



გამოცემის წელი მიათუ.

F 260  
1933

# თანამედროვე მედიცინა

(THANAMEDROVÉ MEDICINA)

ყრველთვიური სამკურნალო-სამეცნიერო ჟურნალი

ტფილისის სასულიერო-სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

№ 1-2

იანვარი - თებერვალი

მედიცინის ინსტიტუტის გამომცემა

ტფილისი 1933 წ.

გამოცემის წელი მეთე.

# თანამედროვე მედიცინა

(THANAMEDROVÉ MEDICINA)

სოციალისტური სამკურნალო-სამედიცინო შურონალი  
ტფილისის სასკელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

№ 1-2

იანვარი - თებერვალი

სარედაქციო კოლეგია:

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



მედიცინის ინსტიტუტის გამომცემა  
თბილისი 1933 წ.

81518

შ ი ნ ა ა რ ს ი

1. ნ. ანდრიაძე. შესავალი ლექცია . . . . .	83
2. ი. ხომახურიძე. მალტის ცხელების დიაგნოსტიკისათვის . . . . .	1
3. გ. ადამია. მალტის ცხელების აეტოვაციებით მკურნალობის საკითხისათვის . . . . .	15
4. პ. ცომაია. ფილტვის პირველადი კირჩხიბოს შემთხვევა. ფილტვის აბსცესის სახით მიმდინარეობა . . . . .	26
5. კვეჭერელი-კობაძე. წითელას საწინააღმდეგო პროფილაქტიური ცდები საბავშვო სახლში და ბავშვთა კლინიკაში . . . . .	36
6. გრიგორაშვილი და ცომაია. თავის ტვინის სიმსივნე ფსიქიური მოვლენებით . . . . .	44
7. გ. მუჯანაძე. კრუკენბერგის ხელი . . . . .	50
8. ე. ფიფია. საოპერაციო არეს Brilliant grün-ით მომზადების საკითხისათვის . . . . .	60
9. მ. კვიციანი. სისხლის წნევის მერყეობა ადგილობრივ ანესტეზიით გაკეთებულ ოპერაციების დროს . . . . .	68
10. ვ. გიორგაძე. ზურგ-ტვინის ანესტეზია . . . . .	73
11. ე. შალამბერიძე. ვაგუსის და სიმპატიკუსის ურთ-ერთობა . . . . .	77
12. მ. ბერიძე. CO <sub>2</sub> მნიშვნელობა კანის სნეულებათა თერაპიაში . . . . .	102
ქ რ ი კ ა . . . . .	111

## ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Ежемесячный научный медицинский журнал, орган Тифлисского  
Государственного Медицинского Института.

№ № 1 — 2.

Адрес редакции и конторы: Тифлис, ул. Цулукидзе, 4.

Издательство — Тифл. Гос. Мед. Инст.

## THANAMEDROVÉ MEDICINA

Journal Medical Géorgien

№ 1—2.

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

ნ. ანდრიაძე  
დოცენტი

**ინფექციური სნეულუბანი, მათი მნიშვნელობა და მათი მკურნალობის და პროფილაქტიკის თანამედროვე მეთოდები. <sup>1)</sup>**

თანახმად სამედიცინო ინსტიტუტის დირექტორიატის დადგენილებისა, მე დამევალა კითხვა თქვენთვის ინფექციურ სნეულუბათა სისტემატიკური კურსის. ვითვალისწინებ რა იმ დიდ პასუხმგებლობას, რომელიც ამ დადგენილებით სამედიცინო ინსტიტუტმა მე დამაკისრა, მე ვიმედოვნებ, რომ თქვენთან ერთად, ხელი ხელ ჩაკიდებული, კოლექტიურად შეეძლებთ ჩვენ წინ დასმული ფრიად სერიოზული დავალების შეძლებისადაგვარად შესრულებას.

დღეს, უბედნიერეს დღეს ჩემი ცხოვრებისა, ნება მიბოძეთ ამ კათედრიდან მადლობა გადაუხადო დიდად პატივცემულს პროფ. შალვა მიქელაძეს ინფექციურ სნეულუბათა კათედრის და კლინიკის სახელით.

პროფ. შ. მიქელაძე ექვსი წელიწადი განაგებდა ინფექციურ სნეულუბათა კათედრას არა იმიტომ, რომ იგი შეადგენდა მის ძირითად საგანს. არა! იგი ჯერ კითხულობდა კერძო პათოლოგიის და თერაპიის სისტემატიკურ კურსს, შემდეგ კი დიაგნოსტიკისას, ასე რომ ინფექციური სნეულუბათა კურსი მისთვის ზედმეტი დატვირთვას წარმოადგენდა. მიუხედავად ამისა, იგი განსაკუთრებული ყურადღებით ეპყრობოდა ინფექციურ სნეულუბათა კურსის საქმეებს, მეტად ახლოს ქონდა გულთან მისი ინტერესები და ამის შედეგად შეიქნა ის, რომ ინფექციურ სნეულუბათა კათედრა გამდიდრდა ჯერ 50 და შემდეგ კი უკვე 105 საწოლით, ჩამოყალიბდა და მოეწყო ლაბორატორიუმი, სადაც შესაძლებელია თანამედროვე გამოკვლევების წარმოება. გარდა ამისა, მისი ხელმძღვანელობის დროს საფუძველი ჩაეყარა ინფექციურ სნეულუბათა დიდ სავადმყოფოს, რომლის დთავების შემდეგ ინფექციებთან ბრძოლის საკითხი დიდათ წაიწვეს. აი ამ დაუსრულებელ მზრუნველობისათვის ინფექციურ სნეულუბათა კლინიკის მოსაწყობად, მისი ჩამოყალიბებისათვის და მისი არსებობის საფუძველების განმტკიცებისათვის, მე ვსთხოვ პატივცემულ პროფ. შ. მიქელაძეს მიიღოს ინფექციური სნეულუბათა კათედრის და კლინიკის სახელით დიდი და უღრმესი მადლობა.

ამის შემდეგ ნება მიბოძეთ გადავიღე ჩემი დღევანდელ ლექციის საგანზე.

<sup>1)</sup> შესავალი ლექცია წაკითხული 12 თებერვალს 1933 წ. სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ფაკულტეტზე.

შოტლანდიიდან, მთელი რიგი ეპიდემიების შემდეგ, მე XVIII საუკუნის ბოლოდან შემოღებული იყო მკაცრი კარანტინი ყველა იქ შემავალ გემებისათვის. ვინაიდან მოსახლეობის რაოდენობა მეტად მცირე იყო (სულ 8.000) და მასთან მიმოსვლა სხვა ქვეყნებთან იშვიათი, ასეთი მკაცრი კარანტინის დაცვა შესაძლებელი შეიქნა. შედეგად ამ ღონისძიებას მოყვა ყველა ინფექციურ სნეულებათა თანდათან მოსპობა კუნძულებზე და მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის გადიდება. ამის საილუსტრაციოთ მომყავს პატარა ტაბულა 1833 წელში ჩატარებულ დაკვირებისა.

**მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა ევროპის სხვა და სხვა ქვეყნებში 1833 წ.**

რუსეთში	პრუსიაში	შვეციაში	საფრანგ.	დანიაში	ინგლისში	ფარერის კუნძ.
21,3	29,3	34,6	35,8	36,0	38,5	44,6

როგორც ამ ტაბულადან სჩანს, ფარერის კუნძულზე მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, ორჯერ მეტი ყოფილა, ვიდრე ძველ რუსეთში და გაცილებით მეტი ვიდრე მთელ რიგ კულტურულ ქვეყნებში.

გარდა ადამიანების სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემოკლებისა და ზიანისა დაავადების და დასაჩივრების მხრივ, ინფექციური სნეულებანი ეპიდემიებით განვითარების დროს არსებით ზიანს აყენებდენ კაცობრიობას მატერიალური მხრივაც და ამით უთხრიდენ საფუძველს მათ კეთილდღეობას.

მარტო ხოლერის ერთმა ეპიდემიამ ჰამბურგში 1897 წ. გარდა ადამიანების სიცოცხლის მსხვერპლებისა, გამოაცალა ქალაქის მართველობას მასთან ბრძოლისათვის 400 მილიონი მანეთი.

ასეთ დიდ ციფრებში გამოიხატა ალბად ზიანი ჩვენი ეპიდემიებიდანაც 1917—20 წ. მილიონი შემთხვევებით პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფების (2,577,500 პარტ. ტიფი) და ასი ათასობით ყვავილისა და მუცლის ტიფისა.

მაგრამ, თუ ამ ჟამად უკვე აღკვეთილია ეპიდემიები პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფებისა, სამაგიეროთ ბავშვების გადამდები სენების ეპიდემიებს კავშირში ჯერ კიდევ დიდი გავრცელება აქვთ.

დღევანდელი დღისათვის მათი განსაკუთრებულ მნიშვნელობის გამო, მე ნებას მივცემ ჩემს თავს მათზე თქვენი ყურადღების უფრო დაწვრილებით შეჩერებას.

კიდევ 1920 წელში დაეტყო ქუნთრუმის, დიფტერიის და წითელის მიყუჩებულ ინფექციებს ევროპაში გაძლიერების ტენდენცია. აქედან დაწყებული ამ დაავადებების მრუდეები ყოველ წლიურად ზევით მიიწეოდა და 1928 წ. მათ მიაღწიეს უაღრეს წერტილს. ასე მაგალითად კიდევ 1921 წ. მთელ გერმანიაში

აღსრულებული იყო 48,281 ქუთრუშით დაავადებული, 1928 წელში კი მათმა რაოდენობამ 121,727-ს მიაღწია.

ასეთივე ზრდა აღნიშნულია დიფტერიის მხრიაც ევროპიული ქვეყნებში. რაც შეეხება საბჭოთა კავშირს და კერძოდ საქართველოს, აქ აღნიშნულ ეპიდემიებს დაემჩნია ტენდენცია გაძლიერებისა უკვე 1925 წ. ასე მაგალითად დაავადება ამ ინფექციებით ლენინგრადში, დაწყებული 1925—29 წლამდე, ყოველ 10.000 მცხოვრებზე შემდეგად მატულობდა.

**დაავადება წითელით, ქუთრუშით და დიფტერიით ლენინგრადში  
1925 — 29 წ.**

ინფექციების სახელწოდება	1925	1926	1927	1928	1929
<b>ქუთრუშა</b>					
განდა ავად . . . . .	9012	9454	11,296	10,311	13,114
კოეფიციენტი (10 000 მცხოვრებ.)	67,8	61,6	69,9	—	—
<b>დიფტერიტი</b>					
განდა ავად . . . . .	851	1149	1477	2010	3823
კოეფიციენტი . . . . .	6,4	7,4	9,1	11,2	20,3
<b>წითელა</b>					
განდა ავად . . . . .	8834	8727	14,043	11,465	10,031
კოეფიციენტი . . . . .	66	57,4	86,3	67,4	55,9

ამგვარად აშკარაა, რომ სამივე ბავშვთა ინფექციები ლენინგრადში 1925—29 წლამდე მატულობენ და საიმედო წყაროებიდან ვიცით, რომ 1930 და 1931 წლებმაც მაღალი მაჩვენებელი მისცა.

ასეთივე ზრდა ემჩნევა აღნიშნულ ინფექციებს ტფილისშიაც. ასე, მაგალითად, თუ 1924 წ. ქუთრუშით დაავადება მთელ ქალაქში უდრიდა 66, უკვე 1926 წ. მათმა რაოდენობამ 599 მიაღწია; 27 წელში—964; 28 წ.—1206; 29 წ.—1688; 1930 წ.—1877 და 1931 წ.—1658.

ამგვარადვე მატულობდა დიფტერია: 1925 წ.—მისი რაოდენობა 137 უდრიდა, 1926 წ.—329, 27 წ.—436, 27 წ.—596, 29 წ.—722, 30 წ.—926, 31 წ.—1388, 32 წ.—1059. მხოლოდ მცირე ტენდენცია შენელებისა დაემჩნია წითელას ამ უკანასკნელ წელში. ასე 1925 წ. წითელით დაავადებულთა რაოდენობა მთელ ქალაქში იყო 392; 26 წ. მან საშინელი გამწვავება მისცა და დაავადების მრუდე მკვეთრად აიწია—1392; შემდეგ 27 წელში—იგი მცირეთ

შენეღდა—797; სამაგიეროთ 28 წელში იგი კვლავ გამწვავდა—1636, 29 წ.—2651 და 30 წ.—1591.

ამგვარად თქვენ ხედავთ, რომ სამივე ბავშვთა ინფექციები ჯერ-ჯერობით მალალ დონეზე მიმდინარეობენ, რაც მოითხოვს ჩვენგან მეტ სიფხიზლეს და მეტ ყურადღებას.

მაგრამ, სამწუხაროთ, არც სხვა ინფექციების მხრივაც გვაქვს ყველაფერი კარგად. ასე, მაგალითად, უკანასკნელ წლების ცნობების მიხედვით, ბრიტანეთის ინდოეთში შავი ქირისაგან გადაცვილია 1925 წელში—147,404 ადამიანი, ხოლერისაგან 121,210 და ყვავილიდან 41,179.

თუ გავიხსენებთ, რომ ეს სნეულეზები უძველეს დროიდან ვრცელდებოდნენ ევროპაში ამ პირვანდელ ბუდიდან, უნდა გულახდილად ვალიართ, რომ საშიშროება მათი შემოტანისა ჩვენში ჯერაც სავსებით არ გამქრალა. ამასთანავე, უკანასკნელი წლების ცნობების მიხედვით სიკვდილობა ინფექციურ სნეულეზებისაგან სხვა და სხვა სახელმწიფოში უდრის ყველა გადაცვილების 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. ეს პროცენტი, გასაგებია კიდევ უფრო მატულობს ეპიდემიის წლებში.

ეხლა, თუ ყველა ზემოდ მოყვანილის მიხედვით უფრო დაწვრილებით განვმარტავთ ინფექციურ სნეულეზათა ეკონომიურ მნიშვნელობას, რომელიც გამოიხატება 1) ავადმყოფთა სიკვდილობაში, 2) ავადმყოფების მიერ სამუშაო დღეების გაცდენაში მათ მომვლელი პირების მიერ, 4) ავადმყოფთა ინვალიდობაში, 5) მათ სამკურნალოდ სახელმწიფოს მიერ ხარჯის მიღებაში და სოც-და-ზღვევაში და 6) პროდუქციის შემცირებაში მუშაობის შეწყვეტის გამო, თქვენთვის ნათელი გახდება ინფექციურ სნეულეზათა უდიდესი სოციალური მნიშვნელობა და კერძოთ მნიშვნელობა სახელმწიფოს ეკონომიკისათვის, განსაკუთრებით ეპიდემიების გაჩენის დროს.

თუმცა ინფექციური სნეულეზები, როგორც ზემოდ მოგახსენეთ, უძველეს დროიდან ცნობილია კაცობრიობისათვის და სამედიცინო ისტორიის მემოტიანეს ჰიპოკრატეს მთავარი მათგანი: ტიფი, დიფტერია, შავი ქირი, ყვავილი და სხვ. აწერილი აქვს, მაგრამ მათი მეცნიერული კვლევა ძიებზ იწყება მხოლოდ მე XVIII საუკუნედან.

ცნობილია, რომ კიდევ უძველეს დროში, მეცნიერულად მოაზროვნე ექიმები ცდილობდნენ ინფექციის არსის ბუნებრივი მიზეზის აღმოჩენას მისტიკური და ზებუნებრივი განმარტების ნაცვლად.

როგორც ვიცით ჰიპოკრატემ და გალენმა ეპიდემიების სწავლაში შეიტანეს წარმოდგენა მიზნაზე, რომელიც, მათი აზრით ჰაერის გაზისებრივ ნაწილს შეადგენდა. ლობობითი გაზებით სავსე გატუქყიანებული ჰაერის ჩასუნთქვა უნებოთარებს ადამიანს ავადმყოფობას.

მაგრამ, უკვე საშუალო საუკუნოებში შავი ქირის და ყვავილის დიდი ეპიდემიების დროს მიღებული გამოცდილების მიხედვით, ბევრი ექიმები ამტკიცებდნენ შესაძლებლობას ამ სენებით დაავადებისა ერთი ადამიანიდან მეორეზე გადასვლით. ბევრი გამოცდილების შემდეგ თან და თან განმტკიცდა წარმოდ-



გენა კონტაგიუმზე, რომელსაც უპირდაპირედენ მიაზმას. ეს დაპირისპირება ძლიერ განვითარდა მე 19-ე საუკუნეში და დაბოლოვდა ინფექციურ სნეულებათა დაყოფით მიაზმატურზე და კონტაგიურზე.

თვით შხამის ბუნების შესახებ კონტაგიურ სნეულებების დროს ბევრი გამჭრიახი მკვლევარი მიდიოდა ზოგიერთ წინასწარ დასკვნამდის ბევრად ადრე ინფექციურ სნეულებათა გამომწვევი მიზეზის აღმოჩენამდე. ერთნი სთვლიდნენ, რომ სპეციფიკური, გადამდები ნივთიერებები წარმოადგენენ არა ცოცხალ შხამს, მეორენი კი ისახავდნენ მათ ცოცხალ და მოძრავ არსებათ.

როგორც იცით, ამ უკანასკნელმა სწავლებამ გაიმარჯვა. ათანასე კიჩხერმა (Athanasius Kircher) პირველმა აღმოაჩინა მიკროორგანიზმები სხვა და სხვა ნიადაგებზე, წყალში, მიწაში და ბოლოს პათოლოგიურ ნაწარმოებში. როგორც გამოირკვა, კირხერი ყოველთვის როდი ხედავდა მიკროორგანიზმებს თავის პრიმიტიული მიკროსკოპით, მაგრამ მისმა დაკვირებებმა დიდი გავლენა იქონიეს მისი დროის მეცნიერულად მაოზროვნე ექიმებზე.

მის შემდეგ ლევენჰუკმა (Leeuwenhoeck) არა თუ აღმოაჩინა მიკროორგანიზმები, არამედ კიდევაც დახატა ისინი და შეეცადა მოეხდინა მათი დაჯგუფება გარეგანი ფორმის მიხედვით.

ამის შემდეგ სწავლებამ pathologia animata-ს შესახებ სწრაფად იწყო განვითარება და დაგვირგვინდა ზუსტი წარმოდგენით Contagium vivum-ზე.

უეჭველია, სანამ ეს ცდები გამარჯვებით დაბოლოვდებოდა, საჭირო იყო განვლა მთელი რიგი ეტაპების და დიდი გამოკვლევების წარმოება. მაგრამ ის გავლენა, რომელიც იქონია დიდებული ჰოლანდიელი მეცნიერის აღმოჩენამ, დაუფასებელი შეიქნა. მართალია, მან ვერ იხილა ვერც ერთი ამ ჟამად მეცნიერების მიერ აღიარებული მიკრობი, ვერც ერთი ჩხირი, ვერც ერთი კოკი, მაგრამ მისი პრინციპი უკვდავი შეიქნა. და საჭირო იყო მხოლოდ ჰენოსი ლუი პასტერის (L. Pasteur) გამჭრიახი გონება, რომ ყველაფერი ის, რასაც ლევენჰუკი ასე თავგამოდებით ეძებდა თავის გამდიდრებელი შუშებით, სრულიად მარტივი ცდით, საკვები ნიადაგის აღულებით თავის წჭრილყელიან ქურჭელში, ნათლად დაემტკიცებია, რომ ეს უხილავი მტრები ჩვენს ირგვლივ არის, შერეული ჰაერში და ამგვარად ყოველგან, სადაც ადამიანი სუნთქავს.

აქედან ეყრება საფუძველი ბაქტერიოლოგიას და იწყება მისი აყვავების პერიოდი! გერმანელ მეცნიერ კოხში (Koch) კაცობრიობამ პოვა ის დაუფასებელი მკვლევარი, რომლის მიერ ბაქტერიების ზრდისათვის შემოღებული საკვები ნიადაგები და პრინციპები ბაქტერიოლოგიური კვლევა ძიებისა დღევანდელ დღემდე შეურყეველია.

მე XIX საუკუნის ბოლოში მეცნიერება გამდიდრდა ასეთი დიდი აღმოჩენებით, როგორც არის მუცლის ტიფის, ტუბერკულოზის, ხოლერის, შავი ჭირის, დიფტერიის და სხვა სნეულებათა გამომწვევი მიზეზების აღმოჩენა, რომლების აქ ჩამოთვლა მეტი იქნებოდა ვინაიდან ყველაფერი ეს თქვენთვის ცნობილია.

ამგვარად პირველი ეტაპი ადამიანთა დაუძინებელი მტრების გამომჟღავნებისა, მეცნიერების ბრწყინვალე გამარჯვებით დათავდა და აღმოჩენილი ბაქ-

ტერიების გავრცელების პირობების შესწავლის შემდეგ, ის საიდუმლო ნიღაბი, რომლებშიც ისინი საუკუნოებით იმოსებოდნენ, ძლეული შეიქნა. სამწუხაროთ ბაქტერიოლოგიის ასეთმა გადაფუჭქნამ, თუმცა კიდევ დარჩა მთელი რიგი სნეულეზების, რომელთა გამომწვევი მიზეზი ჯერ კიდევ არ არის აღმოჩენილი, მეორეს მხრივ ზოგიერთი ზიანი მოიტანა.

თუ ბაქტერიოლოგიის წინა ერამდე კლინიკისტები მთავარ ყურადღებას აქცევდნენ ავადმყოფობის გამოხატულებას და სნეულეზის სიმპტომოკომპლექსში პოულობდნენ მისი დიაგნოსტიკის, პროგნოზის და მკურნალობის საფუძვლებს, ეხლა, როდესაც შესაძლებელი გახდა გამომწვევი მიზეზის წმინდა კულტურის მიღება და დამტკიცდა მათი პათოგენობა ექსპერიმენტალურად, ბაქტერიოლოგები და შემდეგ კლინიკისტები და პათოლოგები უნებლიეთ იძულებულნი გახდნენ ყურადღების კონცენტრაცია მოეხდინათ მიკროორგანიზმებზე და უკანასკნელნი შეიქნენ ინფექციურ სნეულეზათა განვითარების ერთად ერთ მიზეზად. მთელი სწავლება ინფექციურ სნეულეზათა შესახებ 90%-ში მიკრობიოლოგიურად იქცა.

ამ ჟამად ყველასთვის ცნობილია ჩვენი წარმოდგენის ცვლილება ავადმყოფობის ეტიოლოგიაზე საერთოდ, რომელიც წარმოიშვა ამ უკანასკნელ ათეულ წლების განმავლობაში. ჩვენთვის ეხლა ნათელია, რომ წარმოდგენა ეტიოლოგიაზე არის რთული წარმოდგენა, რომ იგი თავის თავად არის ჯამი მთელი რიგი ფაქტორებისა, რომლების გათვალისწინება როგორც მათი რაოდენობის, ისე თვისების მხრივ, წარმოადგენს უმთავრეს ამოცანას კლინიკისტიას, პათოლოგისას და განსაკუთრებით ეპიდემიოლოგისას.

მართალია ამა თუ იმ ინფექციური სნეულეზის წარმოშობისათვის აუცილებლად საჭიროა, რომ ადამიანის ორგანიზმში შეიჭრეს ამ ინფექციის სპეციფიკური გამომწვევი მიკრობი, მაგრამ მარტო ეს საკმარისი არ არის. გარდა ამისა უნდა არსებობდეს მთელი რიგი პირობები, რომელიც ამ სნეულეზის წარმოშობას და განვითარებას ხელს უწყობს.

ამგვარად მარტო ერთი ინფექტიროდია გადამწყვეტი ინფექციის წარმოშობაში. კონკრეტულად მუცლის ტიფის მაგალითი: სრულიად შესაძლებელია, რომ ერთსა და იმავე პირობებში, ორმა პიროვნებამ მიიღოს საკმარისი დოზა მუცლის ტიფის ჩხირებისა. შედეგად ამას შეიძლება მოყვეს ის, რომ ერთი გახდეს ავად, მეორე კი არა. უდავოდ რჩება ის გარემოება, რომ უმთავრეს პირობას ინფექციურ სნეულეზის განვითარებისა შეადგენს მიკროორგანიზმი, მისი Status praesens-ი, მაგრამ იმგვარადვე უდავოა, რომ მეორე მთავარ პირობას წარმოადგენს თვით მაკროორგანიზმის ე. ი. დაავადებული ადამიანის მდგომარეობა—სტატუსი.

აქედან თქვენთვის ნათელი ხდება, რომ ინფექციურ სნეულეზათა პრობლემა როდია წმინდა მიკრობიოლოგიური პრობლემა და მარტო მიკრობიოლოგიაში როდი უნდა ვეძიოთ ამ პრობლემის სიმძიმის ცენტრო.

თქვენ უკვე გაქვთ შეთვისებული ავადმყოფის გამოკვლევის ტექნიკა, იცნობთ შინაგან სნეულებებს, მათ ნიშნებს, მათ მიმდინარეობას, ასე რომ ჩვენს კლინიკაში თქვენ მხოლოდ უნდა შეითვისოთ ინფექციურ სნეულებათა თავისებურებანი. ამიტომ მე ნებას მივცემ ჩემს თავს მოგაგონოთ, რომ კლინიკას საქმე აქვს მხოლოდ ავადმყოფთან. ავადმყოფის ორგანიზმში კი, მისი ფიზიოლოგიური ინდივიდუალობის მიხედვით, ერთი და იგივე სნეულება, შესაძლებელია, სრულ სხვა და სხვა გვარად იყოს გამოხატული. ამ სიტყვების სიმართლეში თან და თან დარწმუნდებით თქვენ, ჩვენს კლინიკაში მუშაობის დროს. არა ერთხელ თქვენს წინაშე გაივლიან ავადმყოფები. სადაც საკუთარი თვალთი იხილავთ, თუ როგორ, ორგანიზმის ინდივიდუალურ შესაძლებლობის მიხედვით, მისი დამცველ ძალათა აქტივობის მეოხებით, მაგალითად მძიმედ დაწყებული მუცლის ტიფის სულ მოკლე ხანში ჩათავდება და, პირიქით, თავიდანვე მსუბუქი, იოლად მიმდინარე ფორმა, დამცველი ძალების დაშრეტის გამო, უეცრივ მძიმე ავთვისებიან ფორმად იქცევა და ან ხანგრძლივ მიმდინარეობით ან და სიკვდილით დათავდება.

სწორედ აქ, კლინიკაში, თქვენ დარწმუნდებით, რომ ფიზიოლოგიური ინდივიდუალობის მიხედვით, ერთი და იგივე ავადმყოფობა ერთზე ყველა სიმპტომებს მოგვცემს გამოხაყრამდე, თუ ეს მწვავე გამოხაყარიან ავადმყოფობას ეკუთვნის და ზოგჯერ კი გამოხაყარი ან ძლიერ მსუბუქი ან და სულ არ იქნება.

ამ მხრივ კლინიკა დაუსრულებელი სკოლაა ორგანიზმის დამცველ ძალათა და ინფექციის შორის ბრძოლის გამოხატულებისა. აქ თქვენ თვალწინ გადაშლილია ბუნების ძალების დაპირისპირება და თქვენს მუყაითობაზე და ბეჯითობაზეა დამოკიდებული მათი შესწავლა, მათი შეთვისება.

ამგვარად თქვენ რწმუნდებით, რომ კლინიკა ავადმყოფ ადამიანში ეძებს სნეულების ინდივიდუალურ გამოხატულებას, მის თავისებურებას და თუ ეს ასეა, გასაგები ხდება, რომ ძნელი იქნება სტუდენტისათვის გარკვევა ამ რთულ მოვლენებში, თუ ის თავიდანვე არ ჩაებმება, თავიდანვე არ შეისწავლის ავადმყოფობის ჩვეულებრივ ფორმებს.

გადავიდეთ ესლა ინფექციურ სნეულებათა თანამედროვე მკურნალობაზე. წინასწარ უნდა იქნეს ხაზგასმული ის გარემოება, რომ თერაპიის მხრივ თქვენს გაცილებით უფრო კარგ პირობებში იმყოფებით, ვიდრე ძველი ექიმები.

თუ კაუზალურ თერაპიას ინფექციურ სნეულებათა მკურნალობის დროს მცირე ადგილი უჭირავს, სამაგიეროთ სპეციფიკურმა თერაპიამ ამ უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში ფართო ასპარეზი მოიპოვა. ასეთია სალვარსანი და იმავე დარიშხანის პრეპარატი სტოვარსოლი, რომლის ზეგავლენა ობერმეირის (Obermeier) სპიროხეტებზე იმგვარადვე ეფექტიანია, როგორც ქინაქინისა მალარიის პლაზმოდიებზე.

დიფტერიის საწინააღმდეგო შრატში მეცნიერებას შეძენილი აქვს ის უებარი და სწრაფად მომქმედი სპეციფიკური შრატი, რომლის მეოხებით დიფტერიამ უკვე დაკარგა თავისი სიმწვავე და, თუ ის თავის დროზე და საკმარისი

დოზით არის ნახმარი, გარდა განსაკუთრებით მძიმე შემთხვევისა, მისი მოქმედება გასაოცარია.

ამ უკანასკნელი წლების განმავლობაში სამკურნალო მედიცინა გამდიდრდა აგრეთვე ძვირფასი სპეციფიური საშუალებით, მეორე, არა ნაკლებ ვერაგი სნეულების წინააღმდეგ—სახელდობრ ქუნთრუშის წინააღმდეგ. თუმცა იმდენად, რამდენად ამ ჟამად ქუნთრუშის ეტიოლოგიის საკითხი ჯერ კიდევ გადაწყვეტილად ერ შეიძლება ჩაითვალოს, არ გვეძლევა უფლება ამ შრატის სპეციფიკურად წოდებისა, მაგრამ მისი მოქმედება, განსაკუთრებით ტოქსიკური ფორმებზე პირდაპირ გასაოცარია, რაც აღიარებულია ყველა ქვეყნების მეცნიერების მხრივ.

საერთოდ კი სეროთერაპია თან და თან იხვეჭს სულ მეტ ადგილს ინფექციურ სნეულებათა მკურნალობაში. ასეთია რეკონვალესცენტების შრატი და შრატი მოზრდილთა იმავე ქუნთრუშის მკურნალობის დროს, პირველიც და მეორეც იხმარება გართულებათა დასაწყისში როცა ანტიტოქსიკური შრატის შეყვანა ან დავიანებულია ან და იწყება გართულებები. რეკონვალესცენტების შრატის ხმარება ნაცადია პარტახტიანი ტიფის, წითელას და სხვა მწვავე გადადებ სნეულებათა დროს. პოლივალენტულ სტრუბტოკოკულ შრატს ხმარობენ როგორც ქუნთრუშის ისე წითელ ქარის და ყველა სტრუბტოკოკულ დაავადებათა დროს. აგრეთვე ხმარებაშია მენინგოკოკური შრატი!

სიმპტომატიკურ თერაპიას, როგორც საერთოდ მედიცინის ყველა სპეციალობაში, ინფექციურ სნეულებათა მკურნალობის დროსაც დიდი და საპატიო ადგილი უჭირავს. სიმპტომატიკური მკურნალობის დროს ჩვენ ვხმარებით ავადმყოფის იმ ორგანოს რომელიც სნეულების დროს სუსტდება და ჩენს დეფექტს. ამიტომ თქვენთვის გასაგებია, რომ სიმპტომატიკურ მკურნალობას ვერვინ გვერდს ვერ აუხვეს, თუ გსურთ იმ შემთხვევაშიაც კი, სადაც სპეციფიკური წამლობაც შესაძლებელია.

რაც შეეხება დიეტო-თერაპიას, მას ინფექციურ სნეულებათა მკურნალობაში განსახვრული ადგილი უკავია. განსაკუთრებით ეს ქუნთრუშიან და მუცლის ტიფიან ავადმყოფებს შეეხებათ.

თუ დანარჩენ სნეულებათა დროს დიეტო-თერაპია ნაჩვენებია იმდენად, რამდენად საქმე ეხება მალალ-ტემპერატურიან ავადმყოფებს, რომელთა საქმლის მომწელებელი ორგანოების ფუნქცია დაქვეითებულია, რის გამოც დიეტის შერჩევა აუცილებელია, ზემოდ ნახსენებ ორ დაავადებათა დროს დიეტო-თერაპია ერთ-ძირითად თერაპიას შეადგენს.

ქუნთრუშის დროს იგი ნაჩვენებია თირკმელების დაავადებათა დროს, მხოლოდ მუცლის ტიფის დროს კი—დღიდან დაავადებისა. ამიტომაც არის, რომ დიეტო-თერაპიას მუცლის ტიფის დროს უძველეს დროიდან ასეთი განსაკუთრებული ყურადღება ეძლეოდა და საკითხი, თუ როგორი დიეტით უნდა იყოს ჩატარებული ავადმყოფი, დღესაც საკამათო საგნად არის გადაქცეული. მიუხედავად გერმანელ ავტორთა რწმუნებისა, რომ შესაძლებელია მუცლის ტიფიან ავადმყოფების თავიდანვე მაგარი საქმელით კვება, გამოჩენილი რუსი კლინიკისტები ამ რწმუნებას ვერ იზიარებენ და გვირჩევენ მეტ სიფრთხილეს და ინდივიდუალურ მიდგომას ყოველ კერძო შემთხვევაში.

დაგვრჩა კიდევ ერთი დარგის განხილვა, რომელიც ძირითად თავს შეადგენს ინფექციურ სნეულებათა კურსისას!

დღეს, როდესაც განმტკიცდა საფუძველი ახალი ცხოვრებისა და გაჯანსაღება შრომა-ყოფისა მორიგ საკითხად არის ცნობილი, რის გამოც პროფილაქტიკა საერთოდ სარჩულად დაედო საბჭოთა მედიცინას, ინფექციურ სნეულებათა პროფილაქტიკას განსაკუთრებული ყურადღება ეძლევა.

წინასწარი გათვალისწინება და სათანადო ზომების მიღება, რომ ინფექციას არ მიეცეს შემდეგში გავრცელება—აი თქვენი მიზანი და მთავარი ღერძი თქვენი მომავალი პრაქტიკული მოღვაწეობისა და ცუდი იქნება ის ექიმი, რომელიც არ შეითვისებს პროფილაქტიკის მთავარ პრინციპებს და ამგვარად ვერ შესძლებს მათი ცხოვრებაში გატარებას.

აქედანვე უნდა იქნას ხაზგასმული ის გარემოება, რომ ინფექციასთან ბრძოლის დროს პირველ ადგილზე არა მარტო ავადმყოფის მკურნალობა უნდა იდგეს, არამედ მიღება წინასწარი ზომებისა ავადმყოფობის გავრცელების შესაწყვეტად ე. ი. პროფილაქტიკურ ზომებისა.

სწორედ ამ ქამად, ამ თვალთაზრისით ყველა პროფილაქტიკური ზომები შეიძლება იქნეს გაყოფილი ორ დიდ ჯგუფად: 1) ზომები მიმართული ინფექციის გავრცელების წინააღმდეგ ე. ი. ბრძოლა ავადმყოფობის გამომწვევის და მისი გადამტანთ წინააღმდეგ და 2) ზომები, მიმართული, როგორც შედარებითი, ისე ორგანიზმის სპეციფიკური გამძლეობის გასაძლიერებლად.

თუ რა მნიშვნელობა აქვს ზომების პირველ ჯგუფს, თქვენთვის ნათელი გახდება მარტო იმისაგან, თუ გეტყვით, რომ ამ ქამად პარტახტიანი ტიფმა არა თუ იკლო მთელ კავშირში და კერძოდ ტფილისში, არამედ აღინიშნება მთლად მისი ერთეული შემთხვევები.

ასეთივე ბედი ეწვია შებრუნებით ტიფსაც, რამოდენიმე წელია სრულიად არ აღინიშნება. თქვენ კი ზემოდ თქმულიდან გახსოვთ, რომ დაავადებები ამ ორ ტიფიდან 20-იან წლებში მილიონებში გამოიხატებოდა.

პროფილაქტიკის ზომებით აიხსნება გაქრობა ყველა კულტურულ ქვეყნებში, ხოლერის და შავი ქირისა, რომლებიც ამ ქამად მხოლოდ იშვიათად ცილდებიან თავის ენდემიურ ბუდეებს.

ამ მხრივ, თქვენ გაცილებით უფრო ბედნიერი ხართ, ვიდრე ექიმები კიდევ ოცდაათი, ორმოცი წლის წინეთ, როცა არა თუ ქუთაისის და დიდუბურის საწინააღმდეგო ბრძოლის ზომები, არამედ არც პარტახტიანი და არც შებრუნებითი ტიფის გავრცელების შესახებ არაფერი იცოდნენ და განსაკუთრებით ძველი რუსეთის ექიმები მსხვერპლად ეწირებოდნენ ამ დაუნდობელ სნეებს. დღეს, როგორც შებრუნებითი, ისე პარტახტიანი ტიფის გავრცელების პირობების შესწავლით, დეზინფექციის და განსაკუთრებით დეზინსექციის მეოხებით, ჩვენ ძალგვიძს ყოველი ეპიდემიის ჩაქრობა. რაც, შეეხება ზომებს მიმართულს, როგორც შედარებითი. ისე ორგანიზმის სპეციფიკური გამძლეობის გასაძლიერებლად, აქ საჭიროა უფრო დაწვრილებით შეჩერება.

მოგეხსენებათ, რომ დაუვიწყარ დროიდან ყველაზე ძნელ პრობლემას, რომელზედაც დაუღალავად იბრძოდა სამედიცინო აზროვნება, შეადგენდა იშუნი-

ტეტის საკითხი. კვლევა-ძიება მისი გასაშუქებლად მიდიოდა სხვა და სხვა მიმართულებით, იმისდამიხედვით, თუ რომელი ბიოლოგიური კონცეპცია ბატონობდა ყოველ ცალკე ეპოქაში.

წარსული საუკუნის ნახევარში სამედიცინო აზროვნება სრულიად დაიბნა ფილოსოფიის პრობლემებში, სანამ ზუსტი ხელსაწყოების შემოღებამ საშუალება არ მისცა პასტერს და კოხს მიკროორგანიზმების როლის შესწავლისა — პათოლოგიაში.

ამის შემდეგ ძლიერ მალე წარმოიშვა სპეციფიკური იმუნიტეტის ზოგადი თეორიები, რომლებმაც თავის უაღრეს წერტილს ბერინგის, ერლიხის, მეჩნიკოვის და ბორდეს გამოკვლევებში მიაღწიენ.

როგორც ყველა თქვენთაგანს მოეხსენება, უკვდავმა ჯენერმა შემოიღო ყვავილის წინააღმდეგ წინასწარი აცრა.

ამის შემდეგ, ძლიერ მოკლე ხნის განმავლობაში, ამავე პრინციპით შესაძლებელი შეიქნა დამტკიცება დამცველ ნივთიერებათა დაგროვებისა სისხლში სხვა და სხვა ავადმყოფობათა დროს და წინასწარი აცრები აღიარებული იქნენ ძლიერ იარაღად ეპიდემიებთან ბრძოლაში.

პასტერი პირველი იყო, რომელმაც ჯენერის გამოკვლევებზე დაყრდნობით, დასუსტებული კულტურის საშუალებით განახორციელა დამცველი აცრები ქათმის ხოლერის, ციმბირის წყლულის და ცოფის წინააღმდეგ.

შემდეგი წინსვლა ამ მიმართულებით მიღწეული იყო მხოლოდ პფეიფერის (Pfeifer) მიერ — ბაქტერიოლიტიური იმუნიტეტის აღმოჩენით. პფეიფერმა და კოლემ შემოიღენ დახოცილი კულტურებით წინასწარი აცრები ხოლერის, შავი ჰირის და მუცლის ტიფის წინააღმდეგ.

აღნიშნული აცრები დასუსტებული და დახოცილი მიკროორგანიზმების კულტურებით, ჯენერის, პასტერის, პფეიფერის და კოლეს მეთოდით უნდა იქნეს მიმჩნეული აქტიურ იმუნიზაციათ, რომელსაც საფუძვლად უძევს ანტისნეულბების წარმოშობა.

ასე იყო 1914 წლამდე, როდესაც პირველად დიდებულმა ბერინგმა აქტიურ იმუნიზაციის მიზნით შემოიღო დიფტერიის საწინააღმდეგო თავისი ტოქსინ — ანტიტოქსინით აცრა.

პარკმა (Park) ამერიკაში, სრულიად დამოუკიდებლად, შემოიღო აგრეთვე აცრები გადანიეტრალებული ტოქსინით. მიუხედავად მათი აშკარა სარგებლობისა, ხმარება ტოქსინის პრეპარატებისა მაინც საფრთხეს წარმოადგენდა.

ახალი ერა აქტიური იმუნიზაციის საქმეში დაიწყო სულ ამ რვა წლის წინედ, როდესაც ფრანგმა მეცნიერმა რამონმა (Ramon) შესძლო დიფტერიული ტოქსინის, კომბინირ დამუშავებით, ფორმალინით და სითბოთი, ანატოქსინად გარდაქმნა, ე. ი. ისეთ ტოქსინად, რომელსაც შენარჩუნებული ქონდა ანტიგენური თვისებები და აღარ ქონდა ტოქსიკური.

ეს მეთოდი კიდევ 1909 წელში ნაცადი იყო ვენის მეცნიერის ლევენშტეინის (Löwenstein) მიერ, ტეტანუსის შხამის მავნებლობის დასაქვეითებლად. მიუხედავად ამისა, ფაქტიური დამუშავება ფორმალინის მეთოდისა, მისი პრაქტიკული გამოყენება, ისე როგორც ყველა საფუძვლები თანამედროვე ანატოქსინის

შესახებ, შექმნილია რამონის სულ ახალი გამოკვლევებით, რომლის დასაწყისად ითვლება 1923 წელი. ამავე ავტორის მიერ არის შემოღებული თვით თერმინი ანატოქსინი. ანატოქსინის პრობლემას, რომელიც ამ ჟამად დღის წესრიგში სდგას, როგორც მისი თეორიული ღირებულებით, ისე პრაქტიკული გამოყენების თვალსაზრისით, უდიდესი ადგილი უჭირავს თანამედროვე იმუნობიოლოგიაში.

უაღრესი მნიშვნელობა ამ პრობლემისა აიხსნება ორი ძირითადი მომენტით: 1) ანატოქსინის მეთოდმა უზრუნველჰყო ტოქსინის გარდაქმნის შესაძლებლობა ვაქცინაში მაღალ იმუნური თვისებების შენარჩუნებით და 2) ანატოქსინის პრობლემამ განამტკიცა საერთო პრინციპი ატოქსიურ ვაქცინების ხმარებისა და ამგვარად საფუძველი ჩაუყარა ორგანიზმის მაქსიმალური იმუნოზაციის მეთოდს, ორგანიზმში დებარესის გამოუწვევლად ჩვეულებრივი ვაქცინების ტოქსიკური კომპონენტებით. ამიტომაც ანატოქსინის მისაღებად გაცხოველებული მუშაობა სწარმოებს ყველა ქვეყნების ლაბარატორიუმებში.

ჯერ-ჯერობით, გარდა უკვე ნახსენები დიფტერიული ანატოქსინისა — 1924 წ. მიღებული იყო იმავე რამონის მიერ ტეტანუსის ანატოქსინი, შემდეგში ეს პრეპარატი დაწვრილებით იყო შესწავლილი დეკომბეის მიერ (Descombey) 1924-25 წ.; შემდეგ წლებში კი — ცელერის და ბერტლოს (Berthelot) მიერ.

ამ ჟამად, როგორც ეს ნახსენები ავტორების გამოკვლევებით დამტკიცებულია, ტეტანუსის ანატოქსინი სათანადო მომზადების შემდეგ, იჩენს მაღალ იმუნურთვისებებს როგორც ლაბარატორიული ცხოველების და ცხენების, ისე ადამიანის მიმართ.

შემდეგ 1925 წ. დიუმას (Dumas) და რომონის მიერ დიზენტერიის Schiga-Kruse-ს კულტურებიდან, ფორმალინით დამუშავებით მიღებული იყო აგრეთვე დიზენტერიული ანატოქსინი.

ამგვარივე პრეპარატი, ფრანგი ავტორებისგან დამოუკიდებლად, მიღებული იქნა გლოტოვის (ГЛОТОВ) მიერ — მოსკოვში. აღნიშნული ანატოქსინის მიღების შემდეგ შესაძლებელი შეიქნა ადვილად დიზენტერიულ ანავაქცინის დამზადება. ცნობილია, რომ ყველა ცდები Schiga-Kruse-ს კულტურიდან ანავაქცინის მიღებისა, ფუჭედ თავდებოდა დიზენტერიული ვაქცინის ტოქსიურობის დაუძლეველობის გამო. ფორმალინიზაციის მეთოდმა აქაც შესაძლებელი გახადა დიზენტერიული აქტიური ვაქცინის მიღება.

კიდევ უფრო მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადადებული იქნა ამ მიმართულებით იმავე 1925 წ. როდესაც ცელერმა (Zoeller) სცადა ანატოქსინად გარდაქმნა სკარლატინოზური სტრეპტოკოკული ტოქსინისა.

შემდეგ 1926 წელში ბელაევცევმა (Беляевцев) უკვე შესძლო ნაწილობრივად (5 ჯერ) დასუსტებული კომბინირი სტრეპტოკოკული ვაქცინის მიღება, რომელიც მშვენიერ შედეგებით იყო ნაცადი ადამიანზე. ამ ჟამად სკარლატინოზური ანატოქსინი ფართო ხმარებაშია და მით აცრილ ბავშვთა რაოდენობა ასი ათასს აღემატება.

მიღებულია აგრეთვე ანატოქსინი ბოტულიზმისა, ჰაეროვანი განვრენისა, ანავაქცინა სათვალეზიან გველის შხამისა ანაბრინი ანარიცინი და სხვ.

ეხლა თუ გავიხსენებთ ზემოდ თქმულს, რომ ანატოქსინების ძირითად თვისებას შეადგენს სულ მოკლე დროში, თითქმის ასი პროცენტით იმუნიტეტის განმტკიცება, ორგანიზმში დებრესიის გამოუწვეველად, თქვენ მიხედვით, რომ რამონის აღმოჩენა შლის სრულიად ახალ გვერდს ინფექციურ სნეულებათა წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში.

ნება მიბოძეთ ნათქვამის კონკრეტულად დასაბუთება.

როგორც ცნობილია, შიკის (Schick) რეაქციის მეოხებით ამ ჟამად შესაძლებელია ამორჩევა ბავშვთა წრეებიდან ისეთების, რომლებიც ან მცირე რაოდენობას ან და სრულიად არ შეიცავენ სისხლში დიფტერიის ანტიტოქსიკურ ნივთიერებებს. ასეთი ბავშვები მეტად მგრძობიერი არიან დიფტერიისადმი, ძლიერ აღვილად ხდებიან ავად და მძიმეთაც იტანენ. გამძლეობის ასეთი დაქვეითება ხშირია ბავშვთა ასაკში 1-5 წლამდე.

თუ ასეთ ბავშვებზე, რომლებიც დადებით რეაქციას (შიკის) იძლევიან, ჩავატარებთ დიფტერიული ანატოქსინით წინასწარ დამცველ აცრებს სამჯერ: პირველად 0,5 კუბ. სანტ. 3 კვირის შემდეგ 1 კუბ. სანტ. და 2 კვირის შემდეგ 1,5 კუბ. სანტ. 6-8 კვირის განმავლობაში აცრილებს დადებითი შიკის რეაქცია უარყოფითად შეეცვლებათ 96%<sup>0</sup>-100%<sup>0</sup>-მდე. ე. ი. თითქმის ყველანი გახდებიან დიფტერიისადმი უგრძობი, მათ სისხლში დაგროვდება საკმარისი რაოდენობა ანტიტოქსინებისა და ამით მათი გამძლეობა დიფტერიისადმი მოიმატებს.

თუ ამას დაუმატებთ, რომ ეს, ასე სწრაფად განმტკიცებული იმუნიტეტი, უგძნობლობა დიფტერიისადმი აცრილ ბავშვებს უგრძელდებათ, უკანასკნელი გამოკვლევების მიხედვით, რამოდენიმე წლიდან — რვა წლამდე და მეტიც, თქვენთვის ნათელი გახდება რამონის აღმოჩენის სიდიადე დიფტერიის ბრძოლის საქმეში. ამ აღმოჩენით დიფტერიის პრობლემა გადაწყვეტის გზაზე დადგა, რისი საბუთებიც ლიტერატურაში მოიძებნება. ყოველგან, სადაც წინასწარი დამცველი აცრები ანატოქსინით ზუსტად იქნა ჩატარებული, დიფტერიის დაავადების მრუდე მკვეთრად დაეცა.

ბელგიის სანიტარული ექიმები იუწყებიან მათ ქვეყანაში დიფტერიის მოსობაზე, ამიტომაც დიფტერიის საწინააღმდეგო აცრები შემოდებულა საფრანგეთში, იტალიაში, ბელგიაში, ინგლისში; იაპონიაში, რუმინეთში, ჩრდილო ამერიკულ შეერთებულ შტატებში, საბჭოთა კავშირში და სხვ.

ანალოგიურად, მხოლოდ დიკის (Dick) რეაქციის საშუალებით შესაძლებელია ამორჩევა ქუნთრუშისადმი მიმღები ბავშვებისა და სათანადო ანატოქსინის აცრით, მათი გამძლეობის გაძლიერება. როგორც ზემოდ მოგახსენეთ, ასეთი ცდები ასი ათას აღემატება და დაავადება აცრილთა შორის 4 ჯერ უფრო ნაკლებია, ვიდრე აუცრელთა შორის.

ეჭვს გარეშეა, ანატოქსინის პრობლემა მეტად საყურადღებოა. იგი ექიმპროფილაქტიკს უშლის თვალგადუწვედნელ არეს მისი ნაყოფიერი მოღვაწეობისათვის. ამასთან ერთად აღვივებს იმედს კაცობრიობის საუკუნო მტრების დაძლევისას, სპეციფიკურ იმუნიტეტის გაძლიერებით. მეცნიერება იმ ჟამად იმდენად შეიარაღებულია, რომ თითქმის ვერც ერთი სენი მას ვერ აშინებს.



ამასთან ერთად დიდი ოქტომბრის გამარჯვების შემდეგ მკვეთრად გამოი-  
 ცვალა შესაძლებლობა ეპიდემიებთან ბრძოლისა და ბრძოლის შედეგებიც.

ფართოდ გაშლილი პროფილაქტიკური ღონისძიებანი მეცნიერულ და მე-  
 ცნიერულ-პრაქტიკულ დაწესებულებათა საშუალებით წარმოადგენენ განსაკუ-  
 თრებულს თანამედროვე ფორმებს ეპიდემიებთან ბრძოლისას. მთელი ქსელი ბა-  
 ქტეროლოგიური ინსტიტუტებისა და ლაბორატორიუმებისა, გაფართოება და  
 დიფერენციაცია სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისა — ამის  
 საუკეთესო ნიმუშია.

ფართოდ დაყენებულ წინასწარ დამცველ აცრებს, როგორც ყვავილის, მუ-  
 ცლის ტიფის, დიფტერიის, ქუნთრუშის და სხვ. წინააღმდეგ — გამოყავს ეპიდე-  
 მიებთან ბრძოლის საშუალება ფართო ასპარეზზე.

სწრაფი ტემპი ცხოვრების სოციალისტური გარდაქმნისა ითხოვს ჩვენგან  
 სწრაფ ტემპებს წინსვლისას და, რომ არ ჩამორჩეთ ახალ ცხოვრების აღმშენ-  
 ელობის დიად საქმეს, საჭიროა გამხვიდეთ სამოღვაწეო ასპარეზზე აღჭურვილი  
 თანამედროვე ცოდნითა და მიღწევებით. წინააღმდეგ შემთხვევაში თქვენ ცხო-  
 ვრებას ვერ დაეწევით, იგი გაგისწრობთ წინ და თქვენზე არის დამოკიდებული,  
 თუ რამდენად გაამართლებთ იმ იმედებს, რომელსაც ამყარებს თქვენზე სამედი-  
 ცინო ინსტიტუტი და ხელისუფლება.

