკვლიეთ R. S-ი და პუნქტატი, მხოლოდ სამმა შემთხვევამ

მოგვცა დადებითი შედეგი, მაშინ, როცა უმრავლესა მათგანმა მოგვცა ნეგატივი (7—8); ამავე დროს მჭრთალ სპიროხეტასთან ერთად გაძნელებულია დიუკრეს სტრეპტობაცილის ნახვაც; მაგალითიდან 11 შემთხვევიდან მხოლოდ 3 იყო დადებითი და 8 უარყოფითი. ამისთანა შემთხვევაში განსაკუთრებით გამოუსადეგარია გამოკვლევა; Bury-ით, რომლითაც ვერ მივიღეთ ვერც ერთი დადებითი შედეგი; 10 გამოკვლეულ შემთხვევაში 10 უარყოფითი.

განსაკუთრებით ღირებულებას წარმოადგენს ლიმფური ჯირკვლების პუნქტატის გამოკვლევა ფიმოზების დროს, როცა მიკროსკოპიული გამოკვლევა სპიროხეტა პალიდაზე შეუძლებელია პირველადი დაზიანების ფარული ლოკალიზაციის გამო. ჩვენი მასალა ბრწყინვალეთ ადასტურებს ამ დებულებას. მაგალითად № 3 ტაბულიდან სჩანს რომ 9 შემთხვევიდან Phymosis ex? მხოლოდ ერთ შემთხვევაში იყო აღმოჩენილი R S-ში სპიროხეტა, მაშინ როცა ჯირკვლის პუნქტატში 9 შემთხვევიდან 8 მოგვცა დადებითი შედეგი. მაშასადამე აღნიშნულ შემთხვევებში ლიმფური ჯირკვლების ფუნქციის გამოკვლევა უნდა ჩაითვალოს აბსოლუტურად შეუძარებელ და ერთად ერთ მეთოდით Lues-ის მიკროსკოპიული დიაგნოსტიკის საქმეში.

ერის ჰოფმანის გამოკვლევით ლიმფურ ჯირკვლებში იმყოფება მხოლოდ მცირე რიცხვი სპიროხეტებისა, თუმცა სხვადასხვა ავტორების ექსპერიმენტალურმა შრომებმა (Kolle, Перс.) გვიჩვენეს, რომ მეორე პერიოდში მყოფ ავადმყოფების ლიმფური ჯირკვლების აცრა საცდელ ცხოველებზე თითქმის 100%-ში იძლევა დადებით შედეგს; ამავე ავტორების ჩვენებით ლიმფური ჯირკვლების აცრა იძლეოდა დადებით შედეგს Lues II lat-ს დროსაც. ამქამდე ლიმფური ჯირკვლების აცრა სამართლიანად ითვლება საუკეთესო კრიტერიუმად სიფილისის განკურნებისა. მართლაც მიუხედავად სპიროხეტების აღნიშნულ მცირე რაოდენობისა ჯირკვლებში, პუნქტატის საშვალებით საკმაო პროცენტ შემთხვევებში შესაძლებელია ფრთხილი გამოკვლევით სპიროხეტის აღმოჩენა, მაგრამ გამოკვლევა უნდა მოხდეს ფრთხილი და განმეორებითი; ერთხელ გამოკვლევა ხშირად იძლევა უარყოფით შედეგს.

მე 4 და 5 ტაბულიდან, სადაც მოყვანილია 25 შემთხვევის (Lues II recens და Lues II recidiva) გამოკვლევის შედეგები, სჩანს რომ ჯირკვლების პუნქტატმა მოგვცა დადებითი შედეგი 15 შემთხვევაში R S კი 16 შემთხვევაში, მაგრამ თუ ჩვენ დაუკვირდებით შემთხვევებს, სადაც გამოკვლევის შედეგები ერთი მეორეს არ უთანაბრობს, ადვილად დაგრწმუნდებით, რომ Lues II recens და recidiva-ს დროს უფრო საიმედო არის R S-ის გამოკვლევა. მაგალითად 12 არა თანაბარი პასუხიანი შემთხვევიდან, 9-ში დადებითი შედეგი მოგვცა R S პუნქტატის უარყოფითი შედეგის დროს და მხოლოდ 3 შემთხვევაში პუნქტატში აღმოჩნდა სპიროხეტა R S-ის უარყოფითი შედეგის დროს. მაშასადამე Lues II recens და recidiva როცა R S-ში ვერ ვნახულვობთ Spiroch. pallid-ას მათი აღმოჩენა ლიმფური ჯირკვლების პუნქტატში არის ბევრად უფრო ძნელი, რასაკვირველია ამ მეთოდის უკუგდება არ არის დასაშვები აღნიშნულ შემთხვევებში, რადგან საგრძნობ პროცენტ შემთხვევაში პუნქტატის გამოკვლევას მაინც შეუძლია მოგვცეს დადებითი შედეგი. უარყოფითი R. S-ის დროს, როგორც ამას

ქონდა ადგილი ჩვენს შემთხვევებში *Lues II recidiva* (ტაბ. № 4) განსაკუთრებით არა საიმედო არის პუნქტატის გამოკვლევა Bury-ს მეთოდით. *Lues II recens* და *rieidiva*-ს დროს მაგალითად ამ მეთოდით გასინჯულ 9 შემთხვევაში ჩვენ მივიღეთ დადებითი შედეგი მხოლოდ ერთხელ და უარყოფითი 8 ჯერ. მაშასადამე მიკროსკოპიული დიაგნოსტიკის მიზნით *Lus II recens* და *recidiva*-ს დროს, პირველ რიგში უნდა მივმართოდ *R. S*-ის გამოკვლევას *Dunkelfeld beleuchtung*-ში როგორც უფრო საიმედო საშუალებას გამოკვლევისას. განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს შემთხვევები მოყვანილი მე-VI ტაბულაში, სადაც განსაკუთრებით ლიმფური ჯირკვლების პუნქტატის გამოკვლევამ მოგვცა ჩვენ საშუალება *Lues*-ის დიაგნოსტიკისა, რადგან მიკროსკოპიული გამოკვლევის სხვა საშუალებანი იყვნენ სრულიად მიუღებელი. ასე მაგალითად ერთ შემთხვევაში *Bubo ex?* და მეორეში *Casus prodiagnosi* ჩვენ მხოლოდ პუნქტატის საშუალებით შევსძელით სპიროხეტა *pallida*-ს აღმოჩენა.

ორ შემთხვევაში *lues II lat* კარგათ გამოხატული პოლიადენით ჩვენ ვცდილობდით პუნქტატში გვენახა სპიროხეტა, მაგრამ ორჯერ მივიღეთ უარყოფითი შედეგი. თუმცა ექსპერიმენტალურმა მუშაობებმა ჩატარებულმა როკფელერის ინსტიტუტში პირსის და ბროუნის მიერ გვიჩვენეს, რომ ავადმყოფისაგან, რომელსაც ჰქონია *Syphilis II lat* ამოღებული ლიმფური ჯირკვლები და აცრილი საცდელ ცხოველებზე იძლევა 100%-ში დადებით შედეგს. ალბათ სიძნელე ლიმფურ ჯირკვლებში სპიროხეტის აღმოჩენისა აიხსნება მხოლოდ სპიროხეტების მცირე რაოდენობით ჯირკვლებში *lus II lat*-ს სტადიუმში. მართლაც ლიტერატურაში არის აღწერილი მხოლოდ ცალკეული შემთხვევები სპიროხეტების აღმოჩენისა ლიმფურ ჯირკვლების პუნქტატში *lues II lat*-ის დროს (*Buschke Hoffmann*) მაგალითად მულცერმა მხოლოდ 2-ჯერ შესძლო აღმოჩენა სპიროხეტა *lues II lat* დროს ლიმფურ ჯირკვლების პუნქტატში დიდი ფრთხილი და განმეორებითი ძებნის შემდეგ, *Armuzzi*-იმ 4%.

ღირსია ჩვენ მიერ გამოკვლეულ 80 შემთხვევიდან აღვნიშნოთ 6-ი როცა მიკროსკოპის მხედველობის ველზე ჯირკვლის პუნქტატში ჩვენ აღმოვაჩინეთ *Spirocheta pallida*-ს მგზავსი (მაგვარი) ქმნილება. ამავე დროს ჩვენ ვიცით „ჰოფმანის კანონი: რომლითაც ლიმფურ ჯირკვლებში არ არსებობენ არავითარი სპიროხეტის ბინამგვანი ქმნილობა, გარდა *Spiroch. pallida*-ს ჩვენ მიერ აღმოჩენილი *Spirocheta pseudopallidae* არის ნაზი ძაფი ძლივს შესამჩნევი ხვეულებით; აღნიშნული ქმნილება სუსტად სტეხს შუქს და აქვს მკრთალი ელფერი, ხშირად რამოდენიმე ცალი შეერთდებიან ერთად კონის მგზავსათ; მათი მოძრაობა საკმაოდ ცხოველია; მოძრაობის დროს მკაფიოდ ილუნებიან და ქმნიან რგოლს. ამისთანა შემთხვევაში ადვილად შეიძლება მათი გარჩევა *Spiroch. pallida*-საგან, მაგრამ ხშირად გვხვდებიან ეჭვმპლიარები სწორი, ძაფის მგზავსნი ძლივს შესამჩნევი ხვეულებით და ნელი მოძრაობით; ამისთანა შემთხვევაში მათი განსხვავება მკრთალი სპიროხეტისაგან არც ისე ადვილია.

ამ რივად 80. გამოკვლეული შემთხვევიდან ჩვენ შევსძელით პუნქტატში აღმოგვეჩინა სპიროხეტა 53 შემთხვევაში (% 66,2) უარყოფითი პასუხი კი მივიღეთ 27 შემთხვევაში *R. S*-ის გამოკვლევამ მოგვცა დადებითი პასუხი 40 შე-

მთხვევებში (0/0 50,0) უარყოფითი კი მხოლოდ 14 შემთხვევაში (0/0 17,5). ვლებულობით რა მხედველობაში რომ 26 შემთხვევაში R. S-ის გამოკვლევა სრულიად არ მოგვიხდენია და ჩვენ განზრახ ვაგროვებდით შესაფერ მასალას პუნქტატისათვის ე. ი. სადაც მეტი შანსები გვქონია სპიროხეტის აღმოჩენისა უფრო მალე პუნქტატში, ვიდრე R. S-ში, უნდა მივიღეთ იმ დასკვნამდე, რომ სპროხეტა უფრო ადვილი აღმოსაჩენია R. S-ში, ვიდრე პუნქტატში, მაშასადამე ექიმ ზილბერმანის დასკვნა, რომ სპიროხეტა უფრო ხშირი აღმოსაჩენია ლიმფური ჯირკვლების პუნქტატში, ვიდრე R. S-ში, ჩვენი მასალით არ დასტურდება. ამრიგად ჩვენი გამოკვლევის შედეგები უახლოვდებიან სერპერისა და შისტერის მასალას, რომლებმაც მიიღეს დაახლოვებით 60% -ში დადებითი შედეგი. მაგრამ ჩვენი შედეგები საგრძნობლად არის ჩამორჩენილი ჰოფმანის შედეგებისაგან, რომელმაც 80—90% -ში მიიღო დადებითი შედეგები. ვლებულობით რა მხედველობაში, რომ პროცენ კი დადებითი აღმოჩენისა ძალიან არის დამოკიდებული ტექნიკის ცოდნაზე და გამოკვლევის სიფრთხილეზე, უნდა ვალია-როთ, რომ 65% დადებითი შედეგებისა, უნდა ჩაითვალოს მცირედ.

