

ზამოცხვის აზე 800146

საქართველო  
სამართლის მინისტრი

# თანამედროვე გეზისანა

(Thanamedrové Medicina)

ყოველთვის სამურალო-სამსიმორო ეროვნული  
ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის თარგმანი

**№ 7—8—9**

სეზონებისი, თერმომეტრი, ნოველი

ელინსტიტუტის გამოცემა  
ტფილისი 1932 წ.

F 260  
1939  
სამართლის მედიცინის  
მუზეუმის ბიბლიოთეკი

გამოცემის ფელი გვ. 88660

# თანამედროვე მედიცინა

(Thanamedrové Medicina)

ყოველთვიური დაცურნალუ-სამიზნიერო ჟურნალი

ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

**№ 7—8—9**

სექტემბერი, თებერვალი, ნოემბერი

სარედაქციო კოლეგია:

პროფ. ს. ამირაჯიძი, პროფ. მ. ასათიანი, დოც. გ. ვაწაძე, პროფ. ი. თიკანაძე,  
დოც. პ. კიკალეიშვილი, პროფ. შ. მიქელაძე, პროფ. გ. მუხაძე, პროფ. ა. ნათი-  
შვილი, დოც. ი. ქოჩიაშვილი, პროფ. ვ. ულენტი, პროფ. ს. ყიფშიძე.

რედაქციის მდივანი დოც. პ. ქავთარაძე.





## Танамедрове Медицина

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

№№ 7, 8 и 9.

1932 г.

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

## Thanamedrové Medicina

Journal Medical Géorgien

№ 7—8—9

1932

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

ბექ. რედ. და კორექტორი ნ. ბერიძე

## შ ი ნ ა ა რ ს ი

### I. ოქორიული და კლინიკური მედიცინა

83.

1. პნეუმ. ვლ. ფლენტი. უმაღლესი სამედიცინო განათლებისა და მეცნიერული კვლევა-ძიების შილტევები საქართველოში ოქტომბრის რეკოლუციის 15 წლის თავისათვის . . . . .	5
2. გ. ჩარექებიშვილი. ღვიძლის ციროზულ ასციტების დიათერმით მკურნალობის საკითხისათვის . . . . .	10
3. გ. ალექსიძე. მუცულის ტიფის გართულების შემთხვევა ხოლეცის-ტიტით . . . . .	16
4. ვლ. ანთაძე. მაღრას ცხელების გავრცელების საკითხისათვის უდაბნოს მეცხვარეობის საბჭოთა მამულში . . . . .	20
5. გ. ქავთარაძე. პერიოდული მიოკლონია კუნთების ატროფიით . . . . .	30
6. გ. ბახტაძე და ხ. ენტებძე. Dystrophia myotonica . . . . .	33
7. პნეუმ. ქ. ერისთავი. მენჯ-ბარბაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის შესახებ . . . . .	38
8. ე. ზაქარია. ტეტანუსის მეურნალობის ირგვლივ . . . . .	47
9. გ. ცხაგარა. მენჯ-ბარბაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა და მისი მეურნალობა ჰოსპ. ქირურგიულ კლინიკაში ათი წლის გასალის მიხედვით (1919—1920 წ. წ.) . . . . .	62
10. ვლ. ქურდიანი. სწორ ნაწლავში უცხო სხეულთა საკითხისათვის . . . . .	67
11. ა. აბაშიძე—ბერიძისა. Atresia cervicalis subpartus-ის საკითხისათვის . . . . .	76
12. გ. გოგლიძიძე. Aleikia haemorodica-ს ერთი შემთხვევა . . . . .	84
13. გ. ლამაზეთიშვილი. საშოში გარეშე სხეულის ხანგრძლივი დარჩენის კაზუისტიკისათვის . . . . .	92
14. გ. ბუაჩიძე. Angiokeratoma Mibelli-ის ეტიოლოგიისათვის . . . . .	95
<b>II. მ ი მ ხ ი ლ გ ა</b>	
15. ქ. ფომაია. ტუბერკულოზის სპეციფიკური მეურნალობა ტუბერკულინით . . . . .	101

### III. რ ე ც ე რ ა ტ ე ბ ი

### IV. ქ რ ი ნ ი ჭ ა

2607. გლ. ულენი

## უმაღლესი სამედიცინო განათლების და საგედიცინო ხასიათის კვლევა-ძიების მიღწევები საქართველოში მსოფლიოს უდიდესი რეპულუნის 15 წლის თავზე

უმაღლესი სამედიცინო სკოლა და სამედიცინო მეცნიერული კვლევა-ძიებითი მუშაობა საქართველოში განუყრელ და ორგანიულ კავშირშია ერთი-მეორე-სთან. ეს სკოლა თავიდანვე არის არა მარტო ექიმთა მომამზადებელი ბაზა, არა-მედ სამედიცინო. მეცნიერული კვლევა-ძიების ცენტრი და ორგანიზატორი. ამ სკოლის სსვადასხვა სასწავლო-სამეცნიერო დაწესებულებებში თავიდანვე სასწავლო მუშაობასთან ერთად ფართოდ გაშალა ფრთხები სამეცნიერო მუშაობა-მაც. სკოლამ ჩინებულად შეძლო სასწავლო და სამეცნიერო ფუნქციის ნაყოფიერად შეთვისება. ამიტომაც საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო სკოლის დაარსება ამავე დროს სამედიცინო მეცნიერული კვლევა-ძიების გაღრმავება და გაფართოვება, ამ სკოლის ზრდა, მიღწევები და წარმატებანი ამავე დროს საქართველოს მშრომელთა ყოფა-ცხოვრების, შრომისა და ირსებობის პირობების, და სახოგაღოდ ამ მშრომელთა გაჯანსაღების საკითხის მეცნიერულად შესწავლის ზრდა და წარმატებანია.

საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო სკოლა დაარსდა ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის სახით 1918 წლის შემოდგომაზე. 1930 წლის შემოდგომიდან, მთელ კავშირში უმაღლესი განათლების საქმის რეარგანიზაციასთან დაკავშირებით, სამედიცინო ფაკულტეტი გადაკეთდა დამოუკიდებელ უმაღლეს სამედიცინო სკოლად საქართველოს სამედიცინო ინსტიტუტის სახით. ამრიგად ოქტომბრის რევოლუცია ერთი წლით უსწრებს წინ ჩენი უმაღლესი სამედიცინო სკოლის დაარსებას, ეს სკოლა ამ რევოლუციის მონაპოვარია. იგი იშვა, გაიზარდა და განვითარდა ოქტომბრის რევოლუციის ქარიშხალში და ამ რევოლუციის ძლიერი ფრთხების ქვეშ.

რა მიღწევები აქვს ჩენის უმაღლეს სამედიცინო სკოლას, რა გააკეთა მან 14 წლის განმეოლობაში, გაამართლა თუ არა მან თავისი არსებობა? საქართველოს სწრაფი რეტროსპექტიული თვალის მოკვრა მის მოკლე, მაგრამ შინაარსით და ნაყოფიერებით მდიდარი წარსულის; რომ სიამაყიფ ითქვას: საქართველოს უმაღლესმა სამედიცინო სკოლამ პირნათლად შეასრულა თავისი დანიშნულება



შშრომელთა წინაშე. მან გიგანტური მუშაობა ჩაატარა და მსოფლიოს უდიდესი რეკოლუციის 15 წლის თავს იგი საესებით გამაგრებული, დავაუკაცებული და მომწიფებული ეგებება. მას უდავო და ამავე დროს ფრიად მნიშვნელოვანი სხვადასხვა გვარი მიღწევები აქვს.

ამ მოკლე ხნის განმავლობაში პირველად ყოვლისა იგი მკაფიოდრად დადგა უეხზე როგორც უმაღლესი სამედიცინო სკოლა. ვინ არ იცის, რომ ასეთ სკოლას განსაკუთრებული და ამავე დროს ძვირფასი ბაზა ესაჭიროება. ამ სწორედ მან შექმნა და მოაწყო სწავლებისა და მეცნიერული მუშაობისათვის საჭირო ბევრი ათეული დამხმარე დაწესებულებები თეორიული კათედრების, ლაბორატორიების და კლინიკების სახით. მან დააგრძოვა და შექმნა თავის კულტურული მაღალ კავალიერიულ შესწავლებულთა კადრი 31 პროფესორის, 32 დოცენტის და 133 ასისტენტის სახით. ამ მხრით იგი ერთ-ერთი კეთილ მოწყობილი, საუკეთესო და სანიმუშო უმაღლესი სკოლაა არა მარტო საქართველოში, არამედ მთელ კავშირში.

ექიმთა კადრის მომზადებაშიც, ე. ი. მის უპირველეს დანიშნულებაში, ჩვენს უმაღლეს სამედიცინო სკოლას განსაკუთრებულად დიდი მიღწევები აქვს. მის კედლებში ამ უაბად სწავლობს 1844 სტუდენტი (სამეცნიერო-პროფესიულ ფაკულტეტზე—1094, დედათა და ბავშვთა დაცვის განყოფილებაზე—304, სტუმ ატოლოგიურ განყოფილებაზე—119, სანიტარულ-პროფესიულ ფაკულტეტზე—178, ფარმაცევტიულ ფაკულტეტზე—149). მან უკვე მოამზადა და გამოუშვა 1372 ექიმი (ამათში 100 ექიმი—სტუმატოლოგი შედის). თუ რა მნიშვნელობისაა ჩვენი პატარა რესპუბლიკისათვის ექიმთა ასეთი რიცხვი, იქიდან ჩანს, რომ 1914 წელს მთელს საქართველოში იყო მხოლოდ 261 და 1920 წელს 352 ექიმი. ამ უძინა საქართველოში კი 1897 ექიმია და ამ ექიმებიდან რა მესამედუნ მეტი ჩვენი უმაღლესი სკოლის მიერაა გამოშვებული. მოსახლეობის ექიმებით უზრუნველყოფის მხრივ საქართველო უკვე 1928 წელში უსწრებს წინ საბჭოთა კულტ დანარჩენ რესპუბლიკებს (1928 წელში მოსახლეობის 10,000 სულზე მოდის ექიმი: საქართველოში—4,4, უკრაინაში—3,8, რ. ს. ფ. ს. რ.—3,2, ბელორუსიაში—2,5 და სხვა) და აგრეთვე ევროპის ზოგიერთ სახელმწიფოსაც (ამავე წელს მოსახლეობის 10,000 სულზე მოდის, ექიმი, მაგ., შვეიცარიაში—3,7, პოლონეთში—3,1, ფინლანდიაში—2,6 და სხვა). ერთი ექიმი საქართველოში—1914 წელს მოდიოდა მოსახლეობის 10,736 სულზე, 1920 წელს 6747 სულზე, ამებიდ კი ერთი ექიმი მოდის მოსახლეობის 1579 სულზე. განა თუ გინდ მარტო ეს არ არის მაჩვენებელი ჩვენი უმაღლესი სამედიცინო სკოლის მიერ ჩატარებული დიდი მუშაობის? განა ამ დიდად სარგებლიანი მუშაობის შედეგი არ არის, რომ საქართველოს რესპუბლიკის მშრომელი მასა არამც. თუ ქალაქებში, არამედ სოფლებშიც და ისიც ისეთ ძნელად მისაწვდენ და დაშორებულ კუთხეებში, როგორაცა ფშავ-ხევსურეთი და სვანეთი, აჯანცეთის, აჭარისტანის გურიის, სამეგრელოს და სხვა კუთხეების ზოგიერთი ნაწილები, უზრუნველყოფილია კავალიერიული საექიმო დამხმარებელი და ამავე დამხმარებას უწევს მშრომელ მასას ამასთანავე გამოსული მუშისა და გლეხის შეილი, რომელიც

აღჭურვილია არა მარტო თანამედროვე სამედიცინო ცოდნით, არამედ იცის ამ მასის ენა, ზეგან-ჩვეულებანი, ყოფა-ცხოვრება და სხვა.

საქართველოში ჯერ არ არსებობს ექიმთა გილასამშადებელი ინსტიტუტი, ასეთი ინსტიტუტის დანიშნულებას დღემდე ჩვენი უმაღლესი სამედიცინო სკოლა ასრულებს. და აი, გარდა ექიმთა ქადრების მიმზადებისა, იგი თავიდანვე აწარმოებს ექიმთა დასპეციალებას, დახელოვნებას და კვალიფიკაციის აწევას, ამაღლებას, სხვადასხვაგვარ თეორიულ, სამკურნალო და პროფილიატურ დარღვევი. ამ სკოლის მრავალ თეოულ სასწავლო-სამეცნიერო დაწესებულებებში დღემდე აიმაღლა კვალიფიკაცია შტატის ასისტენტის, შტატგარეჟი ასისტენტის, ორდინატორის და სხვა მომუშავის სახით 600-ზე მეტმა ექიმმა.

მაგრამ ყველაუერი ეს მხოლოდ ნაშილია, მხოლოდ ცრთი მხარეა ჩვენი უმაღლესი სამედიცინო სკოლის ნაწარმოები დიდი შუშაობის, მისი მიღწევების მისი წარმატების.

ამ სკოლის სხვა და ამავე დროს ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქცია, რომელიც მან თავიდანვე იყისრა და ჩინებულად ასრულებს, ეს არის მეცნიერული მუშაობა. ის ამ მუშაობის სულის ჩამდგმელია მთელ საქართველოში, ამ მხრივ მას სრულიად გარკვეული მიღწევები აქვს. ჩვენს უმაღლეს სამედიცინო სკოლაში არაჩეულებრივი ენტუზიაზმით და ნაყოფიერებით წარმოებს მეცნიერული კვლევა-ძიება. მის კედლებში შესრულებულია სამეცნიერო შრომების ბევრი ასეული, რომლების დიდი უძრავლესობა დაბეჭდილია ქართულად, ბევრი ათეული რესულად და რამდენიმე ათეული ევროპიულ ენებზედაც. ამ სკოლაში შესრულებული ბევრი შრომა მოხსენებულია სხვადასხვა მეცნიერულ სხდომებზე და ყრილობებზე საქართველოში, შესაფერისს საქავშირო ყრილობებზე და სხვა. ამავე დროს დასხელებულ მეცნიერულ ნაწარმოებიდან ბევრს საერთო თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს და, რაც ვანსაკუთრებით მისათთებელია, დიდი და უდაფო მნიშვნელობა აქვს გეოპათოლოგიისათვის და მხარეთმცოდნეობისათვის.

მაგრამ განა მარტო აჩით ამოიწურება საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო სკოლის მუშაობა? რასაკვირველია, არა! საქართველოს სამედიცინო აზროვნების ორგანო, უურნალი „თანამედროვე მედიცინა“, დაარსებული 1924 წელს, პირმშო შეიქმნა ამ სკოლის და ამ სკოლასთან დაკავშირებულ სამედიცინო აზროვნების განვითარების: დღემდე ამ უურნალის 72 ნომერი (290 ფორმა) გამოვიდა და მასში დაიბეჭდა 384 სამეცნიერო წერილი.

ჩვენმა უმაღლეს სამედიცინო სკოლამ მეცნიერული აზრის გასავრცელებლად, გარდა საკუთარი კათედრებისა და კლანიკებისა, საკუთარი ბეჭვდითი სიტყვის ორგანოსა, მონახა და შექმნა ტრიბუნები თავისი კედლების გარეშეც. ვისაც ჩვენი ქვეყნის კულტურული წინსვლა აინტერესებს, იმან იცის, რომ ქართველ ექიმთა და ბუნების მეცნიერებლთა საზოგადოება, დაარსებული 1916 წელს და ვარდაქმნილი 1930 წელს საქართველოს ექიმთა საზოგადოებად, ჩვენს უმაღლეს სკოლასთანაა განუყრელად დაკავშირებული. ყველამ იცის, რომ სრუ-



ლიად საქართველოს ექიმთა ხუთა სამეცნიერო კონგრესი ფაქტიურად მოჟყოფილია ჩვენი უმაღლესი სამეცნიერო სკოლის მიერ, მისი მეცნიერული მუშაობის უშაულო მონაწილეობით, მათა ზრუნვით და მუშაობით. ამ საზოგადოებას და კონგრესებს უდავო მნიშვნელობა და მიღწევები აქვს საქართველოს მშრომელთა ჯანდაცვის საქმეში. ეს საზოგადოება ახლა აერთიანებს მთელ ჩვენ რესპუბლიკის აქტუალ ექიმებს, აქვს 9-სექტემბრი ტფილისში და 8 განყოფილება რესპუბლიკის სხვადასხვა ქალაქებში. ამ საზოგადოებას უკვე 271 სხდომა ჰქონდა, რომლებზედაც მოსმენილია 450-ზე მეტი მოხსენება. სრულიადსაქართველოს ექიმთა კონგრესებიც (1923, 24, 25, 26, 29 წ. წ.) ხომ საქართველოს ექიმთა სამეცნიერო და ამავე დროს ჩვენში სამედიცინო კვლევა-ძიების ცუვავების სახეიმო შეკრებაა. ამ ხუთ კონგრესზე მოსმენილია 220-ზე მეტი მოხსენება. ჩვენი უზაღლესი სამედიცინო სკოლის ლირსებისათვის და სასახლოდ უნდა აღინიშვნოს, რომ ექიმთა საზოგადოებაში და ექიმთა კონგრესებზე ჩატარებულ მოხსენებათა დიდი უმრავლესობა სწორედ ამ სკოლის მეცნიერულ მუშაებს ეკუთვნის.

დანარჩენი კიდევ ბევრი სხვადასხვაგვარი მიღწევნი ჩვენი უმაღლესი სამედიცინო სკოლის, მისი დამსახურება მშრომელთა მასის და რესპუბლიკის წინაშე... ამ შემთხვევების და სამსახურის უბრალო ჩამოთვლაც კი ბევრ ადგილს დაიკავებს.

ამ სკოლის დაუღალავი მუშაობით აღორძინდა, განვითარდა და ჩამოყალიბდა ერთოთული სამედიცინო ტერმინოლოგია, შეიქმნა თითქმის ცუველა ძირითად სამედიცინო დისკიპლინებში სახელმძღვანელოები, თანდათანობით აღდგა და განვითარდა ქართული სამეცნიერო ენა. ამ სკოლის დაწესებულებებში მრავალმა ათი-ათასმა მშრომელმა მიიღო კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება. ამ სკოლის მეცნიერულ მუშაკთა მეშვეობით ხდება პროფილაქტიკის და მედიცინის მიღწევების თავის დროზე და წესიერი გამოყენება მოსახლეობისათვის. მათივე მეშვეობით ხდებოდა და ხდება ბიოლოგიური, სანიტარულ-პროფილაქტიური და სამკურნალო ცოდნის პოპულიარიზაცია და ამ ცოდნის მშრომელთა მასში შეტანა-გავრცელება. ამვე სკოლის მეცნიერული მუშაები არის საქართველოს მშრომელთა ყოფა-ცხოვრების და შრომის პირობების შემსწავლით ძირითადი ქადრი და სხვა.

ოქტომბრის რევოლუციის 15 წლის თავის ჩვენი უმაღლესი სამედიცინო სკოლა—სამედიცინტიტუტი—ეგებება გადარაზმული და შეიარაღებული საკავშირო ცაკის 1932 წლის 19 სექტემბრის დეკრეტის საფუძველზე. ამ დეკრეტით გათვალისწინებული უმაღლესი სკოლის რეემი, სწავლების გახანგრძლივება, სწავლების ახალი მეთოდი და სხვა, დიდ პერსპექტივას უქმნის უმაღლეს სამეცნიერო განათლებას ჩვენში.

ჩვენი მასწავლებლობის დიდი გამოცდილება და ცოდნა, სტუდენტობის ახალგაზრდული ენტუზიაზმი, მასწავლებლების და სტუდენტების მიერ თავის მოვალეობის შეგნება მშრომელი მასის და ახალი, სოციალისტური, საზოგადოებრივობის მიმართ ჯანდაცვის ფრონტზე, სძლევს ყოფელგვარ დაბრკოლებებს და

უმაღლესი სამედიცინო მილწევები ოქტომბრის 15 წლის თავზე 9

კიდევ უფრო განამტკიცებს უმაღლეს სამედიცინო სკოლის უმაღლესი სამედიცინო განათლების საქმეს — და სამედიცინო მეცნიერულ კვლევა-ძიებას საქართველოში.

საქართველოს უმაღლესი სამედიცინო სკოლა ასაკით ნორჩია, ახალგაზრდა, მაგრამ არსებითად საგენებით ჩამოყალიბებული და დავაუკაცებული. მის მიერ განვლილ გზა მოკლეა, მაგრამ ეს გზა ისეა გატექცილი, რომ მას ვერ წაშლის ვერავითარი ძალა.

სამედინსტიტუტის უდავო მილწევები და ჩქარი წინსკლა უდიდესი რევოლუციის 15 წლის თავზე საწინდარია იმის, რომ შემდეგში იგი კიდევ უფრო მეტად გაშლის, გააფართოვებს და გააღრმავებს თავის მრავალფეროვან სასარჩებლო მუშაობას.

## გრ. ჩარევიშვილი

ორდინატორი

# ღვიძლის ცისოზული აცხიტების დიათერმით მპურნალობის საჭითა ისათვის<sup>1</sup>

(ტფილ. სამედ. ინსტ. პროპედევტ. თერაპიული კლინიკიდან.  
გამგე—პროფ. შ. მიქელაძე)

ღვიძლის ციროზული ასციტების და საერთოდ ღვიძლის ციროზის მკურნალობა, როგორც თერაპიული, ისე ქირურგიული, იმდენად უშედეგო და უიმედოა, რომ ყოველივე ახალი მეთოდი, მოწოდებული ავ მიზნით, რა თქმა უნდა, განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა იქნეს გამოცდილი კლინიკში, მით უმეტეს, თუ იგი, მომწოდებულის აზრით, კარგს შედეგებს იძლევა.

1930 წ. პანიეზ (Pagniez) და მისმა თანამშრომლებმა ასწერეს ღვიძლის ოპკონლური ციროზის დიათერმით მკურნალობის ერთი შემთხვევა, სადაც ავადმყოფს, მიუხედავად ღვიძლის ექსტრაქტით, დიურეტიკულ ნივთიერებებით და რეჟიმით მკურნალობისა, სითხე სწრაფად უგროვდებოდა მუცლის ღრუში, რის გამო საჭირო შექმნილა მისი რამდენიმეჯერ გამოშვება.

ავადმყოფს დაეწყო დიათერმით მკურნალობა. ასციტი მე-4 სეანსიდან უკვე აღარ უკითარდებოდა, შემდე-კი თანდათანობით დაიკლო. ავადმყოფის წონაც შესავარად კლებულობდა და საერთო მდგრადი მარტენბა საგრძნობლად გაუმჯობესდა. 15 სეანსის შემდეგ, მესამე კვირის ბოლოში მკურნალობის შეჩერებასა, ავადმყოფს კვლავ დაეწყო ასციტის განვითარება, რის გამო მკურნალობა დიათ.-ით გამტეორუებულ იქნა. აქაც მხოლოდ მეხუთე სეანსიდან წონამ (71 კილ.) დაიწყო დაკლება და მე-14 სეანსის დროს ავადმყოფი იწონიდა უკვე 66 კილ. ამრიგად 30 დიათ. სეანსის შემდეგ ავადმყოფი კარგად იყო, მას დაუბრუნდა შრომის უნარი, სითხე არ უგროვდებოდა მუცლის ღრუში, წონა მერყეობდა 2 კილ. ფარგლებში.

ავტორების აზრით, ალბად დიათერმია მოქმედობს ციროზულ სკლეროზე-ბზე (სცვლის სკლეროზულ ქსავილებს) ანდა დიათერმით გამოწვეული ცირ-

<sup>1</sup> მოხსენდა თერაპიულ კლინიკების კონფერენციას 10/VII 1932 წ.

კულაციის შეცვლა ლვიძლში ან პლაზმის ცილების წონასწორობის ცვლილებები იწვევს ასეთ დადგბით შედეგს ლვიძლის ციროზის დიათ.-ით მკურნალობის დროს. ავტორები თავს იკავებენ საბოლოო დასკვნის გამოტანისაგან, მაგრავ შესაძლებლად სცნობენ, რომ მათი ცდები განმეორებული იქნეს საკითხის საბოლოო გამოსარკვევად.

1931 წ. საფრანგეთის ელექტრო-თერაპევტების და რადიოლოგების კრებაზე შუვე და ბლანკ-შტეინმა (Huet, Blanckstein) წარმოადგინეს ერთი შემთხვევა-ჰიპერტონიული ციროზის დიათერმით მკურნალობის, საღაც ამ მეთოდის ხმარებამდე სითხე რამდენჯერმე იყო გამოშვებული მუცლის ლრუდან და ავადმყოფს კახექსია უაღრესად ჰქონდა განვითარებული. მას გაუკეთდა 20 სეანი ტრანსაბორმინალური დიათერმის, რამაც, ავტორების სიტყვით, ავადმყოფის მორჩენა გამოიწვა.

ამ ავტორებამდე ნაგელ-შმიდტმა (Nagelschmidt) აღნიშნა, რომ დიათერმია დადგბითად მოქმედობს ლვიძლის ციროზის ნიადაგზე წარმოშობილ ასციტებზე და თვით მტკიცან და გაღილებულ ლვიძლზე.

ამიტომ ჩვენ, პროფ. შ. მიქელაძის წინადადებით, გამოვცა დედოფლი ლვიძლის ციროზის ოთხ შემთხვევაში და ამ ჩვენი ცდის შედეგებს მოკლედ მოგახსენებთ.

I ავად. 6.—ვა ანა 27 წლ. Dg. Insufficientio v. v. mitrales et stenosis ostii venos. sin., decompensatio, cirrhosis hepatis cardiaca, ascites. შემოვიდა კლინიკაში 10/X 30 კ.

შარდის რაოდენობა დღე-ლამეზი უდრიდა 400 კ. სანტ., მუცლის გარშემოწერილობა—107 სანტ., ავადმყოფი იჭონიდა შემოსვლის ხანს 65 კილ.—მს.

10/X—16/XI განმავლობაში ავადმყოფის ფართოდ ექლეოდა diuretica და cardiaca; გატარდა (19/X—26/X) დიგალენით მკურნალობაც. მიუხედავად ამისა ავად.-ის სუბიექტური მდგომარეობა თათქმის უცელელი დარჩა, ობიექტურად: შარდის რაოდენობა დღე-ლამეზი 700—900 კ. ს., მუცლის გარშემოწერილობამ მომარტა 7 სანტიმეტრით,—ივი 114 ს. უდრის, წონა ავადმყოფის 65 კილ.—ია.

16/XI—19/XII გავატარეთ ნეპტონით მკურნალობა (5 დღეში ერთი ამპული კან-ქვეშ, სულ 6 ინიექცია), რას ზეგავლენით შარდის დღე-ლამის რაოდენობა (შეზხაპუნების მეორე დღეს) უდრიდა maximum 5450 კ. ს. (შარდი პირველ ინიექციის შემდეგ უფრო მეტი იყო). მუცლის გარშემოწერილობა 114 სან-დან დაგიდა 99 სან-დან (მკურნალობის თასაწყისში), ხოლო მკურნალობის ბოლოში კვლავ 101 სანტიმეტრი. წონა 65 კილ.—დან ჩამოვიდა 58,3 კილ.—დდე,—მკურნალობის ბოლოში—კი 62 კილ. უდრიდა.

28/XII დაეწყო დიათერმით წამლობა,—ივი ტრანსაბორმინალურია 2 ფირფიტით; ერთი წელის არეზე, მეორე—ლვიძლის. ხან-

გრძლიობა სეანსის—20 წუთია, ნაკადის ძალა 1,0—1,5 A; კედები 3 სეანსი, ავადმყოფი იწონებოდა ყოველ სეანსის წან.

შარდის რაოდენობა დიათ.-ის დაწყებამდე უდრიდა 800 კ. ს. მკურნალობის პროცესში იგი ქანაობს 500—1000 კ. ს. შორის, მკურნალობის ბოლოში, ესე იგი 15 სეანსის შემდეგ, ავად. გამოჰყოფს დღე-ლამეში 600 კ. ს. შარდს. წონა დიათ.-მდე უდრიდა 62 კილ., მკურნალობის პერიოდში წონის მინიუმი იყო 61,6 კ., მკურნალობის ბოლოში ავად. იწონის 67,2 კ. მუცულის გარშემოწერილობა დასაწყისში უდრიდა 105 სან., მკურნ. ბოლოში-კი 111 სანტ. ამ-რიგად დიათ.-ით მკურნალობის ზეგავლენით დიურეზმი არ იძარა, წონა მოემატა 5 კილოგრამით, მუცულის გარშემოწერილობა მეტი გაუხდა 6 სანტიმეტრით, კიდრე დიათ.-ის დაწყებამდე. ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად.

II ავად. გარ.—შვილი ხაზა, 48 წ. Dg.: Cirrhosis hepatis atrophica. Ascites. Malaria Chronică. შემოვიდა კლინიკაში 12/X—30 წ. შარდის დღე-ლამის რაოდენობა 400 კ. ს. უდრიდა, მუცულის გარშემოწერილობა—110 სანტ., ავადმყოფი იწონიდა 67,8 კ.

12/X—24/XI დროგამოშვებით აქვს სუსტად გამოხატული ცაებ-ცხელება, რის გამო გატარებულ იქნა ქინაქინის ინიექციები.

24/XII დაეწყო დიათერმით მკურნალობა. ნაკადის ძალა 0,6—1,5 A, ხანგრძლივობა სეანსის 20 წუთია, კვირაში 3 სეანსი.

შარდის რაოდენობა დიათ.-მდე 400 კ. ს.-ია, მე-7 სეანსის დროს იგი გამოჰყოფდა 1880 კ. ს., მე-8 სეანსიდან შარდი კლებულობს და 15 სეანსის შემდეგ შისი რაოდენობა კვლავ 400—500 კ. ს. უდრის. წონაც ასეთივე მუდავს აკეთებს: იგი ნაცვლად 67,8 კილ.-ისა დასაწყისში მე-9 სეანსის დროს უდრის 65,5 კილ.; მე-10 სეან-საღან მატულობს და 15 სეანსის შემდეგ უდრის 70 კილ. მუცულის გარშემოწერილობა 110 სანტიმეტრიდან—დასაწყისში ჩამოვიდა 102 სან-მდე, ხოლო მკურნალობის ბოლოში ისევ 110 სანტ. გახდა.

ორი კვირის დასვენების შემდეგ ავადმყოფს დიათერმით მკურნალობა გაუმეორდა (ისევ 15 სეანსი), რის პროცესში შარდის, რაოდენობა დარჩა უცვლელი, წონაც საგრძნობლად არ შეცვლია (68 კილ.), მუცულის გარშემოწერილობა 108 სანტ.-ია. ავადმყ. გაეწერა კლინიკიდან თითქმის იმავე მდგომარეობაში.

III ავად. ად.—შვილი ხოფილ, 21 წ. Dg.: Cirrhosis hepatis atrophica. Ascites. შემოვიდა კლინიკაში 3/1—32 წ. ავადმყოფს მუცულის ლრუში სითხე სწრაფად უგროვდება.

7/II მუცულის გარშემოწერილობა უდრის 106 სან., შარდის დღე-ლამის რაოდენობა 400 კ. სანტიმეტრია, ავადმყოფი იწონის 63,6 კილ. დაეწყო დიათერმით მკურნალობა. ნაკადის ძალა=1,0—2,0 A, ხანგრძლივობა სეანსის 10—30 წუთს.

11/II შუცლის ზომა—108 სანტ., აწუხებს დაჭიმულობა შუცლის ქედლის, რის გამო გამოშვებულია მუცლის ღრუდან სითხე (12 ლი-ტრი). დიათერმია გრძელდება. სითხე მუცლის ღრუში გატულობა თანდათანობით.

10/III ავადმყოფის მდგომარეობა კვლავ მოითხოვს სითხის გა-მოშვებას. შარდის რაოდენობა დღე-ლამეზი 300—350 კ. ს. უდრის, წონა—68,4 კილ., მუცლის ზომა—114 სანტ. გამოეშვა სითხე (15 ლიტრი).

აძრიგად გაეკრდა 13 დიათერმიული სეანსი, რის განმავლობაში შარდის რაოდენობა არ აღმატებოდა 300—400 კ. ს., მუცლის გარ-შემოწერილობა დარჩა უცვლელი (106 სანტ.), წონამ-კი დაიკლო 3,2 კილ., მიუხედავად იმისა, რომ დიათ.-ით მკურნალობის განმავ-ლობაში გაკეთებულ იქნა ორჯერ პუნქცია და გამოეშვა 27 ლიტრი სითხე.

ავადმყოფი გაეწერა კლ.-დან საკმაოდ მძიმე საერთო მდომა-რებაში.

IV. ავად. მ.—გა ცირანუშ, 40 წლ. Dg.: Cirrhosis hepatis atrophica. Ascites. Insufficienția v. v. mitrales. Aortitis (luetica) Malaria chron. Endometritis haemorrhagica. შემოვიდა კლინ. 25/I 32 წ. შარდის დღე-ლამის რაოდენობა იყო 300—400 კ. ს. მუცლის გარ-შემოწერილობა უდრიდა 106 სანტიმეტრს.

29/I დაენიშნა fol. Digitalis per klyzمام ა 0,1×3 სულ 2,0, რის შემდეგ შარდმა იმატა და

17/II მისი დღე-ლამის რაოდენობა 1700 კ. ს. უდრიდა, მუც-ლის ზომა ამ დროისთვის—103 სანტიმ., წონა ავად.-ის—55,6 კილ.-დაეწყო დიათერმით მკურნალობა. ნაკადის ძილა 1,5—2,0 ა უდ-რიდა; ხანგრძლივობა სეანსის 10—30 წუთს, გაუკეთდა 15 სეანსი. შარდის რაოდენობა ქანაობდა მკურნალობის პერიოდში 900—1800 კ. ს. შორის, მუცლის ზომა კლებულობს პირველ 4 სეანსის განმავლობაში: იგი ნაცვლად 103—96 სანტ. უდრის, მე-5 სეანსიდან მუცელი თანდათანობით მატულობს და 15 სეანსის ბოლოში 102 სანტ.-ია, ესე იგი დაიკლო მხოლოდ 1 სანტ. წონაც ასევე იცვლება— მკურნალობის ბოლოში ნაცვლად 55,6 კ.—56,0 კ. უდრის, ანუ 400 გრამით მოიმატა დიათ.-ით მკურნალობის განმავლობაში.

არის დაკვირვება, რომ დიათ.-ია იწვევს მთელ რიგ რეაქციებს სხეულის სხვადასხვა ქსოვილებში. მაგალითად, ნაგელშმილტის ალიშვნით, დიათ.-ის ზოგადი მეთოდით მკურნალობა აქვთითებს სისხლის წნევას პიპერტენზის შემ-თხევებში, ხოლო, პირიქით, აძლიერებს, თუ არის პიპოტონია. პლეტნევის და-ლენცია (Плетнев, Лени) ჩვენებით ხშირდება და ღრმავდება პულსი და სუნთქვა.

ჩვენც ვაწარმოვეთ დაკვირვება ამ მხრივ და მივიღეთ პირველ ავადმყოფე: P დიათ.-ის დაწყებამდე 66', მკურნალობის პერიოდში ქანაობს 52'-დან 66' შორის, დ.—ის დამთავრების შემდეგ—58'. სუნთქვა—22' დასაწყისში, შეკრინალობის განმავლობაში ქანაობს 18'—26' შორის, დაბოლოს—24'. სისხლის წნევა Mx 110, Mn 70—დასაწყისში, ქანაობს 120-75—105-75 შორის, ბოლოში 120-75 (Koroukova-ით).

მეორე ავადმყოფე: P—დასაწყისში—90', ქანაობს 74'—108' შორის, მკურნალობის ბოლოში—85'. სუნთქვა—24', ქანაობს 16'—25' შორის, მკურნალობის დასასრულში—25'. სისხლის წნევა 125-85 დასაწყისში, ბოლოს 110-75-ია.

ამრიგად თუმც ჩვენს ავადმყოფებზე ვაწარმოებდით არა ზოგად მეთოდს, არამედ ადგილობრივს, მაინც უნდა ველიზშით, რომ ასეთი ცვლილებები სისხლის მიმოქცევის და სასუნთქო თრაგანოების მხრივ ჩვენ არ მიგვიღია.

**ხურგუხვის** (Cyrgruyev) მიერ აღწერილია დაავადულებულ ღვიძლის დიათ.-ით მკურნალობის დროს ლეველების განვითარება; **გეორგიევგაიას** (Георгие-вская) დაკვირვებით დიათერმის დროს მატულობს მცირედ Hb და ერითროციტების რაოდენობა სისხლში. **შიმშილევის** (Шимшилевич) აზრით დიათერმია იწვევს საერთო სიმჟავობის და თავისუფალი Hel-ის მომატებას ჰიბოსექტურეციის და ახილიის რჩოს, აგრეთვე შემჩნეულია ლიუდინის (Lüdin) მიერ კუჭის პერისტალტიკის გაძლიერება, განსაკურთხებით იმ პირთა შორის, რომელთაც მოტორული ფუნქცია დაქვეითებული ჰქონდათ.

ამ მხრივ ჩვენ გამოვიკვლიერთ სისხლი და კუჭის სეკრეტორული ფუნქცია შე-II ავადმყოფის და მივიღეთ შემდეგი:

**ხახხლი** (დიათერმიამდე): Hb—72%; Er—3,890,000; Leuc—5.800; F. J.=0.8.

**კუჭის წვენი** (დიათერმიამდე): Boas-Evald'-ის საკლ. საუზმის შემდეგ 45': მიღებულ იქნა 50 კ. ს. ცუდათ მონელებული, ლორწო—საშუალო რაოდენობით საერთო სიმჟავობა—42, თავისუფალი Hel—0,05%.

**ხახხლი** (დიათერმ. შემდეგ): Hb—64%; Er—2,400,000; Leuc—2000; F. J.=1>.

**კუჭის წვენი** (დიათ. შემდეგ): მიღებულ იქნა 40 კ. ს., ცუდათ მონელებული, ლორწო—საშუალოდ, საერთო სიმჟავობა—46, თავისუფალი Hcl—0,09%.

ესე იგი მივიღეთ კუჭის სეკრეტორული ფუნქციის მცირე გაძლიერება და ლეველებით, ხოლო Hb და ერითროციტების რაოდენობა დაქვეითდა, რაც, ჩვენის ფიქრით, გამოიწვია აღმად ავადმყოფის 4 თვეს განმავლობაში სამკურნალოში წოლამ.

დასასრულ, უნდა ითქვას, რომ ჩვენი მასალა ძლიერ მცირეა საბოლოო დასკვნის გამოსატანად, მაგრამ ჩვენ მაინც ვფიქრობთ, რომ დიათერმია არ წარმოადგენს ისეთ საშუალებას, რომელსაც შეუძლია შესამჩნევად გააუმჯობესოს ციროზულ ასციტიან ავადმყოფის მდგომარეობა. ყოველ შემთხვევაში

მეთოდი უვნებელია და, რაღაც ზოგჯერ მცირეოდენ გაუმჯობესებას მაინც ღირსია უფრო ფართო მასილაზე გამოცდის კლინიკაში.

**ლიტერატურა:** 1) Pagniez. Bull. de la Societe mèd. des Hôpitaux. oct. 1930. 2) Pagniez. la presse médicale. Vavrier. 1932. № 4. 3) Бруштейн и Залькиндсон. Диатермия. 1929. 4) Эвальд. Болезни печени. 1923. 5) Плотников. Токи высокого напряжения. 1927. 6) Stiebok. Диатермия. 1927. 7) Плетнев и Бруштейн. Основы терапии. 1925.

Гр. ЧАРЕКИШВИЛИ

К вопросу о лечении диатермией асцитов при цирозах печени.

(Из пропед. терапевт. клиники Тифлис. Мед. Инст. Директор проф. Ш. А. Микеладзе)

Автор, по предложению проф. Микеладзе, проверил на 4 больных с асцитом на почве цирроза печени лечение диатермией, предложенное Pagniez. Только в одном случае получилось кратковременное улучшение; во всех остальных случаях состояние больных либо ухудшилось либо получилась фиксация существующих явлений без нарастания асцита. Автор полагает, что его материал не дает права делать окончательных заключений, но т. к. метод этот безвреден, то находит желательным проверить на большом клиническом материале.

Gr. Tcharekichvili

Sur la question du traitement des ascites cirrhotiques par la diathermie

(Travail de la clinique medicale propedeutique du Prof. Ch. Mikeladze à Tiflis).

L'auteur a controlé sur 4 malades ascitiques le traitement par la diathermie, préconisé par Pagniez. Il a obtenu une amélioration provisoire dans un seul cas et dans tous les autres l'état des malades est resté stationnaire ou a subi une aggravation.

L'auteur considère que son matériel n'est pas suffisant pour donner des conclusions définitives et pense qu'il faudrait essayer cette méthode sur un matériel plus étendu vu qu'elle est inoffensive.

## 6. ალექსიძე

ორდინატორი

# გუცლის ტიფის გართულების შემთხვევა წყლულოვანი ხოლოცისტიტით<sup>1</sup>

(პროპედ. თერაპიული კლინიკიდან. გამგეპროფ. შ. მიქელაძე)

უკველივე გადამდები სნეულება, რომელიც იშვებს ნაღველის გზების ინფექციას, ზეუძლია გართულდეს ხოლეცისტიტით. მათ შორის პირველი ადგილი უჭირავს მუცელის ტიფს. ებერტის ჩხირი როდესაც შეიტრება ორგანიზმი, კუტიდან გადადის ნაწლავებში, შემდეგ ჯორჯლის ლიმფურ ჯირკვლებში, იქიდან სისხლში, საიდანაც გამოიყოფა ნაღველის გამოსაყოფა გზებით. ნაღველის ბუშტრში ა ჩხირები ჰქოვებენ კარგ საკედ ნივთიერებას, მრავლდებიან და ნაღველის გადადიან ნაწლავებში და აქ აზიანებენ ლიმფურ ჯირკვლებს, უმთავრესად აეიგ ის ფოლაქებს და სოლიტარულ ფოლიკულებს.

ებერტის ჩხირებს ზეუძლიათ თვეობით და წლობით იყვნენ ნაღველის ბუშტრში და დროვამოშევებით გადმომდიოდნენ ნაღველთან ერთად ნაწლავებში ისე, რომ სრულიად არ აგნონ თრგანიზმს. მაგრამ ზოგჯერ თვით მუცელის ტიფის მიმღინარეობის დროს ან და მის გამორჩევის შემდეგაც, შესაძლოა ვანგითარდეს ნაღველის ბუშტრის ანთება. ასეთი ხოლეცისტიტები შეიძლება იყოს კატარალური, ჩირქოვანი და ზოგჯერ წყლულოვანიც, მიღრეკილებით პერფორაციისადმი. ეს ხოლეცისტიტები კარგად არის შესწავლილი Widal-ის, Lemiervel-ის და Abramis- მიერ და უკანასკნელ ხანში განსაკუთრებით Quenu-ს და Duval-ის მიერ.

პათოლოგ-ანატომიური სურათი ამ ხოლეცისტიტების შემდეგია: ტიფოზური ბაქტერიის ზეგავლენით შეიძლება განვითარდეს უბრალო კატარალური ანთება ნაღველის ბუშტრის ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის ჩამოფცევით. ზოგჯერ ვითარდება ჩირქოვანი ხოლეცისტიტიც.

უფრო იშვიათად ლორწოვან გარსზე ჩნდება წყლულები და ამ წყლულების ადგილას ზოგჯერ ხდება პერფორაცია, რასაც შეუძლია გამოიშვიოს ან ადგილობრივი ჩაპარკებული პერიტონიტი ან კიდევ დიფუზური პერიტონიტი.

<sup>1</sup> მოქანდაკი თერაპიულ კლინიკების კონფერენციას 10/VI—1932 წ.

წყლულების გაჩენის მიზეზია, ერთი მხრით, ლორწოვანი გარსის წვრილი აბსცესბი, რომლებიც ნაღველის სანათურში იხსნება და, მეორე მხრით, ლორწოვან გარსზე ტიფონზური ჩხირების ნეკროზული მოქმედება. ამ შემთხვევაში ტიფონზური ჩხირები იმავე ოვისებებს იჩენენ, როგორც ნაწლავებში. ზოგ შემთხვევაში ხოლეცისტიტები იღებენ ქრონიკულ შიმდინარებას და ნაღველის ბუზტის ქვების გაჩენის მიზეზადაც კი ხდებიან.

ტიფი ყოველივე მომენტში შეიძლება გართულდეს ხოლეცისტიტით. მხოლოდ უფრო ხშირად ეს ხდება მე-7-დან მე-30 დღემდის, maximum-ი მე-3 კვირიდან მე-7-დე კვირამდე, უფრო იშვიათად—გამოკეთების ხანაში.

Quenu'-მ ეს ხოლეცისტიტები კლინიკური სურათის მიხედვით გაყო ორ ტიპად: 1—მწვავე კატარალური ანდა ჩირქოვანი ხოლეცისტიტები და მე-2—პერფორაციული, რომელიც დამოკიდებულია მწვავე წყლულოვანი ხოლეცისტიტისაგან.

მწვავე ფორმის დროს უმთავრესად გამოხატულია ორი სემპტომი: ტკიფილი და შემსინება მარჯვენა ფერდევეშა მიღამოში.

ტკიფილი იწყება მარჯვენა ფერდევეშა მიღამოში ან გპიგასტრიუმში და ჭიპზემოდ. ზოგჯერ ტკიფილები იძლევა ირადაციას მარჯვენა მხარში, ნეკნებში და ბეჭედაშუა არეებში. ეპიგასტრიუმის მიღამოში ხელის შეხება იმწამსვე იწვევს გულის რევას.

ხშირად მტკივნეული წერტილის ლოკალიზაცია არის სწორი კუნთის და ნეკნთა რკალის გადაჯერედინების აღაიღზე. სიყვითლე იშვიათად გვხვდება. მეაფიოდ არის გამოხატული კუნთების დაჭიმვა ლვიძლის მიღამოში.

ტიფის მსვლელობის დროს დართული ხოლეცისტიტი გამოხატება საერთო მდგომარეობის გამწვავებით, ქოშინით, გულის რევით. მხოლოდ, როცა ხოლეცისტიტი გაჩნდება გამოკეთების პერიოდში, სიმპტომები უფრო დამახასიათებელია: t<sup>o</sup> მატულიბს, იწყება პერიტონეალური მოვლენები, გულის რევა, პირებინება, სლოკინი, მაჯის აჩქარება, სახის გამოშეტყველების შეცვლა და სხვა.

ტიფონზური ხოლეცისტიტი შეიძლება მორჩეს მწვავე შეტევის შემდეგ, მხოლოდ ზოგჯერ მას შეუძლია მოგვცეს მძიმე გართულება პერიტონიტის სახით, ჩირქოვანი ჰეპატიტით, პერიხოლეცისტიტით, ჩირქოვანი პლევრიტით, მეტასტაზური აბსცესებით და სხვა. ზოგ შემთხვევაში ხოლეცისტიტი მიმდინარეობს ფარულად და პერიტონიტის დაწყებამდე არავითარ სიმპტომებს არ იძლევა. ზოგი ავტორი აღნიშვნას ცრუ ხოლეცისტიტებს, რომლის დროსაც ყველა სიმპტომები, როგორც ფიზიოლოგიური, ისე ფიზიკური მკაფიოდ გამოხატულია, ნაღველას ბუზტის მხრივ კი არავითარი ცვლილებები არ არის.

ჩენენს კლინიკაში გვქონდა ერთი შემთხვევა, რეცლის ტიფით გამოწვეულ წყლულოვანი ხოლეცისტიტის და, როგორც შედარებით იშვიათა შემთხვევა, კვანით საჭიროდ ამ შემთხვევის აღწერა.

ავადმყოფი ლ-ნი მოსე, 40 წლის, ქართველი, მასწავლიბელი შემოიდა კლინიკაში 18-I—1932 წ. ავად გახდა 7-I. ავადმყოფობა



განვითარდა თანდათანობით და კლინიკაში შემოსვლისას იძლეოდა ყველა სიმპტომებს წევულებრივად მიშრინარე მუკლის ტიფისა რო-ზეოლებით და დაღებითი Widal'-ით (1 : 400).

სეულების მე-19 დღეს ბარჯვენა მხარეზე ბეჭის ქვემოთ გაჩნდა კატარილური პნევმონია.

მე-23 დღეს დაწყო ნაწლავებიდან სისხლის დენა. ამავე დროს გამოიხატა ღვიძლის არეს დაჭიმულობა, მტკიფანობა; ავადმყოფს და-ეწყო სლოკინი.

მე-24 დღეს—ღვიძლის არე უფრო და უფრო მტკიფანი გახდა და ღვიძლი ნეკათი რგოლის ქვეშ გამოვიდა ორი თითით. ამავე დროს გრძელდებოდა ძლიერი სლოკინი და გულის კოჭითან ხელის დაჭრა იწვევდა პირისლებინებას.

ორი დღის შემდეგ ავადმყოფს ღამე აუგარდა ძლიერი პირის-ლებინება ნაღველით. სლოკინი კიდევ გრძელდება.

სამი დღის განმავლობაში განუწყვეტელი პირისლებინება ნაღველით, რომლის გიჩერება არ მოხერხდა. ავადმყოფს სულ უფრო და უფრო სუსტდებოდა და, თუმცა პერიტონიტის მოვლენა სრულებით არ ჰქონია, ავადმყოფი მანც გარდაიცალა ავადმყოფობის მე-27 დღეს.

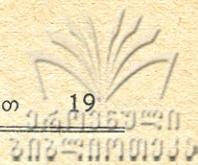
კლინიკური დიაგნოზი იყო: *Typhus abdominalis gravis, Cholecystitis acuta, pneumonia bilateralis catarrhalis.*

გაკვეთის დროს (ეჭ. ი. ტ ა ტ ი შ ვ ი ლ ი) აღმოჩნდა: *Ulcera typhosa intestin. ilei, Haemorrhagia permagna in cavi Intestinorum, ulcer mucosae vesica felleae Typhus abdominalis Pneumonia catarrhalis.*

ჩევნი შემთხვევა იმით არის საინტერსო, რომ აქ მეაფილ იყო გამო-ხატული ყველა მოვლენები ტიფოზური ხოლეცისტიტის: ძლიერი მტკიფანობა და დაჭიმულობა მარჯვენა ფერდექვეში მიღამოში, ღვიძლის გადიდება, სლოკი-ნი, გულის რევა და პირლებინება ნაღველათი და, რაც განსაკუთრებით აღნიშნული არის ტიფოზური ხოლეცისტიტების დროს, პირისლებინების გამოწვევა გუ-ლის კოჭითან ხელის დაჭრით.

აღსანიშნავია, რომ ჩევნის კლინიკაში ამ 5 წლის განმავლობაში, მიუხედა-ვიდ იმისა, რომ მეცლის ტიფის შემთხვევების რიცხვი ძლიერ დიდი იყო (სულ 350 შემთხვევა), ეს პირველი შემთხვევა ტიფოზური ხოლეცისტიტისა და ისიც წყლულოვანის. ამგარად, ჩევნი მასალის მიხედვით, ტიფუზური ხოლეცისტი-ტი მხოლოდ 0,3 %-ში იყო.

**ლიტერატურა:** 1) Achard Les maladies typhoides. 1929, 2) Chiray et Pavel. La vesicule biliaire. 1927. 3) В о г р а л и к. Заболевания тифо-парати-фозной группой. 1931.



Н. Алексидзе.

Случай осложнения брюшного тифа язвенным холециститом (Из пропед. терапевт. клиники Тифлис. Мед. Инст. Директор—Проф. Ш. А. Ми келадзе).

Автор описывает случай острого холецистита, осложнившего брюшной тиф с конца 3 недели, с болями в правой подреберной области, увеличением печени, икотой и сильной рвотой, преимущественно, желчью. На вскрытии были обнаружены тифозные язвы в желчном пузыре. Автор считает такое осложнение тифа сравнительно редким, т. к. этот случай был единственным в клинике на 350 случаев брюшного тифа за последние 5 лет.

N. Alexidzè.

Un cas de cholecystite ulcereuse ébérthienne.

(Travail de la clinique medicale propedeutique a Tiflis. Dir. Prof. Ch. Mikeladzé).

L'auteur decrit un cas de cholecystite aigue au cours d'une fièvre typhoïde avec douleurs à l'hypocondre droit, tumefaction du foie, hoquet et vomissements bilieux. A l'autopsie on a trouvé des ulcères typhiques dans la vesicule, biliaire L'auteur considère cette complication comme très rare car elle était unique sur 350 cas de fièvre typhoïde traités dans la clinique pendant les 5 dernières années.

ექ. 8. ანთაძე

## მალტას ცხელების გავრცელების საკითხისათვის უდაბნოს მეცნევარეობის საბჭოთა მამულში

(ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა)<sup>1</sup>

(ფფილიხის ექსპერიმენტაციურ ვეტერინარიის ინსტიტუტის ექსპედიციიდან.  
დირ. ლ. ლეონიძე)

უკანასკნელ წლებში თითქმის ყველა ქვეყნებში დიდ ყურადღებას იქმნებს ეგრეთ წოდებული Brucellos-ების შესწავლა, რაც აისხება იმ გარემოებით, რომ დასახელებულ სწორულებათა გამომწვევი მიკრობები, რომლებიც ჯერ-ჯერ რობით კულტურულად და სეროლოგიურად თითქმის სრულიად ინდიკტიურად ითვლებიან<sup>2</sup>, წარმოადგენენ ეპიდემიოლოგიის და ეპიზოოტიის მხრივ დიდ მნიშვნელოვან აგენტებს.