ამასთან ერთად დიდი ოქტომბრის გამარჯვების შემდეგ მკვეთრად გამოი-  
ცვალა შესაძლებლობა ეპიდემიებთან ბრძოლისა და ბრძოლის შედეგებიც.

ფართოდ გაშლილი პროფილაქტიკური ღონისძიებანი მეცნიერულ და მე-  
ცნიერულ-პრაქტიკულ დაწესებულებათა საშუალებით წარმოადგენენ განსაკუ-  
თრებულს თანამედროვე ფორმებს ეპიდემიებთან ბრძოლისას. მთელი ქსელი ბა-  
ქტერიოლოგიური ინსტიტუტებისა და ლაბორატორიუმებისა, გაფართოება და  
დიფერენციაცია სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისა — ამის  
საუკეთესო ნიმუშია.

ფართოდ დაყენებულ წინასწარ დამცველ აცრებს, როგორც ყვავილის, მუ-  
ცლის ტიფის, დიფტერიის, ქუნთრუშის და სხვ. წინააღმდეგ — გამოყავს ეპიდე-  
მიებთან ბრძოლის საშუალება ფართო ასპარეზზე.

სწრაფი ტემპი ცხოვრების სოციალისტური გარდაქმნისა ითხოვს ჩვენგან  
სწრაფ ტემპებს წინსვლისას და, რომ არ ჩამორჩეთ ახალ ცხოვრების აღმშენე-  
ბლობის დიად საქმეს, საჭიროა გამხვიდეთ სამოღვაწეო ასპარეზზე აღჭურვილი  
თანამედროვე ცოდნითა და მიღწევებით. წინააღმდეგ შემთხვევაში თქვენ ცხო-  
ვრებას ვერ დაეწევით, იგი გაგისწრობთ წინ და თქვენზე არის დამოკიდებული,  
თუ რამდენად გაამართლებთ იმ იმედებს, რომელსაც ამყარებს თქვენზე სამედი-  
ცინო ინსტიტუტი და ხელისუფლება.

**ექ. ი. ხომასურიძე.**

კამოს სახელობის საავადმყოფოს ლაბორატორიის გამგე და სანიტარულ-პროფილაქტიურ ფაკულტეტის შინაგან სნეულებათა კლინიკის ასისტენტი (გამგე—დოც. ნ. ყიფშიძე).

**მალტას ცხელების დიაგნოსტიკისათვის\*)**

1887 წელს ინგლისელ ექიმმა ბრიუსმა (Bruce) აღმოაჩინა მალტას ცხელების გამომწვევი *micrococcus melitensis* ინგლისელ ჯარისკაცთა შორის მალტას კუნძულზე.

სხვა და სხვა მეცნიერთა აზრით ე. ი. Hughes-ის (1897 წ.), Veale-ს (1879 წ.), Cleghorn-ის (1750 წ.) ეს ავადმყოფობა წარმოადგენს უძველეს სნეულებას და მათივე გადმოცემით აღწერილი აქვს თვით ჰიპოკრატეს.

Burnet-მ (1814 წ.), მარსტონმა (1863 წ.) საუკეთესოდ შეისწავლეს ეს სნეულება და გამოჰყვეს როგორც ნოზოლოგიური ერთეული. ჩვენ კავშირში მალტას ცხელება პირველად აღმოაჩინა პროფ. მარცინოვსკიმ 1913 წ. ქ. მოსკოვში.

ყველაზე მეტი ღვაწლი ჩვენ კავშირში მალტას ცხელების გაშუქების საკითხში მიუძღვის პრ. ზდროდოვსკის, რომელმაც შემოდგომაზე 1922 წელს პირველად აღწერა აზერბეიჯანში მალტას ცხელება და გამოჰყო მისი გამომწვევი მიკროკოკი, რის შემდეგ რიცხვი ამ ავადმყოფობის აღმოჩენისა მის მიერ იზრდება და სულ სამი წლის განმავლობაში მან მოგვცა ამ სნეულების 35 შემთხვევის მეცნიერული დასაბუთება. მის შემდეგ მალტას ცხელების შემთხვევათა აღმოჩენა ჩვენი კავშირის სხვა და სხვა რესპუბლიკებში განშორდა. ასე მაგალითად, 1923 წელს ისაკიანმა სომხეთში აღმოაჩინა მალტას ცხელება, 1922 წელში თურქესტანში კრიუკოვმა და სმირონოვმა. 1927 წ. შავი ზღვის ნაპირებში კავკასიისა ლინდროპმა. საქართველოში პრ. მახვილაძემ, ექიმებმა იუშანცევმა და ჯალალოვამ. საგულისხმოა ამ საკითხის დამუშავება საქართველოში ვ. ანთაძის მიერ, რომელმაც 1930 წელში ჩაატარა მუშაობა საბჭოთა მეურნეობის უდაბნოს მამულში ქსის ველზე—ცხრა წყაროზე (ბაკურიანის ზევით). მან გამოიკვლია მალტას ცხელებით დაზიანება 600 სულის ცხვრისა, რომლებიც იყვნენ აღებულნი სხვა და სხვა ფარიდან. აღმოჩნდა დაზიანებული 3%. მეცხვარეთა შორის დაზიანება აღმოჩნდა 31%. უკანასკნელები იყვნენ კახეთის და ქართლის სხვა და სხვა სოფლებიდან.

ეს ავადმყოფობა იმდენად აღმოჩნდა გავრცელებული ა/კ., რომ მისი თითქმის ყველა რესპუბლიკები უნდა ჩაითვალოს ენდემიურ ბუდეთ ამ სნეულე-

\*) მოხსენა 1932 წ. ოქტომბერში თერაპევტთა კონფერენციას.

ბისა, რადგანაც პირობები ამ ავადმყოფობის გავრცელებისა არის საუკეთესო ე. ი. გეოგრაფიული მდებარეობა და მესაქონლეობა — კერძოთ მეთხოვა. ცხვართა მნიშვნელობა მალტას ცხელების ეპიდემიოლოგიაში გაშუქებული იყო Mayer-ის მიერ 1924 წ. მისი ცნობით საფრანგეთის სამხრეთ ნაწილში ცხვრის ყველის ჭამის შემდეგ ავად ხდებოდნენ მალტას ცხელებით.

1905 წ. მიკროკოკული ინფექცია ძროხებს შორის დამტკიცებული იყო Shaw-ის მიერ მალტას კუნძულზე, სადაც მან 33 გამოკვლეულ ძროხებთან შორის 10 შემთხვევაში აღმოაჩინა მალტას ცხელება.

Sawtolido-მ სამხრეთ იტალიაში ნახა 15% დაავადებული ძროხები. Stracham-მა ჩრდილოეთ აფრიკაში აღმოაჩინა ხალხთა დაავადება მალტას ცხელებით ძროხებისგან. არა ნაკლები ყურადღების ღირსია პროფ. ზდროდოვსკის და მისი თანაშრომლების (ბრენი, ამიდზადე, ტერ-გრიგოროვა და სხ.) ნაშრომები ამ საკითხის შესახებ. მათ ნაშრომებიდან აშკარად სჩანს, რომ მალტას ცხელება საკმაოდ გავრცელებულია სამხრეთ აღმოსავლეთ ნაწილში ჩვენი კავშირისა. ასე მივალითად, აზერბეიჯანში დაზიანებულია კუბის მაზრა, ბაქოსი, შემახის, ავდამის და სალიანის. ყველაზე მეტი დაავადება მოუღის ბაქოს და მის მაზრას.

1925 წ. ტერ-გრიგოროვას  $\frac{1}{2}$  წლის განმავლობაში ქ. ბაქოში ჰქონდა 11 შემთხვევა ამ სნეულებით დაავადებისა. ეს ავადმყოფები მთელი თვეების განმავლობაში იწვევენ სხვა და სხვა დიაგნოზებით — ტიფი, მალარია: t. b. c., სიყვითლე, არტრიტი, სეპსისი და სხ. და სხვა.

საინტერესოა აგრეთვე გამოკვლევები ექ. ბრენის და ამიდზადესი ბაქოს სასაკლაოებში, სადაც სეროლოგიურად დამტკიცებული იყო მალტას ცხელება 5% 120 კაცთა შორის.

პრ. ზდროდოვსკის მიერ იყო შესწავლილი ეს სნეულება 1922 წ. ეპიდემიოლოგიურ თვალსაზრისით: მან დაამტკიცა კავშირი დაავადებულ ხალხისა თხებთან (კუბის მაზრა), ისე რომ მოსახლეობის დაავადების მალტას სნეულებით უმთავრეს წყაროდ მის მიერ აღიარებული იყო თხები. მისივე გამოკვლევით მალტას ცხელების გამავრცელებელ წყაროდ არ უნდა ჩაითვალოს მარტო თხები, არამედ დაავადებული ცხვრები, ძროხები, ცხენები, აქლემები, ძაღლები, კამეჩები, ქათმები და ბაჭიები. მარტო თხებთან კონტაქტი რომ არ შეიძლება ჩაითვალოს განუყრელ პირობათ მალტას ცხელებით ავად გახდომისა, ამას მოწმობენ ბაქოს ტროპ. ინსტიტუტის ასისტენტის ე. ბრენის და ექ. ამიდ-ზადეს ნაშრომები.

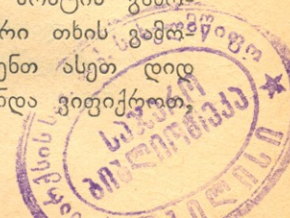
1926 წლის ზამთარში ამ ექიმებმა გამოიკვლიეს მიკროკოკული ინფექციით დაავადება დაკლულ საქონლისა ბაქოს სასაკლაოზე. მათ მიერ იყო ნახმარი რაიტის რეაქცია და Bordet-Gendou-ს ალექსინის ფიქსაცია. 249 ცხვრის შრატის გამოკვლევამ მისცა ავგლიუტინაცია (1:100—800) resp. ალექსინის ფიქსაცია 14 შემთხვევაში (5,2%) დადებითი პასუხი. 82 მსხვილ რქოვანი საქონლის შრატის გამოკვლევის დროს მიიღეს საავგლიუტინაცია ტიტრი (1:100 - 300) და ალექსინის ფიქსაცია 4 შემთხვევაში ე. ი. 4,8%. ამიტომაც ოახდინეს ბაქოს სასაკლაოს მუშების სეროლოგიური გამოკვლევა; 120 კაცმა

6 შემთხვევაში მისცა დადებითი რაიტის რეაქცია (1:100—300) და ალექსინის ფიქსაცია (+++) ე. ი. 5%. 1928 წლის ივლისში და აგვისტოში ექ. ლინდროპმა დაისახა მიზნათ გამოერკვია ეპიდემიოლოგიური ფაქტორი მალტას ცხელებით დაავადებისა აფხაზეთში, რის გამო მოახდინა გამოკვლევები 106 თხის შრატისა და მიიღო 16 შემთხვევაში დადებითი რაიტი. აფხაზეთის სხვა და სხვა სოფლების მოსახლეობის გამოკვლევამ კი მისცა 15% დადებითი შედეგი. როგორც სჩანს ეს სნეულება თვალსაჩინოდ ყოფილა გავრცელებული აფხაზეთში, მაგრამ მაინც იმდენათ არა, როგორც სომხეთში, სადაც ექ. ისაკიანმა მიიღო მოსახლეობის დაზიანება ამ სნეულებით 23,6%.

ორთავე შემთხვევაში მალტას ცხელებით დაავადების ფაქტორი უნდა ჩაითვალოს თვალსაჩინოდ, თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ ყოველ დაავადებულ თხას ზაფხულის პერიოდში ლაქტაციის დროს შეუძლია გამოიწვიოს რამდენიმე ასეული კაცის დაავადება. 1926 წელს დოცენტ როზნატოვსკიმ წაიკითხა მოხსენება მე X ბაქტერ. ეპიდემ. და სანიტარულ ექიმთა საკავშირო ყრილობაზე, სადაც მოიხსენია, რომ 1925 წ. ნოემბერში მას ჩრდილოეთ კავკასიაში (სალის ოლქი) მოუწყვია ექსპედიცია მალტას ცხელებით დაავადების გამოსაკვლევათ. ამ ექსპედიციის დროს გამოკვლეული იყო 45 კაცი, რომელთა შორის დამტკიცებული იყო 12 შემთხვევაში დადებითი რაიტი, 3 ძროხამ მისცა 3 დადებითი რაიტი. ამავე დროს ავტორი დასძენს, ვინაიდან სალის ოლქი აწვდის რძის ნაწარმოებს დიდ ქალაქებს, ოგორიც არის მოსკოვი, როსტოვი დონზე და სხ. მალტას ცხელების გავრცელება დიდ საშიშროებას წარმოადგენს მთელ საბჭოთა კავშირისთვის.

ამ სნეულების შესწავლის დროს უნდა ვიქონიოთ მხედველობაში ის გარემოება, რომ ეს დაავადება არა მარტო იჩენს ახალ-ახალ კერებს არამედ ვრცელდება იმ ადგილებში, საიდანაც ის წარმოიშვა. მაგალითად მალტას კუნძულზე 1920 წელს აღნიშნული იყო 645 შემთხვევა—სიკვდილის შემთხვევა 22; 1921 წ.—734 შემთხვევა—სიკვდილის 27; 1922 წ. 1102 შემთხვევა—სიკვდილის 59; 1923 წელს—1026 შემთხვევა—სიკვდილის 39; 1924 წ.—956 შემთხვევა, სიკვდილის 21.

უფრო მკაფიოდ მისი ტალღის ზრდა ეტყობა საფრანგეთს: 1920 წ. მისი სამხრეთ ნაწილში ხუთი ლაბორატორიის მიერ აღნიშნულია 1180 შემთხვევა; დაზიანებული აღმოჩნდა 14 დეპარტამენტი, 6 დანარჩენ დეპარტამენტში მიუღია სპორადიული ხასიათი. აგრეთვე დიდ ინტერესს წარმოადგენს ლინდროპის გამოკვლევით მალტიან ავადმყოფთა განაწილება ოჯახთა მიხედვით: ორ ოჯახმა—შემდგარმა 11 კაცისაგან მისცა 4 დადებითი რაიტი; 1 ოჯახმა—ექვს კაცისაგან შემდგარმა—3 დადებითი რაიტი. როგორცა სჩანს დაავადების განაწილებას ზოგ შემთხვევაში შეიძლება ჰქონდეს ბუდობრივი ხასიათი. ინფექციის წყაროს გამოსაკვლევათ ექ. ლინდროპმა მოახდინა ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა შინაურ ცხოველებისა. ერთ ოჯახიდან სამი კამეჩის შრატის გამოკვლევამ მისცა ერთი დადებითი რაიტი განზავებით 1:150, ორი თხის გამოკვლევამ ორი დადებითი რაიტი განზავ. 1:250. თუ წარმოვიდგენთ ასეთ დიდ პროცენტს საქონლის მალტას ცხელებით დაავადებისა, ჩვენ უნდა ვიფიქრობოთ,



რომ ამ სნეულებით ინფექცია მეტად ადვილი უნდა იყოს, მაგრამ ეს ასე არ ხდება, ვინაიდან დაავადება ხდება განსაკუთრებულ ხელსაყრელ პირობებში — მიკროკოკკული ვირუსი უნდა იყოს ძლიერი, მისი მატარებელი მასალა — რძე, ხორცი კარაქი, ყველი უნდა იყოს ახალი. ეს მასალა უნდა იყოს შენახული მიკროკოკკების ხელსაყრელ პირობებში ე. ი. არის დამოკიდებული მასალის დამარილების და დამჟავების ხარისხზე. აგრეთვე უნდა აღინიშნოს, რომ მიკროკოკკები ყოველთვის რძით და შარდით რეგულიარულათ არ გამოიყოფიან, რაც აფერხებს მალტას ცხელებით დაავადებას.

1927 წ.—1932 წ. კამოს სახელობის საავადმყოფოში და რესპ. ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტის სანიტარულ პროფილაქტიურ ფაკულტეტის შინაგან სნეულებათა კლინიკაში ჩატარებული იყო ჩვენს მიერ მალტას ცხელებით დაავადების 26 შემთხვევა. უმეტესი შემთხვევათა რიცხვი ამ სნეულებისა მოუდის კამოს სახელობის საავადმყოფოს, მაგრამ მთელი ეს მასალა დამუშავებულია ზემოხსენებულ კლინიკაში. მალტას ცხელებიან ავადმყოფთა განაწილება ეროვნების მიხედვით არის შემდეგი:

ქართველი 11 კაცი, სომეხი 8, რუსი 7.

სქესის მიხედვით— 15 მამაკაცი, 11 დედაკაცი.

ჰასაკის მიხედვით: 10 წლიდან—20 წლამდე 8 შემთხვევა, 20 წლ.—30 წლ.—9 შემთხვევა, 30 წლ.—40 წლამდე 3 შემთხვევა, 40 წლ.—50 წლ. 6 შემთხვევა.

წარმოშობის მიხედვით: თბილისიდან 12 შემთხვევა, ყაზანიდან ერთი შემთხვევა, გორიდან ერთი, თელავიდან ერთი. კიევიდან ერთი. სომხეთიდან 5. სამეგრელოდან 4. გურიიდან 1.

მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში ჩვენს მიერ განსაკუთრებული ყურადღება იყო მიქცეული ლაბორატორულ მეთოდებზე ე. ი. ჩვენ მივმართეთ haemogramma-ს, რაიტის სერორეაქციას, Borget-Gengou-ს ალექსინის ფიქსაციას, ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას, Burnet-ს კანქეშა რეაქციას და Castelani-ს რეაქციას.

Haemogramma: ყოველივე ავადმყოფს უპირველესად ესინჯებოდა სისხლი, განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევით ლევკოციტების რაოდენობის გამოკვლევაზე და ლევკოციტალურ ფორმულაზე.

აღებული გვაქვს სამი მომენტი:

1. სისხლის გამოკვლევა მაღალი  $t^{\circ}$  დროს (სავადმყოფოში შემოსვლისას).
2. აპირექსიის დროს და
3. გაწერის წინა დღეს ნორმალურ  $t^{\circ}$  დროს.

სისხლის გამოკვლევამ მაღალი  $t^{\circ}$  დროს მოგვცა შემდეგი: Haemoglobin-ი, რომელსაც ვიკვლევდით სალის აპარატით, ქანაობდა  $60\%$ — $70\%$  12 შემთხვევაში.  $70\%$ — $75\%$ -მდე 6 შემთხვევაში.  $75\%$ — $80\%$ -მდე 8 შემთხვევაში.

აგრეთვე წითელი ბურთულების რაოდენობა აღმოჩნდა დაქვეითებული:  $3-3\frac{1}{2}$  მილიონამდე 9 შემთხვევაში;  $3\frac{1}{2}-4$  მილიონამდე 15 შემთხვევაში.  $4-4,2$  მილიონამდე 2 შემთხვევაში. Farbeindex-ი 2 შემთხვევაში უდრიდა ერთს. 24 შემთხვევაში 1-მდე.

ლევკოციტების მხრივ აღინიშნება ლევკოპენია.

3100—4000-მდე 8 შემთხვევაში. 4 ათას.—5 ათასამდე 17 შემთხვევაში 5—5,1 ათასამდე ერთ შემთხვევაში.

ლევკოციტალური ფორმულა ხასიათდება ლიმფოციტოზით და მონოციტოზით.

ლიმფოციტების რაოდენობა: 34%—35%-მდე ერთი შემთხვევა. 35%—40%-მდე 3 შემთხვევა. 40%—50%-მდე 19 შემთხვევა. 50%—54%-მდე 3 შემთხვევა.

ნეიტროფილების რაოდენობა შედარებით ნორმასთან მომატებულია მცირეოდენათ. ჩხირისებრი ნეიტროფილების სურათი არის შემდეგი: 5%-მდე 2 შემთხვევაში. 10%-მდე 20 შემთხვევაში. 10%—15%-მდე 4 შემთხვევაში.

მონოციტები 6%—10%-მდე 16 შემთხვევაში, 10%—14%-მდე 10 შემთხვევაში.

პათოლოგიური ელემენტები შედარებით ნორმასთან მიელოციტები, ახალგაზრდა ფორმა და ბაზოფილები მომატებულია.

ემჩნევა ჰიპოეზინოფილია.

მე II მომენტის დროს ე. ი. აპირექსიის ხანაში სისხლმა, შედარებით პაროქსიზმის დროს მიღებულ შედეგთან, შემდეგი სურათი მოგვცა: ერითროციტები დაკლებულია 100.000—450.000 ფარგლებში, რაც უნდა აიხსნას სისხლის ნაწილობრივ ჰემოლიზით, Hb დაკლებულია 2%—7%-მდე. შემჩნეულია აგრეთვე ლევკოციტების დაკლება 100—800-მდე.

ლევკოციტალურ ფორმულის მხრივ აღინიშნება: ნეიტროფილების სეგმენტიურ, ჩხირისებრი და ახალგაზრდა ფორმების შემცირება. ლიმფოციტების 0—9%-მდე და მონოციტების 1%—3%-მდე მომატება. პათოლოგიური ელემენტების თითქმის გაქრობა.

მე III მომენტი. (ვადარებთ I მომენტის დროს მიღებულ სისხლის სურათს) მესამე მომენტის დროს ე. ი. ავადმყოფთა გაწერის წინა დღეებში უკანასკნელთა მდგომარეობა უმეტეს შემთხვევაში გაუმჯობესებულია. სისხლის სურათი უფრო უახლოვდება შედარებით ნორმას: ერითროციტები დიდ უმეტეს შემთხვევაში მომატებულია, თუ შევადარებთ I მომენტის დროს სისხლის მიღებულ სურათს. ესევე ითქმის ჰემოგლობინის შესახებ. ლევკოციტების რაოდენობაც მომატებულია 100—700-მდე. ლევკოციტალური ფორმულა იძლევა: ლიმფოციტების შედარებით I მომენტთან დაკლებას 1%—13%-მდე. აგრეთვე შედარებით დაკლებულია მონოციტები 1%—6%-მდე.

ერთ-ერთ უმთავრეს მეთოდად მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში აღიარებულია რაიტის (Wright) რეაქცია.

არსებობს ორი ტიპი ამ რეაქციისა:

- 1) საორენტაციო მეთოდი და
- 2) ვიდალის ტიპის რაიტის რეაქცია.

ს ა ო რ ი ე ნ ტ ა ც ი ო მ ე თ ო დ ი :

ერთ წვეთ შრატს აღებულ სისხლისა ვუმატებდით 17 წვეთს ფიზიოლოგიურ ხსნარისა და ორ წვეთს „რაიტის დიაგნოსტიკუმისა“. ნარეუს სამ ინგრედიენტისაგან შემდგარს ვაცხელებდით სპირტის ასანთის ალზე და ვანჯღრევდით განუწყვეტლოვ 1—5 წუთის განმელობაში.

თუ რეაქცია დადებითი იყო ვლებულობდით აშკარად გამოსახულ აგლიუტინაციას. ამის შემდეგ უკვე საბოლოო ტიტრის გამოსაკვლევად ვსდგავდით ვიდალის ტიპის რაიტის რეაქციას შრატის განზავებით  $1/50$ — $1/5000$ -მდე. ამისათვის ყოველ განზავებიდან ვიღებდით თითო კუბიკურ სანტიმეტრს და ვუმატებდით ან „რაიტის დიაგნოსტიკუმის“ 3—4 წვეთს ან აღებული განზავებისვე რაოდენობის ცოცხალი მიკროოკოკებისგან მომზადებულ ემულსიას. მიკროოკოკული ემულსია მზადდებოდა ფიზიოლოგიური ხსნარით, რაშიდაც ეხსნიდით 3—4 დღიან კულტურას *microc. melitensis*-ისა აღზრდილს აგარზე. საკონტროლო მასრაში ვასხავდით მარტო ფიზიოლოგიურ ხსნარს და იმავე რაოდენობის მიკროოკოკულ ემულსიას ან 3—4 წვეთს „რაიტის დიაგნოსტიკუმ“-ისა. მასრებს 2 საათით ვსდგავდით თერმოსტატში. ამ ვადის განვლისას მასრებს ვსტოვებდით ოთახის  $t^{\circ}$ -ში. დადებით შემთხვევაში იმავე დღესვე ან უფრო უკეთ მეორე დღეს ვამჩნევდით აშკარად გამოსახულ აგლიუტინაციას, რასაც ვიღებდით მასრების შენჯღრევის შემდეგ. შენჯღრევამდე კი ჩვენ ვხედავდით მასრებში გამსჭვირვალე სითხეს, რომლის ძირში იყო ნალექი მიკროოკოკებისგან შემდგარი, რის შენჯღრევაც იძლევა აგლიუტინაციას.

ვინაიდან ნორმალური აგლიუტინინებიც ხშირად იძლევიან აგლიუტინაციას, როგორც მაგალითად მუცლის ტიფის დროს (Régre Raynaud), პარტახტიანი ტიფის დროს (Nicolle), ტუბერკულოზის დროს (Evangelosta, Konzich და Critien-ი) ჩვენ ვსარგებლობდით გამორიცხვის მეთოდით ე. ი. ინაქტივაციის საშუალებით ჩვენ ვკლავდით ნორმალურ აგლიუტინინებს და ვსტოვებდით სტაბილურ აგლიუტინინებს, რომლებიც ჩნდებოდა უშუალოდ ავადმყოფობის ზეგავლენის ქვეშ. ინაქტივაციას ვაწარმოვებდით  $1/3$  საათის განმავლობაში  $t^{\circ} 56$ : ამრიგათ სერორეაქციას ვახდენდით აქტიური და ინაქტიური მეთოდით.

აქ მოგვყავს რაიტის რეაქციის შედეგები 4 მომენტის დროს აღებულ სისხლისა.

I მომენტში აღებულია სისხლი მაღალი  $t^{\circ}$  დროს, II, III და IV მომენტში ნორმალური  $t^{\circ}$  დროს. მე IV მომენტში მხოლოდ ერთ შემთხვევაში არის სეროლოგიურად სისხლი გასინჯული მაღალი  $t^{\circ}$  დროს.

ყველა მომენტებში აქტიური მეთოდი იძლეოდა მეტ სეროლოგიურ ტიტრს. რეაქცია არის დადგმული *micrococ. melitensis*-ის და *bact. abortus Bang*-ის შტამებით.

I მომენტი. მაქსიმალური ტიტრი უდრის 1:5800, მინიმალური 1:1700. განსხვავება აქტიურ და ინაქტიურ მეთოდთა ტიტრთა შორის ქანაობს ყველა შემთხვევებში  $1/100$ — $1/1400$  ფარგლებში. *Bact. abortus Bang*-ის შტამით კი დადგმულია სერორეაქციები მხოლოდ ინაქტიური მეთოდით.

მე II მომენტი. აქტიური მეთოდის მაქსიმალური ტიტრი უდრიდა 1:4200 მინიმალური 1:1400. ამ მომენტში ე. ი. დაბალ  $t^{\circ}$  დროს ტიტრი ყოველთვის ნაკლები იყო. თუ შევადარებთ აქტიურ მეთოდთა ტიტრს I და II მომენტების დროს მათი განსხვავება გამოიხატება ყველა შემთხვევებში  $1/100$ — $1/800$  ფარგლებში ე. ი. ამ რიცხვებში კლებულობს. ინაქტიურ მეთოდთა შორის კი ტიტრის დაკლება გამოიხატება  $1/100$ — $1/800$ . რაც შეეხება ტიტრთა განსხვავებას ამ ორ მომენტთა შორის *Bang*-ის ჩხირით, მათი დაკლება მე II მომენტის დროს გამოიხატება ყველა ჩვენ შემთხვევებში  $1/20$ — $1/200$  ფარგლებში.

მე III მომენტი. ამ დროს ტიტრი იზრდება. ვადარებთ I მომენტის დროს მიღებულ მონაცემებს. აქტიურ მეთოდთა შორის ტიტრის განსხვავება გამოიხატება 0— $1/1400$  ფარგლებში. ინაქტიურ მეთოდთა შორის კი ტიტრის მომატება გამოიხატება 0— $1/900$  ფარგლებში. ტიტრის განსხვავება *Bang* ის ჩხირის შტა-



მით გამოიხატება  $0-1/200$  ფარგლებში ე. ი. ყველა შემთხვევაში ამ მომენტის დროს ჩვენ ვიღებთ მეტ სეროლოგიურ ტიტრს.

მე IV მომენტი. ეს მომენტი არის დაკავშირებული ავადმყოფების კლინიკურად გაუმჯობესებასთან. ამ დროს მაქსიმალური სეროლოგიური ტიტრი *micrococ. melitensis*-ის შტამით აქტიურ მეთოდით უდრის  $1/4000$ , მინიმალური იმავე შტამით  $1/800$  ინაქტიური მეთოდით მაქსიმალური ტიტრი  $1/3600$ , მინიმალური  $1/500$ . ვადარებთ ამ მომენტის მონაცემებს I მომენტის მონაცემებს. ამ დროს ყველა შტამებით ტიტრი ნაკლებია. აქტიუც მეთოდთა შორის ეს განსხვავება გამოიხატება (*microc. meliten.* შტამით)  $1/640-1/2100$  ფარგლებში. ინაქტიურ მეთოდთა შორის ტიტრის დაკლება გამოიხატება  $1/300-1/2300$  ფარგლებში. აგრეთვე დაკლებულია ტიტრი Bang-ის ჩხირითაც, რაც გამოიხატება  $0-1/450$  ფარგლებში.

ჩვენ გავატარეთ აგრეთვე Bordet-Gengou-ს ალექსინის ფიქსაცია.

ამისათვის ჩვენ ვსარგებლობდით შრატით იდაყვის ვენიდან აღებულ სისხლსა. წინასწარ ვახდენდით შრატის ინაქტივაციას  $1/2$  საათის განმავლობაში  $t^{\circ} 56^{\circ}$ , რომ მოგვეკლა ნორმალური კომპლემენტი. ანტიგენად ვხმარობდით *Micrococcus melitensis*-ის ემულსიას შემდგარს სხვა და სხვა შტამისაგან. ეს იყო ერთი წყება ჩვენი რეაქციისა. მეორე წყება წარმოადგენდა ალექსინის ფიქსაციის რეაქციას. ამ დროს ანტიგენად ვხმარობდით Bang-ის ჩხირისაგან მომზადებულ ემულსიას, *Micrococcus melitensis*-ის ანტიგენი წარმოადგენდა ემულსიას, მომზადებულს 3-4 დღიურ. კულტურისაგან, აღზრდილს ირიბ აგარზე, განხავებულ ფიზიოლოგიურ ხსნარში და დახოცილ  $60^{\circ}$  1 საათის განმავლობაში. ყოველ რეაქციის დადგმისას ვიკვლევდით ანტიგენის დოზას სპეციფიკურ და ნორმალურ შრატთან. ემულსიის კონცენტრაცია უდრიდა 1 მილიარდს 1 კუბ სანტიმეტრში, რაც იძლეოდა მთლიან ჰემოლიზს ორმაგ დოზიან კომპლემენტით წინასწარ ტიტრაციის დროს ნორმალურ და სპეციფიკურ შრატთან. სამუშაო დოზათ მიკროკოკის ანტიგენისა გამომუშავებული იყო 0,125. მთავარ ცდაში იმგრედინტების მოცულობა უდრიდა 2,5 კუბ. სან. ანტიგენის ტიტრაციის დროს ვხმარობდით შემდეგ დოზებთან შრატს: 0,2; 0,1; 0,05; 0,025. ალექსინს ვიღებდით ორმაგ ტიტრიანს ჰემოლიტიურ სისტემის მიხედვით. ალექსინს ვხმარობდით  $10\%$ , ცხერის ერიტროციტებს  $5\%$ , ყოველ სერორეაქციის დროს ვხმარობდით წინასწარ ჩვენს ტიტრაცია ქმნილ ამოცეპტორს. შედეგის შეფასებას ვახდენდით მეორე დღეს წითელი ბურთულების ჰემოლიზის მიხედვით.

ჩვენ შემთხვევაში Bordet-Gengou-ს რეაქცია გაკეთებული იყო ყველა 26 შემთხვევაში. 10 ავადმყოფმა მოგვცა 4+. ხუთ შემთხვევაში მივიღეთ 3+. ექვს შემთხვევაში 2+. ხუთ შემთხვევაში 1+. შესანიშნავია ის გარემოება, რომ ჯვრების რიცხვი დამოკიდებული იყო ტიტრის რაოდენობაზე—მეტ ტიტრიანი სისხლი იძლეოდა მეტ ჯვრებს.

Bang-ის ანტიგენს ვხმარობდით ერთ შტამიანს, იგიც წარმოადგენდა 36 მილიარდ აგარის ემულსიას. მისი კონცენტრაცია და შემდეგი გამოყენება ისეთივე იყო, როგორიც *micrococ. melitensis*-ის ანტიგენის. მხოლოდ განსხვავება იმაში მდგომარეობდა, რომ ჰემოლიზის შეჩერებას იძლეოდა მეტად სუსტად.

გარდა ზემოდ აღნიშნული რეაქციებისა ჩვენ ვაწარმოებდით ალერგიულ Burnet-ს რეაქციას, რომელსაც აქვს დამხმარე მნიშვნელობა მალტას ცხელების დიაგნოსტიკის საკითხში. ჩვენ ამ მიზნისთვის ვხმარობდით ან მელიტოვაქცინას ან მელიტინს. შევყავდა კანქვეშ 0,1 კუბ. სანტ. ან ერთის ან მეორესი. დადებით შემთხვევაში ინექციის ალაგას ჩვენ ვიღებდით შეწითლებას ან შეშუპებას,

რომლის დიამეტრი უდრიდა 2—3 სანტიმ. ჩვენ მასალაზე ყველგან მივიღეთ დადებითი რეაქცია მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ მაღალ ტიტრირება ავადმყოფებმა მოგვცემს მეტად გამოხატული რეაქცია. ყურადღების ღირსია აგრეთვე მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში Castellani-ის აღსორბციის რეაქცია.

ეს რეაქცია დამყარებულია ავლუტინინების შთანთქმის პრინციპზე. ამას ეხმარობდით დიფერენციალური დიაგნოზის მიზნით, რომ გამოგვერიცხა ჯგუფური რეაქცია Bang-ის ჩხირთან. ეს რეაქცია გამოიხატება შემდეგში: ვიღებთ ორ მასრას, თითო მათგანში ვასხამთ 1 კუბ. სანტმ. ავადმყოფის სისხლის შრატს. ერთ მათგანში შეგვაქვს ყულფის საშუალებით *micrococ. melitensis*-ის კულტურა, მეორეში Bang-ის ჩხირის. ორთავე მასრას ვდგავთ თერმოსტატში 12 საათით, რის შემდეგ ვლექავთ ბაქტერიებს ცენტროფუგის საშუალებით. ნალექის ზემოდ მოქცეულ შრატს ვუშვებთ სააგლიუტინაციოდ. თუ ავადმყოფს აქვს *febris melitensis*, მისგან აღებული შრატი და შერეული Bang-ის ჩხირთან შეკრავს მხოლოდ დამატებითი ავლუტინინებს ე. ი. Bang-ის ჩხირის და დასტოვებს ხელუხლებლად სპეციფიკურ ავლუტინინებს ე. ი. *micrococ. melitensis*-ის. ამიტომაც მოგვცემს დადებით რეაქციას მხოლოდ *micrococ. melitensis*-ის შტა მით. ესევე შრატი დამუშავებული *micrococ. melitensis* კულტურით მოგვცემს უარყოფით რეაქციას როგორც მალტას მიკროკოკით, ისე Bang-ის ჩხირით, ვინაიდან ორმაგ დამუშავებით შეიკრებთან სპეციფიკური ავლუტინინებიც. ამ რეაქციითაც ვსარგებლობდით ყველა ჩვენ შემთხვევაში, ვინაიდან ეს გვაძლევდა საშუალებას გამოგვერიცხა ჯგუფური რეაქცია Bang-ის ჩხირთან.

ყველაზე მეტი მნიშვნელობა მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში აქვს ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას ე. ი. ჰემოკულტურის მიღებას. ჩვენ 26 შემთხვევიდან ჰემოკულტურა იყო მიღებული 18 შემთხვევაში. ამ შემთხვევებში დათესვა ხდებოდა მაღალ  $1^{\circ}$  დროს. სამ შემთხვევაში დათესვა არ მოხერხდა. 5 შემთხვევაში დათესვა ხდებოდა დაბალ  $1^{\circ}$  დროს და ჰემოკულტურაც ვერ მივიღეთ. იმ 18 ავადმყოფთა შორის, რომლებმაც მოგვცეს ჰემოკულტურა 15 შემთხვევაში მივიღეთ ზრდა ერთხელვე დათესვის შემდეგ. 4 შემთხვევაში მივიღეთ *micrococ. melitensis* ორ-ორჯერ დათესვის შემდეგ.

დათესვას ვახდენდით შემდეგნაირად: ვიღებდით იდაყვის ვენიდან 10 კბ. სტ. სისხლს. 5 კბ. სტ. ვთესავდით ბულიონზე და ირიბ აგარზე. 5 კბ. სტ. ვადიდებდით. შედეგებულ სისხლს ვაშორებდით შრატს. რჩებოდა კოლტი-დანაკვეთი, სადაც ვუშვებდით ბულიონს. მიუხედავად იმისა რომ ბოლო შემთხვევებში შრატთან ერთად ვაშორებდით ბაქტერიციდულ თვისებებს ზრდას მაინც ნაკლებათ ვიღებდით. სულ მიგვიღია 8 ჯერ. ეს გარემოება შეიძლება ავხსნათ შემდეგნაირად: შრატთან სისხლის ბულიონზე დათესვის შემდეგ, მეორე დღეს წარმოიქმნება აპკისებრი ბადე, შემდგარი ფიბრინისაგან და ჩამოშვებული ბულიონის ზედა პირიდან. მიკროკოკებს სწორედ უყვართ ამ ბადეში დაბუდება და გამრავლება. ამ ადგილიდან ვიღებთ დასათესად მასალას და გადავავაქვს პასტერის პიპეტით ირიბ აგარზე. ამიტომაც დათესვის შემდეგ ბულიონს არ ვანჯღრევთ, რომ აღზრდილი მიკროკოკები არ გაფანტოთ საერთო საკვებად მასაში. ზრდას ბულიონზე ვიღებდით 5—10 დღეზე. ხშირად ამ დროსთვის ჩნდებოდნენ წვრილი ნაზი კოლონიები, რომლებითაც გაჟღენთილი იყო ფიბრინისაგან შემდგარი ბადე. ბულიონი ჩვეულებრივად დიფუზურ შემდგურვას იძლეოდა 13 შემთხვევაში. 5 შემთხვევაში ბულიონი დარჩა გამსჭვირვალე, მაგრამ მის ბადისებერ

აპკიდან მაინც გამოვყავით *micrococ. melitensis*. იმ შემთხვევაში, როდესაც გადათესვას ვახდენდით ირიბ აგარზე ზრდას უფრო მალე ვიღებდით—სამ, ოთხ დღეზე. გადათესვას ირიბ აგარზე ვახდენდით ყოველ დღე.

კულტურის მიღების ყოველ შემთხვევაში ვახდენდით იდენტიფიკაციას: 1) ვიღებდით მალტას ცხელების იმუნურ შრატს და ვახდენდით მიღებულ კულტურის აგლიუტინაციას. 2) ვსდგავდით სეროორეაქციის მიღებულ კულტურის ავადმყოფის შრატთან. თუ ორთავე შემთხვევაში ვიღებდით აგლიუტინაციას ისმებოდა მალტას ცხელების დიაგნოზი. ჩვენ მიერ მიღებულ ყველა ჰემოკულტურის შემთხვევაში ვღებულობდით ამნაირ ჯვარედინ აგლიუტინაციას. ახლად გამოყოფილი მიკროკოკები ხშირად წარმოადგენენ კოკობაცილას. კოკები ჩვეულებრივად დალაგებული იყვნენ პრეპარატზე განცალკევებულად, ზოგჯერ ორ-ორი ერთად. დაკიდებულ წვეთში უმოძრაონი იყვნენ. სპორები და კაპსულები არა აქვთ. ფუძიან საღებავით კარგათ იღებებიან. Gram—უარყოფითი არიან.

დ ა ს კ ვ ა .

1) ვინაიდან მალტას ცხელება ძლიერ არის გავრცელებული საერთოდ ა/კავკასიაში და კერძოდ საქართველოში, ამიტომაც მის შესწავლას და ყველა კერების გამომჟღავნებას სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს.

2) მალტას ცხელებით დაავადების ფაქტორი ყველა ჰასაკისთვის არის საშიში, რადგანაც შესაძლებელია ავად გახდეს ამ სნეულებით, როგორც ახალ-გაზრდა, ისე მოხუცებული.

3) მალტას ცხელება ყველა ჩვენ შემთხვევებში იძლეოდა ლევკოპენიას, მონოციტოზს და ლიმფოციტოზს.

4) აპირექსიის დროს ლევკოპენია, ლიმფოციტოზი და მონოციტოზი უფრო აშკარად არის გამოსახული, ვიდრე პაროქსიზმის დროს.

5) პაროქსიზმის დროს სისხლში ემატება პათოლოგიური ელემენტები, ნეიტროფილების რაოდენობა შედარებით მომატებულია, რის გამო ლიმფოციტოზი,—მონოციტოზი კლებულობს, ამიტომაც haemogramma-ის გაკეთება აპირექსიის დროს მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში უფრო მისაღებია.

6) ერთროციტების მხრივ აღინიშნება საერთო რიცხვის დაკლება, უმეტეს შემთხვევაში მცირეოდენი ანიზოციტოზი, პოიკილოციტოზი, პოლიხრომატოფილია, შემჩნეულია აგრეთვე Hb დაკლება.

7) ლიმფოციტალური ინდექსი თვალსაჩინოდ დაკლებულია ნორმაზე, რაც აიხსნება ლიმფოციტების მომატებით.

8) რაიტის რექცია მაღალი t° დროს იძლეოდა მაღალ სეროლოგიურ ტიტრს, რადგანაც t° ახდენს აგლიუტინინების აქტივაოიას, მათ დაგროვებას.

9) სეროლოგიური ტიტრი დღიდან ავადმყოფობის შეყრისა კლინიკურად გაუმჯობესებამდე მატულობს.

10) ავადმყოფის გავანსაღება ან გაუმჯობესება არის მაჩვენებელი სეროლოგიური ტიტრის, ლიმფოციტოზის, მონოციტოზის და ლევკოპენიის მხოლოდ დაკლებისა.

11) Bordet-Gendou-ს ალექსინის ფექსაციას ისეთივე დიდი მნიშვნელობა აქვს მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში, როგორც რაიტის რეაქციას.

12) Castellani-ს შთანთქმის რეაქციას აქვს დამხმარე მნიშვნელობა მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში.

13) სისხლის დათესვა ჰემოკულტურის მისაღებად სასურველია მაღალი  $t^{\circ}$ -ის დროს, ვინაიდან მიკროოკოკების ცირკულაცია პერიფერიულ სისხლში ამ დროს უფრო ხშირია.

14) ერთჯეროვანი დათესვა სისხლისა ჰემოკულტურის მისაღებად საკმარისი არ არის, ვინაიდან მიკროოკოკების გამოსვლას პერიფერიულ სისხლში მუდმივი ხასიათი აქ არა აქვს.

15) რაიტის რეაქციას, როგორც მნიშვნელოვან მეთოდს მალტას ცხელების დიაგნოსტიკაში, სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს და როგორც მარტივი რეაქცია უნდა კეთდებოდეს პატარა ლაბორატორიებშიც.

16) ვინაიდან მალტას ცხელება სეროლოგიურად და კლინიკურად ძლიერ წააგავს Bang-ის ჩხირით გამოწვეულ სნეულებას, რაიტის რეაქცია *micrococ. melitensis*-ის შტამთან ერთად უნდა კეთდებოდეს Bang-ის ჩხირის შტამითაც და ამავე დროს დიაგნოზი მალტას ცხელებისა ისმებოდეს იდენტიფიკაციის საშუალებით.

#### ლიტერატურა.

1. W. Kolle und Wassermann. Handbuch der Pathogenen mikroorganismen.
2. U. Henri Reger. Congrès français de médecine XX sess. 1929.
3. Здродовский. Мальтийская лихорадка в Азербайджане. Вестник Микроб. и Эпидемиологии. Саратов. 1923 г.
4. Здродовский. Мальтийская лихорадка или лихорадка Средиземного моря. Сборник Красного Полумесяца. 1924.
5. Мгебров. Мальтийская лихорадка в Азербайджане и ее клиника. Русский Журнал Троп. Мед. № 4-5-6. 1925 г.
6. Исаакья. Мальтийская лихорадка в Армении. Труды Троп. Армении. 1926 г., т. I.
7. Здродовский. К характеристике мальтийской лихорадки в Азербайджане. Труды Азерб. Инстит. микробиол. и гигиены. Выпуск ГИЗ. 1926 г. Баку.

#### И. Хомасуридзе.

#### К вопросу о диагностике мальтийской лихорадки.

Автор провел наблюдение над 26 больными, страдающими мальтийской лихорадкой. При диагностировании этого заболевания автор пользовался исключительно лабораторными методами исследования: гемограммой, реакцией Райта, фиксацией комплемента, р. Castellani, Burnet и по-

севом материала на соответствующие среды. От гемограммы во всех случаях получили следующие данные: лейкопению, лимфоцитоз и моноцитоз, причем было замечено, что кровь, взятая в момент апирексии, давала больше лейкопении, лимфоцитоза и моноцитоза. Со стороны эритропоеза отмечалось уменьшение общего количества эритроцитов и гемоглобина. В отношении серореакции следует отметить: при р. Райта титр разведения сыворотки повышался с момента начала заболевания и уменьшался к моменту выздоровления. Реакция отклонения комплемента во всех случаях была положительная. То же самое следует отметить и относительно р. Burnet. Из 26 больных гемокультура была получена в 18 случаях, причем следует сказать, что в этих случаях кровь всегда сеялась при высокой температуре.

### I. Chomassuridze.

#### A propos du diagnostique de la fièvre de Malte.

(Du laboratoire de l'hôpital „Kamo“. Chef d-r Chomassouridzé).

L'auteur a observé 26 malades atteints de la fièvre ondulante. Pour fixer le diagnostique il se servait exclusivement des méthodes du laboratoire: hémogrammes, réaction de Wright, fixation du complément, réaction de Castellani, réaction de Brunet. Les hémogrammes ont montrées les données suivantes: leucopenie, lymphocytose et monocytose; en même temps était remarqué que le sang prit au moment de l'apyrexie a montré une leucopenie, une lymphocytose et une monocytose plus prononcées. L'erythropoëse signale l'abaissement du nombre des erythrocytes et de l'hémoglobine.

Les données des séroréactions sont les suivantes: pour la réaction de Wright le mélange du titre augmente au comencement de la maladie et diminue vers sa fin.

La réaction de la déclinaison du complément était positive dans tous les cas. La réaction de Burnet donne les mêmes résultats on a obtenu l'hémoculture 18 fois sur 26, et il est indispensable de remarquer que dans tous ces cas le sang avait été semé au moment du point culminant de la fièvre.

**გ. ადამია**

ორდინატორი

**მალტის ცხელების ავტოვაქცინით მკურნალობის  
საკითხისათვის.**

(პროპედევტ. თერაპიული კლინიკიდან. გამგე პროფ. შ. მიქელაძე).

მალტის ცხელება ცნობილია, როგორც ერთ-ერთი იშვიათად მედგარი და ხანგრძლივად მიმდინარე სნეულება. იგი იწვევს ზოგ ადგილებში მრავალი ადამიანის დაავადებას ერთბაშად და ხშირად ვრცელდება ენდემიურად და ზოგჯერ ოჯახის ყველა წევრებს თვეობით და წლობით აავადმყოფებს და უკარგავს შრომის უნარს. სნეულება ფართოდაა გავრცელებული ხმელთა შუა ზღვას ნაპირებზე, ჩრდილოეთ აფრიკაში, შეერთებულ შტატებში, ფილიპინის კუნძულებზე, ალპების მიდამოებში, ბრაზილიაში, პროვანსში და არც ისე იშვიათი უნდა იყოს ჩვენში, სადაც პირველი შემთხვევა აწერილი იყო პროფ. ნ. მახვილაძის და ექ. ნ. ალექსიძის მიერ 1924 წ. და სადაც მას შემდეგ საკმაოდ დიდი რიცხვი დაგროვდა მალტის ცხელების შემთხვევებისა. ჩვენს კლინიკაში 5 წლის განმავლობაში სულ შემოვიდა მალტის ცხელების 7 ავადმყოფი, მათ შორის 1930—31 წელს იყო 5 შემთხვევა. ამიერ კავკასიიდან განსაკუთრებით გავრცელებულია იგი ადერბეიჯანში, როგორც ეს პირველად გამოარკვია და დაადასტურა პროფ. Здродовский-მ 1922 წ., შემდეგ სომხეთში (ისაკიანი 1923 წ.). საერთოდ სნეულების არსებობა, Hyghes-ის აზრით, ცნობილია ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს მიერ, მაგრამ ინფექციურ სნეულებათა ისტორიაში მალტის ცხელება გამოყოფილია როგორც ცალკე დაავადება დაახლოებით 60 წელია. კერძოდ ჩვენი ქვეყნისათვის, როგორც ზემოდ ავღნიშნეთ ის შედარებით ახალ სნეულებას წარმოადგენს, რის გამო ამ უკანასკნელ დრომდე ჩვენში იგი ექიმთა შორის ნაკლებად პოპულარული და ნაკლებად ცნობილი იყო.

მალტის ცხელებით დაავადებული ორგანიზმში პროგრესიულად უძლურდება და ხდება. ეს გახდომა ბოლოს და ბოლოს იღწევს სრულ კახექსიამდე და ზოგჯერ სიკვდილითაც მთავრდება. საერთოდ ისეთ შემთხვევებში, სადაც ასთენია და კახექსია მკვეთრადაა გამოხატული, პროგნოზი სერიოზულია. სტატისტიკური ცნობებით, სიკვდილობა ამ დაავადების ღროს საშუალოდ 10%-ს აღწევს. Spagnolio-ს დაკვირვებით, ზოგიერთი ეპიდემია სიკვდილობის 14,3%-ს იძლევა.

მალტის ცხელების გავრცელების საზღვრები დღითი დღე ფართოვდება, შემთხვევები მისი სიხშირისა ყოველდღიურად იზრდება, რის გამო ბრძოლა ამ დაავადების წინააღმდეგ უაღრესი ყურადღების ღირსია. სნეულების ასეთი გა-

ერცხლების და გახშირების ერთ-ერთ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს მის წინააღმდეგ წამლობის სისუსტე.

ამ უკანასკნელ დრომდე მალტის ცხელების მკურნალობა გამოიხატებოდა მხოლოდ ჰიგიენურ-დიეტეტურ და სიმტომატიკურ წამლობაში, რომელიც სრულიად შეეფარდებოდა მუცლის ტიფის მკურნალობას. რასაკვირველია, ბრძოლის ასეთი სუსტი იარაღი ამგვარი მედგარი და ხანგრძლივი დაავადების წინააღმდეგ უშედეგო იყო. ასეთ წამლობას შედეგად მოყვა მძიმე ფორმების განვითარება, სნეულების მეტის მეტად გახანგრძლივება, ყოველგვარი გართულებების წარბოშობა, მკვეთრი ასთენია, სიგამხდრე და სხვა, რის გამოც ეს სნეულება ითვლება ერთ-ერთ მძიმე დაავადებად. ამგვარი სურათის განვითარებას განსაკუთრებით ხელს უწყობდა ხანგრძლივად მკაცრი დიეტის დაცვა, რომელიც არ წარმოადგენს საჭიროებას, მთელი რიგი ავტორების აზრით, საქმლის მომწიფებელი ტრაქტის უმნიშვნელოდ დაზიანების გამო.

სიმტომატიკური წამლობით გულგატეხილი მეცნიერება ეძებდა სხვაგზას მკურნალობისას და მართლაც ამ უკანასკნელ წლებში მეცნიერებამ ფართოდ სცადა ეტიოტროპული მკურნალობა ამ სნეულების წინააღმდეგ მაგრამ მიღებული შედეგები მეტად ცვალებადია და იწვევს დიდ აზრთა სხვაობას მეცნიერთა შორის. სანამ სპეციფიკურ წამლობას შეეგებოდნენ მინდა ავლნიშნო წამლობის ზოგიერთი სხვა მეთოდებიც, რომელთა ხმარებით მიღებული შედეგები არ არის ინტერესს მოკლებული.