პროფ. ჰოფმანი უჩვენებს რომ უკანასკნელ ხანებში ტექნიკის გაუმჯობესებით პროცენტი დადებითი შედეგებისა ჯირკვლების პუნქციის დრო საგრძნობლად გაიზარდა.

თუ გაუკეთებთ ჯამს ყოველივე ზემოთ ნათქვამს, ჩვენ მივცემთ ჩვენ თავს ნებას გავაკეთოდ შემდეგი დასკვნა.

ლიმფური ჯირკვლების პუნქტატის გამოკვლევა ჰოფმანის მეთოდით არის ფრიად ღირებული მეთოდი Lues-ის დიაგნოსტიკის საქმეში, იმ შემთხვევაში, სადაც R. S-ის გამოკვლევა საესებით მიუდგომელია ან იძლევა უარყოფით შედეგს.

ლი ბ ე რ ა ტ უ რ ა .

1. Haudbuch der Haut und geschlechts krankheiten (Erich Hoffmann Bonn 1927). Morphologie und Biologie der spiroch. pallid. Edmund Hoffmann.
2. К вопросу об этиологии сифилиса. Боголепов Р. В. Д. 1927 г. № 2.
3. Die Behandlung der Haut und Geschlechts krankheiten mit kurzer Diagnostik. E. Hoffmann.
4. Sp. pall. в лимфатических железах у табетиков. Гершкович (Д. и В. № 12 1927 г.)
5. Untersuchungen zuz Frage des aktiven immunität und Infektionusimmunität bei Syphilis kolle Zif, H. u Geschl. В XXV 13—14 Н. 1927 г.
6. Sur la pounction des gangelions dans la syphilis schimoda (Annali de dermat. et syph. 1927 г. № 7.
7. Пункция лимфатических желез, как метод диагностики свеж. сифилиса Р. В. Д. № 8 1924 г. Серпер и Шисфер.
8. Sur la spiroch. dans le chancre syph. Natenabe (An de D. et Syph. 1926 J. № 12.
9. Lé tréponéme dans les adenep. satellit Faure et Brup An de D. et S. 1931 г. t. II № 10.

მე. გ. გელოვანი

ჩიყვის შესწავლის საკითხს უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში როგორც რუსეთში, ისე ჩვენში საკმაო ყურადღება აქვს მიქცეული. მთელი რიგი ავტორების მიერ გამოქვეყნებულია საინტერესო ცნობები ამ დაავადების შესახებ. ეს ცნობები ერთის მხრივ ავსებენ ძველ შეკრებულ მასალას ჩიყვის გავრცელების შესახებ საბჭოთა კავშირის სხვადასხვა კუთხეებში და ზოგ შემთხვევაში კი — იკვლევნ ჯერ კიდევ სრულიად შეუსწავლელ კერებს. ექსპედიციამ პროფ. პერე-შივეკინის ხელმძღვანელობით გამოიკვლია მდინარე ვანჩის ხეობა პამირზე ავღანისტანის საზღვარზე. ამ მიდამოში სცხოვრობს ტაჯიკთა ტომი, რომელთა შორის 90,2% ჩიყვით აღმოჩნდა დაავადებული. ურალის ოლქის დასტაქართა, გინეკოლოგთა და რენტგენოლოგთა პირველ ყრილობაზე ექიმმა შნირიოვმა წარმოადგინა მოხსენება ჩიყვის გავრცელების შესახებ სიმბირსკის, ჭამარის გუბერნიებში, ვოტსკის ოლქში და თათრების რესპუბლიკაში. ვოტსკის ოლქი დაჩიყვიანებულია მოსახლეობის 50%-ტი დანარჩენ ადგილებში 1 — 3%-ტით. პროფ. ოპპელის კლინიკიდან მივლინებულმა ექსპედიციამ შეისწავლა ჩიყვის ენდემია კარელეთის ავტონომიურ რესპუბლიკაში, ლადოჟის ტბის ჩრდილოეთ აღმოსავლეთ მხარეზე. ჩიყვიანობის პროცენტი ამ ადგილას უდრის 38,5%-ტს. პროფ. გოლიანიცკის მოხსენებიდან სრულიად საკავშირო დასტაქართა მე-19-ე ყრილობაზე გამოირკვა, რომ მოსკოვის და ლენინგრადის სამკერვალო ფაბრიკებში შომუშავე ქალთა შორის 5% ჩიყვით არის დაავადებული. ირკუტსკის სახელმწიფო უნივერსიტეტიდან დაარსდა სპეციალური კომისია ჩიყვის შესასწავლათ. პროფ. შიპაჩევის მიერ გამოკვლეულია ჩიყვის გავრცელება ზაბაიკალის რეინის გზის ხაზზე. ექ. როზენიერთ ციმბირის ზოგიერთ ადგილებში ჩიყვიანობის პროცენტი აღწევს 84-დე.

1928 წელს შუა აზიის ექიმთა მესამე სამეცნიერო კონგრესზე ჩიყვის საკითხი იყო დასმული საპროგრამო საკითხად. კერძოდ საქართველოში ამ დაავადების მხრივ შესწავლილია მხოლოდ სამი კუთხე: ზემო, ქვემო სვანეთი და აჭარისტანი. ექ. ა. ახვლედიანის გამოკვლევით ქვემო სვანეთში დაჩიყვიანებულია მოსახლეობის 40,5%-ტი. აჭარისტანში ექ. ი. ასლანიშვილის გამოკვლევით ჩიყვიანობის პროცენტი უდრის 27-ს.

1928 წელს შუა აზიის ექიმთა მესამე სამეცნიერო კონგრესზე ჩიყვის საკითხი იყო დასმული საპროგრამო საკითხად. კერძოდ საქართველოში ამ დაავადების მხრივ შესწავლილია მხოლოდ სამი კუთხე: ზემო, ქვემო სვანეთი და აჭარისტანი. ექ. ა. ახვლედიანის გამოკვლევით ქვემო სვანეთში დაჩიყვიანებულია მოსახლეობის 40,5%-ტი. აჭარისტანში ექ. ი. ასლანიშვილის გამოკვლევით ჩიყვიანობის პროცენტი უდრის 27-ს.

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოების ქირურგიულ სექციას 1933 წელს.

ზემოთ ჩამოთვლილი მასალები არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ ნათელი წარმოადგენა ვიქონიოთ ამ საყურადღებო დაავადების გავრცელების შესახებ. პროფ. ლევიტის მოხსენებიდან საპროგრამო საკითხზე „ენდემიური ჩიყვი საბჭოთა კავშირში“ საკავშირო დასტაქართა მე-22 ე ყრილობაზე 1932 წ., გამოირკვა, რომ ეს ფრიად მნიშვნელოვანი დაავადება საბჭოთა კავშირში არ არის სათანადოდ შესწავლილი. კერძოდ საქართველოში ნოიპოვება ისეთი კუთხეები, რომელთა გამოკვლევა მოგვეცემს საინტერესო მასალას. ერთ ასეთ კუთხეს ეკუთვნის ლეჩხუმი, რომელიც მდებარეობს მდინარე ცხენის წყლის, ლაჯანურის და ნაწილობრივ რიონის ხეობებში. აღმოსავლეთით მას საზღვრავს რაჭა, დასავლეთით ოდიში, სამხრეთით იმერეთი და ჩრდილოეთით ქვემო სვანეთი. ადგილი მთავგორიანია, მოსახლეობა მისდევს ხვნა თესვას და მებენახეობას. ხუთი წლის განმავლობაში ჩემს მიერ თან-და-თანობით შეგროვილია სტატისტიკური მასალა ჩიყვის გავრცელების შესახებ ამ კუთხეში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სწორი სტატისტიკური მასალის შეკრება ამა თუ იმ დაავადების შესახებ სოფლად არც ისე ადვილი საქმეა. სხვა პირობებთან ერთად საამისოდ საჭიროა დროს შერჩევა. ზაფხულის პერიოდში, როდესაც მოსახლეობა გასულია სამუშაოზე, მათი სწორი აღრიცხვა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს და ასეთი ხშირათ შეუძლებელიც ხდება. ამ გარემოებას შეაქვს ნაკლი ექსპედიციების მუშაობაში, რომლებიც ევლინებიან პროვინციას ჩვეულებრივად ზაფხულში. ანკეტებით შეკრებილ ცნობებსაც ბევრი უარყოფითი მხარე აქვს. ამა თუ იმ დაავადების აღრიცხვა და შესწავლა ადვილზე უპირველესათ ყოვლისა ადგილობრივ მომუშავე ექიმების საქმეა. ჩვენს მიერ ნუშაობა ნაწარმოებია ზამთრის პერიოდში, როდესაც მოსახლეობა შეჯგუფებულია თავიანთ საცხოვრებლებში და მათი გასინჯვა და სწორათ აღრიცხვა შედარებით უფრო ადვილია. შესწავლილია 15 სოფელი. კომლთარიცხვი აღნიშნულ სოფლებში უდრის 1.323-ს. მცხოვრებთა რიცხვი 7.943 ს. ამათში გასინჯულია 6.628 დაჩიყვიანებულია 3.462. ე. ი. 52,23%, გამოკვლეულ სოფლებს შორის ჩიყვიანობის მინიმუმს უჩვენებს სოფელი მახაში — 28,6% მაქიმუმს სოფელი ჩქუმი — 65,04%.