*Micrococcus Melitensis* (Bruce 1886) იწვევს ტალღისებურ მიმდინარეობის ცხელებას ადამიანთა შორის და b. Bang-ისა კი იწვევს ეპიზოოტიურ (1896 წ. Bang) ხასიათის განმეორებითი განერაციებას ცხოველთა შორის; ორივე მიკრობი დღევანდელ დღეს გაერთიანებულია *Brucella*-ს ჯგუფში.

ამიერ-კავკასიაში—აზერბაიჯანში პირველად მაღარაცხელის გავრცელება ადამიანთა შორის და მისი გამომწვევი აგენტის გავრცელება ცხოველთა შორის შესწავლა პროფ. ზდროლოვსკიმ 1922 წ., სომხეთში კი მაღარაცხელება აღწერილია ისააკიანის მიერ 1923 წ.

საქართველოში 1925 წ. ექ. მახვილაძემ აღწერა ავადმყოფი ტიპიური ტალღისებური ცხელებით, რომლის სისხლიდან ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში ჩემს მიერ გამოყოფილი იყო კულტურა, რომელიც სეროლოგიურად არ წარმოადგენდა ტიპიურ მელიტოკვეს. ამის შემდეგ დღემდე ბაქტინსტიტუტში 8-ჯერ მიღებულია დადგებითი Wright-ის რეაქცია ისეთ ავადმყოფების სისხლიდან, რომლებიც კლინიკურად დაავადებულნი იყვნენ მაღარაცხელით, აქედან 3 შემთხვევა ეკუთვნის კამოს სახელობის საავადმყოფოს. ბაქტინსტიტუტში გამოყოფილ იქნა *Micrococcus Melitensis* 3 კულტურა.

<sup>1</sup> მოსსენება საქ. ექიმოა საზოგადოებას 1930 წ. ნოტბერი.

<sup>2</sup> გარდა იმისა, რომ ეპიზოოტიის გამომწვევი Bang-ის ჩაირი პირველ გენერაციაში ანაზრობილია.

უკანასკნელ წლებში ყურადღება მიიპყრო იმ გარემოებამ, რომ როგორც ევროპაში, ისე ამერიკაში დადასტურდა (ათას - შემთხვევებზე მეტი), რომ b. Bang (*Brucella abortus*) შეუძლია აგრეთვე გამოიწვიოს დაავადება ადამიანთა შორისაც.

ამიტომ მიმდინარე 1930 წლის ზაფხულში მე, ვეტერინარულ ექ. ივანე გოცაძესთან ერთად<sup>1</sup>, მიწვეული ვიყავი ტფილისის ექსპერიმენტალური ინსტიტუტის შეირ ცხვრებში Brucellos-ის გავრცელების გამოკვლევის მიზნით მოწყობილ ექსპერიციაში.

კვლევა-ძიების ჩასატარებლად ჩვენს მიერ არჩეულ იქნა უდაბნოს საბჭოთა მეურნეობის ცხვარი, როგორიც საზაფხულოდ იმყოფებოდა ალბიურ ველებზე საძოვრად ქცას მიღამოებში, ცხრა-წყაროს ულელტეხილის მახლობლად. დაკვირვების ობიექტად აღნიშნული ცხვარი არჩეულ იყო იმის გამო, რომ უდაბნოს მამულის მრავალოასოვანი ცხვარი წარმოადგენს საქართველოს მეცხვარეობის სხვადასხვა კუთხეებიდან (ყაზბეგი, ფშავ-ხევსურეთი, ქიზიყი და სხვ.) მორევილ ფარათა კრებულს და ამასთანავე აქვე თავშეყრილია დიდალი რაოდენობის ხალხი, როგორიც სიყმაწვილიდანვე მისდევს შეცხვარებას.

ასე, რომ მასალის მიხედვით შესაძლებელი იყო შეგვესწავლა Brucellos-ის გავრცელების საკითხი, როგორც ცხვარში, ისე ადამიანთა შორის, ვინაიდან მწყემსობა, როგორც პროფესია, წარმოადგენს მეტად ხელსაყრელ პირობებს აღნიშნულ სნეულების გაგრცელებისათვის ადამიანთა შორის.

დაკითხვით გამოირკვა, რომ გაზაფხულზე, დოლაობის დროს, მარტ-აპრილის თვეებში, ერთ-ერთ ფარაში (№ 19) აღაგი პქონოდა გაბერწებას მნიშვნელოვანი რაოდენობით: 1200 ცხვრისან მკვდარი თუ უდღეული ბატყანი მოეგო 500-ზე მეტს. ჩვენი მასპინძლები დოლაობის ასეთს დიდს დანაკლისს ხსნიდენ იმ გარემოებით, რომ აღნიშნული ფარა გამოირკვათ ყაზბეგის რაონიდან კახეთში ცუდ ამინდში და აგრეთვე ამავე ფარაში გაეტარებიათ მეტიზაცია, რამაც გამოიწვია ადგილობრივ ცხვარისათვის (თუშური ცხვარი) შედარებით დიდი ნაყოფის გაჩენა და არა ნორმალური მშობიარობა.

აგრეთვე გაბერწების ხელის შემწყობად სთვლიდენ შედარებით არახელ-საყრელ მომენტში ყვავილის წინააღმდეგ აცრის ჩატარებას.

ცხვრის მომვლელთა მიერ მოცემული ახსნა-განმარტება თუშურალა ეყრდნობოდა ანგარიშგასაშვე მომენტებზე, მაგრამ გაბერწების ასე ფართედ გაგრცელება ერთ ფარაში ჩვენს მიერ მიჩნეულ იქნა საეჭვოდ ინფექციურ აბორტის მხრივ.

საკითხის სისწორით გადაჭრის მიზნით ჩვენს მიერ ზემოთ აღნიშნულ ფარაში გამოკვლეული იყო 250 სული გაბერწებული ცხვრის სისხლი Wright-ის აგ-გლიუტინაციის რეაქციაზე და 100 რძე (Zammit-ის წესით). აგლიუტინაციის რეაქციას ვაწარმოებდით, როგორც b. abortus Bang-ის ტუნისელ შტამით, ისე Mic. Melitensis ორი შტამით (ჰამბურგელი და ბარიზელი).

<sup>1</sup> ესარგებლობ შემთხვევით და მუშაობის დროს გულ-მოდგინე დახმარების გაწევისათვის ვუძღვი გულითად მადლობას.



ყველა შტამები კარგად იყო დაცლილი და მათი შემწეობით უფრო მარტივი იყო მასში მარტივი ამაზრავების და ჩემს მიერ შემოწმებული იყვნენ ზემოთ აღწერად მაღრას ცხვლების უტყუარი შემთხვევები. ტექნიკა რეაქციისა იყო მაკროსკოპიული, განხვება 1:100-დან: 1500-დან; ტექნოსტატი 2 საათით. შედევების შეფასება შეორე დღეს.

ზემოდასახელებულ ფარის 250 ცხვრის არც ერთი სისხლი და არც რძე დადებითი აგღლიუტინაციის არ იძლევა.

ამნაირად ჩვენ იძულებული ვიყავით სრულებით გაგვეზიარებინა უდაბნოს მეურნეობის მუშაკთა მიერ გამოთქმული მოსაზრებანი ფარაში მომზრარ გაბერ-წების ეთოლოგიური მომენტების შესახებ.

ვინაიდან დანარჩენ არც ერთ ფარებში თვალსაჩინო გავრცელება გაბერ-წებას არ მიუღია, ჩვენ არავითარი დასაყრდნობი წერტილი არ მოგვეპობოდა კვლევა-ძიების რაიმე დაიმედებით წარმოებისათვის და მასალის სიუხვის გამო მოსალოდნელა იყა უშედეგო ცდებზე დროის დაკარგვა. ამიტომაც კვლევა-ძიების შეძეგი წარმოებისათვის ჩვენ მივმართეთ Brucellos-ებისათვის ეპიდე-მიოლოგიურად და ეპიზოოტოლოგიურ თვალსაზრით შისალებ წესს: დროებით ხელა ავილეთ ცხვრების გამოკვლევაზე და შევუდექით თვით ცხვრის მომვლელ მწყემსების გამოკვლევას.

მწყემსათა წინასწარ დაკითხვას თავიდანვე საყურადღებო ცნობები მოგვცა მათში მაღრას ცხელების გაერცელების შესახებ.

ერთხმად ონიშობი იყო, რომ თითქმის ყოველ გაზაფხულზე წველის სეზონის განსხის თვეებიდან, მაგრა-აპრილიდან დაწყებული, მწყემსებს შორის ხშირია ცხელება, რომელიც გასტანს რამოდენიმე თვე. ზოგიერთჯერ ცხელება შეწყდება, მაგრამ ხელ-ახლა მეორდება მთებში ცხვრის ძოვების პერიოდშიაც. ავალმყოფები ძლიერ სუსტდებიან, ხდებიან დალონებული და ძლიერ აწუ-ხებთ სახსრების ტკიფილი. ხშირია დახუთვა რამოდენიმე ხნით. ტკიფილები სახსრებსა და კიდურების შხრივ აწუხებთ კიდევ დიდხანს ცხელების შეწყვეტის შეძლევაც.

როგორც საყოველთაო მოვლენა, უნდა აღინიშნოს, რომ მწყემსები, იშვიათ გამონაკლისის გარდა, უხვად ეტანებიან უმ რძეს და მის სხვადასხვა უმ ნაწარმოებს. გრძელ გაღასვლების დროს და წყაროებს მოკლებულ საძოვრებზე წყურჭილის მოსაკლავდ უხვად იყენებენ უმ რძეს. რასაკვირველია, რომ მწყემ-სები სრულიად მოკლებული არიან ყოველგვარ ჰიგიენურ ღონისძიებებს ცხვრის წველის, კრეჭის და სხვა მოვლასთან დაკავშირებულ მუშაობისას და, ამიტომაც, თუ მხედველობაში მივიღებთ მაღრას ცხელების გამომწვევა Brucel-ს ჩხირის ვირულენტობას და აღიარებულად მივიღებთ Bang-ის ჩხირის პათოგენობასაც აღაშიანისათვის — ჰეცვარეებში შეკრებილი ცნობები და მათი ყოფა-ცხოვრების პირობები პირდაპირ მივითითებდენ მათი გულდასმით გამოკვლევის საჭიროებისაკენ.

ჩვენს მიერ სულ გამოკვლეული იქმნა 87 კაცი. ავალმყოფების გაერცელების ფარგლების გამოსაკვლევად ქვემოთ მოგვყვავს Wright-ის რეაქციის და-

დებითი შედეგების მარცემთა ბინადრობის ადგილის (მუდმივის) დასახლება და ავადმყოფობის მოკლე ისტორია.

1) პავლე ბაიძე, ზემო-ალგანიდან, 50 წლის, ცხვარში მუშაობს 38 წელიწადი, უმ რძეს, კალტი და ყველს ეტანება. შარშან გაზაფხულიდან რამორცხნიმ თვე ზედიზედ აცხელებდა. Wright-ის რეაქცია დადებითია—1:500.

2) ოლექსი ლილმელაშვილი, გორგო-წმინდიდან, 19 წლის, ცხვარშია 5 წელიწადი, უმ რძეს ეტანება; წელს გაზაფხულიდან აცხელებს, გახდა, ეხლა სტკივა სახსრები. Wright-ის რეაქცია დადებითია—1:2000.

3) რევაზიშვილი, ალბულახიდან, 22 წლისა, შეურმე. 3 თვე ცხვარშია. 2 თვე ავად არის. ღამ-ღამობით აძლევს სიცხეს. სახსრების ტკივილი, სისუსტე; ავადმყოფობის გამო იძულებულია მუშაობას თავი შიანებოს. Wright-ის რეაქცია დადებითია—1:2500.

4) მათე აბაშიძე, ზემო-ალგანიდან, 25 წლის, 15 წელიწადიან ცხვარში მუშაობს. უმ რძეს ეტანება, ცხვარში გასვლის შემდეგ ქარები გაუჩნდა. ეხლა თავს კარგად გრძნობს.—რეაქცია დადებითია—1:1500.

5) ლაგაზიძე გაბო, ზემო-ალგანიდან, 26 წლის, ცხვარში 15 წელიწადია, უმ რძეს ეტანება. 1918 წლის გაზაფხულზე რამორცხნიმ თვე აცხელებდა. რეაქცია დადებითი—1:100.

6) ქურტელი ლათა, საგარეჯოდან, 34 წლის, ცხვარში 20 წელიწადია, 1918 წელში აცხელებდა, გადაიტანა მძიმე „ისპანკა“, ახლა თავს კარგად გრძნობს. რეაქცია დადებითი—1:1000.

7) ცხვარიაშვილი ლევანი, ათონიდან (საგარეჯოს რაიონი), 25 წლის, ცხვარშია 9 წელიწადი, უმ რძეს ძლიერ ეტანება. რატე ავადმყოფობის გადატანას არ აღნიშნავს. რეაქცია დადებითი—1:500.

8) შაბალაიძე მათე, ჭვემო-ალგანიდან, 56 წლის, ცხვარშია 5 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, ხშირად ავადმყოფობს. ახლა აწუხებს ქარები კიდურებში. რეაქცია დადებითია—1:2000.

9) შავხელაშვილი ილიკო, ზემო-ალგანიდან, 38 წლის, ცხვარშია 28 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, აცხელებდა გაზაფხულზე, რეაქცია დადებითია—1:100.

10) ბეჭიტაშვილი იოსები, ალბულახიდან, 25 წლის, ცხვარშია 5 წელიწადი, უმ რძეს ეტანება. გაზაფხულიდან ავად არის ქარებით. რეაქცია დადებითია—1:500.

11) ოსიაშვილი ლათაკო, საგარეჯოდან, 37 წლის, ცხვარშია 12 წელიწადი, უმ რძეს არ ეტანება, სჩივის თვალის ტკივილს, ხანდახან აცხელებს. რეაქცია დადებითი—1:200.

- 12) ქევლაშვილი გიორგი, გიორგი-წმინდიდან, 137 წლის, ცხვარში 5 წელიწადია, ჩივის წელის ტკივილს, რეაქცია დადებითია 1:1000.
- 13) ბუჩაშვილი გიორგი, გიორგი-წმინდიდან, 50 წლის, ცხვარში 40 წელიწადია, ერთხელ აცხელებდა. ამა კარგად არის. რეაქცია დადებითია 1:100.
- 14) გძელაშვილი გასილი, ნინო-წმინდიდან, 26 წლის, ცხვარშია 5 წელიწადი, აცხელებდა შარშან გაზაფხულზე. რეაქცია დადებითია 1:200.
- 15) აბაიძე როსტომი, ქვემო-ალვანიდან, 35 წლის, ცხვარში 23 წელიწადია, 1922 წელში აცხელებდა თითქმის მთელი წელიწადი. რეაქცია დად—1:500.
- 16) არაბაშვილი სიყო, პატარძეულიდან, 22 წლის, ცხვარშია მეურმეო 5 თვე. რძეს არ სვამს. ეტანება კალტს და ყველს. აწუხებს ქარები. შარშან მაისიდან 6 თვე იყო ავად. რ. დ.—1:1000.
- 17) ჯამალაშვილი გიგა, გიორგი-წმინდიდან, 22 წლის, ცხვარშია 2 წელიწადი, უმ რძეს და მის ნაწარმოებს ეტანება. გაზაფხულიდან ავად არის, დღემდე აცხელებს. რ. დ.—1:1000.
- 18) ბარაბაშვილი გიგა, გიორგი-წმინდიდან, 20 წლის, ცხვარშია 4 წელიწადი. უმ რძეს ეტანება, შარშან გაზაფხულზე აცხელებდა რ. დ.—1:200.
- 19) ტეტიაშვილი იოსები, საგარეჭოდან, 20 წლის, ცხვარშია 10 წელიწადი, ავადმყოფობა არ ახსოეს. რ. დ.—1:500.
- 20) ცხვარიაშვილი გიგა, პატარძეულიდან, 19 წლის, ცხვარშია 1 წელიწადი, უმ რძეს არასოდეს არ სვამს. ზამთარში აცხელებდა. უბუღდება ბარჯვენა ხელი. რ. დ.—1:500.
- 21) ქავთარაშვილი დავითი, ზემო-ალვანიდან, 16 წლის, ცხვარშია 5 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, მიმდინარე წლის გაზაფხულიდან აწუხებს ქარები. რ. დ.—1:1000
- 22) მეკოჭაშვილი რამონი, გიორგი-წმინდიდან, 19 წლის, ცხვარში 7 წელიწადი, აცხელებს, ქარები მუხლებში. რ. დ.—1:100.
- 23) ილაური გიორგი, საგარეჭოდან, მეურმეთ არის ცხვარში 5 თვე, ცხვრების გაღმორევების დრას გზაზე სემდა უმ რძეს, აცხელებს. იტერებს ორთავე კილურის სახსრებს. რ. დ.—1:200.
- 24) რაზმაძე თედო, სართოჭალიდან, 46 წლის, ცხვარშია 32 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, აცხელებს გაზაფხულიდან, გახდა, სტკივა თვალები და მუხლები. რ. დ.—1:500.
- 25) სულიკაშვილი გასი, საგარეჭოდან, 28 წლის, საწყობის გამგე, ანაწილებს ხორცს, მელავები სტკივა. რ. დ.—1:100.
- 26) როსტომიაშვილი იოსები, ნინო-წმინდიდან, 22 წლის, 3 წელიწადი ცხვარშია, უმ რძეს სვამს. აწუხებს თვალის ტკივილი ერთი წელიწადი. რ. დ.—1:500.

27) განჯაშვილი ალექსი, საგარეჯოდან, 19 წლის, ცხვარშია 4 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, 2 თვეა აცხელებს, სტეივა სახსრებიდა და ძლიერ დასუსტდა. მუშაობა არ შეუძლია. Wright-ის რ. დ.—1:1000.

28) ბურჯანაძე დათავო, გიორგი-წმინდიდან, 35 წლის, ცხვარშია 15 წელიწადი, სვამს უმ რძეს, 12 წლის წინად სამი წლის განმავლობაში იყო თხის ჯოგში. 5 წლის წინად აცხელებდა. ეხლა ძლიერ აწუხებს ხშირი თავის ტკივილი. Wright-ის რ. დ. 1:100.

29) ლევაიძე ვაქესო, ზემო-ალგანიდან, 37 წლის, ცხვარშია 8 წელიწადი, უმ რძეს ეტანება, გაზაფხულიდან ჩუმი ცხელება, ქარები, უჯანობა. Wright-ის რ. დ.—1:1000.

30) დათუნიშვილი რამინ, ალბულანიდან, 35 წლის, ცხვარშია 15 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, წელს გაზაფხულზე დახუთული იყო. ხელ-ფეხი უბუქდება ხანდახან. Wright-ის რ. დ.—1:500.

31) სუხაშვილი ზაქრო, პატარძეულიდან, 24 წლის, ცხვარშია 8 წელიწადი. უმ რძეს სვამს. გაზაფხულზე აცხელებდა. ეხლა კარგად არის. Wright-ის რ. დ.—1:100.

32) ჯომარიშვილი აბრამი, ზემო-ალგანიდან, 21 წლის, ცხვარშია 6 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, ერთი წელიწადია სულ ავაზმყოფობს, დასუსტდა, მოსდის გულის ფრიალი, გული ულონდება, თვალები უბნელდება, ტკივილები სახსრებში და ბეჭებში. სიცხის აწევას ვერ გრძნობს. Wright-ის რ. დ.—1:1000.

33) ღარაშვილი სოლომონი, არაშენიდან, 27 წლის, ცხვარშია 12 წელიწადი, უმ რძეს სვამს, აწუხებს მხრების ტკივილი და გულის ფრიალი. Wright-ის რ. დ.—1:100.

34) ხოსიერიშვილი ზაალი, გიორგი-წმინდიდან, 41 წლის, 13 წელიწადია ცხვარშია, მრავალჯერ იყო ივად ცხელებით. რ. დ.—1:100.

ამნაირად ჩვენს მიერ გამოკვლეულ 87 კაციდან დადებითი აგლიუტინაციის რეაქცია სრულებით თანაბარ ფარგლებში, ორგონულ Mic. Melitens, ისე b Bang-ის კულტურებთან მოვცა 34 კაცმა, რაც შეადგენს 31 %.

აქედან	1 : 100 — 1:200 = 13	შემთხვევა
"	1 : 500 —	9
"	1:1000 —	8
"	1:1500 —	1
"	1:2000 —	2
"	1:2500 —	1

Wright-ის დადებითი რეაქცია, Status praesens სათანადო ანამნესტიურ ცნობებთან ერთად საკმარისად ასაბუთებენ ჩვენს მეცხვარეთი შორის brucellos-ების გავრცელებას.

ამასთანავე ზედმეტი არ იქნება აღინიშნოს, რომ 34 დადებითი რეაქცია 87 გამოკვლეულ აღამიანთა შრატებადან მაინც არ არის დასახელებულ სნეუ-



ლების ამომწურავი გამომშატველი გამოკვლეულ შეცხვარეთა ჯგუფისათვის; მენტან მრავალ ავტორის მიერ ერთხმად ცნობილია, რომ აგლიუტინაციის რეაქტია, მაშინაც კი, როდესაც ჰემოკულტურა ყოფილა მიღებული, 25%-ში იძლეოდა უარყოფით შედეგი. ამ საყურადღებო მოვლენის ასსნას პოულობენ სხვადასხვა ეროლოგიურ ჯგუფების არსებობაში (4 ტიპი) Vallet და Rembaut-ს მიხედვით<sup>1</sup>.

მხოლოდ ჩვენს შემთხვევაში ავადმყოფთა შრატები იჩენლენ განსაკუთრებულ აქტივობას არამც თუ ჩვენს მიერ ცდაში გამოყენებულ *micrococcus melitensis* შტამების მიმართ, არამც და *Bang*-ის ჩხირის ტუნისის შტამის მიმართაც, რაც გამოიხატა იმაში, რომ ორთავე *Brucella*-თა ჯგუფის მიმართ მიღებული იყო აგლიუტინაცია ერთ და იმავე ტიტრის ფარგლებში.

ამიტომაც ერთი შეხედვით, ჩვენს მიერ მიღებული მასალების მიხედვით შეუძლებელია შეცხვარეთა დაავადებას კატეგორიულად უწმოდოთ მაღრტას ცხელება და არა ის საერთო სახელი, რომელიც გამოიხატება *Brucellos*-ით და, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც *Bruce*-ს მიერ აღმოჩენილ *Mic. Melitensis*, ისე *Bang*-ის მიერ გამოყოფილ ინფექციურ აბირტის ჩხირით (b. *abortus Bang*).

მაგრამ შემდეგი გარემოებანი მიგვითოთებენ იმისაკენ, რომ ჩვენს შეცხვარეთა შორის გაერცელებული *Brucellos*-ი არის სახელდობრ მაღრტას ცხელება.

საქმე შემდევშია: როდესაც *Wright*-ის რეაქციის მიხედვით (ცხელებით დაავადებულოთ ან და წარსულში ავადმყოფებს ვარჩევდით, გამოირკვა, რომ დადებითი აგლუტინაციის მომცემთა შორის და ეხლახან ცხელებით შეპყრობილებიდან 6 მცემისი მოდიოდა ერთ-ერთ (სახელდობრ № 25) ფარაზე, რომელშიაც სულ მუშაობს 7 კაცი. ერთი მათგანი (მათე შაბალაიძე) გამოკვლევის დროსაც ავად არის და იძლევა აგლიუტინაციას 1:2000, დანარჩენები კი: 1:1500; 1:1500; 1:500; 1:100; 1:100.

აღნიშნულ ფარიდან (900 სული ცხვარი და 12 მეწველე თხა) გამოკვლეული იქნა 100 ცხვარის სისხლი, 50 რძე (*Wright*-ის და *Zammit*-ის რეაქციით).

აქედან დადებითი *Wright*-ის რეაქციას იძლეოდა 11 ცხვარი:

5 . . . . 1:500

3 . . . . 1:200

3 . . . . 1:100

აქედან იშველებოდა მხოლოდ 4 ცხვარი. მათში *Zammit*-ის რეაქცია და დებითია 2 შემთხვევაში: 1:500 და 1:100.

12 თხიდან არც ერთი არ იძლევა დადებითი აგლიუტინაციის რეაქციას.

შემდეგ—№ 22 100 ცხვრიდან—4 იძლევა დადებითი *Wright*-ის რეაქციას:

1 . . . . 1:500

1 . . . . 1:200

2 . . . . 1:100

<sup>1</sup> ამ მხრივ მეტად საინტერესოა 1930 წ. დეკმბერში *Annales de Lijnet Past.* № 6 შდრო-დოკუმენტის და მისი თანამშრომლების ნაშრომი, რომლის მიხედვით არსებობს მრავალრიცხვოვანი ცერიოლოგიური ჯგუფები.

№ 5 ფარაში 100 ცხვარიდან 2 იძლევა დადებითს Wright-ის ტესტის 1:200). ლაზარეთში, სადაც თავმოყრილია დაავალებული ცხვრები, უმთავრესად ქეცანები, 50 ცხვარიდან არც ერთი დადებითი რაიტის რეაქციას არ იძლევა.

სულ ჩვენს მიერ გამოკვლეულ 600 სულ ცხვარიდან Wright-ის რეაქცია დადებითი აღმოაჩნდა 17 სულს, ე. ი. დაახლოებით 3% შემთხვევაში.

არც ერთი დადებითი აგლიუტინაციის მომცემ ცხვარს არც ერთხელ აბორტი არ მოსვლია და არც დასახელებულ ფარებში საერთოდ ეს ავადმყოფობა არ არსებობს.

როგორც ჩვენს მიერ მიღებულ შედეგებიდან ჩანს, უდაბნოს მაშულის ცხვარში გავრცელებულ Brucellos-ს აქვს ეპიდემიური ხასიათი აღამიანისათვის. ცხვრებში კი აღნიშნული Brucellos-ი ავადმყოფობის არაგთარ ნიშანს არ იძლევა და ცხვიველები წარმოადგენ ბაცილენტრევერებს, რომელთა როლი ადამიანთა შორის ცხელების გავრცელებაში ნათლად არის მოცემული, თუნდაც იმ ფაქტში, რომ ერთ-ერთ ფარაში, სადაც 7 მწყემსიდან 6 შეცყრიბილია ავადმყოფობით, დაახლოებით 11% ცხვრებისა იძლევა დადებით Wright-ის რეაქციას, მაშინ, როდესაც გამოკვლეულ 600 სულ ცხვარზე სულ მოდის 17—დადებითი Wright-ის რეაქცია, რაც შეადგენს 3% ნაკლებს.

პარიზის საერთოშორისო მიკრო-ბიოლოგთა 1-ლ კონგრესზე ბრუცელონების შესხებ მოხსენებებით გამოსულ ბეტონო მიხედვით სწორედ ეპიდემიური გავრცელება Brucellos-ისა დამიანთა შორის დამახასიათებელია მალტას ცხელებისათვის (რომელსაც იწვევს *Micrococcus melitensis* Bruce) და სპორადიულობა შემთხვევისა კი Bang-ის ჩხირით გამოწვეულ ბრუცელოზისათვის და პირიქით, ცხოველთათვის დამახასიათებელია ბანგას ჩხირით გამოწვეულ ბრუცელოზის ნამდვილი ეპიზოოტიური ხასიათი.

რომ ჩვენი ცხვარი წარმოადგენს დიდს საურახეს მალტას ცხელების გავრცელების საქმეში და ამნაირად თვით ჩვენში გვაქვს ეპიდემიის მხრავ საშიში კერა, ეს იქიდანაც ჩანს, რომ ექსპელიციიდან ჩამოსვლის მეორე დღესვე საქ. ჯ. ს. კ. ბაქტერიოლოგიურ ინსტიტუტში ექ. მ. ბერიძის და ჩემს მიერ (თითოეულის მიერ ცალ-ცალკე) ერთი კვირის განმავლობაში ერთ-ერთ ავადმყოფის<sup>1</sup> სისხლიდან მიღებულ იქნა კულტურულად და სეროლოგიურად ნამდილი *Micrococcus melitensis* და ეს უკანასკნელი ავადმყოფი დაავალების წინ სტუმრად იყო ჩვენი მეცხვარეობის სხეადასხვა რაიონში, სადაც მას უმასპინძლდებოდენ ცხვრის ხორცით და მისი რძის სხეადასხვა ნაწარმოებით<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> შემთხვევა ექ. ნ. ყიფშიძის და ექ. კ. ლორთჭიურიძის.

<sup>2</sup> საჭიროდ მიგდაჩნდა აღნიშნული, რომ მოხსენების დროს კამათში გამოსულ გე. კანდელაკის და ექ. ოქროპირიძის მიერ აღნიშნული იყო, რომ ტროპიკულ ინსტიტუტში მოკლე ხანში ჰყავდათ 20-დებაზოვანი მალტის ცხელებით ჩვენს მიერ დასახელებულ ცხვარიდან და მწყემსთა ბინაღრობის ადგილებიდან და ამ ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობის სისხლიდან გამოყოფილია *Micrococcus melitensis*-ის კულტურა.

ФОТОГРАФИЯ 1. Здродовский. Вестн. Микроб. 1923 г. 2. Здродовский. Труд. Инст. Микроб. им. Мусабекова, вып. 2—3, 1925 1925—26 г. 3. Коршун. Основ. Мед. Микроб. т. I—1930. 4. Saqueré. Nouveau trait, de Mèd. F. 3 1924. 5. Кричевский. Микроб. инфекц. болезн. человека ч. с. 1930 г. 6. I Congr Internat, de Mikrobiol. Resumés de rapports, confer. et. démonstrations, 7. Zdrodowski, H. Brenne et Voskresenski, Annales. de l'Inst. Pasteur № 6, 1930.

## К вопросу распространения Мальтийской лихорадки в овцеводческом Собхозе Удабно (Грузия)<sup>1</sup>

Д-р В. С. АНТАДЗЕ

Работа экспедиции Ин-та экспериментальной ветеринарии НИЗем'а Грузии (Директор Л. Леонидзе.)

1. Из 600 овец, отобранных для обследования с различных отаров, в количестве от 50 до 100 голов с каждого отара реакция Wright'a в разведениях 1/100—1/500 оказалась положительной у 17 голов т. е. у 3% обследованных овец.

2. Из реагирующих положительно на Wright'a овец, 11 голов принадлежали одному отару, который состоял из 900 голов овец и 12 коз (молочных) при 7 пастухах. В названном отаре на р. Wright'a обследовано 100 овец. Все козы без исключения реагировали отрицательно.

Из находящихся налицо 6 пастухов все давали положительную реакцию Wright'a, при чем трое из них с титрами 1/2000, 1/1500 да-

<sup>1</sup> Доложено обществу врачей Грузии в ноябре 1930 г.

Au sujet de la propagation de la fièvre de Malte dans la ferme ovine d'Etat à Oudabno (Georgie)

PAR LE D-R ANTHADZE'

(Travail de l'expédition de l'Institut Vétérinaire Expérimental du C. d'Agriculture de la R S. de Géorgie; directeur L. Leonidzé).

1. 600 ovins ont été pris au hasard parmi les troupeaux de la région et examinés au point de vue de la réaction de Wright; la reaction d'agglutination s'est montrée positive dans 17 cas (taux d'agglutination de 1/100 à 1/500), c. a. d., chez 3% de bêtes examinées.

2. Entre les ovins, réagissant positivement, il têtes appartenaient à un seul troupeau constitué de 900 ovins (duquel 100 bêtes, ont été soumises à la r. de Wright et de 12 chèvres laitières; le troupeau était desservi par 7 bergers.

Il est à mentionner, que toutes les chèvres réagissaient négativement à la r. de Wright. Parmis les 6 bergers, présents au moment des investigations—tous les six réagissaient positivement, quant à l'agglutination. Trois,

вали ясно выраженную картину мальтийской лихорадки, а три остальных при титре 1/500, 1/100 и 1/100 имели заболевание в прошлом, судя по анамнезу.

3. Всего в совхозе обследовано 87 пастухов, из которых 34 (т. е. 31,5%) реагировали положительно на р. Wright'a в разведениях 1/100—1/2500.

4. По возвращении из экспедиции в Бактериологическом Институте НКЗдрава Грузии автором из крови жителя г. Тифлиса, ездившего в овцеводческие районы Восточной Грузии, выделена культура.

5. Обследованный совхоз организован из отаров и пастухов, набранных с овцеводческих районов Восточной Грузии с главными центрами в Кахетии и Тушетии (Грузия).

d'entre eux, dont le serum agglutinait le m. melitensis um taux de  $1/_{2000}$ ,  $1/_{1500}$  et  $1/_{500}$ , respectivement-présentaient un tableau clinique net de fièvre de Malte, tandis que les trois autres, avec titres agglutinatifs correspondants de  $1/_{500}$ ,  $1/_{100}$  et  $1/_{100}$ , d'après les données anamnétiques—avaient présentés le syndrome clinique dans le passé.

3. Dans la ferme, en totalité, nous avons pratiqués la r. de Wright sur 87 bergers, dont 34 (soit 31,5%) réagissaient positivement aux dilutions de  $1/_{100}$  jusqu'à  $1/_{2500}$ .

4. Au retour de l'expédition, l'auteur a obtenu, par hemoculture, d'un habitant de Tiflis, ayant voyagé dans les régions à élevage des ovins de la Géorgie orientale—une culture pure du m. melitensis (Travail de l'Institut Bactériologique de Tiflis).

5. La ferme, soumise à l'investigation est constituée par des troupeaux et des bergers, recrutés, en Géorgie orientale, dont les centres d'élevages sont la Kakhetie et la Touchétie (Géorgie).

პ. ჩაგთარაძე

კლინიკის უფროსი ასისტენტი

## პრიოდული მიოპლაზია კუნიგილან. გამგე პროფ. ყიფშიძე

(ნერვების სნეულებათა კლინიკილან. გამგე პროფ. ყიფშიძე)

შიომყლონიას ამ ბოლო ხანში, განსაკუთრებით ეპიდემიური ენცეფალიტის გაჩენის შემდეგ, დიდ ყურადღებას აქცევნ, მაგრამ დღემდე არ არის საკითხი გადაშევეტილი იმის შესახებ, თუ სად არის გაღიზიანების პროცესი მოთავსებული. ჰოლმანი (Hoffmann), დანინი (Dagnini) და ეკონომო (Economo) მიოკლონის დროს პროცესს ტვინის ქერქში ათავსებენ, მარგულის (Margulies) და მანის (Mann) აზრით კი მიოკლონის მიზეზად ქერქქვეშა კვანძების დაზიანება უნდა ჩაითვალოს, ხოლო Rilley-ის მიოკლონია მიაჩინა ზურგის ტვინის დაზიანების სიმპტომად. ჩვენი კლინიკის დაკვირვება და ეს შემთხვევა უფრო ამ უკანასკნელის აზრს ამართლებს.

ავადმყოფი სხ—ძე პავლე, 20 წ., მუშა, ქართველი, უცოლო, პირველად შემოვიდა კლინიკაში 8/IV—27 წ. ჩივილით საერთო სისუსტეზე და გამუდმებული კანკალზე მარცხენა ზედა-კიდურისა და ტანის არეში. ეს კანკალი მას დაეწყო ხუთი დღის, წინ უცრად ემოციური შეიარა შემდეგ. კანკალი იყო მიოკლონური ხასიათის და უფრო გამოხატული მარცხენა m. pectoralis-ის არეში. გარდა ამ მიოკლონიის სხვა ორგანიული ნიშნები ნერვიულ სისტემის დაზიანებისა არ იყო აღმოჩენილი. ერთი თვეს მკურნალობის შემდეგ (Soli urotropini 40% ვენაში, ხერხემლის გალვანიზაცია და აბაზანები). მიოკლონურმა შეკუმშვამ გაუარა და ექცისი თვის განმავლობაში თავს სრულიად ჯანსაღად გრძნობდა. იმავე წლის დეკემბერში ხელმეორედ დაეწყო კუნთების შეკუმშვა; ახლა მიოკლონია იყო მარჯვენა მხარეზე, ხოლო მარცხენა m. pectoralis-ი განიცდიდა ატრიოფიას, ატროფიული აღმოჩნდა აგრეთვე m. m. supra et infraspinatus-ები ორივე მხრივ, და მარჯვენა წვივის კუნთები ამ შხარეზე აქილესის რეფლექსი მოპობილია. გასინჯული იყო კუნთების ელექტრო-აგზებურება და აღ-

მოჩნდა რიცხობრივი გადაგვარების რეაქცია, ზურგის ტვინის სითხე სუფთა, წევა 15, ცილა 0.22, Pandy და Weichbrodt-ი უარყოფითი. ციტოლოგიური გასინჯვა 3, Guillain-ის რეაქცია N, BW-ის რეაქცია როგორც სითხეში, ისე სისხლში უარყოფითი. ამ დაკვირვების შემდეგ განვლო  $1\frac{1}{2}$  წელმა და ამჟამად ავაღმყოფს აქვს შემდეგი ჩიშნები: ზედა კიდურებში სიფართის მხრივ მოშლა არ აღინიშნება, ძალა დაკლებულია განსაკუთრებით გამშლელებში, ქვედა კიდურებში მოძრაობა სიფართის მხრივ შენახულია, ხოლო ძალა დაკლებულია მარჯვენა პერინიალური ჯგუფის არეზი, მარჯვენა წვივის კუნთები ატროფიულია, იგი ნაკლებია მარცხენაზე, ხან ატროფიულია აგრეთვე ბეჭების კუნთები და m. pectoralis-ი; ამ ატროფიულ კუნთებში აღინიშნება ნაწილობრივი გადაგვარების და სიგრძითი რეაქცია, მარჯვენა მხარეზე დროგამოშვებით ამჟამად აღინიშნება ფიბრიალური ძიგიგი.

ამრიგად ჩვენს ავაღმყოფს აქვს პერიოდული მიოკლონია და მიოკლონური შეჯუმშვაში მყოფი კუნთები შემდეგში ატროფიული ხდება. ამ მოვლენის შიხვაზე პირველად ეპიდემიური ენცეფალიტი მივიჩნიეთ, მაგრამ ვინაიდან ამდენი ხნის განმავლობაში მას სხვა ჩიშნები ენცეფალიტისა არ დაერთო და მივიღეთ რა მხედველობაში, რომ ავაღმყოფობა სიცხით არ დაწყებულა, აგრეთვე არ ჰქონია აღგილი არც უძილობას და არც ძილიანობას, ზ. ტვინის სითხეც ნორმალური იყო, ამიტომ ეს აზრი უარყყავით. მიოკლონიური ხასიათის შეკუმშვა შეიძლება იყოს პოლინევრიტის დროს; ასეთი შემთხვევები აწერილი აქვს რემაკს (Remak), ვერთაიმს (Wertheim), რეიმონდს (Reymond), კრაბეს (Krabbe), მურათოვს (Muratov), როსოლიმოს (Rossolimo), კრიშოვას (Крышова) და სხვ. მაგრამ ჩვენ შემთხვევაში პოლინევრიტისთვის დამახასიათებელი არც ერთი სხვა ნიშანი არ ვვაქვს. მიოკლონია აწერილია ეპილეპსიის ნიადაგზედაც, ვდავო-მისლოვა-ს ჰქონდა ორი შემთხვევა მუცლის კუნთების მიოკლონიისა ეპილეპსიის შემდეგ. აგრეთვე ცნობილია მექვიდრეობითი მიოკლონია Unverricht-ის, არც პირველი არც მეორე ჩვენს შემთხვევაში არ არის. კუნთების ასეთი ატროფიები შესაძლებელია იყოს ნევროლისტროფიის დროს, როდესაც ფრანგ ნევროპათოლოგთა მტკაცებით ზ. ტვინის სითხეში ცვლილება არ არის; ამ შემთხვევაში უფრო ვფიქრობთ პოლიომიოლიტზე, რადგან შესაძლებელია, რომ წინა რეალიზაციანდებოდეს ქრონიკული პროცესით და დრო-გამოშვებით გვაძლევდეს კუნთების შეკუმშვას, რაც თავდება იმავე კუნთების ატროფიით. დასასრულ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამგვარი წარმოშობის პერიოდული მიოკლინია კუნთების ატროფიით ძლიერ იშვიათია.

## П. КАВТАРАДЗЕ.

Стар. асист. Клиники

Случай периодической миоклонии  
с атрофией мышц.

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

У 20 лет. рабочего автор наблюдал миоклонические сокращения в области m. pectoralis Sin., котор. исчезли после месячного лечения. Через 6 мес. больной опять поступил в клинику с миоклонией m. pectoralis dex. и с атрофиами мышц грудных слева, над и под лопаточных с обеих сторон, а икроножных с права с отсутствием Ахиллова рефлекса. После 1 1/2 мес. лечения миоклония прекратилась. Через 1 1/2 года болезнь возобновилась, в названных мышцах атрофия усилилась и появилась частичная реакция перенождения. Автор, анализируя свой случай и литературные данные, приходит к заключению, что это редкое заболевание миоклония с атрофиами—результат хронического полиомиелита.

## P. Kavtaradze.

Chef de Clinique. Directeur—Prof.  
Kipchidze

Un cas myoclonie periodique avec  
atrophie musculaire

L'auteur a observe chez un jeune ouvrier des contractions myocloniques dans le region du muscle pectoral gauche, qui disparaît après 1 mois de traitement. Dans 6 mois le malade arrive de nouveau à la clinique avec de la myoclonie (cette fois à droite) et de l'atrophie du muscle pectoral à gauche, des sus et sous—scapulaire des deux cots et du muscle gastrocnémien à droite avec absence du reflexe Achilleen. Après un traitement qui dura un mois et demi—la myoclonie disparaît. Mais après dix—huit mois—la maladie récidive les atrophies dans les muscles sus—nommes s'accentuent et apparaît la réaction partielle de dégénérescence.

L'auteur en confrontant son cas avec les données bibliographiques arrive à la conclusion, que cette maladie rare—myoclonie avec atrophies—est la résultante de la poliomielite chronique.

გ. გამოცხადა და ს. მცურავი

## Dystrophia myotonica

(ნერვული სიუჯებათა კლინიკადან. გამგე პრაფ. ს. გიორგიძე)

ავადმყოფი ქარაჩ. ნ. 67 წლისა, შემოვიდა ნერვების სწოლებათა კლინიკაში 28/XI 30 წ. ავადმყოფი უჩივის მოძრაობათა შეზღუდვას და განეცემებას, განსაკუთრებით ზედა-კიდურებში. „თუ გული მომცვანიერ, გავიტევივი, გაუშეშდები და წავიქცევი“, ამბობს თვითონ ბავშვი. ავად არის ექცისი თვილან. პირველად მშობლებს შეუმჩნევიათ გულყრები ეპილეპტიკური ხასიათისა. გულყრები გლძელდებოდა 5 წლამდის. მშობლებს თავიდანვე შეუმჩნევიათ აგრეთვე მოძრაობათა უხერხულობა კიდურებში, მაგრამ ვერ აღწერენ, რაში ვამოიხატებოდა ეს უხერხულობა. სიარული დაუწყია 3 წლისას; ლაპარაკიც იმავე ხანაში. შემდეგ მშობლებს შეუმჩნევიათ თანდათანიბით, რომ, თუ, მაგალითად, ბავშვი თვალს დახუჭავდა, გალება უძნელდებოდა, თუ არაეს ხელს წაავლებდა, ხელის გაშვება უძნელდებოდა. მემკვიდრეობა ჯანსაღი. ოჯახში მსგავს ავადმყოფობას არ აღინიშნავთ. ბავშვს გადაუტანია წითელა. დედას ჰქონია 10 ორსულობა, რომელთაგან 3 დამთავრებულა მუკლის მოწყვეტით. ჩვენი ავადმყოფის 2 ძრა და 2 და უფროსები და 2 და უმცროსები ჯანმრთელებია.

**ობიექტურად:** ბავშვი თავის წლოვანების მიხედვით შედარებით პატარა ტანისა არის. კისერი მოკლე და განიერი აქვს. კადურები არაპროპორციონალურად განვითარებულია. კანის და ლორწონის გარსების მხრივ არაეთარი ცვლილება არ აღინიშნება. კუნთოვანი სისტემის მხრივ აღსანიშნავია შემდეგი: მხრის სარტყლის და მხრის კუნთები ჰიპერტროფიულია (m. m. supra et infraspinatus, deltoideus, biceps, triceps); წინა-მხრის კუნთები ატროფიულია; ქვედა კიდურებში სხვა კუნთებთან შედარებით ოდნავი ჰიპერტროფიას განიცდიან m. m. gastrocnemius-ები.

**ზედა-კიდურების მდებარეობა:** წინა-მხრის მოხრილი იღაუყის სახსარში; თითების პირველი ფალანგები მუდამ მოხრილი მდებარეობაშია, დანარჩენი ფალანგები უფრო ხშირად გამლილი და უფრო იშვიათად კი მოხრილი მდებარეობაშია; ცერა იმოზიციის მდებარეობაშია.

**ნებისკოფითი მოძრაობის ურის განხულობას სიფართის მხრივ შემდეგ სახსრებში:** წინა-მხრის მოხრა ოდნავ შეზღუდულია, მაჯის სახსარში მოძრაობა ოდნავ წარმოებს (მოხრა და გაშლა), პირველი ფალანგების გაშლა შეუძლებელია, ძალა იმ სახსრებში, საღაც მოძრაობები არ არიან შეზღუდული,

<sup>1</sup> მოსახურებულია ავადმყოფის დემონსტრაციით ნევროპატიულობა და უსიქიატონა კლინიკური ცირკულაციაზე.

მიუხედავად კუნთების ჰიპერტონიას ან ნორმას არ აღმატება ან ოდნავ კიდევ დაქვეითებულია.

ნებისყოფითი მოძრაობების დროს მკაფიოდ არის გამოხატული ეგრეთწოდებული ნებისყოფითი მიოტონია. ეს მოვლენა თითქმის ცველა ნებისყოფითი მოძრაობებს შეეხება, მხოლოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ცველგან ერთნაირი ინტენსივობით არ არის გამოხატული. რაც უფრო ძლიერი და ხანგრძლივია აქტიური მოძრაობა, მით უფრო ხანგრძლივია მოძრაობაში მოყვანილი კუნთების შეკუმშულ მდგომარეობაში დარჩენა; მაგალ., თვალების დახუჭვა, წარბების აწევა, ყების ერთმანეთზე მიეკრა იწყება ავადმყოფის სურვილით, მაგრამ გრძელდება ავადმყოფის სურვილის გარეშე. იგივე ითქმის თავის გვერდზე მიბრუნების, თავის მოხრის, ტერფუს ფეხის გულისავენ მოხრის, თითების მოხრის და გაშლის შესახებ. გამონაკლის არ წარმოადგენენ სხეულის სხვა კუნთებიც.

ალსანიშავია, რომ აქტიური მოძრაობების ზედი-ზედ განმეორებისას დაბრკოლება ქლებულობს როგორც ძალის, ისე ხანგრძლივობის მხრივ. ზოგიერთი პირობები, როგორიცაა, მაგალ., საცივე, სინოტიე, დაღლილობა, და განსაკუთრებით ფსიქიური ზეგავლენა, აძლიერებენ ამ მოვლენას. მართლადაც, ჩვენი პატარა ავადმყოფი ამაყობს იმით, რომ მას სახლში ვერავინ ვერ გაუშრება, სელსაც ვერ მიაკარებენ, რადგანაც ის ის წამსვე გაშემდება და წაიქცევა კიდეც. პირიქით ფსიქიურ-ფიზიკური სიწყნარე და სითბო ანელებს ამ მოვლენებს.

ჩვენ ავადმყოფს მკაფიოდ აქვს აგრეთვე გამოხატული მიოტონიური სინდრომის მეორე დამახასიათებელი სიმპტომი, რომელიც მდგომარეობს შექანიკურ მიოტონიურ რეაქციაში. კუნთების პერკუსია იწვევს გალიზიანებულ ბოჭკოების შეკუმშვას, მკაფიოდ გამოხატულს და ხანგრძლივს, მაგალ.: m. m. biceps, triceps, deltoideus, supra et intraspinosus, pectoralis, ტუჩები, ენა, gastrocnemius და სხვა კუნთების შექანიკური გაღიზანება.

პასიურ მოძრაობებისას ენახულობთ დაბრკოლებას მხრების აწევისას ჰიპონტონიური ხაზამდე და ზევით, პირველ ფალანგების გაშლისას; შვედა-კიდურებში პასიური მოძრაობების გაძნელება და ოზნავ შეზღუდვა აღინიშნება ტერფის ზურგის მხარესკენ მოხრის დროს. სხეულის დანარჩენ სახსრებში პასიური მოძრაობები სრული სიფართით და ნორმიალური დაბრკოლებით წარმოებს. პასიური მოძრაობები მიოტონიას არ იწვევენ.

ჩვენ ავადმყოფს მკაფიოდ აქვს აგრეთვე გამოხატული სინდრომის შესამეგ სიმპტომი, სახელდობრ ელექტრიული მიოტონიური რეაქცია და ქრონაქსიის შომატება.

კუნთი	შეკუმშვის ფორმა	ქრონაქსია
m. orbicul. orb. dex.	მიოტონური	1,2
m. orbicul. oris dex.	მიოტონური	16,0
m. flexor clig. dex.	მიოტონური	1,2
m. gastrocnemius	მიოტონური	12,0

მგრძნობელობა ავადმყოფს შენახული აქვს.

**რეფლექსები:** ზედა-კიდურებზე როგორც შეესთა, ისე ძვალთა არ იწვევიან. ქვედა-კიდურებზე მუზლის და აქილესის რეფლექსები იწვევიან ერთნაირად ორივე მხარეზე. კანთა და ლორწონიან გარსთა რეფლექსები შენახულია.

იყადმყოფს აქვს Moebius'-ის ნიშანი.

გული და ფილტვები—Norma. ავადმყოფს აკლია ერთი სათესლე ჯირზელი. აქვს მარჯვენა საზარდულის თიაჯარი.

ამრიგად, ჩვენ ავადმყოფს აქვს გამოხატული სამი სინდრომი: მიოტონური, მიოპატიური და დისტროფიული.

ზირველი სინდრომი, ე. ი. მიოტონური, მკაფიოდ არის გამოხატული, რაღაც წარმოდგენილი არის მისი დამახასიათებელი სამივე სიმპტომით: ნებისყოფითი მიოტონია, მექანიკური მიოტონიური რეაქცია და ელექტრული მიოტონური რეაქცია.

მეორე—მიოპატიური სინდრომი—გამოხატება ზემოთ აღნიშნული ზოგიერთი ჯგუფის კუნთების ატროფიაში.

მესამე—დისტროფიული არასაკვარისი ფიზიკური განვითარება და მხოლოდ ერთი სათესლე ჯირყველის არსებობა.

1876 წ. Thomsen-ის მიერ აღწერილი იყო დაავადება, რომელიც შემდეგში აცარებს მის სახელწოდებას. ეს ავადმყოფობა კლინიკურად შეისწავლა Erb-მა 1886 წ. Strümpel-მა მას Myotonia congenita უწოდა. ამ ავადმყოფობას ახასიათებს: 1—თანდაყოლილობა და ოჯახური ხასიათი, 2—ნებისყოფითი მიოტონია, 3—მექანიკური მიოტონური რეაქცია, 4—ელექტრული მიოტონური რეაქცია, 5—კუნთების ჰიპერტონია თავისებური პატალოგოანატომიური ცვლილებათ: სარკოპლაზმის დაგროვება და ბირთვების რიცხვის მომატება.

ამ ავტორების აზრით ეს სიმპტომები მთლიანად უნდა არსებობდენ ამ ავადმყოფობის დროს. შემდეგში იყო გამოქვეყნებული მთელი რიგი შემთხვევებისა, სადაც აკლდა ესათუის ნაწილი Erb-ის სინდრომისა. ასეთ შემთხვევების აცტორები სთვლიდენ Myotonia congenita-ს ატიპიურ ფორმებზე დაკვირვების შემდეგ გამოსთქვა ის აზრი, რომ იმ შემთხვევაშიც, როდესაც არსებობს რომელიმე ნაწილი Erb-ის სინდრომისა, მაგ., მარტო კუნთის ჰიპერტონია ან მხოლოდ ნებისყოფითი მიოტონია, ან ელექტრული მიოტონური რეაქცია, საქმე გვაქს Myotonia congenita-ს ატიპიურ ფორმასთან.

1918 წელში პროფ. ყიფშიძის მიერ შესწავლილი იყო ერთი შემთხვევა კუნთების ჰიპერტონიისა არა სრული მიოტონური რეაქციით<sup>1</sup>. ავტორს მოჰყავს ლიტერატურული მასალა და იმ დასკვნამდე მიღის, რომ Myotonia congenita არ არის ნოზოლოგიური ერთეული, არამედ ის არის კლინიკური სინდრომი.

აღწერილი იყო აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც გამოხატული იყო მიოტონური სინდრომი და იმავე დროს ადგილი ჰქონდა მიოპატიებს კუნთების

<sup>1</sup> პროფ. სვ. ყიფშიძე. „კუნთების ჰიპერტონია არასრული მიოტონური რეაქციით“ 1923 წ.



ატროფიუშის სახით. ამ ფორმას Rossolimo-მ 1902 წელში უწოდა Myotonica atrophica<sup>1</sup>. ჩემდეგში კლინიკურმა დაკირვებამ აღმოაჩინა ზოგ შემთხვევებში, გარდა მიოპატიურ და მიოტონურ მოვლენებისა, სხვადასხვა დისტროფიული მოვლენები, როგორიცაა კანის ცვლილება, თმის დაცვენა, კატარაქტია, სათვალე ჯირყველის ატროფია და სხვა. განსაკუთრებით ამ მოვლენებს ყურადღება მიაქცია Steinert-მა და ასეთ ფორმებს dystrophya myotonica<sup>2</sup> უწოდა.

