

# თანამედროვე მედიცინა

(Thanamedrove Medicina)

ყოველთვიური სამედიცინო-სამეცნიერო ჟურნალი

თფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

**№ 3-4**

მარტი-აპრილი

საბუნებისმეტყველო კოლეგია:

პროფ. ს. ამირაჯიბი, პროფ. მ. ასათიანი, დოც. გ. ვაჭაძე, პროფ. ი. თიკანაძე,  
დოც. პ. კეკელიძე, პროფ. შ. შიქელაძე, პროფ. გ. მუხაძე, პროფ. ა. ნათი-  
შვილი, დოც. ი. ქიჩიაშვილი, პროფ. ვ. ჟღენტი, პროფ. ს. ყიფშიძე.  
მდივანი დოც. პ. ქავთარაძე.

თფილისი 1933 წ.

F 260  
1933

# თანამედროვე მედიცინა

(Thanamedrove Medicina)

ყოველთვიური სამკურნალ-სამეცნიერო ჟურნალი

თფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

**№ 3-4**

მარტი-აპრილი

ტ.პ.ბ. ვ ლიგა

ტ. 1934 გ.

აქტ № 119

F1518

სარედაქციო კოლეგია:

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

თფილისი 1933 წ.



ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Ежемесячный научный медицинский журнал, орган Тифлисск. Госуд. Мед. Института

№ 3-4.

1933 г.

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

THANAMEDROVE MEDICINA

Journal Medical Géorgien

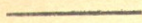
№ 3-4.

1933

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

# შ ი ნ ა ა რ ს ი

1. დოც. ე. ზაქარაია. შესავალი ლექცია . . . . .	1
2. ნ. ჭოღოშვილი. არნეტის ფორმულის მნიშვნელობა საცდელ ცხოველთა სისხლისათვის . . . . .	12
3. ექ. ნ. ფოფხაძე. ც. ნ. ს. Heredo-Lues-ის საკითხისათვის . . . . .	23
4. ექ. გ. ზახტაძე. Кожевников-ის სინდრომის კლინიკის და პათოგენეზის საკითხის შესახებ პროგრესიული დამბლის (ტაბო-პარალიზის) დროს. . . . .	28
5. ექ. თ. მდივანი. თირკმელის ტრავმატიული კანქვეშა დაზიანების ორი შემთხვევა . . . . .	37
6. ექ. ი. ეზიშვილი. ეკლამპსია კლინიკის მასალის მიხედვით . . . . .	41
7. ექ. თ. ყავრიშვილი. Gumma Iridis . . . . .	49
8. ლ. ფირცხალავა. Sclerodermia univesalis . . . . .	53
9. დოც. კლ. ცომაია. ტუბერკულოზი ზემო სვანეთში . . . . .	60



მ. შ. ზაქარაია  
დოცენტი

## შესავალი ლექცია

დიდად პატივცემულნი მოქალაქენო და ძვირფასო ამხანაგებო!

მედიცინა, მიუხედავად მისი დარგებად დაყოფისა, არსებითად მთლიანი და ერთიანია, მედიცინა მეცნიერებაა, რომელიც შეისწავლის ავადმყოფობის მიზეზს, პირობებს, რომელთა შორისაც ავადმყოფობა ვითარდება, შეისწავლის ავადმყოფის ორგანიზმს, იძიებს და იმუშავებს ზომებს ავადმყოფობის ასაცილებლად, სკდინოლბს გამონახოს და დაიმუშაოს საშუალებანი ავადმყოფობის მოსასპობად, ორგანიზმის წონასწორობის აღსადგენად. მედიცინის საესეებით მოთავსება ბიოლოგიაში შეუძლებელია, ვინაიდან იგი წარმოადგენს გამოყოფილ დისციპლინას, რომელსაც თავის მიზნები, თავისი კვლევა-ძიების მეთოდები და თავისი ფილოსოფიაც აქვს. როგორც მეცნიერება, რომელიც იკვლევს ცოცხალ ბუნებას, მედიცინა და არც მისი ნაწილი ქირურგია შეუძლებელია დამთავრებული იყოს, ან დამთავრდეს ახლო თუ შორეულ მომავალში. იგი განუწყვეტლივ ახალ ფაქტებს კრებს, განუწყვეტლივ ვითარდება, მისი მეთოდები იცვლება, მაგრამ მიზანი მისი, მარადის, ერთი და იგივე რჩება.

მედიცინის არსი, მისი მიზნები ნათელი და მარტივია, მაგრამ კაცობრიობა თავის განვითარებაში მოკლე და სწორი გზით როდი მიდის, არამედ მას მეტ წილად უამრავი დაუსრულებელი მრუდეების გავლა უხდება, სანამ მონახავდეს სწორ ხაზს, რომელიც ყველაზე მოკლეა, მედიცინის არსის, მიზნების და თუ გნებავთ მეთოდების ქეშპირიტი გავება უკვე სამი ათასი წლის წინად მოცემული იყო; მაგრამ რას გხედავთ ჩვენ შემდეგში? თუ გავიხსენებთ შორეულ წარსულს, გავიხსენებთ თავისუფალ აზრის და იდეის მოყვარულ ძველ საბერძნეთს, რომელსაც ჰქონდა უსაზღვრო პატივისცემა შემოქმედებისადმი, შემდეგ ვადავალთ ბერის ანაფორით შემოსილ და რაინდის ლაბტით აღჭურვილ საშუალო საუკუნოებზე და შევადარებთ მათ ახალ დროის—ტექნიკა და ბუნების მეტყველების აყვავების ხანას—დავინახავთ, რომ განსხვავება დიდი და უსაზღვროა, მაგრამ საერთო შეცდომები ამ სამ ეპოქას აერთებს და ერთიმეორეს უახლოვებს.

ძველი საბერძნეთის საღ აზრს უკვე იმავე ეპოქაში თან ერთვის პლატონის რაციონალისტური ფილოსოფია, რომლის გავრცელება მედიცინისათვის ნიშნავდა მიზნის დაკარგვას და ბიოლოგიურ მეთოდების შეფერხებას. იმპოკრა-



ტის დროს მისი თანამედროვე კუნძულ კნიდოსის სკოლა ამხედრდა იპპოკრატის კონცეპციის და კერძოდ პროფილაქტიკისა და ჰიგიენის პოზიციების წინააღმდეგ. პლატონის ფილოსოფიის სიბრძნის ბურუსში მრავალი საუკუნოებით დაიხშო მედიცინის განვითარება და მედიცინამ ხელი გაუშვა არიანდის იმ ძაფს რომლის ერთ თავს მან უკვე ხელი ჩაალო. შემდეგ ჩვენ ვხედავთ მედიცინა და მასთან ქირურგიაც ტყვედაა არაბეთის მისტიციზმში, შემდეგ საშუალო საუკუნოების სქოლასტიკა, თავისუფალი მეცნიერული აზროვნების შეზოკვა დოგმაბით, მას შემდეგ იატრო-ქიმიით და ფიზიკით.

ახალ დროს კი დიდი ვიწხოვია, რომელმაც თავისი სურვილის წინააღმდეგ, უნებლიეთ, ათეულ წლებით მედიცინა მიაკრა უჯრედის მორფოლოგიას; ბაქტერიოლოგია, რომელმაც მიკრო სხეულები შეისწავლა, მაგრამ დააშორა მედიცინა მთელი ორგანიზმის შესწავლას; მეჩნიკოვია, რომელმაც გადაიყვანა აზროვნება მხოლოდ ფაგოციტოზზე, მას შემდეგ ერლიხი, რომელმაც დაუბრუნა უფლებები პათოლოგიურ პათოლოგიას, კიდევ სხვა და სხვა. რასაკვირველია ეს უდიდესი ეტაპებია მედიცინის განვითარებაში. დასახელებულნი უდიდესი პიროვნებებია, რომელნიც კაცობრიობის სიამაყეს წარმოადგენენ, უამისოდ კი მედიცინის განვითარება და წინსვლა მოუხერხებელი იქნებოდა; მიუხედავად ამისა მათი სწავლება მშვენიერი, მაგრამ შორეული გზაა, რომელმაც გადახარა მედიცინა მოკლე და სწორი მიმართულებიდან. ეს მიმართულება კი ერთად ერთია, რომ საჭიროა მთელი ორგანიზმის შესწავლა ავადმყოფობის დროს, შესწავლა პიროვნების, რომელთანაც საქმე გვაქვს, შესწავლა იმ პირობების, რომელშიაც ეს ინდივიდუმი სტოვრობს და მოქმედებს.

შეუძლებელია დღეს მედიცინა დაემყაროს მხოლოდ ანატომიას, ან პათოლოგიურ მორფოლოგიას, ან პათოლოგიურ ფიზიოლოგიას, ან მხოლოდ ბაქტერიოლოგიას და ბიოლოგიურ ქიმიას. შეუძლებელია მედიცინამ იხელმძღვანელოს განცალკევებულ კონსტიტუციის სწავლებით ან ენდოკრინული ფორმულებით. თანამედროვე მედიცინა უნდა ეყრდნობოდეს და ემყარება ხსენებულ დისციპლინათა კომპლექსს, მათ სინტეზს. მედიცინა დაყოფილია დარგებად, მაგრამ ამ დაყოფაში იგი განუყოფელი და ერთიანია. როგორც შინაგანი თერაპია, ისე ქირურგიაც მედიცინის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს. ქირურგია მედიცინის ერთი თავია, მკურნალობის ერთი მეთოდია, დიდი, ვრცელი და თავისებური, რომელიც განირჩევა სხვა დისციპლინებისაგან ზოგან თავისი გამოკვლევის წესებითაც, უფრო მეტად თავისი ორიგინალური ოპერატიული მეთოდებით. მედიცინის მთლიანობაში ქირურგიას გარკვეულად თავისი გამოხატულება და ინდივიდუალულება აქვს, მაგრამ ქირურგიის ევოლუცია და მისი განვითარება შესაძლებელია მხოლოდ მედიცინის წინსვლის და განვითარების ფარგლებში და თუ ეს ასეა (და ეს კი ასეა) ქირურგიის პროგრესი შეიძლება მხოლოდ მედიცინის სხვა დარგების ევოლუციისთან პარალელურად.

შინაგანი თერაპია, კი არ უპირისპირდება ქირურგიას, არამედ მან იცის, რომ იგი ისეთივე თერაპიაა, როგორც თვით შინაგანი თერაპია, რომ მიზანი ერთსა და მეორეს ერთი და იგივე აქვს.

ქირურგია შესძლებს სინტეზურ დამუშავებულ მასალაზე სწორ დასკვნამდ მივიღოთ, წინსვლას და განვითარებას მაშინ და იქ, როდესაც მედიცინის სხვა დისციპლინები სარგებლობენ ყველა მეცნიერულ მიღწევებით და როდესაც და სადაც ეს დარგები მაღალ დონეზე დგანან; პირიქით შინაგანი თერაპიის ან რომელიმე სხვა დისციპლინის განვითარება, მისი პრაქტიკული გამოყენება მჭიდროდაა დაკავშირებული ქირურგიასთან—იგი ძლიერია იქ, სადაც ძლიერია თვით ქირურგია.

რომელი პათოლოგიურ პროცესებთან, ან ორგანიზმის რომელი ნაწილთან აქვს ქირურგიას საქმე? ორგანიზმის ყოველი ნაწილი შეადგენს ქირურგიის სარბიელს და ასეთები, როგორც არის კიდურები მხოლოდ თითქმის ქირურგიის ეკუთვნის. მაინც ოთხი მთავარი თავები წარმოადგენენ უშუალოდ ქირურგიის საგანს: 1) ტრავმატიული დაზავებანი, 2) ანთებითი პროცესები, 3) სიმსივნეები 4) თანდაყოლილი მანკები და მათი შედეგები. ასე სწერია ზოგ სახელმძღვანელოში. მაგრამ მაშინ სად მოვათავსოთ ესთქვათ ისეთი თავი—როგორცაა შინაგანი სეკერეციის დარღვევანი. ნუ—თუ ქირურგს მათთან რაიმე კავშირი არა აქვს? მუცლის ტიფი ხშირად ქირურგულ მკურნალობას მოითხოვს. ფილტვის ანთება და მათი გართულებანი განსაკუთრებით ხომ ქირურგიულ ჩარევას დრო და დრო საჭიროებენ, ათაშანგი... რომელი ქირურგის აზროვნებაში მას არ უკავია დიდი ადგილი. ფილტვის ტუბერკულოზი ესთქვათ—ეკუთვნის ქირურგს თუ არა? ნივთიერების გაცვლა გამოცვლის დაავადებანი. დიაბეტი ეს ხომ ყოველ, ოპერატიულ ჩარევისათვის ჩასაფრებული მტერია.

პარაზიტოლოგიას ქირურგიასთან მჭიდრო კავშირი აქვს. ავილოთ სხვა პოლიუსიდან. სირონგომიელია ქირურგიას აინტერესებს, სირონგომიელიას ქირურგია ოპერატიულად მკურნალობს. სპასტიური და რბილი დამბლები.. ესეც ხომ ქირურგიის უმნიშვნელესი თავია, პარკინსონიზმი... რომელ თანამედროვე მეცნიერების დონეზე მდგომ ქირურგს შეუძლია მას გვერდი აუაროს- ან კიდევ ნევროზები, ისტერია ან ნევრასტენია, ეს ყოველდღიური მასალა ქირურგიის ავადმყოფის ფსიქიკას ხომ უღიდავი როლი ენიჭება.

თვით სახელგანთქმული მალარია... განა ქირურგიის და მალარიის ურთიერთობა განისაზღვრება მხოლოდ გადიდებულ ელენთის გაჩხვლევით ან მისი ამოღებით, ან მხოლოდ როგორც მტა მალარიული დაავადების ლეპატოლიენალური სინდრომის გატნობით? ასე რომ იყოს საქმე მაშინ ჩვენი შეუღლება მალარიასთან გარდამავალი და იშვიათი იქნებოდა. მაგრამ როგორ მოიქცეს ქირურგი, როცა მის ავადმყოფს, ესთქვათ ტრავმატიულ ავადმყოფს) ესთქვათ ბარძაყის ძვლის მოტეხილობით ავადმყოფს ჰემოგლობინის 15% აქვს, როდესაც რეტიკულო—ენდოტელიარული და ლიმფოიდური სისტემა დაქანცულია. ზოგი დაავადებანი უცნობი ეთიოლოგიით, სხვადასხვა სახის ტროფიკის დარღვევანი, კუჭის წყლული ან სულ სხვა თავიდან—ტროფობატიები ქირურგიული აზროვნების და მოქმედების საგანი არის თუ არა?



ასე სდგას ძვირფასო და პატივცემულო ამხანაგებო საქმე, ასე და არა სხვანაირად, და, თუ საქმე ასე სდგას, მაშინ ქირურგიას ეკუთვნის ყველაფერის რაც მედიცინას ეკუთვნის და არა მხოლოდ თიაქრები ან უკვე გამსკლარი ქიაყელა დანამატები. ჩვენ, ქირურგები, მოწიწებით, მორიდებით და პატივისცემით ვებყრობით თიაქრებს, მაგრამ თიაქარს ჩვენს აზროვნებაში თავისი ადგილი უკავია, ქიაყელა დანამატს თავისი და აორტის გაფართოებას კიდევ თავისი, ფსიქასტენიას თავისი და ქუნთრუშა და წყალტუბოს აბაზანებს კიდევ თავისი.

თუ მთავარ და პირველ მიზანს ყოველ ექიმის, ისე ქირურგის წარმოდგენს ავადმყოფის განკურნება, და თუ ჩვენ ამდენ დაავადებასთან გვიხდება საქმე—საჭიროა უპირველესადვე ცოდნა სწორედ იმ ავადმყოფის, რომელთანაც საქმე გვაქვს ან არა ტიპიური ავადმყოფის, რომელიც აწერილია წიგნებში, ამისათვის კი საჭიროა გამოცნობა, ვინაიდან გამოუცნობლად შეუძლებელია მკურნალობა. ეს გამოცნობა კი უნდა წარმოადგენდეს ქირურგის პირველ ამოცანას. სუსტი დიაგნოსტიკა არასოდეს არ იქნება დამაკმაყოფილებელი ქირურგი. დიაგნოზის სწორი დასმა გულისხმობს ავადმყოფობის და ავადმყოფის ზუსტად, ვრცლად და მთლიანად გაცნობას, იმ პირობების, რომელშიც ეს ავადმყოფი სცხოვრობს, მოქმედობს და მოღვაწეობს. ამასთან ცხადია მხოლოდ თეორეტიული ცოდნა საკმარისი არ არის. პათალოგი, არსებითად, ავადმყოფობას კარგად იცნობს, მაგრამ ავადმყოფის საწოლთან იგი გამოუსადეგარია. სწორედ ამიტომ არსებობს კლინიკა, რომ შეასწავლოს მოსწავლეს და ექიმს ისარგებლოს თავის თეორეტიული ცოდნით ისე, რომ ამ გამოყენებამ შედეგად მოგვცეს ავადმყოფის განკურნება.

ქირურგია შეუძლებელია იყოს მხოლოდ და მხოლოდ ტექნიკური ნაწილი მედიცინის. მე იმედი მაქვს შეგიქმნათ ამ დისციპლინაზე სხვა წარმოდგენა, ვიდრე, სამწუხაროდ ეს წარმოდგენა გავრცელებულია თვით ექიმთა წრეებში. მართალია ტექნიკას, თვით ქირურგიულ ტექნიკას საპატიო ადგილი უკავია, მაგრამ ეს საკითხი მეორე ან მესამე ხარისხოვანია. კარგი ტექნიკა... რა არის კარგი ტექნიკა? კარგ ტექნიკაში ეტევა ქირურგია ან ქირურგი. რაში მდგომარეობს ტექნიკა? შეიძლება ეს ნიშნავდეს ლამაზი მიხვრა-მოხვრას ოპერაციის დროს, ან შეიძლება ეს ნიშნავდეს სწრაფად გატარებულ რომელიმე ქირურგიულ აქტს, შეიძლება ეს ნიშნავდეს ხელების სიმარდეს. ბევრი თქმულა ამის შესახებ და დაწერილია და მე ჩემი გამოცდილებით, შეიძლება ითქვას, ზოგან მწარე გამოცდილებით იმ დასკვნამდე მივედი, რომ ქირურგიული ტექნიკის სიმშვენიერე და სილამაზე მდგომარეობს მხოლოდ ერთში, მხოლოდ დასახულ მიზნის მიღწევა და განხორციელებაში. კარგი ტექნიკა შეიძლება უწოდოთ მხოლოდ იმ ხელმოქმედებას, რაც ავადმყოფისათვის სასარგებლოა. ამისდამიხედვით, ოპერაცია ან ოპერატორი შეიძლება გარეგნულად უხეში და ტლანქიც იყოს, შეიძლება ოპერატორის ხელმოქმედება ახდენდეს მაყურებელზე ნელი, უყაითო და ზანტი შთაბეჭდილებას, მაგრამ იგი ლამაზი და მშვენიერი ტექნიკოსი იყოს, თუ იგი თავის მიზანს ანხორციელებს.



რომის ექიმი **ცელსი**, რომელიც მოღვაწეობდა ჩვენი ერის პირველ საუკუნეში უყენებდა ქირურგს შემდეგ მოთხოვნილებას: ქირურგი უნდა იყოს ან ახალგაზრდა, ან ახალგაზრდა ასაკთან ახლო, ერთნაირად უნდა მოქმედებდეს, როგორც მარჯვენა ისე მარცხენა ხელით. ჰქონდეს მახვილი მხედველობა და იყოს იმდენად უღმობელი, რომ არ დაიშუროს ავადმყოფის სისხლი, არ მოიბილოს გული ავადმყოფის წვილ-კივილის გამო და, რომ არ გასჭრას ნაკლები იმისა რაც საჭიროა“.

მას შემდეგ განვლო ოცმა საუკუნემ და ცხოვრებამ არაფერი დასტოვა **ცელსის** მოთხოვნილებიდან. ახალგაზრდა ქირურგებს არ აქვთ საკმარისი ცოდნა და გამოცდილება, უკანასკნელის მიღებისათვის საჭიროა მრავალი წლები და მოქმედების თავისუფლებას ღებულობენ ხანშესული და ქალარა ქირურგები. ქირურგისათვის სავალდებულო არ არის, რომ იგი ერთნაირად სარგებლობდეს მარჯვენა და მარცხენა ხელით, ვინაიდან ყველა იარაღები უკვე მოწყობილია მხოლოდ მარჯვენა ხელისათვის და მარცხენა ხელი კი დამხმარე როლს ასრულებს. სრულებით სავალდებულო არ არის განსაკუთრებული მხედველობა, შეიძლება ქირურგი ელამი და ბეცი იყოს, მისი მხედველობის გასწორება შესაძლოა სათვალეებით.

ნუ თუ ქირურგი უღმობელია, ან უღმობელი უნდა იყოს?

ქირურგი ავადმყოფის ყოველ ტკივილს და უსიამოვნო შეგრძობას ერიდება, ქირურგს კი არ უყვარს სისხლი, პირიქით მისი ეშინია და ყოველ წვეთს ავადმყოფის სისხლისას ისე უვლის, როგორც იუველირი თვალმარგალიტს.

მოთხოვნილებანი წაყენებული თანამედროვე ქირურგისადმი სულ სხვაა და ეს მოთხოვნილებები მეტად მკაცრია: 1) ტვინის და აზროვნების დისციპლინა, 2) ცოდნა, მეცნიერების მიღწევების, 3) საერთო და სპეციალური ფართე განათლება, 4) დაკვირვების და სწრაფი ორიენტაციის ნიჭი, 5) შრომის უნარიანობა, 6) ხასიათის სიმტკიცე, 7) ორგანიზაციული გამოცდილება, 8) მოვალეობის შეგრძნობა, 9) კაცთმოყვარეობა და სათნოება.

თუ ამ მოთხოვნილებების აღსრულების იმედებს ჩომელიმე პირი იძლევა, მაშინ ხელმძღვანელის უპურველესი და უწყინდესი მოვალეობა იმაში მდგომარეობს, რომ ეს თვისებანი თავის ახალგაზრდა თანამშრომელში გააძლიეროს და გააღვიოს.

თუ ეს აღსრულება, საჭირო ტექნიკა თავის დროზე, თავის ალაგს, უმტკივნელოდ, უმსხვერპლოდ და შეუმჩნეველად მოვა. აუცილებლად მოვა. პირიქით—თუ ახალგაზრდა ექიმი მოღვაწეობას იღებს არა თავისი ტვინის და უმაღლესი გრძობების განვითარების სურვილით, არამედ ხელის ვარჯიშობით, იგი მიზანს ვერ მიაღწევს, ტექნიკას ვერ გაიგებს და ვერ შეითვისებს და ქირურგიც არაოდეს არ გახდება. სწორედ ეს, ასე დავარქვათ, ქირურგი უდავოდ დააკმაყოფილებს ცელსის მოთხოვნილებებს. იგი არ შეუშინდება ავადმყოფის სისხლს, არ მოერიდება ავადმყოფის ტკივილს; მას შეიძლება კიდევაც ექნეს ბასრი მხედველობაც, არწივისა და ვეფხვის მხედველობაც—იგი ყოველ შემთხვევაში,

იმდენად უღმობელი იქნება, რომ უთვალავ ზიანს მიაყენებს ავადმყოფს, საზოგადოებასაც, და თავის თავსაც.

ქირურგიის მთავარი ელემენტი ძიება და აზროვნებაა. ქირურგიული აზროვნება და ღრმადობა. ქირურგია წინ მიდის, მაგრამ გავლილ გზას და მანძილს კვლავ კრიტიკული თვლით შესცქერის. მრავალი საკითხი და პრობლემები უკვე გადაწყვეტილად მიჩნეული, ქირურგიამ ხელახლა გადასინჯა და გადაქექა. ისეთი საკითხები—როგორცაა ნარკოზი და ანესთეზია, ქრილობათა შეხორცება, ძვლების მოტეხილობათა მექანიკა და შედუღების ბიოლოგიამ სხვა გამოხატულება მიიღეს. ოპერატიული მეთოდები შესწორდა და გამოიკვალა. ცენტრალური და პერიფერიული ნერვიული სისტემის ქირურგია უკანასკნელ ათ-ათთხმეტ წელში ჩამოყალიბდა. ვეგეტატიურ ნერვიული სისტემის ქირურგია სულ ახალ დროის მიღწევაა.

მრავალი საკითხები, მრავალი პრობლემები, რომ მუშავდებიან თეორიულ დისციპლინებში, ეს საკითხები პირველად ქირურგიულ კლინიკებში დაიბადა.

ენდოკრინოლოგიის სწავლებას ქირურგიამ მისცა მძლავრი სტიმული განვითარებისათვის. კონსტიტუციის სწავლებამ ქირურგიის დახმარებით მიიღწია იმდონეს, რომელზედაც ის სდგას. ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის ფიზიოლოგია ქირურგიის მონაწილეობით ვითარდება. ქირურგიულმა ოპერატიულმა ჩარევამ ნაწილობრივ დააყენა საკითხები და ნაწილობრივაც გადასწყვეტა დიდი პემისფერობის მუხჯი ველების შესახებ.

ტროფობატიების ეთიოლოგია და პათოგენეზის საკითხებში ქირურგიამ ჩასწერა ბრწყინვალე გვერდები. ტიპობრივი ანატომია ეს ხომ ქირურგიის პირმოშო შეილია.

შევადაროთ საბჭოთა კავშირის ქირურგია ოქტომბრის რევოლუციის წინ და დღეს. დღევანდელი ქირურგია ხომ სულ სხვაა ვიდრე ათი-ათთხმეტი წლის წინანდელი ქირურგია. კერძოდ საქართველოში ქირურგია არც პრაქტიკული, არც თეორიული არ არსებობდა. ჩვენ დღეს ქირურგია გვაქვს, უდიდესი მიღწევები ქირურგიის აქვს. ენლა მიყრუებულ სვანეთის სოფელში ავადმყოფს აქვს ქირურგიული ისეთი ხასიათის დახმარება, რომელიც ზოგადად, თეორიულადაც წარმოუდგენელი იყო 15 წლის წინად. მიყრუებულ სოფელში დღეს კეთდება ჩვენი ქირურგთა ახალი თაობის მიერ ისეთი ოპერაციები, რომელიც ხელმისაწვდომი იყო წინანდელ დროს მხოლოდ რჩეულთათვის და რომელსაც შესძლებდა მხოლოდ და მხოლოდ ქირურგიის კორიფები. მე ვფიქრობ რომ ეს მიღწევაა ქირურგიის, როგორც მეცნიერების, ეს მიღწევაა ქართველი ქირურგთა მასწავლებლების და ეს მიღწევაა საბჭოთა ხელისუფლების.

თუ ქირურგია განიცდის ევოლიუციას, წინ სვლას, განვითარებას, მაინც საით მიდის ის, როგორია მისი მომავალი ახლო და შორეული, რა მიზანს ისახავს ქირურგია საბოლოოდ. შეიძლება ქირურგიის განვითარება დამთავრდა ან დამთავრდება ახლო მომავალში?

ქირურგია, სხვა წესებთან ერთად, ოპერაციებსაც აკეთებს, სისხლს ღვრის, ქსოვილებს აზიანებს, მთელს ან ნაწილს ორგანიზმისას ის ამოორფს. შეიძლება ეს ამოკრა, გაჭრა, გაკვეთა, ეს მოშორება, შეიძლება ეს შეადგენდეს ქირურგიის შინაარსს და მიზანს?

ქირურგიას აქვს ორი—მიზანი: პირველი დაუბრუნოს ქსოვილს, ორგანოს ან მთლიანად ორგანიზმს ანატომიური ფორმა და მეორე—ფიზიოლოგიური ფუნქცია. ეს არის ქირურგიის მიზანი—ანატომიური ფორმის და ფიზიოლოგიური ფუნქციის აღდგენა და სწორედ ეს, და, არა სისხლის ღვრა და ორგანოების მოშორება წარმოადგენს ქირურგიის არსს. ქირურგი, როდესაც ამოორებს კიღურს, ჰო, ეს მძიმე კომპრომისია, მაგრამ კიღურის მოშორებით ის სცილილობს დაუბრუნოს მთელ ორგანიზმს თავისი ფუნქცია. ქირურგს ამოაქვს ნაღვლის ბუშტი, დაავადებული ნაღვლის ბუშტი, მავნებელი ნაღვლის ბუშტი, აქ ქირურგიის მიზანია უშუალო სასიკვდილო საფრთხეს, მოშორებასთან ერთდროულად აღადგინოს ახლო და შორეული ორგანოების ფუნქცია. ამ შემთხვევაში ქირურგის მიზანია აღადგინოს ღვიძლის ფუნქცია, კუჭს ქვედა ჯირკვლის ფუნქცია უშუალოდ, კუჭ-ნაწლავთა ფუნქცია და ამით აღადგინოს, ნორმას დაუბრუნოს სისხლის შემადგენლობა და ორგანიზმს მისცეს გაცვლა-გამოცვლის პროცესების წონასწორობა შორეულად. სწორედ ეს შეადგენს ქირურგიის შინაარსს და ქირურგიის მოქმედების ლეიტ-მოტივს. სამწუხაროდ მეცნიერების და ჩვენი ცოდნის დღევანდელი დონე ჯერ კიდევ იმ სიმაღლეზე არა სდგას, რომ ორივე მიზანი ფორმის დაბრუნება და ფუნქციის აღდგენა ყველგან და ყოველთვის შესაძლოა—იყოს. ზოგან ქირურგიას უხდება ამ ორი მიზნისაგან ერთის განხორციელება, ორგანოს ან ორგანიზმის ფუნქციის აღდგენა, ანატომიური ფორმის გამოცვლის შეწირვის ფასად. მაგრამ ქირურგიული აზროვნება აქეთკენ მიიღტვის, ქირურგია ვითარდება აღმადგენელ ქირურგიისაკენ. კანის დეფექტების, სხეულის ზედაპირის აღმადგენელ ქირურგიის განვითარება ხომ თითქმის იდეალთან ახლოა; ძვლების დეფექტების შევსება, ნერვების და სისხლის ძარღვების პლასტიკა—განა მაღალ დონეზე არა სდგას? სისხლის ტრანსფუზია.—ესეც ხომ აღმადგენელ ქირურგიას ეკუთვნის და ესეც ხომ უკანასკნელ დროს საქმე და მიღწევაა. მყესთა და კუნთების გადანერგვით ხომ ორტოპედია სასწაულებს ახდენს. სახსრების აღდგენა ეს ხომ ყოველდღიური ჩვეულებრივი ოპერაციებია? განა თანამედროვე ქირურგია არ ქმნის მთელ ორგანოებს, განა თანამედროვე ქირურგი შეჩერდება შარდის ბუშტის აღდგენის სიძინელის წინ, ან ნაღვლის საღინარს ან, სტენონის საღინარს ქირურგი ვერ შექმნის? არა დანგრევა—არამედ აღდგენა—ეს ახასიათებს თანამედროვე ქირურგიის მიმართულებას. არა ნაკლის მოყენება, არამედ ნაკლის შევსება—ეს არის ქირურგიის მთავარი მოტივი.

აღმდგენელი ქირურგია სხვა წესებთან ერთად ქსოვილების და ორგანოების სესხების და გადატანის პრინციპით ხელმძღვანელობს, ის საარგებლობს აუტო, გომო და გეტერო ტრანსპლანტანტით. აუტო, პლასტიკამ თავისი თავი თითქმის ამოწერა, თავისთავადაც მისი ფარგლები გასაგებ—მიზეზების გამო

შეკვეცილია მომავალი ღომო და გეტერო ტრანსალანტანტს ეკუთვნის. სისხლის გადასხმა ეს ხომ ღომოტრანსალანტაციის ბრწყინვალე გამარჯვებაა. ქირურგიამ ამით უდიდესი პრობლემა გადასწყვიტა. სისხლის დაჯგუფების დიფერენციაციის გაგებით მედიცინამ ღომოტრანსალანტაციის უდიდესი და უმძლავრესი იმპულსი მისცა განვითარებისაკენ. უნდა ვიფიქროთ—სხვა ქსოვილების და ორგანოების დაჯგუფებაც მოიძებნება. მთლიანი სახსრის გადანერგვით ქირურგია უკვე სარგებლობს. ღომოპლასტიკამ და გეტეროპლასტიკამ გამოხატულება ჰპოვა ძვლების და კანის, სისხლის ძარღვების დეფექტების შევსებაში. ღომო და გეტეროპლასტიკასთან ერთად ორგანიზმის გარეშე უჯრედთა კულტურაც ქირურგიის წინ თვალუწვდელ პრესპექტივებს გადაგვიშლის.

მიუხედავად ამისა არსებობს შეხედულება, არის აზრი, რომ ქირურგიამ თავისი თავი ამოწურა, რომ ქირურგიის განვითარება შეჩერდა, რომ ქირურგიამ ტექნიკა შექმნა და დამთავრდა.

ტექნიკური საკითხებით ქირურგია არ ამოიწურება. ამის ნიმუშად გამოდგება მავნეთვისებიანი სიმსივნეების პრობლემაც. როგორაა ამ საკითხის მდგომარეობა? ძლიერ ცუდად. ტექნიკურმა ქირურგიამ აქ ყველაფერი გააკეთა რისი გაკეთებაც ხელოსნობას, ოსტატობას და ხელოვნებასაც შეეძლო. მავნეთვისებიანი სიმსივნეთა პრობლემა მხოლოდ ქირურგიული პრობლემა როდია. ის ზოგად მედიცინის და ბიოლოგიის პრობლემაა, მაგრამ ეს იმას ხომ არ ნიშნავს, რომ ქირურგია სიმსივნეთა ეთიოლოგია და გენეზის სწავლების განვითარებაში თავის მონაწილეობას არ ღებულობს, ან არ მიიღებს მომავალში.