როგორც ამავე ცხრილშია ნაჩვენები 15 სოფლის შორის 7-დში ჩიყვიანობის პროცენტა აღემატება 50-ს. 4 სოფელში კი — 60%-ტს. სქესისა და ჰასაკის მიხედვით ჩიყვიანები შემდეგნაირათ ნაწილდებიან: მამაკაცები — 478, დედაკაცები — 1.283. ბიჭები — 817. გოგონები — 884. ბავშვები ნაფულისხმებია 14 წლის ჰასაკამდე. %-ტული შევარდება ჩიყვიანობის საერთო რიცხვთან გამოიხატება შემდეგში: მამაკაცები — 13,8%, დედაკაცები — 37,08%. ბიჭები — 23,59, გოგონები — 25,53. აქედან ჩანს, რომ ჩიყვიანობა დედა-კაცებში გაცილებით მეტია, ვინემ მამაკაცებში. ამასვე აღნიშნავენ სხვა ავტორებიც.

ჩიყვიანობა მამაკაცთა, დედაკაცთა და ბავშვთა შორის ცალკე სოფლებში აღნუსხულია ცხრილში № I. რაც შეეხება ჩიყვის სახეობას და სიდიდეს ჩვენს მასალაში ნახულია: *str. cystica* ზომიერი — 1.126. საშუალო — 79. დიდი — 6. სულ — 1.211. *Str. nodosa* ზომიერი — 365. საშუალო — 80. დიდი — 11. სულ — 456. *Str. diffusa parenchimatosa* ზომიერი — 487, საშუალო — 33. დიდი — 1. სულ — 521. *Str. nodosa et diffusa* ზომიერი — 876, საშუალო — 305, დიდი — 93.

სულ — 1.274. ჩიყვის სიდიდის გამოსაკვლევათ ჩვენ ვებმძღვანელობდით Dicterle, Fritsche Klinger-ის კლასიფიკაციით. ჩიყვების ცალკე ფორმების პროცენტული შეფარდება ჩიყვიანობის საერთო რიცხვთან შემდეგში გამოიხატება: Str. cyst. — 34,97%, str. nodosa — 13,17%, struma diffusa parenchimatosa — 15,04%, struma nodosa et diffusa — 36,79%.

ყურადღებას იპყრობს ჩიყვიანობის დიდი პროცენტი ბავშვათა ჰასაკში. აქ ხვდება მეტწილათ უბრალო კოლოიდალური ჩიყვი. მამაკაცებში ყველაზე მეტია შერეული ფორმის ჩიყვი. კრეტინების რიცხვი გამოკვლეულ სოფლებში უდრის 52 ს. ამათში 17 კრეტინი აღრიცხულია მარტო სოფელ ქულბაქში. ყველა კრეტინებს აღმოაჩნდა სხვადასხვა ოდენობის ჩიყვი.

აღსანიშნავია სამი კრეტინი ერთ ოჯახში. ესენი არიან ძმები 22-25 და 30 წლისა, სრულიად ჯანმრთელი და ჩიყვისაგან თავისუფალი მშობლების შვილები. ტიპური ბაზედოვის ავადმყოფობით შეპყრობილი, სადაც ტრიადა მკაფიოთ იყო გამოხატული, აღმოჩნდა მხოლოდ სამი. ისე კი ბაზედოვიზში Exophthalmus-ის გამოკლებით ხშირი მოვლენაა. ავთვისებიანი ჩიყვი სახელობრ sarcoma gland. thyroideae ნახულია მხოლოდ ერთი.

აქვს თუ არა რაიმე გავლენა ჩიყვის გაჩენაზე და ზრდაზე ფიზიკურ მომწიფებულობის ხანას. ამაზედ უმრავლესობა ჩვენს მიერ გასინჯულებისა უარყოფითად უპასუხებს. ჩვენი დაკვირვებით არც თვითურზე ახდენს ჩიყვი რაიმე გავლენას. ბაზედოვის და დიდი ჩიყვის მქონე სუბიექტების შრომის უნარიანობა დაქვეითებულია. დანარჩენები არიან სრულიად ჯანსაღები, რომლებიც ყოველივე სახის ფიზიკურ მუშაობას ასრულებენ საღ მოსახლეობასთან თანაბრად. შთამამავლობითი გავლენა ჩიყვის წარმოშობაზე ჩვენს მასალაში ძალიან ხშირათ აღინიშნება, მაგრამ არიან ისეთი ჩიყვიანებიც, რომელთა მშობლები და ახლო შთამამავლობა ამ სენისაგან სრულიად თავისუფალი არიან. აქ უთუოდ საქმე გვაქვს ამა თუ იმ პიროვნების ამ დაავადების მიმართ ინდივიდუალურ მიდრეკილებასთან, კონსტიტუციონალური ფაქტორი უთუოდ ამ შემთხვევაში შესაფერის როლს თამაშობს. სამ შემთხვევაში ჩემს მიერ ნახულია თანდაყოლილი ჩიყვი ახლად შობილებზე თვითივე დაახლოებით პატარა კაკლის ოდენა. ამ მხრივ დაკვირვება არ არის ნაწარმოები, საფიქრებელი, რომ თანდაყოლილი ჩიყვი ლენჩუმში ხშირი მოვლენაა.

რამოდენიმე მოსაზრება ეთიოლოგიის შესახებ ჩვენი მასალის მიხედვით. მე არ შეუდგები იმ თეორიების ჩამოთვლას, რომლებიც ამ საკითხის შესახებ არსებობენ, მათი რიცხვი რამოდენიმე ათეულს აღემატება.

რაში უნდა ვეძიოთ ლენჩუმის ენდემიის მიზეზები? ჩვენი მასალის შესწავლის დროს ყურადღებას იპყრობს რამოდენიმე გარემოება, ამათგან — უპირველესად ყოვლისა უნდა შევჩერდეთ წყალზე. თვით მოსახლეობაში დიდი ხნიდან გავრცელებულია აზრი, რომ მხოლოდ წყალი არის ჩიყვის გამომწვევი მიზეზი. სოფლებში მოიპოება ისეთი წყლები, რომლებსაც მოსახლეობა თვლის ნაძრახათ, ჩიყვის გავრცელების მხრივ და მის ხმარებას გაურბის. მდინარის წყალს ლენჩუმლები გამოიყენებენ შემთხვევაში ხმარობენ. გამოკვლეულ სოფლებში მხოლოდ სოფელ ქულბაქის მოსახლეობის მეტი წილი ხმარობს მდინარე ჯონოულის

წყალს. ამ მდინარეს აქვს დასაწყისი ყინულიან მთებში, უმრავლესობა დანარჩენი მოსახლეობისა ხმარობს ჭის და ეგრედწოდებულ „კოდის წყალს“. წყლის მოწოდების საკითხი ცალკე სოფლების მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში № 1. ლეჩხუმი ჭაობიანი ადგილი არ არის, მაგრამ ნიადაგის ზედა პირი ისეა გაუღნითილი სისველით, რომ ჭის ამოსაყვანათ ხშირად საკმარისია მიწის გაჭრა მხოლოდ ორი-სამი მეტრის სიღრმეზე. ამიტომ უმრავლეს შემთხვევაში ჭები არის დაბალი. კოდს ადგილობრივი მოსახლეობა უწოდებს წყლის აუზს, რომელიც ოთხი კუთხიდან ამოშენებულია ჭვით და ზევიდან დახურული. წინა კედელი დაბალია, აქედან უშუალოთ იღებენ წყალს, აუზიდანვე სვამენ წყალს პირუტყვებიც. კოდი — იგივე ჭა არის, მხოლოდ გაცილებით დაბალი. მისი სიმაღლე უმეტეს შემთხვევაში არ აღემატება 1 — 1 $\frac{1}{2}$ მეტრს. თვით მცხოვრებლები ზოგიერთ კოდის წყალს აწერენ ჩიყვის გამომწვევ თვისებებს.

გამოკვლევული სოფლების კოდებიდან და ჭებიდან შეკრებილია წყლები, თვითველი აუზის წყალი აორთქლებულია და დაყვანილი 30 ლიტრიდან ერთ ლიტრამდე. ეს მასალა ნიადაგი და მოსახლეობის მიერ უფრო ხშირათ ხმარებული საკვები პროდუქტების ნიმუშები მიცემულია გამოსაკვლევათ ქუთაისის ქიმიურ ლაბორატორიაში. მიზანი იყო იმის გამოკვლევა, არის თუ არა მათში იოდის მარილები. სამწუხაროდ ანალიზი ჯერ-ჯერობით არ არის დამთავრებული. გამოკვლევულია მხოლოდ სოფელ კენაშის წყალი, მასში იოდის მარილები არ აღმოჩნდა. ყოველშემთხვევაში ფაქტი ის არის, რომ წყლის მოწოდების დაბალი აუზები, ჭები და კოდები წარმოადგენენ ხელსაყრელ პირობებს ჩიყვის გაჩენისათვის. უთუოდ ნიადაგის ზედაპირიდან წყალი მოკლებულია საშუალებას შეიწოვოს იოდის მარილების საჭირო რაოდენობა. ამავე გარემოებას აღნიშნავს ჩიყვიანობის გამომკვლევ ექსპედიცია კარელეთის ავტონომიურ რესპუბლიკაში. ცნობილია, რომ იოდის ნაკლებობა წყლებში, ნიადაგში და საკვებ პროდუქტებში არის ჩიყვიანობის ერთი მთავარ მიზეზთაგანი. ანალიზების დამთავრება მოგვცემს ამაზედ საბოლოო პასუხს ჩვენი მასალის შესახებ.

აქ უნდა აღინიშნოს, აგრეთვე მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიური და სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები. ლეჩხუმი ღარიბი ქვეყანაა, მოსახლეობის კვება და სანიტარული მდგომარეობა საერთოთ ძლიერ ცუდია. ჩიყვიანობის უმრავლესი პროცენტი მოდის ღარიბ და საშუალო გლეხობაზე. აქედან შეგვიძლია ვიფიქროთ სოციალურ მდგომარეობასაც და სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ჩიყვის წარმოშობაზე. ამაზე ვათავებ საერთო მიმოხილვას და გადავიღვარ ჩიყვის ოპერატიულ მკურნალობაზე ამხ. გრ. კუჭაიძის სახელობის ცაგერის საბჭოთა სავადმყოფოს მასალების მიხედვით.

5 $\frac{1}{2}$ წლის განმავლობაში ნაწარმოებია 116 ოპერაცია ფარისებრ ჯირკვალზე, ამათში 111 ჩიყვის გამო, და აარჩენი ხუთი ჩირქიანი სტრუმიტების გამო.