პირველი ავტორები, რომლებმაც იხმარეს ქინაქინა მალტის ცხელების წინააღმდეგ ფიქრობდნენ, რომ ნახეს სპეციფიკური წამლობა ამ დაავადებისათვის. ასეთივე შეხედულების იყვნენ მეთილენის ლილაზე, მაგრამ დღეს ყველასათვის ნათელია, რომ ასეთი წამლობა სრულიად მიუღებელია და, თუ შეიძლება ითქვას, მავნებელიც.

აღსანიშნავია წამლობა კოლოიდალური მეტალებით. Soyleyr, Petrille, Burget, Weil და Menard-ის მიერ მოწოდებულია ინტრამუსკულარული ხმარება კოლარგოლის, ელექტრარგოლის, კოლოიდალური როდიუმის და კოლოიდალური ოქროსი, მაგრამ მიღებული შედეგები არა დამაკმაყოფილებელია. ამავე ავტორებმა ამ ნივთიერების ინტრავენოზური შეყვანით მიიღეს უფრო სასურველი შედეგი.

ამგვარადვე დამაკმაყოფილებელი შედეგებია მიღებული Sozeau-ს მიერ უროფორმინის ინტრავენოზური შემხაპუნებით, მხოლოდ ამ ნივთიერების ინტრამუსკულარული ხმარება მისი აზრით ვერ იჩენს მოქმედებას და მეტად მტკივანია. მომეტებულ დოზებში მისი შეყვანა იძლევა გართულებებს თირკმელების მხრივ (Roger).

ზოგიერთი ავტორები გვირჩევენ სეპტიცემინის ინტრავენოზურ შემხაპუნებას კარგი შედეგებით.

Parterroyo თავის შრომაში მალტის ცხელების შესახებ მოგვიწოდებს წამლობას მწვავე ფორმების დროს მხოლოდ ნეოსალვარსანით, ქვემწვავე და ქრონიკულ შემთხვევებში კი შერეულ წამლობას ვაქცინით და ნეოსალვარსანით. ავტორი ადასტურებს კარგი შედეგებს ასეთი წამლობით.

ხელოვნურად გამოწვეული ჩირქგროვა (abcès de fixation) იჩენს საერთოდ კარგ მოქმედებას ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე. მას ხმარობენ კარგი შედეგებით მალტის ცხელების იოლი ფორმების დროს (Roziés, chaix, Aycard).

პიოთერაპია ანუ ინექციები ასეპტიური ჩირქისა (Pioformin) მოწოდებულია Hiss-ის, Bridé-ს, Netter-ის და სხვების მიერ.

პრეპარატი „202“ შემოღებულია ფართოდ ამერიკაში.

Izar-ი აღნიშნავს კარგ შედეგებს ტრიპლავინის ინტრავენოზური შემხაპუნებით (დოზა 0,01 1 kil წონაზე). მან ერთი შემთხვევაში მიიღო კარგი შედეგი ამ ნივთიერების ოყნის სახით ხმარებით.

ზოგიერთები გვირჩევენ გლუკოზის ხსნარის ინტრავენოზურ შემხაპუნებას.

პროტეინოთერაპია ამ სნეულების დროს ხმარებულია ოთხი ფორმაში: პეპტონოთერაპია, ლაქტოთერაპია, ჰემოთერაპია და ავტოსეროთერაპია. პეპტონოთერაპიის ხმარებით ავტორები არ აღნიშნავენ კარგ შედეგებს. შემხაპუნება რძისა მისგან გამოწვეული ადვილობრივი და ზოგადი მძლავრი რეაქციების გამო არ არის სასურველი, მასზე ხშირად უარს ამბობენ თვით ავადმყოფები. ჰემოთერაპია ხმარებულია ავტოჰემოთერაპიის სახით. (ინექციები ღუნდულოში კუბიტალური ვენიდან გამოღებული სისხლის 5,0—10,0-ის რაოდენობით). ასეთი წამლობით კარგი შედეგები მიიღეს Darbois, Girbal და Oddo-მ, მაგრამ სხვა ავტორები უარყოფითად შეხვდნენ მას. Lause-მ 10 შემთხვევიდან მხოლოდ ერთ ავადმყოფზე მიიღო დამაკმაყოფილებელი შედეგი. ჰეტერო-ჰემოთერაპიის შესახებ დაკვირვებები ძლიერ უმნიშვნელოა. Liotard და Philip-ი დადებითად ახასიათებს ავტოსეროთერაპიას. ზოგიერთებს მიუღიათ თითქოს კარგი შედეგი ლიმფოთერაპიით.

დამაჩირქებელი პლასტიკების ხმარებას ზოგჯერ მოყოლია სასურველი შედეგი. Lasablière ამ მეთოდს უწოდებს სახელად ფლიკტინოთერაპიას და არსებითად იგი ფიქსაციის აბსცესს მიგავს თავისი მოქმედებით.

დღეს დღეობით უფრო ყურადღების ცენტრში თერაპიულ წამლობიდან სდგას საკითხი სპეციფიკური წამლობის შესახებ, რომელთაც ეკუთნის სეროთერაპია, ვაქცინოთერაპია და ხმარება მიკრობთა ექსტრაქტების. ყველაზე მეტად ცნობილი შრატია Trambustt-სა და Donzello-ს, რომელიც მიღებულია თიკნების იმუნისაციით მალტის ცხელების მიკრობთა მკვდარი კულტურიდან და მეორეც ანტიტოქსიკური შრატი Sergent-ისა. სეროთერაპიით მიღებული შედეგები ზოგი ავტორების აზრით დამაკმაყოფილებელია (Parterroye, Eyre, Ewald და სხვები), მაგრამ დაკვირვებები Durant-ის წინააღმდეგია ასეთი წამლობის; მან თავის შემთხვევებში სეროთერაპიით ვერ მიიღო ვერავითარი ეფექტი.

სპეციფიკური წამლობიდან ყველაზე უფრო საყურადღებოა ვაქცინოთერაპია. პირველი სერიოზული დაკვირვებები ვაქცინოთერაპიაზე წარმოებული იქმნა 1907 წ. Eyre-ს Reyd და განსაკუთრებით Basset Smith-ის მიერ. ისინი ხმარობდნენ სიცხით მოკლულ კულტურას Bac. melitensis-ისა. თანამედროვე ხანაში ეს ცდები ფართოდ იქმნა გაძლიერებული და გამრავლებული. მთელი



რიგი სერიოზული დაკვირვებები და შრომები Sergent-ის და Lhéretier-ს ალჟირში, Nicolle-ის და Burnet-ს ტუნისში, Duran-ის ისპანიაში, Ranque-ს და Senes-ის Dargin-ის და Plazy-ს პროვანსში ადასტურებენ ვაქცინოთერაპიით მიღებულ კარგ შედეგებს. ვაქცინები მეტის მეტად მრავალფეროვანია. ჩვენ აქ მოვიყვანთ მხოლოდ ყველაზე უფრო ცნობილს და გავრცელებულს.

ვაქცინები სიცხით დახოცილ მიკრობებით (ფიზიკური მეთოდები)

1. ვაქცინა — Rey-ს
2. ვაქცინა — Basset-Smith-ის
3. ვაქცინა — Cergent-ის
4. ვაქცინა — პასტერის ინსტიტუტის.

ვაქცინები ვასტერილებული. ანტისეპტიკური ნივთიერებების დამატებით (ქიმიური მეთოდი)

1. ვაქცინა — ეთერით — Duran-ის
2. ვაქცინა — იოდით — Ranque-ს და Senes-ის
3. ვაქცინა — ფთორით — Nicolle-ის.

ვაქცინები სენსიბილიზაცია ქმნილი (პროცესი ბიოლოგიური)

1. ვაქცინა ავადმყოფის შრატის დამატებით Dargeint
2. ვაქცინა გამოჯანსაღებულის შრატის დამატებით (Caronia).

ყოველი ამ პრეპარატთან იხმარება თავისებურად. მაგ. Rey-ს ვაქცინას ხმარობენ  $\frac{1}{4}$  ct 8—10 დღის ინტერვალით. წამლობა უნდა იქნეს დაწყებული უმალვე, როგორც კი იქნება გამორკვეული სწორი დიაგნოზი. ეს არის კარგი შედეგის აუცილებელი პირობა (Rozies).

ვაქცინის შეშხაუნებას ყველა რეაქციები ადგილობრივი და ზოგადი, რომელიც ყოველთვის არ არის გამოხატული. ადგილობრივი რეაქციები გამოიხატება სუსტი ტკივილის გრძნობაში, სიწითლეში, სიცხეში და მკირედი შემსვენებაში შეშხაუნების ადგილას, რომელიც უბრალო ცხელი კომპრესებით დადებით ადვილად გაივლის ხოლმე. ზოგადი რეაქციები კი გამოიხატება ტემპერატურის მომატებაში ხშირად საკმაოდ მაღალ ციფრამდე (40°), რომელიც ვითარდება ინექციის 5—6 საათის შემდეგ. ზოგჯერ სიცხის მომატებას თან ყვება ტკივილების გამწვავება სახსრებში, მიაღვიები და საერთო მდგომარეობის გაუარესება. ყველა ეს მოვლენები გარდამავალია და არ არის ავტორთა მიერ აღნიშნული რაიმე სერიოზული გართულებები ინექციების შედეგად.

ვაქცინოთერაპიით მიღებულ შედეგები მეტად ცვალებადია, მას ყავს როგორც მომხრეები, ისე მოწინააღმდეგეები. Eyre-მ და Rey-მ ზოგ შემთხვევაში მიიღეს სასურველი შედეგი ზოგში — ცუდი. Basset-Smith-მა 61 ავადმყოფზე გაატარა ზუსტი დაკვირვება და სთვლის ვაქცინოთერაპიას სასარგებლოდ ქრონიკულ შემთხვევებში და საშიშრად მწვავე შემთხვევებში. სრულიად ასეთივე აზრისაა Parterroy. ვაქცინოთერაპიით ვერ მიიღეს კარგი შედეგი და მას სთვლიან არა ნამდვილ წამლობად Bezançon-ი და Phylibert-ი. დაკვირვებები Fiessinger-ის, Halbron-ის, Dargein-ის და Ducamp-ის წინააღმდეგია ვაქცინაციისა. მაგრამ ყველაზე

მძღავრი იერიში ვაქცინის წინააღმდეგ მიიტანა Alfred-coury-მ ის უარყოფს მკურნალობითი თვისებას ვაქცინისას.

სამაგიეროთ თუ ვაქცინოთერაპიას ყავს მოწინააღმდეგეები. მას გაცილებით უფრო მეტი ყავს მომხრეები. Ranque და Senez თავიანთ შესამჩნევ შრომაში სადაც გატარებულია 200 შემთხვევა მალტის ცხელებისა სამი წლის განმავლობაში მათ აქვთ ვაკეთებული 10.000 ინიექცია ვაქცინისა შედარებით მაღალ დოზებში, მაგრამ არავითარი ცუდი შედეგი არ მიუღიათ. მათი აზრით ასეთი წამლობა სასურველია და მიზანშეწონილი. ყველაზე უფრო საყურადღებოსა და ზუსტ სტატისტიკურ ცნობებს იძლევა ისპანის სკოლა. Duran-ი თავის შრომაში 600 შემთხვევაში მალტის ცხელებისა ადასტურებს, რომ ვაქცინოთერაპია რაციონალური და საიმედო წამლობაა, მისი დაკვირვებით სუსტდება ცხელების სიძლიერე, მცირდება შეტევები და მოკლდება ავადმყოფობის მიმდინირობა. გარდა ამისა მთელი რიგი ავტორებს (Astros, Murell, Sivan, Nicolle, Corania, Rozies, Durnand, Gravier, Longeron, Morenas, Sergent, Mignot და სხვებს) გამოქვეყნებული აქვთ კარგი შედეგები მიღებული ვაქცინოთერაპიით. Burnet, რომელიც მუდამ ნდობით უყურებს ვაქცინით წამლობას აღნიშნავს, რომ მეცნიერებამ ჩვენ მოგვცა მიზანშეწონილი წამლობა მალტის ცხელების წინააღმდეგ ვაქცინის სახით.

Stok-vaccin-B. abortus-იდან ხმარებული იქნა დამაკმაყოფილებელი შედეგებით Aurichio-ს მიერ. ის აწარმოებდა შემზაუნებას ინტრამუსკულარულად განსაკუთრებით ბავშვებში, მაგრამ Ledoux და Burnet უარყოფითად შეხვდნენ მას და აღნიშნავენ, რომ Stock-vacin-B. abortus არა აქვს არავითარი უპირატესობა melitensis-ის ვაქცინაზე.

ავტოვაქცინით წამლობასაც ყავს როგორც მომხრეები ისე მოწინააღმდეგეები. Courcoux-მ Lelong-მა და Corday-მ თავიანთ შემთხვევებში ვერ მიიღეს ვერავითარი სარგებლობა ავტოვაქცინით. ასეთივე აზრისაა Dargeini, მაგრამ ისპანიის სკოლა და განსაკუთრებით კი Ricardo Morgas აღნიშნავს კარგ შედეგებს მიღებულს ავტოვაქცინით. ასეთივე დამაკმაყოფილებელი შედეგებია მიღებული საფრანგეთში — Lisbonne-ის, Dubois-ს და სხვების მიერ. საინტერესოა ერთი შემთხვევა Lisbonne-ის, სადაც ერთი ინიექციას შედეგად მოყვა ცხელების ჩაქრობა. რის შემდეგ ვაკეთებული იქმნა კიდევ სამი ინიექცია, რითაც სწეულება სავსებით ჩამთავრდა. ორი წლის შემდეგ ამავე Lisbonne-მ გამოაქვეყნა კიდევ ახალი შრომა სადაც ის ადასტურებს, რომ ავტოვაქცინა უნდა ჩაითვალოს ერთ-ერთ შესამჩნევი წამლობად მალტის ცხელებისათ.

შემდეგ საინტერესოა წამლობა მიკრობთა ექსტრაქტებით, რომელთაც ეკუთნის მელიტინი (ფილტრატი მელიტენზისის კულტურიდან) და ენდოპროტეინი ან ენდოგლობინი Reilly-სა, მომზადებული Bac. abortus-იდან.

პირველად თვით Burnet-მა აღნიშნა, რომ მის მიერ მოწოდებული ინტრადერმოორეაქციის მელიტინისას აქვს არა მარტო დიაგნოსტიური არამედ საკმაოდ საიმედო თერაპიული მნიშვნელობა. დაკვირვებები მელიტინით წამლობაზე გა-

ტარებული აქვთ Debré-ს, Marie-ს, Giraud-ს, Lemierres-ს, Marschal-ს და სხვებს, რომლებიც ადასტურებენ ბურნეტის აზრს და ანიკებენ მელიტინს მკურნალობით თვისებას. მელიტინის შემზაბუნებას აწარმოებენ კანქევშ, ინტრა, მუსკულარულად და შეერთებულად ერთსა და იმავე დროს, როგორც კუნთში ისე კანქევშ (დოზა  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ —1,0). ინექციები უნდი იქნეს განმეორებული 3—4 დღის ინტერვალით. მზგავსად ვაქცინისა მელიტინიც იძლევა, როგორც ადგილობრივ ისე ზოგად რეაქციებს: მისი ხმარება შეიძლება მალტის ცხელების, როგორც შეტევების ისე აპირექსიის დროს. აწერილია შემთხვევები სადაც ვაქცინოთერაპიის უშედეგობის შემდეგ მელიტინის წამლობით მიუღიათ კარგი შედეგი, აგრეთვე მელიტინის მხოლოდ დიაგნოსტიური მიზნით. შემზაბუნებას თან მოყოლია ცხელების ჩაქრობა, მაგრამ მიუხედავად ამგვარი დადებითი შეხედულებისა, ფართო გავრცელება ვერც მელიტინმა მოიპოვა.

რაც შეეხება ენდობროტინის ხმარებას ამ მხრივ დაკვირვებები ძლიერ მცირეა. Courtois-ს, Garnier-ს და Mantel-ს აწერილი აქვთ ერთეული შემთხვევები, სადაც სნეულება არ ემორჩილებოდა სხვა მეთოდს წამლობისას, ამ დროს Beilly-ს ენდობროტინმა კი გამოიღო სასურველი შედეგი. დასასრულ, როგორც ვხედავთ ჩვენ მიერ ზემოაღნიშნული როგორც სპეციფიკური ისე არე სპეციფიკური წამლობის მეთოდები მეტად მრავალფეროვანია. შედეგები მათგან მიღებული ცვალებადია.

მეცნიერების ერთი ნაწილი მათს დადებითად ახასიათებს, მეორე ნაწილი კი უარყოფითად, საბოლოოდ ერთი მთლიანი და უკანასკნელი მტკიცე აზრი იმის შესახებ თუ რომელი ამ წამლობათაგანი არის ნამდვილი და ზუსტი მალტის ცხელებისათვის ჯერ-ჯერობით გამოთქმული არ არის.

ყველა ზემოაღნიშნულის შემდეგ მოგახსენებთ დაკვირვებებს ჩვენს საკუთარ შეიდი შემთხვევაზე მალტის ცხელებისა, სადაც გავატარეთ წამლობა ავტოვაქცინით. როგორც კლინიკურად ისე ლაბორატორიულად, დიაგნოზის გამორკვევის შემდეგ პროფ. შ. მიქელაძის რჩევით და დარბგებით ვიწყებდით ინექციებს ავტოვაქცინისას კანქევშ მცირე დოზებით 0,2 და თანდითანობით ვადიდებდით დოზებს 1—1,5 გრ. ინექციებს ვაწარმოებდით დღეგამოშვებით\*.

1 შემთხვევა. ქ-ძე სიმონი, 20 წლის, ტენიკოსი, ჩამოსულია რაჭიდან, ექვსი თვის განმავლობაში აღნიშნავდა ცხელებას 38°-ე ტკივილებს სახსრებში ძვლებსა და კუნთებში პროგრესიულ სიგამხორეს, ოფლიანობას უმადობას და შრომის უნარის მკვეთრი დაქვეითებას. კლინიკაში შემოსვლამდე დიდხანს მკურნალობდა ქინაქინით და სხვა მედიკამენტებით სრულიად უშედეგოდ. კლინიკაში მოთავსების და სწორი დიაგნოზის შემდეგ (სხვა კლინიკური ნიშნებთან ერთად Wright-ის რეაქცია დადებითი 1:10.000, მიღებულია ჰემოკულტურა Micrococcus melitensis-ზე) დაუწყეთ წამლობა ავტოვაქცინით ზემოაღნიშნული წესით, რომელმაც მოგვცა სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგი. ხანგრძლივი მედგარი ცხელება, რომელიც ნახევარი წლის განმავლობაში გამუდმებით აწუხებდა ავადმყოფს, სპეციფიკური მკურნალობით თანდითანობით შესუსტდა და ბოლოს სავსებით ჩაქრა, ტკივილებმა სახსრებში ძვლებსა და კუნთებში, ოფლიანობამ და ზოგიერთმა სხვა კლინიკურმა მოვლენებმა თანდითანობით გაუარა, კამის მადა მოემატა, სამი თვით გადიდებულმა ელენთამ ორი თითით დაიკლო, ერთი თითით გადიდებულ

\* დიდ მადლობას მოვახსენებ კლინიკის ასისტენტს ე. ნემსაძეს, რომელიც აწარმოებდა ჩვენი შემთხვევების ბაქტერიოლოგიურ დიაგნოსტიკას და ამზადებდა ავტოვაქცინას.

ღვიძლი არ ისინჯებოდა, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა შესამჩნევად გამოკეთდა, ზოგადმა ასთენიამ გაუარა, წონაში მოიმატა, და 12 დღის ნორმალური ტემპერატურის შემდეგ გაეწერა კლინიკიდან გაჯანსაღებული.

II. შემთხვევა. ავადმყ. ც-ნი ოტო 30 წლის, ცოლშვილიანი, მოსამსახურე, სამი თვის განმავლობაში აღნიშნავს გაზუდმებით ცხელებას, ოფლიანობას, ტკივილებს და კუნთებში, ნევრალგიებს, უძილობას, უმადობას და ძლიერ სისუსტეს. უკანასკნელად გაუჩნდა შეშუპება სახისა და ქვედა კიდურების, ამ ხნის განმავლობაში მკურნალობდა მუდმივად, როგორც მალარიით სახსრების რევმატიზმით და თირკმელებით დაავადებული, მაგრამ მდგომარეობა თანდითანობით უარესდებოდა. კლინიკაში დაწოლის შემდეგ (სხვა გამოკვლევებთან ერთად Wright-ის რეაქცია დადებითი 1:1,200, მიღებულია ჰემოკულტურა *Micrococcus Melitensis*-ზე) გავატარეთ წამლობა ავტოვაქცინით, მკურნალობის დაწყებიდან რამოდენიმე კვირის შემდეგ ავადმყოფს ერთგვარი უკეთესობა დაემჩნა, შეტევების ხანგრძლივობა თუ მკურნალობამდე დაახლოებით 10 დღე ორი კვირა გრძელდებოდა ავტოვაქცინით მკურნალობის შემდეგ 4—5 დღეზე დაიცდა. აპირექსია უფრო გახანგრძლივდა, ზოგადად შეტევების რიცხვი შემცირდა, ტკივილებმა სახსრებში, მიაღვიებმა, ნევრალგიებმა, ოფლიანობამ გაუარა, თირკმელების მხრივ ცილა 7<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-დან—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ზე დაიცდა, შეშუპებები დაუცხრა, ორი თითზე გადიდებული ღვიძლი და ელენთა მკურნალობის ბოლოს მხოლოდ ხელს ხვებოდა, ავადმყოფი ძალღონეზე მოვიდა, მკვეთრმა ასთენიამ სავესტით გაუარა და ორი კვირის ნორმალური ტემპერატურის შემდეგ გაეწერა კლინიკიდან გაუმჯობესებით.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ავადმყოფს შეტევების განახლებასთან ერთად თირკმელების მხრივ მდგომარეობა უარესდებოდა. ცილა 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>100</sub>—6<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-დე აღიოდა. ამასთან ერთად მატულობდა ფორმული ელემენტები შარდში, რა გარემოებაც გვაფიქრებებს იმას, რომ ამ შემთხვევაში თირკმელების დაავადება გამოწვეული იყო ძირითადად სნეულებიდან, რომლის სასარგებლოდ ლაბარაკობს სპეციფიური წამლობის კარგი ეფექტი თირკმელების მხრივაც.

III შემთხვევა. ავადმყოფი d-ლი იოსები 31 წლის, მოსამსახურე, კლინიკაში შემოსვლამდე 18 დღის ავადმყოფი იყო, ქონდა მოვლენები ცხელებისა 38°—39°-ე, ოფლიანობა, მტებავი ხასიათის ტკივილები სახსრებში, ნევრალგიები, მიაღვიები, ორხიტი, ნეფრიტი, უმადობა, საერთო ნერვიულობა და ზოგადი ასთენია. ელენთა გადიდებულია თითნახევრით, ღვიძლი ერთი თითით, მკაფიოდ გამოხატულია იზიასის მოვლენები, სახსრებში აღინიშნება მტკივნელობა, როგორც აქტიური ისე პასიური მოძრაობის დროს, Wright-ის რეაქცია მივიღეთ დადებითი 1:500, მიღებულია აგრეთვე ჰემოკულტურა *Micrococcus Melitensis*-ზე. ამ შემთხვევაში ავტოვაქცინის მიმართ სნეულებამ ერთგვარი სიმტკიცე გამოიჩინა. ჩვენ 21<sup>1</sup>/<sub>2</sub> თვის განმავლობაში ვერ მივიღეთ ცხელების სრული ჩაქრობა მიაღვიებმა, იზიასმა, ორხიტმა, ოფლიანობამ გაუარა, ზოგადი მდგომარეობა ავადმყოფისა მცირედ გამოკეთდა მაგრამ მაინც დარჩა ტემპერატურა 36,5°—37,5°-ის ფარგლებში და გარდამავალი ხასიათის ტკივილები სახსრებში. გადიდებული ღვიძლი და ელენთა უცვლელი დარჩა. ასეთი მდგომარეობაში ავადმყოფი გაეწერა ჩვენგან სამსახურში აუცილებელი საჭიროების გამო, მაგრამ მანაც დადიოდა კლინიკაში ამბულატორიულად და წამლობას განაგრძობდა. კლინიკიდან გაწერვის თვენახევრის შემდეგ ავადმყოფი ისევ დაწვა ჩვენთან ტკივილებით სახსრებში და საერთო სისუსტით. ჩვენ კვლავ განავარძნობდით ზემოაღნიშნულ ინექციებს. ავადმყოფი უკანასკნელად კლინიკაში იწვა 18 დღის განმავლობაში თითქმის ნორმალური ტემპერატურით და საერთო მდგომარეობის უკეთესობით აღნიშნავდა მხოლოდ სუსტი ტკივილებს სახსრებში, რის შემდეგ ავადმყოფი გაეწერა ჩვენგან.

IV შემთხვევა. ავადმყოფი ტ-ვი ბიქტორი 54 წლის, მერძვე, კლინიკაში შემოსვლამდე 5 თვის ავადმყოფი იყო. უჩივოდა გაზუდმებით ცხელებას 39°—40°-ე თავის ტკივილს, უძილობას ძლიერი ნერვიულობას, ზოგჯერ იჩენდა ფსიქიური აშლილობის ნიშნებს განსაკუთრებით მაღალი სიცხის დროს. ღვიძლი გადიდებულია ორი თითით, ელენთა ერთი თითით. კუჭნაწლავის მხრივ აღინიშნება ყაბზობა და უმადობა. Wright-ის რეაქცია დადებითია 1:3,200. კლინიკაში მოთავსებამდე ქონდა მიღებული დიდი რაოდენობით ქინაქინი და სალიცილატები—სრულიად უშედეგით. ჩვენთან ავადმყოფი დიაგნოზის გამორკვევის შემდეგ დარჩა შედარებით მოკლე ხანს. ამ შემთხვევაში ცხელების სრული ჩაქრობა ავადმყოფის კლინიკაში ყოფ-

ნის დროს ვერ მოხერხდა, მხოლოდ ავტოვაქცინის კარგი ეფექტი უმეტესად ნათელი იყო რამოდენიმე ინიექციის შემდეგ. ტემპერატურას, რომელსაც მკურნალობის დაწყებამდე ქონდა თითქმის მუდმივი გვეტიური ხასიათი (დღილი 36,5° საღამოს 40°). ჩამოვიდა 36,5°—37,5°-ე ხოგადი ნერვიულობამ, თავის ტკივილმა, ფსიქიური აშლილობის მოვლენებმა გაუარა, ელენთამ მცირედ დაუკლო, ჰემის მადა მოემატა, ავადმყოფს ერთგვარი გამოცოცხლების ნიშნები დაეტყვარის შემდეგ გაეწერა ჩვენგან თავისი სურვილით მაგრამ დადიოდა კლინიკაში და წამლობას განაგრძობდა. ავადმყოფი შეგნებული მოქალაქე იყო, ჩვენის დავალებით ის სისტემატიურად იზომავდა სიცხეს და ერთი კვირის განმავლობაში კლინიკიდან გაწერვის შემდეგ უკვე ტემპერატურა ნორმამდე ჩამოვიდა.

ავადმყოფი ჩვენის თხოვნით შემდეგშიც გამოცხადდა რამოდენიმე ჯერ ჩვენთან, თავს სრულიად კარგად გრძობდა და არავითარი ცხელების მოვლენებს არ აღნიშნავდა.

V შემთხვევა. ავადმყოფი ვ-ია ბორის 22 წლის, სტუდენტი, უჩივის სახსრების ტკივილს, სიცხეს 38°—39°-ე, ფზიხელს ძილს, ხანგამოშვებით თავის ტკივილს საერთო ნერვიულობას და სისუსტეს სამი თვეა რაც ეს მოვლენები აწუხებს. ელენთა გადიდებულია ორი თითით, ღვიძლი თითნახევრით, ორთავე მუხლისა და კოჭვივის სახსრებში აღინიშნება მტკივნაობა როგორც პასიური ისე აქტიური მოძრაობის დროს. Wright-ის რეაქცია დადებითია 1:6.000, მიღებულია ჰემოკულტურა *Micrococcus Melitensis*-ზე. ჩვენთან მოთავსებამდე დიდხანს წამლობდა, როგორც სახსრების რევმატიზმით დაავადებული სრულიად უშედეგოთ. ორი თვის განმავლობაში მკურნალობდა წყალტუმოს კურორტზე. ჩვენთან დიაგნოზის სწორი გამოარკვევის შემდეგ დაუწყეთ ზემოაღნიშნული წამლობა. ამ შემთხვევაში ჩვენ უკვე მეხუთე ინიექციაზე მივიღეთ ცხელების სრული ჩაქრობა.

VI შემთხვევა. ავადმყოფი ო-ვი ლევანი 15 წლის, მოწაფე, ორი თვეა რაც ავადმყოფი უჩივის ცხელებას 39°—40°-ე საერთო დამტვრეულობას და ნერვიულობას, ოფლიანობას განსაკუთრებით ღამისაღმართით. ელენთა გადიდებულია სამი თითით, ღვიძლი ერთი თითით, Wright-ის რეაქცია დადებითია 1:5.000. მიღებულია ჰემოკულტურა *Micrococcus Melitensis*-ზე. ამ შემთხვევაში ავტოვაქცინით ჩვენ პირდაპირ შესამჩნევი შედეგი მივიღეთ. უკვე მეორე ინიექციის შემდეგ სიცხე კრიტიკულად დაეცა ნორმამდე და მას შემდეგ არ აწეულა. ამისთან ერთად ავადმყოფს თანდითანობით გაუარა ტკივილებმა სახსრებში, საერთო დამტვრეულობამ, ოფლიანობამ და სხვა კლინიკურმა მოვლენებმა და 16 დღის ნორმალური ტემპერატურის შემდეგ გაეწერა ჩვენგან გიჯანსაღებული მაგრამ ისევ დადიოდა კლინიკაში და წამლობას განაგრძობდა. არავითარი მოვლენები ცხელების ან სხვა მას არ აწუხებდა. ეს ავადმყოფი ცხოვრობს ჩვენი საავადმყოფოს გვერდით და თელსაც ხშირად ეხედებით მას სრულიად ჯანსაღ მდგომარეობაში.

VII შემთხვევა. ავადმყოფი შ-ი ნადეჟდა, 26 წლის, მოსამსახურე, კლინიკაში შემოსვლისას უჩივოდა მაღალი სიცხიანობას 39,5°—40,4°, მკვეთრი სიგამბორის და სისუსტეს, მტეხავი ტკივილებს სახსრებში და მოვლითი ტკივილებს მუცელში, უმადობას და შემაწუხებელ ოფლიანობას. რვა თვეა რაც ავად არის. ავადმყოფობა განუვითარდა თანდითანობით. ტკივილებით სახსრებში, სიცხის მომატები და პროგრესიულად საერთო მდგომარეობის გაუარესებით. ასეთი მოვლენები ავადმყოფს პერიოდულად ხან უმწვავედებოდა და ხან უყუჩდებოდა, მაგრამ როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს მიუხედავად შეტევების შესუსტებისა სიცხე მას მაინც არასოდეს 37,4°-ზე ქვევით არ დაწეოდა. მკურნალობდა ამ ხნის განმავლობაში მუდმივად მაგრამ მდგომარეობა თანდითანობით უარესდებოდა. ბოლო ხანებში მეტად დასუსტდა და გახდა, რის გამო მოთავსებულ იქმნა ჩვენთან კლინიკაში. წასული ავადმყოფობიდან ავადმყოფის მესხიერებაში ამგვარი სიცხიანი ან სხვა რაიმე მძიმე ავადმყოფობა არ აღინიშნება. ობიექტიურად ავადმყოფი თითქმის ნახევრათ პასიურ მდგომარეობაშია, მეტად გამხდარი და დაუძლურებული, ლარწოვანები ანემიური, ცხინჯება გადიდებული პერიფერიული ლიმფური ჯირკვლები, მუცელი პალპაციით მტკივნაია განსაკუთრებით პარაუმბილიკალური ხაზები, ელენთა ორი თითით გამოდის ნექნთა რკალიდან მტკივნაია, ღვიძლი მცირედ ისინჯება. Wright-ის რეაქცია დადებითია 1:4.800. მიღებულია ჰემოკულტურა მიკროკოკუს *Melitensis*-ზე. ავტოვაქცინამ ჩვენ აქაც დადებითი შედეგი მოგვცა, ავადმყოფი რომელიც თითქმის განწირულად ითვლებოდა და რომლის ამგვარ მაღალ ცხელებზე ვერავითარი წამლობამ გავლენა ვერ მოახდინა, ავტოვაქცინის მკურნალთა თანამედროვე მედიცინა. № 1—2.

ნალობის შემდეგ მისი კარგი ეფექტი როგორც ჩვენთვის ისე ავადმყოფისათვის ნათელი იყო. მაღალი, მძლავრი ცხელება თანდათანობით შესუსტდა და ბოლოს სავსებით ჩაქრა, ავადმყოფი თანდითანობით გამოკეთების გზას დაადგა, კვება მოემატა, ძაღლონებზე მოვიდა, სახსრებში ტკივილებმა და ოფლიანობამ თანდითანობით გაუარა, ელენთამ ერთი თითით დაბატარავდა და უკანასკნელად ავადმყოფი შემოსული ნახევრათ პასიურ მდგომარეობაში გაეწერა ნორმალური ტემპერატურით კლინიკურად გაჯანსაღებული, მაგრამ ინიექციებს მაინც განაგრძობდა.

ჩვენი მასალიდან სჩანს რომ ავტოვაქცინა უეჭველად დადებითად მოქმედობს მალტის ცხელების დროს. ჩვენ თითქმის ყველა შემთხვევაში მკურნალობის დაწყებისთანავე მივიღეთ ცხელების ჩაქრობა მესამე შემთხვევის გამოკლებით სადაც ავტოვაქცინამ იმედი სრულად ვერ გაამართლა. როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ ტემპერატურის დაცემასთან ერთად ავადმყოფები კლინიკურად ჯანსაღდებოდნენ: ტკივილები სახსრებში, ნევრალგიები, მიალგიები, ორხიტი, ნეფრიტი, ასთენია და სხვა მოვლენები თანდათანობით სუსტდებოდა და ბოლოს სავსებით ქრებოდა, განსაკუთრებით აღსანიშნავია მე-VI-ე შემთხვევაში ავტოვაქცინის შესამჩნევი მოქმედება, სადაც ჩვენ მეორე ინიექციისთანავე მივიღეთ ცხელების სრული ჩაქრობა და ავადმყოფის მოკლე ხანში გაჯანსაღება. მესამე შემთხვევაში მიუხედავად მკურნალობისა, ცხელება სამი თვის განმავლობაში მაინც გრძელდებოდა, თუმცა მისი სიმძლავრე საგრძობლად შესუსტდა. როგორც ავღნიშნეთ ავადმყოფს უკანასკნელად კლინიკაში ყოფნისას ორი კვირის განმავლობაში თითქმის ნორმალური ტემპერატურა ქონდა, მაგრამ მაინც აღნიშნავდა საერთო სისუსტეს და ტკივილებს სახსრებში. ეს შემთხვევა ჩვენის აზრით უნდა მიეკუთნოს მალტის ცხელების მძიმე ფორმას. ამ გარემოების სასარგებლოდ ლაბარაკობს ავლუტინინების ნაკლები წარმოშობა შედარებით ამ მძიმე შემთხვევაში და თითქმის ყოველგვარი გართულებების არსებობა. მე-7-დე შემთხვევაში ავტოვაქცინის მოქმედება შეიძლება ჩაითვალოს სრულიად დამაკმ. ხანგრძლივი მედგარი ცხელება რომელიც 8 თვის განმავლობაში ვერავითარი მკურნალობამ ვერ შეანელა და რომელმაც ავადმყოფი თითქმის დაღუპვის კარზე მიიყვანა, ჩვენთან კლინიკაში ავტოვაქცინის წამლობის გატარების შემდეგ მისი კარგი ეფექტი როგორც ჩვენთვის ისე ავადმყოფისათვის თვალსაჩინო იყო. ჩვენი შემთხვევაში აცხვირად ინიექციებს თან ყვებოდა რეაქციები ადგილობრივი და ზოგადი, მზგავსად იმისა, როგორც ეს არის აღნიშნული სხვა ავტორების მიერ, მაგრამ მეორე დღესვე ყველა ეს მოვლენები უკვე თავისთავად ქრებოდა და არავითარი სერიოზული გართულება ინიექციის შედეგად ჩვენ არ მიგვიღია. იშვიათად რეაქცია იმდენად მძლავრი იყო, რომ იძულებული ვხდებოდით შეზხაპუნება 2—3 დღის ინტერვალის შემდეგ გაგვეკეთებია. ჩვენი მასალის მიხედვით, რასაკვირველია, ძნელია საბოლოოდ რაიმე მტკიცე აზრის გამოტანა მით უმეტეს, რომ დღეს დღეობით სამკურნალო მეცნიერების საუკეთესო წარმომადგენლებიც კი ვერ სწყვეტენ საბოლოოდ ამ საკითხს, მაგრამ უეჭველია ჩვენი პატარ დაკვირვება ამ დაავადების შესახებ გარკვეულად ლაბარაკობს ავტოვაქცინის სასარგებლოდ. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ თუმცა ამჟამად არსებული სპეციფიკური წამლობით მტერი საბოლოოდ დაძლეული არ არის, მაგრამ ამ მხრივ მაინც დიდი რამაა შესრულებული და მომავალში ეს მეთოდი წამლობისა უფრო ფართოდ და მაგრად მოიდგამს ფეხს.

Г. Адамия

## К вопросу о лечении мальтийской лихорадки автовакциной.

Автор приводит литературный обзор методов лечения мальтийской лихорадки вообще и на основании своих семи собственных случаев леченных аутовакциной, приходит к выводу, что этот метод лечения является одним из наиболее эффективных.

Во всех случаях получился положительный результат (прекращение лихорадки и клиническое выздоровление) кроме третьего случая, где эффект сравнительно был менее осязательным. В виду небольшого количества наблюдений автор воздерживается от окончательных выводов, но все же считает полезным и целесообразным широкое применение этого метода лечения в случаях мальтийской лихорадки.

### ლიტერატურა.

1. H. Roger — „Formes cliniques de la mèlitococcie“. Journal. med. Fran. № 5. 1929.
2. H. Roger — „Les complications nerveuses et paranerveuses“. Journal. med. Fran № 5 1929.
3. A. Rangué et Ch. Senes — „Le diagnostic bactériologique de la mèlitococcie“. Journal, med. Fran № 5 1929.
4. H. Roziès — „Traitement curatif de la melitococcie“. Journal. med. Fran № 5 1929.
5. F. Bezançon et Filibert — „in pathologie Medicale de Bezançon, Labbè Bernard et Sicard“. Maladies infectieuses. 1926. t. I.
6. Prof. Fr. Kraus u Th. Brugsch. — „Инфекционные болезни“. Перевод — том второй, вып. I, 1926 г.
7. ს. კანდელაკი — „ტროპიკული მედიცინის მოამბე“. 1928 წ. № 1.
8. Проф. П. Здродовский — „Труды II-го закавказского малярийного съезда — 1929 г. „Мальтийская лихорадка и ее эпидемиология в Азербайджане“.
9. Е. И. Марциновский и К. И. Скрябин — „Русский журнал тропической медицины“.
10. А. Н. Сисин, Е. Марциновский и С. Коршун — „Гигиена и эпидемиология“ 1930 г. № 1.

პარმენ ცომაია.  
კლინიკის ასისტენტი.

## ფილტვის პირველადი კიბოს შემთხვევა ფილტვის ახსვენით მიმდინარეობით.

დედათა და ბავშთა დაცვის ფაქულტეტის შინაგან სწეულებათა კლინიკიდან.  
გამგე პროფ. ნ. ი. მახვილაძე.

ფილტვის პირველადი ავთვისებიანი ხორცმეტები ლიტერატურის მიხედვით შედარებით იშვიათია, მაგრამ მისი რიცხვი უკანასკნელ დროს თვალსაჩინოდ გაიზარდა. ამას ხსნიან სხვათაშორის კლინიკური სიმტომების უფრო კარგად შესწავლით და სხვადასხვა მეთოდების გაუმჯობესობით (რენტგენი, ბრონქოსკოპია, ბრონქოგრაფია და სხვა). ამ მხრივ, თუ შევადარებთ ძველ და ახალ სტატისტიკას, მივიღებთ შემდეგ სურათს.

ძველი სტატისტიკა გაკვეთის საერთო რიცხვთან შეფარდებით:

მიუნხენის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი	{	Fuchs-ის ცნობები	12307	განკ.	0,065%
		Perutz-ის	21034	"	0,09 %
დრეზდენის	"	Kurt-Volf-ის	20116	"	0,23 %
ბრესლაუს	"	Hans Pässler-ის	"	ორგან. სხა კიბ. შეფ.	1,83 %
გერმანიის დიდი საავადმყოფოები		Орлов-ის	53173	"	0,19 %
რუსული სტატისტიკა		Говоров-ის	"	"	0,12 %
		"	ორგან. სხა კიბოსთან შეფარ.		1,57 %

ახალი სტატისტიკა:

მოსკოვის ხუთი დიდი საავადმყოფოს ცნობები	1927 წ.	Давыдов-ი	2,27%
როსტოვის	"	1924 წ.	Говоров-ი 2,6 %
გაკვეთის საერთო რიცხ. შეფარ.	"		19,4%

Brunn-ის ცნობები (ამერიკა) 1916-24 წ. — 0,21% წინააღმდეგ 0,04% 1872-1898 წ. Kikuth და Seyfoert-ი 0,76% გაკვეთის საერთო რიცხვთან შეფარდებით და ორგანიზმის სხვა კიბოსთან შეფარდებით 9,4%—15,5. რაც შეეხება ფილტვის პირველადი სარკომით დაავადებას, ეს უფრო იშვიათი შემთხვევაა, ვიდრე კიბო. კიბო შეიძლება უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე სარკომა. ამას ამტკიცებს Fuchs-ის ცნობები: 12307 გაკვეთაზე 0,009%, ასეთივე აზრისა არიან თითქმის ყველა ავტორები, მათ შორის Rutimeyer-ი და Tuele. სქესის მიხედვით ფილტვის კიბოთი უფრო მამაკაცები ავადდებიან 73%, 27% ქალები (Fuchs-ი, Pässler-ი, Volf-ი). ასაკის მიხედვით, Pässler-ის ცნობებით, უფრო მეტი დაახლოებით არის 40-60 წლამდე. ამას ადასტურებენ Dunkin-ის Sachs-ის და Петров-ის ცხრილები ფილტვების სარკომა კი უფრო ახალგაზრდათა შორის არის (Birch-Hirschfeld-ი).



ფილტვის კიბოს წარმოშობის ნამდვილი მიზეზი ჯერ-ჯერობით არ არის ცნობილი. არის მრავალი თეორიები. 1. გალიზიანების, 2. ინფექციური, 3. შთამომავლობითი, 4. პროფესიონალური, 5. ენდოგენური და სხვა. ყველაზე უფრო ცნობილია გალიზიანების თეორია, ამ თეორიის მიხედვით ბრონქის და ფილტვების ეპითელიუმის ზედმეტი გალიზიანება იძლევა უჯრედების მეტაპლაზიას და ამრიგად მზადდება პრეკანცერომატოზული მდგომარეობა, რომელზედაც შემდეგ ვითარდება სიმსივნე. გალიზიანებას იძლევა ქიმიურად რთული მტვრის შესუნთქვა. ამასთან დაკავშირებით ინტერესს არ არის მოკლებული ტრავმის მნიშვნელობა. Georg-ი, Löventhal-ი, Rosenbach-ი აღწერენ შემთხვევებს ფილტვის კიბოს განვითარებას ტრავმის შემდეგ. ინფექციური თეორიის დასადასტურებლად მოყავთ გრიპი. Berbliuger-ი უკავშირებს ფილტვის კიბოს ზრდას განსაკუთრებით უკანასკნელ ხანებში გრიპის ეპიდემიას 1918 წ. Askanzay-ის და Schmitmann-ის ცთები ადასტურებენ ბრონქის ეპითელიუმის მეტაპლაზიას გრიპის შემდეგ. პროფ. Петров-ის აზრით, შთამომავლობას აქვს არსებითი მნიშვნელობა ცალკე შესაფერ პირობებში. ამ მხრივ დიდი დაკვირვებითი ცდები აქვს გაკეთებული Slye-ის თეთრ თავებზე, მან დაამტკიცა. რომ კიბოიანი შთამომავლობის ცხოველების შეუღლების შემდეგ, ხშირად კიბოთი ის ორგანიზმი ავადდებიან, რომელი ორგანოს დაავადება ქონდა მის წინაპრებს. ამ უკანასკნელ ხანებში პროფესიას აკუთვნებენ დიდ მნიშვნელობას 1927 წ. ფრანგ მეცნიერებმა Roussy-მ და Heraux-მ გამოაქვეყნეს შრომა პროფესიონალური კიბოს სხვა და სხვა სახეების შესახებ. ყველაზე უფრო საყურადღებოა ამ მხრივ შნეებერგის მალაროებში მემალაროების შორის ფილტვის კიბოთი დაავადების დიდი რიცხვი, სპეციალური კომისია, რომელიც იყო გამოყოფილი 1879 წ. Härtling-ის და Hesse-ი მონაწილეობით გამოაშკარავა, რომ აღნიშნულ მალაროებში მემალაროებს 10-20 წლის მუშაობის შემდეგ 75% უჩნდებათ ფილტვის კიბო. ამას ხსნიან კობალტის, დარიშხანის ქარბად არსებობით მალაროს მტვერში და ჰაერში რადიუმის ემანაციით. ინგლისში კარგად ცნობილია ღუმელების მწმენდავთა შორის ფილტვის კიბო. პროფესიონალურ მიზეზთა შორის ცნობილია კიბოს დაავადება მახუთის და ნავთის წარმოებებში, ქიმიურ საღებავების და საქსოვ ქარხნების მომუშავებთა შორის. ექსპერიმენტალურად Laeitch-მა მიიღო კიბოს დაავადება თავებზე სხვადასხვა მინერალური ზეთების ზეგავლენით. აგრეთვე არა ნაკლებ ყურადღებას იპყრობს თანამედროვე ლიტერატურაში რენტგენოლოგიური კიბო Фрейгин-ის დისერტაციაში მოყვანილია ასეთი 104 შემთხვევა არის ცდები გაკეთებული ბაჭიებზე Bloch-ის მიერ 1923 წ. მან ექსპერიმენტალურად მიიღო X სხივების გავლენით ეპითელიალური კიბო. რაც შეეხება ენდოკრინულ თეორიას Kori-მ და Leob-მა ექსპერიმენტალურად თავებზე დაამტკიცეს აღნიშნული ჯირკვლების გავლენა და მნიშვნელობა კიბოს წარმოშობაზე.

წარმოშობის ადგილის მიხედვით ფილტვის პირველადი კიბოს ორ ფორმას არჩევენ. 1. კიბო წარმოშობილი მსხვილი და საშუალო ბრონქების ეპითელიუმის კედლებიდან. 2. კიბო წარმოშობილი თვით ფილტვის, პარენქიმიდან, ამავე ჯგუფში ათავსებენ კიბოს, წარმოშობილს წვრილი ბრონქების და ალვე-

ოლების ეპითელიუმიდან. კიბოს განვითარებულს მსხვილი და საშუალო ბრონქებიდან აქვს კვანძოვანი ფორმა და სიდიდით მუხუდოს კაკლის ოდენობიდან ქათმის კვერცხის ოდენობამდე აღწევს, მკიდროთ უერთდება ბრონქების კედლებს და ზოგჯერ იძლევა პაპილომატოზურ წარმოქმნებს ბრონქის სინათურში (Шор). კიბოს ეს ფორმა გაცილებით უფრო ხშირია და იძლევა მეტასტაზებს, როგორც ახლო, ისე შორეულ ორგანოებში. კიბოს მეორე ფორმა, განვითარებული თვით ფილტვის ქსოვილიდან, ვრცელდება ინფილტრაციის სახით და იკავებს ფილტვის, ერთ წილს ან მთელ ფილტვს. ამ ფორმის დროს ხშირია ფილტვის ქსოვილის დარბილება და დაშლა. პირიდან სისხლის დენა, ღრუს წარმოშობა და ზოგჯერ აბსცესის მაგვარი მიმდინარეობა, რომელმაც შეიძლება დაჩრდილოს ძირითადი სნეულება. მეტასტაზები, ორივე ფორმის დროს სხვა და სხვა ორგანოებში ხდება. მხოლოდ ეს პირველ ფორმას უფრო ახასიათებს 80% (Кузнецов).

ფილტვის პირველადი კიბოს სიმტომოკომპლექსი იმდენად მრავალფეროვანია და ზოგჯერ იმდენად რთული, რომ მისი სწორი დიაგნოზის დასმა დიდ სიმძნელეს წარმოადგენს. კლინიკური ნიშნებიდან უფრო აღსანიშნავია: ქოშინი, კახექსია, კომპრესიის სიმპტომი, მეტასტაზები, ტკივილები გულ-მკერდის არეში და სისხლიანი ნახველი, ზოგჯერ ყოლოს შელეს მაგვარი. ქოშინი მეტად ხშირ სიმპტომს წარმოადგენს, ზოგჯერ იმდენად ძლავრია, რომ ავადმყოფი ვერ პოულობს შესაფერ მდებარეობას და დიდათ იტანჯება, როგორც ეს იყო ჩვენ შემთხვევაში. ამას ხსნიან მსხვილი ბრონქების შევიწროვებით და ფილტვის სასუნთქი სივრცის შეზღუდვით. კახექსია ითვლება საიმედო სიმპტომად; რასაკვირველია უნდა მიექცეს შესაფერი ყურადღება ანანეზს, მისი განვითარების სისწრაფეს, რომელიც ასე კარგად ახასიათებს კიბოს დავადებას. ჩემ შემთხვევაში ეს კარგად იყო გამოხატული: ავადმყოფმა მოკლე დროის განმავლობაში დაკარგა 24 კი. კახექსიის განვითარებას აწერენ ქსოვილების უჯრედებზე ტოქსინების მოქმედებას. კომპრესიის სიმპტომი არის, როდესაც სიმსივნე იზრდება მედიასტინუმისაკენ, ჰილუსთან და მის ზემო ნაწილში. მისი ზედაწოლის შედეგად ვიღებთ მრავალფეროვან სურათს: პროგრესიულ ქოშინს, ფილტვის ატელექტაზს, სასულეს გადაწევას, ყლაპვის გაძნელებას, *n. recurrens*-ის დამბლას სახის, კისრის, ზემო კიდურების შეშუპებას, კანის ვენური კოლატერალების განვითარებას სათანადო მხარეზე. მეტასტაზები ვრცელდება სისხლის და ლიმფური სისტემის გზით, გარდა შინაგანი ორგანოებისა, იგი ჩდება კანში, კანქვეშა ქსოვილში, ძვალში, კუნთებში და სხვა. მედიასტინალური სიმპტომი და მეტასტაზები ჩვენ ავადმყოფს არ აღენიშნებოდა. გარედან დათვალიერებით უმეტეს შემთხვევაში აღსანიშნავია ფერმკრთალობა, კვების დაქვეითება და მეორადი ანემიის მოვლენები. სისხლის ანალიზი, თუ თან გართულებები არ სდევს ღირსეუანისნავ საბუთებს არ იძლევა. გართულების პირობებში ლევკოციტოზია. ჩვენ შემთხვევაში 22-24 ათასი ლევკოციტი იყო, ტკივილები ხშირი სიმპტომია ფილტვის კიბოსი და პროცესის მიმდინარეობის მხარეზეა. ტკივილების ხასიათი დიდ ვარიაციებს განიცდის, სიძლიერე მით უფრო დიდია, რამდენად პლევრა უფრო არის ჩათრეული.