ქირურგიაში ხელოსნობაც არის, ქირურგი ხელოსანიცაა, მაგრამ ქირურგი უნივერსალური ხელოსანია. იგი მჭედელი, ზეინკალი, ღურგალი და კალატოზია; იმავე დროს იგი თერძი, მკერავი და მქარავია. ქირურგი მებაღეც არის. ხელოსნობასთან ერთად ქირურგია ხელოვნებაცაა. მას თავის ხუროთ—მოდერნობა და ქანდაკება აქვს. ქირურგია პორტრეტს და პეიზაჟს იცნობს, ქირურგია სიმფონიასაც შეიცავს. ქირურგია როგორც ხელოსნობა დარჩება მანამ, სანამდე ვირტუოზობას საზღვარი აღარ დაედება. ქირურგია როგორც ხელოვნება იქნება მანამდე, სანამ ადამიანს სილამაზე, სიმშვენიერე, ჰარმონია და სიმეტრიის გრძნობა შერჩება.

მაგრამ თუ ქირურგიის მომავალი აქვს როგორც ხელოსნობას და როგორც ხელოვნებას შეიძლება ის უკვე დამთავრდა როგორც მეცნიერება?

ქირურგია როგორც მეცნიერება იქნება იმ დრომდე, სანამ კაცობრიობას ძიების უნარი შერჩენია და ბუნებაში ორგანიული ცხოვრება იქნება. მაგრამ მომავალში შეიძლება ქირურგია შემოკლდეს, მისი ფარგალი შეიზღუდოს, მისი საზღვრები შევიწროვდეს. შეიძლება ანთებითი პროცესები მოისპოს? ანთებითი პროცესები იქნებიან ვიდრე ჩვენ პლანტატაზე მიკრო-სხეულები იარსებებენ.

მაგრამ შეიძლება მეცნიერებამ იმ დონეს მიაღწიოს, რომ ჩვენს პატარა პლანეტაზე მიკროსხეულები მოსპოს, ბუნება, ასე ვსთქვათ, გაასტერილოს. რატომ არა, შეიძლება. ჩემს აზროვნებისათვის სრულიად ადვილი წარმოსადგენია

ისეთი დემონიური გენიოსის დაბადება, რომელიც გამონახავს რაიმე საშუალებას და მიკროოვრგანოზებს მოსპობს, მაგრამ საკითხია—მიკროსხეულების მოსპობის შემდეგ—ადამიანის და ცხოველის არსებობა შესაძლებელი იქნება თუ არა. მიკროსხეულები პათოგენურ როლს თამაშობენ, ანთებებს გამოიწვევენ და ზოგიერთი მათგანი, მაგალითად ტეტანუსის ჩხირი, ისეთი არა ჩვეულებრივია, რომ ანთებას კი არ გამოიწვევს, არამედ ნერვიულ სისტემას შხამავს და კუნთების კრუნჩხვის გამოწვევით ადამიანს სიცხის აუწვევლად აღრჩობს. სტრეპტოკოკსაც ჩვენ ვიცნობთ, მეტად მავნე არსებაა, რომელსაც სჭირია მოსპობა, მაგრამ ეს ჩვენი თვალსაზრისით. ვინ იცის სტრეპტოკოკი რა როლს თამაშობს ბუნების გაცვლა-გამოცვლაში, ან Nikolayer-ის ჩხირის როლი ბუნებაში შეიძლება არ ამოიწურებოდეს იმით, რომ ჩემი მოძმე ტეტანუსით დაავადდეს. ორგანიულ ცხოვრებისათვის აუცილებელია ჰაერი, ნახშირწყლები, ცილები, ცხიმები და მრავალი სხვა ნივთიერებანი და შათ შექმნაში განა მიკროსხეულებს დამსახურება არ მიუძღვით? მრავალი ქიმიური პროცესები ნიადაგში და ნიადაგის გარეშე, ასე საქიროო ყოველდღიურ ცხოვრებისათვის—დუღილის პროცესები, ქიმიური დისოციაციები და სინტეზები—განა მიკროსხეულთა მოქმედების შედეგი არ არიან; პური, რომელითაც ჩვენ ვიკვებებით, პური, ასე ვსთქვათ, ჩვენი არსებობისა, ესეც ხომ ნაწილობრივ მიკროსხეულთა ნიადაგში მუშაობის შედეგია.

მართალია მრავალი მიკროსხეული პათოგენურ თვისებებს იჩენს, მაგრამ სამყაროს ეკონომიკაში მთლიანად მიკრო-სხეულები დიდ ძალას, დიდ ენერჯიას წარმოადგენენ. ამ ენერჯიას არა საკვებით მოსპობა, არამედ კეთილად გამოყენება ეს მეცნიერების, მედიცინის და კერძოდ ქირურჯიის ამოცანაა.

მიკროსხეულების მოსპობა ბუნებაში საჭირო არ არის და სრულიად უადგილო იქნებოდა იმ დემონის დაბადება რომელიც, ამ მიკროსხეულებს ჩვენ პლანტიდან გააძევდა. მასხადაძე—მიკროსხეულები ბუნებაში დავტოვოთ. ნუ გაუწყრებით მათ თუ ხანდახან ისინი ანთებითი პროცესებს გამოიწვევენ, ამ ანთებითი პროცესებს კი შევებრძოლოთ იქნება ეს დანიო, ბაქტერიოფაგით თუ შრატით, ასე რომ მომავალში ანთებითი პროცესების ქირურჯია დარჩება.

შეიძლება მოისპოს ტრამვა. ფეიქრობ შეიძლება მოისპოს ომები. შეიძლება, მაგრამ ცოცხალი ადამიანის მოღვაწეობა დაუშავებლად შეუძლებელია. შეიძლება ტრამვა შემცირდეს, მაგრამ უფრო მოსალოდნელია რომ ტრამვის ხასიათი გამოიკვალოს. დაშავებას ადამიანი არ მიიღებს ისარით და შუბით, მიიღებს ტყვიით, ყუმბარით, არ მიიღებს გუთანით, მიიღებს ტრაქტორით, ჩამოვარდება ჰაეროპლანიდან, მიიღებს დაშავებას ელექტრონით. ვსთქვათ კაცობრიობა იმ დონემდე მივიდა, როცა მას მუშაობა არ დასჭირდება, როდესაც მას თავის არსებობისათვის, ან საზოგადოების კეთილდღეობისათვის, ბრძოლა არ დასჭირდება. მე მგონია, რომ მაშინ კაცობრიობაც მოისპობა, მაგრამ რომ წარმოვიდგინოთ ბედნიერი, უმუშევარი არსება, ბედნიერი, ის მაინც იმოქმედებს სანამ მასში სიცოცხლეა, მოღვაწეობის მაგივრად ის ითამაშებს იფრინავს, იცურავებს და ამასაც ტრამვა მოჰყვება. ასე რომ ტრავმატიული ქირურჯიაც დარჩება.

ამ უბრალო მაგალითებიდან სჩანს, რომ ქირურგიის მომავალი აქვს. ქირურგიულ აზრის განვითარების საკვები მასალა თანდათან მატულობს. ფართოდება და ღრმავდება. თუ ეს ასეა მაშინ როგორ აეხსნათ, როგორ მივიღოთ იმ საქმით დიდი გუნდის, სკეპტიკოსების გუნდის ღალადი, რომელიც გაიხშის დასავლეთ ევროპაში მეცნიერების, მედიცინის და კერძოდ ქირურგიის განვითარების და მისი მომავლის შესახებ, ამ გუნდში ქირურგებიც მონაწილეობას ღებულობენ.

ამ სკეპტიციზმა დიდებული პათალოგი Lubarch-ი თელეოლოგიაში გადასტყორცნა, Bier მისტიციზმს დაუახლოვა და პოლიტიკოსთა შემარჯვენე ფრთის მოღვაწედ გახადა. Sauerbruch მეცნიერულ საკითხებში ნიგილიზმამდე მიიყვანა Much-ს სეროლოგია მიატოვებინა და პოეტად თავი აღიარებინა. Leriche-ს ქირურგიის გაარისტოკრატება მოუსურვებია.

დასავლეთ ევროპაში პესიმიზმი მხოლოდ მედიცინაში როდია. ამ უიმედობით გამსჭვალულია პოლიტიკა და საზოგადოებრივი ცხოვრებაც. მომავლისადმი უნდობლობით, აწმყოს სიძულვილით მოფენილია ფილოსოფია და ხელოვნებაც.

ვინ იცის,—ეს ჰანგები შეიძლება კაცობრიობის ევოლუციაში აუცილებელი და საჭიროც იყოს; ეს ჰანგები კაცობრიობას ხომ პირველად არ სმენია. არამც თუ მეცნიერების, არამედ მთელი ცხოვრების სიდუღჭირე და არარაობის შემეცნებითაა გამსჭვალული ქრისტიანობის და ბუდიზმის მთელი ფილოსოფია.

ეს ჰანგები ჩვენს დროში კაცობრიობამ გაიგონა ტიტანი ტოლსტოის ფილოსოფიაში. მას შემდეგ რაც მან კაცობრიობას მომწიფებულ ჰასაკში მუშაობის დროს ხელოვნების უკვდავი ნიმუშები, შესძინა, მან, სიბერის ხანას მოულოდნელად აღიარა—ხელოვნება არ არსებობსო.

მაგრამ ნუ თუ ხელოვნება მართლაც არ არსებობს, ან შეიძლება ტოლსტოის ხელოვნება არ იყოს? ამ პესიმიზმა მეცხრამეტე საუკუნეში შოპენჰაუერი და ჰარტმანი იმ დასკვნამდე მიიყვანა რომ—ფუჟია ყოველივერი, ქვეყანაზე არაფერი არსებობსო. მაგრამ ქვეყანა არსებობს და ქვეყანაზე ბევრი რამ არსებობს, არსებობს შოპენჰაუერის ფილოსოფიაც. ეს პესიმიზმი მხოლოდ ჩვენს დროში არ დაბადებულა. ბიბლია მოგვითხრობს, რომ იყო და სცხოვრობდა დიდი მოღვაწე ბრძენი—სოლომონი. მისი მოღვაწეობა სიღარიბე და უძლურობით დაიწყო, იგი შდიდარი და ძღვეამოსილი იქმნა, მტრები დაამარცხა, უამრავი ნადავლი და დოვლათი ისრავლს შესძინა და კმაყოფილების და მადლობის გრძნობის აღსავსემ იეგოვას ტაძარი აღუგო. სხვა ბედნიერებასთან ერთად მას ათასი ცოლი ჰყავდა. ულამაზესი და უმშვენიერესი სულამიფ სოლომონს მოუკლეს. მაშინ მან დაივიწყა თავისი წარსული მოღვაწეობა, ბედნიერებაც, ტაძარიც მის მიერ აგებული, თვით იეგოვაც და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ამაო ამაოთა—ყოველივე ამაო“. ვინ გაიგებს, ვინ ახსნის ყოველ შემთხვევაში სასოწარკვეთილების მიზეზს. ათასი ქალიდან ერთი ქალის სიყვარულის დაკლებას შესძლებია უხუცესი ბრძენიც უიმედობით შეიპყრო.

მეცნიერებას ისე, როგორც რელიგიას, პოლიტიკასაც, ბევრი სახის მოღვაწე აწენი ჰყავს. მეცნიერება იცნობს გმირებს და ტანჯულებს; მეცნიერება თანამშრომლობს ტიხმსაც გაიგებს; მეცნიერებას ჰყავს ორტოდოქსები და სექტანტები, მაგრამ მეცნიერებას პროტესტანტები, კათაკმეველნი და რევოლუციონერებიც მოეპოვება. მეცნიერება არ იცნობს და ვერ გაიგებს მხოლოდ უარყოფას და უიმედობას. მეცნიერებაში დიდ კრიტიკულ აზროვნებასთან ერთად სუფევს სალი ოპტიმიზმი და მომავალზე დამყარებული იმედები. ამ ოპტიმიზით, მეცნიერების და კაცობრიობის მომავალში აყვავების იმედით, ჩვენ ვიწყებთ ჩვენს ეხლანდელ მოღვაწეობას.

კაცობრიობა მუდამ ჟამს დიდი სიყვარულით შესცქეროდა ახალგაზრდობას, ახალთაობას—დიდი სიყვარულით. ისტორიაში მაინც ჩვენ ვერ მოვძებნით მაგალითს, რომ რომელიმე სახელმწიფოს, რომელიმე ხელისუფლებას ჰქონოდა ამდენი სიყვარული და ამდენი ნდობაც ახალგაზრდა თაობისადმი, როგორც ეს საბჭოთა სახელმწიფოშია. მისთვის ყველა კარები ღიაა. ახალგაზრდა თაობა, უმეტეს შემთხვევაში განაგებს სახელმწიფო და საზოგადოებრივ საქმეებსაც, ახალი თაობა მოღვაწეობს მეცნიერულ ასპარეზზე და საბჭოთა საქართველოს ქირურგიულ მიდრეკილებით გამსჭვალულმა ახალგაზრდობამ მასზე დამყარებული იმედები გაამართლა. ამას მოწმობს ახალგაზრდა ქირურგების მეცნიერული და პრაქტიკულ მოღვაწეობა, ამასვე ადასტურებს ჩვენი ახალი კლინიკების გაცხოველებული მეცნიერული მუშაობა.

მე ვფიქრობ და იმედი მაქვს—ჩემი თანამშრომელნი და მსმენელებიც ჩაებმებიან ამ დიდ მუშაობაში და ქვეყნის და საზოგადოების აღორძინება-აღმშენებლობაში თავის წვლილს შეიტანენ. ზოგი მათგანი მეცნიერულ გზასაც აირჩევს—თუმც დარწმუნებული, რომ ის საკმაოდ დიდი მანძილი, რომელიც გავლილია შორეულ წერტილიდან აქ—ამ კათედრამდე, მოფენილია მეტწილად ეკლებით და არა ია და ვარდით, მაგრამ მათ ალბად წააქეზებს ის ურყევი რწმენა, რომ მეცნიერება ემსახურება სიმართლეს და ჭეშმარიტების ძიებას, ემსახურება და უნდა ემსახუროს მშრომელი ხალხის კეთილდღეობას.

## არნეტის ფორმულის მნიშვნელობა საცდელ ცხოველთა სისხლისათვის.

(ჯსკ. ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტ. დირექტორი პროფ. გ. გ. ელიავა)

არნეტის ფორმულის მიზანია სისხლის თეთრი ბურთულების ბირთვის შენების შესწავლა. არნეტის მეთოდით, ნეიტროფილურ რიგის უჯრედების ბირთვის შესწავლამ დიდი ინტერესი მოიპოვა, ამ უჯრედთა ბირთვის რთული სტრუქტურის შემწეობითა და ასევე ამ სტრუქტურის ცვალებადობის გამო უჯრედის მომწიფების მიხედვით. ადამიანის ნორმალურ სისხლის ნეიტროფილურ რიგის უჯრედებს არნეტი ჰყოფს 5 კლასად. ამ დაყოფას საფუძვლად უძევს ბირთვის სეგმენტთა რიცხვი უჯრედში. ადამიანის ნეიტროფილაში სეგმენტთა რიცხვი ჩვეულებრივ ერთიდან ხუთამდეა, იშვიათად მეტი. ერთი სეგმენტის შემცავი უჯრედები მიეკუთვნებიან I კლასს, ორ-სეგმენტიანები მეორე კლასს და ასე შემდეგ.

ინფექციის დროს, გალიზიანებაზედ ძვლის ტვინი უპასუხებს მრავალ უსეგმენტო ფორმების წარმოშვებით, რომელთა შორისაც, გარდა ჩხირისებრივი ფორმების, შეიძლება იხსნოს, განსაკუთრებული უჯრედები, რომელსაც არ ვხვდებით ნორმალურ სისხლში. ეს მოუწიფებელი ფორმებია ძვლის ტვინიდან ნაადრევად გამოარეცილი მიელოციტები და მეტამიელოციტები ანუ ნორჩები.

ადამიანის სისხლის ნორმალური ნეიტროფილურ სურათს, არნეტის სქემის მიხედვით შემდეგი სახე აქვს: I კლ. M—0 % W—0 % T—5 %, 1) II კლ. 35 %, III კლ. 41 %, IV კლ. 17 % V კლ. 2 %.

ადამიანის სისხლში ას ნეიტროფილზე სეგმენტთა რაოდენობა=დაახლოებით 276.

პირველ კლასთა ზრდას და ამით გამოწვევულ სეგმენტების საერთო რაოდენობის შემცირებას არნეტი მარცხნივ გადახრას უწოდებს, ხოლო უკანასკნელ კლასების და ასევე სეგმენტთა რიცხვის მომატებას გადახრას მარჯვნივ.

მარცხნივ გადახრა ხდება ყველა ინფექციურ პროცესების დროს, და მით უფრო მეტია, რაც უფრო ძლიერია ინფექცია და რაც უფრო მეტია ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარი (გირშფელდი).

შილლინგი ამარტივებს ამ სქემას, ის ნეიტროფილურ უჯრედებს ორ ჯგუფად ჰყოფს: პირველ ჯგუფში შედიან ახალგაზრდა არასეგმენტიური ფორ-

1) M—მიელოციტი მრგვალი ან ოვალური ბირთვით.

W—უჯრედი ოდნავ შეზნექილი ბირთვით—ძევისებური ფორმა.

T—უჯრედი, რომლის ბირთვი უფრო მკვეთრად შეზნექილია—მარყუშისებრი ფორმა.



მები. ეს ჯგუფი თავის რიგად სამ ქვეჯგუფად იყოფა: მიელოციტები, ნორჩი და ჩხირისებური არნეტის M, W, და T ს თანახმად

მეორე ჯგუფში შედიან ყველა დანარჩენი, სეგმენტურ ბირთვის მქონე ნეიტროფილები. ამრიგად ის უყურადღებოდ სტოვებს არნეტის 2—5 კლასებს და მნიშვნელობას აძლევს მხოლოდ პირველ კლასს, რომლის რყევაც მარცხნივ გადახრის დროს, ყველაზე მკაფიოდაა გამოხატული სეგმენტური ფორმების

მიხედვით  $m + n + ჩხ.$

აქცევს რა ყურადღებას მხოლოდ პირველი კლასის ზრდას მარცხნივ გადახრის დროს, როგორც გადახრის გამოსახულებისათვის მთავარს ფაქტორს, შილლინგის ფორმულა იძლევა საკმარისად ნათელს და იმავე დროს კლინიკისტიკისათვის გასაგებ წარმოდგენას გადახრის შესახებ. და სწორედ ეს მდგომარეობა იყო მიზეზად იმისი, რომ გადახრამ შილლინგის მიხედვით, მიიღო ფართო გავრცელება და გახდა კლინიკაში ერთ-ერთ საფუძვლიან გამოკვლევებადგანად.

ლაბორატორიაში ჩვეულებრივ ასენიანებენ საცდელ ცხოველებს, ამიტომ ინტერესს წარმოადგენს ნეიტროფილთა ბირთვების სეგმენტაციის განვითარების ხარისხი ზღვის გოჭების, ბაჭების დ- სხვა ცხოველთა სისხლში, რომლებზედაც სწარმოებს ექსპერიმენტი.

ზღვის გოჭის სისხლში ნეიტროფილების ბირთვთა სეგმენტაცია გამოხატულია უფრო ძლიერად ვიდრე ადამიანის სისხლში. იმ დროს, როდესაც ადამიანის ნეიტროფილის ბირთვის სეგმენტთა რიცხვი ხუთს არ აღემატება, ზღვის გოჭის ნეიტროფილში ჩვენ მასალაზედ რვას აღწევს, და ერთ გამოკვლევაში ნახული იყო უჯრედი II სეგმენტით, ხოლო უჯრედები ერთი სეგმენტით თითქმის არ არსებობენ.

92 გამოკვლევიდან 10-ში იყო მიღებული 1 %, სამში 2 %; კრინიცინი კაზანის სახ. ვეტ. ინსტიტუტის ტერაპევტ. კლინიკიდან, ჯანმრთელ ზღვის გოჭების გემოგრამის გამოკვლევის დროს შილლინგის წესით, იძლევა შემდეგ მონაცემს: ნეიტროფილ. 21, 32 %, შათ შორის ჩხირისებრივები 0,02 (0—0, 75), სეგმენტური 21, 3% (13—37, 5).

ბაჭიას სისხლს უკავია საშუალო ადგილი ზღვის გოჭის სისხლისა და ადამიანის სისხლის შორის.

მათში ნეიტროფილის სეგმენტთა რიცხვი აღწევს ექვს, ხოლო უჯრედები შვიდი და რვა სეგმენტით ერთეულ შემთხვევებში გვხვდებიან. ბაჭიას სისხლში ერთ სეგმენტიანი უჯრედები საშუალოდ აღწევენ 2, 1 %.

ნეიტროფილურ უჯრედების კლასებად განაწილებას ბაჭიაში და ზღვის გოჭში აქვს ასევე თავისი დამახასიათებელი თვისებები. ეს თვისებები შეიძლება ძალიან ნათლად გამოისახონ ადამიანის სისხლთან შედარების დროს.

ზედღართულ ცხრილში მოგვყავს შედარება, ჩვენს მასალაზედ მიღებულ ჯანსაღ ზღვის გოჭების და ბაჭიებისათვის არნეტის ფორმულების საშუალო ადამიანის სისხლისათვის მიღებულ არნეტის ფორმულასთან.

მაშასადამე, როგორც მოყვანილ ცხრილიდან სჩანს, ადამიანში სპარბობენ 2—3 კლასები, ბაჭიაში მე 3—4-ე, ზღვის გოჭში მე 4, 5 და მე-6)

ჩვენი საცდელი ზღვის გოჭები და ბაჭიები იყვნენ დასენიანებულნი the კულტურებით Vallée და Calmette 27/XII-29 წ. (ზღვის გოჭები 0, 5 კბ. სანტ., ბაჭიები 1 კბ. სანტ.).

	1 კლ.	2 კლ.	3 კლ.	4 კლ.	5 კლ.	6 კლ.	7 კლ.	8 კლ.	სტატისტიკური რიცხვი
ზღვ. გოჭი (92 გამოკვლევა)	0,17	0,76	8,48	26,53	37,26	22,04	4,22	0,35	485
ბაჭია (29 გამოკვლევა).	2,1	9,96	37,48	34,65	13,27	1,72	0,06	0,03	353
ადამიანი (არნეტი)	5	35	41	17	2	—	—	—	276

17 ზღვის გოჭებიდან შვიდი დაიღუპა მარტში (დასენიანების 3 თვის შემდეგ), ექვსი—აპრილში (დასენიანების 4 თვის შემდეგ), ორი მაისში (დასენიანების 5 თვის შემდეგ).

გაკვეთის დროს მათში აღმოჩენილ იყო ცვლილებები ფილტვების, ღვიძლის, ელენთის და ჯირკვლების მხრივ.

ორი ზღვის გოჭი დაიღუპა დასენიანების პირველ თვესვე შემთხვევითი მიზეზებისაგან.

6 ბაჭიიდან 2—დაიღუპა მარტში (დასენიანების 3 თვის შემდეგ), ერთი აგვისტოში (დასენიანების 8 თვის შემდეგ), ერთი დასენიანების პირველ თვესვე შემთხვევითი მიზეზებისაგან. როგორც ზღვის გოჭებს, ისევე ბაჭიებს დაავადების პირველ თვესვე ისინჯებოდნენ გადიდებული ჯირკვლები

ექიმი რუბინშტეინმა ოდესის ბიოქიმიურ ლაბორატორიიდან გამოიკვლია არნეტის ფორმულა ჯანსაღ ბაჭიების და ჯანმრთელ ადამიანის სისხლში და გვაძლევს შემდეგ მონაცემებს.

	I M	კლასი		II კლასი	III კლასი	IV კლასი	V კლასი
		W	T				
ადამიანი	0	0,75	7,83	37,50	37,00	14,83	2,08
ბაჭია	—	2	7	30	40	16	5

ამ ცხრილიდან სჩანს, რომ რუბინშტეინის ფორმულა არნეტის ბაჭიების სისხლში განსხვავდება ჩვენ გამოიკვლევ ფორმულასთან მარცხნივ გადახრით. იგივე შეიძლება ითქვას იმ შედეგებზე, რომელიც მიიღო რუბინშტეინმა ადამიანის სისხლისათვის არნეტის ფორმულის საშუალებით, თუ ამ შედეგებს შევადარებთ იმ შედეგებთან, რომელიც მიიღო თვით არნეტმა.

ზღვის გოჭების და ბაჭიების სისხლში მარცხნივ გადახრის დროს არნეტის კლასების ცვლილებათა ხასიათის გამოსაკვლევად, ქვემო მოყვანილ ცხრილებში დაპირისპირებულია ჩვენს მასალაზედ მიღებული ჯანსაღ ზღვის გოჭებისა და ბაჭიების არნეტის ფორმულების საშუალო, უკანასკნელ გამოკვლევების რეზულტატებთან tbc — თი დასენიანებულ ზღვის გოჭებში და ბაჭიებში.

ცხრილი № 1.

ზღვის გოჭი	I კლასი	II კლასი	III კლასი	IV კლასი	V კლასი	VI კლასი	VII კლასი	VIII კლასი	სუბ-მენტარის ცხვი
ჯანსაღ ზღვ. გოჭების არნეტ. ფორმულის საშუალო 92 გამოკვლევა	0,17	0,76	8,98	26,53	37,26	22,04	4,22	0,35	485
მე-9 გამოკვლევა 14/V. 30 წ. (41/2 თვის დასენიანების შემდეგ) 2 ზღვ. გ.	8	19	38	26,5	8	0,5	—	—	306

ცხრილი № 2

ბ ა ჭ ი ა	I კლასი	II კლასი	III კლასი	IV კლასი	V კლასი	VI კლასი	VII კლასი	VIII კლასი	სუბ-მენტარის ცხვი
ჯანსაღ ბაჭიის არნეტ. ფორმულის საშუალო 29 გამოკვლევა	2,1	9,96	37,48	34,65	13,27	1,72	0,06	0,03	853
მე II გამოკვლევა 16/VII. 30 წ. (71/2 თვის დასენიანების შემდეგ) 3 ბაჭია	15	27,33	39,33	17,33	1	—	—	—	262

როგორც № 1 ცხრილიდან სჩანს, ზღვის გოჭის სისხლში არნეტის კლასები ცვლილების ხასიათის მიხედვით მარცხნივ გადახრის დროს შეიძლება 3 ჯგუფად დაიყოს:

- I. 1,2 და 3 კლასები მატულობენ.
- II. 4 კლასი არ იცვლება.
- III მე-5, 6, 7 და 8 კლასები კლებულობენ.



ცხრილი № 2 გვაჩვენებს, რომ ბაჭის სისხლში არნეტის კლასები მათი ხასიათის ცვლილებების მიხედვით მარცხნივ გადახრის დროს, შეიძლება დაიყოს ასევე 3 ჯგუფად:

I. 1 და 2 კლასები მატულობენ.

II. მე-3 კლასი არ იცვლება.

III. მე-4, 5 და 6 კლასები კლებულობენ.

თუ არნეტის ფორმულა ადამიანისათვის დიდ ღირებულებას არ წარმოადგენს, რადგანაც მარცხნივ გადახრა უმთავრესად პირველი კლასის ხარჯზედ ზდება, ისე რომ საკმარისია მხოლოდ აღნიშვნა არა სეგმენტურ ფორმათა რიცხვისა, როგორც ეს წარმოდგენილია შილინგის ფორმულაში, პირიქით ზღვის გოჭისათვის ის უკვე დიდი მნიშვნელოვანია. აღნიშნავთ რა მხოლოდ პირველი კლასის ზრდას ანუ არა სეგმენტურ ფორმათა რიცხვს შილინგის ფორმულით ზღვის გოჭებში მარცხნივ გადახრის დროს, ჩვენ მივიღებთ გადახრის არა მთლიან სურათს, რადგანაც მარცხნივ გადახრა აქ შესაძლოა მოხდეს როგორც გვიჩვენებს ცხრილი № 1 პირველი სამ კლასის ხარჯზედ.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე უკანასკნელი კლასების და სეგმენტების საერთო რიცხვის დაკლებას. არნეტის ფორმულა აღნიშნავს ერთდროულად პირველი სამ კლასის მომატებას, მე 5, 6 და 7 კლასების და სეგმენტთა საერთო რიცხვის დაკლებას და ამრიგად მარცხნივ გადახრის მთლიან სურათს იძლევა.

ბაჭია ნეიტროფილას ბირთვის სეგმენტაციის მიხედვით იკავებს საშუალო ადგილს ზღვის გოჭისა და ადამიანის შორის. შილინგის ფორმულა აქ შედარებით მეტ გამოყენებას ჰპოვებს, ვიდრე ზღვის გოჭებისათვის, თუმცა აღნიშნავს რა მხოლოდ არა სეგმენტურ ფორმების, ე. ი. არნეტის მიხედვით პირველი კლასის მომატებას, იგი უყურადღებოდ სტოვებს მეორე კლასის მომატებას, მე 4,5 და 6 კლასების და სეგმენტთა საერთო რიცხვის დაკლებას, რასაც გადახრის გამოსახულებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს (ცხრილი № 2).

არნეტის ფორმულა აღნიშნავს რა ყველა ამ ცვლილებებს, ამ შემთხვევაში უფრო საჩვენებელი იქნება.

სურათის მეტი გამორკვევისათვის და მრუდეებზედ გადახრის უფრო ნათელი გამოსახულებისათვის, თავისი ცვლილებების მიხედვით მზავსი კლასები შეერთებულნი იყვნენ ერთად და მათი რყევა მრუდეებზედ განმეორებულ გამოკვლევების დროს წარმოდგენილია მათი ჯამით.

დიაგრამზე № 1 მარცხნივ tbc-ით დასენიანებული ზღვის გოჭები, მარჯვნივ—საკონტროლო

დიაგრამზე № 2 მარცხნივ tbc-ით დასენიანებული ბაჭები,

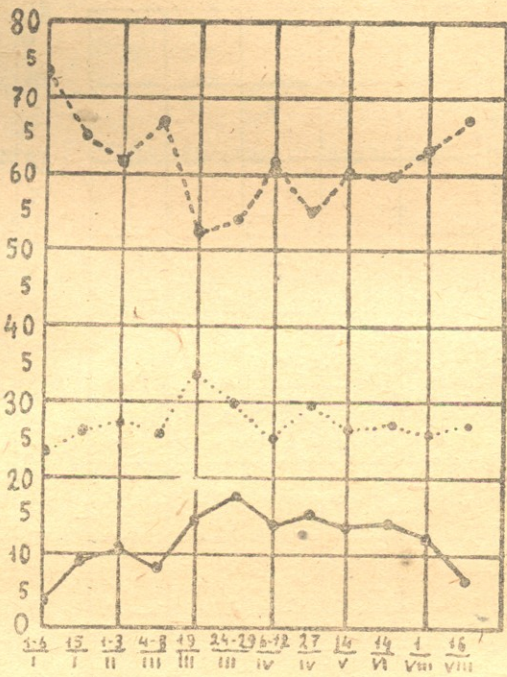
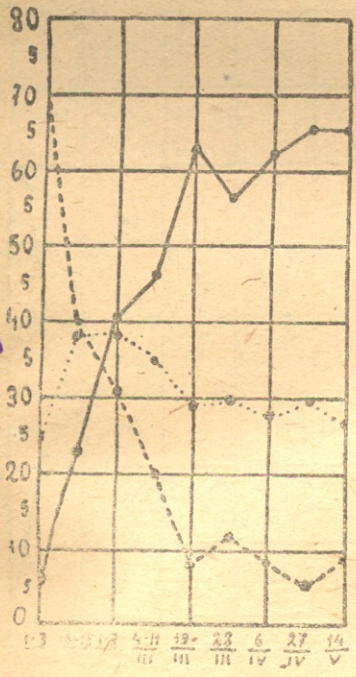
მარჯვნივ—საკონტროლო.

ტუბერკულოზით დასენიანებულ და საკონტროლო ზღვის გოჭების მრუდეების რყევაზე დაკვირვებით, შეიძლება აღინიშნოს ამ რყევის შემდეგი დამახასიათებელი თავისებურებანი:



ლიაზრამა № 1

არხეტის კლასების რყევათა პრადექტი ხე-ით დასენია ნეზულო და საკონტროლო ზღვის ვოქეში.



———— პირველი სამი კლასი  
 . . . მე-4 კლასი  
 - - - მე-5, 6, 7 და 8 კლასები

1) ტუბერკულოზით დასენიანებულ ზღვის გოჭების პირველი სამი კლასი აღებულ ჯაჭვი 9 გამოკვლევის განმავლობაში (I/I—14/V) იძლევიან მკვეთრ დომინანტებს 5, 75%-დან 65 %-მდე.

საკონტროლო ზღვის გოჭების პირველი სამი კლასი ამ ცხრავე გამოკვლევაზე იძლევიან რყევას 3, 7%—19 % საზღვრებში.