ჩვენი შემთხვევაც, როგორც ზემოთ აღწერილი კლინიკური სურათი გვიჩვენებს, წარმოადგენს dystrophia myotonica-ს. როგორც ცნობილია, ამ როგორი სინდრომის პატოგენეზად Noegeli-ს და სხვების მიერ მოღებული ძრის პლური-გლანდულური დისცუნქცია. ამ მხრივ აღსანიშნავია ამ ბოლო ხანებში გამოქვეყნებული 2 შრომა. Faur-Beaulieu და Desbuquois<sup>3</sup> dystrophia myotonica-ს შემთხვევაში ნახულობენ სამი შიგნითა სეკრეციის ჯირყვლების ჰიპოფუნქციას: სათესლე ჯირყველის ატროფია ნათლად ყოფილი გამოხატული და იმავე ღროს ძლიერ ყოფილი დაქვეითებული სქესობრივი ფუნქცია. ბაზალური მეტაბოლიზმის დაქვეითებას მიაწერენ ფარისებრ ჯირყველის ჰიპოფუნქციას. აღნიშნული ავტორები განსაკუთრებით ხასს უსვამენ gl. parathyreoida-ს ჰიპოფუნქციას. ამის დასადასტურებლად მათ მოჰყავთ Troussseau-ს სიმპტომის და კატარაქტიას არსებობა მათ შემთხვევაში, რაც, როგორც ცნობილია, დამახასიათებელია ტეტანიისათვის. გარდა ამისა სისხლის ბიოქიმიური გამოკვლევისას მათ მიუღლიათ ალკალიზმი, ჰიპოფუნქცია და ჰიპოფოსფატურია, რაც იგრეოვე დამახასიათებელია gl. parathyreoida-ს ჰიპოფუნქციისათვის.

Rathery, Mollaret-ი და Waitz-ი<sup>4</sup> მათი myopathia myotonica-ს შემთხვევაში, გარდა კატარაქტასი და სუსტად გამოხატული Troussseau-ს სიმპტომისა, ნახულობენ ნათლად გამოხატულ Chvostek-ის სიმპტომს. აღნიშნული ავტორები ნახულობენ დიდ მსგადასხებას მიოტონიის დროს არსებულ გაძნელებულ დეკონტრაქციასა, და ტეტანიის დროს არსებულ სპაზმს შორის. ეს ავტორები აღნიშნულ კლინიკურ მოვლენებს უფრო მეტ მნიშვნელობას აძლევენ gl. parathyreodea-ს ჰიპოფუნქციის დასაშვებად, ვიდრე ჰიპორალურ სინდრომს—სათაღარიგო ტუტიანობის მომატებას, ჰიპოკალცემიას და ჰიპოფოსფატურიას—რაც მათი აზრით ცვალებადი არის. მათ იმდენად მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ gl. parathyreoida-ს ჰიპოფუნქცია ამ როგორ სინდრომის წარმოშობაში, რომ საჭიროდ სთვლიან გატარებული იქნეს კალციუმით და პარატირეოდინით ოპორერაპია.

ჩვენ შემთხვევაში ჩვენ ვერ მივიღეთ ვერც Troussseau-ს და ვერც Chvostek-ის სიმპტომი. სისხლის გამოკვლევამ სათაღარიგო ტუტიანობაზე (რაც უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე კალციუმის და ფოსფორის გამოკვლევა) მოგვცა არა თუ მომატება, არამედ სათაღარიგო ტუტიანობის ძლიერი დაქვეითება (32,4). ამრიგოდ ჩვენ შემთხვევაში ჩვენ არ შეგვიძლია დავუშვათ gl. parathyreoi-

<sup>1-2</sup> Henri Claude Maladies du systeme nerveax.

<sup>3</sup> Revue Neurologique 1928 წ. 6. I, № 5. Dystrophie myotonique...

<sup>4</sup> Bulletins et memoires de la societe medicale de hopitaux de Paris. 1930 № 10.

dea-ს პიპოფუნქცია. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ჩვენს შემთხვევაში ნათლად იყო გამოხატული Moebius სიმპტომი, რასაც ჩვეულებრივ ვხვდებით ფარისებრ ჯირყველის დისფუნქციის დროს.

### დ ა ს კ 8 5 5

1. მიოტონური სინდრომი შედის როგორც ნაწილი იმ როლს კლინიკურ სურათში, რომელიც უკანასკნელ ხანებში გამოყოილია როგორც Dystrophia myotonica.

2. Dystrophia myotonica-ს პატოგენეზიდ უნდა ჩაითვალოს პლურიგლანდურალური დისფუნქცია, მიუხედავად იმისა, რომ ამათუმდ შემთხვევაში შეაძლებელია წირველ რიგზე გამოხატული იყოს ამათუმდ ჯირყველის დისფუნქცია.

**Ассистенты: д-р Г. БАХТАДЗЕ и д-р. С. ЕНУКИДЗЕ**

#### DYSTROPHIA MYOTONICA

Авторы описывают случай д. м., где ясно были выражены:

- а) миотонический синдром (волевая, механическая и электрическая миотония);
- б) Миопатическая атрофия мышц;
- в) Дистрофические явления (недостаточное физическое развитие; отсутствие одной половой железы);
- д) Симптом Moebius-a;
- е) Увеличение хронаксии;
- ж) Остаточная щелочность крови была 32,4.

На основании литературных и своего случаев, авторы приходят к заключению, что:

1. Миотонический синдром входит, как составная часть, в ту клиническую картину, которая за последнее время выделена под названием *dystrophia myotonica*;

2. В основе д. м. лежит плuriгlandularная дисфункция, несмотря на то, что в том или ином случае более выражена дисфункция той или иной железы внутренней секреции.

D-R. G. BAKHTADZE ET D-R S. ENOUKIDZE.

#### DYSTROPHIE MYOTONIQUE.

Les auteurs ont observé un cas de dystrophie myotonique avec:

- a) Syndrome myotonique (myotonie volontaire, myotonie mechanique et electrique);
- b) atrophie myopathique des muscles;
- c) dystrophie (l'insuffisance de développement physique; l'absence de l'une des deux glandes testiculaires);
- d) signe de Moebius;
- e) la chronaxie augmentée;
- f) la réserve alcaline—32,4.

S'appuyant sur les cas publiées dans la literature et le cas personnelles auteurs conclurent que:

1) le syndrome myotonique entre dans le tableau clinique, qui est désigné sous le nom de dystrophie myotonique.

2. la dystrophie myotonique est provoquée par une dysfonction pluri-glandulaire, malgré les cas dans lesquels le trouble du fonctionnement de telle ou telle glande endocrine occupe la première place.

პროც. ქ. მრისთავი

## მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილო- ბის მძღოლების შესახებ

(სამედ. ინსტიტუტის ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე პროფ. ქ. ერისთავი).

მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობა იმდენად ამასინჯებს და მას განსაკუთრებული ყურადღებით მოვაწეოთ. აღსანიშნავია, რომ არა თუ ფართო ექიმთა საზოგა-დოება, არამედ ხშირად დასტაქრებიც კი არ იქცევენ მას ჯეროვან ყურა-დლებას.

არა ერთ და ორ პაციენტს შეხვდებით თანდაყოლილი ამოვარდნილობით, რომლებიც მოგითხოვენ, რომ მათ რამოდენიმე თვეა აქიმობენ სხვადასხვა ფხვნილებით, ან და ურჩევენ ბავშვის წამოზრდამდი მოიცადეთ აქიმობაო. ამის-დამიხედვით ჩვენის აზრით არ იქნება ინტერესს მოკლებული გავარჩიოთ ჩვე-ნი კლინიკის უკანასკნელი სამი წლის მასალა და რამდენადაც შესაძლებელი იქ-ნება გამოვარკვიოთ ის შედეგები, რომელით მოგვცა ჩვენ მიერ გატარებულმა მკურნალობამ.

ამ მოკლე შრომაში ჩვენ არ შევეხებით არც მენჯ-ბარძაყის სახსრის ანა-ტომიურ მშენებლობას და არც მის ემბრიონალურ განვითარების ისტორიას. ჩვენ გვერდს აუკვლით აგრეთვე მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილ ამოვარ-დნილობის ეთიოლოგიას, რაღაც ყველა ეს განხილულია ჩვენს მიერ დაბეჭდილ შრომაში: „მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა და მისი მკურნალობა“; ამავე შრომაში იხილება კლინიკური გამოცნობა ამ დაავადებისა და მისი პათოლოგო-ანატომიური სურათი.

ჩვენს ზევით დასახელებულ შრომაში ვამბობდით: რომ სხეულმა შეინარ-ჩუნოს ბუნებაში უმოძრაობა, მას უნდა ჰქონდეს დასაყრდნობი დედამიწაზე, რომელიც იზიდავს მას ცენტროსაკენ; ადამიანი რომ დაიძრას წერტილიდან ე. ი. გამოიყენოს მექანიკური შესაძლებლობანი სხეულისა, ამისათვის საჭირო მოერიოს მიწის მიზიდვის ძალას, რომელიც უდრის მისი სხეულის წონას. ამ-

ნაირად ისე, როგორც ბუნების ყოველი სხეული, მოძრავი ადამიანი ემორჩილება სტატიკის და დინამიკის კანონს; ამისდამიხედვით აშკარაა, რომ ადამიანს ისე, როგორც ყოველ სიმძიმეს, დედამიწა რომ არ იზიდავდეს მისი ცენტროსაკენ, ის მუდამ ქაოტიურ მოძრაობაში იქნებოდა. მაშასადამე ის ძალა, რომელმაც უნდა აამოძრაოს უძრავი ადამიანი, ისე როგორც ყოველი ბუნების სხეული, უნდა ერეოდეს ამ სხეულის დედამიწისაგან მიზიდვის ძალას (პოფა, რაუბერი, პარისკი, გრიგორიევი, ლეზგაფტი და სხვ.). ადამიანის მოძრაობის აქტი, ანუ მისი დედამიწის მიმზიდველობის მორევის ძალა სრულდება კუნთებისაგან—განსაკუთრებით ქვემო კიდურების და მენჯის, ეს არის მოძრაობა,—სიარული, რომელიც წარმოადგენს ხან მარჯვენა ხან მარცხენა ფეხზე დაყრდნობას, მაშინ როდესაც ერთი ფეხი მუდამ „დაკიდებულია“; აქედან დაასკვნიან, რომ სიარულის ღროს ერთ ფეხზე დაყრდნობის ხანა უდრის მეორე ფეხის „დაკიდებას“ (Черевков) <sup>1</sup>.

ზემოთ ნათქვამის მიხედვით აშკარაა ჩვენთვის ის სიმახინჯე, რომლითაც წასიათდება მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობის მქონე პაციენტი; და სახიფათო ის არის, რომ ეს სიმახინჯე შეიღვეულ უფრო მეტია ქალებში, ვიდრე კაცებში. თუ ეს ამოვარდნილობა ორმხრივია, სოციალურ უბედურებასაც წარმოდგენს პაციენტისათვის; ამ სიმახინჯით შეძყრობილ ადამიანს უნელდება, როგორც სქესობრივი კავშირი, ისე მშობიარება.

1927 წლის მასალა უმეტეს ნაწილად გატარებულია განსვენებულ პროც. ნ. კახიანის მიერ. ამ მასალიდან მე შევეხები მხოლოდ მათ, რომელნიც ჩვენს მიერ არის დამუშავებული და რომელთაც დაწვრილებით ვიცნობთ:

1) აფარმყოფი ჯ. კ. შემოვიდა ქირურგიულ კლინიკაში მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობით, რომელიც მას, როგორც გაუგონია, დაბადებიდგან აქვს; რენდგენი აღასტურებს ტაბუხის ამოვარდნილობას. ჩვენი ცდა ტაბუხის რეპაზიციონ მიზნით უშედეგოდ დამთვრდა. მივიღეთ რა მხედველობაში, რომ საქმე გვაქვს მძლავრად გამოხატულ სიმახინჯესთან და ვცადეთ რა კონსერვატიული რაღიკალური მეთოდი გასწორებისა,—მაგრამ უშედეგოდ—იძულებული გავხდით მიგვემართა პალიატიურ თპერატიულ მეთოდისათვის. ამ მიზნით მოვახდინეთ ტაბუხის რეზექცია და დავადევით თაბაშირი ფეხის გაჭიმულ და განხილულ მდგომარეობაში ექვსი კვირით; თაბაშირის მოხსნის შემდეგ არა თუ ფეხის გასწორება მივიღეთ, არამედ—შედარებით ცოტა დაგრძელებაც რენდგენოგრამა გვიჩვენებს „Отсутствие головки os. femoris dextra, Шейка os. femoris dextra стоит в acetabulum. № 1303.

ჩვენს პირველ შრომაში მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილ ამოვარდნილობის შესახებ, აღვნიშნეთ, რომ რაც უფრო ხანს მოათევს ბავშვი ფეხის ადგმის შემდეგ, მით უფრო მკაფიოდ გამოიხატება ტრენდელინგბურგის ფენომენი, მენჯის ასიმეტრია ამოვარდნილ მხარეზე გადახრით და ტაბუხზე დაკიდებით.

<sup>1</sup> აქ მოთავსებული მასალის ნაწილი შედიოდა ჩვენს შრომაში: „მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა და მისი მუშალობა“, მაგრამ ჩვენდა დამოუკიდებელ მიზეზის გამო შემოკლებული იქნა.

2) თუ გავშინჯავთ რენდგენოგრამას ჩვენი პაციენტის ჯ. ქ-ს № 1457, დაგინახავთ აღწერილ სურათს, მკაფიოდ გამოხატულს. გადახრა ამოვარდნის მხარეზე მარჯვნივ და მენჯის ასიმეტრია მკაფიოდ არის გამოხატული, თუმცა პაციენტი არის  $4\frac{1}{2}$  წლის. რენდგენოგრამმა № 1796 გვიჩვენებს ამავ პაციენტის მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსარს, გასწორებულს, სადაც ტაბუხი ჩამულია ბუდეში და დადებულია თაბაშირი მეორე პოზიციაში.

ეს არის შემთხვევა, როგორც ვთქვით, 1927 წლის, და მას აქეთ პაციენტი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაშია: სიარულის დროს არც ტრენდელენბურგის ფენომენი და არც სწრაფი დალალვა არ აღინიშნება; შეიძლება ითქვას, რომ აქ მიზანი შეძლებისდაგვარად მიღწეულია.

3) იგადმყოფი რ. მ. 6—წლის, რომელსაც აქვს მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა, რენდგენოგრამმა № 4949 წარმოდგენილია ამოვარდნილობის გასწორებით და თაბაშირის ნახვევით პირველ პოზიციაში. მეორე და მესამე თაბაშირის ნახვევის შემდეგ პაციენტი კარგ მდგომარეობაშია და უკვე 2—წელია რელუქსაციო არ აღინიშნება.

ყველა ჩვენს შემთხვევებში ყურადღება ექცეოდა პათოლოგო-ანატომიურ ცვლილებებს მენჯ-ბარძაყის სახსარში. უნდა ითქვას, რომ განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ტაბუხის ჩასმას მის ბუდეში, არამედ მის დამაგრებას შიგ; მაგრამ განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევდით ბუდის განვითარებას და განსაკუთრებით ჩაღრმავებას და აგრეთვე მასზე ტაბუხის დაცილებას; იქ, სადაც ბუდე ატროფიულია და ფორმა აქვს ფრიალო თევზის, მასში ტაბუხის ჩასმა დავიღის, მაგრამ მისი დამაგრება ძნელია. საკვარისია დაამთავროთ მეურნალობა და პაციენტი დააყენოთ ფეხზე უთაბაშიროდ, რომ მიიღოთ რელუქსაციო.

4) თუ ჩვენ გავშინჯავთ რენდგენოგრამას № 2945, პაციენტი ვ. ქ-ს, დავინახავთ, რომ acetabulum-ი ატროფიულია და ჩვეულებრივი ჩაღრმავება სუსტად არის გამოხატული. ამ პაციენტზე მეურნალობის ყველა პერიოდები სახსრის სწორია და ჩასმის შემდეგ გაუტარებია ერთ ცნობილ ორტოპედის, მაგრამ როდესაც მე პაციენტმა მომზართა ამ მეურნალობის შემდეგ სრული რელუქსაციო იყო (რენდგენოგრამა № 2945). ჩვენც გავატარეთ ამ პაციენტზე მეურნალობის კურსი; ყველა თაბაშირის შემდეგ კონტროლურმა რენდგენოგრამამ გვიჩვენა ტაბუხი ბუდეში. მეურნალობა დამთავრებულია, მაგრამ, იმედი არ გვაქვს, რომ აქ ხელ-ახალ ამოვარდნილობას არ მივიღებთ. ასეთ პაციენტებზე ამოვარდნილობის გასწორება არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს, მაგრამ ჩვენ გამოცდილებით ვიკით, რომ იქ, სადაც ამოვარდნილი ტაბუხის რეპოზიციო ადვილია, — რელუქსაციოც ადვილად ხდება. ამიტომ არის, რომ ჩვენ ასეთ პაციენტებზე მეურნალობის პერიოდებს განსაკუთრებით პირველსა და მეორეს ვასანგრძლივებთ. მეორე — რასაც ყურადღება უნდა მიექცეს ამოვარდნილი სახსრის შესწავლის დროს მის გასწორებამდე, — ეს არის ტაბუხის მდგომარეობა; რაც უფრო ტაბუხი მაღლა დგას და დაცილებულია ბუდეს, მით უფრო ძნელია მისი Acetabulum-ის

დონეზე ჩამოყვანა. ეს არის განსაკუთრებით გამოხატული უფრო მსახიობოდა პაციენტებზე და ამ დროს ხშირად ტაბუხიც ატროფიულია.

როგორც მთელი სახსრის აპარატი, ისე კუნთებიც ამ დროს შეცვლილი და გადაგვარებულია და მათი ნორმალურ პირობებში ჩაყენება არ არის აღვილი. სწორედ ასეთ პაციენტებზე მიზანშეწონილია კალოს მოწოდებული ამოვარდნილი ფქნის თანდათანობითი დაჭიმვა. ამ უკანასკნელის საშუალებით ტაბუხი თანდათანობით უახლოვდება ბუდეს, რაც აადვილებს მის რეპოზიციოს; რადგან ჩვენი პაციენტები უმეტეს შემთხვევაში ამბულატორიული იყვნენ, კლინიკაში სპეციალურ განყოფილების სივიწროვის და უქონლობის გამო ჩვენ კალოს წეს ვერ ვმართავდით. სამაგიროდ, თუ ჩვენ ვერ ვახერხებთ ტაბუხის ჩასმას ბუდეში, რამდენადც შესაძლებელი იყო ტაბუხს უახლოვდებდით ბუდეს და 3—4 კვირით ვადებდით თაბაშირს, რომ შემდეგ მოგვეხდინა ტაბუხის რეპოზიცია ბუდეში და გაგვეტარებია ყველა პერიოდები მკურნალობის—მხოლოდ ცოტა შემოკლებით. ხანდახან, მაგრამ იშვიათად, განმეორებით გვიხვდებოდა თაბაშირის დადება ტაბუხის ბუდეში ჩასმამდის.

არის ისეთი შემთხვევები, განსაკუთრებით მოზრდილ პაციენტებზე, სადაც მაინც არ ხერხდება ტაბუხის ბუდეში ჩასმა, მოუხედავად ზევით გათვალისწინებულ ონისძიებათა. ეს ის შემთხვევებია, სადაც სახსრის აპარატი როგორ დეფორმაციას განიცდის და ტაბუხიც ძლიერ მაღლა და უკან დგას. ასეთ შემთხვევებში, სადაც ზევით მოყვანილი ონისძიებანი მიზანს ვერ აღწევენ, ჩვენ ვმართავთ ტაბუხის წინ გაღმონაცვლებას, სადაც ეს უკანასკნელი პოულობს დასაყრდნობს თეძოს ძვლის წინა-ზემო წვეტის ქვევით, ან იმავე ძვლის წინა-ქვემო წვეტის ქვევით (Pacci 1887 წ.). თუმცა ეს არ არის მიზნის სრული მიღწევა, მაგრამ მაინც მენჯს აქვს დასაყრდნობი და ტრენდელენბურგის ის მძიმე დამასახიჩრებელი ფენომენი—ჰერება.

5) მაგალითისათვის მოვიყენ რენდგენოგრამას № 4873, პაციენტის თ. ს. 10 წლის, სადაც რენდგენოგრამაზე მკაფიოდ გამოხატული ორმხრივი მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობაა; ტაბუხი ორივე მხარეზე მაღლა და უკან დგას. ხანგრძლივი მკურნალობის შემდეგ ჩვენ შევქელით ორივე მხარეზე ტაბუხის გაღმონაცვლება თეძოს ძვლის წინა-ზემო წვეტის ქვევით, როგორც ჩანს რენდგენოგრამა № 7424-ზე. იგივე რენდგენოგრამა გვიჩვენებს, რომ ციბრუტი მიმართულია უკან იქნეთ, სადაც იყო ტაბუხი. ამნაირად, როგორც ამას წოვე უსსერანი ამტკიცებდა კიდევ 1925 წელს პარიზის ორტოპედთა კონგრესზე, მენჯი ებჯინება არა მარტო ტაბუხს, არამედ ყელს და დიდ ციბრუტს; ამას აგრეთვე ამტკიცებს ჩვენი რენდგენოგრამა № 7424. ამნაირად ამ რენდგენოგრამის მიხედვით ტაბუხი და დიდი ციბრუტი ერთი მიმართულებით არის,—ტაბუხი წინ და დიდი ციბრუტი უკან, მაშასადამე ფქნი განიცდის როტაციას გარედ. პაციენტის და მისი მშობლების სულიერი მდგომარეობა დამაქმაყოფილებელია, თუმცა მათაც იციან, რომ ამოვარდნილობა ისევ არის, მაგრამ დამახასიათებელ ახვისებურ სიარულს აღარ აღნიშნავენ.

ამნაირად ჩვენ არ გახლავართ მომხრე ნოვე უოსერანის მეთოდის ფართედ ხმარებისა, მაგრამ იმ შემთხვევაში, სადაც ორდიკალური კონსერვატიული მეთოდი ლორენც-ჟალოსი მიზანს ვერ აღწევინ, დასაშეებად მიგვაჩნია 1880—1887 წლებში პაჩის მიერ მოწოდებული და ნოვე უოსერანის მიერ შემუშავებული ტაბუხის წინ გადმონაცვლება, რომელიც ხშირად თქვენდა უნებლიერთაც ხდება, მაშინ როდესაც ამ მეთოდზე სრულიად არ ფაქტობთ და სახეში გაქვთ რადიკალური კონსერვატიული მეთოდის გატარება, ე. ი. ტაბუხის რეპოზიციონ ბუდეში. თვით პაჩის სრულიად არ ჰქონდა მიზნად ერთი სახის ამოვარდნილობის მეორე სახის ამოვარდნილობით შეცვლა, მას სურდა ამოვარდნილი სახსრის რადიკალურად მეურნალობა, მაგრამ არ ჰქონდა რა დამუშავებული მეთოდივა მიღწეული მიზნის შესარჩენად, ხშირად იღებდა ტაბუხის ტრანსპოზიციონ, რომელიც შემდევ მოვაწოდა, როგორც კონსერვატიული პალიატიური მეთოდი იმ შემთხვევებში, სადაც არ ხერხდება რადიკალური.

აშკარაა ამ მეთოდის დროს მდგომარეობის გაუმჯობესება ხდება ტრენდელენბურგის ფენომენის საგრძნობი შესუსტებით, მაგრამ არ შევვიძლია არ დავთანხმოთ მ. კილოსონიძის აზრს, გამოთქმულს ჩვენი რედგენოგრამების დემონსტრაციის დროს დასტაქართა კონფერენციაზე სახსრებში მოძრაობის შეზღუდვის შესახებ, რომელიც ერთ შემთხვევაში მას განვითარებია პაციენტზე ამ მეთოდის შემდევ და ეხლა იძულებულია მიმართოს ტაბუხის რეზექციას. აქედან იმ დასკვნის გამოტანა შეიძლება, რომ ამ მეთოდს მეურნალობისას უნდა მივმართოთ იშვიათ შემთხვევაში.

6) თუ ჩვენ პაციენტ მ. თ.—12 წლის. რენდგენოგრამა № 7235-ს გადავათვალიერებთ, დავინახეთ, რომ მას აქვს ორმხრივი ამოვარდნილობა; განსაკუთრებით ტაბუხის მაღლა დგომა, განზიდვის შეზღუდვა და როტაციონ შიგნით გამოხატულია მარჯვენა სახსარში, ხანგრძლივმა მეურნალობამ მარჯვენა სახსარზე ტაბუხის ბუდეში ჩასმის, მიზნით არავითარი შედეგი არ მოგვცა; მარცხენა სახსარზე კი ჩვენი ცდა რადიკალურად გასწორებისა დამთავრდა ტაბუხის ტრანსპოზიციით. ამნაირად ისე, როგორც ზევით შემთხვევაში მივიღეთ ერთ მხარეზე,—მარცხნივ ტაბუხის გადმონაცვლება თემოს ძვლის წინა ზემო-წვეტის ქვევით, ყელი და დიდი ციბრუტი მოთავსებულია უკან, რომლებიც წინ მოთავსებულ ტაბუხთან ერთად ქმნიან დასაყრდნობ წერტილს მენჯისთვის; განზიდვა საკმარისად გამოხატულია,—გამართულ ფეხზე უდრის დაახლოებით 45—50°, აგრეთვე აღინიშნება თავისუფალი როტაციონ გარეთ.

როგორც ცნობილია, ნოვე უოსერანი ტრანსპოზიციონ მიმართავს 8—15 წ. პაციენტზე და აკეთებს ერთდროულად,—ჰიპერექსტენზიას და განზიდვას. ჩვენის აზრით ერთდროულად ტაბუხის გადანაცვლება ზოგიერთ შემთხვევაში დრიდ ტრაგმას მიაყენებს ქსოვილებს და დასაშევებია ამ ტრაგმის ნიადაგზე დაჭირება საჯდომი ნერვის ან და ზემოთ აღწერილი უმოძრაობის განვითარება სახსარში.

ჩვენ შემთხვევებში, როგორც ვთქვით, თანდათანობით გახდენდით ტაბუხის გადანაცვლებას, უფრო ხშირად კი ტრანსპოზიციონ არ შედიოდა ჩვენს გეგმაში,—მიზნად გვქონდა დასახული ტაბუხის რეპოზიციონ ბუდეში; ჰირველი თა-

ბაშირის შემდეგ ირკვეოდა, რომ ტაბუხი ღაუახლოვდა საჯდომი ძვლის წინა წევეტებს, იყო შემთხვევები, განსაკუთრებით მოზრდილ პაციენტებზე, როგორც ზემოთდასახელებულ პაციენტის მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსარზე, სადაც მიზანს ვერ მივაღწიეთ. აშკარაა, რომ ასეთ შემთხვევაში განსაკუთრებული გამბედაობა გამოიწვევს მთელ რივ გართულებებს, თუმცა ეს მეთოდი ნაჩვენებია მოზრდილ ასაკოვან პაციენტებზე, მაგრამ ხანდახან იძულებული ვართ ამ მეთოდს მივმართოთ უფრო მცირებულოვან პაციენტებზედაც. იქ, სადაც რადიკალური კონსერვატიული მეთოდი მიზანს ვერ აღწევს, პროფ. ფრედენი ტრანსპოზიციოს ხმარობს 3—4 წლის პაციენტებზედაც. ტექნიკა ამ მეთოდისა იმ სახით, როგორც მოწოდებულია აფტორთა შიერ, მდგომარეობს ექსტრენზიონსა და აბდუქციოში ისე, როგორც ლორენციის მეთოდის დროს მუშტს გუდებთ დიდი ციბრუტის ქვეშ და ვახდენთ ბერკეტის პრინციპზე მაქსიმალურ განზიდვას.

ჩვენ, როგორც ზევით ვთქვით, გადანაცვლებას ვახდენდით იმ მეთოდით, როგორც მოწოდებულია ლორენციის მიერ კონსერვატიულ რადიკალურ მეთოდისათვის, ე. ი. ფლექსიო  $90^{\circ}$ , აბდუქციო  $90^{\circ}$ , და როტაციო  $0^{\circ}$ —ბერკეტის პრინციპზე მოქმედების მიმატებით.

ჩვენ არ შევჩერდებით სხვა შემთხვევების გარჩევაზე, ვიტყვით მხოლოდ, რომ ეს მეთოდი იქ, სადაც შესაძლებელია რადიკალური კონსერვატიული მეთოდი, ან და პაციენტი არ არის წინააღმდეგი ერთ-ერთი პალიატიური ოპერატიული მეთოდისა, მიზანშეწონილად არ უნდა ჩაითვალოს, რადგან სრულიად ვერ სპობს ტრენდელებნაურების ფენომენს და ერთგვარი საშიშროებაც არის სახსრის მოძრაობის შეზღუდვისა.

მთელ კლინიკის მასალაზე ნაცადია მკურნალობა კონსერვატიული რადიკალური მეთოდით და ზოგიერთ იშვიათ შემთხვევებში კონსერვატიული პალიატიური—ტრანსპოზიციოს სახით. მხოლოდ ორ შემთხვევაში გატარებულია ოპერატიული პალიატიური მეთოდი ტაბუხის რეზექციის სახით. ერთი ამ უკანასკნელთაგანი, გატარებულია ჩემს მიერ და მისი მდგომარეობის შესახებ დამაკმაყოფილებელი ცნობები მაქვს ახლაც (რენდგენოგრამა № 1303). მეორე შემთხვევა გატარებულია განსვენებული პროფ. ნ. კახიანის მიერ და მის შესახებ შორეულ შედეგებზე ცნობები არა მაქვს.

ზოგიერთ შემთხვევებში ჩვენ, თითქოს მართლაც მივიღეთ სრული ანატომიური და ფუნქციონალური დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის აღდგენა; მაგალითისათვის მოგიყვანთ:

7) ავადმყოფი კ. მ. 6—წლის მარჯვენა, მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა (რენდგენოგრამა № 5191). ამ სურათზე აშკარად გამოხატულია ამოვარდნილობა ტაბუხის ბუდეზე საგრძნობი დაცილებით, ყელი ამოვარდნილ მხარეზე შედარებით ნორმალურთან საგრძნობლად შემოკლებულია. თუ ამავე პაციენტის რენდგ. № 6645-ს გავშინჯავთ, დავინახავთ, რომ ტაბუხი ჩამოწეულია და დგას ცოტა შებრუნებით ბუდის დონეზე. ჩვენის აზრით ამ შემთხვევაში მიღებულია სრული დამაკმაყოფილებელი შედეგები, როგორც ანატომიურად, ისე ფუნქციონალურად. ამ ჩვენ დასკვნას სრულიად შეესაბამება ის შორეული ცნობა, რომელიც გვაქს პაციენტის მშობლებისაგან.

8) თუ ჩვენ პაციენტ პ. ე. 11 წლის რენდგენ. № 2576-ს გაესინჯავთ, და კინახავთ მნიშვნელოვნად გამოხატულ ცვლილებებს სახსარში: ყელის შემოკლებას, ტაბუხის მნიშვნელოვნად დაცილებას ბუდისაგან და ამ უკანასკნელის ატროფიას და ამოვსებას. რასაკვირველია, ჩვენ აქ არ ველოდით კარგ შედეგებს, მაგრამ მაინც გავატარეთ ხანგრძლივი მკურნალობა და მივიღეთ შედეგი ნაჩვენები რენდგენოგრამაზე № 4734-ზე, სადაც ტაბუხი დგას ატროფიულ ბუდის დონეზე. ეს შემთხვევაც მიღწევების მიხედვით უნდა ჩაითვალოს დამაკაციუროფილებლად.

9) აგრეთვე სრულიად დამაკაციუროფილებელი შორეული ცნობები გვაქვს ამ ევამად პაციენტ ჭ. ლ. 5 წლის. რენდგენ. № 3478 და № 5590. ამ შემთხვევაში გვაქვს მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა, სადაც შედარებით გაურთულებლად იქნა გატარებული მკურნალობა კონსერვატიული რადიკალური მეთოდით.

10) ავადმყოფი გ. თ. 7—წლის მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობით რენდგენ. № 4765,

და 11) ავადმყოფი ხ. ა. 4—წლის, მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობით რენდგენ. № 4719 უნდა ჩაითვალონ დამაკაციუროფილებლად, რადგან აქამდის არ გვაქს ცნობა რელუქსაციის შესახებ; აღსანიშნავია, რომ ჩვენ პაციენტებს ჩვენთან კავშირი აქვთ.

არაან ისეთი პაციენტები, რომელთა რენდგენოგრამაზე თითქმის არ მოსჩანს ტაბუხის შეცურება ზევით, ტაბუხი დგას ბუდის დონეზე, მხოლოდ ლატერალურად დაცილებული ბუდეს. ამ შემთხვევებში გამოხატულია ტაბუხის ან ბუდის ატროფია და ან განუვითარებლობა ორივესი ერთად, აშკარაა ასეთ შემთხვევებში ფეხის დამოკიდებულება არ აღინიშნება, მაგრამ ცოტად, თუ ბევრად გამოხატულია ტრენდელონბურგის ფენომენი, რომელიც, როგორც ვიცით, შედეგია მენჯის დასაყრდნობი წერტილის უქონლობის და საშუალო და მცირე დუნდულა კუნთების სისუსტის.

12) ასეთი შემთხვევა არის რენდგენოგრამა № 3748-ზე ა. ვ. 4—წლის, სადაც მოჩანს, რომ მარცხენა ტაბუხი უმნიშვნელოდ დაცილებულია ბუდეს ლატერალურად და ზევით; გამოხატულია ტაბუხის და ყელის ატროფია. იმავე პაციენტის რენდგენ. № 3922 უჩვენებს, რომ ტაბუხი ბუდის დონეზე დგას. კლინიკურად ავადმყოფი დამაკაციუროფილებელ მდგომარეობაშია. რასაკვირველია, ასეთ შემთხვევებში ტაბუხის რეპოზიციი არ არის იმდენად ძნელი, სანამ ხანგრძლივი დატერიტოვა სიარულის ნიადაგზე არ გამოიწვევს ტაბუხის ბუდეზე საგრძნობ დაცილებას.

13) ასეთივე შემთხვევად უნდა ჩაითვალოს პაციენტი ლ. ა., სადაც აგრეთვე გამოხატულია მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსარში ამოვარდნილობა და ტაბუხის უმნიშვნელო დაცილება ბუდეს, პირველის ატროფიით და ყელის საგრძნობი დამოკიდებით. რენდგენოგრამა № 5451 გვიჩვენებს, რომ ტაბუხი ბუდის დონეზეა და მის ახლო დგას, ტაბუხი ცოტათი მდებარეობს წინ და დიდი ციბრუტი კი უკან, რაც მაჩვენებელია უმნიშვნელო როტაციის გარეთ.

ჩეენი მასალა ზევით მოყვანილით არ ამოიწურება, შეგვეძლო მეტი ასეთი შემთხვევების დასახელება, მაგრამ ვფიქრობთ შევამოკლოთ საუბარი. აშკარაა, რომ პაციენტი, რაც უფრო მცირე ასაკოვანია, მით უფრო, არის გამოხატული ტაბუხის დაცილება ბუდეს და სხვა სახსრის დეფორმაცია; ზოგიერთ ასეთ შემთხვევებში უნარკოზოთაც კი ვახერხებდით ამოვარდნილობის გასწორებას, როგორც ეს იყო ჩვენს უკანასკნელ შემთხვევაში.

მე 14) — პაციენტი ლ. ე. 3 ½ წლის რენდგენ. № 8674, მოყვანილია მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახ. თანდაყოლილი ამოვარდნილობით; უნარკოზოთ, შედარებით ადვილად მოხდა ტაბუხის რეპოზიციონ, მაგრამ აღსასიშნავია, რომ როგორც რენდგენოგრამა № 8674 უჩვენებს — გამოხატულია ბუდის ატროფია და იგრეთვე ტაბუხის ახლო დამამა ბუდესთან. ცნობილია, რომ მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის რადიკალურად გასწორება პირველად ნაკადია გუმბერტის, მიერ 1830 წელს, მაგრამ მხოლოდ 8 წლის შემდეგ პროვაცია მოახერხა ტაბუხის რეპოზიციონ ბუდეში. შემდეგ ამ მხრივ დიდი ღვაწლი მიუძღვის პაჩის 1880—1887 წ. ამ უკანასკნელის შემთხვევებში რეპოზიციონ მაგიერ ჩდებოდა მისი ტრანსპოზიციონ ან წინა ზემო, ან წინა ქვემო წვეტის ქვევით. დასახელებულ იყოროთ ნაკლად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ იქ, სადაც ახერხებდენ რადიკალურად სახსრის გასწორებას ე. ი. ტაბუხის ჩასმის ბუდეში, მისი დამაგრების მეთოდებს არ იცნობდენ. ეს ღვაწლი მიუძღვის ლორენცს, რომელმაც ეს მეთოდი შეამუშავა და გამოაქვეყნა 1895 წელს. ამ წლიდან ჩვენ უკვე ვიცით, როგორც ტაბუხის რეპოზიციონ ბუდეში, ისე მისი იქ დამგრება.

ლორენცის მიერ მოწოდებული მენჯ-ბარძაყის სახსრის რადიკალური გასწორება მდგომარეობს: ფლექსიონ  $90^{\circ}$ , აბდუქციონ  $90^{\circ}$  და როტაციონ  $0^{\circ}$  ტაბუხის ქვევით დაწევით და ორმხრივი ბერკეტის პრინციპით ჩასმით. ჩვენს მიერ დიდი უმრავლესობა ჩვენი შემთხვევებისა ამ მეთოდით არის გატარებული. იმ შემთხვევებში, სადაც ტაბუხის ბუდის დონეზე ჩამოწევა და ჩასმა დიდ სიძნელეს წარმოადგენდა, ამოვარდნილ ფეხს ვაძლევდით ე. წ. „აქსილარულ მდგომარეობას“ ე. ი. სადაც მოხრის კუთხე  $90^{\circ}$  ნაკლებია. სადაც საშიშროება იყო უკან ამოვარდნის, ვახედნდით მაქსიმალურ როტაციის გარეთ.

ჩვენს მიერ გატარებულ შემთხვევებში თაბაშირის დადების ხანგრძლივობა საშუალო შემდეგი იყო: პირველი პოზიციონ  $10^{\circ}$  კვირა, მეორე  $6-7$  კვირა და მესამე პოზიციონ  $4-5$  კვირა, რასაკირველია, ძნელ შემთხვევებში თაბაშირების ხანგრძლივობა დიდდებოდა. ჩვენის აზრით სრულიად საკმარისია თაბაშირის დასახელდებული ხანგრძლივობით დადება, რომ როგორც კაფსულის, ისე კუნთთა ახალ მდგომარეობის შეგუება მოხდეს. ხანდახან გვიხდებოდა ჰოფს მიერ ნაკარნახევ მოძრაობის მიმართვა სახსარში ტაბუხის მოძრაობის გასაფართვებლად.

იშვიათ შემთხვევაში, სადაც ფრიად გამოხატული იყო ბუდის ატროფია და თავიღვან გვინდოვა — აგვეცილებია, განსაკუთრებით მცირე ასაკოვან პაციენტებზე, ტაბუხის ტრანსპოზიციონ წინ — მივმართავდით ფიქსაციონს კალოს შეთოლით: ფლექსიონ  $70^{\circ}$ , აბდუქციონ  $70^{\circ}$  და როტაციონ  $0^{\circ}$ , მაგრამ უნდა ით,



ჭვეს, რომ ეს უკანასკნელი არ არის საიმედო მეთოდი და ხშირია მის დროს რეციდივი. აღსანიშნავია, რომ ჩვენს შემთხვევებში სხვადასხვა ასაკოვანი პაციენტები იყვნენ. თუ ჩვენ სტატისტიკას გადავთვალიერებთ, დავინახავთ, რომ რაღიკალურ კონსერვატიულ მეთოდს ლორენცი მიმართავს ცალმხრივი ამოვარდნილობის დროს 6—8 წლამდე და ორმხრივის — 5 წლამდე. კალო უფრო აფართოებს ჩარჩოებს და შესაძლებლად მიაჩნია 11 წლამდეც მიმართოს რაღიკალურ მეთოდს ცალმხრივი ამოვარდნილობის დროს და ორმხრივის კი — 8 წლამდე. ლანგე ხმარობს რა აპარატს ტაბუქის ბუდის დონეზე ჩამოსაწევს, ფიქრობს, რომ ფრთხილად 14 წლამდეც ნაცადი იქნას რაღიკალური მეთოდი ცალმხრივი ამოვარდნილობის დროს, ორმხრივის დროს კი — 8 წლამდე.

გურდონი ცალმხრივის დროს — 14 წლამდე, ორმხრივის დროს — 11 წლამდე, კოდოვილა — 12 წლამდე, ფრენკელი სცნობს შესაძლებლად 18—22 წლამდე მიმართოს დასახელებულ მეთოდს.

იოანემსტალი მიმართავს გასწორებას მხოლოდ ძუძუმწოვარ ბავშვებზე. ვრელენი და ებშტეინი ორ წლამდის თანდაყოლილ ამოვარდნილ სახსრის გასწორებას არ სცნობენ მიზანშეწონილად. ებშტეინი ფიქრობს, რომ არა მარტო ჰიგიენის მხრივ არ არის დასაშვები ორ წლამდე თაბაშირში ბავშვის ჩასმა, არა მედ შესაძლებლად მიაჩნია ზოგიერთ შემთხვევებში 2 წლამდე თანდაყოლილი ამოვარდნილობის სპონტანურად — უმქურანლოდ გასწორება. მას მოჰყავს შემთხვევები ამოვარდნილობის სპონტანური განკურნებისა ბრედფორდის, კოპიტისის, კრუნკენბერგის, დრემანის, მიულერის, იოანემსტალის და სხვ. (ებშტეინ-ით).

თუ ჩვენ მასალას გადავთვალიერებთ, დავინახავთ, რომ დიდ უმრავლესობაში გატარებულია რაღიკალური კონსერვატიული მეთოდი, თუმცა ყველა შემთხვევებში არ არის მიღებული ნორმალურ ანატომიური სურათი. ზოგ შემთხვევაში მიღებულია ტაბუქის მდებარეობა ბუდის ცოტა წინ, ზოგ შემთხვევებში ლატერალური, მაგრამ ორივეში ბუდის დონეზე. არის შემთხვევები, საღაც არის ე.წ. ლორენცის ინვერზიო, ანუ პაჩის ტრანსპოზიციო. მაგრამ არის ისეთი შემთხვევები, საღაც ტაბუქი ბუდეშია ჩასმული. მიუხედავათ ასეთი მრავალფეროვანი ანატომიური სურათებისა, ფუნქციონალური შედეგები მაინც დამაქმაყოფილებელია. უნდა ვიფიქროთ, რომ იქ, საღაც ტაბუქია მოთავსებული ბუდის ცოტა წინ და მის დონეზე, თუ დაცურება მოხდა წინა ქვემო, ან ზემო წვეტს მიებჯინება და მენჯს მაინც ექნება დასაყრდნობი წერტილი (პაჩი). ყოველ შემთხვევაში უნდა ითქვას, რომ ჩვენი მასალა არა მრავალრიცხვანია<sup>1</sup> და არც დაკითხვების დროა ხანგრძლივი; ასე რომ რაიმე გადამჭრელი დასკვინის გამოტანა ამ მოსახრებით მიზანშეუწონლად მიგვაჩნია. მაგრამ რადგან ჩვენს ლიტერატურაში მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის შესახებ ჩვენი და მ. კილასონიძის ნაშრომის მეტი არ მოიპოვება და საკითხი მეტად რთულია — ვალიარებთ, რომ ჩვენი მასალის თუნდაც ნააღრევი გამოქვეყნება, მაინც ჰპოვებს გამართლებას.

<sup>1</sup> ამ ფამაც, გარდა ზევით ნახსენებ მასალისა, კლინიკას აქვს გატარებული კიდევ 15 შემთხვევა, რომელზედაც შემდეგ იქნება ლაპარაკი,

ე. ჭავარია  
 ჰლინის ასისტენტი

## ტეტანუსის მეურნეოლოგის ირგვლივ<sup>1</sup>

(ფაქულტეტის ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე პროფ. ალ. მაჭავარიანი)

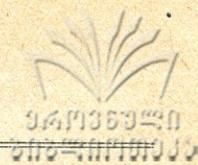
ტეტანუსის ტოქსინს ნერვიულ სისტემასთან არჩევითი ნათესაობა აქვს. ტოქსინი ბიოლოგიურად კარგა ხანია რაც შესწავლილია, მაგრამ მისი ქიმიური არსი შედარებით ნათელი უკანასკნელ დროს გახდა. გამოირყა, რომ ტოქსინი ქიმიურ ერთეულს არ წარმოადგენს; იგი მთელი რიგი ნივთიერებისაგან შეღვება და ცალკე მათგანს თავისი ბიოლოგიური თვისებანი ახასიათებს. ტეტანოტოქსინი ამ უამაღ დაყოფილია თავის შემადგენლობით და შეიძლება ტოქსინში შემდეგი ნაწილები გავარჩიოთ: ტეტანოსპაზმინი, ტეტანოლიზმინი, სიპაზმოტოქსინი, ტეტანოტოქსალბუმინი, ტეტანინი. შესწავლა ჯერ კიდევ დამთავრებული არ არის და ალბად ტოქსინში კიდევ სხვა შემადგენლობაც იქნება აღმოჩენილი.

ტოქსინი მციდროდ უკავშირდება განგლიოზურ უჯრედს, მაგრამ ამასთან ვე თვითონ ქიმიურად უცვლელი რჩება.

ტოქსინის გავრცელების საკითხი ნერვიული გზით გაშუქებულია A. Marie და Meyer-ის მიერ. უკანასკნელმა ავტორმა ტოქსინის სასიკვდილო დოზა შეიყვანა ბაჭისის თათში და როდესაც ცხოველს ტეტანუსის სრული სურათი განუვითარდა, მან ამოქრია საჯდომი ნერვიდან ნაწილი—სიგრძით ორი-სამი სანტიმეტრი და ეს ამოქვეთილი ნერვიული ქსოვილი გადაუნერგა სხვა ცხოველს, რომელიც დაუყოვნებლივ ტეტანუსით დაავადდა. რომელიმე სხვა ქსოვილის გადანერგა დაავადებას არ იძლევა.

ტეტანუსის პროცესია ქტიკისათვის ორი წესია მოწოდებული: პირველი—საეჭვო ჭრილობის ქირურგიულად დამუშავება ჭრილობის შიყვნების უახლოეს საათებში და მეორე,—უახლოეს საათებში თუ არა, პირველ დღე-დამის განმიაღლობაში მაინც—საკმაო ოდენობის ანტიტოქსინის ჟეყვანა. მესამე მეოთოდი—ვაჭკინაცია ჯერ-ჯერობით მხოლოდ თეორეტიულია, გინაიდან ვაჭკინაციას დღემდე საკრძნობი პრაქტიკული მნიშვნელობა არ მოუხვეჭია.

<sup>1</sup> მოსსენდა ქირურგთა კონფერენციას 19/II—1932 წ.



ჭრილობის ქირურგიული გზით ადრინდელი დამუშავების სისტემატიკა განსაკუთრებით 1914—1918 წლების ომმა მოგვცა. კერძოდ, ტეტანუსის საწინააღმდეგო ზომები სხვაზე მეტად იტალიელებმა დამუშავეს. დიდი დამსახურება ამ მხრივ De Donati-ს მიუძღვის. თუ ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება ხშირად საკმაო უზრუნველყოფას იძლევა, ამასთანავე ცხადია, რომ ამ სახის დამუშავება ყოველ შემთხვევაში ანატომიური მიზეზების გამო მიუწდომელი და მოუხერხებელია.

საღაც ნააღრევი აპერატიული ჩარევა არ ხერდება, იქ ძალაში უნდა დარჩეს ნაკლებ რაღიკალური ზომები—დრენაჟის ყველა სახის ხმარება და ზოგადი ქირურგიული წესები. ანტისეპტიკური საშუალებანი, ყველაზე მძლავრნიც, ტეტანუსის ჩხირებზე და სპორებზე ხომ რაიმე გავლენას არ ახდენენ.

გამოირკვა, რომ ჩირქი და ემულსია, რომელნიც ტეტანუსის სპორებს შეიცავს, უფრო ვირულენტურია 85° გათბობის შემდეგ; ამ შემთხვევებში მიზეზად ზოგი ბანალური ინფექციის მოსპობას და მიკროსეცულთა შორის ანტოგონიზმის ჩაქრობას სთვლის (Rouget და Vaillard). სპორები, გამთბარი 80°-მდე, შეძლევ გარეცხილი, პათოგენურ თვისებებს არ იჩენ; მათ ნორმალურ ქსოვილებში გამრავლების უნარი დაკარგული აქვთ და ასეთი სპორები სულ მაღვეფაზის გავლენას განიცდიან. მაგრამ თუ სპორებთან ერთ-დროულად შეყვანილი იქნება რაიმე ანტისეპტიკური ნივთიერება, მაშინ სპორები თავის ვირულენტობას უმაღ იჩენ, რადგანაც ანტისეპტიკური ნივთიერება ფაგოციტოზს ძლიერ აბრკოლებს. ამისდამიუხედავდა ამ რიგი პირდაპირობით ეს დებულება პრაქტიკულად მიუღებელია, ვინაიდან ძნელი წარმოსადგენია, რომ ჩვეულებრივ პირობებში მიყენებული ჭრილობა, ტეტანუსის სპორებთან და ჩხირებთან ერთად სხვა მიკროსეცულებს არ შეიცვლეს. ძნელად მოხდება ჭრილობაში მხოლოდ და მხოლოდ განმარტოვებული ტეტანუსის წმინდა კულტურა. ჭრილობაში ჩინერგებში სხვა მიკროსეცულებიც, რომელნიც სხვადასხვა სახის და ხარისხის ანთებითი მოვლენებს და დაჩირქებას გამოიწვევენ. დაჩირქება კი ფაგოციტოზს აგრეთვე ხელს არ უწყობს. აქედან შესაძლებელია დავასკვნათ მხოლოდ ერთი რამ: ანტისეპტიკა ტეტანუსის მხრივ საეჭვო ჭრილობისათვის არ გვაძლევს საკმარისად გარკვეულ შედეგს და ერთხანირ სიფრთხილეს მოითხოვს.

ანტიტონქსინის ხმარების დროს Vaillard-ის სამი დებულებით ვხელმძღვანელობთ.

1. ანტიტონქსინი, შეყვანილი უმცირეს დოზებშიაც თვით ტონქსინის წინ, ტეტანუსით დაავადებას ხელს უშლის.

2. როდესაც შრატი ერთდროულადაა ტონქსინთან შეყვანილი და ამასთან ანტიტონქსინის რაოდენობაც დიდია, აქ ტეტანუსმა თავიც რომ იჩინოს, იგი ადგილობრივი, ან ნაწილობრივი რჩება.

3. საღაც მიკროსეცულები ქსოვილებში უკვე გამრავლებულია და საქმე მწვავე და სწრაფი ტეტანუსით უნდა გათავდეს, ანტიტონქსინის საკმაო დოზა ავალობას ახანგრძლივებს.

რა მასალას უნდა დაგემყაროთ ტეტანუსის პროფილაქტიკის და მკურნალობის საკითხში?

სადათ არ უნდა იყოს, რომ 1914—1918 წლების ომი თავისი გიგანტური ტრავმატიზმით ყველაზე უფრო მტკიცე დასაყრდნობი იქნება.

1914 წელს შედარებით კარგად მომზადებული გერმანელი ჯარი აღმოჩნდა. პირველ დღიდანვე ანტიტოქსიური შრატის შეშხაპუნება პროფილაქტიკურ მიზნით, საგალდებულოდ იყო გამოცხადებული, მაგრამ ინსტრუქცია და ბრძანების აღსრულებას შრატის დიდი მარაგის უქონლობა ელობებოდა წინ. დაჭრილთა რიცხვი, რომელიც სინამდვილემ გვიჩვენა, ძნელი წარმოსადგენი ყოფილა წინასწარ დაგეგმვის და ომის მომზადების დროს.

ლიტერატურული წყაროები მოწმობენ, რომ ტეტანუსის განვითარებას ხელს უწყობს ზაფხულის თვეები. 1914 წ. ომმა ეს საესებით დაამტკიცა. ომიც ხომ ზაფხულის თვეებში დაწყო და სწორედ პირველი 3—4 თვე ტეტანუსის მხრივ გერმანიის ჯარისათვის კრიტიკული იყო. ტეტანუსის დააგადების სიხშირეს Pribramm-ი სთვლის უშრატოდ 1,8 % და 3,3 %-მდე, შრატის შემდგომ კი 0,16 %-ს.

ეს ცნობები საქმიარისი არ არის. მაგ. Freudt-ი, რომელმაც დამუშავა მასალა ბავარიის კორპუსებისათვის, ტეტანუსის სიხშირეს იძლევა ზაფხულის თვეებში უშრატოდ 5—8 %-მდე. ერთ შემთხვევაში ავადობის % 18-მდე მივიდა. ამგვარი ცნობები მოჰყავს Gottfried-Streit-ს.

უნდა ითქვას, რომ მოწინააღმდეგებთან შედარებით გერმანია გაცილებით უფრო მძიმე ეკონომიურ პირობებში იყო, სალაბორატორიო ცხოველთა მარაგურ მას მცირე ჰყავდა, რასაც არ შეეძლო შრატის მომზადების საკითხში თავის გავლენა არ მოეხდა. გერმანიაში ტეტანუსის მკურნალობამ ომის დროს მრავალფეროვანი მეცნიერული გაშუქება მიიღო, მაგრამ გარდა შრატით სიღარიბისა გერმანელი ჯარი მოიკოლებდა აგრეთვე საორგანიზაციო საკითხებშიაც, რაც ომის დროს გადამწყვეტი ყოფილა.