ხველება მუდმივი სიმპტომია ფილტვის კიბოს დროს, ხშირად ნახველი სისხლიანია, ლორწოვან-ჩირქოვანი, ცუდი სუნის და სხვა. ასე რომ ადვილად შეიძლება იძლეოდეს სიმულაციას ქლეჟის, აბსცესის განგრენის ბრონქოექტაზიას და სხვა. კლასიკურად არის მიღებული ჟოლოს ყელეს მაგვარი ნახველი, როგორც ჩვენ ავადმყოფს ერთხელ ქონდა შემჩნეული. სპეციფიკურად და გამაწყვეტად არის ცნობილი დიაგნოზისათვის ნახველში თვით სიმსინის ნაწილის აღმოჩენა. აღნიშნული მთავარი სიმპტომები იშვიათად გვხვდება. უმეტეს შემთხვევაში სუსტად არის გამოხატული ან ადრევე ერთვის სხვადასხვა გართულებანი, რომელნიც ჩრთილავენ ძირითად სნეულებას. ამიტომ არის შეცთომების დიდი პროცენტი. Seher-მა 1904 წ. პათოლოგო ანატომიური გაკვეთის დროს 178 შემთხვევიდან მხოლოდ 6 შემთხვევაში ნახა სწორი დიაგნოზი. Schtechelini-მა კი 1915-23 წლამდე ნახევარ შემთხვევაში მიიღო დიაგნოზის გამართლება. ჯერ კიდევ უკანასკნელ წლების სტატისტიკა არსებულ ლიტერატურულ ცნობების მიხედვით იძლევა შეცდომების დიდ პროცენტს (54% Кузнецов) განსაკუთრებით ხშირია შეცდომები გართულებების დროს, როგორც არის ექსუდატიანი პლევრიტი, ტუბერკულოზი, აბსცესით, განგრენით და სხვა.

ამ მოკლე მიმოხილვის შემდეგ გადავალ ჩვენ შემთხვევაზე.

Anamnesis: ავადმყოფი კ. ნ. 56 წ. მამაკაცი ვაგონების გამსინჯავი სადგურ ბაქოში. უჩივის ქოშინს, ხველებს, ნახველი ბლომად ამოუდის, ტკივილებს მარცხენა მხარეზე ბეჭის არეში, სიტხეს შემცივნებით და საერთო სისუსტეს. ავად არის 2 თვეა. მანამდე სრულიად ჯანსაღად გძრობდა თავს. ავადმყოფობა თანდათანობით დაეწყო და სისუსტე გაუძლიერდა. ბავშვობაში ინფექციურ სნეულებებს უარყოფს. ოცი წლის წინედ გადაუტანია მალარია. ვეგერიული სნეულებიდან გონორეია, თამბაქოს ეყვება საშავლოდ. მაგარ სასმელებს არ ეტანება. მემკვიდრეობა საღი. ცხოვრების პირობები საშავლო.

St. praesens: საშავლო ტანის სწორი აგებულობის, ძვალ-კუნთოვანი სისტემა საშავლოდ განვითარებული. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად გამოხატული, კანი სუფთა მკრთალი ფერის, ლორწოვანი გარსი ანემიური, ლიფათური ჯირკვლები არ ისინჯებიან. სახის გამომეტყველება ნაღვლიანი-უიმედო. ლაგინში მდებარეობა იძულებითი, გულ-მკერდი ნორმალურ კონფიგურაციის სუნთქვა შერეული ტიპის წაშში 32-36, ლავიწის ზედა და ქვედა ფოსოები საშავლოდ გამოხატული სისხლის მიღები მცირედ სკლეროტიული, მაჯა სუსტი ავსების, რითმიული წუთში 92-120. სასუნთქავი ორგანოები: პერკუსიით მარცხენა ბეჭის შუა არეში ყრუ ხმა მის ირგლივ ტიმპანიური ხმიანობა. დანარჩენ ადგილებში კი ფილტვის ნორმალური პერკუსირიული ხმა. ექსპურსია შეზღუდული, Fremitus-ი შესუსტებული, მარჯვენა მხარეზე მთელი ფილტვის არეში ნორმალური ხმა, Fremitus-ი ნორმალური, ექსპურსია შეზღუდული. აუსკულტაცია: მარცხენა მხარეზე მოყრუების ადგილზე, სუნთქვა ცვალებადია; ხან შესუსტებული ხან მკრივი და ხან კი ბრონქიალური, აგრეთვე სველი ხიხინი სხვა და სხვა კალიბრის და ხასიათის, ხან სულ არ ისმის. დანარჩენ არეში სუნთქვა მცირედ შესუსტებული. მარჯვენა მხარეზე მკრივი გაძლიერებული სუნთქვა აქა-იქ მშრალი ხიხინი. გულის საზღვრები ნორმის ფარგლებში, ტონები მოყრუებული. სისხლის წნევა  $Mx-110$   $Mn-75$   $ind-4$  (Pachon-ით) ლეიძლის ქვედა საზღვარი მამილარულ ხაზზე გამოდის ნეკნია რკალიდან 3 სანტიმეტრით, სადაა და მტკივნეული, ზემო საზღვარი მებზე ნეკნზე. ელენთა არ ისინჯება, საჭმლის მომწელებელი და შარდ-სასქესო ორგანოები — N, მუცელი მცირედ შემოზღვრული პალპაციით მტკივნეულია ეპიგასტრიუმის არეში. ნერვიული სისტემა: მკაფიო წითელი ლერმოვარფიხში, რეფლექსები ცოცხალი მუხლები აწეული, თითების tremor-ი პათოლოგიური რეფლექსები არ აღენიშნება.

ანალიზები: შარდი — ჩალის ფერის, d 1013, რეაქცია მჟავე, მომღვრიო. ცილა, შაქარი, ნალღლის პიგმენტები არ არის, ურობილინი — N რეაქცია სისხლზე უარყო-

ფიტი, ინდიკანი ნორმაზე მეტი, აცეტონი არ არის დიახორაქცია უარყოფითი.  
ნალექში: პრტ. უბით: თითო ოროლა ჩირ. ბურთ. მ/არეში 3-4 ცილინდრები  
არ არის, ურატები ბლომად.

განავალი — ჰიის კვერცხები არ არის.

სისხლი — Hb — 56% Er — 4.050.000, Z — 22.000-24.000. E 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, St 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, S 67<sup>0</sup>/<sub>0</sub>,

Sv — 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> = სულ 79<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. L — 18<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Mn. 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Wassermann: Vernes, Khan-ის — უარყოფითი.

ბოტელო, ვაინბერგი — უარყოფითი.

ბეზრედკა — უარყოფითი. დალექის რეაქცია საათში — 14 შაქარი სისხლში 152-175 Mg<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

ნახველი განმეორებითი რამოდენიმეჯერ Koch-ის ჩხირები — უარყოფითი წონა ნოემბერში 67 kg.  
შემოსვლის დროს — 55 kg. გარდაცვალების წინ — 43 kg.

ავადმყოფმა კლინიკაში დაყო 40 დღე. ამ ხნის განმავლობაში შემდეგი მოვლენები იწვევდა ჩვენ ყურადღებას. სიცხე თავიდანვე 38° საღამომობით, დილაობით 37° 2-4 ხან 36,8 აწევის წინ შეამცივებდა, ხველება მუდმივად, ზოგჯერ შეტევითი ხასიათის, ნახველი მუდამ ბლომად ლორწოვან-ჩირქოვანი, ზოგჯერ ცუდი სუნის. თავიდანვე სისხლი ნახველში არ აღენიშნებოდა. ავადმყოფობის ბოლო ხანებში სისხლი ნახველში დროგამოშვებით. ყრუ ხმა მარცხენა ბეჭის შუა არეში და ცოტა ზემოდ. მისი ირგვლივ ტიმპანური ხმიანობა და სხვაგან ნათელი ხმა, მოვლენები ბუდობრივი ხასიათისა, სისხლში ლევკოციტოზი 22-24 ათასი. ამიტომ ასეთი მიმდინარეობის მიხედვით ჩვენ ვფიქრობდით აბსცესზე. მიუხედავად ამისა მეორე მხრივ მოვლენები, რომელიც ჩვენ თვალწინ განვითარდა ავადმყოფობის დასასრულს არა ნაკლებ ყურადღებას იპყრობდა. 1. სწრაფი კახექსია — ავადმყოფმა მოკლე დროის განმავლობაში დაკარგა 12 კილოგრამი. 2. ქოშინის პროგრესიული განვითარება და სიძლიერე, რომელიც არ შეეფერებოდა პროცესის მდგომარეობას მისი სიმცირის გამო. 3. სისხლიანი ნახველი ჟოლოს ჟელეს მავგარი, რომელიც ავადმყოფს ბოლო დროს ქონდა. ყველა ამ მოვლენების განვითარების მიხედვით ჩვენ მივედით იმ მოსაზრებამდე, რომ ჩვენ საქმე ფილტვის პირველად კიბოსთან უნდა გვექონოდა, რომელიც აბსცესით გართულებული იყო Diagnosis: Cancer et Abscesus pulm. ამას თითქოს რენტგენიც ადასტურებდა: მარცხენა მხარეს Hylus-ის ზემოდ და უკანასკნელთან დაკავშირებით მოსჩანს ჰომოგენური დაჩრთილვა უსწორო-მასწორო გვერდებით tumor pulm. sin. (ავადმყოფი გარდაიცვალა 19 თებერვალს საღამოს 4 საათზე)

გაკვეთის ოქმი: მარცხენა ფილტვის 21 st., სიგანე 15 st. სისქე 8 st. მის სისქეში ჰილუსთან ახლოს აღინიშნება დრუ უსწორო მოყვანილობის დიამეტრით 7-5-4 st. აღინიშნულ დრუს კედელი უსწორია — დადრნილი და მოფენილი მორუხო-მოწითლო ფერის, ნაწილობრივ დაშლილი მასით. შიგთავსი წარმოადგენს ელასტურ და მომკვრივო მასას, მუჭი წითელი ფერის, რომელიც ღრუში თავისუფლად მდებარეობს. დრუს კედელი მკრეცია და მოყვითალო თეთრი ფერის. ზოგიერთ ადგილში მორუხო-მოყვითლო, რომელიც შეუმჩნეველად გადადის ფილტვის ქსოვილში. მთავარი ბრონქების სანათური გამავალია, კედელი მათი გასქელებული, ერთი მათგანის სანათური უკავშირდება ზემოდ აღწერილ დრუს. ფილტვის ქსოვილი არა თანაბარი სიმკვრივის და განკვეთვებ მუჭი წითელი ფერის. ვისცერალური პლევრა ზედა წილის არეში მთლიანად შეზრდილია პარიეტალურ პლევრასთან და გასქელებულია. პერიბრონქიალური ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული განაკვეთზე მორუხო ფერი ფერისა.

მიკროსკოპიული გამოკვლევა. დრუს კედლიდან აღებულ ანათლებში აღინიშნება სხვა და სხვა ფორმის ეპითელიურ უჯრედებისაგან შემდგარი სხვა და სხვა ოდენობის კუნძულები და ზონ-

რები და მათ შორის შემავრთებელი ქსოვილოვანი კონები სისხლის ძარღვებით, რომელიც ნაწილობრივ ჰიალინურ გადაგვარებას განიცდის. ეპითელიური უჯრედები დიდებია და მათ ბირთვებში ქრომატინის სხვა და სხვა რაოდენობა აღინიშნება. აღნიშნულ უჯრედებში ხშირია კარიოკინეზები. ანათომებში ხშირია ნეკროზები და წრვილუჯრედოვანი ინფილტრაცია. Diagnosis: Carcinoma Sol dium fibrosum (მეორადი პროცესებით).

როგორც ჩანს გაკვეთის ოქმიდან ჩვენი დიაგნოზი გამართლებულია, ზემოდ აღნიშნული შემთხვევიდან სრულიად ცხადია, რომ აღნიშნული შემთხვევა უმთავრესად მიმდინარეობდა თავიდანვე როგორც აბსცესი და ქმნიდა დიდ სიძნელეს დიფერენციალური დიაგნოზის მხრივ. ასეთივე ორი შემთხვევა აბსცესით მიმდინარეობისა ფილტვის პირველადი კიბოს დროს აქვთ აღწერილი ფრანგ ავტორებს Emile Sergent, Imbert et poumenau Dellile 1929 წ. პირველი მათი შემთხვევა თავიდანვე ფილტვის ეხინოკოკის დიაგნოზით მიმდინარეობდა, რომელიც მხოლოდ რენტგენოლოგიურად იყო დასმული. ხოლო პუნქციით მიღებული ჩირქოვანი სითხის შემდეგ დიაგნოზი შეიცვალა აბსცესზე და სულ უკანასკნელად კარცინომაზე, ვინაიდან ემეტივით მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო, ამავდროს სწრაფად განვითარდა კახექსია მიემატა სისხლიანი ნახველი და ტკივილები. უკანასკნელი დიაგნოზი დადასტურდა გაკვეთაზე. მეორე შემთხვევაში ფილტვის აბსცესისა, რისთვისაც ოპერაცია იყო გაკეთებული, გამოაშკარავდა კიბოს ნამდვილი ბუნება პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთაზე. აბსცესის დიაგნოზი სიცოცხლის დროს დასმული იყო რენტგენით და კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით. ეს ორი შემთხვევა და ჩვენი შემთხვევა წააგავენ ერთმანეთს ზოგადი სიმპტომების და კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით: ხველება, ბლომად ნახველი ჩირქოვან-სისხლიანი, ქოშენი, ტკივილების ხასიათი და კახექსია. აგრეთვე აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ დანარჩენდ კარდინალური სიმპტომები როგორც არის — მედიასტინალური ფენომენი, ზემო კიდურის სათანადო მხარეზე შეშუპება, კოლატერალების განვითარება, აღენობათია და მეტასტაზები, როგორც ჩვენ შემთხვევაში, ისე მათი შემთხვევაში არ აღინიშნებოდა. ტფილისელი ავტორების შემთხვევები (ანდრიაძე, ვირანოვი) ასეთ სურათს არ იძლევიან. Кузнецов-ი 76 შემთხვევიდან მხოლოდ 2 შემთხვევაში აღნიშნავს აბსცესით გართულებას, რომელიც მხოლოდ გაკვეთის შემდეგ იქნა გამოაშკარავებული.

დასასრულ უნდა აღინიშნოს, რომ ფილტვის პირველადი კიბოს დიაგნოსტიკა, როგორც ზემოდ დავინახეთ, არც ისე ადვილ საქმეს წარმოადგენს, ვინაიდან მისი კლინიკური მიმდინარეობა შეიძლება დიდ ვარიაციებს განიცდიდეს. ამის მიხედვით ჩვენი შემთხვევა არ არის ინტერესს მოკლებული, როგორც იშვიათი მიმდინარეობის სახე და სწორეთ ამ მიზნით არის მოხსენებისათვის წარმოდგენილი. ძველი ავტორების მასალები იძლევა 80%-90% შეცდომებს. უკანასკნელ პერიოდის მასალები 55%. მიღწევები ამ მხრივ საგრძნობია. მაგრამ ეს სრულიად არ აყმაყოფილებს თანამედროვე კლინიკის მოთხოვნებს. ეს გარემოება იწვევს დიდ ინტერესს მეცნიერთა შორის და სრულიად აქტიურად სვამს საკითხს: კლინიკური მეთოდების შემდეგი გაუმჯობესების გართულებათა კარგად შესწავლის, პროფესიის ზეგავლენის და იმ მიზეზების გამოკვლევის, რომელზედაც დამოკიდებულია კიბოთი დაავადების ზრდა ამ უკანასკნელ პერიოდში.

ამ ლიტერატურულ მიმოხილვის საფუძველზე და ზემოდ აღნიშნული ჩემი შემთხვევიდან გამომაქვს შემდეგი დასკვნები:

1. ფილტვის პირველადი კიბოს დაავადებათა რიცხვი უკანასკნელ ხანებში თვალსაჩინოდ იზრდება.

2. შესაძლებელია ფილტვის პირველადი კიბო მიმდინარეობდეს, როგორც ფილტვის აბსცესი.

3. აწერილი შემთხვევა ფილტვის პირველადი კიბოსი, რომელიც ფილტვის აბსცესით მიმდინარეობდა. გამოცნობილი იყო კლინიკაში სიცოცხლის დროს.

4. ყოველი ასეთი შემთხვევა ფილტვის აბსცესისა, რომელიც ვითარდება საშვალო ჰასაკში და სწრაფი კახექსიით მიმდინარეობს, საეჭვო უნდა იყოს კიბოს მხრივაც. ასეთი შემთხვევაში საჭიროა გაკვეთის დროს სათანადო ყურადღება მიექცეს ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას.

#### ლიტერატურა.

1. Кузнецов М. Д. К вопросу о первичном раке легких. Терап. архив 1930 г.

2. Розенблум М. Б. и Шухер И. С. Диагностика и клиника первич. рака легких, клин. мед. № 15 — 28 г.

3. Звоницкий Н. С. Рак и профессия. те же № 16 — 1928 г.

4. Росельс А. Л. Пять случаев первич. рака легких и бронх. русск. клин. № 13.

5. Кудрявцев Н. М. К рендгенодиагностике рака легких.

6. Шор Г. В. Первичный рак бронхов, легких и плевр в паталог. анатом. отн.

7. Проф. Аничков Н. Н. Об этиологии опухолей.

8. Клиника злокачественных опухолей, Руководство для врачей.

9. Проф. Петров Н. Н. О сущности злокачественных опухолей.

10. Лифшиц М. И. Учение об опухолях человека.

11. Эиранов Г. А. Два случая перв. рака легких 1911 г.

12. ანდრიაძე ნ. სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმეტები. თანამედროვე მედიც. № 2. 1925 წ.

13. Emile Sergent, Kourilsky, Imbert et poumedu Dellile, Buletins et Memoires. de la Socièté Medicale Des Hopitaux De Paris 1930 № 23.

14. Iunghanns. Münchener Medizinische Wochenschrift. 1930 № 22.

**П. Д. Цома**

Ассистент клиники

## **Случай первичного рака легких протекающего как абсцес.**

Из клиники внутр. бол. зав. проф. Махвиладзе.

На основании литературного обзора и разбора своего случая автор приходит к следующим выводам:

1. Заболеваемость первичным раком легких за последнее время заметно растет.
2. Возможно течение первич. рака легких, как абсцес легкого.
3. Описанный случай первич. рака легких, который протекал, как абсцес легкого. был диагностирован в клинике при жизни.
4. Каждый такой случай абсцеса легкого, который развивается в преклонном возрасте и протекает какексией, должен быть подозрителен на рак; в таком случае при вскрытии необходимо уделить должное внимание гистологической картине.

ექ. კვეჭერელი - კობაძე.

უფროსი ორდინატორი ბავშვთა  
სნეულებათა კლინიკის.

## წითელას საშინაო მდგომარეობის კროფილაქტიური ცდები საბავშვო სახლში და ბავშვთა კლინიკაში.

ქ. ტფილისის სახელ. სამედიცინო ინსტიტუტის ბავშვთა თერაპ. კლინიკა.

გამგე პროფ. მ. უგრელიძე.

ქ. ტფილისის საბავშვო სახლში (80 საწოლით) 1925 წელს წითელას ეპიდემიის მძვინვარების დროს, განსვენებულ პროფ. ს. კ. გოგიტაძის მიერ მომეცა დავალება წითელა ნახადთა შრატის დამზადების და პროფილაქტიური მიზნით მისი მოხმარების შესახებ.

თუ მიღებულ იქნება მხედველობაში ბავშვთა ჰასაკი (1 წლიდან—4 წლამდე) ასეთ პაწიებიდან სისხლის მიღების სიძნელე, აგრეთვე წითელას დროს ხშირი გართულებანი, რაც სისხლს უვარგისად ხდის სუფთა დაკვირვებისათვის, გასაგები იქნება მიღებულ შრატის რაოდენობის და ცდების შედეგების სიმცირე.

საბავშვო სახლში ყველა ბავშვების სისხლი შემოსვლისთანავე იკვლეოდა ვასერმან-ის რეაქციაზე. ცდის დასაყენებლად იდაყვის ვენიდან აღებულ სისხლიდან გამოვყოფდით შრატს და ვაცხელებდით ხოლმე 56°-მდე, ერთი საათის განმავლობაში. 24 საათის განმავლობაში შემოწმდებოდა სტერილობაზე და ისხმეოდა ამპულაში. საბავშვო სახლში დიდი შეჯგუფების გამო, წითელა თითქმის ერთდროულად მოედვა ბავშვებს ყველა პალატებში; რეკონვალესცენტური შრატის მოხმარება კი შეესძლებოდა მხოლოდ 10 შემთხვევაში,—ბავშვებზე 4 თვიდან—2 წლამდე.

(ძუძუ მწოვარა ბავშვები სამ თვემდე უშრატოთაც არ დაავადდნენ წითელათი) აპრილ 10 ბავშვში ოთხი სრულებით არ დაავადდა, ოთხი ბავშვი დაავადდა წითელას იოლი ფორმით, მე 5—7-ე დღეზე რეკონვალესცენტური შრატის ინიექციის შემდეგ, ორს კი წითელა შეხვდა ერთი თვის განვლის შემდეგ.

1926 წელს მარტში მე დამაბრუნეს უკანვე ქ. ტფილისის I საავადმყოფოსთან არსებულ ბავშვთა თერაპევტიული კლინიკაში. აქ რეკონვალესცენტური შრატის დასამზადებლად ვსარგებლობდი ქ. ტფილისის I საავადმყოფოს განმანაწილებელის განყოფილებაში შემთხვევით მოთავსებულ წითელათ დაავადებულ ავადმყოფთა სისხლით.

ამ შემთხვევებშიც სისხლი აუცილებლად იკვლეოდა ვასერმანის რეაქციაზე და იმავე საავადმყოფოს ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიის მიერ მზადდებოდა შრატი ზემოაღნიშნული წესით.



უკანასკნელი ხმარებულ იქნა ჩვენს მიერ 4 შემთხვევაში.

I. მ. კ-ვა. 11 თვის. დაკვირვების ორი კვირით ადრე გადაიტანა მძიმე ფორმის ფილტვების ანთება: რაწამს მის უფროს დას გამოაჩნდა წითელას გამონაყარი, მიიღო შრატი 3.0. უფროს დას ქონდა წითელას მძიმე ფორმა, გართულებით ფილტვებში, ჩვენ შემთხვევაში კი ავადმყოფს შრატის შეყვანის შემდეგ, წითელას გამონაყარი გამოაჩნდა მე 9-ე დღეზე. მიმდინარეობდა — იგი (ავადმყოფობა) ფილტვების მხრივ გაურთულებლივ, მიუხედავად ახლად გადატანილ ფილტვების ანთებისა.

II. შ. ნ-უ-მ 9 თვისა. მიიღო შრატი 3.0, მის უფროსს დაზე წითელას გამონაყარის შემჩნევისთანავე. რეკონვალესცენტური შრატის მიღების შემდეგ მე IX-ე დღეზე ბავშვს გამოაჩნდა უსიცხოთ წითელას მკრთალი გამონაყარი. იგივე ბავშვი სამი წლის განმავლობაში იმყოფებოდა ჩვენი დაკვირვების ქვეშ და წითელიან ავადმყოფებთან შეიძრო კონტაქტის მიუხედავად, იგი განმეორებით წითელათი ავად არ გამხდარა. ცხადია მან შეიძინა აქტიური იმუნიტეტი წითელას წინააღმდეგ.

III. შ-მ ლ. მ. 3 წლის. მიიღო რეკონვალესცენტური შრატი 2,0 პირველივე კატარალურ მოვლენთა გამოჩენისთანავე. იხადა წითელა საშუალო სიმძიმის შრატი მიიღო დავვიანებით და მცირე რაოდენობით.

IV. დ. 2 წლის. მიიღო რეკონვალესცენტური შრატი 3.0: ფილტვების ანთებით დაავადების დროს, მაგრამ დაიღუპა ერთი კვირის შემდეგ იმავე ფილტვების ანთების გამო.

ამ რიგად, ამ მცირე დაკვირვების შემდეგ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ რეკონვალესცენტურ შრატმა, მოგვცა კარგი შედეგი. იმ შემთხვევაში, რეკონვალესცენტური შრატი ხმარებულ იქნა, არა უგვიანეს დაავადების მესამე დღისა, და როცა მიღებული შრატის რაოდენობა, იყო არა ნაკლები 3.0 კუბ. სანტ-სა. ვიღებდით წითელას აბორტიულ ფორმას.

ტფილისში წითელიან ავადმყოფთა სტაციონალურ განყოფილების უქონლობა. დიდ სიძნელეს ქმნის საჭირო რაოდენობით რეკონვალესცენტური შრატის მიღებისათვის.

სწორედ ამიტომ 1929 წლის თებერვალში, როცა საბავშვო კლინიკაში აღმოჩნდა წითელას პირველი შემთხვევა, მოცემულ იქნა წინადადება მიმემართა რიჩელ-ის (Ritchel-ის) წესით დედის სისხლის ინიექციისათვის.

ეს წესი კი აუცილებელ საჭიროთ იყო ცნობილი, რადგან თვითვეულ პედატრისთვის ცხადია, როგორ არღვევს წითელა, საავადმყოფოს ცხოვრებას.

თვით ტენიკა დედის სისხლის ინიექციისა ფრიად მარტივია.

დედის იდაყვის ვენიდან იღებენ 15,0 კუბ. სანტიმეტრა სისხლს და ბავშვს უშხაბუნებენ ბარძაყის კუნთებში. ასეთი მანიაულაცია განმეორებელ უნდა იქნეს ორჯერ.

რასაკვირველია, ამ პროცედურის ჩატარების დროს, სავალდებულოა ანგარიში გაეწიოს დედის ანამნეზს (მხედველობაში უნდა მივიღოთ: ლუესი, ტუბერკულოზი, მალარია და სხვა).

თუ კი დედის სისხლი მიუღებელი იყო, ან და ასეთი არ მოიპოვებოდა მაშინ გამოვიყენებდით ხოლმე მამის ან უახლოვეს ნათესავეების სისხლს. შეშხაპუნებული სისხლი არ აზიანებდა არაფრით ბავშვის მდგომარეობას და არც ძირითად სნეულებას არ აუარესებდა.

სისხლის ინიექციის აღვილას შემდეგ დღეებში არაფერი არ ემჩნეოდა, მხოლოდ თუ სისხლი შეშხაპუნებული იყო ზერეღეთ, რჩებოდა სილურჯე, რომელიც 4—5 დღეში შეიწოვებოდა და ქრებოდა.

სხვა არც აღვილობრივი შეშუპება, სიწითლე, და არც ზოგადი მოვლენები დამტრეულობა სიცხის აწევა. შრატის ავადმყოფობა, პირსაქმობა, შოკი და სხვ. ჩვენ შემთხვევაში არ იყო აღნიშნული.

1929 წლის თებერვლის შუა რიცხვებიდან იმავე წლის მაისის შუა რიცხვებამდე ე. ი. სამი თვის განმავლობაში, ასეთი სისხლის გადასხმა ჩატარებულ იყო 60 შემთხვევაში.

ამავე ხნის განმავლობაში, კლინიკაში გვექონდა წითელას 10 შემთხვევა: აქედან ორი ბავშვი იყო აცრილი:

ა) კ-ლი 1 წლის დაავადდა შრატის შეყვანის ერთი თვის განვლის შემდეგ მის ძირითად სნეულებად ითვლებოდა *Hylus. t. b. c.*

ბ) ლ-ზე 3 წლის, დიაგნოზით ქრონიკული ცისტითი,—მიიღო დედის სისხლის ინიექცია, წითელიან ავადმყოფთან შვიდი დღის კონტაქტის შემდეგ.

დანარჩენი 8 ბავშვი, არ ყოფილა აცრილი, რადგან ანამნეზში მშობლებმა შეცდომით აღნიშნეს ბავშვების მიერ წითელას მოხდა.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული სისხლის შეშხაპუნება იყო წარმოებული 60 შემთხვევაში.

ეს შემთხვევები შეიძლება დავეყოთ 5 ჯგუფათ.

1. 30 ბავშვი=50% სისხლის შეშხაპუნების შემდეგ არ დაავადენ წითელათი 3—4 თვის განმავლობაში.

2. 3 ბავშვი=5% დაავადდა წითელას აბორტიული ფორმით. მათ მიიღეს დედის სისხლი წითელიან ავადმყოფებთან 4 დღის კონტაქტის შემდეგ. ე. ი. მათ პალატაში წითელას გამონაყარის შემჩნევისთანავე.

3. 4 ბავშვი=6 $\frac{1}{2}$ % დაავადა ძალიან მძიმედ, მიუხედავად სისხლის შეშხაპუნებისა.

4. 16 ბავშვის=26 $\frac{1}{2}$ % ბედ იღბალი ჩვენთვის უცნობია.

5. 7 ბავშვი=12% გარდაიცვალა ძირითად სნეულების გამო.

სურათის მთლიანობისათვის, მე მოვიყვანე მე 2-ე ჯგუფის ორი ბავშვის ავადმყოფობის ისტორიას, რადგანაც ამ ბავშვებზე 10 დღის განმავლობაში, ჩემს საკუთარ ოჯახში ვახდენდი დაკვირვებას.

ავად ხდება 7 წლის ვაჟი მძიმე ფორმის წითელათი, დამახასიათებელი, ფილტვების მხრივ კატარალურ მოვლენებით. ბავშვს პროდრომალურ პერიოდში არ ემჩნეოდა არც კოპლიკის ნიშანი და არც კონიუნქტივიტი.

ამიტომ წითელათი დაავადებულის 9 წლის დას და ჩემს 4 წლის შვილს შევეშხაპუნეთ დედის სისხლი, პირველი ავადმყოფზე გამონაყარის შემჩნევისთანავე.

სისხლის ინიექციიდან მე IX-დღეზე ორთავე ბავშვს სიტხე მისცა 38,5°, მეორე დღეს დილით 37,5° საღამოთი 38°, მესამე დღეს 37,5° არც „კობლიკი“ არც კატარალური მოვლენები არ ქონიათ. მეოთხე დღეს გამოაჩნდათ მკრთალი ძლიერ მცირე გამონაყარი; ამავე დროს ორთავე ბავშვს ქონდათ ნორმალური ტემპერატურა და მშვენიერი გუნებ განწყობა.

მე V დღეს გამონაყარი თითქმის ისევე მკრთალი იყო. მე VI — მე VII დღეზე გამონაყარი გაქრა და პიგმენტაცია არ დაუტოვებია.

ერთი სიტყვით შეიძლება ვსთქვათ რომ ამ შემთხვევაში ადგილი ქონდა „წითელას აბორტიული ფორმას“.

ჩვენი მონაცემის დასადასტურებლად მოგვყავს ქ. ლენინგრადის დედათა და ბავშვთა დაცვის ინსტიტუტის ექიმ მენდელეევას (Archif Kinder heil kunde 13/XII—1929 წ.) შრომები.

პროფილაქტიური მიზნით წითელას საწინააღმდეგო აცრა მიიღო 684 ბავშვმა.

წინად მოზრდილთა შრატის შეყავდათ 20,0 რაოდენობით; ამ ჟამად კი გვირჩევენ შევიყვანოთ არა ნაკლები 60,0.

აუტრელი ბავშვი იყო 188.

ქვემოთ მოყვანილი ტაბულა ცხად ყოფს სისრულით შედეგებს.

	დარჩენ ჯან- მრთელნი	იხადეს წითელა აბორტი- ული ფორმით	იხადეს წითელა იოლი ფორმით	სიკვდი- ლიანობა
მიიღეს წითელა რეკონ- ვალესცენტ. შრატი .	202	14	0	—
მოზრდილთა შრატი . .	337	24	12	3
Blut-Zatr. . . . .	39	4	36	2
	578	42	57	5=0,73%

დაავადდა 1/8-დღე ნაკლები ბავშვი.

188 აუტრელ ბავშვთა შორის სიკვდილიანობა უდრიდა=17%, ე. ი. იყო 23 ჯერ მეტი, ვინემ აცრილ ბავშვებში.

რაც შეეხება ჩვენ კავშირს ავადმყოფებთან, რომელთაც მიიღეს დედის სისხლი, უნდა აღვნიშნოთ, რომ კლინიკიდან გაწერისას ყველას მათ დაუბრუნდათ ღია ბარათები კლინიკის მისამართის წარწერით, და ვთხოვეთ ერთი თვის შემდეგ ეპასუხად ბარათში მოთავსებულ შემდეგ კითხვებზე:

1. ხომ არ დაავადდა ბავშვი წითელათი?
2. თუ დაავადდა როდის და რა ფორმაში??

სამწუხაროთ არც ერთ შემთხვევაში პასუხი არ მიგვიღია. და ყველა ცნობების შეკრება მოგვიხდა 3—4 თვის შემდეგ ბინებზე ჩამოვლით.

ამ რიგად პროფილაქტ. მიზნით მოხდილთა სისხლის შემხაპუნების შესახებ ჩვენი დაკვირვებების მიხედვით, ჩვენ შეგვიძლია შეუერთდეთ: სკროცკის ჰფაუნდლერის, რიჩელის, დეკვიტის, მენდელეევა-ს და სხვა ავტორთ, რომლებიც გამოსთქვამენ აზრს, მოზრდილთა სისხლის ინიექციებით წითელას წინააღმდეგ პროფილაქტიურ მნიშვნელობის შესახებ და შეგვიძლია დავასკვნად შემდეგი:

1. მოზრდილთა სისხლის შეყვანით, ჩვენ ბავშვის ორგანიზმს დაავადების საშიშროებიდან ან სრულიად ვიცავთ 1—2 თვით პასიური იმუნიტეტის შექმნით, ან და ბავშვი ხდება ავად წითელას აბორტიული ფორმით და უკანასკნელ შემთხვევაში ის იძენს რამოდენიმე წლით ან და მთელი სიცოცხლის განმავლობაში აქტიურ იმუნიტეტს.

2. სისხლის შეყვანა ბავშვათთვის მიმდინარეობს გაურთულებლივ, რადგან უმრავლეს შემთხვევაში შეგვყავს დედის ჰომოლოგიური სისხლი.

3. დედის სისხლის მიღება იოლია, ვასერმან-ის რეაქციაზე გამოკვლევა იშვიათად გვჭირდება.

4. ამ საშუალებით შეიძლება თავიდან ავიცილინოთ ბავშვთა განყოფილებებში წითელათი მუშაობის შეფერხება.

ჩვენი მხრივ გამოვსთქვავთ სურვილს სერო-დიავნოსტიურ ინსტიტუტისადმი:

ტფილისში წითელათი დაავადებულთათვის სტაციონალურ განყოფილების უქონლობა. და ამიტომ ფართო მოხმარების მიზნით, რეკონვალესცენტური შრატის დამზადების შეუძლებლობის გამო, მოაწყოდ მოზრდილთა შრატის ისეთი რაოდენობით დამზადება, რომ შესაძლებელი იქნეს ფართოდ მოხმარება ბავშვთა საავადმყოფოებში, ბავშვთა სახლებში და ბაგეებში.

#### ლიტერატურა.

ექ. სკროცკი. „წითელას რეკონვალესცენტ. სისხლის ხმარება ოდესის საავადმყოფოში. ექ. ლუნიჩი. პროფილაქტიური იმუნისაცია წითელას წინააღმდეგ. 1925 წ. მე III-ე საკავშ. პედიატრთა ყრილობის შრომები. ექ. კრაუზე. ცდები წითელას საწინააღმდეგ პროფილაქტ. დაწესებულებებში. მცირე წლოვან ბავშვთა ჰასაკის შემსწავლი ჟურნ. L VIII № 3. 1928 წ. ექ. მენდელეევა. წითელას საწინააღმდეგ პროფილაქტიკის შესახებ შრომა. (Archiv für Kinder heil Kunde) 13/VII—1929 წ.

Др. Е. Квезерели-Копадзе

Старш. орд. дет. клин.

### Опыты противокоревой профилактики в I тиф. дет. доме и в детской клинике.

(Работа из детской клиники тиф. мед. инст. дир. Проф. М. Угрелидзе).

Работа проделано на 60 детях в 1929 г.

При введении крови взрослого мы или совершенно предохраняем ребенка от появившейся опасности заражения корью на 1—2 месяца или же, давая возможность ребенку переболеть корью в abortивной

ფორმე, — сообщаем ему активный иммунитет на несколько лет, а возможно и на всю жизнь. Введение крови делается непосредственно от матери ребенку не менее 20—30 куб. зараз. (Метод Dekwitz et Ritchel-a) и переносится безо-всяких осложнений.

Введение материнской крови детям неболевшим корью, — является единственным средством для борьбы с корью, проникшей в детское отделение, не прибегая к закрытию его. Для детей сирот требуется сыворотка коревых реконвалесцентов или сыворотка взрослых, заготовленная в массовом количестве.

### D-r Kvesereli-Kopadze

interne de la clinique Infantile.

### Essais de prophylaxie antirougeoleuse dans la clinique infantile et dans la maison maternelle.

(Travail de la clinique Infantile de l'Institut de Médecine á Tiflis—Directeur Prof. M. Ougrélidzé).

Grâce á l'injection du sang maternel (20—30 c. cm.) á l'enfant (metode de Dekwitz. et Ritchele) menacé par la contagion de rougeole nous avons préservé beaucoup d'enfants de cette maladie, en même temps dans les établissements comme clinique Infantile et la Maison Maternelle l'entrée des malades se poursuivait ordinairement. L'ingestion du sang maternel ne donnait aucune complication. Ce moyen de prophylaxie est très efficace et donne la possibilité de travailler sans intervalles dans les établissements infantiles. Pour les orphelins il faut employer le serum des convalescents ou le serum des adultes, préparé en grande quantité.

გ. გრიგორაშვილი.  
ასისტენტი.

ქეთო ცომაია.  
ასპირანტი.

## თავის ტვინის სიმსივნე უსიქიური მოვლენებით.

(ნერვების სნეულებათა კლინიკიდან. გამგე პრფ. სვ. ყიფშიძე).

ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებათა შორის თავის ტვინის სიმსივნეებს განსაკუთრებული ადგილი უკავიათ. შეგვიძლია თამამად ვთქვათ, რომ არც ერთი დაავადება ცენტრალური ნერვული სისტემის არ არის ასეთი მრავალ ფორმიანი და უხვი თავის სიმპტომებით, როგორც თავის ტვინის სიმსივნეები. ამავე დროს მიუხედავად სიმპტომთა სიუხვისა, ზოგიერთ შემთხვევებში არც ერთი მოშლა არ წარმოადგენს გადამწყვეტელ და ზუსტ ნიშანს, როგორც ხორცმეტის ზოგადი დიაგნოსტიკის ისე ლოკალიზაციის და ეთიოლოგიის საკითხში. ფსიქიური აშლილობას, როგორც ხორცმეტის გამართულებელ ნიშანს ვხვდებით ტვინის სხვა და სხვა დაზიანების დროსაც. მარტო შუბლის ხეულები, რომელთაც ფსიქიურ ფუნქციას მიაწერენ, არ არის არცერთი ადგილი თავის ტვინში, რომლის დაზიანებას შეუძლია მოგვეცეს ფსიქიური აშლილობა (Гамильтон, Монаков). თვით ფსიქიური მოშლილობა იმდენად მრავალ ფეროვანია თავის ტვინის სიმსივნეების დროს, რომ იძლევა სხვა და სხვა ფსიქოზების ფორმებს, რის გამოც, როგორც ობიექტიური ნიშნები თავის თავად ისე ფსიქიური მოშლილობა თავის ფორმებით არ არის გადამწყვეტი საიმედო ნიშანი ხორცმეტის ლოკალიზაციის დიაგნოსტიკის საკითხში. მაგრამ როდესაც განსაკუთრებული ფსიქიური სიმპტომოკომპლექსი დაკავშირებულია გარკვეულ ჰუმორალურ სიმდრომთან ამას ზოგიერთ შემთხვევებში გადამჭრელი მნიშვნელობა ეძლევა. ამ მოსაზრებით ჩვენი შემთხვევები: 1) Meningo-Encephalitis-ი გართულებული Hydrocephalus internus-ით და 2) Tumor გართულებული Hydrocephal-inter. სწორედ მით არის საინტერესო, რომ როგორც პირველი ისე მეორე შემთხვევაში გვექონდა ფსიქიური აშლილობა, რომელიც ძლიერ წააგავდა Paral. Progr.-ს ფსიქოზს.

შემთხვევა 1-ლი: ავადმყოფი 45 წლისა, სომეხი, ცოლიანი, პროფესიით ყასაბი, ჩამოსული საგარეჯოდან. შემოვიდა კლინიკაში განმეორებით 1930 წელს 9 დეკემბერს. უჩივის თავის ტკივილს, პირის ლებინებას, სიარულის მოშლას სისუსტის გამო და მესხიერების ძლიერ დაქვეითებას.

ანამნეზი: მემკვიდრეობა ჯანსაღი, ცოლს ჰქონია ნორმალური მშობიარობა, მუცლის მოწყვეტას არ აღნიშნავს. ლუესს უარყოფს. ალკოჰოლს ძლიერ ეტანებოდა. ახლობლების გადმოცემით, ავადმყოფს 1929 წელში გადაუტანია რაღაც

ხან-მოკლე ინფექციური ავადმყოფობა, რის შემდეგ ავადმყოფს დარჩენია თავ-ბრუს ხვევა, თავის ტკივილები, პირის ღებინება, სიარულის მოშლა სისუსტის გამო და ფსიქიკის შეცვლა. ადგილობრივ ექიმს ფსიქიკის მდგომარეობის მიხედვით ეჭვი შეუტანია წარმატებითი სიდამბლავეზე და გადაუფზაენია ფსიქონევროლოგიური ინსტიტუტში. ავადმყოფი, კლინიკაში ყოფნის სამი კვირის შემდეგ, უკეთ გამხდარა და გაწერილა კლინიკიდან. როგორც კლინიკაში არსებულ საბუთებიდან ჩანს ავადმყოფი ყოფილა გატარებული, როგორც Psychosis Infectiosa. დაახლოებით ორი თვის შემდეგ ავადმყოფის მდგომარეობა ისევ გაუარესდა, რის გამო ის მოთავსებული იქნა ნერვების სნეულებათა კლინიკაში.

St. praesens: ავადმყოფი საშუალო ტანის, ძვალ-კუნთთა სისტემა და კან-ქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი კარგათ განვითარებული. კანი ფერმკრთალი, პლასტიურად ტონუსი დაქვეითებული. ლორწოიანი გარსები მკრთალი ვარდის ფერისა, საერთო მდგომარეობა აპათიური.

ნებისყოფითი მოძრაობის გამოკვლევის დროს, აღსანიშნავია მოძრაობის სიფართის შეზღუდვა ქვედა და ძალის დაქვეითება ოთხივე კიდურებში. ტონუსი ნორმა, მყესთა რეფლექსები აწეული ქვედა კიდურებში, პათოლოგიური რეფლექსები: ორივე მხარედან Babinski და Rossolimo. თავის ტვინის ნერვებიდან აღსანიშნავია პარეზისი n. facialis sin. ცენტრალური ხასიათის და n. hypoglossus-ის და საერთო კანკალი. ფსიქიკის მხრივ აღსანიშნავია: საერთო გაბრუება და მეხსიერების ძლიერი დაქვეითება. ავადმყოფს გასინჯული ექნა ზურგის ტვინის სითხე და აღმოაჩნდა შემდეგი:

1. სახე სითხისა ქსანტოქრომიული  
წნევა 15-20, touché 32-20, abd 28, subst 0.  
ცილა 3,0  
Pandy-ს რეაქცია დადებითი + + + +  
Weichbrodt-ის — რეაქცია დადებითი + + + +  
ციტოლოგიური გასინჯვა 23,5  
Bordet-Wassermann-ის რეაქცია უარყოფითი. (—)  
Guillain-ის კოლოიდალური რეაქცია უწყესრიგო.

ავადმყოფს გავუტარეთ მკურნალობა Sol. Urotropini-თ და იონიზაციით. გაწერილი იქნა Neuraxitis დიაგნოზით. დაახლოებით 4 თვის შემდეგ ავადმყოფი ხელმეორეთ შემოვიდა კლინიკაში, ყველა ზემო აღწერილი ნიშნების გაუარესებით. ქვემო კიდურების პარეზისი უფრო ძლიერ ჰქონდა გამოხატული, დამებატა Argyll-Robertsoni-ს ნიშანი, ფსიქიური მდგომარეობაც უფრო გაუარესებული. ავადმყოფს ხელმეორედ ექნა გასინჯული ზურგის ტვინის სითხე. აღმოაჩნდა შემდეგი:

- სახე სითხისა ქსანტოქრომიული  
წნევა 15.  
ცილა 4,0  
Pandy-ს რეაქცია დადებითი + + + +  
Weichbrodt-ის რეაქცია უარყოფითი.  
ციტოლოგიური გასინჯვა 106.  
Bordet - Wassermann--ის რეაქცია დადებითი + + + +

Guillain-ის კოლოიდალური რეაქცია — 222222000000220.

ვასერმანის რეაქციის დადებითობა და ყველა ობიექტიური ნიშნები, Argyl-Robertson-ი ფსიქიური მოშლილობით ჩვენში ექვს ბადებს ლუესის არსებობაზე. გატარებული ექნა ავადმყოფს ანტილუეტური მკურნალობა. გაუმჯობესობას ადგილი არ ჰქონია. აგრეთვე აღსანიშნავია ის მოვლენაც, რომ ავადმყოფს დღიდან ავადგახდომისა სიცხე ჰქონდა 37,5° და 38° შორის. ანტილუეტური მკურნალობის გატარების ორი თვის შემდეგ, დაახლოებით, ავადმყოფს დაემართა თავის და სახის წითელი ქარი და გარდაიცვალა 11 მარტს 1931 წელს. დიაგნოზი დასმული იყო Meningo — Encephalitis chron.

სექციაზე აღმოჩნდა გარდა Meningo-Encephalitis-სა, Epidimitis acuta granulosa et Hydrocephalus internus inflammatorius. აღნიშნული შემთხვევა მოხსენებული იქნა ფსიქო-ნევროლოგიური კონფერენციაზე შემდეგი ინტერესით, რომ Meningo-Encephalitis შედეგათ, გარსების დაზიანებას, შეუძლია მოგვეცეს ხერელების დაზომა და Hydro-cēphal. int-ს გამოწვევა. ფსიქიური მოშლილობა მივიძინეთ, როგორც მეორადი მოვლენა, ტვინის დიფუზური დაზიანებისა. უკანასკნელი ჩვენი მოსაზრება არ იყო სავსებით მიღებული და დაისვა საკითხი ხომ არ გვექონდა საქმე წარმატებითი სიდამბლავის ფსიქოზთან.

შემთხვევა მე 2-რე. ავადმყოფი 59 წლისა, მამაკაცი, შემოვიდა კლინიკაში 24 თებერვალს 1931 წელს შემდეგი ჩივილებით: თავბრუს ხვევა, თავის ტკივილები, სიარულის მოშლა, უხერხულობა მარჯვენა ხელ-ფეხის მოძრაობის დროს და მხედველობის გაორება შორს და მარჯვნივ გახედვისას. ავადმყოფს 1931 წლის იანვრის 1-ლ რიცხვებიდან დაწყებია თავის ტკივილი, თავბრუს ხვევა, წელის ტკივილები; სნეულების დასაწყისის მეოთხე კვირაში ავადმყოფის ყურადღება მიუპყრია მარჯვენა ხელ-ფეხის უხერხულობას მოძრაობის დროს. ზემო ჩამოთვლილი მოვლენები იმდენად გაუარესდა, რომ ავადმყოფი მწოლიარე გახდა.

წარსულში ავადმყოფი რაიმე ინფექციური ავადმყოფობას არ აღნიშნავს: თამბაქოს და ალკოჰოლს საშუალოდ ეტანება. ცოლს მუცლის მოწყვეტა არ ჰქონია.

ობიექტიურათ: მოძრაობის სფერო — თავის ტვინის მამოძრავებელ ნერვებიდან სუსტად გამოხატული პარეზისი მარჯვენა n. abducens-ის და n. facialis-ის. სხვა თავის ტვინის მამოძრავებელ ნერვების მოშლილობას ვერ ვნახულობთ, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში იმ სუბიექტიურ ჩივილებს, რომ ავადმყოფი უჩივის ენის სიმძიმეს მეტყველების დროს. მოძრაობა სრულის სიფართით სწარმოებს ოთხივე კიდურებში, ძალა მარჯვენა ხელ-ფეხის ოდნავ შესუსტებულია. დინამომეტრით მარჯვენა — 65, მარცხენა — 85. ტონუსი დაქვეითებულია მარჯვენა ქვედა კიდურში, რეზიდუალურ ტონუსის მოსპობამდე. ამავე მხარეზე ჰიპერრექსია, პათოლოგიური რეფლექსებით. კლონუსი არ აქვს. მუცლის რეფლექსები ძალზე სუსტათ იწვევიან, სიარული მთვრალი კაცისებრივი lateropulsio dex-თი. დაავადებული კიდურების არეში ვნახულობთ მკაფიოთ გამოხატულ ნათხემისებრ ატაქსიას. მგრძნობელობის სფეროში აღსანიშნავია მგრძნობელობის დაქვეითება მარცხენა მხარეზე. უნებლიე მოძრაობების მხრივ აღსანიშნავია ჰორიზონტალური ნისტაგმი, როგორც მარცხნივ ისე მარჯვნივ გახედვისას. ავადმყოფს გასინჯული



ექნა თვალის ფსკერი ექიმ ა. შატილოვის მიერ და აღმოჩნდა შეშუპება სისხლის ჩაქცევებით, უფრო მეტად მარჯვენა თვალში. მხედველობის ველი Norma. გაკეთებული ექნა ლუმბალური პუნქცია: სახე სითხისა სუფთა; წნევა — 10,0; ცილა — 0,30; Pandy-ს რეაქცია ++++; Weichbrodt-ის რეაქცია +++; ციტოლოგიური 12,0; Bordet-Wassermann-ის რეაქცია ++++, Guillain-ის კოლოიდალური რეაქცია სუბპოზიტიური ლუეტიურ ზონაში.

სანამდის ლაბორატორულ გამოკვლევას ვაწარმოებდით, ჩვენ მიერ გამოთქმული იყო აზრი, რომ გვაქვს სიმსივნე თავის ტვინის ღეროში, სახელდობრ მორძო ტვინის მარჯვენა ნახევარში, ნათხემის სისტემის დაზიანებით.

აქ მოთავსებული, ნათხემის გზების დაზიანებით, ჩვენ ვხსნიდით ჰემი—ატაქსიის მოვლენებს, მგრძობელობის მოშლით მოწინააღმდეგე მხარეზე; მაგრამ ამ ლოკალიზაციის სიმსივნით ვერ ვხსნიდით ჩვენ n. Abducens-ის და n. Facialis-ის დაზიანებას და პირამიდულ მოვლენების არსებობას ჰემიატაქსიის მხარეზე. ამიტომ ჩვენ მიერ გამოთქმული იყო აზრი არა ერთ სიმსივნის არსებობაზე, არამედ რამოდენიმესი, სახელდობრ გუმოზური ხასიათის. ჩვენი უკანასკნელი აზრი დაადასტურა ზურგის ტვინის სითხის გამოკვლევამ, სადაც მივიღეთ ჩვენ სრული ჰუმორალური სინდრომი ლუესისათვის. ამრიგათ ნავარაუდები იყო Lues Cerebri.

ავადმყოფს დაწყებული ექნა სპეციფიური მკურნალობა. ანტილუეტიური მკურნალობის პერიოდში, დაახლოვებით ორი კვირის შემდეგ, ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესდა; ყველა ობიექტიური ნიშნები უფრო მკაფიოდ გამოიხატებოდა. ავადმყოფი სიარულს გაუბოდა, ერჩია მწოლიარე ყოფნა საწოლში და თავის იძულებითი მდებარეობა, სახელდობრ: თავი ჰქონდა გადახრილი მარცხნივ. მოემატა ახალი ნიშნები: ანიზოკორია, გულის რევა, პირის ლებინება, რომელიც უძლიერდებოდა თავის მარჯვნიდან მარცხნივ გადახრის დროს. მიუხედავად ამისა, რომ საერთო მდგომარეობა ფიზიკურათ გაუარესდა, ავადმყოფი მაინც გამოთქვამდა თავის მდგომარეობაზე კმაყოფილებას: „შეკითხვაზე, თუ როგორ არის, პასუხობდა— „არა მიშავს“.