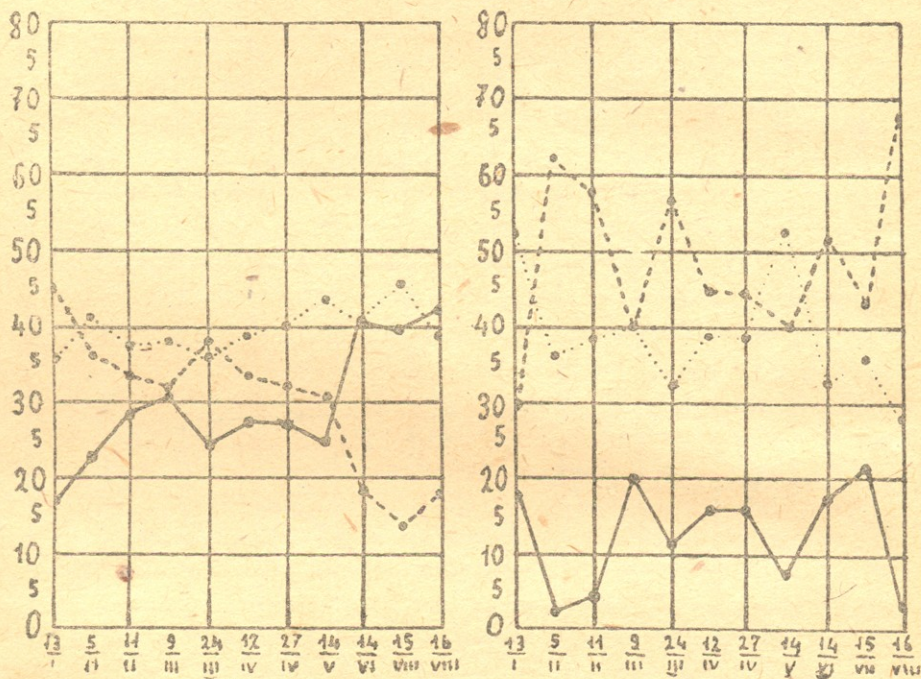
2) მეოთხე კლასი—იძლევა მცირე რყევას ტუბერკულოზით დასენიანებულ ზღვის გოჭებში 25, 5 %-38, 6 % საზღვრებში.

საკონტროლო—23, 25 %-32, 75 % საზღვრებში.



## დიაგრამა № 2

ზრუნველობის კლასების რყევითა და მრუდობით ხე-იხ-ით დას-  
 ნიანჯიერ და საკონტროლო ბაჭყალი.



— პირველი ორი კლასი  
 . . . მე-3 კლასი  
 — მე-4, 5 და 6 კლასები

3) ტუბერკულოზით დასენიანებულ ზღვის გოჭების მე 5, 6, 7 და 8 კლასები აღებულ ჯამში ამ 9 გამოკვლევის დროს იძლევიან მკვეთრ დაკლებას 68,75 %-დან 8,5 %-მდე. საკონტროლო ზღვის გოჭებში ეს კლასები, აღებულნი ჯამში იძლევიან რყევას 52,75 %-ს—75 %-საზღვრებში (დიაგრამა № 1).

ტუბერკულოზით დასენიანებულ ბაჭყებში მრუდეთა რყევა ნაკლებ მკაფიობითაა გამოხატული. საკონტროლო ბაჭყის მრუდებმა მოგვცეს მკვეთრი რყევა, მაგრამ თავის ხასიათის მიხედვით ტუბერკულოზით დასენიანებულ და საკონტროლო ბაჭყების მრუდეთა რყევა მკაფიოდ განსხვავდებიან ურთ-ერთისაგან.

1. პირველი ორი კლასი ტუბერკულოზით დასენიანებულ ბაქტიებისა, აღებულნი ჯამში II გამოკვლევის განმავლობაში (15/I—16/VIII), იძლევიან თანამიმდევრობით მომატებას 17,99 %-დან 42,33 %-მდე, მხოლოდ მეხუთე გამოკვლევაზე ეს კლასები იძლევიან მცირეოდენ დაკლებას 30,80%-დან 24,75%-მდე. საკონტროლო ბაქტიებში ეს ორი კლასი აღებულ ჯამში იძლევიან ძლიერ რყევას 20%-21% საზღვრებში. აქ მრუდის ძლიერი აწევა და დაწევა უშუალოდ სცვლიან ერთი-მეორეს, ამასთან ეს რყევანი მოკლებულნი არიან რაიმე თანამიმდევრობას.

2. მესამე კლასი ტუბერკულოზით დასენიანებულ ბაქტიებში ამავე II გამოკვლევის დროს იძლევა მცირე რყევას 36,50%—46% საზღვრებში, საკონტროლო ბაქტია აქაც იძლევა მკვეთრ რყევას 29%—52% საზღვრებში. ამ რყევას აქვს ისეთივე შემთხვევითი და უთანამიმდევარო ხასიათი, როგორც პირველ ორ კლასს.

3. მე—4,5 და 6 კლასები, აღებულნი ჯამში, იძლევიან თანამიმდევარ დაკლებას 45,16 %-დან—18%—მდე, მხოლოდ მეხუთე გამოკვლევის დროს იძლევიან მცირე მომატებას 31,40%-დან—38,50%-მდე. საკონტროლო ბაქტიის ეს კლასები აღებულ ჯამში იძლევიან მკვეთრ რყევას 30%—68%-საზღვრებში, ამასთან აქაც მრუდის მკვეთრი დაწევა და აწევა უშუალოდ სცვლის ერთი მეორეს, რის გამოც მათი რყევანი იღებენ ისეთივე უთანამიმდევრო და შემთხვევით ხასიათს, როგორც ეს წინამორბედ კლასებშია (დიაგრამა № 2).

სევმენტთა საერთო რიცხვი, როგორც ზემოდ იყო აღნიშნული, მარცხნივ გადახრის დროს კლებულობს. ეს დაკლება შეიძლება საკმაოდ ნათლად იყოს გამოხატული მრუდეების საშუალებით, განსაკუთრებით ზღვის გოჭებში.

მაშასადამე, როგორც ჩანს დიაგრამაზე № 3, სევმენტთა საერთო რიცხვ ტუბერკულოზით დასენიანებულ ზღვის გოჭებისა 9 გამოკვლევის განმავლობაში  $\frac{(I-14)}{I-V}$  თანდათან კლებულობს 489-დან—306-მდე, მხოლოდ მეექვსე

გამოკვლევის დროს იძლევა მცირე მომატებას 311-დან—324-მდე.

საკონტროლო ზღვის გოჭების სევმენტთა საერთო რიცხვი რყევადობს 455—492 საზღვრებში.

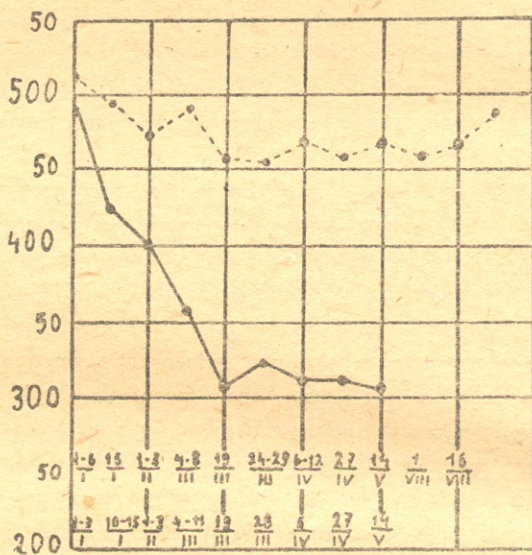
ტუბერკულოზით დასენიანებულ ბაქტიებს (დიაგრამა № 4) სევმენტთა საერთო რიცხვის დაკლება ისე მკვეთრად არა აქვთ გამოხატული, მაგრამ მრუდის დაკვირვებული გასინჯვით, შეიძლება შეიმჩნეს, რომ სევმენტთა საერთო რიცხვი აქ იძლევა თანდათანობით დაკლებას 356—262-მდე, და მხოლოდ მეექვსე გამოკვლევის დროს იძლევა მცირედ მომატებას 296—316-მდე.

საკონტროლო ბაქტიაში სევმენტთა რიცხვი იძლევა რყევას 319—390 საზღვრებში.

დასკვნები: 1) ნეიტროფილთა ბირთვების სევმენტაცია ზღვის გოჭის სისხლში გამოხატულია უფრო ძლიერად, ვიდრე ადამიანის სისხლში. ბაქტიას უკავია საშუალო ადგილი ადამიანისა და ზღვის გოჭის ის.

### ლიზრამა № 3.

შე-ით დასენიანებული და საკონ-  
 ვროლოზდვის ეოქენიზ სეგმენტების სა-  
 ერთო რიჯების რეკვათა მრუდეებ.



შე-ით დასენიანებულ ზღვის გოქების სეგმენტ. საერთო რიჯების რეკვათა მრუდე.

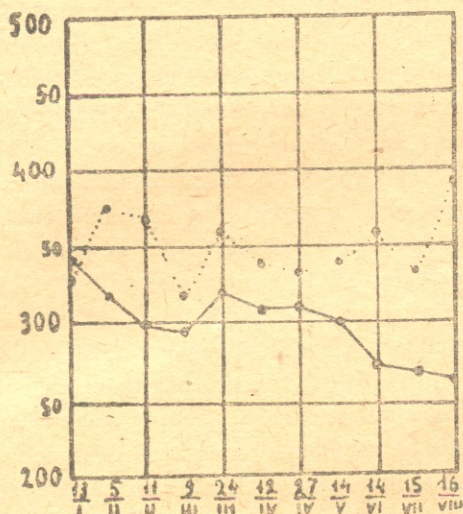
. . . საკონტრ. ზღვ. გოქ. სეგმ. საერთო რიჯებ. რეკვ. მრუდე.

- მარცხნივ გადახრა ზღვის გოქებში გამოისახება 1, 2 და 3 კლასების მომატებით და 5, 6, 7 და 8 კლასების დაკლებით, ბაჭიას 1 და 2 კლასების მომატებით და 4,5 და 6 კლასების დაკლებით.
- სეგმენტთა საერთო რიჯები ზღვის გოქის და ბაჭიას სისხლში მარცხნივ გადახრის დროს კლებულობს, ამავე დროს ზღვის გოქებში ეს დაკლება უფრო მკვეთრად არის გამოხატული, ბაჭიებში ნაკლებ მკვეთრად.
- არნეტის ფორმულა უფრო მისაღები გამოსაკვლევი მეთოდია საცდელ ცხოველთა სისხლისათვის, რადგანაც, აღნიშნავს რა ყველა მითვის დამახასიათებელ ცვლილებებს მარცხნივ გადახრის დროს, იგი იძლევა გადახრის საკმაოდ სრულ და ნათელ სურათს.



ლიტერატურა № 4.

მე-ით დახეიანულ და  
საკონტროლო ბაქიის სეგმენტის  
საერთო რიცხვის რყევათა მრუდეები.



\_\_\_\_\_ მე-ით დახეიანულ ბაქიის სეგმენტ. საერთო რიცხვის რყევათა მრუდე.

... საკონტროლო ბაქ. სეგმ. საერთო რიცხვ. რყევ. მრუდე.

ლიტერატურა:

- 1) Prof. Arneith: Качественное учение о крови и его достижения.
- 2) Проф. Гиршфельд: Учебник болезней крови.
- 3) Д-р Криницын: Данные количественного и качественного состава форменных элементов и некоторых физических свойств здоровой морской свинки. Лабораторная практика № 1 1930 г.

Н. Чогошвили

Значение формулы  
 Арнета для крови  
 под'опытных животных.

(Бактериологич. институт НКЗ  
 Грузии. Дир.: проф. Г. Г. Элиава)

1) Сегментация ядер нейтрофилов в крови морской свинки выражена сильнее, чем в крови человека. Кролик в этом отношении занимает среднее место между человеком и морской свинкой.

2) Сдвиг влево у морских свинок выражается увеличением 1,2 и 3 классов и уменьшением 5, 6, 7 и 8 классов, у кролика увеличением 1 и 2 классов и уменьшением 4,5 и 6 классов.

3) Общее количество сегментов в крови морской свинки и кролика при сдвиге влево падает, при чем у морской свинки это понижение выражено более сильно, чем у кролика.

4) Формула Арнета более применимый метод исследования сдвигов ядер для крови под'опытных животных, так как она, выражая все характерные изменения при сдвиге влево, дает полную и ясную картину.

N. Tchogochvili.

LA SIGNIFICATION DE LA  
 FORMULE d' ARNETH POUR LE  
 SANG DES ANIMAUX  
 EXPERIMENTAUX

(Institut Bacteriologique de Georgie.  
 Directeur: prof. C. G. Eliava)

1) La Segmentation des noyaux des leucocytes neutrophiles est plus accentuée chez les Cobayes, que dans le sang de l'homme. Le Lapin, dans ce sens, occupe une situation intermédiaire entre l'homme et le Cobaye.

2) La déviation à gauche chez les Cobayes se traduit par l'augmentation des classes 1,2,3 et la diminution des classes 5, 6, 7 et 8; chez le Lapin par l'augmentation des classes 1 et 2 et la diminution des classes 4,5 et 6.

3) La quantité générale des segments dans le sang du Cobaye et du Lapin, en cas de déviation à gauche diminue; cette diminution est accusée plus fortement chez le Cobaye.

4) La formule d' Arneth est considérée par nous, comme la meilleure méthode pour l'étude des déviations nucléaires chez les animaux en expérience, car, notant tous les changements caractéristiques pour la déviation à gauche, elle donne à l'expérimentateur un tableau clair et complet.

### ც. ნ. ს. Heredo-Lues-ის საკითხისათვის

(ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს ნერვული განყოფილება—  
გამგე დოქ. ხარაჯიშვილი)

1931 წელს ტფილისის რკინის გზის საავადმყოფოს და ტფილისის კვანძის ექიმთა კონფერენციაზე ჩემს მიერ მოხსენებულ იქნა შედარებით იშვიათი შემთხვევა ც. ნ. ს. Heredo-lues-ისა Heredo-tabes-ის სახით. შემთხვევა შეეხებოდა ახალგაზრდა ქალიშვილს, რომელმაც მომმართა მე ქალაქის ამბულატორიაში სრულიად უმნიშვნელო ჩივილებით, ოდნავი ტკივილების გამო მარცხენა მხრის სახსრის მიდამოში და რომლის კლინიკურმა გასინჯვამ მოგვცა საშუალება tabes-ის აღმოჩენისა.

თუ საკითხი შესახებ იმისა, რომ Heredo-lues-სს შეუძლია მოგვეცეს კლინიკური სურათი დაავადებისა სავსებით ისეთივე ხასიათის, როგორსაც იძლევა შეძენილი Lues-ი, ამჟამად უდავოა, ზოგიერთ შემთხვევებში დიდ სიძნელეს წარმოადგენს გარკვევა საკითხში:

წარმოშობილია ესა თუ ის დაავადება Heredo-lues-ის მიერ თუ შეძენილი სიფილისიდან.

ამ საკითხის გადაწყვეტის დროს ანგარიში უნდა გაეწიოს სხვადასხვა არგუმენტებს.

ნამდვილ შთამამავლობით სიფილისის სასარგებლოდ არსებობს არგუმენტები: 1. ეთიოლოგიური, 2. კლინიკური, 3. პათალოგდ-ანატომიური, 4. ბიოლოგიური, 5. თერაპევტიული და ნოზოლოგიური.

I. ეთიოლოგიური არგუმენტები: ა) აღიარება ავადმყოფის მშობლების ან ახლო ნათესავების მიერ, რომ მათ ჰქონდათ ათაშანგი. ბ) აღმოჩენა ავადმყ. მშობლებსა და ახლო ნათესავებში საერთოდ სიფილისის უდავო სიმპტომებისა (ლეიკოპლაკია, psoriasis palmaris, მოვლენები თვალის გუგებიდან და სხვა). ც) კლინიკური დაკითხვა: 1. გვიანი მუცლის მოშლა, 2. მახინჯი ბავშვების დაბადება, 3. მკვდარი ბავშვის დაბადება და სხვა. დ) სეროლოგიური მოვლენები.

II. კლინიკური არგუმენტები (რომლებიც შეეხება თვით დაავადებულთ) აქვს თუ არა თვით დაავადებულთ ან მათ ახლობელ ნათესავთ Heredo-lues-ის ნიშნები როგორც მაგ.: ა) კანის პერიბუკალური ნაწიბურები, ბ) კუჭ-ნაწლავების მხრივ მოშლილობა, ჩვეული პირიდან საქმება ბავშვების ძუძუს წოვების დროს, ც) რბილი სასას იარა (Mal perforant du voile), დ) კბილების დაავადება:



Hudschinson-ის კბილები ჩაღრმავებული დაბოლოებებით ან კი უამისოდ; Mozer-ის კბილები (კბილები, რომლებიც სტოვებენ შთაბეჭდილებას თითქო ისინი გაუაპრილი არიან, უსწორმასწორონი, თითქო გამოქმული დაბოლოებებით). სხვა შთამომავლობითი სიფილისის ნიშნებთან ერთად, საყურადღებოა კბილები, რომლებიც აწერილია გამოჩენილ ფრანგ ნევრო პედიატრ Babonneix-ის მიერ, კბილები, რომლებსაც ემჩნევათ სიგრძითი მოხაზულობა მთელი კბილის გასწვრივ, e) ახლად დაბადებულთა სურდუ, f) კერატიტები და k) ზოგჯერ სიყრუე.

კბილების გარდა საგულისხმოა ძვლებისა და სახსრების დაზიანება ბავშობის პირველ და მეორე ასაკში.

a. ბავშობის პირველ ასაკი: ოსტეოზონდრიტები, ეპიფიზთა მოცილება decollement des epiphis seu pseudoparalysis Parrot. Periostitis ossificans.

b. ბავშობის მეორე ასაკი: ოსტეიტები და პერიოსტიტები; გუმბოზური ხასიათის (ეკზოსტოზები, მუხლის სახსრის წყალმანკი).

### III. ანატომიური არგუმენტები:

a. ცერებრალური არტერიიტები, b. თავის ქალას შიგნითა ზედაპირის პერიოსტიტები. c. გუმბები [თავის ტვინის და მენინგიალური გარსების და ზურგის ტვინის (უფრო იშვიათად)]. Fournier-მ უკვე დიდი ხნის წინათ ასწერა ბავშვების თავის ტვინის და მენინგიალური გარსების გუმბები სიფილისისათვის დამახასიათებელი (გიგანტური უჯრედებით, ინფალტრაციებით და სხვა) endo et periarteritis obliterans, სისხლის მიღების კედლების ინფალტრაცია და სხვა. ინგლისში Wagner-მა ასწერა ანალოგიური შემთხვევები. Babonneix-მა ასწერა ე. წ. კორძებრივი სკლეროზი (sclerosis tuberosa). ეს წარმოშობანი მორგველო ფორმისაა, უფრო მოთეთრო და მაგარი, ვიდრე ტვინის ხვეულები, მოთავსებულნი არიან ხშირად ტვინის ქერქის ზედაპირზე, ხვეულების შუა. Babonneix-ის აზრით ეს სიფილიტური ხასიათის წარმოშობანი არიან. Babonneix-ის აზრის დასამტკიცებლად შეიძლება მივყვანილ იქმნეს მისი საკუთარი შემთხვევა, სადაც კლინიკური მიმდინარეობით ეს შემთხვევა მონგოლიზმის დაავადებას წარმოადგენდა და პათოლოგო-ანატომიურად მან ნახა ტვინის გარსებსა და ქერქის შუა, ტვინის ხვეულების შორის, გუმბა. d. მწვავე ანთებების კერები, გიდროცფეალია, სკლეროზი. e. ნერვულ სისტემის დაავადებასთან ერთად სხვადასხვა შინაგან ორგანოების დაზიანებანი (გუმბები ღვიძლის, პლევრის, ფილტვების და სხვა).

### IV. ბიოლოგიური არგუმენტები:

a. RW სისხლში (60—80% დადებითი შთამომავლობითი Lues-ის დროს).

b. სპიროხეტების აღმოჩენა.

c. სხვა რეაქციები.

V. თერაპევტიული არგუმენტები: ვაოკეთება და ზოგჯერ სრული განკურნება (იშვიათად) სპეციფიური მკურნალობის ზეგავლენით.

რაც შეეხება სპეციალურად ც. ნ. ს. დაზიანებას, Siemering-ის აზრით თავის ტვინი უფრო ადრე ზიანდება, ვიდრე ზურგის ტვინი. ზურგის ტვინის დაავადება Heredo-Lues-იური ხასიათისა კარგათ გამოკვლეული და დადასტურებულია Gille de la tourette-ის შრომების (1896 წ.) და Gasne-ის (1897 წ.) შრომების შემდეგ. ამ ავტორების შრომებმა ჩვენ გვიჩვენეს გაფანტული დაზიანება სხვადასხვა ვისცერალური ორგანოებისა. Gasne-ის სტატისტიკის მიხედვით ც. ნ. ს. შთამომავლობითი ათაშანგის ნიადაგზე ორგანიული დაზიანების 26 შემთხვევაში მან ნახა 7 შემთხვევა მენინგო-მიელიტისა და მისი აზრით ეს ფორმა ც. ნ. ს. შთამომავლობითი ათაშანგის დროს ყველაზე უფრო ხშირად უნდა ჩაითვალოს.

Mme Long-ის აზრით Heredo-Lues-ი ხშირი მოვლენაა Littl-ის დაავადების დროს.

Claude-ის აზრით ც. ნ. ს. Heredo-lues-ის აღმოჩენა შესაძლებელია ახლადდაბადებულებიდან, მოზრდილ ახალგაზრდულ ასაკსა და უკვე ხნიერ ასაკამდე. ბევრი ამ ფორმათაგანი მეტად ძნელი გამოსაცნობია შეძენილ საფილისით დაავადებებისაგან, გარდა სულ ახალგაზრდათა დაავადების ფორმებისა (diplegie spasmodique de la sclerose cerebrale, de l'hydrocephalie და სხვა).

Claude-ის აზრით, როდესაც Heredo lues-ი იჩენს თავს 18, 20, 25 წლის ასაკში, რაც მისი აზრით ფრიად იშვიათ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს, მაშინ მისი გამოცნობა შეძენილ ათაშანგის მიერ გამოწვეულ დაავადებისაგან მეტად საძნელო საქმეს წარმოადგენს. ის ამბობს, რომ მას უნახავს მხოლოდ სამი შემთხვევა ტაბეტიური ტიპის მიელიტისა, რომლებიც Heredo lues-იური ხასიათის უნდა ყოფილიყვნ. Revue Neurologique-ის ბოლო წლების ერთ-ერთ ნომერში Alajouanin-ს ერთ-ერთ თავის შრომაში მოჰყავს შთამომავლობითი ათაშანგის ნიადაგზე განვითარებული Tabes-ი, რომლის პარველი ნიშნები ავადმყოფს გამოაჩნდა 40 წლის ასაკში და ამ შემთხვევას ის იშვიათ შემთხვევათ სთვლის. მისი აზრით შთამომავლობითი ათაშანგის ნიადაგზე განვითარებული Tabes-ი უნდა მიეკუთვნოს უფრო ახალგაზრდულ ასაკს. Маргулис-ის აზრით უფრო ხშირად ვხვდებით Heredo-tabes-ს 10—16—18 წლის ასაკში. გადავიდეთ ჩვენი შემთხვევას განხილვაზე:

ავადმყოფი ჩუხ—ოვა 18 წლისა, ტომით რუსი, პროფესიით ფიზიკური მომუშავე, შთამომავლობის მხრივ ავადმყოფის სიტყვით არაფერი პათოლოგიური აღინიშნება. ავადმყოფმა მომძარტა მე ამბულატორიაში ჩივილით ოდნავ ტკივილებზე მარცხენა მხრის სახსარში, მკურნალობს დიდხანს უშედეგოდ.

გასინჯვისას არაერთი რაიმე გამოხატული ორგანოული არ იყო აღმოჩენილი არც სახსარში და არც მარცხენა plex. brachialis-ის მიდამოში.

ც. ნ. ს. Status-ი: ნებისყოფითი მოძრაობათა მხრივ, თავის ტვინის არეში მამოძრავებელ ნერვების მხრივ და კუნთების ტონუსის მხრივ არაერთი მოშლა არ აღინიშნება. უნებლიეთი მოძრაობანი არ აქვს. Romberg-ი ოდნავ გამოხალუტი. ცერებელლარული ტიპის ატაქსია არ აღინიშნება.

რეტელექსები: მყესთა და ძვალთა როგორც ზედა, ისე ქვედა კიდურებიდან მოსპობილია, კანის (მუცლის) ძლიერ ცოცხალია და თანაბარი ორთავ მზრივ. საპათოლოგია რეტელექსები არ აქვს. რეაქცია სინათლეზე თვალის გუგებიდან აქვს და თანაბარი. მგრძნობელობის მოშლა არ აქვს. შარდის ბუშტის ფუნქციის მზრივ ავადმყოფი რამოდენიმეჯერ გამოკითხვის შემდეგ გვიამბობს, რომ ზოგჯერ მომარდვა უჭირს. ჩემს შეკითხვაზე: იყო თუ არა ავად ათაშანგით, ავადმყოფი მიპასუხებს, რომ მას არ ჰქონია არავითარი კაკშირი არასოდეს მამაკაცთან. შეკითხვაზე იყო თუ არა ავად დედ-მამა, ან წახდენია თუ არა მუცელი დედას, ავადმყოფი უარყოფითი პასუხს იძლევა. გაისინჯა სისხლი RW-ზე; აღმოჩნდა WR++++; ავადმყოფი ძლიერ ააღელვა ამ აღმოჩენამ და დაჟინებით მოითხოვა გასინჯვა სპეციალისტის მიერ. ავადმყოფი გასინჯულ იქმნა სპეციალისტის მიერ; აღმოჩნდა *Virgo intacta*. გამოწვეულ იქმნენ ვენეროლოგთან დედ-მამა ავადმყოფისა, რომელთა დაკითხვამ დაგვიდასტურა მავარი შანკრი მამისა სწორედ იმ პერიოდში, სანამ ჩვენი ავადმყოფი დაიბადებოდა. გაისინჯა სისხლი დედისა და დას (უმცროსია ავადმყოფზე); ორთავეს აღმოაჩნდა RW++++; ავადმყოფის დედა აღნიშნავს ორჯერ გვიან მუცლის მოშლას 4—5 თვის ორსულობის ხანში. ავადმყოფი მოთავსებულ იქმნა კლინიკური დაკვირვებისათვის ნერვულ განყოფილებაში, სადაც მას გამოელო ზურგის ტვინის სითხე, რომელიც პათოლოგიური აღმოაჩნდა: ზურგის ტვინის სითხის გასინჯვა: RW++++RN=12 პლევოციტები საგრძნობლად მომატებულია 78 ალბუმინ 0,4. კლინიკური დიაგნოზი *tabes heredo-luetica*.

კლინიკური ინტერესი ჩვენი შემთხვევისა გამოიხატება იმაში, რომ: 1. ჩვენ გვაქვს დაავადება *tabes*-ით შედარებით ახალგაზრდა ასაკში, 2. გამოწვევი მიზეზი უდავოთ შთამომავლობითი ათაშანგია. 3. სეროლოგია სრულიად ადასტურებს კლინიკურ ინტერპრეტაციას. 4. სიფილიტიური სპიროხეტა ერთი და იგივეა. როგორც დაავადების გამოწვევი მიზეზი გვაქვს ჩვენ საქმე შთამომავლობითი ათაშანგით. თუ დაავადება გამოწვეულია შექენილი ათაშანგისგან, არ არსებობს *lues à virus nerveux*.

5. კონსტიტუცია უნდა თამაშობდეს განსაკუთრებულ როლს იმ შემთხვევებში, როდესაც ათაშანგით დაავადებული მშობლები შვილს გადასცემენ ათაშანგს და ეს უქანასენელი მათში იწვევს *Neuro-lues*-ის მოვლენებს. მათი ც. ნ. ს. კონსტიტუციონალურად სუსტია და ნაკლებ წინააღმდეგობას უწევს მიღებულ ინფექციას, ნაკლებ უნარს იჩენს მასთან ბრძოლაში.

### ლიტერატურა:

1. H. Glaude: *Maladies du systeme Nerveux II*.
2. Babonneix: *Heredo-Syphilis nerveux*.
3. Radowici: *la Neurosyphilis*.
4. К. Шиндлер—„Конституция как фактор в патологии сифилиса“.
5. Roger, Aubaret et A. Cremilux. Refer. „Heredo atrophie optique et heredo-tabes chez un fils de mère tabétique et de père paralytique generale (Revue neurologique Janvier 1930.)“
6. Проф. Маргулис: „Органические заболевания нервной системы у детей“.
7. Доц. Иогихес „Органические заболевания нервной системы у детей“.

Д-р. Н. А. Попхадзе.

## К вопросу о heredo luse Ц. Н. С.

Автор разбирает вопрос о heredo-luses-e вообще и у ц. н. с. в частности и поясняет, что насколько нетрудно разобраться в заболеваниях, вызванных сифилисом вообще, настолько легко подчас разобраться в том, имеем ли мы дело с заболеванием, выявленным приобретенным или наследственным сифилисом.

Для распознавания наследственного сифилиса автор приводит разнообразные аргументы: этиологические, клинические, биологические и т. д. Переходя к ц. н. с. он считает *tabes* наследственного происхождения в молодом возрасте сравнительно редким заболеванием и в заключение приводит свой случай *heredo*

*tabes*-а девушку 18 лет *virgo intacta*, где *tabes* был подтвержден как клинически, так и серологически (кровь и спинно-мозговая жидкость). Клинический интерес случая по автору заключается в том, что: 1. *Heredo—tabes* проявлялся в сравнительно в раннем возрасте, 2. причина, вызвавшая *tabes* в его случае, бесспорно наследственный сифилис, 3. серология подтверждает клиническую интерпретацию, 4. подтверждает мнение об единой спирохете во всех случаях и формах *lues*'а и 5. конституция должна играть наиболее важную роль при распознавании невролүэтических процессов у детей, получивших *lues* от родителей.

**მ. ბ ა ხ ტ ა ძ ე**  
ასისტენტი

**Кожевников-ის** სინდრომის კლინიკის და პათოგენეზის საკითხის შესახებ  
პროგრესიული დამბლის (ტაბო-პარალიზის) დროს.

(ნერვების სნეულებათა კლინიკიდან. გამგე ბ რ ო ფ. სვ. ყ ი ფ შ ი ძ ე)

Кожевников-ის სინდრომის კლინიკური სურათის და პათოგენეზის შესახებ სხვადასხვა აზრი არსებობს და ამისათვის გასაკვირი არ არის, რომ K-ის სინდრომის ყოველ ცალკე შემთხვევაში ისმება საკითხი მისი კლინიკის და პათოგენეზის შესახებ. ცნადია, ამ საკითხს ვერ აუკლით გვერდს ჩვენს შემთხვევაშიაც; რომელაც მოკლედ შემდეგში გამო-ხატება:

ავადმყოფი ლ. ლ. 46 წლისა, ქართველი, ცოლიანი, შემოვრდა ნერვების სნეულებათა კლინიკაში 1932 წლის 3 მაისს. ავადმყოფი უჩივის უნებლიეთი მოძრაობებს სახისა და მარცხენა ხელის არეში, დამბლას მარცხენა ხელის და სისუსტეს მარცხენა ფეხის.

**ანამნეზი:** ავადმყოფი უარყოფს ნათესაობაში Lues-ს, the-ეს, სულით და ნერვულ ავადმყოფობას; ბავშვობაში გადაუტანია წითელა; 12 წლის ასაკში ავად ყოფილა მალარიით ერთი წელი; 1932 წლის აპრილში გაუკეთებია ოპერაცია lipoma eruris გამო. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს. ცოლს ერთი ორსულობა ჰქონია და ისიც აბორტით დამთავრებულა. აქამდე არსებული ავადმყოფობა დასწყეებია ერთი კვირის წინად: დილას გამოღვიძების შემდეგ შეუმჩნევია უნებლიეთი მოძრაობები სახეზე და მარცხენა ხელში, დამბლა მარცხენა ხელში და სისუსტე მარცხენა ფეხში. მიუხედავად წამისა, ავადმყოფი თავისი ფეხით წასულა ექიმთან, რომელმაც ის გადმოგზავნა ტფილისში ნერვების სნეულებათა კლინიკაში საექიმოდ. კლინიკაში შემოსვლამდის ავადმყოფობის მიმდინარეობაში არავითარი ცვლილება არ მომხდარა.