ყველა ჩვენი ავადმყოფები იყვენ ქართველები: მათ შორის ლეჩხუმელი — 101, სვანი — 8, ტფილისელი — 1, ბორჯომელი — 1. სვანები რატომღაც ამ მანკს ეგუებიან და ოპერატიული მკურნალობისათვის იშვიათად მოგვმართავენ. ლეჩხუმელებს კი საერთოთ და განსაკუთრებით დედაკაცებს ჩიყვი სასირცხვოთ მიაჩ-

ნიათ, ჩიყვით შეპყრობილი ქალიშვილები ვერ თხოვდებიან. ოპერაციის ჩვენებათ ავადმყოფების მხრივ იყო მეტწილად კოსმეტიური მიზანი. მხოლოდ 4 შემთხვევაში ოპერაცია იყო წარმოებული სიმსივნით ხორხის დავრწოვების გამო. 23 შემთხვევაში ავადმყოფებს ქონდათ ბაზედოვიზმი და მათ მიერ წამოყენებულ კოსმეტიურ ჩვენებას ჩვენ დაუკავშირეთ ბაზედოვიზმის ოპერატიული მკურნალობა. პრეპარატები ინახებოდა და სისტემატიურათ ეგზავნებოდა ჩვენი უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკას. თვითეთუ ავადმყოფზე დგებოდა სათანადო ანკეტა, შევსებული ანკეტები გადავეკი პათივცემულ პროფესორს გრ. მიხ. მუხხაძეს თანახმად მისი მოთხოვნილებისა. ავადმყოფების ისტორიებს ვაწარმოვებდით წინასწარ შემუშავებული სქემის მიხედვით, 111 შემთხვევაში მამაკაცები იყო 20, დედაკაცები 91. წლოვანების მიხედვით ჩვენი ავადმყოფები შემდეგნაირათ ნაწილდებიან:

5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	ს უ ლ
2	33	40	20	10	4	2	111

აქედან ჩანს, რომ მეტი $\frac{1}{6}$ -ტი ხვდება 20 — 30 წლამდე, იოდით მკურნალობა ჩაუტარებიათ 43-ს. ჩიყვიანობას გვარეულობაში აღნიშნავენ 59 შემთხვევაში. აქვე უნდა ითქვას, რომ იოდით მკურნალობა იწვევს შეხორცებებს და ასეთი ჩიყვები ტენზიკურათ შედარებით ძნელი ამოსაკვეთია. ჩიყვი გამომდინარეობდა ჯირკვლის მარჯვენა ნაწილიდან 48 შემთხვევაში. მარცხენა ნაწილიდან 28, შუა ნაწილიდან 10 შემთხვევაში. ორთავე ნაწილიდან 24. სამთავე ნაწილიდან — ერთი. სახეობის მიხედვით ჩიყვები შემდეგნაირად ნაწილდებიან:

str. cyst. Spl	str. nodosa	str. diffusa par enchimat.	str. nodosa et diffusa	ს უ ლ
23	52	15	21	111

სქარბობს მეტწილად struma nodosa. ციმბირის ავტორებიც ამასვე აღნიშნავენ, რაც შეეხება თვით ჩიყვის ამოკვეთის ოპერატიულ წესებს, წარმოებულია:

Enucleatio	Exsipio	Resectio	შერეული	ს უ ლ
21	48	23	19	111

გ ა რ ა კ ვ ა ნ დ უ მ ი ა

aa. thyreoid superiores	art. thy. sup. d.	art. thy. sup. sin.	art. thy. inf. d.	art. thy. inf. sin.	aa. thy. super et inf. d.	aa. thy. sup et inf. sin.	ო თ ხ ი ვ ე
61	23	19	5	5	5	3	4
aa thy. sup. d. et inf. sin.		super. sin et inf. dextra			aa. thy. inferiores		
1		4			1		

კისრის გარშემოწირულობის მაქსიმუმი სიმსივნის დონეზე უდრიდა 50 სანტ., შინიმუმი 33 სანტ., ოპერაცია ბახედოვის ჩიყვის გამო ნაწარმოებია 23 შემთხვევაში. ამათში მხოლოდ ერთ შემთხვევაში იყო გამოსატული ტრიადა. ჩიყვის წონის მინიმუმი 5 გრამია, მაქსიმუმი 15,00 გრ. ოპერაციები წარმოებულა ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ ცნობილ ამერიკელ სტრუმექტომისტის Crillis წესით sol. novocaini 0,75% — 101 შემთხვევაში. ქლოროფორმი ხმარებულია ათჯერ. საერთო ნარკოზს ჩვენ ვაწარმოებდით ზოგიერთ შემთხვევაში ბავშვებზე და ნერვიულ სუბიექტებზე, რომლებსაც წინასწარ იპყრობს ოპერაციის შიში. ამ ათ შემთხვევაში ნეტწილად ჩვენ ოპერაცია დაგვიწყია ადგილობრივი ანესტეზიით, მაგრამ შემდეგ გადავსულვართ საერთო ნარკოზზე 106 შემთხვევაში იყო გატარებული კოხერის განაკვეთი. ხუთ შემთხვევაში კოხერის განაკვეთს საჭიროების გამო დავამატეთ ვერტიკალური ან ირიბი განაკვეთი. ტამპონი არ ჩადებულა მხოლოდ ხუთ შემთხვევაში, დაჩრქება მომხდარა 15 შემთხვევაში, რაიც 13,7%-ს შეადგენს. ოპერაციას ჩვენ ვაწარმოებდით შემდეგი წესით: საოპერაცია არეს ვაშუშავებთ წინასწარ სპირტით, შემდეგ ვაკეთებთ ანესტეზიას 0,75% ნოვოკაინის ხსნარით, საოპერაციო არეს წაუსვამთ 5%-იან იოდის ხსნარს. ვატარებთ საყელოს მაგვარ კოხერის განაკვეთს. რამდენათაც შეიძლება ქვევით კანის — კანქვეშა ქსოვილის და Platisma-ს გაკვეთის შემდგომ კუნთებს ავსწევთ ბლავად ან გადავკვეთათ. M. sterno cleido mastoideus ჩვენ შემთხვევებში არც ერთხელ არ ყოფილა წინასწარ გადაკვეთილი, ამრიგათ ვაღწევთ ჩიყვის გარსებამდე. კისრის ზერელე ვენები გამოიყოფიან ანატომიური პინცეტების საშუალებით და გადაიკვანძებიან ორ ლიგატურას შუა. სისხლის დენას ვაჩერებთ პეანის პინცეტებით და რომ მათ ხელი არ შეგვიშალონ შემდეგი მანიპულიაციის დროს, სისხლის მიღებს გადავკვანძავთ წვრილი № 2 ლიგატურით. და პინცეტებს განთავსიფლებთ. შემდეგ ვიჭყევით შემთხვევის მიხედვით, თუ ჩიყვი კისტოზურია, მისი ენუკლეაცია სიძნელეს არ წარმოადგენს, მხოლოდ

სისხლის შდინარობა გარსებიდან უნდა ბეჯითად იქნეს შეჩერებული. კვანძოვან და დიფუზურ ფორმების დროს დეშამპის საშუალებით გადავკვანძავთ ზევითა ფარისებრ არტერიებს, სიმსივნეს უკეთებთ რეზექციას და მეტ შემთხვევაში ვტოვებთ ჯირკვლის უკანა და ქვეითა ნაწილს. სისხლის ბეჯითად შეჩერების შემდეგ იკერება კუნთები და კანი, კრილობაში იდგება წვრილი დრენაჟი და მის გვერდით ტამპონი, ტამპონი გამოიღება მესამე დღეს, დრენაჟი კი — რჩება ძაფნაკერავის მოხსნამდე. თვით ჯირკველზე და კუნთებზე ვხმარობთ მხოლოდ კეტგუტს. ნახვევის დადების შემდგომ, ავადმყოფს უკეთებთ კარდონის საყელოს, გაგყავს სპეციალურ პალატაში მას უკრძალავთ ლაპარაკს, მოძრაობას და თუ ფარისებრი არტერიებია გადაკვანძული, ორი — სამი საათის განმავლობაში ავადმყოფთან განუწყვეტლივ ვაჩერებთ მოწყალების დას, რომ არ გამოგვეპაროს შემდგომი სისხლის დენა. სიცხის მომატება კრილობის დაუჩირქებლად გვქონდა 21 შემთხვევაში, განსაკუთრებით რეზექციის შემდგომ ბაზედოვის ჩიყვზე. ამ ფრიად საყურადღებო მოვლენას ხსნიან მექანიური ზეგავლენით ჩიყვის ქსოვილის დაზიანებით, რასაც შედეგათ მოყვება ორგანიზმის მიერ მეტი თიოოტოქსინის შეწოვა ლიმფატიური და სისხლის მიმოქცევის გზით.

მაჯის დაცემა ოპერაციის შემდგომ იყო 8 ჯერ. აქ ჩვენ ვვულისხმობთ ისეთ შემთხვევებს, როდესაც მაჯა თითქმის არ ისინჯებოდა ოპერაციის შემდეგ და ხანდისხან მეორე დღესაც კი. როგორც ზევით იყო ნახსენები ჩვენს ოპერატიულ მასალაში, კვანძოვანი ფორმები სჭარბობდნენ სხვა ფორმებს. ერთ შემთხვევაში ამოკვეთილია 13 სხვადასხვა ზომის კვანძი; ერთ შემთხვევაში ჩვენ გვქონდა კვანძების გაკირების შემთხვევა ე. წ. *struma petrificans*, ოპერაცია იყო ნაწარმოები დედაკაცზე, რომელაც ატარებდა ჩიყვს 20 წელიწადი. კვანძებში აღმოჩნდა სამი კენჭი, წონით 3 — 5 გრამამდე. სარკომატოზული ჩიყვის შემთხვევა იყო ერთი, საქმე ეხებოდა 12 წლის გოგონას, რომელსაც სიმსივნე გაუჩნდა 6 თვის წინათ და სწრაფათ გაიზარდა, სიმსივნე დიდი იყო და იწვევდა ხორხის დაგწროვების მოვლენებს, ძილის დროს ავადმყოფი საშინლად ხრიალებდა. ასე, რომ დანარჩენმა ავადმყოფებმა მასთან საერთო პალატაში ყოფნაზე უარი განაცხადეს. ავადმყოფის მამა დაჟინებით მოითხოვდა ოპერაციას, ასეთი გაუკეთდა ნოვოკაინის ანესთეზიის ქვეშ, ტენიკურათ ოპერაცია გამოდგა მეტისმეტათ ძნელი, ოპერაცია ვაკეთდა რაც შეიძლება რადიკალურათ, გადაიკვანძა ოთხივე ფარისებური არტერიები, ოპერაციის შემდგომ ორი დღის განმავლობაში მაჯა თითქმის არ ისინჯებოდა, სხვა ვართულებებს ადგილი არ ქონია, შეხორცება *per primam*, ავადმყოფი გაეწერა, მაგრამ სამი თვის შემდგომ ისევ შემოვიდა საავადმყოფოში რეიდევით. შემთხვევა გამოდგა არა ოპერატიული და ამიტომ ოპერაციაზე უარი სთქვა. ჩვენ მივიღეთ ცნობა, რომ სამი თვის შემდგომ ავადმყოფი გარდაცვლილა ხორხის დავიწროვების მოვლინებით. ამოკვეთილი სიმსივნის წონა უდრიდა 600 გრამს, პრეპარატი გამოკვლეულია ტფილისის სახუნევერსიტეტის პათოლოგო-ანატომიური ინსტიტუტის მიერ. ჩიყვის სარკომატოზური გადაგვარება არის იშვიათი, ჩემთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ვერ შევხვდი ვერც ერთ შემთხვევას ამერიკელი სტრუმექტომისტების (Mauo, Crille), მასალების მიხედვით ფარისებრი ჯირკვლის კირჩხიბი

ხშირია, სარკომატოზური ჩიყვი ამ მასალებში სრულიად არ არის ნახსენები, არც ექიმ ასლანიშვილის და ახვლედიანის მასალები იძლევიან ავთვისებიანი ჩიყვის შემთხვევებს. რაც შეეხება რეციდივს, 111 შემთხვევაში ჩვენ რეციდივი გვქონდა სამჯერ, — სამივე ავადმყოფს გაუკეთდა განმეორებითი ოპერაცია.

