

გამოცემის წელი მესამე



# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ცდილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიის ორგანო

**3—4**

მარტი — აპრილი

საქ. ჯანმრთელობის კომისარიატის ბაზაზე

თბილისი

1928

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ცეცხლისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიის ორგანო

**3-4**

მარტი - აპრილი

საქ. განათლების კომისიის განყოფილება

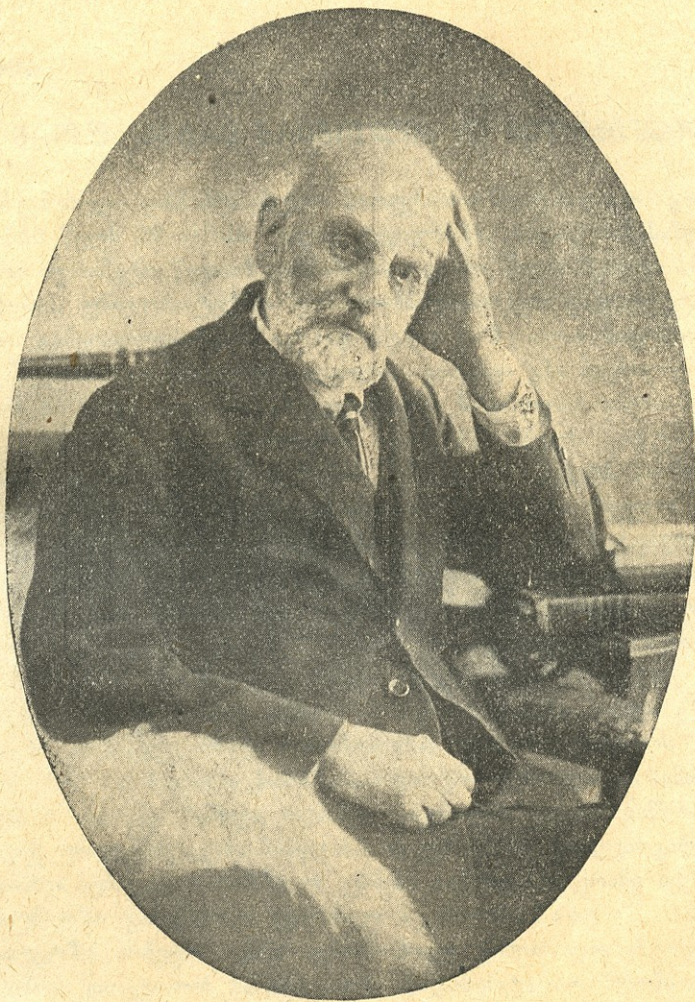


## შინაპარსი:

	83•
I. 1. დამს. პროფ. პეტრე შელიქიშვილის ბიოგრაფია . . . . .	145
2. პ. ქავთარაძე—აკადემიკოსი ბებტერევის ბიოგრაფია . . . . .	159
3. პროფ. სვ. ყიფშიძე—აკადემიკოსი ბებტერევი . . . . .	162
II. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:	
4. ექ. ვლ. გერსამია—განავალში პარაზიტების კვერცხების აღმოსაჩენი მეთოდების შედარება . . . . .	171
5. ექ. ვ. პიროუკოვი—კონსტიტუციის მნიშვნელობა ფილტვის ქრონიკული ტუბერკულოზის დროს . . . . .	176
6. ექ. ნ. ვეშაპელი-გორბაჩოვისა—თეთრი ცხელების შემთხვევები საქართველოში . . . . .	184
7. შენგელაია—ფსიქოპათიები და ფსიქონევროზები, როგორც ალკოჰოლიზმის წარმომშობი ნიადაგი . . . . .	190
8. პრივ.-დოცენტი ა. წულუკიძე—შარდბუშტის ავთვისებიანი ხორცმემეტების დიაგნოსტიკა და წამლობა . . . . .	198
9. ექ. ს. ფანჯავიძე—დაცურებული თიაქრები . . . . .	211
III. მიმოხილვა:	
10. პ. ქავთარაძე—შიგნითა სეკრეციის ჯირკველთა სნეულებანი . . . . .	221
11. პრივ.-დოცენტი მ. მგალობლიშვილი—გერმანელ გინეკოლოგთა მე-XX ყრილობა ქ. ბონში . . . . .	236
IV. კორესპონდენცია.	
V. ბიოგრაფია	
VI. რეფერატები.	

## СОДЕРЖАНИЕ:

	Ст.
I. 1. К памяти заслуж. проф. П. Г. Меликишвили . . . . .	145
2. Д-р. П. Кавтарадзе—Биография академика В. М. Бехтерева . . . . .	159
3. Проф. С. Кипшидзе—Академик Бехтерев . . . . .	162
II. Теоретическая и клиническая медицина:	
4. Д-р В. Герсамия—Сравнение методов для обнаружения яиц паразитов в кале . . . . .	171
5. Д-р В. Пирожков—Значение конституции во время хронического туберкулеза легких . . . . .	176
6. Д-р Н. Вешапели-Горбачева—Случай белой горячки в Грузии . . . . .	184
7. Д-р Г. Шенгелая—Психопатии и психоневрозы, как поводы для развития алкоголизма . . . . .	190
8. Прив.-доцент. А. Цулукидзе—Диагностика и лечение злокачественных опухолей мочевых путей . . . . .	198
9. Д-р С. Панджавидзе—Блуждающие грыжи . . . . .	211
III. Обзорение:	
10. П. Кавтарадзе—Болезни желез внутренней секреции . . . . .	221
11. Прив.-доцент. М. Мгалоблишвили—20-С'езд немецких гинекологов . . . . .	236
IV. Корреспонденции	
V. Биография	
VI. Рефераты	



დამ. პეტრე. შუჭრე ბელიძის შვილი  
1850 — 1927

## 8. ბეჟიაი.

### პროფ. პეტრე გრიგოლის ძე მელიქიშვილი.

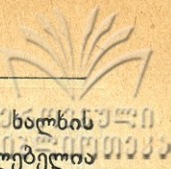
განსვენებული დამსახურებული პროფესორი პეტრე გრიგოლის ძე დაიბადა 1850 წელს 29 ივნისს ქალაქ ტფილისში, სადაც მან საშუალო სწავლა დაამთავრა თვრამეტი წლისამ გიმნაზიაში. ერთი წლის შემდეგ 1869 წელს შევიდა ოდესის უნივერსიტეტში ფიზიკო-მათემატიკურ ფაკულტეტის საბუნებისმეტყველო განყოფილებაზე. პეტრე მელიქიშვილი სიყრმითვე დიდ ნიჭს იჩენდა სწავლაში და მან ძლიერ ადვილად გაიკაფა გზა მეცნიერებაში. ამ გარემოებას მოწმობს ის, რომ მან სამ წელიწადში ჩინებულად სძლია ბუნებისმეტყველების მეცნიერებას და დაამთავრა იგი 1872 წელს. პეტრე მელიქიშვილი უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ არ სწყვეტს კავშირს მეცნიერებასთან და განაგრძობს მეცნიერებისადმი მსახურებას ჩვეული ენერგიით და სიყვარულით. ერთ წელიწადს მასწავლებლობს ბოტანიკაში ქ. ტფილისში ფაბრის ქალთა კერძო გიმნაზიაში, შემდეგ მიემგზავრება გერმანეთში და ორ წელიწადს მუშაობს გამოჩენილ ქიმიკოსების ლაბორატორიებში, როგორც იყვნენ: პროფესორები იუსტი და ლოტარ მაიერი. ამ მეცნიერების სკოლას ითვისებს ის და 1876 წელს ბრუნდება ოდესის უნივერსიტეტში, სადაც არჩეულ იქმნა ლაბორანტის თანამდებობაზე ქიმიურ ლაბორატორიაში. ოცდა ექვსი წლის ჰაბუკი იწყებს არაჩვეულებრივ შემოქმედებას ქიმიაში, რომლის შედეგები შემდეგია: 1878 წ. მან ჩააბარა ქიმიაში სამაგისტრო გამოცდა და სამაგისტრო შრომა-კი 1881 წ. დაიცვა შემდეგ თემაზე: „აკრილის მჟავის ნაწარმთა შესახებ“. ამის შემდეგ უნივერსიტეტმა მიაღწინა ის ევროპაში. საზღვარგარედ პ. მ. ეცნობა სხვადასხვა სკოლას, პარიზში ის უსმენს გამოჩენილ ფრანგ მეცნიერს ბერტლოს; მიუნხენში გამოჩენილ გერმანელ მეცნიერს ბაიერს. 1884 წ. ოდესის უნივერსიტეტში არჩეულ იქმნა აგრონომიულ ქიმიის დოცენტად. 1885 წ. მან მიიღო ქიმიის დოქტორის ხარისხი; მისი სადისერტაციო შრომა იყო „იზოკროტონ მჟავის ნაწარმთა შესახებ“. ამავე წელს არჩეულ იქმნა აგრონომიულ დარგზე ექსტრაორდინარ პროფესორად. 1889 წ. იგი არჩეულია ორდინარ პროფესორად წმინდა ქიმიის კათედრაზე და კითხულობს ლექციებს არაორგანიულ და ორგანიულ ქიმიაში. 1889 წ. პ. მ. დაჯილდოვებულია რუსეთის სამეცნიერო აკადემიის მიერ ლომონოსოვის დიდი პრემიით მის მეტად ორიგინალურ შრომებისათვის შესახებ „პეროქსიდები“ (исследования над перекисями и над кислотами). 1907 წ. მან მიიღო სახელწოდება დამსახურებულ პროფესორისა. 1917 წ. პ. მ. სამუდამოდ სტოვებს რუსეთს და გადმოდის ტფილისში. 1918 წ. 26 იანვარს ზემით



იქმნა გახსნილი საქართველოს უნივერსიტეტი, რომლის ერთერთი დამფუძნებელი იყო პ. მ. და მისი პირველი რექტორიც. 1924 წ. 17 თებერვალს მისი ორმოცდა ათი წლის სამეცნიერო მოღვაწეობის აღსანიშნავად საქართველოს უნივერსიტეტის პროფესორთა საბჭომ გადაუხადა პ. მ. იუბილე და აირჩია იგი საპატიო წევრად. 1927 წ. საბჭოთა კავშირის სამეცნიერო აკადემია ირჩევს მას წევრად—კორესპონდენტად. დაუფასებელი ღვაწლი დასდო მან ქართველ ერს თავისი უმწიკვლო შემოქმედებით. და იმ განსაცვიფრებელ ენერგიით, რომელსაც იჩენდა საყვარელი მასწავლებელი სამშობლო უნივერსიტეტისადმი თავის უკანასკნელ წუთამდის. მისი ხსოვნა მუდამ ცოცხალი მაგალითი იქნება მომავალ სამეცნიერო მუშაკათათვის. პეტრე მელიქიშვილი, დღიდან უნივერსიტეტის დაარსებისა, შეუდგა მოწყობას მის საყვარელ საგნისას ქიმიურ ლაბორატორიისას. იშვიათი სიყვარულით, თავდადებათ და ურყევი ნებით თითქმის არაფრისგან მოაწყო მან რამოდენიმე ქიმიური ლაბორატორია და ხელმძღვანელობდა მათ: ანალიტიკური ოდენობითი, ორგანიული, აგრონომიული და ფიზიოლოგიური ქიმიის. განსვენებული კითხულობდა ლექციებს შემდეგ საგნებში: არაორგანიულში, ორგანიულში და ფიზიოლოგიურ ქიმიებში, ოთხი ფაკულტეტის სტუდენტები ისმენდნენ მცხოვან მეცნიერის ლექციებს და მის ხელმძღვანელობის ქვეშ ტარდებოდა მათი პრაქტიკული ვარჯიშობაც. ჩვენი ახალგაზრდობა განსაკუთრებული სიყვარულით და პატივისცენით იყვნენ გამსჭვალული საყვარელი მეცნიერისადმი და ეს სრულიად სამართლიანად იყო, რადგანაც იმ შრომას, რომელსაც ხარჯავდა ძვირფასი მასწავლებელი ღრმა მოხუცებულებაში იყო მის ხანისათვის მეტად საგრძნობი. თამამად შეიძლება ითქვას, რომ მას ასეთი ბადალი არ მოეპოებოდა უფრო ახალგაზრდებში. ჩვენი მოსწავლე ახალი თაობა ამას გრძნობდა, ხედავდა და აფასებდა მის ასეთ თავდადებად მსახურებას სამშობლო მეცნიერების ტაძრისადმი. ცხრა წლის განმავლობაში მან შეჰქმნა თავისი სკოლა და დასტოვა წარუშლელი მაგალითი მეცნიერებისადმი უანგარო მსახურებისა. განსვენებულის კალამს ეკუთვნის ოთხმოცდა ერთი შრომა. ეს შრომები ნათელს ჰფენენ მას, როგორც პირველხარისხოვან მეცნიერს. მის შრომებს მოაქვთ ჯერუხილავი ახალი საბუთები იმის დასამტკიცებლად, რაც მთელ პლენად მეცნიერებმა დიდი კვლევა ძიების და აზრთა გაცვლა—გამოცვლის შემდეგ, შეიმუშავეს ისეთი საფუძვლები ქიმიისაში, რის შემდეგ მთელ რიგ ახალ მკვლევართ საშუალება მიეცათ ევლოთ უკვე გაკაფულ გზაზე და გაემდიდრებიათ თვისი გამოკვლევებით ქიმიის რეგისტრი. ჩვენ ვიცით, ზოგიერთ მკვლევართა ხელში აღმოჩნდა ისეთი ნაერთები, რომელთაც არ უდგებოდათ ის თეორიული საფუძველი, რომელიც შემუშავებულ იყო წინამორბედ მეცნიერების მიერ და საჭირო იყო ახალის დასკვნა. ვისლიცენ უსმა ვერ შესძლო სტრუქტურული ფორმულების საშუალებით, გამოხატულ სიბრტყეში, აეხსნა რძის მჟავის იზომერები, რადგანაც იმდროს არ იყო საფუძვლიანად შესწავლილი ასიმეტრიული ნახშირბადის თვისებები. გამოჩენილ ფრანგ მეცნიერ პასტერის კლასიკურმა შრომებმა ღვინის მჟავებზე, ლებელს და ვან-ჰოფს 1874 წ. საშუალება მისცეს ჩამოეყალიბებინათ ასიმეტრიულ ნახშირბადის თეორიული ახსნა—განმარტება, რაიც გამოიხატება ახალ ჰიპოტეზაში ნახშირბადის სივრცეში წარმოდგენით (თა-

ნახმად ამ თეორიისა ნახშირბადის ატომი იგულისხმეს მდებარე ტეტრაედრის ცენტროში და მისი ოთხი მონათესაობა მიმართული ტეტრაედრის ოთხივე კუთხეში). ვან-ჰოფის თეორიიდან გამომდინარეობდა რამოდენიმე შემთხვევა: პირველი გულისხმობს სამ ოპტიკურ იზომერის არსებობას, თუ შენაერთში იყო ერთი ასიმეტრიული ნახშირბადი. მეორე შემთხვევა იხილავდა ნაერთს, რომელშიც ორი ნახშირბადი შეერთებული იყო ორმაგი კავშირით. აი ამ უკანასკნელი აზრით ისარგებლა ვისლიცენუსმა, რომ აეხსნა და აღმოჩინა ახალი შემთხვევები გეომეტრიულ იზომერებისა, მაგალითად: იზომერია ფუმარის და შალეინის მჟავებისა. პეტრე მელიქიშვილის ორგანიულ ქიმიაში შრომები სწორედ ამ დროის არიან (კროტონის და იზოკროტონის მჟავების ნაწარმნი). ამ შრომებმა ახალი საბუთით დაამტკიცეს ვისლიცენუსის მიერ გამოთქმული აზრები. ამნაირად მისი შრომები არიან არა მარტო დამამტკიცებელი ზოგიერთ მასზე წინ გამოთქმულ მეცნიერების აზრებისა, არამედ შეიცავენ ახალ მასალას, რომელიც ფართოდ უხსნის გზას დაინტერესებულ მკვლევართ. ასეთია დიდი ღირსება განსვენებულ პ. მელიქიშვილის შრომებისა ორგანიულ ქიმიაში. არა ნაკლები და მნიშვნელოვანი არიან თავისი აღმოჩენით და დასკვნებით მისი შრომები არაორგანიულ ქიმიაშიც. მათში მოვიხსენიებთ მხოლოდ მთავარს. მისი ორიგინალური შრომები ზე-ჟანგებზე. შესახებ ამდგავარ შეერთებისა თუმცა რამოდენიმე მთავანი უკვე დამზადებული იყო, მაგრამ არ არსებობდა ნამდვილი მეცნიერული გარკვეული წარმოდგენა მათ შენებაზე. პეტრე მელიქიშვილი გულისხმობდა, რომ მსგავსი მარილები ზე-ჟრან მჟავის ტიპისა უნდა წარმოადგენდეს შეერთებებს, ერთის მხრივ ზე-ჟანგისა და მეორეს მხრივ ზე-მჟავისა. თავისი შრომებით და მიღებული ახალი ნაერთებით სამუდამოდ გადაჭრა და დაამტკიცა მან მის მიერ წარმოთქმული დებულება. როდესაც ის ამ საკითხებს იკვლევდა და სწავლობდა ექსპერიმენტალურად, მის მიერ მიღებულ ახალ ნაერთებს, ამ გამოკვლევებმა მიიყვანეს ის იმ დასკვნამდის, რომ უნდა არსებულებო ამონიუმის ზე-ჟანგიც, ეს უკანასკნელი დიდის შრომის შემდეგ მან მიიღო და კიდევ ერთი საბუთი შეეძინა მეცნიერებას იმის დასამტკიცებლათ, რომ ჯგუფი ამონიუმი ასრულებს ლითონის როლს. მის მიერ პირველად დამზადებული იყო პერბორატი, რომლის ანტისეპტიური მნიშვნელობა მედიცინაში შესწავლილი იყო პროფესორ დ. პ. კიშენსკის მიერ. არაორგანიულ ქიმიაში მას აქვს შრომები მეტად საინტერესო, რომლებიც ეხებიან მეტეორიტების შემადგენლობას და საკითხს ბუნებრივი სოდის წარმოშობის შესახებ. აქ მან უჩვენა თუ რა თვისება აქვთ კოლოიდებს ბუნებრივი სოდის წარმოშობის დროს და რა გავლენა. პ. მ. შრომები ეხება აგრეთვე სოფლის მეურნეობის დარგს, სადაც მის მიერ იყო შესრულებული მრავალი საინტერესო ანალიზები და წარმოთქმული შესანიშნავი აზრები დასკვნებით. მაგალითად: როდესაც იგი ირკვევდა სამხრეთ რუსეთის ხორბლეულებს პ. მ. უჩვენა თუ რა დამოკიდებულება არსებობს ხორბლეულებში მათ ქიმიურ შემადგენლობასთან ამინდის ზეგავლენით. დიდი და დაუფასებელი იყო აგრეთვე განსვენებულის ღვაწლი როგორც საზოგადო მოღვაწისა სხვადასხვა საზოგადოებაში სხვადასხვა დროს. ამ იშვიათ და უხვად დაჯილდოვებულ ადამიანს, მუდამ მზად ყოველ კეთილ საქმისათვის,





მოეპოვებოდა დაუშრეტელი ენერგია და რაც უმთავრესია—სიყვარული ხალხის საკეთილდღეო საკითხებისათვის. ცხადია ამ მოკლე მიმოხილვით შეუძლებელია სავსებით ამოწურვა განსვენებული დამსახურებული პროფესორის პეტრე მელიქიშვილის, როგორც მისი შემოქმედებითი მეცნიერული ნიჭის ნაყოფისა, აგრეთვე მისი საზოგადოებრივი მნიშვნელობის და ღირებულების პიროვნება; მაგრამ მე ვგონებ ეს მოკლე გაცნობაც გვაძლევს საშუალებას დავინახოთ თუ რა დიდ მეცნიერულ ღირებულებას წარმოადგენდა განსვენებული და რაოდენ დაუფასებელ საზოგადო მოღვაწეს. საყვარელი მასწავლებელი, დაუვიწყარი ძვირფასი მეგობარი პეტრე მელიქიშვილი გარდაიცვალა 1927 წ, 23 მარტს ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის საავადმყოფოში და დიდი ცერემონიით დაკრძალული იქმნა სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეზოში. ამ წლის თებერვლის 26-ს, უნივერსიტეტის ათი წლის არსებობის თავზე განსვენებულის საფლავზე ჩაყრილი იყო საფუძველი ძეგლისა, რათა უკვდავი ჰყონ მისი ხსოვნა-ხოლო მის მოწაფეთა შორის წარუშლელი იქნება ხსოვნა საყვარელი მასწავლებლის პროფ. პეტრე მელიქიშვილისა.

ნიმუ. ციციშვილი.

## ჩემი მოგონება პროფ. პ. მელიქიშვილზე.

ჩემი პირველი შეხვედრა განსვენებულ პროფ. პ. მელიქიშვილთან მოხდა 1917 წელს ქ. ტფილისში ყოფილ ამიერ-კავკასიის უნივერსიტეტის ქიმიურ ლაბორატორიაში. უმაღლეს სწავლის დამთავრების შემდეგ ქ. პეტროგრადში (ლენინგრადში) ჩამოვედი ტფილისში და შევიტანე თხოვნა თავისუფალ ანალიტიური ქიმიის ასისტენტის თანამდებობაზე. თხოვნის გარჩევას ელოდნენ პ. მელიქიშვილის ოდესიდან ჩამოსვლას, რომელიც ქიმიის კათედრის გამგედ უნდა ყოფილიყო. პირადათ პროფესორს მე ჯერ არ ვიცნობდი, თუმც მისი სახელი არა ერთხელ უხსენებიათ ჩვენს პოლიტექნიკურ ინსტიტუტში ჩემს პროფესორებს. დღიდან თხოვნის შეტანისა არ გასულა ერთი კვირა, მე უკვე ვმუშაობ პ. მელიქიშვილის ხელმძღვანელობის ქვეშ, უკვე საკმაოდ გავეცანი და ვარ ალტაცებული მისი პიროვნებით. მასთან მუშაობის დაწყებისთანავე, ვიგრძენი თუ რა დიდ მეცნიერ და იშვიათ ადამიანთან მაქვს საქმე და ჩემს სიხარულს საზღვარი არ აქვს, რომ ბედმა მარგუნა ასეთ მეცნიერთან მუშაობა. მუშაობის დროს ვგებულობ, რომ პეტრე მელიქიშვილი ყოფილა ერთ-ერთი მთავარი წევრი ქართული უნივერსიტეტის დამაარსებელ კომისიისა, სადაც ის ლებულობს მხურვალე მონაწილეობას და ახალგაზრდულათ გატაცებულია ამ იდეის განხორციელებით. თუმცა პ. მ. მთელ თავის დროს ანდომებს უნივერსიტეტის ორგანიზაციულ საკითხებს, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ის მაინც ჰპოვებს რამოდენიმე საათებს, რომ დღეში ორჯელ მაინც შემოიაროს ჩვენს ლაბორატორიაში და თვითონ დაუაროს სტუდენტებს ზოგიერთი საკითხების ახსნა-განმარტების მისაცემათ. ერთ დღეს ვამჩნევ, რომ პ. მ. არაჩვეულებრივად აღელვებული, შუბლ-შეჭმუხვნილი ჩქარის ნაბიჯით დადის კაბინეტში, ხან ჯდება სკამზე, ხან ისევ დგება და რალასაც ნერვიულობს, ეს ნერვიულობა ჩემზედაც მოქმედობს; მინდა შევეკითხო რა არის მიზეზი, მაგრამ ვერ ვბედავ, ჩემდა მოულოდნელად, ბნმა პეტრემ თითქოს გაიგო ჩემი განზრახვა და თვითონ მიზიარებს ამის მიზეზებს: თურმე მას აღელვებს ოდესიდან გამოწერილ მისი ბიბლიოთეკის და „ჩემოდანის“ დაგვიანება. ის დარწმუნებულია უკვე, რომ ბიბლიოთეკა დაკარგულია გზაში, ჩემოდანი-კი მოპარული. ვამშვიდებ, ვანუგეშებ, ვარწმუნებ, რომ ალბად ამისი რაიმე სხვა მიზეზია და მალე ჩამოვა ყველაფერი სრული და ხელ-უხლებელი, პ. მ. თანდათან მშვიდდება, შუბლზე ნაოკები ეშლება, ლაპარაკს სხვაზე იწყებს, ხუმრობს კიდევაც, — წასვლისას კი, ჩემდა გასაკვირველად მეუბნება ისეთ მადლობას თითქოს მისი ბიბლიოთეკა მე უკვე მიმეღოს და მისთვის ჩამებარებინოს.



გვიანლოვდება 1918 წელ. და ქართული უნივერსიტეტი ოფიციალურად გაიხსნა და მის რექტორად პ. მელიქიშვილია. გადაწყვეტილი მაქვს, უარს არ მეტყვის, არ მოვფორდე მას, რამენაირად ხელი შეუწყო და გაუადვილო მომავალი მუშაობა უნივერსიტეტში გადასვლით და მასთან მოწყობის სურვილი გაუზიარე. პ. მ. არ უყვარდა საქმის გადადება და გაჭიანურება. მან ასეთ ჩემ თხოვნაზე მაშინათვე მომმართა: „ქარგი, მაგრამ იცოდეთ, რომ ორ ადგილას ვერ იმსახურებთ, და ამიტომ მე მოვითხოვ, რომ აქ სამსახურს თავი უნდა დაანებოთ. უნივერსიტეტში დაგჭირდებათ დიდი მუშაობის გაწევა და მას თქვენ უნდა მოანდომოთ მთელი თქვენი დრო.“ განარებულნი საკითხის ასე გადაჭრით, ვაპირებ ახლავე თანხმობის მიცემას, მაგრამ პ. მ. არ მაკლის და მეუბნევა: „გაძლევთ ორ დღეს მოსაფიქრებლად, გაფრთხილებთ ჯამაგირი გეგნებათ პატარა, — ეგებ გადაიფიქროთ.“ მოუთმენლად ველი, როდის გავა ეს ორი დღე, რომ ხელ-ახლა გაუმეორო ჩემი თანხმობა — და აი ის, რაც მესმის პ. მელიქიშვილისგან ამის პასუხად, ყოველ მოლოდინს გარეშეა და მე აღარა მესმის — რა!

ის პროფესორი, რომელიც რამოდენიმე დღის წინად ულტიმატიურად ჩემგან მოითხოვდა სამსახურის დანებებას, თანხმობის გაგების შემდეგ ასეთივე ულტიმატუმს მისვამს, მხოლოდ სულ სხვა რამეზე: „მომეცით სიტყვა, რომ სანამ მე არ გეტყვი, ჩემდა დაუკითხველად აქ სამსახურს არ დაანებებთ.“ (აქ დამტოვა თითქმის ერთ წლამდე).

მხოლოდ შემდეგში, ახლო გაცნობით ამ უმწიკვლო, სპეტაკ ადამიანის, მე მიგხვდის, რომ ეს იყო მაშინ ჩემი პირველი, პ. მელიქიშვილის წინაშე, გამოცდის დაჭერა, მასთან ქართულ უნივერსიტეტში თანამშრომლობის უფლების მოპოვებაზე.

1919 წელია. როგორც ახლა მაგონდება, ყველა დანარჩენ წლებში, პ. მელიქიშვილისთვის, ეს წელიწადი იყო ყველაზე უფრო მძიმე, მწარე და ამავე დროს ყველაზე ტკბილიც. ამ წელიწადში პრ. ი. ჯავახიშვილის და პ. მელიქიშვილის თაოსნობით მტკიცე საძირკველი ჩაეყარა უნივერსიტეტს, სადაც პირველი რექტორობა წილად ხვდა პ. მელ.—ს. მას უხდებოდა ორი მოვალეობის ასრულება, მათში ერთთავანი მისთვის, ადმინისტრატიული მეტად მძიმე იყო, რადგან მის ბუნებას იგი არ უდგებოდა.

ხშირი იყო ამ წელიწადში დღეები, როდესაც პ. მ. დაღვრემილი, ნაწყენი და ნაღვლიანი ბრუნდებოდა სახლში, — და ეს გასაგებიც იყო. ქართული უნივერსიტეტი, მისი პირმო შვილი, ფეხებს იდგამდა, იწყებდა თავის არსებობის პირველ წლებს. საჭირო იყო თავიდანვე მტკიცე აკადემიური საფუძველის ჩაყრა, განმტკიცება შემოღებულ ტრადიციებისა, უნივერსიტეტში შესვლისთანავე პ. მ. — ის მიერ წამოყენებული დევიზი ღალადებდა: „უმწიკვლო და უანგარო შრომა და სამსახური მშობლიო მეცნიერების ტაძარში.“

ამ დევიზიდგან გზის ახვევა ან ოდნავ მაინც მისი დარღვევა, იწყებდა პ. მ.—ის კეთილშობილ წმინდა არსებაში, ყოველთვის საშინელ კორიანტელს და არაჩვეულებრივ ღელვას, პ. მელ.—შვილი იყო პირდაპირი ადამიანი, ყოველ უღამაზო საქმის ნამდვილი სახელის მიმცემი და მის ჩამდენ ადამიანის დაუნდობელი და დაუზოგველი.

ის იყო სრული და ღრმა გრძნობის პიროვნება. ყოველ დაწყებულ საქმეში ლებულობდა მონაწილეობას პ. მე-შვილი მთელი თავის არსებით, გრძნობით, მას სწირავდა თავის ძალღონეს, დაუშრეტელ ენერჯიას და იშვიათ სიყვარულს. ამისთანა მოთხოვნისებით ის უდგებოდა სხვასაც. ამიტომ, ვასაკვირველი არ იყო, როდესაც ხედავდა პ. მ., რომ, მაგ. მისთვის ძვირფას უნივერსიტეტს ვინმე შეეხო უხეში, ტლანქი ხელებით, ამის საწინააღმდეგოდ ილაშქრებდა ღრმად აღშფოთებული მისი ბუნება და მწარე ტკივილს გრძნობდა მისი მოხუცი გული. უნივერსიტეტის პირველ წლებში, ერთერთ ამისთანა გამოლაშქრებას მე შევესწარი, და ის სურათი, რომელიც წინ გადამეშალა დარჩება ჩემს მეხსიერებაში სამუდამოდ წარუშლელი. შორს გამსჭვრეტელმა, გამთვალისწინებელმა დიდმა პეტრემ, მაშინ, გულით იგრძნო შეურაცყოფა მის დევიზისა და მაშინათვე თავის ძლიერი ხმით მოუხმო ყველას სიფრთხილისაკენ.

სხვა საკითხებში, როგორც მაგ. უნივერსიტეტის ინტერესების დაცვაში, პ. მელიქიშვილი, იჩენდა მტკიცე, მკაცრს და შეუდრეკელს ხასიათს, ამავე დროს, კეთილ საქმისთვის ის ყოველთვის მზად გულუხვი და ხელგაშლილი იყო.

მის ასეთი კეთილი გულით, ყველა ვისაც კი ეს შეეძლო ფართოდ სარგებლობდა. არა მგონია, რომ ჩვენში მოიპოვებოდეს ისეთი ახალგაზრდა, საზღვარგარედ ნამყოფი მეცნიერი მუშაკთაგანი, რომელსაც არ ესარგებლოს მისი დიდი ავტორიტეტით და რეკომენდაციით, რომელსაც დიდ ანგარიშ უწყევდნენ შორს საზღვარგარედ უცხო ქვეყნის მეცნიერები. პ. მელიქიშვილის მეტად ჩვილი, მოსიყვარულე გულით განსაკუთრებით უხვად სარგებლობდა ჩვენი სტუდენტობა, რასაც თვით პე. მელიქიშვილი ხშირად ხელს უწყობდა.

ავია თუ კარგი დარი, ეს მისთვის ერთია. ქარი და წვიმა, თოვლი ან ქყაპი მას არ აჩერებს სახლში თუ კი ეს საჭირო იყო სტუდენტის თხოვნის ასასრულებლად.

თვალ წინ მიდგა პეტრეს სურათი, სცდის იგი სახეზე შელახულ, ნაკლებად ტანზე ჩაცმულ სტუდენტს, რომელიც იჭრება, მაგრამ პ. მელიქიშვილს გული ვერ უძლებს, ეკოდება, აბრუნებს ხელ-ახლა დასაკითხავად და თუ გამხნევებულმა სტუდენტმა გამოაჩინა ახლა საკმაო ცოდნა, მაშინ ძნელია მისი თქმა თუ მათში რომელი: სტუდენტი, თუ პ. მელიქიშვილია უფრო მოხარული.

## პროფ. ა. ბეზუდავა.

### ერთი ეპიზოდი პროფ. მელიქიშვილის ცხოვრებიდან.

ერთი ეპიზოდი განსაკუთრებით აღმებეჭდა მეხსიერებაში. ეს იყო 1890 წელს. მე მაშინ ვიყავი მესამე კურსის სტუდენტი, პეტრე-კი უკვე ორდინარული პროფესორი. მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენ ბუნებისმეტყველებს გვყავდა ასისტენტი, ის მაინც თითქმის არ სტოვებდა ლაბორატორიას. პირველ ხანებში მისი გვეწინოდა და ვერ ვებედავდით მის შეწუხებას. მისი ბერული სახე და მის შავი თვალების ერთგვარად სასტიკი გამომეტყველება ჩვენში გაუბედაობას იწვევდა, მაგრამ ვინც გაიგონებდა მის რბილ ხმას და მოწმე იქნებოდა მისი ფრიად ზრდილობიანი მოპყრობისა, ის მიხვდებოდა, რომ ამ სისასტიკის იქით იმალებოდა მეტად მგრძობიარე სული. პეტრეს გავეცანი 1890 წელს სტუდენტთა მღელვარების დროს, რაც იმ ჟამად ფრიად ხშირი მოვლენა იყო. ამ შემთხვევაში კონფლიქტმა უფრო სერიოზული ხასიათი მიიღო. გადავსწყვიტეთ ჩერნიშევსკის მოსაგონებლად პანაშვიდის გადახდა. ინსპექციამ ეს ამბავი პოლიციას აცნობა. სტუდენტების ბილეთები ჩამოგვართვეს, გადაგვწერეს და უნივერსიტეტიც დაკეტეს. რამოდენიმე დღის შემდეგ ჩვენ წინააღმდეგ ერთგვარი რეპრესიები იქნა მიღებული, თორმეტი კაცი უნივერსიტეტიდანაც დაითხოვეს. ასეთ პირობებში უფრო ახლოს გავეცანი პეტრეს. ადმინისტრაციის დადგენილების გამოცხადების დროს მან მანიშნა, რომ უკან გავყოლოდი. ცხოვრობდა იგი უნივერსიტეტის მახლობლად ერთ ოთახში სტუდენტურად. აქ მან გამორიცხულ სტუდენტთა სასარგებლოდ, რომელთაც უნდა დაეტოვებიათ ოდესა, გადმომცა თავისი „შუბა“ და კონვერტი შემდეგი სიტყვებით: „აი ჩემი მონამარავი; გადაეცით ესეც. მხოლოდ ამის შესახებ ნუ ილაპარაკებთ“. მის შემდეგ გავიდა 38 წელი. მე ეხლაც მესმის მისი რბილი ხმა და ვხედავ მის საუცხოვო კეთილ თვალებს.

## პროფ. ლაზუჩსკი.

### სულის რაინდი.

1901 წელს მოსკოვიდან ოდესაში გადმოვედი ისტორიკო-ფილოლოგიურ ფაკულტეტზე პრიატ-დოცენტად. წასვლისას ერთ-ერთმა პროფესორმა მითხრა: ოდესაში გაეცანით პროფ. მელიქიშვილს, ის ნოვოროსიის უნივერსიტეტში ერთი საუკეთესო ადამიანთაგანიაო და მართლაც, მიუხედავად იმისა, რომ პ. მელიქიშვილი სულ სხვა დარგში მუშაობდა, ჩემსა და მის შორის მალე დამყარ-

და კეთილი ურთიერთობა. ჩემი კაბინეტში დგას მისი სურათი შემდეგი წარწერით: „ძვირფას ამხანაგს ვლადიმერ თეოდორის ძეს ლაზურსკის“. მე ვამაყობ ამ წარწერით. თუკი ასეთმა ადამიანმა ღირსად მცნო თავისი მეგობრობისა, მაშ მეც რამედ ვღირვარ. პეტრე იყო უნივერსიტეტის საბჭოს ერთი ფრიად სერიოზული და მკაცრი წევრთაგანი. მთელი კულტურული ოდესა იცნობდა და პატივსცემდა მას. პეტრე იყო ფიცხი, მაგრამ სათუთი სულის პატრონი და დიდად აფასებდა ალერსიან და ყურადღებით მოპყრობას. მე დიდხანს ვიყავი ოდესის უმაღლეს კურსების მდივანი და ვხედავდი, რომ იგი განსაკუთრებული სიყვარულით და თავგამოდებით იცავდა ამ ჩვენთვის, საყვარელ დაწესებულებას. პეტრე იყო რაინდი პროფესორული სინდისისა, რაინდი ამხანაგური მეგობრობისა, რაინდი ქალებისადმი უმწიკვლო მოპყრობისა.

### პროფ. პინარჟევსკი.

#### პეტრე გრიგოლის ქე მელიქიშვილის ხსოვნას.

ძვირფასი მასწავლებლის და მეგობრის ხსოვნას ვუძღვნი ამ სტრიქონებს, რომლებიც საესეა სევდითა და მისი კეთილშობილი სახის წინაშე მოკრძალებით. 34 წლის წინად მესამე კურსის სტუდენტმა მღელვარებით შევადე პეტრეს სამუშაო კაბინეტის კარები. პეტრე მუშაობაშია გართული; ცდას აწარმოებს. აზრი მისი შორს წასულა სინამდვილისაგან მეცნიერულ ოცნებათა სფეროში... მე მხვდა წილად იშვიათი ბედნიერება ვყოფილიყავი მუშაობაში მის უცვლელ თანამშრომლად. პეტრემ მთელი სიცოცხლე მეცნიერებას შესწირა. მისი პირველი და უკანასკნელი სიყვარული ლაბორატორია იყო. პეტრეს არ უყვარდა ლექციები; ისინი აშორებდენ მის აზრს მეცნიერულ შემოქმედებას. მას უყვარდა სწავლება არა კათედრაზე ან პრაქტიკულ მეცადინეობის დროს, არამედ თავისთან ლაბორატორიაში მეცნიერულ მუშაობის დროს. ის მოითხოვდა ჩქარ, გულმოდგინე და სისტემატიურ მეთოდურ მუშაობას. როდესაც მკაცრი სინამდვილე მაიძულებდა საზოგადოებრივი ცხოვრების მძაფრ ნაკადში მონაწილეობის მიღებას, მე მუდამ მივმართავდი ფიქრებით ჩემ მასწავლებელს და უნებლიედ ვეკითხებოდი ჩემს თავს, „როგორ მოიქცეოდა ის ამ შემთხვევაში, როგორ გამოეხმაურებოდა ამას მისი მგრძნობიარე და კეთილშობლური სული...“

ოდესის ძალთა უმაღლეს კურსეზზე სწავლა დამთავრებული ბ. ი.

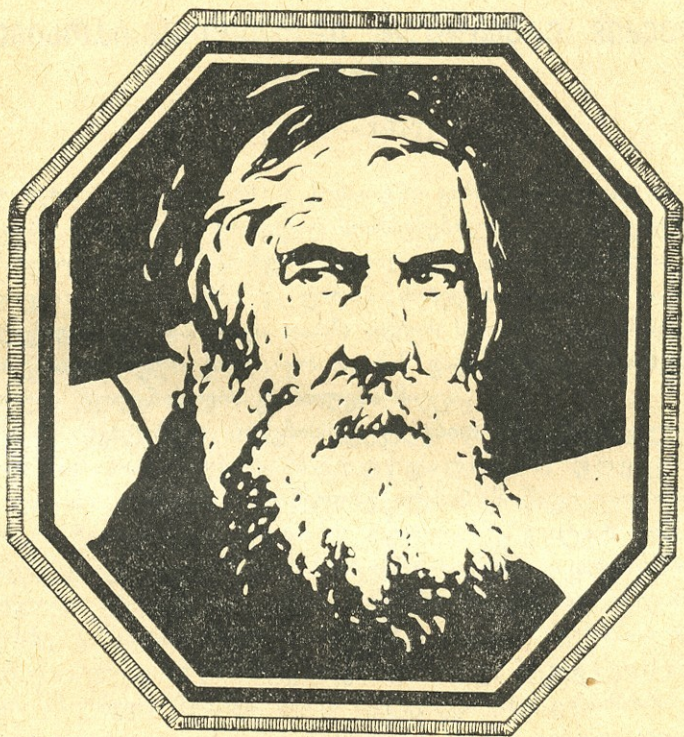
ინანოვსკიანს მოგონებანი პ. მელიქიშვილზე.

პ. მელიქიშვილის დასახასიათებლად მის მსმენელებს ფრიად მდიდარი მასალა მოეპოვებათ. ამჟამად შევჩერდები მხოლოდ რამოდენიმე ტიპიურ მომენტზე. ლექციებს მრავალი მსმენელი ესწრებოდა. მისი გარეგნობა, უაღრესად სერიოზული დამოკიდებულება საქმისადმი ჩვენში ერთგვარ გაუბედაობას იწვევდა; არ ვიცოდით თუ რამდენად კარგი და მარტივი იყო ის თავის მოწაფესადმი მოპყრობაში, მაგრამ მალე დავრწმუნდით, რომ თამამად შეგვეძლო მიგვემართა მისთვის სხვადასხვა საკითხის გამოსარკვევად. ის აფასებდა ახალგაზრდობის

ენტუზიაზმს, გვაქვებდა მუშაობისათვის, გვანუგეშებდა გაჭირვების დროს და გვიღვიძებდა ცოდნის გაფართოების ინტერესს.

გამოცდის დროს პ. მ. დიდ სიამოვნებას განიცდიდა კარგი პასუხის მოსმენით, სამაგიეროდ მისი განწყობილება სრულიად იცვლებოდა, როდესაც მსმენელი ქალი ცუდად მომზადებული აღმოჩნდებოდა. უფრო დავუახლოვდით პ. მელიქიშვილს ლაბორატორულ სამუშაოზე გადასვლის შემდეგ. თვით ჩვენი ლაბორატორიები პეტრეს გეგმითა და მისი უშუალო მეთვალყურეობით იყო აგებული. დიდ დროს და ენერჯიას ანდომებდა პეტრე ჩვენთან მუშაობას ლაბორატორიებში. ჩვენ იმდენად შევეჩვიეთ პეტრეს სახეზე მისი განწყობილების ამოკითხვას, რომ წინასწარ ვგრძნობდით, თუ რა ხასიათზე იყო ის ყოველ ცალკე შემთხვევაში. პეტრე იყო მშვენიერი მოსაუბრე, იგი დაინტერესებული იყო მეცნიერებისა და ხელოვნების ყველა დარგით და ხშირად გვიზიარებდა თავის საყურადღებო შეხედულებებს სხვადასხვა საკითხებზე. არ გვივიწყებდა პეტრე სახელმწიფო გამოცდების დროსაც, ესწრებოდა ყველა გამოცდებს და სცდილობდა სათანადო ატმოსფერის შექმნას; ასეთი ზრუნვა კურსების დამთავრების შემდეგაც გრძელდებოდა. პეტრე უახლოეს მონაწილეობას იღებდა კურსების სამეცნიერო და სამეურნეო ცხოვრებაში და განსაკუთრებით ფიზიკო-მათემატიკურ ფაკულტეტს აპყრობდა დიდ ყურადღებას.

ხაზგასმით აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ პეტრე მოკლებული იყო ყოველგვარ შოვინიზმს.



სადღმისი მესტერისი.