მეფის რუსეთის ჯარის მომზადება, რასაკვირველია, ჩამორჩებოდა ყოველი ევროპიულ ჯარის მომზადებას. ომი ისე დამთავრდა, მეფის ჯარი ისე გაპქრა, რომ ბოლომდე არავის უფიქრია არც სავალდებულო პროფილაქტიკაზე, არც ორგანიზაციულ საკითხების დამუშავების შესახებ. ამისდამიხედვით რაიმე დიდი სტატისტიკური ცნობების მიღება ამ ჯარისათვის შეუძლებელია, ასეთები არც არსებობენ.

საბჭოთა წითელი ჯარი სამოქალაქო ომს ისეთი უმაგალითო მძიმე პირობებში აწარმოებდა, რომ ტეტანუსის სწორი და საგალდებულო პროფილაქტიკა და მკურნალობის მოთხოვნა შეუძლებელია. მაგრამ გმირული ზომები იყო მიღებული: სადაც შრატის მარაგი ჯარს ჰქონდა, იქ პროფილაქტიკაც საგალდებულო ხდებოდა. ზოგიერთი ცნობებიდან ჩანს, რომ ერთთეროვანი მეთოდი მკურნალობისა წითელ ჯარში სამოქალაქო ომის დროს არ შემოღებულა. მომავლისათვის სწორედ ეს უკანასკნელი საკითხი მოითხოვს დამუშავებას, აგრეთვე ზოგიერთი ორგანიზაციული ხასიათის ზომები იქნება მისაღები.

სწორედ ორგანიზაციულ მხარეს დიდი ყურადღება ფრანგებმა და ინ-  
გლისელებმა მიაქციეს. უკვე 1914 წლის სექტემბრისათვის მოქმედებდა დაიწყო  
ეგრედ წოდებულ „თეტანუსს კოშიტეტია“, რომელსაც სათავეში პირველხა-  
რისტოგანი ძალები ჰყავდა.

ინგლისის ჯარმა (და შემდეგ ფრანგებმაც) კონსულტანტად Sheringthon-ი  
მოიწვია. პრაქტიკულად კი ტეტანუსის საწინააღმდეგო ორგანიზაციები Leis-  
chiemann-ის ხელში იყო. ტეტანუსის კომიტეტის განაჩენს იმპერატიული ხასიათი  
ენიჭებოდა. ამ კომიტეტის დადგენილებით, საკითხის მრავალ მხრივ შესწავლის  
შემდეგ, საპროფილაქტიკოდ მიღებული იყო 30,0 ანტიტოქსიურ შრატისა  
(ფრანგული ზომით): 10,0 პირველ ოცდაოთხსათში, მეორე 10,0 მეშვიდე დღის  
ბოლოს და მესამე 10,0 პირობით, თუ კიდევ რვა დღის შემდეგ ჭრილობა ჩირ-  
ქოანია. ამ წესს ტეტანუსის კომიტეტი ატარებდა დიდის, შეიძლება ითქვას,  
სიმეტრით და შეუწყისარებლად.

ომის დაწყებისას საფრანგეთის ჯარს შრატის საკმარისი მარაგი არ მოე-  
პოვდოდა. Lecenn-მა პირადათ ვოგეზის ერთ დაწესებულებაში თოხი დღის  
განმავლობაში დაკარგა 10 ტეტანუსიანი, შემდგომში მას ჰყავდა საშუალოდ  
თოხი ერთს კვირაში. 15 IX-დან შრატის ხმარება სავალდებულო გახდა და 15—16  
წლებში ტეტანუსი იშვიათ მოვლენას შეადგენდა. 1917 წლიდან ომის ბოლომ-  
დე მას ტეტანუსი არ ჟნახავს. 1917 წლის 16 აპრილიდან 6 მაისამდე ფრანგის  
ჯარის დიდი შეტევის დროს 97,000 დაჭრილთა შორის Sieur-ის ცნობით მხო-  
ლოდ ოცდამეტეტ ტეტანუსით ავადობას ჰქონდა ადგილი.

*Page* ომის პირველ ხანაში პროფილაქტიკურ შეშხაპუნებას არ აწარ-  
მოებდა და მან 800 დაჭრილთა შორის 56 ტეტანუსით ავადობა მიიღო. შეშ-  
ხაპუნების შემოლების შემდეგ კი—16000-ში თავი მხოლოდ რვა ტეტანუსის  
შემთხვევამ იჩინა.

ინგლისის ჯარი ომის პირველ თოხ თვეში 200.000 მეომრისაგან შედგე-  
ბოდა, 1918 წლის პირველ თოხ თვეში კი—2.000.000 კაცისაგან. 1914 წლის  
პირველ თვეებში ინგლისის ჯარი გააფთრებულ ბრძოლაში იყო, მაგრამ უკან  
იხევდა, ბერიი დაჭრილი ტყვედ მოხ და დაკვირვებისათვის დაიკარგა.  
ამისდამიუხედავად 1816 წ. ტეტანუსის შემთხ ეკა აღმოჩნდა. ომის ბოლო თვეებ-  
ში ინგლისის ორ მილიონიან ჯარში მხოლოდ 90 ტეტანუსიანი გვხვდება.

იტალიის და მით უმეტეს ამერიკის ჯარმა ომში მონაწილეობა გვიან მი-  
იღეს, მაშინ როდესაც ტეტანუსის პროფილაქტიკა ფართოდ იყო შემოლებული;  
A. Aschurst იძლევა ცნობებს მხოლოდ 36 ტეტანუსიანის შესახებ 223,067 დაჭ-  
რილთ შორის. იტალიის ჯარისთვის გამოანგარიშებულია ავადობა 0,031 %  
დაჭრილთა შორის. Valter-ს მარნის ბრძოლის დროს, სხვათაშორის, ჰყავდა  
270 გერმანელი დაჭრილი ტყვეები. ყველასთვის საკმარისი შრატი არ იყო.  
შეშხაპუნეს უფრო ძნელ და ტეტანუსის მხრივ საეჭვო 170 კაცს. ასი დარჩა  
უშრატოდ. პირველთა რიცხვში ტეტანუსს ადგილი არ ჰქონდა; 100 უშრატო  
ჯარისკაცებში კი ტეტანუსი აღმოჩნდა 18-ს.

მიუხედავად ანტიტოქსინის უდიდესი პროფილაქტიური ძალისა, ანტიტოქსინის შემდეგაც მცირე პროცენტი მაინც ავადდება, მაგრამ სიკვდილიანობა მათ შორის მცირება.

როგორი პროცენტი ჰქონდა სიკვდილიანობისა წინანდელ დროში და აქვთ ტეტანუსს დღეს? Larrey ევვიპტის კამპანიაში ანგარიშობდა 100-დან 82-ს. იგვევ Larrey ამერიკის განმათავისუფლებელ ომის დროს იძლეოდა 89,3—100-დან. 1870—71 წლებში გერმანელ ჯარში სიკვდილიანობა გამოანგარიშებულია 90—100-ზი. ომის დაწყებისას ინგლისის ჯარისათვის Leischmann-ის ცნობით სიკვდილიანობა იყო 78,2—ასიდან, 1918 წელს—კი 42—ასიდან.

პროფილაქტიურად შეშხაბუნებულ შრატის შემდეგ ტეტანუსმა თავიც რომ იჩინოს, იგი მაინც გარევეულად იჩჩევა უშრატო ტეტანუსისაგან: უფრო გვიანი და ნელია, ინკუბაცია ხანგრძლივი, ნიშნები ღარიბი და შეზღუდულია, კონტრაქტურები გამოჩნდებიან თანდათანობით, ტრიზმიც ხშირად სრული არაა.

აუცილებელ პროფილაქტიკას საჭიროებს ზოგიერთი ქირურგიული ოპერაციები ტრავმატიულ ავადმყოფებზე, ამის გარდა რენტერვენციები, განსაკუთრებით უცხო სხეულების ამოლების დროს, და ძვლების რეპოზიციები ლია მოტებილობის შემდგომ.

სამწუხაროდ, აქა-იქ ასეპტიკური ოპერაციებსაც მოჰყვება ხოლმე ტეტანუსით დაავადება. ყელგან კეტგუტი არაა დამნაშავე. ამ სერიის ოპერაციები აუცილებლად, საერთოდ, პროფილაქტიკურად შრატის შევანას საჭიროებენ.

მკურნალობის შესახებ უნდა ითქვას, რომ სიმპტომების გამოჩენის შემდევ ადვილობრივი მკურნალობის დრო გასულია. Vaillard-ი იძლევა მეტად მაჩვენებელ ცნობას. ავტორმა 60 ვირთავას კუდის შუა ნაწილში ტოქსინის სა-სიკვდილო დოზა შეიყვანა. შემდევ სხვადასხვა დროს გასვლისას კუდს აჭრიდა ფუქსითან. ყოველი ცხოველი, რომელსაც კუდი მოეკვეთა, 40' შემდევ—ტეტანუსისაგან დაიღუპა. ამტუტაცია სრულიად უშედეგოდ დარჩა.

ამისდამიუხედავად ტეტანუსის დროს ჭრილობის მოვლა, რასაკვირველია, სავალდებულოა.

რა გზით უნდა იქნეს შრატი შეყვანილი სამკურნალო მიზნით და როგორი მდებნობის? De Bruce ეკირჩევს ინტრამუსკულარულ ინგუიას, Morax-ი და Leischmann-ი — ინტრავენოზურს, Betz — ინტრაჟრანიალურს-სუმდურალურს, Sicard — სუბდურალურს ზურგის ტვინში, Savamura — ენდონევრალურს, Apperid — ეპილურალურს, Heddans — ინტრაარტერიალურს, Gauthier და Chatot — ინტრაჟრალტიდალურს.

საკითხის გადასაწყვეტად მოწევეული იყო Sherrington-ი. მან პირადათ ჩატარა უამრავი ცდები და მისი პასუხი შემდეგია: კანქელია შეშხაბუნებით მორჩა 8 ცხოველი 100-დან, ინტრამუსკულარული გზით 12—ასიდან, ინტრავენოზური გზით — 28—ასიდან, გზა სუბდურალური ზურგისა იძლევა 56-ს მორჩენას ასიდან, ბულბარული — 65-ს ასიდან და ცენტრალური (პარკუჭებში) — არც ერთ მორჩენას.

ინტრავენოზური წြေးစ შემოლებულია ინგლისში Leischmann-ის მიერ 1875 წელს Leischmann-ი ინგლისის ჯარშიაც ხმარობდა.

სიკვდილიანობა დაეცა 20-მდე ასიდან. Leischmann-მა სხვა გზითაც სკა-და ანტიტოქსინის ინექცია, მაგრამ სიკვდილიანობის მრუდები აიწია. არტერიალუ-რი გზით ანტიტოქსინის შეშხაპუნებამ, რომელიც ნაცადია მრავალ ავ-ტორთა მიერ, დამაკმაყოფილებელი შედევი არ მოგვცა. წაქეზებას ეს წြေးი არ უნდა საჭიროებდეს.

Mathieu-ის მასალა შრატის შეკვანისა შეჯამებულად იძლევა სიკვდილიანო-ბას 38,8 %, უშრატო ტეტანუსი კი იმავე ავტორის 200 შემთხვევაში გვიჩენებს 87 % სიკვდილიანობას.

ამჟამად საბოლოოდ მიღებულად ითვლება Vaillard-ის წြေးი: 75,0 ანტი-ტოქსინისა, ყოველდღიურად სიმპტომების ძალზე შემცირებამდე: 25,0 ინტრამუ-სკელარულად, 25,0 ინტრავენოზურად და 25,0 სუბდერალურად—ზურგის ტვინში.

მხოლოდ კანქვეშა და კუნთთა შორის შეშხაპუნება არაა საკითხი. რას ვეძებთ შეშხაპუნებით? გავანეიტრალოთ ორმაგი ტოქსინი: ერთი უკვე შეზავე-ბული განგლიოზურ უჯრედთან, მეორე—მოძრავი ტოქსინი სისხლში და ნერ-ვიულ შტოებში. ანტიტოქსინი ჯერ უნდა შეიწრუტოს ლიმფაში, მიაღწიოს ვენებს, გავიდეს ფილტვებიდან გულში; უდიდესი ნაწილი მისი ფუჭად იყარგება და ნერვიულ უჯრედს მიაღწიეს ანტიტოქსინის მხოლოდ მცირე იდენობა. დი-დი მცოდნე საკითხისა Aschurst-ი შემდეგ გამოიარიშებას აკეთებს: 100000 ერთეული კანქვეშ უდრის 15000 ერ. ვენაში=3000 ერ. ზურგის ტვინში. მაგ-რამ უნდა ითქვას, რომ ზოგი ლაბორატორიული ცდები ეწინააღმდეგებინ კლინიკურ დაკვირვებას, მაგალითად Teale და Emberton-ი ექსპერიმენტალურად იმ დასკვნამდე მივიდნენ, რომ ფიქსიურ ტოქსინები ანტიტოქსინი არ მოქმედობს, ის გავლენას ახდენს, ვითომდაც, მხოლოდ მოძრავ ტოქსინებს.

რამდენიმე სიტყვა Baccelli-ის მიერ მოწოდებულ კარბოლის სიმჟავით მკურნალობის შესახებ.

პირველი გამოქვეყნება Gualdi-ს ეკუთვნის, 1888 წელს. Baccelli-ს წြေးი უკანასკნელ დრომდე მომხრები ჰყავს და ის ხშირად იხმარება, მაგრამ თით-ქმის ყველგან კარბოლის სიმჟავით მკურნალობას თანდართული აქვს შრატის შეშხაპუნებაც. შესანიშნავია ის გარემოება, რომ ექსპერიმენტალურ ტეტანუსზე კარბოლის სიმჟავე არავითარ გავლენას არ ახდენს; ადამიანის ტეტანუსზე რომ Baccelli-ის მეთოდი ხშირად თავს იმართლებს—ეს უდავოა. გამორკვეულია— კარბოლის სიმჟავეს მოქმედება კონტრაქტურებზე, კონტრაქტურებს იგი ასუ-ტებს. ღირსშესანიშნავია ამასთანავე ისიც, რომ ტეტანუსით დავადებულ ორ-განიზმს კარბოლის სიმჟავის მიმართ დიდი რეზისტენტობა აქვს. შემთხვევა არის, როდესაც მთელი ავადობის ხანაში ავადმყოფს მიუღია 90,0 წმინდა კარ-ბოლის სიმჟავისა. 1898 წელს Ascoli ამ მეთოდით მკურნალობის 80 შემთხვევას იძლეოდა, მხოლოდ რვა სიკვდილობით. 1904 წელს იმავე Ascoli-მ გამოქვეყ-ნა 160 შემთხვევა ძლიერ კარგი შედეგებით ქრინიკული ტეტანუსის დროს და უფრო გაურკვეველი შედეგებით მწვავე ტეტანუსის შემთხვევებში.

1908 წელს Sonntagi-ს მასალა შეადგენდა 47-ს, ცუდი შედეგები მწვავედ მიმდვალ ტეტანუსთან და შედარებით კარგი ქრონიკული ტეტანუსის შემთხვევებში.

1910 წელს — Imperiali-მ მთლიანად 148 შემთხვევა გამოაქვეყნა 33 სიკვდილიანობით. პროცენტი განკურნებისა დიდია; მაგრამ იგივე Imperiali უკვე სხვა მასალაზე 1911 წელს გვიჩვენებს 14 სიკვდილიანობას — 15-დან. ამ შემთხვევებისათვის Imperiali-ს ის ასენა მოჰყავს, რომ მას საქმე ჰქონდა არა ჩვეულებრივ მწვავე ტეტანუსთან, არამედ ელვისებრი ტეტანუსთან. Imperiali-ს საზომი: მწვავე, მეტად მძიმე, ელვისებრივი დამაკმაყოფილებელი არ არის.

მის ღრმას Baccelli-ს მეთოდით ფართოდ სარგებლობდენ, მაგრამ მუდამ შრატოან პარალელურად. ეხლაც ეს წესი ხმარებაშია, და შთაბეჭდილება ისეთია, რომ კარბოლის სიმავავს გარკვეული გავლენა აქვს ქრონიკულად მიმდინარე ტეტანუსზე. მწვავე ტეტანუსის სამკურნალოდ იგი საქმარისი არ უნდა იყოს.

კლინიკური და ექსპერიმენტალური ტეტანუსი ანალოგიურად მიმდინარებს, მაგრამ მათ შორის განსხვავებაც არის. ცხოველებს — ტეტანუსი, უმთავრესად, იმ ნერვიულ სეგმენტიდან ეწყება, საცა პირველად ტოქსინი შეიქრა. შემდგომ ამისა რიგიღობა თანდათანობით ვრცელდება პირველად დაავადებულ სეგმენტიდან ზემოთ და ქვემოთ. ცხენს კი, აღამიანის მაგვარად, ავადობა სალეჭი კუნთების ტრაშმით დაეწყება ხოლმე, ესე იგი იმ პიროვებიდან, რომელიც სილვიუსის წყალსადენის ორგვლივ მოთავსებულნი არიან.

თუ რა მნიშვნელობა აქვს ტეტანოტოქსინის გენერალიზაციაში ცერებროს-პინალურ სითხეს, საქმაოდ გარკვეული არ არის. Сперанский-ს ლაბორატორიამ საკითხს ერთნაირი გაშუქება მისცა. სხვათაშორის გამოირკვა, რომ თუ ორ ცხოველს (ძალლებს) კანქეშ შევუყვანო ტეტანოტოქსინის ერთ და იგივე დოზისას და შემდეგ ამისა ერთს მათგანს სუბოქციპიტალური პუნქციით გამოეშვება ზურგტვინის სითხის მოელი ის ოდენობა, რომლის მიღებაც კი შესაძლებელია — დავინახავთ: სწორედ ეს ცხოველი ან სრულებით არ მოგვცემს ტეტანუსის ნიშნებს, ან თუ კი დაავადდა, ავადობა თავს იჩენს გაცილებით უფრო გვიან, ვიდრე მეორე ცხოველზე, რომელსაც სითხე გამოშვებული არ ჰქონია. აქედან ირკვევა, რომ ზურგტვინის სითხე ტეტანუსის გავრცელებაში ერთნაირ როლს • თამაშობს; ჩანს ზურგტვინის სითხე ტოქსინის გენერალიზაციას ხელს უწყობს და მოგრძო ტვინის დაავადება ექსპერიმენტალურად უფრო აღვილად მიიღწევა იმ შემთხვევაში, ექსპერიმენტის იმ პირობებში, როდესაც ცერებროსპინალური სითხე ამოღებული არ იქნება.

შესაძლებელია თუ არა ცერებროსპინალურ სითხეში . ტეტანოტოქსინის აღმოჩენა? ამ საკითხზე შეთანხმებული პასუხი ჯერ არ მოცემულა.

Sicard-ი ამ შესაძლებლობას უარჲყოფდა, პირიქით Moskowits დადგითი პასუხს იძლევა. წინამდებარების აცილება მოახერხა Пономарев-ის ცდებმა. უკანასკნელ ავტორის მიხედვით ტეტანოტოქსინის აღმოჩენა ყოველთვის შესაძლებელია ინკუბაციის ხანაში. იგი ადვილად იჩენს თავს ავადობის და-

საწყისს, მაგრამ რაც კი ტოქსინი განგლიოზურ უჯრედს შეუერთდა, ერთხელ გაიც მას შემდეგ ტოქსინის აღმოჩენა ზურგტვინის სითხეში იშვიათად მოხერხებულა, დამოუკიდებლად იმისა — თუ რა ოდენობის ტოქსინი შედის ცერებროსპინალურ სითხეში პერიფერიიდან.

რა უნდა იყოს ამ გარემოების მიზეზი? უკანასკნელ დროს სწავლებამ, ეგრედ წოდებულ ტვინის ბარიერის შესახებ, მჭიდრო საფუძველი მიიღო. ყურადღება იმ გარემოებამ მიიქცა, რომ ცერებროსპინალური სითხე თავისი შემაღვენლობით უფრო განსხვავდება სისხლისაგან, ვიდრე რომელიმე ჩვეულებრივი ტრანსუდატი. ცერებროსპინალური სითხე უბრალო ტრანსუდატი არ არის. ირკვევა (Sicard და Leconte), რომ მრავალი ნივთიერებანი, ხელოვნურად სისხლში შეყვანილნი, ან წარმოქმნილნი თვით ორგანიზმში, ვერ გადადიან ცერებროსპინალურ სითხეში. Roux და Borrel-მა გვიჩვენეს, რომ ხელოვნური იმშუნიტეტი ტეტანუსის მიმართ — აბსოლუტური არ არის. ამ სახის იმშუნურ ცხოველს თუ ტოქსინი შეეყვანება თვით ტვინში — იგი უმაღლ ტეტანუსით ავადდება, მიუხედავად იმისა, რომ ცხოველის სისხლში არის ანტიტოქსინის დიდი დოზა. ამ რიგად დამტკიცებული იქნა სისხლში მყოფი ანტიტოქსინის გადაუსველელობა ტვინის ქსოვილში. იგივე შეეხება მრავალ სხვა ქიმიურ სხეულებს. ამ კანონს ემორჩილება ბევრი ბაქტერიალური ტოქსინებიც. არსებობს რაღაც წინააღმდეგობა, რაღაც ბარიერი, რომლის დარღვევა წინასწარ პირობას შეადგენს იმისათვის, რომ სისხლში შეყვანილი ქიმიური ნივთიერება ან ბაქტერიის წარმონაქმნი გადავიდეს ტვინის ქსოვილში.

ჩვენი პირადი ექსპერიმენტალური ცდების ერთი სერია იმაში მდგომარეობდა, რომ ცხოველის სისხლში თანაბრად მისი წონისა შეგვყავდა სხვადასხვა სალებავი ნივთიერებანი (trypan blaue, methylen blaue); ყველა ორგანო და ყველა ქსოვილები ინტენსიურად ილებებოდა, მაგრამ ამასთანავე ტვინი და მისი გარსები, აგრეთვე ნერვიული შტოებიც შეულებლად რჩებოდა. ცხადი იყო, რომ ნერვიულ სისტემაში სალებავი ნივთიერების გადასვლას ეწინააღმდეგებოდა მენინგო-ენცეფალური ბარიერი. შემდეგ ჩვენ ვეცადეთ გამოგვერკვია, თუ რა პირობებში იქნებოდა შესაძლებელი ამ ბარიერის დარღვევა. ცდების მეორე სერიაში ჩვენ გადავკვეთოთ საჯდომი ნერვი, შემდეგ რიგ ცხოველებს გადაეკვეთა ი medianus ან ი radialis ან კიდევ ი ulnaris. გადაჭრილ ნერვის ცენტრალურ ნაწილში შეგვყავდა სულ მცირე ოდენობის ქიმიური გამაღიზიანებელი (კროტონის სიმჟავე, ნაღველი). აღმოჩნდა, რომ ასეთი ოპერაციის შემდეგ თუ ვისმართ სალებავ ნივთიერებას, გადაჭრილი ნერვის სეგმენტი მკაფიოდ შეიღებება. მიკროსკოპიულმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ სალებავ ნივთიერებას თვით უჯრედი შეიცავს. თუ გაღიზიანების ხარისხი დიდია, განგლიოზურ უჯრედში სხვადასხვა გვარი მორფოლოგიური ცვლილებანიც იჩენენ თავს.

პროცესი ანალოგიურად უნდა მიმდინარეობდეს ტოქსინების მიმართ. მენინგო-ენცეფალური ბარიერი ყოველ ტოქსინს წინააღმდეგობას უწევს, მაგრამ ეს წინააღმდეგობა აბსოლუტური არაა, ის სხვადასხვა სიძლიერისაა სხვადასხვა ტოქსინების მიმართ.

როგორც მოხსენებულია, ტეტანოტოქსინს ნერვიულ უჯრედთან ქიმიური ნათესაობა აქვს, მაგრამ ამ ტოქსინსაც მენინგო-ენცეფალური ბარიერი ეწინა-აღმდეგება. თუ კი ეს ბარიერი საღმე დაირღვა, მას შემდეგ ტეტანოტოქსინი ფართო შესავალ კარებს შოულობს თვით ტვინის ქსოვილში, სწრაფად და ჭარ-ბად უერთდება ტვინის უჯრედს. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ტეტანო-ტოქსინს ადვილად ვერ ვპოულობთ ცერებროსპინალურ სითხეში. ტეტანოტოქ-სინის იქ ნახვა იოლია სანამ ბარიერი მთელია და ტოქსინს ჯერ ვერ უპოვნია ტვინის უჯრედში შესავალი კარები; როდესაც ტოქსინი ამ კარებს გაიკეთებს, ბარიერს გაარღვევს, მას შემდეგ ტოქსინი ცერებროსპინალურ სითხეში მცირე ხანი რჩება; იგი ზურგტვინის სითხეს ელვისებრ გაიღლის, ტვინის უჯრედში გა-დადის, სადაც თვისი პათეგონურ ხასიათს გამოიჩინს.

ალვანიშვილ ზემოთ, რომ ტეტანოტოქსინის გზა ნერვიულ უჯრედამდე სხვა-დასხვაა, რომ ერთი წილი ტოქსინისა იწრუტება ლერძოვანი ცილინდრებით, მე-ორე ნაწილი კი — სისხლი და ლიმფის საშუალებით. ცხადია, რომ ტოქსინი, რო-მელიც განგლიოზურ უჯრედს მიაღწევს მხოლოდ ნერვული გზით, ეს ტოქსინი მენინგოენცეფალური ბარიერის დარღვევას არ სკიროებს, მენინგოენცეფალუ-რი ბარიერი ამ შემთხვევისათვის, თუ კი იგი არსებობს, ფიზიოლოგიურად სუს-ტია და გზა ნერვიულ უჯრედამდე ანატომიურადც უფრო მოკლე, ვიდრე ტოქსინისათვის, რომელიც ტვინის უჯრედს აღწევს შორის გზით — სისხლის სა-შუალებით და რომლის შეჭრას ტვინის უჯრედში წინააღმდეგობას უწევს ტვი-ნის ბარიერიც.

შესაძლებელია ამ გარემოებას ტეტანუსის დაავადებაში და მის კლინიკუ-რი სურათის თავისებურებაში თვალსაჩინო მნიშვნელობა პქონდეს. დასაშვებია, რომ ძნელ ფორმებს იძლევა სწორედ ის შემთხვევები, სადაც ტეტანოტოქსინის მთავარი წილი განგლიოზურ უჯრედს წმინდა ნერვიული გზით აღწევს; ასეთ შემთხვევებს ინკუბაციაც მოკლე ექნება, მყურნალობაც სუსტ შედეგს მოგვცემს, ვინაიდან ტოქსინის მთავარი წილი ნერვიული გზით მიიმართება და, ანტიტოქ-სინი შეყვანილიც რომ იქნეს სისხლში ან სხვა რომელიმე გზითაც, ის ანტიტოქ-სინი ვერ შეხვდება ტოქსინს; ტოქსინის შეერთება ტვინის უჯრედთან უფრო აღრე მოხდება, ვიდრე მისი განეიტრალება.

ეჭვი არ არის, რომ ტეტანუსის ჩირის ვირულენტობას დიდი მნიშვნე-ლობა აქვს, მაგრამ შესაძლებელია ამ ვირულენტობის საზომად დასაშვები იყოს ის, რომ მძლავრი ვირულენტობის დროს ტოქსინის დიდი რაოდენობა ჩქარა გზას პოულობს სწორედ ნერვების საშუალებით. პირიქით ნაკლებ ვირულენტო-ბის ინფექციასთან ამ გზით ტოქსინის მცირე რაოდენობა მიდის, მეტი წილი ტოქსინისა კი იმყოფება სისხლში, სადაც მისი განეიტრალება ადვილად მიიღწევა.

ანტიტოქსინის დიდი რაოდენობა სისხლში კიდევ იმას არ ნიშნავს, რომ ამ ანტიტოქსინის მცირე ნაწილი მაინც ტვინს მიაღწიოს. ანტიტოქსინის ტვინ-ში ვერ ვპოულობთ, იგი ტვინს ვერ აღწევს. მიზეზი ამისა იგივე მენინგოენცე-ფალური ბარიერია. ბარიერი დარღვეული ტეტანოტოქსინის მიმართ, ანტიტო-ქსინისათვის გაუგალია, ტეტანოტოქსინი ტვინში შეიჭრა, წინასწარ გაიკეთა კარი,

მაგრამ ეს კარი უკან მიიხურა, ამ კარში ანტიტოქსინი ვერ შედის. პრატიკულად ეს იმას ნიშნავს, რომ ტეტანოტოქსინი—შეერთებული ტეინის უჯრედთან, ფიზიკურად მიუწდომელია ანტიტოქსინისათვის, ფიზიკურად და არა ქიმიურად.

მენინგონცეფალური ბარიერი (გერმანულების—Strakkensystem) ანტო-  
მიურად კაბილიარების კედლებში უნდა ვეძიოთ და სწორედ ეს ბარიერია მი-  
ზეზი, რომ ანტიტონქსინი სისხლიდან ტვინში ვერ გადადის. უნდა მოვხსენიოთ  
ისიც, რომ ზოგნი უარყოფენ ტეტანოტონქსინის გადასვლას სისხლიდან ტვინის  
უჯრედში და ერთად-ერთ გზად მათ მიაჩინათ მხოლოდ ლერძოვანი ცილინ-  
დრები. თუ ასეა საქმე ტეტანოტონქსინის მიმართ, პირობები ანტიტონქსინისათ-  
ვის გაცილებით კიდევ უფრო ცუდია, ვინაიდან ანტიტონქსინის მოლეკულა უფ-  
რო დიდია, ვიდრე მოლეკულა ტონქსინისა.

მეურნალობის ძნელ მხარეს სწორედ ეს გარემოება შეადგენს. მაშასადამე, სამკურნალო მიზნით ისეთი ზომები უნდა იქნეს მიღებული, რომ შესაძლებელი შეიქნეს მენინგოენცეფალური ბარიერის დარღვევა ანტიტოქსინისათვის, რომ ანტიტოქსინმა შესძლოს ტოქსინს შეხვდეს. სუბდურალურ არხში შეყვანილი ანტიტოქსინის უშუალოდ ტვინის ქსოვილში გადასვლა სავსებით გამორიცხულია. სუბდურალ სივრციდან ანტიტოქსინი 6 წუთის შემდეგ სისხლში გამოჩნდება ან დაახლოებით 18 წუთში მოელი მისი რაოდენობა უკვე სისხლშია. თეორეტიულად ანტიტოქსინის სუბდურალურ ინექციას, შედარებით ანტიტოქსინის სისხლში შეყვანილთან, არავითარი უპირატესობა არა აქვს. მაგრამ პრაქტიკულად სუბდურალური ინექცია მიზანშეწონილია. ამის მიზეზი სუბდურალურად შეყვნილი ანტიტოქსინის სპეციფიური მოქმედება კი არ არის, არამედ მნიშვნელობა თვით პუნქციას აქვს, როგორც ასეთს. შეიძლება დაისკვას საკითხი: რომელი გზაა საუკეთესო: სუბდურალური თუ სუბარახნოიდალური? სუბდურალური და სუბარახნოიდალური სივრცეები ერთი-მეორესაგან საგესბით განცალკევებული არიან. სუბდურალურ სივრცეში შეყვანილი ნივთიერება Pachion-ის ვრანულაციის საშუალებით პირდაპირ სისხლში გადადის, უიმისოდ რომ რაიმე გავლენა მოახდინოს ცენტრალურ ნერვიულ სისტემაზე. იგივე შეეხება სუბაროხნოიდალურ სივრცეში შეყვანილ ნივთიერებას; გარდა ყოვლისა, სუბარახნოიდალურ სივრცეს გაჩერებება სრულიად უშიშარ მანიპულაციას არ წარმოადგენს.

ტვინის არხში არ გადადის აგრეთვე ის ანტიტოქსინიც, რომელიც შეუვა-  
ნილი იქნება ტვინის პარკუჭებში. უშუალოდ პარკუჭში შეუვანილი ნივთიერება  
ცერებროსპინალური ნაკადის საშუალებით Magen d-ის ხვრელიდან ვადადის  
ტვინის ფუძეს ცისტერნებში, აქედან სუბდურალურ არხში და ამ უკანასკნელი-  
დან—სისხლში.

ამისიდა მიხედვით საჭირო და სავალდებულო არ არის სუბარონოიდა-  
ლურ სივრცეში და პარტუქის ღრუს სივრცეებში შრატის შეყვანა. შეიძლება  
გვერდი იუაროთ სუბდურალურ არეას და შრატის გზა ავირჩიოთ ვენების სა-  
შუალებით. ეს უკანასკნელი მიზანს ძიალწევს, შრატი სისხლიდან ტვინში გადავა,  
თუ წინასწარ ზომები მიღებულ იქნა ბარიერის დასარღვევად.

ლაბორატორია და კლინიკას მენინგონციფალური ბარიერის დასარღვევად დამუშავებული აქვს ზოგიერთი წესები. იხმარება: Natrium chloral-ის გიპერტონიური ხსნარის შეყვანა სისხლში, თავისი და ზურგის ტვინის დიატერმია, შემდეგ ზოგიერთი ტოქსინების შეყვანა, როგორიცაა ტუბერკულინი, დიფტერიული ტოქსინი და სხვა. ლაბორატორია გარდა ამისა შარდსაწვეთებს გადასევნასაც მიმართავს. მაგრამ ხსენებული საშუალებანი ტეტანუსის მკურნალობის მიზნით გამოუსადეგარია, ზოგი თავისი სუსტი ეფექტის გამო (დატერმია და გიბერტონიული ხსნარი), ზოგი თავის ტოქსინობის გამო (ტოქსინები). შარდსაწვეთის გადაკვანძვა სამკურნალო მიზნით ხომ შეუძლებელია.

ტეინის ბარიერის დარღვევა ყველაზე უფრო ადვილი ნარკოტიულ ნივთიერებისათვის უნდა იყოს. ეს შეეხება ქლოროფორინმ, ეთერს და აგრეთვე ავერტინსაც; მაგრამ წინააღმდეგობა გველობება იმაში, რომ ყოველდღიურად მათი ხმარება ძნელია, თუმცა უკანასკნელ დროს არის შემთხვევები, როდესაც ავერტინის ნარკოზი ტეტანუსიან ავაღმყოფს მიეცა 28 ჯერ, ხშირად დღიურად ორჯერ.

მთელი რიგი ექსპერიმენტალურ გამოკვლევების შემდეგ ა. სპერანსკის ლაბორატორიამ ანტიტოქსინის მიმართ ბარიერის დასარღვევად გამოიმუშავა მეთოდი, რომელიც მდგომარეობს ჩვეულებრივად სუბდურალურ არხის პუნქტიაში; დიდი რეკორდის შპრიცით გამოიღება 10,0—20,0 სითხე. სადაც სითხე თავისუფლად არ მოდის, იქ საკმარისია ორივე საულეო ვენებზე თითის დაჭრა; ამით ავწევთ წნევას სისხლის შეგუბების გამო თავის ქალის ორუში, რის შემდგომ სითხე ნაკადით გამოდის. ამ სითხეს ისევ დავაბრუნებთ უკან; მანიპულაცია მეორდება სამ-ოთხჯერ, რის შემდგომ ცერებრო-სპინალური სითხე სუსტად წითლად იღებება, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ ცვალებადი წნევა ტვინის სისხლის მიღების კედლებზე მოქმედობს, იმ მხრივ, რომ კედლები სისხლს გარედ უშვებს. დამტკიცებულია, რომ ასეთი მანიპულაციის შემდეგ ანტიტოქსინის დიდი რაოდენობა გადადის სისხლიდან ტვინში. მაშასადამე მენინგონციფალური ბარიერი დარღვეულია ანტიტოქსინისათვის, ანტიტოქსინსაც გაუკეთდა ფართო კარები ტვინის ქსოვილში შესასვლელად. ტვინში კი ტოქსინის ნეიტრალიზაცია შედარებით თავისუფლად ხერხდება, თუ კი ტოქსინი და ანტიტოქსინი ერთი-მეორეს შეხვდა.

თვითონ პროც. სპერანსკის, მენინგო-ენციფალური ბარიერის დარღვევის შემდეგ, შრატი (10,—15,0) შეჭყავს მხოლოდ სუბდურალურ არხში. ჩვენ კი უფრო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ქირურგული ლიტერატურის მიხედვით: 1) შრატის დიდი რაოდენობის ერთდოულად შეყვანა და 2) შეზხაპუნება შრატის კომბინიური გზით—სახელდობრ 25,0 სუბდურალურ არხში, 25,0 კუნაში და 25,0 კუნთში.

პროც. აღ. მაჭაგარიანის დავაღებით ჩვენ რამდენიმე ავაღმყოფზე გავატარეთ ლაბორატორიულად დამუშავებული მენინგონციფალური ბარიერის დარღვევა, შემდგომი შრატის მკურნალობით. ჩვენს შემთხვევებში საქმე გვქონდა მწვავე და საერთო ტეტანუსთან, ყველა კუნთების რიგიდობით და სასტიკი

კლონიური კრუნჩვებით. მეტი შემთხვევა ჩატარებულია შრატის შეყვანით ჟებდურალურ არხში და პარალელურად მასთან შრატს უშხაპუნებდით კუნთთა შორის და იმავე ოდენობისას ვენაში. ერთ შემთხვევაში, აგრეთვე მწვავე და საერთო ტეტანუსის დროს (6 დღე ინკუბაცია), მენინგოენცეფალური ბარიერის დარღვევის შემდგომ შრატის ინკუბაციას ვაწარმოებთ მხოლოდ ვენებში ყოველდღიურად 40,0. ჯერჯერობით გატარებულია მთლიანად 11 (თერთმეტი) ავადმყოფი<sup>1</sup>.

შველა შემთხვევები განკურნებით დამთავრდა. როგორც სუბდურალური ინკუბაცია, ისე ვენაში შეშხაპუნება კეთდებოდა ყოველდღიურად (25,0 კუნთში, 25,0 ვენაში, 25 სუბდურალურ არხში, მხოლოდ ვენაში შეშხაპუნების დროს კი 40—50,0 დღიურად), სიმპტომების საცვებით მოსპობამდე.

ერთ შემთხვევაში (45 წლის ქალი ნ. ბ.) მივიღეთ ანაფილაქტიური მოვლენები კანზე და სახსრებში.

საზოგადოდ უნდა ითქვას, რომ შიში ანაფილაქტიური შოკისადმი გადამეტებულია, ასე რომ შრატის დიდი რაოდენობის შეყვანის არსებითად ზიანი არ მოაქვს. ჩვენი შთაბეჭდილება ასეთია, რომ შესაძლებელია დავკმაყოფილდეთ შრატის მხოლოდ ვენაში შეყვანით, თუ მენინგოენცეფალური ბარიერი დარღვეულია ზემოაწერილი წესით. სწორედ იმ შემთხვევაში, სადაც მეურნალობა ვენაში შრატის შეშხაპუნებით ტარდებოდა, სიმპტომები თვალსაჩინოდ მოკლე დროს გაქვრენ, მიუხედავად ავადობის სიმძიმისა.

შრატთან პარალელურად ავადმყოფები ღებულობდენ ჩვეულებრივ ნარკოტიულ ნივთიერებებს.

### დ ა ს კ ვ ნ ე ბ ი:

1. ტეტანუსის ავადობის მკურნალობა ანტიტოქსიური შრატით მძიმე შემთხვევებშიაც დამაკმაყოფილებელ შედეგებს იძლევა, თუ კი შრატი მართებულად იქმარება.

2. მართებული წესად ჩვენ მიგვაჩინია: а) ყოველდღიურად შრატის შეყვანა ერთდროულად სუბდურალურ არხში, ვენაში და კუნთთა შორის (75,0) ან ბ) შრატის შეშხაპუნება მხოლოდ ვენაში (40,0).

3. ვენაში შეშხაპუნება საკმარისი უნდა იყოს.

4. შრატის ამა თუ იმ გზით შეყვანის დროს, მენინგოენცეფალური ბარიერის დარღვევა აუცილებელი წინასწარი პირობად უნდა ჩაითვალოს.

5. ლაბორატორულად—მენინგოენცეფალური ბარიერის დასარღვევად მრავალი მეთოდია მოწოდებული. კლინიკური მნიშვნელობა მხოლოდ ნარკოზს (ეთერი ან ავერტინი) და სუბდურალურ პუნქციას აქვს.

6. სუბდურალური პუნქცია ზემო აწერილ სახით მიზანს აღწევს და ნარკოზითან შედარებით მას პრაქტიკული უპირატესობაც აქვს.

<sup>1</sup> დამატებით გატარებულია პრ. მუხაძე და პრ. წულუკიძეს კლინიკებში კიდევ რამდენიმე შემთხვევა.

ტეტანუსის საკითხი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ომის დროს მიიღებს. საჭიროა წინასწარი ზომების მიღება, ზოგი სპეციალური საორგანიზაციო საკითხების დამუშავება. და მომავლისათვის მწყობრი გეგმის შედგენა. ომში ტეტანუსის პროფილაქტიკა სავალდებულოდ უნდა გახდეს, რისთვისაც სავალდებულოც უნდა იყოს შრატის დიდი მარაგის მომზადება.

აფორიზმი: „ვისაც ომი არ უნდა — ომისათვის მზად უნდა იყოს“—ო, სამწუხაროდ, დღემდე ძალაში ჩემი და ტეტანუსსაც შეეხება.

### ლ ი ტ ე რ ა ტ ჟ რ ა

1. Ashurst, Donati, Cummins et Sieur. Raport au V Congres de la Societe internat. de chirurgie, Joullet 1924.
2. Вишневский А. Архив биол. наук, т. XXVI, 1926 г.
3. Bellin M. Compt. rend. de la Soc. Biol. t. 106. 1931.
4. Bazy E. La Presse Medic. № 6, 1925.
5. Brüce A. Britisch. Medic Journ № 20, 1917.
6. Enriquez ex Sicard. Compt. rend. Soc. Biol. t 91. 1924.
7. Frankenthal. G.—Archiv f. KI. Chir. 167. S 716. 1921.
8. Freund A. Kriegschirurg. H. II. 1915.
9. Freund. Beitrage z. Klin. Chirurg. B. 98. H 2.
10. Gottfried S. Klinisch. Wochensch № 12. 1926.
11. Henseval et Nelis. Compt rend. Soc. Biol. t. 91. 1924.
12. Закарая Е. Архив биол. наук, 1931.
13. Каплан А. Новый хир. Архив. № 3. 1928 г.
14. Крымов. В. М. журнал № 8. 1912.
15. Meyer et Ranson. Arch. f. exp. Pathol. u Pharm. XLIX. მოუკინოვანი  
Пономарев-ომ.
16. Marie et Morax. Ann. Inst. Pasteur 1902.
17. Marie. et Tiffenau. Ann. Inst. Pasteur. 1908.
18. Matermach et Salamon. Compt rend. S. Biol. x. 106 № 2. 1931.
19. Mayer. E. Deutsche med. Woch. № 6. 1915.
20. Meyer u Sommer Journ. ot infec. dis. t. 39. 1926.
21. Lecene P. Leriche R. Therapeut. chir. p. I. 1924. Paris, Masson.
22. Moskowitz. Beitr. Z. Klin. chir. B. 97. H. 5.
23. Пономарев. А. Архив биол. наук. т. 28. В I. 1928.
24. Пономарев. А. იქვე, т. 26. В. 4—5. 1926.
25. Пономарев А.—ივივე—т. 26. В. 4—5—1926.
26. Boux et Borrrel. Annal Inst. Pasteur. t. XII P. 47.
27. Sicard. These. Paris. 1899, რეფერატით.
28. Сперанский. А. ცალკე ამონაბეჭდი. Annal Pasteur XLI—1927.
29. ივივე ნერвная система в патологии, 1930.
30. Феодоров С. Диссертация, 1895 г.



Е. ЗАКАРАЯ

(Из факультетской хирургической Клин. Тифлисского мединститута. Зав. Пр. А. Г. Мачавариани).

### О лечении и профилактике столбняка

В теоретической части автор касается вопроса т. наз. мозгового барьера и утверждает, что бездействие сыворотки в дозах, обычно применяемых, обясняется тем, что сыворотка противостоит гемато-энцефалический барьер, не пропускающий сыворотку к ганглиозной клетке. Следовательно для воздействия сыворотки на соединенный с ганглиозной клеткой токсин необходимо предварительное нарушение мозгового барьера искусственным путем. Основываясь на своих экспериментах для изучения особенностей мозгового барьера и на опыт лаборатории Сперанского, автор отдает предпочтение нарушению барьера по методу Сперанского—т. н. буксированию. После буксирования спинно—мозговой жидкости удается получить жидкость, чуть окрашенную в красноватый цвет. Этот красноватый цвет является показателем легкого повреждения мозговых капилляров, чем достигается нарушение целости барьера, каковую анатомически надобно искать в эндотелии мозговых капилляров.

Сочетание буксирования с большими дозами антитетанической сыворотки дало в факультетской хирургической клинике и других учреждениях Тифлиса за 1931—32 г. 19 случаев излечения остропротека-

E. Zakaraia

De la clinique chirurgical de l'Institut de Medecine de Tiflis (Chef Prof. A. Matschavariani)

### Du traitement et de la prophylaxie du tetanos

Dans la partie théorique l'auteur concerne la question de l'ainsi dite barrière cérébrale et affirme, que l'inaction du serum employé par dose ordinaire, depend de la résistance de la barrière hémato—encephalique, barrant les cellules ganglionnaires. Par conséquent pour obtenir l'action du serum sur la toxine associé à la cellule ganglionnaire, il est indispensable de détruire artificiellement la barrière cérébrale. En se basant sur ses travaux et sur l'expérience du laboratoire de Speransky, l'auteur donne la préférence à la méthode de Speransky—destruction par pompage. Après le pompage du liquide cérébro-spinal on obtient du liquide colorié d'une couleur roujatre. Cette colorisation indique une lesion légère des capillaires cérébraux, par quoi est obtenu l'inraction de l'intégrité de la barrière, qu'on doit chercher dans l'endothelium des capillaires cérébraux.

La réunion du pompage avec de fortes doses de serum antitetanique procura dans la clinique chirurgical de l'Institut de Médecine de Tiflis et dans d'autres établissements de Tiflis au cours des années 1931—32 19 cas de guérisons du tétanos. Après un unique pompage on introduit 75 cm. c. de serum chaque jour

ющего тетануса без единого смертного исхода.

После однократного буксирования вводится 75,0 — сыворотки ежедневно до заметного ослабления симптомов (25,0 субдурально, 25,0 интрамускуларно и 25,0 интравенозно); параллельно с сывороткой больной получает морфии и хлорал-гидрат.

jusqu'au relachement marqué des symptomes (Injection de 25 cm. c. dans le canal rachidien, 25 cm. c. dans les muscles et 25 cm. c. dans les veines). En même temps le malade reçoit de la morphine et du chloral.

### 8. ცხაკაბა

ჭურინგის უფროსი ასისტენტი

მენჯ-პარაზიტის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდილობა და მისი მტურნალობა ჰოსპიტი. ეირუჩიულ კლინიკა-ში ათი წლის მასალის მიხედვით (1913—1929 წლამდე)<sup>1</sup>

(ტფილისის მედინსტიცუტის პოსპ. ქირ. კლინიკის გამგე პროფ. გ. მუხაძე).

ფიდრე გადავიდოდეთ მასალის განხილვაზე, საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ სისტემატიური მიღება და მკურნალობა მენჯ-ბარძაყის ამოვარდინილობიან ავალმცუფვების კლინიკაში წარმოებს უმთავრესად 1927 წლიდან. მთელი მასალა, რომელიც შედგება 30 შემთხვევიდან, წლების მიხედვით განაწილდება ასე: 1924 წლში—1 შემთხვევა, 1925 წ.—1 შემთხვევა, 1926 წლში—3 შემთხვევა, 1927 წლში—10 შემთხვევა და 1928—29 წლში—15 შემთხვევა.

კლინიკაში სახელმძღვანელო ხაზად არის აღებული: Optimum ამოვარდინილობის უსისხლო ჩაყენებისათვის—ცალმხრივისათვის 6—7 წლამდე, ორმხრივისათვის—5—6 წლამდე, დაწყებული 2—2 ½ წლიდან, ესე იგი იმ ასაკიდან, როცა ბავშვი უკვე საკმარისად შეგნებულია რომ დაიცვას თაბაშირის ნახვევის სისუთავე გარეთ გასვლის დროს და ამასთან ერთად მისი ორგანიზმი საკმარისად გამაგრებულია, რომ გადაიტანოს ტრავმის სიმძიმე. უფრო დაგვიანებულ შემთხვევებისათვის 10—16 წლამდე Haudeck ამბობს, რომ აქაც შეიძლება იყოს ნაცადი ეს შეთოვდი და თუმც ანატომიურ განკურნების მიღება ძნელია, მაინც შედეგები საკმარისად დამაკმაყოფილებელია სახსრის მდგომარეობის ფუნქციონალურ გაუმჯობესობის მხრივ—“ო (იხ. ორტოპედიის სახელმძღვანელო Haudeck 1913 წლი. გვ. 193). თანახმად Haudeck-ისა, ჩვენც ამავე გეზით ვაწარმოებდით მკურნალობას. რადგანაც ჩვენი მასალა არ არის ჯერ-ჯერობით მრავალრიცხოვანი, ამასთან დიდი უმრავლესობა შემთხვევებისა ჯერ მკურნალობის პროცესშია—ამიტომ დასკვნების გამოტანისაგან და მიღებულ შედეგების შეფასებიდან თავს შევიკავებთ: თავის დროზე ისინი იქნებიან წარმოდგენილი სათნადო დასაბუთებით.

<sup>1</sup> ანგარიში გადაცემული იყო დასაბეჭდად 1930 წლში, მაგრამ ავტორისაგან დამოუკიდებელი მიხედვის გამო იბეჭდება მხოლოდ ახლა.

როგორც ზევით იყო აღნიშნული, ჩვენი მასალა შეიცავს 30 შემთხვევას აქედან დედრობითი სქესს ეკუთვნის 27, მამრობითი სქესს—3 შემთხვევა. თუ მხრივი ამოვარდნილობა აღნიშნულია—6, ცალმხრივი—24, ამათში მარჯვენა მხარეზე—6, მარცხენა მხარეზე—18. ამნაირად უნდა აღინიშნოს, რომ შეფარდება ასაკის და ამოვარდნილობის ხასიათის მიხედვით საქართველოშიც დაბლოვებით იგივეა როგორც სხვა ქვეყნებში.

თოხ შემთხვევაში აღნიშნულია მეტყვიდროებითი გადაცემა სიკოჭლის: სამ შემთხვევაში თანდაყოლილად კოჭლი (*Iux coxaeth*) იყო დედა, 1 შემთხვევაში—მამადა (13,5%).

განაწილება ეროვნების მიხედვით: ქართველი—28, სომეხი—1, გერმანელი—1. განაწილება საცხოვრებელ ადგილის მიხედვით: ტფილისის ოლქი—5, ქუთაისის—5, გორის—5, კახეთის—3, სენაკის—3, შორაპნის—2, ზუგდიდის—1, სამტრედია—1, სვანეთი—1, ლეჩხუმი—1, სოხუმი—1, ფოთი—1.

განაწილება წლოვანობის მიხედვით: 2—6 წლამდე—9; 6—10 წ.—6; 10—15 წლამდე—11 და 15 წ.—21 წლამდე—4. მკურნალობის საკითხში უღილესი მნიშვნელობა აქვს ასაკს. ამ მხრივ ჩვენი მასალა უნდა ცნობილ იქნეს მძიმედ—Optimum-ის ხანაში მოყვანილია მხოლოდ 30%, დანარჩენი უნდა ჩაითვალოს დაგვიანებულად უსისხლო ჩაყენებისათვის.

ამნაირად დაჯგუფებულმა მასალამ მოგვცა შედეგი: а) ჯგუფი 6 წლამდე—შედგება 9 შემთხვევიდან. აქ, გარდა ერთი შემთხვევისა, საღაც დედმამამ უარი თქვა მკურნალობაზე მისი ხანგრძლივობის გამო (ძალიან უშირდათ შორეულ სოფლიდან ბავშვის განმეორებით ჩამოყვანა), დანარჩენ 8 შემთხვევაში ნაწარმოები იყო Lorenz-ის წესით სამ მომენტიანი უსისხლო ჩაყენება. მათში 1 ჩაითვლება სრულიად განკურნებულად—მკურნალობის დასრულების შემდეგ უკვე 4 თვეა, ბავშვი თავისუფლად ხმარობს სახსარს, რომელიც ანატოლიურად და უფრნეციონალურად სრულიად ნორმალურია (ისტ № 981—2889—1929 წ.). 4 შემთხვევაში ნაწარმოებია ჯერ-ჯერობით მხოლოდ 1-ლი მომენტი, 3 შემთხვევაში—მეორე მომენტი და 1 შემთხვევაში—ავადმყოფი გაწერილია შესამე მომენტით. ყველა ამ შემთხვევებში რენტგენის მიერ დაღასტურებულია ბარძაყის თავის მდებარეობა სასახსრე ფოსოში და მკურნალობა მიმღინარეობს ნორმალ წესით.

б) ჯვუფი 6—10 წლამდე—შეიცავს 6 შემთხვევას. აქედან ერთი შემთხვევა (ავად. ისტ. № 463, 1926 წ.)—დამთავრდა ავადმყოფის სრული და ხანგრძლივი განკურნებით (უკვე 4 წელიწადია), 1 შემთხვევაში (ავად. ისტ. № 1349 (1928) 2343,—1929) ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული, მაგრამ 4 თვის შემდეგ ისევ დაბრუნდა კლინიკაში წინ ამოვარდნილობით, რაც მას მოუვიდა უქანასკნელ თვეში დაცემის შემდეგ. გასინჯვისას აღმოჩნდა, რომ თავი თეძოს ძვლის წინა-ქვედა წვეტის ქვეშ მდებარეობს, მოძრაობა ბარძაყის სრულია, ლორდოზი და ტრენდელენბურგის ნიშანი—abs, კოჭლიბა შედარებით მცირეოდენ. ავადმყოფი ამ მდგომარეობაში იქნა გაწერილი ფიზიკურ მეთოდებით მკურნალობისათვის.