ახლა გადავდივარ იმ არა სისამოვნო შედეგებზე, რომელიც თან სდევს ამ ოპერაციას; ამ შემთხვევაში ვსარგებლობ ექ. ბრეიტფუსის სიტყვებით და ვამბობ, რომ Я тоже заплатил неизбежную дань. სისხლის დენის შემთხვევა ოპერაციის შექდგომ ლიგატურის მოვარდნის გამო იყო 4-ჯერ. პირველ შემთხვევაში ლიგატურა მოძვრა მარჯვენა ზევითა ფარისებრი არტერიიდან, მაშინ, როდესაც ვკერავდით კანს. სისხლის მილი გადაიკვანძა ხელმეორეთ. ოპერაციის შემდგომი ხანა ჩატარდა სადათ. მეორე შემთხვევა: მამა-კაცი 40 წლის ეკსიზიაქმნილ იქნა კისტოზური ჩიყვი წონით — 500 გრამი, გადაიკვანძა ორთავე ზედა ფარისებრი არტერიებით, ერთი საათის შემდგომ პალატაში მომუშავე მოწყალეების და მატუობინებს, რომ ავადმყოფს კისერი გაეპერა და იხრჩობაო; ავთმყოფი სასწრაფოთ ვავიყვანეთ საოპერაციოში, ქრილობა გაუხსენით და მარჯვენა ზევითა ფარისებრი არტერია ხელმეორეთ გადაიკვანძა. ოპერაციის შემდგომი ხანა გართულდა ქრილობის დაჩირქებით, ავადმყოფი განიკურნა. მესამე შემთხვევაში სისხლის მდინარობა მოხდა მარცხენა ზევითა ფარისებრი არტერიიდან ტამპონის გამოღების შემდგომ. სისხლის მილი გადაიკვანძა, ავთმყოფი განიკურნა: 4-ე შემთხვევა: დედაკაცი 40 წლის ბაზედოვის ავადმყოფობით შეპყრობილი, ტრიადა მკაფიოთ ქონდა განოხატული. ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ გაუკეთდა ჰემისტრუმექტომია მარჯვენა ზედა ფარისებრი არტერიის გადაკვანძვით, ნახევარი საათის შემდგომ მოიგლიჯა ლიგატურა არტერიაზე. ავთმყოფი სასწრაფოთ გამოვიყვანეთ და სისხლის მილი გადაკვანძეთ. ერთი საათის შემდგომ ავადმყოფი დაიღუპა. სისხლი ბევრი არ დაღვრულა. სიკვდილს აქ ჩვენ უკავშირებთ ფსიქიურ ტრამვას, რასაც აღნიშნავენ სხვა ავტორებიც: ოპპელი, მარტინოვი და სხვა.

N. reccurens-ით დაზიანებას ჩვენ შემთხვევაში ადგილი არ ქონია. Tetania-ს შემთხვევა გვქონდა ერთი. 23 წლის დედაკაცს გაუკეთდა დიფუზური ჩიყვის რეზექცია, ორთავე ზევითა ფარისებრი არტერიების გადაკვანძვით. ორთავე მხარეზე იყო დატოვებული სიმსივნის ქვევითა და უკანა ნაწილები. მესამე დღეს ავადმყოფს განუვითარდა ტიპური ტეტანია. პირველ ორ-დღეს შეტევები ხშირი ჰქონდა, მაგრამ ხუთი დღის შემდგომ კრუნჩხებმა სრულიად გაუარა, მხოლოდ დასჩემდა ჰიპოტირეოიდიზმის მოვლენები. thireoidin-ის ხმარების შემდგომ ეს მოვლენები გაქრა.

სიკვდილის შემთხვევა გვქონდა 4.

შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა 1. სამოცდა ხუთი წლის მამაკაცს ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ ამოუღეთ (Enucleatio) კისტოზური ჩიყვი, წონით 700, ტუნქიკურათ ოპერაცია გამოდგა ძალიან იოლი, სისხლის მდინარობა უმნიშვნელო, წინასწარ გამოკვლევით არავითარი მოვლენები ფილტვების ან სხვა ორგანოების მხრივ ავადმყოფს არ ქონია. იმ დღესვე საღამოს ავადმყოფს სიცხე აუვარდა 40 გრადუსამდე და მეორე დღეს საღამოს გარდაიცვალა. სიკვდილის მიზეზი ჩემთვის გამოურკვეველი დარჩა, ვაკვთა არ გვიწარმოებია. ამ შემთხვევას წააგავს ექიმ მალინოვსკის და

პიოვონსკის შემთხვევები, გაკვეთის შემდეგ ექიმ მალინოვსკიმ აღმოაჩინა ელენთის არტერიის ტრომბოზი. პიოვონსკის ავადმყოფს აღმოაჩნდა სისხლის ჩაქცევები Pancreas-ში და შინაგან სეკრეციას ყველა ჯირკვლებში.

შემთხვევა 2. დედაკაცი სამოცი წლის დაყინებით მოითხოვდა ოპერაციას ვებერთელა კვანძოვანი ჩიყვის გამო, კვანძები გამომდინარეობდნენ ჯირკვლის სამივე ნაწილიდან და მკაფიოდ განიყოფებოდნენ ერთმეორესაგან. ოპერაცია ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ, გადაიკვანძა ოთხივე ფარისებრი არტერიები, რეზექციკაქმნილ იქნა სიმსივნე, წონით 1500 გრამი. ერთი საათის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა, სასუნთქაივი ცენტრის დამბლის გამო.

შემთხვევა 3. ავადმყოფი დაიღუპა ფილტვების ანთებით, რომელიც მას გაუჩნდა ოპერაციის გაკეთების შემდგომ მე-15-ე დღეს.

მე-4 ზვადმე. შესახებ. ბახედავის ჩიყვით უკვე ხევით იყო მოხსენებული. სიკვდილის შემთხვევები ჩვენი მასალების მიხედვით, არ აღემატება რუსი ავტორების სიკვდილიანობის პროცენტს. ბრეიტფუსს ჩიყვის პირველ ას ოპერაციაზე ქონია 4 სიკვდილის შემთხვევა. ერთხელ ავადმყოფი დარჩენილა საოპერაციო მაგიდაზე. მალინოვსკის 47 ოპერაციაზე ერთი შემთხვევა. საკოვჩის 48 ოპერაციიდან სამი შემთხვევა.

რამდენათ ჩიყვს შეუძლია ხელი შეუშალოს კისრის მიდამოში სხვა ოპერაციების წარმოებას, განსაკუთრებით სასწრაფო შემთხვევებში მოვიყვან ერთ მაგალითს: 1922 წლის თებერვალში, ჩემთან მოიყვანეს ორი წლის ბიჭი, რომელსაც დიფტერიის ნიადაგზე ქონდა ხორხის სტენოზი. დაუყონებლივ შევუდექით ტრახეოტომიას, რბილი ქსოვილების გაკვეთის შემდგომ გიპოირკვა, რომ ფარისებრი ჯირკვლის მარჯვენა და მარცხენა ნახევრის შემაერთებელი ნაწილიდან (Перешеек) გამომდინარეობდა ჩიყვი დაახლოებით ნივების კაკლის ოდენა. ჩიყვი ფარავდა ტრახეაზე მთელ არეს, სადაც ტრახეა უნდა გაკვეთილიყო. სიმსივნის წინასწარ ამოკვეთაზე ფიჭვი არ შეიძლებოდა, ვინაიდან ტრახეოტომიის დროს ერთი წამის დაყოვნებასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ ავადმყოფი არ დაიხრჩოს. ქვევითა ტრახეოტომიის წარმოება, რომელიც საზოგადოდ კეთდება ბავშვებზე, ყოვლად შეუძლებელი გახდა, აქიტიმ ჩიყვის კაპსულა გაიკვეთა და დიდის გაჭივრებით ყრუ გზით ჩიყვის ქვევით დაწვევის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა Tracheotomia superior. ერთი კვირის შემდეგ ტრახეოტომიური კანიულისა ამოვიღეთ. ავადმყოფი განიკურნა. მოვიყვან ჩიყვის ოპერაციის ერთ კურიოზულ შემთხვევას. აქ ოპერატორი თვით ავადმყოფი გამოდგა. ერთ დღეს მე სასწრაფოთ გამიწვიეს ავადმყოფთან მახლობელ სოფელში, როდესაც მივდივინახე — 30 წლის დედაკაცი, რომელსაც კისრის ჭრილობაში ქონდა ჩატენილი თავსაფარი, გაყენთილი სისხლით. ავადმყოფი ბევრი სისხლის დაკარგვის გამო იყო ძალზე დასუსტებული და ფერმკრთალი. გამოირკვა, რომ მეზობლები მას დასცინოდნენ და „ჩიყვიანს“ ეძახდნენ. იმ დღით, რა დღესაც მე მიმიწვიეს ავადმყოფი გაბარულა ტყეში, თავისი ხელით გამოუწვევია ჩიყვი და ბასრი სამართებლით, ერთი დაკვრით, თითონვე მოუკვეთია თავის კანიანათ. ამ დროს შემთხვევით მისთვის მეზობლის ქალს შეუმჩნევია და ჭრილობაში თავსაფარი ჩაუტენიათ. მე დამრჩენოდა მხოლოდ ჭრილობიდან, რომელშიც მუჭი თამამად ჩაეტევოდა — თავსაფარი ამომეღო, გამეკეთე ია ტამპონი და ნახვევი დამეღო. ეს ავადმყოფი განიკურნა. ჩემთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ასეთი შემთხვევა არსად არ არის აწერილი. ჩიყვის ოპერაციას ზოგიერთი ავტორები იოლ