### 3. ჯანთარაძე.

## აკადემიკოსი-პროფესორი ვლადიმერი მიხეილისძე ბახტერევი.

(1857 — 1927)

გასულ წლის 24 დეკემბერს ქ. მოსკოვში გარდაიცვალა მეცნიერების მდევრი აკადემიკოსი ბახტერევი, რომელიც მომხსენებელათ იყო ჩამოსული იმ დროს გამართულ სრულიად საკავშირო ნევროპათოლოგთა და პსიქიატრთა ყრილობაზე.

ბახტერევი დაიბადა 1857 წ. ლარიბ მოხელის ოჯახში. მამა მას მალე მოუკვდა ქლექიდან და სამი ვაჟი დარჩა დედის სარჩენი. დედა ბახტერევისა იმ დროისთვის განათლებული ქალი იყო და მან გადასწყვიტა, მიუხედავად უსახსრობისა, თავის შვილებისთვის განათლება მიეცა.

გიმნაზიაში ბახტერევი ბუნებისმეტყველებით იყო გატაცებული და მთელ ღამეებს ატარებდა პისარევის, პორტუგალოვის, დრეპერის, შელგუნოვის და სხ. კითხვაში, იგი მეოთხე კლასის მოწაფე იყო, როდესაც კარგათ გაეცნო და შეითვისა დარვინის თეორია. ქ. ვიატკის გიმნაზიის დამთავრების შემდეგ ბახტერევი შედის სამხედრო-საექიმო აკადემიაში. იგი მუყაითი და ბეჯითი სტუდენტია, ყველა საგნებს ჩინებულად ითვისებს, ხოლო მეოთხე კურსზე განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ნევროპათოლოგიასა და პსიქიატრიას, რომელიც იმ დროს იკითხებოდა პროფ. მერჟევესკის მიერ. ამ სპეციალობის ამორჩევის შესახებ თვით ბახტერევი ასე გვიამბობს: „Эта специальность мне казалась из всех медицинских наук того времени наиболее тесно связанной с общественностью и кроме того, увлекала вопросами о познании личности, связанными с глубокими философскими и политическими проблемами, и это решило мой выбор“. აკადემიის დამთავრებისას ბახტერევი საპროფესოროდ დატოვეს და მან 1881 წ. ბრწყინვალედ დაიცვა დისერტაცია შემდეგ თემაზე: „О температуре тела душевно-больных.“ იმავე წელში იგი გახდა პრივატ-დოცენტი. აკადემიის დამთავრებიდან ხუთი წლის განმავლობაში ბახტერევემა წარმოადგინა 50-ზე მეტი მეცნიერული შრომა რუსულ და უცხო ენებზე გამოქვეყნებული, ამან მისცა საშვალეა აერჩიათ იგი პროფესორად ყაზანში 1884 წ. და ამავე დროს მიეღვინათ საზღვარ გარეთ-ორი წლის ვადით, სადაც მისი მასწავლებლად და ხელმძღვანელად იყვნენ გამოჩენილი პროფესორები: Dubois—Reymond-ი, Flexig-ი, Westphal-ი, Vundt-ი, Meynert-ი, Gudden-ი, და Charcot-ი.

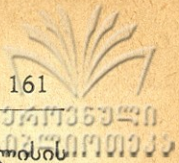


სახლვარ - გარეთიდან დაბრუნებისთანავე ბებტერევემა 28 წლისამ კათედრა ყაზანის უნივერსიტეტში, სადაც მან გაატარა 7 წელი; მისი მეოხებით შეიქმნა ნერვული და პსიქიატრიული კლინიკა - პისტოლოგიური, ფიზიოლოგიური და ფსიქოფიზიოლოგიური ლაბორატორიუმებით. მანვე ჩაუყარა საძირკველი ყაზანის ნევროპათოლოგთა და პსიქიატრთა საზოგადოებას და დაარსა ჟურნალი „Неврологический вестник.“ იქვე გამოსცა მან „Первые болезни в отдельных наблюдениях“ ორ ტომათ და „Проводящие пути головного и спинного мозга.“ ბებტერევეს ლექციებს დიდი ძალი სტუდენტობა ესწრობოდა, როგორც ფრიად შინარსიანს და საინტერესოს, სხვათა შორის მისი მსმელთაგანი კარების ჭურჭუტანიდან გამოჩენილი მწერალი, მაქსიმ გორკიც იყო, იმ დროს მეპურე.

1894 წ. ბებტერევე მიიწვიეს სამხედრო-საექიმო აკადემიის პროფესორად და ამ დროიდან იწყება ახალი და უფრო ნაყოფიერი ხანა მისი მოღვაწეობისა, ყაზანში დაწყებული მეცნიერული მუშაობა გაფართოვდა, მას უკვე ყავს 40 მეტი ექიმი სხვადასხვა კუთხიდან ჩამოსული სამეცნიერო მუშაობისთვის. ამ ე. წ. პეტერბურგის პერიოდში ბებტერევეს კვლევა ძიების საგნად გაუხდია გარდა ნერვულ სისტემის ანატომიასა და ფიზიოლოგიისა, აგრეთვე პსიქიატრია და ნევროპათოლოგია, ფილოსოფია, სოციოლოგია, პედაგოგია, პედალოგია, პსიქოლოგია ექსპერიმენტალური და ობიექტიური, ჰიპნოტიზმი, ალკაპოლიზმი და რეფლექსოლოგია — აი საკითხები, რომელთაც გატაცებული იყო იგი და აქეთკენ იყო მიმართული მკვლევარის და მის შკოლის აზრი. ამ დროს ბებტერევემა გამოუშვა შემდეგი კაპიტალური შრომები: „Основы учения о функциях мозга“ 7 ტომათ, „Общая диагностика нервных болезней,“ „Психика и жизнь,“ „Роль внушения в общественной жизни,“ „Гипноз, внушение и психотерапия,“ და „Объективная психология.“ მის მიერ იყო დაარსებული: რუსული საზოგადოება ნორმალური და პათოლოგიური პსიქოლოგიისა, პსიქიატრთა საზოგადოება, ნერვულ და პსიქიატრიის კლინიკურ ექიმების საზოგადოება, იმავე დროს დაიწყო გამოსვლა ბებტერევეს თაოსნობით შემდეგმა ჟურნალებმა. „Обозрение психиатрии, неврологии, экспериментальной психологии и гипнотизма,“ „Труды клиники,“ და „Вестник психологии.“

ასეთი გაცხოველებულ მუშაობაში იყო გართული ბებტერევე რამდენიმე ათეულ წელს და ამის ნაყოფია 600 მეტი მეცნიერული შრომა სხვადასხვა ენებზე გამოქვეყნებული. პროფ. ან ფიმიოვის თქმით ბებტერევე დაუმრეტელი ენერჯის კაცი იყო, მას შეიძლება ითქვას, რომ არ ეძინა, რადგან ყოფნიდა მხოლოდ სამი — ოთხი საათის ძილიო, ყოფილა შემთხვევა, რომ ბებტერევეს მნახველისთვის დაუნიშნავს ღამის ორი საათი, მნახველი გაოცდა, ხოლო ეს ბებტერევესთვის ჩვეულებრივი მუშაობის დროს შეადგენდაო.

ბებტერევე, გარდა მეცნიერული მოღვაწეობისა, უშუალო მონაწილობას ლებულობდა საზოგადოებრივი ცხოვრებაში, იგი თავის რწმენით ეკუთვნოდა მემარცხენე ჯგუფს პროფესორებისას და მთავრობისთვის არა საიმედო პიროვნებას წარმოადგენდა. იგი ხშირათ გამოდიოდა კრებებზე მკაცრი სიტყვით მთავრობის პოლიტიკის წინააღმდეგ. განსაკუთრებით აღსანიშნავია მისი სიტ-



ყვა ქ, კიევში ბეილისის გასამართლების დროს, მის ექსპერტიზას ბეილისის გამართლებაში დიდი წვლილი უძევს. მეფის მთავრობა ვერ ინელბოდა აგრეთვე ბებტერევის მიერ დაარსებულ პსიქო-ნევროლოგიურ ინსტიტუტს, რომელიც წარმოადგენდა ერთად ერთ კერძო უნივერსიტეტს 4 ფაკულტეტით და 2 განყოფილებით, სადაც დაშვებულნი იყვნენ მსმენელად მამაკაცებთან ერთად ქალებიც და სადაც თანასწორ პირობებში იღებდენ ებრაელებსაც, იქ სუფევდა თავისუფალი სული. ამით აიხსნება ბებტერევის მოხსნა აკადემიის პროფესორობიდან 1913 წ. და პსიქო-ნევროლოგიური ინსტიტუტის დახურვის გადაწყვეტა მთავრობის მიერ, რასაც სისრულეში მოყვანას ხელი შეუშალა თებერვლის რევოლუციამ.

საბჭოთა მთავრობის დამყარების შემდეგაც, მას ზოგიერთებივით არ შეუწყვეტია თავისი მეცნიერული და საზოგადოებრივი მუშაობა, იგი ამ ხანაში აქვეყნებს. „Общие основания рефлексологии человека“ და „Коллективная рефлексология“-ს. იგი მუშაობდა განათლების სექციაში ლენინგრადის საბჭოსი. სადაც მისი რჩევით ბევრი რამ გაკეთებულა. ბებტერევი იყო პრეზიდენტი სახელმწიფო პსიქო-ნევროლოგიური აკადემიის და დირექტორი სახელმწიფო რეფლექსოლოგიურ ინსტიტუტის, რომელთაც სიკვდილამდი ხელმძღვანელობდა.

პროფ. სპ. ყიფშიძე.

## საკადემიკოსი ბებტერევი,

როგორც ნერვულ სისტემის მორფოლოგი და ფსიქოლოგი\*).

პროფ. ბებტერევის თითქმის 50 წლის მოღვაწეობის შეფასება მოკლე სიტყვაში სრულიად შეუძლებელია, თუ ჩვენ მიზნად დავისახავთ მისი შრომების დაწვრილებით შესწავლას. ამ შრომათა რიცხვი იმდენად დიდია, რომ ამჟამად ალბათ არ მოიპოვება ისეთი მუშაკი, რომელსაც ყველა ეს შრომები გაცნობილი და შეფასებული ჰქონდეს. შრომების ასეთი შესწავლა ბებტერევის უახლოეს მოწაფეების მოვალეობას შეადგენს, და მე დარწმუნებული ვარ, რომ შემდეგისათვის ჩვენ გვექნება ისეთი შრომები, რომლებიც ამ დიდი მეცნიერის მუშაობის შედეგებს დეტალურად შეისწავლიან.

მე მინდა წარმოგიდგინოთ ბებტერევი, როგორც მორფოლოგიის და ფიზიოლოგიის დარგში მომუშავე მეცნიერი. პროფ. ბებტერევის სამეცნიერო კარიერა და სახელი სწორედ მორფოლოგიურმა და ფიზიოლოგიურმა შრომებმა შექმნეს. ბებტერევის ახლო ნაცნობი და მეგობარი პროფ. ბატუევი, როდესაც ბებტერევის წიგნის—„ტვინის გამტარებელი გზები“-ს კითხვას გვირჩევდა, დასძინდა ხოლმე: „აი წიგნი, ურომლისოდაც ბებტერევი არ შეიქმნებოდა ის, რაც იგი დღეს არის“-ო.

და, მართლაც, საკმარისი იყო, რომ ბებტერევის დაებეჭდა წერილი ზურგის და თავის ტვინის ნერვული გზების შესახებ წიგნში, რომელსაც ავსიანიკოვი და ლავროვსკი რედაქტორობდნენ და, რომელიც გამოვიდა სათაურით: „Основания микроскопической анатомии человека и животных“ 1874—78 წლებში, რომ ამ შრომას ყურადღება მიეპყრო არამც თუ რუსეთში, არამედ უცხოეთშიაც. ბებტერევი რამოდენიმე წლის შემდეგ აქვეყნებს შრომას გამტარებელი გზების შესახებ: „Проводящие пути головного и спинного мозга“. პირველი გამოცემა 1892 წელში გამოდის. მეორე გამოცემა კიდევ ორი წლის შემდეგ, რაც ამტკიცებს იმას, თუ რამდენად დიდი იყო მოთხოვნილება ასეთი ხასიათის შრომებისა. ეს წიგნი გადაითარგმნა უპირველესად ყოვლისა გერმანულ, შემდეგ კი სხვა ევროპიულ ენებზედ.

\*, სიტყვა წარმოთქმულია საქართველოს ფსიქოლოგთა საზოგადოებაში და ნეკროპათოლოგიის კონფერენციაზე.

მეორე გამოცემის წინასიტყვაობაში ბებტერევი სწერს: „ჩემი წიგნის—ტვინის გამტარებელი გზების პირველი გამოცემა ისე კარგად იყო მიღებული, როგორც საერთო მედიცინის, ისე საერთო ლიტერატურაშიაც, რომ მე ამას სრულებით არ მოველოდი. მე ამას არ ვაწერ წიგნის დადებით თვისებებს, არამედ საგნის ინტერესს, რომლითაც არა მარტო ისინია დაინტერესებული, ვისაც ნევროპათოლოგიის შესწავლა აინტერესებთ, არამედ ისინიც კი, ვისაც საზოგადოდ ნერვების სისტემის ფუნქციათა შესწავლა აქვს განზრახული. უდაჯოა, რომ ინტერესი გამტარებელი გზების შესწავლისადმი არამც თუ შესუსტდა, არამედ გაძლიერდა, რადგანაც ამ დარგის ძირითადი ცნობები საჭირო შეიქნა არამც თუ ავთომედიის საწოლთან, არამედ მათ მოქალაქეობრივი უფლება მოიპოვეს საზოგადო შინაარსის შრომებშიაც კი. ამაში მარწმუნებს მე, მრავალი წერილები, რომლებშიაც გამოხატულია სურვილი ჩემი წიგნის გადათარგმნისა სხვადასხვა ენებზედ და ისიც, რომ ამ დარგში შესრულებულ შრომათა რიცხვი ძლიერ გაიზარდა“.

ეს აიძულებს პროფ. ბებტერევეს შეავსოს თავის წიგნი ახალი ცნობებით, შეიტანოს მასში შედეგები მის ლაბორატორიაში გატარებულ შრომებისა.

მხოლოდ ათი წლის შემდეგ იწყება გამოცემა მეორე დიდი შრომისა, რომელიც უკვე ტვინის ფუნქციების შესწავლას შეეხება. ამ წიგნსაც, რომელიც 7 ტომს შეიცავს, დიდი მნიშვნელობა აქვს ყველასთვის, ვისაც კი ნერვების სისტემა აინტერესებს, იქნება ის მორფოლოგი, ფიზიოლოგი, თუ ფსიქოლოგი. ბებტერევეს შრომები გაფანტულია რუსულსა და უცხოელ ლიტერატურაში. არ მოიპოვება თითქმის არც ერთი ტომი უცხოელ ჟურნალისა, სადაც არ იყოს გამოქვეყნებული ბებტერევის ლაბორატორიის შრომები.

შევჩერდეთ რამოდენიმე საკითხზედ, რომელიც აინტერესებდა ბებტერევეს მისი მოღვაწეობის სხვადასხვა წლებში და იმ სამეცნიერო კვლევა-ძიების მეოთხედზედ, რომლითაც სარგებლობდა იგი.

რომ უფრო ადვილად წარმოვიდგინოთ ბებტერევის მუშაობის შედეგები ტვინის ანატომიის დარგში, სასარგებლოა გავიხსენოთ, როგორ გვესახება ტვინის ანატომია დღეს.

ტვინი წარმოადგენს ისეთ ორგანოს, რომელიც იმნაირად არის აშენებული, რომ მას საშუალება აქვს მიიღოს გარემოში აღმოცენებული გალიზიანება და მოძრაობით უპასუხოს, იქნება ეს მოძრაობა ადამიანის კიდურებისა თუ სასეკრეციო ორგანოებისა. იმ ელემენტებს, რომლებიც დანიშნული არიან გალიზიანების მიღებისა და მის პერიფერიაზედ გადაცემისათვის, ნეირონებს ვეძახით. ნეირონების ის ელემენტები, რომელთა საშუალებით გალიზიანება გარემოდან ნერვულ სისტემაში შემოდის და ორგანიზმის პერიფერიაზედ გადაეცემა, სამართლიანად „გამტარებელ გზებს“ უწოდებთ.

ტვინი, მაშასადამე, შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც **გამტარებელი გზების სისტემა**. ამიტომ არის, რომ ტვინის ანატომიას მიზნად აქვს სწორედ ამ გზების სვლის გამოკვლევა. ეს კვლევა სწარმოებს თავისებური მეთოდებით, რომელთა რიცხვი მრავალია.

გამტარებელ გზებში დღეს ვარჩევთ საპროექციო და საასოციაციო გზებს.



საპროექციო გზები ცენტროებში იწყება და პერიფერიისაკენ მიდის, სასა-  
ციაციო კი აერთებს სხვადასხვა ცენტროებს საერთო მუშაობისათვის. მაგრამ ჩვე-  
ნი წარმოდგენა ამ გზების შესახებ მკრთალი იყო მე-80 წლებამდე. არ არსებო-  
ბდა საერთო სქემა ამ გზების სვლისა. ის კი, რომელიც არსებობდა, არ ემყარე-  
ბოდა რიგიანად გატარებულ ანატომიურ გამოკვლევებზედ.

ამიტომ ბებტერევი მიზნად დაისახა, როგორც ცალკე გამტარებელი გზე-  
ბის გამოკვლევა, ისე გამტარებელი გზების საერთო სქემის შედგენა, ისეთი სქე-  
მის, რომელიც ლაბორატორული გამოკვლევის შედეგზედ ემყარებოდეს.

ბებტერევი სარგებლობს გამტარებელი გზების გამოკვლევის დროს მრავალი  
მეთოდით, რაც უპირატესობას აძლევს მის გამოკვლევებს სხვა ავტორების გამო-  
კვლევებით. მისთვის ცნობილია, როგორც შედარებითი ანატომიის, ისე ემბრიო-  
ლოგიური მეთოდი Flexig-ისა; როგორც ატროფიების მეთოდი Gudden-ისა, ისე  
თანდაყოლილი ანომალიების მეთოდი; როგორც პათოლოგო-ანატომიური მეთო-  
დი, ისე ფიზიოლოგიური მეთოდი ვივისექციის. გარდა ამ მეთოდებისა ბებ-  
ტერევი ხმარობს მეთოდს, რომლის შემოღებაც პირადად მას ეკუთვნის; ეს მე-  
თოდი წარმოადგენს ფიზიოლოგიური ვივისექციისა და ემბრიოლოგიური მეთო-  
დების შეერთებას: **ემბრიოლოგო-ფიზიოლოგიური მეთოდი.**

1884 წელს ბებტერევი გამოკვლევის საგნად უკანა სვეტების შემაღგენ-  
ლობას ხდის. ზურგის ტვინის უკანა სვეტები ცნობილია, როგორც ცენტროსაკენ  
მიმავალი გამტარებელი. აქ დიდი ხანია ცნობილი იყო ორი კონა, ერთი Burdach-  
ისა, მეორე—Goll-ისა. განსხვავება ამათ შორის მხოლოდ იმაში მდგომარეობს,  
რომ Goll-ის კონა ეკუთვნის ქვედა კიდურებს და Burdach-ისა კი—ზედა კი-  
დურებს. ბებტერევი განვითარების მეთოდის საშუალებით ყოფს Burdach-ის  
კონას ორ ნაწილად: 1—წინა გარეთა არე და 2—პერიფერიული, ანუ უკანა  
არე.

Golgi-ის მეთოდის საშუალებით იგი აღნიშნავს აქ ძაფებს, რომელთაც აქვთ  
დანიშნულება შეაერთონ ზურგის ტვინის სხვადასხვა სართულები ერთმანეთ-  
თან; უმთავრესი ნაწილი აღნიშნული ზონისა წარმოადგენს, ე. წ. ფესვების ძა-  
ფებს, რომლებიც დანიშნული არიან ფესვების და ზურგის ტვინის კავშირის და-  
სამყარებლად.

ბებტერევი აღნიშნავს, რომ ასეთი გაყოფა Burdach-ის სვეტისა მართლ-  
დება ანატომო-პათოლოგიური მეთოდებითაც.

Tabes dorsalis-ის დროს, მაგალითად, ზოგჯერ წინა გვერდითი, ზოგჯერ  
კი მხოლოდ უკანა არეა დაზიანებული.

1885 წელს შრომაში, „О соединениях верхних олив и об их вероятной  
физиологической роли“, აღნიშნავს ზედა ოლივის დამოკიდებულებას როგორც  
**სმენის ნერვთან**, აგრეთვე განმზიდველ ნერვთან Golgi—ს პრეპარატებზედ.

ამიტომ ბებტერევი ფიქრობს, რომ ამ ბირთვის მნიშვნელობა აქვს არა მარ-  
ტო, როგორც სმენის ცენტროს, არამედ იგი მონაწილეობას ღებულობს აგრეთვე  
მოძრაობაშიაც. ამასვე ამტკიცებს, მისი აზრით, ამ ბირთვის ნათხემთან დამო-  
კიდებულება. ამ ორგანოს დაზიანება იწვევს თვალების მოძრაობის მოშლას  
(ნისტაგმი). ამ დროისთვის ასე თუ ისე ცნობილი იყო ტვინის ღეროში მოთავ-

სებული ბირთვის ფუნქცია, მაგრამ სრულიად გაურკვეველი იყო ისეთი მცირე სიდიდის ბირთვების კავშირები და ფუნქცია, როგორც ზედა ოლივა არის.

ამიტომ ბებტერევის შრომის დასკვნას დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა, როგორც მორფოლოგიისა, ისე ფიზიოლოგიისათვის.

ამავე 1885 წელს აქვეყნებს შრომას: „Über die Schleifeschich beittötalen menschlichen Gehirn“.

მარყუჟის სახელით ჩვენ აღვნიშნავთ იმ ნაწილს გამტარებელი გზებისას, რომლებიც დანიშნულია ცენტროპეტალური გზების გატარებისათვის და რომელიც ჰყოფს ტვინის ღეროს ორ ნაწილად: basis და tegmentum.

ამ ანატომიურ ქმნილებაში ბებტერევი არჩევს სხვადასხვა ნაწილებს განვითარების მეთოდის საშუალებით.

ის ძაფები, რომლებიც Burdach-ის ბირთვიდან გამოდის, შეიძლება მიეღიწით უფრო ადრე, ვიდრე ის, რომელიც Goll-ის ბირთვიდან გამოდის. Burdach-ის ბირთვიდან გამოსული გზები მიელინინანია უკვე მაშინ, როდესაც ნაყოფი 30—35 cm. არის, Goll-ის კი მაშინ, როდესაც იგი 38 cm. აღწევს.

Burdach-ის ბირთვიდან გამოსული ძაფები შეადგენენ უკანა ანუ ზედა ჯვარედინს და მიეშურებიან ოლივათა შუა მდებარე შრესაკენ და ქვედა ცენტრალურ ბირთვისაკენ, გაივლიან ტრაპეციისმაგვარ სხეულების თავზედ და შეადგენენ მთავარი მარყუჟის გვერდითი ნაწილს; შემდეგ ეს ძაფები thalamus-ში შედიან.

მარყუჟი იყოფა: მთავარი მარყუჟი, გვერდითი ანუ ქვედა მარყუჟი და „გაფანტული ძაფები“, რომლებიც ტვინის ფეხში გადადის შიგნითა მარყუჟში, და რომელიც სხვებზედ უფრო მედიალურად არიან მოთავსებული. მარყუჟი წარმოადგენს ფრიალ მნიშვნელოვან ანატომიურ ქმნილებას. მისი დეტალური შესწავლა დიდ დამსახურებად უნდა ჩაითვალოს.

ბებტერევი არ კმაყოფილდება ამ ქმნილების განვითარების მეთოდით შესწავლით და მოჰყავს საკუთარი და სხვისი შემთხვევები პათოლოგო-ანატომიური გამოკვლევისა, რომლებიც ამტკიცებენ ხსენებული მეთოდით მიღებულ დასკვნებს ამ გზის სგლის შესახებ.

საზოგადოდ უნდა ითქვას, რომ ტვინის ღეროს შესწავლა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, რადგანაც აქ მცირე მოცულობის ადგილზედ მოთავსებულია მრავალი ანატომიური ორგანოები: თავის ტვინის ნერვების ბირთვები და მათი ფესვები, გზები, რომელთაც ცენტროპეტალური და ცენტროფუგალური მიმართულება აქვთ და თავის ტვინის ზურგის ტვინთან აერთებენ, გარდა ამისა აქვე არის მოთავსებული ნაცარა ნივთიერების მასები, რომელთა მნიშვნელობა გამორკვეული არ არის.

ბებტერევის დამსახურებას წარმოადგენს ტვინის ღეროს „ბადისებრი ფორმაციიდან“ განსაკუთრებული მნიშვნელობის ბირთვების და კონების გამოყოფა. მას ეკუთვნის აღწერა ე. წ. „სახურავის ცენტრალური კონისა“. ეს კონა ფრიალ განვითარებულია ტვინის ღეროს მთელ სიგრძეზედ.

ბებტერევის აღწერით იგი მოთავსებულია ტრაპეციისებრი სხეულის უკან ზედა ოლივების და მარყუჟების შუა. უფრო ზევით კი მას უჭირავს ცენ-

ტრალური ადგილი ტვინის ღეროს სახურავში. ოთხგორაკის ღონეზედ ეს კონა გადის წინა ფეხების ძაფების შუა და thalamus-ის არეში იკარგება.

წინა ოთხგორაკის არეში მოთავსებულია უკანა სიგრძის კონის გვერდით და მედიალურად, შემდეგ კი მიდის წითელი ბირთვის წინ. ეს კონა გადაგვარებას განიცდის ცენტრიფუგალური მიმართულებით, მის გაგრძელებას უნდა შეადგენდეს ქვედა ოლივეების გზები.

1881 წ. აქვეყნებს შრომას: „К вопросу о вторичных перерождениях мозговой ножки“.

ტვინის ფეხი წარმოადგენს ფრიად მნიშვნელოვან ანატომიურ ქმნილებას, მისი შემადგენლობის ცოდნა ერთხაირადაა საჭირო ანატომისა და კლინიციისათვის. აქ დაწყობილია ფრიად მნიშვნელოვანი კონები, რომელთა გამოყოფაში პროფ. ბეტერევსაც თავის წილი აქვს. არსებულ სქემების მიხედვით უნდა ვსთქვათ, რომ სქემა, რომელსაც ბეტერევი იძლევა, თავის დროსათვის საუკეთესო იყო. აქ ტვინის ფეხი სისწორით არის გაყოფილი ორ ნაწილად: სახურავი და ფუძე. უკანასკნელში მოთავსებულია 5 კონა: შუბლ-სახილო კონა, კონები მოტორულ ნერვებისათვის, პირამიდების გზა, კეფ-სახილო გზა და გაფანტული ძაფები მოტორული ნერვებისა. შესწავლა უწარმოებია, როგორც განვითარების, ისე სხვა მეთოდების საშუალებით.

ბეტერევემ აღწერა ნათხემის უკანა ფეხში განსაკუთრებული კონა და დაამტკიცა, რომ ამ ნაწილის ძაფები წარმოადგენენ სმენის ნერვის და ზედა ოლივეების გამტარებელ გზებს. მანვე აღნიშნა, რომ ვესტიბულარული ნაწილი სმენის ნერვისა უფრო ადრე ვითარდება, ვიდრე კოხლეარული. იგი აგზავნის თავის ძაფებს ბეტერევის ბირთვში და აქედან უკანა ფეხის საშუალებით პატარა ტვინში. პატარა ტვინში ეს ძაფები მიდის ბურთისებრი და სახურავის ბირთვებამდე და იმავე მხრის ქიამდე.

ბეტერევის მიერ არის აღწერილი აგრეთვე პირველად თვით უმთავრესი ბირთვი ვესტიბულარული ნერვისა. ამ ნერვს ორი ბირთვი აქვს, რომლებსაც ჰქვიათ სახელები: N. n. vestibularis Deitersi და N. n. vestibularis Bechterevi.

ნათხემის შუა ფეხის შესახებ ბეტერევის გამოკვლევები იძლევა ნაყოფიერ შედეგებს. იგი არჩევს შუა ფეხში ორ კონას, რომელთაც უწოდებს: 1) სპინალური ნაწილი შუა ფეხისა და 2) ცერებრალური ნაწილი.

შუა ფეხის სპინალური ნაწილი იწყება პატარა ტვინის ქერქში, მიდის ქვევით ხიდისაკენ და თავდება მის ბირთვებში. აქედან ადის ვერტიკალური კონა ბადისებრი ბირთვისაკენ და ამ უკანასკნელიდან ქვედა ოლივეებისაკენ. ეს გზა ნათხემ-ხიდს-ქვედა ოლივეები იქნება.

ცერებრალური ნაწილი კი ქერქ—სახილო გზებს წარმოადგენს. ეს გზა ბირთვებიდან იწყება ხიდში და N. dentatus-ში თავდება.

ნათხემის წინა ფეხში განვითარების მეთოდის საშუალებით ბეტერევი ოთხს სხვადასხვა კონას არჩევს: ერთს არ აქვს დამოკიდებულება ნათხემთან; მეორე იწყება სახურავის ბირთვიდან; მესამე—ბურთისებრი და საცობის მაგვარ ბირთვებისაგან; მეოთხე—პირდაპირ ქერქიდან.



უკვე ზემოაღნიშნულიდან სჩანს, რომ ბენტერევის არ დაუტოვებია თითქმის არც ერთი ნაწილი ნერვული სისტემისა, რომ არ შეესწავლა სხვადასხვა მეტოოდების საშუალებით. ზურგის ტვინის გზები, მარყუში, ქვედა და ზედა ოლივები, ნათხემის გზები, ტვინის ფეხი და სხვა ქმნილებანი მისი ყურადღების საგანი ყოფილა.

რათა ბენტერევის მიერ გამოქვეყნებულ ზოგიერთ შრომის მოკლე შინაარსზედ შევჩერდი მხოლოდ იმიტომ, მეჩვენებინა თქვენთვის, რომ მას ეკუთვნის არა მარტო გაშუქება მრავალი ძნელი საკითხებისა, არამედ მანამდე უცნობი ანატომიური ორგანოების აღწერა, როგორც არიან, მაგალითად, *N. n. ves-tibularis Bechterewi* და სახურავის ცენტრალური გზა.

მეორე და არა ნაკლებ მნიშვნელოვანი მოღვაწეობა ბენტერევისა არის შეგროვება მრავალ გამოცემაში გაფანტულ გამოკვლევათა, მათი შეჯგუფება, კრიტიკული განხილვა, ექსპერიმენტალური გადასინჯვა და გამოქვეყნება მონოგრაფიის სახით.

როგორც უკვე ნათქვამი იყო, ბენტერევის წიგნმა ფრიალ დიდი ინტერესი გამოიწვია. ამ წიგნში ავტორმა შეაგროვა მთელი მასალა, რომელიც მის დროში ცნობილი იყო. მისი წიგნის ბიბლიოგრაფია შეიცავს 800-მდე ორიგინალურ შრომას სხვადასხვა ევროპიულ ენებზედ.

ფრიალ დეტალური შესწავლა სხვა ავტორების მოცემულთა, მათი სამართლიანი კრიტიკა შეადგენს მისი წიგნის ძირითად თვისებას. მკითხველს რჩება სათანადოდ ჩამოყალიბებული წარმოდგენა ყველა იმ საკითხების შესახებ.

თავის წიგნის ბოლოში ბენტერევი იძლევა ტვინის გამტარებელ გზების სინტეტიურ აღწერას. ეს აღწერა დღემდეც კლასიკურად ითვლება.

ბენტერევამდე გამოცემული მონოგრაფიები განიხილავდნენ გამტარებელ გზების ანატომიას უფრო სქემატიურად.

Meynert-ის და Flexig-ის შრომები ემყარებოდნენ ცალმხრივ შესწავლილ მასალაზედ და იძლეოდნენ ფრიალ ბუნდოვან წარმოდგენას ტვინის გამტარებელ გზებზედ. გარდა ამისა ამ ავტორების დასკვნები ნახევრად ჰიპოთეტიური იყო. ბენტერევი კი მუშაობდა რა Meynert-ის და Flexig-ის ლაბორატორიებში, ბრუნდება რუსეთში და მათი მეთოდებით შეიარაღებული იწყებს მუშაობას, აგრეთვე თავისი საკუთარი მეთოდებითაც.

მისი მუშაობის ნაყოფიერება შედეგია მისი ვებერთელა ერუდიციისა და მისი ენციკლოპედიური განვითარებისა.

ტვინის ფიზიოლოგიის ცოდნა მას ხელს უწყობს ამ ორგანოს მორფოლოგიის შესწავლის დროს. ბენტერევი ითვლებოდა საუკეთესო მკოდნეთ ტვინის გამტარებელი გზებისა. მისი წიგნი დღესაც მაგიდაზედ აქვს ყველა სპეციალისტ მკვლევარს.

როდესაც გერმანიაში დასჭირდათ ცენტრალური ნერვული სისტემის ანატომიისათვის „გამტარებელი გზების“ ანატომიის სქემები და სათანადო მათი მოკლე აღწერა Rauber-მა და Korsch-მა ამისათვის ბენტერევის მიმართეს. ამათ წიგნში მოთავსებულია ბენტერევის მიერ შემუშავებული სქემატიური სურათები ტვინის გამტარებელი გზებისა.

პროფ. ბებტერევი აგრეთვე ფართოდ აწარმოებდა გამოკვლევებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემის ფიზიოლოგიიდან. მის ლაბორატორიაში გატარებული მრავალი გამოკვლევები ტვინის სხვადასხვა ნაწილების ფუნქციის შესახებ. მინდა შევაჩერო თქვენი ყურადღება მხოლოდ სამ საკითხზე:

- 1) მხედველობის ბორცვის მნიშვნელობა;
- 2) პირამიდების ფუნქცია;
- 3) ნათხემის მნიშვნელობა ცხოვრებისათვის.

ტვინის ქერქიდან იწყება გამტარებელი გზები, რომლების მოტორული ფუნქცია ცნობილი იყო. მათი დაზიანება იძლევა დამბლას, მათი გაღიზიანება ელექტრული ნაკადით—მოძრაობას. ტვინის ქერქში მოძრაობათა ლოკალიზაცია არსებობს.

ყოველივე მოძრაობა ხორციელდება ტვინის განსაკუთრებული ნაწილისგან; ამ მოძრაობათა შესრულებას პირამიდების გზებს აწერენ.

პირამიდების ჩერხემლოვან ცხოველებს გზა აქვთ, მაგრამ მისი განვითარება მით უფრო მეტია, რამდენადაც ცხოველი უფრო მალა სდგას. უწინ ეს გზა ერთადერთი გზა იყო, რომელსაც მოძრაობის ფუნქციას აწერდნენ. შემდეგ კი გამოიკვია, რომ პირამიდების დაზიანება ცხოველებზედ დამბლას მხოლოდ მცირე ხანს იწვევს. რამოდენიმე დღის შემდეგ ძალი, მაგალითად, იწყებს სიარულს, დარბის, დაბრკოლებას შემოუვლის. ძლიერ დიდი დაკვირვებაა საჭირო, რომ პირამიდებით გამოწვეული მოშლილობა აღმოაჩინო.

დასკვნა პირამიდების გარეშე არსებული მოტორული გზების არსებობის შესახებ თავისთავად იგულისხმება.

ამიტომ საკითხი იბადება: რას აკეთებს პირამიდები, თუ მოძრაობას სხვა გზებიც განაგებს? ბებტერევი თავის გამოკვლევებისათვის აკეთებს ცდებს ცხოველებზედ და ააშკარავებს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ცხოველი დადის, მას მაინც მოძრაობის მოშლა აქვს. აღმოჩნდა, რომ ძალს ავიწყდება დასწავლილი მოძრაობანი. ძალი, რომელიც იმდენად გაწრთვნილი იყო, რომ თათის მიცემა იცოდა, პირამიდების დაზიანების შემდეგ ამ მოქმედებას ვეღარ აკეთებს ცხოველი, რომელიც ჩვეული იყო თავის განავალის დამარხვას, მაზედ ვეღარ ზრუნავს, მიუხედავად იმისა, რომ თათის მოძრაობა სიარულის დროს კარგად სწარმოებს.

ამ მოძრაობათა დავიწყებას ალბად კავშირი უნდა ჰქონდეს პირამიდების დაზიანებასთან. კანონიერი იქნება დასკვნა, რომ პირამიდები ინდივიდუალურ დასწავლილ მოძრაობას აწარმოებენ და ადვილად გასაგები იქნება, რომ მათი დაზიანება უფრო მალა განვითარების ცხოველებზედ და ადამიანზედ მოგვცემს შედეგს, რადგანაც სწორედ დიდი ნაწილი ამ ცხოველების მოძრაობათა სწორედ ინდივიდუალურ და შესწავლილ მოძრაობას წარმოადგენს. ამით აიხსნება ისიც, რომ ადამიანს ყოველთვის უფრო დაზიანებული აქვს კიდურების პერიფერია და კიდურების შორის კი ზედა კიდურის მტენის და თითების მოძრაობა.

Thalamus-ის ფუნქციების გამოკვლევაში ბებტერევის დიდი დამსახურება აქვს.

ის შრომებამდე ამ ქმნილებას მხოლოდ მგრძნობელობის გზების ერთ-ერთ სადგურად სთვლიდნ და მხედველობის ცენტრსაც მასში ათავსებდნ, სპეციალურმა გამოკვლევამ დაარწმუნა ბექტერევი, რომ მხედველობის ბორცვის ერთ ნაწილს აქვს მნიშვნელობა მგრძნობელობისათვის, სახელდობრ ამ ბირთვის უკანა ნაწილს-pulvinar thalami.

ამ დასკვნას მკვლევარი დაადგა არა მარტო ანატომიური გამოკვლევის მიხედვით, არამედ ფიზიოლოგიური ცდების შემდეგ. მხედველობის ბორცვის უკანა ნაწილის გაღიზიანება იწვევს ცხოველის მოუსვენრობას და ხშირად ტკივილის რეაქციას, მაშინ როდესაც ბორცვის სხვა ადგილების გაღიზიანებას ასეთი რეაქცია არასოდეს არ ახლავს.

მხედველობის ბორცვის გაღიზიანება შიგნითა ზედაპირიდან წონასწორობის მოშლას იწვევს, მისი დარღვევა ამავე შედეგს იძლევა. მოშლილობა, რომელიც ამ დარღვევას მოჰყვება, სრულიად წააგავს იმას, რომელიც ან ნათხემის ერთი მხარეს, ან ლაბირინტების ცალ მხარეზედ დაზიანებას მოჰყვება ხოლმე.

მესამე ფუნქცია, რომელსაც ბექტერევი მხედველობის ბორცვს აკუთვნებს, დამყარებულია კლინიკურ დაკვირვებაზედ და შემდეგ მხოლოდ ექსპერიმენტის საშუალებით არის დადასტურებული.

ადამიანს, რომელსაც ცალ მხარეზედ აქვს ეს ბირთვი დაზიანებული, ეკარგება უნარი ამ მხარეზედ ე. წ. გამომსახველ მოძრაობათა წარმოებისა. თუ ადამიანი იცინის, მოძრაობს მხოლოდ ცალი მხარე პირისახისა. თუ იგი სტირის, მხოლოდ ნახევარი სახით სტირის. ცხოველებსაც ეკარგებათ უნარი იმ პრიმიტიული ემოციური მოძრაობისა, რომელსაც ისინი ჩვეულებრივად აწარმოებენ.

რაც შეეხება, ნათხემის ფუნქციების გამოკვლევას აქ ბექტერევის საპატიო როლი ეკუთვნის. მისი შრომა ნათხემის შესახებ სამაგალითო ნაწარმოებს წარმოადგენს. თუ ბექტერევამდე ნათხემის როლი კოორდინაციისა და წონასწორობის ფუნქციების განხორციელებაში საკამათო იყო, ამ მკვლევარის გამოკვლევებმა თითქმის ამოსწორეს საკითხი ნათხემის წონასწორობის ფუნქციისათვის მნიშვნელობისა.

ბექტერევმა დაამტკიცა, რომ წონასწორობის შენახვისათვის ცხოველს აქვს პერიფერიული და ცენტრალური ორგანოები; სპეციალური ცდებით მან დაამტკიცა, რომ არსებობს სრული ანალოგია ლაბირინტებისა და მხედველობის ბორცვის შიგნითა კედლის დარღვევის შორის ერთის მხრივ და ნათხემის დარღვევის შორის მეორეს მხრივ: ცალი ლაბირინტის დარღვევა იმავე შედეგს იწვევს, რომელსაც იწვევს ამავე მხარეზედ ნათხემის დარღვევა. ორივე ლაბირინტების დარღვევას იგივე შედეგები მოჰყვება, როგორც მთელი ნათხემის დარღვევას მოსდევს ხოლმე.

მიუხედავად იმისა, რომ ნათხემის როლი წონასწორობის ფუნქციებით არ ამოიწურება, ბექტერევის დასკვნებს მაინც დიდი მნიშვნელობა აქვთ.

თავის გამოკვლევანი ცენტრალურ ნერვულ სისტემის ფუნქციათა შესახებ ბექტერევმა შეაგროვა დიდ შრომაში, რომელიც შვიდ ტომათ არის დაყოფილი. იგი შეიცავს 2000-მდე ლიტერატურულ წყაროთა სიას.



ამ სახით იგი აუცილებელ საჭირო წიგნს წარმოადგენს ყველასათვის, საც ნერვების სისტემის ფუნქციების შესწავლა აინტერესებს, იქნება იგი ფიზიოლოგი, თუ კლინიკისტი.

ბენტერევის შრომის მნიშვნელობა არა მარტო მათი ავტორის ავტორიტეტზეა დამოკიდებული, არამედ მის კვლევა-ძიების თავისებურებაზედ ემყარება. ეს მკვლევარი საკითხის გამოკვლევას მისი მორფოლოგიური საფუძველის შესწავლიდან იწყებს. მხოლოდ შემდეგ გადადის იგი ფიზიოლოგიურ და კლინიკურ დასაბუთებაზედ, და თუ კლინიკიდან, ან ფიზიოლოგიიდან დაიწყო, საკითხს მორფოლოგიით დაასაბუთებს.

მისი კვლევის სისტემა იმ რჩევის განხორციელებას წარმოადგენს, რომელსაც Gudden-ი იძლეოდა:

„Zuerst also Anatomie und dann Physiologie, wenn aber erst Physiologie, dann nicht ohne Anatomie“.

მე. ვლ. გერსაგია.

## განავალში პარაზიტების კვერცხების აღმოსაჩენი მეთოდების შედარება\*).

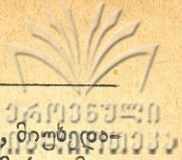
ამ რამოდენიმე წლის წინად, ფაკულტეტის თერაპიულ კლინიკაში ორდინატორობის დროს, მოცემული მქონდა წინადადება, შემედარებინა ერთმანეთს შორის ის მეთოდები, რომელიც იყო შემოღებული ჩვენს კლინიკაში განავალში პარაზიტების კვერცხების აღმოსაჩენად. აი დღეს, თუმცა ცოტა მოგვიანებით, მინდა გაგაცნოთ იმ შედეგს, რომელიც მე მივიღე.

თავდაპირველად მე ვადარებდი ერთმანეთს ძხოლოდ ორ მეთოდს Martinet-ის და Telemann-ის და მხოლოდ შემდეგ, როდესაც მქონდა გაკეთებული 70 დაკვირვება, კიდევ მიუმატე ორი სხვა—Füllenborn-ის და უბრალო. უნდა მოგახსენოთ, რომ ყველა ეს მეთოდები არის აღწერილი სათანადო სახელმძღვანელოებში, სადაც ყველას შესახებ არსებობს გარკვეული შეხედულება და ცალ-ცალკე ძლიერ აქებენ; ჩვენთვის კი საინტერესო იყო გამოგვეკვლია, რომელია უკეთესი ამ კარგ მეთოდებს შორის. გვგონია, რომ ასეთი დაკვირვება არ არის ზედმეტი და არც ამისთვის დახარჯული დრო არის უქმად დაკარგული, რადგან ყველასათვის, ვინც მუშაობს კლინიკაში და საზოგადოდ ლაბორატორულ მუშაობას ეწევა, მისთვის ცხადია, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს, როდესაც მას აქვს რომელიმე საკითხის გასაცნობად უტყუარი და სრულიად საიმედო საშუალება, რომელიც იმავე დროს მოითხოვს, რაც შეიძლება ნაკლებ დროს დახარჯვას და მართი და იაფფასიანი რეაქტივებს; განსაკუთრებით ეს შეეხება ისეთ ხშირ და ჩვენში დიდმნიშვნელოვან გამოკვლევას, როგორც არის განავლისა პარაზიტების კვერცხებზე.