**ობიექტიური გამოკვლევა.**—უპირველეს ყოვლისა ყურადღებას იპყრობს კლონური ხასიათის მუღმივი ჰიპერკინეზი, რომელიც გავრცელებულია სახეზე, მარცხენა ხელზე და მუცლის არეში. სახეზე უნებლიეთი მოძრაობებს ადგილი აქვს სახის ნერვის ზედა ტოტის საინერვაციო კუნთების არეში ორივე მხარეზე და ქვედა ტოტის საინერვაციო კუნთების არეში მხოლოდ მარცხენა მხარეზე. უნებლიეთი მოძრაობათა ასეთი გავრცელების შედეგად ვღებულობთ: ორთავე წარბების ერთდროულ აწევას ზევით, ქუთუთოების ხამხამს, მარცხენა პირის



კლთის გაქანვას მარცხნივ და მარცხენა m. platisma-ს შეკუმშვას. არც ერთ-ხელ უნებლიეთი მოძრაობებს ადგილი არ ჰქონია მარჯვენა სახის ნერვის ქვედა ტოტის საინერვაციო კუნთების ან სხვა რომელიმე თავის რგინის ნერვების საინერვაციო კუნთების არეში; მა-ცხენა ხელში კლონური ხასიათის ჰიპერკი-ნუზი გამოიხატება თითების მოხრაში და ცერის ადდუქციაში; მუცლის არეში უნებლიეთი მოძრაობები გამოხატულია მხოლოდ მარცხენა მხარეზე და გამოიხატება ქიპის სწრაფი ვადანა-კლებაში მარცხნივ და ზევით. აღნიშნული უნებლიეთი მოძრაობები არ არიან სავსებით რითიული და სიხქრონიული; ზედა კიდურზე მათი რითში წუთში 50—80-ს უდრის; აღელვება და ფიზი-კური დაჭიმვა აძლიერებს მათ ამპლიტუდას და ახშირებს მათ რითმა; მოსვენება კი პირიქით მოქმედობს; ძილში თითქმის სავსებით ჰქ-ებია.

**ნებისუფიეთი მოძრა-ბანი.** ადგილი აქვს ქერქული ტიპის მარცხენა ჰე-მიპარეზის—ოდნავ პარეტიულია სახის ნერვის ზედა ტოტი, ნათლად დაზიანებულია ქვედა ტოტი და ენის ქვეშა ნერვი, თითქმის სავსებით დადაზლებულია ხელი და ოდნავ პარეტიულია ფეხი; ავადმყოფს შეუძლია დგომა, Romberg-ის სიმპტომი არ აქვს, სიარულს მოშლა არ აღინიშნება; კოორდინაციის გამოკვლევა მარცხენა ხელში შეუძლებელია (დამბლისა და უნებლიეთი მოძრაობების გამო), სხვაგან კი მოშლას ადგილი არ აქვს; კუნთთა ტონუსი მკაფიოდ შეცვლილია მარცხენა ხელ კიდურში, სადაც ადგილი აქვს პირამი-დული ხასიათის ჰიპერტონიის მომხრელებში.

**რეფლექსები**—მყისთა და ძვალთა ზედა კიდურებზე მარჯვნივ ცოცხალია—მარცხნივ მომატებული, ქვედა კიდურებზე კი მოსპობილია ორივე მხარეზე; მუცლის სამეფო რეფლექსი და კრემასტერის მარჯვნივ ცოცხალია—მარცხნივ კი ძლიერ დაქვეითებული; პლანტარული რეფლექსი მარჯვნივ ცოცხალია და თითების ფლექსიაში გამოიხატება; მარცხნივ ადგილი აქვს სუსტად გამოხატული Babinski-ის სიმპტომს. აღინიშნება აგრეთვე Argyll-Robertson ის სიმპტომი და ანიზოკორია.

**მგრძნობელობა**—ტემპერატურის, მტკივნეულობის და შეხების ოდნავ და-ქვეითებულია მხოლოდ მარცხენა ხელში, უფრო მტკენის არეში; ღრმა მგრძნობელობის, ტაქტილური დისკრიმინაციის და სტერეოგნოზის გამოკვლევა სისწორით მარცხენა ხელში შეუძლებელი არის უნებლიეთი მოძრაობების და დამბლების გამო; სხვაგან მათი მოშლას ადგილი არ აქვს.

**გრძნობათა ორგანოების მხრივ** მოშლა არ აღინიშნება.

**ტრ ფიკული მოშ-ილობანი** არ აქვს.

**შარდის ბუშტი** და **სწორ ნაწლავის ფუნქციები** შენახულია.

**შინაგანი ორგანოები.**—მიოკარდიტი და პერფერიული სისხლის ძარღვების სკლეროზი.

**ფსიქიური სფერო.**—ცნობიერება არ აქვს სავსებით ნათელი; გარემოში და ადგილში საკმაოდ კარგად ერკვევა, მაგრამ დროში ვერ არის სავსებით გარკვეული; გუნებ-განწყობა ოდნავ აწეული აქვს, თვითგრძნობა—კარგი,



თუმცა დროგამოშვებით გრძნობს თავის სიმძიმეს და გამკრავ ტკავილეს, რომლის დროს გუნებ-ვანწყობა სათანადოთ ეცვლება. აფექტიურიობისადმი მიდრეკილებას არ იჩენს. ზოგჯერ იცის გულის აჩვილება. მიმღებლობა მართებული აქვს, შეთვისება დამაკმაყოფილებელი. მოსაზრება-მოფიქრება ოდნავ გაძნელებული (პატარა დახმარებით ახერხებს სურათებზე აღნიშნული ამბავის ცალკეულ მომენტების დაკავშირებას და მწყობრად გადმოცემას). დახსომების უნარი საკმაოდ შენახული აქვს: 12 სურათიდან, რომელიც მას ვაჩვენეთ, ათი გამოიცნო; გეომეტრიულ ფიგურებიდან (12) მხოლოდ სამი გამოიცნო, უფრო მეტი შეცდომით აჩვენა. 2 დღის შემდეგ სისწორით და დაწვრილებით მოგვიყვა იმის შესახებ, თუ რა სურათები ვაჩვენეთ გამოკვლევის დროს. მნიშვნელოვანი ფაქტები, როგორც შორეული, ისე ახლო წარსულიდან ახსოვს, მაგრამ ქრონოლოგია სავსებით აბნეული აქვს: თითქმის სავსებით არ შეუძლია მოვლენების ლოკალიზაცია დროში. მეტის-მეტად სუსტობს ანგარიშში—ძალიან უჭირს სულ უბრალო ანგარიშების შესრულება; ცოტად თუ ბევრად რთულ ანგარიშს სრულებით ვერ აწარმოებს. კრიტიკა ექსპერიმენტალურად შენახული აქვს (ჩაცმული ქალის ბანაობა, თევზი გალიაში), საერთოდ კი დაქვეითებული; თავისი მდგომარეობა, მაგალითად, არ აქვს სისწორით შეგნებული. თავს სომატიური ავადმყოფად სთვლის, ხოლო თუ ფსიქიური ცხოვრების მხრივ აქვს რაიმე ნაკლი, არ იცის. მიუხედავად იმისა, რომ უბრალო ამოცანებს ვერ აკეთებს, დარწმუნებულია კოლექტივის თავმჯდომარეობას და საქმის კარგად წაყვანას შეძლებს. ჰალუცინაციები ამჟამად არ აქვს, არც ბოდვითი იდეებს გამოიქვამს. პალატაში თავი წესიერად უჭირავს.

**ბიოლოგიური გამოკვლევები.**

- ზურგის ტვინის სითხე: ფერი—გამსკვირვალე
- წნევა--12
- ცილა--1,8
- Pandy-ის რ. —++++
- Weichbrodte-ს რ. —++++
- ციტოლოგიური გ. — 12,2
- Bordet-Wassermann-ის რ. +++++
- Guillain-ის კოლოიდ. რ. — 22222222200000.

სისხლი: Bordet-Wasserman-ის რ. —++++

შარდი: არავითარი პათალოგიური მოვლენები.

**Cursus morbi:**

3/V—5/VSt. idem.

6/V ერთი საათის განმავლობაში ავადმყოფს ორჯერ მოუვიდა Jackson-ის ტიპის ეპილექტიური გულყრა მარცხენა მხარეზე; გრძნობა არ დაუკარგავს. უნებლიეთი მოძრაობები ოდნავ გაძლიერდა გულყრის წინ და ოდნავ შემცირდა გულყრის შემდეგ. სხვა მხრივ არავითარი ცვლილება ავადმყოფობის მიმდინარეობაში არ მოიხდარა.

7/V—8/V უნებლიეთი მოძრაობები ისევ აქვს იგივე ხასიათის და იპვე ტერიტორიაში.

გულყრები არ მოსვლია.

9/V უნებლიეთი მოძრაობების რიამი და ამპლიტუდა შეკცირდა უფრო სახეზე და მუცლის არეში.

8/V უნებლიეთი მოძრაობები სახეზე და მუცლის არეში თათქმის არ აქვს, ხელში ოდნავ არის გამოხატული.

9/V უნებლიეთი მოძრაობები ავადმყოფს არ აქვს.

10/V უნებლიეთი მოძრაობები არ აქვს; სავსებით დაუბრუნდა ძალა მარცხენა ფეხში; მარცხენა ხელში ნებისყოფითი მოძრაობების სიფართე თითქმის სავსებით დაუბრუნდა, ძალა კი ოდნავ—დაქვეითებულია, Babinski-ის სიმპტომი არ აქვს; ადგილი აქვს მგრძნობელობის მოშლას მარცხენა ხელში: ზედაპირის მგრძნობელობა (სითბო, სიცოვე, მტკივნეულობა, შეხება) დაქვეითებულია უფრო მტევნის არეში; ღრმა მგრძნობელობა (სეგმენტთა მდებარეობა, პასიური მოძრაობათა შეგრძნება) მოსპობილია თითებში, ძლიერ დაქვეითებულია სხივ-მაჯის სახსარში და ოდნავ იდაყვის სახსარში; ზედაწოლის და ფიბრაციის მგრძნობელობა ძლიერ დაქვეითებულია მტევნის არეში და ოდნავ წინამხრის არეში; ტაქტილური დისკრიმინაცია ძლიერ შეხებულია: Weber-ის ცირკული დიდ გაფართოებას იძლევა თითების და მტევნის არეში, ადგილის ლოკალიზაცია შეცდომით წარმოებს; სხვადასხვა ქსოვილების ნაჭრებს ერთმანეთისაგან ვერ არჩევს; სტერეოგნოზია სავსებით მოსპობილია.

ავადმყოფი ორი თვეზე მეტი დარჩა კლინიკაში; უნებლიეთი მოძრაობები და გულყრები არ განქეორებია; კლინიკიდან გაწერისას ობიექტიური მოვლენები, გარდა ზოგიერთი სიმპტომების გაუმჯობესებისა (იხილეთ Cursus morbi), იგივე დარჩა.

**მკურნალობა.** მაღარის აცრის შედეგად მხოლოდ ოთხი შეტევა მივიღეთ (37,5°—37,8°). პროვაცაციული ზომების წიღებამ არ მოგვცა შეტევების განახლება, რის გამო გადავვდით და გავატარეთ ანტილუეტიური მკურნალობის კურსი.

ზემოდ აღწერილი კლინიკური მოვლენების და ბიოლოგიური გამოკვლევების შედეგების მიხედვით ჩვენ ვფიქრობთ, რომ საქმე გვაქვს ტაზო-პარალიზისით შეპყრობილ ავადმყოფთან, რომელსაც ეს ძირითადი ავადმყოფობა გაუართულდა რამდენიმე დღით Кожевников-ის სინდრომით.

როგორც მოგეხსენებათ, K-ის სინდრომი (epilepsia partialis continua) აღწერილი იყო პროფ. Кожевников-ის მიერ 1894 წელში. როგორც შესავალში აღვნიშნეთ, სხვადასხვა აზრი არსებობს ამ სინდრომის კლინიკური სურათის და პათოგენეზის შესახებ და ამის გამო ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია ცალკე განვიხილოთ საკითხი როგორც პირველის, ისე მეორეს შესახებ.

**კლინიკური სურათი** K-ის სინდრომის ხასიათდება უმთავრესად:

1. Jackson-ის ტიპის ეპილეპსიური შეტევებით და



2. მუღმივი ჰიპერკინეზის არსებობით ეპილექტიურ შეტევათა შორის.

უნდა ითქვას, რომ ამ სინდრომის პირველი ელექტის, ე. ი. Jackson-ის ეპილექსიის არსებობის შესახებ ადგილი არ აქვს აზრთა სხვადასხვაობას. ზოგჯერ დაავადება იწყება ეპილექტიური შეტევებით და ამას შემდეგში მოჰყვება ქრონიკული ჰიპერკინეზის განვითარება. ზოგჯერ კი, პირიქით, ეპილექტიურ შეტევებს წინ უსწრებს მუღმივი ჰიპერკინეზი. შეტევების სიხშირე სხვადასხვაა სხვადასხვა შემთხვევაში: ზოგჯერ წელიწადში ერთხელ, ზოგჯერ კვირაში ერთხელ, ზოგჯერ კიდევ ყოველდღიურად ან რამოდენიმეჯერ დღეში. ეპილექტიური შეტევები შეიძლება დამთავრდეს გრძნობის დაკარგვით, ენის დაზიანებით და შარდის დაქცევით (პროფ. Оморочков).

რაც შეეხება მუღმივი ჰიპერკინეზს, ცხადია, მისი არსებობის გარეშე არ არსებობს K-ის სინდრომი. აზრთა სხვადასხვაობას იწვევს ჰიპერკინეზის მხოლოდ კლინიკური სურათი.

ზოგიერთების აზრით (Кожевников, Хорошко), მუღმივი ჰიპერკინეზი ყოველთვის კლონურ კრუნჩხვას წარმოადგენს, ყოველთვის ერთიდაიგივე ჯგუფის კუნთებში არის გამოხატული, თანდათანობით ვრცელდება იმავე მხარეს მეზობელ კუნთებში, შეტევების წინ ძლიერდება, შეტევების შემდეგ კლებულობს და შემდეგ ისევ სტერეოტიპიურად მეორდება. უნებლიეთი მოძრაობებს უზიარესად ზედა კიდურში აქვთ ადგილი, უფრო ხშირად მომხრელებში არის გამოხატული, უფრო იშვიათად გამშლელებში; ანდა ერთდროულად როგორც მომხრელებში, ისე გამშლელებში; უნებლიეთი მოძრაობები სწრაფია და გამოხატება სეგმენტების სწრაფი მოხრა-გაშლაში; აღეგებით და ფიზიკური დაქინძვით ძლიერდებიან, ძილში ზოგჯერ ქრებიან ზოგჯერ კი არა.

„Наклонность к частой вариации, разбросанность и беспорядочность постоянных подергиваний не типичны для Кожевниковской эпилепсии, отсутствие же клонического характера в явлениях постоянного гиперкинеза и следовательно наличие тонического или атетонидного элемента в мышечных сокращениях является фактом, исключаям клиническую форму Кожевникова“ (Хорошко).

Souques-ის აზრით პირიქით, „მუღმივი ინტრაპაროქსიზმალური კრუნჩხვები გასაოცრად წააგავენ ჰემიქორეას, ჰემიატეტოზის და პოსტ-ენცეფალოლექტარგიული მოძრაობებს“. მისი აზრით, ძნელია მათი ერთმანეთისაგან გარჩევა და შესაძლებელიც არის ისეთი შემთხვევების ნახვა, როდესაც აღნიშნული უნებლიეთი მოძრაობები ერთი მეორეში გადადიან.

Keippel-ის და Weil-ის აზრით K-ის სინდრომი „შესდგება პარციალური ეპილექსიის კრიზებიდან, რომელთა ინტერვალებში არსებობენ მუღმივი მიოკლონური კრუნჩხვები“... „l'épilepsie partielle continue est denomination malhereuse, puisque c'est la myoclonie et non l'épilepsie qui est continue.“

Guillain-ი და Molaret-იც K-ის სინდრომის დროს არსებულ მუღმივ ჰიპერკინეზს აკუთვნებენ მიოკლონიებს.

ფილა წარმოდგენილი მტკიცე კლინიკური და ანატომიური საბუთები, ამისათვის პროფ. Хорошко-ს შესაძლებლად მიიჩნია K-ის სინდრომი გამოწვეული იყოს ზოგჯერ ქერქის მოტორულ არეს დაზიანებით და ზოგჯერ კი ქერქვეშა წარმოქმნების დაზიანებით.

**თეორა კორტიკო-სუბკორტიკალური**--მოგვეწოდა 1922 წელში Souques-მა. მას ჰქონია ორი შემთხვევა epilepsia partialis continua-სი. ორივე შემთხვევაში gardenale-ის მიღებით სავსებით გამქრალა საკმაოდ ხშირი ეპილეპტიური შეტევები და სრულიად უცვლელად დარჩენილა ინტრაპაროქსიზმალური მუდმივი ჰიპერკინეზი. თერაპევტიული ჩარევით გამოწვეული დისოციაციის ინტერპრეტაცია, ავტორის აზრით, ძნელი არის, თუ დავეუშვებთ, რომ K-ის სინდრომის ორივე ელემენტი გამოწვეულია პათოლოგიური პროცესით მხოლოდ ქერქში. მისი აზრით, უფრო გასაგები იქნება, თუ დავეუშვებთ, რომ ეპილეპტიური შეტევები გამოწვეულია ქერქის დაზიანებით და მუდმივი ჰიპერკინეზი კი სტრიო-თალამური არეს დაზიანებით. ამასთანავე Souques-ი ფიქრობს, რომ პათოლოგიური პროცესი არის ერთი, მაგრამ საკმაოდ გავრცელებულია და ერთდროულად აზიანებს როგორც ქერქს, ისე ქერქვეშა კვანძებს. ასეთი პათოლოგიური პროცესი იშვიათია და ამისათვის იშვიათია K-ის სინდრომი. ამ სინდრომის ორივე ელემენტი რომ მხოლოდ ქერქის დაზიანებით იყოს გამოწვეული, მაშინ K-ის სინდრომი ისე ხშირი უნდა იყოს, როგორც Jackson-ის ეპილეფსია. ამ ჰიპოთეზას Souques-ი კიდევ იმაზე ამყარებს, რომ მუდმივი ჰიპერკინეზი ძლიერ წააგავს და ზოგჯერ შეუძლებელიც არის მისი განსხვავება ქორეატიული, ატეტოზური და მიოკლონური მოძრაობებისაგან, რომელთა ანატომიურ სუბსტრატად ამჟამად მიღებულია ქერქვეშა კვანძების დაზიანება.

ასეთია მოკლედ სხვადასხვა აზრი K-ის სინდრომის კლინიკური სურათის და პათოგენეზის შესახებ.

როგორც ზემოთ დავინახეთ, ჩვენს შემთხვევაში, მუდმივი ჰიპერკინეზი წარმოადგენდა კლონურ კრუნჩხვას, რომელიც გამოხატულა იყო ყოველთვის ერთიდაიგივე ტერიტორიაზე და დროგამოშვებით გადადიოდა პარციალური ეპილეფსიის შეტევებში იმავე მხარეზე. არც ერთხელ არ იყო შემჩნეული აღნიშნულ ჰიპერკინეზში ტონური ან ატეტოზური ელემენტი. ცხადია, რომ ჩვენს შემთხვევაში არსებული კლინიკური მოვლენები, ტაბო პარალიზისის ნიშნების გამოკლებით, შეიძლება სავსებით მოთავსდეს K-ის სინდრომში. პროგრესიული დამბლის ამ სინდრომით გართულება აღნიშნული აქვს პროფ. Гиляровский-ს თავის სახელმძღვანელოში. K-ის სინდრომის ერთ-ერთ ეთიოლოგიურ მომენტად პროფ. Хорошко მიუთითებს პროგრესიულ დამბლაზე. ცხადია, K-ის სინდრომის არსებობა პროგრესიული დამბლის დროს ძლიერ იშვიათი არ უნდა იყოს. მიუხედავად ამისა, ჩვენთვის მისაწვდომ ლიტერატურაში ჩვენ ვერ ვნახეთ K-ის სინდრომით გართულებულ პროგრესიული დამბლის ან ტაბო-პარალიზისის შემთხვევების აღწერა და K-ის სინდრომის პათოგენეზის საკითხის გაშუქება აღნიშნულ დაავადებათა დროს. სწორედ K-ის სინდრომას პათოგენეზის საკითხის

სინდრომის  
კლასიფიკაცია

მხრივ მიგვაჩნია საინტერესოდ ჩვენი შემთხვევა. ზემოთ მოყვანილ პათოგენეზის თეორიებიდან არც ერთი არ არის მიუღებელი პროგრესიული დამბლის დროს განვითარებულ K-ის სინდრომის ასახსნელად. მართლაც, როგორც ცნობილია, პროგრესიული დამბლის დროს ყოველთვის დაზიანებულია ქერქი. ყოველთვის თუ არა ხშირად მაინც და ზოგჯერ ქერქზე უფრო ძლიერადაც დაზიანებულია ქერქვეშა კვანძები. 1930 წელში გაოქცევენებულ შრომაში „Paralysie generale Striée“ Waldemiro Pires ს მოჰყავს ექსტრაპირამიდალური სინდრომით გართულებული პროგრესიული დამბლის 4 შემთხვევა და მრავალი ავტორთა გვარები, რომელთაც არა ერთხელ უნახავთ პროგრესიული დამბლის დროს კლინიკურად ექსტრაპირამიდალური სინდრომები (ქორეა, პარკინსონიზმი, მიოკლონია) და ანატომიურად ქერქვეშა კვანძების დაზიანება. ამავე ავტორის აზრით, არა თუ ნათლად გამოხატული ექსტრაპირამიდალური მოვლენები, არამედ პარალელური ენცეფალიტის ზოგიერთი ტიპური მოტორული მოშლილობანი, როგორიცაა ნაწილობრივ მეტყველების მოშლა, მიმიკის მოშლა და კანკალი, შედეგი უნდა იყოს corpus striatum-ის დაზიანების. ზემოთ აღნიშნულიდან ცხადია, რომ პროგრესიული დამბლის დროს განვითარებული K-ის სინდრომის პათოგენეზის შესახებ ძნელი არის გარკვეული აზრის გამოტანა, მით უმეტეს ანატომიური გამოკვლევის გარეშე. მიუხედავად ამისა, კერძოთ ჩვენს შემთხვევაში ჩვენ მაინც ვფიქრობთ, რომ K-ის სინდრომი გამოწვეულია ქერქის დაზიანებით. ამ აზრის სასარგებლოდ ლაპარაკობს:

1. მუდმივი კლონური ხასიათის ჰიპერკინეზის არსებობა ერთდროულად სახის ნერვის ზედა ტოტის არეში ორივე მხარეზე (ორმხრივი ინერვაცია) და ქვედა ტოტის არეში მხოლოდ ერთ მხარეზე (ცალმხრივი ინერვაცია);
2. Jackson-ის ეპილეფსია;
3. მონობლევური ტიპის ჰემიპარეზი;
4. მგრძნობელობის დისოციაციური მოშლა (ქერქული ტიპის) და
5. ექსტრაპირამიდალური მოტორული სისტემის დაზიანების ნიშნების არ არსებობა.

**ლიტერატურა**

1. Проф. Омороков. „Кожевниковская эпилепсия в Сибири“. Ж. невропат. и психиат. имени Корсакова 1927 წ. № 1.
2. Россолимо. Учебник нервных болезней.
3. Проф. Хорошко. Кожевниковская эпилепсия. Б. М. Э.
4. Souques. „Dissotiation des paroxysmes convulsifs et . . . Revue Neurologique 1922 № 1.
5. Guillain et Mollaret. „Deux cas de myoclonies.... R. N. 1931 წ. ტომი 1 № 5.
6. Klippel et Weil. Myoclonies. Nouveau Traité de Medecin ტ. XXI.
7. Проф. Гиляровский. Учебник психиатрии.

ორდინატ. თ. მღიზაანი

## თირკმელის ტრავმატიული კანკევა დაზიანების ოკრი შემთხვევა

(მედ-ინსტიტუტის ფაკულტ. ქირურგ. კლინიკიდან. გამგე პროფ. ა. მაჭავარიანი)

შინაგან ორგანოების ტრავმული კანკევა დაზიანება ყოველთვის წარმოადგენს ერთგვარ ინტერესს, მათი შედარებითი იშვიათობის გამოისობით, მით უფრო თირკმლების კანკევა დაზიანება, რომელიც სხვა დაზიანებებთან შეფარდებით აღირიცხება 0,05 0,1 ან 0,2 %/0-ში. მრავალ ავტორების როგორც საკუთარი, ისე შეკრებილ სტატისტიკებიდან მსგავს რიცხვებს ვღებულობთ (მაგ. Kuster-ით 0,12 %). ქირურგიულ სნეულებებთან შეფარდებით ეს რიცხვი კიდევ უფრო მცირეა, Eleter boeck-ით ეს რიცხვი ერთ მეათედზე ნაკლებია. ჩვენი კლინიკის მასალების მიხედვით ავადმყოფთა საერთო რიცხვთან შეფარდებით თირკმელის კანკევა დაზიანების რიცხვი 0,02 % უდრის. რაც შეეხება საერთო რიცხვს კანკევა თირკმლის დაზიანებისას Bugbee-მ შეკრიფა 1916 წელში 1 107 შემთხვევა.

ასეთ შედარებით იშვიათობას თირკმლის კანკევა დაზიანებისა (თ. კ. დ.) ავტორებმა ხსნიან მათი ანატომიური მდებარეობით, თირკმელები, რომელნიც მოთავსებული არიან ხერხეშალთან, ნეკნების ქვეშ და გახვეული არიან ხერხეშალთან, ნეკნების ქვეშ და გახვეული არიან ცხიმოვან ქსოვილში ბუნებრივად კარგად დაცული არიან. სწორედ ამ გარემოებით (ე. ი. ანატომიური მათი მდებარეობით) და სხეულის აგებულებით ხსნიან აგრეთვე იმ გარემოებას, რომ მამაკაცებში თირკმელის დაზიანება უფრო ხშირია ვიდრე დედაკაცებში. Kuster-ით მამაკაცებში 95 %, ხოლო დედაკაცებში 5 %. ასეთივე შეფარდებას იძლევიან Desnot et Minet, რომელთაც 135 მამაკაცზე 17 ქალი ჰყავდათ თ. ე. დ-ბით. ჩვენს შემთხვევებში ორივე მამაკაცი იყო. თირკმლის დაზიანებისთვის საჭიროა ერთდროული მძლავრი ტრავმა, თუმცა აწერილია შემთხვევები შედარებით არა მძლავრი ტრავმის შემდგომ თირკმლის დაზიანება ან და უბრალო კუნთთა დაჭიმულობის შემდგომ. ტრავმა შესაძლებელია მოქმედობდეს ან უშუალოდ თირკმლის არეზე წინიდან, გვერდიდან ან უკანიდან ან იწვევდეს მის დაზიანებას par contre—coup. Kuster-ი კი გარდა ტრავმისა დიდ მნიშვნელობას აწერს აგრეთვე ორგანოს პარენქიმის შეგუბებას და ხსნის გახლეჩას წნევის მომატებით. ჩვენს შემთხვევებში ჰქონდა ადგილი ჯერ ერთი



უშუალო ტრაემას, რომელიც ერთ შემთხვევაში წინიდან, ხოლო მეორე შემთხვევაში უკანიდან მოქმედობდა და მერეც შესაძლებელია Kuster-ის ახსნაც მივიღოთ მხედველობაში—ორივე შემთხვევაში ავადმყოფები იმყოფებოდნენ ფიზიკურ მუშაობის პროცესში, რომლის დროს, უნდა ვიფიქროთ, თირკმლების ჰიპერემია ძლიერდება და ამ ორი მომენტების შედეგად მივიღეთ მათი დაზიანება, მით უფრო, რომ პათოლოგო-ანატომიურად ეს დაზიანება მსგავსია იმ დაზიანებისა, რომლებსაც ლებულობდა Kuster-ი თავის ცდების დროს. თუ Kuster-ის თეორია არ ხსნის ყოველ შემთხვევებს, ჩვენი შემთხვევებისათვის ის ყოველ შემთხვევაში მისაღებია.

თირკმლის კანქვეშა დაზიანების დიაგნოსტიკა ტიპიურ შემთხვევებში არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს, როგორც ამას ჰქონდა ადგილი ჩვენს შემთხვევებში. თუ მძლავრი ტრაემის შემდგომ აღინიშნება ჰემატურია მძლავრი ტკივილებით ლუმბალურ არეში, ყოველგვარ მოძრაობის და ხელის შეხების დროს, თუ ამასთან ერთად არის ჰემატომა, რომლის გავრცელება მატულობს მოკლე ხნის განმავლობაში და დიდ არეს იკავებს და შოკის მდგომარეობა, რომელიც თუმცა მხოლოდ თირკმლების დაზიანებისთვის არ არის დამახასიათებელი, ყველა ეს ნიშნები ერთად ნათლად ყოფენ დიაგნოზს: მხოლოდ ამ სიმპტომების მიხედვით შეუძლებელია გავარკვიოთ ანატომიური საზღვრები თირკმლის დაზიანებისა. მართალია ჰემატურია მიგვითითებს დაზიანებას თირკმლებისა გამომყვან გზებამდე, მაგრამ ჰემატურიას შესაძლებელია ადგილი არ ჰქონდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც შარდ-საწყეთი დაცულია კოლებით, აგრეთვე ძრული დაჭეპყვა თირკმლის ან მისი მოგლეჯა ფეხიდან შესაძლებელია უემატურიოთ მიმდინარეობდნენ.

ლუმბალური ჰემატომა, რომელიც ვითარდება სისხლის ჩაქცევების გამოისობით და შარდის ჩაქცევის შედეგათ, ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ კაპსულის განახების შედეგათ, ან ცხიმოვან კაპსულის დაჟეჟვის გამო. ჰემატომა ზოგჯერ პირიქით უმნიშვნელო შეიძლება იყოს თირკმლის დაჭეპყვის დროს ან თირკმლის სუბკაპსულარული დაზიანების გამო. ორივე ჩვენს შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა ჩამოთვლილ სიმპტომებს, სახელდობრ მძლავრი ტრაუმა, ჰემატურია, ლუმბალური ჰემატომა, მტკივნეულობა უალრესი წელის მიდამოში, შოკის მდგომარეობა, რაც ერთად სრულიად ნათელ ყოფდნენ თირკმლის დაზიანებას.

რანაირი უნდა იყოს ასეთ შემთხვევებში თერაპია? თანამედროვე შეხედულებით ეს თერაპია შესაძლებელია ორი გზით მიმდინარეობდეს: კონსერვატიული და ოპერატიული. ოპერატიული ჩარევის დროსაც სცდილობენ შეძლების დაგვარად დაზიანებულ თირკმლის შენარჩუნებას. მკურნალობა არ შეიძლება ჩამოვყალიბოთ გარკვეულ ნორმებში, ის სულ ყოველთვის ნაკარნახევია თითოეული კერძო შემთხვევის მიმდინარეობით და საერთო მდგომარეობის სიმძიმით. იმ შემთხვევებში, როდესაც აღნიშნულ მოვლენებს თან არ სდევს პროგრესიულ ანემიის ნიშნები, მკურნალობა შეიძლება კონსერვატიული იყოს—წოლა ზურგზე



ლოგინში, აფიონი კანკეოზ, ყინული სავალალო მიდამოზე, საშარდე გზების სა-  
დიზენთეკო საშუალებები; წინააღმდეგ შემთხვევაში მკურნალთა მხოლოდ  
ოპერაციული შეიძლება იყოს და ხშირად ოპერაცია სწყვეტს ავადმყოფის სი-  
ცოცხლის და სიკვდილის საკითხს.

ჩვენს შემთხვევებში გარდა აწერილ სიმპტომებისა ადგილი ჰქონდა პრო-  
გრესიულ ანემიის ნიშნებსაც, რომელნიც დაუყოვნებლივ მოითხოვდნენ რადიკალურ  
ოპერაციას, ისე რომ რაიმე დამატებითი გამოკვლევების წარმოება შეუ-  
ძლებელი იყო.

ოპერაციის დროს თირკმლების დაზიანება იმდენად დიდი აღმოჩნდა,  
რომ თირკმლების შენარჩუნება შეუძლებელი იყო, ისე რომ ამ შემთხვევაში  
ოპერაციული ჩარევა ნაჩვენები იყო და კიდევაც მოიტანა თავისი შედეგები: ორი-  
ვე ავადმყოფი განკურნებული გაეწერნენ. მოვიყვან ორივე ავადმყოფის ავად-  
მყოფობის ისტორიას და პრეპარატების აწერას.

1 შემთხვევა: ავადმყოფი A., 22 წლისა, უცოლო, მოყვანილ იქნა  
კლინიკაში სასწრაფოდ წელის მარცხენა არეში უკანიდან ფეხით მძლავრი  
დარტყვის გამო ფეხბურთის თამაშის დროს. ტრავმის შემდგომ ჰქონია  
გულის წასვლა, მოყვანის დროს შოკის მდგომარეობა, რომელმაც  $1\frac{1}{2}$  ს. შედ-  
გომ გაიარა. საერთო მდგომარეობა: მაჯა რითმიული, უფრო სუსტი,  
რიცხვით 70. გულის რევა, პირსაქმება არა აქვს. მუცელი რბილი, მხო-  
ლოდ მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში defense musculaire, მტკივნეულო.  
ბა, რომელიც წელზედაც ვრცელდება. აღნიშნული არე ხელის მტკიერ დარ-  
ტყვით იძლევა აუტანელ ტკივილებს. ლუმბალური ჰემატომა, რომელიც  
თითქმის მიაღწევს os ilei. შარდში სისხლი. ანემია და მაჯის სისუსტე  
მატულობს. სასწრაფო ოპერაცია Nephrectomia sinistra, საერთო ეთერის  
ნარკოზის ქვეშ. ოპერაციის ხანგრძლივობა 15 წუთს. ნაოპერაციევი  
ხანა ჩატარდა გაურთულებლივ. გაეწერა კლინიკიდან განკურნებული, შე-  
ხორცებული ჭრილობით სამი კვირის შემდეგ.