დანარჩენიდან: ორი გაწერილი იყო—მე-3 მომენტით და 1—მეორე შემომენტით. ამ უკანასკნელს მიეცა წერილობითი დარიგება შემდეგ მკურნალობის შესახებ, რათა მესამე მომენტი გაკეთებულიყო ადგილობრივად (ავადმყოფი ქუთაისიდან არის). ამავე ჯგუფიდან 1 შემთხვევაში ორმხრივ ამოვარდნილობის დროს (ავად. ინტ. № 2706, 1927 წ.) ორივე მხარეზე ერთდროულ ჩაყენების დროს მივიღეთ პარეზი მარჯვენა საჯდომ ნერვის (პერინეუსის ჯგუფის), რის გამო იძულებული ვიყავით თაბაშირი მოგვეხსნა და ბავშვი გადაყვანილ იქნა ნერვულ კლინიკაში სათანადო მკურნალობისათვის.

ამნაირად ამ ჯგუფმა შედეგად უსისხლო ჩაყენების მოგვცა: 1 რეციდივი და 1—პარეზი N. Ischiadoci.

c) ჯგუფი 10—15 წლამდე—სულ 11 შემთხვევება. ყველა შემთხვევაში ჯერ ნაცადი იყო უსისხლო ჩაყენება და მხოლოდ შემდეგ ნაწარმოები იყო სისხლიანი ჩარევა. აქედან 3 შემთხვევაში მიღწეული იყო მიზანი: 1 შემთხვევაში—11 წლის ბავშვს გაუკეთდა 1-ლი მომენტი; მეორე შემთხვევაში—ბავშვი გაწერილია კლინიკიდან მეორე მომენტით; მესამე შემთხვევაში (ისტორ. № 410, 1929 წ.) ორმხრივ ამოვარდნილობის დროს 13 წლის ბავშვს გაკეთებულ ექნა მარჯვენა მხარეზე transpositio, მარცხენაზე—ჩაყენება. ავადმყოფს განვითარდა მწვავე ტრავმატიული არტრიტი მარცხენა მხარეზე და ფილტვების მწვერვალიების პროცესის გამწვავება. ავადმყოფი ძლიერ გახდა და დასუსტდა, ამიტომ დეღმამის სურვილით დროზე აღრე მოეხსნა თაბაშირი და გაწერილ იქნა სოფლად კლიმატიურ მკურნალობისათვის.

დანარჩენ შემთხვევებიდან 1 შემთხვევაში (ისტ. № 2408, 1927 წ.) ჩაყენების დროს ჩერენ მივიღეთ Epiphysiolysis ბარძაყის თავისა. ავადმყოფს ექნა გაკეთებული ოპერაცია—მოშორებულ თავის ამოლება და ბარძაყის ყელზე სახურავის გაკეთება Kōnig-ის წესით—ავადმყოფი გაწერა მშვენიერ მდგომარეობაში ოდნავი კოჭლობით. უშედეგო ჩაყენების ცდის შემდეგ Kōnig-ის სახურავი გაკეთებული იყო კიდევ 5 შემთხვევაში. აქედან ერთ შემთხვევაში დუნდულის კუნთების გასამაგრებლად დამატებითად გაკეთებული იყო Weau-Lamé-ს ოპერაცია—დიდი ციბრუტის დაწევა ქვემოთ (ისტ. № 719—1927 წ.). ყველა ავადმყოფები გაწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში, რაც დადასტურებული იყო ქირურგთა კონფერენციაზე ავადმყოფების დემონსტრაციის დროს.

2 შემთხვევაში ავადმყოფების ოპერაციაზე უარის გამო გაწერილი იყვნენ კლინიკიდან იმავ მდგომარეობაში. ამნაირად უსისხლო ჩაყენების შედეგად ამ ჯგუფში აღნინშება შემდეგი გართულება: Epiphysiolysis—1 შემთხვევაში, Arthritis traumatis—1 შემთხვევაში და 5 შემთხვევაში ჩაყენების ცდა უშედეგოდ დარჩა და დაგვჭირდა ოპერატიული მკურნალობა. d) ჯგუფი 15—21 წლამდე შეიცავს სულ 4 შემთხვევას. აქედან ოპერაციაზე უარის გამო გაწერილ იქნა კლინიკიდან იმავე მდგომარეობაში 2 ავადმყოფი. დანარჩენ ორიდან 1 შემთხვევაში (ეკუთვნის 1924 წელს) გაკეთებულ იყო Resectio caput femor—ავადმყოფი 2 წლის შემდეგ კლავ შემოვიდა კლინიკში ჩივილით ტკივილებზე და კოჭლობაზე—გაწერა ფიზიურ მეთოდებით მკურნალობისათვის—გაუმჯობესება პირვანდელ (ოპერაციამდე) მდგომარეობას—თან არ ემჩნევა (ისტ. № 264, 1927 წ.). მეორე შემთხვევაში (ისტ. № 2239—1927 წ.)

19 წლის სტუდენტ-ქალს გაკეთებული ჰქონდა König-ის სახურავი—ოპერაცია გართულდა დაჩირქებით და ძვლის ფირფიტის ნეკროზით. ავაღმყოფი გაეშერა დახურული ჭრილობით ფიზიკურ მეთოდებით მკურნალობისათვის. ერთი წლის შემდეგ გასინჯვამ აღმოაჩინა: იგაღმყოფი დადის ოდნავის კოკლობით, ლორდოზი და ტრენდელებურგის ნიშანი—abs, მოძრაობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში ძლიერ შეზღუდულია, მუხლის სახსარში—შეზღუდულია ნაწილობრივად მოხრა, სიარულის ღროს აღნიშნავს მეტს გამძლეობას და უტკივილობას—ვიდრე ოპერეციამდე. კმაყოფილია მიღებულ შედეგებით.

ამნაირად ოპერატიული მეურნალობა ნაწარმოები იყო სულ 7 შემთხვევაში: 1-ჯერ—Resectio capititis-s femori, 5-ჯერ—König-ის სახურავი და 1-ჯერ—König-ს სახურავი და დამატებითად Weau-Lami-ს ოპერაცია. რამდენად ბარძაყის თავის რეზექციამ (1-ლი შემთხვევა) მოგვცა არადამაკმაყოფილებელი შედეგი, იმდენად König-ის ოპერაციამ მოგვცა სრულიად დამაკმაყოფილებელი ავაღმყოფისათვის შედეგი.

ოპერაციის ღროს ჩვენ მივიღეთ შეხორცება პირველადი—6 შემთხვევაში, მეორადი—1 შემთხვევაში. ნარკოზი ხმარებული იყო: ქლორ. —1-ჯერ, ეთერი—4-ჯერ, ხერხემლის ტვინის ანესტ.—2-ჯერ. სიკვდილიანობის შემთხვევებს ადგილი არ ქონდა=0%.

დასასრულ ჩვენ გვინდა აღნიშნოთ, რომ უსისხლო ჩაყენებით მეურნალობა, თუმც ხანგრძლივია თავისდათავად, არ აწვება კლინიკას მძიმე ბალასტად საწოლის ხანგრძლივ დაკავების მხრივ—საშუალოდ ასეთი ავაღმყოფები იმყოფებოდენ კლინიკაში ყოველა მომენტის ჩასატარებლად—19-დან 30 დღემდე, ესე იგი იმდენ ხანს, რამდენსაც საშუალოდ ატარებს კლინიკაში სხვა დარგის ავაღმყოფიც. რომ რენტგენის კაბინეტი არ აჩერებდეს თავის გადატვირთვის გამო სურათის გადაღებას, ხანა კლინიკაში წოლისა შემცირდებოდა საგრძნობლად.

## Д-р М. ЦХАКИЯ

Из госп. хирург. клиники Тифл. Мединститута

Директор проф. И. М. МУХАДЗЕ

Врожденные вывихи бедра и их лечение по материалам го спитальной хирург. клиники Тифлисск. Ун-та за 10 лет (1919—1929).

Отчетный материал включает всего 30 случаев вывихов тазобедренного сустава, из них только 30% в возрасте оптимальном для безкровного вправления.

В 18 случаях попытка консервативного лечения (по Lorenz'у) дала следующие результаты: в 16 случаях достигнуто вправление; в 1 случае—имел место эпифизеолиз, потребовавший в дальнейшем резекцию головки и навес по König-у—функциональный результат в конечном итоге получился хороший. В другом случае двусто-

роняго вывиха имел место парез N. Ischiadici, потребовавший для ликвидации специального лечения. Об отдаленных результатах нельзя иметь окончательного суждения, так как в некоторых случаях (принадлежавших 1929 году) лечение было только начато. Из отдаленных осложнений следует отметить: в 1 случае травмат. артрит вправленном суставе, с ограничением подвижности, в другом случае—рецидив вывиха через 4 месяца в форме передняго вывиха, давший в конечном итоге удовлетворительный функциональный результат.

Оперативное лечение было проведено в 7 случаях: в 1 случае—резекция головки бедра, в 5 случаях—навес по König-у и в 1 случае—навес по König-у и операция Veau-Lamy. Ближайшие результаты: в 6 случаях—prima intentio, в 1 случае—нагноение и секвестрация костного отщепа; смертность=0.

Отдаленные результаты: в 1-ом случае нагноения—тугоподвижность сустава, устранившая и симптом Тренделенбурга и боли при ходьбе, во всех же остальных случаях—изчезновение или значительное ослабление симптома Тренделенбурга и уверенная, безболезненная походка. (Все оперативно леченные больные были продемонстрированы на хирургических конференциях).

ორდინატორი მ. ქუჩავაძე

## სწორ ნაწლავში უცხო სეულთა საპითხისათვის<sup>1</sup>

(ტფილისის მედანსტიტუტის ჰისპიტალური ქირურგიული კლინიკა.  
 გამგე პროფ. გ. გუბაძე)

ტფილისის მედინსტიტუტის ჰისპიტალური ქირურგიული კლინიკის ათი  
 წლის (1919—1929 წ.) მასალაზე (12102 სტაციონარულ ავადმყოფზე)  
 სწორ ნაწლავში უცხო სეულთა შემთხვევა აღინიშნება მხოლოდ ორი.  
 თუ მივიღებთ მხვედველობაში სნეულებათა იმ დიდს და მრავალსახოვან მასა-  
 ლას, რომელიც ამ ათი წლის განმავლობაში შეგროვდა კლინიკაში, ცხადი გახ-  
 დება, თუ როგორ იშვიათ მოვლენას ჭარმოადგენს აღნიშნული ორი შემთხვევა.  
 ეს ფაქტი მტკიცდება აგრეთვე ჩენენთვის მისაშვდომი ლიტერატურითაც, სადაც  
 მოყვნილია მხოლოდ თითო-ოროლა მსგავსი შემთხვევა. ამავე დროს ეპვს გა-  
 რეშეა, რომ ეს შემთხვევები აუცილებლად საინტერესოა არა მარტო ხალხის  
 ყოფა-ცხოვრების თვალსაზრისით, არამედ კლინიკურადაც მათ მიერ გამოწვეული  
 მოვლენების და თვით მკურნალობის ხასიათის მხრივ.

ნაწლავის ტრაქტში უცხო სახეულებს შეუძლიათ მოხვდენ სხვადასხვა გზით;  
 ერთი მხრით, ესენი არიან გადაყლაბული სხეულები, რომლებმაც აღრე თუ  
 გვიან დასტოეს კუჭი და გადავიდენ ნაწლავში. თავის მხრივ მათი გადასვლა  
 ნაწლავში დამოკიდებულია მათი სხვადასხვა ოდენობაზე, ფორმაზე და თვით  
 კუჭის მდგომარეობაზე, თუმცა ხშირად პატარა და სადა ზედაპირის მქონე უც-  
 ხო სხეულებიც კი ხშირად ვერ გადადიან კუჭიდან ნაწლავში, მიუხედავად იმი-  
 სა, რომ პილორუსი და საერთოდ კუჭის ფუნქცია შეუცვლელია. პირიქით,  
 ისეთი შემთხვევებიც არის აწერილი ლიტერატურაში, როდესაც ნაწლავში გა-  
 დასულა საქმაოდ მოზრდილი საგნებიც. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ კუ-  
 ჭიდან გადასული უცხო სხეულები მეტად მრავალფეროვან და საილუსტრაციო  
 მასალას იძლევიან. უხშირესად კი ესენი არიან სხვადასხვა ზომის ლურსმნები,  
 ღილები, ხილის კურები, ქინძისთავები და სხვა, ჩაყლაპული შემთხვევით ან  
 ხშირად განვებდ სხვადასხვა მიზნით ან უმიზნოს, როგორც ეს პსიქოპატებსა და  
 საერთოდ სულით ივალმყოფთა შორის გვხდება. ამ მხრივ საინტერესოა Legend-

<sup>1</sup> მოხსენდა ჰისპიტატ. ქირურგ. კლინიკის შინაგან კონფერენციას.

dre-ის შემთხვევა, სადაც ფსიქიურმა ავადმყოფმა ჩაყლაპა კოვზი, რომელიც გუ-  
ჭედა სწორ ნაწლავში.

მეორე ჯგუფს წარმოადგენენ უცხო სხეულები, წარმოშობილი თვით ნაწ-  
ლავში. ამათ ეკუთვნიან ენტეროლიტები და ნაწლავის ჭიები. ენტეროლიტების  
შესახებ ლიტერატურაში მრავალი შემთხვევებია აწერილი. ეკრძოდ პროფ.  
შუხაძეს აქვს აწერილი საინტერესო შემთხვევა მრავალ ენტეროლიტის, რომ-  
ლის გული წარმოადგენდა ტენის კურკას. გელფლორ და ლეკლაინს აქვს მო-  
ყანილი კენჭების 251 შემთხვევა წვრილ ნაწლავში და 10 შემთხვევა მსხვილ  
ნაწლავში.

სრულიად ცალკე ჯგუფად უნდა გამოვყოთ მსხვილ ნაწლავში მოხვედრი-  
ლი უცხო სხეულები უკანა ტანის გზით. აღნიშნული შემთხვევები მრავალ-  
ფეროვანია და ამ მხრივ ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში აქვს მნიშვნელობა ისეთ  
ფაქტორებს, როგორიც არის სოციალური მდგომარეობა, პროფესია და თვით  
ისტორიულ ეპოქასაც. ასე, მაგალითად, აღწერილია, რომ ყოფილი რუსეთის მი-  
ერდნილ ქათებებში იყო ჩვეულებად ცხენის ქურდების მეტად ველური საბის  
დასჯა უკანა ტანში სოლის ან ჯოხის შეყვანის ან პირდაპირ სოლზე შორისით  
ჩამოკვეთის სახით. მეტად საინტერესო შემთხვევა არის აწერილი ექ. სამგორო-  
დსკის<sup>7)</sup> მიერ, რომელიც ეკუთვნის უკვე თანამედროვე ბოროტომოქმედებას: მა-  
მას თავისი 1—2 წლის ბავშვებისათვის, იმ მიზნით, რომ გადარჩენილიყო ალი-  
მენტის გადახდისაგან, მის მოსაკლავად შეუყვანია სპეციალური ხელსაწყო  
სწორ ნაწლავში. ხელსაწყო წარმოადგენდა სამს მოლუნულს ზამბარაქსავით მაგ-  
ოულს, სიგრძით 12 სანტ. თითოეული. როგორც შემდეგში სასამართლოში გა-  
მოირკა, აღნიშნული ხელსაწყოთი ხმარება ამგვარი მიზნისათვის უკვე შემო-  
ჩებულ ჩვეულებას წარმოადგენს.

ცნობილია, რომ ფრანგულ სატუსალოებში არსებობდა ერთგვარი მოწყო-  
ბილობა, პენალის მსგავსი, რომელიც ტუსალებს შეჰყავდათ სწორ ნაწლავში.  
აგრეთვე ფულის საჭრელ ქარხებში მალავდნენ ფულს სწორ ნაწლავში. არის  
ისეთი შემთხვევებიც, სადაც სწორ ნაწლავში უცხო სხეულების შეყვანას მიმარ-  
თავდნენ, როგორც საშუალებას ზოგიერთ ავადმყოფობის წინააღმდეგ. ასე, მაგ.,  
პიროვნების მუზეუმში, ლენინგრადში, ინახება მეტად კურიოზული პრეპარატი,  
ხელნასაგან (օრგიონი) მომზადებული სოლი, რომელიც გამოლებული იქმნა ერთი  
სოფლის ექიმის მიერ ავადმყოფის სწორი ნაწლავიდან; იგი დაავადებული ყო-  
ფილა სწორ ნაწლავის გამოვარდნილობით და ფალარიათობით და როგორც სა-  
წინააღმდევო საშუალება თვითონ შეუყვანია ხენებული სოლი, რომლის გამო-  
ლებაც ვერ შესძლო და ექიმს მიმართა. ლანც (Lanz) მოპყავს შემთხვევა, სადაც  
გლეხს სოფლის დღესასწაულის დროს დამართა ძლიერი ფალარიათობა და იმ  
მიზნით, რომ დარჩენილიყო დღესასწაულზე, სწორ ნაწლავში შეიყვანა საცობის  
სახით ღვინის ჭიქა და გზის ნაპირზე ზედ დააჯდა. ჭიქა დაიმსხერა და გამოი-  
წვია ძლიერი სისხლის დენა. არა იშვიათია შემთხვევები, როდესაც სამკურნალო  
მიზნით ყვნის გაკეთების დროს უკანასენელს ბოლო თავი (ბუნიკი) დარჩენილია  
სწორ ნაწლავში. აგრეთვე ბევრი შემთხვევა აწერილი ლიტერატურაში, სადაც  
ავადმყოფს სიმთვრალის დროს შეუყვანია უცხო სხეული, ასე მაგ. ლარინ-ს

მოყვავს Moore ს შემთხვევა, სადაც უკანასკნელს ამოულია გარდიგარდობო — ქოლინჯიდან წვიმის ქოლგის ტარი, რომელიც მოტყდა და დარჩა სწორ ნაწლავში მთერალი ავადმყოფის ზედ დაჯდომის დროს.

განსაკუთრებით მინდა შევეხო იმ შემთხვევებს, სადაც სწორ ნაწლავში შევანილია უცხო სხეული, გაუკულმართებული სქესობრივი მოთხოვნილების დაქმაყოფილების მიზნით. ასეთი შემთხვევები შეფარებით იშვიათ მოვლენას წარმოადგენენ. დამახასიათებელია, რომ ავადმყოფთა უმრავლასობა ამ შემთხვევაში ნამდვილ მიზეზს არ ამჟღავნებენ სირცხვილის გამო, ხოლო უკავშირებენ მოქსდარ ამბავს უკანა ტანის ქავილს ან რომელიმე შემთხვევით მოვლენას. აღნიშნულ ჯგუფს ეკუთვნიან ჩვენი ორი შემთხვევა, რომელთაც მოვიყვანთ ლიტერატურაში აწერილი შემთხვევების განხილვის შემდეგ.

ამ მხრივ მეტად საგულისხმიეროა მინერვისის შემთხვევა<sup>4)</sup>: ქ. ფერგანის საავადმყოფოში მასთან გამოცხადდა ვინდე უზბეკი 30 წლის, ჩივილით მარჯვენა თეძოს არეში ტკივილებზე. დასმული იყო დიაგნოზი უცხო სხეულის შესახებ, რაიც დამტკიცდა ლაპარატომით და ენტეროტომით: სიგმოიდური ნაწლავიდან ამოლებულ იქმნა ხის აჭერი ცილინდრის მოყვანილობის 20 ს/მ სიგრძის და 13½ ს/მ გარშემოწერილობის. აღსანიშნავია, რომ სხეულის ბოლოს მიცემული ჰქონდა ასოს თავის ფორმა. ცხადია, რომ ამ შემთხვევაში ავადმყოფმა შეიყვანა უცხო სხეული სწორ ნაწლავში, სქესობრივი გრძნობის უკულმართად დაქმაყოფილების სურვილით, რისთვისაც სპეციალური ხელსაწყოც გაიკეთა. როგორც აღნიშნავს ავტორი, უზბეკისტანში ძალიან ხშირია სქესობრივი სურვილის არახორმალური გზით დაქმაყოფილება.

მსგავს შემთხვევებში დიაგნოზის დასმა ზოგჯერ ძნელი ხდება, ვინაიდან ხშირად ავადმყოფები მალავენ სნეულების ნამდვილ მიზეზს და ამით ექიმი შეჰყავთ შეცდომაში. ამ მხრივ აღსანიშნავია პრ. რაზუმოვსკის შემთხვევა, სადაც ერთმა „კაზაკმა“ თვით შეიყვანა სწორ ნაწლავში უცხო სხეული—ბოთლი და შემოვიდა კლინიკაში შიგნითა ჩატედვის ნიშნებით. რაზუმოვსკიმ არ იცოდა, თუ რაში იყო საქმე და დიდათ გაუკვირდა, როდესაც ოპერაციის დროს მან აღმოაჩინა მუცულის ღრუში ბოთლი, მთლად გაჭედილი განავალით. ბოთლმა გახვრიტა ნაწლავის კედელი და გავიდა მუცულის ღრუში.

არა ნაკლებ საინტერესოა ექ. მაქაცარიას შემთხვევა<sup>10)</sup>: ქ. ბათონიმის საავადმყოფ უში მოყვანილი იყო დურგალი 46 წლის მუცულის არეში ტკივილების გამო. მისი აღნიშნებით ამხანაგმა დურგალმა შურის ძიებით მას ჩაასვა უკანა ტანში ბამბუკის ნაჭერი. ობიექტიურად უცხო სხეულის პერიფერიული ბოლო ისინჯებოდა სწორი ნაწლავის ამპულაში, ხოლო ცენტრალური ბოლო სიგმოიდალურ კოლინჯში. ავადმყოფს ზოგადი ნარკოზით სფინქტერის გაფართოვების შემდეგ გამოულეს უცხო სხეული—ბამბუკის ხის ნაჭერი 29 ს/მ სიგრძის და 5 ს-მ დიამეტრის. შემდეგში გამოირკვა, რომ ავადმყოფი წინადაც სარგებლობდა აღნიშნული სხეულით სქესობრივი გრძნობის დაქმაყოფილების მიზნით. განსაკუთრებით ხშირია ამ მიზნით ბოთლებით სარგებლობა. მაგ. ჰიდეკოის შემთხვევა, რომელიც მოყვავს ლარინს<sup>5)</sup>, სადაც ლაპარატომიის და ენტეროტომიის შემდეგ სიგმოიდური ნაწლავიდან ამოლებულია უცხო სხეული—

ბოთლი გრძელი ყელით 19 ს-მ სიგრძის და 19 ს-მ გარშემოწერილობის. ამ ჩემოვე დელბე (Delbe) აღნიშნავს შემთხვევას, როდესაც ნაწლავიღზე ამოღებული იყო ბოთლი 24 ს-მ სიმაღლის და 18 ს-მ სიფართის.

კაჯენი (Kaden) ოლწერს ბრეინეს (Breine) შემთხვევას, სადაც 38 წლის პსიხოპათს შეუყვანია კანიკური ფორმის ჭიქა, და შემოსულა კლინიკაში მიღალი ტ-ით და ინტოკსიქაციის მოვლენებით გაუვალობის ნიადაგზე. აქ აღსანიშნავია ოპერაციის მეთოდი, სახელდობრ კუდუსუნის და გავის ძლის მოშორების შემდეგ დიდის სიძნელით ამოღებული იყო უცხო სხეული—ჭიქა. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფს დასჩემდა *incontinentio alvi*. ასეთივე თავისებური მეთოდი ოპერაციისა ნახმარი არის ექ. შმიდტ-ის მიერ. აქ ძალდატანებით იყო შეუყვანილი 13 ს-მ სიგრძის და 11 ს-მ სიგანის ხის სოლი. აქაც კუდუსუნის მოშორების შემდეგ ნაწლავიღან გამოღებული იყო უცხო სხეული. ამნაირად, როგორც ვეხდავთ ლიტერატურაში, ხშირია შემთხვევები, როდესაც სქესობრივი გრძნობის დაკმაყოფილების მიზნით სწორ ნაწლავში შეჰქავთ უცხო სხეულები. შეიძლება ითქვას, რომ შემთხვევათა უმრავლესობა ეკუთვნის ამ ჯგუფს. მაგალითად, პრ. СИТКОВСКИЙ-ს თავის შრომაში აღნიშნული აქეს უცხო სხეულის სწორ ნაწლავში შეუყვანის 8 შემთხვევა (თავისი მასალის მიხედვით). ამათში სამი იყო მოხვედრილი *per os*, ხოლო დანარჩენი ხუთი *per anum*, და უკანასკნელთა შორის ოთხი გაუკულმართებული სქესობრივი გრძნობის დაკმაყოფილების მიზნით. ყველა შემთხვევაშივე ავადმყოფები არ იძლეოდნენ ნამდვილ ცნობებს. აღსანიშნავა, რომ ყველა 8 ავადმყოფს უცხო სხეულები გამოუდეს *per anum*. ლიტერატურის მოქლედ განხილვის შემდეგ, გადავდივარ ჩვენ შემთხვევების აღწერაზე. ორივე შემთხვევა ეკუთვნის ხანში შესულ მამაკაცებს და ორთავეს უხმარია ბოთლები.

შემთხვევა პირველი. 20-VIII 1927 წ. ისტ. № 858 კ-ი მიხეილ 50 წლის, რუსი ეროვნებით, ქვრივი, უმუშევარი—მიღებულია როგორც სასწრაფო შემთხვევა. როგორც თვითონ ავადმყოფი აღნიშნავს, სამი დღის წინ მას პატარა ბოთლზე წამოუცვია ხისგან გაკეთებული სოლი, რითაც შემდეგ ანუსში შეუტანია „გითომც“ მოსაქვებლად. ამ მანიბულაციის დროს გარეშე სხეული სრულიად შესვლია სწორ ნაწლავში. კლინიკაში გასინჯვისას აღმოჩნდა: მუცლის მარჯვენა მხარეზე, ჭაბიდან 2—3 თითის დაშორებით, ისინჯება რაღაც მაგარი სხეული, სრულიად მოძრავი ჰალპაციის დროს. 10-VIII საღამოს 9 საათზე ავადმყოფს ზოგადი ნარჯაზით (ეთერის) გაუკეთდა *Laparotomy* (ოპერატორი ექ. ხაზარაძე), განაკვეთი *Lenander*-ის 15 ს-მ-ის სიგრძის. მსხვილი ნაწლავი ამოღებული იქმნა ჭრილობიდან. *Coecum*-ში ისინჯება უცხო სხეული. ნაწლავი გაიკვეთა და სხეულის ამოღების შემდეგ ისევ დაიხურა სამსართულოვანი კვანძოვანი კეტგუტის ნაკერით. ჭრილობა დაიხურა ყრუდ. ავადმყოფი მე-12 დღეს გაეწერა კლინიკიდან განკურნებული. ამოღებული უცხო სხეული მართლაც წარმოადგენდა სოლზე წამოცმულ მინის ბოთლს (იხ. სურათი № 1).

მთელი უცხო სხეულის სიგრძე უდრის 18 ს-მ, ხოლო მისი დიამეტრი 3 $\frac{1}{2}$  ს-მ. აღსანიშნავია აქ ის გარემოება, რომ ავად-ბყოფა შეიტანა მთელი სხეული სწორ ნაწლავში ხის სოლის წვერით, ხოლო თვით ბოთლით მან ისარეგბლა, როგორც ერთგვარ ხელის მოსაკიდებელ საგნით. საგულისისმიეროა აქაც, ისე როგორც ექ. მისების შემთხვევაში, ის, რომ სხეულის ბოლოს მიცემული აქვს მამაკაცის ასოს თავის მოყვანილობა.

შემთხვევა მეორე. 12-VIII-29 წ. ისტ. № 1872. მამაკაცი ს-ძე ვასილ 65 წლის, ქართველი შორაპანის მაზრიდან, ხელობით დალაქი, უცოლო, შემოსულია მუცლის არეში ტკივილებზე ჩივილით. როგორც თვითონ აღნიშნავს, ორი დღის წინ მას უკანა ტანის ბოთლით ქავილის დროს, უკანასკნელი ღრმად შეუტანია მთლიანად შიგნით ნაწლავში, ისე რომ შემდეგ ველარ გამოუღია.

ადგილობრივ ექიმებს ვერ უნახავთ და ურჩევიათ საავადმყოფოსათვის მიემართნა. ავადმყოფი უკანა ტანის ქავილს უჩივის ექვსი წელიწალია. აქვს უკანა ტანიდან ჩირქის და სისხლის დენა. ახალგაზრდობაში ჰქონია მაგარი შანკირი, რის გამოც გაუტარებია ანტილუეტიური მკურნალობა. საერთოდ ავადმყოფი აღნიშნავს სქესობრივ გრძნობის გაუკულმართებას.

*Status praesens:* მაღალი ტანის, სწორი აგებულების, საშუალო კვებიანობის, ცხვირის მარჯვენა მხარეზე აქვს დეფექტი—cancer nasi, შინაგანი ორგანოების მხრივ Norma. *Status intoco:* ანუსის არეში აქვს 2 ფისტულა-ჩირქმდენი. ანუსი დანაოჭებული და გასქელებული, წააგავს ქალის სასქესო მსხვილ ბაგეებს. თითოთ გასინჯვისას სილრმეში ისინჯება რაღაც სიმკვრივე. Rectoscop-ით გაშუქებისას 15 ს-მ-ის სილრმეზე სჩანს ბოთლის ძირი, რომელსაც დაედო კორნცანგი, ხოლო გამოწევის დროს ანუსიდან 5 ს-მ-ის დაშორებით ისევ დასხლტდა სწორი ნაწლავის ლორწოვანი ჰიპერემიული. მეორე დღეს ნაცადი იყო უცხო სხეულის გამოლება შეერთებული წესით, ერთი მხრით ანუსიდან მანიპულაციებით და მეორე მხრით, მუცელზე ხელით ზედდაწოლით, მაგრამ ცდა დამთავრდა უშედევოდ. 16-VIII ეთერის ნარკოზით გაუკეთდა Laparatomy (ოპერატორი ექ. აბეტელი): S. Romanum-ი ამოიწია იმ ალაგას, სადაც ისინჯებოდა უცხო სხეული. ნაწლავზე დაედო ქისისებრივ ნაკერი, რის შემდეგ გაიჭრა და ამოლებული იქმნა მინის ბოთლი სიგრძით 16 $\frac{1}{2}$  ს-მ., რომლის ფართე (ძირის) ნაწილის დიამეტრი 4 $\frac{1}{2}$  ს-მ. იყო, ხოლო ვიწრო ყელის ნაწილის 2 ს-მ. ბოთლი შეუტანია ყელით ზემოთ (იხ. სურათი 2).

ნაწლავი დაიხურა ორმაგი ქისისებრი ნაკერით. ავადმყოფი გაეწერა მე-45 დღეს განკურნებული. ჭრილობის შეხორცება per secundam intentionem სწორ ნაწლავში; უცხო სხეულების დიაგნოსტიკა ზოგჯერ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ამ მხრივ დიდი მნიშვნელობა აქვს თითქმის ყველა შემთხვევებში ანამნეზს, რომელიც აუცილებლად გულდასმით უნდა იყოს შეკრებილი, ვინაიდან როგორც

აღვნიშნეთ, ამგვარ იყადმყოფთა უმრავლესობა, სწორულების განსაკუთრებული ხასიათის გამო, სირცხვილის გრძნობით გამსჭვალული, ნამდვილ მიზეზს ან მალვენ ან სწორ პასუხს არ იძლევიან. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა ობიექტიურ გამოკვლევას, როგორც per rectum გასინჯვას, ისე რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. ასეთ გამოკვლევას მით უმეტეს აქვს მნიშვნელობა მაშინ, როდესაც კლინიკური მოვლენები სუსტად ან სულ არ არიან გამოხატული.



სურ. 1

სურ. 2

კლინიკური სურათი არ იძლევა მუდამ ერთგვარ სიმპტომებს: ზოგიერთ შემთხვევაში მოვლენები მცირედ არიან გამოხატული და პირიქით არის ისეთი შემთხვევებიც, სადაც გვაქვს გაუვალობის და მუცლის აპეს ანთების მოვლენები.: ხშირად დიაგნოზს გამოააშარავებს მუცლის პალცაცია, თუ კი შევიგრძნობთ რამეგ სრულიად განსაზღვრულს და თავისებური მოყვანილობის სხეულს.

უცხო სხეულების ბედ-ილბალი ნაწლავში სხვადასხვანაირია; ან ის გადამოდ ბუნებრივი გზით, ან ახდენს ნაწლავის პერფორაციას, ან და რჩება სამუდამოდ ნაწლავში. რაც შეეხება ცალკე შემთხვევის პროცენტს, იგი დამოკიდებულია უცხო სხეულის ფორმაზე, ოდენობაზე და თვით ნაწლავის მდგომარეობაზე, მაგ. სხვადასხვა პატოლოგიურ პროცესის გამო მის შევიწროებაზე. საერთოდ კი აღ-სანიშნავია, რომ სწორი ნაწლავი მეტად გამძლეა უცხო სხეულებისადმი. ამ მხრივ აღსანიშნავია შემთხვევა<sup>4)</sup>, სადაც ივალმყოფს შეუყვანია სწორ ნაწლავში სატეხი და დაუტოვებია შიგ  $1\frac{1}{2}$  თვე. და ამის და მიუხედავად ამ უცხო სხეულს რაიმე მოვლენები არ გამოუწვევია. იმ შემთხვევაში, სანამ უცხო სხეული მდებარეობს სწორ ნაწლავში, მათი გასწვრივ ღერძები ერთი მიმართულებისაა. აგრეთვე, სწორ ნაწლავის უმოძრაობის გამო უცხო სხეულს აქვს შედარებით მყარი მდებარეობაც, ხოლო როდესაც უცხო სხეული გადადის S. Romanum-ში უკანასკნელის მოძრაობის გამო, უცხო სხეული სცვლის თავის მდებარეობას და შედეგად შეუძლია ნაწლავი გადაგრიხოს და ხშირად მისი პერფორაცია გამოიწვიოს (ექ. მინეიკის-ი).

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ უცხო სხეული სწორ ნაწლავიდან თავის-თავად იშვიათად გამოდის. ასე, მაგ., კუჭის უცხო სხეულები ბუნებრივი გზით გამოისულა  $34\%$ -ში, ნაწლავის უცხო სხეულები  $37\%$ . (Вельфлер-Либлейн). ამავე უტორთა სტატისტიკა კუჭ-ნაწლავის ტრაკტის უცხო სხეულების დროს განკურნებას აღნიშნავს  $73\%$ -ში. გადავდივარ მეურნალობაზე.

მსხვილ ნაწლავის უცხო სხეულების დროს მეურნალობის მეთოდი საკმაოდ დამუშავებული არაა. ყოველ შემთხვევაში აქაც, ისე როგორც საერთოდ კუჭ-ნაწლავის უცხო სხეულების დროს, უნდა ვეცადოთ უცხო სხეული ბუნებრივი გზით გამოვიტანოთ, შესაფერი დიეტის და საფალარაოოს დანიშვნით. კერძოდ იმ შემთხვევაში, სადაც უცხო სხეული მისაწვდომია სწორი ნაწლავიდან, მიზან-შეწონილია აქედან, ზოგადი ნარკოზით, მისი უშუალოდ გამოტანა და მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ამ წესით გამოტანა არ ხერხდება, მივმართოთ ოპერატორულ წესს ან ნაწლავის და ანუსის გაფართოვებით ან პირდაპირ ენტერო-ტომიის წარმოების სახით. უკანასკნელი შესაძლებელია როგორც per Laparatomiam, ისე კუდუსუნის ამოკვეთის შემდეგ. ჩვენი კლინიკა უპირატესობას აძლევს ლაპარატომიას. საერთოდ კი ენტეროტომიის სიკვდილიანობის  $\%$  შედარებით მაღალია და უდრის  $25\%$ . თიხოებით, Monod-ით სწორ ნაწლავში უცხო სხეულების 34 შემთხვევებიდან per anum იყო გამოტანილი 27 შემთხვევაში 5 სიკვდილიანობით, და მხოლოდ 7 შემთხვევაში საჭირო გახდა ნაწლავის სისხლიანი წესით გაფართოება.



1. უცხო სხეულები სწორ ნაწლავში უდიდეს შემთხვევათა რიცხვში ჭარ-მოადგენენ სქესობრივ გრძნობის გაუკუღმართებულ წესით დაკმაყოფილების შე-დეგს.

2. უცხო სხეულებს სწორ ნაწლავში შეუძლიათ ზოგიერთ შემთხვევაში მძიმე მოვლენების გამოწვევა პერტორაციის, გაუვალობის და აქედან გამომდი-ნარე გართულებათა სახით.

3. ყოველ ცალკე შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის მიერ გულდასმითი გამოკითხვა-გამორკვევა, ვინაიდან ავადმყოფთა უმრავლესობა უცხო სხეულის შეუგანას მაღავს.

4. კონსერვატიულ მკურნალობას—უცხო სხეულის უკანა ტანიდან გამოტა-ნას უნდა მიეცეს უპირატესობა; და იმ შემთხვევაში, თუ ეს წესი შედეგს არ გვაძლევს ან სახითათოა (რაც დამოკიდებულია სხეულის ფორმაზე, ოდენობაზე, ნაწლავის და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე), უნდა მივმართოთ ოპერა-ტორი— წესს— Laparotomy-ს ნაწლავის გაკვეთით.

#### ლიტერატურა

1. Тихов— „частная хирургия“.
2. Вильмс-Вульштейен— „частная хирургия“.
3. Каден— „клиническая медицина“, журнал № 22—1929.
4. Минейкис— „случай инор. тела “flexurae sigmoideae средне-азиа-тский мед. журнал. Т 5 № 1.
5. Ларин— к вопросу об инор. телах желудочно-кишечного тракта, жур. „Новая хирургия“ № 10—1930 г.
6. ვ. მუხაძე. შემთხვევა ნაწლავების კენჭების ქ. „ექიმი“ № 7-8—1919.
7. Самгородский— к казуистике инородных тел, желудочно-кишеч-ного тракта, журнал „Новый хирургический архив“ № 80—1930.
8. Рождественский— Н. Х. А. к казуистике инор. тел прямой кишки № 75.
9. Рабинович— „к вопросу об инор. телах в прямой кишке“. „Н. Х. А“ № 75—1925.
10. Макацария. К казуистике извлечения инор. тела из толстых кишок, носовой полости и влагалища, жур. „Врачебное Дело“ № 19-20, 1925 г.

Ճ-ր. Է. Գ. Կուրդիանի

Из Госпитальной хирургической клиники Тифл. Мединститута. Директор проф. Г. М. Мухадзе

К вопросу об инородных телах прямой кишки.

Автор приводит некоторые литературные данные по вопросу об инородных телах в прямой кишке и описывает два собственных случая, наблюдавшиеся в Госпитальной хирургической клинике Тифлисского Госунта за 1919—1929 г. Первый случай касается 50 летнего холостого безработного русского, который страдая зудом ануса, за три дня до поступления в больницу, надел на горлышко бутылки деревянный стержень от вешалки с формой glans penis'a и их вместе ввел себе в прямую кишку. Извлечено из слепой кишки per laparatomiam инород. тело—бутылка с деревянным стержнем—имела 18 см. в длину и 3 см. в диаметре. Больной на 12 день выписался здоровым.

Второй случай касается 65 летнего холостого парикмахера, грузина, который также ввел себе в прямую кишку бутылку 16½ см. и 4¼ см. в диаметр. Инородное тело извлечено per laparatomiam. Больной выписался на 45 день здоровым.

dr. E. Kurdiani.

ՅԱՐԱՅԵՑԴՈ  
ՅԱՅՎԱՐԱՐՈՒՅՈՒՆ

Chirurgische Hospitalklinik des Medinstitutes in Tiflis „Zur Frage der Fremdkörper im Mastdarm“.

Dir. Prof. MUCHADSE

Der Verfasser gibt einige Literaturangaben über die Frage der Fremdkörper in dem Mastdarm und beschreibt zwei Fälle, die vorgekommen und beobachtet wurden in der Hospitalklinik der Staatsuniversität zu Tiflis in Jahren 1919-1929.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 50 Jahre alten arbeitslosen Russen, welcher am Juckreiz im After leidend, steckte noch vor 3 Tagen vor der Einlieferung in das Krankenhaus in den Hals einer Flasche einen Holzstift der Kleidergarderobe, der die Form eines glans penis hatte und führte denselben in den Mastdarm. Durch Laparatomie hat man den Fremdkörper aus dem Blinddarm herausgeholt. Der Fremdkörper war ein in die Flasche eingekeilter Holzstift von 18 cm Länge und 3 cm. in Durchmesser. Der Kranke wurde am 12. Tag bereits gesund geschrieben.

Auch im zweiten Falle ein 65 Jahre alter lediger Friseur, Georgier hatte sich selbst in den Mastdarm eine Flasche von 16,5 cm. Länge und 4,5 cm. Durchmesser eingeführt. Der Fremdkörper wurde durch Laparatomie herausgeholt und der Kranke wurde nach 45 Tagen gesund geschrieben.

## II. აგაზიძე - ზერიძისა

კლინიკის ორდინატორი

### ATRESIA CERVICALIS SUB-PARTU-ს

საკითხისათვის

(ფფილის სახლმისო უნივერსიტეტის სამეცნ-გინეკოლოგიურ კლინიკიდან - გა. გვ. პ. თიბანეძე)

საშვილოსნოს ყელის ატრეზიის საკითხი სამკურნალო ლიტერატურაში ქველი საკითხია, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ცხადი და კლინიკურად დაღასტურებული სურათი დრომდე მისულ ორსულთა საშვილოსნოს ყელის შიგნითა ან გარეთა პირის შეწებება დღემდე გამოქვეყნებული ლიტერატურული მასალის მიხედვით სულ ერთეული შემთხვევით განისაზღვრება. ამიტომ ვფიქრობთ, რომ ჩვენი კლინიკის ორი ასეთი შემთხვევის აღწერა და გამოქვეყნება არ იქნება ინტერესს მოქლებული, მით უმეტეს, რომ ეს გართულება შემჩნეული იყო მშობიარობის პირებელ ხანაში და ქმნიდა ერთგვარ დაბრკოლებას მშობიარობის ნორმალური მსვლელობისათვის.

ვიდრე შემთხვევების აღწერაზე გადავიდოდეთ, საჭიროდ მიგვაჩნია თვით ამ იშვიათ დავადების ლიტერატურას ორიოდე სიტყვით შევეხოთ და გავიცნოთ ამ დავადების წარმოშობის ეტიოლოგიას, მის კლინიკურ სამსტომებსა და წამლობას.

არჩევნ საშვილოსნოს ყელის თანდაყოლილ და შექნილ Atresia-ს. ყელის თანდაყოლილი ატრეზია უფრო ხშირად გარეთა პირის დახშეით მულავნდება. შიგნითა პირისა და განსაკუთრებით კი ყელის მთლიანი დახშვა გვხვდება უფრო იშვიათად.

ჩაც შეეხება საშვილოსნოს ყელის არხის შექნილი ატრეზიის შემთხვევას, არსებულ ლიტერატურული მასალის მიხედვით, ავტორები უფრო ხშირად ყელის შიგნითა პირის ატრეზიას აღნიშნავენ და უფრო იშვიათად კი — გარეთა პირისას.

Volt-ს მოჰყავს საშვილოსნოს ყელის არხის დახშვის სამი შემთხვევა. სამივე შემთხვევა არა ორსულ საშვილოსნოს ეკუთვნის და ეხება ყელის შიგნითა პი-

<sup>1</sup> მოხსენებულია კლინიკის ექიმთა სამეცნიერო კონფერენციაზე.

რის გაუვალობას. პირველ შემთხვევას წინ მიუძღვდა ხელოვნური მუცელის ჟენერალური დენიმე მოშლა გამოფეხვით. ორი შემთხვევა ეხება მელოგინეობას, რომელთათვის პლანცეტის ნაწილების დარჩენის გამო გამოიფხევა საშვილოსნო. პირველ შემთხვევაში აღნიშნულ ავადმყოფს Laparatomyia-ს გაკეთებაც დასჭირებია, რასაც სავსებით დაუდასტურებია ლიაგნოზი, ე. ი. საშვილოსნოს შიგნითა ყელის შეწებება. გარდა ამისა, მასვე აღმოაჩინდა ორმხრივი Hemato salpingx და მუცელის ღრუში მენსტრუალური სისხლის დაგროვება. ავტორი ამ დაავადების მიზეზად საშვილოსნოს გამოთხევას ასახელებს და ასეთ შემთხვევებში შესაძლებლად სთვლის საშვილოსნოში დაგროვილ მენსტრუალურ სისხლის ფალოპიუსის მილებში და აქედან გადასვლას მუცლის ღრუშიაც.

ასეთივეja Müller-ის, Feuchtvanger-ის, Loebell-ის და ოქროპირიძის თითო შემთხვევა.

პროფ. ცომაკიონ-ს მოპყავს 49 შემთხვევა საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის შეწებებისა, რომელიც, მისი აზრით, დაკავშირებული უნდა იყოს საშვილოსნოს გამოფხექასთან. კლინიკურად, მისი დაკვირვებით, ეს დაავადება გამოიხატება რიგის აკრეფაში, რომელსაც თან ერთვის სხვადასხვაგვარი ხასიათის გართულება: ზოგს აწუხებს თავისა და სასქესო ორგანოების არეში ტკივილები, მუცლის გაბერვა, პირლებინება, გულისრევა, გულის წასვლა, კუჭ-ნაწლავისა და საშარდე ორგანოების აშლილობა; ყველა ამ მოვლენას პერიოდული ხასიათი აქვს და დაკავშირებულია თვიურის მოსვლის დროსთან. ზოგი კი, მიუხედავად იმისა, რომ რიგი აღარ მოსდის, ტკივილებს არ გრძნობს, მაგრამ მათ აწუხებს გამოვარღნის მოვლენები, როგორიცაა მაგ. სისხლის მოწოდება, გულის ცემა, საერთო სისუსტე, ოფლიანობა, ცხვირში სისხლის დენა, ფსიქიური დაღლილობა და სხვა. ამ მოვლენებსაც პერიოდული ხასიათი აქვს და დროულად დაკავშირებულია მენსტრუალურ ხანასთან. ავტორი აღნიშნავს ისეთ შემთხვევასაც, როდესაც არავითარ სუბიექტურ მოვლენებს აღგილი არ ჰქონია (მისი მე-18 შემთხვევა). 49 შემთხვევიდან 5 ავადმყოფი თავისითავად განიკურნა. 13 შემთხვევაში გაუკეთდათ ოპერაცია; აქედან ორითმეტ შემთხვევაში ყელის შიგნითა პირის შეწებვა დამტკიცებულ იქმნა. ამ დაავადების მიზეზად ავტორი ასახელებს საშვილოსნოს ყელზე წარმოებულ ოპერაციებს, პოლიპების ამოკვეთას, რადიუმით წამლობას, დიდი ხნით ტამპონის დატოვებას, მწვავე ნივთიერებით მიწვას და სხვადასხვას.

Bass-ის 20 შემთხვევაში 18 ეხება ნამშობიარებს ან ხელოვნურ მუცელგაცუდებულთ, ხოლო 2 შემთხვევა აღნიშნულია მშობიარობის დროს, მაგრამ ამის შესახებ ავტორი არავითარ ცნობებს არ იძლევა. დახმარება, რომელიც ავტორს ავადმყოფთათვის აღმოუჩნია, გამოიხატებოდა საშვილოსნოს ყელში ზონდის გატარებაში და შემდეგ ჰეგარის ჩხირებით გაგანიერებაში. ასეთი მოქმედება მას საუკეთესო და მიზანშეწონილ თერაპიულ მეთოდათ მიაჩნია. ყელის შეწებვის მიზეზად ავტორი სთვლის ჰეგარის ჩხირებით ყელის არასაკმარისს გაგანიერებას და ასეთ პირობებში კოვზით ენერგიულ გამოფხევას.

Hysgen-ის შემთხვევა ეხება დროულ მშობიარეს, რომელსაც ერთი წლის წინად ამ ორსულობამდე გაუკეთებია ხელოვნური მუცლის მოშლა. ორსულო-

ბამდე თავს კარგად გრძნობდა. ხსენებული ორსულობა ნორმალურად მიმდინარეობდა. შშობიარობის დაწყების სამი დღით აღრე ნაყოფის მოძრაობა შეუწყდა, წყლები ცოტ-ცოტა სდიოდა; სამშობიარო ტკივილები სავადმყოფოში შემოსვლამდე სამი დღით წინ დაეწყო, მაგრამ ვერ მოიმშობიარა. გასინჯვით აღმოჩნდა: საშვილოსნო დაპატარავებული, ტეტანიური, ქვასავით მაგარი, საშვილოსნოს საშოს ნაწილი ჯერ კიდევ არსებობს, გარეთა პირი უშვებს ორ თითს, შიგნითა პირის არეში ისინჯება ქსოვილის კედელი—სისქით 1 სანტ., რომელიც ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირს, მაშასადამე. შიგნითა პირი არ ისინჯება და არ ირკვევა საშოს სარკებით გაგანიერების შემდეგაც; წყლები იღვრება მეტად მლვრიე, მეკონიუმიანი და ცუდი სუნი აქვს. თუ როდის მოხდა სანაყოფის ბუშტის გასკდომა, გამორკვეული არ იყო. საშვილოსნო, მუცლის მხრივ, მოლიანად ამოკვეთილია, რის შემდეგაც ალმოჩნდა, რომ შიგნითა პირის მიღამოში არსებობს სტრიქტურა, რომელიც შეიცავს ფანქრის ოდენა სიფართის ხერელს. როგორც ჩანს, აქ ადგილი ჰქონდა ყელის შიგნითა პირის ნაწილობრივ შეწებვას. ამ გართულებას აფტორი წინედ გაკეთებულ მუცლის ხელოვნურ მოზღას მიაწერს.

Мандельштам-ი აგვიწერს სამშობიარო არხის მთელ რიგ ატრეზიის შემთხვევებს. ყველა შემთხვევებში ავტორი თითქმის იმავე კლინიკურ სიმპტომებს აღნიშნავს, როგორც ზემოთ დასახელებული ავტორები. ამ შემთხვევებიდან ჩვენთვის უფრო საინტერესოა ავტორის მე-18-ე შემთხვევა, საკითხი ეხება 23 წლის ქალს, რომელიც უჩიოდა უშვილობას და ყოველი რიგის დროს მწვავე ტკივილებს; მას აღმოაჩნდა *Colum conicum*. გაკეთებულ იქნა წინა და უკანა ბავერების სოლისებრი ამოკვეთა და საშვილოსნოს გამოფხეყა. 4 თვის შემდეგ ავადმყოფი დაორსულდა. ორსულობა დრომდე მიიტანა, მაგრამ მშობიარობის დაწყების გადას 12 დღე გადააცილა. ნაყოფის გულის ცემა შეუწყდა, გამოცნობილია Missed labour. 3 კვირის შემდეგ ავადმყოფს მისცა სიცხე. მუცლის ტკივილები არა აქვს. საშოს მხრივ საკეისრო გაკვეთა; აღმოჩნდა შიგნითა პირის დახშვა, რომელიც გაკვეთილ იქნა; ნაყოფს გაუკეთდა პერფორაცია და გამოყვანილ იქმნა კრანიოკლასტით. აქაც ატრეზიის წარმოშობას წინ მიუძლოდა საშვილოსნოს გამოფხეყა, მაგრამ ავტორი ამ მოვლენას უმთავრესად მიაწერს იმ არანორმალობას, რომელიც ავადმყოფს აღმოაჩნდა პირველი ოპერაციის დროს შიგნითა ყელის მიდამოში ირგვლივი ტიხრის სახით და აგრეთვე იმავე დროს შემჩნეულ საშვილოსნოს ღორწიანი გარსის ატროფიულ მდგომარეობას. მისი აზრით, ორსულობის დროს მოხდა ტიხრისა და ყელის მიღამოს ღორწიანი გარსის ჰიპერტონია, კიდეები ჰიპერტონიული ტიხრისა ერთმანეთს მიაწევნ, რასაც მოყვა ნეკროზი და შემდეგ შეხორცება.

Lau-ს შემთხვევა ეხება მშობიარეს, რომელსაც არც საშოსმხრივი ნაწილი და არც გარეთა პირი არ ემჩნეოდა და მიღამო და საშოს ზემო ნაწილი დანაწილებულებული ჰქონდა; ნაწილურები, ავტორის აზრით, წარმოიშვა იმ მწვავე ნივთიერების გამო, რომელსაც ავადმყოფი წინეთ ორსულობის ასაცდენად ხმარობდა. მშობიარეს დაჭირდა ნაწილურების გაკვეთა და მაშების დადება.

თითქმის ამგვარივეა ცერდიკოვის შემთხვევა; აქაც ავადმყოფი დალრუსულების ასაცდენად ხმარობდა სულეიმის ბურთულებს; ყელი, როგორც ასეთი, არ ემჩნეოდა. გარეთა პირი დანაწიბურებული. მუცლის მხრივ საკეისრო გაკვეთა.

ამ მცირე ლიტერატურული მიმოხილვის შემდეგ გადავდივართ ჩვენი კლინიკის შემთხვევების აღწერაზე.