ოპერაციით სთვლიან. მაგალითად: ექიმი ბრეიტფუსი კუნგურიდან მას თიქარ კვეთას აღარებს, ჩვენ ამას ვერ ვეთანხმებით. 111 სტრუმექტუმის შემდეგ ჩვენ გვრჩება შთაბეჭდილება, რომ თითოეული ჩიყვის ამოკვეთის დროს, რა გინდ იოლი ამოსაკვეთიც არ ჩანდეს სიმსივნე, განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო. ოპერაცია ჩირქიანი სტრუმიტების გამო ჩვენ ვაწარმოვეთ ხუთჯერ. ხუთივე შემთხვევაში საქმე ეხებოდა დედაკაცებს, ორ შემთხვევაში ჩირქიანი სტრუმეტი განვითარდა გრიპის შემდეგ, ორ შემთხვევაში კი პარამეტრიტების შემდეგ, მეხუთე შემთხვევაში ინფექციის გამო თვით ავადმყოფის მიერ ჩიყვზე წურბლის მოკიდების შემდგომ. რბილი ქსოვილების ინფილტრაციის და კანის გაწითლების გამო ჩვენ სტრუმეტი გავკვეთთ საერთო წესით და შემდგომ ჭრილობის ღრუში ჩავდევით დრენაჟი. ავადმყოფები განიკურნენ. ჩირქიან სტრუმეტიებს ლიტერატურაში საკმაო ყურადღება აქვს დათმობილი. ექიმ ვასილიევს დაწვრილებით აქვს აღწერილი ამ დაავადების ლიტერატურული მიმოხილვა. ამავე ავტორის მიერ გამოქვეყნებულია ჩირქიანი სტრუმეტიების სამი შემთხვევა პროფესორ გრეკოვის კლინიკიდან. ამით ვათავებ ჩვენი მასალის მიმოხილვას.

საერთოთ ჩვენი სტატისტიკური და ოპერატიული მასალის განხილვის შემდეგ შეიძლება ითქვას შემდეგი:

1) ჩიყვი ლეჩხუმში ენდემიურია, ჩიყვიანობის პროცენტი ალაგ-ალაგ აღემატება 65-ს.

2) ჩიყვს თან ახლავს კრეტინობა.

3) ჩიყვით დაავადებულია მეტ წილათ დედობრივი სქესი.

4) ჩიყვიანობა ბავშვების შორის ძალზეა გავრცელებული.

5) შთამამავლობითი გავლენა აღინიშნება მეტ შემთხვევაში, მაგრამ მას არ აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჩიყვის წარმოშობაში.

6) ჩიყვის კავშირი ფიზიკურ მომწიფებულობასთან ან მისი გავლენა თვითურზე არ აღინიშნება.

7) სახეობის მიხედვით, სჭარბობს შერეული ფორმებით.

8) ხელოვნური დაბალი წყლის მოწოდების აუზები, ქები და კოდები წარმოადგენენ ხელსაყრელ პირობას ჩიყვის გაჩენისათვის.

9) მოსახლეობის სოციალურ ეკონომიურ პირობებს და ერთგვარ ინდივიდუალურ მიდრეკილებას აქვს გავლენა ჩიყვის წარმოშობაზე.

10) გარდა ბაზედოვის და დიდი ზომის ჩიყვისა, თუ უკანასკნელი არ იწვევს მექანიურ ზეგავლენას (ხორხის დავიწროვება და სხვა) ჩიყვიანობა მოსახლეობის შრომის უნარიანობაზე გავლენას არ ახდენს.

11) ჩიყვის ოპერაციის დროს უპირატესობა უნდა მიექცეს ადგილობრივ ანესთეზიას.

12) საერთო ნარკოზი ნაჩვენებია ბავშვებზე და ნერვიულ სუბიექტებზე, რომლებსაც წინასწარ იპყრობს ოპერაციის შიში.

13) პარენქიმატოზული და კვანძოვანი ჩიყვების დროს, რაციონალურია გაკეთდეს ექსტრა-კაფსულარული რეზექცია ქვედა ფარისებრი არტერიების გადაუკვანძავათ და იქნეს დატოვებული სიმსივნის ქვევითა და უკანა ნაწილი.

ამით შევინარჩუნებთ ეპიტელიალურ სხეულაკებს და თავს დავალწევთ n. recurrens-ის დაზიანებისაგან და cachexia strumipriva-ს განვითარებისაგან.

14) ჩიყვის ოპერაციის წარმოების დროს, კოხერის განაკვეთი უმჯობესია გატარდეს სიმსივნეზე რამდენათაც შეიძლება ქვევით. ამ შემთხვევაში ნაწიბური იმალება საუღლე ფოსოში და ოპერაცია იძლევა კარგ კოსმეტიურ შედეგს.

15) როგორც წესი თვითოეული სტრუმექტომიის შემდგომ კრილობაში უნდა ჩაიდვას ჰემოსტატიური მიზნით ტამპონი და წვრილი დრენაჟი.

16) დაჩირქების შემთხვევებში ოპერაციის შემდგომი პერიოდის გაგრძელების თავიდან ასაცილებლად, რაციონალურია ჩიყვზე და დანარჩენ ქსოვილებზე, კანს გარდა, ვიმუშაოთ კეტგუტით.

17) ფარისებრი არტერიების გადაკვანძვის შემთხვევებში მოსალოდნელი სისხლის მდინარობის დროს, ადრინათ ზომების მისაღებათ საჭიროა ოპერაციის შემდგომ, რამოდენიმე საათის განმავლობაში ავადმყოფთან მოუშორებლად იყოს ერთი საშუალო პერსონალი.

18) დიდი ჩიყვის ოპერაციის წარმოება მოხუცებულებზე, ძალზე უნდა შეიზღუდოს. ასეთი მიზანშეწონილია ვაწარმოვოთ მხოლოდ განსაკუთრებული ჩვენების დროს (სულის შეზუთვა, ხორხზე სიმსივნის დაწოლის გამო და სხვა).

19) დიდი ზომის პარენქიმატოზული და კვანძოვანი ჩიყვების შემთხვევებში უმჯობესია ოპერაცია დავანაწილოთ რამოდენიმე მომენტათ, თვითოეულ შემთხვევასთან შეფარდებით.

20) ჩიყვის ოპერაცია უნდა ჩაითვალოს ფრიად საპასუხისმგებლო ჩარევათ, რომელიც თხოულობს დასტაქრისაგან სათანადო გამოცდილებას.

დოკენტი პ. ქავთარაძე.

Le phenomene des orteils peut, en effet
être le premier et le seul signe révélateur,
une perturbation dans le systeme pyra-
midal.

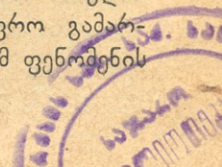
Babinski.

Babinski-ს ფენომენის მნიშვნელობა ნევროლოგიაში*).

Babinski-მ „ფეხის დიდი თითების ფენომენის“ შესახებ, პირველად მოხსენება გააკეთა ბიოლოგიურ საზოგადოებაში 1896 წ. ერთი წლის შემდეგ იგი იმავე ფენომენზე მოხსენებთა კამოდის ბრიუსელში ნევროპათოლოგთა კონგრესზე და 1898 წლის „La Semaine medicale“-ის 286 გვ. ბაბინსკი თავის „Du phenomene des orteils-ს უთმობს რამდენიმე სტრიქონს, რომელსაც ათავებს შემდეგი სიტყვებით: „თითების ფენომენი მართლაც შეიძლება იყოს პირველი და ერთადერთი ნიშანი პირამიდული სისტემის გამოცვლის მაჩვენებელი“ო, ხოლო „La semaine medicale“-ის იმავე წლის ივლისის ნომერში ბაბინსკიმ წერილში „Du phenomene des orteils et de sa valeur semiologique“, ამ საკითხს ვრცლად შეეხო აგვიწერა ამ ნიშნის გამოწვევის ტექნიკა და მისი სემიოლოგიური ღირებულება. „მე მინდა აღნიშნო, რომ სემიოლოგიური ღირებულება განსაკუთრებით დიდია იმ შემთხვევაში, როდესაც მყესთა რეფლექსები არ გვაძლევს საშუალებას გამოვიცნოთ პირამიდული სისტემის მდგომარეობა. მაგ. ახალი ორგანიული ჰემიპლეგიის დროს მყესთა რეფლექსები ჩვეულებრივად, როგორც მოგეხსენებათ ნორმალურია, ან დაწეული, და როგორც მიღებულია ხშირად ძნელია გარჩევა პირველ პერიოდში ისტერიული ჰემიპლეგიასა და ორგანიული ჰემიპლეგიას შორის, ასეთ შემთხვევაში ფეხის დიდი თითის ნიშანის არსებობა განსაკუთრებით დაუფასებელია, რადგან იგი უარყოფს ისტერიას. ასეთი ღირებულება აქვს ამ ფენომენს აგრეთვე რბილი პარაპლეგიის დროს, როდესაც მყესთა რეფლექსები მოსპობილია“ო.

მისი გამოწვევის ტექნიკაზე, — იქვე ამბობს შემდეგს: სასურველია, რომ ტერფისა და წვივის კუნთები დაჭიმული არ იყოს, ამისთვის საჭიროა, რომ ავადმყოფი არ იყოს გაფრთხილებული თუ რას აკეთებთ და უმჯობესია თვალები დაახუჭვინოთ, წვივი ოდნავ უნდა მოხაროთ და ტერფი საწოლზე დაადებოთ, ან წვივი თქვენ დაიკავოთ, ამის შემდეგ ცოტა უნდა შეიცადოთ, რომ კუნთები დამპყიდდნენ. სულ ერთი არ არის თუ როგორ გაუსობთ ფეხის გულზე, ნელა, თუ მაგრად ჩხვლეტით. ეს უკანასკნელი წესი ზოგჯერ აუცილებელია რეფლექსის გამოწვევისათვის, ხოლო ზოგჯერ იგი იძლევა ისეთ მოძრაობას, რომ ძნელია ანალიზის გაკეთება“—ო. დღეს ამ ნიშნის გამოწვევის ტექნიკა უფრო გამართიებულია და მისი სწორი აღმოჩენა სიძნელეს არ წარმოადგენს. ამ ფენომენის

*) მოხსენდა ფსიქონევროლოგთა სექციას 1932 წ.