მე-2-რე შემთხ.: ავადმყოფი B., 34 წლისა, ცოლიანი, მოყვანილი  
იყო კლინიკაში სასწრაფოდ. 3 საათის წინ ცხენმა მას მარტყა წიხლი  
მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. კლინიკაში მოყვანისას ავადმყოფი იყო  
ანემიური, ნახევრად შოკის მდგომარეობაში, მაჯა სუსტი, ცუდი ავსების,  
გულის რევა, პირიდან საქმება არ ჰქონია. გასინჯვით მუცელი ცოტა შე-  
ბერილი, უმტკივნელო, გარდა მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოსი, სადაც  
აღინიშნებოდა ძლიერი defense musculaire და მტკივნეულობა, რომელიც  
ვრცელდებოდა წელის მიმართულებით. მარცხენა თირკმლის არე წელის  
მხრიდან ოდნავ გამობერილი და ხელის დაჭერით ძლიერ მტკივნეული.  
კატეტრით გამოშვებული იქნა შარდი, რომელშიაც ერია ბლომად ახა-  
ლი სისხლი.

სასწრაფოდ გაუკეთდა Nephrectomia sinistra, საერთო ეთერის ნარკოზის  
ქვეშ. ოპერაცია ვაგრძელდა 35 წამი. ნაოპერაციევი ხანა კარგად ჩატარ-

და. კრილობა ნაწილობრივ დაჩირქდა. გაეწერა კლინიკიდან ერთი თვის შემდეგ.

პრეპარატების გასინჯვით აღმოჩნდა, რომ ისინი თავისი დაზიანებით ეფარდებიან Küster-ის კლასიფიკაციის მესამე ჯგუფს, ე. ი. თირკმლის პარენქიმის დაზიანება, რომელიც მიაღწევს ფიალებს და ზენჯს.

1-ლი შემთხვე. სრული გაგლეჯა თირკმელის პარენქიმისა, მენჯამდე განახვევი, თითქმის ორ თანაბარ ნახევარზე ყოფს თირკმელს, მიაღწევს ზენჯს და ჩერდება კარის მიდამოში, მიიმართება ჰორიზონტალურად და მისი კიდეები დაკბილულია. რაიმე ცვლილებები მიკროსკოპიულად გარდა ნეკროზისაზისა და სისხლის ჩაქცევების ნახული არ იყო.

მეორე შემთხვე. პარენქიმის სრული გაგლეჯა მენჯამდე, განახვევის სიბრტყე მიიმართება უკანა ზედაპირზე, იწყება კარების ზემოდ და ჩერდება კიდის ნაპირიდან 1 სმ. დაშორებით.

წინიდან კი კარის მიდამოში.

მეორე ნაპრალი იწყება კარის მიდამოში და მიიმართება ქვემო პოლუსისაკენ და ჩერდება მის კიდედან ორი სმ. დაშორებით.

ორივე თირკმელი ნორმალური ოდენობისაა.

#### ლიტერატურა

Федоров. Хирургия почек и мочеточников. Холтов. Чаешная урология. Пономорев. Русский врач 1913 № 35. Journae d'urologie, tome XXX № 1 1930. Journae de chirurgie. Pathologie chirurgicale Eosset, Lonormand, Les sotne IV. Нов. хирургич. Архив. том 16 кн. 2. „თანამედროვე მედიცინა“ V 1929 წელი.



პროდუქტები განსაკუთრებით მოქმედებენ ნერვიულ სისტემაზე და ყველა ამის შედეგი არის ეკლამპსია-ო. ჩვენ აქ არ შევუდგებით სხვა მოსაზრებების მოყვანას და მათ კრიტიკულ გარჩევა-შეფასებას, მაგრამ ერთი რამ ნათელია— ყველა ის ღონისძიებები, რომლებიც დღეს-დღეობით მოწოდებულია ეკლამპსიის სამკურნალოდ, გამომდინარეობენ სწორედ ამ შხაპების წარმოშობ მიზეზების ადრე მოცილებისაგან და მის განეიტრალება-შესუსტებისაგან.

თუმცა ცანგემეისტერი (Zangemeister) კი აცხადებს, რომ „დღევანდლამდის ჩვენ არა გვაქვს არც ერთი ნამდვილი საშუალება, რომელსაც შეეძლოს ეკლამპსიის მორჩენა, თუნდაც შედარებით კეთილთვისებიან დასაწყისს სტადია-ში“-ო, მაგრამ ძირითადად სამი მიმართულება არსებობს ეკლამპსიის მკურნალობის საკითხში: 1—პროფ. სტროგანოვის „პროფილაქტიური“ მეთოდი, 2—აქტიური მეთოდი და 3—„შუა ხაზის“ თერაპია. ჩვენ აქ არ განვიხილავთ დაწვრილებით ამ მეთოდების დამცველთა აზრებს, მხოლოდ დაკმაყოფილებით მით, რომ ყველა დამცველები ამ მიმართულებების სტატისტიკური მასალით გამოდიან და ამტკიცებენ ამა თუ იმ მეთოდის უპირატესობას. მაგალითად, პროფ. სტროგანოვით, მისი უკანასკნელი ცნობების თანახმად, პროფილაქტიური მეთოდის მოხმარებით დედის სიკვდილობა 2,6%-დის დაიყვანა, ცვეიფელ-ლიხტენშტეინით (Zweifel-Lietenstein) ამ მეთოდით მკურნალობისას დედის სიკვდილობა 8,5%-ში მიიღო. ამავე მეთოდით მკურნალობის ნაკრები სტატისტიკა 4800 შემთხვევაზე დედის სიკვდილობას 10,6%-ში იძლევა.

კრივსკიმ (Кривский) შერეული მკურნალობით მიღებული დედის სიკვდილობის 29%—აქტიურ ჩარევაზე დადასვლით 18%-დის დაიყვანა. პარიშევა (Парышев) 13% დედის სიკვდილობა ნარკოტიული ნივთიერების მოხმარებისას, აქტიური ჩარევით 4%-დე დაიყვანა. სელიცკიმ (Селицкий) აქტიური ჩარევით 190 შემთხვევაზე დედის სიკვდილობა 14,2%-ში მიიღო, ბუმში (Вумш) ით დაჩქარებულმა მოშობიარებამ დედის სიკვდილობა 5%-დე დაიყვანა.

Engelman-მა შუა ხაზის თერაპიით დედის სიკვდილობა მიიღო 5,7% ში მაშინ, როცა აქტიური ჩარევისას ის უდრიდა 21%-ს. ვერნერმა (Werner) შუა ხაზით თერაპიის დროს დედის სიკვდილობა განსაზღვრა 5,3%-ით. მანდელშტამმა (Мандельштам) 12 შემთხვევის შუა ხაზით მკურნალობის დროს დედის სიკვდილობა 0%-ში მიიღო.

როგორც თავის დროზე გამოქვეყნებულ ექიმ ვ. კუქაიძის შრომიდან ირკვევა, ჩვენი კლინიკა ეკლამპსიის მკურნალობაში ატარებს შუა ხაზის თერაპიას და ამიტომ ჩვენ განვიზრახეთ გამოკვეთვები კლინიკის მასალა და შედეგები.

დღიდან დაარსებისა 1920 წლიდან (1932 წლის მარტის დამლევამდე), ე. ი. 11 წლისა და 3 თვის განმავლობაში ჩვენს კლინიკაში შემოსულა 18,154 ორსული ქალი, რომელთა შორის მოუმშობიარებია 12.517 ქალს. მათ შორის ეკლამპსიით დაავადებული ყოფილა 50 ორსული, რაც მშობიარეთა საერთო

რიცხვთან შედარებით შეადგენს 0,39%<sub>0</sub> ე. ი. 1:250 მშობიარეზე. სხვა ავტორთა მონაცემები ამ დარგში ირხევა 0,33%<sub>0</sub>—2,01%<sub>0</sub>-დის (Юрьевский, Дьяконов, Котельников, Михайлов, Груздев, Селицкий, Hinselman, С Zizevitz, Кнап, Glockner და სხვები), ისე რომ ჩვენი კლინიკის მასალა მთელ რიგ ავტორთა მონაცემებზე ნაკლებია.

ეკლამპსიის შემთხვევები წლების და მიხედვით.

ტაბ. № 1.

წლები/შემთხვევა	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1029	1930	1931	1932 I II III	სულ
შემოვ-და . . . . .	804	596	1134	1527	1719	2138	2116	1170	1697	1641	1666	1551	395	18154
იმშობიარა . . . . .	626	432	778	1026	1160	1317	1323	754	1120	1130	1329	1170	286	12517
ეკლამპსია იყო . . . . .	5	2	2	3	5	4	3	4	5	7	3	3	4	50
მშობიარობასთან % <sub>0</sub> შეფარდება . . . . .	0,79	0,46	0,25	0,29	0,43	0,30	0,22	0,52	0,45	0,61	0,21	0,25	1,39	0,39

წელიწადის დროის და მიხედვით ისე, როგორც ამას სხვა ავტორები აღნიშნავენ, დიდი უმეტესი ნაწილი შემთხვევებისა მოდის გაზაფხულისა და შემოდგომის თვეებში.

ჰასაკის და მიხედვით (იხ. ტაბ. № 2) შემთხვევათა უმეტესი ნაწილი მოდის 15--20 წლამდე 48%<sub>0</sub>- 21--25-მდე—28%<sub>0</sub> და ყველაზე მცირე დაავადებას იძლევა 30—40 წელი. ასეთივე გარემოებას აქვს ადგილი ეკლამპსიის შემთხვევებში ორსულთა ჰასაკის მიხედვით.

ტაბ. № 2.

წლოვანება	15	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	28	30	34	36	40	აზრ ბანიშ.	სულ
შემთხვევა ეკლამპსიის . . . . .	1	1	3	11	2	6	1	6	4	3	2	1	4	2	1	1	1	50
% <sub>0</sub> შეფარდება . . . . .	48,0%			28,0%				14,0%			8,0%			2% <sub>0</sub>				
გარდაიცვალა . . . . .	1	0	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
გარდაცვალებულთა რიცხვთან % <sub>0</sub> შეფარდება . . . . .	57,1%			28,57%				0,0%			0,0%			0,0%			12% <sub>0</sub>	



დედის სიკვდილობის შემთხვევებშიც 15—20 წელი იძლევა ეკლამპსიის დროს, დედის სიკვდილობის საერთო რიცხვთან შედარებით 57,6<sup>0</sup>%, 21—25 წელი—28,57<sup>0</sup>% და ასე შემდეგში. ექ. ალოვსკი, ემაკინი, კოტელნიკოვი და სხვებით (Аловский, Жмакин, Котельников) უმეტესი ნაწილა დაავადებისა მოდის 16—20 წლებში და სიკვდილობაც ამ ჰასაკში დიდია, რასაც პროფ. სელიცკის ცნობაც ადასტურებს. ეს გარემოება პრ. დოც. იაკოვლევის აზრით აიხსნება მით, რომ „ახალგაზრდა ქალებს და განსაკუთრებით პირველშობიარეთ ნერვიული სისტემის გამძლეობის დაქვეითება აქვთ, ამიტომ მათ სისხლძარღვთა მაჰოძრავებელ ცენტრის უდიდესი აღზნებულება და ენდოკრინულ ჯირკვლების კოორდინაციის მოშლილობა ადვილად უნვითარდება“-ო. ჩვენი აზრით ამას უნდა დაემატოს ისიც, რომ ახალგაზრდა ჰასაკში ქალის ორგანიზმი მეტი მგრძობიარეა ეკლამპსიის შხამებისადმი, რაშიც არა ნაკლები მნიშვნელობა მის კონსტიტუციასაც უნდა ჰქონდეს.

ეკლამპსია ორსულობისდა მიხედვით:

ტაბ. № 3.

ორსულობა ჰქონდა	I	II	III	IV	V	VI	VII	სულ
ეკლამპსია . . . . .	38	1	7	1	1	1	1	50
% შეფარდება . . . . .	76,0%	2,0	14,0	2,0	2,0	2,0	2,0	
დედა გარდაიცვალა . . . . .	4	0	1	1	0	0	0	6
შემთხვევათა რიცხვთან % შეფარდება . . . . .	13,16	—	14,28	100	—	—	—	12,0

ორსულობის მიხედვით, როგორც ტაბ. № 3-დან ჩანს, 1 მშობიარეზე მოდის 76,0<sup>0</sup>%, რაც უახლოვდება ექ. ალოვსკის (78,86<sup>0</sup>%), გრაიმერის (78<sup>0</sup>%), სელიცკის (66<sup>0</sup>%), Zangemeister-ის (85,7<sup>0</sup>%) და სხვების მონაცემებს.

დედის სიკვდილობა ჩვენი მასალით განისაზღვრება 14<sup>0</sup>%, მაგრამ აქედან უნდა გამოვავლოთ ერთი შემთხვევა Moribundus-ისა, როცა საკეისრო გაკვეთა იყო ნაწარმოები მხოლოდ და მხოლოდ ნაყოფის გადარჩენის მიზნით, მაშინ დედის სიკვდილობა იქნება 12<sup>0</sup>%-ში, რაც ეთანხმება კატელნიკოვის (123<sup>0</sup>%), დიაკონოვის (11,7<sup>0</sup>%) და იაკოვლევის მასალას, ნაკლებია კი—**ბაუმგარტის** (19,7<sup>0</sup>%) დე-ლეეს (20—25<sup>0</sup>%), სელიცკის (15,7<sup>0</sup>%) და კრიესკის მასალაზე.

შეშუპებით შემოსულია 21 ორსული, ე. ი. 44,0<sup>0</sup>%. რომელთაგანაც გაიწერა 14, გარდაიცვალა 7. არ ჰქონია შეშუპება 29 ანუ 58,0<sup>0</sup>%. ასეთივე ცნობებს იძლევა მიახლოებით სხვა ავტორებიც, მაგრამ ერთი რამ, რაც ჩვენ აქ გვინდა აღვნიშნოთ, ეს შეეხება დედის სიკვდილობას იმ ორსულებში, რომლებ-

ბიც შეშუპებით შემოსულა და რამდენადაც ეს შეშუპება შორს იყო წასული, ე. ი. გავრცელებული იყო ფილტვებზე და სხვა ორგანოებზე, იმდენად მათში სიკვდილობაც მეტი იყო.

ორსულობის სიდიდის და მიხედვით 28 შემთხვევაში იყო დროზე მითანილი ორსულობა, 18 შემთხვევაში ნაადრევი მშობიარობა, 3 შემთხვევის შესახებ ცნობა არ არის, 1 შემთხვევა 8 თვის ორსული, რომელიც მოყვანილი იყო უგრძობ მდგომარეობაში, სათანადო ზომების მიღების შემდეგ მე-5 დღეზე გაიწერა კლინიკიდან მოუშობიარებელი კარგ მდგომარეობაში.

ჩვენს შემთხვევებში Ecl. Subgravide იყო 13, ე. ი. 26,0<sup>0</sup>/<sub>10</sub>; Ecl. Subpartum—22, ე. ი. 44,0; Ecl. postpartum 15, ე. ი. 30,0<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. როგორც ჩვენი მასალა, ისე მთელ რიგ ავტორების მასალა (სტროგანოვი, გრუზდევი, სელიცკი, სუდაკოვი, იაკოვლევი, კოტელნიკოვი და სხვები) ადასტურებს იმას, რომ ეკლამპსია ორსულობის ხანაში შედარებით ნაკლებია, მაქსიმუმ განვითარებისას იძლევა მშობიარობის ხანაში და მცირეა მშობიარობის შემდეგ პერიოდში, თუმცა ორსულობაში არსებულ შემთხვევებთან შედარებით მაინც მეტია.

50 ავადმყოფიდან სახლში შეტევა ჰქონია 23, ე. ი. 46<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. კლინიკაში მოყვანისას მშობიარობამდე შეტევა ჰქონდა 33, ე. ი. 66<sup>0</sup>/<sub>10</sub>, მხოლოდ მშობიარობის შემდეგ შეტევები გაუგრძელდა 42 ავადმყოფს, ე. ი. 84<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. ერთს შემთხვევაში მშობიარობიდან 7 ნახევარ საათის გასვლის შემდეგ დაეწყო ქალს ეკლამპსია, ჰქონებია 26 შეტევა, მაგრამ მე-8 დღეზე გაწერილა კლინიკიდან ჯანსაღი. მეორე შემთხვევაში მშობიარობიდან 14 საათის გასვლის შემდეგ დაეწყო ეკლამპსია, ჰქონდა 20 შეტევა და მშობიარობიდან მეორე დღეზე გარდაიცვალა. მესამე შემთხვევაში ეკლამპსია დაეწყო მშობიარობიდან მესამე დღეზე, ჰქონდა 6 შეტევა, გაიწერა კლინიკიდან მე-16 დღეზე. ყველა ამ შემთხვევებში მშობიარობა დასრულდა თავისით, არავითარ ჩარევას ადგილი არ ჰქონია და არც ეჭვი იყო საშვილოსნოში მომყოლის რაიმე ნაწილების ჩარჩენაზე. ტყუბით ნაყოფით მშობიარობას ეკლამპსიის დროს ჩვენს შემთხვევებში ადგილი ჰქონდა 6.0<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ში, რაც ეთანხმება სხვა ავტორების მონაცემებს. ნაყოფი დაიბადა დროული 54<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ში, დღენაკლები 38<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ი. ცნობა არაა 6<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ში. აქედან ნაყოფის სიკვდილობა ჩვენ მივიღეთ 19-2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>-ში, რაც შედარებით სხვა ავტორებთან (სტროგანოვი 21,6<sup>0</sup>/<sub>10</sub>—სელიცკის 30,3<sup>0</sup>/<sub>10</sub> პრიმოთი 26<sup>0</sup>/<sub>10</sub>) ნაკლებია კიდევ.

ამ ტაბულიდან ჩანს, რომ დედის სიკვდილობა დიდია ეკლამპსიის ისეთ შემთხვევებში, სადაც მშობიარობა თავისით დასრულებულია (10<sup>0</sup>/<sub>10</sub>), ბავშვებისათვის კი—ეს გარემოება უფრო კეთილსაყოფია ვიდრე ოპერატიული ჩარევა. ტაბულის დაწვრილებით განხილვაზე ჩვენ აქ არ შევჩერდებით, მაგრამ მე მაინც მინდა მკითხველის ყურადღება მივაქციო კლასიკურ საკეისრო გაკვეთისა და საშოს მხრივ საკეისრო გაკვეთის საკითხისადმი. Dührsen-ის ოპერაციისათვის ჩვენ მივიმართავს 8-ჯერ, ე. ი. 23,1<sup>0</sup>/<sub>10</sub>, აქედან დედის სიკვდილი მივიღეთ 50<sup>0</sup>/<sub>10</sub>, ბავშვთა სიკვდილობა 70<sup>0</sup>/<sub>10</sub> (ეკლამპსიის დროს ბავშვთა საერთო სიკვდილობასთან შედარებ.).



რა დახმარება გაეწია და როგორი შედეგი გამოიღო დედისა და ნაყოფისათვის  
ტაბ. № 4.

რა დახმარება გაეწია და რა შედეგი გამოიღო	მომზობარა თა- ვისით	გაეწერა მოღბ- ბიარბული	Metreirisis	Metreirisis შემდეგ Versio obstetrica	Metreirisis შემდეგ Forceps.	Dürssen შემდეგ pertorasto	Dürssen შემდეგ Vers. obsstetrica	Dürssen შემდეგ Forceps,	კლასიკური საკეის- რო გაკვეთა	Versio obstetrica	Sectio coeli uferi	Forceps	Kristeller	ს უ ლ	
რაოდენობა . . .	20	1	1	2	1	3	3	2	5	4	1	5	2	50	
% შეფარდება . .	40,0	2,0	2,0	4,0	2,0	6,0	6,0	4,0	10,0	8,0	2,0	10,0	4,0		
ს ი კ ე ს ი ა ს ი კ ე ს ი ა ს ი კ ე ს ი ა	დედის მხრით	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	6	
		10,0%	—	—	—	100	25,0	25,0	50,0	—	—	—	—	12,2%	
	ნაყოფის მხრით	1	0	0	0	0	3	2	2	—	—	1	1	0	10
		5,0%	—	—	—	—	100	25,0	100,0	—	—	100,0	20,0	—	19,2%

კლასიკური საკეისრო გაკვეთა ვაწარმოეთ 5-ჯერ, ე. ი. 14,3% აქედან დედისა და ნაყოფის სიკვდილი 0% ამრიგად როცა ჩვენს წინაშე დასმულია საკითხი დედისაგან ან მისი ჭირისუფლისაგან ცოცხალი ნაყოფის მიღების, ჩვენ მივმართავთ კლას. საკეისრო გაკვეთას, ვიდრე Dürssen-ის ოპერაციას, ვინაიდან ამ უკანასკნელის შემდეგ იძულებული ვართ ნაყოფის გამოსაყვანად მივმართოთ სხვა დამატებითი საშუალო ოპერაციას და ამ მხრით ყოველთვის და ყოველ პირობებში ცოცხალ ნაყოფს ვერ მივიღებთ.

Venesectio-სთვის ჩვენ მიგვიმართავს 7-ჯერ, ე. ი. 14%, რომლის დროსაც გამოშვებული იქნა 50,0—400,0-დგ სისხლი. ერთ შემთხვევაში მშობიარობის შემდეგ ეკლამპსიის დროს, როცა ფილტვების შემუშუბამ იჩინა თავი, Venesectio-მ სწრაფი და დამაკმაყოფილებელი შედეგი მოგვცა: ავადმყოფს კრუნჩხვები შეუწყდა, შემუშუბების მოვლენებმაც გაუარა და გაჯანსაღებული გაეწერა კლინიკიდან.

ეკლამპსიის შემდეგი გართულებები ჩვენ გვქონებია 18 შემთხვევაში, ე. ი. 36,0%. ამათში ყველაზე უფრო ღირსშესანიშნავია თავისი სერიოზულობის მხრით Oedema pulmonis 4 შე-ა, ე. ი. 8%—რამაც მოგვცა 75% დედის სიკვდილობა და Psychosis post partum 6,0% შემთხვევა.

რაც შეეხება დაწვრილებითი განხილვას, შუა ხაზის თერაპიას, ჩვენ აქ არ შევუდგებით, ამის შესახებ მე შემიძლია მივუთითო მკითხველს ჩვენი კლინიკიდან გამოსულ ექიმ ვლ. კუჭაიძის შრომაზე (იხილე „თანამედროვე მედიცინა“ № 4 1924 წლის), მხოლოდ აქ აღვნიშნავ, რომ გარდა იმ ნარკოტიკული ნივთიერებისა, რაც პროფ. სტროგანოვის მიერ არის მოწოდებული, მაჯის და მიხედვით ჩვენ მიემართავთ ფიზიოლოგიურ ხსნარის შეყვანას, ol-camphorae-ის შესაბუნებას, კარგი შედეგი მიგვიღია აგრეთვე luminal-ის შხამებით, მშობიარობის შემდეგ Рахманов-ის წესითაც და სხვა. ყველა ამას უნდა დაეშაბოთ კლასიკური საკეისრო გაკვეთის საკითხი, რის შესახებაც ზემოთ ვილაპარაკეთ. ამიტომ ყოველივე ამის შემდეგ ნებას ვაძლევ ჩემს თავს, თანახმად კლინიკის მასალისა და ლიტერატურულ წყაროებისა, მოვიყვანო შემდეგი დებულებები:

1. ჩვენი მასალა სავსებით ადასტურებს ავტორთა მონაცემებს ეკლამპსიის შემთხვევების სიხშირის შესახებ  $1:250$ , ე. ი.  $0,39\%$ .

2. ეკლამპსიის დაავადება დიდ უმეტეს შემთხვევაში ( $48,0\%$ ) გვხვდება  $15-20$  წლის ჰასაკში.

3. ეკლამპსიის შემთხვევები პირველ ორსულთა შორის უფრო ხშირია ( $76,0\%$ ), რაც სავსებით ეთანახმება სხვა ავტორთა მონაცემებს.

4. საერთო შეშუპებულ შემოსულთა შორის ეკლამპსიის მსვლელობა იმდენად უფრო მძიმეა, რამდენადაც ამ შეშუპებაში ფილტვები არის ჩათრეული.

5. ეკლამპსიის მაქსიმალური დაავადება გვხვდება მშობიარობის ხანაში ( $44,0\%$ ), ნაკლებია ლოგინობის ხანაში, მაგრამ ეს უკანასკნელი ორსულობის ხანასთან შედარებით მაინც მეტია.

6. სიკვდილობა მეტია ეკლამპსიის ისეთ შემთხვევებში, როცა ეს დაავადება დაწყებულია სახლში და საავადმყოფოში მოყვანამდე დედაკაცი უკვე უგრძობ მდგომარეობაში ჩავარდა.

7. როცა ჩვენს წინაშე დასმულია საკითხი ცოცხალი ნაყოფის მიღების, უმჯობესია მიემართოთ კლასიკურ საკეისრო გაკვეთას, ვიდრე მოცდითი წესს ან Dührssen-ის ოპერაციას, რომლებიც ცოცხალი ნაყოფის მიღებას ნაკლებად უზრუნველყოფენ.

8. ეკლამპსიური ფსიქოზები არც თუ ისეთ იშვიათ გართულებას წარმოადგენს ( $6,0\%$  ჩვენი მასალით) და პროგნოზი ამ გართულებისა უმეტეს შემთხვევაში კეთილსაყოფია.

9. ეკლამპსიის მკურნალობის საქმეში „შუა-ხაზის“ თერაპია უნდა ჩაითვალოს სხვა მეთოდებით მკურნალობაზე უფრო მისაღებ და დამაკმაყოფილებელ თერაპიად.

დასასრულ თავის სასიამოვნო მოვალეობად ვსთვლი უღრმესი მადლობა გამოვუცხადო ჩემს ძვირფას მასწავლებელს პროფ. ი. თიკანაძეს თემის მოცემისათვის და შრომის შესრულების დროს მისი მუღვივი ხელმძღვანელობისათვის.





1. პროფ. პობედინსკი. მეანობის მოკლე სახელმძღვანელო, თარგმანი პროფ. ი. თიკანაძის.
2. Проф. В. В. Строганов—Усовершенствованный профилактич. метод лечения Эклампсии, изд. 1923 г.
3. Проф. С. А. Селицкий—Эклампсия в клиническом отношении, изд. 1926 г.
4. Прив. доц. И. И. Яковлев—Неотложная помощь в акушерстве изд. 1932. ст. 23 г.
5. Труды 8-го съезда Акушеров-Гинекологов, ст. 244.
6. W. Zangemeister—Die Yehre von der Eclampsie, перев. проф. Селицкого.
7. D-r. J. C. Glames Massini—Traitement chirurgical, précoce de L'Eclampsie. gynecol. et obstetrique t. XV,—№ 5 mai, 1927.
8. ექ. ვ. დ. კუჭაიძე—თანამედროვე შეხედულება ეკლამპსიაზე და მისი წამლობა ევრეთ წოდებულ შუა ხაზის (die miflere linie) თერაპიის მიხედვით. ჟურ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 4—1924 წელი.
9. Л. В. Ульяновский—Амавроз и Эклампсия Ж. Ак. и жен. бол. № 2 1929 г. ст. 276.
10. В. В. Дьяконов—К вопросу о терапии эклампсии. Казан. медич. журн. № 11—12 31 г. ст. 1117.
11. Вл. Г. Котельников—700 сл. эклампсии в клиническом отношении. Ж. Ак. и Ж. В. № 2, 1931 г. ст. 196.
12. К. Жмакин—Обзор случ. эклампсии Ж. Ак. и Ж. Б. № 5—6 1929 г. ст. 669.
13. Его же—Хирургическое направление в акушерстве в свете современных задач охматмлада Ж. Гинеკ. и Акушер. № 5, 1931 г. ст. 394.
14. Г. М. Шполянский—Кесарское сечение по материалам Акушеров-Гинекол. пропед. клиники Г. И. М. З. Ак. и Ж. Б. № 6. 1929, ст. 737.

ასისტ. თ. ჯაგრიშვილი

## GUMMA IRIDIS\*)

(კახუისტური შემთხვევა)

(თვალის სნეულებათა კლინიკა. გამგე—პროფ. ვ. მუსხელიშვილი)

მხედველობის ორგანოს დაავადება სიფილისის ნიადაგზე სხვადასხვა ავტორების მიხედვით შეადგენს საზოგადოთ თვალის სნეულების 1,6% 3,2% (Очаповский, Graenouvi). ამ რიცხვიდან მეტი ნაწილი მოდის სისხლ-ძარღვთა გარსის დაავადებაზე, რაც აიხსნება მისი თავისებური რთული აგებულებით და სისხლის ძარღვების დიდი რაოდენობით, რის გამოც სიფილისის ვირუსი ან მისი ტოქსინები ადვილად შემოდის უვეალურ ტრაქტში და იწვევენ სპეციფიურ დაავადებას.

როგორც ავტორები აღნიშნავენ (Прокопенко, Graefe, Wecker'y), ფერადი-გარსის დაავადება სიფილისის ნიადაგზე შეადგენს 11%-დან 50%-მდე და ეკუთვნის მის ერთ-ერთ ნააღრვე სიმპტომს.

უფრო ხშირად უყვას დაავადება ხდება პირველ 6 თვეში და შეადგენს 34,8—42,8—47,0% (Льетто, Волларо, Евецкий, Прокопенко).

ზ თვიდან 1 წლამდე 22%—25%—7%-მდე.

1 წლიდან 2 წლამდე—8%—9%-მდე.

ორი, სამი წლის შემდეგ უყვას დაავადება სიფილისის ნიადაგზე იშვიათია. ფერადი გარსის დაავადება უფრო ხშირია მამაკაცების შორის 20—40 წლამდე, თანდაყოლილი lues'-ის დროს ფერადი გარსის დაავადება არ აღემატება 2%-ტს.

ფერადი გარსის გუმა (gumma) წარმოადგენს იშვიათ დაავადებას და ლიტერატურაში აწერილია მხოლოდ 40 შემთხვევა.

უნდა აღინიშნოს, რომ 29,700 თვალთ-ავადმყოფთა შორის Очаповский-ს მოჰყავს 325 შემთხვევა სიფილისის ნიადაგზე თვალის დაავადებისა; ამ რიცხვში მხოლოდ ერთი შემთხვევაა ფერადი გარსის გუმისა.

კიევის უნივერსიტეტის თვალის კლინიკის ანგარიშში 34.000 ავადმყოფთა რიცხვში მოყვანილია ფერადი გარსის გუმის 6 შემთხვევა.

ტფილისის თვალის სნეულებათა კლინიკის 30.000 ავადმყოფთა შორის აღინიშნება ფერადი გარსის გუმის ერთი შემთხვევა.

\*) წაკითხულია თვალის სნეულებათა კლინიკის და ინსტიტუტის ექიმების კონფერენციებზე.

ფერადი გარსის გუმოზური ფორმით დაავადების იშვიათობა გვაიძულებს შევჩერდეთ ჩვენს შემთხვევაზე, მით უმეტეს, რომ მიუხედავად კლინიკურ სურათის სიმძიმისა, ენერგიულად გატარებულ წამლობას მოჰყვა იშვიათი და კარგი შედეგი.

ავადმყოფი რევახ გა-შვილი, 27 წლისა, გორის მაზრიდან, უცოლო, კარგი აგებულობის, ოდნავ სისხლნაკლები (ანემიური), სუსტად განვითარებულ კანქვეშა ქსოვილით. ავადმყოფის გადმოცემით, იგი თვალის დაავადებამდე ჯანპრთელი იყო. მემკვიდრეობით გადმოცემულ ავადმყოფობას არ აღნიშნავს. ძმები და დები არ ავადმყოფობენ. ბავშვობაში არაერთი ავადმყოფობა არ გადაუტანია. 2 წლის წინად მუშაობდა ზაჰესში; იქ დაავადდა სიფილისით. დაავადების  $1\frac{1}{2}$  თვის შემდეგ ტანზე შეაჩნია პარტახტი, კისრის და საზარდულის ჯირკვლების შესიება და სიცხის ოდნავი მომატება. მიმართა ადგილობრივ ექმს, რომელმაც გამოუწერა იოდოფორმის მალამო. 2 თვის შემდეგ, ავადმყოფის სიტყვით, ყველა მოვლენები გაჰქრნენ. 1928 წლის ოქტომბრის პირველ რიცხვებში ავადმყოფი მოვიდა თვალის სნეულ. კლინიკის ამბულატორიაში; უჩივოდა ცრემლის დენას, შუქის შიშს, მარჯვენა თვალის გაწითლებას და ტკივილებს. ტკივილები ვრცელდებოდა თავის მარჯვენა ნახევარზე და საფეთქელზე.

ავადმყოფის გადმოცემით, თვალი ასტიკენია 3 კვირის წინად, მკურნალობდა ადგილობრივ ექიმთან, მაგრამ რადგან თვალის ტკივილები მატულობდენ, მომართა თვალის კლინიკას.