1 შემთხვევა. 1928 წ. 15 ოქტომბერს, დილით 11 ს. 10 წ. შემოვიდა კლინიკაში დროული მშობიარე გ. ბ. 25 წ. ორსულობა მეათე. უშობნია 2-ჯერ ნორმალურად. ამ უკანასკნელ ორსულობამდე მას გაუკეთებია 7 ხელოვნური აბორტი. უკანასკნელი აბორტის შემდეგ თვიური არ უნახავს, ისე დაორსულებული. როგორც ორსულობამდე, ისე ორსულობაში თავს კარგად გრძნობდა. ნაყოფის პირველი ნძრევა არ ახსოვს. საშვილოსნოს დაწევა არ შეუმჩნევია. T°—38,3°, მაჯა—102; მუცლის გარშემოწერილობა ჭიბის დონეზე—90 სანტ. მუცლის კედლები საშუალო დაჭიმულობის. საშვილოსნო დაწეულია მახვილისებრ მორჩიდან 3 თით. მენჯი ნორმალური. ნაყოფის მდებარეობა გარდიგარდმო. კლინიკაში შემთხველამდე 5 დღის წინად დალვრია წყლები ყვითელი ფერისა. 14 ოქტ. უკანასკნელად უგრძევნია ბავშვის მოძრაობა; შემდეგში კი მოძრაობა არ შეუმჩნევია.

15 ოქტ. შინაგანი გაშინჯვის შემდეგ იძლევა: საშ. გარეთა პირი უშვებს ერთ თითს. შიგნითა პირი დახშულია. შიგნითა პირის არეში ისინჯება ქსოვილები, რომლებიც ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირს და შეწებებული არიან საშვილოსნოს შიგნით პირთან. წყლები იღვრება მღვრიე, მეკონიუმიანი და ცუდი სუნისა. თითების საშუალებით შესაძლებელი შეიქმნა შიგნითა პირის შეწებების გათიშვა და ბრაქსტონ ჰიკსის წესით ნაყოფის მოძრუნება.

ვინაიდან ბავშვი მკვდარი აღმოჩნდა და ყელიც არ იყო სათანადოდ გახსნილი, ამისათვის იქმნა ჩამოტანილი ფეხი და დატოვებული.

16 ოქტ. ღამის 3 საათზე იქმნა გამოტანილი ბავშვი. მეორე ხანის დამთავრების შემდეგ, მელოგინეს აუტყდა ძლიერი სისხლის დენა, მიემართეთ ახულაძის და Crede-ს წესს—მაგრამ უშედეგოდ, გამოვუშვით კატეტრით შარდი, შევუშხაპუნეთ მორფიუმი უშედეგოდ. მომყოლი მჭიდროდ მიმაგრებული იყო საშვილოსნოს ფსკერის მიდამოში. იძულებული ვიყავით. მომყოლი ხელით გამოგვეტანა. ვინაიდან მომყოლის ნაწილები ჩარჩა ბლობად, ამისათვის იმავე დღეს იქმნა აყვანილი მაგიდაზე და გამოფხეკილი დიდი კოვზით, გამოიჭეკის შემდეგ საშვილოსნოს ღრუ გამოვრეცხეთ 10% მარილის ხსნარით.

შეორე შემთხვევა ს. ს. 34 წ. შემოვიდა კლინიკაში. 17 ოქტომბერს 1928 წ. 1 ს. 30 წ. ღამით, ძლიერი სამშობიარო ტკივილებით. ორსულობა მეცხრე, მხოლოდ უშობნია ორჯერ. ბავშვები მოჰკვდომია ფილტვების და ნაწლავების ანთებით; მშობიარობა

ჰქონია ნორმალური. ამ უკანასკნელი ორსულობამდე მას გაუკეთებია 6 ხელოვნური აბორტი, უკანასკნელი ხელოვნურად მუცულის მოშლა გაუკეთებია 1927 წ., რის შემდეგაც მას რამდენიმე დღე მოდიოდა სისხლი; შემდეგ თვიური არ უნახავს, ისე დაორსულდა. როგორც ორსულობამდე, ისე ორსულობაში თავს კარგად გრძნობდა. ნაყოფის ძვრა არ ახსოვს. საშვილოსნოს დაწევა არ შეუძინევია, T-ი 36,8, მაჯა 90'. მუცულის გარშემოწერილობა—99 სანტ. მუცულის კედლები საშუალო დაჭიმულობის. საშვილოსნო დაწეულია მახვილისებრი მორჩილან 4 თითოთ. მენჯი ნორმალური. ნაყოფის მდებარეობა სიგრძით: წვრილი ნაწილები მარცხნივ, გულის ცემა მარჯვნივ 144, ყელი დამოკლებული, გარეთა პირი უშვებს ერთ თითოს, შიგნითა პირი კი სრულიად თაღის გვარად დახურულია. ზომიერი სამშობიარო ტკივილები. წყლები არ დაღვრია. მეორე დღეს მშობიარეს ტკივილები შეუჩერდა. გასინჯულია სარკეების საშუალებით; ყელის შიგნითა პირი წვრილ ზონდსაც კი არ უშვებს, გარეთა პირი გახსნილია ორ თითამდე, რის გამოც პროფ. ი. თეკანაძის მიერ ჩლუნგი გზით საჩვენებელ თითის ბურლისებრი მოძრაობით შიგნითა ყელის შეწებვა გათიშულ იქნა და გახსნილი ორ თითამდე. შემდეგ ამისა სანაყოფო ბუშტმა იწყო დაჭიმვა, სამშობიარო ტკივილებმა თანდათან უმატა. 20 ოქტ. დილით 9 საათზე მოიმშობიარა თავისით სრულიად ნორმალურად.

თუ ზემოთ მოყანილ ავტორთა შემთხვევებს გავითვალისწინებთ, დავინახავთ, რომ ჩენი შემთხვევები უფრო წააგავს Hysgen-ის და რამდენიმედ მანდელიშტამ-ის მე-18-ე შემთხვევებს. ამ ორი ავტორის შემთხვევებშიაც ყელის შეწებვა მშობიარობის დროს იყო შემნეული და ქმნიდა დაბრკოლებას მშობიარობის წინმსვლელობისათვის. გარდა ამისა, როგორც ჩენს პირველ შემთხვევაში, ისე Hysgen-ის შემთხვევაშიც საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირის სრული, შეწებვა არ ყოფილ—სანაყოფო წყლებს საშუალება ჰქონდა დაუბრკოლებლივ, თუმცა წვეთ-წვეთად, თავისით დაღვრილიყო. როგორც ჩენ მეორე შემთხვევაში, ისე მანდელიშტამ-ის შემთხვევაშიც იყო სრული შეწებვა, მაგრამ განსხვავება იმაშია, რომ Missed la bouri-თან ჩენ საქმე არ გვქონია და შეწებვის გათიშვის შემდეგ სანაყოფო ბუშტმა იწყო დაჭიმვა და მშობიარემ მოიმშობიარა თავისით სრულიად ნორმალურად. მანდელიშტამ-ის შემთხვევაში გარსები საკმაოდ მკვრივი იყო, ამიტომ ბუშტი ხელოვნურად იქმნა გახეული—შიგ სანაყოფო წყლები არ აღმოჩნდა.

ყელის შიგნითა პირის შეწებვის მიზეზი ჩენს შემთხვევაში უნდა ვეძიოთ გამოფხექით მუცულის ხელოვნურ მოშლაში, რომელიც მშობიარებმა ამ ორსულობის დაწყების წინ გაიკეთეს. ჩენ ვიცით, თუ რა გინდ წესიერად არ ვაწარმოვოთ საშვილოსნოს გამოთხეკა, ყველაზე მეტი ტრაემა ყელის შიგნითა პირს შეხვდება, სადაც მძლავრად და ლრმად გამოფხეკის გამო კუნთოვანი შრეც იფხიკება, რის ნიადაგზე შემდეგში ჩნდება წყლული, რომელიც ნაწილში შეხორცების და ან დამთავრდება სრული ან ნაწილობრივ შეხორცებით.

უნდა ვითიქროთ, რომ ჩვენი მეორე აგადმყოფობის საშეილოსნოს წყლის  
შიგნითა პირის სრული შეწებვა მოხდა არა დაორსულებამდე, არამედ მის შემ-  
დეგ. წინააღმდეგ შემთხვევაში ორსულობა შეუძლებელი იქნებოდა.

აյ თრსულობამ, ჩვენის აზრით, ერთნაირად ხელი შეუწყო ატრეზის  
წარმოშობას, რადგან ამ დროს მას სისხლის დენა თვიურის სახით შეუწყდა და  
მაშასადამე არ არსებობდა შეწებვის ხელშემლელი პირობები. ისიც უნდა ვი-  
კონით მხედველობაში, რომ ორსულობის დროს ქალის სასქესო ორგანოები  
ჰიპერამიას განიცდიან და ამ დროს წყლულის აღორძინებისა და შეწებვისა-  
თვის უფრო უკეთესი პირობებია შექმნილი.

დასასრულ ორიოდე სიტყვა წამლობის შესახებ. ერთ-ერთ საშუალებად,  
როგორც ეს იყო ჩვენს შემთხვევაში, უნდა იქნეს მიღებული შეწებებული ნაწი-  
ლის ჩლუნგი გზით გათაშვა და, თუ ეს მოუხერხებელია, საჭიროა უფრო რა-  
დიგალური ოპერატიული ჩარევა.

## Ю. აბაშიძე-ბერიძე

### აკუშერსкая—гинекологическая клиника ТИФ. Гос. Мед. Института

Директор—Проф. И. ТИКАНАДЗЕ

К вопросу Atresia cervicalis sub partu.

Автор подробно разбирает литературный материал по данному вопросу, приводит случай Вольфа (три), Цомакиона (49 сл.), Басса (20 сл.), случаи Мандельштама, Hysgen-a, Окропиридзе и других, где все сознанные авторы за этиологический момент данного заболевания, главным образом считают предыдущее Abrasio. После этой литературной сводки автор описывает свои 2 случая.

I. Роженница, № 25, лет 11 Abort. artific. 7. все до этой беременности. Последний аборт 11 мес. тому назад. При поступлении в клинику диагноз: Gravid. X mens. pos. transversa. Сердцебиение плода не выслушивается. При исследовании:

наружный зев пропускает 1 палец, внутренний зев закрыт, у внутреннего зева прощупывается мясистая мягкая перегородка, которая закрывает вход в полость матки. Применено польцевое расширение шейки с разъединением и пробуравливанием существующей перегородки. Поворот по Braxton-Nickssche-у извлечен младенец мертвый.

II Роженница № 30, лет. 11 роды, Abort. artif. 6 раз. Последний оборт за год до настоящих родов. При исследовании: шейка укорочена наружный зев пропускает 1 палец, внутренний зев закрыт. На второй день после поступления в клинику боли прекратились, исследование зеркалами и зондирование шейки матки—установило: сращение в об-

ласти внутреннего зева Применено пальцевое расширение и пробуравливание существующей перегородки в области внутреннего зева. Роды самопроизвольно. Младенец живой. На основании литературных данных и своих случаев автор заключает, что в этиологии данного заболевания первенствующее место принадлежит Abrasio, во время которого происходит невольное повреждение

внутреннего зева шейки матки, после чего часто развиваются рубцы и воспалительные явления, результатом чего нужно считать заражение шейки матки.

Наилучшим способом лечения нужно считать пальцевое расширение и разединение сросшихся мест; в крайнем случае нужно прибегнуть к радикальному оперативному вмешательству.

---

### 3. გოგლისი

ორდინატორი

## Aleikia haemorrhagica-ის

ე რ თ ი შ ე პ თ ხ ვ ე ვ ა<sup>1</sup>

(ქალ. 1 საავად. სამეანო-გინეკოლოგიურ განყოფილებიდან. განყოფილების  
გამგე პროფ. გ. ღოღლივისი)

Aleikia haemorrhagica ანუ აპლასტიური ანემია ეკუთვნის ძლიერ იშვიათ დაავადებას და წარმოადგენს ორგანიზმის ისეთ მდგომარეობას, როდებაც სისხლის წარმომშობი ორგანოს ფუნქცია, როგორიც არის ძვლის ტვინი, ძალზე შესუსტებულია. ჯერ-ჯერობით მსოფლიო სამედიცინო ლიტერატურაში არის აღწერილი ასეთი დაავადების სულ რამდენიმე ათეული შემთხვევა.

პირველად Frank-ი გამოყო ეს დაავადება სხვა ანემიებისაგან და უწოდა მას Aleikia haemorrhagica, რომლის დამახასიათებელ თვისებებს შეაღენს ანემია, ლეიკოპენია, ტრომბოციტენია და ჰემორაგიული დაზრეზი.

Frank-ი ამ დაავადებას სთვლის დამოუკიდებელ დაავადებად (ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად), ვინაიდან მან ამ დაავადების დროს სისხლში ნახა ისეთი ცვლილებანი, რომელიც დამახასიათებელი არ არის ანემის დანარჩენ ფორმებისათვის.

Frank-ის მიერ ამ დაავადების ცალკე დაავადებად გამოყოფას ბევრი სხვა ავტორები არ ეთანხმებიან. მაგალათად, Шустов-ის და Владос-ის აზრით Aleikia არის haemorrhagica არ შეიძლება დამოუკიდებელ დაავადებად ჩაითვალოს, არამედ ეს ყოველგვარი სხვა ანემის უმაღლესი გამოხატულება და როგორც ასეთი მეორადი დაავადება. მათი აზრით, ძვლის ტვინის რეკვერატორულ თვისების შესუსტებას სხვა ანემიების დროსაც აქვს აღვილი.

„არ არსებობს, ამბობენ ისნინ—ისეთი სპეციფიური დაავადება, რომელიც მხოლოდ ძვლის ტვინის ჰიპოფუნქციით იყოს გამოწვეული. ძვლის ტვინის ჰიპოფუნქციის ხშირად ვხვდებით სხვადასხვა დაავადების დროსაც (ინფექციური და-

<sup>1</sup> მოხსენებულია ქალ. I საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ განყოფილების ექიმთა სამეცნიერო კონფერენციაზე.



ავადებანი, რანგრძლივი სიმშილი და სხვა), მაგრამ ამავე დროს ადგილი აქცის და? ნაჩრენ ორგანოების და ქსოვილების ჰიპოფიზური გუასაც\*. ზემოხსენებული ავტო-რების აზრს იზიარებენ Hirschfeld-ი, Pappenheim-ი და სხ.

სულ სხვა შეხედულების არის Aleikia haemorrhagic-ის ცალკე დაავადება გამოყოფას და ამბობს: „ჰე-მორაგიული დიატეზის მეათით ნიშნები, კუჭ-ნაწლავის მხრივ რაიმე ჩივილების უქონლობა და სისხლის შრატში ბილირუბინის არ არსებობა გვაძლევს საბაბს ვიფიქროთ, რომ ფრანკი, რომელიც ალეიკიას დამუკიდებელ დაავადებად სთვლის, თავის დასკენებში მართალია. ძვლის ტვინის გამოკვლევა მის დასკვნას სავსებით იდასტურებს“.

ამ დაავადების ეტიოლოგიურ მომენტებად ითვლება ინფექციური დაავა-დებანი, სეპსიი, ხნერძლივი სისხლის დენა, მოწამლვა ბენზ-ლით, სალვარ-სახით, Rontgen-ის სხივებით და სხვ.

სხვადასხვა ავტორებს (Jsaak, Mokel) ბაჭიებისათვის საპონინის შეშხაპუ-ნებით მიუღიათ აპლასტიური ანემის 1 ურათი. მაგრამ არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც ეტიოლოგიური მომენტს აღნიანვა. შეუძლებელი ხდება. ამ გვარ შემ-თხვევაში არინკინის აზრით დიდ როლს თამაშობს შინაგანი სეკრეციის ჯირ-კველთა კორტიკოლაციის დარღვევა.

„მხოლოდ ამით აიხსნება ის მოვლენა, ამბობს არინკინი, რომ იმ მუშე-ბიდან, რომლებაც ბენზოლის ორთქლში იმყოფებიან, ამ ავადმყოფებით არა ყველანი ხდებიან ავად. ბენზოლით მოწამლვას რომ ასეთი დაავადება მოჰ-კვეს, ალბალ საჭიროა შინაგან სეკრეციის ჯირკველთა კორტიკოლაციის დარ-ღვევა.“

უმთავრესად Aleikia haemorrhagic-ით დაავადება გვხვდება 12—35 წ. ასაკ-ში, თუმცა არის გამონაკლისიც. მაგალითად: Klinschmidt-ს და Spak-ს მოჰკვეთ შემთხვევა, სადაც დაავადებული ყოფილან  $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$  წლის ბავშვები.

აწერილია აგრეთვე შემთხვევა, როდესაც 55—60 წლისანიც ყოფილან დაავადებული ამ ავადმყოფობით (Frank).

ავადმყოფები უმთავრესად უჩიევიან საერთო სისუსტეს, გულის ფრიალს, თავბრუს, მაღის დაკარგვას, სისხლის დენას და სხვ.

ყურადღებას იძყრობს კანისა და ლორწოიანი გარსების მკრთალი ფერი, კანის შეშუცება, უმიზებოდა სისხლის ჩატვევა კანქვეშ, ანემიური შუილი გულის ტონების მოსმენის ადგილებზე და სისხლის მიღებზე, ხშირი განმეორებითი სისხლის დენა ცხვირიდან, საშეილოსნოდან, ლრძილებიდან და სხვ.

აღსანიშნავია, რომ მდიხარე სისხლი დიდი ხნის განმვლობაში არ განიც-დის შედედებას.

პროცესის განვითარებასთან ერთად, სხვადასხვა სიმპტომებიც ვითარდე-ბიან: ღრძილები განიცდიან შესივ ბას, ჩნდება ანგინა, ბრონქიტი. ხშირად სის-ხლში ნახულობენ ბაქტერიებს; შარდი მღვრიე ფერისაფ და სისხლნარევი, ხში-რია ფალარათი. t<sup>o</sup> რემიტიული ხასიათისაა.

უდიდესი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს სისხლის გამოკვლევას, რომ-ლის სურათიც შემდეგია:

- 1) ერითროპენია—წითელი ბურთულების რიცხვი ძალზე შემცირებულია ( $1.000.000-600,000$ ), ასანიშნავია ერითროციტების სიდიდის სხვადასხვაობა.
- 2) ერითროპენიასთან ერთად ჰემოგლობინის რაოდენობაც კლებულობს.
- 3)  $F_f = 0.85-1.0$ . 4) ახალგაზრდა ფორმების ერითროციტებისა. 5) Bizoz-zero-ს ფირფიტების რაოდენობა ძლიერ დაკლებულია ( $8000-10000$ ). 6) ლეიკოპენია ( $1000-2000$ ). 7) ნეიტროპენია. 8) ლიმფოციტოზი ( $60-80\%$ ). 9) ერზინოფილების რაოდენობა დაკლებულია. 10) Blutungszelt—გადიდებულია. 11) სისხლის შრატი—გამსჭვირვალეა.

პათოლოგო-ანატომიური სურათი Aleikia haemorrhagic-ის დროს შემდეგნაირია: ძვლის ტვინი განიცდის საერთო ატროფიას, გრძელი ძვლების ეპიფიზემში ვნახულობთ ცხიმოვან ტვინს. ელენთა დაპატარავებულია, ღვიძლში ნახულობენ კუპტერის უჯრედების მცირე რაოდენობას და აგრეთვე ჰემოსიდერინს, რომელიც მაჩქენებელია ერითროციტების გაძლიერებული დაშლისა. დანარჩენ ორგანოების მხრივ არავითარი შესამჩნევი ცვლილება არ აღინიშნება.

რაც შეეხება მკურნალობას, ამ მხრივ ჯერ-ჯერობით მედიცინას არავითარი მიღწევები არა აქვთ.

ყველგვარი თერაპია ამ დაავადების წინააღმდეგ უძლურია. სისხლის გადასხმა იძლევა მხოლოდ დროებით ეფექტს და არა მუდმივს, ვინაიდან როგორც სამართლიანად შენიშნავენ, ამით არ შეიძლება აღდგენილი იქნეს ძვლის ტვინის რეგენერატორული ფუნქცია, რადგანაც ის განიცდის აპლაზიას. ზოგიერთი ავტორების ჩვენებით (Kocher, Boas) თითქს კარგ შედეგებს იძლევა ფარისებრი ჯირკვლის პრეპარატებით მკურნალობა (Thyreodin  $0.1 \times 3$ ).

ქალ. I საავად. სამეცნო-გინეკოლოგიურ განყოფილებაში 1926 წ.—1930 წ. გვქონდა Aleika haemorrhagic-ით დაავადების ორი შემთხვევა.

პირველი შემთხვევა, რომელიც დამთავრდა სიკვდილით, აღწერილია ექ. გ. ხეჩინიშვილის მიერ, სადაც მოყვანილია სათანადო ლიტერატურა, ამიტომ აქ ლიტერატურულ მიმოხილვას აღარ შევეხები და პირდაპირ გადავალ მეორე შემთხვევის აღწერაზე.

მეორე ჩვენი შემთხვევა ეხება ავადმყოფს, რომელიც იყო მიღებული განყოფილებაში 26 თებერვალს 1930 წ. Metrorrhag-ის დიაგნოზით.

Anamnesis: ავადმყოფი 26 წლისაა, მედტექნიკუმის მოწაფე, ეროვნებით რუსი. სქესობრივად ცხოვრობს 2 წელიწადით. პირველი თვითური მოსვლია 14 წლისას და გაგრძელდა 4 დღის განმავლობაში უმტკივნეულოდ და სისხლის საშუალო რაოდენობის მდინარეობით.

პირველი რიგის შემდეგ, რიგი ექვსი თვის განმავლობაში აღარ ჰქონია, შემდეგ კვლავ მოსვლია და აქვს ყოველ ოთხ კვირაში ერთჯერ, 7—8 დღის ხანგრძლივობით. აღნიშნავს თვიურის ღროს ძლიერ სისხლის დენას უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში.

უკანასკნელი რიგი 4 დღით დაგვიანდა: დასწუებია 16 თებერვალს და მას აქეთ განუწყვეტლივ გრძელდება. ორსულად არა ყოფილა.

ბავშვობაში გადაუტანია წითელა, ყვავილი, ხუნავი, მუცლის ტიფი და ფილტვების ანთება, ვენერიულ და ქალურ ავადმყოფობას უარპყოფს. როგორც მშობლები, ისე და-ძმანი ჯანმრთელი არიან.

Status praesens: ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, სწორი აგებულების და კარგი კვების. კანქვეშა ცენტოვანი ქსოვილი საკმარის აქვს განვითარებული. კანი და ლორწონიანი გარსები ზედმიწევნით მერთალი ფერის. ზედა კიდურებზე ოლაგ-ალაგ არის ლურჯი ფერის ლაქები. ალინიშნება Kumpel-geede-ს სიმპტომი. გულის ტონების ადგილებზე ყველგან მოისმის შუილი (ფუნქციონალური); გულის მარცხენა საზღვარი გადიდებულია 2 თითის დადებით. ფილტვები ნორბა.

საჭმლის მომნელებელ ორგანოების მხრივ არავითარ ჰატო-ლოგიურ მოვლენას არა აქვს ადგილი.

ელენთა და ლეიძლი ნორმის ფარგლებში.

სასქესო ორგანოები: გარეთა—ნორმალურად განვითარებული. საშოს კედლების ლორწონიანი გარსები მკრთალი ფერის.

საშვილოსნო ოდნავ გადიდებულია და იმყოფება ketro versio-ს მდებარეობაში; ყელის პირი უშვებს თითის წვერს. დანამატები გადიდებული არ არის. საშვილოსნოდან აქვს ძლიერი სისხლის დნა.

ამავე დღეს სათანადო მომზადების შემდეგ გაუკეთდა საშვილოსნოს ღრუს გამოფეხება. გამოიფხიკა ძლიერ ბევრი რაოდენობის შედედებული სისხლი და ლორწონიანი გარსები.

შემდეგ დღებში სისხლის დენამ თუმცა იქლო, მაგრამ შეწყვეტით არ შეწყდა, მიუხედავად ყოველგვარი მიღებული ზომებისა (Stypticini, Ergotini, Ext. fluid. Canand).

2-III ავადმყოფის მდგომარეობა—არადამაქმაყოფილებელი, ძლიერ სუსტად არის. საშვილოსნოდან სისხლი სდის. ხშირად გული უღონდება.

გასინჯა თერაპევტიმ, რომელმაც ნახა ფუნქციონალური შუილი გულის ტონების მოსასმენ ადგილებზე. გასინჯულია სისხლი (იხილე ცხრილის პირველი გამოკვლევა).

3—5 III ავადმყოფის მდგომარეობა იგივეა. თანდათანობით სუსტდება. საშვილოსნოდან სისხლის დენა არ კლებულებს და, პირიქით, დროგამოშვებით უფრო ძლიერი აქვს, ვინემ შემოსვლისას.

6-III მოწვევულია კრანილიუმი, რომელმაც სცნო საჭიროდ, რომ ავადმყოფისათვის გაკეთებული იქნეს Transfusio sanguinis.

9-III ავადმყოფი ძლიერ სუსტად არის. საშვილოსნოდან სისხლის დენასთან დაერთო ცხვირიდან სისხლის დენაც. გაკეთებული აქვს კანქვეშ Serum Antidiphther.—10.0.

Per os—Sol. calcii chlorat—10.0—200.0.

11-III საერთო მდგომარეობა—იგივე. სისხლის დენამ არ იქლო. გასინჯულია სისხლი (იხილე ცხრილის მეორე გამოკვლევა). ავადმყო-

ფისა და დონარის სისხლის გამოკვლევის შემდეგ გადასხმულია 150.0 სისხლი.

12-III ავადმყოფი შედარებით წინა დღეზე ოდნავ უკეთ არის. სისხლის გადასხმის შემდეგ შეაცივა. საშვილოსნოდან სისხლის დენა გრძელდება.

12-III საერთო მდგომარეობა ძლიერ მძიმე. მაჯა ძლიერ ჩქარი, ცუდი ავსების. სუნთქვა უჭირს. ლოგინში შფოთავს. ტუჩები და კილურები მოლურჯო ფერისა. წინა ღამით ჰქონდა ძლიერი სისხლის დენა საშვილოსნოდან და ცხვირიდან. საჩქაროდ გაკეთებულია Transfusio sanguinis 300.0. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ დონარის შოგნაში ჩვენ უზრუნველყოფილი ვიყავით, ვინაიდან ავადმყოფის ამხანაგები ყველანი მზად იყვენ მისთვის სისხლი, თუ კი გამოკვლევა ნახავდა, რომ მათი სისხლი გამოსადევია ავადმყოფისათვის.

13-III ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა წინა დღეებზე გაცილებით უკეთესია. თვითგრძნობა კარგი. მხიარულად არის. სახეზე ფერი მოუვიდა. მაჯა კარგი ავსების. სისხლის დენამ შედარებით უკლო.

ვინაიდან სისხლის დენა გრძელდება, გადაწყვდა ავადმყოფს გაუკეთდეს ოპერაცია (splenectomy).

ოპერაციამდე ავადმყოფის მდგომარეობა არ შეცვლილა, მხოლოდ ოპერაციის წინა დღეს ისევ დაწყო ძლიერი სისხლის დენა საშვილოსნოდან.

17-III კვლავ გაუკეთდა Transfusio sanguinis 600.0 ციტრიული. ემზადება ოპერაციისათვის.

18-III საერთო ბანვის ქვეშ (Aether—150.0) გაუკეთდა Splenectomy (პროფ. ბ. ლოლობერიძე). ერთი საათით წინ ოპერაციის დაწყებამდე გასინჯულია სისხლი (იხილე მესამე გამოკლევა).

19-III ავადმყოფი სუსტად გრძნობს თავს, საშვილოსნოდან სისხლის დენა არ შეუწყდა. გასინჯულია სისხლი (გამოკვლევა მეოთხე). შემდეგ დღეებში ავათმყოფის მდგომარეობა გაუარესდა. საშვილოსნოდან და ცხვირიდან სისხლის დენის გარდა, ლრძილებიდანც დაწყო სისხლის დენა.

უურის მიღამოების ჯირკვლები და ლრძილები შეუსივდა. სიუსტე თანდათანობით მატულობს.

22-III 17 საათზე და 20 წ. გარდაიცვალა.

24-III გვამი გაკეთილია.

Diagnosis anatomica: Anaemia gravis, haemorrhagico punct. pleurae, epicardii, mucosae linguae, endocardii, ventriculi. Cyanosis et oedema pulmonum. Degeneratio et adiposio myocardii, hepatis et renum. Absentia



lienis post splenectomy. Hiperplasia lymphoglandularis et peribronchial.

ამოკეცითილ ორგანოების მიეროსკოპიული გამოკვლევა. გულის კუნთი-პროტოპლაზმა ოდნავ მომღვრიო შეხედულების; გარდი- გარდმო ზოლები კარგად მოჩანან. ბირთვების პოლუსებთან ალაგ- ალაგ ალინიშნება ლიპოფუსცინის მარცვლები მცირე რაოდენობით.

ფილტვი—ალინიშნება ალვეოლების ნაწილში სერიოზული სი- თხის დაგროვება. ფილტვის სხვა ნაწილებში კი ემფიზმატურ მდგომარეობაშია. ალაგ-ალაგ ალინიშნება ანტრაქოზი. ფილტვი საერ- თოდ ჰიპერემიულია; ჰიპერემია ვენოზური ხასიათის არის.

Pancreas—შესამჩნევ ცვლილებებს არ წარმოადგენს.

თირკმლის ზედა ჯირკვალი—როგორც ქერქვანი, ისე ტვინო- ვანი შეე ნორმალურად განვითარებული. უკანასკნელში ალი- ნიშნება ვენების და კაპილიარების გაგანიერება, ალაგ-ალაგ მოშავო ფერის ბიგმენტის დაგროვებით.

თირკმელი—ალინიშნება ნათლად გამოხატული ცილოვანი გა- დაგვარება, განსაკუთრებით დაელაქნილი მილაკების ეპიტელიუმში, უფრო სუსტად კი სწორ მილაკებში. ორგანოს ტვინოვან შრეში ალაგ- ალაგ ვენების და კაპილიარების გაგანიერება და მათი სისხლით ავსება. ზოგ ადგილებში ჩანს სისხლიდან გამოყოფილი მოშავო ფერის მარ- ცვლოვანი ბიგმენტი.

ფარისებრი ჯირკველი—ანემიური; ალვეოლები უმეტეს ნაწი- ლად გაგანიერებული და მათი ეპიტელიუმი შებრტყელებული. ალვეო- ლების სანათურებში კოლოიდალური მასა არის დაგროვებული.

ელენთა ანემიურია: არა მარტო პულპის ხარისხში, არამედ კავერნოზულ ვენების ლრუებშიაც მოჩანან რეტიკულო-ენდოთე- ლიუმის უჯრედები, ლიმფოციტები და მათი წარმონაქმნი. ერთორო- ციტების დარღვევის ან მათი რეგენერაციის მოვლენები არ ალინი- შნება. თრომბოციტების შეჩერება არ არის.

ღვიძლი—ალინიშნება ოდნავი შემცირება პარენქიმატოზული უჯრედების და მათ ადგილას შემაერთებელი ქსოვილის განვითა- რება.

ღვიძლის ნაწილაკების პერიფერიულ ნაწილებში ალინიშნება წაბლის ფერის, უსტრუქტურო გროვების სახით ბიგმენტის დაგრო- ვება, რომელიც მოთავსებულია როგორც extra-ცელურალურად, ისე უმთავრესად intra-ცელურალურად პარენქიმატოზულ უჯრედების პროტოპლაზმაში<sup>1</sup>. საშვილისნო ანემიურია: კუნთოვანი შეე ნორმა- ლური. ლორწოიან გარსში ალინიშნება შუა მდებარე შემაერთებელი ქსოვილის განვითარება.

<sup>1</sup> და ზემოხსენებულ უჯრედთა შუა მდებარე შემაერთებელ ქსოვილის უჯრედებში.

საკვერცხე—აღინიშნება პარენქიმის შემცირება; პრიმორდიალურ ფოლიკულების მცირე რაოდენობა; ერთ ადგილას მოჩანს მწიფე გრაფის ფოლიკულის სანათური.

მომწიფების ხანში მყოფი ფოლიკულები არა ჩანან.

ძვლის ტვინი ფრიად ანემიურია: სულ მთლიანად ქცეულია ცხიმოვან ქსოვილად. ლიმფოიდური ელემენტები არსად ჩანან. ძვალოვანი ელემენტების ხარისხი ნორმალურია.

დასასრულ ამ ჩვენი შემთხვევის მიხედვით რაიმე გადაჭრილ დასკვნის გამოტანა შეუძლებელია, მაგრამ ჩვენ მაინც ნებას მივცემთ ჩვენს თავს გამოვთქვათ შემდეგი აზრი:

1. როგორც ლიტერატურიდან ჩანს, Aleikia haemorrhagica წარმოადგენს ძლიერ იშვიათ დაავადებას.

2. ზოგჯერ ეთიოლოგიურ მომენტის აღნიშნა ამ დაავადების დროს შეუძლებელი ხდება. ამგვარ შემთხვევაში უნდა ვითიქროთ შინაგან სეკრეციის ჯირკვალთა კორრელაციის დარღვევაზე.

3. ამ დაავადების საწინააღმდეგო საშუალება მედიცინას ჯერ-ჯერობით არ მოეპოვება. Splenectomy უნაყოფოა.

### სისხლის გამოკვლევის ცხრილი

	2-III	11-III	18-III	19-III	2-III—	გამოკვლეულია ერიტროციტე- ბის რეზისტე- ნტობა:
თარიღი						Resistenz minim.
გამოკვ.	1	11	111	IV		—0,45%
Hb	20%	10%	15%	18%		Resistenz maxim. —0,30%
Er	1500000	630000	1460000	1270000		Resist. breit— —0,15%
F-index	1.03	0.8	0.6	0.75		
Throm	30000	12600	13140	10160		
L	2200	2000	2400	3500		
ჯოხის მაგვარი	2%	3%	5%	4%		
სეგმენტიური	38%	36%	46%	67%		
ლიმფოც.	57%	56%	46%	26%		
ეზინოფილ.	1%	1%	1%	1%		
გარდამავალი	2%	4%	2%	2%		
SR	25'	—	—	—		
Blutungz.	15'	25'	25'	26'		



СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ  
АЛЕЙКИИ.

Г. Гоглицилзе

(Из якушерско-гинекологического отделения Тифлисской I горбольницы. Завед. проф. Б. К. Гогоберидзе).

Автор приводит второй случай геморрагической алейкии (первый случай был описан док. Г. Хечинишивили).

Больной, помимо медикаментозного лечения, было сделано три раза Transfusio sanguinis. Под конец была сделана Splenectomy. Ни переливание крови, ни удаление селезенки не дали никаких результатов и больная погибла на 34 день заболевания.

EIN FALL DER HAEMORRHAGIS-  
CHEN ALEIKI

G. Goglitschidze

(Aus der geb.-gynecolog. Abt. des I. Krankenhauses zu Tiflis.  
Vorstand Prof. B. K. Gogoberidse).

Der Verfasser fuht den Zweiten Fall Haemorrhagischen Aleikian (der erste Fall wurde vom Dr. Chetschnischwili beschrieben. Der Kranken wurden ausser der Medicamentosen Behandlung dreimal Transfusio sanguinis gemacht, Zum Schlusse auch splenectomy. Alle diese Mittel sind erfolglos geblieben und die Patientin erlag der Erkrankung am 34 Tage.

## 8. ი ლორთხილანძე

### საშოში გარეშე სეულის ხანგრძლივი დარჩენის კაზუისტიკისათვის

(კურორტ წყალტუბოს გინეკლოგიური კაბინეტიდან)

მიმდინარე 1930 წ. გაზაფხულის სეზონში აგარაკ წყალტუბოზე მუშაობის დროს ექ. ვ. ი. მაჩაბელის მიერ თერაპევტიულ კაბინეტიდან ჩვენთან იქნა გამოგზავნილი ავაღმყოფი № საკონსულტაციოდ. მოქ. № 61 წლის ორის, აჭარიდან, წერა-კითხვის უცოდინარი, ძლიერ დასუსტებული კახექსიური და უჩივის ძლიერ ტკივილებს წელის და პატარა მუცლის მიღამოში, გარდა ამისა აღნიშნავს, რომ ეს უკანასკნელი 3—4 წელია ეტ იკავებს შარდს.

გამოკითხით: თვიური 14 წლისას მოსვლია, სდიოდა 3—4 დღე, ყველ 3 კვირაზე. ორსულობა 2 დამთავრებულად დროულად ცოცხალი ნაყოფის დაბადებით, უკანასკნელი მშობიარება 29 წლის წინეთ, შემდეგ ორსულად არ ყოფილა. მშობიარობის შემდეგ დასჩემებია წელის ტკივილი, გარდა ამისა სიარულის დროს გრძნობდა მცირე მუცლის მიღამოში სიმძიმესა და ხანდახან საშოში ზეამჩნევდა რაღაც სიმსიგნეს. 1905 წელს მას მიუმართავს ბებია-ჟალისათვის, ამ უკანასკნელს კი საშოში, ავადმყოფის სიტყვით, „რაღაც რგოლი“ ჩაუდევს. ამ მანიპულაციის შემდეგ თავს კარგად გრძნობდა. აღსანიშნავა, რომ ამ „რგოლის“ საშოში არსებობა მას ახსოვდა სამიოთხი წელი, შემდეგ სავსებით მიავიწყდა. აღარც საშოს გამორეცხვას აწარმოებდა და არც ეს რგოლი გამოჰქონდა საშოდან. 1926 წ. დაუწყო მცირე მუცლის მიღამოში ძლიერი ტკივილი. მისკა მაღალი სიცხე და დაუწყო სუნიანი თეთრად შლა, მოაგონდა საშოში რგოლის არსებობის შესახებ, სცადა მისი გამოლება, მაგრამ უშედეგოდ—რაღანაც გამოლების ცდის დროს აწუხებდა ძლიერი ტკივილები. იავაღმყოფა 1 1/2 თვეს. გამოკეთების შემდეგ შეამჩნია, რომ აქვს უნებლიერ შარდის დენა საშოდან. 1929 წ. კი ხელმეორედ გახდა ავად წელისა და პატარა მუცლის ტკივილით. ამ ავადმყოფობის

დღოს შეამჩნია, რომ თეთრად შლამ საგრძნობლად უმატს და ჩიმი ნაშალს აქვს განავლის სუნი. ამ ერთი წლის განმავლობაში იკეთებს საშოს სხეურებას, ისიც უბრალო წყლით და წყალტუბოში ჩამოვიდა მეზობლების რჩევით.

გარეგანი გასინჯვით აღმოჩნდა, რომ პატარა მუცლის მიდამო სელით შეხების დღოს მერძნობიარეა და მტკივნეული, გარეთა სასქესო ორგანოსა და ბარძაყების შიგნითა მიდამო გამომწვარი, გალიზიანებული და ალაგ-ალაგ დაწყლულებული. საშოდან აუტანელი სუნიანი მდინარეობა, მდინარეობა შარდ-ჩირქი და განავალ-ნარევი. საშოს მხრივ გასინჯვით თითს ხედება რალაც მაგარი ხორქლიანი ზედაპირის მქონე სიმისივნე. ავადმყოფი აყვანილ იქნა მაგიდაზე და საშოს გამორეცხვისა და გასუფთავების შემდეგ საშოში მოთავსებულ სიმისივნეში აღმოჩნდა ხვრელი კორნცანგით და გამოწვეული იქნა გარედ საგრძნობი ლონის დახარჯვის შემდეგ, აღნიშნული სიმსივნე საშოდან გამოვიტანეთ, სიმისივნე აღმოჩნდა კაუჩუქის პესარი, რომელზედაც დალექილია ყოველ მხრივ ხაჭოს მაგარი, მაგარი კონსტისტენციის მქონე ნივთიერება. სისქე ამ ნალექისა ალაგ-ალაგ არის 2—3 სანტმ. და სრულიად სცვლის პესარის ფორმას, საშოს სარკეებით დათვალიერების დღოს აღმოჩნდა, რომ სადაც კი ხდებოდა ამ გარეშე სხეულის შეხება საშოს კედლებთან, ყველგან არის გალიზიანების კვალი, ალაგ-ალაგ ეს გალიზიანება ისეთი მძლავრია, რომ სდის ჩირქი და სისხლი. ყველაზე მეტი გალიზიანების კვალი ემჩნევა საშოს წინა და უკანა თაღების მიდამოში, სადაც აღმოჩნდა ფისტულები. შარდის ბუშტის არეში არის ხვრელი ვერცხლის 10 კა. ოდენობის, უკანა თაღის მიდამოში სწორ ნაწლავის და საშოს ხვრელი, რომლის სიდიდე პირველზე ოდნავ ნაკლებია. ავადმყოფს მიეცა სათანადო რჩევა-დარიგება (აბაზანები არ მიეცა) და ორი სამი თვის სათანადო მეურნალობის შემდეგ ერჩია ოპერაციის გაკეთება.

ეს შემთხვევა ერთხელ კიდევ იდასტურებს იმ ცნობილ ფაქტს, რომ საშოში მოთავსებულ სამკურნალო მიზნით რგოლს შეუძლია ფრიად საგრძნობი და სერიოზული ზიანის მიყენება ავადმყოფისადმი, გარდა ამისა 25 წ. საშოში მუდმივად პესარის დავიწყება-დარჩენა მაინცდამაინც არც ისე ხშირი მოვლენაა.

Д-р Г. А. ЛОРДЖИПАНИЗДЕ

Из гинекологического кабинета  
Курорта Цхалтубо

К казуистике долгого пребывания  
иностранного тела во влагалище.

Автор аналогично описал  
один случай 25 лет пребывания  
во влагалище пессария, где боль-  
ная совершенно забыла о суще-  
ствовании кольца во влагалище.  
Кольцо, находясь во влагалище,  
вызывало сильное раздражение и  
и впоследствии развитие фистул.  
Fistula Urethico et recto vaginalis.

D-r G. Lordkipanidze

Chef du cabinet gynécologique des  
bains de Zkaltoubo.

La présence prolongée d'un corps é-  
tranger dans la vaginé

L'auteur décrit un cas de présence  
d'un pessaire dans la vaginé penda-  
nt 25 ans. La malade a oublié l'existen-  
ce de l'anneau. L'anneau détermine  
une forte irritation et la formation des  
fistules: vesico-et recto-vaginale.

### პ. ჰუაჩიძე

## Angiokeratoma Mibelli-ის

### ეტიოლოგიისათვის

(ტფ. სახ. სამედიცინო ინსტიტუტის კანისა და ვენერიულ სნეულებათა კათედრიდან. გამგე პროფ. ვ. ბურგედორფი).

*Angiokeratoma Mibelli* (A.M.) ექუთვნის კანის ისეთ დაავადებას, რომლის დროსაც ჩვენ გვაქვს სისხლის მილების ცვლილებები და გარედან ამ ადგილებზე კანის რქოვანი გარსის ზედა ფენის გადაგვარება-გარქავების უფრო აშკარა გამოსახვა. ამ დაავადების ეტიოლოგია ჯერ-ჯერობით უცნობია, ისე როგორც მის მონათესავე *angioma simplex*-ის, *angioma cavernosum*-ის, *lymphangioma*-სი და სხვა. ეს გარემოება და ამასთან ისიც, რომ A. M. იშვიათ სენს ექუთვნის, გვაძლევს ამ დაავადების აწერის უფლებას.

A. M. ექუთვნის კანის დერმატოზს. რუსულ ლიტერატურაში მის შესახებ ბევრი ცნობები არ მოიპოვება. საზღვარგარეთელი ლიტერატურა, განსაკუთრებით ფრანგული, შედარებით მდიდარია.

ეს დაავადება პირველად აღწერილ იქნა 1878 წელს (ვაინბაინ, გოტლე, Wyndham, Gottle). შემდეგში ის აწერა კროკერამ (Crocera 1882 წ.), კოლკოტ ფოქსმა (Colicot Fox). უკანასკნელმა ამ დაავადებას უწოდა: „*Lymphangiectasies des mains et des pieds*“. ამავე ხანებში ეს დაავადება აღწერილ იქნა Mibelli-ის მიერ (1889 წ), რომელმაც *Angiokeratoma* უწოდა; ეს სახელწოდება დღემდის შენარჩუნებულია.

ბროკე (Brocq) აღწერა ესვე ავადმყოფობა იმავე პერიოდში და სახელიდ უწოდა „*Telangiectasies neruqueuses*“.

ლუბრეილმა (Dubreuilh) „*nerrus Telangiectasiques*“-ი დაარქვა.

1891 წ. გამოქვეყნებული იყო ამ დაავადების შემთხვევა პრინგლის (Pringle) მიერ, სადაც ავადმყოფობა მოთავსებული იყო ყურის კაკნატელაზე. ფორდეის მიერ (Fordyce) 1896 წ. გამოქვეყნებულ იყო შემთხვევა, რომელშიაც ავადმყოფობა სათესლე ჯირკვლის პარკზე იყო.

1898 წ. Leredde და Milian-მა გამოაქვეყნეს თავიანთი შრომა, რომელ-შიაც გამოსთვეს აზრი ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის შესახებ. მათ მიერ ეს დაავადება წოდებულია: „Tuberculides angiomatoseuses des membres inférieurs“. ტუბერკულოზური ეტიოლოგიის მომხრეა პოტრიე (Pautrier).

ამრიგად, როგორც ვხედავთ, ამ ერთ დაავადებას სხვადასხვა ავტორის მიერ სხვადასხვა სახელი ეწოდება. ეს აისტება საკითხის გაუგებრობით და მით, რომ თითოეული მკვლევარი დაავადებას აძლევდა სახელწოდებას იმ მიღებული სურათის მიხედვით, რომელსაც მას საკუთარი ავადმყოფის კონკრეტული გა-მოკვლევა აძლევდა. მიუხედავად ამისა, დღემდე ამ სახელწოდებათა შორის ყვე-ლაზე უფრო მოქალაქეობრივი უფლება რჩება Angiokeratoma Mibelli-ის სახელ-წოდებას. ამ სახელწოდებით აქვთ აღწერილი ეს ავადმყოფობა ტომა-სოლის, ტიბირჟს, ტენეზონს, ოდრის, გუშეროს, ესკანდეს, იოზეფს, ცილერს, ვერტჰიმს. (Tommasoli-ის, Thibierge, Tenneson, Audry, Gougerot, Escande, Joseph, Zieler, Wertheim) და სხვას და მათ შორის რუს ავტორებსაც.

ეს ავადმყოფობა, როგორც ზევით უკვე აღლინება, იშვიათი დაავადებაა. რუსულ ჟურნალებში მის შესახებ ორიგინალური შრომა ეკუთვნის უსტინოვსკის-ს. სახლვარ-გარეთ ლიტერატურაში სხვადასხვა ავტორების მიერ შეგროვილია 80 შემთხვევა (Escande-ს ტულუზიდან 25 შემთხვევა, Audry-ს—34, Tomassoli-ს—21).

A. M.-ის განვითარებაში სამ სტადიუმს არჩევენ: 1) პირველი სტადიუმი ალინიშნება პატარა მრგვალი, ოღნავ შესამჩნევ წითელი, ქინძისოავის ან ნაკ-ლებ ოდენობის წერტილით. ხანდახან ეს წერტილები რიცხვით 2—3 აღწევენ, არ ვითარდებიან და ამრიგად შეუმჩნეველი ხდებიან თავის პატრონისა-თვის.

ხანდახან კი ჯგუფურ დალაგებას იღებენ, წინწკლებს მოგვაგონებენ, ოდე-ნობით 2—3 მილიმეტრამდე აღწევენ.

ეს იქნება ე. წ. ვასკულარული სტადიუმი (Stad. vascularis). 2) მეორე სტადიუმი ხასიათდება აღნიშნულ წინწკლებზე ეპიდერმისის ზრდაში და პატარა ოდენობის სიმსივნეების წარმოშობაში. ეს სიმსივნეები აღწევენ კანაფის მარ-ცვლის ოდენობას. ფერი აქ უკვე მოშავო წითლი ან რუხი, ტყვიისფერი. ელე-მენტების ზედაპირი ხორკლოვნია. ფაბრი (Fabry) ამ სტადიუმს stad. nae-viformis-ს უწინდებს. ამ სტადიუმში ანგიოკერატომას შეუძლია შეჩერდეს და არა-ვითარი სხვა გადაგვარება არ მიიღოს, როგორც ეს აქვს აღწერილი დუბ-რეილს (Dubreuilh), სადაც საჭმე ეხება დედასა და შვილს. ორთავეს მათ ხელზე ჰქონდათ აუარებელი ელემენტები. გარჯოვანება აქ არ აღინიშნა ბოლა.

3) მესამე სტადიუმი ხასიათდება მეჭურისებრი ფორმის სიმსივნეების წარ-მოშობაში (Stad. verrucosus). ასეთი ელემენტი ბი უფრო იშვიათ შემთხვე-ვებშია.

ფოქსის მიერ აღწერილია ასეთი შემთხვევა, რომელიც დავაუკაცებასთან ერთად გაქრა.



ჩევნი შემთხვევა შეეხებოდა (ავადმყოფობის ისტორია) № 1424 1924 წელი 21-XII—1930 წელი) ქ. ტფილისის მცხოვრებს, რუსს, მუსიკალურ ტექნიკუმის მოწაფეს, 20 წლისას, რომელიც შემოვიდა კლინიკაში 20 დეკემბერს 1930 წ. უჩივის ხელების ასფიქსიას და ოფლიანობას. მშობლებთ ასფიქსია არ აქვთ. ჰყავს ერთი ძმა და ერთი და. ძმა ამ უამად 18 წლისა. ჰქონდა აკროასფიქსია. ახლა გაუქრა. დას ხანდახან ემართება იგივე მოვლენები: უსივდება ხელის მტევნები, განსაკუთრებით თითები. ჩევნი ავადმყოფის ხელის მტევნები მთლიანად ციანოზურია. თითების ვენტრალურ და ღორჩიალურ ნაწილებზე კანი გადამძერალი აქვს: უოფლიანდება. ასეთ მდგომარეობას, როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, აქვს ადგილი 10 წელი. გარდა ამისა თითების ღორჩიალურ ნაწილზე აქვს პატარ-პატარა ჭინჭკლები, შეხვით ხორკლოვანი, მაგარი კონსისტენციის, ოდენობით ფეტვის მარცვლის ოდენი და მცირე, ფერად მოწითლო იისფერი, ჯგუფ-ჯგუფად დაღაგებული, რიცხვით სხვადასხვა. თითზე სხვადასხვა რაოდენობის. ხელის დაჭერის დროს ღებულობენ მკრთალ ფერს, სრულიად კი არ ქრებიან.

ანგიოკერატომის მიზეზი, როგორც ზევითა ვთქვით, ჯერ-ჯერობით გამოურჩეველია. ყურადღება მისაქცევია, რომ ეს დაავადება, განსაკუთრებით აქვთ ისეთ პირთ, რომლებსაც ხელფეხი (საერთოდ კიდურები) აღვილად უცივდებათ, ე. ი. აქვთ ე. წ. აკროასფიქსია. ამ მოსაზრების დასასაბუთებლად მოჰყავთ შემდეგი მაგალითები. ი ოზეფს აქვს აღწერილი ერთი შემთხვევა, სადაც ავადმყოფი იყო 17 წ. ბავშვობიდან ხელფეხი უცივდებოდა. 11 წ. განუვითარდა ანგიოკერატომა. დანარჩენ ოჯახის წევრებს თუმცა აკროასფიქსია ჰქონდათ, მაგრამ ანგიოკერატომა არ აღნიშნებოდათ. მასვე აქვს აღწერილი შემთხვევა, სადაც ოჯახი შედგებოდა 7 წევრისაგან; ყველა მათგანს ჰქონდათ აკროასფიქსია, მაგრამ ანგიოკერატომა მხოლოდ ორს აღნიშნებოდა. ს ჰოერ მა (Sheuer) აღწერა ანგიოკერატომით დაავადებული ორი და. ავადმყოფობა განუვითარდათ 15 წელზე. ბავშვობიდან ორთავეს აკროასფიქსია ჰქონდათ. მუხას (Mucha) შემთხვევაში ანგიოკერატომა ჰქონდათ და-ძმას; მამა მათს აღნიშნება აკროასფიქსია. პრინგლის (Pringle) შემთხვევაში ანგიოკერატომა ჰქონდათ ოჯახის ოთხ წევრს (მამასა და შვილს, მათშორის მამას და შვილს ჰქონდათ აგრეთვე სკლეროდაკტილია თითების ბოლოების ნეკროზით.

მიუხედავად ამისა, შეუძლებელია ანგიოკერატომა აკროასფიქსის შედეგად ჩავთვალით, როგორც ამას სამართლანად აღნიშნავს ბროეტი (Broege). მართლადაც, რომ ანგიოკერატომა წარმოშობილი იყოს აკროასფიქსის შედეგად, მაშინ არც ერთ ასეთ შემთხვევაში. არ უნდა იყოს გამონაკლისი და ყველა პირი, დაავადებული აკროასფიქსით, დაავადებული უნდა იყოს ანგიოკერატომითაც. ეს კი ზემო მოყვანილი მასალის მიხ დვით ასე არ არის.

ამას უნდა დაემატოს ისიც, რომ ყოველდღიური მუშაობის დროს ჩევნ გვხდება არა ერთი და ორი შემთხვევა აკროასფიქსით შეპყრობილ პირთ, ანგიოკერატომით კი სულ მე 2 შემთხვევაა.

მაშასადამე მიზეზი, გარდა აკროასფიქსისა, კიდევ სხვაგანაც უნდა ვეძებოთ.