სანამ მე მოგახსენებდეთ შედეგებზე, მინდა, ორიოდე სიტყვით მაინც, გაგაცნოთ, თქვენთვის უკვე კარგად ცნობილს, ამ მეთოდებს იმ სახით, როგორც ეს აქვთ აღწერილი ავტორებს და შემდეგ იმ ვარაიაციებს, რომელიც იყო ნებისით თუ უნებლიეთ ჩემს მიერ შეტანილი.

უბრალო მეთოდი, როგორც სახელი გვიჩვენებს, მართლაც უბრალოა და მარტივი თავის მომზადებაში. ერთ წვეთს განავლისა, თუ ის თხელია, ჩვენ ვიღებთ საგნის შუშაზე, ვაფარებთ მასზე საფარ შუშას და ვსინჯავთ ჯერ მცირე და შემდეგ ძლიერი გადიდებით: თუ განავალი მაგარი კონსისტენციისაა, ვათხელებთ უბრალო წყლის მიმატებით.

\*) მოხსენება გაკეთებულია ქალ. პირველ კლინ. ინსტ. ექიმთა კონფერენციაზე. 10/XII—1926.



Telemann-ის მეთოდით გასინჯვის დროს ჩვენ ვხსნით განავალს, ელუბნისა და ვად იმისა მაგარი კონსისტენციისა ის, თუ თხელი, ეთერი და მაგარი მარილმე-  
ვას თანაბარ რაოდენობაში. ასეთ ხსნარში განავალი იშლება გაზის გამოყოფით  
ეთერში იხსნება თავისუფალი ცხიმოვანი სიმჟავეები და საშუალო ცხიმები, მა-  
რილმევაში კი ზოგიერთი ცილოვანი ნივთიერებები, საპნები, ლორწო, ფოსფა-  
ტები და სხვა კირის მარილები. შემდეგ ამისა განავალს ვატარებთ საწურში და  
ნაწურს ცენტროფუგის საშუალებით ვლექავთ ერთი წამის განმავლობაში; ცენ-  
ტროფუგის შემდეგ პრობირკაში ჩვენ ვიღებთ სამ შრეს: ზემო შრე შეიცავს  
ეთერს და მაში გახსნილ ცხიმს, შუაზე—წყალს, მარილმევას და მასში გახსნილ  
ლორწოს, ქვედა—პარაზიტების კვერცხებს და საქმლის მოუნელებელ ნაწილს. გა-  
სასინჯად ჩვენ ვიღებთ ქვედა შრიდან ნაწილს პიპეტკით.

Martinet-ს მეთოდი უფრო მარტივია: კონუსისებრივ ჭიქაში ვიღებთ 10-20  
სხვადასხვა ადგილიდან განავალს და ვხსნით ფორმალინის 2% ხსნარში და ვტო-  
ვებთ 2—3 საათს. შემდეგ ვიღებთ პიპეტკით ნალექის ერთ წვეთს ჭიქის ქვემო  
ნაწილიდან, გადავვაქვს საგნის შუშაზე და უმატებთ ერთ წვეთს Martinet-ს რე-  
აქტივისა, რომელიც შესდგება:

Sol. Kalii caustici 1%—50,0.

Ac. acet. gacial. 10,0 და ვსინჯავთ ჩვეულებრივი წესით. 2% ხსნარს ფორ-  
მალინისა აქვს დეზოდორიული და ნაწილობრივ დეზინფექციური მნიშვნელობა.  
Martinet-ს რეაქტივი კი უფრო კარგად, მკაფიოდ და ნათლად გამოაჩენს პარაზი-  
ტების კვერცხებს.

სულ სხვა პრინციპზეა დამყარებული მე-4-მეთოდი, რომელიც შემოღებუ-  
ლია Kofrod და Barber-ის მიერ 1918 წ. მხოლოდ Füllenborn-ის მიერ არის შე-  
ცვლილი, რის გამოც მიიღო ამ უკანასკნელი მეთოდის სახელწოდება. 10,0 გა-  
ნავლისა ვხსნით 200,0 მარილის მძლარ ხსნარში (35,0 საქმლის მარილისა 100,0  
გამოხდილ წყალში) და ვსტოვებთ ჭიქაში 30-45 წამის განმავლობაში. შემდეგ  
პლატინის რგოლით (1 cm.) ვიღებთ ზემო ნაწილს და ვსინჯავთ. შეიძლება სა-  
ფარი შუშა არ ვიხმაროთ. პრინციპი მეთოდისა: კონცენტრიული მარილის ხსნარ-  
ში პარაზიტების კვერცხები, როგორც ნაკლები ხვედრითი წონის მქონე, ამოტივ  
ტივდება ხოლმე ხსნარის ზედაპირზე, რომელსაც ჩვენ ვსინჯავთ.

ჩვენ შეძლებისდაგვარად ვაწარმოებდით განავლის გასინჯვას ამ მეთოდებით  
ისე, როგორც ზემოდ აღვწერეთ, მხოლოდ ზოგიერთ ადგილას ტენნიკურ მიზეზე-  
ბის გამო ჩვენ შევიტანეთ ძალაუნებურად უმნიშვნელო, ჩვენის აზრით, ცვლილება.

Telemann-ის მეთოდით დამუშავების დროს განავალს ვწურავდით არა ლი-  
თონის საწურში, არამედ სუფთა ბანდში. ამას აქვს თავისი დადებითი და უარ-  
ყოფითი მხარე. დადებითი ის, რომ ყოველთვის ჩვენ ვიღებდით ახალ ბანდს  
და მაშასადამე სუფთას. ლითონის საწურის, ანდა ძუასაგან გაკეთებულის ხმარე-  
ბის დროს ძნელია გარეცხა ისე, რომ პარაზიტების კვერცხები არ  
დარჩეს. უარყოფითი მხარე ის გახლავთ, რომ შესაძლებელია, თუმცა დარწმუ-  
ნებული არა ვართ, ბანდის ძაფებში ჩერდებოდეს პარაზიტების კვერცხები და  
ნაწურში გადადიოდეს ნაკლები რაოდენობით და კიდევ ის, რომ ეს არის გადა-  
ხვევა გაკეთებაში იმ მეთოდისა; რომელსაც ჩვენ ვცდით.

Marfinet-ს მეთოდით faeces-ის გასინჯვის დროს ჩვენ ვხმარობდით არა კონუსისებრივ ჭიქას, არამედ პრობირკას.

Füllennboren-ის მეთოდში—პლატინის რგოლის მაგივრად ვსარგებლობდით პრობირკის პირით, რომლითაც ვეხებოდით ხსნარის ზედაპირს და ამნაირად ვიღებდით ბრტყელ აპკს გასასინჯად.

თვით კვერცხების დათვლას ვაწარმოებდით შემდეგი წესით: ვაკეთებდით სათანადოდ მომზადებულ განავლიდან რამოდენიმე პრეპარატს (2-3ს) და მათ შორის უფრო დამახასიათებელ პრეპარატში ვსთვლიდით 10 მხედველობითი არეში კვერცხებს; მხოლოდ თუ 10 მხედველობითი არეში კვერცხებს ვერ ვპოულობდით—ვეძებდით მთელს პრეპარატში, სანამ არა ვნახავდით და ასეთ შემთხვევას ცალკე ავღნიშნავდით. კვერცხებს ვეძებდით მხოლოდ სამ პრეპარატში, იშვიათად 4 და 5-ში. პრეპარატების გასინჯვას ვაწარმოებდით სულ ერთდღიამე ხელსაწყოებით: მიკროსკოპი Zeits-ისა, ობიექტივი № 3, ოკულიარი № 3.

ამრიგად Martinet და Telemann-ის მეთოდების შესადარებლად ვაკეთებულ იყო სულ 70 ანალიზი.

Martinet, Telemann, Füllennborn და უბრალოს-კი 244—სულ 310 ანალიზი რომელზედაც ჩვენ ვამყარებთ ჩვენი გამოკვლევის შედეგს.

ცხრილი 1.

ცხრილი 2.

	უბრალო მეთ.	Telemann-მეთ.	Martinet-მეთ.	Füllenn-მეთ.		Ascaris lumbr.	Trichoc. disp.	Anchylost. duod.	Taenia s. s.
Ascar. lumbr. . . . .	1	16,	0,8	1,01	უბრალო მეთ. . .	469	70	87	168
Trichoceph. dis. . . . .	1	17,2	2,5	7,6	Telemann-ის „ . .	767	1210	963	1466
Anchylost. duod. . . . .	1	11,01	2,6	26,6	Martinet-ის „ . .	369	177	229	197
Taenia S. S. . . . .	1	8,8	1,2	0,5	Füllennborn-ის „ . .	530	535	2315	94

ამ ცხრილებიდან ცხადად ჩანს, თუ როგორ ცვალებადობს ამა თუ იმ მეთოდის შედეგი სხვადასხვა პარაზიტების კვერცხების დროს. ასეც უნდა ყოფილიყო, რადგან განიზრევიან ერთი მეორისაგან, როგორც პრინციპი მეთოდებისა, ისე პარაზიტების კვერცხების ფიზიკური თვისებაც. როგორც იყო ნათქვამი Telemann-ის და Martinet-ს მეთოდით განავლის მომზადების დროს პარაზიტების კვერცხები ილექება ჭურჭლის ფსკერზე, მაშასადამე დაილექება უფრო ადრე და სავსებით ის კვერცხები, რომელსაც მეტი ხვედრითი წონა აქვს. Füllennborn-ის მეთოდი დამყარებულია კვერცხების ატივტივებაზე—რასაკვირველია, უფრო სავსებით და მეტი რაოდენობით ამოტივტივდება ნაკლები ხვედრითი წონის კვერცხები. რადგან პარაზიტების კვერცხები განიზრევიან ერთიმეორისაგან ხვედრითი წონით (პავლოვსკი), აქედან ცხადია ასეთი შედეგიც:

1. Ascariidosis-ის შემთხვევაში ყველაზე მეტი კვერცხები მივიღეთ Telemann-ის მეთოდით. შეფარდება უბრალო, Telemann-ის, Martinet-ის და Füllennborn-ისა ასეთია 1 : 1,6 : 0,8 : 1,1.



2. Trichocephalosis-ის — ისევ Telemann-ის მეთოდით შეფარდება 1:17, 2:2, 5:7, 6, როგორც ეტყობა ხვედრითი წონა Trichocephalus-ის კვერცხებისა მეტია აგრეთვე Ascar. lumbricoidis.

3. Anchylostomiasis-ის—Füllenborn-ის მეთოდით გაცილებით უკეთესი შედეგი მივიღეთ.

შეფარდება: 1:11, 1:2, 6:26, 6 ცხადია Anchylostom. კვერცხები ყველა პარაზიტების კვერცხებზე ნაკლები ხვედრითი წონის მქონეა.

4. Taenia-ს შემთხვევაში ისევ Telemann-ის მეთოდით. შეფარდება:

1:8, 8; 1, 2:0, 5.

გარდა ამისა ცოცხალი — მოძრავი პარაზიტები, როგორც არის Trichomonas-ები, Lamblia intestinalis-ები, ამიობები და სხვა იყო აღმოჩენილი მხოლოდ უბრალო მეთოდის საშუალებით. სხვა მეთოდებით ისინი იხოცებოდნენ, იცვლიდნენ ფორმას და მათი აღმოჩენა ძნელი და შეუძლებელიც ხდებოდა. იყო შემთხვევა (7<sup>0</sup>/<sub>10</sub>), როდესაც პარაზიტების კვერცხები არ იყო აღმოჩენილი უბრალო მეთოდით სამ პრეპარატში და მხოლოდ მე-4 და 5-ში; 1—შემთხვევა, როდესაც მე-5 პრეპარატშიც არ აღმოჩნდა მიუხედავად ხანგრძლივი გულმოდგინეთ გასინჯვისა, მიუხედავად იმისა, რომ Telemann-ის მეთოდით მე-2 პრეპარატი იყო აღმოჩენილი.

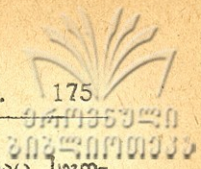
ასეთ გამოკვლევების მიხედვით ჩვენი აზრი გამოკდილ მეთოდების შესახებ გახლავთ შემდეგი:

1. კარგია უბრალო მეთოდი, იგი არის მარტივი და უბრალო, არ მოითხოვს რეაქტივებს, არა ხოცავს ცოცხალ არსებებს განავალში და მით საშუალებას გვაძლევს მათი ადვილი ამოცნობისა, მხოლოდ თუ პარაზიტების კვერცხები ნაკლებია განავალში, შეიძლება ადვილად ვერ აღმოვაჩინოთ, რადგან საჭიროა რამოდენიმე პრეპარატების გულმოდგინეთ გადასინჯვა, რაც მოითხოვს დიდ დროს.

2. Telemann-ის მეთოდი იძლევა ყველაზე უფრო სწორი შედეგს. მიუხედავად იმისა, რომ მასალის დამუშავებას სჭირდება სხვადასხვა რეაქტივები და ცენტროფუგით დალექვა, იგი მაინც ძლიერ სწრაფად შეიძლება გაკეთებული იქნეს. ჩვენ გვჭირდება სულ 3 წამი. რადგან იგი ახდენს კვერცხების კონცენტრაციას, მათი მოსანახავად არ გვჭირდება დიდი ხანი. ჩვენ შეგვიძლია სულ 5 წამის განმავლობაში მივიღოთ ისეთივე შედეგი, რაც უბრალო მეთოდით შეიძლება 1/2 საათის განმავლობაშიაც გაგვიჭირდეს. თუ რეაქტივების და ცენტროფუგის აუცილებლობა ამ მეთოდის დიდი ნაკლად არ ჩაითვლება, ჩვენ სხვა ნაკლს ამ მეთოდში არა ვხედავთ. მართალია, იშვიათ შემთხვევაში ცენტროფუგაციის დროს, პარაზიტების კვერცხებთან ერთად ილექება აგრეთვე საჭმლის მოუხელებელი ნაწილებიც.

3. არა უშავს რა Martinet-ის მეთოდსაც თავისთავად, მასალა დამუშავებულია ფორმალინით, დეზოდორირულია და ნაწილობრივ დეზინფექციაც გაკეთებული, მაგრამ მას მაინც და მაინც დიდი კონცენტრაციის უნარი არა აქვს და ამიტომ უბრალო მეთოდის და მით უმეტეს Telemann-ის მეთოდის წინაშე





არავითარი უპირატესობა არა აქვს. პირიქით უბრალო მეთოდი კიდევაც სჯობია, რადგან ცოცხალი არსებანი არ იხოცებიან მომზადების დროს.

4. Füllenborn-ის მეთოდი მშვენიერ შედეგს იძლევა *Anchylostoma duodenalis*-ის კვერცხების ძებნაში. იგი, როგორც აღვნიშნეთ, 26-ჯერ ახდენს კონცენტრაციას ამ პარაზიტების კვერცხებისა; მეთოდი მარტივია, რეაქტივი უბრალო—საქმლის მარილის კონცენტრირული ხსნარი; გამოსადევია ანკილოსტომი-აზის მასიურ გამოკვლევებისათვის; შეიძლება საფარი შუშა არ ვიხმაროთ, რაც დიდი მნიშვნელოვანია ეხლანდელ პირობებში, როდესაც ეს მასალა საკმარისად ძნელი საშოვარია და ძვირი; რადგან სასინჯი მასალა სავსებით სუფთაა, შეიძლება სქელი შრე იქნეს გასინჯული, ამით კვერცხების მეტი კონცენტრაცია ხვდება და აღმოჩენაც ადვილია. უმნიშვნელო ნაკლი ამ მეთოდისა, რომელიც ჩვენ აღვნიშნეთ, შემდეგში მდგომარეობს: როდესაც ჩვენ გადაგვაქვს მომზადებული მასალა საგნის შუშაზე გასასინჯად, თუ საკმარისად სწრაფად არ გავსინჯეთ, წყლის აორთქლების გამო, ჩნდება მარილის კრისტალები, რის გამოც კვერცხები მახინჯდება და გასინჯვა ძნელი ხდება. ეს ნაკლი მართლაც უმნიშვნელოა, რადგან ყოველთვის შეიძლება საგნის შუშაზე ახალი წვეთის გადატანა. მეორე ნაკლი: ზოგჯერ განავალში არის მსუბუქი ნაწილები, რომელიც კვერცხებთან ერთად ამოტივტივდება ხოლმე და გვიშლის ხელს.

ზემოდ აღნიშნული ცხადათ ხდის, რომ კლინიკაში განავალი აუცილებლად უნდა ისინჯებოდეს უბრალო მეთოდით და მხოლოდ უარყოფითი შემთხვევა დამტკიცებული უნდა იყოს Telemann-ის მეთოდით. როდესაც ეჭვი გვაქვს *Anchylostoma duodenalis* კვერცხების შესახებ უკეთესია ვიხმაროთ Füllenborn-ის წესი. ჩემის აზრით ეს მეთოდი უნდა იქნეს ფართოდ შემოღებული ჰელმინთოლოგიურ ექსპედიციებში, განსაკუთრებით, ანხილოსტომი-აზის დროს.

P. S. შეიძლება მისაყვედუროთ, რომ არ მაქვს მოყვანილი ლიტერატურული ცნობები ამ მეთოდების შესახებ. უნდა მოგახსენოთ, რომ ასეთ მუშაობას მე ვერსად ვერ შევხდი, მხოლოდ პავლოვსკის აქვს გაკვრით ნათქვამი, რომ Füllenborn-ის მეთოდი კარგი შედეგებს იძლევა *Anchylostoma duodenalis*-ის, Necator, Strongil., *Oxyuris vermicularis*-ის შემთხვევებში და Telemann-ის მეთოდს აქვს უნარი 10-ჯერ კონცენტრაციისა.

### ლიტერატურა.

1. Martinet. Diagnostic clinique.
2. Павловский. Паразитология человека.
3. Brount. Паразитология.
4. Bard. Précis des examens de laboratoire employés en clinique.
5. მიქელაძე და მახვილაძე. კლინიკური ანალიზები.
6. Füllenborn. Archiv für Schiff und Tropen Hygiene.
7. Витенберг. Журн. Профилактическая медицина 1925. № 6.

მე. 8. პიროვნობი.

## კონსტიტუციის მნიშვნელობა ფილტვის ქრონიკული ტუბერკულოზის დროს.

(აბასთუმნის მე-5 სანატორიუმიდან).

ტუბერკულოზის შესწავლის დროს დიდ ყურადღებას აქცევდნენ და ახლაც აქცევენ კონსტიტუციის საკითხს.

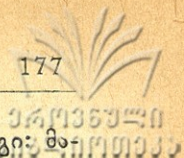
მიუხედავად ამისა დღემდე არ არსებობს ისეთი განმარტება კონსტიტუციის მცნებისა, რომელიც ყველას მიერ იყოს მიღებული.

თითქმის ყველა ავტორს შეაქვს ამ მცნებაში თავისი შინაარსი. ამიტომ არსებობს სხვადასხვა კონსტიტუციონალური კლასიფიკაცია აგებული სხვადასხვაგვარ პრინციპებზე. მაგ., სხეულის გარეგნული აგებულობის პრინციპზე (Sigaud, Kretschmer), შინაგანი აგებულობის პრინციპზე (Beneke, Viola), გაცვლა-გამოცვლის პროცესების პრინციპზე (Кабанов), შინაგანი სეკრეციის პრინციპზე (I. Bauer, Белов, Штернберг), ვეგეტატიური ნერვული სისტემის პრინციპზე (Eppinger, Hess, Tandler), ტემპერამენტის პრინციპზე (ძველი დაყოფა ადამიანის ტემპერამენტის მიხედვით) და ჰსიხიკის პრინციპზე (Кольцов).

გამოკვლევის ტენიკის სიმარტივის გამო უფრო მეტად გავრცელებულია კლინიკაში კლასიფიკაცია საფრანგეთის ავტორებისა (Sigaud, Chaillou, Mc. Auliffe), რომელნიც გარეგნული მორფოლოგიური Habitus-ის მიხედვით ყოფენ ადამიანთ ქვემოდ აღნიშნულ კონსტიტუციონალურ ტიპებად:

- 1) typus respiratorius (რესპირატორული ანუ სუნთქვითი ტიპი)
- 2) typus digestivus (დიგესტიური ტიპი)
- 3) typus muscularis (კუნთოვანი ტიპი)
- 4) typus cerebri (კერებრალური ტიპი)

ad 1) რესპირატორულ ტიპს ახასიათებს გულის ყაფაზის მძლავრი განვითარება, უმთავრესად სიგრძეზე; მასთან ერთად განვითარებულია სახისა და ქალას ის ნაწილები, რომლებიც მონაწილეობას იღებენ სუნთქვის პროცესში: thorax-ი ძალიან გრძელია; ეპიგასტრიული კუთხე მახვილია; მუცელი შედარებით პატარა; კისერი გრძელი; სახის ქვემო ნაწილი ცხვირის ფსკერსა და ფუძეს შორის ძალიან განვითარებულია. ე. წ. Stiller-ის ასტენიურ ტიპს უყურებენ როგორც რესპირატორულ ტიპის უკიდურეს გამოხატულობას და ზოგიერთი ავტორი მას პათოლოგიურ ტიპად სთვლის („Stiller'sche krankheit“). Striller-ის



ასტენიურ ტიპს ანატომიურად და მორფოლოგიურად ახასიათებს შემდეგი მაქრობი: მალაქიანი ტანი (ძალიან ხშირად), ცუდი კვება, დოლიხოცეფალია, ვიწრო და გრძელი ცხვირი, ძალიან გრძელი კისერი, ვიწრო და ბრტყელი გულმკერდი, ვიწრო ზემო აპერტურით; მახვილი ეპიგასტრიული კუთხე, თავისუფალი მე-10 ნეკნი; გულ-მკერდს დაშორებული ბეჭები (Scapulae alatae), ხერხემლის მცირე კიფოზი მის ცერვიკალურ დორზალურ ნაწილში; გრძელი და წვრილი კიდურები.

ab 2) დიგესტიურ ტიპის დროს უმთავრესად განვითარებულია ქვემო მესამედი სახისა, ისე რომ მანძილი ცხვირის ფუძიდან ნიკაპამდე ძლიერ დიდია; ჰორიზონტალური ტოტები ქვემო ყბისა ძალიან გაშლილია; სახეს აქვს გადაჭრილი პირამიდის მოყვანილობა; პირი დიდია, ნიკაპი გამოწეული; პატარა თვალელები სქელი ქუთუთოებით, და მოკლე კისერი; thorax-ი განიერი და მოკლე; მუცელი ძალიან განვითარებული და გამობერილი, და ცხიმის დაგროვებისადმი მიდრეკილება აქვს; ჭიბი დაბლა სდგას, ეპიგასტრიული კუთხე ბლაგვია.

ad 3) კუნთოვანი ტიპის დროს სახეს კვადრატის მოყვანილობა აქვს, ისე რომ სამი ნაწილი სახისა, როგორც სიგრძეზე, ისე სიგანეზე თითქმის თანაბრად არის განვითარებული; სხეული თანაბრად განვითარებულია; ეპიგასტრიული კუთხე საშუალო სიდიდისაა; მხრები განიერი და მაღალია; კიდურებზე კუნთების კონტურები მკაფიოდ მოსჩანს.

ab 4) ცერებრალურ ტიპს ახასიათებს თავის ქალას ნერვული ნაწილის მძლავრი განვითარება ვისცერალურთან შედარებით; უფრო მეტად განვითარებულია ქალას შუბლის ნაწილი, შუბლი გადმოპირქვევებულ პირამიდას მოგვაგონებს; თვალელები დიდია, ცოცხალი გამომეტყველებით; კიდურები, მეტადრე ფეხები, მოკლეა; ძვლის სისტემა ნაზი და წვრილია.

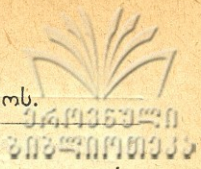
ცხოვრებაში ზემოჩამოთვლილ ტიპების სუფთა შემთხვევები იშვიათად გვხვდება ხოლმე, უფრო ხშირად ვხვდებით შერეულ ტიპებს, მაგ. რესპირატორული-დიგესტიურს, დიგესტიურ-რესპირატორულს და სხვას, იმისდა მიხედვით თუ რომელიმე ტიპის დამახასიათებელი ნიშნები სჭარბობს.

ვიდრე გადავიდოდეთ ჩვენი გამოკვლევის შედეგების აღწერაზე საჭიროა, წინასწარ, რამოდენიმე სიტყვით, შევეხოთ თვით მასალის ხასიათს. ჩვენ გამოკვლეული გვყავს მხოლოდ მამაკაცები, ვინაიდან სხვადასხვა ავტორთა აზრით (Bauer, Günter, Friedenthal) Sigaud-ს კლასიფიკაცია დედაკაცების კონსტიტუციონალურ ტიპების გამოკვლევისათვის, არ არის სავსებით დამაკმაყოფილებელი და გამოსადეგი.

დაკვირვებას ვაწარმოებდით კურორტ აბასთუმნის ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სანატორიუმებში; ავადმყოფები იმყოფებოდნენ ერთნაირ პირობებში; დაკვირვება სწარმოებდა თვენახვერის განმავლობაში მედიცინის დოქტორი ი. აბაკელიას ხელმძღვანელობით.

გამოკვლევების დროს ჩვენ მიზნად გვქონდა დასახული შემდეგი:

1) რა პრაქტიკული ღირებულობა აქვს Lennhoff-ის ინდექსს, რომელსაც ავტორი დიდ მნიშვნელობას აძლევდა და ფიქრობდა, რომ მის საშუალებით შესაძლებელია ვიქონიოთ მსჯელობა ტუბერკულოზისადმი მიდრეკილების შესახებ.



მეორეს მხრივ ჩვენ ვცდილობდით გამოგვეჩვენა, შესაძლებელია თუ არა სხვადასხვა ანტროპომეტრიულ ინდექსთა შორის მოენახოთ ისეთი, რომელიც ერთის მხრივ იქნება სწრაფი, მარტივი და ადვილად შესასრულებელი ყველა პირობებში (ინსტრუმენტარის მხრივ) და მეორეს მხრივ მოგვეცემს საშუალებას ავიცდინოთ თავიდან სუბიექტივიზმი, რომელიც ყოველთვის შესაძლებელია Sigaud-ის კონსტიტუციონალური ტიპების აღმოჩენის დროს.

2) რა მნიშვნელობა აქვს კონსტიტუციას ფილტვების ქრონიკული ტუბერკულოზის დროს. ამის გამოსაკვლელად ჩვენ ვსცდილობდით გავვეცა პასუხი შემდეგ ოთხ კითხვაზე: ა) დამოკიდებულება რომელიც ტუბერკულოზის გავრცელებისა და კონსტიტუციის შორის არსებობს, ბ) დამოკიდებულება დაავადების ფორმის და კონსტიტუციის შორის, გ) კონსტიტუცია და ტუბერკულოზის მიმდინარეობა (მისი ხანგრძლივობა, სიმძიმე, თერაპიული შედეგები).

პირველი საკითხის შესასწავლად გამოკვლეული იქნა 456 ავადმყოფი. ჯერ ვიკვლევდით (გარეგნული შეხედულებით), თუ რომელ კონსტიტუციონალურ ტიპს ეკუთვნის ავადმყოფი, შემდეგ ვაწარმოებდით ანტროპომეტრიულ გაზომვას და გამოგვყავდა Lennhoff-ის და Brugsch-ის ინდექსები; დასასრულ ვიკვლევდით იმას, თუ როგორი შეფარდება არსებობს ამ ორ ინდექსსა და კონსტიტუციონალურ ტიპთა შორის.

ყველაზე უფრო მარტივ და ჩვენი მიზნისთვის გამოსადეგად მიგვაჩნია Brugsch-ის ინდექსი. მას ჩვენ შემდეგნაირად ვიკვლევთ: ვზომავთ ავადმყოფის სიმაღლეს ფეხზე დგომის დროს, შემდეგ ვზომავთ გულმკერდის გარშემოწერილობას მშვიდი (საშუალო) სუნთქვის დროს წინიდან მეოთხე ნეკნის ხრტილის და უკან კი ბეჭის ქვემო კუთხის დონეზე. უკანასკნელ რიცხვს ვამრავლებთ 100-ზე, ნაწარმოებს სიმაღლეზე ვყოფთ, მიღებული ციფრი Brugsch-ის ინდექსს წარმოადგენს.

ამრიგად Brugsch-ის ინდექსის ფორმულა იქნება შემდეგი:

$$\text{index Brugsch-ის} = \frac{\text{გულმკერდის გარშემოწერილობა} \times 100}{\text{სიმაღლე}}$$

Lennhoff-ის ინდექსს ვანგარიშობთ შემდეგი ფორმულის საშუალებით:

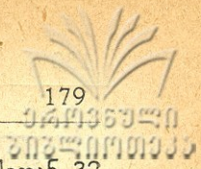
$$\text{index Lennhoff-ის} = \frac{\text{Distantia jugulo-pubica}}{\text{circumferentia abdominis}} \times 100, \text{ სადა } \text{distantia jugulo-pubica}$$

ნიშნავს მანძილს საუღლე ამონაჭდევიდან ბოქვენის სახსრის ზემო კიდემდე; circumferentia abdominis—მუცლის გარშემოწერილობას ჭიპის დონეზე; გაზომვას ვაწარმოებთ სანტიმეტრის საშუალებით ავადმყოფის მწოლარე მდგომარეობაში.

Lennhoff-ის აზრით ის პირი, რომლის ინდექსი 75 ან მეტს უდრის, ეკუთვნის ასტენიურ ტიპს და აქვს მიდრეკილება ტუბერკულოზისადმი (status phthisicus).

456 ავადმყოფიდან, დიგესტიურ ტიპს ეკუთვნოდა 109 ავადმყოფი, რომელთა შორის 108 ანუ 99%-ს Brugsch-ის ინდექსი 50 ან მეტი ქონდა.

დიგესტიურ-რესპირატორულ ტიპს ეკუთვნოდა 102 ავადმყოფი; აქედან 97 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 95%-ს, Brugsch-ის ინდექსი 48 ან 49 იყო.



რესპირატორულ-დიგესტიურ ტიპს ეკუთვნოდა 44 ავადმყოფი. აქედან 32 შემთხვევაში (75%) აღნიშნული ინდექსი 47 და 9 შემთხვევაში კი (25%) 48-ს უდრიდა.

რესპირატორულ ტიპს ეკუთვნოდა 201 ავადმყოფი. მათ შორის 164-ს (82%) Brugsch-ის ინდექსი 46 ან უფრო ნაკლები ქონდა, მხოლოდ 24-ს (12%) ინდექსი 47-ს უდრიდა.

ამრიგად ის შედეგები რომლებიც ჩვენ მივიღეთ, გვაძლევს ნებას დავასკვნათ, რომ კონსტიტუციონალურ ტიპებსა და Brugsch-ის ინდექსის შორის შემდეგი ურთიერთობა არსებობს: Brugsch-ის ინდექსი უდრის:

ა) დიგესტიური ტიპის დროს 50 და მეტიც კი; ბ) დიგესტიურ-რესპირატორულ ანუ შერეულ ტიპის დროს (დიგესტიური ტიპის ნიშნების ჭარბობით) 48—49; გ) რესპირატორული ტიპის დროს 46 და ნაკლები; დ) რესპირატორული-დიგესტიური ან შერეული ტიპის დროს (რესპირატორული ტიპის ნიშნების ჭარბობით) 47.

მაშასადამე Brugsch-ის ინდექსი გვაძლევს ნებას მივაკუთვნოთ ეს თუ ის პირი Sigaud-ს კონსტიტუციონალური ტიპის ერთ-ერთ სახეს.

ტაბულა I-ლი გვიჩვენებს, თუ როგორი შეფარდება არსებობს კონსტიტუციონალურ ტიპების და Lennhoff-ის ინდექსის შორის.

ტაბულა № 1.

კონსტიტუციონალური ტიპი	Lennhoff-ის ინდექსი		შარყოფითი		ს უ ლ	
	დადებითი	უარყოფითი	დადებითი	უარყოფითი	ს უ ლ	პროცენტი
დიგესტიური ტიპი . . . . .	43	39,45%	66	60,55%	109	100%
დიგესტიურ რესპირატორული . . . . .	61	59,80%	41	40,20%	102	100%
რესპირატორულ-დიგესტიური . . . . .	37	84,09%	7	15,91%	44	100%
რესპირატორული ტიპი . . . . .	183	91,04%	18	8,96%	201	100%

ამ ტაბულიდან ვხედავთ, რომ თითქმის ყველა რესპირატორული ტიპის ავადმყოფებს Lennhoff-ის ინდექსი აქვთ 75 და მეტი. მაგრამ ასეთივე ინდექსს ჩვენ ხშირად ვნახულობდით სხვა კონსტიტუციონალური ტიპის მქონე ავადმყოფთა შორის. ამისათვის შეიძლება ითქვას, რომ Lennhoff-ის ინდექსი არის დამახასიათებელი არა მარტო ასტენიური ტიპისა, არამედ აგრეთვე სხვა ტიპებისაც, რის გამო მისი მიხედვით ძნელია მსჯელობა კლექისადმი მიდრეკილების შესახებ

მეორე საკითხის შესასწავლად გამოკვლეული იქნა 419 ავადმყოფი. აქედან: რესპირატორულ ტიპს ეკუთვნოდა—198 ან 47,25% ავადმყოფებისა.  
 რესპირატორულ-დიგესტიურს — 50 ან 11,94% „  
 დიგესტიურს — 93 ან 22,19% „  
 დიგესტიურ-რესპირატორულს — 78 ან 18,62% „

ტაბულა № 2.

tbc-ს ფორმა კონსტიტუ- ციონალური ტიპი	tbc. p. bil. fibrosa		tbc. p. bil. product.		tbc. p. bil. product.		tbc. p. bil. exud.		ს უ ლ									
	A I	A II	A I	A II	B I	B II	B II	B III										
დიგესტიური . . . . .	17	18,27%	—	—	5	5,37%	4	4,32%	39	41,95%	17	18,27%	6	6,45%	5	5,37%	93	100%
დიგესტიურ-რესპირატო- რული . . . . .	19	24,35%	4	5,12%	4	5,12%	—	—	34	43,58%	10	12,87%	3	3,84%	4	5,12%	78	100%
რესპირატორულ-დიგეს- ტიური . . . . .	20	40%	—	—	—	—	2	4%	17	34%	7	14%	2	4%	2	4%	50	100%
რესპირატორული . . .	50	25,25%	15	7,57%	8	4,04%	4	2,02%	72	36,36%	23	11,64%	11	5,58%	15	7,57%	198	100%

ტაბულა № 3.

ტიპი სისხლი	რესპირატორული			დიგესტიური			დიგესტიურ-რესპირატო- რული			რესპირატორულ-დიგეს- ტიური		
	+	33	27	30%	10	12	24%	15	15	38%	5	10
—	138		70%	71		76%	48		62%	35		70%
ს უ ლ	198		100%	93		100%	78		100%	50		100%

თერ. ეფექტი	ტიპი		რესპირატორული		დიგესტიური		დიგესტიურ-რესპირატორული		რესპირატორულ-დიგესტიური	
	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0
+	150	75%	70	75%	64	82%	35	70%		
0	49	25%	23	25%	14	18%	15	30%		
ს უ ლ	198	100%	93	100%	88	100%	50	100%		

ტაბულა № 5.

ტიპი	მემკვიდრეობა tbc-ს		დადებითი		უარყოფითი		ს უ ლ	
	+	0	+	0	+	0	+	0
დიგესტიური . . . . .	13	13,97%	80	86,03%	93	100%		
დიგესტიურ-რესპირატორული . . . . .	10	12,69%	68	87,31%	78	100%		
რესპირატორულ-დიგესტიური . . . . .	7	14%	43	86%	50	100%		
რესპირატორული . . . . .	46	23,23%	152	76,77%	198	100%		
ს უ ლ . . . . .	76	18,13%	348	81,87%	419	100%		

ტაბულა № 6.

ტიპი	tbc შთამომავლობაში		მამა		დედა		და		მამა		და და მამა		ბიძაშვილი (ქალი).		ბიძა		ბიძაშვილი (ვაჟი).		სულ	
	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0	+	0
დიგესტიური . . . . .	2	15,38%	4	30,71%	3	23,10%	2	15,38%											13	100%
დიგესტიურ-რესპირატორული . . . . .	2	20%	3	30%	1	10%	3	30%			1	10%							10	100%
რესპირატორულ-დიგესტიური . . . . .	1	14,28	1	14,28	1	14,28	2	28,60	1	14,28			1	14,28					7	100%
რესპირატორული . . . . .	17	36,99	5	10,86	4	8,68	12	26,08	4	8,68	1	2,17	2	4,34	2	4,34	1	2,17	46	100%

სანატორიუმის მთელ ავადმყოფთა შორის ცერებრალურ და კუნთოვან ტიპს ეკუთვნოდა მხოლოდ 2—3 პირი, ამიტომ იგინი ჩვენ მხედველობაში არ მიგვიღია.

რადგანაც შერეულ ტიპებში სჭარბობდა ხან რესპირატორული და ხან დიგესტიური ტიპის ნიშნები, ამიტომ შეიძლება მივიღოთ, რომ ტუბერკულოზური პროცესის გავრცელების პროცენტი უდრის: რესპირატორულ ტიპისათვის 59,19%, დიგესტიურისათვის კი—40,81% ე. ი. რესპირატორული ტიპი, როგორც შერეული ისე წმინდა, დიგესტიურ (წმინდა და შერეულ) ტიპთან შედარებით ტუბერკულოზით დაავადებას უფრო დიდ პროცენტს იძლევა.

ტაბულა № 2 გვიჩვენებს, რომ არსებობს ერთგვარი დამოკიდებულება ტუბერკულოზის დაავადების სახის და კონსტიტუციონალური Habitus-ის შორის (ჩვენ ვსარგებლობთ ტუბერკულოზის კლასიფიკაციით, რომელიც იყო მიღებული ს.ს.ს.რ-ის მე-2 ტუბერკულოზის ყრილობაზე).

მე-5 ტაბულა გვიჩვენებს დამოკიდებულებას კონსტიტუციის და ტუბერკულოზის მემკვიდრეობის შორის.

მე-6 ტაბულიდან ჩანს, რომ მძიმე ფორმა ტუბერკულოზისა თითქმის ერთნაირად განვითარებულია ყველა ტიპებს შორის, დაახლოებით იგივე შეიძლება ითქვას სხვა ფორმების შესახებ.

დაავადების სიმძიმის გამოკვლევის დროს, თუ მივიღებთ მხედველობაში სისხლის ამოხველებას (Haemophthoë) ანუ სისხლის ნიშნებს ნახველში, ჩვენ ვხედავთ ყველა კონსტიტუციონალურ ტიპების დროს თითქმის ერთნაირ რიცხვს როგორც ეს მე-3 ტაბულიდან ჩანს.

ამ ტაბულაში 1-ლი სვეტი აღნიშნავს სისხლის ამოხველებას, ხოლო მე-2 სისხლის ნიშნებს ნახველში.

თერაპიული ეფექტი ავადმყოფების სანატორიუმში ყოფნის დროს აგრეთვე ერთნაირია ყველა ტიპებს შორის, როგორც ეს სჩანს მე 4-ე ტაბულიდან, სადაც ნიშანი + ნიშნავს, რომ ავადმყოფი გაეწერა გაუმჯობესებლად; 0—უცვლელ მდგომარეობით.

ამ ტაბულიდან ჩანს, რომ 419 ავადმყოფთა მშობლებს ან ნათესავებს ტუბერკულოზი ქონდათ 76 შემთხვევაში, ე. ი. 18,13%, დანარჩენ შემთხვევებში მემკვიდრეობა უარყოფილი იყო. დადებითი მემკვიდრეობა აღინიშნება რესპირატორულ ტიპის (სუფთა და შერეული) 37,28%-ში, დიგესტიურ ტიპის კი (სუფთა და შერეული)—26,76%-ში.

მე-6 ტაბულიდან ჩანს ის ფრიად საინტერესო მოვლენა, რომ არც ერთ შემთხვევაში არ არის ერთდროული დაავადება დედისა და მამისა და მხოლოდ ზოგიერთ შემთხვევაში აღინიშნება ერთდროული დაავადება ძმისა და დისა.

შესწავილილი მასალა, რასაკვირველია, არ გვაძლევს საშუალებას გამოვიყვანოთ საბოლოო დასკვნები. აუცილებელია ამ საკითხის გამოკვლევა უფრო ვრცელ მასალაზე. მაგრამ ის შედეგი, რომელიც მივიღეთ მაინც გვაძლევს ნებას დავასკვნათ:

1) Brugsch-ის ინდექსი გვაძლევს საშუალებას აღმოვაჩინოთ Sigaud-ის კონსტიტუციონალური ტიპები. ამისათვის ის პირნი, რომელთაც ინდექსი 50 ან



შეტი აქვთ, წმინდა დიგესტიურ ტიპად უნდა ჩავთვალოთ; 49 ან 48 მქონე—  
შერეულ დიგესტიურ; 46 და ქვემოთ—წმინდა რესპირატორულ; 47—შერეულ  
რესპირატორულ ტიპად ჩავთვალოთ.

2) Lennhoff-ის ინდექსს არ უნდა ჰქონდეს ავტორის მიერ აღიარებული მნი-  
შვნელობა, რადგანაც იგი დადებითია არა მარტო რესპირატორული, არამედ  
ხშირად სხვა ტიპის დროსაც.

3) რესპირატორული ტიპი იძლევა ყველაზე დიდ პროცენტს ტუბერკულო-  
ზით დაავადებისა, რის გამოც ამ ტიპის მატარებელთ აქვთ მიდრეკილება ტუ-  
ბერკულოზით დაავადებისადმი. მაგრამ სხვა ტიპის მქონეც არ არის უზრუნველ-  
ყოფილი ტუბერკულოზისადმი.

4) უკვე განვითარებული ტუბერკულოზის დროს, ავადმყოფობის ფორმა  
და მიმდინარეობა არ არის დამოკიდებული კონსტიტუციისაგან.

5) ტუბერკულოზური მემკვიდრეობა უფრო მეტად არის გამოხატული რეს-  
პირატორულ ტიპში, რაც ერთხელ კიდევ გვიმტკიცებს ამ ტიპის მიდრეკილებას  
ტუბერკულოზისადმი.

დასასრულ, მოვალედ ვთვლი ჩემს თავს გამოუცხადო დიდი მადლობა პა-  
ტიცემულ მედიცინის დოქტორს ი. აბაკელიას, მისი ხელმძღვანელობისა-  
თვის, როგორც შრომის შესრულებისას ისე მიღებული შედეგების დამუშავების  
დროსაც.

### ლიტერატურა.

1. З. Кретчмер. Строение тела и характер 1924 г.
2. Проф. М. Лифшиц. Учение о конституциях человека. 1924 г.
3. Проф. М. С. Маслов. Учение о конституциях и аномалиях конститу-  
ции в детском возрасте. 1926 г.
4. Проф. В. Г. Штефко. Патологическая анатомия туберкулеза легких  
в биологическом освещении.
5. М. В. Черноуцкий. Дальнейшие наблюдения над конституцией боль-  
ных во внутренней клинике. Труды VIII Всесоюзного съезда терапевтов.
6. А. К. Смирнова. Питание и конституция у туберкулезных больных.  
Труды Кубано-Черноморского туберкулезн. Института. Кн. II вып. 1—4.
7. М. А. Бурштейн. Роль конституции в клинике легочного туберку-  
леза. „Вопросы туберкулеза“. том II № 5—6. 1924 г.