რადგანაც ავადმყოფის მდგომარეობა მიუხედავათ ინტენსიური, ანტილუეტიური მკურნალობისა, დღითი-დღე უარესდებოდა, ნავარაუდები დიაგნოზი Lues cerebri ჩვენ მიერ, უარყოფილი იქნა და გამოთქმული იქნა აზრი, რომ საქმე გვაქვს თავის ტვინის სიმსივნეებთან, რომელნიც მოთავსებულია არა მორძო ტვინში, არამედ მარცხენა ფრონტალურ ჰემისფეროში. ამ ლოკალიზაციით ვხსნიდით ჰემიატაქსიის და პირამიდულ მოვლენების ერთ მხარეზე არსებობას და სხვა ობიექტიურ ნიშნების არსებობას მივიჩნევდით, როგორც სიმსივნის შორეულ მოვლენებს. სიმსივნის ლოკალიზაციის შეცვლა, ჩვენ მიერ იმიტომ იყო გამოწვეული, რომ ყველა აღნიშნული ობიექტიურ მოვლენებს დაემატა ფსიქიური მოვლენები, რომელიც პათოგნომიური ნიშნად არის მიჩნეული შუბლის წილის ხვეულების სიმსივნეებისთვის.

ბოლო ხანებში დაემატა ჯეკსონის ეპილეპსია, რასაც ჩვენ იმით ვხსნიდით, რომ შუბლის წილში მოთავსებული სიმსივნე აღიზიანებდა ფსიქომოტორულ სფეროს. ფსიქიკის მხრივ ვერავითარ ცვლილებას ვერ ვამჩნევდით ავადმყოფობის დასაწყისში, ავადმყოფი უყურებდა თავის ავადმყოფობის მსვლელობას კრი-

ტიკულად და ხშირად გამოთქვამდა აზრს იმის შესახებ, რომ, თუ მისი სნეულება განუკურნებელია უმჯობესია მოკვდეს. მხოლოდ, როგორც ზემოდ აღვნიშნეთ, ბოლო ხანებში ავადმყოფის ფსიქიური მდგომარეობა მწვავეთ შეიცვალა. ავადმყოფს ემჩნეოდა დრო გამოშვებით, ერთგვარი ეიფორიული მდგომარეობა, მიდრეკილება ხუმრობისადმი. შემდეგში ყურადღებას იქცევდა ავადმყოფის მეხსიერების დაქვეითება. ფსიქიური მდგომარეობის სირთულის გამო ჩვენ მიერ იყო მოწვეული ფსიქიატრი. ფსიქიატრის დასკვნა იყო შემდეგი:

ფსიქიურათ; ცნობიერება საერთოდ ნათელი, მაგრამ სრული ორიენტაცია თავის მდგომარეობაში არ ძალუძს. ემოციონალური სფერო: თვითგრძნობა, გუნებ განწყობა აწეული, მორალური სიბლაგვის ნიშნები, საერთოდ ეიფორიული მდგომარეობა.

ინტელექტი: მეხსიერება, როგორც ფიქსაციის ისე რეპროდუქციის მხრივ განადგურებული. აქვს ფსევდორემინისცენციები და კონფაბულაციები, აქვს უსისტემო სტენიური ხასიათის ბოდვები: მას უნდა ამერიკაში წასვლა; იქ ყავს კარგი ექიმი და სხვა. ჭკუა სუსტობა აშკარაა.

ნებითი სფერო: როგორც აქტიური ისე პასიური ყურადღება დაწეული აქვს. პიროვნება: თვისობრივად შეცვლილი, დარღვეული.

სულით ავადმყოფობა: არის სულით ავადმყოფობა.

ორგანიულად: ანიზოკორია D. მარცხენა გუგაზე კონფიგურაცია შეცვლილია; რეაქცია სინათლეზე: მარჯვენაზე კარგი, მარცხენაზე შესუსტებული. მარჯვენა, n. Facialis ჩათრეული, ტუჩთა და ენის ტრემორი. სახე ნილაბისებური. ლაპარაკი თითქმის ლულულულით. მარჯვენა n. abducens-ი ჩათრეული. Hemiparesis dex. სრული ჰუმორალური სინდრომი Lues-ისათვის (P. P.). შეეჩერდებით, რომ აქ უფრო უნდა დაუშვათ P. P. რომელიც უკვე გადასულა ადინამიურ სტადიუმში, რითაც უნდა აიხსნას აგრეთვე სხვა ნევროლოგიური სიმპტომები.

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიატრების მიერ გამოთქმული იყო აზრი P. P. შესაძლებლობაზე, ჩვენ მაინც უარს არ ვყოფდით სიმსივნის არსებობაზე და ფსიქიური მოვლენა მიგვაჩნდა, როგორც შედეგი სიმსივნისა, განსაზღვრულ ლოკალიზაციით; ჰუმორალური სინდრომის არსებობას ვხსნიით იმ გარემოებით, რომ ხანდისხან სიმსივნეების დროსაც ვხვდებით დადებით ჰუმორალურ სინდრომს.

აზრთა სხვა და სხვაობის გამო ავადმყოფს ხელმეორედ ექმნა გასინჯული ზურგის ტვინის სითხე: სახე სითხისა სუფთა; წნევა 15. ცილა 0,46; Pandy-ს რეაქცია — დადებითი + + + +; Weichbrodt-ის რეაქცია სუსტად დადებითი +; ციტოლოგიური გასინჯვა 8,0; Bordet-Wassermann-ის რეაქცია სუსტად დადებითი +; Guillain-ის კოლოიდარული რეაქცია სუბპოზიტიური ლუეტურ ზონაში.

მეორედ ზ. ტ. სითხის გამოკვლევამ უფრო დაადასტურა ჩვენი დიაგნოზი. ავადმყოფი შემდეგ გადადის სოპოროზულ მდგომარეობაში, უკანასკნელ ხანებში სპასტიური მოვლენები გამოჩნდა მეორე ქვედა კიდურშიც, მაგრამ არ იყო ეს მულმივი, ორივე კიდურებში ცვალებადობდა. შემდეგ ავადმყოფი გადადის კომატოზურ მდგომარეობაში და ყველა ზემო ჩამოთვლილ ნიშნებს ემატება ეგზოფტალმუსი, რომელიც უფრო კარგად მარცხნივ იყო გამოხატული. ავადმყოფი გარდაიცვალა 23 აპრილს 1931.

ჩვენი დიაგნოზი: Tumor cerebri regio frontal. sin.

სექციასზე აღმოჩნდა სიმსივნე მარჯვენა ნათხემ ხიდის არეში. დაკავებული აქვს სიმსივნეს ნათხემის შუა ფეხი, რომელიც მიდის ღრმად მე IV-ე პარაკუჭამდე და ახშობს სილვიის წყალსადენს, რის გამოც არის გამოწვეული Hydrocephal. inter. ჰისტო-პათოლოგიური დიაგნოზი — Glioma. pontis varoli. აღწერილი შემთხვევაში ორი მომენტი წარმოადგენს ინტერესს: 1. სიმსივნის ტოპიური დიაგნოსტიკა და 2-რე ფსიქიური მოშლილობანი.

ავადმყოფობის მსვლელობის პირველ ხანაში ჩვენ სიმსივნის ლოკალიზაცია მოვახდინეთ თავის ტვინის ღეროში, მაგრამ შემდეგი ავადმყოფობის გართულება ფსიქიური მოშლით იძულებული გვხდოდა პროცესი გადაგვეტანა შუბლის არეში; გაკვეთამ ჩვენი პირველი დიაგნოზი გაამართლა, ყველა ის ნიშნები, რომელიც მივითითებდა სიმსივნის ფრონტალურ ლოკალიზაციაზე აიხსნება Hydrocephal. int-თ, რომელიც იყო გამოწვეული სილვიის წყალსადენის დახშობით და, რომელიც ჩვენ მიერ მხედველობაში მიღებული არ იყო. ხორცმეტით დართულს Hydrocephal. int-ით ავხსნით ჩვენ აგრეთვე შესუბუბულ დვრილებს, ანზოკორიას, ჯეკსონის ეპილესიას, ფსიქიურ მოშლილობას და ეგზოფტალმუსს, უფრო კარგად გამოხატულს მარცხნივ; გაკვეთაზე მარცხენა პარაკუჭი უფრო დიდი იყო ვიდრე მარჯვენა. ალბათ ამით აიხსნება ავადმყოფის თავის იძულებითი მდგომარეობაც.

მეორე მხრივ შემთხვევა ინტერესს მით წარმოადგენს, რომ ავადმყოფის ფსიქიური მოშლილობის სურათი ეჭვს ბადებდა P. P.-ზე. აქ ჩვენ მოვიგონებთ წარსულ პირველ შემთხვევას, სადაც ფსიქიური მოშლილობა იქაც ეჭვს ბადებდა P. P.-ზე. როგორც პირველ, ისე მეორე შემთხვევაში ჰუმორალური სინდრომი მერყევი ან უარყოფითი იყო. ჩვენ მარტო ჰუმორალური სინდრომის მიხედვით უარს ვამბობთ ორივე შემთხვევაში P. P. არსებობაზე. კლინიკაში არსებულ მასალის მიხედვით, ჩვენ არ გვქონია შემთხვევა სადაც P. P. დროს ჰუმორალური სინდრომი ყოფილიყოს უარყოფითი. მოვიყვანთ Sicard და Hagueneau-ს შემთხვევას სადაც Paralysis Progr. დიაგნოზი იყო დასმული და მკურნალობით ჰუმორალური სინდრომი უარყოფითი გახდა და ავადმყოფიც განიკურნა. ავტორებს დიაგნოზი უსათუოთ შემცდარათ მიაჩნიათ და აღიარებენ, რომ P. P.-ზე არ შეიძლება ვიფიქროთ ისეთ შემთხვევაში, სადაც ჰუმორალური სინდრომი უარყოფითია თავიდანვე ან შემდეგ ხდება ასეთი. იმდენათ ღირებულია ჰუმორალ. სინდრომი, რომ თუ ის უარყოფითია, სხვა კლინიკური ნიშნებს არა აქვს გადამწყვეტი ღირებულება. მათ მოყავთ შემთხვევები სადაც ყოფილა P. P. დიაგნოზი დასმული უარყოფითი ჰუმორალ. სინდრომით. სწორეთ ასეთ შემთხვევაში სექციას Tumor-ი აღმოუჩენია. ავტორები უსაყვედურებენ ნერვო-ფსიქიატრებს, რომ ამ ფაქტს არ უწევენ ანგარიშს. ერთად ერთი Kahn-ია, აღნიშნავენ ისინი, რომელიც იზიარებს ამ აზრს. P. Marie სრულებით ემხრობა Sicard და Hagueneau-ს.

1930 წელს Mosguen-ი აღწერს შემთხვევას, სადაც P. P. დროს ჰუმორალ. სინდრ. უარყოფითი უნახავს, მაგრამ ის ამის შესაძლებლობას მით ხსნის, რომ შეიძლება საპროვოკაცია მიზნით გამოწვეულ ინფექციურმა სნეულებამ ან შემთხვევითი სხვა რაიმე ინფექციამ ჰუმორალ. სინდრ. შეცვალა. მაგრამ ეს ხომ კანონად არ უნდა იქნეს მიჩნეული.

ჩვენ შემთხვევაში, სადაც იყო ფსიქიური აშლილობა Tumor-ის ნიშნებით არ შეგვეძლო გვეფიქრა წარმატებითი სიდამბლავეზე, რადგანაც ჰუმორ. სინდრ. ამას ეწინააღმდეგებოდა.

იმ შემთხვევებში კი, როდესაც ფსიქიური აშლილობა წარმატებითი სიდამბლავის მზავასია, სიმსივნის ნიშნებთან და დადებითი ჰუმორ. სინდრ. ერთად არსებულს, P. P.-ს დიაგნოზს 100% არ სწყვეტს, რადგან Tumor-ს შეუძლია მოგვეცეს ფსიქიური აშლილობა დადებით ჰუმორალური სინდრომით.

სიმსივნეების დროს დადებით ვასერმანის რეაქციას მით ხსნიან, რომ სითხეში გროვდება რაღაც ნივთიერება, რომელიც, მზავასად ლუგისა, ხელს უწყობს კომპლემენტის ფიქსაციას. საკმარისია ასეთ შემთხვევებში შევამციროთ სითხის რაოდენობა რეაქციის ან გავიმეოროთ პუნქცია, რომ დადებითი შედეგი სითხისა უარყოფითად გადავიდეს, რასაც სწორეთ ჰქონდა ადგილი ჩვენ შემთხვევაში. ამრიგად ჩვენ უნდა ვთქვათ რომ ვასერმანის რეაქციის საექვო შედეგების დროს წარმატებითი სიდამბლავეზე ლაპარაკი დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ თავის ტვინის სიმსივნეების დროს ფსიქიურ ანომალიებს ხშირად ვხვდებით. საინტერესოა აზრი Bruns-ის, რომელიც აღწერს თავის ტვინის სიმსივნეებს ფსიქიური მოშლილობით, უკანასკნელს ის ძლიერ იშვიათად არის, რომ არ ნახულობდეს. ავტორი ამბობს „გაბრუნება არის სპეციფიური ფსიქიური სიმპტომი ტვინის სიმსივნისა, შედეგია ტვინის ზედაწოლის და განსაკუთრებით Hydrocephal. inter-ისა“. გარდა გაბრუნებისა ავტორი ნახულობს ნამდვილ სხვა და სხვა ფსიქოზებსაც, მაგ.: მეღანქოლია ან ღრმა დეპრესიის მდგომარეობაში, კორსაკოვის დამბლავესაც, პარანოია, აგრეთვე დემენცია პარალიტიკას სურათს მოგვაგონებს.

Bruns-ის აზრი მით არის საინტერესო, რომ ის სიმსივნეების ლოკალიზაციას არ აძლევს მნიშვნელობას ფსიქიურ მოშლილობათა მრავალ-ფერობაში, მისი აზრით ეს ინდივიდუუმის კონსტიტუციონალურ მიდრეკილებაზე არის დამოკიდებული. სიმსივნეს ის მხოლოდ აგენტად სთვლის.

Schuster-ს 775 თავის ტვინის სიმსივნეების შემთხვევებზე უწარმოებია დაკვირვება, აღნიშნავს რომ ფსიქიური მოშლილობა საგრძნობლად ხშირად არის Corpus callos-ის, შუბლის და ჰიპოფიზის სიმსივნეების დროს. პატარა ტვინის სიმსივნის დროს, შედარებით იშვიათად. თვით ხასიათი ფსიქიური მოშლილობის დამოკიდებულია ფსიქიური კონსტიტუციაზე.

მზავასათ Bruns-ისა Curschmann-იც ფსიქიური აშლილობის მიზეზად მიიჩნევს ქალაში წნევის მომატებას, სიმსივნის და Hydroceph. intern-ის შედეგად. მაგრამ ხასიათს ამ მოშლილობისას ფსიქო კონსტიტუციონალურ საფუძვლებს მიაღწერს.

პროფ. პაპოვის აზრით ფსიქიური აშლილობა იხსნება თავის ქალაში წნევის მომატებით, რაც იწვევს ყველა ფსიქიური ფუნქციების შენელებას, რის შედეგად შივილებთ სურათს, რომელიც გვაგონებს კჟუსის სისუსტეს, მაგრამ თუ ტვინის ზედაწოლას ცოტათ შევამცირებთ ჩვენ დაგრწმუნდებით ინტელექტის სრულ შენახვაში; მხოლოდ გვიან სტადიუმში ავადმყოფობისა, როდესაც ტვი-

ნის ქერქის კვების მოშლა გამოიწვევს ატროფიას, ქერქის და ნერვული ელემენტებისა, მაშინ მივიღებთ ნამდვილ შესუსტებას ინტელექტუალური ძალებისა.

ჩვენთვის ეხლა საინტერესოა თუ რამდენათ ხშირად ფსიქიური მოშლილობები იძლევა P. P. მზგავს სურათს, თავის ტვინის სიმსივნეების დროს. აღწერილი არის შემთხვევა 1930 წ. Renard-ის მიერ: ფსიქიური მოშლილობის მიხედვით დასმული იყო წარმატებითი სიღამბლავის დიაგნოზი. არავითარი სხვა ნიშანი თავის ტვინის სიმსივნისა არ იყო; WR [+]. სექციამ აღმოაჩინა სიმსივნე შუბლის წილის არეში.

Orton-ი 1918 წ. აღწერს 60 შემთხვევას წარმატებითი სიღამბლავისას, სადაც 9 შემთხვევაში სექციის დროს აღმოჩნდა თავის ტვინის სიმსივნე, Lues cerebri, Dementia precox, Dementia senilis. ფსიქიური მოშლილობას, წარმატებითი სიღამბლავის მზგავს ვნახულობთ არა მარტო ტუმორის დროს, არამედ თავის ტვინის სხვა დაავადების დროსაც. Massary აღწერს შემთხვევას ეპიდემიურ მენინგო-ენცეფალიტის ქრონიკულ მსვლელობაში ფსიქიური მოშლილობას, რომელიც სრულ სურათს იძლეოდა წარმატებითი სიღამბლავისას.

აღწერილია Miller-ის მიერ Tumor-ის შემთხვევა ფსიქიური მოშლილობით, რომელიც 12 წლის განმავლობაში ითვლებოდა როგორც ალკოჰოლიური ფსიქოზი, აუტოფსიამ კი შუბლის წილის დიდი გლიომა აღმოაჩინა.

#### დასკვნა.

1. ლიტერატურის შესწავლიდან ჩანს, რომ პროგრესიული დამბლის მზგავსი ფსიქიური აშლილობა ვითარდება თავის ტვინის ორგანიულ დაზიანების სხვადასხვა შემთხვევებში.

2. წარმატებითი სიღამბლავის დიაგნოსტიკისათვის კლინიკურ ნიშნებთან ერთად, ჰუმორალურ სინდრომის არსებობას და მის მუდმივობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

3. ფსიქიური სინდრომი, რაც არ უნდა უახლოვდებოდეს იგი პროგრესიულ დამბლის სინდრომს, თავის თავად დიაგნოზს არ სწყვეტს.

4. კლინიკური დიაგნოსტიკა უნდა ემყარებოდეს კლინიკურ და ჰუმორალურ სინდრომის სინტეზს, არც ერთს, არც მეორეს, ცალკე აღებულს, გადამწყვეტი მნიშვნელობა არ აქვს.

Г. Григорашвили.  
Ассистент.

К. Цомае.  
Аспирант.

### Психические явления при опухоли головного мозга.

(Из нервной клиники. Завед. Проф. С. Кипшидзе).

Авторы приводят два анатомо-клинических случая Hydrocephalus internus'a в одном из них было заращение foram. Magendie et Luschka. после перенесенного менинго-энцефалита, а в другом опухоль мозгового ствола закрывала Aq. Silvii.

Внимание авторов было привлечено психическим состоянием больного, клинически сходного с таковым при Р. Р.

В обоих случаях исследование спинно-мозговой жидкости дало гуморальный синдром, характерный для Lues-a.

1. На основании изучения литературы видно, что психическое расстройство, сходное с таковым при Р. Р. может развиваться в различных случаях органического поражения головного мозга.

2. Для диагностики прогрессивного паралича наряду с психическим синдромом решающее значение имеет наличие и постоянство специфического гуморального синдрома.

3. Как бы сильно картина психического состояния не походила на психический синдром Р. Р., она сама по себе, решающего значения не имеет.

4. Клинический диагноз должен опираться на синтез клинического и гуморального синдромов; каждый, взятый сам по себе, решающего значения не имеет.

G. Grigorachvili.

Assistent.

ქ. ჯომაია.

Aspirante.

### Le tumeur cerebrale avec alteration de la psychique.

Travail de la clinique des maladies nerveuses de Tiflis Prof. S. Kipschidze.

Les auteurs rapportent deux cas anatomo-cliniques d'Hydrocephalus internus; dans un d'eux il y avait oblitération du foram. de Magendie et Luschka après méningoencéphalite, tandis que dans l'autre le tumeur du tronc medullaire obstruait l'aqued. Silvii.

L'attention des auteurs a été attirée par l'état psychique du malade, se rapprochant de celui de la paralysie progressive.

Dans les deux cas, l'examen du liquide cephalorachidien nous a donné le Syndrome humoral caractéristique de la syphilis.

1. Les donnée bibliographiques nous démontrent, que de troubles psychiques, rappelant ceux de la P. P. peuvent s'observer dans de différents cas de lésion organique de l'encephale.

2. Pour le diagnostic de la paralysie progressive — a côté du syndrome psychique, on doit accorder une valeur décisive à la presence et à la constance du syndrome humoral spécifique.

Quelque ressemblance qu'on ne trouve entre l'état psychique donné avec l'état psychique caractérisant la P. P. — ce tableau psychique ne possède point de valeur décisive.

4. Le diagnostic clinique doit avoir pour base la synthèse des syndromes cliniques et humoraux; chacun d'eux pris à part, ne peut entraîner la conviction.

## ლიტერატურა.

1. Дж. Первес-Стюарт. Внутрочерепные опухоли.
2. Raymond. Un cas simple de tumeur de l'Encéphale. R. N. 1907 წ. რეფერატი. P. Londe.
3. Raymond, P. Lejonne et J. Lhermitte. Tumeurs du corps Calleux. R. N. 1907 წ. რეფ. E. Feindel.
4. Mlle Marie Emilie Voulich. Étude sur le troubles psychiques dans le tumeurs cerebrales. R. H. 1907.
5. Felige Senna. Sur le diagnostic des tumeurs cerebrales. R. N. 1908.
6. Samuel Orton. Analyse de quelques erreurs de Diagnostic relevées sur une série de soixante cas de paralysie générale. R. N. 1918, რეფ. Ch. Chatelin.
7. E. Massary et Leon Tockmann. Meningite cerebro-spinale á rechute tardive, symptômes psychiques et organiques simulant la paralysie générale pendant le Convalescence. R. N. 1918 წ. F. Feindel.
8. J. A. Sicard et H. Roger. Liquide cephalo-rachidien des paralytiques generaux et reaction de Bordet-Wassermann. R. N. 1918.
9. G. F. Zanelli. Tumeur sous-corticale des lobes préfrontaux et du lobule parietal inferieur droit. R. N. 1913 წ.
10. M. M. Souques, Alajoinine et Bertrand. Tumeur septum Lucidum. R. N. 1922.
11. M. M. Sicard et Haguenu. Constance de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide cephalo-rachidien des paralytiques généraux. R. N. 1915.
12. G. Lavson Lawry. Sur un cas de tumeur du cerveau considéré cliniquement comme paralysie générale. R. N. 1915 წ.
13. Renard. Un cas de tumeur cerebral. R. N. 1930 წ.
14. Pousepp. Contribution á la semiologie des tumeurs des lobes frontaux. R. N. 1910.
15. M. M. Leroy, Medanovitch et Mosquin. Paralysie générale avec reaction humorales négatives.
16. Ludvig Bruns. Ceschwüeste des Nervensystems. Berlin. 1908.
17. И. М. Попов, проф. Шесть лекции о прогрессивном параличе помешанных. 1913 г.
18. Dr. Hans Curschman, проф. Заболевания нервной системы.

გ. ა. შუაგანაძე  
დოცენტი

### კრუკენბერგის ხელი\*).

(პრობედ. ქირურგ. კლინიკიდან. გამგე პროფ. ერისთავი).

„ფილოსოფოები ასე თუ ისე, ახსნა-  
ნენ მხოლოდ სამყაროს, საქმე კი მასშია,  
რამ სამყარო არა თუ ახსნათ, არამედ  
შესცვალოთ კიდევ“.

(კ. მარქსი).

ყოველი მიზანშეწონილი მოქმედება ექიმისა მიმართული ადამიანის შრო-  
მისა და ყოფა-ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება—შეცვლა—გაჯანსაღებისა-  
კენ არის უალრესად დიალექტიური ქმედება, რაც შეგნებულად უნდა გამომ-  
დინარეობდეს მუშაკის ურყეველ ცოდნა—პრაქტიკისა და სალი ლოლიკური აზ-  
როვნება—მსჯელობისაგან. შრომა საფუძველია ადამიანის არსებობისა და ამი-  
ტომ მისთვის შენარჩუნება შრომის მაქსიმალური უნარიანობისა უნდა იყოს  
ყოველი ექიმისათვის მთავარი საზრუნავი საგანი. მედიცინაზე საერთოდ და მის  
ქირურგიულ დარგებზე კი განსაკუთრებით ამ მხრივ ბევრი რამ არის დამოკი-  
დებული. ეს ამოცანა არსებითად გადაიჭრება მაშინ, როდესაც მედიცინის ყველა  
დარგების მოღვაწენი სათანადოთ შეისწავლიან და გამოიყენებენ ყოველგვარ  
განვლილ მასალების საღ ნაშთებს—შედგეთა საზოგადოებრივ სარგებლიანობის  
თვალსაზრისით არა სტიქიურად, არამედ შეგნებულად შესცვლიან არსებულ  
უვარგის და მშრომელთა სახელმწიფოს მიაწოდებენ პრაქტიკულად გამოსადეგ  
ლონისძიებებს. სამწუხაროთ მედიცინის მოღვაწეთა დიდი ნაწილი დღეს თავის  
ყოველდღიურ კვლევა-ძიება-აზროვნების პრაქტიკაში შეგნებულად ვერ სარგებ-  
ლობს მარქს—ენგელს—ლენინის ნაცადი თეორიით და უნივერსალური მეთო-  
დით—დიალექტიური მატერიალიზმით. აქ ჯერ კიდევ გამეფებულია ძველი შაბ-  
ლონური კვლევა-ძიება ე. წ. „მემკვიდრეობითი გადმოცემით“ და მიდგომა სა-  
კვლევი საგნისადმი არის ფორმალური, მექანიცისტური და ძლიერ ხშირად  
იდეალისტური. არაიშვიათია სტიქიური მატერიალისტობა და სტიქიური დია-  
ლექტიურობაც ჩვენს სინამდვილეში. ეს მარცხი (რა თქმა უნდა შეუგნებლად)  
მოსდისთ, როგორც ძველს, ისე ბევრ თანამედროვე მუშაკებსაც. მიზეზი ხსენე-  
ბულ მეთოდის ჯერ კიდევ სავსებით დაუუფლებობაში უნდა ვეძიოთ.

ეს საერთო სიძნელეა დღეს ჩვენი საბჭოთა მეცნიერებისათვის და ყველამ  
უნდა შეეცადოს მის (სიძნელის) ჩქარი ტემბებით საფუძვლიანად გადალახვას.

\*). მოხსენა ტფილისის ქირურგიულ კონფერენციას.



ექვი არ არის, რომ პროფ. კრუკენბერგი 1917 წელს, როდესაც წინა მხრის პირველ მესამედის ამპუტაციის შემდეგ დარჩენილი სხივისა და იდაყვის ძვლებისაგან ფიქრობდა ორი „თითის“ შექმნას ამ ძვლების გარშემო არსებულ უკვე უმოქმედო მომხვრელ და გამშლელ კუნთების ფუნქციონალური ამუშავებით, ის სრულებითაც არ იცნობდა მარქსიზმის ნაცად კვლევა-ძიებისა და აზროვნების მეთოდს და შემეცნების თეორიას—დიალექტიურ მატერიალიზმს, აგრეთვე ამ მოძღვრების მთავარ დებულებას „სამყაროს გადაკეთების“ შესახებ, მაგრამ ის ხსენებული ოპერაციის მოწოდებით სტიქიურად მაინც დიალექტიური მატერიალიზმის კანონების თანახმად მოქმედობდა.

დასახიჩრებულთა შრომის უნარიანობის სრულიად, ანდა ნაწილობრივად მაინც აღდგენა და მათი საწარმოო ძალ-ღონის დაბრუნება ისეთივე პირდაპირი მოვალეობაა ჩვენი, როგორც თვით ჯანსაღი ადამიანის დაცვა ყოველგვარი სენისაგან. დარდომილი ზედმეტი ბარგია საზოგადოებისათვის ის ვერაფრითარ საწარმოო ღირებულებას ველარ ქმნის, პირიქით ის საზოგადოების მიერ დაგროვებულ სიმდიდრის გამმანადგურებელია. ვინ არ იცის დღეს თუ რა დიდი თანხები იხარჯება დამზღვევ საღაროების მიერ უდროოთ საწარმოო რიგებიდან გამოსულ ყოფილ მშრომელთა შესანახავათ. საექიმო შემოქმედებითი აზროვნება და უმეტეს ქირურგ—ტრავმატოლოგ—ორტოპედების აზრი უნდა იქნას მიპყრობილი შრომის ინვალიდთა ძალზე შესამცირებლად და დახიჩრებათა სრულიად მოსასპობად. მით უმეტეს დღეს, როცა თანამედროვე უდიდესი სოციალისტური მშენებლობა მშრომელთა მასების უღვეელი შემოქმედებითი ენტუზიაზმით წარმატებით მიმდინარეობს. თვითეული კვალიფიციური მუშა, ტეხნიკოსი, ან გლეხი კოლმეურნეობაში, საერთოდ ყოველი თანამშრომელი სოციალისტურ მეურნეობაში მოწყვეტილი შრომას, დიდი დანაკლისია ამ დიდი მშენებლობის ნორმალურად მსვლელობისათვის. ჩვენ ვიცით, რომ სოციალისტური მშენებლობის წარმატებითი მსვლელობისათვის ყოველგვარ საწარმოო საშუალებათა შორის ცოცხალი ძალა—მუშათა კლასი თავისი უაღრესად მოწესრიგებული შრომით მთავარი პირობაა სოციალიზმის სრული გამარჯვებისთვის.

პროფ. კრუკენბერგის ოპერაცია წინა მხრის დარჩენილ სხივ-იდაყვის ძვლებისაგან ე. წ. ორი „თითის“ შექმნის მიზნით ღირსშესანიშნავია მით, რომ კიდურის ფუნქციონალურად უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ადამიანი, რომელმაც დაჰკარგა საჭირო მოძრაობის უნარი ერთზე ან ორივე ზედა კიდურზე, იღებს საშუალებას ნაწილობრივად მაინც აღიდგინოს ერთგვარი მოძრაობითი საშუალება.

კრუკენბერგზე უფრო ადრე პროფ. ზაუერბრუხიცი შეეცადა იმავე მიზნით კიდურის კუნთური, კინეტიური ძალის გამოყენების ნიადაგზე მოეწყო ე. წ. „კუნთური არხები“ („Kanalische Muscäeen“), ანდა „ძალის ბალიშები“ („Krautwülsten“), რომელთა დახმარებით მას უნდოდა აღედგინა ნაწილობრივად—მაინც ზედა კიდურის დაკარგული ერთგვარი ხელისმტევნისებური მოძრაობა სათანადო პროტეზის დახმარებით. მაგრამ ხშირათ მოუხდენლობა თვით „არხული“, ან „ბალიშბრივი“ პლასტიკისა, პროტეზის უფარვისობაც და ავადმყოფების მიერ მისი (პროტეზების) მალე მიტოვება გახდა მიზეზი ხსენებული ოპერაციის ჩვენების შემცირებისა უმეტეს წინა მხარზე.

პროფ. ფუთიმაც (Putti) აგრეთვე ვალხერმა, ჰოხგამერმა და სხვ. 1917 წ. (კრუკენბერგის მიერ „თითოვანი“ ოპერაციის მოწოდების დროს) შეეცადნენ დაჩენილ სხივ-იდაყვის ძვლებისაგან ერთგვარ „მაშისებრ თითების“ შექმნას. მათ სცადეს ზოგან ცრუ საღსრის გაჩენის გზა, ზოგანაც ხრტილის და ძვლის გადანერგვაც რბილ ქსოვილებში, მაგრამ არც ერთი ეს ხერხი არ აღმოჩნდა მოხდენილი „თით-მაშების“ მომწვევ-მიმწვევი ფუნქციების მხრივ. აქ უფრო სპარბობდა პრონატორული და სუპინატორული მოძრაობა.

პროფ. კრუკენბერგის მიერ მოწოდებული „თითოვანი“ ოპერაცია კი ამ მხრივ სავსებით აკმაყოფილებს მოთხოვნილებას.

აქ ფუნქციონალურად საკმარისია ყველა მოთხოვნილება „თითების“ მოძრაობის მხრივ. თვით ოპერაციაც შედარებით უფრო სადაა, მოხდენილი და პრაქტიკულად მეტი მისაღებია. ზედა კიდურები, როგორც ვიცით ერთ-ერთი დინამიური ბერკეტებია ორგანიზმისათვის, როგორც მოძრაობის ორგანოები ძალის საფუძვლიანი აღდგენა ამ მიზნით სწყვეტს საკითხს ნაწილობრივად შრომის უნარიანობის აღდგენის შესახებ. ამიტომ „კრუკენბერგის ხელი“ დღეს მიღებული უნდა იქნეს თანამედროვე სამედიცინო ტენიკის განვითარების მიხედვით ერთ-ერთ ნაწილობრივ გამოსავალ საშუალებად ადამიანის დახიჩრებულ მდგომარეობიდან. ვისაც კი გაუკეთებია ეს ოპერაცია (როზხანოვი, შეელი), (Schell-ი), იუსევიჩი, ფაერმანი, გეიმანოვიჩი და სხვა) ყველანი კმაყოფილნი არიან მისი შედეგით. მით უმეტეს იქ, სადაც ადამიანს წართმეული აქვს ორივე ზედა კიდური, (ერთი მთლიანად, და მეორე კი წინა მხრის ნაწილი) ასეთი ოპერაცია ერთად ერთი გზაა კიდურის ნაწილობრივად მაინც ფუნქციის აღდგენისათვის. ჩვენის ცნობებით ეს ოპერაცია როგორც მთელს ჩვენს საბჭოთა კავშირში, აგრეთვე დანარჩენ სახელმწიფოებშიც ძლიერ მკვირვ რიცხოვანია. ამისი მიზეზი ჩვენის აზრით უნდა იყოს ის გარემოება, რომ შემთხვევა ორივე ზედა კიდურების დაკარგვისა ისე, რომ მოსახდენ ადგილას იყოს წინა მხრის ნაწილობრივი დაკარგვა ორივეზე, ან ერთზე, არც ისე ხშირია. შესაძლოა აგრეთვე ისიც, რომ თვით დოსტაქრებიც არ აძლევდნენ კრუკენბერგის ოპერაციას დიდ პრაქტიკულ მნიშვნელობას. მაგრამ როგორიც კი არ უნდა იყოს მიზეზი, ჩვენის აზრით ქირურგებმა მეტი ენერგიით უნდა ვურჩიოთ დახიჩრებულებს ეს ოპერაცია და მეტი გაბედულებით უნდა ჩავერიოთ აქ ხსენებული რადიკალური ოპერატიული დახმარებით.

ჩვენი მიზნისათვის მნიშვნელოვანი და საჭირონი არიან სხივიდან იდაყვი-საკენ გამწვევი კუნთები. (Mm. brachio-radialis, ext. c. radial.) და საერთოდ თითების ნახევრად გამშლელები (M. fl. dig. sublim.)—მომწვევი: (pronat. teres, fl. car. radial.) და ნაწილი fl. dig. sublimis. დანარჩენი კუნთები ვითომდაც „საჭირონი“ აღარ არიან. ასე მაგ. musc. abduc. pol. longus, ext. pollicis longus და brevis, თუ ღრმა კუნთებს არ ჩავთვლით მაგ. fl. dig. profundus. ეს კუნთები შეიძლება დარჩეს, თუმცა ზოგიერთი ავტორი და მათ შორის თვით კრუკენბერგიც გვირჩევს მათ ამოკვეთას. ჩვენს შემთხვევაში ეს კუნთები არ ამოგვიკვეთია. ზოგიერთი ავტორები ამ „ზედმეტ“ კუნთების ამოკვეთას მიმართავენ მხოლოდ კანის ეკონომიის შენარჩუნების მიზნით, მაგრამ რადგან გადა-

ნერვვა კანისა მინც აუცილებელი ხდება, ხსენებულ კუნთების ამოკვეთას ჩვენის აზრით არავითარი მნიშვნელობა არ აქვს. პირიქით საჭიროა მათი დატოვება კიდურის დინამიური მთლიანობისა და ფიზიოლოგიურად კომპლექსურ თვისებათა შენახვისათვის. მასთან ცოცხალზე მათი ზუსტად ამოკვეთა სხვა კუნთებისა და საერთოდ სისტემათა (ნერვების, სისხლის ძარღვებისა და სხვა) დაუზიანებლად—პრაქტიკულად არც ასე ადვილია.

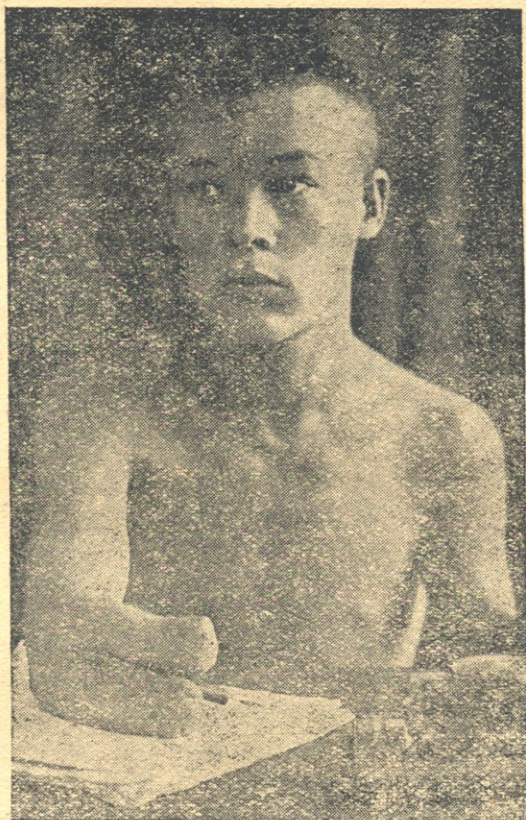
ამ რიგად, ჩვენ მოძრავს, მაგრამ საჭირო ქმედებას მოკლებულ უმოქმედო კუნთებს აღვადგენთ ხოლმე და ვასრულებინებთ იმ მუშაობას, რაც მათ სავსებით ან ნაწილობრივად შეუძლიათ. შემდგომი ვარჯიშობით კიდური უფრო აღიდგენს ხოლმე შრომის უნარს. მთელი დიალექტიური ინტერესი სწორედ აქ არის. ჩვენ შევძელით ყველა მოძრავი აპარატის რაოდენობიდან თვისებაში გადაყვანა. სრულიად მოღუწებულ მოძრავ კუნთებს გაუკეთეთ ანალიზი, და ვანაწილეთ ისინი მათი სამოძრაო ფუნქციათა მიხედვით, შემდეგ კვლავ სინტეტიურად შევავერთეთ, აღვადგინეთ მომავალ „თითების“ სხივ-იდაყვის ძვლების კიდებზე და სათანადო ზეგავლენით—ფიზიკური ვარჯიშობით შევქმენით მათი თვისებითი უნარიანობა. ამრიგად ჩვენ გარდავექმენით გამოუსადეგარი ხელი, გამოსადეგ—სასარგებლო მოქმედ ორგანოთ.

### ოპარაციის ტექნიკა.

გრძელი განაკვეთი წინა მხრის ორივე (შიგნით და გარე) ნახევარზე იდაყვის ახლოდან. *Nervus medianus* მოკლება 5—7 სანტიმ. *N. Ulnaris*—2—3 სტ. საერთო გამშლელი კუნთი გაიყოფა დანით ორ ნაწილად: სხივისაკენ მე 2—3 თითსათვის და იდაყვისაკენ—მე 3—4—5 თითებისათვის. თვითეული ამ ნაწილისა რჩება თავიანთ სხივ-იდაყვის ადგილზევე. *Musc. ext. carpi Ulnaris*, რჩება იდაყვის მხარეზე, *M. brach-radial.* და *m. ext. carpi radial*—სხივის ძვლის მხარეზე. იმავე მხარეზე რჩება *m. fl. c. radial.* და *m. fl. c. ulnaris* კი მიდის მოპირდაპირე მხარეზე—სხივისაკენ. *M. fl. dig. sublimis* იყოფა ორ ნახევრად; ორივე ნახევარი ნაწილდება სხივ-იდაყვისათვის თანაბრად თავისი ადგილმდებარეობის მიხედვით. ძვალთაშუა იოვი გრძლად უნდა ჩაიკვეთოს, რომ სხივ-იდაყვის ძვლები ფართოდ გაიშალოს.

ყველა ზემოდ ჩამოთვლილი კუნთები ჯერ უნდა დაალავოთ სხივ-იდაყვის ჯგუფებად, შემდეგ კი შეჭკონოთ და მიამაგროთ ორივე ძვლების კიდებზე გასწვრივად ამოღებულ ღარებში. ჩვენს შემთხვევაში ღარები არ ვაგვიკვეთებია და არც საჭიროთ ვსთვლით (თუ ძვლების ბოლოები მოხდენილად იქნება ჩადაბლებულ-გახვეწილი, მეტი საჭირო არ არის რა. დეფექტის დასაფარავად სხივის ძვლის მხრივ კანი საკმარისია, არ კმარა კანი მხოლოდ იდაყვის ძვლის ნახევრიდან. ამისათვის საჭირო ხდება მუცლის არედან გადანერვვა კანისა „ფეხზე“. საერთოდ ჭრილობის შეხორცებას კარგ პირობებში ესაჭიროება 12—14 დღე. პროფ. კრუკენბერგის მოდიფიკაციაში (ტექნიკაში) ჩვენ შევიტანეთ ის ცვლილება, რომ არც ერთი კუნთი, როგ. მაგ. *M. m. abd. pol. long., ext. p.*

long. და brevis, აგრეთვე ღრმა მომხვრელიც, არ ამოგვიკვეთია.\*) კრილობის შეხორცების შემდეგ ვიწყებთ თბილ აბაზანებს, მასაჟს, პასიურ-აქტიურ მოძრაობებს. უკანასკნელთ ავითმყოფი თვითონ ეჩვევა და ის მიზანშეწონილებრივად იწვრთნის კიდურს თავისი საჭირო მოძრაობით: (იჭერს კოვზს, ჩანგალს, იბნებს



ოპერაციიდან 2 თვის შემდეგ.

ლილებს და სხვა). ამრიგად, თითქმის მთელი 100%-ტით დავრდომილი აღამიანი, ნაწილობრივ მაინც იბრუნებს ზედა კიდურის მოქმედებითი უნარს და თავის მოვლას ახერხებს. საზღვარგარეთ არის მთელი რიგი სახელოსნოებისა, სადაც დასახიჩრებულთა შრომას იყენებენ სპეციალური ხელოვნური პროტეზების დახმარებით. ლენინგრადშიც არსებობს პროფ. ტურნერის სახელობის სახლი, სადაც გამართულია მთელი რიგი სახელოსნოებისა სწორედ დასახიჩრებულ-ინვალიდთათვის. მათი შრომის გამოყენების მიზნით. სამწუხაროთ ჩვენში ამ საკითხს ჯერ-ჯერობით სათანადო ყურადღება არ აქვს მიქცეული. საჭიროა და-

\*) ჩვენი მოსაზრება ამ საკითხზე იხ. სხვა ადგილას ამავე ტექსტში. გ. მ.

ვრდომილ დასახიზრებულთა შრომის გამოყენება ერთგვარ ნორმალურ კალაპოტში ჩადგეს და ჩვენი შრომის სახელმწიფო არა თუ ნაწილობრივ მაინც განთავისუფლდეს ზედმეტი ხარჯებისაგან, არამედ დაუბრუნდეს კიდევ მას (ნაწილობრივ მაინც) შრომის უნარიანი მუშაკები. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოებმა ამ მხრივ გადამწყვეტი ნაბიჯები უნდა გადასდგან. კრუკენბერგის ოპერაცია აქ საგრძნობ წილს შეიტანს შრომის სახელმწიფოს დახმარების საქმეში.

### ავადმყოფის მოკლე ისტორია.

ავად. კირიჩენკო აღ. 15 წლისა, უპატრონო ბავშვი, მოიყვანეს ქირურგიულ კლინიკაში ორივე ზედა კიდურების დასახიზრებით მატარებლის ქვეშ მოყოლის გამო. მარცხენა კიდური მას თითქმის სრულებით დაკარგული აქვს, მარჯვენა წინა მხარი კი შენარჩუნებულია წინა მესამედის მანძილზე.

8/II პროფ. ერისთავმა გაუკეთა კრუკენბერგის ოპერაცია, აგრეთვე გადანერგვა კანისა, „ფეხზე“ იდაყვის წილის დეფექტის დასაფარავად. 15/II ნაწილობრივ მოეხსნა ძაფები. გადანერგილი კანი მუცლის არედან კარგათ ეხორცება.

20 — 25/II-მდე საერთოდ შეხორცებითი პროცესი დასრულდა. 28/II — 20/III-მდე სრულდება აგრეთვე თბილი აბაზანებისა და ფიზიკური ვარჯიშობითი პროცედურები. ავადმყოფი კარგათ მიეჩვია თავის „თითების“ გაწრთვნას.

ამ ჟამად ის სწერს, ივარცხნის, იკვებება, საერთოდ ასრულებს მთელ რივ საჭირო მოძრაობებს. შედეგი სავსებით დამაკმაყოფილებელია.

### ლიტერატურა.

1. Krukenberg H. „Über plast. Umwertung von Armamputat“. Stuttgar 1917 j. (მონოგ).
2. Геиманович З. А ука Крукеняерга. „Врач. дело“. 1927 г. № 8.
3. Розанов В., Рука Крукенберга. „Нов. хир. арх. 3. 1923.
4. Scheel. „Zeitsch. f. ortop. chirurg.“ 1920. (Bd. 39).
5. Юсевич Московск. мед. журнал 1925.
6. Bier-Braun-Kümmel: „Oparations Lehre“. 1923.
7. К. Маркс О Фейбахе (11 тезис.).

Г. Мжаванадзе

Доцент

### „Рука Крукенберга“.

(Из клиники общ. хир. зав. проф. К. Эристов).

Опер. Проф. Крукенберга предложена в 1917 г. в целях частичного восстановления функциональной способности верх. конечности после тяжелого повреждения предплечья не выше средней трети. Из оставшихся луче-локтевых костей, соотв. обр. приспособляя общих сгибателей и разгибателей путем прикрепления их к концам упсмянутых костей, составляют два т. наз. „пальца“ коих больнои посредством дальнейшей трес 5 ფ. თანამედროვე მედიცინა. № 1 — 2.

ნიროვკი развивает и применяет их для выполнения целого ряда нужных ему движений. Диалектический интерес по автору здесь заключается в перестройке функционально - недействующей конечности в т. наз. „руку“ с двумя пальцами. Т. О. человек хотя бы частично выходит из состояния инвалидности и начинает самообслуживать себя. Мало того, путем протезирования он может приучиться к определенному общественно-полезному труду и, найдя для себя средство пропитания, сумеет дать продукцию своего труда и государству. В Европейских странах на использование труда инвалидов обращалось большое внимание. В Сов. Союзе (напр. в Ленинграде) имеется дом им. проф. Г. И. Турнера, где труд травмированных инвалидов широко используется. Автор усиленно рекомендует хирургам чаще производить операцию проф. Крукенберга в показанных случаях, однако советует не удалять совершенно глубоких сгибателей, а также *m. m. abd. pol. long. ext. pol. long. и brev.*, ибо соображение проф. Крукенберга и др. авторов относительно „режима экономии в коже“ не оправдывается на практике, т. к. пересаживать ее все же приходится, к тому же комплексная функциональность и динамичность как предплечья, так и всей руки в целом не страдают. В Грузии, к сожалению на вопрос использования труда инвалидов со спец. протезированием пока еще не обращено должного внимания. В периоде гигантской соц. стройки широкое использование труда инвалидов даст гос рству большую подмогу. Автор обращает внимание здрав-органов на это обстоятельство, дабы они серьезно занялись урегулированием затронутого вопроса. Операция Крукенберга в этом отношении по мнению автора может оказаться полезной.

Автор описывает один случай, произведенной проф. Эристовым, где получился хороший функциональный результат.

## G. A. Mjavanadzé

Dozent.

### „Le Man de Kruckenberg“.

Clinique de chirurgie générale. Tiflis. Direc. des cliniques prof. K. Eristavi).

L'opération du profes. Kruckenberg, ayant pour but l'adaptation des os radio-olécrâniens de l'avant-bras, en qualité de deux „doigts“ actifs, — est d'une importance colossale, non seulement parcequ'elle permet à l'invalidé, — incapable de travailler, complètement ou jusqu'à un certain degré, — de suffir a ses besoins personnels; — mais aussi parcequ'elle premet à l'Etat d'utiliser le travail de ces invalides, en les appliquant à diverses branches de l'industrie.

Le nombre de ces opérations, faites par les chirurgiens et orthodèdistes du monde entier, est si insignifiant, (quoique les cas doivent être nombreux), que la pensée scientifique paraît ne pouvoir encore s'orienter et n'apprécier point à

sa juste valeur pour l'industrie cette opération plastique, vraiment dialectique et révolutionnaire, puisqu'elle change un moignon inutile en deux doigts actifs, en activant la force kinétique des muscles inactifs de l'avant-bras (surtout des extenseurs et fléchisseurs).

Notre malade, invalide complet, (privé des deux extrémités supérieures), a recouvré grâce à l'opération Kruckenberg, la faculté de se servir soi-même. Malheureusement, chez nous en Géorgie les ateliers spéciaux mangent encore pour cette catégorie d'invalides, puis, en portant des prothèses appropriées, pourraient accomplir certains travaux et donner à la société quelques produits, conformes à leurs forces.

C'est pourquoi nous insistons auprès des organes du Commissariat de Santé Publique, comme auprès des sociétés industrielles, pouvant utiliser ces sortes de travailleurs pour hâter la construction d'ateliers orthopédiques pour ces invalides. Et nous insistons pour que les chirurgiens, orthopédistes et traumatologues non seulement multiplient les cas de cette opération, (quand elle est possible), mais fassent une propagande intensive, mobilisant en sa faveur l'opinion du public soviétique.

ე. ჯ. ფიფია

ასისტენტი

## საოპერაციო არეს Brilliant-grün-ით მოგზადების საკითხისათვის\*

(ჰოსპიტ. ქირ. კლინიკიდან გამგე, პროფ. გ. მუხაძე).

სუფთა ოპერაციების ინფექციით გართულება ბევრ პირობებზეა დამოკიდებული, მაგრამ უმთავრესი მნიშვნელობა აქვს კონტაქტურ ინფექციას: მასალას, იარაღებს, საოპერაციო არეს და ოპერატორის ხელს.

მაშინ, როდესაც მასალის და იარაღების აბსოლუტური სტერილიზაცია შესაძლებელია, საოპერაციო არე და ქირურგის ხელი თანამედროვე ქირურგიისათვის წარმოადგენს ყველაზე უფრო სუსტ მხარეს.

ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ხელის და საოპერაციო არეს დამუშავების მრავალი წესი არსებობს; თუ ხელის დამუშავების საკითხში რეზინის ხელთათმანების ხმარებით თითქმის იდეალს უახლოვდებით, საოპერაციო არეს მომზადება საზრუნველ და ძიების საგანს წარმოადგენს.

უკანასკნელ წლებში Grossich-ის წესს, რომელმაც თითქმის მთელ მსოფლიოში მონოპოლია მოიპოვა, გაუჩნდა მოქიშვები სხვადასხვა ანტისეპტიური ნივთიერების სახით. მაგალითად ამერიკაში ფეხი მოიკიდა მერკურო-ქრომმა (Mayo-ს კლ.) ინგლისის ბევრ კლინიკებში იხმარება 5% პიკრინის სიმყავის ხსნარი სპირტში (Gubson).