ზეგით ჩვენ აღნიშნეთ, რომ ლერედმა და მილიანმა ამ დაავადების მიზეზად ტუბერკულოზი ჩათვალეს და ავადმყობას უწოდეს: „ანგიომატოზური ტუბერკულიდი“. შემდეგში სხვა აკორებმაც აღნიშნეს ტუბერკულოზის დამახასიათებელი ნიშნები და ზემო აღნიშნულ თეორიას მიემხრენ (პოტრიე, ბროკი, გუშერო, ერმანი). უკანასკნელის მასალების მიხედვით, ანგიოკერატოზით დაავადებულნი არიან ტუბერკულოზიანი ახალგაზრდები. კეირა (Queyrat) ანგიოკერატომას არ სთვლის ტუბერკულიდად, მიუხედავად ამისა მას შესაძლებლად მიაჩნია ანგიოკერატომა ჩათვალის საერთო ტუბერკულოზური პროცესის მომასწავებელ ნიშნად.

ტომასოლის შემთხვევებში ანგიოკერატომიანები იყვნენ დაავადებულნი, როგორც ტუბერკულოზით, ისე ლუპუსით. მისი აზრით, ანგიოკერატომა ტუბერკულიდად უნდა ჩაითვალოს იმ შემთხვევაშიაც კი, თუ რომ ჰისტოპათოლოგიური სურათი ამის საბუთს არ იძლეოდეს.

არსებობს აგრეთვე ისეთი შეხედულებაც, თითქოს ანგიოკერატომა იყოს შედეგი პოლიგლანდულარულ ჯირკვლების ფუნქციის მოშლისა.

ესკანდის (Escande) აზრით, ანგიოკერატომა აისხება კაპილარების თანდაყოლილი ანომალიით; რაც შეეხება იმ აზრს, რომ ანგიოკერატომა უფრო ემართებათ ტუბერკულოზიანებს, ასფიქსიანებს, ოჯახის მრავალ წევრთ და სხვა, ეს აისხება კონსტიტუციონალური ანომალიის შთამამაკლობაზე გადაცემით. ვერტკაიმი აფართოებს ესკანდის აზრს და დასძენს, რომ შთამამაკლობით გადაეცემა არა ანგიოკერატომა, არამედ მისკენ მიღრექილება. მისი აზრით, ანგიოკერატომის გენეზი შემდეგნაირად უნდა წარმოვიდგინოთ: იმ პირთ, რომელთაც სისხლის მილების ნაკლულვანება აქვთ, კაპილარების კედლები ვერ უძლებენ წნევას და ქმნიან ანევრიზმის მსგავს გამობერილ აღგილებს. წნევის გამო დვრილების შემაფრთებელი ქსოვილი ქრება (ატროფიას განიცდის), ჭურჭლის სანათური მატულობს და იქვევს ენდოთელიუმის გაქრობას. უენდოთელიუმი ჭურჭლის სანათურში სისხლი გროვდება, კვეთ-კვეთა თრომბოზგანცდილი გაფართოებული აღგილები ეპიდერმის მიერ აიწევიან ზედაპირამდე და იქ მოჩანან წითელი ფერის წინწკლებად.

თუ გაფართოება დიღხანს იქნა შენარჩუნებული, მივიღებთ გარქოვანებას.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ კველა ერთნაირად არ იზიარებს ამ აზრს. ერთნი (დუბრეილი, ფაბრი) ფიქრობენ, რომ ჰიპერკერატოზი პირველადი მოვლენაა და სისხლის მილების სანათურის გაფართოება კი—მეორადი. მეორენი კი (მილიანი, პოტრიე, ვერტკაიმი) ფიქრობენ, რომ ჯერ ჭურჭლები გაფართოედებიან და მერე ამ აღგილებში გარქავების პროცესი წარმოებსო.

ზემო მოყვანილ თეორიათა შორის ანგიოკერატომა მიბელის წარმოშობის შესახებ, ჩვენის აზრით, ყველაზე უფრო მისაღებია უკანასკნელი. აკროასფიქსიის თეორია ნაკლებ მისაღებია. ნაკლებ მისაღებია აგრეთვე ტუბერკულოზური ეტიოლოგიაც.


  
სამართლებული  
მდგრადი კულტურის  
უნივერსიტეტი

## ლიტერატურა

- 1 Устиновский А. В. „К этиологии angiokeratoma Mibelli“ РВД № 9, 1926 г.
2. Goloschlag, „О случае angiokeratoma Mibelli“. D. W. 1925 г. т. 80 № 9. (реф. Р. В. Д. 1926 г.)
3. „Angiokeratoma Mibelli“ случай из Тифлисской З-ей городской больницы д-ра Мучачтзе в декабре 1923 г.
4. Кожные болезни проф. Никольского.
5. „Основы дермотологии“ Дарье.

### П. Г. Буачидзе

#### К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ Angiokeratoma Mibelli

(Из кожно-венерической клиники Тифлисского Государственного Медицинского Института. Зав. проф. Бургдорф).

После краткого литературного обзора относительно Angiokeratoma Mibelli автор приводит свой случай. Больной 20 лет, русский, страдает данным заболеванием около 10 лет. Кисти обеих рук цианотичны, на ладонной и дорзальной стороне пальцев расположены узелки красного цвета, величиною в просяное зерно и меньше, твердой консистенции, шероховатой поверхностью. Узелки расположены группами, при давлении бледнеют, но совсем не исчезают. Этиологическим моментом заболевания, по мнению автора, более приемлемым надо считать теорию Escande, которая в

Sur la question d'etiology de  
l'Angiokeratoma Mibelli  
par P. BOITCHIDZE

Clinique de dermatologie et de vene-  
reologie de l'Institut de Medecine  
a Tiflis

Directeur Professeur V. Bourgsdorf

Apres un court aperçu littéraire  
sur l'Angiokeratoma Mibelli l'auteur  
decrit un cas, observe' par lui  
a la clinique de dermatalogie et de  
ve'ne'reologie de l'Institut de Medecine  
a Tiflis. Le malade, russe âge' de vingt  
ans, souffre de la maladie en question  
depuis 10 ans. Ses mains sont  
cyanotiques et transpirent constamment.  
La peau des doigts est écorchée du côté dorsal et du côté ventral.  
Sur le côté dorsal des doigts on remarque les petites taches  
rouges de la consistance dure et à la  
face rougeuse. Les taches sont situées  
par groupes, palissent sous la  
pression mais ne disparaissent pas

основу данного заболевания ставит врожденную аномалию капиллярных сосудов. Туберкулезную теорию и асфикастическую автор считает менее приемлемой.

completement. Pour le moment etiologique le plus admis sible de la maladie alon l'avis de l'auteur, il faut compter la theorie d'Escande, laquelle met a la base de l'Angiokeratoma Mibelli l'anomalie originare des vaisseaux capillaires. L'auteur trouve moins admissible la theorie tuberculeuse et asphyxique.

---

**ქლ. ცოგაიბ**  
ასისტენტი

## ტუბერკულოზის სპეციალისტი მეურნალობა ტუბერ- კულინიტი<sup>1</sup>

(სამედ. ინსტიტუტის პროფესიევტ. ოერაპიული ქლინიკიდან. გამგე—პროფ. შ-  
მი ქელაძე და ქალაქის I საავალმყოფოს ტუბ. განყოფილებიდან—მთავარი  
ექ. კ. ლორთქიფანიძე).

ტუბერკულოზის მკურნალობის მეთოდები შეიძლება 4 ჯგუფად გავყოთ:  
I—კლიმატური მკურნალობა, II—ჰიგიენური - დიეტური, III—სპეციფიკური და  
IV ქირურგიული მკურნალობა. პირველი მეთოდი უკვე დიდი ხანია ცნობილია  
ჩვენში და ამ მხრივ ბუნებაც გვიწყობს ხელს. საქმარისად ცნობილია ჰიგიე-  
ნურ-დიეტური მკურნალობაც; მეოთხე მეთოდის შესახებ უკვე მოკლედ გვქონდა  
მოხსენებული (იხ. „თანამედროვე მედიცინა“ 1930 წ. იანვარი). ჩვენი დღევან-  
დელი მოხსენების საგანს წარმოადგენს მესამე მეთოდის, სპეციფიკური მკურ-  
ნალობის მნიშვნელობის განხილვა, რადგანაც ჩვენი ფართო მასა ექიმებისა ამ  
მკურნალობას არ აქცევს ყურადღებას. სპეციფიკური მკურნალობით სარგებლობენ  
ჩვენში მნიშვნელოდ ფიზიოლოგები და ტუბერკულოზური დისპანსერები, მაგრამ,  
სამწუხაოდ, ფიზიოლოგების რიცხვი ჩვენში ძლიერ ცოტაა და დისპანსერე-  
ბის კი კიდევ უფრო ნაკლები. ექიმთა ფართო მასა კი, სამწუხაოდ, არ არის  
საქარისად გაცნობილი არც ამ სპეციფიკური მკურნალობის თეორიისთვის და  
არც მის ტექნიკასთან და არც ის იცის აგრეთვე სავსებით, თუ რა დადგებითი  
შედეგები შეუძლია მოგვცეს ამ მკურნალობამ. 1890 წ. კოხი (Koch) შე-  
მოილო სპეციფიკური პრეპარატი ტუბერკულინი, რომელიც დღესაც ითვლება  
გამოჩენილი მკვლევარების მიერ საუკეთესოდ არსებულ პრეპარატთა შორის.  
სპეციფიკური მკურნალობა ამჟამად მიმდინარეობს უმთავრესად ტუბერკულინის  
სახით. პირველად კოხი ხსნიდა ტუბერკულინის რეაქციას მისი ტოქსიკური  
მოქმედებით. მისი სიტყვით „ტუბერკულინის ტოქსიკური მოქმედება გამოიხა-  
ტება ტემპერატურის აწევით და ორგანიზმის საერთო რეაქციით“—0,5 გრ.

<sup>1</sup> მოხსენდა პროფესიევტ. ოერაპიული კლინიკის კონფერენციას 1930 წელში.

A. T.-ნი (Aittuberkulin) სასიკვდილო დოზაა ტუბერკულოზით დააგადებული შინაური კურდღლისათვის. ამიტომ იგი ჰქოქრობდა, რომ „ტუბერკულინი ნამდვილი ტოქსინია და ამის გამო მისი თანდათან გადიდებული დოზით უნდა მივიღოთ გადიდებული იმუნიტეტით“. ერლინის (Ehrlich) აზრით, ტუბერკულინის რეაქცია ხდება ტუბერკულოზით დაავადებული ქსოვილის შუა შრეში. ტუბ. ქსოვილის პირველი შრე ხაჭოსებურად გადაგარებულია, გარეთა შრე ნორმალურია. ამიტომ პირველი ორი შრე არ არის მგრძნობიარე ტუბერკულინის ტოქსინისადმი, მხოლოდ დაავადებული შუა შრე ძლიერ მგრძნობიარეა ტოქსინისადმი. ჰერტვიგის (Hertwig) შეხედულობით, შუათანა შრეში გამოიმუშავება ტუბერკულინის შეშხაბუნების შემდეგ სპეციფიკური ანტისეულები, რომლებიც იწვევს კერით რეაქციას (Die Hordreaktion), პიპერემიას ლევკოციტების დაგროვებით. თუ ტუბერკულინის რაოდენობა დიდია, შეიძლება მან გამოიწვიოს, როგორც კერითი, ისე სიცხითი და აგრეთვე საერთო რეაქციაც. ტუბერკულინის ტოქსიკური მოქმედების შესახებ რამოდენიმე ხნის შემდეგ აზრი გამოიცვალა, რადგანაც ექსპერიმენტალურად დაამტკიცეს, რომ A. T. სრულიად უმოქმედობს იქნებს ჯანმრთელი ზღვის გოჭებზე და ახლად დაავადებულ ბავშვებზე. აქედან დაასკვნეს, რომ ტუბერკულინის არა აქვს ტოქსიკური მოქმედება (Ruppel და Iosephl, Engel, Bauer, Schlossman). მაგრამ შემდეგ დარწმუნდნენ ისევ ექსპერიმენტალური მუშაობის წყალობით, რომ ოუმცა მაჩთალია დიდი დოზა 1,0—2,0 A. T. ჯანმრთელ ზღვის გოჭებზე არ მოქმედობს, მაგრამ ტუბერკულოზით დაავადებულებში 1/20 მილიონი კუბ. სანტ. A. T. იწვევს დიდ რეაქციას. ასეთივე შედეგები მიიღეს ადამიანებზედაც. ამჟამად კი ფიქრობენ, რომ ტუბერკულინის ტოქსიკური მოქმედება არ არის გამოწვეული მისი ტოქსიკური ბუნებით (რადგანაც დამტკიცდა, რომ ტუბერკულინი ჯანმრთელ აღამიანზე სრულებით არ მოქმედობს), არამედ ტუბერკულოზურ ორგანიზმში არსებობენ ჰიპოტეტიური ანტისეულები, რომლებიც ტუბერკულინს აძლევს ტოქსინის (შხამის) თვისებას. არა შხამიანი ტუბერკულინი ანტისეულების მოქმედებით იშლება და მისგან გამოიყოფა შხამიანი თვისების ნივთიერება. ასეთია ტოქსიკური თეორია.

**ვასერმანნიანი და ბრუკმა (Wassermann Brück)** ტუბერკულოზიანი ქსოვილიდან მიიღო ექსტრაქტი, რომელიც მჭიდროდ ეკვრება ტუბერკულინს და ამ ექსტრაქტში არსებულ ნივთიერებას დაარქვეს სახელი Antituberkulin. როგორც ზემონათქვამიდან ირკვევა, ანტიტუბერკულინს თვისება აქვს მჭიდროდ შეუერთდეს ტუბერკულინს (ანტიგნს) და კომპლემენტის საშუალებით შეკრას იგი. ანტიტუბერკულინს აქვს თვისება აგრეთვე სისხლში არსებული ტუბერკულინი (ანტიგნი) გამოიყენოს სისხლიდან და დააგროვოს დაავადებულ კერაში. ტუბერკულინის დაგროვება ხდება მანიცუდამინც დაავადებულ კერაში იმ მიზეზით, რომ ანტიტუბერკულინი ჩნდება და იქ არის უმთავრესად დაგროვილი. ამით აიხსნება ის მდგომარეობა, რომ დაავადებული კერა ძლიერ მგრძნობიარეა ტუბერკულინისადმი (ანტიგნისადმი).

დაავადებულ კერას ირგვლივ ანთებითი პროცესების გამო გროვდება ლევ-



კოციტები და ჩნდება ფერმენტები, რომელიც ინელებენ ცილას და ამნაირად იწვევენ ტუბერკულოზური ქსოვილის დაშლას.

აი ასეთ პროცესს გასერჩანი და ბრუკი უწოდებენ კერით რეაქციას; რომელიც მიმდინარეობს ტემპერატურით. მიზეზად სიცხის მომატებისა სოვლინ დაშლილი ქსოვილის შეწოვას. საერთოდ კერით რეაქციას დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ორგანიზმის დამცველი ელემენტების გამოსამუშავებლად. ვოლფ-აის-ნერის (Wolff-Eisner) აზრით, ტუბერკულოზიანი ორგანიზმში არის ბაქტერიოლოგიური ამბოცებტორი (ლიზინი), რომელიც აღნიბს ტუბერკულინს (ბაქტერიებს) და აგრეთვე შლის მის პროტეინებსაც. პროტეინების ზეგავლენით ორგანიზმი შემდეგ გამოიმუშავებს ე.წ. ალბუმინოლიზინს (albuminolysin), რომელიც განაგრძნობს პროტეინების შემდეგ შლას. ამნაირად დიდი ტუბერკულინის მოლეკულები თანადათან იშლებიან და გზადაგზა გამოიყოფან უფრო პატარა მოლეკულები ძლიერ შხამიანი ენდოფ्रონების ფინებით.

სალი უერთდება ვოლფ-აის-ნერის თეორიას და დამატებით გამოსთქვამს იმ აზრს, რომ ტუბერკულოზიანი ორგანიზმი სენსიბილიზაციაშინილია (sensibilisierung) და ტუბერკულინის მეორედ დაშლისას რომ ვლებულობთ პატარა მოლეკულებს შხამიან თვისებისას, სალი უძახის ტუბერკულოპირონს თანახმად ებერება (Eber) და ეს მიაჩნია მას კერით რეაქციის გამომწვევ მთავარ მიზეზად.

სპეციფიკური მგრძნობელობის მომატების არსებობა პირველად აღნიშნა თვით კოსმა. მან აღნიშნა, რომ ტუბერკულინის მეორედ შეშხაპუნებას ტუბერკულოზით დაავადებული ზღვის გოჯი უბასუხებს ნეკროზით.

პირკებ (Pirquet) საერთო მგრძნობელობის მომატების აღსანიშნავად შემოიღო ტერმინი ალლერგია. ცხოველი ცილის მეორედ შეშხაპუნებას უპასუხებს მგრძნობელობის მომატებით. სწორედ ასე, და კიდევაც უფრო ძლიერ უპასუხებს ტუბერკულოზიანი ორგანიზმი ტუბერკულოზის ჩხირებში არსებული ცილის შეშხაპუნებას. ისეთ მდგომარეობას კი, როდესაც დაავადებული ორგანიზმი ნაკლებად უპასუხებს ან სრულიად არა ცილის ან ტუბერკულოზის ჩხირის შეშხაპუნებას, მან უწოდა ანერგია.

ფრიდბერგერი (Friedberger) ტუბერკულინის მოქმედებას ანაფილაქსით ხსნიდა. იგი ფაქტობდა, რომ მგრძნობელობის მომატების მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ანაფილატოქსინის მოქმედება, რომელიც ჩნდება ორგანიზმში უცხო. ცილის ზეგავლენით. მაგრამ დღეს ეს შეხედულება არ შეიძლება ჩაითვალოს სწორად, რადგანაც ანაფილაქსიური შოკი მართალია გამოიწვევა უცხო ცილის შევანით ორგანიზმში, მაგრამ იგი მიმდინარეობს უტემპერატურობ, ტუბერკულინის რეაქცია კი, პირიქით, მიმდინარეობს ტემპერატურით. ანაფილაქსია ნიშნავს თავის დაუცვლელობას, და ალერგია კი, პირიქით, წარმოადგენს თავდაცვის რეაქციას (Behring, Richet).

ჰაიეკი (Hayek) მგრძნობელობის მომატებას (ალლერგია) ყოფს ორ მოწინალმდევე ფორმად: პირველს უძახის დადებით ანერგიას, მეორეს უარყოფით ანერგიას.

პირველ შემთხვევაში ავადმყოფს შეძენილი აქვს საკმარისი იმუნიტეტის კლინიკურად ჯანმრთელია და მისი მგრძნობელობა ინფექციისადმი არა თუ მომატებულია, არამედ დაწეული ან სრულიად მოსპობილი. ამის საწინააღმდეგო მოვლენასთან გვაქვს საქმე მეორე შემთხვევაში უარყოფითი ანერგიის დროს. ამ დროს ორგანიზმს არ მოეპოვება საშუალება თავდაცვისა კონკრეტული შინააღმდეგ; ფრონტი გარღვეულია, იმუნიტეტი ორგანიზმს არა აქვს. ბრძოლა თავდება ტუბერკულოზის სასარგებლობდ. თუ ასეთ შემთხვევაში ორგანიზმა დაიწყო მგრძნობელობის თანდათან მომატება და ეს მგრძნობელობა შემდეგ საკმარისად განვითარდა, ეს იმსა ნიშნავს, რომ ორგანიზმა უკვე მოიპოვა საკმარისი ძალა—იმუნიტეტი, რომლის საშუალებით ივი ებრძვის შტერს—ბაქტერიიებს. ამ შემთხვევაში უმაღლესად განვითარებული მგრძნობელობა კარგი პროგნოზის მაჩვენებელია. ამ დროს ავადმყოფი თანდათან შეიძლება გადავიდეს დადებით ანერგიაზე—სათანადო იმუნიტეტის შეძენით და ამნაირად პრაქტიკულად განიკურნოს.

თუ დადებითი ანერგიის დროს მგრძნობელობამ თანდათან იმატა, ეს მომასწავებელია დამტველი ელემენტების დაქვეითებისა და მაჩვენებელია იმისა, რომ ბრძოლა ტუბერკულოზის სასარგებლობდ მიმდინარეობს. თუ ორგანიზმა რეაქციის უნარი სრულიად დაკარგა (დაკარგა მგრძნობელობა), მაშინ პროგნოზი ცულია, ე. ი. ორგანიზმს სრულიად არა აქვს უნარი ბრძოლისა და თავდაცვისა.

ზოგი ავტორები ტუბერკულინის რეაქციას ჩვეულებრივი ცილის მოქმედებით ხსნიან. მათი აზრით, ყოველი ცილი მოქმედობს ისე, როგორც ტუბერკულინი, და ამიტომ არავითარი სპეციფიკური მოქმედობა ტუბერკულინს არა აქვს (Huepppe, Ceholl, Kühne, Matthes, Krehl და სხვები). მაგრამ ეს ალბუმოზური თეორია მთელი რიგი ავტორების მიერ დღლეს უარყოფილია, რადგანაც ექსპერიმენტალურად დამტკიცდა, რომ სათანადო რეაქციის გამოსაწვევად დიდი რაოდენობა ცილისა შეიქმნა საჭირო, რაც, რა თქმა უნდა, არ არის ტუბერკულინის იმ მცირე რაოდენობაში, რომელიც იხმარება სამკურნალოდ. პროტეინული თეორია შმიდტისა (Schmidt) იგივეა, როგორიც ალბუმოზური თეორია.

**დეიკე და მუხი (Deycke—Much)** ფიქრობენ, რომ ტუბერკულინის რეაქციას აქვს უფრო მეტად ცელულარული ხასიათი, ვიდრე ჰუმორალური. მათი აზრით ამის სასარგებლობდ ლაპარაკობს:

1) ტუბერკულინისადმი მგრძნობელობის მომატების პასიურად გადატანის შეუძლებლობა შრატის შესხაპუნებით;

2) კერითი რეაქციის მიღება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ტუბერკულინს კანქვეშ ვუშხაპუნებთ;

3) ანტისხეულები, რომელიც სისხლშია, ძლიერ ცვალებადია, მაგრამ ანტისხეულაკები, რომელიც ქსოვილებშია, კი, პირიქით, შედარებით მუდმივია.

4) ცელულარული იმუნიტეტის დროს ჩვეულებრივად ჩნდება ადგილობრივი რეაქცია, ჰუმორალური იმუნიტეტის დროს კი საერთო რეაქცია.

მიუხედავად ამისა დეიკე და მუხი ფიქრობენ, რომ ჰუმორალური იმუნიტეტი წარმოდგება ცელულარული იმუნიტეტისაგან, ან ყოველ შემთხვევაში

მჭიდრო კავშირი არსებობს მათ შორის. ამნაირიდ დეიკე და მუხი ფაქტობენ, რომ ცელულარულ იმუნიტეტს აქვს მუდმივი ხასიათი და ჰუმორალურს კი-ღროებით. Hayek-ი მთელი რიგი გამოჩენილი მეცნიერების ზეგავლენით (Erlich, Much, Friedberger, Richet) ხსნის ტუბერკულინის მიერ გამოწვეულ რეაქციას შემდეგნაირად: მთელი რეაქცია მიმდინარეობს ანტიგენის და ანტი-სხეულების ურთიერთ მოქმედებაში, ეს იქნება ფიზიკური, ქიმიური თუ ფერ-მენტული. ტუბერკულინის ტუბერკულოზიან ორგანიზმში შეყვანის დროს იგი იშლება ანტისხეულაკების ზეგავლენით ან სრულიად ან ნაწილობრივად. სრული დაშლის დროს არავითარ რეაქციას ადგილი არა აქვს. ეს იმას ნიშნავს, რომ ორგანიზმში სრულიად საკმარისი რაოდენობაა ანტისხეულებისა (შეძენილი იმუნიტეტი), სადაც ანტიგენის დაშლა ხდება ბოლომდე (დადებითი ანერგია); ამ დროს ადამიანი კლინიკურად ჯანმრთელია. იმ შემთხვევაში, როდესაც ხდება ნაწილობრივი დაშლა, ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ორგანიზმს ანტისხეულები საკმარისი რაოდენობით არ მოეპოვება და ამიტომ ნაწილი ანტიგენისა სრულიად დაუშლელად შედის სისხლის საშუალებით ორგანიზმში და იწვევს კერით ან საერთო რეაქციას (ალლერგია ან ანაფილაქსია). ჰაიკი არჩევს ტუბერკულინის 3 რეაქციას:

1. ადგილობრივი ან კანის რეაქცია, რომელიც წარმოადგენს ანტი-გენის და უჯრედების ანტისხეულების ბრძოლის შედეგს (ცელულარული იმუნიტეტი); თუ უკანასკნელების რაოდენობა ორგანიზმს საკმარისი აქვს, არავითარ რეაქციას ადგილი არ ექნება (დადებითი ენერგია) და, თუ ანტისხეულების რაოდენობა საკმარისი არ არის, ადგვილობრივი რეაქცია მით უფრო ძლიერი იქნება, რაც უფრო ნაკლებია ანტისხეულები (ალლერგია); თუ ანტისხეულების რაოდენობა ძლიერ მცირეა ან სრულებით არ არსებობენ ისინი, მაშინ რეაქციას არ აქვს ადგილი (უარყოფითი ანერგია).

2. კერითი რეაქცია ჩნდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ტუბერკულინის (ანტიგენის) დოზა მეტია, ვიდრე ცელულარული და ჰუმორალური ანტისხეულების რაოდენობა, მაშინ დაუშლელი ტუბერკულინი სისხლის საშუალებით შედის ორგანიზმში და გროვდება დაავადებულ კერაში, სადაც იწვევს კერით რეაქციას. რეაქცია მით უფრო ძლიერი იქნება, რამდენადაც ანტიგენის რაოდენობა სჭირდობს ანტისხეულების რაოდენობას.

3. მძლავრი კერითი რეაქცია იწვევს აგრეთვე საერთო რეაქციას, რადგანაც შხამიანი პატარა მოლეკულები, რომლებიც ჩნდება ანტიგენის არა სრული დაშლის გამო, შედიან სისხლში და იწვევენ მოწამლვით მოქმედებას სხვადასხვა ორგანოების და ცენტრალური ნერვული სისტემისა (ანაფილაქსია).

**ნასტიუკოვის შეხედულობით**, სპეციფიკური იმუნიტეტის განვითარებაზე დიდი მნიშვნელობა აქვს სპეციფიკური კატალიზატორებს, რომლებიც ჩნდებიან ტუბერ. ორგანიზმში კ. ჩხირის (ანტიგენის) პროტეინის ჰიდროლიზაციის შედეგად. ეს სპეციფიკური კატალიზატორები აქტივაციას ახდენენ ორგანიზმის ნორმალურ ფერმენტულ პროცესებზე, რომლებიც შლიან ტუბერ. ჩხირებს. მისი აზრით, ჩხირები ორგანიზმში პირველად იშლებიან ნორმალური სისხლის და უჯრედების პროტეიზების და ლიპაზების ზეგავლენით. ამ დროს

ნაწილობრივად დაშლილი ტუბერკულოზის პროტეინების პროდუქტები ღვევეს ტოქსიკური ხასიათის ჩაქციას (ადგილობრივ, კერითი ან საერთოს). შემდეგ უფრო სრულად ტუბერ. პროტეინების მოლეკულების დაშლის გამო ჩნდებიან, როგორც ზემოთ ვთვით, სპეციფიკური კატალიზატორები. ა. ამ სპეციფიკური კატალიზატორების საშუალებით ორგანიზმში აქტივაცია ხდება აუარებელი რაოდენობის დამცველი ელემენტებისა, რის საშუალებით იგი ებრძვის მტერს. **ნახტიუკოვი** ფიქრობს, რომ „ინფექცია წარმოადგენს ორნაირი პროცესის მატარებელს; ერთი მხრით ბაქტერიების არა მთლიანად დაშლის დროს ორგანიზმში ჩნდება ტოქსინები, რომლებიც იწვევს ავადყოფობას; მეორე მხრით ჩნდება ე. წ. სპეციფიკური კატალიზატორები, რომელთა საშუალებით იშლება როგორც ბაქტერიები, ისე მისი ტოქსინებიც (ავტოლიზის თეორია Emmerich, Lew, Twort, d'Hérelle).

ზემოთ მოხსენებული თეორიების მოქლედ განხილვის შემდეგ გადავალთ ტუბერკულინის თერაპიულ ლირებულებაზე. ტუბერკულინით მკურნალობის ისტორია სამ პერიოდად შეიძლება დაყოს. პირველი პერიოდი დიდი დოზების ხმარებით ხასიათდება და 10 წ. გაგრძელდა. პირველად დიდი დოზები თვით კონსის მიერ იყო შემოლებული. იგი ფიქრობდა, რომ ტუბერკულინი შლის ტუბერკულოზიან ქსოვილებს და აძლიერებს მხლობდ ცოცხალი ქსოვილების მოქმედებას და ამიტომ მისი აზრით, ტუბერკულინი უნდა დანიშნული ყოფილიყო გაძლიერებული დოზით.

დიდი დოზებით მკურნალობის უარყოფითი შედეგები თანდათან გამოირკვა. განსაკუთრებით ამ მხრივ დიდი დაწლი მიუძღვის ვირჩოვებს (Wirehow). ვირჩოვებს პრაქტიკიდან დარწმუნდა, რომ დიდი დოზები იწვევენ ძლიერ ჩაქციებს და ცუდად მოქმედებენ ორგანიზმებს. ამის შემდეგ დაიწყეს, პირიქით, პატარ-პატარა დოზებით მკურნალობა, რომელიც სრულიად ურეაქციოდ მიმდინარეობდა (Guttmann, Thorner, Goetsch, Riniore u. Morland, Wright). პატარა დოზებით მკურნალობის ხანას უძახიან მეორე პერიოდს. მეორე პერიოდის მკურნალობის დროს სრულებით არ იწვევენ ჩაქციას და მომატება დოზებისა ხდება ძლიერ ფრთხილად, რომ თავიდან აეცილებიათ უმნიშვნელო ჩაქციაც კი. მიზანი პატარა დოზებით მკურნალობისა ის იყო, რომ ავადყოფში გამოიწვიათ მგრძნობელობის მომატება (ალლერგია), რაც მათი შეხედულობით უნდა იყოს მთავარი მიზეზი იმუნიტეტის გამოწვევისა. დოზების მომატებაზე ხელმძღვანელობდენ მხლობდ ადგილობრივი ჩაქციით და მგრძნობელობის მომატებით. ეს ფრთხილი ანაფილაქსიური მეთოდი დღესაც ხმარებაშია, ამიტომ ალლერგიის მოხსერე ავტორებს უწოდებენ ალლერგიისტებს. არიან აგრეთვე პატარა დოზებით მკურნალობის მოწინააღმდეგენიც (Krämer, Hayek, Schlossmann, Blümel, Neumann და სხვები), რომლებიც ამტკაცებენ, რომ ტუბერკულინის ისეთი დოზაა საჭირო, რომელიც უნდა იწვევდეს სუსტ ჩაქციებს, ე. ი. ჩვეულებრივ ტემპერატურის ოდნავ მომატებას ( $0\text{--}5^{\circ}$ -დე) და დოზების გაძლიერება უნდა ხდებოდეს უფრო გაძედელად, რომ თანდათან შესაძლებელი გახდეს დოზის უმაღლეს წერტილამდე აწევა. ძირითადი აზრი, იმუნიზაციის ასეთი მეთოდისა (immunisierende Methode) ის არის, რომ გაძ

ლიერებული დოზების საშუალებით ორგანიზმი შედარებით უფრო აფფილაციური გამოიმუშავებს დამცველ ელექტროგებს, რომლის მეოხებით სასკებით და ბოლომძე დაშლის ტუბერკულინს ხანდაზმულობის პროდუქტების შეუქმნელად. ამნაირად ხდება არა მცრმნობელობის მომატება (ალლერგია), არამედ მისი თანდათან სრულიად მოსპობა, ტემპერატურის ნორმამდე დაწევა და სხვა მოვლენების შენელება-მოსპობა. ზემოთ მოხსენებული ავტორების შეხედულობით, მთავარი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობისათვის კერითი რეაქციის გამოწვევას.

ნორმალურად გაღიზიანებული ტუბერკულოზური კერა იწვევს ანტისხეულების ზედმეტ პროდუქციას და შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებას, რომელსაც ძლიერ ჩქარი ტემპით სრულ მორჩენამდე მიჰყავს ავალმყოფი. ნორმაზე ზედმეტი გაღიზიანება (პირველი პერიოდი) ან ნორმაზე ნაკლები (მეორე ხანა) იძლევა უარყოფით შედეგებს. ტუბერკულოზური კერა წარმოადგენს ცენტრალურ ძალას იმუნობითოლოგიური დამცველ ბრძოლისა (Hayek).

გაშიანდამე, პირველი ტუბერ. ხანა უნდა ჩაითვალოს შეცდომად, რადგანაც მაშინ იწვევდენ დიდ რეაქციებს, ორგანიზმის უჯრედების დაშლას, რომელიც წარმოადგენდა ბაქტერიების კარგ საკვებ მასალას. გავირულენტებული ჩეირები ლიმფური და სისხლის ძარღვების საშუალებით თანდათან ვრცელდებოდნ და იწვევდენ საერთო რეაქციას, ტემპერატურის მომატებას, თავის ტკივილს, პირის ლებინებას, მაღის დაკრეგებს, ხელების გაძლიერებას, დამტვრებულობას, ტანიკარდიას, კუჭის და სახსრების ტკივილებს, კახექსიას და სხვა. მეორე ხანა—პატარა დოზებით მკურნალობაც არ იღწევს მიზანს. მესამე შეხედულების ზოგი წარმომადგენლები (Hayek, Blümel) დღესაც ამ შეთოლით მკურნალობენ ფილტვების t. b. c. პროგრესიულ ფორმებს, მაგრამ უჯრედების იმუნიტეტის გაძლიერების და ანთებითი პროცესების შენელების შემდეგ თანდათან გადადიან მკურნალობის ახალ წესებზე, სანამ არ მიაღწევნ დადებით ანერგიას, რაც გამოიხატება მგრძნობელობის შენელებაში, ტემპერატურის ნორმამდე დაწევაში, ხელების და ნახელის სრულიად მოსპობაში და სხვა, ე. ი. როცა ავალმყოფი პრატიკულად სრულიად გაჯანსაღებება. უკანასკნელი მეთოდის უპირატესობა, როგორც თეორიულად, ისე პრაქტიკულად, უკვე დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს. მისი მთავარი ნაკლი იმაში გამოიხატება, რომ დოზა A. T. უნდა იყოს ძლიერ ზუსტი. როგორც ზემოდ ვთქვით, ნორმაზე ნაკლები გამოიწვევს ალლერგიას (II ხანა), ნორმაზე მეტი—დიდ რეაქციებს (I ხანა), ამიტომ აი ასეთი ზუსტი დოზების გამომუშავება ყოველ კერძო შემთხვევაში ძნელია.

ერთიდაიგივე დოზა ტუბერკულინისა სხვადასხვა პირებზე ერთნაირი პათოლოგ-ანატომიური პროცესების დროს სულ სხვადასხვანაირ მოქმედებას იჩენს. როგორც ეტყობა, აქ დიდ როლს თამაშობს იმუნო-ბიოლოგიური თვითსებები ორგანიზმისა და ამით უნდა აიხსნას ის გარემოება, რომ ექიმთა ფართო წრებით ამ ძლიერ მახვილ იარაღს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ნაკლებად ხმარობენ. ამისათვის საჭიროა ექიმმა იქონიოს მომზადება და მუჟაითად მოვიდოს საქმეს ხელი, იგი დიდი ხნის მუშაობის შემდეგ იძენს სათანადო ცოდნა-პრაქტიკას პირად დაკვირვებისა, და ამნაირად მას მიეცემა საშუალება წარმატებით

მოიხმაროს სპეციფიკური მკურნალობა. სხვა შემთხვევაში იგი შეცდომებს დაუშვებს, გული გაუტყდება და მკურნალობას დაანებებს თავს. უფრო შეტკიც შეიძლება ითქვას, იგი გახდება ზოგიერთ შემთხვევაში პრინციპიალური მოწინააღმდეგ სპეციფიკური ჰკურნალობისა. ზოსტი ლოზის გამოსარჩვევად ჩვენ ვამზარბათ მხოლოდ A. T. პრეპარატს და ვატარებთ მკურნალობას შემზღვევაში.

Mantoux-ის მეთოდით კანში ვუშააპუნებთ A. T. ხსნარს 1 0,1/IV, 0,1/V და 0,1/IV. თუ ამან რეაქცია არ გამოიწვია, ვხმარობთ 0,1/III და 0,1/III (ზოგიერთ შემთხვევაში დიდი დოზა რეაქციას არ იწვევს, მაშინ უნდა ვიხმაროთ უფრო სუსტი ხსნარი, მაგ. 0,1/VII). ამას პროფ. ნეიმანი (Neuman) ხსნის იმით, რომ დიდი დოზის A. T. საბრძოლველად ორგანიზმს არ მოეპოვება საჭირო რაოდენობის ანტისხეულებით და, თუ A. T. რაოდენობა პატარა იქნება, მაშინ საჭირო ანტისხეულების რაოდენობას გამოყოფს, რის შედეგად მიღილებთ დადებით რეაქციასოდ"). თუ უკანასკნელ შემთხვევაში მაინც რეაქცია ვერ მივიღეთ, ეს იმას ნიშნავს, რომ არის სრული უარყოფითი ანერგია და ამიტომ ტუბერკულინით მკურნალობაც შეუძლებელი ხდება. მკურნალობას ვიწყებთ იმ ხსნარით, რომელიც მოგვცემს რეაქციას, მაგ.: 0,1/IV ხსნარში, პირველი თერაპიული დოზა იქნება 0,2/IV ხსნარისა—კანქვეშ (მკლავებზე).

ვთქვათ VI, V, IV, სულყველამ დადებითი რეაქცია მოგვცა, მაშინ ვიწყებთ მკურნალობას 0,2/VI ხსნარიდან. ამის შემდეგ საერთო ორიენტაციისათვის უნდა გვქონდეს შემდეგი ნუსხა:

0,15 — 0,2 — 0,3 — 0,45 — 0,7 — 1,0 და ამნაირად სულყველა ხსნარებიც. დოზების ნუსხა ბევრია, მათში მოვყავს მთავარი:

### Bandelier—Roepke

V 0,1 — 0,15 — 0,25 — 0,35 — 0,5 — 0,7 კ. ს.

VI " " " " " "

III

II იგივე.

I

A. T.-ის ორიგინალური ხსნარი: 0,1 — 0,15 — 0,25 — 0,35 — 0,5 — 0,7 კ. ს.  
ან 0, 1 — 0,2 — 0,3 — 0,4 — 0,5 — 0,6 — 0,7 — 0,8 — 0,9 — 0,0 კ. ს.

შემთხაპუნება კვირაში ორჯერ.

V — III ხსნარმდე ყოველ შეორე დღეში ერთხელ

II ყოველ სამდღეში

I " ოთხდღეში.

ორიგინალური 5—7 დღეში პარველად და შემდეგ თანდათან მოშატებით  
14 დღემდე.

<sup>1</sup> A. T. ხსნარი კეთდება შემდევნაირად: A. T.-ის ერთი გრამი—1,0 უნდა გაეჩნათ 9,0 1/2% ac carbol=ეს იქნება ხსნარი № 1.

ხსნარი № 1-ან ვიღებთ 1,0 და ვაზვებთ 9,01/2% ac. carbol=№ 2

" № 2 " " 1,0 " " 9,01/2% " " = № 3

" № 3 " " 1,0 " " 9,0 " " " = № 4

" № 4 " " 1,0 " " 9,0 " " " = № 5

" № 5 " " 1, " " 9,0 " " " = № 6

და ასე შემდეგ...



## Deycke-ს ნუსხა:

VI 0,1 — 0,2 — 0,4 — 0,8

V 0,15 — 0,3; — 0,6 — 1,0

IV 0,15 — 0,2 — 0,3 — 0,45 — 0,7 — 1,0.

III 0,15 — 0,2 — " " " და ასე

Bacmeister-ის და Blümel-ის ცხრილი ერთნაირია VI 0,1 — 0,3 — 0,6. V 0,1 — 0,3 — 0,6 და ასე სხვა ხსნარები კვირაში ორჯერ შეშხაპუნებით<sup>1</sup>. ტემპერატურის მომატება ჩვეულებრივად 0,5-დე უნდა ხდებოდეს და, თუ ამას გადააცილა მაგალითად 0,6°, 0,7° — 1,0; იგივე დოზა 4 — 5 დღის შემდეგ უნდა განმეორდეს. თუ ტემპერატურამ ერთ გრადუსზე მეტი მომატა, უნდა შევამციროთ დოზები იმდენად, რამდენადაც იწყო ტემპერატურის მომატება გამოხატული.

ტემპერატურის მომატების გარდა, მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ავადმყოფის პულსის სიხშირეს, სუნთქვას და წონას. შეიძლება ტემპერატურამ არ მოიმატოს, მაგრამ სხვა სიმპტომები გამოხატული იყოს და რეაქცია ორგანიზმის საწინააღმდეგოდ მიმდინარეობდეს. ასევე ყურადღება უნდა მიექცეს ტუბერკულოზით დაზიანებულ ადგილს, მოხდა გამწვავება იქ თუ არა (ხიხინის ან მოყრუების გაჩენა).

ჰაევი ტუბერკულინის მკურნალობის შესახებ ლაბარაკობს, რომ „სპეციფიკური მკურნალობა ყოველთვის უნდა ეხებოდეს ტუბერკულოზს, თუ კონტაქტი მათ შორის არ არის, ეს იმას ნიშნავს, რომ დოზა ნორმაზე ნაკლებია ან ზედმეტია და ამიტომ, როგორც პირველ, ისე მეორე შემთხვევაში ვლებულობთ ჭარყოფით შედევებს (ამ დროს გვაქვს ანტისეცულების არა მომატება, არამედ მისი დახარჯვა-დაკლება). კონტაქტის გამოხებნის შემდეგ ზემოთ მოხსენებულ დოზების მომატებით სპეც-მკურნალობის დროს უმრავლეს შემთხვევაში ჩენ ვარ ვალწევთ ფრიად დამაკმაყოფილებელ შედეგებს.

ნუსხა ზემოთ მოყვანილი არის მხოლოდ საერთო ორიენტაციისათვის და ყოვლად შეუძლებელია სულყველასათვის ერთი და იმავე დოზის ან ინტერვალის შემოღება.

მკურნალობა გრძელდება ყოველთვის რამოდენიმე თვე. უნდა ვეცალოთ მივალწიოთ რაც შეიძლება დიდ დოზებს II ან I ხსნარამდე. უკეთესია, თუ შესაძლებელი იქნება, ორიგინალური პრეპარატამდეც, თუმცალა დიდ დოზების მიღწევას ყოველთვის არ აქვს მაინც და მაინც დიდი მნიშვნელობა, რადგანაც ზოგიერთ შემთხვევაში ერთ ავადმყოფს III ხსნარის დროს უკვე საკმარისი იმუნიტეტი აქვს მოპოებულა, მეორეს კი არა, ასე რომ აქაც საჭიროა ინდივიდუალიზაციის დაცვა. თუ ჩენ მივაღწიოთ ავადმყოფის პრაქტიკულ გაჯინსალებას, ამით მკურნალობა უნდა დაგმოთავროთ. მხოლოდ მკურნალობის შემდეგ პირველ ხანებში 3 — 6 თვის გამოშვებით საჭიროა მგრძნობელობის გამორკვევა ტუბერკულინისადმი. ამის გამოსარკვევად უშხაპუნებენ ტუ-

<sup>1</sup> ქალაქის ტუბ. განციფილებაში მე-IV — III ხსნარამდე ყოველ მეოთხე დღეს. მე-2 ხსნარებში კვირაში ერთხელ.

ბერკულინს თანდათან 0,2/IV, 0,1/III, 0,5/III 0,25/II და ამნაირად უნდა მივაღწიოთ თვით უკანასკნელ დოზამდე, რომელზედაც მკურნალობის დროს უკანასკნელად გაძერდით. თუ უკანასკნელ დოზას ვერ მივაღწიეთ და უფრო აღრე მივიღოთ რეაქცია, ეს იმას ნიშნავს, რომ დაცვითი ელემენტები შემცირებულია და საჭიროა მკურნალობის ისევ განახლება.

შეგვასი კონტროლი საჭიროა დროგამოშევებით შემდევშიაც. ზემოთ მოყვანილი მეთოდიკური მკურნალობის შედევად შესაძლებელია არა ივალმყოფის პრაქტიკულად მორჩენა, არამედ ბიოლოგიურადაც (Bandolir—Roepke, Krämer, Blümel, Deycke, Liebermeister, Hayek).

იმის დასამტკიცებლად, რომ ავაღმყოფი ბიოლოგიურად განიკურნა თუ არა, უშაბუნებენ ორიგინალურ A. T. 1,0—2,0 გრამამდე, რომელმაც ურეაქციონდ უნდა ჩაიაროს (Hamburger, Zieler, Настюков, Liebermeister და სხვები).

გარდა A. T.-ისა სარგებლობენ აგრეთვე სხვა ტუბერკულინის პრეპარატებით: Albumosefreies Tuberkulin, Sensibilisierte Bazillenemulsion, რომელიც A. T.-თან შედარებით უფრო სუსტს პრეპარატებს წარმოადგენენ. მათ მიმართავენ იმ შემთხვევაში, როდესაც დიდი რეაქციები არაა სასურველი, მაგ.: ფილტრების აქტიური ტუბერ-ის დროს, მაგრამ სრულიად თავისუფლად შეიძლება ზემოთ მოხსენებული პრეპარატების A. T-ით შეცვლა.

საჭიროა მხოლოდ A. T.-ის უფრო სუსტი ხსნარების გაკეთება, მაგ. VII, VIII და სხვა. შედევე ერთიდაიგინე იქნება. ასე რომ მხოლოდ A. T.-ით სრულიად თავისუფლად შეგვიძლია სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარება.

ტუბერკულინით მკურნალობა ნაჩენებია:

1. ციროზული და ფიბროზულ-პროდუქტიული ფილტვების ტუბერკულოზის დროს;

2. ტუბერკულოზური პლევრიტების და პერიტონიტების დროს;

3. ლიმფური ჯირკვლების ტუბერკულოზის დროს;

4. კანის ტუბერკულოზის დროს.

საჭიროა აღმდეგო ჩვენებას წარმოადგენს:

1. მწვავე სეპტიკური ტუბერკულოზი,

2. მილიარული ტუბერკულოზი,

3. ნაწლავების ტუბერკულოზი,

4. კახექსიური ფორმები,

5. ნეფროტით და დიაბეტით გართულებული ფორმები,

6. შერეული ინფექცია.

7. ქალაქის I საავაღმყოფოს ტუბერ. განყოფილებაში და ცენტრალურ ამბულატორიაში ზემოთმოხსენებული ბეოთდით რამოდენიმე ათეული ავაღმყოფები გვყავს გატარებული. მკურნალობა გრძელდებოდა 6 თვემდე—1 წლამდე. ჯირკვლების და პერიტონეულის ტუბერკულოზის დროს ამ მკურნალობამ საუცხოვოდ იმოქმედა. პირველებს საშინალი გასივებული კისრის ჯირკვლები რამოდენიმე თვის მკურნალობის შემდეგ სრულიად გაუქრათ, ტკივილი მოესპონთ, ტემპერატურა ნორმამდე დაუვიდა. ნორმაში 3—5 კილო მოემატათ და სხვა.

პერიტონიტიანებზედაც ასეთმა წამლობამ კარგად იმოქმედა: ჩირქი დაუშავდა  
ცხრა, მუცელი გაურბილდა და უმტკიგნელო გახდა, ტემპერატურა ნორმაზედ  
დავიდა და ავადმყოფებმაც წონაში მოიმატეს. კარგად იმოქმედა აგრეთვე  
ისეთი ფიბროზული პროდუქტიული პროცესების დროსაც, რომლებიც სუბ-  
ფებრილური ტემპერატურით მიმდინარეობდა. უარყოფითი შედეგები მივიღეთ  
დაჩირქებული ტუბერკულოზური ლიმფადენიტების დროს. საერთო მდგომარეობა  
ცუდი იყო და  $t^{\circ} = 39^{\circ}$   $40^{\circ}$ -ზე ავიდა. უარყოფითი შედეგები მივიღეთ აგრეთვე  
ისეთი პროდუქტიული ორმხრივი ტუბერკულოზის დროს, რომელიც მიმდინა-  
რეობდა უფრო მაღალი სიცხით.

დასასრულ საჭიროა აღინიშნოს, რომ დღეს ევროპაში და საბჭოთა კავ-  
შირის დიდ ქალაქებში ტუბერკულინით მკურნალობას აქცევენ განსაკუთრებულ  
ყურადღებას და შეიძლება ითქვას, რომ იქ ამ მხრივ გაცხოველებული მუშაობა  
სწარმოებს. მთელი რიგი ავტორების მიერ გამოქვეყნებული შრომების მიხედ-  
ვით, ამ მეთოდით მკურნალობის შესახებ ფრიად დამაკმაყოფილებელი შედეგებია  
აღნიშული. ამიტომ ჩვენი პირდაპირი მოვალეობაა ამ საკითხს მივაწიოთ  
ჯეროვანი ყურადღება, ვინაღან იგი წარმოადგენს ერთ-ერთ კარგ თერაპიულ  
საშუალებას ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოდ ბრძოლაში.

#### ლ ი ტ ე რ ა ტ ჟ რ ა:

1. Bandelier—Roepke,—Lehrbuch der Stezificher Diagnosistik und Therapie Tuberkulose. 13, Anflage 1922.
2. Hermann V. Hayek,—Проблема туберкулоза.
3. Karl Blümel,—Терапия и профилактика туберкулоза, 1926.
4. Albert Brecke,—Allgemeine Diagnostik ins besondere der Lungen-tuberkulose. Handb. d. Tub. Bramer... 1823.
5. Материалы по туберкулиновтерапии туберкулоза, 1929.
6. Модель и Сидельникова,—Туберкулинодиагностика и изучение туберкулинного титра у детей. 1928.
7. Проф. Сали,—О методе лечения туберкулином, 1907.
8. Бременер и Шиманко,—Аллергия кожи и аллергические заболевания, 1929.
9. D-r Kurt Klare—Die Tuberkulose Therapie des praktischen Arztes, 1925.
10. Гаикович,—Лечение туберкулезного больного, 1926.
11. Проф. М. М. Настюков,—Биохимическая терапия туберкулезного иммунитета, 1926 г.

12. Проф. Деуеске,—Практическое руководство по туберкулезу 1923.
13. Л. М. Модель,—о механизме действия туберкулина. Иммун., клиника и профилак. туб. у детей, 1921.
14. Л. М. Модель,—Клиника туберкулозного процесса по Liebermeister-у. Им. клин. и проф. у детей 1926.
15. Prof. A. Bacmeister, Die hausarztliche Behandlung der Lungentuberkulose, 1928.
16. Prof. W. Neimann,—Die hansarztliche Behan-Alung der Lungentuberkulose.
- Wiener Klinische Wochenschrift № 25. 1929.
-

# რ ე ზ ე რ ა წ ე ტ ი

შინაგანი ცენტრალური ბიბლიოთი

შეზუბებათა შეკურნალობის ახალი მეთოდები შარდმდენ ნივთიერებათა სა-  
შუალებით (იხილე ა/წ „Brauch. Gazeta“ № 15, გვ. 1038)

პროფ. Rud. Fleckseder—ი, ეხება რა შეშუპებების მკურ-  
ნალობის საკითხს შარდმდენ ნივთიერებათა საშუალებით,—განარ-  
ჩევს ამ უკანასკნელთა (შარდმდენ ნივთიერებათა) 6 ჯგუფს:

1. **წყალი.** პირველად მშიერი დღეები—3-5 დღის განმავ-  
ლობაში ავადმყოფი მიიღებს ხოლმე მხოლოდ მარტო ხილულს;  
შემდეგში—ავადმყოფი ერთბაშად უზმოზედ მიიღებს  $1\frac{1}{2}$  ლიტრ.  
ბაც (თხელ) ჩაის. ამ უკანასკნელის სამაგიეროდ შეიძლება აგრეთვე  
2 ლიტრ. ფიზიოლოგიურ სნარის ინტრავენოზურად შეშაპუნება  
(სასწრაფო შემთხვევებში). შარდმდენი ჩაის სახით, როგორც მაგალ.  
Flores Sambuci, Fruct. Petroselihi და სხვა წინააღმდეგ ნაჩვენებია  
ნეფრიტების დროს, როგორც თირკმელების გამაღიზიანებელნი.  
ამავე ჯგუფს ეკუთვნის აგრეთვე ეგრეჭილდებული „კარიელის დიე-  
ტა“—8000—1000,0 რძისა დღეში (განაწილებული მცირე ცალკე  
რაციონებად) ყოველგვარ სხვა საჭმლის და სასმლის გარეშე 3  
დღის განმავლობაში. განსაკუთრებით კარგი შარდმდენი ეფექტი  
მიიღება ერთდროულად მარილ-ნაკლები დიეტის ხმარების დროს  
(იგულისხმება საერთოდ ნატროუმის მარილების შეზღუდვა).