**Status praesens:** მარჯვენა თვალის ქუთუთოები ოდნავ შესივებული, თვალის ნაპრალი შევიწროვებული, კონიუქტივა ჰიპერემიული, მძლავრი პერიკორნეალური ინექცია; რქოვანა გამსჭვრივი, გუგა უსწორო, შევიწროვებული, გუგის რეაქცია მოღუწებული; წინა საკანი დაპატარავებული, ფერადი გარსი შეშუპებული, ქანკის ფერას, შედარებით მეორე თვალის ფერად გარსთან. ფერად გარსში, ლიმბუსიდან  $1\frac{1}{2}$  mm. სომორებით ქვედა გარეთა კვადრატში მოსჩანს ორი მეზობლად მდებარე კვანძი, ერთი უფრო დიდი, მუხუდოს მარცვლის ოდენა, ვერტკალურ მერიდიანში, 0,8 ჰოზიზონტალურ მერიდიანში 0,5 სანტიმეტრის ოდენობის. ამ კვანძის რელიეფი უფრო გარკვეულია. ორთავე კვანძი სამკუთხედის ფორმისაა, მორგვალეული კიდეებით; სამკუთხედის ფუძე მიმართულია ლიმბუსისკენ, მწვერვალი — გუგისაკენ. კვანძებს აქვთ მკვრივი მოყვითალო წითელი ფერი. კვანძები გამოწეულია წინა საკანში. თვალის კაკლის პალპაციის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილებს, თვალის ფსკერი დანისლულია. მარჯვენა თვალის მხედველობა = თითების მოძრაობას, ოდნავი ჰიპოტონია მარცხენა თვალის მხედველობა = 1.0. ატროპინიზაციის შემდეგ პერიკორნეალურმა ინექციამ და ტკივილებმა დაიკლეს; გუგა შედარებით გაგანიერდა, აშკარად ემჩნევა უკანა სინეხიები.

ავადმყოფი გაიგზავნა ვენეროლოგთან, რომელმაც დაადასტურა მეორე ხანის ლუსი — RW+.

ავადმყოფს დაენიშნა ზოგადი, ანტისიფილისური წამლობა (Hg. bibrom.) და იოდ-კალუმის მაღალი დოზები (10.0—20.0—200), ადვილობრივად ატროპინიზაცია და სითბო.

3—4 ინექციის შემდეგ ავადმყოფის თვითგრძნობა შესამჩნევად გაუმჯობესდა; კვანძებმა დაჰკარგეს ნათელი რელიეფი, თითქოს გაილღვენ და შემცირდნენ. 10 ინექციის შემდეგ კვანძების შორის საზღვრები არა სჩანს, კვანძების ოდენობა შემცირდა, წინა საკანი გამოსწორდა, გუგა უფრო გაგანიერდა. მარჯვენა თვალის მხედველობა=20/200. 30 ინექციის შემდეგ მც. თვალის მხედველობა=0,15; კვანძები ოდნავად მოსჩანს, ალაგ-ალაგ ემჩნევა შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება, უკანა სინეხიები დარჩა მხოლოდ კვანძის ახლოს, ფერადი გარსის ზედაპირი ნათელია, თვალის ფსკერი კარგად მოსჩანს.

5 ნეოსალვარსანის შემზახუნების შემდეგ, მარჯ. თვალის მხედველობა=0,3 კვანძების ადგილას განვითარებულია შემაერთებული ქსოვილი, ტონუსი ნორმალური, თვალის ფსკერი მოსჩანს სრულიად გარკვევით. ამ მდგომარეობაში ავადმყოფი გაწერილია კლინიკიდან.

დარიგების თანახმად ავადმყოფი ორი თვის შემდეგ მოვიდა კლინიკაში მჯ. თვალის მხედველობა=0,6, მხოლოდ 5 თვის შემდეგ კი მხედველობა უდრის 0,8.

RW-ს რეაქციის დადებითი შედეგები (4+), კვანძების გარეგანი შეხედულება, მათი ლოკალიზაცია, პროგრესიული ზრდა გუგის მიმართულებით და სწრაფი კეთილი შედეგი სპეციფიური წამლობის ზეგავლენით ( $1\frac{1}{2}$ —2 თვე) გვაძლევს უფლებას ამ შემთხვევაში ვიფიქროთ და დავსვათ დიაგნოზი—Gumma—iridis oc. dext.

ჩვენი შემთხვევა აღსანიშნავია ჯერ ერთი იმ მხრივ, რომ ფერადი გარსის გუგა იშვიათი დაავადებაა; მეორე იმ მხრივ, რომ დროზედ დაწყებულმა ენერგიულ წამლობამ თითქმის სრულიად აღადგინა თვალის ფუნქცია, ე. ი. მჯ. თვალის მხედველობა=0,8.

#### ლიტერატურა:

1. Ewestky.—Veber d. Syphilom des Ciliarkörpers
2. Fournier.—Руководство патологии и терапии сифилиса.
3. Graenouw Graefe Saemisch Handbuch.
4. Гапеев.—Гумма радужной оболочки. Р. О. Ж. т. V № 6.
5. Елина.—Iritis papulosa. Р. О. Ж. т. V № 8—9. 1926 г.

6. Кисин.—О первичном сифилисе глаза. Р. О. Ж. т. V № 9. 1926 г.
7. Покровский.—Р. О. Ж. т. V. № 7. 1926 г.
8. Прокопенко.—Вестник Офтальм. 1907 г. т. XXIV.
9.         "         Р. О. Ж. 1926 г. т. V. N 7.
10. Ставицкая.—Р. О. Ж. т. VI 1927 г. № 10.
11. Лотин.—Р. О. Ж. т. VI 1927 г. № 4.
12. Гастеев.—Р. О. Ж. т. XII. V 5—6. 1931 г.

Ассист. Т. Н. Кавришвили.

Asis. Kavrichvili.

Глазная клиника. Зав.-проф.

В. С. МУСХЕЛИШВИЛИ

Автор описывает редкий случай гуммы радужной оболочки. Своевременное распознавание и правильное специфическое энергичное лечение возстановило функцию больного глаза до нормы.

## GUMMA IRIDIS

L'auteur d'écrit un cas très rare de gumma iridis. Reconnu à temps, le traitement regubur et spécifique rétablit la fonction de l'oeil malade jusqu'à l'état normal.

ასისტენტი ლ. ა. ზირცხალავა

## Sclerodermia universalis

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

სკლეროდერმიით კანის დაავადებას აქვს თავისი დიდი ისტორიული ხანა. ამის შესახებ არის ცნობა პროფ. Mracèk-ის გადმოცემით ჰიპოკრიტის, Galen-ის და სხვების დროიდან მისი ფრიად საყურადღებო და მნიშვნელოვან ფორმების ავადმყოფობაზე, ხოლო ამ უკანასკნელების სისტემატიურად და მეცნიერულად ჩამოყალიბება იწყება მე-17 საუკუნის (1634 წლიდან) დასაწყისიდან ჯერ Lacutus lusitanus-ის მიერ. ხოლო ყველა ამ ავადმყოფობის სიმპტომების აღწერა ხდება მე-17 საუკუნის მე-2 ნახევრის დასაწყისში Curzio-ს მეოხებით და ბოლოს მისი სიმპტომოკომპლექსის მეცნიერულად გარჩევისას ეს ავადმყოფობა ღებულობს სხვადასხვა სახელწოდებას: ა) რეუმატიული სკლეროზი კანქვეშა ცხიმოვან გარსისა, ბ) ელფეხბიური სკლეროზი, გ) Sceeros sisor. (Wilson), Morphèe და Trophoneurosis disseminata (Halopeau) და სხვა.

უკანასკნელ საუკუნეში ამ ავადმყოფობის შესახებ კვლევა-ძიება უფრო დიდად შეიქნა გაღრმავებული და მისი ვითარება თითქმის სრულებით განმარტებული, ასე რომ ავტორები Mracèk-ი, Никольский და სხვა, ერთხმად აღიარებენ ამ ავადმყოფობის დახასიათებას, როგორც ნაწილობრივად კანის გასქელებაში, მაგ. Sclerodermie en plaques, ზოლებრივი ფორმა — Sderoderie en Bendes, წვრილი ზოლებრივი ფორმით — Sderod. Striata, კანის დიფუზიურად გასქელება. — ისე ამავე პროცესის მთელი კანზე განვითარებაში — Sclerodermie Universalis (prof. Mracèk და პროფ. Никольский) Prof. Darier-ი და Du Castell-ი ამ ავადმყოფობის პროცესს ათვისებენ სამ ფორმას: 1) La scleroderod, generalisèe. 2) La scleroderodcatil., que est une sclerodermie progressiv debutant par le membos super da 3) La scleroderoderm. parcial. ხოლო მეორე ავტორი E. Goucher ამ ავადმყოფობას კლინიკურად ყოფს ორ ფორმად: დიფუზიურად და ადგილობრივად. დიფუზიურ ფორმას ის სცნობს დამოკიდებულად ედმატოზური Hardy-ს სკლეროდერმიისაგან, ხოლო Du Csstell-ი — ამ ავადმყოფობის აღწერას აკუთვნებს ორ ფორმას: მწვავეს და ქრონიკულს. მწვავე ფორმის დროს ავადმყოფი განიცდის სახსრების მოძრაობის საერთო შეზღუდვას, კუნთების გამაგრების მეოხებით, კიდურები კარგავენ სირბილეს, ქსოვილები განიცდიან გადაგვარებას და



სხვა. ქრონიკული ფორმა თუმცაღა აღწერილია Du Castell-ის მიერ, მაგრამ მასვე მოყავს კლასიკური განმარტება თიბირჯის (Thybirges), რომელიც მოკლედ მდგომარეობს შემდეგში: „პირისახის კანი გათხელებულია და ეს უკანასკნელი ისეა გადაკრული ძვალზე, რომ თითოთ მოშორება მისი დიდათ გაძნელებულია. აქ კანი სწორი და მბრწყინავია. ნაოკები სრულიად გამქრალნი არიან. ქუთუთოები არ ხუჭავენ თვალებს მთლიანად, რომლის სურათს ავადმყოფი იძლევა ძილშიაც. ცხვირი გაწვრილებულია და გავრძელებული. კანი აქ გადაჭიმულია ცხვირის ძვალზე და ხრტილზე. ტუჩები გათხელებულია და ერთმანეთზე არ ედებიან, მათი მოძრაობა შეზღუდულია და ნიკაპი გაწვრილებულია, ყურის ბიბილო გათხელებულია და დამოკლებული. ატროფიული პროცესი ეხება აგრეთვე ენას და ლოყებს. სულის თქმა გაძნელებულია, მოძრაობა შეზღუდულია უფრო მეტად ზემო კიდურებისაგან შედარებით ქვემო კიდურებთან. მოღუწვა და გამართვა სახსრებისა იწვევს ვასკლომას გადაჭიმულ კანისა და ძვლისა“ და სხვა.

მიუხედავად იმისა, რომ მოყვანილი ავტორების შეხედულებანი ავადმყოფობის შესახებ ვითომდა ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან, მაგრამ, თუ დაუკვირდებით მისი განვითარების პროცესს, სრულებით ერთი და იგივეა.

მოიყვანე რა ისტორიული და თანამედროვე შეხედულებანი და განმარტება მოხსენებული ავადმყოფობისა—გადავდივარ ჩვენი შემთხვევის აღწერაზე, მისი განვითარების ნიშნებზე და ამათი შედარებაზე ზემოხსენებული ავტორების აზრთან. **ოღლა ვარლამის ასული გურგენიძისა**—27 წლისა, დაბადებული და მცხოვრები ქ. ონისა (რაჭის მაზრა). შემოვიდა კანის და ვენერიულ კლინიკაში (ქალაქის მე-3 საავადმყოფო (1928 წ. მარტის თვეში). თავის ავადმყოფობის დაწყების შესახებ მან გადმოგვცა შემდეგი: 2 წლის და ნახევრის წინეთ შეამჩნია განსაკუთრებით ზემო კიდურების ფრჩხილებზე ნორმალური ფერის შეცვლა ლურჯ მოშავო ფერით, რომელიც თანდათან ინტენსიური ხდებოდა. 2 თუ 3 თვის შემდეგ მან შეამჩნია კიდურების მგრძობელობის დაკლება, რომელიც შემდეგ ორი თვისა სრულებით დაეკარგა. შემდეგ იმისა, მან იგრძნო ტკივლი ბარძაყების მედიალურ ზედაპირის მიდამოში, რომელიც უშლიდა სიარულს. ასეთივე ტკივილი დაეწყო მუხლების და კოჭ-წვივის სახსრების მიდამოში. მე 2 თვეზე ტკივილი მოედო მხარ-ბეჭის მიდამოებს და წინა სახსრის მიდამოსაც, რომელსაც მოჰყვა შედეგად სიმსივნე და შეშუპება პირისახისა, კისრისა და აგრეთვე საგრძნობი ტკივილი ზემო და ქვემო კიდურებისა. ასეთი მდგომარეობაში მყოფი ის იქმნა ჩამოყვანილი ქ. ქუთაისში, სადაც მან დაიწყო აქიმობა, რომელიც მდგომარეობდა სპირტის სათბურ კომპრესის ხმარებაში. ავადმყოფი მიგვითითებს, რომ ასეთი აქიმობის შედეგათ იყო დაწყება ზემო და ქვემო კიდურების კანის გათხელება და გამაგრება, თითების თანდათანობით დაფიწროვება და შემდეგ პირისახის კანის გათხელება. ასეთ მდგომარეობაში იმყოფებოდა ის 1927 წლის თებერვლის თვემდე. ამის შემდეგ დაწყებული პროცესი განსაკუთრებით განვითარდა ზემო კიდურებზე. ქვედა და

ზემო ყბის მოძრაობის შეზღუდვა მას დაეწყო იმავე წლიდან, რომელიც ახლა უფრო დიდათ არის შეზღუდული. ამავე დროსთან აკავშირებს ქვედა ყბის მოძრაობის შეზღუდვას და მათ ირგვლივ ნაოჭების გაჩენას, რომლის შემდეგ შეზღუდვას და მათ ირგვლივ ნაოჭების გაჩენას. შემდეგ ამისა შეზღუდვის პროცესი გადადის კისერზე, მხარ-ბეჭზე, მენჯ-ბარძაყების და მუხლების და კოჭ-წვივის სახსრებზე. ნერწყვის და საჭმლის გადაყლაპვის შეზღუდვა იწყება იანერის 1928 წლიდან. ავადმყოფის სიტყვით, მას დასძენია კუჭ-ნაწლავების აშლა, უძილობა და ხშირი სულის ხუთვა. ავადმყოფობის დაწყების შემდეგ თვით უკანასკნელ თვეში თვითურიც აშლია და ოთხი თვე არის, რაც სრულებით მოესპო. ორსულად ყოფილა ოთხჯერ. ორჯერ ხელოვნურად მუცელი მოუშლია და ორჯერ ორსულობა გათავებულა მე-7, მე-8 თვეზე მკვდარი ნაყოფის დაბადებით. ვენერიულ და სხვა ვადამდები ავადმყოფობაზე უარს ამბობს. აი ეს არის ის ცნობა, რაც შევიძელით ავადმყოფისაგან მიგველო.

St. praesens-ი. ავადმყოფი შუა ტანისაა, ძლიერ გამხდარი და დასუსტებული. საერთოდ კანის ფერი წააგავს ბრონზის ფერს. ის ადგილი, სადაც კანია გადაჭიმული ძვლებზე, მბრწყინავია და თითოთ ალება კანის გაძნელებულია. კანი მშრალია და ნათლად ეტყობა გადაჭიმვა ძვლებზე. კანი განიცდის დაჭიმუქვანას, როგორც პაპიროსის ქაღალდი. ლორწოვანი გარსი როგორც პირის ღრუისა, ისე თვალების ქუთუთოებისა ძალზე სისხლნაკლებია, სკლერა ვითომდა გამშრალია, ვინაიდან თვალებს ქუთუთოები მილიანად არ ხურავენ. საზარდულის ჯირყვლები ნუშის ოდენათ გადიდებულია. სხვა ჯირყვლები არ ისინჯება. საერთო შეხედულება სხეულისა ყურადღებას იწვევს კანის საერთოდ გაჭიმვისა. ეს რომ ასეა, ამას დაგვანახებს ქვემოთ მოყვანილი აღწერა.

ავადმყოფს ადგომა უჭირს არა მარტო სისუსტის გამო, არამედ სახსრების შეზღუდვის მეოხებით. თვით ავადმყოფი ამბობს: „ასე მგონია, რეზინითა ვარ შეკრული“-ო. კანი განსაკუთრებით სახსრების მიდამოში არ შორდება ქვემდებარე ნაწილებს, ის გათხელებულია და გამავრებული. პირისაზე მოგვავონებს მულიაჟს. აქ კანი მბრწყინავი და გადაჭიმულია შესაფერ ძვლების შემოღლებულ ადგილებზე. ამასთან ერთად ის გათხელებულია და ალება თითოთ შეუძლებელია. ზემო ქუთუთოები წარმოადგენენ ნაოქს და დაშორებულნი არიან ქვემო ქუთუთოებიდან. ცხვირზე კანი გადაჭიმულია და მბრწყინავია. ცხვირის წვეტი გაწვრილებულია და მისი ნესტოები არიან გათხელებულნი და უმოძრაო. ტუჩები გაფითრებული და გათხელებული. ზემო ტუჩი აწეულია ცოტაოდენი ნაოჭით და არ ედება ქვემო ტუჩს, ამისათვის ზემო კბილები მუდამ სჩანან. ღრძილები სისხლნაკლებია როგორც პირის ღრუის შთელი ლორწოვანი გარსი. ენის ნძოვეა რამოდენიმეთ გაძნელებულია, აგრეთვე ნერწყვის და საჭმლის გადაყლაპვაც. ქვემო ყბის მოძრაობაც შეზღუდულია, ყურების ბიბილო გათხელებულია, კისრის მოძრაობა ყოველის მხრივ გაძნელებულია და იწვევს ტკივილს, ასე რომ პირისახის გამომეტყველება განურჩეველია სიმწუხარის და სინარულის დროსაც. გულმკერდის მოძრაობა შეზღუდულია. აქ თითებით





აღება კანისა გაძნელებულია და მისი ზედაპირი მბრწყინავია. ნეკნები აშკარად არიან გამოხატულნი, სუნთქვის დროს მონაწილეობას იღებენ კუნთები.

ორივე მხარ-ბეჭის სახსრის მოძრაობა და ზემო კიდურებისა დიდად შეზღუდულია. წინა მხრების და მაჯის ძვლები ძალზე დავიწროვებულნი არიან. კანი აღნიშნულ ძვლებზე მჭიდროთ არის გადაჭიმული. თითები კიდურებისა შესამჩნევად არიან დაწვრილებულნი და მათზე კანი ისე მჭიდროთაა გადაჭიმული, რომ მოძრაობა პიოველი ფალანგებისა სრულებით შეზღუდულია. ყველა თითები მოხრილია, მოძრაობა მხოლოდ დიდი თითების უკანასკნელი ფალანგები, რომლებიც აშკარად გამოხატულია მარჯვენა მტევანზე; ამ უკანასკნელის თითები მოღუნულია და ფალანგები ერთმანეთზე მიწოლილია. წინა მხარ მაჯის სახსრების მოძრაობა შეზღუდულია 80%.ით. კანი აქაც ძლიერ გათხელებულია და ხელით აღება მისი შეუძლებელია.

რაც შეეხება ქვედა კიდურებს, ესენიც წარმოადგენენ ისეთივე სურათს, როგორც ზემო კიდურები. აქაც არის შეზღუდვა სახსრებისა როგორც მენჯ-ძაყების და მუხლების, ისე კოჭ-წვივისა და თითებისა. კანი აქაც ძლიერ გათხელებულია და გადაჭიმულია როგორც ძვლებზე, ისე სახსრებზედაც. ის შეზრდილია ქვემდებარე ქსოვილთან. ძვლები დაწვრილებულია და აგრეთვე დაწვრილებულია თითების ფალანგებიც, რომლებიც ნისკარტივით მოღუნულია; ასე რომ დიდი და შუა თითი მარჯვენა კიდურისა თავისი აშვერილი ფალანგებით უშლის ავადმყოფს ფეხსაცმელის ტარებას. საერთოდ კანი აქაც გადაჭიმული და გათხელებულია, როგელზედაც ემჩნევა ვენოზური მილების გამოშუქვა.

რაც შეეხება შინაგან ორგანოებს, აქ შეგვიძლია აღვნიშნოთ ზოგიერთი ცვლილებები. გულის საზღვარი ერთი თითით გაგანიერებულია მარცხნივ. მის მწვერვალზე ისმის სუსტი სისტოლური შუილა, ორივე მაჯის ცემა თითქმის ერთდროულია, ფილტვების საზღვარი დიდ ცვლილებას არ განიცდის, ღვიძლის და ელენთის საზღვარი მკაფიოდ ვერ ისინჯება, რადგანაც მუცლის პრესის ამოღება შეზღუდულია და კანი გამაგრებულია. კუჭ-ნაწლავების მხრივ აღინიშნება ხშირი აშლა, განავალი ზოგჯერ სისხლნარევი, მუცლის ტკივილი; არ უჩივის, შარდზე მოთხოვნა 24 საათის განმავლობაში ნორმალურია. საერთოდ პათოლოგიური ცვლილებები არ აღვინიშნავს. სისხლის გამოკვლევა: Hb—36%, ლეიკოციტები 26.000, ერიტროციტები 2 მილ. 200 ათასი. ლეიკოციტარული ფორმულა:

1. ნეიტროფ. ლეიკოციტები . . . . .	53%
2. სემგენტარული . . . . .	13 "
3. პატარა ლიმფოციტები . . . . .	5 "
4. დიდი ლიმფოციტები . . . . .	22 "
5. მონონუკლეარები . . . . .	2 "
6. ეოზინოფილები . . . . .	12 "

ვასერმანის რეაქციაზე სისხლის სამჯერ გამოკვლევამ მოგვცა უარყოფითი შედეგი. ნერვიული სისტემის მხრივ ეჩნევა გრძნობიერების დაკლება, განსა-

კუთრებით ქვედა და ზემო კიდურებში, ემჩნევა აგრეთვე უხალისობა, შფოთვა და მუდამ ჩივილი სიცივეზე.

მივიღეთ რა მხედველობაში ძველი და ახალი ავტორების განმარტება მოხსენებული ავადმყოფობის შესახებ და აგრეთვე გავცანით რა ჩვენ მიერ წარმოადგენილ ავადმყოფის სიმპტომო-კომპლექსს, ანამნეზის და საერთო მისი გამოკვლევის მეოხებით, რასაკვირველია, თავისთავად იბადება კითხვა, თუ რა ავადმყოფობასთან ჭვაქს საქმე. ჩვენ უკვე მოვიხსენიეთ, რომ ავადმყოფმა შეძლებისდაგვარად გადმოგვცა დასაწყისი მისი ავადმყოფობისა, რომელიც ეხებოდა კიდურების ასფიქსიას, მგრძნობიარობის დაკარგვას და აგრეთვე შესივებას და ტკივილებს მოხსენებულ კიდურებისას; შემდეგ ამისა სახსრების თანდათანობითი შეზღუდვას და ამავე დროს პირისახის შესივებას, კისრის მოძრაობის გაძნელებას და ყბების ტკივილს. ამასთანავე ერთად არის კანის გამაგრება და გათხელება, მისი გადაჭიმვა ძვლებზე და თითებზე და ამ უკანასკნელების დაწვრილება, მოძრაობის შეზღუდვა და დამახინჯება. აი სწორედ ამ მოყვანილი სურათით დაწყებულა იმ ავადმყოფობის ფორმა, რომელიც იყო აღწერილი 1871 წელს Ball-ის მიერ და მის მიერ ასეთი ავადმყოფობა ნაწოდებია სკლეროდაქტილიათ. რომ სკლეროდაქტილია და სკლეროდერმია არის ვითომდა ერთგვარი ავადმყოფობა, ეს უკვე უარყოფილი იყო Kaposi-ს მიერ, ახლა კი საბოლოოდ გამორკვეულია, რომ სკლეროდაქტილია არის ფორმა სკლეროდერმიისა. ამ აზრის არიან თითქმის ყველა ავტორები. თუ კი ამას აწერენ, რომ „ორივე ავადმყოფობა არის იდენტური“-ო, ეს იმისათვის, რომ „141 შემთხვევაში 35 იყო მხოლოდ სკლეროდაქტილია, სხვა კი 106 შემთხვევა წარმოადგენდა სკლეროდერმიის კომბინაციას“-ო (D-r Er. Luithclmn). ასე, რომ მოყვანილი მასალა ჩვენი შემთხვევის ავადმყოფობის დაწყებისა წარმოადგენს სკლეროდაქტილიას, მხოლოდ შემდეგი სურათის განვითარება ამავე ავადმყოფობისა, რომელიც აწერილია St. praesens-ში, წარმოადგენს Ball-ის ავადმყოფობის იმ ფორმას, რომელიც შეიცავს სკლეროდაქტილიის და სკლეროდერმიის კომბინაციას. ზემო ავტორების მიერ მოყვანილი ფორმა სკლეროდერმიისა (Darriere-ი და Du Castel ი), ჩვენი ავადმყოფის სურათი სრულებით ემხრობა მეორე სახეს, ე. ი. „La sclerodactilia, que est une sclerodermia progressiv, debutant par le membres super... ხოლო E. Goucher-ის კლასიფიკაციით, ჩვენი ავადმყოფის სურათი ემხრობა მისი პირველ ფორმას „La sclerodactilia que exist seul ou en mem temps, que la sclerodermie generalise“.

ასე, რომ სურათი ჩვენი ავადმყოფობისა წარმოადგენს სკლერო-ავტო-ფიქს სტადიას, ე. ი. მესამე ხანას სკლეროდერმიით ავადმყოფობისა და რომ ეს ასეა, შევადაროთ Thiberge-ს აღწერა ამ სტადიის სურათისა—ჩვენი ავადმყოფობის სურათს (იხილე თიბრჯის აღწერა და აგრეთვე აღწერა ჩვენი შემთხვევისა); დიფერენციალური დიაგნოზი ჩვენი ავადმყოფობისა ანამნეზის და „სტატუს პრეზენსის“ მეოხებით შეგვიძლია გვატაროთ როგორც სკლეროატროფიული სტადია სკლეროდერმიისა შემდეგ ავადმყოფობასთან. 1) კეთრის

ნერვიული ფორმა, 2) სირინგომიელია, 3) Morvan ის ავადმყოფობასთან და 4) ქრონიკული რევმატიზმთან. რაც შეეხება კეთრის ნერვიულ ფორმას, ჩვენ ვიცით, ის არ იწვევს თითების კანის სკლეროზს და ნახულობენ კანის სხვადასხვა ადგილებზე პიგმენტურ და ანესტეზიურ წერტილებს და კანის მგრძნობელობის დაშლას. ხოლო რაც შეეხება სირინგომიელიას და მორვანის ავადმყოფობას, ამ დროს ვხვდებით კანის მგრძნობელობის დისოციაციას და ტროფიულ მოშლილობას. ატროფიული მოვლენა აქ უფრო ეხება ხელის წვრილ კუნთებს, ხოლო ქვედა კიდურებში კუნთები მოხსენებულ ცვლილებას (ატროფიას) არ განიცდიან. რასაკვირველია, ასეთი მოყვანილი სურათები არ აქვს ჩვენ მიერ წამოყენებულ ავადმყოფს და ამისათვის ის სრულებით აღმოიჩინება. რაც შეეხება ქრონიკულ რევმატიზმთან შედარებას, ესეც უნდა აღმოვჩინოთ, რადგანაც ჩვენ ვიცით, რომ ამ დროს სახსრები არ განიცდიან ატროფიას და კანი ამ დროს არ არის ძვალთან შეზრდილი, როგორც სკლეროდერმის დროს.

მივიღეთ რა ყველა ეს მხედველობაში, ამის და მიხედვით ჩვენ დაგვრჩენია მხოლოდ დავეყრდნოთ სკლეროდერმიას, რომლითაც არის შეპყრობილი ჩვენ მიერ წარმოდგენილი ავადმყოფი. საჭიროა მოვიხსენიოთ, რომ ბიოფსია ჩვენ არ გაგვიკეთებია, რადგანაც თვით ავადმყოფმა უარი განაცხადა.

კლინიკაში ავადმყოფის აქიმობა სწარმოებდა აბაზანების მიღებით და ფიბროლიზინის კუნთში შემსაპუნებით. ასეთი მეთოდით აქიმობა ავადმყოფს აძლევდა მხოლოდ დროებით შემსუბუქებას. კლინიკაში მან დაჰყო ორი თვე და შემდეგ გავწერა მისი სურვილი...

ლიტერატურა

- 1) Dr. Lithlen (Handbuch der Hautkrankheifcu prof. Fr. Mracèk).
- 2) Coucher E. (profess. de clinique de mal. de cutan. et syph. ca fac de. medecin de Paris) *Maladies la Peau* 1921.
- 3) *Precis de Dermatol. par. I. Darièr* 1903 (Thibirges. Medic de ca Hopital)
- 4) M. I Du Castel. *Dermatologie* 1923.
- 5) Prot. Ed. Lang. (Руководство по болезни кожи 1921).

Л. Пирцхалава, асистент.

SCLERODERMIA UNIVERSALIS

Собранный материал из анамнеза начало, так и последовательное развитие болезни, можно определить редкую картину заболевания, которое было описано еще в 1971 г. Bahallw. На основании упомянутого материала, характеризующий как же us Sclerodactilia (форма Bahll-a).

По квалификации Dariere и du Castel-я нами описанный случай характеризуется, по определению этих же авторов, „La sclerodocilia, que est une scleroderm. progressiv, debutant par le membre superier“. По классификации Goucher он может быть отнесен к первой его форме, т. е. „La sclerodactilia, que exist seule ou en meme temps, que la scleroderm. generalisés“. Кроме того наш случай представляет склероатрофическую стадию, т. е. 3-ю стадию заболевания Sclerodermie Universalis, а этот процесс вполне подходит к классически описанной картине Thibierge-ом.

---

დოც. კლ. ცოხიაია

## ტუბერკულოზი ზემო სვანეთში

დიდი ხანია ექიმთა შორის არსებობს აზრი, ვითომ ტუბერკულოზი სოფლად ძლიერ სუსტად იყოს გავრცელებული. მაგრამ დღეს ცენტრალური და უკრაინის ტუბერკულოზური ინსტიტუტების მიერ გამოქვეყნებული შრომები ამ საკითხის შესახებ ადასტურებენ სრულიად საწინააღმდეგო გარემოებას, მაგ. ტუბერკულოზით ინფიცირებულია:

- ბუინსკის კანტონში (თათრ. რესპუბლიკაში):
  - თათრები—100<sup>0</sup>/o.
  - ჩუვაშები—100<sup>0</sup>/o.
  - უკრაინის გლეხები 67<sup>0</sup>/o.
  - სმოლენსკის გუბერ. გლეხები—74,4<sup>0</sup>/o.
  - ყირიმის თათრები 92,4.
  - ბურიატ-მონგოლები 63,1—84<sup>0</sup>/o.
  - ვიატკის გუბერნია უდმურიაბი 79,6<sup>0</sup>/o.
  - დაღესტანში—ლეკები 54,3<sup>0</sup>/o.
  - ბაშკირთა რესპუბლიკაში 83,3<sup>0</sup>/o.
  - ყაზანის თათრები 97<sup>0</sup>/o.

როგორც ზემოდ მოყვანილი ციფრებიდან სჩანს, დიდი განსხვავება უკვე აღარ არის, განსაკუთრებით ომის შემდეგ, სოფლების და ქალაქების შორის. თუ წინად ტუბერკულოზი ითვლებოდა ქალაქის სენად, დღეს უკვე ეს განსხვავება არ არსებობს.

საბჭოთა კავშირის დიდ ქალაქებში და ევროპაშიაც ტუბერ-ს გავრცელება და დაავადება შედარებით სოფლებთან კარგად არის შესწავლილი. ამიტომ დღეს საბჭოთა მედიცინის ძირითად ამოცანას შეადგენს, რომ სოფლებს მიექცეს განსაკუთრებული ყურადღება ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის. ამისათვის პირველ ყოვლისა აუცილებელია დაახლოვებით მაინც გამოჩვენება თუ რამდენად არის სოფლად გავრცელებული ტუბერკულოზი, რა ფაქტორები უწყობენ მას ხელს: ფიზიკური, ბიოლოგიური, სოციალური, პროფესიული თუ სხვა. ამის და მიხედვით შემდეგ უნდა იქნას გამომუშავებული სათანადო ღონისძიებანი, რომლის მიხედვით შესაძლებელი გახდება საერთო ფრონტით მის წინააღმდეგ ბრძოლა. დღევანდელ ისტორიულ ეტაპზე კოლექტიური და საბჭოთა მეურნეობის განსაკუთრებულ ტემპის განვითარების შედეგად, ცხადია, სოფლად



ხდება მთელი ეკონომიკის რეკონსტრუქცია და ამნაირად მისი ხელახლად სწრაფი სხვა პრინციპებზე აშენება. აი ასეთ ისტორიულ პერიოდში ექიმის ძირითად მოვალეობას უნდა წარმოადგენდეს გამოვიმუშავოთ ისეთი ბრძოლის მეთოდები სოციალურ სწავლებათა წინააღმდეგ, რომელიც გააჯანსაღებს მშრომელ ხალხს. ამასთან ერთად აღნიშნული მეთოდები უსათუოდ სოფლის რეკონსტრუქციასთან უნდა იქნას შეფარდებული. ამიტომ ექიმის მოვალეობაა სოფლის პირობების დეტალური შესწავლა.