## 6. ვეზაველი—გოგბაჩოვისა.

კლინიკის ორდინატორი.

### თეთრი ცხელების შემთხვევები საქართველოში უსიქიატრიულ კლინიკის და უსიქო-ნევროლოგიურ ინსტიტუტის მასალების მიხედვით \*).

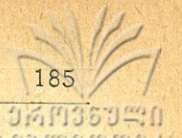
(ფსიქიატრიული კლინიკის გამგე პროფ. ნ. ასათიანი).

თეთრი ცხელება ანუ del. tremens პირველად აწერილი იყო Rauer-ის მიერ 1818 წელში; მის მიერ აგრეთვე პირველად იყო გამორკვეული ავადმყოფობის ეთიოლოგიურად დამოკიდებულება ქრონიკულ ალკოჰოლიზმთან. თვით სახელწოდება კი del. trem. ანუ ბოდვითი მდგომარეობა კანკალით, მოწოდებულ იქმნა Sutton-ის მიერ 1813 წელში. ამჟამად სრულიად უდავოა ის აზრი, რომ თეთრი ცხელება ისე, როგორც ალკოჰოლური ქუთის სისუსტე, ლოთთა დაზოიანობის ბოდევა და ალკოჰოლური ჰალუცინოზი არის უტყუარი შედეგი ორგანიზმის ხანგრძლივი ალკოჰოლურ ინტოქსიკაციისა. ჩვენს მოხსენების საგანს შეადგენს, მხოლოდ თეთრი ცხელების განხილვა და ამიტომ დანარჩენ ფორმებს არ შევხებით. კლინიკურ სიმპტომოკომპლექსი del. trem. გამოიხატება შემდეგში: ავადმყოფობის დასაწყის აქვს მწვავე ხასიათი, წინამორბედი ნიშნები უმეტეს შემთხვევაში გრძელდება 3—4 დღე და ამ მხრივ ის წააგავს საზოგადოდ მწვავე ინფექციურ დაავადების დასაწყისს; ამის შემდგომ ავადმყოფი სწრაფად გადადის მწვავე ფსიქიურ აშლილობაში, რომელსაც, უმთავრესად, ახასიათებს მხედველობითი და ტაქტიკული მრავალი ჰალუცინაციები, ჰალიუცინატორული ბოდვითი იდეები და მკვეთრი ზოგადი აღზნება.

სომატიურად აღინიშნება t<sup>0</sup>-ის აწევა 38—40-ამდე, გულის მოქმედების და პულსის აჩქარება, კანის აქტიური ჰიპერემია, სისხლის წნევის აწევა, ლეიკოციტალურ ფორმულის შეცვლა, საერთო ატაქსია და უძილობა. უმეტეს შემთხვევებში 3—4 დღის შემდეგ ავადმყოფობა კრიტიკულად თავდება; მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც თეთრი ცხელება გართულების სახით, გადადის კორსაკოვის სნეულებაში და ალკოჰოლურ ქუთის სისუსტეში.

ავადმყოფის პათოგენეზის შესახებ არსებობს ბევრი სხვადასხვა თეორიები, რომლებიც განსხვავდებიან დეტალებში, მაგრამ ყველა ავტორები მიდიან ამ დასკვნამდე, რომ ხანგრძლივი ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია იწვევს შინაგან ორგანოთა ფუნქციონალურ აშლილობას, მათ შორის კორელაციის დარღვევას, რის გამო ორგანიზმში გამომუშავდება ერთგვარი სპეციფიური დისპოზიცია;

\*) მოხსენებულა სრულ. საქარ. ექიმთა მე-IV კონგრესზე 1926 წ.



ამ დისპოზიციის ნიადაგზე კი სხვადასხვა ტრაუმატიულ მომენტებს (მძლავრი ემოციონალური განცდა ფიზიკური ტრაუმა, სიცხოვანი დაავადებანი და სხვ.). ადვილად ძალუძთ თეთრი ცხელების შეტევის გამოწვევა.

თეთრი ცხელების მიერ გამოწვეული პათოლოგო-ანატომიური სურათი, არ წარმოადგენს განსაკუთრებულ თავისებურებას და ამ მხრივ იგი საკმარისად წააგავს ქრონიკულ ალკოპოლიზმის მიერ გამოწვეულ ცვლილებებს: ტვინის გარსთა ვენოზური ჰიპერემია რბილი გარსის შემღვრევა და შეხორცებანი, ცენტრალურ ხვეულების რადიალურ შრეში დეგენერატიული გადაგვარება, პირამიდული უჯრედების ქრომატოლიზი და ცვლილებები ჰურკინეს უჯრედებში. შინაგან ორგანოებში აღსანიშნავია ჰიპერემია თირკმელების და ელენთის.

საკითხი თეთრი ცხელების გავრცელების შესახებ საქართველოს მცხოვრებთა შორის, ფრიად საინტერესო და უაღრეს მნიშვნელოვან საგანს წარმოადგენს; ვინაიდან ჩვენში ალკოპოლიზაციას მიღებული აქვს ფართო ხასიათი და ყოველივე სოციალური ურთიერთობა ჭირი თუ ლხინი, ჩვეულებრივად უკვე მამაპაპიდანვე დაკავშირებულია ალკოპოლის (უმთავრესად ღვინის) შესამჩნევ რაოდენობით მიღებასთან. აქედგან a priori შეგვეძლო დაგვეშვა, რომ საქართველოში საერთოდ ალკოპოლური ფსიქოზები და კერძოდ თეთრი ცხელება ხშირ შემთხვევას უნდა წარმოადგენდეს. წამოჭრილი საკითხის გასაშუქებლათ ჩვენ ვისარგებლებთ იმ სტატისტიკურ მასალებით, რომელიც დაგროვილია უკანასკნელ 3 წლის განმავლობაში ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტში.

1923 წელს აღნიშნულ ინსტიტუტში შემოვიდა სულ 303 ავადმყოფი, მათ შორის ალკოპოლური ფსიქოზებით დაავადებულთა რიცხვი შეადგენს 7 ანუ 2,3%-ს.

1924 წელს შემოვიდა 336 ავადმყოფი, მათ შორის ალკოპოლური ფსიქოზებზე მოდის ისევ 7 ანუ 2,08%.

1925 წელს იქვე შემოსულია 383 ავადმყოფი, მათში 9 ანუ 2,35% მოდის ალკოპოლურ ფსიქოზებზე.

ამრიგად ხსენებულ ინსტიტუტში 3 წლის განმავლობაში შემოსულა საერთოდ 1022 ავადმყოფი, ამ რიცხვიდან ალკოპოლურ ფსიქოზებზედ მოდის 23 ანუ 2,3%.

მოყვანილ ციფრებიდან ნათლად ჩანს, რომ საქართველოში წლიურად ალკოპოლური ფსიქოზებით დაავადებულთა რიცხვი არ აღემატებოდა 2,3%; ჩვეულებრივად კი სხვა ქვეყნებში რამოდენიმე წლის დაკვირების მიხედვით აღნიშნულია, რომ ყოველ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ალკოპოლური ფსიქოზებით დაავადებულთა რიცხვი არას დროს არ ყოფილა ნაკლები 10—15% (Осипов).

ეხლა თუ ჩვენ კერძოდ გადავალთ თეთრი ცხელებით დაავადებულთა წლიური პროცენტის გამოანგარიშებაზედ დავინახავთ შემდეგს: ფსიქიატრიულ ინსტიტუტში სამი წლის განმავლობაში ალკოპოლურ ფსიქოზებით დაავადებულთა რიცხვი უდრის 23; აქედან თეთრ ცხელებაზედ მოდის მხოლოდ 3 რაც წლიურად შეადგენს 13—14%; რუსეთში ამავე ავადმყოფთა რიცხვი არ არის ნაკლები 25%. (Суздальский).



როგორც უკვე აღნიშნული იყო საშუალო გამოანგარიშებით საქართველოს ყოველ მცხოვრებზედ დღიურად მოდის არა ნაკლებ 11.83 სუფთა ალკოჰოლისა, რაც სრულიად საკმარისია ზოგადი გამოკვლევების მიხედვით ქრონიკულ ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებული სტეციფიურ ფსიქოზების გამოსაწვევად (Осипов-ი Krepelin-ი) ჩვენი სინამდვილე კი გვიჩვენებს ალკოჰოლურ სულით ავადმყოფობათა სიმცირეს. ამნაირად უფრო მტკიცდება ის შეხედულობა, რომ საერთოდ ღვინო და მისი შემადგენლობა შედარებით უფრო ზომიერ ზეგავლენას ახდენს სხეულზედ ვიდრე არაყი. ანალოგიურ აზრს, რომ ალკოჰოლიზაცია სუფთა ღვინით, უფრო ნაკლებ შესაძლებლობას იძლევა სპეციფიურ ფსიქოზების გამოსაწვევად, ეთანხმებიან ბევრი ავტორები, მაგალითად Denaut აღნიშნავს, რომ 45 ალკოჰოლურ ფსიქოზებით დაავადებულთაგან, არ უნახავს არც ერთი ალკოჰოლური ფსიქოზი, რომელიც გამოწვეული ყოფილიყოს მხოლოდ ღვინის ხმარებით.

Krepelin-ი აღნიშნავს: „საეჭვოა, რომ მარტო ღვინის ან ლუდის ხმარებას შეეძლოს ალკოჰოლური ფსიქოზის გამოწვევა“-ო. ასეთი წინასწარ ცნობების შემდგომ გადავალთ ჩვენ შემთხვევების განხილვაზედ.

I. ავადმყოფი ქ. ჭ. 35 წლ. სიღნაღის მაზრისა, შემოვიდა ინსტიტუტში 20/X 23 წელს. ღვინით მოვაჭრე; ალკოჰოლური მემკვიდრეობა. სვამს ბავშვობიდანვე, მაგრამ 22 წლის ასაკიდან იწყებს ყოველდღიურად გადაჭარბებულად ღვინის ხმარებას. უკანასკნელ წლებში ღვინის გარდა ხმარობს არაყსაც. ავადმყოფის გამოაშკარავებამდე აღინიშნება მძლავრი ემოციონალური უსიამოვნება ვაჭრობის ნიადაგზე.

ავადმყოფობა იწყება უეცრივ მხედველობითი ჰალიუცინაციებით: პირველად იგი ხედავს ავაზაკებს, რომელნიც ეცემიან მის ნათესავ ქალს, ავადმყოფი ესარჩლება რა ნათესავს ავაზაკები უკვე თვით მას ესხმიან და ამიტომ იგი განიცდის საშინელ შიშს და მთელი ღამე დარბის ტყეში. დილით ავადმყოფი ოდნავ ფეხიზღდება და მატარებლით ჩამოდის ტფილისში, სადაც როგორც მხედველობითი ისე სმენითი ჰალიუცინაციები უძლიერდება: მას სდევნიან ჩეკის აგენტები და ემუქრებიან მოკვლას, რის გამოც ავადმყოფი ვარდება უსასტიკეს შიშის აფექტში. და დარბის მტკვრის პირათ. ამავე დღეს შემთხვევით შეხვედრილი ნაცნობი მებაღე, შეცვლილ ცნობიერებაში მყოფ ავადმყოფს ათავსებს ინსტიტუტში კლინიკაში შემოსვლისას ფიზიკურ სტატუსიდან აღინიშნება: ტრემირი განსაკუთრებით ენისა და ზემო კიდურებისა, ჰიპერესტეზიები და პარესტეზიები, გულის საზღვრების გადიდება, ტონების მოყრუება, ღვიძლის გადიდება და შარდში ცილა. კლინიკაში მოთავსების შემდეგ ჰალიუცინაციების შინაარსი საგრძნობლად იცვლება და ღებულობს უფრო სასიამოვნო ელფერს: ავადმყოფს მოუწოდებენ ციური ხმები ჰაეროპლანებით ცაში ასვლას, ეუბნებიან, რომ იქ ბევრი ღვინო და არაყია და აგრეთვე უთვალავია რიცხვი ტრამვაების და ავტომობილების. ამასთანავე აფრთხილებენ, რომ ვინც დარჩება დედამიწაზე იგი წარყვნიტ დაიღუპება. ამნაირად ბოღვითი იდეები სრულიად უფარდებიან ჰალიუცინაციების შინაარსს. მეექვსე დღეს ავადმყოფობა კრიტიკულად თავდება, ავადმყოფი სრულიად ნათელ ცნობიერებაშია და მთლიანად იგონებს გადატანილ ფსიქიურ აშლილობის შინაარსს.

II. ბ. გ. 37 წ. სიღნაღის მაზრიდან, წვრილი მოვაჭრე, შთამამეფლობაში ალკოჰოლიზმი და სულით ავადმყოფობა. თხუთმეტი წლიდან იწყებებს ღვინის სმას და რაც დრო გადის უფრო მეტ რაოდენობას ღებულობს. უკაკასჩნელი ორი წლის განმავლობაში საგრძობლად ეტანება არაყსაც. ავადმყოფობას წინ უსწრებს ემოციონალი განცდები დაკავშირებული ქონების ჩამორთმევასთან.

დაავადება იწყება სწრაფად. უსაშინელ დევნის ხასიათის, სმენისა, მხედველობის ჰალუცინაციებით; კლინიკაში შემოსვლისას აღინიშნება: ზოგადი ტრემირი, გულის ტონების მოყრუება და გავრცელებული არტერიოსკლეროზი. ფსიქიური სტატუსი: ცნობიერება აბნეული, აუარებელი სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები: ავადმყოფი ხედავს წარყვინს სურათს, რომლის დროსაც იღუპება ღმერთიც და ამიტომ თავის თავს ღმერთად აცხადებს; ასეთი საქციელი მასში იწყებს მძლავრ შიშს, ღვინის წინაშე შეცილების გამო, ესმის უამრავი ხმები, რომ ის შეცდა დამნაშავეა და მოელის სიკვდილი. ზოგად შიშის აუქტივდგან გამომდინარეობს ავადმყოფის მოუსვენრობა და ალგზნება. რვა დღის შემდეგ ავადმყოფი თანდათანობით გამოდის ამ მდგომარეობიდან და გადის ცნობიერების ნათელ მდგომარეობაში. მხოლოდ 14—20 დღის განმავლობაში კიდევ შერჩენილი აქვს ჰალუცინატორული ბოდვების ნაშთი. ავადმყოფი გაეწერა სრულიად განკურნებული.

III. ლ. 38 წლ. შორაპნის მაზრიდან. სვამს ბავშობიდანვე და უმთავრესად 25 წლიდან. მემკვიდროება ალკოჰოლური. გარდა ღვინისა ხმარობს არაყსაც. უკანასკნელ წლებში სვამს რეგულიალურად და ყოველ დღით აქვს მოთხოვნილება „პოხმელიასი“. ავადმყოფობას წინ უძღვის მძლავრი ემოციონალური უსიამოვნება სამსახურის ნიადაგზე. ამავე დროს აღინიშნება გაცივება და 1<sup>0</sup> მძლავრი აწვევა-ფსიქიური აშლილობა იწყება საერთო მძლავრი ალგზნებით, რის გამოც ავადმყოფი ორი დღის განმავლობაში თოკებით ყავთ შეკრული. კლინიკაში მოთავსებისას ფიზიკური სტატუსიდან აღნიშნულია: საერთოდ ტრემორი, მოყრუებული ტონები და აჩქარებული მაჯა, ფსიქიური სტატუსი: ცნობიერების აბნევა, რთული შინაარსის მხედველობითი ჰალუცინაციების სიუხვე; მასთან მოდიან ყოფილი ამხანაგები, ის ხედავს და ეკამათება სხვადასხვა პოლიტიკურ მოღვაწეებს. პოლიმორფული ბოდვითი იდეები ნაკლებად მტკიცე და ფანტასტიური. ავადმყოფის პოლუქციებს ექსპანსიური ხასიათი აქვს. ის მომღერალია, ჩემპიონი, მეფეთ-მეფე და უდიდესი ფილოსოფოსი. ალგზნება და ყოფაქცევა სრულიად შეეფერება ჰალუცინაციების შინაარსს. ავადმყოფმა დაჰყო საავადმყოფოში რამდენიმე დღე და გაწერილ იქმნა ფსიქიურად სრულიად გამოკეთებული, სამატიურათ კი ავადმყოფი სუსტად იყო, რადგანაც ფსიქოზთან ერთად მან გადაიტანა რაღაც ხანმოკლე ინფექციური დაავადება.

თუ მოვახდენთ ანალიზს ჩვენ მიერ მოყვანილ შემთხვევებისა ადვილად დავინახავთ რომ თვით კლინიკური გამოხატულება თეთრი ცხელებისა ატარებს ერთგვარ თავისებურებას.

იმ დროს, როდესაც რუს დელირანტების გაუკუღმართებული მიმდებლობა ხასიათდება მიკროჰალუცინაციებით, ნაკლები მთლიანობით და უშინაარსობით,



ჩვენი დელირანტების ჰალიუცინაციები უფრო სისტემატიური, შინაარსიანი, მრავალ ფეროვანი და დრამატიულ-ფანტასტიურია. ამავე დროს აღსანიშნავია საერთო ავლზნების რთული შინაარსი და საგრძნობი ინტენსივობა.

თვით ავადმყოფობის მიმდინარეობა უფრო ხანგრძლივია და ჩვენ შემთხვევაში ადგილი არ ქონია რაიმე ქრონიკულ ფსიქიურ გართულებას, იმ დროს როდესაც საერთოდ ხშირია თეთრი ცხელების გადასვლა გართულების სახით კორსაკოვის სნეულებაში ან ალკოჰოლურ ჭკუის სისუსტეში.

დასასრულს ხაზ გასმით უნდა აღინიშნოს ერთი მხრივ ის გარემოება, რომ ჩვენ სამივე შემთხვევაში ალკოჰოლიზაცია წარმოდგენილი იყო არა მარტო ღვინის სახით არამედ არაყის დამატებითაც, რომელსაც ბოლო წლებში ეძლეოდა უპირატესობა, და მეორე მხრივ ის ფაქტი, რომ ფსიქიურ აშლილობამდე არ ქონია ადგილი ალკოჰოლის გადამეტებულ ხმარებას. ავადმყოფები სვამდნენ ჩვეულებრივ და მათ უკვე ხანგრძლივი ალკოჰოლიზაციით სათანადო შეცვლილ ორგანიზმში, ემოციური მომენტი, სიცხოვანი დაავადებანი, მხოლოდ პროვოკატორულ როლს თამაშობდნენ თვით თეთრი ცხელების გამოძვლავებისათვის. როგორც ზემოდ მოყვანილ მასალიდან ჩანს, თეთრი ცხელება წარმოადგენს მწვავე ფსიქიურ აშლილობას, რომელსაც ჩვენში მიმდინარეობის მხრივ უმთავრესად ხანგრძლივი ხასიათი აქვს. ასეთი ავადმყოფები ცნობიერების აბნევის გამო წარმოადგენენ როგორც პირადი ცხოვრებისათვის, ისე საზოგადოებისათვის ფრიალ საშიშ ელემენტს, რის გამოც აუცილებელია მათი მოთავსება სპეციალურ სამკურნალო დაწესებულებაში.

დასასრულ მოვალედ ვთვლი ჩემ თავს უდიდესი მადლობა გამოუტყვადო ჩემ მასწავლებელს ბ-ნ პროფ. მ. ასათიანს ხელმძღვანელობისათვის.

### დ ე ბ უ ლ ე ბ ე ბ ი.

1. ალკოჰოლური ფსიქოზები და კერძოდ თეთრი ცხელებით დაავადების შემთხვევები, ფსიქიატრიულ კლინიკის და ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტის მასალების მიხედვით საქართველოში გაცილებით უფრო ნაკლებია, ვიდრე რუსეთში.

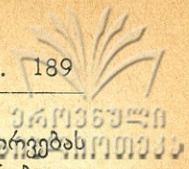
2. ეს მოვლენა უნდა აიხსნებოდეს არაყის ნაკლებად ხმარებით, საქართველოს მოსახლეობაში.

3. თეთრი ცხელება სამივე ჩვენ მიერ მოყვანილ შემთხვევაში, გამოწვეული იყო მარტო ღვინის ხმარებით კი არა, მასზე არაყის დამატებითაც.

4. კლინიკური სურათი თეთრი ცხელებისა საქართველოში ხასიათდება ჰალიუცინაციების განსაკუთრებული შინაარსით.

5. თეთრი ცხელებისთვის პროვოკატორულ მომენტთა შორის უნდა აღინიშნოს სიცხოვანი ავადმყოფობანი, მძლავრი ემოციონალი განცდანი და ფიზიკური ტრაუმა.

6. თეთრი ცხელებით დაავადებულნი უნდა იყვნენ მოთავსებულნი სათანადო სამკურნალო დაწესებულებაში, რადგან ისინი წარმოადგენენ საფრთხეს როგორც თავისთვის, აგრეთვე საზოგადოებისათვის.



ასეთს მეტად მნიშვნელოვან და მეცნიერულათ საინტერესო დაკვირვებას აქვს ადგილი იმ დროს, როდესაც საქართველოს ყოველ კუთხეში საგრძნობლათ არის გავრცელებული ღვინის და არაყის ხმარება. ალკოჰოლის ის რაოდენობა, რომელიც იხარჯება ადგილობრივად საქართველოში, თუ შეუფარდებთ თვით მოსახლეობის რიცხვს, დავინახავთ, რომ საშუალოდ თვითეულ მცხოვრებზე დღიურად მოდის 11,83 წმინდა ალკოჰოლისა\*).

მაგრამ რადგან საქართველოს მოსახლეობა, გარდა ღვინისა ხმარობს აგრეთვე, მის მიერ გამოხდილ არაყსაც, რომლის რაოდენობა გასაგებ მიზეზების გამო სტატისტიკურ აღრიცხვას ეპარება; ცხადია რომ ზემოხსენებული ციფრი 11.83. შესამჩნევად უნდა იყოს გადიდებული,

აქედან ნათლად ჩანს, რომ საქართველოში ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს ფართოდ აქვს გადგმული ფესვები, მაგრამ მიუხედავად ამისა საზოგადოდ ალკოჰოლურ ფსიქოზების და კერძოდ თეთრი ცხელების შემთხვევები, როგორც ეს ჩვენი მასალით მტკიცდება, შედარებით სხვა ქვეყნებთან საგრძნობლად მცირე რიცხვს წარმოადგენს. რით აიხსნება არსებული წინააღმდეგობა? არის ქრონიკული ალკოჰოლიზმი და ამავე დროს შედარებით იშვიათია ალკოჰოლური ფსიქოზებით და კერძოდ თეთრი ცხელებით დაავადება.

ამ ორი მოწინააღმდეგე დებულების ახსნა უფრო მიზანშეწონილია დაუკავშიროთ ორ ფაქტს: ალკოჰოლის კონცენტრაციას ღვინოში და თვით ღვინის შემადგენლობას.

ცნობილია, რომ რაც უფრო მეტია ამა თუ იმ ტოქსინის ხსნარის კონცენტრაცია, იქდენად უფრო მძლავრი და სწრაფია მისი მოქმედება ორგანიზმზე; პირიქით თუ ტოქსიური ხსნარის კონცენტრაცია ნაკლებია, ორგანიზმს აქვს მეტი წინააღმდეგობის გაწევის შესაძლებლობა.

ეს ფარმაკოლოგიური ფაქტი თითქმის სავსებით უნდა ხსნიდეს იმ გარემოებას, თუ რატომ ღვინის და არაყის მოქმედება მთელ სხეულზე და კერძოდ ნერვულ სისტემაზე არ არის ერთნაირი, მართლაც თუ გავიხსენებთ იმ გარემოებას, რომ არაყი შეიცავს სუფთა ეთილის ალკოჰოლს 40<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ს რაოდენობით, მხოლოდ ღვინო საშუალოდ 10—12<sup>0</sup>/<sub>6</sub>, ადვილი წარმოსადგენია ზემოხსენებულ ფარმაკოლოგიურ მოსაზრების მიხედვით, რატომ პირველი უფრო ადვილათ და დაუზოგავათ შხამავს და აძაბუნებს ორგანიზმს, ვიდრე მეორე. არა ნაკლებ მნიშვნელოვან ფაქტად უნდა ჩაითვალოს შემდეგი მოსაზრებაც: ღვინო არ წარმოადგენს წმინდა ეთილის ალკოჰოლის ხსნარს, მასში შედის თითქმის 23 სხვადასხვა ორგანიული და არაორგანიული ნივთიერებანი; რის გამოც ადვილი წარმოსადგენია, რომ ღვინის ფარმაკოდინამიკა გადაჭრით უნდა განსხვავდებოდეს არაყის მოქმედებისაგან. ამ გარემოებას ჩვენ მხოლოდ ხაზს უსვამთ და დაწვრილებით კი ვერ განვიხილავთ, რადგან ამ ფრიად მნიშვნელოვან მომენტს უნდა ღრმად, ფართოდ დაკვირვებანი და მეტი ლიტერატურული მასალა ვიდრე ეს მოიპოვება. ამ მიმართულებით კვლევა კი აუცილებელია.

\*) მოყვანილი რაოდენობა წმინდა ალკოჰოლისა გამოანგარიშებულია იმ სტატისტიკურ ცნობებიდან, რომელიც ჩვენ მოგვაწოდა საქართველოს ცენტრალურ სტატისტიკურ სამმართველომ, რომლის მართველის თანაშემწეს ბ. ნ. ჩიგოგიძეს უძღვნით მადლობას.

## ბ. ზენგელაია

ორდინატორი.

### ფსიქოპათიები და პსიქო-ნევროზები, როგორც ალკო- ჰოლიზმის წარმოშობი ნიადაგი. \*)

(საქარ. ჯ. ს. კ. ფსიქო-ნევროლოგიური ინსტიტუტი. დირექტ. — დოც.  
მ. ასათიანი)

კაცობრიობის დეგენერაციის — ანუ გადაგვარების ფაქტორთა შორის, ფრიად მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს ალკოჰოლიზმს. ყოველი ერი მიუხედავად თავისი კულტურისა, ამა თუ იმ სახით ეტანება ალკოჰოლს, მაგრამ ამავე დროს, ყოველ კულტურულ ერს ნათლად შეგნებული აქვს, თუ რა დიდ უბედურებას წარმოადგენს ალკოჰოლი ადამიანის პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. თითქმის ყველა ჩვეულებაში შეძლების და გვარად სწარმოებდა და ეხლაც სწარმოებს ბრძოლა ამ ჭეშმარიტად სოციალურ სენის წინააღმდეგ, მაგრამ მიუხედავად ამისა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს ჯერ არსად არ მიუღწევიათ.

ალკოჰოლიზმის მიზეზობრივობის შესწავლამ მალე აღმოაჩინა ორი უმთავრესი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს და ზოგჯერ უშუალოდაც იწვევს მას: აქედან პირველი სოციალურ-ეკონომიური, მხოლოდ მეორე კი მემკვიდრეობითი ხასიათისაა.

ჩვენი განხილვის საგანს შეადგენს მხოლოდ უკანასკნელი, რადგანაც პირველი უფრო სოციოლოგიურ კვლევა — ძიების მასალას წარმოადგენს.

უკვე ძველთაგანვე (არისტოტელი, პლუტარხი) ცნობილია, რომ წინაპართა ალკოჰოლიზმი დიდ საფრთხეს უმზადებს თავის შთამომავლობის ფიზიკურ და ფსიქიურ ჯანმრთელობას. ამ გარემოებამ მიიპყრო მეცნიერთა და განსაკუთრებით ფსიქიატრთა მნიშვნელოვანი ყურადღება; ხანგრძლივი და მრავალწლოვან დაკვირვების შემდგომ ავტორთა მთელი წყება (Esquirol, Laségue, Krafft-Ebing) მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ალკოჰოლიზმი წარმოადგენს მემკვიდრეობით სნეულებას, მსგავსად ჰემოფილიისა, ციკლოტომიისა და სხვა მემკვიდრეობითი დაავადებათა. ასეთი მოსაზრების დაშვების შესაძლებლობაზედ მიგვითითებს შემდეგი დაკვირვებანი: Тугышкин-ს ალკოჰოლური — ფსიქოზთა 80 შემთხვევაში, აღმოუჩენია უმთავრესად ჰომოლოგიური — პირდაპირი, უმცირესად კი-ატავისტური და კოლატერალური მემკვიდრეობა. Рич-ის სტატისტიკით ალკო-

\*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა IV კონგრესზე.





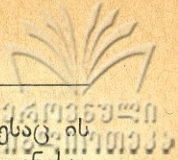
პოლიკები თითქმის 67.1%-ში დატვირთული არიან ალკოჰოლური მემკვიდრეობით. Pынаков-ის რწმუნებით ეს პროცენტი 88 აღწევს. პროფ. Pынаков-ი იძლევა უფრო კატეგორიულ დასკვნას: „ცხადია, როგორც სხვადასხვა დაავადებათა, ისე ლოთობის მიმართ, მემკვიდრეობის გადაცემის კანონი რჩება სრულ ძალაში... რომ ადამიანი შემდეგში ლოთი გახდეს, საჭიროა მისი ლოთად დაბადება, ე. ი. დაბადებისთანავე უნდა არსებობდეს ლოთობისადმი მიდრეკილების ჩანასახი“.

ზემოხსენებულ ცნობებიდან შეიძლება მხოლოდ ერთად ერთი დასკვნის გამოტანა, რომ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის განვითარების შესაძლებლობას იძლევა მხოლოდ ალკოჰოლური მემკვიდრეობა, მაგრამ სინამდვილე გვიჩვენებს, რომ ერთის მხრივ, ძალიან ხშირად, ალკოჰოლური ფსიქოზები ვითარდებიან სათანადო-სპეციალური ნიადაგის გარეშე და მეორეს მხრივ, წინაპართა ლოთობის შედეგად ვითარდებიან, სულ სხვა ხასიათის ავადმყოფობანი. Demme-მ გამოიკვლია 10 პოტატორთა ოჯახი სადაც იყო 37 ბავშვი: ამ ბავშვთა შორის მხოლოდ ათამდე ანუ 17.5% ყოფილა საღი. დანარჩენთ კი ჰქონიათ: სხვადასხვა სიმანხვე, ნანიზმი, ფილენჯი, (chorea) ეპილეპსია, იდიოტიზმი, და მეტი წილი-კი დაღუპულა ჩვილ ასაკში. Plaut-მა აღმოაჩინა, რომ ალკოჰოლური მემკვიდრეობით დატვირთულ 183 ბავშვთა შორის: 32,7% ბავშვობაში გარდაცვლილან, მხოლოდ 8.3% გარდა,—59.9% იყვნენ ფსიქიურად არანორმალური. Bourneville“-მა იდიოტიის 1000 შემთხვევაში აღწუსა 471-ხელ მაჰის ქრონიკული ალკოჰოლიზმი, 74-ჯერ დედისა, 65 ორივესი, მხოლოდ 57 შემთხვევაში ყოფილა სიმთვრალე ჩასახვის დროს. Baer-ის გამოკვლევით გერმანელ პატიმართა რიცხვის 24% მოდის პოტატორების შვილებზე. Тарновская-ს მასალით, როსკიპ ქალთა მშობლების 82% იძლევა ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს.

მეტად საპატიო ადგილი უჭირავს ალკოჰოლიზმს: ეპილეპტიკთა, ფსიქასტენიკთა, ჰისტერიკთა და ფსიქოპათიურ პირთა მემკვიდრეობაში. Morel-ი ოჯახური გადაგვარების მეორე სქემაში, პირველ თაობაში, აღიარებს მორალურ უსაკმარისობას და ალკოჰოლიზმს.

ამრიგად ლიტერატურის შესწავლის და ჩვენი შემთხვევების მიხედვით, რომელიც ქვემოთ იქნება მოყვანილი, ჩვენ არ შეგვიძლიან მივემხროთ იმ აზრს, რომ ალკოჰოლიზმი ატარებს მკაცრ მემკვიდრეობითი ხასიათს, რომ არსებობს ალკოჰოლური გენი, რომლის გადაცემა აუცილებრივ, ფატალურად შთამამავლობაში გამოიწვევს ალკოჰოლიზმს ე. ი. ალკოჰოლიზმი არ წარმოადგენს გენეტიკურ ავადმყოფობას.

როგორც ცნობილია ალკოჰოლი წარმოადგენს პროტოპლაზმურ შხამს, რომელიც მეტად უარყოფითად მოქმედობს ორგანიზმის ყოველივე უჯრედზე და განსაკუთრებით კი ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე რომელიც ფრიად მკნობიარე არის ამ ტოქსინის მიმართ. Kürz, Krepelin და Rüdin-მა სრული სიცხადით დაამტკიცეს, რომ 80 გრამ ალკოჰოლის მიღებისას-აღქმის, შეთვისების, დამახსოვრების და რეპროდუქციის უნარი შესამჩნევად სუსტდება და ეს მდგომარეობა გრძელდება 48 საათს. E. Krepelin-ის აზრით, ქრონიკულ ალკოჰოლიკათ შეიძლება ჩაითვალოს ის, რომელიც იმყოფება ხანგრძლივად ალკოჰოლის



მოქმედების ქვეშ და ლებულობს ალკოჰოლის ახალ დოზას მაშინ, როდესაც ის ჯერ კიდევ არ არის განთავისუფლებული მიღებულ ძველი დოზის ზეგავლენისაგან. ხანგრძლივი ალკოჰოლიური ინტოქსიკაციის გამო, ცვლილებას განიცდის თითქმის ყველა შინაგანი ორგანო. ამ მხრივ უხშირესად აღინიშნება: არტერიოსკლეროზი, მიოკარდიტი, კუჭის კატარი, ღვიძლის ციროზი, ნერვული სისტემის მრავალი ორგანიული და ფუნქციონალური აშლილობანი. უმადობა, უძილობა და ნაკლები პოტენცია, თუმცა libido პირველად გაძლიერებულიც არის. ცხადია, რომ ასეთი უნივერსალური ძლიერი შხამი დამლუპველ ზეგავლენას ახდენს აგრეთვე სქესობრივ უჯრედებზედ ხშირია მაგალითები, როდესაც მშობლების სიმთვრალე ჩასახვის დროს, გამოუსწორებელ კვალს სტოვებს მათ ნაყოფზე და თუ ეს ასე არის, რა უნდა ვთქვათ ჩვენ მაშინ, როდესაც ხდება სხეულის ხანგრძლივი მრავალწლოვანი ალკოჰოლიზაცია? რას უნდა წარმოადგენდეს მოწამლულ ორგანიზმის მიერ გამომუშავებული სპერმატოზოიდი ან დედაკაცის სქესობრივი უჯრედი? მდგომარეობა უფრო რთულდება მაშინ, როცა მოზარდი ნაყოფი თვით დედის მუცელში იწამლება ალკოჰოლიზმის გამო. მაგრამ მაინც ჩვენ არა გვაქვს არავითარი საბუთი ვიფიქროთ, რომ ალკოჰოლიზმი ატარებს მემკვიდრეობით ხასიათს. თუ ალკოჰოლიურ მემკვიდრეობაზე იქნება მსჯელობა მხოლოდ იმ მიმართულებით, რომ პოტატორთა შთამომავლობას, გადაცემა ნაკლები გამძლეობის უნარი, ზოგადი ფსიქიური დეგენერაცია ფუნქციონალურად ან ორგანიულად დაავადებული ნერვული სისტემა, ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლის და ბიო-ქიმიური კორელაციის ინსუფიციენცია, ესე იგი შემოიხაზება, მხოლოდ განსაკუთრებულ ავადმყოფური კონსტიტუცია—პროფ. Macnon-ის მშვენიერი შედარებით: ერთგვარი პრიზმა, სადაც თავისებურად გატარდება და გარდაიტეხება ცხოვრების შუქები. ამნაირად, ცხადია, რომ სუსტ, ნაკლებ გაძლიერების, დეგენერატიულ კომპლექსის მატარებელი ორგანიზმი ადვილად ზიანდება როგორც სომატიურად, ისე ფსიქიურად; მასში ადვილად ვითარდება მიზანშეუწონილი და ცუდი ჩვეულებანი-მაგალითად ალკოჰოლიზმი. არსებობს აგრეთვე მეორე გზა სიმპტომატიური ალკოჰოლიზმის წარმოშობისათვის, ეს გზა არის გზა ფსიქოზებისა. დაკვირვებანი დიდის სიუხვით მოგვაწოდებენ ხსენებულ შინაარსის მასალას. საკმარისად მიგვაჩნია მაგალითისათვის მოვიყვანოთ E. Krepelin-ის სტატისტიკა, რადგანაც სხვა ავტორების ციფრები თითქმის ამასვე ეთანასწორებიან: Krepelin-ი ამბობს, რომ ბნელიანთა შორის პოტატორების %-ტი 43,3 უდრის, არტერიო-სკლეროტიული ფსიქოზებში ქრონიკული ალკოჰოლიკები 38%-ში ინახებიან, პროგრესიულ პარალიზიანთა შორის ეს პროცენტი 35 აღწევს, სენილურ ფსიქოზებში პოტატორთა პროცენტი 22,1, მანიაკალურ დეპრესიულ ფსიქოზებში კი 12.82-ს უდრის; საინტერესოა უკანასკნელ ფსიქოზის და ალკოჰოლიზმის ურთიერთობა, მანიაკალურ—დეპრესიულ ფსიქოზის იოლი გამოხატულებას ციკლოტომია წარმოადგენს, ეს უკანასკნელი გენოტიპურია და სწორედ ამ ავადმყოფობის ერთ-ერთ ფაზაში, დეპრესიულში, ავადმყოფები ალკოჰოლს მიმართავენ, რის გამო პირვანდელი, ძირითადი სნეულების სურათი ბუნდოვანდება და ზოგჯერ კი შესამჩნევად იცვლება ამნაირად წარმოიშობა ეგრედწოდებული დიპსომანია, რომელსაც წინად ალკოჰოლიური ფსიქოზებთა ჯგუფში



ათავსებდნენ. დიპსომანია არის კიდევ ერთი მაგალითი იმისა, რომ ალკოჰოლიზმში ჩვენ უნდა განვიხილოთ ყოველთვის, როგორც სიმპტომატიური მოვლენა, როგორც უკვე არსებულ ნირო—ფსიქიური დეგენერაციის შედეგი, ამ დებულების საილუსტრაციოთ მოვიყვანთ რამოდენიმე შემთხვევას ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტის და ფსიქიატრიულ კლინიკის მასალებიდან.

დაკვირვება I. ი. 22 წლისა, ქარხნის მუშა, მოთავსებულია ინსტიტუტში II. IV. 1926 წ. Hysteria.

მემკვიდრეობა შედარებით საღი. ბავშობიდან ნორმალურად ვითარდებოდა, ხასიათი ჰქონია წყნარი, მშვიდი; სუსტ ნების-ყოფლობას იჩენდა, 20 წ. შეყვარებით შეურთავს ცოლი; ორი თვის წინ ვიდრე ინსტიტუტში მოათავსებდნენ, გაუწვევიათ სამხედრო სამსახურში, სადაც, ერთი თვე დარჩენილა. ამ ხნის განმავლობაში ცოლს მისთვის თავი მიუწებებია და სხვას გაყოლია. დაბრუნებისას, როცა ავადმყოფმა ეს ამბავი გაიგო მეტად აშფოთებულა, აღელვებულა, ბერჯერ სცადა ცოლის დაბრუნება, მაგრამ ამაოდ. დაავადების წინა დღეს განუძრახავს უკანასკნელად მოლაპარაკებელიყო ცოლს, მთელი დღე ლელავდა, შემდეგ დამთვრალა და მისულა ყოფილ ცოლის ბინაზე, ჯერ მშვიდათ დაუწვია ლაპარაკი, მაგრამ მალე აგზნებულა, დიდი აურზაური აუტეხია, გავარდნილა ქუჩაში, ელექტრორონის ბოძზე ასულა; ჰქონია ჰალუცინაციები, ყველგან თავის ცოლს „ელიჩკას“ ხედავდა. მოყვანილია ინსტიტუტში მეტად აღგზნებულ მდგომარეობაში.

ნევრო-პათოლოგიური Status-ი: თავის ტვინის ნერვები norma, თვალის გუგების რეაქცია სინათლეზე და აკომოდაციაზე კარგი, კონფიგურაცია სწორი. კორნეალური და კონიუქტივალური რეფლექსები აწეული, ხახის არა აქვს. მგზნობელობა დაწეული, მუხლის მყესის რეფლექსი-ცოცხალი, აქილესის norma, წითელი დერმოგრაფიზმი მკაფიოდ გამოხატული, პათოლოგიური რეფლექსები არ აღინიშნება.

ფსიქიური სტატუსი: ცნობიერება ნათელი, გუნებგანწყობილება ხშირად დაწეული, იჩენს განსაკუთრებითი მგზნობიარებას; განვითარების საერთო დონე სრულად შეეფარდება მიღებულ სწავლას; აქტიური ყურადღება დაწეული აქვს, შედარებით ხშირად ცნობიერების შეცვლა, სომნამბულიური ხასიათის მიღებულ ტრაუმის რეპროდუქციით.

დაკვირვება II ჟ. 34 წ. ჟურნალისტი, შემოვიდა ინსტიტუტში 5/4 1923 წ. Psychasthenia.

მემკვიდრეობის შესახებ დაწვრილებითი ცნობები არა გვაქვს ვიციით მხოლოდ, რომ მამა მსმელი იყო, ფსიქიური აშლილობა მას არ ქონია, 10 წელიწადია რაც ავად არის; ავადმყოფობის დასაწყის მომენტს ვერ აღნიშნავს, უმთავრესად მას აქვს შიშები ფობიების ხასიათისა სრულიად ვერ იტანს მაღლობზე ასვლას, მთების და მფრინავ აეროპლანების წარმოდგენაც მასში მთელი სხეულის კანკალს იწვევს, ეშინიან აგრეთვე თავისუფალ სივრცეების, მოედანზე გასვლა მისთვის უდიდეს ტანჯვას წარმოადგენს; თავის თავის ნდობა არა აქვს, მუდამ ფიქრობს იმაზე, რომ სადმე რამე არ დაავიწყდეს, ოჯახურ პირობებში აუტანელია-ბოლო ხანებში ალკოჰოლს მიყო ხელი, რადგანაც შეამჩნია, რომ



ალკოჰოლი აძლევს მას შესაძლებლობას დაიპყროს თავისი შიშები, უმატებს ენერგიას, უღვიძებს ხალისს და სხვა; ჯერ სვამდა ცოტ-ცოტად ღვინოს, მაგრამ მალე ეს უკანასკნელი მას არ აკმაყოფილებდა და მალე არაყზე გადავიდა; ესლასვამს გადაჭარბებულად, განუწყვეტლივ რამოდენიმე დღე ამ ხანაში ის სრულიად კარგავს ადამიანობას. ერთ—ერთ ამგვარ მდგომარეობაში მოთავსებული იყო ინსტიტუტში. ნევროპათოლოგიური Status-ი, გუგების რეაქცია სინათლეზე და აკომოდაციაზე norma, კონიუქტივის და კორნეის დაწეული; ქუთუთოების, ენის და გაშლილ თითის ტრემორი, პარესტეზიები, მგზნობელობის დაწევა; მუხლის მყეცის და აქილეცის norma. წითელი დერმოგრაფიზმი მკაფიად გამოხატული, პათოლოგიური რესლექსები abs.

ფსიქიური Status-ი: ცნობიერება ნათელი, თვით გრძნობა ცუდი, გუნება-განწყობილება მერყევი. სჭარბობს ასტენიური ემოციები და შიშის აფექტები, ხშირი ჰიპნონგოგიური ჰალუცინაციები, მეხსიერების შესუსტება, ეგოცენტრიული ასოციაციები, ინტრაფსიქიური აქტივობის დაქინება, აქტიური ყურადღების დაწეულია, რადგანაც ავადმყოფი მუდამ გართულია თავის განცდებში. სათანადო თერაპიის შემდეგ ავადმყოფი გაწერილია გაუმჯობესებული.