ოთხი წლის წინ რუსეთში ექიმმა Баққал-მა სათანადო ბაქტერიოლოგიურ შესწავლის და ცდების შემდეგ საოპერაციო არეს მოსამზადებლად შემოიღო ბრილიანტის სიმწვანე. სამართლიანობა მოითხოვს ავღნიშნოთ, რომ ანილინის საღებავების ანტისეპტიობა ცნობილი იყო ჯერ კიდევ 1875 წ. (Veigert), ამასვე ადასტურებს 1890 წ. Behring-ის შრომა. 1914 წ. Römer-Gebel, Löhleisen-მა ხანგრძლივი ბაქტერიოლოგიური ცდების შემდეგ გამოუშვეს ცხრა ანილინის საღებავებისაგან შემდგარი ნარევი; სახელდობრ ამაში შედიოდა: Brilliant grün, I.d-grün, Malachit-grün, Methyl-violet A და B, Hoffman-violet, Gentian-violet და Satranin. ეს ნარევი Hoffman-ის აზრით (Pelz-Leusden-ის კლინიკა) კარგად მოქმედებს დიპლობაცილის ჯგუფზე და აგრეთვე სტაფილო და სტრეპტოკოკების წინააღმდეგ. Baumann-მა (კლინიკა Payer) ამ ნარევიდან აარჩია Methyl Violet, რომლის 1,0—1.000,0 ხსნარი 5 წუთის განმავლობაში ხოცავს სტაფილოკოკებს.

ბაუმანის მონაცემებს დაემყარა ექ. ბაკკალი და საოპერაციო არეს მოსამზადებლად შემოიღო ბრილიანტის და მალახიტის სიმწვანე. უკანასკნელ დროს

\* მოხსენდა ქირ. კონფერენციას 25/V 32 წ.



ამ საღებავებით მზადდება, როგორც საოპერაციო არე, ისე ქირურგის ხელები, კეტგუტი და მკრელი იარაღებიც.

ჩვენი კლინიკა ხმარობდა მხოლოდ საოპერაციო არეს მოსამზადებლად ბრილიანტის სიმწვანეს.\* საერთოდ ანილინის საღებავები და კერძოდ ბრილიანტის სიმწვანის დადებითი მხარეთ უნდა ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ მძლავრი ბაქტერიციდულ თვისებასთან ერთად ისინი ქსოვილის სიღრმეში იჭრებიან და მასთან ორგანიზმისათვის შხამს არ წარმოადგენენ. ბერინგმა დაამტკიცა, რომ ბრილიანტის სიმწვანე ხელს უწყობს გრახულაციის განვითარებას და ეპითელიზაციას.

ბრილიანტის სიმწვანის ბაქტერიციდულ თვისების გამოსარკვევად ბაკალი კანის 1%-40%-ნ სპირტში გახსნილ ბრ. ს-ით დამუშავების შემდეგ იკვლევდა საკვებ ნიადაგს, რომელშიაც დათესილი იყო ამ კანის ფლორა: 51 ცდაზე არც ერთ შემთხვევაში ზრდა არ ყოფილა.

იმის გამოსარკვევად, თუ რა სიღრმეზე მოქმედობს საღებავი და რა გავლენას ახდენს სადინარებში და პორებში მყოფ მიკროორგანიზმებზე, ის სთესდა ეპიდერმალურ შრეს და იკვლევდა ხელთათმანის წვეს. ეპიდერმისის დათესვის შემთხვევაშიც, ბრილიანტის სიმ. როგორც 1%-ი წყლის, ისე სპირტის ხსნარმა 96 ცდაზე არც ერთ შემთხვევაში ზრდა არ მისცა, აქედან ის დაასკვნის რომ კანი სიღრმეშიც სტერილურია. ხელთათმანის წვესის გამოკვლევაშიც დაადასტურა მისი სრული ასეპტიობა.

საკიროთ მიმართა მოვიყვანო სხვა ავტორების გამოკვლევა. მაგ. А. З. Коздоба და Т. М. Куперман-მა თავიანთი ექსპერიმენტალური მუშაობით დაამტკიცეს, რომ სიმწვანე in vivo კანქვეშ შეყვანილი მოქმედებს მიკროორგანიზმების წინააღმდეგ. სისტემატიურ, ზუსტად დაყენებულ ცდებმა დაადასტურა, რომ მაშინ როდესაც საკონტროლო ცხოველები იხოცებოდნენ სხვადასხვა ბაქტერიების სასიკვდილო დოზის შეყვანის შემდეგ, სრულიად უვნებლად რჩებოდნენ ასეთივე ცხოველები ბრილ. სიმწ. ზეგავლენით. მაშინ, როდესაც ქუჩის მტვერი შეყვანილ ცხოველები იხოცებოდნენ ტეტანუსით, ისინი ცოცხალი რჩებოდნენ, როდესაც ბრილ. სიმწ. გახსნილი მტვერს უშხაპუნებდნენ.

მოვიყვან იმ ავტორების ცდებსაც, რომლებმაც, ყოველ შემთხვევაში, ასეთი ბრწყინვალე შედეგი ვერ მიიღეს. ასეთი შრომა გამოვიდა В. Левит-ის კლინიკ. შრომა ეკუთვნის Н. И. Лифшиц, Пиеневич და Л. Франк-Коменецкий-ს. ამათმა 200-მდე კანის ნაცხის დათესვა აწარმოეს; გამოირკვა, რომ საოპერაციო არე სიმწვანის წასმამდე იძლეოდა 3-დან 100-მდე და მეტს ახალშენს, დამუშავების შემდეგ 0-დან 1-მდე. ოპერაციის დამთავრებისას კი 0-დან 100-მდე. შესადარებლად მოახდინეს გროსიხის მეთოდის გამოცდა, აწარმოეს 70 ცდა, აღმოჩნდა: კანი, რომელიც იოდის წასმამდე იძლეოდა 3-დან 150 ახალშენს, მისი წასმის შემდეგ—0—9 ახალშენს, ხოლო ოპერაციის ბოლოს 0—10 ახალშენს. ასეთივე ცდა აწარმოვა Леви-მ

\* ბრილიანტის სიმწვანით საოპერაციო არე მზადდება შემდეგი წესით: სპირტით გაწმენდის შემდეგ საოპერ. არეს წავსობა ორჯერ ინტენსიურ შეღებვამდე ბრ. სიმწ. 1% ხსნარით 80% სპირტში.

(Шевандин-ის კლ.). დაუმუშავებულმა კანმა მისცა ზრდა 90,4% შემთხვევაში, იოდით მომზადების შემდეგ კი 15,6% შემთხვევაში, ოპერაციის ბოლოს ზრდა მიიღო 31,2% შემთხვევაში. ამ ცდებიდან ცხადია, რომ იოდით დამუშავებული კანი უფრო მეტდარია ვიდრე ბრილ. სიმწ-ით. მეორეს მხრივ თუ იოდით დამუშავების შემდეგ კანი იძლევა 0—9 ახალშენს, ბრილ. სიმწ. დამუშავების შემდეგ 0—1. იმის გამოსარკვევად თუ კანის რა სიღრმეში წვდება ბრილ. სიმწ., ზემო მოხსენებული ავტორები იკვლევდნ კანის ნაჭერს ბრილ. სიმწ. დამუშავებულს. შესაძარებლად გამოკვლევა სწარმოებდა აგრეთვე იოდ წასმულ კანის.

იოდით დამუშავებულ ყველა შემთხვევაში იღებებოდა ეპიდერმისის რქოვანი შრე. დახშობილ იყო სადინარები და ფორები, იშვიათ შემთხვევაში იოდი იჭრებოდა მალპიგის შრემდის; თმის ბუდეში და ჯირკვლების სადინარში იოდი ვერ შედიოდა. ბრილ. სიმწ. არსებითად იმასვე იმეორებს რასაც იოდი, მაგრამ რქოვან შრეს არ სცილდება, რაც იშვიათ შემთხვევაში იოდის დროს შესაძლებელია.

ამათუიმ წესის შესაფასებლად დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას, მაგრამ თითქმის ერთგვარად ჩატარებული ცდები სხვადასხვა ავტორის ხელში სხვადასხვა შედეგს იძლევა, მაგ. Смородинцев-ს თავის შრომაში მოჰყავს ისეთი ცხრილი, როდესაც ერთდამივე ხელიდან სხვადასხვა მეთოდით აღებული ნაცხი იძლეოდა მერყეობას 636—1,933.400-მდე. ამიტომ ბაქტერიოლოგიური მონაცემებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა აქვს კლინიკურ დაკვირვებებსაც.

საოპერაციო არეს ბრილ. სიმწ. მომზადების შემდეგ ჭრილობის დაჩირქებით გართულების საილიუსტრაციოთ მოვიყვან დღემდის გამოქვეყნებულ კლინიკურ მასალას.

Покотило . . . . .	324—1,75%
Гуляницкий . . . . .	500—1,6%
Ерхун . . . . .	450—1,5%
Писарева . . . . .	29—6%
Тихонович . . . . .	439—1,1%
Левит-ის კლ. . . . .	246—6%
მუხაძის კლ. . . . .	565—4,7%
Мещанинов . . . . .	154—0%

შესაძარებლად მოვიყვან იოდის შემდეგ მიღებულ დაჩირქებას

Гарбер-Деркачев . . . . .	2.219—5%
Абрамович . . . . .	3.787—3,5%
Берлин . . . . .	900—5%
Ерхун . . . . .	250—5,5%
Райхман . . . . .	182—3,2%
Малиновский . . . . .	2.496—2,1%
Заркевич . . . . .	543—12%

ჰოსპ. ქირ. კლინიკ. მასალის მიხედვით იოდის ხმარების დროს მიღებული დაჩირქება 3218 სუფთა ოპერ. უდრის 6,15%. მოყვანილი მასალის ანალიზი ცხად ჰყოფს ბრილიან. სიმწ. უპირატესობას იოდთან შედარებით.

ლიგმიც, ნისნევიჩი და ფრანკ-კამენიციკი აღნიშნავენ თავის მასალის 15% შემთხვევაში Stichnetinfektion ან ე. წ. პუს-პუნქტატს. ეს პუსპუნქტატი ჩნდებოდა 4—12 დღემდე უფრო ხშირად მე-7—8 დღეს. ჩვენი მასალის ზოგიერთ შემთხვევაში ჩვენც ვამჩნევდით ამ მოვლენას.

ბრილ. სიმწ., როგორც კანს ისე ლორწოვან გარსს სრულეზიდ არ აღიზიანებს ამიტომ, მისი ხმარება ისეთ ადგილებშიც კი, სადაც იოდს გაურბივართ (სკროტუმი, ბავშვების კანი), შესაძლებელია.

ორგანიზმისათვის ბრილ. სიმწ. არავითარ შხამს არ წარმოადგენს. ამ საკითხის გამოსაკვლევად ბაკკალი 400 გრ. ზღვის გოქს უშხაპუნებდა 30,0 ბრილ. სიმწ. (1,0—1000 ხსნარს) კანქვეშ. ზღვის გოქს 8—10 დღის შემდეგ შეშხაპუნების ადგილას უჩნდებოდა მრგვალი წყლული, რომელიც სათანადო მოვლის შემდეგ ადვილად ხორცდებოდა.

ზემოდ მოყვანილი ლიტერატურულ წყაროების და ჩვენი კლინიკის დაკვირვების მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია გამოვიყვანოთ შემდეგი დასკვნა:

1) ბრილ. სიმწ. თავისი ბაქტერიციდული თვისებით იოდს არ ჩამოუვარდება. 2) ბრილ. სიმწ. ორგანიზმისათვის შხამს არ წარმოადგენს. 3) ბრილ. სიმწ. გაცილებით იაფია ვიდრე იოდი. 4) ბრილ. სიმწ. კანის და ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას არ იწვევს. 5) მის უარყოფით მხარეთ უნდა ჩაითვალოს ის, რომ ის სვრის როგორც ქირურგის ხელს ისე მასალას და ძნელი მოსაცილებელია.

Д-р И. К. Пипия.

### К вопросу о подготовке операционного поля брильянтовой зеленью.

Из хирургической кл. Тифл. Мед. Ин-та Директор—Проф. Г. М. Мухадзе.

Автор описывает наблюдения кл. проф. Мухадзе подготовки операционного поля брильянтовой зеленью. На 565 чистых операций нагноилось 4,7%. Достоинством Брил. з. автор считает большую бактерицидность и дешевизну. Отрицательной стороной—маркость белья и рук хирурга.

D-r Phiphia.

### La préparation du champs d'opération de Brilliant-grün.

De la clinique chirurgicale du prof. Mouchadze Tiflis—Géorgie.

L'auteur décrit des observations faites à la clinique du prof. Mouchadze à propos de la préparation du champs d'opération de Brillant-grün.

De 565 cas d'opérations pures, il n'y avait qu 4,7% de suppurées.

De bon cotè du Brillant-grün l'auteur compe son grand pouvoir bactéricide d'une part et bas prix de l'autre. Du cotè negatif—c'est ce qu'il laisse de taches sur le linge et aux mains du chirurgien, qui se lavent très difficilement.

## ლიტერატურა.

- 1) Проф. А. В. Тихонович Нов. Хир. Арх. № 2 1930 г.
- 2) И. И. Чухненко Нов. Хир. № 3, т. VII 1931 г.
- 3) Прив.-доц. А. Ф. Бердяев. Нов. Хир. № 8—9—1930 г.
- 4) Д-р Н. И. Лифшиц и Л. М. Исневич № 3. Франк-Каменецкий. Н. Х. А. № 10—1931 г.
- 5) Баккал С. А. Н. Х. А. № 9. 1929 г.—кн. 3. 1928 г.—№ 10—1931 г.
- 6) Чуйстов В. М. Ж. Сов. Х. т. VI. № 3. 1931 г.
- 7) Покотило В. А.
- 8) Коздоба А. З. и Купперман т. VI.
- 9) Гарбер Н. и Деркачев Б.
- 10) Леви Я. А.
- 11) Абрамович Я. А.—Н. Х. А. № 3, 4—1931 г.
- 12) Чихненко И. И. Н. Х. № 3—1931 г.
- 13) Богораз Н. А. В. Х. и П. О. кн. 53, т. XVIII.
- 14) Ожерельев А. А., В. Х. и П. О. кн. 53, т. XVIII.
- 15) Баккал В. Х. и П. О. кн. 68—69. т. XXIII.

მ. კვიციანი  
ორდინატორი

## სისხლის წნევის მკურნალობა ადგილობრივ ანესტეზიით გაკეთებულ ოპერაციების დროს.

(წინასწარი დაკვირვებანი).

(ფაქ. ქირურგიული კლინიკა. გამგე პროფ. ა. მაჭავარიანი).

ფაქულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში ჩვენი მასწავლებლის პროფესორ მაჭავარიანის ხელმძღვანელობით ჩატარებული იყო სისხლის წნევის ცვლილებების გამოკვლევა.

ზურგის ტვინის ანესტეზიით გაკეთებულ ოპერაციების დროს აწარმოებდა ექ. ვ. ა. მერაბაშვილი, ადგილობრივი ანესტეზიით გაკეთებულ ოპერაციების დროს ვაწარმოებდა მე.

მე ვცადე შემესწავლა თუ რა გავლენას ახდენს ადგილობრივი ანესტეზია ნოვოკაინის 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ან 0,5<sup>0</sup>/<sub>6</sub> ხსნარისა ოპერაციის ან ნაოპერაციებ ხანას დროს სისხლის წნევაზე. არა ერთხელ იყო ჩვენ მიერ შემჩნეული ადგილობრივ ანესტეზიით ჩატარებულ ოპერაციის დროს გულის სისუსტისა და მასთან დაკავშირებულ სისხლის წნევის დაქვეითების მოვლენები. ფრიად საინტერესოა შექმნილი მდგომარეობის გამომწვევი მიზეზების გამოკვლევა. საინტერესოა ზუსტად იყოს გამოკვლეული, თუ რაზედ არის დამოკიდებული სისუსტის მოვლენები, ოპერაციულ მანიპულაციაზე და ნოვოკაინის ხსნარის არა საკმარის გამოყენებაზე თუ თვით ნოვოკაინის ხსნარით წარმოშობილ ინტოქსიკაციაზე.

დაკვირვების შედეგების სიწმინდისათვის ჩვენ ვზმარობდით მეტ შემთხვევაში ნოვოკაინის 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ან 0,5<sup>0</sup>/<sub>6</sub> ხსნარის უადრენალინოთ, ზოგ შემთხვევაში ადრენალინით.

სისხლის წნევას ვირკვევდით Riva-Roce-ის ხელსაწყოთ და Reclimgausen-ის აპარატით, ვაწარმოებდით გამოკვლევას. როგორც მაქსიმალურ-სისტოლიურს, ისე მინიმალურ დიასტოლურს სისხლის წნევას—აუსკულტატიური წესით. ამავე დროს ყურადღებას ვაქცევდით პულსის ცვლილებასაც. მასალის მიხედვით ვცდილობდით, რომ გამოკვლევებისთვის ისეთი ავადმყოფები შეგვერჩია, სადაც ესა თუ ის შინაგანი ავადმყოფობა, რომელიც სისხლის წნევაზე ახდენს გავლენას გამოირიყიებული ყოფილიყო და აგრეთვე ვარჩევდით ისეთ საოპერაციო ავადმყოფებს, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთებოდათ ადგილობრივი ანესტეზიით. ასეთებს წარმოადგენდენ აპენდიციტები, თიაქრები ვასტროენტეროანასტომოზები და სხ. გამოკვლევას ვაწარმოებდით შემდეგი წესით:

ვიკვლევდით სისხლის წნევას ავადმყოფის ერთ და იმავე მდგომარეობაში, თითო ავადმყოფზე წარმოებული იყო 20 ჯერ და მეტიც გამოკვლევა.

1) ავადმყოფის კლინიკაში შემოსვლისას რამოდენიმე დღის განმავლობაში, ამით ვადასტურებდით N-ას ანუ მუდმივ სისხლის წნევას ავადმყოფთათვის.

2) კუჭის გაწმენდის წინ და მის შემდეგ.

3) ოპერაციის დღეს რამოდენიმე გამოკვლევა სწარმოებდა.

a) პალატაში, b) საოპერაციო წინა ოთახში, c) საოპერაციო ოთახში:

4) ანესტეზიის დაწყებისას და მის გათავებისას.

5) ოპერაციის დაწყებისას — კანის გაკვეთა და ოპერაციის გათავების რამდენიმე ჯერ.

6) ოპერაციის გათავებისას.

7) ნაოპერაციებ ოთახში ოპერაციის შემდეგ 2 საათისა.

8) სისხლის წნევა ესინჯებოდა ამის შემდეგ ყოველ დღე ერთ და იმავე მდგომარეობაში ყოველივე პირობების დაცვით სანამ ავადმყოფი არ გაეწერებოდა კლინიკიდან რაახლოვებით 10—14 დღე.

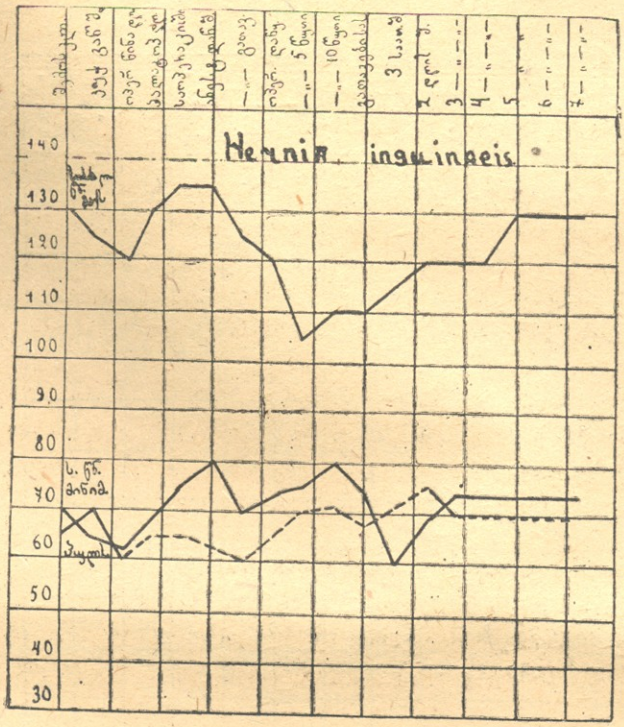
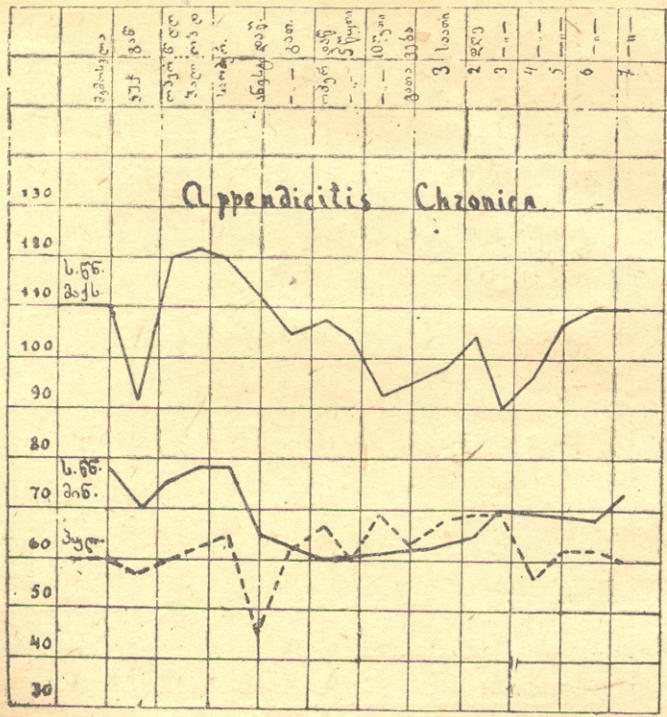
ჩემს მიერ გამოკვლეულია 180 ავადმყოფი. 100 მამაკაცი, 80 დედაკაცი. ასაკის მიხედვით 16—60 წ-მდე. 140 ავადმყოფს გაუკეთთა ოპერაცია ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ—15-ს მათში ადრენალით და იყო ამ ავადმყოფებზე ჩატარებული სისხლის წნევის გამოკვლევა, დანარჩენ 40 ავადმყოფზე ჩატარებული იყო სისხლის წნევის გამოკვლევა საკონტროლო ცდების მიზნით.

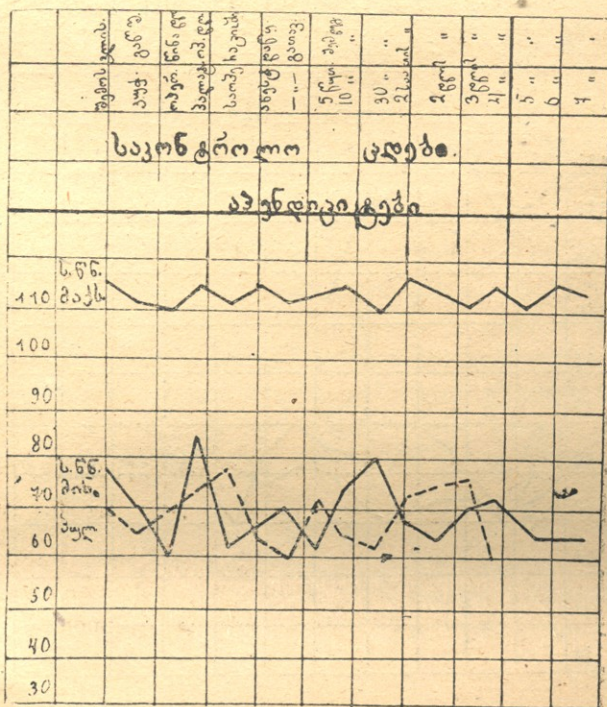
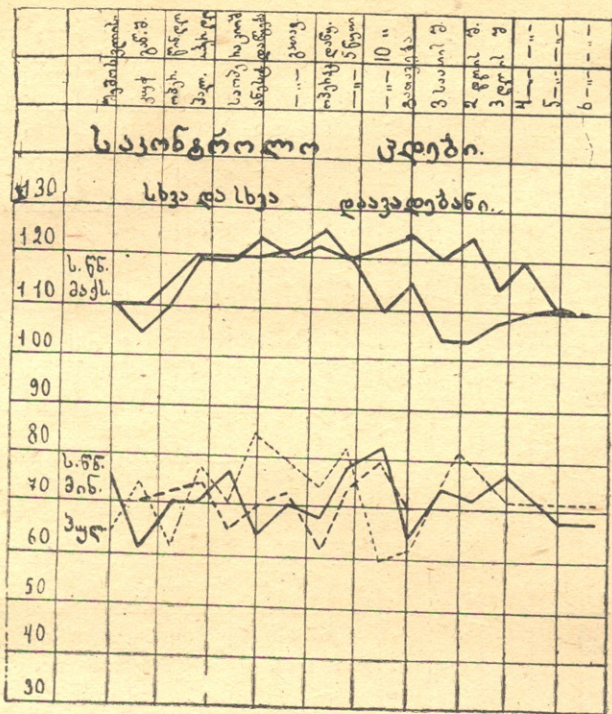
ჩემი გამოკვლევის შედეგი მოცემულია ამ დიაგრამებში: N I, II, III და IV როგორც ხედავთ მერყეობს სისხლის წნევა. ოპერაციის დაწყებამდის და ოპერაციის მანიპულაციების დროს.

ოპერაციის წინა ხანაში ს. წ. მატულობს, ოპერაციის დროს კი ს. წ. ეცემა. ამის გამოსარკვევად რათა დავრწმუნებულეყავით, სისხლის წნევის აღნიშნული მერყეობა გამოწვეულია ფსიქიურ მოვლენებით, თვით ნოვოკაინის მოქმედებით, თუ ოპერაციის ტრამვის ზეგავლენით; მე უაწარმოვე 40 ავადმყოფზე საკონტროლო ცდები: 20 ავადმყოფს ეკვლევოდა სისხლის წნევა ყოველ პირობების დაცვით, რომ მათ ოპერაცია გაუკეთებოდათ ავადმყოფებიც ემზადებოდნენ საოპერაციოთ. მათ გაუკეთთა ანესტეზია, ოპერაციაც არ ჩატარდა; როგორც ხედავთ სისხლის წნევა განიცდის მერყეობას. ის როგორც ზემოთ მოხსენებულ 140 ავადმყოფზე იყო. ანესტეზიის დაწყებისას და მის გათავებისას სისხლის წნევა მატულობს და შემდეგ ის არ ეცემა, როგორც ოპერაციის მანიპულაციების დროს არსებობდა. მეორე შემთხვევა 20 ავადმყოფზე იყო ჩატარებული სისხლის წნევის გამოკვლევა, როდესაც ისინი არ ემზადებოდნენ საოპერაციოდ და დარწმუნებულიც იყვნენ, რომ ოპერაცია არ გაუკეთდებოდათ, ამ შემთხვევაში ყველა 20 ავადმყოფს გაკეთებული ქონდა ადგილობრივი ანესტეზია ოპერაცია არ ჩატარდა.

ამ შემთხვევაშიც სისხლის წნევა ცვლილებას არ განიცდის. ამ გვარი ჩვენ მიერ მოხდენილ გამოკვლევებით მივედით შემდეგ დასკვნამდე:

თავისთავად საანესტეზიო ნივთიერება (S. Novocain-ის ხსნარის 1%—0,5% რაოდენობით 50, 60,0-მდე), რაიმე გავლენას წნევაზე არ ახდენს. ოპერაციის









წინ თითქმის ყოველ შემთხვევაში აღნიშნული სასხლის წნევის მომატება დამოკიდებული უნდა იყოს, ფსიქიურ მოვლენებზე, როგორც გვიჩვენებს საკონტროლო 20 შემთხვევა, სადაც იყო გაკეთებული ანესტეზია და დარწმუნებული იყვნენ რომ მათ გაუკეთებდებოდა ოპერაცია, მაგრამ ოპერაციები არ ჩატარდა. რაც შეეხება ოპერაციის დროს სისხლის წნევის დაქვეითებას, ეს ჩვენ მიერ 20 ავადმყოფზე წარმოებულ ცდების შემდეგ, სადაც იყო ჩატარებული ანესტეზია, მაგრამ ავადმყოფები იყვნენ დარწმუნებული რომ მათ ოპერაცია არ უკეთებდებოდა და არ ჩატარდა და არ მივიღეთ ცვლილება წნევაზე, ამიტომ ჩვენ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ სისხლის წნევის დაქვეითება დამოკიდებულია ოპერაციების დროს წარმოებულ მანიპულაციებზე. ამ გვარად ადგილობრივ ანესტეზიას თავისთავად სისხლის წნევის მერყეობაში ბრალი არ უდევს.

**М. Квиркелия.**

**Кровяное давление при местной анестезии.**

(Из кл. проф. Мачавариани).

Само по себе анестезирующее вещество (1—0,5% раствор новокаина) в размере до 50—60,0 не оказывает влияния на кровяное давление. Предоперационное повышение кровяного давления наблюдаемое почти во всех случаях должно быть находится в связи и зависимости от психической причины, что явствуют из 20-ти контрольных случаев, где предварительно была произведена анестезия и больные были уверены, что они подвергнутся операции, но операции на самом деле не производилось. Что же касается падения кровяного давления во время операции, то, как показывали наши ответы в двадцати случаях, где была произведена анестезия и больные были убеждены, что операция не будет произведена и не производилась, — не получалось никакого падения кровяного давления, поэтому то мы и можем сказать, что падение кровяного давления во время операции объясняется чисто оперативными манипуляциями.

Итак, местная анестезия сама по себе не оказывает воздействия на колебание кровяного давления.

**М. Kvirkeia.**

Médecin inferne.

**Pression artérielle au cours de l'anesthésie locale.**

(de la clinique du professeur Matchavariani).

La substance anesthésique (50 — cc. de novocain en solution de 0,5 — 1,0 p. 100) n'influe pas sur la tension artérielle. L'augmentation de la tension artérielle avant l'opération peut être causée par les moments psychiques, car nous avons observé la même augmentation de la tension artérielle dans 20

cas de contrôle, où nous avons pratiqué l'anesthésie, les malades étant bien persuadés qu'ils auraient à subir une opération, alors que cette dernière ne fut pas pratiquée.

La diminution de la pression artérielle, que nous avons notée au cours de l'opération, est causée par diverses manipulations opératoires. La preuve fut donnée par 20 cas de contrôle où l'anesthésie fut pratiquée, et les malades furent bien persuadés qu'ils ne subiront pas l'opération: l'opération ne fut pas pratiquée et la tension artérielle n'a subi aucune variation.

En somme, nos recherches nous autorisent à conclure, que ce n'est pas la substance anesthésique elle-même qui cause les variations de la tension artérielle, observées avant et au cours de l'opération.

ვ. გიორგაძე.  
ასპირანტი.

### ზურგ-ტვინის ანესთეზია

ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის მასალის მიხედვით\*)

(კლინიკის გამგე პროფ. გ. მუხაძე).

ზურგ-ტვინის ანესთეზიის საკითხის გარშემო ჯერ კიდევ აზრთა სხვადასხვაობა არსებობს, ამიტომ ჩვენი მიზანია ერთხელ კიდევ გავაცნოთ დასტაქართა ფართო საზოგადოებას ამ ანესთეზიის მეთოდის ის უპირატესობანი და უარყოფითი მხარეები, რომლის შესახებ ჩვენს კლინიკას მოვბოვება საქართველოში ყველაზე მეტი გამოცდილება და დაკვირვება ამ უკანასკნელი 14 წლის განმავლობაში.

როგორც ცნობილია აღნიშნული მეთოდი პირველად ნაწარმოები იყო ჯერ კიდევ 1898 წელს Bier-ის მიერ, მის შემდეგ სულ მალე ამ ანესთეზიის შესახებ ჩვენ ვხვდებით მთელ რიგ შრომებს, როგორც თვით გერმანიაში (Dönitz, Klapp და სხვა), ისე საფრანგეთში (Tuffier), ამერიკაში (Matas, Babcock), რუმინეთში (Jonesco), რუსეთში და სხვაგან. რუსეთში ძალიან მალე იქნა შემოღებული ეს მეთოდი, ზედღვე იჩი აქვეყნებს თავის დაკვირვებებს უკვე 1900 წ. ამას მოჰყვება Меерович-ს, იმავე ზედღვეიჩის, ვასილიევის და სხვათა შრომები. 1909 წ. ფეოდოროვის კლინიკიდან გამოდის ექ. კუკუქეროვის სადისერტაციო შრომა ამ საკითხის შესახებ; ამავე საკითხზე გამოქვეყნებულია: Буткевич-ისა, Михельсон-ისა, Марков-ისა, Томашевский-სა, Острогородский-სა, Платонов-ისა და სხ. შრომები. 1925 წ. გამოდის აგრეთვე ცალკე მონოგრაფია ზ. ტ. ა.-ის შესახებ პროფ. იუდინის. უკანასკნელ ხანებში კი: Савченко-სა, Даниляк-ის, Могилев-ის, Хахлов-ის Корганова—Мюллер—Орловский-სა, მაქაცარიასი და სხვა ავტორების შრომები. ესევე საკითხი იყო საპროგრამო საკითხად რუსეთის დასტაქართა ყრილობაზე. ასევე საპროგრამო საკითხად იდგა იგი საფრანგეთის დასტაქართა მე-37-ე ყრილობაზე. როგორც ვხედავთ ზ. ტ. ა. თანდათან ფეხს იკიდებს და მომავალში, როდესაც ჩვენებანი და წინააღმდეგჩვენებანი ზ. ტ. ა.-ის ხმარებისა გარკვეულად ჩამოყალიბდება ყოველ ცალკე შემთხვევაში იგი კიდევ უფრო განამტკიცებს თავის უპირატესობას. ჩვენის აზრით დღესაც პროვინციის დასტაქარებისათვის, რომელთაც დღევანდელი რეკონსტრუქციის პერიოდი უფრო ფართო მოთხოვნილებას უყენებს სადასტაქრო დახმარების ადგილობრივ აღმოჩენისათვის, მაშინ როდესაც კვალიფიციური სამედიცინო

\*) მოხსენა ტფილისის დასტაქართა კონფერენციას 1932 წლის 18 იანვარს.

პერსონალით რაიონების უზრუნველყოფა ჯერ კიდევ შეუძლებელია, ამ მეთოდის დახმარებით შესაძლებელი ხდება ნაკლის ნაწილობრივ შევსება. ამგვარ მოსაზრებამ ერთდაგვარი ბიძგი მოგვცა გაგვეზიარებინა ჩვენი კლინიკის დაკვირვება ამ საკითხის ირგვლივ ამხანაგებისათვის.

ჩვენი კლინიკის მასალა უკანასკნელი 14 წლის განმავლობაში შეიცავს 3898 შემთხვევას, რომელთაგან 478 შემთხვევის შესახებ უკვე იყო გამოქვეყნებული შრომა 1924 წ. ექ. ხაზარაძის მიერ (იხ. თან. მედ. № 5 1924 წ.).

წლების მიხედვით ჩვენი მასალა ასე ნაწილდება:

1924 წლამდე		478 შემთხვევაში*)
1924 წელში ზ. ტ. ა. ნახ. იყო		216 "
1925 " " "		356 "
1926 " " "		361 "
1927 " " "		456 "
1928 " " "		197 " **)
1929 " " "		452 "
1930 " " "		490 "
1931 " " "		450 "
1932 " " "		442 "

1924 წლიდან 1932 წლამდე ჩათვლით ოპერაციები ნაწარმოები იყო სულ 7849 შემთხვევაში, აქედან ზ. ტ. ა. ნახმარი იყო 3420 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 43,6<sup>0</sup>%. 1919 წლიდან ხმარებული სანესტეზიით სანარკოზო ნივთიერებათა მრუდე წლების მიხედვით ასეთ სურათს იძლევა (იხ. მრუდე), როგორც ვხედავთ ზ. ტ. ა. თანდათანობით კლინიკის ნდობას პოულობს და მისი ხმარება უფრო ფართოვდება.

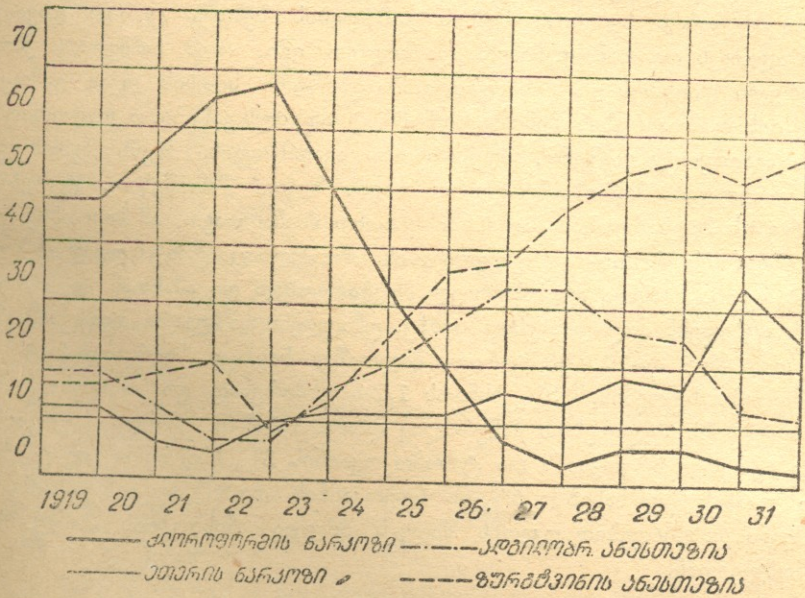
ეს ანესთეზია ჩვენს კლინიკაში ტეხნიკურად შემდეგნაირად ტარდება: იხმარება ჩვეულებრივი ბირის ნემსი, რომლის ბოლო გადაკვეთილია ირიბად, არაა წამახვილებული მეტისმეტად, რასაც ვაძლევთ დიდ მნიშვნელობას, ერთის მხრივ ზურგ-ტვინის და ბოჭკოების დაზიანების ასაცილებლად და მეორეს მხრივ სუბ-არახნოიდალურ სივრცეში ნემსის ხვრელის მთლიანად მოხვედრისათვის. ნემსს აქვს მანდრენი ჩასაკეტით. ცდის სახით ნახმარი იყო აგრეთვე უბრალო რეკორდის შპრიცის დიდი ნემსი, რომელსაც აქვს ბევრი უარყოფითი მხარეები შედარებით ბირის ნემსთან. შპრიცი იხმარება 5—10 გრამიანი რეკორდის, სტერილიზაცია ხდება გამობდილ წყალში აღულებით ცალკე, ზოგჯერაც სხვა იარაღებთან ერთად, ნემსი ხმარების წინ ირეცხება ფიზიოლოგიური ხსნარით და სანესტეზიო ნივთიერებით. ავადმყოფების მომზადება ხდება ჩვეულებრივად დაავადების და ოპერაციის მიხედვით, ნახევარი საათით ადრე ოპერაციამდე კანქვეშ უკეთდება ავადმყოფს ქაფური და მორფიუმი. პუნქციას ვაწარმოებთ მჯდომარე, იშვიათად, მწოლარე მდგომარეობაში. წინასწარ საპუნქ-

\*) 1924 წლამდე დამუშავებული მასალა ჩვენს ანგარიშში არ შევა.

\*\*\*) 1928 წელს კლინიკა მუშაობდა 4 თვეს კაპიტალური რემონტის გამო.



ციო არეს ვწმენდავთ სპირტით და ვამშრალებთ. პუნქციის ადგილის ანესთეზიას ჩვეულებრივად არ ვაწარმოებთ, მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში ნერვიულ სუბიექტებზე და მცირეწლოვანებში მივმართავთ მას. სულ ამ მასალაზე იგი ნაწარმოები იყო 30-ჯერ. ჩვენ სასურველად მიგვაჩნია საპუნქციო არეს ანესთეზია მაშინაც, როდესაც ექიმი სათანადოთ გამოცდილი არაა; ამის საშუალებით ექიმი ადვილად იკვლევს წინასწარ სწორ გზას და მიმართულებას ბირის ნემსისათვის. საორიენტაციოთ საპუნქციო ადგილის შერჩევის დროს ვსარგებლობთ იაკობის ხაზით. წვეტიან მორჩთა შუა ადგილს ვპოულობთ მარცხენა ხელის ცერით და ვაწარმოებთ ჩხვლეტას ბირის ნემსით შუა ხაზზე —



იშვიათად ოდნავ გვერდით. კანის ჩხვლეტას შუა ხაზზე თუ ოდნავ გვერდით შუა ხაზიდან არ ვაძლევთ დიდ მნიშვნელობას, უფრო მნიშვნელოვანია ნემსის შემდეგი მსვლელობა შუა ხაზის მიმართულებით, რომელიც უნდა ხდებოდეს ნელა და თანაბარი ძალით, ჰორიზონტალურად წელის და ოდნავ მახვილი კუთხის ქვეშ გულმკერდის მიდამოში. ასეთი სიფრთხილე შესაძლებლად ხდის დაუბრკოლებლად შევიდეთ სუბარახნოიდალურ სივრცეში. ძალიან ხშირად მაგარი გარსის გაჩხვლეტის მომენტში ოპერატორი გრძნობს ერთდავგვარ ტკაცუნს, რის შემდეგ მანდრენი გამოიღება ნემსიდან. ცერებროსპინალური სითხის გამოსვლა ნემსიდან ორგვარია: წვეთობით და ნაკადით; ჩვენს კლინიკაში მიღებულია საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანამდე გამოუშვათ სითხის ერთი-ორი მაქსიმუმ სამი კუბ. სანტ., რის შემდეგ ბირის ნემსზედ ვარგებთ შპრიცს, რომელშიც წინასწარ არის საანესთეზიო ხსნარი. ცერებროსპინალური სითხე წნევის გამო ზოგჯერ იმდენად აწვება დგუმს, რომ თავის თავად ერევა შპრიცში საანესთეზიო ნივთიერებას, წინააღმდეგ შემთხვევაში დგუმის ნელი და ფრთხილი 6 ფ. თანამედროვე მედიცინა. № 1 — 2.

გამოწევით ვცდილობთ განვაზავოთ საანესთეზიო ნივთიერება ცერებროსპინალურ სითხით. რომლის რაოდენობა ავყავას 5—10 კუბ. სანტ.-მდე ამ გაზავებით ჩვენ ვამცირებთ საანესთეზიო ნივთიერების კონცენტრაციას და ტოქსიურობას. ამის შემდეგ იგი შეგყვავს სუბარახნოიდალურ სივრცეში იმავე სიფრთხილით და ნელა, როგორც ცერებროსპინალური სითხის გამოწვევის დროს, ნემსის გამოღებას უკან ხდება ნელა და არა სწრაფად, რასაც აქვს მნიშვნელობა ცერებროსპინალური სითხის შემდგომი გამოყოფისათვის. ჩვენს მიერ იყო შემჩნეული, როდესაც ნემსი სწრაფად გამოგვექონდა პუნეციის ადგილას კანზე გამოყოფილი სითხის წვეთი, ან და ოპერაციის შემდეგ საოპერაციო მაგიდაზე გადაფარებული ზეწარი ყოფილა დასველებული პუნეციის ადგილის პირდაპირ. ამის თავიდან ასაცილებლად სჯობიან ნემსის გამოღების შემდეგ ცერით დავაწვეთ ჩხვლეტის ადგილს და რამოდენიმედ დავზილოთ იგი, რომ ნაჩხვლეტ ქსოვილებში ხვრელი დაიხშოს და წინააღმდეგობა გაუწვიოს სითხის უკან გამოყოფას. პუნეციის დამთავრების შემდეგ აღნიშნულ ადგილს ვაწებებთ კოლოდიუმიან ბამბას და ავადმყოფს ვაწვენთ. მდებარეობა ავადმყოფისა ჩვენს შემთხვევაში თითქმის ყოველთვის ჰორიზონტალურია თავის ზევით წამოწევით. ტრენდელენბურგის მდებარეობას ძალიან იშვიათად მივმართავთ, ამ საკითხზე ჩვენი კლინიკა იზიარებს Brunn-ის შეხედულებას, რომელსაც ტრენდელენბურგის მდებარეობა მიაჩნია არასასურველ მდებარეობად და ამასთან დაკავშირებით უარს აცხადებს მალალ ანესთეზიებზე. უმაღლესი საზღვარი პუნეციისა ჩვენ მასალაზე იყო მე-9 მე-10 გულმკერდის მალთაშუა სივრცე. საერთოდ საანესთეზიოთ ვხმარობთ სტოვანინის 5% ხსნარს 1,2-ს უხშირესად და როდესაც ოპერაცია თხოულობს შედარებით ხანგრძლივ დროს 1,5-მდე. გარდა სტოვანინის ვხმარობთ აგრეთვე ნოვოკაინს და ტროპოკოკაინის 5% ხსნარებს, იგივე რაოდენობით. უკანასკნელ ხანებში 5%-ნი ნოვოკაინის დოზა ავიყვანეთ 2,0-მდე, რადგან ჩვენი დაკვირვებით უკეთეს შედეგს იძლევა ანესთეზიის მხრივ. სულ 3420 შემთხვევიდან.

სტოვანინი ნახმარი იყო	3082	შემთხვევაში
ნოვოკაინი	276	„
ტროპოკოკ.	62	„

4 შემთხვევაში ნახმარი იყო სტოვანინის 1%-ნი ხსნარი 5 გრამი; 3 შემთხვევაში 1%-ნი—4 გრამი; 3 შემთხვევა 2%-ნი—3 გრამი; ერთი შემთხვევა 3%-ნი 3 გრამი, დანარჩენ შემთხვევებში 5%-ნი ხსნარი, რომელიც ჩვენის დაკვირვებით უფრო კარგ შედეგს იძლევა. ანესთეზია ჩვეულებრივად იწყებოდა 2—5 წუთის შემდეგ, საანესთეზიო ნივთიერების შეყვანიდან. ერთი შემთხვევაში იგი დაიწყო 18 წუთის შემდეგ, ანესთეზია გრძელდებოდა მინიმუმ 40 წუთს, მაქსიმუმ 2,5 საათს, საშუალოთ 1 საათსა და 35 წუთს. ანესთეზიის გავრცელება ხდებოდა უფრო ხშირად ქვევიდან ზევით. ანესთეზიას თან ერთოდა ქვედაკიდურების დამბლა 3350 შემთხვევაში, დამბლა არ მოჰყოლია ანესთეზიას 70 შემთხვევაში, ამათგან 2 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ცალმხრივი ანესთეზია და დამბლა. დამბლა გადიოდა ხან ადრე ხან გვიან პარალელურად ანესთეზიასთან. ერთ შემთხვევაში

ზურგ-ტვინის ანესთეზია

ქვემოკიდურების სიღამბლემ გასტანა 5 დღეს. უნდა აღვნიშნოთ აგრეთვე, რომ 5 თვის განმავლობაში ერთი და იგივე ავადმყოფზე ზ. ტ. ა. ნახმარი იყო 4 ჯერ. 1 შემთხვევაში დღის განმავლობაში 2 ჯერ (სხვა და სხვა საათებში) კარგი შედეგით.

ავადმყოფები, რომლებზედაც ნაწარმოები იყო ზ. ტ. ა., სქესის მიხედვით ნაწილდება ასე: მამაკაცი 2634, დედაკაცი 786.

წლოვანობის მიხედვით:

5 წლიდან	15 წლამდე	40 შემთხვევა	
15	25	880	"
25	35	846	"
35	45	651	"
45	55	454	"
55	65	347	"
65	75	153	"
75	85	48	"
90 წლის		1	"

ყველაზე მცირე წლოვანობა იყო 9 წელი, ყველაზე დიდი წლოვანობა კი 90. ოპერაციები, რომლებიც ნაწარმოები იყო ზ. ტ. ა. ქვეშ, 2 ჯგუფად გაიყოფა: პირველი იქნება ჭიპის ზემოთ და მეორე ჭიპის ქვემოთ გაკეთებული ოპერაციები: პირველ ჯგუფში შედის 149 ოპერაცია:

1. კუჭზე, თორმეტგოჯა ნაწლავზე, ღვიძლზე და საერთოთ მუცლის ღრუს ორგანოებზე . . . . . 47 ოპერაცია
2. გულმკერდზედ . . . . . 2 "
3. თირკმლებზე . . . . . 100 "

(ამაღდან 2 შემთხვევაში ორივე მხარეზე).

მე-2 ჯგუფის ოპერაციებს ეკუთვნის:

1. აპენდექტომია . . . . . 608 ოპერ.
2. თიაქარკვეთა . . . . . 1053 "

ამათგან სახარდულის თიაქრები—989; (ცალმხრივი—615; ორმხრივი—263; ჩაქედილი—111); ბარძაყის თიაქრები—47 (ცალმხრივი—25, ორმხრივი—1, ჩაქედილი—21). სხვა თიაქრები—17.

3. ოპერაციები მუცლის წინა კედელზე . . . . . 36
4. ოპერაციები ქვემო კიდურებზე . . . . . 547
5. ოპერაციები მენჯზე . . . . . 9
6. ოპერაციები წინამდებარე ჯირკველზე . . . . . 137
7. " შარდბუშტზე და-გარეთა შარდსას-ქესო ორგანოებზე . . . . . 421
8. ოპერაციები სწორ ნაწლავზე . . . . . 380

(ამაღდან ბუასილი 262).

9. ოპერაციები ხერხემალზე . . . . . 3

10. სხვა ოპერაციები . . . . . 77

აქ შედის 2 სხვა და სხვა დაავადების გამო ერთ და იგივე ავადმყოფზე გაკეთებული ოპერაციები.

მასალის ასე დალაგების შემდეგ მოკლეთ შევეხებით აგრეთვე არა ნაკლებ საყურადღებო ნაწილს—დაბრკოლებებსა და გართულებებს, რომლებიც ნაწილობრივ მაინც უნდა დაუკავშიროთ ერთის მხრივ პუნქციის ტექნიკას და მეორეს მხრივ საანესთეზია ნივთიერების მოქმედებას.

პუნქციის ტექნიკასთან დაკავშირებული დაბრკოლებანი ჩვენის აზრით აუცილებლად დამოკიდებულია დასტაქრის დახელოვნებაზე, ამას გვისაბუთებს ჩვენივე დაკვირვება, ასე მაგალითად 1924 წლამდე 478 შემთხვევაზე ჩვენ გქვონდა 6 შემთხვევა, როდესაც სუბარახნოიდალურ სივრცეში შესვლა ვერ მოხერხდა, რაც შეადგენს 1,25%. 1924 წ. შემდეგ კი 3420 შემთხვევაზე მოდის 21 შემთხვევა ე. ი. 0,6% ი. განმეორებითი ჩხვლეტა დაგვიჭირდა 190 შემთხვევაში. სისხლიანი სითხე მივიღეთ და გადავედით ზოგად ნარკოზზე 7 შემთხვევაში, 17 შემთხვევაში მივიღეთ მღვრიე სითხე, საანესთეზია ნივთიერების სუბარახნოიდალურ სივრცეში შეყვანის შემდეგ ანესთეზია სრულდებოდა ვერ მივიღეთ 14 შემთხვევაში, ანესთეზია იყო არასრული და დაემატა ზოგადი ნარკოზი 95 შემთხვევაში; ამ რიცხვში შედის აგრეთვე ის შემთხვევებიც, როდესაც ავადმყოფს მიეცა ნარკოზი გაბრუების მიზნით, რადგან იგი იჩენდა ნერვიულობას მიუხედავად იმისა, რომ ანესთეზია იყო სრული.

ოპერაციის დროს 9 შემთხვევაში აღინიშნებოდა კოლაპსი. 32 შემთხვევაში გულის წასვლა (გაფითრება), 64 შემთხვევაში პირისღებინება.