აღმოჩენის შემდეგ განვლო 35-მა წელმა და მიუხედავად იმისა, რომ მასზე დაწერილია რამდენიმე ასეული შრომა დღემდე მაინც კიდევ რჩება საღაო საკითხები და მის გამოსარკვევად გაცხოველებული კვლევაძიება სწარმოებს.

ბაბინსკის ნიშანს აგრეთვე უწოდებენ პირამიდულ ნიშანს და პათოლოგიურ რეფლექსს, ამ უკანასკნელს აგრეთვე ეკუთვნიან Бехтерев-ის რეფლექსი აწერილი 1901 წ. და იგივე რეფლექსი Mendel-ის მიერ აწერილი 1904 წ. Rossolimo-ს და Openheim-ის რეფლექსები აწერილი 1902 წ. ხოლო დანარჩენი ავტორების: გორდონი, ტრემნერი, შეტინგერი, შეფერის მიერ აწერილი პირამიდული ნიშნები არიან ზემოთ მოყვანილი ავტორების ნიშნების რეფლექსური ზონის გაფართოება და მეტი არაფერი. მაგ. შეფერის მიერ აწერილი 1894 წ. ანტაგონისტური რეფლექსი—დიდი თითის გაშლა აქილესის მყესზე მოჭირებით გამოდგა ბაბინსკის რეფლექსის ზონის გაფართოება, როგორც ეს შემდეგში დაამტკიცეს თვით ბაბინსკმა და ლაზარევმა. გორდონის მიერ აწერილი ნიშანი გამოდგა ოპენჰეიმის რეფლექსური ზონის გაფართოება და ა. შ.

ზემოთ ჩამოთვლილი პირამიდული ნიშნებთა შორის მკვლევარნი უპირატესობას ბაბინსკის ნიშანს აძლევენ. Никитин-მა ბაბინსკის ნიშანი ნახა 82% პირამიდული სისტემის დაზიანებისას, ხოლო ბეხტერევის ნიშანი მხოლოდ 68%, Osann-მა ბაბინსკის ნიშანი 83%, ბეხტერევის—66%, Graeffner-ი ნახულობდა ბაბინსკის ნიშანს 2-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე ბეხტერევისას, ასეთივე უპირატესობაა ნახული სხვა ავტორების მიერ ბაბინსკის რეფლექსისა, როსოლიმოს და ოპენჰეიმის რეფლექსებთან.

ბაბინსკის ნიშანი მაჩვენებელია პირამიდული სისტემის დაზიანებისა, სადაც არ უნდა მოხდეს იგი თავსა თუ ზურგის ტვინში. ჰემიპლეგიის დროს ბაბინსკის ფენომენი თითქმის მუდმივი და ყველაზე უფრო ნაადრევი ნიშანია, მას შეუძლია გაჩნდეს ინსულტიდან 5 წუთის შემდეგ (Higier), თვით ბაბინსკის ქონდა შემთხვევა ენახა თავის რეფლექსი დამბლიდან 20 წუთის შემდეგ. მეც ვნახე კარგად გამოხატული ბაბინსკის ნიშანი 1/2 საათის შემდეგ ინსულტიდან ერთ ჰემიპლეგიანზე, რომელიც მორჩა და დაუბრუნდა თავის პროფესიას—მასწავლებლობას. Рабинович ი აღნიშნავს ორმხრივი ბაბინსკის ნიშანს ინსულტიდან 20 წუთის შემდეგ. ასეთი ორმხრივი ნაადრევი ბაბინსკი Homburger-ის აზრით მაჩვენებელია პარაკუპტეზში სისხლ ჩაქცევისა. მე მქონდა შემთხვევა, როდესაც ბაბინსკის ნიშანი ორივე მხარეზე კარგად იწვევოდა ინსულტიდან ორი საათის შემდეგ, სხვა ნიშნები პარაკუპტეზში სისხლ ჩაქცევისა მალე განვითარდა და იცოცხლა 8 საათი. ბაბინსკის ნიშანი აღნიშნულია იოლი ჰემიპარეზის დროსაც, ჰემიპარეზის განვლის შემდეგ ბაბინსკის ნიშანიც ქრება. ზოგჯერ კი ძლიერი ჰემიპარეზია, ხოლო ბაბინსკის ნიშანი უარყოფითია, ეს ხდება ჯმთავრესად იმ შემთხვევაში, როდესაც დაზიანება ეხება ქერქვეშა კვანძებს, განსაკუთრებით მხედველობის ბორცვის (ჰომბურგერი). ამ ავტორს ეკუთვნის დიდი თითის ექსტენზიის გამოყოფა ბაბინსკის ფენომენიდან, ყველა თითების ექსტენზიას ჰომბურგერი მნიშვნელობას არ აძლევდა. ფიქრობენ, რომ ბაბინსკის ნიშნის წარმოშობისათვის აუცილებელია რუბროსპინალური გზის დაუზიანებლობა. დევერინმა გამოსთქვა მოსაზრება, რომ მხედველობის ბორცვის უკანა ნაწილის დაზიანება

მიძლევა ისეთ კლინიკურ სურათს, სადაც მოდის, როგორც უარყოფითი ნიშანი ბაბინსკის ფენომენის არსებობა თუმცა დაზიანებულია პირამიდული გზაც. აქედან დასკვნა:—რეფლექსური რკალი ბაბინსკის ნიშნისა მოთავსებულია ქერქვეშა კვანძებში hypothalamus-ში და ანაირად ეს რეფლექსი გახდა მეზენცეფალური რეფლექსი. ეპილექსიური შეტევის დროს ხშირად ნახულობენ ბაბინსკის ნიშანს, თვით ბაბინსკს თავის პირველ შრომაში აქვს ამის შესახებ მოხსენებული. Hetpელმა და Berg-მა ბაბინსკის ნიშანი ეპილექსიის დროს 86% ნახეს. Esmenard-ი ამ საკითხს ვრცლად ეხება და ამბობს, რომ თითოეული პიროვნება თავის ეპილექსიური შეტევას თავისებურად ატარებს, ზოგი მყესთა რეფლექსების გაძლიერებით, ზოგი ბაბინსკის ნიშნით, ზოგიც უამისოდ, ხოლო ყოველ ეპილექსიკს ეს დამოკიდებულება მუდმივად რჩებაო.

პირველად კოლიემ და პასტოროვიჩმა მიაქციეს ყურადღება ბაბინსკის ფენომენის სიხშირეს Status epilepticus-ის დროს. რაბინოვიჩს ორჯერ უნახავს ბაბინსკის ნიშანი ხელოვნურად გამოწვეული შეტევის დროს. ხშირია ერთი და ორმხრივი ბაბინსკის ნიშანი ეკლამფსიისა და აგრეთვე ურემის მიძიმე შემთხვევებში. კურშმანმა ბაბინსკის ნიშანი ნახა ერთი საათით ადრე, ვიდრე მოხდებოდა ურემიული შეტევა. ინფექციურ სნეულების დროს, როგორც არის პარტახტიანი, მუცლის და შებრუნებითი ტიფები, მენინგო-ენცეფალიტი, დიფტერია და სხვა ნახულია ბაბინსკის ნიშანი და იგი ავადმყოფობის სიმძიმის მაჩვენებელია. Duse-მ და მეც ბაბინსკის ნიშანი ვნახეთ პელაგრის დროს. ბაბინსკიმ თავისი ფენომენი ნახა სტრიხნინით მოწამვლისას, Linc-მა და Marinesco-მ სკოპოლამინის შემხაპუნებით გამოიწვიეს ბაბინსკის ნიშანი. ლერმიტმა გარდამავალი ბაბინსკის ნიშანი ნახა გულის მანკის დროს, როდესაც გულს უმკურნალეს და მისი მდგომარეობა გაუმჯობესდა: შეშუპების ნიშნები, ტახიკარდია, ჰემატომეგალია, და ჰიპოსტატიური პნევმონია გაქრა, ბაბინსკის ნიშანიც არ იწვევოდა. მათი აზრით სისხლის მიმოქცევის მოდიფიკაცია სცვლის ფეხის გულის რეფლექსს. კლოდის მიერ გარდამავალი ბაბინსკის ნიშანი ნახულია შიზოფრენიის დროს, ეს ავადმყოფი ბურგინიონმა ქრონაქსიის აპარატით გასინჯა და ნახა, რომ როცა ბაბინსკის ნიშანი იწვეოდა, მაშინ ქრონაქსია გამოცვლილი იყო, ხოლო როცა ბაბინსკი უარყოფითი იყო, მაშინ ქრონაქსია ნორმალურ ციფრებს იძლეოდა. აეტორების აზრით ეს ფაქტი ამტკიცებს შიზოფრენიის დროს ნერვულ ფუნქციის გარდამავალ ცვლილებებს, ამ შემთხვევაში ცვლილება ეხებოდა პირამიდულ გზასაც. ყველა ეს ფაქტები მიუთითებენ იმ გარემოებაზე, რომ ბაბინსკის ნიშანი ჩნდება იმ შემთხვევაში, თუ გამორიცხულია პირამიდული სისტემის ფუნქცია, მიუხედავად ანატომიურათ მისი უცვლელობისა.

როსოლიმოს აღნიშნული აქვს ბაბინსკის ნიშანი ანატომიურათ საღი პირამიდული სისტემის დროს 13% რაბონოვიჩი ამ % კიდევ უფრო აღიღებს, რაც შეეხება იმ საკითხს, რომელსაც Audenini-ის და სხ... იზიარებენ, რომ თითქოს ჯანსაღ ადამიანსაც შეიძლება ქონდეს ბაბინსკის ნიშანი, ეს დებულება ყალბ აზრათ უნდა ჩაითვალოს. პირიმიდულ გზის შეუცვლელათ, ანატომიურათ თუ ფუნქციონალურათ ეს სულ ერთია, ბაბინსკის ნიშანი არ არსებობს. თუმცა ზო-

გიერთი ავტორები აღნიშნავენ ბაბინსკის ნიშანს ისტერიის დროს, მაგრამ ეს ალბათ ისეთი ისტერიაა, როგორც ოხერმა და ბოვიმ აჩვენეს ნევროლოგიურ საზოგადოებას პარიზში, ავადმყოფ ქალს ვითომ ქონდა ისტერიული პარაპლეგია ბაბინსკის ნიშნით, რომელსაც აღმოაჩნდა ზურგის ტვინის ორგანიული დაავადება. ალბათ ასეთი შეცდომას აქვს ადგილი ბაბინსკის ნიშნისგან დაცვითი რეფლექსის გარჩევის არ ცოდნის გამო ავბობს რაბინოვიჩი. არსებობს დაკვირვებანი პრინსის, სესტანის, ლე-დიურას, კენიგის, შპეტის, ხოდკის, უელტონის, პოლის და სხ... მიერ რამდენიმე ათას ჯანსაღ ადამიანზე და არც ერთხელ ბაბინსკის ნიშანი მათ არ აქვთ აღნიშნული.