დაკვირვება III. ტ. 45 წლისა, მსახიობი მოთავსებულია ინსტიტუტში 20 10 1923 წელში. Psychasthenia. მემკვიდრეობა: მამა მსმელი, ათაშანგიანი გულჩათხრობილი, მაგრამ კეთილი. დედა დასნეულებული t. b. c.-ერთი, ამჟამად ცოცხალია. ავადმყოფის ბიძა და დეიდა-სულით ავადმყოფი. მამის მხრივ აღსანიშნავია ტუბერკულოზი.

ავადმყოფი თავიდანვე მეტად ნიჭიერი, მაგრამ უხასიათო ყოფილა. 17 წლიდან ატარებდა სრულიად თავისუფალ ცხოვრებას. 22 წლისას Lues-ი მიუღია. მას ახასიათებდა ის, რომ დიდი ხანს ორ ადგილას ვერ რჩებოდა. ხშირად იცვლიდა საცხოვრებელ ადგილს, მოგზაურობდა, ცხოვრების რეალობას ვერ ეგუებოდა, ოჯახურ პირობებში იჭვიანობას და უთავბოლობას იჩენდა; რომელიმე, ზოგჯერ სრულიად უმნიშვნელო საკითხს ერთბაშად ვერ გადაჭრიდა, ხანგრძლივად ყოყმანობდა, ენერჯის გასაძლიერებლად ხშირად ალკოჰოლს მიმართავდა ბევრს სვამდა, განუწყვეტლივ რამოდენიმე დღის განმავლობაში. ორჯელ ალკოჰოლური ფსიხოზი გადაუტანია. მესამეჯერ ფსიქოზის დაწყებისთანავე მოთავსებულია ინსტიტუტში. ნევრო-პათოლოგიური Status-ი: გუგის რეაქცია სინათლეზე შესუსტებული. რქოვანას რეფლექსი abs. მგზნობელობის დაწევა, ენის და გაშლილ თითთა ტრემორი, მუხლის მყეცის რეფლექსი აწეული. აქილეცის norma. წითელი დერმოგრაფიზმი. Bomberg-ი, Babinski უარყოფითი.

ფსიქიური Status-ი (სამი დღის შემდგომ), ცნობიერება ნათელი თვით-გრძნობა ცუდი. გაბატონებულია შიშის ემოციები, აფექტიურია, ხშირად ტირის. ჰალუციაციები არა აქვს. ინტელექტუალური მოქმედება კარგი. ბლომად აქვს აკვიატებული იდეები: „Если я возьму Тургенева Ивана то придет сестра Анна... если вдруг врач назначит слабительное, то случается то-то, если нет не случится“..... და სხვა. ნებიითი სფეროში აღინიშნება მოქმედებების სიმცირე, უნებისყოფლობა. აქტიური ყურადღება შესუსტებული, პასიური კი მეტად გაძლიერებული. გაწეწვა კლინიკიდან 5/4 1924 წ. გამოკეთებული.



დაკვირვება 4. ბ. 25 წლისა მოსამსახურე. შემოვიდა ინსტიტუტში 14.5.1924 წელს. Psych. maniaco-depressiva. მემკვიდრეობა: მაგარ სასმელების მოყვარული მამა, რომელსაც 53 წლის ასაკში დამბლა დაეცა და ერთი წლის ავადმყოფობის შემდგომ გარდაიცვალა. დედა ჯანსალი. წინაპართა შორის პათოლოგიური მომენტები არ აღინიშნებიან. ავადმყოფი ბავშვობაში კარგად ვითარდებოდა, სისტემატიური სწავლა არ მიუღია, მაგრამ მუყაითობით ბევრი ცოდნა შეუძენია, ბოლო დროს საპასუხისმგებლო ადგილი ეჭირა და თავის მოვალეობას პირნათლად ასრულებდა, რამოდენიმე კვირის წინ ერთგვარი აგზნება და ფუქსავატობა დაეტყო, ავადმყოფობის მკაფიო ნიშნები დაეტყო მას შემდეგ, რაც რამოდენიმე დღის განმავლობაში განუწყვეტლივ ლოთობდა. ნ ე ვ რ ო - ბ ა ტ ო ლ ო გ ი უ რ ი Status-ი. თვალის გუგის რეფლექსები სინათლეზე და აკომოდაციაზე ცოცხალი, კორნეალური და კონიუქტივალური რეფლექსები ოდნავ აწეული. გზნობელობა დაწეული. ენის და გაშლილ თითების ტრემორი. მუხლის მყესის რეფლექსი ცოცხალი. აქილესის *пoчтa*, წითელი დერმოგრაფიზმი, სახის ასიმეტრია, ორივე ფეხების შუა თითების შეზრდა, პათოლოგიურ რეფლექსები უარყოფითი.

ფსიქიური Status-ი: ცნობიერება მანიაკალურად აბნეულია, გუნებ-განწყობილება აწეული, მხედველობის ჰალუცინაციები, ასოციაციები აჩქარებული. კრიტიკის საგრძნობლად დაწევა, ყურადღების დაწევა, საერთო მოძრაობით აგზნება, გაწერილია კლინიკიდან 7 აგვისტოს 1924 წ. სრულიად გამოკეთებული.

დაკვირვება 5 ა. 26 წ. სოფლის მუშა, შემოვიდა ინსტიტუტში 19 აპრილს 1925 წ. Diagnosis: Epilepsia et psychosis epileptica. მემკვიდრეობა: მამა ლოთი, დედა ნერვიანი, დი-დედა მამის მხრივ სულით ავადმყოფი.

14 წ. აქვს გულყრები კლონური და ტონური კრუნჩხვებით, დუჟით, შარდის დაქცევით; დასაწყისში, გულყრები იშვიათად მოსდიოდა, ეხლა მეტად ხშირად. უკანასკნელი ავადმყოფობა დაეტყო ორ დღის ლოთობის შემდეგ. ქეიფის დროს მას, რამოდენიმეჯერ ზედი-ზედ გულყრა მოუვიდა, (status epilepticus), რომლის შემდგომ აირია. ღვინოს და არაყს 17 წლიდან ეტანება, თუმცა იცის რომ ალკოჰოლი მისთვის სასტიკ შხამს წარმოადგენს.

ნევროლოგიური Status-ი: თვალის გუგების რეაქცია სინათლეზე და აკომოდაციაზე ცოცხალი კონიუქტივის და კორნეასი ოდნავ დაწეული. ხახის რეფლექსი — Norma, ქუთუთოების, ენის და გაშლილ თითების კანკალი. მუხლის მყესის რეფლექსი და აქილესის ცოცხალი. კრემასტერის რეფლექსი დაწეული, წითელი დერმოგრაფიზმი, პათოლოგიური რეფლექსები არ აღინიშნებიან.

ფსიქიური Status: ბინდისებრივად ცნობიერების შეცვლის ვარეშე, ორიენტაცია სრული, თვითგრძნობა კარგი, გუნება—განწყობილება უარყოფითი ტონის, ბრაზიანია, ეჭვიანია, დაუნდობელია, აქვს აფექტისადმი მიდრეკილება; ბინდისებრ მდგომარეობაში მას აქვს მრავალრიცხოვანი მსმენელობის და მხედველობის ჰალუცინაციები შემზარავი ხასიათის, ნათელ პერიოდში კი აღქმა სწორი ნათელი და გარკვეული. მეხსიერება საერთოდ შესუსტებული აქვს. ასოციაციებთა შეუღლება სწორედ სწარმოებს. ავადმყოფის ყოველივე მოთხრობა სავსეა



სრულიად უმნიშვნელო დამლაგავი დეტალებით, პასიური ყურადღება აქტიური კი დაწეულია. ჭკუის სისუსტის ნიშნები.

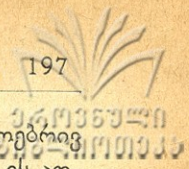
ავადმყოფის პიროვნება შეცვლილია, ის უკვე არ წარმოადგენს სრულ, ღირებულოვან ადამიანს.

დანარჩენ დაკვირვებებს, რომლებიც ხელთა გვაქვს, ჩვენ აქ არ აღვწერთ, რადგანაც ბევრი მათგანი სრულიად ანალოგიურია ზემო მოყვანილ შემთხვევებთან, ნაწილი კი, თუმცა თავისებურებას წარმოადგენენ. მაგრამ მათი ხასიათი, უფრო კაზუსტურია და ამიტომ ზედმეტად მიგვაჩნია ამჟამად მათი განხილვა.

მოყვანილ 5 დაკვირვებიდან, 4 ავადმყოფთა მემკვიდრეობაში ალკოპოლიზმი ნათლად აღინიშნა, მაგრამ მიუხედავად ამისა მოსალოდნელ შვილთა ალკოპოლიზმის მაგიერ, განვითარდა სხვა სახის ფსიქიური აშლილობანი ჩვენი დაკვირვების მიხედვით პირველ რიგში გავარჩევთ იმ ურთიერთობას, რომელიც არსებობს ერთის მხრივ ალკოპოლიზმის და მეორეს მხრივ საერთოდ ფსიქოპათიების და ფსიქონევროზების შორის.

ფსიქოპათიების და ფსიქონევროზების კონსტრუქციაში უდიდესი ადგილი უჭირავს აფექტიურ თავისებურებებს, რომლებიც ერთგვარ მიმართულებას აძლევენ ავადმყოფ პიროვნების ყოველივე მოქმედებას, თუნდაც იმ შემთხვევაშიც, სადაც ინტელექტი შედარებით კარგად არის განვითარებული და მალალ დონეს აღწევს. ნევროტიკის ცხოვრება უმთავრესად აფექტიური და სულ მცირედ ინტელექტუალურია; სავსეა და სხვადასხვა ხასიათის კონფლიქტებით. ის მოკლებულია ადექვატურ რეაქციებს, მოკლებულია ცხოვრების სინამდვილის გრძობას და თუ ჯანსაღი პიროვნება, ყოველთვის და ყველა შემთხვევაში ხელმძღვანელობს არსებულ ფაქტთა ჯგუფით, მაშინ ნევროტიკი, როგორც ბავშვი, არჩევს მხოლოდ იმ ფაქტს, რომელმაც მასში მისთვის სასიამოვნო, დამაკმაყოფილებელი ემოცია გამოიწვია. ამის გამო ნევროტიკი ვერ ეგუება და ვერ თავსდება ცხოვრების პირობებში და იღებს ხშირ ტრავმებს, რაც მისთვის სრულიად მიუღებელია და აუტანელი; ამგვარი მდგომარეობიდან განთავისუფლების საშუალებას ის პოულობს ან ფსიქოზში (უმეტესად ისტერიელები), ან სხვადასხვა სახის ნარკოტიკებში (უმეტესად პსიქასტენიკები) ან ხდებიან საზოგადოების მტრებად (უმეტესად პსიქოპათები).

ამნაირად, ჩვენი გაგებით, უდიდესი ნაწილი ქრონიკული ალკოპოლიკებისა, ითვლებიან ზემოაღწერილ ნევროტიული ჯგუფების წევრებად. ამგვარ გაგებას სრულიად შეესაბამება ჩვენი დაკვირვების მეორე და მესამე შემთხვევა. პირველი კი საინტერესოა მხოლოდ შემდეგით: როდესაც ცხოვრებამ, ნევროტიკის, ამ ჩვენ მოცემულ შემთხვევაში ჰისტერიელს, მოსთხოვა მისი ძალების სრული მობილიზაცია და როდესაც თავის უსაკმარისობის გამო, ეს ვერ მოახერხა, მან მაშინ მიმართა დამხმარე ძალას-ალკოპოლს. ამნაირია ხშირად პირველი ეტაპი ალკოპოლიზმის განვითარებისა. ალკოპოლიზმის მეორე ჯგუფი ეკუთვნის ფორმალურ ფსიქოზთა წყმას. სულით ავადმყოფები თუ რატომ ეტანებიან ალკოპოლს ეს ცხადი გახდება მაშინ, თუ ჩვენ ფსიქოზების სხვადასხვა კომპონენტებს მოვიგონებთ: აგზნებას, ბოდვითი იდეებს, ჰალუცინაციებს, ჭკუის სისუსტეს, დეპრესიას და სხვა). ჩვენი მეოთხე და მეხუთე დაკვირვება საკმარისად ახასიათებს უკანასკნელ ჯგუფს.



რაც შეეხება იმ საკითხს, თუ რატომ უფრო მოდებულა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ალკოპოლიზმი და არა ესთქვით მორფინიზმი ან კოკაინიზმი, ეს ადვილად შეგვიძლიან ავხსნათ იმ მოსაზრებით, რომ ალკოპოლი უფრო მისაწლო-მია ვიდრე სხვა სახის ნარკოტიკი და იმ არასწორი შეხედულებით, რომელიც არსებობს ალკოპოლზე, რომ ის ვითომდა წარმოადგენს საკვებ მასალას.

უკანასკნელი სამი წლის, ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტის და ფსიქიატრიულ კლინიკის ამბულატორიულ პრაქტიკიდან და პროფ. ასათიანის პირადი დაკვირვების მიხედვით, ჩვენ შეგვიძლიან განვაცხადოთ, რომ ფსიქოპატიების ფსიქონევროზების და ფსიქიური აბერაციების შემთხვევათა რიცხვი საქართველოში გაცილებით უფრო მცირეა, ვიდრე სხვა ქვეყნებში; ეს მეტად სასიამოვნო ფაქტი, მოწმობს იმას, რომ ჩვენ ქვეყანაში ალკოპოლიზმს არ უნდა ჰქონდეს ნარკომანიის ხასიათი და თუ ჩვენში არის ალკოპოლიზმი ამ უკანასკნელს უფრო ყოფა-ცხოვრების ხასიათი უნდა ქონდეს.

მაგრამ ეს ფაქტი მაინც იმას არ ნიშნავს, რომ ყოფაცხოვრების, შემთხვევითი ალკოპოლიზმი არ არის მავნებელი. პირიქით, რამდენად უფრო სუსტია მტერი, იმდენად უფრო ადვილია მასთან ბრძოლა და ეს ბრძოლა ალკოპოლიზმთან საქართველოში სასტიკად უნდა იყოს გატარებული.

დასასრულს კვლავ ვსარგებლობ შემთხვევით ღრმა მადლობა გადაუხადო ჩემ მასწავლებელს პროფ. მ. მ. ასათიანს ხელმძღვანელობისათვის.

**დ ე ბ უ ლ ე ბ ა ნ ი:**

1. ალკოპოლიზმი-ერთის მხრივ უნდა განხილულ იქნეს, როგორც შემთხვევითი მოვლენა, მეორეს მხრივ ის კონსტიტუციონალურ ნიადაგის გამომხატველია.
2. უკანასკნელ შემთხვევაში ალკოპოლიზმი არ წარმოადგენს გენოტიპიურ ფენომენს, ის უნდა იქნეს მიღებული როგორც პარატიპიული მოვლენა.
3. ალკოპოლიზმი უმთავრესად არის უკვე არსებული ნევრო-ფსიქიური დეგენერაციის შედეგი.
4. სიმპტომატიური ალკოპოლიზმი გამომხატველია ერთის მხრივ ფსიქოპატიების და ფსიქონევროზების: ფსიქასტენია, ისტერია და სხვა), მეორეს მხრივ ფსიქოზებისა (ეპილეპსია, მანიაკალ-დეპრესიული ფსიქოზი და სხვა).
5. ალკოპოლიზმის გავრცელება სხვა ნარკომანიებთან შედარებით აიხსნება უმთავრესად ალკოპოლის გაადვილებული მიწვდომით და ყოფა-ცხოვრების პირობებით.



ქირ. დოქტ. ა. წულუკიძე.

საპრეპარატ-დოცენტო სანიმუშო ლექცია ფაკულტეტის წინაშე.

## შარდბუშტის ავთვისებიანი ხორცმეტეზის დიაგნოსტიკა და წამლობა.

(ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის უროლოგიური განყოფილება.

გამგე — პროფ. გ. მუხაძე).

თუ რამდენად დაინტერესებული არიან ამ უამად მეცნიერები შარდბუშტის სიმსივნეების საკითხით ნათლად ჩანს იქიდან, რომ ამ ბოლო წლებში ლიტერატურა ბევრს ყურადღებას აქცევს ამ დაავადებას და უკანსკნელი უროლოგების კონგრესები ამ საკითხს სვამენ ერთ-ერთ საპროგრამო საკითხად. ამას ჩვენ ვხედავთ ფრანგების, გერმანელების, ავსტრიელების და რუსეთის უროლოგთა კონგრესებზე.

ძველ დროში, შარდბუშტის სიმსივნეების ამოცნობა სიცოცხლის დროს თითქმის შეუძლებელი იყო და ესეთი შემთხვევები იყო თითო-ოროლა, საზოგადოდ კი მათი აღმოჩენა სასექციო მაგილისა კუთვნილებას წარმოადგენდა. მას შემდეგ, რაც Nitze-მ შემოიღო ცისტოსკოპი, მსოფლიო ლიტერატურა თანდათან აივსო როგორც (კალკე შემთხვევების აღწერით, ისე ფართო კლინიკურ მასალის აღწერა-შესწავლით და ამჟამად ციმტოსკოპის ხმარება გვაძლევს ჩვენ საშუალებას არამც თუ აღმოვაჩინოთ თუ გინდ ჩვირეოდენი ხორცმეტე შარდბუშტში, არამედ შედარებით დიდის სისწორით შევისწავლოდ თვით ამ ხორცმეტის თვისებები.

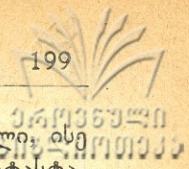
ცნობილია, რომ შარდბუშტში შეიძლება იყვეს ხორცმეტები **კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი**. Casper-ი იღებს სწორეთ ასეთ კლასიფიკაციას და ამ ორ დიდ ჯგუფად ჰყოფს საერთოდ შარდბუშტის ხორცმეტებს, მაგრამ ეს ავტორი დიდი ინტერესით აღნიშნავს, კეთილთვისებიან ხორცმეტის ავთვისებიანში გადასვლის შესაძლებლობას. ვინაიდან დღევანდელი ჩვენი საუბარის მიზანს მხოლოდ ავთვისებიანი ხორცმეტები შეადგენენ, ჩვენ არ შევხებით პირველ რიგის დაავადებას, აღნიშნავთ მხოლოდ, რომ ტიპიურ წარმომადგენლად კეთილთვისებიან ხორცმეტისა უნდა ჩაითვალოს papiloma. Casper-ი შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტებს ყოფს ორ ჯგუფად: ა) პაპილომატოზური კიბო და ბ) მკვრივი კიბო. E. Josef-ი უმატებს ამ ჯგუფს აგრეთვე სარკომას, რაც წარმოადგენს მეტად იშვიათ შემთხვევას. \*)

\*) სარკომები შეიძლება შეგვხვდეს ლიმფომიო, ფიბრო და სხვა სახით.

მათი წარმოშობას უფრო ემბრიონალურ ხასიათს აწერენ. აღნიშნულია, რომ მათ ვნდებით უფრო ბავშვთა ასაკში 5 წლამდე, და მასთან ერთათ ვაჟებს 2-ჯერ მეტად ვიდრე ქალებს.

ეპიტელიალურ სიმსივნეებიდან უფრო ხშირად ჩვენ ვხვდებით ეგრეთ წოდებულ papiläre blumen carcinoma'ს. შემდეგ მედულარულ, ალვეოლარულ, ბრტყელ და სხვებს.





შარდბუშტის ავთვისებიანი ხორცმეტები იყვნენ როგორც პირველი, ისე მეორადი ახლო მდებარე ორგანოებიდან გაგრძელებით გადმოტანილი. მეტასტაზები კი შარდბუშტში წარმოადგენენ იშვიათ მოვლენას. Casper-ის დაკვირვებით ავთვისებიანი ხორცმეტები შარდბუშტში უფრო ხშირი მოვლენა არის ვიდრე კეთილთვისებიანი,\*) თუმცა Mayo-ს კლინიკური მასალა იძლევა საწინააღმდეგო ციფრებს. რაც შეეხება მეორად ავთვისებიან ხორცმეტებს აქაც მსოფლიო ლიტერატურა იძლევა სხვადასხვა ცნობებს: ერთნი ამბობენ, რომ ქალებს უფრო ხშირად აქვთ მეორადი ხორცმეტები უმთავრესად საშვილოსნოდან, მეორენი კი სთვლიან, რომ მამაკაცებს უფრო ხშირი აქვთ, მაგალ. წინამდებარე ჯირკველიდან. საზოგადოდ შარდბუშტის ხორცმეტები უფრო ხშირია მამაკაცებში ვიდრე დედაკაცებში. Albaran და Nitze-ს ცნობით 75% ეკუთვნის მამაკაცებს, 25 დედაკაცებს.

თუ საერთოდ საკითხი ავთვისებიან ხორცმეტების ეთიოლოგიისა მოცულია სიბნელით, შარდბუშტის ასეთი დაავადება იძლევა უფრო ნაკლებ ახსნას ამისას. ზოგიერთი ავტორი ამტკიცებს, რომ შარდბუშტის ხანგრძლივი გაღიზიანება ანთებითი პროცესებით (ცისტიტები, ხანგრძლივი ფისტულები, პარაზიტები) ან მექანიკური გაღიზიანება (კენჭები) ვითომდა იყვნენ მიზეზად ხორცმეტების გაჩენისა\*\*), მაგრამ თუ ჩვენ წარმოვიდგენთ რამდენად ხშირია ზემოაღნიშნულ მოვლენებით დაავადება შარდბუშტის და მასთან შედარებით იშვიათი მოვლენები შარდბუშტის ხორცმეტებისა, ადვილად დავინახავთ ამ დებულების უსაფუძვლობას. Borst-ის აზრით შარდბუშტის დივერტიკულობას კიბოს გაჩენა უნდა მიეწეროს მხოლოდ მისი ეპიტელიუმის მუდმივი გაღიზიანებას ნარჩენ შარდით. მაგრამ ჩვენ ვიცით, რომ ლიტერატურაში ორიოდ ათეული არის აღწერილი შარდბუშტის დივერტიკულის კიბოსი, მაშინ როდესაც თვით შარდბუშტის დივერტიკული წარმოადგენს არც ისე იშვიათ მოვლენას; მით უმეტეს რომ ამის დასამტკიცებლად არ არსებობს საბუთი გარდა საერთოდ მიღებულ ხორცმეტების გაჩენის მექანიკურ თეორიისა.

უფრო თვალსაჩინო და საინტერესო აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ანილინის საღებავის მომუშავეთა შორის შედარებით ხშირად არის აღნიშნული შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტებით დაავადება\*\*\*).

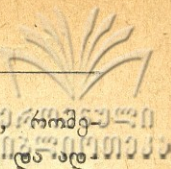
დიაგნოსტიკა. შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტების დიაგნოსტიკა უნდა ემყარებოდეს 4 ძირითად ფაქტორს: 1) კლინიკურ მიმდინარეობას და სიმპტომოკომპლექსს, 2) ინსტრუმენტალურ გასინჯვას—ციტოსკოპიას, 3) შარდბუშტის რენტგენის სხივებით გასინჯვას—ციტოგრაფიას და 4) ბიოპსიას.

თავისთავად ცხადია და ქვემოდ ჩვენ ნათლად დავინახავთ, რომ არსებობს მთელი რიგი სიმპტომებისა, რომლებიც შარდბუშტის ხორცმეტების დამახასია-

\*) Küster, Ultman, Casper-ის მიხედვით % შარდბუშტის ავთვისებიან სიმსივნეებით დაავადებისა უდრის 0,5-3%-დ შარდბუშტის ყველა დაავადებაზე. Albaran-მა 88 შარდბუშტის სიმსივნეებზე 68-ში აღმოაჩინა carcinoma. V. Frich-ის ჰისტოლოგიური გამოკვლევაში გვიჩვენებენ, რომ მან 300 პრეპარატზე 2/3 შემთხვევაში აღმოაჩინა carcinoma. Watson-მა 653 შემთხვევაზე 414 იგივე ავთვისებიანი სიმსივნე აღმოაჩინა.

\*\*) ამ აზრის არიან Stocrek, Zucerkande და სხვ.

\*\*\*) Roen-მა 1895 წ. პირველმა მიაქცია ყურადღება ანილინის გაზების მოქმედების მნიშვნელობას შარდბუშტის ავთვისებიან სიმსივნეების გაჩენაზე. აღნიშნულია აგრეთვე ბილარციოზის გავლენა ასეთ დაავადებაზე. Fenwick, Kartulis, Coebil და Pfoster-მა აღნიშნეს ევკატემი 50%-დ დაავადება შარდბუშტის სიმსივნეებით ბილარციოზის ნიადაგზე.



თებელი არიან, მაგრამ მასთან ერთად არ არსებობს ისეთი სიმპტომი, რომელიც შეიძლება ამ დაავადებისა სრულიად უტყუარ ნიშნად ჩავთვალოთ და აღვილი ხდება. შეცდომის დაშვება. თვით ინსტრუმენტალური გასინჯვა და მასთან ერთად რენტგენოგრაფია ხშირად შეუძლებელი ხდება სხვადასხვა დაბრკოლებების გამო და ამიტომ ბიოპსიაც ხშირად შეუძლებელი არის. ამიტომ საჭიროა მივმართოთ იმ საშუალებებს, რომლის არჩევა შესაძლებელი არის, და რასაკვირველია, კომბინაცია ზემოაღნიშნულ საშუალებისა გვაძლევს საშუალებას დავსვათ სრულებით უტყუარი დიაგნოზი და ამისდა მიხედვით მივმართოთ ამა თუ იმ დახმარებას. გადავსინჯოთ ეხლა თუ რას გვაძლევს სათითაოდ ზემოაღნიშნული საშუალებანი დაავადების ამოსაცნობათ, რა კლინიკური ნიშნების მიმდინარეობა აქვს შარდბუშტის ხორცმეტებს?

ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ საზოგადოდ ასეთი აზრი არსებობს, რომ სქესის მიხედვით მამაკაცთა შორის უფრო ხშირია საერთოდ შარდბუშტის ხორცმეტით დაავადება და კერძოდ ავთვისებიან ხასიათისა, ვიდრე დედაცთა შორის. რაც შეეხება ასაკს, კი აღნიშნულია ავთვისებიან ხორცმეტებით დაავადება 50 წლის შემდეგ.

უდიდეს და კარდინალურ ნიშნად შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტის უნდა ჩაითვალოს შარდბუშტისაგან სისხლის დენა Hematuria. ასე: Kretschmer-ის ცნობით 933 შემთხვევაზე Hematuria-სი, ეს უკაცნელი 46%-ში იყო გამოწვეული ხორცმეტებით და Balkányi-ს ცნობით კი მას ჰქონია სისხლიანი შარდი გამოწვეული ხორცმეტებით 76%-ში.

პირველად ყოვლისა ჩვენ უნდა გავიხსენოთ თუ რას შეუძლია გამოიწვიოს სისხლის დენა საზოგადოთ საშარდე ორგანოებიდან? ჩვენ ვიცით, რომ სისხლის დენას ამ ორგანოებიდან იწვევს: 1) ტრაუმა, 2) ანთებითი პროცესები, 3) კენჭები და 4) ხორცმეტები.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ თუმცა სათითაოდ ყოველ ზემოაღნიშნულ მოვლენებს აქვს თავისი დამახასიათებელი ნიშნები, მაგრამ მაინც არც ერთი მათგანი არ შეიძლება სრულებით უტყუარ ნიშნად ჩაითვალოს, რადგან ადვილად შესაძლებელია იყოს კომბინაცია ორი ან მეტი მოვლენების ერთად, ხანდისხან ამა თუ იმ მოვლენას ქონდეს სრულებით შემთხვევითი ხასიათი. ამის ასახნეულად შეიძლება მოვიყვანოთ მაგალითი: თვით ტრაუმას შეუძლია გამოიწვიოს სისხლის დენა ამა თუ იმ საშარდე ორგანოდან, მაგრამ შესაძლებელია აგრეთვე ამავე დროს არსებობდეს შარდბუშტში ხორცმეტი, რომელიც იძლევა თავისთავად Hematuria-ს, მაგრამ მის დასაწყისი იყვეს ანამნეზში რაიმე ტრაუმა. ასეთივე მოვლენას შეიძლება ქონდეს ადგილი კენჭების და სხვადასხვა ანთებითი პროცესების დროს. როგორც ვსთქვით შესაძლებელია იყვეს ერთდამთავად დროს რამოდენიმე მოვლენა, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს სისხლის დენა, მაგალითად: კენჭი თირკმელში და ხორცმეტი შარდბუშტში ანდა საწინააღმდეგოდ T. B. C. თირკმელში და ხორცმეტი შარდბუშტში და სხვადასხვა. ამნაირად ჩვენთვის ნათელი ხდება, თუ რა საჭიროებას წარმოადგენს თვით ამ სიმპტომის — Hematuria-ს ხასიათის დაწვრილებითი შესწავლა.

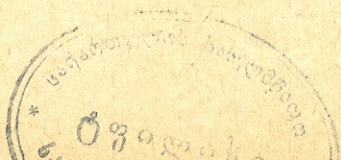
რაც შეეხება ტრავმით გამოწვეულ სისხლის დენას აქ ყურადღების ღირსია ის ანამნესტიური ცნობები თუ რა ხასიათის ტრავმას ქონდა ადგილი და ამისდა მიხედვით ადგილი ხდება ხშირად სწორი დიაგნოზის დასმა. ტრავმა შესაძლებელია იყვეს მიყენებული რბილი ქსოვილების დარღვევით ამა თუ იმ საშარდე ორგანოს არეში მსროლელი ან მჭრელი იარაღით ან კიდევ ამ ქსოვილების დაურღვევლათ; მაგ.: რაიმე ძალდატანების შედეგად. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ საშარდე ორგანოებიდან სისხლის დენა შეიძლება იყვეს ინსტრუმენტალურ გასინჯვის შედეგი: შარდბუშტის, შარდსაწვეთების კატეტერიზაცია, იარაღის ან განზრახ სხვადასხვა ნივთიერებათა შეყვანის შედეგად. ანამნეზის მიხედვით ტრავმატული სისხლის დენის ამოცნობა შედარებით ადვილია. ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ ანთებითი პროცესების შედეგად შესაძლებელია იქნეს Hematuria. აქ საჭიროა ყოველთვის შესწავლა ამა თუ იმ საშარდე ორგანოს დაავადების მსვლელობა და დაწვრილებითი შარდის შესწავლა ანალიზის სახით. თანამედროვე ინსტრუმენტალური გასინჯვა, შარდის ანალიზი და ფუნქციონალური გამოკვლევები გვაძლევს საშუალებას დავსვათ უტყუარი დიაგნოზი ამა თუ იმ ანთებითი პროცესებისა. გარდა ამისა თვით Hematuria, რომელიც გამოწვეულია ამა თუ იმ ანთებითი პროცესით კლებულობს ან სრულებით ქრება საერთო გაუმჯობესების და ანთებითი პროცესების დაკლების მიხედვით, მაშინ როდესაც, როგორც ჩვენ ქვემოთ დავინახავთ, ხორცმეტებით გამოწვეულ სისხლის დენის დროს ამ მოვლენას ადგილი არა აქვს.

საშარდე ორგანოების კენჭებს, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, შეუძლია გამოიწვიოს სისხლის დენა. შარდბუშტის კენჭები იძლევა გარკვეულ კლინიკურ სურათს, ტკივილების ლოკალიზაციის, მათი ირადიაციის მხრივ, მასთან მოსდევს შარდის დენის მთლიანობის გარკვეული ნიშნები, დაბოლოს ინსტრუმენტალურ და რენტგენით გასინჯვა იძლევა სრულებით უტყუარ დიაგნოზს შარდბუშტის კენჭის არსებობისა.

ასეთივე დამახასიათებელი სურათი არსებობს შარსაწვეთების და თირკმელების კენჭების დროს. ტკივილების შეტევითი ხასიათი, შარდის სათანადო შესამჩნევი ცვლილებები. Hematuria რომელიც უფრო ხშირად ტკივილების შეტევებთან არის დაკავშირებული მისი სიძლიერე და ბოლოს რენტგენოგრაფია აგრეთვე გვაძლევს ჩვენ საშუალებას ამოვიცნოთ ეს დაავადება.

ეხლა ვნახოთ თუ რა დამახასიათებელია შარდბუშტის ხორცმეტებისათვის და კერძოდ ავთვისებიან ხორცმეტებისათვის Hematuria.

ხშირად შარდბუშტიდან სისხლის დენა არის ამ ორგანოს ავთვისებიან ხორცმეტის ერთად ერთი სიმპტომი. სრულებით უმიზეზოდ შეიძლება დაიწყოს სისხლის დენა შარდბუშტიდან. უმეტეს შემთხვევებში სისხლის დენა არის თითქმის წმინდა სისხლი და მეტად მძლავრი. ამავე დროს თვით შარდბუშტის მხრივ შესაძლებელია არავითარი მოვლენები არ იყვეს არც შარდის დაქცევის მოშლილობის მხრივ და არც ტკივილების მხრივ. მიუხედავად საერთო სისხლის შემაჩერებელ ზომების მიღებისა, სისხლის დენა არ ჩერდება და ამასთან ერთად ისევ სრულებით უმიზეზოდ როგორც დაიწყო ეს სისხლის დენა თავისთავად შეჩერდება. შესაძლებელია ხანდისხან რომ მრავალი კვირები, თვეებიც და ხანდისხან





წლებიც არ განმეორდეს სისხლის დენა. ხანდისხან კი სისხლის დენა პატარა ინტერვალით ისევ განმეორდება ხოლმე. ამნაირად ჩვენ ვხედავთ, რომ შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტის დროს სისხლის დენის პერიოდობას აქვს ადგილი. ვარდა ამისა ამ დაავადების დროს თვით სისხლის დენა ძლიერია წმინდა სისხლით და საჭირო ხდება ხოლმე მივმართოთ ამა თუ იმ შემთხვევაში სასწრაფო ოპერატიულ დახმარებას რადგან ეს ხდება სიცოცხლის ჩვენებად.

თვით Hematuria არ იწვევს ხოლმე, როგორც ვსთქვით, არავითარ ცვლილებებს ან შარდის დაქცევის მოშლილობას. არის იშვიათ შემთხვევებში ტენეზმები შარდბუშტის მხრივ, მაგრამ ეს არის გამოწვეული იმ ნაკვეთებით, რომლებიც იჭედებიან შარდბუშტის ყელში და ხანდისხან შეუძლიათ გამოიწვიონ შარდის მდინარეობის სრული დაკეტვა. თვით შარდის გასინჯვა არ იძლევა ხშირად არავითარ ცვლილებებს, რომლებიც გვიჩვენებდნენ შარდბუშტში რაიმე პროცესის არსებობას.

არსებობს აგრეთვე ეგრედ წოდებული ტერმინალური სისხლის დენა შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტის დროს. ახასიათებს ამას სისხლის დენა შარდის დაქცევის ბოლოს შარდბუშტის შეკუმშვის დროს.

სისხლის დენის სიძლიერე არ ხსნის კიდევ ხორცმეტის თვისებას. მკლავრი დენა არ ნიშნავს იმას, რომ ხორცმეტი ბუშტში აუცილებლად ავთვისებიანია და წინააღმდეგ. შესაძლებელია სასტიკი სისხლის დენა იყოს სულ მცირეოდენი კეთილთვისებიან ხორცმეტიდან და ამასთან ერთად ავთვისებიან ხორცმეტის არსებობის დროს კი იყოს მცირე Hematuria. Casper-ის აზრით ერთი რამ არის ამ მხრივ თითქმის უეჭველი ეს ის, რომ Hematuria მუდმივი, რომელიც იძლევა რამოდენიმე დროს ინტერვალებს—წმინდა შარდს—უნდა იყვეს გამოწვეული ავთვისებიან ხორცმეტით.

რაც შეეხება სხვა სიმპტომებს ტკივილი შარდის ბუტვის არეში არ არის დამახასიათებელი როგორც ავთვისებიან, ისე კეთილთვისებიან ხორცმეტებისათვის და მეტად იშვიათ შემთხვევებში ამ სიმპტომს აქვს ადგილი როგორც ერთადერთ სიმპტომს. აწერილია შემთხვევები როდესაც მხოლოდ ამ სიმპტომის გარდა სხვას არას ქონია ადგილი. შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტის დროს როგორც ტკივილი ისე შარდის მდინარეობის მოშლა უნდა აიხსნას ცისტიტის მოვლენებით გამოწვეული სისხლის ნაკვეთების დაშლით. ასეთი ცისტიტები სათანადო მკურნალობის შემდეგ გაივლიან ხოლმე შედარებით ადვილად. აღსანიშნავია, რომ შარდის მდინარეობის მოშლილობა შეიძლება იქნეს ხანგრძლივი და არ ცხრება სათანადო წამლობისაგან. ეს ის შემთხვევებია, როდესაც თვით სიმსივნე მოთავსებულია ხოლმე შარდის ბუშტის ყელში. ავთვისებიან ხორცმეტების დროს ხანდახან შარდის დაქცევის დროს ან კიდევ შარდბუშტის გამორეცხვის დროს გამოჰყვება ხოლმე ნაფლეთები ხორცმეტის დარღვევის შედეგად. ცხადია, რომ ასეთი ნაწილების ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ ასეთ მოვლენას არც ისე ხშირად ვხედავთ.

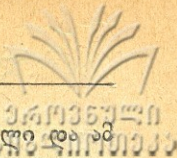
ისეთ შემთხვევებში როდესაც სიმსივნე მოდებულია შარდბუშტის კედელზე იმნაირად, რომ ეს უკანასკნელი ინფილტრაციას განიცდის, ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია ხორცმეტის აღმოჩენა თითოთი გასინჯვით ან per rectum ან

კიდევ per vaginam ქალებისა. თუ ასეთმა გასინჯვამ დადებითი შედეგი გამოგვცა, მაშინ ამას აქვს მნიშვნელობა, წინააღმდეგ შემთხვევაში კი როდესაც გამსინჯავი თვითონ არ გრძნობს სიმსივნეს, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ სიმსივნე არ არის.

ინსტრუმენტალური უფრო საიმედო და გადამჭრელი დიაგნოსტიკურ საშუალებათ უნდა ჩაითვალოს ცისტოსკოპიური გასინჯვა. თანამედროვე ცისტოსკოპის საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია დავათვალიეროთ შარდის ბუშტი და სავსებით შევისწავლოთ იგი. ცისტოსკოპი გვაძლევს საშუალებას დავინახოთ თვით სიმსივნე, მისი სიდიდე, მოყვანილობა და მდებარეობა, არის იგი ერთი თუ რამოდენიმე, ფეხზე თუ ბრტყელი. ყოველივე ეს შესაძლებელია ამ იარაღის საშუალებით. რაც შეეხება სიმსივნის ხასიათს გარდა ზემოხსენებულ ნიშნების, მისი კიდების მოყვანილობა, მათი შეკმულობა, უსწორ-მასწორობა, დაწყლულება უფრო ახასიათებთ სიმსივნის ავთვისებიანობას. აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ავთვისებიანი ხორცმეტები უმთავრესად მოთავსებული არიან trigonum, bas-fond, და შარდსაწვეთების გარეთა ხვრელების არეში. ბოლოს და ბოლოს ოპერატიული ცისტოსკოპის საშუალებით მოხდენილი ბიოპსია გვაძლევს გადამწყვეტ პასუხს ამ საკითხზე.

არის ისეთი ხორცმეტები შარდბუშტისა, რომლებიც აქამდის მეტად ძნელი მისაწვდენი იყო ჩვენთვის აღმოსაჩენად—ეს არის ის ხორცმეტები, რომლებიც მოთავსებული არიან შარდბუშტის დივერტიკულუმში. მაგრამ ბოლო წელს prof. Josef-ის მსახურმა Prigleph-მა გამოიგონა სათანადო სანათური, რომლითაც უკვე გვეძლევა საშუალება დავათვალიეროთ დივერტიკულის ფსკერიც კი. ეს სანათური იმდენად საინტერესო არის, რომ ნებას მივცემთ ჩვენ თავს შევჩერდეთ მასზე. სანათური მოწყობილია ჩვეულებრივ შარდსაწვეთის კატეტრის ბოლოს, რომელიც უერთდება ნაკადს მის შიგნით მოწყობილ კაბელის საშუალებით. ჩვეულებრივი საკატეტერიზაცია ცისტოსკოპით შეგვყავს ეს სანათური შარდბუშტში, იქიდან დივერტიკულში. როდესაც უკვე სანათური დივერტიკულში არის, ცისტოსკოპის სანათურს ვაქრობთ და ამ დროს ვანათებთ დივერტიკულის სანათურს. ამნაირად ვათვალიერებთ დივერტიკულის ფსკერს.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ არის შემთხვევები, როდესაც ცისტოსკოპით გასინჯვა ძნელი ხდება შარდბუშტის ხორცმეტიდან სისხლის დენის გამო. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა სისხლის დენის შეჩერება წინასწარი ზომებით, რომლებზედაც ჩვენ ქვემოთ ვიტყვით. თუ არც ეს საშუალება აღწევს მიზანს, მაშინ ჩვენ მივმართავთ ისეთ ცისტოსკოპს, რომლის საშუალებითაც შეიძლება სითხის განუწყვეტელი ნაკადი მოვახდინოთ. ასეთი ცისტოსკოპი არის მაგალითად Mac—Karty-სი. მას აქვს დასაწყისში ორი მილი: ერთში შედის სითხე და მეორედან გამოდის, ეს იძლევა სითხის განუწყვეტელ ნაკადს და ამნაირად გვიადვილდება შარდბუშტის გამორეცხვა. წარსულ წელს prof. Josef-მა გამოაქვეყნა საშუალება—თხელი პარაფინის შეყვანა შარდბუშტში და შემდეგ ცისტოსკოპია, მაგრამ არის ავთვისებიან ხორცმეტების დროს ისეთი გაღიზიანებული შარდბუშტში, ცისტიტები, რომლებიც თვით შარდბუშტის ტეობას იმდენად ამცირებენ, რომ ცისტოსკოპიური გასინჯვა შეუძლებელი ხდება, ან კიდევ თვით ხორცმეტი შეიძლე-



ბა იყვეს იმდენად დიდი, რომ დაიჭიროს შარდბუშტის უმეტესი ნაწილი და ამ შემთხვევებშიც ცისტოსკოპი არ გვშეწავს.

ცისტოგრაფია. ასეთ შემთხვევებში შეგვიძლია მივმართოთ კიდევ ერთ დიაგნოსტიურ საშუალებას, სახელდობრ—ცისტოგრაფიას. როგორც ვიცით რენტგენის სხივებით ჩვენ შეგვიძლია მივიღოთ სრული კონტურები შარდბუშტისა თუ შევიყვანოთ მის ღრუში რაიმე საკონტრასტო სითხეს. ასეთ სითხეთ ამაჟამად მიღებულია ბრომნატრიუმის ხსნარი, როგორც უფრო ნაკლებად მაგნი და კარგი ლანდების მოძვენი ნივთიერება, ცისტოგრაფიისათვის იხმარება 10% *natr. bromat.* ხსნარი. რბილი კატეტრის საშუალებით ჩვენ შეგვყავს იგი შარდბუშტში მის ავსებამდე რაზედაც მიგვითითებს ავადმყოფის მოშარდვის სურვილი. ამ მდგომარეობაში ვიღებთ რენტგენის სურათს.