ოპერაციის შემდგომ გართულებათა შორის აღინიშნებოდა: პირის ღებინება 83 შემთხვევაში, რომელიც რამოდენიმე საათის შემდეგ წყდებოდა (უმეტესობა ეს ის შემთხვევებია, როდესაც დამატებით ნახშირი იყო ეთერის ზოგადი ნარკოზი), მხოლოდ 2 შემთხვევაში იგი გრძელდებოდა 7 დღეს; გულის ზილევა (გულის რევა) 37 შემთხვევაში, თავის ტკივილი 534 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 15,6%. იგი იწყებოდა ზოგიერთ შემთხვევაში ოპერაციის დღიდან—ზოგჯერ მეორე მესამე დღიდანაც და გრძელდებოდა საშუალოთ 1—2 დღეს. ამათგან 2 შემთხვევაში აღინიშნებოდა მოგვიანებული თავის ტკივილები, რომელიც 2 კვირას გაგრძელდა, საერთოთ თავის ტკივილები იყო შედარებით სუსტი ინტენსივობის. შარდის შეკავება აღინიშნებოდა 264 შემთხვევაში (7,7%). რაც გრძელდებოდა 3—5 დღეს, ერთ შემთხვევაში იგი გაგრძელდა 10 დღეს უნდა აღვნიშნოთ აქვე, რომ შარდის შეკავების დიდი პროცენტი მოდის შორისის და მათ შორის ბუასილის ოპერაციებზე, რაც უმეტეს შემთხვევაში ანესთეზიასთან დაკავშირებული არ უნდა იყოს. წელის ტკივილი შემჩნეული იყო 99 შემთხვევაში. უძილობა 188 შემთხვევაში, ოფლიანობა 7 შემთხვევაში, სლოკინი 8 შემთხვევაში, ფილტვის ანთება 78 შემთხვევაში, ბრონქიტი 171 შემთხვევაში. ერთ შემთხვევაში აღინიშნებოდა n. abducens-ის დამბლა, რომელიც გაგრძელდა 3 თვეს და შემდეგ თავის თავად გაუარა ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფი დადიოდა ცალ მხარეზე თვალახვეული. 4 შემთხვევაში ადგილი



ჰქონდა ქვემო კიდურის ძლიერ ტკივილებს, 4-ვე შემთხვევაში ტკივილები გრძელდებოდა 10 დღეს, კიდურის მდებარეობა იყო მოხრილი სამივე სახსარში, 10 დღის შემდეგ ტკივილები ავადმყოფს თანდათან უმსუბუქდებოდა და მეოცე დღეზე სრულებით აღარ აღინიშნებოდა. ერთ შემთხვევაში თიაქარკვეთა გართულდა ჩირქოვან პერიტონიტით და ავადმყოფი დაიღუპა სეპსისით, მეთოთხმეტე დღეზე ჭრილობანი ჩირქის გამოჩენიდან ამ ავადმყოფზე გამოღებული იქნა, მღვრიე ცერებრო-სპინალური სითხე, რაც უნდა აიხსნას ზოგადი სეპსისით და არა ანესთეზიით. ერთ შემთხვევაში ზ. ტ. ა-ს მოყვა სტრებტოკოკული მენინგიტი, რის გამოც ავადმყოფი გარდაიცვალა ოპერაციის შემდეგ მე 8-ე დღეზე. ერთ შემთხვევაშიც ზ. ტ. ა-სთან დაკავშირებით მივიღეთ სიკვდილი საოპერაციო მაგიდაზე.

აღნიშნული შემთხვევა შეეხება მამაკაცს გ-ს 57 წლისას, რომელიც მიღებული იქნა კლინიკაში საზარდულის ჩაჭედილი თიაქარის გამო, ორი დღის წინად საავადმყოფოში მიღებამდე ჩაჭედვია თიაქარი, რისთვისაც ყურადღება არ მიუქცევია, მით უმეტეს რომ ასეთი ჩაჭედვა ჰქონია რამოდენიმეჯერ და ყოველთვის შეუსწორებია, უკანასკნელ შემთხვევაში შესწორება ვერ მოუხერხებია ტკივილების გამო, რასაც თან დართვია პირის ღებინება, ყოველივე ამის გამო იძულებული შეიქმნა დაწოლილიყო. კლინიკაში მიღებისას აღმოჩნდა: ტემპერატურა 37,1, მაჯა 76, სუნთქვა 16, გულის ტონები მოყრუებული, ენა სველი. აღინიშნება მარჯვენა საზარდულის თიაქარის ჩაჭედვა. მოყვანიდან 1,5 საათის შემდეგ წინასწარ მორფიუმის და ქაფურის კანქვეშ გაკეთებით ავადმყოფი აყვანილ იქნა საოპერაციო მაგიდაზე. ზ. ტ. ა. ქვეშ (Sol Stovaini 5% 1,0 L<sub>2</sub>) გაუკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის მსვლელობის დროს ექიმის მიერ შემჩნეული იყო მაჯის შენელება, რის გამოც გაუკეთდა ქაფური კანქვეშ, მიუხედავად ამისა მაჯის ცემა სრულებით შეწყდა, ოპერაცია შეწყვეტილ იქნა და დაეწყო ხელოვნური სუნთქვა, რაც გაგრძელდა 1 საათს და 10 წუთს, ყოველივე ცდა ავადმყოფის გადასარჩენათ დამთავრდა უშედეგოთ. აუტოპსიის დროს აღმოჩნდა: გულის კუნთის პარენქიმატოზული გადაგვარება და გაციხმება, უნივერსალური არტერიოსკლეროზი, დიფუზური სისხლჩაქცევები წელის იმ ნაწილში, სადაც პუნქცია იყო წარმოებული, აღინიშნებოდა ღვიძლის მარჯვენა წილზე ნაწიბური (გუმოზური ხასიათის) და სხვა.

პროფ. გ. მუხაძის დასკვნით სიკვდილი შეიძლება მივაწეროთ სტოვანის, რომელსაც დაერთო მძიმე კოლაპსი. თუმცა კატეგორიულად ამის მტკიცებისათვის საბუთი არ არსებობს (შოკსაც შეეძლო).

დასასრულს მინდა აღნიშნო ტემპერატურის მერყეობა ჩვენს შემთხვევებში ზ. ტ. ა. შემდეგ, რომელიც საშუალოთ 37,6-ს უდრიდა, თუმცა იყო შემთხვევები, როდესაც იგი ნორმის ფარგლებში რჩებოდა და ზოგჯერაც 39-დღე აღწევდა.

გართულებათა შორის ზ. ტ. ა-სთან დაკავშირებით ლიტერატურულ მონაცემების მიხედვით ავტორთა დიდი უმრავლესობა ყურადღებას აქცევს თავის ტკივილებს ამის შესახებ სპეციალური შრომაცაა გამოქვეყნებული Корганова, — Мюллер—Орловский-ს მიერ 1930 წელში, რომელთა მიხედვით თავის ტკივილი ზ. ტ. ა-სთან დაკავშირებით 10%—ში აღინიშნება. მათ ტიპურ თავის

ტკივილებად მიაჩნიათ ის ტკივილები, რომელიც 24 საათს მაინც გრძელდება და არ ატარებს შემთხვევით ხასიათს, რომელიც შემოვლების დროს ექიმის დაქინებითი კითხვის შემდეგ არის აღმოჩენილი ან და გვერდზე მყოფ ავადმყოფის შთავგონებით არის მასზე ჩივილები.

ზოგიერთი ავტორი (Ducning) აღნიშნავს თავის ტკივილებს ზ. ტ. ა-ს შემდეგ 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში და ზოგიც 70—80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში (Featerton). ასეთი დიდი განსხვავება ავტორთა შორის უნდა აიხსნას ჯერ ერთი იმ გარემოებით, რომ ზოგიერთი მათგანი ყოველ თავის ტკივილს ზ. ტ. ა-ს უკავშირებს, სხვები კი თავის ტკივილებს სხვა ეტიოლოგიურ მომენტებითაც ხსნიან. Могилев-ს 42 ზ. ტ. ა.-ის შემთხვევაზე მიუღია თავის ტკივილი ერთ შემთხვევაში, საეჩენკო აღნიშნავს 17,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში. გაქაცარი ა 31<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში. იუ დინი სტოვან-ნოვოკაინზე 20—21<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში, ტროპოკოკაინზე 15,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში, რთულ შენაერთებზე როგორიცაა სტოვან-კოფეინი ან ნოვოკაინ-კოფეინი მისივე სტატისტიკით თავის ტკივილების პროცენტი 25-ს აღწევს.

ჩვენ შემთხვევაში იგი, როგორც აღვნიშნეთ, 15,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს უდრიდა, რომ თავის ტკივილები ზ. ტ. ა.-სთან არის დაკავშირებული; ავტორები ამას არ უარყოფენ. მხოლოდ ამის ასახსნელათ ერთი მთლიანი აზრი არ არის ჩამოყალიბებული ზოგის აზრით იგი გამოწვეულია ცერებრო-სპინალური სითხის წნევის ცვალებადობით, ზოგის აზრით კი ეს აიხსნება საანესთეზიო ნივთიერების ტვინის გარსებზე მოქმედებით (გალიზიანება ჰიპერემიით).

კორგანოვა—მიულერ—ორლოვსკი თავის ტკივილების გამოწვევაში უმთავრესს როლს აკუთვნებს ანესთეზიის შემდეგ სისხლ-ძარღვთა ტონუსის დარღვევას და ტვინის სისხლის მიმოქცევის მოშლას რის გამომწვევი მიზეზი უნდა ვეძიოთ როგორც თვით ოპერაციაში (ფსიქიური ტრამვა ოპერაციის წინ, ტრამვა ოპერაციით მიყენებული, ტკივილები ოპერაციის შემდეგ), ასევე თვით საანესთეზიო ნივთიერების მოქმედებით (სისხლის წნევის დაცემა), ტვინის გარსების ტრავმით (პუნქცია) და მათი ქიმიური გალიზიანებით. მნიშვნელობას აძლევენ აგრეთვე თავის ტკივილების გამოწვევაში ავადმყოფის ნერვულ სისტემის მდგომარეობას, საანესთეზიო ხელსაწყოებს, სტერილიზაციას და სხვა. კლინიკაში თავის ტკივილები ზოგჯერ სერიებათ აღინიშნებოდა, რაც ჩვენის აზრით უნდა აიხსნას საანესთეზიო ნივთიერების თვისებით: სიწმინდე, მომზადება და სხვა. რაც შეეხება ზ. ტ. ა.-ით გამოწვეულ თავის ტკივილების მკურნალობას ჩვენს მიერ დიდი დაკვირვება არ ყოფილა, მაგრამ იმან, რაც ჩვენ ვავატარებთ ცდის სახით დიდი შედეგები არ მოგვცა, შედარებით უკეთეს შედეგს გვაძლევდა პირამიდონ-კოფეინის ფხვნილის მიცემა, თუმცა უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ხშირად თავის ტკივილების შესაწყვეტად არ იყო რაიმე საჭირო და გადიოდა იგი თავისთავად. უკანასკნელ ხანებში მიემართავთ მარლის ჰიპერტონიული ხსნარის (Sol. Natr. chlorati 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) 10 კუბ. სან. ვენაში შემზაბუნებას, დამკამაყოფილებელი შედეგით.

მსგავსად თავის ტკივილებისა ხსნიან აგრეთვე პუნქციის მიდამოში წელის ტკივილებსაც, თუმცა ზოგნი წელის ტკივილების გამოწვევაში მიზეზს თვით პუნქციაში ხედავენ, ერთი კი აშკარაა, რომ იგი ძალიან მკირე პროცენტში

გვხდება და მალე გაივლის ხოლმე. რაც შეეხება საკითხს შარდის შეკავების შესახებ, რომელიც ჩვენს მასალაზე  $8,4\%$ -ამდე აღწევს, არ შეიძლება მივაწეროთ მთლიანად ზ. ტ. ა.-ს რადგან ამ გართულების დიდი პროცენტი მოდის შორისის მიდამოს და კერძოდ ბუასილის ოპერაციებზე, რის შემდეგ ამ გვარზე გართულება თან ერთვის ადგილობრივ ინფილტრაციულ ანესთეზიას და ზოგად ნარკოზსაც. შარდის შეკავების წინააღმდეგ მივმართავდით შარდის ბუშტის მიდამოში სათბურის დადებას, ვენაში უროტროპინის ან პილოკარპინის შეყვანას და უფრო ხშირად კი კატეტერიზაციას.

პირღებინება, გულის რევა, გულის წასვლა და სხვა ე. წ. მსუბუქი ხასიათის ბულბარული გართულებანი, რომელიც შეიძლება თან ახლდეს ზ. ტ. ა.-ს და რასაც ჩვენს შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა, ითვლებიან არა გართულებად არამედ გუზალის-ს სიტყვით ზ. ტ. ა.-ის მისატყვებელ ცოდვებად ან და იონესკო-ს გამოთქმით „ბულბარულ განგაზად“, რომელიც მხოლოდ აფრთხობს გამოუცდელ დასტაქარს. მართლაც ჩვენ შემთხვევებში არასოდეს არ მიუღია ამ გართულებებს საშიში სახე, რასაკვირველია აქედან ჩვენი დასკვნა არ იქნება, რომ მათ არ უნდა ექცეოდეს ჯგროვანი ყურადღება.

მეტად საინტერესოა საკითხი სისხლის წნევის დაცემის შესახებ ზ. ტ. ა.-ს დროს, რომლის შიშით საკმაო რიცხვი დასტაქრებისა გაურბის ანესთეზიის ამ მეთოდს.

ამ მხრივ ჩვენი მასალა დაბალი ანესთეზიის შემთხვევებში არც ისე დიდ რიცხვს იძლევა და ეს რიცხვიც (9 შემთხვევა) კოლაპსისა შეიძლება შემცირდეს და მოისპოს კიდევაც, რამდენადაც ჩვენებანი ამ ანესტეზიის ხმარებისა ზუსტად იქნება დამუშავებული.

შემდეგი გართულება, რომელსაც ჩვენს შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი და რომელიც იუდიინის სიტყვით უცოდველ გართულებად უნდა ჩაითვალოს, არის n. abducens-ის დამბლა. იუდინს ჰქონდა სულ 5 შემთხვევა. აღნიშნული ნერვის დამბლას სხვადასხვა ნაირად ხსნიან: ზოგი მიზეზს საანესთეზიო ნივთიერებაში ხედავს, ზოგი ნერვის თავისებურობით ხსნის, იუდინი იზიარებს Brach-ის თეორიას (ტვინის გარსების ანთებადი მოვლენების გადასვლა ნერვის ფესვზე), რასაც ასაბუთებს იმით რომ აღნიშნულ დამბლას თანსდევს ყოველთვის ასპტიური მენინგიტის ნიშნები. ჩვენ შემთხვევასაც უქვემდებარებთ ამ თეორიას.

4 შემთხვევა ქვემო კიდურების ტკივილებისა ჩვენის აზრით გამოწვეული იყო ნერვის ფესვის დაზიანებით ტლანქი ტენიკის შედეგად. ერთი შემთხვევა ქვედა კიდურების სუსტი დამბლისა უნდა აიხსნას საანესთეზიო ნივთიერების caudae-ს ბოჭკოების სისქეში შეშხაპუნებით. სხვა გართულებანი, რომელიც ზემოთ არის მოყვანილი ჩვენ შემთხვევებში ზ. ტ. ა. სპეციფიურ გართულებებს არ შეიძლება მიეწეროს, რადგან იგი აღინიშნება ტკივილდაღუმების სხვა სახეების ხმარების დროსაც, საბოლოოდ შევხები სიკვდილიანობას ზ. ტ. ა.-სთან დაკავშირებით, რომელიც ჩვენი მასალის მიხედვით 1924 წლიდან 3420 შემთხვევაზე მოდის ორი, თუ მხედველობაში მივიღებთ იმას, რომ 1924 წლამდე სიკვდილობის შემთხვევა ამ ანესთეზიასთან დაკავშირებით არ გვქონია, მაშინ მივიღებთ  $3898:2$ . ამათგან ერთი შემთხვევა სადავოთ უნდა ჩაითვალოს მიე-

წერება ანესთეზიას თუ არა. ლიტერატურული მონაცემებით პროცენტი სიკვდილობისა სხვა და სხვა ავტორებით, ამის შესახებ სრულიად სამართლიანათ აღნიშნავს ანდრეევი, რომ სიკვდილობის პროცენტის სხვადასხვაობა ავტორებს შორის დამოკიდებულია გატარებულ ავადმყოფთა რაოდენობაზე. ასე მაგალითად Hohmeier Körning-ით 200:1; Urban-ით 800:2; Спижарный-ით 3000:15; Ionesco 8170:1; Толмашевский-თ 1788:1 (ნაკრები სტატისტიკა); Розанов-ით 2500:1; Юдин-თ 2022:1; და ასე.

იმ მიზნით რომ დაგვეკავშირებინა გართულებანი ზ. ტ. ა.-ის შემთხვევებში ცერებრო-სპინალური სითხის წნევისთან, ჩვენ ჩავატარეთ ამ მხრივ ცდები 62 ავადმყოფზე. აღნიშნულ ავადმყოფების რიცხვიდან ცერებროსპინალური სითხის წნევა 16 ავადმყოფზე იყო გაზომილი როგორც მჯდომარე ისე მწოლარე მდგომარეობაში, დანარჩენ შემთხვევებში მხოლოდ მჯდომარე მდგომარეობაში. ყველა შემთხვევებში მჯდომარე მდგომარეობაში წნევა მეტი იყო ვიდრე მწოლარეში, მაქსიმალური რიცხვი წნევისა მჯდომარე მდგომარეობაში უდრიდა 500 mm, მწოლარეში 265 mm-ს, მინიმალური: მჯდომარე — 180 mm, მწოლარე 80 mm-მდე.

წნევა ცერებრო-სპინალური სითხის mm-ში	მჯდომარე	მწოლარე
100	—	1
100 — 200	9	7
200 — 300	22	8
300 — 400	23	—
400 — 500	8	—

როგორც ვხედავთ აღნიშნება წნევის დიდ ფარგლებში მერყეობა; საერთოდ ცერებრო-სპინალური სითხის წნევის ნორმა ზუსტათ გამოანგარიშებული არ არის, მის შესახებ სხვადასხვა რიცხვია მიღებული, ჩვეულებრივად 60—200 mm სთვლიან ნორმად, Poppenheim-ით ნორმალურად იგი უდრის არა უმეტეს 150 mm. ბრუსოვას დაკვირვებით მწოლარე მდგომარეობაში წნევა 50—200 mm ფარგლებში მერყეობს, მჯდომარე მდგომარეობაში კი 200—400 mm; იგი წნევის უფრო დაბალ ან მაღალ რიცხვებს კიდევ არ სთვლის არანორმალურად. მაქსიმალური სხვაობა წნევისა მჯდომარე და მწოლარე მდგომარეობაში ჩვენი დაკვირვებით უდრიდა 220 mm-ს მინიმალური კი 25 mm-ს. უნდა აღვნიშნოთ ისიც, რომ ყოველგვარი მოძრაობა ავადმყოფისა წნევის გაზომვის დროს ახდენს დიდ გავლენას. ასე მაგ. წნევა იმატებდა, როდესაც ავადმყოფი დაჭიმულ მდგომარეობაში იყო და პირიქით, ასევე ცვლილებებს ახდენდა წნევაზე თავის მოძრაობა, კისრის ვენებზე ხელის დაქერა, დახველება, სუნთქვა, ავადმყოფის პსიქიური მდგომარეობა გაზომვის მომენტში და სხვა. ნემსის შე-

ტრიალებაც გასწვრივი ღერძის ირგვლივ ხშირად თუმცა არა ყოველთვის იწვევდა წნევის ცვალებადობას.

ყოველივე ამან ჩვენ იმ დასკვნამდე მიგვიყვანა, რომ ცერებრო-სპინალური სითხის წნევაზე გავლენას ახდენს ავადმყოფის ყოველგვარი უმნიშვნელო მდგომარეობის შეცვლა, ის პირობები რომელიც შექმნილია ავადმყოფისათვის ოპერაციის წინ, აგრეთვე თვით ავადმყოფის მდებარეობა და დაკავება, რომელსაც ჩვენ მივმართავთ პუნქციის დროს, უნდა ჩაითვალოს ტლანქ მანიპულიაციებად ცერებრო-სპინალური სითხის წნევის გამოკვლევისათვის. რაც შეეხება დაკავშირებას სხვადასხვა გართულებებისას ცერებრო-სპინალური სითხის წნევისას ზ. ტ. ა.-სთან, ვერავითარ დასკვნამდე ვერ მივედით, იმდენად რამდენათაც ერთი და იგივე წნევის მქონე სხვადასხვა ავადმყოფზე მივიღეთ სხვადასხვა გართულებები და პირიქით. ჩვენის აზრით ამ მხრივ დასკვნების გამოტანისათვის საჭიროა კიდევ მეტი მასალის დაგროვება.

### დასკვნები:

1) ს. ტვინის ანესთეზია არის მარტივი მეთოდი და მას აქვს უპირატესობა ადგილობრივ ინფილტრაციულ ანესთეზიასთან, რაც გამოიხატება შემდეგში: ა) დიდი არე ანესთეზიის, ბ) საოპერაციო არე არ იქვინთება სითხით და არ იწვევს ქსოვილების შეშუპებას, რასაც ზოგიერთ შემთხვევაში მაგ. პლასტიური ოპერაციების დროს უარყოფით გავლენას ახდენს.

2) ანესთეზიის გატარება თხოულობს ნაკლებ თანამშრომლებს და დროს, ამიტომ იგი მისაღებია პროვინციის პირობებშიც.

3) ამ ანესთეზიასთან დაკავშირებული გართულებები და სიკვდილიანობა არაა მეტი ვიდრე სხვა ანესთეზიების დროს.

4) ზურგის ტვინის ანესთეზიას აქვს უპირატესობა იმით, რომ იგი თავისი სიფართოვით უახლოვდება ზოგად ნარკოზს, ამავე დროს ადვილი და უხიფათო გასატარებელია იმ შემთხვევაში, სადაც ზოგად ნარკოზის მიმართ წინააღმდეგ ჩენებანი არსებობს.

**В. Н. Георгадзе.**

Аспирант.

### Спинно-мозговая анестезия

По материалам Госпитальной Хирургической Клиники Тифлисского Медицинского Института.  
(Зав. проф. Г. М. Мухадзе).

За 14 лет с 1919-32 г. в госп. хир. кл. под С. М. А. произведено 3898 операций, что составляет 43,6% операций. Операции ниже пупка 3749 и выше 149; возраст от 9 до 90 лет. Из осложнений связанных с техникой анестезии, автор отмечает: 1) неудавшуюся пункцию субархноидального пространства в 26 случаях. 2) неполную анестезию в 95 случ. 3) полное отсутствие анестезии в 14 сл. Непосредственно после анесте-

зии имели место: 1) Коллапс в 9 сл.; 2) обморочное состояние в 32 сл.; 3) рвота в 64 сл. Более поздние осложнения: рвота 83 сл. в 2-х случаях рвота продолжалась 7 дней; 2) головные боли 534 сл. (15,6%), продолжительностью от 1 до 3-х дней и только в 2-х сл. до 2-х недель; 3) задержка мочеиспускания 264 сл. (7,7%) продолжительностью до 3-х дней. Последние осложнения главным образом наблюдались после операции в области промежности. В одном случае имело место паралич п. abducens-a. Продолжительные параличи нижних конечностей наблюдались в двух случаях. В 2-х случаях отмечен смертный исход, в одном на операционном столе от шока, который нельзя всецело поставить в непосредственную связь со С. М. А., в другом случае смерть последовала на 8-ой день после операции от стрептококкового менингита. Остальные осложнения, как напр. бессоница, пневмония, бронхит и т. д. не являются специфическими осложнениями для означенного вида анестезии т. к. наблюдаются и при других видах наркоза.

Что касается связи между давлением спинно-мозговой жидкостью и названными осложнениями, автор на основании 62 наблюдений такой связи не мог установить.

### В Ы В О Д Ы:

1) С. М. А. является простым методом, имея следующие преимущества перед местной инфильтрационной анестезией; а) большое поле анестезии; в) операционное поле не инфильтруется анестезирующей жидкостью, что особенно важно при пластических операциях.

2) Для проведения спинно-мозговой анестезии требуется наименьшая затрата времени и она приемлема для работы в провинциальных условиях.

3) Осложнений и смертных случаев не больше, чем при других видах анестезии.

4) С. М. А. имеет те преимущества, что она по объему анестезии приближается к общему наркозу и применима при противопоказаниях последних.

W. N. Georgadse

Der Aspirant

## Rückenmarkanesthesie nach den Material der hospital chirurgischen Klinik.

(Aus der hospital chirurgischen Klinik des Tiflischer medizinischen Institutes.  
 Leiter Proff. G. M. Muchadse).

Im Laufe von 14. Jahren, vom Jahre 1919 bis 22, wurden in der hospital chirurgischen Klinik mit der Rückenmarkanesthesie 3898 Operationen gemacht,

die 43,6% aller Operationen ergeben. Die Zahl der Operationen niedriger des Umbo ist 3749 und höher—149, im Alter von 9 bis 90 Jahre.

Aus den Folgen, die mit der Technik der Anestesia verbunden, kennzeichnet der Autor folgendes: 1) in 26 Fällen ist die Punktion des subarachnoidalen Raumes nicht gelungen. 2) In 95 Fällen eine nicht vollständige Anestesia. 3) In 14 Fällen überhaupt keine Anestesia. Nach der Anestesia fand unmittelbar statt: 1) Kollaps in g. Fällen. 2) Ohnmachtzustand in 32 Fällen. 3) Erbrechen in 64 Fällen.

Spätere Folgen: 1) Erbrechen in 83 Fällen, in 2 Fällen dauerte das Erbrechen 7 Tage. 2) Kopfschmerzen in 534 Fällen (15,6%) die ein Laufe von 1 bis 3 Tagen dauerten u. nur in 2 Fällen 2 Wochen lang anhielten. 3) Aufhalten der Harnablassung in 264 Fällen (7,7%) das 3 Tage lang anhielt.

Die letzteren Folgen beobachtete man hauptsächlich, während der Operationen auf dem Gebiete der Schamleiste.

In einem Falle fand die Lähmung des n. abducens statt. Die länger dauernde Lähmung der unteren Extremitäten wurde in zwei Fällen beobachtet.

In zwei Fällen trat der Tod ein, in einem dieser Fälle auf dem Operationstisch, welchen man nicht ganz unmittelbar in Verbindung mit der Rückenmarkanestesia stellen kann; ein zweiten Falle fand der Tod am achten Tage nach der Operation wegen eines streptococcischen Meningites statt.

Andere Folgen wie z. B.: Schaflosigkeit, Pneumonie, Bronchitis u. s. w. sind nicht als spezifische für diese Art der Anestesia zu bezeichnen, weil sie auch bei anderen Arten der Anestesia beobachtet werden.

Was den Zusammenhang zwischen dem Druck der Rückenmarkflüssigkeit u. den genannten Folgen anbetrifft, konnte der Autor auf Grund 62 Beobachtungen einen Zusammenhang nicht feststellen.

Die Folgerungen:

1) Die Rückenmarkanestesia erscheint als eine einfache Methode u. hat folgende Vorzüge bei der Localinfiltrations Anestesia: a) grosse Anestesiafläche b) die Operationsfläche wird nicht mit d. Anestesiaflüssigkeit infiltriert, was besonders wichtig bei plastischen Operationen ist.

2) Für die Ausführung der Rückenmarkanestesia wird die minimalste Zeit gebraucht u. sie ist am auehmbarsten für die Arbeit bei provinziellen Verhältnissen.

3) Die Folgen u. Todesfälle sind nicht mehr, als bei anderen Arten der Anestesia.

4) Die Rückenmarkanestesia hat die Vorzüge, dass sie nach dem Umfang der Anestesia sich der allgemeinen Narcose nähert u. bei den Gegenanzeigen der letzteren gebräuchlich ist.

დოც. ვეგენი შალამბერიძე.

**ვაგუსის და სიმპათიკუსის ურთიერთობა მათ კანცეპტუალურ  
კასტრაციის შემდეგ მორფოლოგიურ ცვლილებების  
მიხედვით \*).**

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. ე. თ. ი. კ ა ნ ა ძ ე).

როგორც ექსპერიმენტალური და კლინიკური დაკვირვებები გვიჩვენებს, ვეგეტატიურ ნერვიულ სისტემაში კასტრაცია იწვევს ფრიად საყურადღებო ცვლილებებს. ეს ცვლილებები შეეხებიან ხსენებულ სისტემის ფუნქციონალურსა და აგრეთვე მორფოლოგიურ მხარეს. როგორც ამას ქვევით დაეინახავთ, კლინიკურად ფუნქციონალური ცვლილებები იმაში გამოიხატება, რომ კასტრაციის შემდეგ სიმპათიკუსის და ვაგუსის სისტემა ჰიპერტონიას განიცდის. მაგრამ ჯერ არ არის გაშუქებული საკითხი იმის შესახებ, თუ როგორი ურთიერთობა არსებობს მორფოლოგიურ ცვლილებების მხრივ ამ ორ სისტემათა შორის. არ არის აგრეთვე გაშუქებული საკითხი: აქვთ თუ არა კავშირი ხსენებულ ნერვულ სისტემათა ფუნქციონალურ აშლილობას მათი კვანძების მორფოლოგიურ ცვლილებებთან.

ამიტომ ამ საკითხთა გაშუქება, ჩვენი ექსპერიმენტალური გამოკვლევებისა და ზოგიერთი მოსაზრებების მიხედვით, არ იქნება ინტერესმოკლებული. მაგრამ, სანამ ჩვენს მიერ წამოყენებული საკითხების გაშუქებას შევეუდგებოდეთ, საჭიროა მოკლედ შევეხოთ იმას, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ენდოკრინულ ჯირკვლელთა და ვეგეტატიურ ნერვიულ სისტემათა ნორმალური ფუნქციონალური საკვერცხის ჰორმონებს.

რომ ორგანიზმის ფიზიოლოგიურ ცხოვრებისათვის საკვერცხეს დიდი მნიშვნელობა აქვს, ეს ყველასათვის ცხადია, ამიტომ აქ ამ საკითხზე არ შეგჩერდებით. მხოლოდ აღვნიშნავთ, რომ საკვერცხეთა ფუნქციის მოსპობის შემდეგ, ორგანიზმში, მთელ რიგი სხვა ცვლილებათა შორის, ჩვენს ყურადღებას იპყრობს ენდოკრინული ჯირკვლებისა და აგრეთვე ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციის აშლილობა. მართალია, უნდა აღვნიშნოთ, რომ საკვერცხე არსებითად ენდოგენური ფაქტორებისაგანაა დამოკიდებული. ავიღოთ მაგალითი. ვთქვათ, ცხოველის ტვინის დანამატის წინა ნაწილი ჩვენ გადავწერგეთ ინფანტილურ

\*) მოხსენებულია საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესზე ქ. ბათუმში 24—29 იანვარს 1929 წ. წ.



თავის კანქვეშ. ამ შემთხვევაში ჩვენ ვამჩნევთ, რომ ცხოველთა საკვერცხის ფო-  
ლიკული ჩქარის ტემპით მწიფდება, და ცხოველი მძუნაობას იწყებს. (B. Zon-  
dek-ი და Aschheim-ი). თუ ტვინის დანამატის წინა ნაწილი ამოკვეთილია, მაშინ  
საკვერცხე უკუგანვითარებას განიცდის (Schiff-ი).

აქედან ცხადია, რომ საკვერცხის ფუნქცია განსაკუთრებით ტვინის დანა-  
მატის ფუნქციისაგანაა დამოკიდებული.

მაგრამ საკვერცხეთა ფუნქციის მოსპობის შემდეგ ენდორკინული ჯირკვლები  
ორგანიზმში პასიურ მდგომარეობაში არ რჩებიან. პირიქით, კასტრაციის შემ-  
დეგ, მაგალითად, ფარისებრი ჯირკვლის მოცულობა მატულობს და ნორმაზე  
მეტ კოლოიდს შეიცავს (Окинчиц-ი, Engelhorn-ი) ტვინის დანამატი ჰიპერტრო-  
ფიას განიცდის ძირითადი უჯრედების ხარჯზე Окинчиц-ი, Ficherd-ი) და აგ-  
რეთვე განიცდის ჰიპერტროფიას თირკმლის ზედაჯირკველიც (Федосьев-ი, Сер-  
дюков-ი). Gland Thymus დიდ ხანს ასრულებს თავის ფუნქციას (Paton-ი).

ამნაირად, როგორც სჩანს კასტრაციის შემდეგ ზოგიერთი ენდორკინული  
ჯირკველი როგორც მორფოლოგიურ და ისე ფუნქციონალურ ცვლილებებს  
განიცდის.

ჩვენ აქ არ გამოვუდგებით იმ საკითხის გაშუქებას, თუ რა გზითა აქვს  
გავლენა საკვერცხეთა ჰორმონების მოქმედებას ამა თუ იმ ჯირკველზე — უშუა-  
ლოდ — ჰემატოგენური გზით, თუ ვეგეტატიური ნერვიულ სისტემის საშუალე-  
ბით. მეტად რთულია ეს საკითხი. ჩვენ ვიცით მხოლოდ, რომ ვეგეტატიური  
ნერვიული სისტემის ნორმალური ფუნქცია ენდორკინულ ჯირკველთა დირექტი-  
ვებს ემორჩილება და მათგან ღებულობს ერთგვარი მიმართულებას — ტონუსს  
(Эпштейн-ი, Zondek-ი, Могильницкий). ამიტომ კასტრაციის შემდეგ ენდორკი-  
ნულ ჯირკველთა მორფოლოგიურ და ფუნქციონალურ ცვლილებებთან ერთად  
ჩვენ ვხედავთ ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის ფუნქციის აშლილობასაც. რაც,  
Guggisberg-ის აზრით, გამოიხატება — კასტრაციის შემდეგ — სიმპათიკუსის სის-  
ტემის ალგზნებაში, ისეთ ალგზნებაში, რომ საკმარისია სხეულში შევიტანოთ  
მცირეოდენი დოზა (0,05-ზე ნაკლები) ადრენალინისა, რომ შარდში მივიღოთ  
გლიკოზურია, რასაც ნორმალურ პირობებში ადგილი არ ექნება. ამ აზრისა  
არაიან Christofletti და Adler-ი Schickele თავის კლინიკურ დაკვირვებებში აღ-  
ნიშნავენ სიმპათიკუსის ჰიპერტონიას. მისი გამოკვლევით, საკვერცხეთა ფუნქციის  
მოსპობის შემდეგ, სისხლის წნევა მატულობს. ყველა ეს მოვლენა, ზემოხსენებულ  
ავტორთა აზრით, აიხსნება იმ ვარემოებით, რომ საკვერცხეს სიმპათიურ ნერ-  
ვიულ სისტემაზე დამხმობი ზეგავლენა აქვს და, როცა საკვერცხეთა ფუნქცია  
ისპობა, მაშინ სიმპათიური ნერვიული სისტემა განიცდის ალგზნებას, რასაც სი-  
სხლში ნორმაზე მეტ ადრენალინის გამოყოფას უკავშირებენ.

მაგრამ კასტრაციის შემდეგ ჩვენ ვხედავთ არა მარტო სამპათიური ნერვი-  
ული სისტემის ალგზნებას, არამედ ვაგუსის სისტემის ალგზნებასაც. მაგალითად,  
Mosebacher და Mayer-ის გამოკვლევით 76 დასაკურსებულ ქალთაგან მხოლოდ  
13-სა ჰქონია სისხლის წნევა აწეული, ხოლო 15-ს კი სისხლის წნევა დაჰქვეითე-  
ბია. ზემოხსენებულ ავტორების ფარმაკოლოგიური გამოკვლევებიც ცხადყოფენ-  
რომ კასტრაციის შემდეგ აშკარადდება უფრო ვაგოტონიური მოვლენები, ვიდრე

სიმპათიკო-ტონიურები. მაგალითად, Mosbacher და Mayer-ის გამოკვლევით, 40 დასაქურისებულ ქალთაგან გლიკოზურისა 42,5% — (18 ქალი) შემთხვევაში ჰქონია ადგილი, 57,5% (22 ქალი) შემთხვევაში კი არა. აღსანიშნავია აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ კასტრაციის შემდეგ სისხლში კალციუმის რაოდენობა კლებულობს (Dalcace et Goilaumin-ი, Heyn-ი), რაც ვაგოტონიურ მოვლენების სასარგებლოდ ლაპარაკობს. Коган და Либин-ის კლინიკური გამოკვლევებითაც აშკარადვება, რომ ერთსადაიმავე დროს ერთსადაიმავე ინდივიდუმს ემჩნევა არა მარტო სიმპათიურ ნერვულ სისტემის ჰიპერტონია, არამედ ვაგუსის სისტემის ჰიპერტონიაც. საკვერცხეთა ფუნქციის მოსპობის შემდეგ — მთელი რიგი ნერვული ხასიათის მოვლენები, როგორიცაა ჩქარი მაჯა, რომელსაც ნელი მაჯა მოჰყვება, ან და პირიქით, სიცხე — სიცივე, ცხელი — ცივი ოფლი, ყაბზობა — ფაღარათი და ბევრი სხვ. ვაგო-სიმპათიკოტონიურ მოვლენებს წარმოადგენს (Lacherl-ი).

ამნიარად, როგორც ზემოხსენებული მასალიდან სჩანს, საკვერცხეთა ფუნქციის მოსპობის შემდეგ ორივე სისტემათა ჰიპერტონიას აქვს ადგილი.

მაგრამ როგორ უნდა წარმოვიდგინოთ ამ ორი სისტემის ასეთი, ერთის შეხედვით, თითქოს ერთი მეორის საწინააღმდეგო მოვლენები. ამ საკითხის გასაშუქებლად ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია ზოგადად შეგვეხათ ვეგეტატიურ — ნერვულ სისტემის ანატომიას და ფიზიოლოგიას. ცნობილია, რომ ვეგეტატიური ნერვული სისტემა შესდგება ცენტროებისაგან, რომელნიც მოთავსებულნი არიან შუა, მოგრძო და ხერხემლის ტვინში, და აგრეთვე ნერვულ ბოჭკოებისაგან, რომელნიც როგორც პრეგანგლიონული ნერვული ბოჭკოები, გამოდიან ამ ცენტროებიდან და შედიან ამა თუ იმ ორგანოში, როგორც პოსტგანგლიონური ბოჭკოები და ანევრიანებენ მას. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის შუა, მოგრძო და ხერხემლის ტვინის ცენტროები ასრულებენ იმ ფუნქციას, რასაც უკარნახებს — diencephalon-ი, რომელიც ამ ცენტროების რეგულიატორია. მაგრამ თვით diencephalon-ის ფუნქცია დამოკიდებულია corpus striatum-ი (ზოლიანი სხეული) დირექტივებისაგან. ზოლიანი სხეულიც არ არის თავისუფალი დიდი ტვინის ქერქის ზეგავლენისაგან (Dresel-ი).

ვეგეტატიური ნერვული სისტემა შესდგება სიმპათიურ და პარასიმპათიურ ნერვულ სისტემისაგან. ეს სისტემები ერთმანეთთან ფიზიოლოგიურ ანტაგონისტურ განწყობილებაში იმყოფებიან (Langley). მაგრამ ნორმალურ პირობებში — Eppinger-ის და Hess-ის გამოკვლევით, ერთი სისტემის ტონუსი უდრის მეორე სისტემის ტონუსს, და ამიტომ მათს შორის არსებობს წონა-სწორობა.

როგორც მოვიხსენიეთ, კასტრაციის შემდეგ, სიმპათიურ და პარასიმპათიურ სისტემათა შორის წონასწორობა ორღვევა და ადგილი აქვს ორივე სისტემათა ჰიპერტონიას.

ხსენებულ ორ სისტემათა ჰიპერტონიის შემეცნებამ მთელი რიგი ევოლუცია განიცადა. Eppinger-ის და Hess-ის აზრით, პიროვნება უნდა ყიფილიყო ან სიმპათიკოტონიკი ან ვაგოტონიკი, მაგრამ Eppinger-ის და Hess-ის თეორია ყველასთვის დამარწმუნებელი არ აღმოჩნდა რადგანაც ის ძირითადი ფარმოკოლოგიური საფუძველი, რაზედაც ემყარებოდა ეს თეორია, თანდათანობით შე-

ირყა; გამოირკვა, რომ ადრენალინი მოქმედობს არა მარტო სიმპათიურ ნერვულ სისტემაზე, არამედ ვაგუსის სისტემაზედაც (Эпштейн-ი, Dressel-ი, Сахаров-ი, Могильницкий). აგრეთვე კლინიკურადაც გამოირკვა, რომ არის ისეთი პირივნება, რომელსაც ერთსადამივე დროს ორივე სისტემის ჰიპერტონია აქვს (Вольперт-ი, Коган-ი).

სწორედ ასეთი ფაქტების მიხედვით, Guillaum-მა დაუშვა ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის შერეული მდგომარეობა, რომელსაც ახასიათებენ ორივე სისტემათა პათოლოგიურ მდგომარეობის სიმპტომები. ასეთ მდგომარეობას ავტორი უწოდებს „ნერვოტონიას“ და თუ ვაგოტონიას ნიშნები სჭარბობს უწოდებს „ვაგონერვოტონიას“, ხოლო თუ სიმპათიურის ნიშნები, — მაშინ უწოდებს „სიმპათო-ნერვოტონიას“.

Dresel-ი უფრო დაშორდა Eppinger-ის და Hess-ის თეორიას. მან სიმპათიკოტონიის და ვაგოტონიის შემეცნებაში სულ ახალი იდეა შეიტანა. Dresel-ს შეუძლებლად მიიჩნია ცალ-ცალკე სიმპათიკოტონიის და ვაგოტონიის არსებობა იმ ანატომიურ კავშირის გამო, რომელიც მათს შორის არსებობს მოგრძო ტვინში, ცდომილი ნერვის დორსალურ ბირთვში. ერთი სისტემის ჰიპერტონია მისი აზრით, გამოიწვევს მეორე სისტემის ჰიპერტონიას. ამ ჰიპერტონიათა შორის განსხვავება ისაა, რომ ერთი მათგანი წარმოადგენს პირვად მოვლენას, ხოლო მეორე — მეორადსა. Dresel-ინ სიტყვით, ადრენალინი მოქმედობს პირველად იმ სისტემაზე, რომელიც, შედარებით უფრო ალგუნებულია. ამიტომ, თუ ვაგუსის ტონუსი სიმპათიკუსის ტონუსზე უფრო ალგუნებელია, მაშინ ადრენალინი პირველად მოქმედობს ვაგუსის სისტემაზე. მაგრამ ამის შემდეგ უნდა მოჰყვეს სიმპათიკუსის ტონუსის მაღლა აწევა, როგორც მეორადი მოვლენა. Dresel-ის ასეთი თეორია ყველა თეორიებზე უფრო მეტად აშუქებს იმ კლინიკურ მოვლენებს, რომელთაც კასტრაციის შემდეგ აქვთ ადგილი. მაგალთად, ერთი სისტემის ჰიპერტონიური მოვლენები უეცრად ადგილს უთმობენ მეორე სისტემის ჰიპერტონიურ მოვლენებს (ბრადიკარდია — ტახიკარდია, სიცხე — სიცივე, ცხელი — ცივი ოფლი და სხვ.). ეს გარემოება, Dresel-ის თეორიის მიხედვით, როგორც ზევითაც აღვნიშნეთ, აიხსნება იმით რომ ერთი სისტემის ალგუნება გადადის მეორე სისტემაზე, მათ შუა არსებული ანატომიური გზით, და იწვევს ტონუსის ალგუნებას, ე. ი. ლებულობს ჰიპერტონიურ მდგომარეობას იმ აზრით, რომ გამოასწოროს დარღვეული წონასწორობა. შემდეგ ორივე სისტემათა შორის მყარდება წონასწორობა, და ეს წონასწორობა ცოტახნის შემდეგ, ამა თუ იმ ფაქტორის ზეგავლენით, ისევ ირღვევა და, ამ რიგად, ეს მოვლენა საკვერცხეთა ფუნქციის მოსაბობის შემდეგ დღეში რამოდენიმეჯერ მეორდება მანამდის, სანამ ენდოკრინულ ჯირკვლების მხრივ სანაცვლო მოვლენებს არ ექნება ადგილი.

სწორედ ასეთი განმარტებით უნდა მივუდგეთ ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის იმ ჰიპერტონიურ მოვლენებს, რომელთაც ადგილი აქვთ კასტრაციის შემდეგ.

კასტრაციის შემდეგ სიმპათიური და პარა სიმპათიური ნერვული სისტემა, გარდა ფუნქციონალურ აშლილობისა, განიცდის აგრეთვე მორფოლოგიურ ცვლილებებსაც. ჩვენ მიერ წარმოებულ ექსპერიმენტალური გამოკვლევები სხვა და

სხვა დროის დასაჭურისებულ 18 ძალზე გვიჩვენებენ, რომ სიმპათიური და პარასიმპათიური ნერვული კვანძები: gangl. Nodosum nervi vagi, dangl. Cervicale superius nervi sympathici, gangl. Solare და გულის ავტომატიური კვანძები დიდ მორფოლოგიურ ცვლილებებს განიცდიან. ეს ცვლილებებია: კვანძის ზოგიერთ ნერვულ უჯრედთა პროტოპლაზმის შექმუხვნა, პერიცელულალურ სივრცის გაგანიერება, ტივროიდურ ნივთიერების და ნევროფიბრილების დაშლა და, აგრეთვე, პროტოპლაზმის სრული ან ნაწილობრივი პლაზმოლიზი, ვაკუოლიზაცია, პროტოპლაზმის ტინქტორიალურ თვისების შეცვლა, ბირთვის მხრით ჰიპერქრომატოზი, კარიოლიზი და სხვ.

ზემოხსენებულ კვანძთა შორის, ჩვენ გვინდა შევჩერდეთ gangl. Nodosium vagi-ს და gangl. Cervic. superius-ის მორფოლოგიურ ცვლილებებზე, რადგანაც gangl. Nodosum-ი არის ვაგუსის სისტემის ტიპური კვანძი, ხოლო gangl. Cervicale კი სიმპათიკუსისა. როდესაც ამ ორივე სისტემათა კვანძების მორფოლოგიურ ცვლილებებს ერთმანეთს ვადარებთ, ვხედავთ, რომ კასტრაციის შემდეგ, მუქი ფერის ნერვულ უჯრედებს ადგილი აქვს gangl. Nodosum-ში 68,72% (18) შემთხვევაში, gangl. Cervicale-ში კი 31,57% (6) შემთხვევაში, პროტოპლაზმის შექმუხვნას gangl. Nodosum-ში ადგილი აქვს 73,68 (14) შემთხვევაში, gangl. Cervicale sup.-ში კი 36,81% (7) შემთხვევაში; პერიცელულალურ სივრცის გაგანიერების gangl. Nodosum-ში 63,15% (12) შემთხვევაში აქვს ადგილი, gangl. Cervicale-ში კი 36,81% (7) შემთხვევაში; ვაკუოლიზაციას ადგილი აქვს gangl. Nodosum-ში 10,5% შემთხვევაში (2) ვაკუოლიზაციას gangl. Cervicale-ში არც ერთ შემთხვევაში არ აქვს ადგილი. აგრეთვე gangl. Cervicale superius-ში არც ერთ შემთხვევაში ადგილი არ აქვს პლაზმოლიზს, მაშინ, როდესაც gangl. Nodosum-ში ვხდებით 15,78% (3) შემთხვევაში. აგრეთვე gangl. Nodosum-ის ნერვულ უჯრედთა ბირთვში ჰიპერქრომატოზს უფრო ვხვდებით, ვიდრე gangl. Cervicale sup.-ის ნერვულ უჯრედთა ბირთვში.

ზემოხსენებულ ცვლილებათა გარდა, კასტრაციის შემდეგ ადგილი აქვს ბევრ სხვა მორფოლოგიურ ცვლილებებსაც, და ისენი ნათლად გვიჩვენებენ ცლომილი ნერვის gangl. Nodosum-ის ნერვულ უჯრედების სიმპათიკუსის სისტემის gangl. Cervicale sup.-ის ნერვულ უჯრედებზე მეტ დაზიანებას. მაგრამ ზემოდ-მოყვანილი ცნობებიდანაც ცხადია ის გარემოება, რომ კასტრაციის შემდეგ ყველა ძალის ეგვეტატიური ნერვიული სისტემა კი არ განიცდის მორფოლოგიურ ცვლილებებს, არამედ ზოგიერთი მათგანი, და ამ ზოგიერთ შემთხვევაშიაც gangl. Nodosum-ის ნერვიული უჯრედები უფრო განიცდიან მორფოლოგიურ ცვლილებებს, ვინემ gang. Cervicale superior-ის ნერვიული უჯრედები.

ეს ჩვენი პათოლოგიურ-ანატომიური გამოკვლევები საესებით ეთანხმება Mosbacher-ისა და Mayer-ის კლინიკურ დაკვირვებებს. ხსენებულ მეცნიერთა დაკვირვებები, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, მდგომარეობენ იმაში, რომ კასტრაციის შემდეგ ვაგოტონიურ მოვლენებს უფრო აქვს ადგილი, ვინემ სიმპათიკოტონიურს. ჩვენი გამოკვლევები პირდაპირ ეწინააღმდეგება Guggisberg-ის, Christofolletti-ს — Adler-ის და Schickele-ს კლინიკურ დაკვირვებებს, რადგან მათა დაკვირვებები ადასტურებენ მხოლოდ სიმპათიკუსის სისტემის ჰიპერტონიას. ჩვენი გამოკვლე-

ვები კი უფრო ეთანხმება Коган-ის და Либин-ის კლინიკურ დაკვირვებებს, რომელნიც საკვერცხეთა ფუნქციის მოსპობის შემდეგ ადასტურებენ არა მარტო სიმპათიკუსის ჰიპერტონიას, არამედ ვაგუსის სისტემის ჰიპერტონიასაც.

აქ თავის თავად იბადება საკითხი, თუ რამდენად დაკავშირებულია ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის კლინიკური მოვლენები ხსენებულ სისტემის მორფოლოგიურ ცვლილებებთან. ეს საკითხი მეტად რთული საკითხია. მართალია, Могильницкий-ს და Абрикосов-ს დასაშვებად მიაჩნიათ სხვა და სხვა დაავადებისა და ინტოქსიკაციის დროს მიღებული ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციონალური აშლილობის დაკავშირება ამავე სისტემის—მორფოლოგიურ ცვლილებებთან, მაგრამ ჩვენ ამ საგანზე Могильницкий-ს და Абрикосов-ის შეხედულობის შეფასებაში აღარ შევიდვართ, რადგანაც მათი დასკვნა გამომდინარეობს მორფოლოგიურ ცვლილებებისაგან, რომელნიც სხვა და სხვა დაავადების და ინტოქსიკაციის დროს იყენებენ მიღებულნი. ასეთ შემთხვევაში, მართლაც, შესაძლებელია და დასაშვებია, რომ დიდძალ ტოქსინების ხანგრძლივმა და ინტენსიურმა მოქმედებამ გაანადგუროს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის როგორც ცენტრალური, ისე პერიფერიული ნერვული უჯრედებიც ბირთვებიანად. ამ პირობებში ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქცია სამუდამოდ იღუპება და მისი აღდგენა შეუძლებელი ხდება. აქ ჩვენ გვექნება საქმე ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ორგანიულ დაავადებასთან და არა ფუნქციონალურ აშლილობასთან.

ყოველ შემთხვევაში, ასეთი შეხედულებით ჩვენ ვერ მივუდგებით ვეგეტატიური ნერვული სისტემის იმ ფუნქციონალური აშლილობას, რომელსაც ადგილი აქვს კასტრაციის შემდეგ, ერთის მხრით იმ მოსაზრებით, რომ კასტრაციის შემდეგ ვაგუსის და სიმპათიკუსის ჰიპერტონიას მუდმივი ხასიათი კი არა აქვს, არამედ დროებითი. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციონალური აშლილობა დაკავშირებული რომ იყოს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მორფოლოგიურ ცვლილებებთან, მაშინ ვეგეტატიურ ნერვული სისტემის ფუნქციონალურ აშლილობას მუდმივი ხასიათი ექნებოდა, რასაც კასტრაციის შემდეგ ადგილი არ აქვს. მეორეს მხრით, როგორც ცნობილია, გარეგან ეფექტებსაც (შიში, სირცხვილი და სხვ.) შეუძლია უეცრად ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციის აშლილობა გამოიწვიოს ამა თუ იმ სისტემის ჰიპერტონიის სახით. მაგრამ შეუძლებელია, რომ ფსიქიური მომენტებით გამოწვეული ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ჰიპერტონიურ მოვლენებს წინასწარ მორფოლოგიური ცვლილებები მიუძღვოდეს, რადგანაც ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის ფუნქციის აშლილობა ფსიქიური ტრამვის დროს ისეთი სისწრაფით ხდება, რომ ადამიანი თვალის დახამხამებასაც ვერ ასწრებს.