წინა საუკუნის 70-80-90 წლებში, როდესაც ინტელიგენციაში მეფობდა ნაროდოვოლცების იდეალისტური მსოფლმხედველობა ე. წ. „ხალხში მისვლა“ (хождение в народ), ზოგიერთმა ექიმებმა დიდი მუშაობა გაწიეს. მაშინაც მათთვის ცხადი იყო, რომ სოციალური სენის საბრძოლველად პირველ ყოვლისა საჭიროა გამორკვევა ტუბერკულოზით დაავადებულთა რიცხვის (А. Пирский, П. Якуб, Савельев). რასაკვირველია, იმ დროს ტუბერკულოზის გამოსარკვევად სხვა მეთოდებით-სარგებლობდნენ. ისინი სთვლიდნენ დაავადებულს მხოლოდ მაშინ, თუ ავადმყოფს ტ. ბ. ც. ჩხირები აღმოაჩნდებოდა ნახველში, მაგრამ მაინც ისეთი მეთოდით სოფელში ტ. ბ. ც. აღმოაჩნდა 1,5—40/0-მდე.

ეს უნდა ჩაითვალოს პირველ პერიოდად ტუბერკ. შესწავლისა სოფლად ჩვენს კავშირში (მაშინდელ რუსეთში).

მეორე პერიოდი იწყება 90 წლებიდან დიდი ომამდე, როდესაც სოფელი სრულიად დავიწყებას მიეცა, რადგანაც სოციალ-დემოკრატიების იდეის გაძლიერებით, ინტელიგენციამ პირი იბრუნა ქალაქის მუშებისაკენ. ამ ხნის განმავლობაში სოფლად თითქმის არაფერი გაკეთებულა, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ზოგიერთ დაკვირვებებს ერობის ექიმებისას.

მესამე პერიოდი—ეს ომის შემდეგი პერიოდაა, რომელიც უშუალოდ გადადის ბაბქოთა მედიცინის შემოქმედებით მუშაობაში სოფლად.

ეხლა უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში და დღეს, განსაკუთრებით სოფლის რეკონსტრუქციის ხანაში, ამას ეძლევა უაღრესი მნიშვნელობა. უკრაინაში ამ მხრივ ფრიად დამაკმაყოფილებელი მუშაობა მიმდინარეობს. იქ ამ მუშაობას ორი გზით ატარებენ: ერთი მუდმივად სოფლის დისპანსერების საშუალებით და მეორე პერიოდულად საექიმო ექსპედიციების დაგზავნით.

საქართველოში ამ მიზნით ჯანსახკომმა გაგზავნა რამდენიმე ექსპედიცია, მათ შორის ჩვენი ექსპედიციაც, ეგრედ წოდებული ზემო სვანეთის ტუბერკულოზიური ექსპედიცია.

ექსპედიციის შემადგენლობა: პრ. მიქელაძე, პრ. ელიავა, ექ. ნემსაძე, ექ. მაყაშვილი, ზოკერია, კანდელაკი, სტუდ. პაკელიანი და ექ. კლ. ცომაია.

ზემო სვანეთის ექსპედიციამ მიზნად დაისახა შესწავლა ორი საკითხის: 1) ტუბერკულოზი რამდენად გავრცელებულია ზემო სვანეთის მოსახლეობის შორის, 2) В. С. Г. გაკეთება რამდენად შესაძლებელია ახალგაზრდა მოსწავლე სვანთა შორის. В. С. Г. (ვაქცინა ტუბერკულოზის წინააღმდეგ კალმეტისა და გერენისა) ამ უმად წარმოადგენს უდიდეს საკითხს ფიზიატრიაში და კიდევაც ახ. დღე. კუთვნილი ადგილი უჭირავს მსოფლიო ლიტერატურაში.

მეცნიერთა დიდმა უმრავლესობამ და საბჭოთა კავშირის 4-ხე ტუბერკოზოგრაფმა უკვე აღიარა B. C. G. შემოღების საჭიროება და აუცილებლობა; მასთან ერთად მიეცა წინადადება მკვლევარებს, რომ ამ საკითხის ირგვლივ განაგრძონ უფრო ფართოდ ექსპერიმენტალური მუშაობაც. B. C. G. ვაქცინის შემდეგ ტ. ბ.-ით ბევრად უფრო ნაკლები ხდება ავად. ვაქცინაცია უნდა გაუკეთდეს ისეთ ადამიანს, რომელიც ბიოლოგიურად არ არის დაავადებული, ცხადია ასეთი არიან ქალაქის პირობებში დიდ უმრავლეს შემთხვევაში მხოლოდ ახლად დაავადებული ბავშვები და ამიტომ მათ უკეთებენ ვაქცინაციას თვით კალმეტის მასალიდან. 52,772 ვაქცინაცია გაკეთებული ბავშვებიდან ტ. ბ. ც. დაიხოცა მხოლოდ 0,9%, იმ დროს, როდესაც უვაქცინო ბავშვების სიკვდილიანობა ტ. ბ. ც. მიერ მიაღწია 24—25%. უკრაინის ტ. ბ. ც. ინსტიტუტის მასალა ამავე ციფრს უახლოვდება.

პროფესორ გ. ელიავას წინადადებით ჩვენ განვიზრახეთ B. C. G. გაკეთება არა ძუძუმწოვარა ბავშვებისათვის, არამედ მოზდილ სვანებისათვის, რომლებიც მოკლე ხანში აპირებენ თბილისში ან საქართველოს სხვა რომელიმე ქალაქში გადასვლას სწავლის გასაგრძელებლად. ასეთ კონტიგენტს ვეძებდით იმიტომ, რომ ჩვენ სრული საშუალება გვქონოდა B. C. G. მოქმედების სრული და მუდმივი კონტროლისა. მართლაც ჯანმრთელი ახალგაზრდები იქ აღმოვაჩინეთ და 40 კაცს გავუკეთეთ ვაქცინაცია პრ. ელიავას ხელმძღვანელობით. უფრო მეტის გაკეთება შეგვეძლო, მაგრამ სამწუხაროდ ტექნიკური მიზეზების გამო ვერ მოვახერხეთ. B. C. G. მოქმედება მოზრდილებზე ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში არ არის, ამიტომ ჩვენთვის ძლიერ საინტერესოა მისი შედეგი. იმედი ვაქვს შედეგსაც თავის დროზე გამოვაქვეყნებთ. ჯერჯერობით ვიცით მხოლოდ ის, რომ B. C. G. არავითარი მავნებლობა არ გამოუწვევია. ამნაირად ზემოდ მოყვანილ პროგრამით ექსპედიცია გაემგზავრა ზემო სვანეთში.

ზემო სვანეთი წარმოადგენს მთა-გორიან ადგილს. ჩრდილოეთიდან მას საზღვრავს კავკასიონის მთავარი ქედი, სამხრეთიდან სვანეთის ქედი, რომელიც ჰყოფს სვანეთს ორად: ზემო და ქვემო სვანეთად. ამ ქედზე გადადის ლატფარის გადასავალი, რომელიც ჩოლოურის და კალის საზოგადოებებს აერთებს. აღმოსავლეთიდან და დასავლეთიდან სვანეთს საზღვრავენ მთავარი კავკასიონის ქედის ვანშტოებები. კავკასიონის მთავარი ქედის და სვანეთის ქედის შორის მთელ სიგრძეზე მიიკლავება მდინარე ენგური. ამ ენგურის ნაპირებზე ხან მარცხნივ და ხან მარჯვნივ ცხოვრობენ სვანები, რომელთა რიცხვი 12,000 აღწევს. ჰავა ზემო სვანეთში—მთისაა, მკვეთრი გადასვლით თბილი ჰაერისა ცივზე და, პირიქით არა თუ ზამთრობით, არამედ ზაფხულშიაც. დღე მზებზე შედარებით ძლიერი სითბო, ღამე კი საგრძნობი სიცივე. წვიმა—ხშირი. საკმარისი სინესტე. მზიანი დღეები შედარებით ცოტა, მთავრდება ხშირად, განსაკუთრებით ნაშუადღევებიდან. ზემო სვანეთი მდებარეობს 1100—2100 მეტრის სიმაღლეზე შავი ზღვის დონედან. ეს სხვადასხვა სიმაღლე მოქმედობს, რა თქმა უნდა, ჰავაზედაც: მაგ. ბეჩოში უფრო თბილა, მეტი მზიანი დღეებია, ნაკლები წვიმები, ვიდრე



კალა-უშკულში, რომლებიც უფრო მაღლა მდებარეობენ. ჩვენი მუშაობის დაწყებისას, რადგანაც ყველა სოფლების გამოკვლევა ობიექტიური პირობების გამო არ შეგვეძლო, ზემო სვანეთი ვაგყავით სამ რაიონად: 1—ბეჩოს, 2—მესტიის და 3—კალას. პირველი მუშაობა დაიწყო ბეჩოში, შემდეგ მესტიაში და ბოლოს კალაში. ჩვენი მუშაობა მიმდინარეობდა ორი გზით: 1—ყველა ავადმყოფს სათანადო ანკეტის შევსების შემდეგ ვისინჯავდით კლინიკურად, რაც შეიძლებოდა, დეტალურად: სიმალის, გულმკერდის, მუცლის გარშემოწერილობის გაზომვა, ფიზიკური გამოკვლევა, სისხლის წნევის, ნახველის, შარდის, განავლისა და სისხლის გასინჯვა და სხვა.

2—ვუკეთებდით ყველა ავადმყოფებს ბიოლოგიურ რეაქციას Alttuberkulin-ით Mantoux-ს და Pirquet-ის მეთოდებით.

Mantoux-ს რეაქციისათვის ვხმარობდით 4/1:10000 (და 3/1:1000) ხსნარებს. Pirquet-ისათვის მხოლოდ 100% A T. ბავშვებს ვუკეთებდით, როგორც Mantoux-ს, ისე Pirquet-ის რეაქციებს და 14 წლის შემდეგ მხოლოდ Mantoux რეაქციას. Mantoux-ს რეაქცია იყო ყველასათვის შემოღებული, რადგანაც იგი უფრო მგრძობიარეა. 13—30%-ით Pirquet-ის რეაქციაზე. კლინიკურად გასინჯვის და ბიოლოგიური რეაქციების გაკეთების შემდეგ ავადმყოფებს ვიბარებდით მეორე-მესამე დღეს რეაქციის შედეგის აღსანიშნავად. უარყოფითი რეაქციის დროს საექვო შემთხვევაში იშვიათად ვუკეთებდით ხელმეორედ. რეაქცია დადებითად ითვლებოდა, თუ სიწითლე აღემატებოდა 5 ჯერ 5 M. M. საკონტროლო უარყოფითის დროს. სავიე რაიონში ჩვენ გამოვიკვლიეთ სულ 1497 ადამიანი (იხ. დიაგრამა № 1).

აქედან გამოკვლეული იქნა: ბეჩოში—697

მესტიაში—536

კალაში —264

ამათში ქალი იყო 686 (45.8%) და ვაჟი 811 (54.2%). დიდი უმეტესობა გამორკვეულია ასაკის მიხედვით და ეკუთნის 30 წლამდე: 954 (თითქმის 64%). დიაგრამიდან № 2 ცხადათ ჩანს, რომ ზემო სვანები ჰასაკში 15—60 წლამდე ტუბერკულოზით ინფიცირებული გასინჯულ ავადმყოფთა რიცხვიდან აღმოჩნდა 72, 12. ეს პროცენტი გამოყვანილია იმ პირთა მიხედვით, რომლებიც მეორეჯერ გამოცხადენ რეაქციის შედეგების აღსანიშნავად. ასეთი გამოანგარიშებებში შეიძლება ვინმემ ეჭვი შეიტანოს იმ მოსაზრებით, თითქოს ვინც არ გამოცხადდა, მას შესაძლებელია უარყოფითი რეაქცია ქონდა და მაშინ მიღებული პროცენტი ბევრად უფრო ნაკლები იქნებოდა. მსგავსი მოსაზრება არ იქნება სწორი იმიტომ, რომ ავადმყოფებმა არ იცოდენ დადებითი არც უარყოფითი რეაქციის მნიშვნელობა და ამიტომ ისინი შეძლებისდაგვარად მოდიოდენ თანაბრად, როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი რეაქციის დროს. ჩვენ შეიძლება პირიქით ვთქვათ, განსაზღვრული პროცენტი დადებითი რეაქციებისა განვიხილავდით მესამე ან მეოთხე დღეს და ჩვენთან არ გამოცხადენ მე-3-ჯერ და ამით დაიკარგა განსაზღვრული პროცენტი დადებითი რეაქციისა, რადგან



გამოკვლევულ აბადგროფთა რაოდენობა

ცხრ. № 1

	ბ ე ჩ ო			მ ე ს ტ ი ა			კ ა ლ ა		სულ 3-სოფელში (ბენო, მესტია, კალა)		
	მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ	დედ.	სულ
0—14 წლ.	94	93	197	84	56	140	31	33	64	182	391
15—19 "	43	52	95	52	44	96	17	11	28	107	219
20—29 "	52	88	140	71	73	144	39	21	60	182	344
30—39 "	27	59	86	29	34	63	13	29	42	69	191
40—49 "	16	51	67	16	27	43	8	25	33	103	143
50—59 "	20	36	56	15	14	29	3	11	14	38	99
60 და ზევით	24	37	61	12	7	19	15	7	22	51	102
პასაკ გამოურკვ.	3	2	5	1	1	2	1	—	1	5	8
სულ . . .	279	418	697	280	256	536	127	137	264	686	1497



M--რეაქციის უძღვრევი ჰასაჰის და სჰესის მიხედვით %--ში

ჰასაკი	15--19				20--29				30--39				40--49			
	სულ		მათში		სულ		მათში		სულ		მათში		სულ		მათში	
	სულ	მათში	მათში	დედ.	სულ	მათში	მათში	დედ.	სულ	მათში	მათში	დედ.	სულ	მათში	მათში	დედ.
ს უ ლ სოფლებში (ბეჩო, კალა, მესტია)	58,9	56,2	60,9	60,9	69,6	64,4	74,2	74,2	77,6	86,2	72,3	72,3	89,3	90,0	89,1	89,1
	37,2	40,6	34,8	34,8	28,8	32,2	25,7	25,7	18,4	10,3	23,4	23,4	8,9	10,0	8,7	8,7
	3,8	3,1	4,3	4,3	1,6	3,3	—	—	3,9	3,4	4,2	4,2	1,8	—	2,2	2,2
ს უ ლ	78	32	46	46	125	59	66	66	76	29	47	47	56	10	46	46
	50--59				60--დან ზევით				გამორეკვირვები				ს უ ლ			
	სულ		მათში		სულ		მათში		სულ		მათში		სულ		მათში	
	სულ	მათში	მათში	დედ.	სულ	მათში	მათში	დედ.	სულ	მათში	მათში	დედ.	სულ	მათში	მათში	დედ.
ს უ ლ სოფლებში (ქეჩო, კალა და მესტია)	78,0	70,0	80,6	80,6	63,0	44,0	85,7	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0	72,1	65,9	76,1	76,1
	21,9	30,0	19,3	19,3	32,6	5,5	9,5	9,5	—	—	—	—	25,3	31,1	21,6	21,6
	—	—	—	—	4,3	4,0	4,8	4,8	—	—	—	—	2,6	3,0	2,3	2,3
ს უ ლ	41	10	31	31	46	25	21	21	4	2	2	2	426	167	259	259

უწინააღმდეგო: პროცენტები გამოყვანილია რეაქციის საეჭვო რიცხვის მიხედვით.

ძნელია ზემო სვანეთის პირობებში 10—15 კილომეტრის ფეხით ან ცხენით 3-ჯერ მოსვლა. ამიტომ ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ჩვენ მიერ მიღებული პროცენტი (72,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) ტუბერკულოზით ინფიცირულთა სავსებით შეფუარდება სინამდვილეს. თუ ამ ციფრს შევადარებთ ჩვენ კავშირის სხვა სოფლების (ციფრებს, დავინახავთ, რომ ზემო სვანეთში ტ. ბ. ც. საშუალოდ ყოფილა გავრცელებული.

საინტერესოდ მიგვაჩნია ბეჩო, მესტიის და კალას შედარება ტ. ბ. ც. გავრცელების მხრივ, რადგანაც ზემოთ მოყვანილი რაიონები სხვადასხვა სიმაღლეზე მდებარეობენ ზღვის დონიდან. მაგ., ბეჩო არის 1380 მეტრზე, მესტია—1480 მეტრზე და კალა-უშქული 1800—2100 მეტრზე, ბეჩოში დადებითი რეაქცია) M. (უღრის 74,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, მათ შორის მამაკაცებში 69,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, დედაკაცებში 76,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, მათ შორის მამაკაცებში 69,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, დედაკაცებში 76,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, მესტიაში 70,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, მათ შორის მამაკ.—66,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, დედაკ.—73,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, კალაში კი—67,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, მათ შორის მამაკ.—55,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> დედაკ. 71,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (იხ. ცხრილი № 2 ა.)

ასე რომ, ზემო ციფრებიდან სჩანს—სიმაღლესთან თითქოს პირდაპირი კავშირი აქვს ტ. ბ. ც. გავრცელებას. რაც უფრო მაღლა მივდივართ, მით უფრო ნაკლებია ტ. ბ. ც. გავრცელება, როგორც მამაკაცთა, ისე დედაკაცთა შორის. აქვე უნდა აღინიშნოს ის მდგომარეობა, რომ ბეჩო უფრო შედარებით მდიდარი რაიონია, ვიდრე მესტია და კალა, მესტია კი უფრო მდიდარია, ვინემ კალა. ასე რომ მიუხედავად უფრო უარესი სოციალური პირობებისა, მაგ., კალაში დაავადება უფრო ნაკლებია, ვიდრე ბეჩოში და მესტიაში, რაც უნდა მიეწეროს ერთის მხრივ სიმაღლის სხვაობას, მეორეს მხრივ დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ჯვარის გზას, რომლითაც მხოლოდ უკავშირდებიან ზემო სვანები ზამთრობით საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებს. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ზემო სვანები ზამთრობით მასიურად ჩამოდიოდნენ სამეგრელო-გურიაში სამუშაოდ, უნდა ვფიქროთ რომ უფრო მეტად ჩამოსულთა შორის იქნებოდნენ ბეჩოს და მესტიის მცხოვრებლები, რადგანაც ისინი უფრო ახლოს არიან, ვინემ კალა-უშქულელები. ამ რაიონებში ხდება ხის ექსპლოატაცია. აგრეთვე განსაკუთრებით ბეჩო-მესტიაში იყრიან თავს ბევრი ტურისტები უკანასკნელად. თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ მდგომარეობას, რომ წინედ ბეჩო და ახლა კი მესტია წარმოადგენს ადმინისტრაციულ ცენტრს, ჩვენთვის ცხადი იქნება, რომ გარედან შემოსული ინფექცია ბეჩო-მესტიაში უფრო მეტი უნდა იყოს გავრცელებული. ვინემ სხვაგან ზემო სვანეთში.

კალაში სოციალური პირობები, ისეთი რომ ყოფილიყო როგორც ბეჩოშია, ცხადია დაავადება ბევრად ნაკლები იქნებოდა, რადგანაც ჩვენ კარგად ვიცით როგორი დიდი გავლენა აქვს ამ მხრივ სოციალურ პირობებს.

საჭიროდ ვსთვლი ავღნიშნო 14 წლამდე ბავშვობის მიღებული ანალიზის შედეგი: (იხ. ცხრილი № 3.)

ცხრილი № 2a

M—რეაქციის შედეგები აბს. რიტხვებში და %-ში სოფლების მიხედვით

სოფლების დასახელება		ს უ ლ					
		ს უ ლ		მათში			
				მაშ.		დედ.	
		აბსოლ.	%	აბსოლ.	%	აბსოლ.	%
ბერო	დადებითი . . . . .	172	74,1	56	69,1	116	76,8
	უარყოფითი . . . . .	53	22,8	23	28,4	30	19,9
	საექვო . . . . .	7	3,0	2	2,5	5	3,3
	ს უ ლ . . . . .	232	—	81	—	151	—
მესტია	დადებითი . . . . .	89	70,6	38	66,7	51	73,9
	უარყოფითი . . . . .	34	27,0	17	29,8	17	24,6
	საექვო . . . . .	3	2,4	2	3,5	1	1,4
	ს უ ლ . . . . .	126	—	57	—	69	—
კალა	დადებითი . . . . .	46	67,6	16	55,2	30	76,9
	უარყოფითი . . . . .	21	30,9	12	41,4	9	23,1
	საექვო . . . . .	1	1,5	1	3,4	—	—
	ს უ ლ . . . . .	68	—	29	—	39	—
ს უ ლ	დადებითი . . . . .	307	72,1	110	65,9	197	76,1
	უარყოფითი . . . . .	108	25,3	52	31,1	56	21,6
	საექვო . . . . .	11	2,6	5	3,0	6	2,3
	ს უ ლ . . . . .	426	—	167	—	259	—

Pirquet-ის რეაქცია არ მოგვეყვას, რადგანაც Mantoux რეაქცია, როგორც ზემოდ ვსთქვით, უფრო მგრძობიარეა (მაგ. ბეროში. M-რ. 52,8%, P.-რ. 29,5%—ასე სხვაგანაც) M. რეაქცია გაუქეთდა სულ 156 ბავშვს. ციფრების ანალიზი რაიონების მიხედვით გვიჩვენებს შემდეგს: დადებითი M-რეაქციამ მოგვეცა, ბეროში 52,—8% მესტიაში—33,9% და კალაში 18,2 %/o, ასე რომ შედეგი ბავშვთა შორისაც იგივეა, რაც მოზრდილთა, მხოლოდ უფრო მეტი განსხვავებით. ამის

ასახსნელად იგივე მოტივები მოგვყავს. ზემოდ მეორე ცხრილის ღრის აღწერაში ნათ, რომ საერთოდ საშუალო რიცხვი 14 წლამდე ბავშვთა შორის უდრის 43,60/0 მათ შორის ვაჟები 34,60/0, ქალები 53,40/0, ყაზანის თათრების ბავშვთა შორის 14 წლამდე უდრის 710/0, ჩუვაშების 730/0, სმოლენსკის გუბ. ალენების ბავშვებმა მოგვცა 36,40/0 ვიატსკის გუბ. უღმურთების ბავშვებმა—55,50/0, დაღესტანის ლეკების ბავშვთა შორის 11,20/0, ბაშკირეთის რესპუბლიკის ბავშვები—36,40/0, ზემომოთ მოყვანილი ციფრებს, რომ შევადაროთ ზემო სვანეთის შედეგი, დავინახავთ, რომ ზემო სვანეთში ბავშვთა შორის ტ. ბ. ც. საშუალოდ არის გავრცელებული, ისე როგორც მოზრდილებში.

სქესის მიხედვით ჩვენი მასალიდან სჩანს შემდეგი: დადებითი M. რეაქცია მოგვცა ბეჩოში მამაკაცებმა 69,10/0, დედაკაცებმა 76,80/0. მესტიაში მ—66,70/0, დ.—73, 90/0 ქალაში მ—55,20/0 დ.—71,90/0, ყველა რაიონებმა საერთოდ მამაკაცთა 65,90/0, დედაკ. 76,10/0. აქედან ნათლად სჩანს, რომ დედაკაცთა შორის ტ.ბ.ც. დაავადება უფრო მეტია, ვიდრე მამაკაცთა შორის. ამ მხრივ უკრაინის შვიდი სოფლის მასალიდან სჩანს, რომ მამაკაცები საერთოდ დაავადებულია 73,80/0, დედაკაცები 62,60/0, მაგრამ ზოგიერთ სოფლებში, პირიქით დედაკაცები მეტია, ვიდრე მამაკაცები. ყაზანის თათრებს შორის მამ. 970/0, დედ. 940/0, ვიატსკის გუბ.—გლეხთა შორის მ.—89,50/0 დ.—760/0, დაღესტანის ლეკებს შორის მამაკაცთა 66,50/0, დ.—41,90/0, ბაშკირ. რესპ. მ.—88,30/0, დ.—80,90/0, სქესის მხრივ 14 წლამდე ბავშვთა შორის.

M.-დადებითი რეაქცია: ვაჟებ. 34,60/0 ქალ.—53,40/0. უკრაინაში M ვაჟები 42,30/0, ქალები—40,90/0, ვაჟ.—22,70/0, ქალ.—25,30/0 ჩუვაშები, ვაჟ.—39,00/0, ქ.—46,00/0, უღმურთები ვაჟ.—55,50/0, ქ.—55,50/0, ლეკები ვ.—14,60/0 ქ.—6,80/0 ბაშკირიაში ვ.—40,50/0, ქ.—33,70/0, ასე რომ, როგორც მოზრდილებში, ისე ბავშვებში ტ. ბ. ც. დაავადებათა რიცხვი მხოლოდ ზემო სვანეთში დედაკაცთა შორის უფრო მეტია, ვიდრე მამაკაცთა.

როგორც ზემოდან სჩანს, მხოლოდ ზემო სვანეთში დედაკაცთა შორის უფრო მეტია ინფექცია, ვიდრე მამაკაცთა. ჩვენ ამას ვხსნიით ორი მოსაზრებით:

1) წარმოუდგენელი ანტისანიტარული მდგომარეობის გამო შინა-ოჯახური ინფექცია მეტად არის გავრცელებული ქალებთა და გოგოებთა შორის, ვინემ მამაკაცებთა და ვაჟებთა შორის, რადგანაც უკანასკნელები სახლში უფრო იშვიათად არიან.

2) ზემო სვანების ქალები ეწევიან დიდი ოჯახური შრომას და მინდვრის მუშაობას, რის შედეგად ისინი სუსტდებიან და ხდებიან ავად სხვადასხვა დაავადებით. ამ მხრივ შეილოსნობაც ცუდათ მოქმედობს მათ ორგანიზმზე, რომელიც ეჭვი არაა ხელს უწყობს ტუბერკულოზის გავრცელებას მათ შორის. მამაკაცები ამ მხრივ უფრო კარგ პირობებში იმყოფება: დიდი მუშაობას არ ეწევიან, ზარმაცობენ, უკეთესი საქმელს ღებულობენ და ხშირად ცხენით დასერი-

გამათბებულ P და M რაბატის უძლეველი 14 წ. ჰასაკამდე ბავშვთა მოსახლეობის შორის.

ს. ცომბია

სოფლები	რეცენსი	მათ შორის		14 წლ. ჰასაკამდე ბავშვთა შორის გაცემებ. რეაქტ. უძლევე.			საეჭვო					
		ლაღობითი		უარყოფითი		მაბ.	დედ.	სულ	მაბ.	დედ.	სულ	
		მაბ.	დედ.	სულ	მაბ.							დედ.
ბ ე ჩ ი	რეცენსი	44	20	20,8	40,0	29,5	58,4	45,0	52,3	20,8	15,0	18,2
	მ.	89	45	40,9	64,4	52,8	45,4	28,9	37,1	13,7	6,7	10,1
მ ე ს ტ ი ა	რეცენსი	18	6	41,7	33,3	38,9	50,0	50,0	50,0	8,3	16,7	11,1
	მ.	56	24	28,2	41,6	33,9	68,7	54,2	62,5	3,1	4,2	3,6
ქ ა ლ ა	რეცენსი	11	6	20,0	—	9,1	80,0	100,0	90,9	—	—	—
	მ.	11	6	20,0	16,7	18,2	80,0	83,3	81,8	—	—	—
სულ (3 სოფელი)	რეცენსი	73	32	26,8	31,2	28,8	58,6	56,3	57,5	14,6	12,5	13,7
	მ.	156	75	34,6	53,4	43,6	56,4	41,3	49,3	8,6	5,3	7,1



ნობენ ნთა-ველზე. აქედან ცხადი იქნება, რისთვისაც ხდებიან ქალები უფრო მეტად ავად.

ჰასაკის მიხედვით მოზრდილთა შორის დაავადება მაქსიმალურია 40—49 წ. წ. როგორც მამაკაცთა, ისე დედაკაცთა შორის, რომელიც უდრის 90,0% 89,1% (ცხრილი № 2.)

უკრაინელთა შორის 40—49 წ. წ. 81,3% ლეკებს შორის 51—60 წ.წ.— 71%<sup>0</sup>, ჩუვაშები 30—39 წ. წ.—98%<sup>0</sup>, თათრებთა (ყაზანის) 40—49 წ. წ. 100%<sup>0</sup>. ასე რომ 40—49 წლებში დაავადება მაქსიმალურ ციფრს აღწევს. ახლა თუ გავუკეთებთ ანალიზს ცხრილის № 4 დავინახავთ, რომ პრაქტიკულად დაავადებულითა შორის ფილტვების ტუბერკულოზით ავად არიან 10,2%<sup>0</sup>, მათ შორის მამაკ.—12,1%<sup>0</sup>, დედაკ. 8,6%<sup>0</sup> ეს ჩაითვლება დიდ პროცენტად თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ უკრაინაში ფილტვებით დაავადებულია 5,5%<sup>0</sup>, 12,3, სოფ. შაყოფაში 10,9%<sup>0</sup>, ოდესის გლეხთა შორის 11—14%<sup>0</sup>, ყირიმის თათრებ შორის 6%<sup>0</sup>, ყირგიზთა შორის 8%<sup>0</sup>, ყაზანის თათრები 4,8%<sup>0</sup>, უზბეკისტანი—3%<sup>0</sup> ალჟირში, ტინისში და ფრანგების ინდო—ჩინეთში 5%<sup>0</sup>.

ფილტვების ტუბერკულოზი ბავშვთა შორის 14 წლამდე სულ 1,3%<sup>0</sup>, მათ შორის ვაჟები 0,5%<sup>0</sup>, ქალები 2,2%<sup>0</sup>. უკრაინაში სულ 0,8, მათ შორის ვაჟები 0,6%<sup>0</sup>, ქალები—1,0%<sup>0</sup>.

ამ ნაირად ზემო სვანეთში ფილტვების ტ. ბ. ც. საშუალოზე უფრო მეტად არის გავრცელებული, როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში.

153 ფილტვების ტ. ბ. ც. დაავადებულითა შორის 41 პრაქტიკულად ჯანმრთელებია, დანარჩენი 112 ავადმყოფიდან კომპესიური ფორმა აქვს—64 (57,1%<sup>0</sup>), სუბკომპესიური—40 (35,7%<sup>0</sup>) და დეკომპესიური ფორმები 8 (7,1%<sup>0</sup>)

სტადიის მიხედვით: 1 სტად. 61 (39,9%<sup>0</sup>), 2 სტად. 38 (21,8%<sup>0</sup>), მე-3 სტად. 13 (8,5%<sup>0</sup>) იხ. ცხრ. № 5.

ტ. ბ. ც. ღია ფორმის გამორკვევა ჩვენთან არ იყო საჭირო დონეზე დაყენებული. ავადმყოფების ძლიერ მცირე რიცხვმა მოგვიტანა ნახველი დაჟინებითი არა ერთხელ მოთხოვნის შემდეგ. სულ 10 ავადმყოფს აღმოაჩნდა კოხის ჩხირები, რაც შეადგენს მხოლოდ—0,66%<sup>0</sup>. ეს ციფრი სრულიად არ გამოსახავს, ჩვენი ფიქრით, მდგომარეობის სინამდვილეს. ღია ფორმა უფრო მეტი უნდა იყოს.

ძლიერ საინტერესოა იმ პირთა ანალიზი, რომელთაც აქვთ გადიდებული ჯირკვლები (იხ. ცხრილი № 4).

14 წლამდე ზემო სვანებს ლიმფური ჯირკვლები გადიდებული აქვთ 89%<sup>0</sup>, მათ შორის მ—93,3%<sup>0</sup>, ქ—84,1%<sup>0</sup>, ეს ძალიან დიდი პროცენტია. ჩვენ აქ დიდი ეჭვი გვაქვს, ვფიქრობთ ლიმფური ჯირკვლების გადიდება ყოველთვის არ უნდა იყოს ტ. ბ. ც. მიერ-გამოწვეული. თუ ლიმფური ჯირკვლების ტ. ბ. ც. ნიადაგზე ყოფილიყო გამოწვეული, მაშინ ცხადია M-ს რეაქციას მივიღებდით არა 43%<sup>0</sup>, არამედ 89%<sup>0</sup>-ში მაინც ამიტომ. ჩვენ ვფიქრობთ ლიმფური ჯირკვ-

თუბერკულოზის სმადასხვა სახე გამოკიდულთა შორის, სმენის და ჰასაკის მიხედვით

სოფლები	ფილტვები. ტუბერკ.			ჯირკმ. ტრებერკ.			ძვლები ტუბერკ.			დანარ. ორგ. ტუბერკ.			სულ		
	მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ
აბსოლ.	39	31	70	113	114	227	—	1	1	1	1	1	153	146	299
%	14,0	7,4	10,0	40,5	27,3	32,6	—	0,2	0,1	0,3	—	0,1	54,8	34,9	42,9
აბსოლ.	34	31	65	146	110	256	3	2	5	1	—	1	184	143	327
%	12,1	12,1	12,1	52,1	43,0	47,8	1,1	0,8	0,9	0,3	—	0,2	65,7	55,8	61,0
აბსოლ.	10	8	18	52	62	114	—	1	1	—	—	1	62	72	134
%	7,9	5,8	6,8	40,9	42,2	43,2	—	0,7	0,4	—	—	0,4	48,8	52,6	50,7
აბსოლ.	83	70	153	311	286	597	3	4	7	2	1	3	399	361	760
%	12,1	8,6	10,2	45,3	35,3	39,9	0,4	0,5	0,5	0,3	0,1	0,2	58,2	44,5	50,8

შენიშვნა: % გამოყვანილია გამოკიდულთა ავადმყოფთა საერთო რიცხვის მიმართ (იხილეთ ცხრ. № 3).