ცისტო-რენტგენოგრაფიის სწორი წაკითხვა გვაძლევს საშუალებას ამოვიცნოთ არამც თუ სიმსივნის არსებობა შარდბუშტში და მათი მდებარეობა, არამედ ზოგჯერ მისი თვისებებიც კი. პირველად ყოვლისა სიმსივნის მდებარეობა და მისი სიდიდის შესახებ თვით ხორცმეტი, რომელიც იჭერს გარკვეულ ადგილს შარდბუშტში იქნება საკონტრასტო სითხის გარეშე. ეს იმას ნიშნავს, რომ საკონტრასტო სითხე მოთავსდება შარდბუშტის თავისუფალ ნაწილში, სადაც სიმსივნე არ იქნება. სურათი რომელსაც ჩვენ მივიღებთ იქნება შემდეგი: საკონტრასტო სითხის ლანდი იქნება თანასწორი, გომოგენური, მაშინ როდესაც თვით სიმსივნე განსხვავდება ამ ლანდისაგან თავის კონსტიტუციით. ეს ლანდი გვაძლევს საშუალებას აგრეთვე აღმოვაჩინოთ ამ ხორცმეტის სიდიდეც. გარდა ამისა ხორცმეტის ნაპირების ლანდი, ე. ი. მათი სისწორე ან შექმულობა, უსწორ-მასწორობა იძლევა საშუალებას, ზოგიერთ შემთხვევებში, გავითვალისწინოთ თვით ხანიათი ამ სიმსივნისა.

კეთილთვისებიანი ხორცმეტები იძლევიან უფრო სწორ კონტურებს და ამავე დროს ნაკლებად გამოხატულებას, მაშინ, როდესაც ავთვისებიანი ხორცმეტები გვაძლევენ კონტურებს უფრო უსწორ-მასწოროებს და მასთან ერთად ეს კონტურები მკაფიოდ გამოხატულები არიან. ამ ბოლო დროს მიღებულია ვიხმაროთ ჰაერი საკონტრასტო სითხის მაგიერ—ცისტო-პნეუმორადიოგრაფია. აქ იქნება ის განსხვავება, რომ საკონტრასტო სითხის საწინააღმდეგოდ ჰაერის ადგილი იქნება უფრო გამსჭვირვალე ვიდრე სიმსივნე, სხვა კი იქნება იგივე რაც ცისტოგრაფიის დროს.

ამნაირად თუ ჩვენ გადავავლებთ თვალს ზემოდ აღნიშნულს დავინახავთ, რომ ამ ჟამად გვეძლევა საშუალება აღმოვაჩინოთ არამც თუ შარდბუშტის ხორცმეტის არსებობა, არამედ მათი თვისებებიც კი. ამას გვაძლევს ჩვენ კლინიკური ნიშნები, როგორც არიან ტკივილები; სისხლის დენა და ანტრუმენტალური გასინჯვა, როგორც არის ცისტოსკოპია და რენტგენო—ცისტოგრაფია და ბოლოს ბიოპსია. ეხლა ვნახოთ თუ რა საშუალებანი არსებობენ შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტების წამლობისათვის. შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტების წამლობაში ჩვენ ვარჩევთ პალეოტიურ და რადიკალურ საშუალებებს მაგრამ აქვე უნდა ვთქვათ, რომ თუმცა შარდბუშტის ხორცმეტების ზოგიერთი წამლობა განსხვავდება სხვა ორგანოების ავთვისებიან ხორცმეტების წამლობისაგან, მაგრამ



მინც ამ შემთხვევაშიაც რადიკალურ წამლობის შესახებ მდგომარეობა უცნობია, როგორც საზოგადოდ ხორცმეტების წამლობაში. ამით ჩვენ გვინდა ვსთქვათ, რომ ამ ჟამამდე არ არსებობს ისეთი საშუალება, რომელიც გვაძლევს უფლებას ვიფიქროთ, რომ ესა თუ ის, ეგრედ წოდებული „რადიკალური“ საშუალება მოგვცემს ჩვენი პაციენტის სრულ განკურნებას. ამიტომ, ჩვენი აზრით, უფრო სწორი იქნებოდა ვსთქვათ, რომ არსებობს ამ ჟამად მხოლოდ პალიატიური დახმარება შარდბუშტის ხორცმეტების წამლობაში იმ განსხვავებით მხოლოდ, ჯერ ერთი, ესა თუ ის საშუალება პირველ შემთხვევაში იქნება მიმართული ხორცმეტის ამა თუ იმ შედეგის წინააღმდეგ და მეორე კი თვით ხორცმეტის წინააღმდეგ და უფრო ხარნგრძლივი და დადებითი შედეგებით.

ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ შარდბუშტის ხორცმეტების გართულების გამობატულობა მდგომარეობს სისხლის დენაში, ცისტეციტების და ტკივილების სახით. თუმცა სისხლის დენა იშვიათად არის იმდენად მძლავრი, რომ ავადმყოფის სიცოცხლეს უშუალოდ ემუქრებოდეს, მაგრამ მინც ის ზედმეტად ასუსტებს მას. ამიტომ ამ გართულებასთან საბრძოლველად არსებობს სხვადასხვა მედიკამენტოზური საშუალებანი.

ხმარობდნენ ახლო წარსულში ასეთ საშუალებებს, როგორც არის Ferrum sesquichloratum, adrenalin, ergotin-ი, კანკევე ჟელატინა და სხვა, მაგრამ არც ერთმა მათგანმა სათანადო დადებითი შედეგები არ მოგვცა. ასეთივე უშედეგო წამლობად უნდა ჩაითვალოს methylenblau-ს ხმარება ინტრავენიკალურ შეყვანის სახით. Gasper-ი, მაგალითათ, მნიშვნელობას აწერს შარდბუშტში 0,1 0,2% argent, nitric ხსნარის შეყვანას 50-100 რაოდენობით, ასეთივე აზრი არის გამოთქმული ამ ავტორის მიერ 2% ჟელატინის შეყვანაზე შარდბუშტში. Prof. Josef-ი ამავე მიზნით ხმარობს acid. trichloraceticum-ის ხსნარს, იგი იღებს 15-40 წვეთს 100 c. c. ფიზიოლოგიურ ხსნარზე წმინდა ხსნარისას ამ ნივთიერებისას და დღე-გამოშვებით უშხაპუნებს ავადმყოფს შარდბუშტში. მართლაც ეს საშუალება ხანდისხან მეტად თვალსაჩინო შედეგს იძლევა სისხლის დენის შეჩერების სახით.

ბოლოს არის მოწოდებული აგრეთვე მუდმივი კატეტრის შეყვანა შარდბუშტში რათა შემცივებულ იქნას მისი შეკუმშვა და ამით სისხლის დენაც, მაგრამ ამჟამად ეს ამოწმილი უნდა იყოს თერაპიიდან, რადგან უკვე საკმარისად დამტკიცებული არის თუ რამდენად მძიმეა კატეტრის დატოვება ხანგრძლივად შარდის ბუშტში.

რაც შეეხება თვით ცისტეციტების წამლობას ეს არ უნდა განირჩეოდეს იმ წამლობისაგან, რომლებსაც ჩვენ ამჟამად ვხმარობთ ამ დაავადების დროს. ესევე უნდა ვთქვათ ტკივილების დაწყნარების შესახებ: აქ ნაჩვენებია ყოველგვარი ნარკოტიკა, როგორც მაგალითად: morphii, heroin, antypirini და სხვა.

როგორც ჩვენ თავში უკვე აღვნიშნეთ, ცისტოსკოპის შემოღებამდე, შარდბუშტის ხორცმეტების აღმოჩენა საზოგადოდ და კერძოდ ავთვისებიანობის იყო სასექციო მაგიდის კუთვნილება უმთავრესად და იშვიათად სიცოცხლის დროს; იმ თავიდანვე მიღებული იყო ამ შემთხვევებში ოპერატიული დახმარება. თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ ამ ჟამათაც, როდესაც ჩვენ ხელში არის ისეთი, შედა-



რებით სანდო და მარტივი საშუალება, როგორც ელექტრო და ჰემო-კოაგულაცია, ამ ჟამიდან არიან დოსტაქრები, რომლებიც მიმართავენ ხოლმე ოპერატიულ საშუალებით ამ დაავადების მკურნალობას. რომ გადავთვალთ სულ ბოლო წლების სახელმძღვანელოებიც კი იქაც დავინახავთ რამოდენიმე თავებს, სადაც არის დაწვრილებით აწერილი ეს წესები. ჩვენის აზრით ამჟამად სრულებით უნდა დავიწყებულ იქნეს შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტების მკურნალობა სისხლიანი წესით. არ არსებობს აქამდე არც ერთი ავტორი, რომელსაც ისეთი მავალითის მოყვანა შეეძლოს, რომ მას განეკუთნოს სისხლიანი წესით თავის პაციენტი ამ სნეულით დაავადებული, პირიქით ყველა უდიდესი უროლოგები იმ აზრისა არიან, რომ ასეთ ჩარევას მოყვება ხოლმე ხორცმეტის სწრაფი რეციდივები და მეტასტაზები, (43%) და სწრაფი სიკვდილიც კი. კეთილთვისებიან ხორცმეტების დროს დიდის კომპრომისით დასაშვებია სისხლოვანი ჩარევა მხოლოდ იმ მიზეზით, რომ ხანდისხან ტენზიკური მიზეზების გამო შეუძლებელი ხდება ელექტრო და ქემო-კოაგულაცია. ჩვენ მოვიყვანთ თუ როგორი ოპერატიული—სისხლოვანი საშუალებანი არსებობენ. შარდბუშტის ხორცმეტების დროს მხოლოდ ზოგადად, რადგან ჩვენ არ ვიზიარებთ, როგორც აღვნიშნეთ ასეთი ჩარევის აზრს.

ჩვეულებრივია sectio aeta-ს შემდეგ ხორცმეტს ამოკვეთავენ ხოლმე მთლიანად „სად ქსოვილების“ ფარგლებში. ჩვენ ამ ორ სიტყვას „სად ქსოვილებს“ განზრახ ფრჩხილებში ვსვამთ, ვინაიდან არ არსებობს არავითარი გრადაცია იმისა როგორ შეიძლება სიმართლით დოსტაქარმა იცნოს ავთვისებიან ხორცმეტის დროს საზღვარი სად და დაავადებულ ქსოვილთა შორის ოპერაციის დროს. ეს არის მაშასადამე უდიდესი და უმნიშვნელესი უარყოფითი მხარე ამ ოპერაციისა. მეორე წესი ოპერაციებისა იმაში გამოიხატება, რომ ამოკვეთავენ ხორცმეტს და თვით შარდბუშტის კედელს მთლიანად ხორცმეტის არეში. ამნაირად თვით შარდბუშტს ამცირებენ.

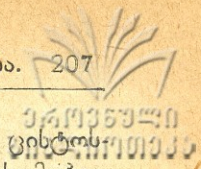
მესამენი ამოკვეთავენ მთლიანად მთელ შარდბუშტს წინდაწინ შარდსაწვეთების სწორ ნაწლავში გადაწერვით. \*)

რაც ჩვენ ვთქვით პირველ წესის შესახებ, იგივე უნდა გავიმეოროთ დანარჩენ წესებზე რადგან თუგინდ შარდბუშტის მთლიანი ამოკვეთა არ ნიშნავს იმას, რომ ფესვები ავთვისებიან ხორცმეტის მთლიანად ამოღებული არიან და მეორე მხრით კი თვით დაზიანება სისხლის და ლიმფურ მილებისა ადვილად იწვევს ამ გზებით ავთვისებიან ხორცმეტების დისემინაციას და მაშასადამე პროცესის გენერალიზაციას. ფაქტია რომ დამჭერი იარაღით სიმსივნის გაჭყლეტა უკვე წარმოადგენს ამ მხრივ საშიშროებას.

ასეთი შედეგი, რასაკვირველია სასოწარკვეთილებაში ავდებდა დოსტაქრებს და უკვე ისმოდა ხმა იმის შესახებ, რომ სჯობს სულ არავითარი ოპერაციები არ იყვეს ნაწარმოები ამ დაავადების დროს მაგრამ Nitse-ს მიერ ცისტოსკოპის შემოღებამ მოახდინა, როგორც ვიცით, მთელი გადატრიალება. საზოგადოდ გაუმ-

\*) უკანასკნელი ლიტერატურული ცნობები გვაძლევენ სიკვდილიანობის დიდ ციფრებს შარდბუშტის მთლიან ამოკვეთის შემდეგ; ეს ციფრები უდრის 58—66%-ს.





ჯობესდა საშარდვ გზების დიაგნოსტიკა, თვით მარტივი ამ ავტორის კოპი გაუმჯობესდა. მოწყობილი იყო საოპერაციო ცისტოსკოპი და ამას მოჰყვა უკვე მეორე სახეთ ოპერატიული მკურნალობა შარდბუშტის ხორცმეტებისა — ენდოვეზიკალური. იმ დროს იხმარებოდა ზონდი მარყუჟით, რომელსაც ჩამოაცობდნენ ხოლმე სიმსივნეს და მის ფუძეში ან პირდაპირ მოსჭრიდნენ ან კიდევ მოსწვამდნენ ამ მარყუჟის გაცხელებით ელექტრონის ნაკადით — კაუთუტიკის საშუალებით. გამოირკვა, რომ ეს მანიპულიაციაც მეტად საძნელოა ერთის მხრივ ტენიკურათა რადგან ყველა სიმსივნეების მარყუჟის ჩამოცმა მეტად ძნელია რადგან ისინი ხშირად ბრტყელ ფეხზე არიან და მრავალრიცხოვანი, მეორეს მხრივ თვით ფეხის მოწვა მაინც სტოვებდა სიმსივნის ნაწილს და აქედან რადიკალობას ადგილი არ ჰქონდა.

გარდა ამისა თავისთავად ამ მანიპულიაციას მოყვება ხოლმე თვით ხორცმეტის დაზიანება და აქედან შედეგათ სწრაფი რეციდივები და მეტასტაზები.

1910 წელში ამერიკელმა ექიმმა Beer-მა იხმარა შარდბუშტის პაპილომების მკურნალობისათვის Tesla—d' Arsonval-ის აპარატი. თუ წინეთ ამ აპარატს ხმარობდნენ გრძელი ნაპერწკლების საშუალებით სიმსივნეების მოსაწვავად — ფულურაციას, ზემოაღნიშნულმა ავტორმა გამოიყენა ეს აპარატი მხოლოდ მისი სითბოს გავლენით რისთვისაც იგი ელექტროდს თვით სიმსივნეს ადებდა და ამით იწვევდა მათ მოწვას.

Keyes-ს იხმარა იმავე მიზნით ორპოლუსიანი აპარატი Tesla—d' Arsonval-ისა ვინაიდან ამ მეთოდმა მოიცა კარგი შედეგები, ამერიკელმა და ევროპიელმა ექიმებმა მიყვენ ფართო მის ხმარებას და რასაკვირველია ამ პროცესში გაუმჯობესდა ელექტრონის ნაკადის ხმარების ტენიკა და აპარატურა. თუ ჩვენ ვხმარობთ სიმსივნეების დასარღვევათ ელექტრონის ნაკადს, დიდი სიხშირისა და მაღალ დაჭიმვისას, ამას ვეძახით — ელექტრო-კოაგულაციას. ცნობილია, რომ ელექტრონის ნაკადი დიდი სიხშირისა წარმოადგენს ცვალებად ნაკადს რყეობის დიდი რიცხვით. ასეთი რყეობა უდრის წუთში რამოდენიმე მილიონს. ასეთი ნაკადი 2-3 ამპერი ჩვენ თამამად შეგვიძლია გავატაროთ ადამიანის სხეულში და გამოვიწვიოთ მის მხრივ მხოლოდ სითბოს გრძნობა. ეს სითბო იქნება იმითი რომ სხეული დიდ წინააღმდეგობას უწევს ელექტრონის ნაკადს. სწორედ ამით აიხსნება ის დარღვევა ხორცმეტებისა, რომელსაც ჩვენ ვიწვევთ დიდი სიხშირის ნაკადით. დიდი დაჭიმვის ნაკადის ხმარება არ არის ელექტროკოაგულაციისათვის სასარგებლო, რადგან ასეთი ნაკადი ადვილად დასძლევს სხეულის წინააღმდეგობას და მაშასადამე სითბოს გაჩენასაც აკლებს. ამნაირად ხორცმეტების ელექტრო-კოაგულაციისათვის უფრო სასარგებლო არის ხმარება დიდი სიხშირის და დაბალ დაჭიმვის ელექტრონის ნაკადისა.

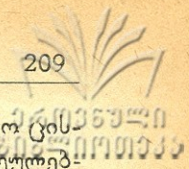
ამჟამად ევროპის ყველა ქვეყნებში არის აპარატები ამ მიზნისათვის. ტენიკა ელექტრო-კოაგულაციის მეტად მარტივია. საკატეტერიზაციო ცისტოსკოპით შევიდით შარდბუშტში, შეგვყავს ელექტროკოაგულატორი, ე. ი. ზონდი, რომელსაც თავზე პლატინა აქვს, მივადებთ პლატინას სიმსივნეს და ვიწყებთ მის მოწვას. ავთვისებიანი ხორცმეტებს მოსაწვავათ საჭირო ხდება რამოდენიმეჯერ განვიმეოროთ ელექტროკოაგულაცია. მისი ერთი სენსი უნდა გრძელ-



საქართველო  
საქართველოს  
საქართველოს

დებოდეს რამოდენიმე წუთის დაწყებიდან არა უმეტეს 20—30 წუთისა. თვით ელექტროდის გაჩერება ერთ ადგილზე შესაძლებელია მხოლოდ რამოდენიმე წამს და შემდეგ უნდა გადავიდეთ ახალ ადგილზე და ამნაირად მოვწვათ ერთბაშად განსაზღვრული ნაწილი სიმსივნისა. ხანგრძლივი სენსი არ არის სასარგებლო. ჯერ ერთი, თუმცა ეს მანიპულაცია თავისთავად, განსაკუთრებულ ცვლილებებს არ იწვევს, მაგრამ თვით ცისტოსკოპის ხანგრძლივი გაჩერება შარდბუშტის გაღიზიანებას იწვევს და პაციენტის შეწუხებას. მეორეს მხრივ ცისტოსკოპისა ზედმეტი გათბობა იწვევს ოპტიკის ამღვრევას და მის სამუდამოდ გაფუჭებას. რაც შეეხება დიდ მანძილს ერთბაშად მოწვას ესეც არ არის სასარგებლო, რადგან ქსოვილების ბლომად დარღვევას შეიძლება მოყვეს სხეულის ინტოკსიკაცია პროტეოლიზის პროდუქტებით. ამნაირად თანდათანობითი მოწვით ჩვენ შეგვიძლია მთლიანად ამოვწვათ არსებული ხორცმეტი და გავლენა ვიქონიოთ თვით დაავადებულ ადგილის ლორწოს ამოწვითაც. სენსების განმეორება საჭირო არის ყოველ 7—10 დღის განმავლობაში იმისდა მიხედვით, თუ როგორი გაღიზიანება გამოიწვია ამ მანიპულაციამ. ამნაირად საშუალოდ საკმარისია 2-5 დაწყებული 15—20 სენსამდე, რომ მთლიანად ამოვწვათ სიმსივნე. თვით ამოწვის დროს ქსოვილების დარღვევა იწვევს შარდბუშტში მყოფ სითხის ამღვრევას, მაგრამ საკმარისია გამოვცხვა ამ დროს შარდის ბუშტის, რომ შევსდლოთ სენსის გაგრძელება, მით უმეტეს, რომ სენსის შეწყვეტა ცისტოსკოპის ოპტიკას დასვენებას აძლევს. წარსულ წლებში ხმარობდნენ ამ მიზნისათვის ელექტროდებს სიდიდით № 6, 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> შარიერის შკალის. ამ უკანასკნელ წელში შემოღებულია პროფ E. Josef-ის ცისტოსკოპი Wolf-ის ფაბრიკისა, რომელიც გვაძლევს ჩვენ საშუალებას ვიხმაროთ 12, 14 № Charier-სა ელექტროკოაგულატორი და აქედან თქვენ დაინახავთ თუ ამით რამდენად შემცირდება დრო სენსების. ასეთ ცისტოსკოპს ვხმარობთ ჩვენს კლინიკაში. შეიძლება თუ არა ამ წესს მოყვეს რაიმე გართულება? ავტორები გამოსთქვამენ იმ აზრს, რომ შესაძლებელია ამას შარდბუშტის კედლის პერფორაცია მოყვესო, მაგრამ ასეთი შემთხვევა ჯერ არ არის აწერილი, თუმცა ეს თეორეტიულად დასაშვებია. თუ ეს მაინც შესაძლებელია, ეს უნდა მიეწეროს მეტად ტლანქ და სრულებით გამოუცდელ ხმარებას, რადგან რამდენიმე წამის ერთ ადგილას ელექტროდის შეჩერებამ არ შეიძლება გაარღვიოს შარდბუშტის კედელი. აღნიშნულია აგრეთვე სისხლის დენა, ამასა აქვს ადგილი მხოლოდ მცირეოდენ შემთხვევებში, ისიც უფრო მოსაზღვრე ადგილებიდან და უფრო გვიან მაშინ, როდესაც მოვარდება ხოლმე მომწვარი ადგილი.

გადავიდეთ ეხლა მეორე საშუალებაზე, რომელსაც ამჟამად ხმარობენ უმთავრესად გერმანიაში—ქემო-კოაგულაციაზე. თვით დასახელება ამ საშუალებისა გვიჩვენებს, რომ ამ მიზნით იხმარება რაღაც ქიმიური ნივთიერება. ეს წესი შემოღებულია Prof-E. Josef-ის მიერ ამ უკანასკნელ წლებში. შარდბუშტის ხორცმეტების მოსაწვავათ იხმარება acid. trichloroaceticum-ი. თვით ეს ნივთიერება კრისტალებშია და რომ იგი გადავაქციოთ სითხეში საჭიროა მისი გათბობა. რომ გაცივების დროს ისევ არ გადაიქცეს კრისტალებათ საკმარისია სითხეს მიუმატოთ რამოდენიმე წვეთი გლიცერინისა და ამნაირად იგი უკვე



მზათ არის სახმარებლათ. ტეხნიკა ხმარებისა: იგივე საკატეტრაიზაციო ცისტოსკოპის საშუალებით შევდივართ შარდბუშტის ღრუში. შეგვყავს ჩვეულებრივი შარდსაწვეთის კატეტერი და ამ უკანასკნელს მიუახლოვებთ სიმსივნეს. თანამშრომელი ამ დროს შეჟერებებს კატეტერის დაბოლოვებას ჩვეულებრივ შპრიცს, რომელშიაც იმყოფება 0,5—I კ. ს. ამ სითხისა.

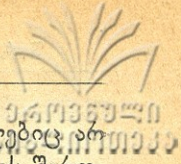
ამნაირად შეგვყავს სითხე და მით მოვრწყავთ სიმსივნეს. თვალწინ, მორწყული ადგილი გათეთრდება. ამასაც ესაჭიროება რამოდენიმე სეანსი და სიმსივნის მოწვა თანდათანობით ხდება. სითხით მორწყული ადგილი განიცდის ნეკროზს და ეს ადგილები თანდათან გამოყვებიან ხოლმე შარდის დაქცევას ან კიდევ გამორეცხვის დროს. შარშან რუსეთის უროლოგთა პირველ ყრილობაზე წარმოდგენილი იყო ექსპერიმენტალური შრომები, საიდანაც ჩანს, რომ ამ სითხეს აქვს თვისება თავის მოქმედება იქონიოს ლორწვევს ქსოვილებზე, რაც მეტათ ხელსაყრელია ავთვისებიან ხორცმეტების დროს. ტეხნიკა მეტათ მარტივია და თან ამ საშუალებას აქვს დიდი დადებითი თვისება იმ მხრივ, რომ იგი სწრაფად აჩერებს სისხლის დენას. უარყოფითი მხარეთ უნდა ჩაითვალოს ის, რომ: ა) იგი არის მტკივნეული—იწვევს დაწვის გრძნობას და ბ) მისი ხმარება მეტად ძნელია თუ სიმსივნე მოთავსებულია შარდბუშტის წინა კედელზე. ამ შემთხვევაში თავის სიმძიმით სითხე ისხმება უკანა კედელზე, იწვევს წვას და თავის მიზანს ვერ აღწევს.

იხმარება აგრეთვე შარდბუშტის ხორცმეტების წამლობისათვის რენტგენის სხივები, მაგრამ ჯერ-ჯერობით დამაკმაყოფილებელი შედეგები განისაზღვრება ერთეულებით და ამიტომ საბოლოო აზრის გამოთქმა ამის შესახებ მეტად ძნელია.

ამერიკელების ლიტერატურა იძლევა შედარებით ბევრს ცნობებს იმის შესახებ, რომ ისინი ხმარობენ რადიუმს შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტების დროს. მაგალითად, Smith-ი ხმარობს რადიუმის ემანაციას შარდბუშტის გახსნით, მხოლოდ Buerger-ს შეყავს რადიუმი თავის ცისტოსკოპის საშუალებით. ეს საკითხი ჯერ-ჯერობით არ არის მტკიცე ნიდაგზე, რადგან არ არსებობს სათანადო საჭირო რიცხვი დაკვირვებებისა, თუმცა კანასკნელი წელი გვაძლევს ოდნავ იმედს ამ საკითხის გამორკვევისას.

საფრანგეთის ცნობილი უროლოგი Legueu ხმარობს თავის კლინიკაში *larga manu* ელექტროკოაგულაციას. ამასთან ერთად იგი ხმარობს *mesotorium*-ის ინტრავენურ შეყვანას, თუმცა ჯერ-ჯერობით მისი კლინიკა ამ წამლობით მაინცა და მაინც კმაყოფილი არ არის.

ამნაირად ჩვენის აზრით ამჟამად არსებობს ორი საშუალება, ან უკედ რომ ესტვეათ კომბინაცია ორი საშუალებებისა შარდბუშტის ავთვისებიან ხორცმეტების წამლობისა: ელექტრო და ქემო-კოაგულაცია. ეს ორი საშუალება გვაძლევს საუკეთესო შედეგს ამ მიძმე დაავადების წამლობაში. რასაკვირველია შეუძლებელია ითქვას, რომ საუკეთესო საშუალებაა, რომელიც რადიკალურად არ კურნავს ავათმყოფს, მაგრამ მაინცა და მაინც, ეს ისეთი საშუალებაა, რომლებიც მისცემს პაციენტს ხანგრძლივ სიცოცხლეს, შეამსუბუქებს მის ცხოვრებას და თვით წამლობა იმდენად იოლი არის, რომ მისი ამბულატორული წარმოება



სრულებით შესაძლებელია. მართალია არის ისეთი შემთხვევები, რომლებიც არ გვაძლევენ—საშუალებას მთლიანად გამოვიყენოთ ეს მკურნალობა: ეს არის შარდ-სადინარის შევიწროებანი, შარდბუშტის მცირე ტეობა და ხორცმეტის მეტად მძლავრი განვითარება. ამ შემთხვევებში კი გვიხდება მივმართოთ დამხმარე სა-შუალებას—შარდბუშტის გახსნას. ამით ჩვენ გვეძლევა საშუალება ფისტულიდან ვაწარმოვოთ ის, რაც შეუძლებელი ხდება *per viam naturalem*. მუდამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ სნეულებით დაავადებული პაციენტები არ დაგკარგოთ ჩვენი ყურადღებიდან. წელიწადში ერთი—ორჯერ უნდა დავიბაროთ ცისტოსკოპიისათვის, რათა მოგვეცეს საშუალება უკვე მცირეოდენი რეციდივი თვალთ აღმოვაჩინოთ და მაშინვე მივიღოთ სათანადო ზომები.

ცხადია, ვიდრე რომ არ არსებობს საზოგადოდ ავთვისებიანი ხორც-მეტების არსებობის ახსნა და სპეციალური წამლობა, ჩვენ მიერ განმარტებული საშუალებანიც უნდა იყვეს ჩათვლილი მხოლოდ პალიატივად, მაგრამ, ვიმეორებ, ჩვენს მიერ აღნიშნული ორი საშუალება, საბედნიეროდ, უროლოგებს უფრო უკეთეს მდგომარეობაში აყენებენ იმ მხრივ, რომ შედარებით მცირე ჩარევით მიიღონ შედეგი, რომელიც უნდა ჩაითვალოს დამაკმაყოფილებლად თუ გავითვალისწინებთ იმ საშინელ დაავადებას, როგორიც არის საზოგადოდ ავთვისებიანი ხორცმეტები და კერძოდ შარდბუშტის.

## ს. ფანჯავიძე.

ჰოსპ. ქირურგ. კლ. ინტერნი

### დაცურებული თიაქრები.

(ტფილისის სახელმწ. უნივ—ტის ჰოსპიტ. ქირურგ. კლინიკიდან  
გამგე—პროფ. გ. მუხაძე).

სხვადასხვა სახის თიაქართა შორის დაცურებული თიაქარი წარმოადგენს შედარებით დიდ კლინიკურ ინტერესს, როგორც თავის წარმოშობის მექანიზმის, ისე ოპერატიული წამლობის და პროგნოზის მხრივ. „დაცურებული თიაქარი“ ეს ის თიაქარია, რომელსაც გერმანელები უწოდებენ „gleitbruch“, ინგლისელები „Sliding hernia“, ფრანგები „Hernie glissement“ და რუსები „Скользящая грыжа“.

უნდა აღინიშნოს, რომ დაცურებული თიაქრები უკვე ძველ დროში იყო კარგად ცნობილი, მაგრამ მათი დეტალური შესწავლა და ცალკე ჯგუფად გამოყოფა ეკუთვნის მხოლოდ მე-XX საუკუნის დასაწყისს, როდესაც გამოქვეყნებული იქმნა Baumgartner-ის შრომა 1905 წელს, Sprengel-ის 1911 წელში და სხვების, თანახმად ბაუმგარტნერისა და ფრელხის განმარტებისა დაცურებული თიაქარი ისეთი თიაქარია, რომლის პერიტონეალურ პარკს აქვს რაიმე კავშირი მსხვილ ნაწლავის რომელიმე ნაწილთან-უფრო ხშირად S. Romanum-თან და coecum-თან. მათი კლასიფიკაციით დაცურებული თიაქრები გაიყოფა სამ ჯგუფად: 1. თიაქრები, რომელთა პარკი შესდგება მთლიანად პერიტონეუმისაგან, (სურ. 1) და 2. თიაქრები, რომელთა პარკი შესდგება ნაწილობრივად პერიტონეუმისაგან (სურ. 2) და 3. თიაქრები პერიტონეუმის გარეშე (სურ. 3).

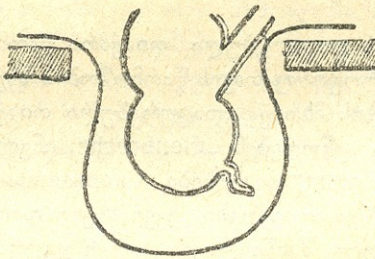
ამ კლასიფიკაციას არ ეთანხმება Sprengel-ი. მისი აზრით დაცურებული თიაქრები შეიძლება ეწოდოს მხოლოდ იმ თიაქრებს, როდესაც სეგმენტო მსხვილი ნაწლავისა, მაგ. ბრმა ნაწლავი, რომელსაც ჯორჯალი არ აქვს, შედის თიაქრის პარკის შემადგენლობაში იმის გამო, რომ პერიტონეუმის ფურცელი, რომლითაც ეს ნაწლავი დაფარულია, წარმოადგენს თიაქრის პარკის ნაწილს. შპრენგელის აზრით დაცურებული თიაქრის წარმოშობა შესაძლებელია ორი გზით: ან პარიეტალური ფურცელი მუცლის აპკისა, რომელთანაც შეზრდილია უჯორჯალო მსხვილი ნაწლავი (თუ ეს უკანასკნელი მდებარეობს იქვე თიაქრის ხერელთან), ჩაიწვევა თიაქრის ხერელში და თან ჩაიყოლებს მას-

\*) Крымов. Учение о грыжах. Русская Хирургия.

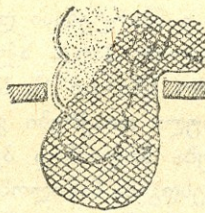
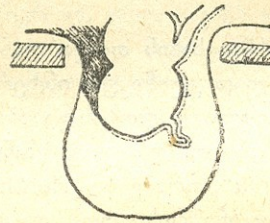
\*\*) მოხსენდა ქარ. კონფერ. 14/XI—26.

თან შეზრდილ ნაწლავს; ან შესაძლებელია მარყუქი (მაგალითად *S. Romanum*.) დაიწიოს ძირს, ამის გამო მისი ჯორჯალი გაიყოს შრეებათ და ამ უკანასკნელსაგან გაკეთდეს ნაწილობრივად თიაქრის პარკი. აქედან ნათლად ჩანს, რომ Sprengel-ის აზრით ფრელიხის და ბაუმგარტნერის 1-ლი სახის თიაქრები არ ჩაითვლებიან დაცურებულ თიაქრებათ. მხოლოდ მათი მე-2 და მე-3 სახის თიაქრები წარმოადგენენ ჭეშმარიტ დაცურებულ თიაქრებს. მეორე სახის თიაქრების დროს, ფრელიხ-ბაუმგარტნერის აზრით, მსხვილი ნაწლავის სეგმენტი ნაწილობრივად თიაქრის პარკის გარედ არის მოთავსებული და შეზრდილია ქვემდებარე ფაშარ ქსოვილთან (სურ. მეორე). ჟაბუღე უარპყოფს ასეთ ანატომიურ ურთიერთობის შესაძლებლობას და გამოსთქვამს თავის აზრს, რომ ასეთი თიაქრები უნდა წარმოიშვას თიაქრის პარკში ჩამოსულ ნაწლავის მარყუქის სეროზულ გარსის თია-

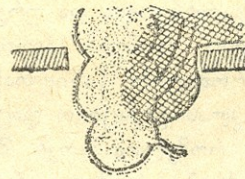
სურ. № 1 A.



სურ. № 1 B.



სურ. № 2.



სურ. № 3.

ბაუმგარტნერის და ფრელიხის კლასიფიკაცია დაცურებულ (თიაქრების. ამოღებულია კრიმოვიდან)\*).

ქრის პარკის კედელთან შეზრდის გამო (ისე, როგორც ეს არის წარმოდგენილი სურათ I, B). რაც შეეხება აღნიშნულ თიაქრების მე-3 და მე-4 სახეს, თანახმად ფრელიხ-ბაუმგარტნერის აზრისა, აქ ხვრელში გამოსულ ნაწლავის მარყუქს თითქმის სრულიად არ მოსდევს პარიეტალური პერიტონეუმი. მაშასადამე, შეიძლება ითქვას, რომ ადგილი აქვს კუნთებში ნაწლავის პროლაპსს (სურ. III). პროლაპსის შესაძლებლობას უარპყოფს ტიუფიე. მისი აზრით თიაქრის დროს ყოველთვის შესაძლებელია მონახვა პერიტონეუმის პატარა დივერტიკულისა საზარდულის არხის შიგნითა რგოლის დონეზე.

ჰოსპიტალურ-ქირურგიული კლინიკის მასალის შესწავლით და საკუთარი დაკვირვების მიხედვით, თანახმად შპრენგელისა, ჩვენ ვსცნობთ ნამდვილ დაცურებულ თიაქრად მხოლოდ ფრელიხ—ბაუმგარტნერის მე-2 და მე-3 სახის თიაქრებს (იხ. სურ. მე-II და მე-III). რაც შეეხება მათი წარმოშობის მექანიზმს, აქ, ჩვენ ვიზიარებთ ფრელიხ-ბაუმგარტნერის აზრს ამ უკანასკნელთა შესახებ. თუმცა ჩვენს მასალაში გვინახავს ისეთი შემთხვევებიც, სადაც ნაწლავის სეროზული გარსის შეზრდა თიაქრის პარკთან იყო აშკარა, მაგრამ ასეთი შემთხვევები ჩვენის აზრით არ ეკუთვნიან დაცურებულ თიაქრებს და ამიტომ ისინი არ შევიტანეთ ჩვენს სტატისტიკაში.

რამდენად ხშირია დაცურებული თიაქრები? დემელის სტატისტიკით ისინი უდრიან დაახლოებით 1, 2% ყველა საზარდულის და ბარძაყის თიაქრების რიცხვს; ბერნერის მიხედვით 11,9%; დემელმა მთელ სოფლიო ლიტერატურაში შეაგროვა 1922 წ.-დე სულ 5011 შემთხვევა. თანახმად მისი სტატისტიკისა უფრო ხშირად ცურდება სიგმოიდური კოლინჯის მარყუჯი—136 შემთხვევა. შემდეგ კი ბრმა ნაწლავის—101 შემთხვევა. დანარჩენ შემთხვევებში აღვიღო ჰქონდა *Colonicum*, კიბეა ნაწლავს, თეძოს ნაწლავის მარყუჯებს და აღნიშნულ ნაწილების კომბინაციის დაცურებას. მაგრამ ჩვენ არ შეგვიძლიან ვთქვათ რამდენად ყველა მისი შემთხვევები, სადაც წვრილი ნაწლავებიც კი აღნიშნულია დაცურებულად, ეკუთვნოდნენ ნამდვილ დაცურებულ თიაქრებს. ბაუმგარტნერის სტატისტიკა შეიცავს 159 დაცურებულ თიაქრებს. აღნიშნულ რიცხვიდან 85 იყო მარჯვენა საზარდულის თიაქარი, 4-კი მარცხენა საზარდულისა. გაცილებით იშვიათ მოვლენებს წარმოადგენს ბარძაყის დაცურებული თიაქრები. ამ უკანასკნელის დროს თიაქრის პარკთან დაკავშირებულია მხოლოდ და მხოლოდ ბრმა ნაწლავი. ჩვენი კლინიკის მასალა შეიცავს 1919 წ.—1926 წლამდე 717 საზარდულის და ბარძაყის თიაქარს: ჩვენ აღნიშნავთ მხოლოდ იმ შემთხვევებს, სადაც გაცელებული იქმნა ოპერაცია. აქედან დაცურებული თიაქრების რიცხვი უდრის 9 შემთხვევას, ე. ი. 1,2% რაც უახლოვდება დემელის სტატისტიკის %-ს; ყველა ჩვენი 9 შემთხვევა წარმოადგენს საზარდულის თიაქარს. მათ შორის 8-ჯერ დაცურებული იყო ბრმა ნაწლავი და 2-ჯერ კოლინჯის სიგმოიდური გრეხილი.

აღნიშნულ ციფრების მიხედვით ჩვენ შეგვიძლიან ვთქვათ, რომ ჩვენშიაც დაცურებული თიაქრების სიხშირე იგივეა, რაც სხვა ქვეყნებში. როგორია კლინიკური მნიშვნელობა დაცურებული თიაქრის? უმრავლესობა ავტორებისა (ბაუმგარტნერი, შპრენგელი და ფინსტერერი) აღნიშნავენ, რომ ასეთი თიაქრები შედარებით ხშირად იჭედებიან. მაგალითად: ბაუმგარტნერის 159 შემთხვევიდან ჩაქედილი ყოფილა 44 შემთხვევა, ფინსტერერის 21 შემთხვევაში—13 შემთხვევა. გარდა ამისა, რადგანაც ხშირია დაცურება ბრმა ნაწლავისა და მასთან დაკავშირებული მისი დანამატისა, მათი ხშირი გაღიზიანება და ტრავმა ნაწილობრივ ჩაქედვის დროს და მოშლა ნორმალურ სისხლის მიმოქცევისა ხელს უწყობს დანამატის ანთების წარმოშობას. ჰილგენრეინერი, რომლის სტატისტიკა შეიცავს 32 შემთხვევას, მწვავე ან ორგანიულ აპენდიციტს აღნიშნავს 6 შემთხვევაში. ჩვენი მასალაც ადასტურებს ამ დასკვნას: 9 შემთხვევიდან ოპერაციის დროს ჩვენ



ვნახეთ თიაქრის პარკში 4 შემთხვევაში გამწვავებული და 2-ში აპენდიციტის ნიშნები. საერთოდ ცნობილია, რომ დაცურებული თიაქრების სწორი დიაგნოზის დასმა ოპერაციამდე მეტად ძნელია და ხშირად შეუძლებელიც, რადგანაც არ არსებობს უტყუარი ნიშანი მისი დამახასიათებელი. ერთი კი უნდა ითქვას, რომ დაცურებული თიაქრები უფრო ხშირად არიან დიდი თიაქრები, ფართოდ გახსნილი საზარდულის ხერელით. ჩაქედვაც უფრო ხშირად განავალის ჩაგროვების შედეგს უნდა წარმოადგენდეს. სწორედ ასეთი იყო ყველა ჩვენი დაცურებული თიაქრები. მაინც ექვის დამბადებელნი არიან შემდეგი ნიშნები: 1) თიაქრების სიდიდე და ფართოდ გახსნილი რგოლი საზარდულის არხისა; 2) რადგანაც დაცურებული ნაწლავი პარკის გარეშე მდებარე ნაწილით შეზრდილია Scrotum-ის ფაშარ ქსოვილთან თავისუფალი ჩასწორება ასეთი თიაქრებისა არ ხერხდება სრულად. თიაქრის რომელიმე ნაწილი, რომელიც შესდგება თიაქრის პარკის გარეშე მდებარე ნაწლავიდან (უფრო ხშირად ლატერალური) არ სწორდება სავსებით მუცლის ღრუში (ეგრედ წოდებული „ორმაგი თიაქარი“ Treves-ი); 3) ტიმპანიური ხმა სწორი ნაწლავიდან მაღალი ოყნით წყალის შეყვანის დროს ისპობა და გადადის ყრუ ხმად და 4) რენტგენის გაშუქების დროს შეიძლება აღმოვაჩინოთ კონტრასტული ნივთიერების საშუალებით (რომელიც შეგვყავს per os ან უკეთესია per anum) მსხვილი ნაწლავის მდებარეობა თიაქრის პარკში. მაგრამ როგორც ზემოდ უკვე ავლნიშნეთ, არც ერთი ამ ნიშანთაგანი არ არის გადამწყვეტი—სწორედ ეს არის მიზეზი, რომ დაცურებული თიაქრის დიაგნოზი უფრო ხშირად ისმება მხოლოდ ოპერაციის დროს და წარმოადგენს უმეტეს შემთხვევაში მოულოდნელ სიურპრიზს დოსტაქარისათვის. თუ ამას დაუმატებთ იმასაც, რომ თვით ტენიკა ოპერაციისა გაცილებით უფრო რთულია ჩვეულებრივ თიაქრის ოპერაციის ტენიკასთან შედარებით, რომ ადვილია ნაწლავის კედლის დაზიანება გამოყოფის დროს ან ნაწლავის გაკვეთა თუ ის შეცდომით პარკათ მიიღეს, ჩვენთვის ადვილი წარმოსადგენია, თუ რა საშიშროებებს წარმოადგენენ დაცურებული თიაქრები და შედარებით ჩვეულებრივ თიაქრებთან რა საექვო უნდა იყოს მათი პროგნოზი. თიაქართკვეთის როგორი წესიც არ უნდა ავირჩიოთ ოპერაციის დროს, ჩვენ უნდა თავიდან ავიციდინოთ ნაწლავისა და მკვებავ სისხლის ძარღვების დაზიანება.

ოპერაციის საშიშროების მხრივ ფინსტერერი დაცურებულ თიაქრებს ჰყოფს ორ ჯგუფად: 1) თიაქრები, როდესაც მსხვილი ნაწლავის მარყუქი უფრო დიდა, ვიდრე თიაქრის პარკი და 2) თიაქრები, როდესაც ნაწლავის მარყუქი უფრო პატარაა, ვიდრე თიაქრის პარკი. მისი აზრით პირველი ჯგუფი გაცილებით უფრო სახიფათოა ნაწლავის დაზიანების მხრივ ჯერ კიდევ თიაქრის პარკის ძებნის დროს.