ასევე შესაძლებელია, რომ კასტრაციის შემდეგ ტოქსინები, უპირველესად ყოვლისა, ვეგეტატიურ-ნერვული სისტემის ცენტრებზე მოქმედებენ და, როგორც შემდეგს ამ ცენტრების გაღიზიანებისა, ჩვენ ვღებულობთ ვეგეტატიურ-ნერვული სისტემის ჰიპერტონიას. რასაც, Danisch-ის აზრით, შეუძლია ნერვულ უჯრედთა მორფოლოგიური ცვლილებები გამოიწვიოს.

მართლაც თუ მივიღებთ მხედველობაში ზოგიერთ ლიტერატურულ ცნობებს, დავინახავთ, რომ კასტრაციის შემდეგ ნერვულ უჯრედის ფიზიკო-ქიმიური მდგო-

მარეობა დრო — გამოშვებით დიდ რყევას განიცდის. ნორმალურ პირობებში უჯრედსა და მის კოლოიდალურ წრეს შუა არსებობს იონთა კონცენტრაციის წონასწორობა (Лейтес და Черный), რაც სიმპათიურ და პარასიმპათიურ ნერვულ სისტემათა შორის არსებულ წონასწორობისაგანაა დამოკიდებული (Dresel-ი). მაგრამ კასტრაციის შემდეგ, როგორც ზევით დავინახეთ, სიმპათიურ და პარასიმპათიურ ნერვულ სისტემათა შორის წონასწორობა ირღვევა და მასთან ერთად, როგორც ამას ქვევით დავინახავთ, ირღვევა იონთა კონცენტრაციის წონასწორობაც. როგორც სჩანს Dresel-ის შრომიდან, ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის ჰიპერტონიის დროს იონთა კონცენტრაციის წონასწორობა ირღვევა და ადგილი აქვს Ca-მის თუ K-მის ჰიპერტონიას იმის და მიხედვით, თუ რომელი ნერვული სისტემა აღვზნებული. მაგალითად, Zondek-ის გამოკვლევით, სიმპათიურ ნერვულ სისტემის ფარადიული ნაკადით ან სიმპათიკოტროპული შხამით გალიზიანების დროს სისხლში მატულობს Ca-მის კონცენტრაცია, რაც ვაგუსის სისტემის აღვზნებას იწვევს. მაგრამ ვაგუსის აღვზნება კი სისხლში იწვევს Ca-მის ანტაგონისტის K-მის ნორმაზე მეტ დავროვებას და ეს უკანასკნელი ვაგუსზე მოქმედობს როგორც დამშშობი ნივთიერება. ამნაირად Ca-ის და K-ის კონცენტრაციის წონასწორობა მყარდება და მასთან ერთად მყარდება ვაგუსის და სიმპათიკუსის შორის წონასწორობაც. ასეთი ავტომატიური ავტორეგულაცია სხეულის ერთ საშუალებათაგანია იმისთვის, რომ გამოასწოროს სიმპათიურ და პარასიმპათიურ ნერვულ სისტემათა შორის დარღვეული წონასწორობა. მაგრამ თუ სიმპათიურ და პარასიმპათიურ ნერვულ სისტემათა შორის წონასწორობის დარღვევას დღეში რამოდენიმეჯერ ექნება ადგილი, როგორც ამას ვხედავთ კლიმაქტერიულ ხანაში, მაშინ, ცხადია, რომ იონთა კონცენტრაციის წონასწორობაც იმოღვინიძეჯერვე უნდა დაირღვეს, რაც ნერვულ უჯრედისთვის უმნიშვნელო არ არის, რადგანაც S. Zondek-ის გამოკვლევით, უანტაგონისტოდ Ca-ის წრეცოცხალი უჯრედისთვის წარმოადგენს შხამს, რომელიც, Troisier et Wolt-ის, Петров-ის და Орлеанский-ის გამოკვლევით, იწვევს უჯრედის დევიდრატაციას, შექმუხენას, გამკვრივებას და კოლოიდურ მემბრანათა სანათურების დავიწროებას, ხოლო K-ში წინააღმდეგ Ca-მისა უჯრედში აჩერებს წყალს, იწვევს უჯრედის შესიებას, უჯრედთა მემბრანის გაგანიერებას და სხვ.

გარდა ზემოხსენებულ მოსაზრებისა ნერვულ უჯრედთა მორფოლოგიურ ცვლილებების წარმოშობის საკითხში დასაშვებია აგრეთვე ის გარემოებაც, რომ ნერვული უჯრედი კასტრაციის შემდეგ ცუდ პირობებში იმყოფება. ჩვენ აქ არ შევეხებით იმ გარემოებას, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს ნერვულ უჯრედთა ბირთვებისთვის Ca-მის ნორმალურ დანაწილებას, რაც ფარისებური ჯირკვლის ნორმალურ ფუნქციისაგანაა დამოკიდებული (Beschluss). ჩვენ გვაქვს მხედველობაში მხოლოდ ნერვულ უჯრედის მდგომარეობა ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის ჰიპერტონიის დროს. ასეთ მდგომარეობაში a priori-ულად უნდა წარმოვიდგინოთ, რომ კასტრაციის შემდეგ სისხლის მიღების სანათურები ვაზოკონსტრიქტორების და ვაზოდილატატორების ჰიპერტონიის გამო ან ნორმაზე უფრო დაჭიმულია და დავიწროებული ან გაგანიერებული, ასეთ პირობებში ცხადია, რომ უჯრედს ნორმაზე უფრო ნაკლები საკვები ნივთიერება მოუღის და ამიტომ

განიცდის სიმშობლას, რასაც შეუძლია უჯრედის ფიზიკური და ქიმიური მდგომარეობა შესცვალოს.

სწორედ ამგვარ მოსაზრების მიხედვით ჩვენ ვფიქრობთ, რომ კასტრაციის შემდეგ მიღებულ მორფოლოგიურ ცვლილებებს წინ უნდა მიუძღოდეს სიმპათიურ და პარასიმპათიურ ნერვულ სისტემათა ჰიპერტონიური მოვლენები, რომელნიც უნდა იყვნენ ცენტრალური წარმოშობისა და არა პერიფერიულ ნერვულ უჯრედთა მორფოლოგიურ ცვლილებებთან დაკავშირებულნი.

ამნაირად, ჩვენი ექსპერიმენტალურ გამოკვლევების და შემოხსენებულ ლიტერატურულ მასალის მიხედვით, შეიძლება შემდეგი დასკვნა გამოვიტანოთ:

1. ენდოკრინული ჯირკველთა და ვეგეტატიური ნერვული სისტემათა შორის მჭიდრო კავშირი არსებობს, რაც კლინიკურად ხსენებულ ორ სისტემათა შორის არსებულ ტონუსთა წონასწორობაში გამოიხატება.

2. კასტრაციის შემდეგ სიმპათიურ და პარასიმპათიურ ნერვულ სისტემათა შორის წონასწორობა ირღვევა და ადგილი აქვს ხსენებულ ორ სისტემის ჰიპერტონიას.

3. კასტრაციის შემდეგ ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის ჰიპერტონიურ მოვლენებთან ერთად ადგილი აქვს როგორც ვაგუსის, ისე სიმპათიკუსის მორფოლოგიურ ცვლილებებს, რომელიც უფრო აღნიშნულია ვაგუსის სისტემაში, ვინემ სიმპათიკუსის.

4. კასტრაციით გამოწვეული ვეგეტატიურ ნერვული სისტემის კლინიკური მოვლენები ცენტრალური წარმოშობის მოვლენები უნდა იყოს მათ ხსენებულ სისტემის მორფოლოგიურ ცვლილებებთან კავშირი არ უნდა ჰქონდეს.

დ-რ **Евг. Л. Шаламберидзе.**

### **Взаимоотношения между вагусом и симпатикусом, обусловленные морфологическими изменениями их узлов после кастрации.**

Нами было установлено после кастрации животных патоморфологические изменения в узлах симпатической (Gangl. Cervical. Sup.) и парасимпатической (Gangl. Nodosum) нервной системы с преобладанием морфологических изменений в узлах вагуса.

Точно также экспериментальными и клиническими наблюдениями многих авторов, после выпадения функции яичников из экономии организма, устанавливается гипертоническое состояние как вагуса, так и симпатикуса с преобладанием гипертонических явлений в системе вагуса, что

вполне соответствует патоморфологическим изменениям периферических узлов вегетативной нервной системы после кастрации.

Но наблюдаемые гипертонические явления в вегетативной нервной системе после кастрации не находятся в причинной зависимости от патоморфологических изменений названной системы: ибо тогда имело бы место постоянное гипертоническое состояние вегетативной нервной системы после кастрации, чего в действительности не наблюдается.

Наоборот, патоморфологические изменения периферических нервных узлов вегетативной нервной системы есть результат или выражение гипертонического состояния названной системы, что объясняется отчасти некоторыми нашими соображениями и данными многих других авторов.

Что касается происхождения гипертонического состояния вегетативной нервной системы после кастрации, нужно полагать, что оно центрального происхождения вследствие нарушения равновесия между железами внутренней секреции.

---

E. L. Schalamberidse.

## Die Wechselbeziehungen zwischen dem Vagus und dem Sympathicus auf grund morphologischer Veränderungen ihrer Knoten nach Castration.

Zusammenfassung.

Der Autor konstatiert, nach an Tieren vorgenommener Kastration, pathomorphologische Veränderungen in den Knoten des sympathischen (Gangl. Cervical. sup.) und des parasympathischen (Gangl. Nodosum.) Nervensystems, wobei morphologische Veränderungen in den Knoten des Vagus vorwiegend sind.

Gleichfalls wurde mittelst experimenteller und klinischer Beobachtungen vieler Autoren, nach Ausfall im Haushalt des Organismus der Eierstockfunktionen, ein hypertonischer Zustand des Vagus wie auch des Sympathikus konstatiert, wobei die hypertonischen Erscheinungen im System des Vagus vorwiegend waren, was vollkommen den pathomorphologischen Veränderungen der peripherischen Knoten des vegetativen Nervensystems, nach vorangegangener Kastration, ent spricht.

Die beobachteten hypertonischen Erscheinungen im vegetativen Nervensystem nach der Kastration befinden sich jedoch nicht ursächlicher Abhängigkeit von den pathomorphologischen Veränderungen genannten Systems, da dann ein beständiger hypertonischer Zustand des vegetativen Nervensystems nach der Kastration stattfände, was in Wirklichkeit nicht beobachtet wird.



Die pathomorphologischen Veränderungen der peripherischen Nervenknotten des vegetativen Nervensystems sind, im Gegenteil, das Resultat oder der Ausdruck eines hypertonischen Zustandes des genannten Systems, was teilweise durch einige unserer Auseinandersetzungen erklärt wird, wie auch durch die Ergebnisse anderer Autoren.

Was die Entstehung des hypertonischen Zustandes des vegetativen Nervensystems nach der Kastration betrifft, so muss man annehmen, dass er zentralen Ursprunges ist infolge von Störungen im gegenseitigen Gleichgewicht der Drüsen innerer Sekretion.

---

ექ. მ. ა. ბერიძე.

## CO<sub>2</sub>-ს მნიშვნელობა კანის სნეულებათა თმბაკიაში.

კანის და ვენერულ კლინიკიდან. დირექტორი — დოქ. ა. ს. ჯავრიშვილი

უკვე რამოდენიმე ათეულმა წელმა გაიარა მას აქეთ, რაც ამერიკელმა დერმატოლოგმა Pusey-მ გამოაქვეყნა თავისი ახალი მეთოდი კანის სნეულებათა მკურნალობისა ნახშირმჟავა თოვლის საშუალებით, რომელსაც შემდეგში დაერქვა სახელი კრიოთერაპია. მიუხედავად აღნიშნულ ავტორის დადებითი შეხედულებებისა, ეს მეთოდი ჯერ არ არის საკმარისათ გავრცელებული და ყველას მიერ ცნობილი საექიმო ფართო წრეში იმ დროს, როდესაც CO<sub>2</sub> თერაპიას სრული უფლებით შეიძლება დაერქვას „არჩევის მეთოდი“. ბევრ ქრონიკულ დერმატოზების წინააღმდეგ, რომელნიც არ უთმობენ მკურნალობის სხვა მეთოდებს.

ნათქვამის სისწორეში ადვილათ დარწმუნდებით თუ გადაშინჯავთ დერმატოლოგიის კლასიკურ სახელმძღვანელოებს როგორც არი: ბროკი, დარიე, გომე, პოსპელოვი, შეფფერი, პაულოვი და სხვა, სადაც ავტორები დერმატოზების მკურნალობის სხვა მეთოდთა შორის, CO<sub>2</sub>-ს უთმობენ მხოლოდ მეორე ხარისხიან ადგილს. ამასთანავე მცირე რაოდენობა შრომებისა, მიძღვნილი აღნიშნულ საკითხისადმი უცხოეთის და რუსულ ლიტერატურაში, არ აშუქებენ საკმარისათ, ამ საკითხს და დასკვნები სხვა და სხვა ავტორებისა ხშირათ ერთი მეორეს ეწინააღმდეგება. ჩვენებანი და წინააღმდეგ ჩვენებანი, ტენიკა და მკურნალობის შედეგები ჯერ კიდევ დამუშავებულნი და სწორი არ არი. პროფ. შეფფერი ამ მეთოდით მკურნალობას სთვლის სასარგებლოთ ზერელე ფორმებში. Naevi vascul. Naev. pigmentosi, xanthoma, chloasma, verrucae; მკურნალობის სეანსი 10-30 წუთამდეა, დაწოლის ძალა დამოკიდებულია პროცესის სიღრმისაგან; მტკივნეულობის გრძნობა უმნიშვნელოა.

Haslund ხმარობდა CO<sub>2</sub>-ს Lupus erythem. შემთხვევაში და ღებულობდა საუკეთესო შედეგებს, სეანსი გრძელდებოდა 12 წუთი ძლიერ დაწოლით, ძალიან კარგი ეფექტი მიიღო ავტორმა acne rosacea შემთხვევაში, სეანსი 10 წუთს გრძელდებოდა ზომიერ დაწოლით.

Haslund-ის აზრით lupus erythem. და naevus pigment შემთხვევებში CO<sub>2</sub> თერაპია სჯობნის მკურნალობის ყველა სხვა მეთოდებს. Morton-ი ამბობს, რომ პიგმენტის თანდაყოლილ ლაქების შემთხვევაში CO<sub>2</sub> არის საუკეთესო მოქმედი საშუალება, იძლევა 70% კარგ შედეგებს. Naevi vascul. დროს კარგ შედეგს იძლევიან მხოლოდ ლაქები უმი როსტიფის ფერისა. კარცინომები და კელოიდები ნაკლებად უთმობენ CO<sub>2</sub>-ით მკურნალობას.

შეზღუდული ფოკუსი ქრონიკულ ეგზემისა კარგათ უთმობს CO<sub>2</sub> თერაპიას და ბევრ შემთხვევაში Morton-მა მიიღო სრული განკურნება. ბუნა აქებს კრიოთერაპიას Verrucae vulg., keloid, angiom., lupus erythem., ეგზემა, psoriasis და ქრონიკულ დერმატოზების ნერვიულ წარმოშობის შემთხვევაში. Sommer-ის აზრით კრიოთერაპიის დროს საჭიროა მიღებულ იქნეს მხედველობაში მოწვის ხანგრძლივობა, დაწოლის ძალა და ინდივიდუალური თვისებანი, ე. ი. ქსოვილის სიმტკიცე, რომელზედაც უნდა იმოქმედონ; მოქმედების 5" — 10" განმავლობაში ჩნდება სიწითლე, რომელიც რამოდენიმე დღეს რჩება; 10" — 15" მოქმედების დროს სიწითლის გარდა ჩნდება ბუშითი და სიმსივნე, 2—3 დღის შემდეგ კეთდება ქერქი, რომელიც შორდება 8—10 დღეში, 20" — 30" ქერქი შორდება 2—3 კვირეში უნაწიბურთ. 50" — 60" ჩნდება მაგარი ქერქი, რომელიც 3—4 კვირაში შორდება და სტოვებს ზერელე ნაწიბურს. Sommer-ის აზრით CO<sub>2</sub> თერაპიას არ ემორჩილება ღრმად მდებარე კანის დაზიანება. Fabry კანის კარცინომების შემთხვევაში ურჩევს CO<sub>2</sub> კომბინაციას რენტგენის სხივებთან ერთად, სენსის ხანგრძლივობა 1'.

იაკიმოვი და შოხორი ასახელებენ რა მრავალ საშუალებებს კანის ლეიშმანოზის მკურნალობისათვის სულ არ იხსენიებენ კრიოთერაპიას.

მთელი ეს მასალა საკმარისათ ნათლათ გვიჩვენებს რომ კრიოთერაპიის საკითხი ჯერ ყოველ მხრივ შესწავლილი არ არი და საჭიროებს გამოკვლევათა გაგრძელებას. ამიტომაც წინასწარი დამუშავება და მოხსენება ანალიზის შედეგებისა კრიოთერაპიისა, რომელიც ჩვენ მედიცინის კანის და ვენერიულ კლინიკაში მივიღეთ შეადგენენ დიდ თერაპევტიულ ინტერესს.

მაგრამ ვიდრე შეუდგებოდეთ ჩვენი მასალის გადმოცემას, შევჩერდეთ თვით მკურნალობის მეთოდზე. CO<sub>2</sub> წარმოადგენს ნახშირ მჟავ გაზს, მოთავსებული რკინის ბალონში ძლიერ ატმოსფერულ დაწოლის ქვეშ. გაზის მისაღებათ იხსნება ჭახნაკი და მის მაგივრათ უკეთდება ლითონის მილი, შემდეგ ოდნავ ატრიალებენ დიდ ჭახნაკს, რომელიც უხურავს გაზს გამოსავალს და ეს უკანასკნელი სტვენით გროვდება გერმეტიულათ დახურულ ზამშის პარკში. პარკში ატმოსფერული დაწოლა საგრძნობლათ ნაკლებია, რის გამო გაზი სწრაფათ გადადის თოვლში 90°. მიღებული ხელოვნური თოვლი დაუყონებლივ გროვდება ხის ერთ-ერთ მილში და იტენება მაგრათ დგუშით, საჭიროა იყვეს საკმარისი რაოდენობა ამ მილებისა სხვა და სხვა ზომისა იმის და მიხედვით თუ რამხელაა კანის დაზიანებული ადგილი (12 — 20 ცალი). ჩატენის შემდეგ კეთდება თოვლის ცილინდრი, რომლის საშუალებით ხდება მოწვა, ჩვეულებრივათ იმ ცილინდრს მილიდან არ იღებენ, მხოლოდ ოდნავ გამოსწევენ მილის ღრუდან დგუშით.

ტენიკა მოწვისა კრიოკაუტერით სულ უბრალოა. ქსოვილის რეაქცია დამოკიდებულია უმთავრესათ მოწვის ხანგრძლივობისაგან, დაწოლის ძალისაგან და კანის ინდივიდუალურ თვისებისაგან. რაც უფრო ღრმათაა პატოლოგიური პროცესი, მით უფრო ძლიერი უნდა იყოს დაწოლა და მოწვის ხანგრძლივობა; იმ შემთხვევაში თუ გვაქვს საქმე კანის ზერელე შეწითლებასთან შეიძლება დავკმაყოფილდეთ კანის ენერგიულ მასაჟით კრიოკაუტერით 5—6 კვი-

რის განმავლობაში მუდამ დღე. მოწვა კეთდება 10"—30" წუთის განმავლობაში პროცესის სიღრმის მიხედვით, მოწვის ხანგრძლივობის მაქსიმუმი კანის ყოველ ნაწილზე 40"—60"; დაწოლის ძალა იცვლება ესეც პროცესის სიღრმის მიხედვით.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ მოწვა განსაკუთრებით ძლიერ მოქმედობს პირისხის კანზე თვალებთან, კიდურების გამშლელ მხარეზე, კანზე, რომელიც წინასწარ გაშუქებულია რენტგენის სხივებით, ნაწიბურის ქსოვილზე და ძუძუმწოვარი ბავშვის კანზე; ამ შემთხვევაში მოწვა უნდა იწყებოდეს პატარა დოზებით. გამოცდილება გვაჩვენებს რომ ზერელე მასაჟი კანის ყოველი ადგილისა კრიოკაუტერით 40"—60" განმავლობაში იწვევს სწრაფ შეწითლებას უმნიშვნელო წვით, რომელიც დაახლოებით  $\frac{1}{2}$ —1 საათის შემდეგ იკარგება და რჩება კანის სიმქრთალე. მოწვა საშუალო ძალის დაწოლითა 10"—15" განმავლობაში წვევს ძლიერ სიწითლეს და ცოტაოდენ ექსუდაქციას, რასაც ჩვეულებრივით მოჰყვება ხოლმე საკმარისათ დიდ წვა მოწვის უმაღ 20—30 წამის განმავლობაში.

მოწვა ენერგიულ დაწოლით 20"—40" განმავლობაში იწვევს ძლიერ ერთემას და ექსუდაციას მომწვარ ალაგას, ნახევარ საათის შეიდეგ ჩნდება დაჭიმული ბუშტი სეროზული სითხითა; ამავე დროს ჩნდება ძლიერი სიმსივნე, რომელიც იკარგება მხოლოდ რამოდენიმე დღის შემდეგ დამამშვიდებულ სასველებს მოხმარებით. გრძნობა ძლიერ წვისა ჩნდება მოწვის მომენტიდან დაახლოებით  $\frac{1}{2}$ —1 ს. განმავლობაში, რის შემდეგ ტკივილის გრძნობა როგორც წესი სრულიად იკარგება და ავადმყოფს არ აწუხებს; მოწვა ad maximum-ის დაწოლით 1' განმავლობაში იწვევს დიდ ბუშტებს, ძლიერ, სიმსივნეს, წვას და ზერელე ნეკროზს და სტოვებს ზერელე ნაზი ნაწიბურს მოწვის ალაგას.

მომწვარ კანს ესაჭიროება დამშვიდება ჩვეულებრივ სასველებით (Aq. pl. Liq. Burov.) რამოდენიმე დღის განმავლობაში ან 1—2 კვირისა მოწვის სიძლიერის მიხედვით. ამ რიგათ, ენერგიული მოწვა საჭიროა ღრმა, ქრონიკულ, ინფილტრატიულ დერმატოზების შემთხვევებში, რომელსაც ხშირათ თან სდევს ზემოთ მდებარე შრეების და cutis ჰიპერტროფია (lupus vulg.) leuschmaniosis cutis, verr. vulg., lupus erythem. რქოვანი შრეს გადაიდებით, Lichen plan, corn, ეპიტელიომა, fibroma და სხვა). გამოვარკვეით ეხლა რა ღირსებები და რა ნაკლი აქვს კრიოთერაპიას.

სულ პირველათ ხაზი უნდა გავსვას, რომ CO<sub>2</sub>—თერაპია თავის შედეგებით სრული უფლებით შეიძლება ჩაითვალოს „არჩევის მეთოდით“ მრავალ ქრონიკულ დერმატოზების შემთხვევებში, როდესაც საერთო წამლობა არ იძლევა შედეგს (lupus erythemat, epithelioma, acne rosacea, leischman. cutis, naevus). სიაფე CO<sub>2</sub>-მა არის მეორე არა ნაკლებით დადებითი მხარე ამ მეთოდისა (მთელი ბალონი გავისა ჯდება 70—15 მ.); მკურნალობის ტენიკა უბრალოა და არ მოითხოვს ძვირ აპარატურას და სპეციალურ მაღალ კვალიფიკაციის მქონე პერსონალს, როგორც არი ფინზენი ან რენტგენი. ამ თვისებების გამო CO<sub>2</sub> თერაპია არის ყველასთვის მისაწვდენი მეთოდი, ადვილათ შეიძლება მისი განხორციელება სოფლის ექიმის მიერ და სოფლის პრიმიტიულ პირობებში გლენტა შორის. კოსმეტიურ მხრივ მრავალ დერმატოზების შემთხვევებში, რო-

მელთაც თან სდევს ნაწიბურები, CO<sub>2</sub> არის საუკეთესო მეთოდი, ვინაიდან თავის შემდეგ სტოვებს სრულიად ზერელე, ძნელად შესამჩნევ ნაწიბურს. უმთავრესი ნაკლი კრიოთერაპიისა არის მოკლენის მტკივნეულობა ძლიერ წვის სახით, რომელიც თან სდევს ამ მეთოდს; მაგრამ ეს ნაკლიც შესამჩნევად ჰკარგავს თავის მნიშვნელობას თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ მტკივნეულობა ეს გრძელდება სულ 1/2—1 ს., ზოგჯერ ნაკლებ მოწვის დროიდან. ამასთანავე უნდა აღინიშნოს, რომ პროცესის მორჩენის შემდეგ ხშირათ ხდება ჰიპერპიგმენტაცია კანისა იმ ადგილას, საცა ენერგიულათ მოხმარდა CO<sub>2</sub>—და იგი რჩება ჩვეულებრივით რამოდენიმე თვეს, რის შემდეგ პიგმენტი ჰქრება და კანი ლებულობს ნორმალურს ან ოდნავ მქრალ ფერს. ამ მეთოდის ნაკლულევენებებს უნდა მიეწეროს გართულება წითელ ქარის პროცესით, რომელიც ზოგჯერ თან სდევს კრიოთერაპიას (1—2%); მაგრამ ამ შემთხვევაში წითელი ქარი მოკლე ხანში სულ ადვილათ რჩება ჩვეულებრივი საშუალებით. ენერგიულ კრიოთერაპიის დროს კანი ჩვეულებრივით ძრიელ ღეზიანდება რაც ავადმყოფებს რამოდენიმე ხნით შრომის უნარს აკარგვენებს, მით უმეტეს რომ ზოგიერთი ქრონიკული დერმატოზები ხანდისხან საჭიროებენ სენსების განმეორებას და ხანგრძლივ მკურნალობას (5—6 თვეს) დასვენებით. საჭიროა აღინიშნოს მოუხერხებლობა CO<sub>2</sub> მოხმარებისა ქრონიკულ დერმატოზების შემთხვევებში, როდესაც კანის ზედაპირი ვრცლათ არი დაზიანებული—ბოლოს კრიოთერაპიის რამოდენიმე ხნის შემდეგ საკმარისათ ხშირათ ადგილი აქვს რეციდივებს, განსაკუთრებით ზოგიერთ დერმატოზებს (*lupus vulg.*, *rosacea*, *kelloid* და სხვა).

ყველა აღნიშნული ნაკლი ამ მეთოდებისა შესამჩნევად ჰკარგავს თავის მნიშვნელობას იმ ღირსებებთან, რომლებზედაც ჩვენ წინათ მივუთითეთ. აღნიშნული გარემოება ნებას გვაძლევს ვურჩიოთ დერმატოლოგებს ეს მეთოდი მრავალ ქრონიკულ დერმატოზების შემთხვევებში; მეთოდი, რომელიც ხშირათ ეფექტიური მოქმედებით წარმატებით მაგიერობას უწევს ძვირ და ძნელ მისაწვდომ ფიზიო-თერაპევტიულ აპარატსა. როდესაც ჩვენ ვვხვებით ჩვენებებს კრიოთერაპიის გასატარებლათ, საჭიროა ხაზი გავუსვათ, რომ იგი ფართოთ უნდა იქმნას მოხმარებული ყველა შეზღუდულ ქრონიკულ, განსაკუთრებით ზერელე დერმატოზების შემთხვევებში, როდესაც თან სდევს მას ერთეუბა, აქერცვლა, ინფილტრაცია. შრეების გიპერტრაფია არ არის საწინააღმდეგო ჩვენება, მხოლოდ მოითხოვს უფრო ენერგიულ და ხანგრძლივ მკურნალობას.

ჩვენი მასალების მიხედვით შეგვიძლიან განსაკუთრებით ურჩიოთ CO<sub>2</sub> შემდეგ შემთხვევებში: *Leuschmaniouss cutis*, ზერელე და დასაწყის ფორმების *baso-spinocelulkreps*, *lupus erythemt*, არა ღრმა ფორმებში *Naevus vasculosus*, *Naevus pigmentosus*, *N. pig. pilosus*, *verr. vulg. et plan*; ყოველ ნაირ კარგ თვისებთან კანის სიმსივნების (ფიბრომები), *acne rosace*, *Rhynophyma*, *cicatrices post. variola vera*, შეზღუდულ (ფოლაქებს) *lichen planus* და სხვა; ერთი სიტყვით ჩვენებები კრიოთერაპიის მოსახმარებლათ დერმატოლოგიაში ძალიან ბევრი და მრავალ გვარია, და თითქმის არ უდგება აღრიცხვას; ჯერ კიდევ საკმარისათ არ არი ნაცადი მრავალ დერმატოზების შემთხვევაში და საჭიროებს შემდეგ გამოკვლევებს დერმატოლოგიურ კაბინეტებში.

რაც შეეხება წინააღმდეგ ჩვენებებს, საჭიროა აღინიშნოს; რომ კრიოთერაპიის მოხმარება არ შეიძლება კანის ფართო დაზიანების შემთხვევებში; დერმატოზების იმ ფორმების დროს, რომელთაც თან სდევს ღრმა დაიარება ქსოვილისა ან cutis ქვემო შრეებში ღრმათ მყოფი ნასკვიანი ელემენტები სრულიად წინააღმდეგი ჩვენებაა CO<sub>2</sub>, მოხმარება მწვავე ავადმყოფობის სტადიაში, რომელსაც თან სდევს სიწითლე, სიმსივნე და შეშუპება. კონკრეტულად, ჩვენი დაკვირვების მიხედვით უსარგებლოა მოხმარება კრიოთერაპიისა ღრმათ დაიარებულ ეპიტილიომებზე, განსაკუთრებით spinocelulkrebs, lupus vulg exqlicarans ან ღრმათ მყოფ ლუპომებზე; შეიძლება გამოცდილ იქმნეს, მაგრამ CO<sub>2</sub>-ს ცოტა სარგებლობა მოაქვს Keloid vera et spuria. მაგრამ ვიმეორებ, კრიოთერაპია ბევრ დერმატოზებში საკმარისათ ნაცადი არ არი, ამიტომაც წინააღმდეგი ჩვენებები არ შეიძლება აღნიშნულნი იყვნენ საკმარისათ სრულიათ და ამოწურულათ.

მეთოდის, კრიოთერაპიის ჩვენებების და წინააღმდეგ ჩვენებებისა მოკლე განხილვის შემდეგ შევუდგეთ ანალიზს იმ შედეგებისა, რომელიც ჩვენ მივიღეთ თბილისის ვენისტიტუტის ფიზიოთერაპიულ განყოფილების მასალების მიხედვით. ფიზიო თერაპიულ განყოფილების 2 წლის მუშაობის განმავლობაში კრიოთერაპია მოხმარდა ორასზე მეტ ადამიანს, რომელნიც დაავადებულნი იყვნენ კანის სხვა და სხვა სნეულებით. ამ მოკლე მიმოხილვაში ჩვენ არ შეეჩერდებით დაწვრილებით თითოეულ ავადმყოფობის მსვლელობაზე; მიზანშეწონილია ჩვენ მიერ შეგროვილი მასალა გაიყოს ნოზოლოგიურ ჯგუფებათ დერმატოზების მიხედვით და მოკლეთ დავახასიათოთ ყოველი ჯგუფი პირველ რიგში ჩვენ ვცადეთ კრიოთერაპია იმ ქრონიკულ დერმატოზების შემთხვევებში, სადაც გარკვეულათ წამალი არ უდგება და ჩვეულებათ აქვს ხშირი რეციდივები, ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულებათ შეგროვილი ჩვენი მასალა იყოფა შემდეგ ნაირათ:

- 1) *ulcus rodens*—40 შემთხვევა.
- 2) *Leuschmaniosis cutis*—32 შემთხვევა.
- 3) *Lupus erythematodes*—25 შემთხვევა.
- 4) *Acne rosacea*—40 შემთხვევა.
- 5) *Lupus vulgaris*—10 შემთხვევა.
- 6) *Naevus vasculosus*—10 შემთხვევა.
- 7) *Naevus pigment pilosus*—1 შემთხვევა.
- 8) *Keloid*—6 შემთხვევა.
- 9) *Verruceae vulg*—10 შემთხვევა.
- 10) *Cicatrices post var ver.*—3 შემთხვევა.
- 11) *Rhynophyma*—3 შემთხვევა.

კანის ეპიტილიომის საწინააღმდეგოთ კრიოთერაპიის მოხმარების დროს უნდა სასტიკათ გაირჩეს ზერელე ფორმები კიბოს დაავადებისა ღრმა დაიარებულ ფორმებისაგან. ჩვენი დაკვირვებანი გვიჩვენებენ რომ CO<sub>2</sub> თერაპია შეიძლება მოხმარებულ იქმნეს მხოლოდ ზერელე ფორმების შემთხვევებში, იმ დროს

როდესაც ღრმა დაიარებული ფორმები სულ არ უთმობენ CO<sub>2</sub> წამლობას და ზოგჯერ კიდევაც აუარესებენ პროცესს. 40 შემთხვევიდან, რომლებსაც ჩვენ ვუწამლეთ 35 ეკუთვნოდა ზერელე ფორმებს კანის კიბოსი და მხოლოდ 5 ღრმა ფორმის. 35 შემთხვევიდან ზერელე ფორმისა ჩვენ მივიღეთ:

განკურნება—	20 შემთ.	57,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
უკეთესობა—	10 „	28,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
უშედეგოთ—	2 „	5,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
გამოურკვე.—	3 „	8,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

იმ დროს როდესაც 5 შემთხვევიდან *Ulcus rodens* ღრმა დაიარებით არცერთში არ მივიღეთ გაუმჯობესობა, პირიქით სამ შემთხვევაში გვექონდა იარის გაღრმავება და პროცესის გაუარესება. უმეტეს შემთხვევაში (30) წამლობა გრძელდებოდა 1-2 თვემდინ სეანსების რაოდენობის 2-3-დე 1 კურსის განმავლობაში, დაწოლის ძალა მოწვის დროს დაზიანების სიღრმეზე იყო დამოკიდებული.

განსაკუთრებით კარგ შედეგებს ჩვენ ვხედავთ კრიოთერაპიისაგან *Leuschmaniosis cutis* შემთხვევებში, რასაკვირველია უფრო სწრაფ ეფექტს ჩვენ ვღებულობთ ზერელე დაზიანების შემთხვევებში, მაგრამ ღრმა, ძლიერ ინფილტრიული ფორმებიც სრულიად რჩებოდნენ. სულ ჩვენ ვუწამლეთ კრიოთერაპიით 32 შემთ. L. C. მასში:

1) სრულიად განიკურნენ	— 25 შემთ.	78,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
2) დაეტყოთ გაუმჯობესობა—	5 „	15,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
3) გამოურკვეველია	— 2 „	6,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

აღნიშნულ 20 შემთხვევაში მკურნალობა გრძელდებოდა 2-3 თვე. ყოველ იარის მოწვა კურსის განმავლობაში 2-4 ჯერ. მხოლოდ რამოდენიმე შემთხვევაში მოგვინდა ორი კურსის ჩატარება. 10 სეანსი CO<sub>2</sub>, დაწოლა იცვლებოდა დაზიანების სიღრმის მიხედვით.

სხვა მეთოდებთან ერთად კრიოთერაპიამ უნდა საპატიო ადგილი დაიკავოს *Lupus erythemat.* წამლობაშიაც, რომელიც ძალიან ხშირათ არ ჩამოუვარდება მკურნალობის სხვა მეთოდებს, თუმცა კრიოთერაპიის შედეგები აღნიშნულ დაავადებულ დროს ჩვენის დაკვირვებით ისეთი ნაყოფიერი არ არი, როგორც ზემოთ ნახსენებ დერმატოზების შემთხვევაში. კრიოთერაპია ჩვენ გავატარეთ 22 შემთხვევაში *Lupus erythemat.* ამასთანავე ნაკლებათ დამაკმაყოფილებელი შედეგები მივიღეთ ღრმა ინფილტრიულ ფორმებს ჰქოვანი წანაზარდებით.

აღნიშნულ 22 შემთხვევიდან მივიღეთ:

განკურნება	— 4 შემთხვევა	18,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
გაუმჯობესობა—	12 „	54,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
მცირე	— 4 „	18,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
გამოურკვეველი—	2 „	9,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

ცოტაოდენ გაუმჯობესობით ჯგუფში მოჰყვნენ ღრმა ფორმის შემთხვევები რქოვანი წანაზარდებით წამლობა გრძელდებოდა ჩვეულებრივად 2—4 თვეს; სენსების რაოდენობა  $CO_2$  კურსში 3—4-ღე.

დერმატოზების რიცხვს, რომლებსაც არავითარი წამალი არ უდგებათ, სამართლიანად ეკუთვნის *acne rosacea*. მაგრამ რამდენათაც აღნიშნულ დაავადების დროს კრიოთერაპია იძლევა კარგ შედეგებს, ჩვენ იგი უნდა ვუჩიოთ, თუმცა რეციდივები ხშირია. ჩვენ დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 40 ავადმყოფი *acne rosacea*-თი, ნაწამლ.  $CO_2$ ; იმ შემთხვევაში თუ ადგილი ჰქონდა მხოლოდ ერთემას ჩვენ ვაწარმოებდით ენერგიულ მასაჟს  $CO_2$  ერთი ან რამოდენიმე წამის განმავლობაში. 10 შემთხვევაში *acne rosacea* ჩვენ ვაწარმოებდით მხოლოდ დაზიანებულ ადგილას მასაჟს;  $CO_2$ -ის საშუალებით ჩვენ მივიღეთ:

დიდი გაუმჯობესობა	— 5 შემთ.	50,0%
მცირე	— 4	40,0%
გამოურკვეველი	— 1	10,0%

წამლობა გრძელდებოდა 1—2 თვეს, სენსების რაოდენობა საშუალოთ 6—8 ერთ კურსში.

დანარჩენი 30 შემთხვევაში *acne rosacea*-სი, *acne*-ს ელემენტებით ჩვენ ვაწარმოებდით კრიოკაუტერიზაციას შემდეგი შედეგებით:

განკურნება	— 1 შემთ.	3,3%
დიდი გაუმჯობეს.	— 20	66,7%
მცირე	— 7	23,3%
გამოურკვეველი	— 2	6,7%

წამლობა გრძელდებოდა 1—2 თვეს, 2—3 სენსი ერთ კურსში.

ჩვენის დაკვირვებით განსაკუთრებით არა დამაკმაყოფილებელი შედეგებს იძლევა კრიოთერაპია *lupus vulg.* შემთხვევებში, როგორც ღრმა ისე ზერელე ფორმებისა;  $CO_2$ -ს პირველ სენსების შემდეგ, ლიუპომები თითქმის ჰქრებიან, მაგრამ შემდეგ ხელახლა ჩნდებიან, დაიარებული ფორმებს *Lupus vulg.* სრულელებით არ ემჩნევთ მორჩენის მიდრეკილება. ჩვენ კრიოთერაპიას ვაწარმოებდით *Lupus vulg.* 8 შემთხვევაში. მხოლოდ ერთ ზერელე ფორმის შემთხვევაში, სადაც დიაგნოზი *Lupus vulg.* დასმული იყო კითხვის ნიშნით, ჩვენ მივიღეთ განკურნება, დანარჩენი 7 შემთხვევაში არ მოგვცა შედეგი. *Verr. vulg.* ჩვენ ვაწარმოვეთ კრიოთერაპია 5 შემთხვევაში 1—2 სენსი, წამლობა გრძელდებოდა 1—3 კვირა, ელემენტების რაოდენობის მიხედვით; ყველა შემთხვევაში მივიღეთ სრული განკურნება.

სრულიად კარგ შედეგებს იძლევა  $CO_2$  *Naevus*-ის შემთხვევაში, განსაკუთრებით ბავშვებზე; ჩვენ ვაწარმოეთ  $CO_2$  თერაპია 10 შემთხვევაში *Naev. vasculosis*, 5—10 მსუბუქი მოწვა  $CO_2$ -ით 2—3 თვის განმავლობაში. უმეტეს შემთხვევაში მივიღეთ დამაკმაყოფილებელი შედეგები (7). განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია ერთი შემთხვევა *Naevus pilosus pigmentosus* 5 წლის ბავშვზე, ნაწამლი კრიოთერაპიის და რენტგენის საშუალებით. დასაწყისში კანის პიგმენტიურ ნა-



წილში თმების ეპილაციის მიზნით ჩვენ ვახმარეთ რენტგენის სხივები, შემდეგ დრო გამოშვებით 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> წლის განმავლობაში 23 სეანსი კრიოკაუსტიკა. ყოველ მოლოდინის გარეშე შედეგები მივიღეთ სრულიად დამაკმაყოფილებელი, hypertrichosis და ჰიპერბრიგმენტაცია სრულიად გაჰქრნენ, დარჩა მხოლოდ ზერელე სწორი ატროფია კანისა, თითქმის ნორმალურ ფერისა.

ნაკლებათ დამაკმაყოფილებელი შედეგებია კრიოთერაპისაგან Keliod-ის შემთხვევებში, რომელნიც ჩვეულებრივ თითქოს რჩებიან, მაგრამ ძალიან მალე რეციდივებს იძლევიან. 6 შემთხვევიდან, რომლებსაც მოვახმარეთ CO<sub>2</sub> თერაპია, მხოლოდ ერთში მივიღეთ სრული განკურნება, დანარჩენებმა მაშინათვე მოგვცეს რეციდივები.

ღირსია აღსანიშნავათ 3 შემთხვევა Gicatrices post variol vera, ნაწამლი ჩვენ მიერ CO<sub>2</sub> თერაპიით; 2—3 მოწვის შემდეგ კანის ზედაპირზე ჩვენ შევამჩნიეთ გასწორება ნაწიბურების ყვავილის შემდეგ.

გასაკვირალ ეფექტს იძლევა კრიოთერაპია Rhynophyma-ის შემთხვევაში, რომელიც, როგორც ცნობილია საზოგადოთ, წამლობას არ უთმობს და სამართლიანათ ითვლება morbus incurabilis. 2—3 ენერგიულ მოწვის შემდეგ CO<sub>2</sub> ad maximum დაწოლით, შესამჩნევათ დაიკლო ცხვირის სიდიდემ, სიწითლემ და გაგანიერებული სისხლის ძარღვები გაჰქრნენ.

ზემოთ ნახსენებ კანის სნეულებებით განისაზღვრება ის არე, სადაც მოხმარებულ იქნა კრიოთერაპია თბილისის ვენინსტიტუტის ფიზიოთერაპევტიულ განყოფილებაში. რასაკვირველია, ჩვენ ჯერ კიდევ მცირე მასალის მიხედვით საბოლოო დასკვნებს ვერ გავაკეთებთ კრიოთერაპიის მოხმარების შესახებ დერმატოლოგიაში, საჭიროა შემდეგი დაკვირვებანი; მაგრამ ჩვენი დაკვირვების წინასწარი შედეგები გვაძლევენ უფლებას რათა სხვა მეთოდებთან ერთად ვურჩიოთ CO<sub>2</sub> ქრონიკულ დერმატოზების შემთხვევებში, ზოგჯერ კიდევაც როგორ „არჩევის მეთოდი“.

გამოვიკვლიოთ ეხლა თუ რაში მდგომარეობს CO<sub>2</sub>-ის მოქმედება ქსოვილებზე. არსებულ მრავალ თეორიებიდან ამ საკითხის შესახებ, ყველაზე სამართლიანად უნდა იქნეს ცნობილი ბიოქიმიური თეორია. ამ თეორიის მომხრეთა აზრით მთავარ მოქმედ ფაქტორათ არის ცნობილი ის ანთებითი ხასიათის რეაქცია, რომელსაც აქვს ადგილი CO<sub>2</sub> მოწვის შემდეგ ქსოვილის უჯრედებში. გაღიზიანების გავლენით ანთების გამო უჯრედის პლაზმაში ხდება კოლოლოიდებს, დისპერსიულობის ხარისხის ცვლილება, იშლება პლაზმის ინაქტიური ელემენტები (კოლოლოიდები და მოლეკულები) იონებათ, რომელნიც წარმოადგენენ ენერგიის აქტიურ დამტარებლებს; ამ ნაირი იონიზაცია ხელს უწყობს პლაზმის აქტივობის აწევას და მიჰყავს დაზიანებულ ადგილის ყველა უჯრედები სენსიბილიზაციისაკენ, სადაც უჯრედების მოქმედი ძალა ქრონიკულ პათოლოგიურ პროცესის გამო დაქვეითებულია და იმყოფება ჰიპოსენსიბილიზაციურ სტადიაში. ამ რიგათ CO<sub>2</sub>-ის წყალობით ქსოვილში ჩნდება ალეროგიული მდგომარეობა, ე. ი. ვადასკლა ერთ ბიოქიმიურ მდგომარეობიდან (ჰიპოსენსიბილიზაცია) მეორეში (ჰიპერსენსიბილიზაცია). რაც ჰქმნის იმას რომ პათეოლოგიური ქსოვილი უბრუნდება ნორმალურ მდგომარეობას. კლინიკურ დაკვირვებანი ადასტურებენ აღ-

ნიშნულ თეორიის სისწორეს; კარგი ეფექტს  $\text{CO}_2$ -გან ვლებულობთ სწორეთ ქრონიკულ დერმატოზების შემთხვევაში, როდესაც უჯრედის პლასმის მოქმედი ძალა დაქვეითებულია, მწვავე შემთხვევებში კი ხდება პათოლოგიურ პროცესის გაუარესება, ვინაიდან ქსოვილი ისეთაც იმყოფება ჰიპერსენსიბილიზაციის მდგომარეობაში და  $\text{CO}_2$  ამ შემთხვევებში ნაჩვენები არ არი. ამასთანავე ერთათ გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ რაც უფრო ძლიერია ანთებითი რეაქცია კრიოკაუსტიკის შემდეგ, მით უფრო ცხადია წამლობის ეფექტი. იგივე შეხედულება მტკიცდება იმ დაკვირვებით, რომ კანის დაზიანებულ ადგილის  $\text{CO}_2$ -ით მოწვის შემდეგ შესამჩნევი გაუმჯობესება ემჩნევა კანის მოშორებულ დაუწვავ ადგილსაც; ეს გარემოება გვიჩვენებს, რომ მომწვარი უჯრედები გადადიან სენსიბილიზაციის მდგომარეობაში, რის გამო ისინი აჩენენ დამცველ ნეთიერებებს (დამცველ ფერმენტებს), რომელნიც გადადიან სისხლის და ლიმფის მოძრაობაში და ბოლოს მოქმედობენ მთელ სხეულზედ. ყველა მოყვანილი ფაქტები გვაძლევს ვცნოთ ბიოქიმიური თეორია ყველაზე სმართლიანათ კრიოთერაპიის მექანიზმის მოქმედების ახსნაში უჯრედის პროტოპლაზმზე.

### დასკვნები.

1. მიუხედავად დიდი ხნის არსებობისა, კრიოთერაპია არის მეთოდი ნაკლებათ გავრცელებული საექიმო მასსაში. ლიტერატურა მცირეა და ერთი მეორეს ეწინააღმდეგება.
2. კრიოთერაპია შეიძლება თამამათ ვურჩიოთ და არის კიდევაც „არჩევის მეთოდი“ მრავალ ქრონიკულ დერმატოზებში, რომელნიც სხვა მეთოდებს არ უთმობენ და ხშირათ იძლევიან რეციდივებს (*Ulcus rodens*, *Leuschman. cutis*, *lupus erythemat* და სხვა).
3. სიაფე, უბრალო ტენიკა, მისაწდომობა და ეფექტიანობა არის უმთავრესი ღირსება ამ მეთოდისა, რომელიც აძლევს მას უპირატესობას სხვა მეთოდებთან შედარებით (ფინზენი, რენტგენი).
4. ჩვენებანი და წინააღმდეგ ჩვენებანი კრიოთერაპიისა დერმატოლოგიაში ჯერ შესწავლილი არაა საეცებით საჭიროებენ ხანგრძლივ შესწავლას დერმატოლოგიურ კლინიკებში.
5. ბიოქიმიური თეორია კრიოთერაპიის მოქმედების შესახებ არის ამ ყამათ ყველაზე მეტად დასაბუთებული და კლინიკური დაკვირვებანი ადასტურებენ ამას.

## ქ რ მ ნ ი კ ა

ა/წ ოქტომბრის 24-30, სისხლის გადასხმის ცენტრალ. სადგურის გამგე გ. მ. მუხაძემ, წაიკითხა ლექციები: „სისხლის გადასხმა და მისი მნიშვნელობა მედიცინაში“, და დაარსა ცენტრალურ სადგურის ფილიალები შემდეგ პუნქტებში: ბათომი, ფოთი, ქუთაისი, ხონი, სამტრედია, ახალსენაკი და ოზურგეთი.

ასეთივე ფილიალები მოკლე ხანში გაიხსნება სხვა ადგილებშიაც. დამოკიდებულება ცენტრალურ სადგურსა და ფილიალების შორის, განისაზღვრება შემდეგი დებულებებით:

### I. ცენტრალურ სადგურს ევალება:

1) მიაწოდოს ფილიალს სტანდარტული შრატი სისხლის ჯგუფების გამოსარკვევად.

2) ფილიალიდან გამოგზავნილი დონორები შეისწავლოს და თავისი დასკვნა წერილობით აცნობოს ფილიალს.

3) საჭიროების დამხედვეთ გაუგზავნოს ფილიალს თავისი ინსტრუქტორი, და შეძლების და მოთხოვნილების მიხედვით კონსერვიული გადასახმელი სისხლიც მიაწოდოს.

4) მიაწოდოს ფილიალს სათანადო აპარატურა და ლიტერატურა.

5. გაუწიოს ფილიალს ხელმძღვანელობა კონსულტაციის და ინსტრუქციების მიწოდების სახით.

### II. ფილიალს ევალება:

1) გაავრცელოს მოსახლეთა შორის სისხლის გადასხმის მნიშვნელობა.

2) მოკრიფოს დონორები, რომელნიც თანახმანი იქნებიან ფილიალის ბიუროს პირველ მოთხოვნილებასთანვე დაუთმონ ნაწილი თავისი სისხლისა გაჭირვებულ ამხანაგს.

3) აწარმოოს მოსახლეობის შესწავლა სისხლის ჯგუფობრივობის თვალსაზრისით.

4) დაიჭიროს ცენტრ. სადგურთან მჭიდრო კავშირი და მიაწოდოს მას ყოველი თვიური ანგარიში ფილიალის მუშაობის შესახებ.

—————

## თანამდროვე მედიცინის ჩამოყალიბება.

გთხოვთ გამოაქვეყნოთ შემდეგი ჩემი წერილი.

ექ. დარია ბერეჟიანიმა, როგორც მოგესხენებათ გამოაქვეყნა თავისი შრომა სათაურით: „ჭიკყელა ნაწლავის ინერვაცია და ცვლილებები ანთებადი პროცესების დროს“, რომელიც დაბეჭდილია და გამოცემულია სახმედინსტიტუტის გამომცემლობის მიერ.

ყდის მეორე გვერდზე სწერია: ექ. დარია ბერეჟიანი, კლინიკის ასისტენტი. საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ქირურგიული და უროლოგიური კლინიკა. გამგე პროფ. ა. წულუკიძე“.

ადგილი რომ არ ჰქონდეს გაუგებრობას გაცნობებთ შემდეგს:

1) აღნიშნულ შრომის მიწოდებაში და დამუშავებაში მე არავითარი მონაწილეობა არ მიმიღია. ექ. ბერეჟიანი ზუსტად აღნიშნავს თავის წინასიტყვაობაში იმას თუ ვინ მიაწოდა თემა და სად დაამუშავა იგი, თვით წიგნშიდაც გარდა ყდის წარწერისა ჩემი გვარი მოხსენებული არ არის.

2) თვით შრომის გამოცემაში, მისი გაფორმებაში, წარწერებში, მე არავითარი მონაწილეობა არ მიმიღია და ეს საკითხი მჭიდროთ უნდა იყოს დაკავშირებული თვით გამომცემლობასთან.

3) ზემოდ აღნიშნული წარწერა უნდა ნიშნავდეს მხოლოდ ექ. ბერეჟიანის, როგორც ერთ-ერთ მომუშავეს კლინიკისა მისი ვინაობის დეტალიზაციას ე. ი. რომ იგი არის ასისტენტი და დასახელება იმ დაწესებულების, სადაც იგი მუშაობს.

პროფ. ალ. წულუკიძე.