საქართველოს ეროვნული ცენტრი დაავადებების კონტროლსა და პრევენციისთვის



**ფილტვანების ტუმბიკაჟულ. სტადიების და კონკრეტული მონადირის მონადირის**

გამოკვლეულთა შორის 0/0-ში.

სეზონი	კომპლექსური				სუბკომპლექსური				დეკომპლექსური			სულ					
	I	II	III	სულ	I	II	III	სულ	I	III	II	სულ	I	II	III	სულ	
ზამ.	37,3	10,8	—	48,2	9,6	13,2	3,6	26,5	—	—	—	6,0	6,0	47,0	24,1	9,6	80,7
დემდ	24,3	10,0	—	34,3	7,1	15,7	2,8	25,7	—	—	—	4,3	4,3	31,4	25,7	7,1	64,3
სულ	31,4	10,4	—	41,8	8,5	14,4	3,3	26,1	—	—	—	5,2	5,2	39,9	24,8	8,5	73,2

**შენიშვნა:** პროცენტები გამოყვანილია ფილტ. ტუმბიკა. საერთო რიცხვის მიხედვით (იხ. ცხრ. № 4)

სულ	სულ				სულ				სულ			სულ					
	I	II	III	სულ	I	II	III	სულ	I	III	II	სულ	I	II	III	სულ	
8,8.	79,5	45,0	—	57,1	20,5	55,0	37,5	32,8	—	—	—	62,5	7,5	39	20	8	67
დემდ	77,3	38,9	—	55,3	22,7	61,1	40,0	40,0	—	—	—	60,0	6,7	22	18	5	45
სულ	78,7	42,1	—	59,7	21,3	57,9	38,5	35,7	—	—	—	61,5	7,1	61	38	13	112

**შენიშვნა:** პროცენტები გამოანგარიშებულია ტუმბიკაჟულ. სტადიების საერთო (კომპლექს., სუბკომპლ., დეკომპლ.) რიცხვის მიხედვით.

ლების გადიდებას კიდევ რალაც სხვა მიზეზი უნდა უდევდეს საფუძვლად. ეს საკითხი ფრიად საინტერესოა და მომავალი ექსპედიციამ მას უნდა მიაქციოს განსაკუთრებული ყურადღება. გადიდებული ჯირკვლები წლოვანების მომატებით მკვეთრად კლებულობს მაგ. 15—19 წ. წ. 32,9%, 20—29 წ. 2,4%.

ამ საკითხის შესახებ ლიტერატურაში მოიპოვება ცნობები პრიმიტიული ხალხთა შორის (ალჟირი, ტუნისი, სენეგალი, ფრანგების ინდო-ჩინეთი) ჯირკვლების ტ. ბ. ც უდრის 80—90% (Штефко). სამწუხაროდ არაფერი სწერია, ჰქონდა თუ არა მათ გაკეთებული M. ან P. რეაქცია. მონგოლ-ბურიატების მოსწავლეთა შორის თითქმის სულ ყველას ცერცვის ოდენობის ლიმფური ჯირკვლების პაქეტები აღმოაჩნდათ (Почти у всех цепочки плотных желез, иногда величиной до боба“ (Контарович).

მონგოლები P—36,8%, ბურიატები P 41,6%. ახტინის აულის ბავშვთა შორის თითქმის სულ ყველას ჰქონია გადიდებული ლიმფ. ჯირკვლები P. ვ.—10,2%, ქალ.—6,8%, ასეთი ცნობის შემდეგ ჩვენ უფრო დაბეჯითებით მოვიტხოვთ ამის რევიზიას.

რაც შეეხება ძვლის ტ. ბ. ც., იგი უდრის 0,5% და სხვა ორგანოების 0,2% ჩვენი მასალის მიხედვით.

კონსტიტუციის მხრივ Becher—Lennhoff-ის მეთოდით ჩვენ მიერ იყო გასინჯული 68 ავადმყოფი ფილტვების ტ. ბ. ც.-ით, მათ შორის ნორმოსფენიკები 54,0%, ჰიპერსტენიკები 5,4,0% და ასტენიკები 40,5% (იხ. ცხრილი № 5).

	N.	hyp.	As.
მამაკაცები	20	2	15

სქესის მიხედ.:

დედაკაცები:	12	—	19
-------------	----	---	----

საერთოდ მამაკაცების ორგანიზმი ბევრად უფრო კარგად არის განვითარებული, ვიდრე დედაკაცების.

ზემოთ მოხსენებულ ცნობებიდან მკაფიოდ ირკვევა, რომ ტუბერკულოზის ინფექცია და დაავადებანი ზემო სვანეთში საშუალოდ არის გავრცელებული.

ახლა იბადება საკითხი ტუბერკულოზის ინფექცია საიდან და როდის შეიჭრა სვანეთში, ჩვენ ვიცით, რომ ტუბერკულოზი საერთოდ საქართველოში, და კერძოდ დასავლეთ საქართველოში, ძლიერ იყო გავრცელებული.

ზემო სვანეთში, როგორც ეტყობა, ტ. ბ. ც. დიდი ხანია, არსებობს, ამას ამტკიცებს მისი დიდი პროცენტო ციროზული-ფიბროზული ფორმით ფილტვების ტ. ბ. ც. დაავადებანი.

1. ჩვენი აზრით ტ. ბ. ც. აქ შემოიტანა იმ სვანებმა, რომლებიც ზამთრობით ჩამოდიოდნენ მასიურად სამეგრელო-იმერეთ-აფხაზეთში და საერთოდ საქართველოში სამუშაო. ისინი, როგორც ეტყობა, აქ ხდებოდნენ ავად და აქედან დაბრუნებისას, ცხადია, უხვად ავრცელებდნენ ტ. ბ. ც., თავიანთ სოფლებში.

2. ტ. ბ. ც. გავრცელებას ძლიერ ხელს უწყობს წარმოუდგენელი ანტი-სანიტარული მდგომარეობა; ისინი ცხოვრობენ ყველა პირუტყვებთან და შინაურ ფრინველებთან ერთად.

ბინა მათი შესდგება ერთი, უფრო იშვიათად ორი სართულისაგან, სახლს ფანჯრები სრულებით არ აქვს, მხოლოდ კედელზე ერთი ან ორი ალაგას ჭურჭუტანაა გაკეთებული, რომელიც კვამლის გამოსასვლელად უფრო უნდა იყოს გაკეთებული, ვიდრე სინათლისათვის. ზოგიერთ სახლებზე დაინახავთ ძლიერ პატარა ფანჯრებს ასე, რომ შიგნით დღეც ძლიერ ბნელია. ამნაირად ბინაც ძლიერ უწყობს ხელს ტ. ბ. ც. გავრცელებას.

3. კვება ცუდი აქვთ, უფრო მეტად იკვებებიან ძლიერ ცუდად გამომცხვარი ქერის პურით, ლობიოთი, რძის ნაწარმოებით და უფრო იშვიათად ხორციით. საქმელი კეთდება უსუფთაოდ და ყველგან ჭამს საერთო თევზით რაც, ცხაღია, ხელს უწყობს ტ. ბ. ც. გავრცელებას.

4. უნდა აღინიშნოს ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით ხმარება, განსაკუთრებით დღესასწაულის დროს, როგორც მამაკაცების ისე დედაკაცების მიერ. რასაკვირველია ესეც მოქმედობს ტ. ბ. ც. გავრცელებაზე.

5. აღსანიშნავია აგრეთვე მათი ცუდი ჩვეულება, რომელიც გამოიხატება ხშირ კოცნაში. კოცნიან ყოველ შეხვედრის დროს არა მარტო ქალები ერთმანეთს, არამედ კაცებიც. ეს ცუდი ჩვეულება ისე ფართოდ არის იქ გამოხატული, რომ ეჭვი არაა უფრო მეტად ავრცელებს ტ. ბ. ც.

6. საექიმო დახმარება სუსტად არის განვითარებული მთელ ზემო სვანეთში, მხოლოდ 4 ადგილას არსებობს საექიმო-პუნქტი. ორ პუნქტთან ერთად გახსნილია 5—5 საწოლიანი სტაციონარი.

მესტიაში კი 15 საწოლიანი საავადმყოფოა, არსებობს აგრეთვე ერთი ნორმალური აფთიაქი. (სხვათა შორის იმ აფთიაქში ძალიან ბევრია წამლები განსაკუთრებით ისეთი მედიკამენტები, რომლებიც თბილისში არ მოიპოვება). ყველა ეს სამკურნალო დაწესებულებანი საბჭოთა ხელისუფლების დროს არის დაარსებული. თვითმპყრობელობის დროს კი ზემო სვანეთში იყო ერთი მაზრის ექიმი, რომელიც მთელი წელი ქუთაისში ცხოვრობდა და მხოლოდ ზაფხულში 3 თვით მიდიოდა სვანეთში.

7. რაც შეეხება სანიტარულ-პროფილაქტიურ მუშაობას, იგიც ძლიერ მოისუსტებს თუ, არ მივიღებთ მხედველობაში ბავშვების კონსულტაციებს და ბავშვებს, რომლებიც შედარებით კარგად არიან მოწყობილი.

გარდა ტ. ბ. ც. ჩვენი ყურადღებაში იქცია, ჩიყვით დაავადებამ და ჰიპოტონიამ. იხ. ცხრილი № 6.

ყველა ავადმყოფებს ზუსტად ვზინჯავდით ჩიყვის აღმოსაჩენად. 1497 კაცთა შორის ჩიყვით დაავადებული აღმოჩნდა 523 (34,9%), მათ შორის მამაკაცები 23,5% და დედაკაცები 44%. თუ რაიონებათ დავეყოფთ, მივიღებთ შემდეგ სურათს.

ჩიხვი, კუჭ-ნაწლავის და რევმატიზმით დაავადებანი გამოკვლეულთა შორის, სქანის მიხედვით.

დაავადება		ჩიყვი			კუჭ-ნაწლავის დაავად.			რევმატიზ.		
		მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ	მამ.	დედ.	სულ
ბეჩო	აბსოლ.	38	196	234	42	4,9	91	35	31	66
	%	13,6	46,9	33,6	15,0	117,	13,0	12,5	7,4	9,5
მესტია	აბსოლ.	91	116	207	25	36	61	16	14	30
	%	32,5	45,3	38,6	8,9	14,1	11,4	5,7	0,5	5,6
კალა	აბსოლ.	32	50	82	13	11	24	19	20	39
	%	25,2	36,5	31,1	10,2	8,0	9,1	15,0	14,6	14,8
სულ	აბსოლ.	161	362	523	80	96	176	70	65	135
	%	23,5	44,6	34,9	11,7	11,8	11,7	10,2	8,0	9,0

შენიშვნა: 0/0 გამოყვანილია გამოკვლეულ ავადმყოფთა საერთო რიცხვის მიმართ (იხილე ცხრ. № 1

	მ.	დ.	სულ.
ბეჩო	13,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	46,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	33,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
მესტია	32,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	45,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	38,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .
კალა	25,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	36,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	31,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ჩიყვიანთა შორის არც ერთი ბაზელდოვის დაავადება არ შეგვხვედრია. კრეტინებიც არ ყოფილან ჩვენთან. როგორც გამოვარკვეეთ, კრეტინებს სვანება სახლიდან არ უშვებენ და ისიც იციან, რომ მათი მორჩენა არ შეიძლება და ამიტომ ისინი არ მოყავთ ექიმთან გასასინჯავად.

ძლიერ საინტერესოა ტუბერკულოზის და ჩიყვის ურთიერთშორის დამოკიდებულების საკითხი. Morin, Costa, Mackenzie აზრით ფარისებრი ჯირკვლის დაავადება ტუბერკულოზით ხდება იშვიათად, მიზეზად ფარისებრი ჯირ-

კველის იმუნიტეტისა ტუბერკულოზისადმი სთვლიან იოდს, რომელიც ცუდად მოქმედობს ტუბერკულოზის ჩხირებზე. მაგრამ ფარისებური ჯირკვლის დაავადება ტუბერკულოზით მიინც ხდება. მაგ. Cohnheim—მა 1867 წ. მწვავე მილიალურ ტუბერკულოზის დროს ფარისებურ ჯირკვლებში ტუბ. ხორკლები ნახა Chidri—1878 წ. 100 ტუბერკულოზიანი გვამის სექციის დროს 7-ს ფარისებური ჯირკვლების ტუბ. დაავადებული ჰქონდა Frankel, Hegor, Hedinger დიდი სექციური მასალის შედეგად დასკვნეს ფარისებური ჯირკვლების დაავადება  $1,7\%$ — $3,65\%$  აღწევს.

მაგრამ ზემოთ მოყვანილი დაავადება მწვავე ტ. ბ. ც. შემთხვევებში ხშირი მოვლენაა, ქრონიკული ფორმებში კი პირიქით ძლიერ იშვიათი. მაგრამ შემდეგ Braudendenstein-ის, Ianovski-ის და სხვების გამოკვლევით გამოირკვა, რომ ტ. ბ. ც.-ის დროს ხშირად ხდება ფარისებური ჯირკვლების გადიდება და ჰიპერფუნქცია.

მაგ. Braudenstein-ის 100 შემთხვევაში 35 ფარისებური ჯირკვლები გადიდებული ჰქონდა.

Ianovski-ის მასალიდან ვითომ  $80\%$  ტ. ბ. ც. ავადმყოფი ფარისებური ჯირკვლები გადიდებული აქვთ. თანდითან ეს სადავო საკითხი გაფართოვდა და დღეს უკვე არსებობს სამი სხვადასხვა დიამეტრალურად მოწინააღმდეგე თეორიები: ერთის აზრით ჩიყვიანი ავადმყოფი ტ. ბ. ც.-ით ავად იშვიადად ხდება, მეორე პირიქით ხშირად ხდება ავად; მესამე მოსაზრებით მათ შორის არავითარა კავშირი არ არსებობს. უკანასკნელის მოსაზრების დასამტკიცებლად Han-Ioachim-ი Arndt გამოსთქვამს შემდეგს: „რადგანაც მთელ მსოფლიოში კირჩხიბის და ტ. ბ. ც.-ს დაავადება ხშირია, დაიბადა უსაფუძლო შეხედულება, რომ ვითომ ამ ორ ავადმყოფობას ერთი მეორესადმი მიდრეკილება ჰქონდეს (Disposition). იგივე უსაფუძლო შეხედულება შეიქმნა ტ. ბ. ც.-ს და ჩიყვის შორის, რადგანაც როგორც კირჩხიბი ტ. ბ. ც., ისე ჩიყვიც დღეს ძლიერ გავრცელებული ავადმყოფობაა, თორემ ორ უკანასკნელს არავითარი კავშირი არ აქვს ერთი მეორესთან“, ეს ზემოთ მოყვანილ სადაო და ამასთან ერთად ძლიერ საინტერესო საკითხი ჩვენ წინაშე მთელი თავის სიმძიმით დაისვა. ჩვენი მასალის მიხედვით ჩიყვით დაავადებულნი არიან  $13/34,9\%$ . ტ. ბ. ც. დაავადებულნი 150 კაცი  $1/10$  ( $10,2\%$ ). 153 ტუბ. ავადმყოფთა შორის ჩიყვით დაავადებულნი უნდა იყოს საშუალოდ (თუ ერთი მეორესთან არავითარი კავშირი არ აქვთ)  $1/3$  ან 51 კაცი, მაგრამ აღმოჩნდა დაავადებული მხოლოდ 27 კაცი, იგივე ყველა შემთხვევაში ფიბროზული-ციროზული ფორმები, ყველა პრაქტიკულად ჯანმრთელი ან კოჰპენსიური ფორმები. აქედან ჩვენ გამოვთქვამთ მოსაზრებას, რომ ჩიყვიან ავადმყოფებს, როგორც ეტყობა, აქვთ ფილტვების ტუბერკულოზისადმი შედარებითი იმუნიტეტი.

რაც შეეხება ჩიყვისა და ლიმფატიურ ჯირკვლების ტ. ბ. ც.-ს ურთიერთობის საკითხს, აღმოჩნდა შემდეგი: გადიდებული ლიმფური ჯირკვლები აქვთ 597 ( $39,9\%$ ). ჩიყვით დაავადებული არიან  $1/3$ , როგორც ზემოდ ვთქვით, ასე



რომ უნდა იყვეს 199 ავადმყოფი ჩიყვით დაავადებული, თაქტიურად აღმოჩნდა 105, თითქმის ნახევარზე ნაკლები.

ესეც იმუნიტეტის სასარგებლოდ ლაპარაკობს. ამნაირად ჩვენი მასალის მიხედვით ვითომ ჩიყვიანებს ტუბერკულოზისადმი შედარებით იმუნიტეტი უნდა ჰქონდეთ. მაგრამ ასეთი რთული და დიდი მნიშვნელოვანი საკითხის გადაჭრა შეიძლება მხოლოდ უფრო დიდი მასალის დაგროვების შემდეგ. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ამ საღაო საკითხის ირგვლივ გარკვეული აზრის გამოთქმა შესაძლებელია ზემო სვანეთის პირობებში, მხოლოდ მუშაობის გაგრძელების შედეგ.

რაც შეეხება: Basedow-ის ან Basedowismus ჩვენ, არცერთი შემთხვევა არ გვქონია.

ჩვენ მიერ მიღებული პროცენტი ჩიყვიანების აღემატება ყველა წინა ავტორების მიერმოცემული პროცენტს ჩიყვის შესახებ. ორბერის სტატისტიკით—4<sup>0</sup>/<sub>10</sub> ექ. ასლანიშვილის 22,4<sup>0</sup>/<sub>10</sub> (25 წ.), ჩვენი კი 34,9<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. შესაძლებელია ექიმ ასლანიშვილის 22,4<sup>0</sup>/<sub>10</sub> უფრო სწორე არის, რადგანაც იგი უფრო დიდი მასალაზეა აშენებული, მაგრამ ჩვენი მასალა, რომელიც ემყარება 1500 კაცის გამოკვლევას, საკმაოდ დიდია და ნათლად გვიმტკიცებს, რომ ზემო სვანეთში ჩიყვის ენდემია საკმაოდ დიდია.

რაც შეეხება ჰიპოტიონიას, სისხლის წნევა გასინჯული იქნა 348 კაცზე რეკლინგაუზენის აპარატით (Recklinghausen), საშუალო წნევა 20-40 წ. ჯდრის, მაქ. 106—107, მინ. 67—69. 40—60 წლამდე მაქ. 109—112. მინ. 79, რაც უსათუოდ უნდა ჩაითვალოს დაწეულად. ამ საკითხის შესახებ აზრათა გვაქვს ცალკე მოხსენება წარმოვადგინოთ.

გარდა ტ. ბ. ც. ჩიყვისა და ჰიპოტიონიისა ჩვენი ყურადღება მიიპყრო რევმატიზმის დიდმა რაოდენობამ (იხ. ცხრილი № 6).

რევმატიზმით დაავადებული სულ აღმოჩნდა 135 (9, 0<sup>0</sup>/<sub>10</sub>), აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ 135 დაავადებულთა შორის მხოლოდ ორთ იყო გულის მანკით. როგორც მოსალოდნელი იყო, კუჭის ქრონიკული დაავადებანი ხშირია, სულ 176 (11, 7<sup>0</sup>/<sub>10</sub>) იხ. ცხრილი № 6, მათ შორის მამაკაცები 5, 3<sup>0</sup>/<sub>10</sub>, დედ.-6, 4<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. ეს გამოწვეულია ჩვენი აზრით, უფრო მეტად ორი მიზეზით: ნახევრად გამოკვხვარი ქერის პურიით და მეორე მით, რომ სვანები საჭმელს ღებულობენ იშვიათად და დიდი რაოდენობით. აგრეთვე ძლიერ ეტანებიან არაყს, რომელიც იწვევს კუჭის სხვადასხვა დაავადებებს. ამნაირად ზემო სვანეთში ქრონიკულ დაავადებათა შორის უმთავრესი ადგილი უჭირავს ტ. ბ. ც.-ს და ჩიყვით დაავადებებს. ამასთან საყურადღებოა რევმატიზმი და კუჭის დაავადებანი. ტ. ბ. ც. წინააღმდეგ საჭიროა გადამწყვეტი ზომების მიღება, როგორც არის მაგ. სანიტარული მდგომარეობის გაუმჯობესება ყოველი მხრივ. განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევა ესაჭიროება სახლის ახალი ტიპისაშენების საკითხს. ყოვლად შეუძლებელია უფანჯრო ძველი ტიპის სახლების აშენების გაგრძელება. საჭიროა გამოიმუშავდეს სტანდარტული ტიპის სახლი, სადაც სინათლე და მზე უხვად უნდა შედიოდეს ბინებში. აუცილებელია აგრეთვე კვების საკითხის მოგვარება; ამ მხრივ სა-

ჭიროა ცენტრალური მთავრობის დახმარება პურის, ცხიმის და ხლის საჭირო რაოდენობის მოწოდებისათვის ადგილობრივი მცხოვრებლებისათვის; ან ისეთი პირობების შექმნა, რომ ისინი, რაც შესაძლებელია ადგილობრივად მზადდებოდეს. აქვე უნდა აღინიშნოს იოდიზაციის საკითხი, რომელიც ერთობ საჭიროა სვანებისათვის. უნდა მოეწყოს მესტიისში ერთი დიდი საავადმყოფო ტუბ. განყოფილებით, სადაც ღია ფორმით დაავადებულებს: უმკურნალებენ ადგილობრივად. ახლავ უნდა გაიხსნას სამი დასპანსერი: მესტიაში, ბეჩოში და კალაში, სადაც უნდა სწარმოებდეს როგორც მკურნალობა, ისე პროფილაქტიკური მუშაობა. საჭიროა აგრეთვე ერთი ტუბერკულოზური 50 საწოლიანი სანატორიუმის გახსნა.

ჯვარის გზის გაკეთების შემდეგ ზემო სვანეთის კულტურული და ეკონომიური მუშაობა უფრო ჩქარი ტემპით წავა წინ. ამასთან ერთად მოსახლეობის ჯანმრთელობის საქმეც მოეწყობა ისე როგორც ამხს მოითხოვს თანამედროვე სამედიცინო მეცნიერება. ამიტომ საჭიროა ჯვარის გზის დაკვრითი წესით გაკეთების პოპულარიზაცია. ცენტრალურ მთავრობამ ამ მხრივაც უნდა დაეხმაროს ზემო სვანეთს.

დასკვნები:

1. ტუბერკულოზი ზემო სვანეთში გავრცელებულია საშუალოდ. ტუბერკულოზით ინფიცირებულია გასინჯულ ავადმყოფების რიცხვიდან მოზრდილებში 72,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ბავშვებში 43, 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, ტუბერკულოზით დაავადებულთა რიცხვი მაღალია და შეადგენს 10, 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, მათ შორის მამაკაცები 12,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, დედაკაცები 8, 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

2. სქესის მხრივ ტუბერკულოზის ინფექცია მიღებულია რიცხვი დედაკაცთა შორის (76, 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) უფრო მეტია, ვინემ მამაკაცების 55, 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> მხოლოდ უფრო განსხვავებით იგი მდგომარეობა უნდა აღინიშნოს ამ მხრივ ბავშვთა შორის ვაჟ.- 34, 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ქალ.- 53, 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულთა შორის დიდი პროცენტი პრაქტიკულად ჯანმრთელები და კონპენსირებული ფორმები, რომელიც გვაძლევს საშუალებას დაუფშვათ, რომ ტუბერკულოზი ზემო სვანეთში დიდი ხანი უნდა არსებობდეს.

3. ტუბერკულოზი ზემო სვანეთში შეტანილი უნდა იყოს იმ სვანების მიერ. რომლებიც ზამთრობით მასიურად ჩამოდიოდნენ სამუშაოდ სამეგრელო-იმერეთ-აფხაზეთში, უკან დაბრუნებისას უკვე დაავადებულნი თავის, სოფლებში, ცხადია, უხვად ავრცელებდნენ ტუბერკულოზს.

4. ჩიყვით დაავადებულთა პროცენტი 34, 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ზემო-სვანეთში უნდა ჩაითვალოს მეტად დიდად და ამ მხრივ მისი შედარება 25 წელთან 22, 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> სამწუხაროდ გვაძლევს საშუალებას ვიფიქროთ, რომ ჩიყვი ყოველ შემთხვევაში სრულიად არ კლებულობს, თუ არ მატულობს.

5. აუცილებელი საჭიროთ უნდა ჩაითვალოს ერთი 50 საწოლიანი საავადმყოფოს აშენება მესტიაში ტ. ბ. ც. განყოფილებით. სამი დისპანსერის გახსნა მესტიაში, ბეჩოში და კალაში, რომლებსაც დაევალება, როგორც მკურნალობა, ისე პროფილაქტიკური მუშაობა.

6. რადგანაც ადგილობრივი საცხოვრებელი სახლები სრულიად არ შეეფერება დღევანდელ ჰიგიენურ პირობებს, საჭიროა აგებული იქნას ახალი ტიპის სახლი სანიმუშოდ.

7. ზემო სვანეთში კვების საკითხი ძლიერ აქტუალურია, სადაც პირველი ადგილი უნდა ეჭიროს იოდიზაციას, ცხიმის, ცილის და ვიტამინების საკითხს. ამ საქმის მოგვარება შესაძლებელია იოდის გარეგით საქმელ მარილში, ხილის შემოტანა, როგორც გარედან ისე ადგილობრივად ბოსტნეულების და ხეხილების გაშენებით. აგრეთვე ფართო მეჯოგეობის და მელორეობის განვითარებით ზემო სვანეთში.

8. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს **სანიტარულ პროპაგანდას** სოციალური და სანიტარული პროფილაქტიკის საქმის სათანადო სიმალლეზე დაყენება მეტად საჭიროა. ამით ჩვენ ძლიერ შევამცირებთ შინა-ოჯახურ ინფექციას, რომელიც წარმოადგენს მთავარ წყაროს ტუბერკულოზის გავრცელებისათვის ზემო სვანეთში.

---



1. А. А. Баев. Обследование на туберкулез некоторых деревень Буйнского кантона татреспублики В, Т. 7—8 30 г.
2. А. Б. Шварц—Материалы по изучению Т. б. в Башкирии В. Т. 7—8 30 г.
3. С. Е. Незлин—Изучение туберкулеза среди национальностей. В. Т. 7—8 30 г.
4. В. Н. Но. Сов-опыт сравнительного клинического изучения течения туберкулеза среди различных национальных групп В. Т. 7—8 30 г.
5. Г. И. Контарович—Туберкулез среди народностей Востока В. Т. 7—8 30 г.
6. П. В. Дезидерьева. и М. И. Ойфабах. Смертность, бацилиарность, и инфицированность по данным туборганизации татарской республики В. Т. 11—12 30 г.
7. И. И. Берлин—Сравнительная оценка статистических данных о заболеваемости туберкулезом по материалам диспансеров и амбулатории в Богдадском уезде В. Т. 11—12.
8. Е. Богдадина — Организация борьбы с т б к в колхозах В. Т. 1. 30 г.
9. С. В. Масино. Туберкулез в Лезгинских аулах Ахтинского кантона Дагестана В. Т. 5—6 30 г.
10. П. И. Порховников—Опыт обследования на туберкулез жителей села „Усень-Ивановский завод“ Белебевского кантона Башреспублики В. Т. 5—6 30 г.
11. Д-р мед. П. Майер—Климатотерапия туберкулеза татар. курорт-района Крыма.
12. А. Кальмен—Предохранительная вакц. против туберкулеза 1929.
13. С. Незлин—К вопросу о борьбе с т. б. к. среди национальностей СССР В. Т. № 5—6 31.
14. Д. Орбели—Сведения о Сванетий.
15. Е. Никольская—Обследование дер. Шихово. Диспансер 1928.
16. А. Д. Улианов—Болезненность и смертность от туберкулеза по районам гор. Харькова Туб, в. гор и дер. 1931 г.
17. А. И. Тогунова-В на IV всесоюзном В. Т. № 1 29 г.
18. М. А. Клебанов—Туберкулез и борьба с ним среди сельского нас. В. Т. № 8. 31 г.
19. П. П. Зам—Туберкулез среди удмуртов Глазовского района.
20. ი. ალაბიშვილი—ჩიკვი სვანეთში 1926 წ.
21. ი. ახვლედიანი—კვება სვანეთში.
22. Vereins und kongressberichte. Klimatologische Tagung in Davos. M. M. W. 1925 № 41.
23. Hatus Joachim Arndt—Der Kropf in Russland 1931.
24. Dr H. L. Komitz—Die Beziehungen der endokrinen organe zur Tuberculose. Handb. der Tuber. Brauer. 1923.

1. Туберкулез в Верхней Сванети среди обследованных распространен в средней степени. Туберкулезная инфицированность взрослых равняется 72,1 %, детей—43,6 %.

Заболееваемость всеми формами туберкулеза высока и составляет 10,2 %, из них мужчин 12,1 %, женщин 8,6 %. По полу инфицированность среди женщин выше—(76,1 %), чем у мужчин (65,9 %).

Тоже явление надо отметить среди детей (мальчиков 34,6 %, девочек 53,4 %).

2. Среди больных туберкулезом легких имеется большой процент практически здоровых и с компенсированной формой, что дает нам возможность предполагать, что туберкулез в Верхней Сванетии существует давно.

3. Туберкулез вероятно занесен в Верхнюю Сванетию теми сванами, которые зимой массами спускаются на работу в Мингрелию, Имеретию и Абхазию.

4. Процент больных зобом в Сванетии очень велик и если сопоставить с 25 годом—22,3 %, то наша цифра—34,9 % указывает нам скорее на увеличение, чем на уменьшение зоба.

Исходя из вышеизложенного по нашему мнению необходимо принять решительные меры, как-то всестороннее улучшение санитарно-бытовых условий, особенное внимание надо уделить питанию и постройке домов нового типа.

1. Tuberkulose in Oberswanetien ist unter den untersuchten auf mittlere Weise verbreitet. Tuberkulose Ansteckungen sind bei Erwachsenen 72,1 % bei Kindern 42,6 %.

Erkrankungen in allen Formen der Tuberkulose sind hoch und machen, 10,2 % aus. Von ihnen sind 12,1 % Männer, 8,6 % Frauen.

Geschlechtlich ist die Ansteckung bei Frauen höher (76,1 %), als bei Männern 65,9 % Dieselbe Erscheinung muss bemerkt werden ist unter Kindern. (Knaben 34,6 %, Mädchen 53,4 %)

2. Unter den Kranken der Lungen tuberkulose ist ein grosser Prozent praktisch gesunden und kompensierter Form, das gibt uns die Möglichkeit zu vermuten, dass die Tuberkulose in Oberswaneti schon längst existiert.

3. Die Tuberkulose im Oberswanetien ist wahrscheinlich von den Svanen mitgebracht, die im Winter in ganzen Massen auf die Arbeit nach Mingrelien Imeretien und Abhasien herabsteigen.

4. Der Prozent vom Kropf ist in Swanetien sehr gross, wenn man vom 1925 Jahre 22,3 % berechnet, zeigt unsere Ziffer 34,9 % eher auf Vergrößerung, als auf Verkleinerung des Kropfes.

Aus dem obengebörten muss man, nach unserer Meinung entscheidende Mittel ergreifen, wie allseitliche bessere sanitarische Lebensbedingungen besondere Aufmerksamkeit muss man der Nahrung und den neuen Typen des Hausbaues zukommen lassen. Von dieser Seite bedarf der Hilfe der Zen-

С этой стороны нужна помощь центрального правительства в смысле доставки местным жителям необходимого количества хлеба, жиров и фруктов; или же надо создать такие условия, чтобы необходимое заготавливалось бы на месте. Тут же необходимо отметить вопрос иодизации, которая так необходима сванам. Надо оборудовать в Местии одну больницу с туберкулезным отделением, где больных с открытой формой заболевания будут пользоваться на месте. Теперь же должны быть открыты 3 диспансера: в Местии, Бэчо и Кала, где должно производиться, как лечение, так и санитарно-профилактическая работа. Необходимо также один туберкулезный санаториум с 50 кроватями.

После проложения дороги Джварис-Гза культурно-экономическая работа Верхней Сванетии пойдет вперед более быстрым темпом. Вместе с этим и дело здравоохранения населения устроится так, как этого требует современная медицина, по этому необходима популяризация вопроса о прокладке дороги Джварис-Гза в ударном порядке.

tralregierung im Sinne der Beförderung für die Bewohner die unumgänglichen Menge Brot, Fette und Früchte oder man muss solche Bedingungen herstellen um auf Ort und Stelle das Notwendige vorzubereiten Hier muss man auch Frage wegen Jod bemerken, welche die Swanen in unumgänglich brauchen.

Man muss in Mesti ein Krankenhaus mit einer Tuberkulosen Abteilung bauen, wo die Kranken in offener Form behandelt werden. Recht bald muss man drei Dispanssere eröffnen: in Mesti, Beho und Kala, wo die Behandlung und sanitär-profilakttsch Arbeiten ausgeführt werden können. Unbedingt braucht man auch ein Sanatorium mit 50 Betten. Nach der Eröffnung des Weges Dswaris-gsa wird die Kulturekonomische Arbeit in Oberswanetien mit raschen Schritten weiter schreiten.

Zugleich mit diesem wird der Gesundheitszustand der Einwohnerschaft sich so gestalten wie die gegenwärtige Medizin es verlangt.

Deswegen muss unbedingt die Popularität wegen der Frage des Weges Dswaris-gsa mit Sturmschritten vorgenommen werden.