მეორე ჯგუფი კი სახიფათოა თიაქრის პარკზე მანიპულაციის დროს. ამ მხრივ საშიშროების შესამცირებლად სხვადასხვა ავტორები მიმართავენ ან Hernio laparotomia-ს, ან ფართო განაკვეთს. შპრენგელი ასეთ შემთხვევებში გვიკარნახებს, როგორც წესს უსათუოდ თიაქრის პარკის გაკვეთას წინა მედიალურ ნაწილში. უფრო გავრცელებულ გზაწესად მიღებულია პერიტონიზაცია ნაწლავისა—თიაქრის პარკით. ასეთ წესის სხვადასხვა მოდიფიკაციას იძლევიან: მორ-



რისი, ვერი, ელერი, ტიუფიე და სხვები. არსებობს კიდევ სავარიანის და მორესტენის გზა წესი ასეთ თიაქრების ოპერაციისა. მაგალ. სავარიანის წესს შეიძლება უწოდოთ წესი ჩაბრუნებისა en masse. თიაქრის პარკი იკვეთება გრძლად, რათა გაადვილდეს ანატომიური ურთიერთობის ამოცნობა. შემდეგ გამოიყოფა თიაქრის პარკი კოლინჯის ნაწილით, რომელიც შედის თიაქრის პარკის შემადგენლობაში, რაც შეიძლება მალა თიაქრის ყელთან; თიაქრის პარკის გადაკეცვა შეუძლებელია, ვინაიდან ნაწლავი ვერ გამოიყოფა თიაქრის პარკიდან. ამიტომ თიაქრის პარკის განაკვეთის გაკერვის შემდეგ მთლიანად—თიაქრის პარკი ნაწლავთან ერთად ბრუნდება მუცლის ღრუში. მორესტენის გზაწესის დროს კეთდება hernio laparatomia ანუ მარტო laparatomia საზარდულის ხერხელის ზემოდ. თიაქრის პარკისა და მსხვილი ნაწლავის გამოყოფის შემდეგ, მსხვილი ნაწლავი გამოიწვევა მუცლის ღრუში და მასთან ერთად თიაქრის პარკიც, რის გამო ფურცლები mesosigmi-სა ერთმანეთს უახლოვდება ისევ. შემდეგ სისხლის ძარღვების დაუზიანებლად ვცდილობთ ფურცლების გაკერვას 10-12 ნაკერით. ფუძე ახლად აღდგენილ ჯორჯლისა მიემარება ოთხი ნაკერით თქმის ფასციას. ეს მეტოდი იხმარება განსაკუთრებით სიგმოიდური კოლინჯის დაცურების დროს. არის შემთხვევები, როდესაც მიუმართავთ ნაწლავის რეზექციისათვისაც. მაგალ., ბრიუკე, კლიარკე და სხვები, მაგრამ შედეგი მიუღიათ ძალიან ცუდი; ბაუმგარტნერსაც აქვს 7 შემთხვევიდან—3 შემთხვევაში სიკვდილიანობა. ეს ავტორები მიმართავდნენ ნაწლავის რეზექციას რეციდივების თავიდან ასაცდენად. ლიამბრე გვირჩევს გავაკეთოთ colopexia და მივამაგროთ კოლინჯი მუცლის წინა კედელზე. შულცე და ტრეისლერი აკეთებენ პლასტიკას მუცლის სწორი კუნთების და Sartorius-ის საშუალებით. თანახმად დემელისა, ეიზელსბერგის კლინიკაში ყველა ოპერაციები უწარმოებიათ Bassini-ს წესით, მიუღიათ კარგი შედეგები—რეციდივი არ ჰქონიათ. ჩვენი მასალის მიხედვით ჰოსპიტალურ-ქირურგიულ კლინიკაში დაცურებული თიაქრების კვეთა უწარმოებიათ Bassini-Savariand-ის წესით.

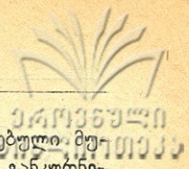
გართულებანი დაჩირქების მხრივ ჩვენ არ მიგვიღია—სიკვდილიანობა ჩვენს სტატისტიკაში უდრის 0-0/10-ს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ 9 შემთხვევიდან 2 შემთხვევაში ჩვენ გვექონდა თანდაყოლილი დაცურებული თიაქარი—რაც მსოფლიო ლიტერატურაში იშვიათ შემთხვევად არის ცნობილი. უადვილო არ იქნება სულ მოკლედ მოვიყვანო ჩვენი ავადმყოფების ისტორია:

1) ავადმყოფის ისტორიის № 792.

მაშაკაცი 60 წლ. ქართველი. მიწის მუშა, შემოსულია 11/1—26 წ.

Diagnosis: Hernia inguino-scrotalis bilat.

უჩივის სიმსივნეს საზარდულის არეში ორივე მხარეზე. სიმსივნეები გასჩენია 10 წლის წინად—პირველად მარჯვენად—შემდეგ კი მარცხნივ. Status praesens: სართო გასინჯვა ნორმისაგან გადახრას არ იძლევა. ადგილობრივად: მარჯვენა საზარდულის რგოლი გაგანიერებულია ორი თითის სიფართოვზე, მარცხენა კი ერთ 1/2 თითით. ფეხზე დგომის დროს ორივე ზურვლებიდან ჩამოდის თიაქრის პარკში სიმსივნეები. სიმსივნე მარჯვენად დიდი მუშტის ოდენაა, მარცხნივ კი ქათმის კვერცხის ოდენობისა. პერკუსია ორივე მხარეზე იძლევა ტიმპანიტს. თიაქრები თავისუფლად სწორდებიან მუცლის ღრუში. ოპერაცია—მარჯვენად განაკვეთი 8-9 სანტიმეტრი სიგრძით საზარდულის არხის გასწვრივ. თიაქრის პარკი დიდის სიძნელით იყო გამოყოფილი. თიაქრის პარკში, როგორც მისი ნაწილი, შედის ბრმა ნაწლავი თავის დანამატით. ეს უკანასკნელი თავის ბოლოთი შეზრდილია თიაქრის პარკთან. გაუკეთდა appendectomy. თიაქრის პარკის განაკვეთი



კვლავ იქმნა გაკერილი; დანარჩენი თიაქრის პარკისა და ნაწლავი en masse შებრუნებული მუცლის ღრუში. კრილობა დაიხურა Bassini-ის წესით. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-18 დღეს.

2) ავადმყოფ. ისტ. № 1165.

მამაკაცი 65 წლ. ქართველი, მიწის მუშა, შემოს. 27/II-26 წ.

Diagnosis: Hernia inguin. dex.

უჩივის სიმსივნეს მარჯვენა საზარდულის არეში. სიმსივნე გაუჩნდა 7 წლის წინად. ჩაქედვას აღნიშნავს 1-ჯერ. ბანდაჟს ატარებდა. სიმსივნე დიდი მუშტის ოდენაა. ყოფილა შეპყრობილი მალარით. საერთო გასინჯვა-ზომიერი სკლეროზი სისხლის ძარღვებისა. გულის და ფილტვების მხრივ N. არ აღნიშნავს არავითარ მოშლილობას კუჭ-ნაწლავების მხრივ. ადგილობრივად: თიაქრის რგოლი გაგანიერებულია ერთ 1/2 თითის სიფართით. სიმსივნე თავისუფლად ბრუნდება მუცლის ღრუში. სიმსივნე იძლევა ტიმპანიურ ხმას პერკუსიის დროს. გაუკეთდა ოპერაცია. განაკვეთი 9-10 სანტ. სიგრძით პუპარტის იოგის გასწვრივ, თიაქრის პარკი წინიდან თავისუფლად იყო გამოყოფილი, უკანა ნაწილის გამოყოფა ვერ მოხერხდა. თიაქრის პარკის გაკვეთის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ მის უკანა გარეთა ნაწილს წარმოადგენს ბრმა ნაწლავი თავის დანამატით. გაუკეთდა appendectomia. თიაქრის პარკის კრილობის გაკერვის შემდეგ-ჩაბრუნება en masse. კრილობა დაიხურა Bassini-ს წესით. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-16 დღეს.

3) ავადმყოფ. ისტორიის № 702.

მამაკაცი 68 წლისა, სომეხი, ვაჭარი, შემოსულია 4/5—1925 წ.

Diagnosis: hernia inguin. bilat.

უჩივის სიმსივნეს ორივე საზარდულის არეში; პირველად სიმსივნე გაუჩნდა მარჯვენა მხარეზე 10 წლის წინად—მარცხენაზე კი 2 წლის წინად. უტარებია ბანდაჟი. ჩაქედვა ჰქონია ერთ-ჯერ ნახევარი საათით. შინაგანი ორგანოების მხრივ ნორმა. ადგილობრივად: მარჯვენა საზარდულის მიდამოში სიმსივნე ბატის კვერცხის ოდენობის, ბრუნდება თავისუფლად მუცლის ღრუში. საზარდულის გარეთა რგოლი გაფართოებულია და უშვებს ერთნახევარ თითს. გაუკეთდა ოპერაცია 6/5 Bassini-ს წესით ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ. თიაქრის პარკის უკანა კედელს წარმოადგენს ბრმა ნაწლავი, მისი დანამატი თავისუფლად მდებარეობს თიაქრის პარკში, გაუკეთდა appendectomia. 18/10 მარცხენა მხარეზე გაუკეთდა ოპერაცია Bassini-ს წესით—აქაც ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ. თიაქრის პარკში ჩამოსული იყო S. Romanum თავის ჯორჯლით, რომელიც წარმოადგენდა თიაქრის პარკის უკანა ნაწილს. თიაქრის პარკი ნაწილობრივად ამოიკვეთა და გაიკერა; როგორც მისი ნარჩენი, ისე ნაწლავის მარყუტი ჩაბრუნებული იქნა მუცლის ღრუში. კრილობა დაიხურა ყრუდ. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-25 დღეს.

4) ავადმყოფ. ისტორიის № 1783.

მამაკაცი, ქართველი 39 წლისა, მიწის მუშა, შემოსულია 12/5—1926 წ.

Diagnosis: Hernia inguino—scrotalis bilat.

უჩივის სიმსივნეს საზარდულის არეში ორივე მხარეზე, პირველად პატარა, შემდეგ მძიმე მუშაობის დროს გადიდებულა. მარცხენა მხარეზე ჩაქედვას აღნიშნავს თვენახევრის წინად. ჰქონია პირის ღებინება—შებერვა მუცელზე. ამ ჩაქედვის შემდეგ სიმსივნე აღარ შესწორებულა. ყოფილა ავად მხოლოდ მალარით. Stat. praesens. საერთო ორგანოების მხრივ ნორმა. ადგილობრივად: მარჯვენა საზარდულის მხარეზე სიმსივნე დიდი მუშტის ოდენობისა; პერკუსია იძლევა ტიმპანიტს, სიმსივნე ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში ჩვეულებრივი ხმაურობით. საზარდულის გარეთა რგოლი თავისუფლად უშვებს სამ თითს. მარცხენა მხარეზე სიმსივნე მუშტის ოდენა—არ სწორდება მუცლის ღრუში; კანი დაჭიმულია, პერკუსია იძლევა ყრუ ხმას, სიმსივნის კედლები მკვრივი კონსისტენციისა. გაუკეთდა ოპერაცია—მარცხენა მხარეზე თიაქრის პარკი ძალზე გასქელებულია და დანაწილებული-პარკში წვრილი ნაწლავები შეხორცებული იყო თიაქრის პარკის კედელთან.

მარჯვენა მხარეზე თიაქრის პარკის უკანა კედელს შეადგენდა ბრმა ნაწლავის კედელი. კიაცემა ნაწლავის მწვერვალი შეზრდილი იყო პარკთან. თიაქრის სრულიად გამოყოფა არ მოხერხდა და ნაწილობრივ პარკის ამოკვეთის შემდეგ, ნაწლავთან ერთად იქმნა ჩაბრუნებული მუცლის ღრუში; წინასწარ გაკეთებული იქმნა appendectomia. კრილობა დაიხურა ყრუდ. საზარ-

დულის არხის ტულეტი Hackenbruch—Bracker-ის წესით. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-19 დღეს.

5) ავად. ისტ. № 2583.

მამაკაცი, 40 წლისა, ქართველი, მიწის მუშა, შემოსულია 2/9 1926 წ.

Diagnosis: Hernia inguino—scrotalis sin.

უჩივის სიმსივნეს მარცხენა საზარდულის მიდამოში, სიმსივნე გასჩენია 20 წლის წინად. ეწეოდა მძიმე ფიზიკურ შრომას. სიმსივნე პირველად თხილის ოდენა, შემდეგ თანდათან გაიზარდა და უკანასკნელი 4 წლის განმავლობაში სათესლე პარკში ჩამოუვიდა და დღეს ბავშვის თავის ოდენაა. ჩამოშვებით ჯანმრთელი, tbc და Lues-ი უარყოფილია. არ აღნიშნავს თითქმის არავითარ მოშლას კუჭ-ნაწლავების ტრაქტის მხრივ. Stat. praesens: ავად. საშუალო ტანის, სწორი აგებულობის, საკმაო კვების, გულისა და ფილტვების მხრივ N. ადგილობრივად: მარცხენა საზარდულის არეში გამოდის სიმსივნე უმტკივნელო, რბილი კონსისტენციისა; მუცლის ღრუში თავისუფლად სწორდება—ჩასწორებას კყრიალი გააქვს. საზარდულის გარეთა რგოლი გაგანიერებულია და თავისუფლად უშვებს სამ თითს. გაუკეთდა ოპერაცია. თიაქრის პარკი ძლიერ თხელი, გამოყოფის დროს პარკი რამოდენიმე ადგილას გაიზა. თიაქრის უკანა და ქვეთა კედელს შეადგენს S. Romanum-ი. თავისუფალი წინა კედელი პარკისა იქმნა ამოკვეთილი; პარკის განაკვეთი იყო გაკერილი და ნაწლავთან ერთად ჩაბრუნებული მუცლის ღრუში. საზარდულის არხის აღდგენა Bassini-ის წესით. კრილობა დაიხურა ყრუდ. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-15 დღეს.

6) ავად. ისტ. № 2108.

მამაკაცი 22 წლის ოსი, შემოსულია 7/6 1925 წ.

Diagnosis: Hernia inguin. detx. congenita.

უჩივის სიმსივნეს მარჯვენა საზარდულის არეში. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, მას ეს დაავადება აქვს ბავშვობიდან. წარსულში ავადმყოფს გადაუტანია „ტიფი“ (არ იცის რომელი), ყოფილა შეპყრობილი მალარიით. ეხლაც აციებს დღე გამოშვებით. არ აღნიშნავს რაიმე საყურადღებო მოშლილობას კუჭ-ნაწლავების მხრივ. Stat. praesens. საერთო გასინჯვამ აღმოაჩინა: გულის მხრივ ნორმა; ფილტვების მწვერვალში ისმის გაძლიერებული ამოსუნთქვა; ელენთა გამოდის ნეკნთა რკალიდან ორი თითის დადებაზე, დანარჩენ ორგანოების მხრივ N. ადგილობრივად: მარჯვენა საზარდულის მიდამოში ისინჯება სიმსივნე დიდი მუშტის ოდენა.

სიმსივნე თავისუფლად ბრუნდება მუცლის ღრუში. პერკუსია სიმსივნისა იძლევა ტიმპანისტს. გარეთა საზარდულის რგოლი გაგანიერებული სამი თითის დადებაზე. გაუკეთდა ოპერაცია. გაკვეთის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ თიაქრის პარკის ქვემო ნაწილში მდებარეობს სათესლე ჯირკველი, თიაქრის პარკის წინა ზედა კედელი კი შესდგება ბრმა ნაწლავისაგან. ბრმა ნაწლავის სეროზული გარსი ანუ ვისცერალური პერიტონეუმი განიცდის ანთებითი ცვლილებებს—გამსხვილებულია, ჰიპერემიული და ანთებითი ზედნადებებით. ჰიპოქლა ნაწლავი მოკლეა და გასქელებული; სიგრძე მისი უდრის 4 სანტ. გაუკეთდა appendectomy. თიაქრის პარკი ნაწილობრივ ამოიკვეთა, შემდეგ გაიკერა და ნაწლავთან ერთად ჩაბრუნებულ იქმნა en masse. ოპერაცია Bassini-ის წესით. კრილობა დაიხურა ყრუდ. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-13 დღეს.

7) ავად. ისტ. № 1486.

მამაკაცი 41 წლის, ქართველი, სოფლის მეურნე, შემოსულია 11/8 1923 წ.

Diagnosis: Hernia inguino—scrotalis sin.

უჩივის მარცხენა საზარდულის არეში სიმსივნეს, რომელიც გასჩენია სამი წლის წინად. აგრეთვე უჩივის ყაბზობას. ჩაქედვა ავადმყოფს ჰქონია რამოდენიმე წლის წინად. St., praesens: საერთო მდგომარეობა ორგანოებისა ნორმა. ადგილობრივად: სიმსივნე მარცხენა საზარდულის არეში ორი მუშტის ოდენობისა, სიმსივნე ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში. გარეთა რგოლი თავისუფლად უშვებს ორნახევარ თითს. პერკუსია იძლევა ნათელ ტიმპანისტს. გაუკეთდა ოპერაცია. თიაქრის პარკის უკანა კედელს ნაწილობრივად შეადგენს ბრმა ნაწლავი. დანამატი მდებარეობს თავისუფლად და უტკვლეია. თავისუფალი თიაქრის პარკის ნაწილობრივ ამოკვეთის შემდეგ, პარკის განაკვეთი იყო დახურული და ნაწლავთან ერთად ჩაბრუნებული მუცლის ღრუში. კრილობა დაიხურა Bassini-ის წესით. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-16 დღეს.



8) ავად. ისტ. № 59.

მამაკაცი 48 წლისა, ქართველი, მიწის მუშა, შემოსულია 8/10 1925 წ.

Diagnosis: Hernia inguinalis dex.

უჩივის სიმსივნეს მარჯვენა საზარდულის არეში; ჩაქედვა ჰქონია ერთი წლის წინად; სიმსივნე გასჩენია სამი წლის წინად. მიზეზათ ასახელებს დიდ შრომას და ჯაფას tbc და lues-ი უარყოფილია. Stat. praesens: საერთო მდგომარეობა შინაგან ორგანოებისა N. Stat. in loco. მარჯვენა საზარდულის არეში ისინჯება სიმსივნე დიდი მუშტის ოდენობისა, რომელიც ადვილად სწორდება მუცლის ღრუში. გარეთა რგოლი თავისუფლად უშვებს ორ თითს. პერკუსია სიმსივნისა იძლევა ტიმპანიურ ხმას. გაუკეთდა ოპერაცია. თიაქრის პარკი ვერ იქნა გამოცალკევებული, ვინაიდან მის ნაწილს შეადგენდა ბრმა ნაწლავის ფუძე. თიაქრის პარკი ნაწილობრივად ამოიკვეთა და შემდეგ გაიკერა, ჩაბრუნება მუცლის ღრუში. კრილობა დაიხურა Bassini-ს წესით ცრულ. Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-15 დღეს.

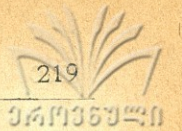
9) ავად. ისტ. № 2971.

მამაკაცი 55 წლისა, მიწის მუშა, შესულია 28/10 1926 წ.

Diagnosis: Hernia inguino—scrotalis bilat..

ავადმყოფი უჩივის ორივე მხარზე საზარდულის თიაქრებს, რომლების გამო მას ეძნელება ფიზიკური მუშაობა. თიაქარი მარჯვენა მხარზე მას აქვს ბავშვობიდან, მარცხენაზე კი—შეუძენია სამი წლის წინად, მძიმე მუშაობის დროს. ავადმყოფი აღნიშნავს შემდეგს, რომ მარჯვენა თიაქარი თითქმის ორჯერ უფრო მეტია მარცხენაზე — იგი მას თითქმის სულ არ აწუხებს, იმ დროს როდესაც მარცხენა თიაქარი ხშირად ეჭედება და მეტად მტკივნეულია. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ნათესავეებში მის ბაბუასაც ჰქონია თიაქარი. თვით მას თითქმის არავითარი მძიმე ავადმყოფობა არ გადაუტანია, არავითარ მოშლილობას კუჭ-ნაწლავის მხრივ, გარდა დრო გამოშვებით მარცხენა თიაქრის ჩაქედვისა, არ აღნიშნავს. St. praesens: ავადმყოფი სწორად აგებულობის, მაღალი ტანის და საშუალო კვების. როგორც გულ-მკერდის ორგანოების, ისე მუცლის ორგანოების მხრივ პათოლოგიური გადახრა არ ემჩნევა. St. in loco: მარჯვენა საზარდულის გარეთა რგოლი გახსნილია და უშვებს ორ 1/2 თითს. დგომის და დახველების დროს იქიდან გამოდის სიმსივნე და ჩადის სათესლე პარკში. სიმსივნე უდრის ბავშვის თავს, კონსისტენცია რბილი, პერკუსია იძლევა ტიმპანიურ ხმას, პალპაცია უმტკივნელოა. სიმსივნე თავისუფლად სწორდება უკანვე ხმაურობით. მარცხენა საზარდულის რგოლი უშვებს ორ თითს. საზარდულის არხი ირიბი მიმართულებისა, იქიდან გამოდის სიმსივნე დიდი მუშტის ოდენა და ჩადის სათესლე პარკში, სიმსივნე რბილი კონსისტენციისა, იძლევა ტიმპანტის, თავისუფლად სწორდება მუცლის ღრუში. პალპაცია მისი იწვევს ტკივილებს, ჩასწორება იწვევს ტკივილიანობას. 30/10 1926 წ. ოპერაცია, ხერხემლის ტვინის ანესტეზიის ქვეშ-მარჯვენა მხარეზე—თიაქრის პარკის უკანა გარეთა კედელი შესდგება ბრმა ნაწლავისაგან და ადვილად იყოფა გარეშე ფაშარ ქსოვილებისაგან. აშკარად ჩანს დიდი სისხლის ძარღვები, რომლებიც მიემართებიან ნაწლავისაკენ. პარკი განხნილია წინა მედიალურ ნაწილში, შიგ ადმოჩნდა სათესლე ჯირკველი, ბადექონი, რომელიც შეზრდილია პარკის ძირთან—იქვე აპენდიქსის ახლოა; ეს უკანასკნელი ხუთი სანტ. სიგრძით, გამსხვილებულია და მთელ თავის სიგრძეზე შეერთებულია თიაქრის პარკთან. ჯორჯალი აპენდიქსისა არ არის გამოსახული. პერიეტალური პერიტონეუმი, რომლიდანაც შესდგება თიაქრის პარკის წინა-შიგნითა ნაწილი არის უშუალო გაგრძელება ბრმა ნაწლავის ვისცერალურ პერიტონეუმისა. თვით ოპერაციის დროს ჩასწორება თიაქრისა ხდებოდა თავისუფლად, მაგრამ არ იყო სრული და ხდებოდა en masse სათესლე ჯირკველთან და მთელ თიაქრის პარკთან ერთად. რეზექცია ბადექონისა, აპენდექტომია, გამოყოფა თიაქრის პარკის ყელთან და მისი გადაკვეთა, დახურვა თიაქრის პარკის განაკვეთისა, ჩასწორება en masse თიაქრისა და ბრმა ნაწლავისა მუცლის ღრუში. კრილობის ტულატი Bassini-ს წესით. სათესლე ჯირკველის აპეზე Vinckelmann-ის ოპერაცია. სათესლე პარკში ჰემოსტატიური ტამპონი. დანარჩენი კრილობის კი—ყრულ დახურვა.

ტიპური Bassini-ის წესით თიაქართვეთა მარცხენა მხარეზე — თიაქრის პარკში მდებარეობს თავისუფლად წვრილი ნაწლავების მარყუქები. ოპერაციის შემდეგი ხანა მიმდინარეობს სრულიად ნორმალურად. პირველ და მეორე დღეს ავადმყოფი უჩივის ზომიერ ტკივილებს მარ-



ჯენა მხარზე; მესამე დღეს ტამპონის ამოღება—ქრილობიდან გადმოვიდა ცოტაოდენი ლიმფური ნარევი სისხლი. შემდეგ კი Sanatio per primam. გაეწერა განკურნებული მე-16 დღეს.

ჩვენ მასალას თვალი რომ გადავავლოთ უნებლიეთ მიიპყრობს ყურადღებას შემდეგი მოვლენა: თითქმის ყველა შემთხვევაში (გარდა ერთისა მარცხენა მხრის დაცურებულ თიაქრისა) თიაქრის პარკის შემადგენლობაში შედიოდა ბრმა ნაწლავი თავის დანამატით. ამ უკანასკნელს ხშირად ემჩნეოდა მკაფიოდ გამოხატული ქრონიკული ანთებითი ცვლილებები. ცხადია, რომ ყველა შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი ბრმა ნაწლავის ძირს დაშვებას და მასთან მის თავისუფალ პერიტონეალური შებენიანობის შეზღუდვას. რომ ეს ორი მომენტი თანდართულია იმ ტრავმით, რომელსაც უნდა აყენებდეს ნაწლავის მარჯვენ სანარდულის არხში და მუცლის ღრუს გარეშე მდებარეობა არ არიან უმნიშვნელონი. ამას ამტკიცებს ის ცვლილებები, რომლებსაც ჩვენ ვნახულობდით როგორც ბრმა ნაწლავის სეროზულ გარსის, ისე ჭიაყელა ნაწლავის მხრივ. ამ უკანასკნელის მხრივ ჩვენ გვინახავს ისეთი ცვლილებები, რომლებიც სხვა შემთხვევებში, როდესაც ჭიაყელა ნაწლავი მდებარეობს მუცლის ღრუში, იძლევა მკაფიოდ გამოსახულ აპენდიციტის ნიშნებს, უპირველეს ყოვლისა ტკივილებს. დაცურებულ თიაქრებიანი ავადმყოფები კი უმრავლეს შემთხვევაში არ აღნიშნავდნენ პერიტიტის დამახასიათებელ ნიშნებს, არ აღნიშნავდნენ ყაბზობასაც კი. ჩვენის აზრით აქ დიდი მნიშვნელობა უნდა ჰქონოდეს ორ მომენტს: პირველი — რომ თიაქრის პარკში შემავალი პერიტონეუმი ანთებითი გადავარების გამო ჰკარგავს თავის მგრძობიერობას, რაც იწვევს ტკივილიანობის დაკარგვას (Васильев) და მეორე — საზოგადოდ დაშვება ბრმა ნაწლავისა (თუ გინდა coecum mobile-ს სახითაც) თავისდათავად არ უნდა იწვევდეს პათოლოგიურ მოვლენებს, თუ მას თან არ დაერთვის სხვა გართულებებიც — ცვლილებები ჯორჯალში (coecum mobile), ნერვულ სისტემის მხრივ და სხვა. ჩვენი ავადმყოფები იყენენ სოფლელი მუშები, რომელთა ნერვული სისტემა შედარებით შენახული და გაუღიზიანებელია — და ეს მომენტი შეერთებული თიაქრის პარკის პერიტონეუმის მგრძობიარობის საერთო დაკლებასთან უნდა იყოს მიზეზი იმისი, რომ ჩივილს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რაიმე მოშლაზე ან მომეტებულ ტკივილებზე ჩვენ ავადმყოფთა შორის თითქმის სრულიად არ ჰქონია ადგილი.

ზემოხსენებულიდან შეიძლება გამოვიყვანოთ შემდეგი დასკვნები:

1) დაცურებული თიაქრების წარმოშობის საკითხში ჩვენის აზრით გავდამწვევტი მნიშვნელობა ეკუთვნის მექანიურ თეორიას.

2) დაცურებულ თიაქრებს აქვს განსაკუთრებული პათოლოგო — ანატომიური სურათი.

3) კლინიკური სურათი დაცურებული თიაქრების დროს არ არის გამორკვეული, დიაგნოზის დასმა შეიძლება მხოლოდ ვარაუდით — რადგანაც არ არსებობს მისთვის დამახასიათებელი გარკვეული სიმპტომოკომპლექსი.

4) ოპერაცია ასეთი თიაქრების დროს შეიძლება იქნეს ჩატარებული კარგად Bassini—Savariand-ის წესით.

5) დაცურებული თიაქრების მომეტებულ რიცხვს იძლევა ხანში შესული (40—60 წლის) მამაკაცები.



6) დაცურებული თიაქრების წარმოშობას ხელს უწყობს ფიზიკური შრომა და მოხუცებულობა.

დასასრულ უღრმეს მადლობას უცხადებ დიდად პატივცემულ და საყვარელ მასწავლებელს პროფ გ. მუხაძეს ხელმძღვანელობისათვის.

დიდ მადლობას უძღვნი აგრეთვე ჰოსპიტალურ-ქირურგიული კლინიკის უფროსს ასისტენტს მ. ცხაკაიას ლიტერატურის მოწოდებისათვის და სათანადო რჩევა-დარიგებისათვის შრომის დამუშავების დროს.

### ლიტერატურა.

1. პროფ. ა. ნათიშვილი — ადამიანის კოლინჯის ფიქსაციის მექანიზმი. ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე — 1923 წ.
2. ექიმი თევზაძე — ბრმა ნაწლავის და მისი დანამატის არანორმალური მდებარეობის შემთხვევები, აღმოჩენილი ოპერაციის დროს. ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის მოამბე — 1924 წ.
3. ექიმი გაგუა — თიაქრები და მათი წამლობა ჰოსპიტალურ-ქირურგიულ კლინიკის მასალების მიხედვით — 1919 წ. — 1925 წლამდე. თანამედროვე მედიცინა. № 8, 1625 წ.
4. Проф. Тихов — Часть. хирур. том III.
5. „ Ростовцев — Учение о перитфлите.
6. „ Васильев — Аппендицит в паховых грыжах у мужчин.
7. „ Крымов — Учение О грыжах.
8. Baumgartner. Des hernies par glassement du gross intestin. Paris 1905 წ.
9. Savariand. Revue de Chirurg. 1911 წ. № 11. референт.
10. Hilgenreiner H. Beitr. z. klinisch. chirurg. 1910 წ.
11. Demel R. D. Z. f. Gh. 168, S. 51.
12. Д-р. Б. С. Быковский — Скользящая грыжи. Новый хирур. архив. № 27, 1925 წ.
13. Приват — доцент Созон — Ярошевич. — К вопросу о так называемых скользящих грыжах. Врачебная газета № 8-9 — 1926 წ.

### 3. ჭავთარაძე.

## შიგნითა სეკრეციის ჯირკველთა სწეულებანი.

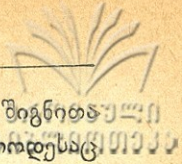
(მიმოხილვა).

შიგნითა სეკრეციის ჯირკველი ეწოდება ისეთს, რომელიც თავის მოქმედების შედეგს იძლევა პირდაპირ სისხლში. ამგვარ ჯირკველს ეკუთვნის ტვინის დანამატი, ფარისებრი ჯირკველისა, სანდუტრემის სხეულები, მკერდუკანა, კუჭ-ქვეშა, თირკმელზედა და სასქესო ჯირკველები, ჯალსლუზისებრი. ყველა ესენი ქმნიან ნივთიერებას, რომელსაც ჰორმონს ეძახიან. ამ ჰორმონის საშუალებით ორგანოთა შორის კავშირი არსებობს და ორგანიზმის სხვადასხვა ფუნქციის რეგულიაცია ხდება. ჰორმონები ტვინის დანამატისა, ფარისებრი და თირკმელზედა ჯირკველებისა სიმპატიური სისტემის საშუალებით ნივთიერებათა ცვლას აძლიერებენ, ქსოვილის პოტენციალური ენერგია კინეტიურში გადააქცევთ, ხოლო სანდუტრემის სხეულები, მკერდუკანა და კუჭ-ქვეშა ჯირკველები კი პარასიმპატიურ სისტემასთან ერთად ჰქმნიან სინერგიულ ჯგუფს, რომელთა ფუნქციას შეადგენს პოტენციალური ენერგიის დაგროვება, ესენი პირიქით ასიმილიაციის პროცესს ეხმარებიან. როგორც სჩანს, შიგნითა სეკრეციის ჯირკველების ფუნქციას ეკუთვნის ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ტონუსის რეგულიაცია.

ისტორია. Theophile de Borden-მ 1775 წ. აღნიშნა, რომ ყოველი ორგანო წარმოადგენს ადგილს, სადაც მზადდება სპეციფიური ნივთიერება, რომელიც გადადის სისხლში. ეს ნივთიერება სასარგებლოა და აუცილებელი ორგანიზმისათვის.

1849 წ. ფიზიოლოგი A. Berthold-ი კი თავის ექსპერიმენტალური ცდებით მამლების სასქესო ჯირკველების გადანერგვით ამტკიცებს ამ ჯირკველის მოქმედებას, როგორც შიგნითა სეკრეციისას. 1855 წ. Addisson-ი აწერს ბრინჯაოს ავადმყოფობას, რომელიც მას მიაჩნია თირკმელზედა ჯირკველის დაავადების შედეგათ.

კიდევ Claud—Bernard-ი გამოსთქვამს აზრს, რომ ჯირკველები, გარდა გარეთა სეკრეციისა, აგრეთვე ამზადებენ განსაკუთრებულ სპეციფიურათ მოქმედ შიგნითა სეკრეტს, რომელიც უშუალოთ სისხლში შედისო. რუსეთის მეცნიერებრივ სწორეთ ამგვ ხანაში აქცევდენ ყურადღებას შიგნითა სეკრეციის საკითხს: Галузинский 1862 წ., Сапшинский 1872 წ., Мандельштамм-ი 1873 წ. და



სხვ. მაგრამ ნამდვილ მეცნიერულ ნიადაგზე დამყარებული ცოდნა შიგნითადად სეკრეციის შესახებ მხოლოდ მე-XIX საუკუნის ბოლოდან ითვლება, როდესაც Brown—Sequard-მა თავის შესანიშნავი მოხსენება სასქესო ჯირკვლების გამონაწურის კანქვეშ შეშხაპუნების შესახებ გააკეთა პარიზში Societ'ede Biologie-ში 1889 წ.

ამ საკითხის შესახებ ამის შემდეგ ყველა ქვეყნებში, სწარმოებდა გაცხოველებული მეცნიერული მუშაობა, რასაც მოყვა აუარებელი მასალის დაგროვება. მაგალითად, სამხედრო—საექიმო აკადემიამ გამოუშვა ასი საღისერტაციო შრომა შიგნითა სეკრეციის შესახებ, ხოლო მოსკოვის საექიმო ფაკულტეტმა მხოლოდ 18 შრომა. ამ 118 შრომიდან ერთი (აკადემიიდან) ეკუთვნის პროფ. მაქავარიანს\*) და მეორე (მოსკოვიდან) პროფ. ლამბარაშვილს\*\*).

საერთოდ რუსულ ენაზე ამ საკითხის შესახებ დაწერილი შრომები 1860 წ. 1920 წლამდე უდრის 2,108 შრომას, ხოლო მსოფლიო ლიტერატურაში აღემატება 16.000 სახელწოდებას და Bidl-ის ცნობილ სახელმძღვანელოში ერთი ტომი მარტო ლიტერატურას აქვს დათმობილი\*\*\*).

\*) А. Г. Мачавариани — „Свертываемость и вязкость крови и некоторые другие гематологические данные при различных формах зоба“.

\*\*) Г. Г. Гамбаров — „К вопросу о влиянии экстракта яичников на сосудистую систему и его отношение к gl. Thyreoideae 1912 г.“

\*\*\*) ამ ლიტერატურას უნდა დაუმატოთ საქართველოში შესრულებული შრომები:

1. პროფ. ა. მაქავარიანი. — თირეოტოქსიკოზი, როგორც ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის სხვადასხვა სახეების ნაშთი.

2. დოც. სვ. ყიფშიძე და ორდინატორი ევანიანი. — „Tetania post operationem gl. fhyreoideae-ს შემთხვევა.“

3. ექ. ა. შონია. — ჩიყვის საკითხის შესახებ საქართველოში.

4. ექ. გ. გრიგორაშვილი. — „აკრომეგალიის სამი შემთხვევა.“

5. ექ. გ. გიგოლოვი. — ჩიყვი ტფილისის ქალაქის I საავადმყოფოს მასალების მიხედვით.“

6. ექ. ი. ასლანიშვილი. — ენდემიური ჩიყვი საქართველოში.

7. მისივე. — ჩიყვის ახალი კერები საქართველოში.

8. მისივე — ჩიყვი სვანეთში.

9. ექ. ა. ახვლედიანი. — „ჩიყვი ქვემო სვანეთში.“

10. ექ. კუპცისი. — რადიო აქტივობა, როგორც ეთიოლოგიური მომენტი ჩიყვიანობის წარმოშობაში.“

11. ექ. ტ. ღლონტი. — ცნობები ზემო აჭარის ჩიყვიანობის შესახებ.

12. Д-р. Г. С. Пондоев. „Современное учение об эндемическом зобе, его терапия и профилактика“.

13. დოც. მ. ასათიანი. — კრეტინიზმი სვანეთში.

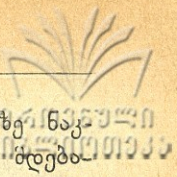
14. მისივე. — ჩიყვის და კრეტინიზმის ეთიოლოგიისათვის.

15. ექ. ი. პარმა დიაბეტის ინსულინით მკურნალობისთვის.

16. ექ. შ. შ. მიქელაძე. დიაბეტის პათოგენეზი და მისი ინსულინით მკურნალების პრინციპები.

17. ექ. დიდებულიძე. „tetania gastrique“-ის შემთხვევა.



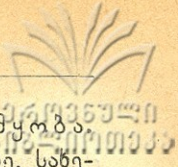


ტვინის დანამატის — Hypophysis cerebri-ს ფუნქცია ყველაზე ნაკლებათაა შესწავლილი; ამას სხვათა შორის აუერხებს მისი ანატომიური მდებარეობაც, იგი მოთავსებულია ძირითად ძვლის ოსმალურ კეხის ფოსოში და ორი წილისაგან შესდგება: წინა უფრო დიდია, შესდგება ჯირკველვან ქსოვილისაგან და ხახის უკანა კედლის ლორწოვანი გარსისაგან წარმოსდგება; უკანა წილი უფრო პატარაა, მორგვალო ფორმისაა, ნერვული ქსოვილისაგან შესდგება და ძაბრის ვაგრძელებას წარმოადგენს. ამ წარმოშობის და მიხედვით მათი ფუნქციათა შორის განსხვავება არსებობს. წინა წილის ფუნქცია დაკავშირებულია ძვლის და ტანის ზრდასთან, უკანა წილს კი ეკუთვნის გულისა და სისხლ-ძარღვთა ფუნქციის რეგულიაცია. ტვინის დანამატის ექსტრაქტის კანქვეშ შეშუპუნება იწვევს არტერიალური სისხლის წნევის მომატებას და გულის რითმის შენელებას. აგრეთვე იგი იწვევს ორგანოების წყლთუ-კუნთების, განსაკუთრებით კი საშვილოსნოს აღზნებას.

ახლანიშნავია ამ ჯირკველის გავლენა თირკმელის მოქმედებასა და ნივთთა ცვლაზე. შარდის გამოყოფა კლებულობს, ხოლო მისი კონცენტრაცია კი მატულობს. უდანამატო ცხოველს უანგბადის დახარჯვა დაკლებული აქვს, ტანის სიბოზო ნაკლები, საერთო ნივთთა ცვლა შემცირებული, რის გამოც ცხიმი გროვდება. ამიტომ ზოგიერთი (Ashner) მოიხზოვს, რომ სისუქნეს და დაკლებულ ნივთთა ცვლას ფარისებრ ჯირკველის პრეპარატის მაგიერ ჰიპოფიზის პრეპარატით უწამლოთო. გარდა ამისა ტვინის დანამატს, ისე როგორც სხვა ჯირკველებს, აქვს ერთგვარი კავშირი სხვა დანარჩენ შიგნითა სეკრეციის ჯირკველებთან. ყველასათვის აშკარაა ტვინის დანამატის გადიდება ორსულობის დროს, აგრეთვე ცნობილია მენსტრუაციის მოსობა და libido-ს დაკარგვა აკრომეგალიის დროს. არსებობს დამოკიდებულება ტვინის დანამატისა, ჩიყვისა, ფარისებრი ჯირკველსა და სხვათა შორის. ერთი ამათგანის ფუნქციის მოშლა იწვევს დანარჩენი ჯირკველის მოქმედების შეცვლას. ერთი სიტყვით, პროფ. Виноградов-ის თქმით, „ირღვევა კორელიაცია მთელი ენდოკრინოლოგიური სისტემისა, რაც თავის მხრივ გავლენას ახდენს ვეგეტატიური ნერვულ სისტემაზე, ხოლო ამათი მოქმედებით ხდება ფიზიო-ქიმიური ცვლილება ქსოვილის შემადგენლობისა, რაც ხელ ახლა ახდენს გავლენას და სცვლის ჰორმონების ნორმალურ მოქმედებას.“

Peritz-ი ამბობს: „თუ ჩვენ ჰიპოფიზის ფუნქციას საერთოდ გავარჩევთ, მაშინ შეგვიძლიან ვსთქვათ, რომ მთელი ჰიპოფიზი წარმოადგენს ტროფიკული პროცესების რეგულიატორულ აპარატს. დანამატის ყველა ნაწილი აძლევს ორგანოებს ტროფიკულ ჰორმონებს: წინა ნაწილი აძლევს განსაკუთრებით კანს, ძვალს და შიგნითა ორგანოებს; უკანა წილი — სასქესო ორგანოებს და კუნთებს. თუ ყველა ეს ჰორმონები გამოვარდა, მაშინ ორგანიზმი კვდება, ხოლო თუ მარტო ზოგიერთი მათგანი, — მაშინ ვღებულობთ სხვადასხვა სახის ავადმყოფობას-ო.“

ამ მოკლე ანატომიური და ფიზიოლოგიური ცნობების შემდეგ მე შევეხები იმ სნეულებებს, რომელნიც გამოწვეული არიან ჰიპოფიზის დავადებით. ტვინის დანამატის დაზიანება იძლევა ორგვარ კლინიკურ სურათს, ერთი მათგანი არის შედეგი ჰიპოფიზის გაძლიერებული ფუნქციის — აკრომეგალია და



მეორე კი მისი ფუნქციის დაქვეითებისა — Simmondson-ის ავადმყოფობა ამ უკანასკნელს ახასიათებს საერთო სისუსტე, სწრაფ-მავალი სივამხდრე, სახეზე ნაადრევი ნაოჭები, კანის სიმშრალე, წყურვილის მოსპობა, კბილების დაღვინვა, თმების ნაადრევი გათეთრება, ძირითადი ნივთთა ცვლის დაკლება; ერთის სიტყვით ვითარდება Senilium praecox-ი, რომელიც მალე თავდება სიკვდილით. ამ ავადმყოფობით, რომელიც Simmondson-მა 1914 წელს ასწერა, როგორც ჰიპოფიზარული სივამხდრე, უფრო ხშირად ავად ხდებიან ქალები, განსაკუთრებით მშობიარობის შემდეგ, და მის გამომწვევ მიზეზათ ცნობილია დანამატის წინა წილის ჰიპოფუნქცია.\*)

აკრომეგალია არის გამოწვეული პირიქით ჰიპოფიზის ჰიპერფუნქციით; იგი პირველათ ვრცლათ ასწერა Pierre Marie-მ 1885 წ. და მიზეზათ ტვინის დანამატის წინა წილის სიმინევე აღიარა. ამ ავადმყოფობას ახასიათებს კიდურების გამსხვილება განსაკუთრებით მტევნისა და ტერფის ძვლებისა, გადიდებული ენა, რომელიც ხანდახან ლაპარაკსაც უშლის, სქელი ტუჩები, ქვედა ყბის წინ გამოწვევა, შემსხვილებული ცხვირი და საერთო სახის შეხედულების გამოცვლა. ხშირათ ეს ავადმყოფობა იწყება 20 — 40 წლებში, და პირველათ ავითმყოფს აწუხებს სისუსტე, სახსრების და კუნთების ტკივილი, ადრე იწყება სქესობრივი მოშლილობა, ქალებს თვიურის შეწყვეტა, მამაკაცებს კი იმპოტენცია. ზოგიერთ შემთხვევაში თავიდანვე აღინიშნება თავის ტვინის სიმსივნის ნიშნები: თავბრუსხვევა, თავის ძლიერი ტკივილები, პირის ღებინება, მხედველობის მოშლილობა, ჰემიანოპსია. გარდა ამ ნიშნებისა აღსანიშნავია ლიმფოციტოზი, პოლიურია გლიკოზურია Ca და Cl-ის მარილების შეთვისების გაძლიერება; აგრეთვე ექ. გრიგორაშვილის მიერ აღნიშნულია უნებლიეთი შარდის ქცევა — incontinentio urinae.