2. **შარდმდენი.** შარდმდენ მომქმედია კალიუმის, ამონიუმის მა-  
რილები და შარდივანი (Urea). Kalii acetici sol: 30,0—50,0, aq.  
destil. ad 150,0 სუფრის კოვშით რძესთან ერთად ერთი (1) დღის  
განმავლობაში—ნაჩვენებია როგორც გულის, ისე თირკმელების  
ნიადაგზე წარმოშობილ შეშუპებების დროს. ეს აღნიშნული სა-  
შუალება უნდა ეძლეოდეს არა უმეტეს 7 დღისა, წინააღმ-  
დეგ შემთხვევაში მას შეუძლია გამოიწვიოს კუჭ-ნაწლავის აშ-  
ლილობანი. ძლიერ მიზანშეწონილია ammonii chlorati-ს დანიშვნა  
(3,0—10,0 დღეში) როგორც საჭმელ მარილის Nachl-ის შემცვლელი  
საშუალება მარილ-ნაკლები დიეტის ხმარების დროს, ისე აგრეთვე,  
როგორც დამხმარე საშუალება სილირგანის და ნივაზუროლის ხმა-

რების დროს. შარდივანი (Urea), 40,0—100,0 დღის განმავლობაში, მოქმედობს მსგავსად მარილებისა, უმთავრესად ნეფროტიულ შეშუბების დროს, მაგრამ საკმაო უფექტის მისაღებად საჭიროა ამ ნივთიერების ხანგრძლივი ხმარება (ფალარათობა, კუჭ-ნაწლავის მოვლენანი).

3. Theobromin-ისა და Theophyllin-ის პრეპარატები. ამ ჯგუფის ნივთიერებათა შორის ყველაზე ძლიერ მოქმედია Euphyllin-ი. ინტრავენოზურად—ფრთხილად და ნელ-ნელა ვენაში უნდა შეუვანილ იქნას 0,24—048 10—20 ცმ<sup>3</sup> წყალში. ამ ჯგუფის ყველა პრეპარატების დანიშვნა უნდა ხდებოდეს დიდ დოზებში და ხანგრძლივად.

4. საგულენი. სათითურას პრეპარატები. Inf. fol. digitalis ex 0,5—08:60,0 ან და pulv. fol. digital.—0,05 ატების სასით 6—8 აბი დღის განმავლობაში. ერთდროულად ამასთან ლოგინში წოლა და მარილ-ნაკლები დიეტა. Adonis. Strophantin-ი ინტრავენოზურად. შარდმდენად მოქმედებს Coffeini და Camphora-ც.

5. ხინდიყის პრეპარატები. Calomel 0,2—2-ჯერ პირველ დღეს, შემდეგ თანდათანობით წამატებით 6-ჯერამდე დღეში, სულ 3,0—5,0-მდე. სინდიყის პრეპარატების შარდმდენთაგან ყველაზე უკეთესია—Salyrgan-ი და novasurol-ი (უმთავრესად პირველი) 1,0—2,0-მდე ინტრავენოზურად ან და კუნთებში ყოველ მეორე-მესამე დღეს, სანამ არ გაქრება შეშუბებანი. ერთდროულად მათთან სასარგებლოა მარილ-ნაკლები დიეტის ხმარება საჭმელ მარილის Nach-ის Ammonii chlorati-ით ჟეცელით. შარდმდენი ეფექტი ამ დროს ძლიერ კარგად არის გამოხატული. ამ პრეპარატების ხმარების დროს საჭიროა თვალყურის დევნა პირის ღრუს ლორწოვან გარსისა, ნაწლავებისა და შარდისა (შესაძლებელია სინდიყით მოწამვლა, უკანასკერლი უფრო ნაკლებ სილირგანისაგან). ამ ჯგუფში აღნიშნულ პრეპარატების ხმარების წინააღმდეგ ჩვენებანია: გლომერულონეფრიტები, თირკმელების სკლეროზი, აზოტემია, პერიტონიტი, ნაწლავების გაუვალობა, მაღალი სიცხე გამოხატული ზოგადი სისუსტე და გულის სისუსტე.

6. ფარისებრ ჯირკვლის პრეპარატები. უკანასკნელთა ხმარება ნაჩვენებია მიქსდემატოზურ მდგომარეობისა და ნეფროზების დროს. წინააღმდეგ ნაჩვენებია გულის ნიადაგზე წარმოშობილ შეშუბებების დროს (უმთავრესად სარქველების ნაკლოვანებისა და თირკმელების სკლეროზის დროს) ნეფროტიულ ჰემოტურიისა და აზოტემიის დროს.

შარდმდენი ცალკე დაავადების დროს. Hydrops cardiale—დასაწყისი მეურნალობისა, Digitalis პრეპარატებით ზემოთ ნაჩვენებ დოზებში. შემდეგში, როგორც კი მოხდება სრული მოქმედება აღნიშნულ საშუალებისა,—Digitalis-ი უნდა შეიცვალოს Coffeini-ით



(0,25 კანქვეშ 2-ჯერ დღეში). ამასთან ერთად თავიდგანვე ბლობად შაქარი ან და რძის დღეები (კარტელევის დიეტა). ორჯა-რიან სარქველის შანკის დროს დეკომპესაციის პერიოდში: Inf. digital 0,5—1,2:60,0 (ფრთხილად ინფარკტის ბიგემინის შემ-თხვევაში); მძიმე შემთხვევებში ინტრავენოზური შეშაპუნება Strohhantin-ისა  $\frac{1}{2}$ —1 mgr. 10 cm.<sup>3</sup> ფიზიოლოგიურ სსნარ-ში. გარდა ამისა, არა საჭმაო შარლმდენ ეფექტის შემთხვევაში, Euphyllin-ი ან და ინტრავენოზურად სალირგანი ან და ნოვაზუ-როლი. პიმერტენზიანების hydrops cardiale-ს დროს—სისტლის გა-მოშვება, სითხის და საჭმელ მარილის შეზღუდვა, მცირე ან და სა-შეალო დოზები Digital-ისა, გარდა ამისა ტეობრომინი ლუბინალ-თან ერთად (Theobromini puri 0,3 luminali 0,03) სამ-ხუთჯერ დღეში, სალამოთი Chloral hydrat (1,0—2,0-მდე) ან და მორფიუმის პრე-პარატები.

აორტის ნაკლოვანების დროს—აგრეთვე მცირე ან და საშუა-ლო დოზები Digitali-ს პრეპარატებისა. Mesaortitis luetica-ს დროს, გვლის დეკომპესაციის პერიოდში—საგულენი და იოდი (Natri Iodati 12,0—180,0 წყალზე 2—3 სუფრის კონტი სოდასთან ერთად). დასასრულ, გულის შდგომარეობის გაუმჯობესებისა და ანგინ უზურ მოვლენათა გაქრობის შემდეგ—სალირგანი ან და ნევაზუროლი და მცირე დოზები ნეოსალვარსანისა (0,1). ლვიძლის ცირროზის ასცი-თის დროს—უბირველესად პარაცენტეზი, შემდეგ შარლმდენი (სა-ლირგანი, ნოვაზუროლი, შარლვანი დიდ დოზებში); მარილ-ნაკ-ლები ლიეტა (საჭმელი მარილი უნდა შევცვალოთ Ammonii chlorati-თ).

ნეფროზების ნიადაგზე წარმოშობილ შეშუბებების დროს— სინდიის პრეპარატებით მკურნალობა; მარილ-ნაკლები დიეტა (საჭ-მელ მარილის შეცვლა Ammonii chlorat-ით), ხანგრძლივი ხმარება შარლივანისა (თუ ის კარგად გადაიტ ნება) დიდ დოზებში, დიგო-ტალისა და ტირეოდინის ხმარება.

ნეფრიტების ნიადაგზე წარმოშობილ შეშუბებების დროს— წყლით შეკრნალობა (ფოლგარდი-თ) მარილ-ნაკლები და წყალ-ნაკლები დიეტა. Coffeini, Camphora. სისხლის გამოშვება. ტეო-ბრომინის პრეპარატების დანიშვნა თუ ჰემატურია არ არსებობს. აზოტემიის დროს წინააღმდეგ ნაჩენებია შარლივანი და ამინიკის მარილები. ანურიის დროს (როგორც შედეგი მძიმე დიფუზულ გლომერულნეფრიტისა) ან და ნეფროზის დროს— მოწამველ სულემით, რეფლექტორული ჩაჭედვა ქვისა შარდსაწვეთ-ში— საჭმელ მარილის, ფიზიოლოგიურ სსნარის ინტრავენოზური შე-შხაპუნებაა ნეჩენები ტეოცინთან ან და ტეოფილლინთან ერთად; ამ საშუალებით ეფექტის მოუცემლობის შემთხვევაში კი—ინტრავე-ნოზურად შეშხაპუნება გლაუბერის მარილის 5—10% სსნარისა.

ამ რამდენიმე ხნის წინად Franke-ს „კენისბერგში“ მოჰქაცებულ შემთხვევა ურემიულ სიმპტომების დროს გლოუბერის მარილის ხმარებისა ძლიერ კარგი შედეგებით; მამაკაცს 33 წლისას სწრაფად ეწყება პირისლებინება და ფსიქიური მოშლილობანი. ზარღული—ცილის ნიშნები, ცოტაოდენი პიალინის ცილინდრები, სისხლის წნევა—Norma, თვალის ფსკერი უცვლელი. გარდა ამისა მნიშვნელოვანი აზოტებია — შრატში ნარჩენი აზოტი 0,378. ზარდივანი 30 mlgr. მეტი. გლაუბერის მარილის 5% სსნარის 350 c. c. ერთხელ ვენაში შეშხაპუნებით—მოხდა სწრაფი და მკვეთრი გაუშვაობესება ზოგადი მდგომარეობისა, დიურეზის გაძლიერება აზოტების გაქრობა (ნარჩენი აზოტი 0,041%).

სულფით მოწამვლის ნიაღაგზე წარმოშობილ ანურის შემთხვევებში—გვირჩევენ *Natriumthiosulfat*-ის შემთხაპუნებას ინტრა-კენოზურად (10—20 cm.<sup>3</sup>). ნეფრიტულ და რეცლერტორულ ანურის დროს—კანგვეშ *Natri nitrosi* (0,01—0,02) ან და ნიტრო-გლიცერინი (4 mlgr.), ცხელი აბაზანები, სითბო თირკმელების არეში, საგულენი და ამგზნებელნი. უკიდურეს შემთხვევებში, თუ ორი (2) დღის განმდევლობაში ყველა ეს საშუალებანი უმოქმედონი აღმოჩნდენ, მაშინ ან რენტგენის სხვებით მკურნალობაა საჭირო ან დაქირურგიული ჩარევა.

१०८—**d**<sub>३</sub>.

ପ୍ରକାଶନ କେନ୍ଦ୍ରିୟାଳୟ

Lean Larsonneur. ცატრატიანი სისხლის ინტრა-მუსკულარული ინიციებიდან ჩვილი ბავშვების დღიურისგან დროს (პარიზის საექიმო ფაკულტეტი. დისერტაცია. 1928 წ.).

ერთად (ძირითადი მეტაბოლიზმის დაწევა, ყველა ორგანულს, ჰარი-ლობრივ ენდოკრინული ჯირკველების მოცულობის და წილის რედუქ-ცია, განავალთან პროტეინების, მარილების და განსაკუთრებით ცხიმების დაკარგვა და სხვა) ხასიათდება აგრეთვე ანემით. ავტო-ჰიპონისის დროს ღვიძლი და ელექტრი შეიცავს რეინის პივონებრების დიდ, რაოდენობას, რაც ერთობრციტების დაშლას მოწმობს. სისხლი ჰარიკვეს, გარდა ამისა, მარილებს, ზაქარს, ცხიმებს და ალბუმინებს. კოლონიდების დაკლება კი მიზეზია დეპიდრატაციის. სისხლის მასა მცირდება, სისხლი თითქმის ყველაზე უფრო დაზიანებულ ქსოვილს წარმოადგენს. ჰემოპოეზი დაკნინებულია. ამიტომ, ავტორის აზრით, საჭიროა შესაფერისი „კატალიზატორების“ შევეანა ორგანიზმში, რაც სწორედ ხდება ჰემოთერაპიის დროს. ავტორს გაუტარება 9 შემთხვევა (hypoalimentatio, hypotrophyia, hypotrepsia, gastroenteritis acuta, stenosis hypertrophica pylori და სხვა). ის მიმართავდა ყველა იმ საშუალებებს, რომლებიც იხმარება ასეთ შემთხვევა-ვებში (კვების მოწესრიგება, ფარმაკოლოგიური - სიმპტომატიკური და სპეციფიკური მეურნალობა) და მხოლოდ მას შემდეგ, როცა ასეთი მეურნალობა სასურველ შედეგს ვერ იძლეოდა ან გამობრუნება ნელის ტემპით ხდებოდა, იწყებდა ციტრატიანი სისხლის ინტრამესტელარულ ინიექციებს. 5 შემთხვევაში ჰემოთერაპიის გავლენა თვალსაჩინო და უდავო იყო. წონა მატულობდა ინიექციების დაწყებისთანავე ან რამდენიმე დღით დაკლების შემდეგ იწყებდა რევულარულ და საგრძნობ მომატებას; პირლებინება, ფალარათი, ანორქესია ისპობოდა, აგრეთვე სხვა გართულებებიც (ერთ შემთხვევაში — pemphigus, მეორეში — pyelitis და ბავშვის საერთო მდგომარეობა მაღლ დამაკავშიროფილებელი ხდებოდა. ინიექციების უდროოდ შეწყვეტია იწვევდა წონის ხელახლად დაცემას. 3 შემთხვევაში ჰემოთერაპიის გავლენა ასეთი თვალსაჩინო არ ყოფილა, რადგანაც აქ უკვე კვების მოწესრიგებამ დიდი როლი ითამაშა. ერთ შემთხვევაში კი, რომელიც თავიდანვე სრულიად უიმედო იყო, ჰემოთერაპიაც, როგორც სხვა ზომებმაც (ინტრაპერიტონეალური ინიექცია სისხლის და სხვა) წონის დაკლება არ შეაჩერა. არასასიამოვნო გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. სისხლი ადვილიად და მაღლე იწოვებოდა; დაჩირქებას, შოქს არც ერთხელ არ ჰქონია ადგილი. სიცემ აუწია ერთხელ მე-7-ე ინიექციის შემდეგ (40.8°-მდე), მაგრამ მეორე დღეს Besredka-ს წე-სით ინიექციის შემდეგ არც ამ მოვლენას ჰქონია აღვილო.

ტექნიკა სრულიად მარტივია: სტერილურ მელინურში ილებენ Sol. Natri Citrici 5%—3,0—4,0 და შემდეგ დედის (ან სხვის) ვე-ნიდან ისხლს 10,0 cm<sup>3</sup> აურევენ და ჩვეულებრივი წესით შეპყვით დუნდულის კუნთებში; თითო ინიექციაზე სრულიად საკმარისია 10,0 cm<sup>3</sup> სისხლი, რადგანაც ჩვენი მიზანია სისხლის დანაკლისის არა მექანიკური შეცვლა, არამედ ორგანიზმში „კატალიზატორების“ შევეანა და მათი მოქმედება ჰემოპოეზზე, როგორც Stimulans-ის. სა-

ჭიროა მხოლოდ განმეორებითი ინიექციები დასაწყისში 4-ჯერ ყოველ ველდღიურად, შემდეგ 3-ჯერ ყოველ ორ დღეში და ბოლოს 2-ჯერ ყოველ სამ დღეში. სულ 8—10 ინიექცია. თუ ასეთი კურსის დამთავრების შემდეგ წონამ დაიწყო დაკვემა, ინიექციები განმეორებული უნდა იქნეს. ინიექციების საწინააღმდეგო ჩეენებები (ბავშვის მხრით) არ არსებობს.

## o. ჭანიშვილი.

## 0 6 3 2 2 0 0 7 6 0 6 6 6 7 6 1 6 0

ჭითელას სეროპროფილაქტიკის ახალი ტექნიკის შესახებ

(Ch. Anderson et F. Gerard. Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis. № 4. 1930)

ცნობილია, რომ ჭითელას გადატანა ხდება ცხვირის ტა ლა-რინგო-ტრაქეალური სეკრეტის გადასვლის შემწეობით, და მიღებულია, რომ ამ ვირუსის პირველი და ბუნებრივი კარები არის ცხვირის ლორწოვანი გარსი, რომელიც ამ სეკრეტისადმი უფრო განწყობილია. ამ ცნობების მიხედვით, Ch. Anderson-ი და F. Gerard-ი ფიქრობენ, რომ შესაძლო ჭითელას დროს გამოვიყენოთ სეროპროფილაქტიკის ის მეთოდი, რომელსაც ხმარობენ Nicolle, Conseil და Durand-ი შეი ჭირის პნევმონიის პროფილაქტიკის მიზნით. ეს მეთოდი მდგომარეობს იმაში, რომ 3—10 დღის განმავლობაში ორსავე თვალის კონიუნქტივაში უწვეოებენ თითო წვეთს კონვალეს-ცუნტის შრატისას დღეში 3-ჯერ. ეს მეთოდი მოითხოვს შრატის ძლიერ მცირე რაოდენობას, იძლევა მშვენიერ შედეგებს და ერთნაირად მისაღებია როგორც ავადმყოფების ოჯახის, ისე ექიმების მხრით. 30 ასე ნამკურნალევ შემთხვევიდან, რომელთაც კონტაქტი ჰქონდათ ავადმყოფებთან და რომელთა შორის არც ერთს არ ჰქონდა აღრუ გადატანილი ჭითელი, ავად არავინ არ გამხდარა, პირიქით, არა ნამკურნალევ შემთხვევებში იღინიშნებოდა დაავადება. დაბოლოს ავტორები აღნიშნავენ, რომ საბოლოო დასკვნების გამოტანა ჯერ კიდევ შეუძლებელია ცდების სიმცირის გამო.

## g. შუბლაძე

## 7 0 4 0 7 0 7 0 1 3 0 1

Laszlo u. Wesel. დიათერმიით მკურნალობის ზოგიერთ ნაკლებ ცნობილ შესაძლებლებზე. რეც. A. ლევინ-ის Klin. Wochens № 34 1930 ვრაც. დ. № 18 1930.

ავტორებს დაუსახავს მიზნად გამოერკვიათ შეიძლება თუ არა ვაზომოტორული ცენტროს დიათერმიით გათბობით დაეცეს სისხლის წნევა. ამ მიზნით ერთი ელექტროდი 15 სანტ. დაამეტრით ემაგრებოდა შუბლზე, მეორე ელექტროდი ამავე სიღ. კეფაზე. დენის



ძალა სუბიექტურად აღვილი გადასატანი და შაქსიმალურაც შესამართა ძლებელი. სეანსი გრძელდებოდა ერთ საათს, რომლის დროს ყველა ავადმყოფი გამოუკლებლივ თავს კარგად გრძნობდა, შეტი წილი იძინებდა. სისხლის წნევა იზომებოდა მოკლე დროს განმცვლობაში. გატარებული იყო 40 ცდა.

შემტხვევაში უკვე 10 წუთის შემდეგ ალინიშნებოდა სისხლის წნევის 10—15 mm. HG-თ დაცემა, ხოლო 60 წუთის განმავრლობაში 30—40 mm. HG-ით ეცემოდა სისხლის წნევა. მაგრამ, სისხლის წნევის დაცემა არ გრძელდებოდა დიდ ხანს. დიათერმინის შეწყვეტის  $1\frac{1}{2}$ —1 საათის შემდეგ სისხლის წნევა უბრუნდებოდა თავის პირვენდელ ციფრებს. მიუხდავად ამისა ავადმყოფები სუბიექტურად კარგად გრძნობდენ თავს. ავტორებს მოჰყავს შემდეგი საანტერესო შემთხვევები: I. ავადმყოფი ქალი, თირკმელებით დაავადებული მუდმივი ჰიპერტონიით (220 mm HG), გარდა ამისა პრეურემიული მდგომარეობა, იზოსტენურია, retin. albuminurica, თითქმის სრული ამაუროზი და ძლიერი თავის ტკივილები. ავადმყოფმა უკვე პირველ სეანსის შემდეგ კარგად იგრძნო თავი: გაქრა თავის ტკივილი, გაუმჯობესდა მხედველობა. ავადმყოფი რამდენიმე კვირის განმავლობაში დრო-გამოშვებით მეურნალობდა დიათერმინით და მისი მდგომარეობა პროგრესიულად უმჯობესდებოდა: საბალონოდ გაქრა დეკომპენსაციის მოვლენები თირკმელების მხრით, მხედველობა აღდა, რეტრინტი მნიშვნელოვნად გაუზრუნებესდა. II. ავადმყოფი 16 წლის, მოწაფე, მწვავე ნეფროლიტი, 165/100 mm HG. სისხლის წნევა, სახის შეშუბება, შეშუბებული შინაგანი ორგანოები, Hydrothorax; უგრძნობ მდგომარეობაში ეკლამპსიური შეტევების შეტევება. დიათერმინით მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფს კონგრა დაუბრუნდა და დაიწყო ლაპარაკი, ეკლამპსიური შეტევები არ განმეორებულა. 3 კვირის შემდეგ კლინიკიდან გაეჭრა. III. ავადმყოფი ქრონიკული ნეფროლიტი, ჰიპერტონიით, აპოლოექსიური შეტევებით, ბულბალური სიმდიდრის ნიშნებით და ძლიერი თავის ტკივილებით. დიათერმინით მეურნალობის შემდეგ იგრევი შედეგები. IV. ავადმყოფი ესენციალური ჰიპერტონიით (220 mm HG.), ძლიერ გადიდებული მარცხენა გულით, ძლიერი თავის ტკივილებით და სისხლის ჩაქცევებით retina-ში. პირველ სერიის მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფი კარგად გახდა და გაეჭრა კლინიკიდან, ხოლო 7 თვეის შემდეგ კიდევ დაბრუნდა ქლიიკაში თავის ტკივილის დაწყების გამო. ობიექტური მდგომარეობა იგივე. პირველი სეანსის მიღწებისთანავე თავის ტკივილი გაქრა. V. ავადმყოფი სეროზულ მენიგიტით: ხანგრძლივი პირის ლებინება, კეფის სიმკვრივე, ძლიერი თავის ტკივილი და t<sup>o</sup> მცირედ პირველ დიათერმინის შეძლევა უეპრივ, გაუმჯობესება: გაქრა თავის ტკივილი და პირის ლებინება. საერთოდ ავადმყოფი კარგად გახდა. ავტორების დაკვირვებით თავის ტკივილი შეაქვის ხასიათის თავის ქალის დიათერმინით ქრება. კლიმაკტერიულ პერიოდში არა მუდმივი ჰიპერტონიით ავტორებს უნახავს კარგი შედეგი.

# Jenny, Ernst. Zur kenntnis der Varianten der Gaucherschen und Niemann-Pickschen krankheit. Jnaugural-Dissertation. Basel. 1930

(პოზესა და ნიან-პიკის დაავალების ცოდნისათვის)

ავტორი ასე თუ ისე ამოწურევით აშენებს საკითხს Gaycher-ის მიერ 1882 წ. აწერილ დაავალებისა (M. G.), Niemann-ის და Pick-ის მიერ გამოყოფილ დაავალებისა (M. N.-P.) და მათი ვარიანტების შესახებ. აწერს აგრეთვე ამ დაავალებებზე შეხელლების განვითარებას.

M. G. დროს, რომლის ანატომიურად დადასტურებული 50—60 შემთხვევა ირის Pick'ით აწერილი, კლინიკურად ალინიშნება შემდეგი. პირველად ყოვლისა ელენთის ვასივება (Pick'ით ელენთის საშუალო წონა ასაკოვანთა შორის 2700 გმ. უდრის). ელენთის ასეთი გადიდება რომ იშვიათად იწვევს განსაკუთრებულ სუბიექტურ მოვლენებს, ნაწილობრივად აიხსნება ელენთის ძლიერ ნელი ზრდით წლობით და ათწლობით — M. G. ულტრაფრონიული დაავალებაა. ის მემკვიდრეობითი არ არის, მაგრამ ხშ რაღ ემართება ერთი ოჯახის შვილებს. სუბიექტური მოვლენები აშვარავდება განინვის ხასიათის ტკიფილებით ეპიგასტრიუმსა და მარცხენა ფერდექვეშა მიღამაში, რაც აიხსნება პერისტალტიკით. შემდევ იწყება მარცხენა თირკმლის ფუნქციის აშლა. ელენთის გადიდებას მუდმივ თან-სდებს ლვიძლის გადიდებაც. მოვვიანებულ სტადიაში — სიგამნდრე, გულმედრის გალიის ქვედა ნაწილის გაგანიერება, ელენთისა და ლვიძლის მოცულობის საგრძნობლად შიმატების გამო. კანზე, განსაკუთრებით სამოსიდან თავისუფალ ადგილებზე (პირსახე, კისერი, ხელები), ჩიდება თავისებური ბრინჯაოსმაგვარი პიგმენტაციო. თუ ანემია არის — ქლოროტიკული ტიპისაა. თრომბოპენია — მხოლოდ მოვვიანებულ სტადიაში — მეღაცნდება ცხვირიცხან სისხლდენით, სისხლინი ნახველით და მეტრორაგიით. ლეიკოპენია, რომელიც აღრინდელ მოვლენებს ეკუთვნის, იშვიათად იღწევს მაღალ საფეხურს. ტკიფილები ბარძაყების ქვედა და წვივის (tibia) ზედა ბოლო-

ებში გულმკერდის ძეალში და ნეკნებში მაწმობს დაავადებაში მცლის ტეინის მონაწილეობას. ღიაგნოზის დასმისათვის საჭიროა ელენ-თის პუნქციონ და მიღებული მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა. ავალმყოფები კვდება უფრო ხშირად ინტერუურნტული დაავადებებით. სწრაფ სიკვდილს იწვევს მხოლოდ ის ფორმა, რომელიც ემართება ბაჟვებსა და ძუძუმწოვრებს. მჭურნალობა—Henschen-ით პლენექტომია, რომელიც აღრე გაკეთებული, კლინიკურად ყოველ შემთხვევაშა ჰყურნანა.

ჰისტოპათოლოგიურად ელენთა ში დამახასიათებელია გ. უ. გოშეს უჯრედები (გ. უ.). ამ უჯრედების ოდენობა მერყეობს 20 და 40 M შორის და დაუმუშავებლად ჩათ აქვთ ჰიმოვენური, ჰიალინის-მაგარი პროტოპლაზმა. პარაზინის ანათლებში გ. უ. პროტოპლაზმა „დაჭუპუნულ-ლრუბლოვანია“, და დაყოფილია უწვრილეს ძაფებით უსწორო მარყუშებად. ბირთვი ზავი, უფრო ხშირად ექსცენტრულად მდებარე. ამიტოზური დაყოფა. მალპიჰის სხეულაკების რაოდენობა შემცირებულია. გ. უ. ქმნიან მრავალ ბუდებს, ან და უსწოროდ შემოსაზღვრულ კერებს. პატარა არტერიები ხშირად იჭრება უჯრედოვან ბუდეებში. ამ უკანასკნელის უჯრედები უშუალოდ მეღიას ესაზღვრება. პიგმენტი ძუძუმწოვრებს არა აქვთ, სხვა შემთხვევებში არას ჰემოსილერინის სახით ტრაბეკულებში და სინუსის ენდოთელიუმში. გ. უ.-ის შიგთავსი, Epstein-ისა და Lieb-ის გამოკვლევით წარმოადგენს სუინგოგალაქტოზიდებისადმი კუთვნილ კერაზინს.

ლეიდლ ში — ღიაუზური ციროზი, ნაღვლის საღინარების გაუმრავებლად. მოზრდილთა ღვიძლის ნაწილაკების ბერიფერიულ ნაწილების კაპილარებში, ხოლო ძუძუმწოვრების ღვიძლის ნაწილაკების ცენტრალურ ნაწილების კაპილარებში, გ. უ.-ის დიდი რაოდენობა არის. ამას გარდა გ. უ. ვრცელდება გლისონის კაფსულაში, სადაც ისინი ხშირად მწკრივად ლაგდება და ქმნის სინციტიუმს. ლიმფური ჯირკვლები ავადდება სხვადასხვა ინტენსიონით და ისიც მხოლოდ შიგნითა შეიცავნ ელენთაზე მეტ პიგმენტს. ძელის ტკინში გ. უ. მიღრეკილია დაგრძელებისადმი, გროვდება ხან კერების სახით, ხან კი ვრცელდება დიფუზურად. სხვა ორგანოებში გ. უ. გარკვევით არ აშკარავდება.

M. N.-P. Pick-ით 15—20 ანატომიურად დადასტურებული შემთხვევა ცნობილი. ეს დაავადება უფრო ხშირად ემართება ებრაელ ბავშვებს—გოგონებს—და უსათუოდ ნააღრევ ბავშვობაშივე ასაღმებს წუთისოფელს. კლინიკურად დაავადება მულგნდება შემდეგით: ბავშვის განვითარება ჩერდება, მუცლის მოცულობა მუდმივად მატულობს, ელენთა და ღვიძლი დიდდება, მკრივია, ლიმფური ჯირკვლები იშინჯება სამოსადან, თავისუფალ კანზე ჩნდება მოწაბლისფერო პიგმენტაციით. ვითარდება ასციტი და შეშუბებები. სიკვდილი განლევისაგან და ინტერკურენტული დაავადებებისაგან.

პათოლოგიურ ანატომიურად M. N.-P. დროს შემდეგი აშენდა: ელენთის ძლიერი გადიდება, ჭრელი წითლიდან ყვითლამდე—განაკვეთის ზედაპირით; ლვიძლიც გადიდებულია, წაგავს ცხიმოვან ღვიძლს. ლიმფურ ჯირკვლებში, ძვლის ტვინში, მკერდუკანა ჯირკვლებში, სუპრარენებში—გადაჭრებული ყვითელი ელფერი. ჰისტოპათოლოგიურად ყველა ჩამოთვლილ ორგანოებში და აგრეთვე მაკროსკოპულად შეუცვლელ ორგანოებშიც არის ჩალაგებული მრავალი მრგვალი, ოვალური, მრავალკუთხიანი, ქაფუვანი, ფიჭისაგვარი, პროტოპლაზმის მქონე უჯრედები ზომით 30—0-მდე. ეს უჯრედები შეიცავს ერთ ან ორს ხან ბუშტუკის მაგვარს, ხან პიკნურ ბირთვს. ელენთაში ისინი დალაგებულია უსწოროდ და უწესოდ, ღვიძლში კი ლაგლებიან ტრაბეკულარ სტრომაში. ლიმფურ ჯირკვლების პარენქიმის უმეტესი ნაწილი დაკავებულია ამ ქაფუვანი უჯრედებით, თიმუსი თითქმის დაკავებულია და, ამას გარდა, ისინი აშენრაგლება კუჭისა და ნაწლავების კედელში, გლომერულუსებში, პანკრეასში, ფილტვების ალვეოლების სეპტებში, კუნთებში, სისხლის ძარღვებში, ნერვებში და ფაზარშემაერთებელ ქსოვილში. ქიმიურად ქაფუვანი უჯრედების შიგთავსი ფოსფატიტებს წარმოადგენს.

M. G. პათოგენეზი, უმრავლესობის აზრით, ემყარება კონსტიტუციონალურ ფუძილან წარმოშობილ ნივთიერებათა ცვლის პირველად მოშლას. დაავადებისათვის დამახასიათებელია ნივთიერებათა ცვლის ანორმალურობის—პროდუქტის—ქრაზინის—დაგროვება მორფოლოგიურად დამახასიათებელ ჰისტოლოგიური ფოსფატიტების (ლეციტინის) დაგროვების სახით. მათგან ერთგულია აზრით მოშლის მოშლას წარმოადგენს. დაავადებისათვის დამახასიათებელია ცვლის ანორმალობა—უჯრედებში ფოსფატიტების (ლეციტინის) დაგროვების სახით.

საიდან ჩნდება M. G. დროს უჯრედებში კერაზინი? მოიტანება სისხლით თუ ჩნდება თვით უჯრედებში? მაგრამ სისხლში ეს ნივთიერება არავის უნახავს. უჯრედები ამ ნივთიერებას მეტს ღებულობს თუ ნაკლებს აძლევს? E. S. Kraus-ით M. G. დროს რეტიკულო-ენდოთელია აპარატი პირველადად ავადდება ფუნქციის გაძლიერების სახით და ამის შემთხვევაში ვითარდება ნივთიერებათა ცვლის მოშლა. Pick-ით, პირიქით, M. G. დროს ადგილი აქვს პირველადად ნივთიერებათა ცვლის მოშლას, ოლონდ უცაობია—მანკია ეს ნორმალ ნივთიერებათა ცვლის (ინტერმედიერი მოშლა), თუ გადახვევა საცეციით ნორმის გარეშე მიმართულებით.

M. N.-P. დროს ადგილი აქვს ლიპო-ლიპოიდემიას, ასე, რომ ამ დაავადების დროს სატვირთი ნივთიერება მიიტანება უჯრედებში

სისხლით, უჯრედებით იძულებით იტვირთება თავისებური ნივთიერებით. მაგრამ საფიქრებელია, რომ ადგილი აქვს აგრეთვე უჯრედთა დისფუნქციას, რადგანაც, მაგ., ლიპერმია დიაბეტის დროს არ იწვევს უჯრედებში ცხიმების დაგროვებას. ასე რომ M.N.-P. განვითარებისათვის საჭიროა თავისებური ლიპერია მიმატებით უჯრედების სპეციალი დისპონზიციისა. ლიპერიას მიზეზი Corcan-ით, Oberling-ით და Dienst-ით არის ღვიძლი, როგორც სისხლის ლიპოდების რეგულატორი.

გ. უ.-ის და Niemann-Pick-ის უჯრედების (ნ.-პ. უ.) ჰისტოგენეზის საკითხში ზოგი რამ საკამათოა. გ. უ. წარმოიშობა რეტიკულოფრთხოებიდან, რაც უფრო კარგად ჩანს ელენთაში, ლიმფურ კვანძებში და ძვლის ტვინში. ლვიძლში გ. უ. წარმოიშობა კაპილარების კედლებისა და პარენქიმულ უჯრედებს შუა მყოფი რეტიკულარი ზრიდან (და არა ლვიძლის უჯრედებიდან და ვარსკვლავა უჯრედებიდან), რაც ეთანაბრება ელენთის რეტიკულარ უჯრედებს. ელენთაში, ამას გარდა, გ. უ. წარმოიშობა პატარა არტერიების ადვენტიკიურაში. აქედან წარმოიშობა ნაწილობრივ მიელოციტები და ნაწილობრივ გ. უ. აშიტომ არის, რომ ელენთაში დიდ უჯრედებთან ერთად ვნახულობთ აგრეთვე მიელობოების ელემენტებს. ლვიძლში, უკვე მეორე რიგში, გ. უ. წარმოიშობა კლაზმატიკოტებიდან. ზოგიერთის აზრით გ. უ. წარმოიშობა სინუსის ენდოთელიუმიდანც. არ არის საკამათო ნ.-პ. უ.-ს წარმოიშობა პირველად ყოვლისა რეტიკულარ უჯრედებიდან, შემდეგ ენდოთელიუმიდან, ჰისტიოციტებიდან და დაბოლოს, ორგანოების სპეციფიკური პარენქიმული უჯრედებიდან.

საკამათოა გ. უ.-ის გავრცელება. Pick-ის საწინააღმდეგოდ Buska-მ გ. უ. ნახა თიმუსშიც და ნაწლავების ლიმფურ ფოლიკულებშიც. Oberling-მა და Woringer-მა ნახეს ფილტვების აღვეოლების სეპტემბრში დიდი, გ. უ.-ის მაგვარი ელემენტები. Hamperl-მა M. G. ტიბიურ შემთხვევაში ნახა გ. უ. თიმუსში, ტონსილებში და სუპრა-რენების რეტიკულარ შრეში. ამას გარდა, ფილტვების აღვეოლების სეპტემბრში და თვით აღვეოლებში. Hamperl-მა ნახა საესებით გ. უ.-ის მაგვარი წითელი უჯრედები და ასეთივე უჯრედები Peyer-ის ფოლაქების პერიფერიულ ნაწილებში და საეჭვო ბუსტების სტრომაში. აღსანიშვნით, რომ Hamperl-ის შემთხვევის ელენთის ქიმიური ანალიზი უახლოვებს ამ შემთხვევას M.N.-P., მაგრამ მეორე მხრით ნახულია კერაზინიც. ამისდაგვარად, აღბად, არსებობს დაავალების სურათი, M. G. და M. N.-P. შუა მდებარე ნახულია ასეთი მხოლოდ ძუძუმშოვართა შორის. ამისდაგვარად M. G. ორი ფორმა არსებობს: ერთი ძუძუმშოვრობის ასაკის და მეორე მოზრდილთა ასაკის.

შემდეგ ავტორი გადაღის განსაკუთრებულ ფორმების განვითარების ვაჭე. პირველად ჩერდება Oberling-ის და Woringer-ის მიერ დამყარებულ M. G. ძუძუშოვარსა ფორმაზე. ეს ფორმა ხასიათდება სწრაფი მიმდინარეობით. ბავშვები კვდება კახექსით. ჰემოსტრომატოზი არ არის. უჯრედების მორფოლოგია და შიგთავსი ისეთივეა, როგორც მოხრდილთა ფორმის დროს, თუმცა ელენთაში არის „Transformation gaucherienne totale“, არ არის ნეკროზები, ჰემორაგიული კერები და ჰემოსიდერინი. ამას გარდა გ. უ. ღვიძლში არის ნაწილაკების მხოლოდ ცენტრალ ნაწილებში და არა გლისტრის კაფსულაში და შემაერთებელ ქსოვილოვან სეპტებში. საყურადღებოა აგრეთვე ზემოთმოხსენებული ფილტვების ცვლილება. ნერვების სისტემის მხრივ კლინიკურად: ძილად მივარდნა, აპათია, ოპისონტონუსი, კუნთების რიგიდობა, ლარინგოსპაზის მაგვარი მოვლენები, ტრიზმი, იოგების რეფლექსების გაძლიერება, სტრაბიზმი, გრძნობელობის მოშლა, რაც ერთად დეკორტიკაციის სურათს ეთანაბრება, და რაც აისნება ქერქის პირაპიდალ უჯრედების დეგენერაციით.

მეორე თავისებური ფორმის დროს სურათი გაშორებით წააგვისა ამაკროტიული იდიოტიის სურაოს, რომელიც ზოგჯერ M.N.-P. ულლედება. მაგრამ შეიძლება აღვილი არ ჰქონდეს შეულლებას, იყოს მარტო ეს დაავადება, ისე როგორც შეიძლება იყოს Tay-Sachs-ის დაავადება მარტო, უნიმან-პიკის დაავადებით. ეს არის „Niemann Pick-ის დაავადების ცერებრალური ფორმა“.

ტაბოლოს თავისებურ ფორმებთან დაკავშირებით, ავტორი უთა-თებს Christian-ის მიერ 1919 წ. აწერილ თავისებურ ლიპოიდურ ცვლის მოშლას, შეულლებულს ქალას ძვლების დეფექტებთან, ექზოთ-თაღმუსთან და უშაქრო დიაბეტთან. პათოლოგიურ-ანატომიურად შესწავლილ შემოხვევებში ამ დაავადების დროს აღინიშნება: ღვიძლის და ელენთის წონა არ არის მარცდამაინც ნაკლები ჩვეულებრივ M. G. შედარებით. მოკლე და ბრტყელი ძვლების სპონგიოზაში არის ქრონიკულ ან დიფუზურულ მოყვითალო ან მორუხო მასა. აგრეთვე ასეთივე ქსოვილოვანი მასა დაღა გრძელი ძვლების ღრუებში. ძვლების ქერქი თხელდება შიგნიდან მაზარდი მასის მიწოლის გამო. როგორც ძვლები მექანიურ დატვირთვას ვერ უძლებს—მოტეხილობები, კუზა. ლიპოიდებით დატვირთული უჯრედებისავან აშენებული ქსოვილი მიღრევილია ნეკროზებისადმი შემდგომი შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებით. Herzenberg-ის მიერ აწერილი შემთხვევა (1928), როგორც Niemann Pick-ის დაავადების სკელეტური ფორმა, სწორედ ავ Christian-ის მიერ აწერილ დაავადებას წარმოადგენს.

ავტორის საკუთარი შემთხვევა შემდეგია: 1) 3 თვის გაუი. პათოლოგიურ-ანატომიური სურათი საკუთარი ეთანაბრება M.N.-P.



დამახასიათებელი უჯრედები ნახულია; გარდა ელენთისა, ლფიძლისა, ლიმფური კვანძებისა და ძვლის ტვინისა, ნაწლავების ლიმფურ პარატში, თირკმლებში, სუპრარენების ტვინოვანში, თავის ტვინში და სისხლძარღვთა ჭნულში. 2) 7 თვის გოგონა. პათოლოგიურ-ანატომიურად ამ შემთხვევის სურათი ეთანაბრება M. G. დამახასიათებელი უჯრედები ნახულია ელენთაში, ლფიძლში, ლიმფურ კვანძებში, ძვლის ტვინში, სუპრარენების რეტიკულარ ზრეში, თიმუსში და საეჭვო ფილტვებში. ნახულია აგრეთვე თავის ტვინის ქერქის უჯრედების მძიმე ცვლილებები.

რაც შეეხება საკუთარი შემთხვევის თავისებურებას, გამოქვეყნებულ სხვა შემთხვევებთან შედარებით, ავტორი შემდეგს ამბობს.

პირველი შემთხვევა (M.N.-P). კლინიკურად (H.B—43%, Er. 2,920,000); კატარალური მოვლენები, რასაც Oberling-ი აუცილებლად სთვლის: ცხელება; დისპესია; Tbc.-R—უარყოფითი, ასევა სხვა შემთხვევებშიც; W.-R—უარყოფითი, უარყოფითია ეს იგრეთვე აწერილ სხვა შემთხვევებში (Niemann-ის შემთხვევის გამოკლებით); კანის მხრივ არაფერი, გარდა მსუბუქი ჰეპატოგენური სიყვითლისა, რასაც ადგილი ჰქონდა Oberling-ის შემთხვევაშიც; გარეთ ლიმფური ჯირკვლების გადიდება. ეს შემთხვევა გადახრილია კლასიურ M.N.-P. მით, რომ დაავადება ჰქონდა ვაჟს და არა ქალს, რომ დაავადებული ებრაელი არ იყო. ამის გარდა არ იყო უცხო ნივთიერების ჩალეგება პანკრეასში, სათესლე ჯირკვლებში, კუნთებში, რასაც ტიპურ შემთხვევებში ადგილი აქვს და ლაბოროს ადგილი ჰქონდა ლვიძლის ციროზს სიყვითლით და ნალვლის სადინარების ზრდით.

მეორე შემთხვევა (M. G.) კლინიკურად არ განირჩევა აწერილი შემთხვევებიდან—ობისთოტონუსი, იოგთა რეფლექსების გაძლიერება, კუნთების რიგიდობა, სპასტიური ხველის შეტევები, გახდომა, ელენთის და ლფიძლის გადიდება, ანემია. პათოლოგიურ-ანატომიურად თავისებურია მით, რომ გ. უ. გაერცელებულია Pick-ის მიერ დამყარებულ საზღვრებს გარეშე—თიმუსში, სუპრარენების რეტიკულარ ზრეში, ფილტვებში, ნაწლავების ფოლიკულებში.

## ქ რ თ ი ნ ი ქ ა

22 ოქტომბერს გარდაიცვალა დოცენტი ალექსანდრე ჭავჩიშვილი, დერმატოლოგიისა და ვენოროლოგიის კათედრის გამგე ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში და ქალაქის ოღამატოლოგიისა და ვენეროლოგიის ინსტიტუტის დირექტორი. განსვენებულის ჩეკიროლოგი და ფოტოგრაფიული სურათი შემდეგ ნომერში იქნება მოთავსებული.

—  
ჯანმრთელობის კომისარიატის კადრების განცოცყილებამ გადასწყვიტა მომავალ 1933 წლიდან გახსნას ტფილისში ექიმთა გადასამზადებელი ინსტიტუტი.

—  
1933 წლის აპრილში მაღრიძეში (ესპანეთი) შესდგება ინტერნაციონალური ოფთალმოგიური კონგრესი.

—  
1932 წ. სექტემბერში შესდგა საერთაშორისო კონგრესი ვიში (საფრანგეთი) ხოლებით ითიერზისის შესახებ პროფ. P. Cartot-ის თავმჯდომარეობით.

—  
1932 წ. 22—27 აგვისტოს შესდგა კოპენჰაგენში (დორა) მე-X საერთაშორისო კონგრესი ფსიქოლოგებისა.

—  
1932 წლის 20—25 სექტემბერს მარსელში (საფრანგეთი) პროფ. Marchoux-ს თავმჯდომარეობით შესდგა 1 საერთაშორისო კონგრესი ხმელთაშუაზღვისა და სანაპირო ქეყენების ჰიგიენის, რომელზედაც საპროგრამო საკითხებად იყო გამოცხადებული: 1) ესპანური სპიროხეტოზი, 2) მალტის ცხელება, 3) ფენგე, 4) ხელთაშუაზღვის პარტიაზიანი ტიფი, 5) თანამედროვე მეთოდები გემების დერატიზაციისა.

—  
1932 წ. 6—9 სექტემბერს პარაგვაში (პოლანდია) შესდგა მე-VIII კონფერენცია ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო საერთაშორისო უნიისა, რომელზედაც საპროგრამო საკითხებად იყო გამოცხადებული: 1) ალერგიისა და იმუნდეტენტის შორის დამოკიდებულება (მომხსენებელი პროფ. J. Bordet), 2) ხრიზოერაპია,—მომხსენებელი Luis Sage (ბარცელონიდან) და 3) სანატორიულ მკურნალობის შეძეგვი მეთვალყურეობა და დახმარება—მომხსენებელი—ექ. Usoo (პოლანდია).



1932 წლის 4—5 ივნისში ცნობილ კურორტზე Mout—Doux-ში (საფრანგეთი) შესდგა საერთაშორისო კონგრესი ასთმის შესახებ, რომლებზედაც მონაწილეობა მიიღეს ამ საკითხის მეცნიერებებმა და საუკუთხესო სპეციალისტებმა მსოფლიოში.

პარიზის უნივერსიტეტში 1932—1933 სასწავლო წლიდან დაარსდა ახალი კათედრა—მოზრდილთა ორთოპედიული კლინიკა, რომლის გამგედ არჩეულ იქნა—პროფ. P. Chathieu.

**გარდაიცვალენ:** ცნობილი ბაქტერიოლოგი, პასტერის ინსტიტუტის პროფესორი,—Maumrice Nicolle-ი; იმავე ინსტიტუტის პროფესორი, ცნობილი ფიზიოლოგი—Dclezenee-ი; გამოქვნილი ბრაზილიელი მეცნიერი Chagor-ი, Oswaldo Cruz-ის ინსტიტუტის დირექტორი რიოდეჟანეიროში, რომელმაც პირველად აღწერა სნეულება, რომელსაც ამ უამაღ Chagar-ის სნეულება ეწოდება; პროფ. K. Krauss-ი, ვენის ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტის დირექტორი; პროფ. Schmorl-ი, ცნობილი გერმანელი პათოლოგ-ანატომი; დანიელი მეცნიერი, პროფ. B. Bang-ი, რომელიც განსაკუთრებით ცნობილია მისი შრომებით *bae. abortus*-ის შესახებ; ფრანგი-ქირურგი პროფ. J. Lejars-ი, საქმარისად ცნობილია ჩვენში მისი ცნობილი სახელმძღვანელოს თარგმანი რუსულად: „Неотложная хирургия“, პროფ. Economo (ვენა), ცნობილი ნევროპათოლოგი, რომელმაც პირველად აღწერა ლეთარგიული ენცეფალიტი, და პროფ. Holzknecht-ი გამოჩენილი რენტგენოლოგი (ვენა) და გამოჩენილი ინგლისელი ტრაპიკოლოგი Romild Ross-ი, რომელმაც აღმოაჩინა კოლოგის მნიშვნელობა მალარიის გადატანაში.

**კაფშირის მეცნიერთაგან გარდაიცვალენ:** პროფ.-ქირურგი ბ. ჭიქიაშვილი (ბაქო), პროფ. M. ჭებოკაროვ-ი (თერაპევტი)—ყაზბეგი, პროფ. გალენ-თორნ-ი—ქირურგი სამედიცინო სამედიცინო აკადემიაში და დნებრობეტროსკელი პროფესორი ქირურგი A. აბრა-ჯანოვ-ი, რომელიც გარდაიცვალა უეცრივ საოპერაციოში აპერაციის დროს.

## რენტგენოლოგია

G. Sedqinidse. „ალვეოლარულ პიორრეის ნაადრევი დიაგნოსტიკა რენტგენის სხივებით“ (Fortschritte a. d. g. der Kontgenestrahlen Band XL, Heft 6). მთელ რიგ დაკვირვებებიდან დიდ მასალაზედ (200 ავადმყ.) ავტორი გამოსთვავს აზრს, რომ ალვეოლარულ პიორრეის ღროს პირველადი პათოლოგიური მოვლენები ჩნდებიან ზედა და ქვედა ყბის ალვეოლარულ მორჩების ძვალოვან ნაწილში, და არა ღრძილში, როგორც ზოგიერთი აქამდის ფიქრობდა. პათოლოგიური მოვლენები ძვალოვან ქსოვილში უმთავრესად დეგენერატიულ ხასიათისაა და მხოლოდ შემდეგში მას ემატება ანთებითი მოვლენებიც და პროცესი გადადის რბილ ქსოვილებშიც (ღრძილზეც). დასაწყისს პერიოდში, როდესაც პროცესი ბუდობს მხოლოდ ძვალოვან ქსოვილში, კლინიკური მოვლენები უარყოფითია და სწორედ ამ ღროს შესაძლოა პიორრეის ნაადრევი დიაგნოზი მხოლოდ რენტგენის სხივებით. ასეთი წინასწარი დიაგნოზი შესაძლოა დიდი ხნით და ხან თითქმის 3 წლით ადრე (ავტორის შემთხვევები), ვიდრე კლინიკური მოვლენები იჩენს თავს. ამით ავტორი დაასკვინის, რომ პიორრეა არის უმთავრესად ძვალოვან ქსოვილის დაავადება და შესაძლოა რენტგენოლოგიურ გზით ალვეოლარულ პიორრეის პათოლოგო-ანატომიურ ცვლილებების თანდათანობითი გამოკვლევა. ოვით ცვლილებებში სჭარბობს ძვლის ოსტეობოროზი და ატროფიული მოვლენები და ოდნავ გამოხატული ანთებითი პროცესი კმილთა ზედაპირის შესქელებით. ამ ავადმყოფობის ნაადრევი რენტგენოლოგიური ნიშნების აღმოჩენა ყველაზედ ადრე შესაძლოა 21 | 12 კბილთა არეში, შემდეგ 21 | 12 კბილთა არეში და მხოლოდ შემდეგ კი დანარჩენ არეებში.

Faulhaber და Neumann'-ის მიერ ალვეოლარულ პიორრეის 4 სტადიით დაყოფას საჭიროა, იყრინოს აზრით, მიერთოს კიდევ ერთი სტადია: მხოლოდ რენტგენოლოგიურად აღმოსახენი სტადია, რომელიც ხშირად კლინიკურ გამოხატულებამდე რამდენიმე წლით ადრე ვითარდება.

### სისხლის გადასხვის ცენტრ. სადგურის დაარსება.

ა/ჭ. 21 ენკენისთვის დამტკიცდა ჯანმრთელობის კომისარის მიერ დებულება და ხარჯთ-აღრიცხვა სისხლის გადასხვის ცენტრალურ სადგურისა. საღვური მოეწყო ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტში (ყოფ. მიხეილის საავად.) ტფილისი, პლეხანოვის გამზირი № 60, და მის მიზანს შეადგენს:

1) დონიარების შესწავლა, აღრიცხვა და ორგანიზაცია მათი მიწოდებისა სხვადასხვა დაწესებულებებში მოთხოვნილებებისამებრ.

2) კონსერვირებული სისხლის მომზადება და საჭიროებისამებრ გადაგზავნა.



- 3) სტანდარტული შრატების მომზადება რესპუბლიკის საჭიროებისათვის  
 4) სისხლის გადასხმის წარმოება, როგორც ადგილობრივად თვით ინსტიტუტში, ისე მოთხოვნილების მიხედვით სხვა დაწესებულებებში, როგორც ტფილისში, ისე ტფილისის გარეთ.
- 5) სისხლის გადასხმის მეთოდის გამარტივება და მისი პოპულარიზაცია მშრომელთა მასებში.

6) ექიმთა კადრების მომზადება სისხლის გადასხმის დარგში.

7) მეცნიერული კვლევა-ძიებითი მუშაობა ამ დარგში.

ღონარს (პირი, ვინც თავის სისხლს მისცემს სადგურს), რომელიც გამოილებს 600 კ. ს. სისხლს, მიეცემა: 2500 გრ. ხორცი, 1000 გრ. შაქარი, 500 გრ. კარაქი ან ერბო, 30 ცალი კვერცხი და 15 ლიტრი რძე და ამის გარდა ფულადი დოტაცია თათო კუბ. სანტ. სისხლში 30 კაბ.

ღონარი უნდა აქმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნილებებს: იგი უნდა იყოს სრულიად ჯანმრთელი და არა ნაკლები 20 წლისა და არა უმეტეს 40 წლისა. დონარების მილება და შესწავლა სწარმოებს სადგურის ბინაზე ექვსდღიან კვირის მეორე და მეხუთე დღეს 2—4 აათამდე. დაწვრილებითი პირობები და ყოველივე ცნობები მსურველს შეუძლია მიიღოს სადგურში როგორც პირადათ, ისე წერილობით.

ცნობები სისხლის გადასხმის შესახებ იხილე გაზეთი „კომუნისტი“ 4/6—1932 წ. № 129 (3383) პროფ. მუხაძის წერილი (და წიგნაკი, რომელიც მოქლე ხანში გამოვა სათაურით პრაქტიკული ცნობები სისხლის გადასხმის შესახებ°).

სისხ. გად. ცენ. სადგ. გამგეა პროფ. მუხაძე.



5/24 L 4-1 - 67

3560 2 836.

ЗАРЯДКА  
СЛУЖБОВАЯ

Г.П.Б. в ЛНГР.  
г. 1959 г.  
АКТ № 82