რაც შეეხება ბაბინსკის ნიშანს ბავშვის ასაკში, ეს საკითხი გამორკვეულათ უნდა ჩათვალოს იმ მხრივ, რომ ჩვილ ასაკში ბაბინსკის ნიშანი გვხვდება 85%, ამ დებულებას ამტკიცებს თვით ბაბინსკის, კოლიეს, ლერის, პასინის, მორზეს, მუდღიას და სხ... დაკვირვებები. ბიკოლმა ბაბინსკის ნიშანი უნახა მძინარ მოზრდილ ბავშვებს, მაგრამ ამ დროს დიდი თითის ექსტენზია იყო სწრაფი და არა ზანტი, როგორც ეს ავადმყოფი ადამიანზეა.

ბაბინსკის ფენომენიდან ფეხის გულის რეფლექსისაკენ გადასვლა ხდება თანდათანობით. რახტიან ბავშვებს ბაბინსკის ნიშანი 3 წლამდის აქვთ. ისე კი ჩვეულებრივად ბაბინსკის ნიშანი უნდა იყოს მანამ, სანამ ბავშვი სიარულს დაიწყებდეს.

საკითხი იმის შესახებ, არის თუ არა ნამდვილი ბაბინსკის ნიშანი პერიფერიული დამბლის დროს, დიდ ხანს იყო საკამათო საგნათ. თვით ბაბინსკი პირველად უარყოფდა თავის ნიშანს პერიფერიული დამბლების დროს, მაგრამ შემდეგში ფაქტებმა დაარწმუნეს, რომ პოლიომიელიტის დროს არც ისე იშვიათია მისი ნიშანი.

ბაბინსკის აქვს აწერილი პოლიომიელიტით დაავადებული, რომელსაც ქონდა ორივე მხარეზე ბაბინსკის ნიშანი; ბურგინიონმა ქრონაქსია აწარმოა ამ ავადმყოფზე და n. tibialis-ის ქრონაქსია დაქვეითებული ნახა. გარდა ბაბინსკისა პოლიომიელიტის დროს ბაბინსკის ნიშანი აწერილი აქვთ სიკარს, სუკს, დიუკ-როკსს, დეჟერინს, დიუმას, კლოდს და ველტემას. ლერი და ბახმა 1923 წ. ასწერეს პოლიომიელიტის 5 შემთხვევა, ბაბინსკის ნიშნით. სუკი და ბაბინსკის აზრით პოლიომიელიტის, დროს დიდი თითის ექსტენზია გამოწვეულია ორი მექანიზმით: პირამიდული გზის დაზიანებით და მოკლე მომხვრელების ატროფიით. ბურგინიონს გასინჯული ყავს ავადმყოფები, როგორც ცენტრალური, ისე პერიფერიული დამბლების დროს ბაბინსკის ნიშნით და მიდის შემდეგ დასკვნამდე: უნდა არსებობდეს იზოხრონიზმი ფეხის გულის ნგრძნობიარე ნერვებსა და გამშლელებს შორის, რომ ბაბინსკის ნიშანი აღმოცენდეს. პერიფერიული მექანიზმი, რომლისგან ხდება ეს იზოხრონიზმი სხვადასხვანაირია და შეიძლება 3 კატეგორიით დაიყოს.

ა) გამშლელთა ქრონაქსია მომატებულია, მომხვრელთა ქრონაქსია კი შემცირებულია, მგრძნობელთა ქრონაქსია ნორმალურია. ეს არის ჩვეულებრივად პირამიდული სისტემის დაზიანების დროს.

ბ) გამშლელთა ქრონაქსია ოდნავ მომატებულია, მომხვრელთა ქრონაქსია კი ძლიერ მომატებულია, დეგენერაციაც არის, მგრძნობელობის ქრონაქსია ნორმალურია, ასეთი გვხვდება პოლიომიელიტის დროს დიდი თითის ექსტენზიით.

პირველი კატეგორიის ვარიაცია გვხვდება პირამიდული სისტემის დაზიანების დროს, მეორე კი არის მაშინ, როცა შეერთებულია პირამიდული სისტემის დაზიანება პერიფერიულ დაზიანებასთან.

მისი აზრით—ფეხის გულის რეფლექსი—არის ნორმალური თუ პათოლოგიური, ყოველთვის აქვს იზოხრონიზმი მოტორულ და მგრძნობიარე ნერვებსა და კუნთებს შორის.

ზონი ფიქრობდა, რომ პირამიდულ გზაში არსებობს ბოქკო, რომელშიც იმყოფება სპეციალური—ძაფი ქვედა კიდურების ექსტენზორების შემკავებელი და როცა ეს ბოქკო დაზიანდება, მაშინ ბაბინსკის ნიშანი გამოჩნდება. ზოგიერთები ფეხის გულის რეფლექსს სიარულს უკავშირებენ.

მარინესკომ აღიარა კიდურების ორმაგი ინერვაცია—ქერქული და ქერქ-ქვეშა. მისი აზრით ქვედა კიდურების მომხვრელებს ქერქი ანერვიანებს და გამშლელებს კი ქერქქვეშა კვანძები, ამიტომ პირამიდული გზის დარღვევის დროს ნაკლებათაა დაზიანებული გამშლელები და რეფლექსი ამაზე გადადისო.

ამის გარშემო აზრთა სხვადასხვაობა არსებობს, რაბინოვიჩს უფრო მისაღებათ მიაჩნია ვან-ვუერკომის (Van-Woerkom) თეორია, რომლის აზრით, რეფლექსი დიდი თითის აბდუქციის ხელსაყრელი იყო ოთხნელებიანი ხეზე მცხოვრებელის სწორ მიწაზე სასიარულოთ გადასვლისათვის, ამიტომ არის, რომ რეფლექსოგენური ზონა ფეხის გულის გარეთა ნაწილი არის, რომელიც მიწას ეხება. ვან-ვუერკუმით ბაბინსკის ნიშანი თავის წარმოშობით ვალდებულია ხეზე მცხოვრებელის მიწაზე მოსიარულეთ გადასვლისა, იგი ნორმალურ და პათოლოგიურ ფეხის გულის რეფლექსს აკუთვნებს, მედულიარულ რეფლექსებს და ქერქი, მისი აზრით, რეგულიაციას ახდენს ფეხის გულის რეფლექსზე. ამნაირათ ბაბინსკის ფენომენი ისე, როგორც სხვა პირამიდული ნიშნები წარმოადგენენ ფილოგენეტიურათ ძველ რეფლექსებს, რომელიც ხელსაყრელი იყვნენ განვითარების ერთ-ერთ საფეხურზე.

დარჩა საკითხი იმის შესახებ, თუ საიდან შეიძლება ბაბინსკის ფენომენის უკეთ გამოწვევა. კლასიკურათ ითვლება—ფეხის გულის გარეთა ნაწილის და თითების ფუძის გალიზიანებით გამოწვევა, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში შეიძლება ეს ზონა გაფართოვდეს და ბაბინსკის ნიშანი გამოვიწვიოთ მთელი სხეულის კანის გალიზიანებით. რუსეცკიმ ეს საკითხი კარგათ შეისწავლა და მან მოგვცა სქემა საიდანაც შეიძლება ბაბინსკის ნიშნის გამოწვევა. საინტერესოა მისი ერთი შემთხვევა ემბოლიის შედეგათ, მარცხენა ჰემიპლეგიისა, სადაც ბაბინსკის რეფლექსის მიღება შეიძლებოდა სხეულის ყოველი ადგილის გალიზიანებით: ენიდან, თვალიდან, თავის თმიდან, სასქესო ორგანოებიდან და სხ... ერთი სიტყვით რეცეპტორული ზონა გენერალიზაცია ქმნილი იყო. ბაბინსკის ნიშანის გამოწვევა და მისი რეფლექსური ზონის გაფართოება, ზოგჯერ ხელოვნურათაც შეიძლება: ფარადის და გალვანის ნაკადებით ფეხის გულის გალიზიანებით,

ზოგიერთი შხამების შემხაპუნებით, ჰიპერპნეით; ესმარხით ბანდის მოჭირებით, ფეხის გათბობით და სხ...

ამ მიმოხილვის დასასრულ ჰვენ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ ბაბინსკიმ თავისი ფენომენის აღმოჩენით დიდი განძი შეიტანა ნევროლოგიაში, რადგან არ არსებობს არცერთი კლინიკური ნიშანი ასეთი ღირებულების მატარებელი.

ლიტერატურა.

1. i. Babinski. Du phenomene des ortei et se valeur semiologique „Semaine Medical“ 27 luil, 1898 an.
2. A propos des modiphications de tonus postural et de l apdarition du signe de Babinski consecutive aux injections de scopolamine dans les hypertonies extra-pyramidales. par G; Marinesco et M. Nicolesco. R. N. 1927 r. p 1.
3. Signe de Babinski transitoire dans un cas de demence precoce par Henri Claude, Georges Bourguignon et Baruk; R. N. 1927 წ. ტ. I № 6
4. Des conditions periperiques du reflexe plantaire normal et du signe de Babinski - Etude du la chronaxi motric let sensitive. par G. Bourguignon R. N, 1927 წ. ტ. I № 1
5. De signes electriques de perturbation de le voie pyramidal. par V. Neri R' N. 1924 წ. ტ. I № 1
6. De signe de Babinski ä evolution ryihmée par l'insuffisanse cardiaque, par Jean Lhermitte et V.Dupont. R. N. 1929. ტ. II № 1
- 7 De signe de Babinski dans linsuffisance cardiaque. Etude anatomique par Lhermitte et Grelles. R. N. 1930 წ. ტ, I № 5
8. Paralyisie infantile avec symptöms insolites: double signe de Babinski thermoanesthésie. troubles sphynctérie, syndrome de cl. Bernard—Horner, par D. Babonneix.
9. И. И. Русецкий. К характеристике рефлекса Babinsk-ого Каз. Мед. жур. 1926 წ. № 4
10. Рабинович. О пирамидных знаках. жур. невр. и спих. 1927 г. № 4
11. პ. ქავთარაძე, ნერვულ სისტემის პელაგრა.