მკურნალობისთვის ზოგიერთ შემთხვევაში მიმართავენ ოპერაციას, რასაც ხანდისხან კარგი შედეგი მოჰყვება ხოლმე. ამ ბოლო დროს დიდ იმედს ამყარებენ რენტგენოთერაპიაზე; არის შემთხვევები არა თუ გაუმჯობესებისა, არამედ სრული განკურნებისაც.

ტვინის დანამატის უკანა წილის დაავადების შედეგია ავადმყოფობა dystrophia adiposo-genitala, რომლის დამახასიათებელია ორი ძირითადი ნიშანი: ნამეტანი სისუქნე და სასქესო ორგანოების განვითარებას შეჩერება ან ატროფია, რომელსაც ხანდისხან თან დაერთვის ფსიქიური ინფანტილიზმი. ეს სინდრომი პირველათ ასწერა Babinski-მ 1900 წელში.

არსებობს აზრი (Aschner), რომ ასეთივე სიმპტომოკომპლექსი შეიძლება მივიღოთ ვეგეტატიური ცენტრების დაზიანებითაც. ამ ბოლო დროს არჩევენ ადიპოზო გენიტალური სინდრომის ორ ფორმას: ჰიპოფიზარულს და ცერებრალურს; ამ უკანასკნელის დროს აღინიშნება აგრეთვე სხვადასხვა დეგენერატიუ-

\*) Regel ქონია რამდენიმე ნაადრევი შემთხვევა Simmondson-ის ავადმყოფობისა, რომელიც მას მოურჩენია Praeaphysis-ის, ე. ი. დანამატის წინა ნაწილის პრეპარატის შესახატუნებით მისი აზრით ნაადრევი ნიშნებს ეკუთვნის: ეოზინოფილია, სისხლის წნევის და ტემპერატურის დაკლება და აგრეთვე ძირითადი ნივთთა ცვლის აშკარა დაქვეითება, რაც შეეხება კახექსიას, ის შედეგში ვითარდება.

ლი სიმპტომები. ეს ავადმყოფობა აწერილია როგორც სიმსივნის დროს ისე, უამისოდაც, როდესაც იყო მხოლოდ Hydrocephalus internus-ი; ასეთი შემთხვევა აწერილია Babonneix-ის და Denoyelle-ის მიერ. ჩვენც გვქონდა კლინიკაში ერთი შემთხვევა ჯეკსონის ტიპის ეპილეპსიისა Hydrocephalus internus-ის ნიადაგზე, რომელსაც აღმოაჩნდა ნიშნები ადიპოზო გენიტალური სინდრომისა. Diabetes insipidus-ი, გარდა ნერვული წარმოშობისა, შეიძლება იყოს შედეგი ჰიპოფიზის უკანა წილის და pars intermedia-ს დაავადებისა. მთავარი ნიშანია უზომო წყურვილი და აუარებელი შარდის ქცევა. წყურვილის მოთმენა შეიძლება მხოლოდ რამდენიმე საათს, შემდეგ კი იწვევს ტანხიკარდიას, გულის რევას, კანი ხდება მშრალი, ოფლის და ნერწყვის დენა სწყდება. დიეტა პოლიურიაზე არ მოქმედობს, შარდის შემადგენლობა ნორმიდან არ განსხვავდება, მხოლოდ მისი ხვედრითი წონა უდრის 1001 — 1003.

მკურნალობა. თუ ავადმყოფობა ჰიპოფიზარული წარმოშობისაა, პიტუიტრინი მალე იძლევა კარგ შედეგს, თითქმის 95% შემთხვევაში შედეგი დადებითია.

ჯალღუზისებრი სხეული. — glandula pinealis ან epiphysis cerebri მდებარეობს ოთხგორაკის წინა ბორცვთა შორის სილვის წყალსადინარის ზემოთ, ნაძვის კაკლის მოყვანილობისა და აგებულია ნაზი, მუქ ფერის ქსოვილისაგან; არის თუ არა ეპიფიზი შიგნითა სეკრეციის ჯირკველი, ჯერ კიდევ საკითხია, თუმცა Marburg-ი, რომელმაც დაწვრილებით შეისწავლა ეს სხეული პათოლოგო-ანატომიურათ და, რომელმაც ჩაუყარა საძირკველი ეპიფიზის დაავადების სინდრომს, ჯალღუზისებრი სხეული შიგნითა სეკრეციის ჯირკველს მიაკუთვნა. ჯალღუზისებრი სხეულის დაავადება შედეგია მისი სიმსივნის, რომელიც ვითარდება განსაკუთრებით ბავშობისას 12 წლამდე და იძლევა, როგორც დისტროფიულ, ისე თავის თავის ტვინის სიმსივნის ნიშნებს.

ბირველისათვის დამახასიათებელია ერთის მხრივ სიმაღლის და მეორეს მხრივ გარეთა სასქესო ორგანოების სწრაფი ზრდა, აგრეთვე აღსანიშნავია თმის ნაადრევი ზრდა სასქესო ორგანოებზე, ილიაზე. ბავშვი იზრდება ძლიერ ჩქარა, იგი ასწრებს თავის ტოლებს, სასქესო ორგანოები ამავე დროს ლებულობს დამწიფებულის სიდიდეს. 8 წლის ბავშს აქვს ერექცია და სპერმატოზოდიანი თესლის გამოყოფა. ამ pubertas praecox-ს ხსნიან ეპიფიზის ფუნქციის მოსპობით, რომელიც თითქოს სასქესო ჯირკვლების განვითარებას აჩერებს.

ეპიფიზის სიმსივნე იძლევა აგრეთვე თავის ტვინის ზედაწოლის მომატების ნიშნებს; ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი, პირის ლებინება, ძილიანობა, სმენის დაკლება და შიილი ყურში, მხედველობის დაქვეითება და საგნების გაორება. ყველა ეს შედეგია ეპიფიზის სიმსივნის მიერ გამოწვეულ ტვინის წყალმანკისა.

მკურნალობა ეპოფიზარული სინდრომისა არ არსებობს და იგი მხოლოდ სიმპტომატიურია: პუნქცია პარაკუბებისა და რეზექცია თავის ქალასი წნევის დაკლების მიზნით:

ფარისებრი ჯირკველი — glandula thyreoidea მდებარეობს კისრის შიდამოს ქვედა ნაწილში, კისრის ორგანოების წინ და გვერდებზე და წარმოად-



გენს მრავალ ხორკლიან მკვრივ ორგანოს, რომელსაც ნალისებრი მოყვანილობა აქვს. ორი გვერდითი წილი შეერთებულია ყელით; ფარისებრი ჯირკველი დამალულია კისრის რბილ ნაწილების ქვეშ, ამ ორგანოს ჯირკველოვანი ელემენტი შესდგება წვრილ მორგვალო ბუშტუკებისაგან, რომლის ღრუ ამოვსებულია ე. წ. კოლოიდალურ ნივთიერებით, რომლის შეზადგენლობაში შედის გლობულინი და ნუკლეოპროტეიდი. პირველში არის მოთავსებული ჯირკველის მთელი იოდი და ორგანიული შეერთებანი, საიდანაც წარმოსდგება იოდოთირინი; მეორე შეიცავს მინერალურ ნივთიერებას, განსაკუთრებით ფოსფორსა და დარიზხანს.

ამ უკანასკნელ დროს Kendal-მა შესძლო გამოეყო ფასისებრი ჯირკვალისგან თიროქსინი, რომელიც უფრო მეტი მომქმედია და შეიცავს დიდ ძალ იოდს. კანქვეშ შეშხაპუნება იოდოთირინისა და იოდოთირეო-გლობულინისა, ოსტეალდის აზრით, იწვევს სისხლის წნევის დაწევას და გულის მოქმედების შენელებას, ხოლო Ascher-ი და სხვები პირიქით ამტკიცებენ, რომ ამ პრესპარატების მიღებას გულის აჩქარება-ტახიკარდია მოჰყვებაო. დამტკიცებულია ფარისებრი ჯირკველის პრესპარატის მოქმედება ნივთთა ცვლაზე, რაც გამოიხატება ცხიმის მომატებულ დაწვაში, წყლის გაძლიერებულ გამოყოფაში და აზოტოვან ნივთიერებითა მომატებულ ცვლაში. ამით აიხსნება სისუქნის მკურნალობა ამ პრესპარატით, თუმცა უწყსოთ ხმარებულს შეუძლია გამოიწვიოს ჰიპერთირეოიდიზმი — უძილობა, კანკალი, ტახიკარდია, ფსიქიური აგზნება და სხვა.

ფარისებრი ჯირკველის დაავადება, იმისდა მიხედვით თუ რასთან გვაქვს საქმე, მისა ფუნქციის დაქვეითებასთან თუ გაძლიერებასთან, იძლევა ორგვარ ავადმყოფობას: მიქსედემას და ბაზედოვის ავადმყოფობას, ამ უკანასკნელს, აწერილს გერმანელ Basedow-ის მიერ 1840 წ. და ინგლისელი Graves-ის მიერ 1835 წელს, ახასიათებს ოთხი მთავარი ნიშანი: ფარისებრი ჯირკველის ჰიპერტროფია, ექსოფტალმუსი, ტახიკარდია და კანკალი. ამას ხშირათ დაერთვის ხოლმე ვეგეტატიური ნერვული სისტემის წონასწორობის დარღვევა. ტახიკარდია არის პირველი და მუდმივი ნიშანთაგანი ამ ავადმყოფობისა. პულსი აჩქარებულია  $90^1 - 120^1$ , მცირე და ცვალებადი, აღელვებასა და დაღლილობისას უფრო ხშირდება  $150^1 - 180^1$ ; რაც შეეხება არტერიალურ სისხლის წნევას, იგი ოდნავ მომატებულია. ფარისებრი ჯირკველი შეიძლება ან ძლიერ იყოს გადიდებული, ან ოდნავ ემჩნეოდეს გადიდება. Kocher-ის აზრით უჩიყვოთ ბაზედოვის ავადმყოფობა არ არის. ზოგიერთები ჩიყვს ადვილათ იტანენ, უმრავლესობა კი შეწუხებულია, კისერში შევიწროებას გრძნობენ და ხმა ჩახლჩილი აქვთ.

ექსოფტალმუსის დროს თვალების კაკლები თითქოს გამოვარდნას აპირებენ, ქუთუთოები ფართეთ არის გაღებული, გამომეტყველება გამოცვლილია. ექსოფტალმუსი უფრო ხშირათ სიმეტრიულია, მაგრამ შეიძლება იყოს მარტო ერთ მხარეზედაც; აღელვება, დაღლილობა, მენსტრუაცია აძლიერებს ექსოფტალმუსს. ამ უკანასკნელს თან დაერთვის ნიშნები, რომელნიც არიან შედეგი ქუთუთოების და თვალის კაკლების მოძრაობათა შორის კოორდინაციის დარღვევისა. მაგ. ნიშანი de Graefe-სი მდგომარეობს იმაში, რომ ავადმყოფს თვალების ძირს დაშვების დროს ქუთუთოები არ მოყვება, ე. ი. როცა ავადმყოფი, ძირს იყურება მაშინ ზედა ქუთუთო მას არ მოსდევს, ან მოსდევს ნაწილობრივ და ამიტომ

თვალის კაკალი ზედმეტი ღია რჩება, ქუთუთოების მოძრაობა იგვიანებს. შედარებით კაკლის მოძრაობასთან. (იხ. ნახ. 1).

Stellvag-ის ნიშანი მდგომარეობს წამწამის იშვიათი დახამხამებაში Moebius-ის ნიშანი კონვერგენციის დარღვევაში, რაც შედეგია შიგნითა სწორი კუნთების პარეზისა.

მეთხე ნიშანია კანკალი, რომელიც უფრო ხელებსა და ფეხებშია გამოხატული; ეს კანკალი, ისე როგორც სხვა ნიშნები ბაზედოვის ავადმყოფობისა, ძლიერდება აღელვებისა და დაღლილობის შემდეგ. ამ ოთხ მთავარ ნიშანს ხშირათ ღაერთვის ოფლიანობა, სიცხის შეგრძნება, ხასიათის გამოცვლა, უძილობა, ავადმყოფი მალე ღელდება, უმიზეზოთ დამწუხრებულია და ხდება აუტანელი. ამ რიგათ ზოგიერთი დამახასიათებელი ნიშნები ბაზედოვიზმისა დამოკიდებულია ცთომილი ნერვის გაღიზიანებისაგან: ოფლიანობა, ფლარათობა, კუჭნაწლავის კრიზები და სხვ., და ზოგიერთი კი, როგორც არის ტახიკარდია, კანკალი, კანის პიგმენტაცია და სხვ., არის შედეგი სიმპატიური სისტემის გაღიზიანებისა; ამ რიგათ, როგორც სჩანს, არსებობს ორგვარი ტიპი ბაზედოვიზმისა. ვაგოტონიურ ტიპს ახასიათებს პულსის ოღნავი აჩქარება, გრეფეს ნიშანი, ძლიერი ოფლის დენა, კუჭ-ნაწლავის ჰიპერსეკრეცია და დადებითი თვალგულის რეფლექსი, რომელიც ძლიერდება პილოკარპინის შემზაპუნების შემდეგ. სიმპატიკოტონიურ ტიპს ახასიათებს ძლიერი ტახიკარდია და ექსოფტალმუსი,



ნახ. 1. სახის გამომეტყველება ბაზედოვის ავადმყოფობის დროს. (პროფ. ასვაკატუროვის წიგნიდან).

მშრალი კანი, მებიუსის ნიშანი, Aschner-ის რეფლექსი უარყოფითი, ან ინვერტიული, რომელსაც აძლიერებს ადრენალინის შემზაპუნება. ასეთი აშკარათ გამოხატული ვაგოტონიური და სიმპატიკოტონიური ტიპები იშვიათია, უმრავლეს შემთხვევაში ბაზედოვის ავადმყოფობის დროს გაღიზიანებულია ორივე სისტემა. მკურნალობა ბაზედოვის ავადმყოფის დროს სიმპტომატიურ საშვალეებს შეადგენს: T-ra strophanti, extr. Belladon., ბრომი და ვალერიანას წვეთები; ორგანოთერაპევტიულ საშვალეებიდან კარგ შედეგს იძლევა Ovarin-ი და ანტიტიროილინი. ამ ბოლო დროს ისევ ხმარებაშია იოდის მცირე დოზა. ფიზიკურ მეთოდებიდან საუკეთესო დახმარებას იძლევა გაღვანიზაცია და რენტგენოთერაპია ჩიყვისა. თუ კი არც ერთმა ზემოჩამოთვლილმა საშვალეებმა შედეგით არ მისცა ავადმყოფს, მაშინ მიმართავენ ქირურგიულ მეთოდს, ე. წ. ნაწილობრივ თირეოიდოკტომიას.

მიქსედემა ფარისებრი ჯირკველის ჰიპოფუნქციის შედეგია და მას ახასიათებს სამი უმთავრესი ნიშანი: კანის შეშუპება, პსაქიური ჩამორჩენილობა



და ფარისებრი ჯირკველის ატროფია. პირველად ეს ავადმყოფობა ინგლისელ ექიმებმა Gull-მა 1873 წ. და Ord-მა 1878 წ. აღწერეს, ხოლო შემდეგში ამას ერცლათ შეეხო: Bournville-ი, Morvan-ი, Charcot-ი, Reverden-ი, და Koxer-ი, ამ უკანასკნელმა მას უწოდა Cachexia strumipriva, იგი ვითარდება ფარისებრი ჯირკველის სრული ამოკვეთის შემდეგ. მიქსედემა ოთხგვარია: ბავშვების და დიდების მიქსედემა ფარისებრი ჯირკველის ატროფიის ნიადაგზე, ოპერატიული მიქსედემა, ენდემური და მიქსედემა ფარისებრი ჯირკველის უქონლობის ნიადაგზე. მიქსედემატოზურ ავადმყოფის გამომეტყველება უსიცოცხლოა და აპათიური, კანი შეშუპებულია და ცივი, კიდურები ციანოტიურია, მუდამ სიცივეს უჩივის, ქუთუთოები და წამწამები ცვინდება, ფრჩხილები ადვილად იმსხვრევა, თვალის ნაპრალი შევიწროებულია, აღნიშნულია ვეგეტ. ნერვული სისტემის აგზნების დაქვეითება, არც ადრენალის და არც პილოკარპინის შემხაპუნება ორგანიზმში ცვლილებას არ იძლევა. ერთი სიტყვით მიქსედემა იძლევა ბაზედოვიზმის სრული საწინააღმდეგო სურათს და, რომ უფრო თვალსაჩინო გახდეს ამ ორ ავადმყოფობათა განსხვავება მოვიყვან Moebius-ის მიერ აწერილ მათი ანტაგონისტურ ნიშნებს:

#### მიქსედემა

1. ფარისებრი ჯირკველის ატროფია ან უქონლობა.
2. ნელი, სუსტი, წესიერი პულსი.
3. კანი ცივი და შეშუპებული, მუდამ სიცივის შეგრძნება.
4. შენელებული, მძიმე სუნთქვა.
5. უმადობა, დაგვიანებული საჭმლის მონელება.
6. ნივთთა ცვლა დაქვეითებული.
7. გამომეტყველება უსიცოცხლო, ზანტი.
8. ძილიანობა.
9. თვალის ნაპრალი შევიწროებული.
10. უგულობა, უაზრობა.
11. მიხვრა-მოხვრა დაგვიანებული.
12. ძვლის ზრდის შეჩერება, მოკლე და მსხვილი ძვალი, დეფორმაციული ხელები.
13. მოკლე და მსხვილი თითები.
14. სქელი, ნაოჭიანი და მშრალი კანი.

#### Morbus Basedow-ი

1. ფარისებრი ჯირკველი გადიდებული.
2. ხშირი, დაჭიმული და უწესო პულსი.
3. აუტანელი სითბოს შეგრძნება.
4. ზერელე და ხშირი სუნთქვა.
5. გადაჭარბებული მადა, საჭმლის მონელება სწრაფი.
6. ნივთთა ცვლა გაძლიერებული.
7. გამომეტყველება მშფოთავი, თვალის განსაკუთრებული სივარვალე.
8. უძილობა.
9. თვალის ნაპრალი ფართე, ექსოპტალმუსი.
10. სწრაფი აზროვნება, პსიქიური აგზნება ჰალიუცინაციამდი.
11. სახსრების ზედმეტი მოძრაობა, კიდურების კანკალი.
12. ჩონჩხის კარგი მოყვანილობა.
13. გრძელი და წვრილი თითები.
14. კანი სოველი, თხელი და გამსჭვირვალე.

ენდემიური მიქსედემა ან კრეტინიზმი დიდი ხანია ცნობილია, იგი განსაკუთრებით მთიან ადგილებში გვხვდება და მისი ნიშნები თითქმის იგივეა, როგორიც მიქსედემატოზურის. კრეტინიანს ახასიათებს საერთო სისუსტე და დაღლილობა, უმადობა, კანის უფერულობა და შეშუპება, სასქესო ორგანოების ატროფია, სახსრების რევმატოიდული ტკივილები, ზრდის შეჩერება და აგრეთვე კარგათ გამოხატული ჩიყვი (იხ. ნახ. 2). ეს უკანასკნელი წარმოადგენს ჰიპერტროფიულ ფარისებრ ჯირკველის დეგენერაციას, რაც იწვევს მისი ფუნქციის დაქვეითებას. ფარისებრი ჯირკველის ასეთი გადაგვარების მიზეზი Mac Carrison-ის აზრით ორგანიზმში იოდის სინაკულუსს უნდა მიეწეროს. ხოლო იოდის სიმცირეს სასმელ წყალს აბრალევენ, რადგან დამტკიცებულია კავშირი სასმელ წყალსა და ენდემიური ჩიყვის შორის. ჩიყვიანობის შესწავლას ჩვენში განსაკუთრებული ყურადღება აქვს მიქცეული, რადგან იგი გავრცელებულია ჩვენი ქვეყნის უმშვენიერესი კუთხეში—სვანეთში და იქ მცხოვრებთ, თუ დროზე არ იქნა სათანადო ზომები მიღებული, გადაშენებას უქადის.

Zondek-ის აზრით ჩიყვიან ადგილებში ბაზედოვის ავადმყოფობა იშვიათი მოვლენაა, და ეს დებულება მტკიცდება საქართველოს ექსპედიციების სტატიკის მიხედვითაც, ეს კი უნდა აიხსნას ფარისებრი ჯირკველის გამომყოფელი პარენქიმის მალე გადაგვარებით. კრეტინის ჩიყვი განსხვავდება ბაზოდოვის დროს ჩიყვისგან მაგარი კონსისტენციით და პულსატორული შუილის უქონლობით.

მკურნალობა. მიქსედემის საწინააღმდეგოთ საუკეთესო საშავლებაა thyreodini—0,005—0,2 აგრეთვე კარგ შედეგს ლებულობენ ცხვრის ახალ ფარისებრი ჯირკველის დანიშვნით; ასეთ მკურნალობისას სიფრთხილეა საჭირო, რადგან ჰიპერტირეიდიზმი შეიძლება განვითარდეს. ჩიყვიან ადგილებში აუცილებელია საღი სასმელი წყლის ხმარება და პროფილაქტიური მიზნით პერიოდულათ იოდის მცირე დოზის მიღება..

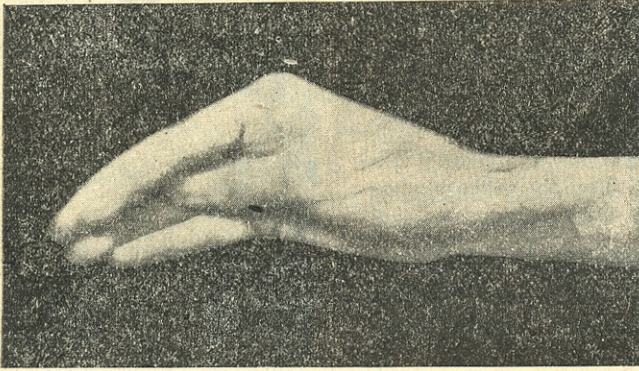
ეპიტელიალური ან სანდუტრემის სხეულები. glandulae parathyreoideae პირველად Sandström-ის მიერ იყო აღმოჩენილი 1880 წ. ეს სხეულები მოთავსებულია ფარისებრი ჯირკველის გვერდითი ნაწილებში, ოვალური ფორმისაა და ერთ გრამს ძლივს იწონის. მას აქვს შიგნითა სეკრეციის ჯირკველის სტრუქტურა, რომელიც ანატომიურათ, ფიზიოლოგიურათ და ემბრიოლოგიურათაც განსხვავდება ფარისებრი ჯირკველისგან. ეპიტელიალური სხეულების გამონაყო-



ნახ. 2. მიქსედემატოზური კრეტინი ქალი 35 წ. ს. ასლანიშვილის „ჩიყვი სვანეთში“—დან.



ნის ქიმიურ შემადგენლობას ჯერ კიდევ საესებით არ ვიცნობთ, მაგრამ მისი სიმცირე ორგანიზმში დიდ ცვლილებას იწვევს. ამ სხეულების მოქმედების ნაკლებუფანება არის მიზეზი ე. წ. ტეტანიისა, რომელსაც ახასიათებს ნერვულ სისტემის აგზნებულების გამოცვლა. ტეტანიის მთავარი ნიშანია, პერიოდული ტონური კრუნჩხვა, რომელიც უფრო გამოხატულია კიდურების პერიფერიაზე, ამ დროს ხელების თითები შეერთებულია, ძირითადი ფალანგები მოღუნულია და გაშლილია ფალანგთა შუა სახსრები, იგი წააგავს მენის ხელს. (იხ. ნახ. 3). ქვედა კიდურებში ტერფი და თითები ფეხის გულისკენაა მოღუნული. ტეტანიური კრუნჩხვა გრძელდება რამდენიმე წამს და შეიძლება დღეში რამდენჯერმე განმეორდეს, ამ დროს ცნობიერება არ არის გამოცვლილი. გარდა კრუნჩხვისა ტეტანიით დაავადებულს აქვს დამახასიათებელი ნიშნები ნერვკუნთის ზედმეტი



ნახ. 3. მენის ხელი ტეტანიის დროს. (სახ. უნივერ. ნერვულ კლინიკიდან).

აგზნებულობასა, რომლის გამოცნობა შეიძლება შემდეგი საშუალებებით: Trousseau-ის ფენომენის გამოსაწვევად საჭიროა მხარზე ხელის ან ბანდის მოჭირება, რამდენიმე წამის შემდეგ მივიღებთ მენის ხელს ამ მხარეზე, Chvostek-ის ნიშანის გამოსაწვევად საჭიროა ნელი დაკაუნება ჩაქუჩით, ან თითით სახის ნერვზე, რომ მივიღოთ ტუჩების, პირის კუთხის და ცხვირის კუნთების შეკუმშვა. Erb-ის გამოკვლევით ცნობილია, რომ ნერვკუნთის გაღიზიანება გაღვანიური ნაკადზე მომატებულია, კუნთის შეკუმშვისათვის საჭიროა ძლიერ სუსუნაკადი, ერთი 1 mA ნაკლები. Schlesinger-ის ნიშანის გამოსაწვევად საჭიროა ზურგზე დაწოლილ ავამყოფს გაშლილი ფეხები მალა აუწიოთ, რამდენიმე წამის შემდეგ ტერფში ჩნდება ტეტანიისთვის დამახასიათებელი კრუნჩხვა და პარესთეზია.

ტეტანიის გამომწვევი მიზეზი ბევრნაირია, გვხვდება ე. წ. ქირურგიული ტეტანია, რომელიც ვითარდება თირეოდოქტომიის შემდეგ, რადგან ფარისებრი ჯირკვლთან ერთად ამოჭრიან ხოლმე ეპიტელიალურ სხეულსაც. ბავშვის ტეტანია ხშირად გამოწვეულია ეპიტელიალური სხეულში სისხლ ჩაქცევით, ამას, გარდა კრუნჩხვისა ახასიათებს ლარინგოსპაზმი და ეკლამპსია. აწერილია დედობის ტეტანია (ორსულობა, შშობიარობა, ძუძუთ კვება). ხანდისხან ტეტანია ვითარდება ინფექციურ ავამყოფობის დროს. სიმპტომატიური ტეტანია შეიძლება შეგვხვდეს კუჭ-ნაწლავის დაავადების დროს. ეპიტელიალურ სხეულს მიაწერენ



ზოგიერთი მავნე ნივთიერების ნეიტრალიზაციის თვისებას, აგრეთვე ცნობილია მისი დიდი მნიშვნელობა კალციუმის მარილების რეგულიაციაში, ხოლო რაც შეეხება მის ჰორმონების მოქმედებას ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე იგი პარასიმპატიურ სისტემას ანელებს ე. ი. წარმოადგენს ანტაგონისტს ფარისებრი და თირკმელზედა ჯირკველების ჰორმონებისას.

ტეტანის გამოცნობა არ არის ძნელი, რადგან მას არც ერთი სხვა ავთ-მყოფობა არ წააგავს გარდა ტეტანუსისა, ხოლო ამ უკანასკნელს ახასიათებს ტრიზმი, ყლაპვის მოშლა, კუნთების კონტრაქტურა და t<sup>0</sup>.

პროგნოზი ცუდია იმ შემთხვევაში, თუ ტეტანია გამოწვეულია ეპიტელიალური სხეულების ამოჭრის შემდეგ.

მკურნალობა. გარდა ანტისპასტიური საშვალეებისა ბრომი და ქლორალისა, კარგ შედეგს გვაძლევს კალციუმით თერაპია, 10% ხსნარი *calci chlorati*-ს ხუთი გრამი ყოველ დღე ვენაში. სპეციფიურ თერაპიას ეკუთვნის ოპოთერაპია *parathyroidin*-ით და ეპიტელიალურ სხეულების გადანერგვა.

მკერდუკანა ჯირკველი—*glandula thymus*-ი წარმოადგენს ლიმფოიდურ ორგანოს და ჯირკველს შიგნითა სეკრეციისას, იგი მოთავსებულია გულმკერდის ღრუში მკერდის ტარის უკან და უფრო ხშირათ შესდგება მარცხენა და მარჯვენა წილსგან. ეს ჯირკველი დიდ როლს თამაშობს ჩანასახის განვითარებაში და დაბადების შემდეგ ოთხ წლამდე. 10—15 წლების შუა იწყება ამ ჯირკველის ნორმალური ინვოლიუცია და მომწიფებამდე გადაიტყვევა ცხიმოვან ორგანოთ.

მისი ფუნქციიდან აღსანიშნავია მოქმედება ძვლის ზდაზე და საერთო განვითარებაზე, ამ ჯირკველს მოკლებული ცხოველი გვიან იზდება, ძვლების სისხო და სიგრძე მცირდება, საერთო კვება პროგრესიულად კლებულობს და სასქესო ორგანოების განვითარება იგვიანებს, რადგან ამ ჯირკველთა შორის ერთგვარი კავშირი არსებობს. მკერდუკანა ჯირკველის ჰორმონს ვაგოტროპიული თვისება აქვს და ამიტომ ბავშვები უფრო ხშირათ ვაგოტონიკები არიან. მკერდუკანა ჯირკველის დაავადება ისე, როგორც სხვა შინაგან სეკრეციის ჯირკველებისა, ორგანო სინდრომს გვაძლევს: პირველს ეკუთვნის ჰიპოთიმიური სინდრომი, რომელსაც ახასიათებს, რაქიტიზმი, იდიოტია და ბავშვების სივამხდრე, ეს არის შედეგი ჯირკველის აპლაზიის ან მისი ნაკლებობის და მეორეს—ჰიპერტროფიული სინდრომი, რომელიც ორი ფორმისაა—წმინდა ჰიპერტროფია მარტო ამ ჯირკველის *status tymicus*-ი და ჰიპერტროფია მკერდუკანა ჯირკველის ლიმფური აპარატის ჰიპერპლაზიით, ორგანიზმის სხვა კონსისტენციონალურ ხასიათის ცვლილებების თანდართვით—*status thymico-lyphaticus*-ი.

ჰიპერტროფიული ჯირკველას წონა ხანდისხან 200 გრამ. აღწევს და ნორმალურზე უფრო მკვრივია. ასეთს ჯირკველს შეუძლია შეაწუხოს ტრაქეია და აქ მოთავსებული მსხვილი ძარღვები, განსაკუთრებით კი ვენები, რაც გამოიწვევს ქოშინსა და სილურჯეს. არის შემთხვევა ხანდისხან, როდესაც გადიდებული ჯირკველი არაერთგვარ გარეგან ნიშნებს არ იძლევა, ხოლო ბავშვები სრულიად უმიზეზოთ, ან რომელიმე ინფექციურ ავთმყოფობის დროს უცბათ კვდება და მხოლოდ გაკვეთა აღმოაჩენს მკერდუკანა ჯირკველის ჰიპერტროფიას. ეს ჰიპერტროფია



ხშირად ბავშვის ცხოვრების პირველ დროიდანვე გამოაშკარავდება, ერთი წლის შემდეგ მის მიერ გამოწვეული ცვლილებები კლებულობს ნელ-ნელა სრულიადაც ქრება, მაგრამ ასეთი პიროვნება არ არის უზრუნველყოფილი, რადგან ყოველგვარ ინფექციას ცუდათ იტანს და ხშირად სრულიად უბრალო მიზეზისაგან—წამალის შეშხაპუნება, მსუბუქი ოპერაცია, ცეკვა და ბანაობა—კვდება.

Status thymico-lyphaticus-ის დროს გარდა მკერდუკანა ჯირკველის ჰიპერტროფიისა ვხდებით ლიმფათიური აპარატის ჰიპერპლაზიას, არტერიალური სისტემის და თირკმელზედა ჯირკველის ჰიპოპლაზიას, ძვლების რაქიტულ ცვლილებებს და ფარისებრი ჯირკველის ჰიპერტროფიას. ასეთია პათოლოგო-ანატომიური სურათის მქონე ადამიანი უფრო ხშირათ მალალია, ინფათიური ტიპის, მისი კანი უფერულია, და ანემიური, თმა თხელია, კანქვეშა ცხიმი კარგათაა განვითარებული, სასქესო ორგანოები კი ატროფიულია.

ინფექციას ცუდათ იტანს, ყოველგვარი ავათმყოფობა იწვევს ძლიერ ჩქარა წონის დაკარგვას, ხშირია კანის დაავადება: eczema, prurigo და სხ. ვეგეტათიურ ნერვულ სისტემის მხრივ პარასიმპათიკუსის მოქმედება სჭარბობს. აქაც ვხვდებით სუნთქვის მოშლას და უცაბედითი სიკვდილს—mors thymica-ს. ამ უცაბედითი სიკვდილის მიზეზი გადაჭრით არ ვიცით, მაგრამ მას უმრავლესობა ხსნის ჰიპერთიმიზაციით, მიოკარდის გამოცვლით, ქრომაფინის მოქმედების დაკლებით და ცთომილი ნერვის ზედმეტი გაღიზიანებით.

მკურნალობა. მკერდუკანა ჯირკველის ჰიპერტროფიის დროს კარგ შედეგს იძლევა მისი რენტგენიზაცია და თუ ამან არ უშველა მაზინ მიმართავენ ქირურგიულ დახმარებას—თიმექტომიას.

ამ ჯირკველის აპლაზიის და ჰიპოპლაზიის დროს კი უნიშნავენ მკერდუკანა ჯირკველის ექსტრაქტს. დოზა 0,08.

თირკმელზედა ჯირკვლები—glandulae suprarenales-ი თითოეული თავის მხარის ფირკმელზე მდებარეობს და შესდგება ქერქოვანი და ტვინოვანი ნივთიერებისაგან. ეს უკანასკნელი, ისე როგორც სიმპათიური ნერვული სისტემა ექტოდერმიდან ვითარდება. ტვინოვანი ნივთიერებათა შუა სიმპათიური ნერვული უჯრედები გვხვდება. ქერქოვანი ნივთიერება კი მეზოდერმალური წარმოშობისაა. ამ ორ ნივთიერებათა შორის უფრო შესწავლილია ტვინოვანი ნივთიერება, რომლის პროდუქტი არის ადრენალინი Takamine-ს მიერ 1901 წ. გამოყოფილი. ადრენალინი არის დიოქსიფენილეთანილმეტილამინი და მისი ემპირიული ფორმულაა  $C_9 H_{13} NO_2$ .

ადრენალინის ჰორმონი მოქმედებს ნახშირბადის ცვლაზე, სისხლის წნევაზე და სიმპათიურ ნერვულ სისტემაზე, ამ უკანასკნელის საშუალებით იგი მოქმედებს ისეთ პროცესებზე, რომელიც ინდივიდუუმის დაცვისკენ არის მიმართული. ადრენალინი არის სპეციფიური მუდმივი ამგზნები სიმპათიური სისტემის. რაც შეეხება ქერქოვან ნივთიერებას, რომლის არსებობა ორგანიზმისთვის აუცილებელია, როგორც მოვიხსენიეთ ჯერ-ჯერობით ნაკლებათაა შესწავლილი. ამის ჰორმონს აქვს გავლენა სასქესო ორგანოების და მის—მეორადი ნიშნების განვითარებაში, იგი გამოყოფს ხოლინს, რომელიც პარასიმპათიურ სისტემაზე მოქმედებს, საერთოთ თირკმელზედა ჯირკველს ორი მთავარი ფუნქცია ახასია-



თებს ანტიტოქსიური და ანგიოტონური. ამ ჯირკველის ფუნქციის დაქვეითების შედეგია Adisson-ის მიერ აწერილი ბრინჯაოს ავადმყოფობა, რომელიც თანდათანობით ვითარდება; მის ნიშნებია პროგრესიული ასთენია, სისხლის წნევის დაკლება, თეთრი დერმოგრადიზმი, კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის მოშლა და მელანოდერმია. ამის გამომწვევი მიზეზი უფრო ხშირათ თირკმელზედა ჯირკველის დაავადებას ტუბერკულოზით, შემდეგ ათაშანგით, კიბოთი, მალარიითი და სხვა გადამდებ სნეულებებით.

პროგნოზი ცუდია, ვინაიდან მუდამ უნდა ველოდეთ უცაბედითი სიკვდილს. მიუხედავად ამისა ოპოთერაპია ხშირათ კარგ შედეგს იძლევა.

თირკმელზედა ჯირკველის ჰიპერფუნქცია კი გვაძლევს პროფ. Оппель-ის მიერ 1922 წ. აწერილ gangraena arteriitica suprarenalis-ს და syndrome surréno-vasculaire-ს აწერილს ფრანგ josué-ს მიერ. პირველი სნეულბა წარმოადგენს არტერიების დაავადებას, მათი სპაზმს, რომლის ნიადაგზე კიდურების განგრენა ვითარდება. ეს ავადმყოფობა უფრო ხშირათ ახალგაზრდას უჩნდება, მას კიდურების ტკივილი და ხანგამოშვებით კოჰლობა აწუხებს. როგორც წესი ჯერ ქვედა კიდურები ზიანდება, პულსი თავდაპირველად ტერფის არტერიებზე ქრება, შემდეგ კი განგრენა ზედა კიდურებზედაც ვრცელდება. ამასთან ერთად ხანდისხან ჩნდება ორგანოთა—ნაწლავის, თირკმელის, გულის—ტრომბოზი.

ასეთი განგრენის მკურნალობისთვის Оппель-ი გვიჩვენებს ეპინეფროქტომიას, ხოლო თუ ეს შეუძლებელია, მაშინ რენტგენიზაციას და შემდეგ ინსულინით თერაპიას.

უოზიუეს თირკმელზედა—სისხლის მილის სინდრომს ახასიათებს სისხლის წნევის მომატება, არტერიო-სკლეროზი და გულის ჰიპერტროფია, რომელთა გამომწვევ მიზეზათ მიჩნეულია თირკმელზედა ჯირკველის ჰიპერპლაზია. ამიტომ ამ სნეულების მკურნალობისთვის გვიჩვენებს რენტგენ-რადიუმ თერაპიას.

ვირილიზმი ვითარდება თირკმელზედა ჯირკველის ქერქოვან ნივთიერების სიმსივნის ნიადაგზე. ახალგაზრდა ქალს რიგი შეუწყდება, წვერ-ულვაში გაეზრდება, სახე გამოეცვლება და მამაკაცის შეხედულებას მიიღებს.

კუჭქვეშა ჯირკველის—Pancreas-ის შიგნითა სეკრეციის ფუნქციის ასრულებს Langerhans-ის მიერ 1869 წ. აღმოჩენილი კუნძულები—insulae Langerhans-ი, რომელიც წარმოადგენს უჯრედთა გროვას, სისხლის კაპილარებით მდიდარს. ამ კუნძულების ფუნქციის დაქვეითება იწვევს ე. წ. Diabetus mellitus-ს, რომელიც გაცვლა-გამოცვლის სნეულბაა და რომლის აუცილებელი ნიშანია სისხლში ჰიპერგლიკემია და შარდში გლიკოზურია. ამ ნიშნების გამოწვევას მიაწერენ ენდოკრინულ ორგანოთა—თირკმელზედა, ფარისებრი და gl. parathyreoidea-ს შორის წონასწორობის დარღვევას. ფრუგში, დრეხელი და ლევიმ თანახმათ საკუთარი გამოკვლევებისა აღიარეს, რომ მოგრძო ტვინის ვენტრ ბირთვის უკანა ნაწილში არსებობს სიმპატიური უჯრედები თირკმელზედა ჯირკველის მოქმედების ამგზნები, რაც ორგანიზმში შაქრის მობილიზაციას ახდენს, ხოლო ამ ბირთვის წინა ნაწილში მოთავსებულია ცთომილი ნერვის უჯრედები პანკრეასის მოქმედების გამაღიზიანებელი, რაც იწვევს გლიკო-



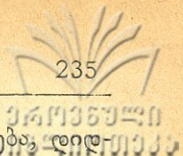
გენის შექმნის გაძლიერებას. ორივე ეს მომენტი წონასწორობაში არიან და თუ რომელიმე გადაჭარბა, მაშინ შაქარი სისხლში ცვალებადობს.

ერთი სიტყვით, როცა დამტკიცდა, რომ კუჭქვეშა ჯირკვლის სეკრეცია მოქმედებს შაქრისა და ნახშირწყლოვან ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლაზე, დაიწყო დიაბეტის მკურნალობა პანკრეასის ექსტრაქტით, მაგრამ ამ მიზანს საესებით მიაღწიეს მხოლოდ 1920 წ. Bantig-მა და Best-მა პროფ. Macleod-ის ფიზიოლოგიურ ინსტიტუტში მომუშავეებმა. მათ მიერ კუნძულებიდან გამოყოფილ ჰორმონს ინსულინი უწოდეს.

ინსულინის სისხლში შემზაპუნება იწვევს შაქრის რაოდენობის დაქვეითებას და ამიტომ მას ახლა ხმარობენ დიაბეტის წინააღმდეგ, როგორც საუკეთესო საშუალებას. Noorden-ის რჩევით ავთომოფს ინსულინი ჭამის წინ უნდა დაენიშნოს. ინსულინით თერაპიის დროს უნდა გვეშინოდეს ე. წ. ჰიპოგლიკემიურ რეაქციის, რომელიც ვითარდება იმ შემთხვევაში, თუ სხეულში შაქრის რაოდენობა 045% ჩამოვიდა. ამ ჰიპოგლიკემიურ რეაქციას ახასიათებს უზომო შიმშილი და წყურვილი, თავბრუსხვევა, საერთო სისუსტე, შფოთვა, შიშინობა, კრუნჩხვა და კომა. ყველა ამ მოვლენის მოსასპობათ საკმარისია შიგნით 20,0 გლიკოზა მისცეთ.

სასქესო ჯირკვლებს, როგორც მამაკაცის სათესლეს—testis, ისე ქალის საკვერცხეებს—ovaria-ს ორმაგი სეკრეცია აქვს. გარეთა და შიგნითა. მაგ. სათესლეს გარეთ სეკრეციას ეკუთვნის სათესლე უჯრედების—სპერმატოზოიდების გაშრობვა, შინაგან სეკრეციაზე კი დამყარებულია სქესის განვითარება. სქესი განსხვავდება ნიშნებით: სასქესო ტრაქტით და მისი დამატებითი ორგანოებით, ჩონჩხის აგებულებით, მენჯის და ხახის ფორმით, ტანზე თმის განაწილებით და თვით პსიქიკითაც. ქალისთვის საკვერცხეებს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. გამოჩენილი მეცნიერი ვირხოვი ამის შესახებ ამბობს, ქალის განსაკუთრებული სული და სხეული, ყველაფერი, რაც ქვეშაირიტ ქალში არის ქალური, ყველაფერი, რაც ჩვენ გვაცვიფრებს და თაყვანს გვაცემინებს, ყველაფერი, რაც ჩვენ მასში გვაღელვებს და გვაჯავრებს, ყველაფერი ეს საკვერცხეების შენობასა და მისი ფიზიოლოგიური მდგომარეობიდან არის დამოკიდებული. ამასვე ამტკიცებს რომაელების ანდაზა: „qualis uterus, talis femina“, ე. ი. „როგორც საშვილოსნოა, ისეთი, ქალია“ო. სასქესო ორგანოების ჰორმონს, რომლის ბუნების ჯერ კიდევ სავსებით არ ვიცნობთ, დიდი გავლენა აქვს მთელ ორგანიზმზე და განსაკუთრებით ნერვიულ სისტემაზე. ადღერის აზრით ქალს კასტრაციის, სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზიის და კლიმაქტერიის დროს სიმპატიური სისტემა ავზნებული აქვს, ხოლო ამ ჯირკვლების ჰიპერფუნქციის დროს კი პირიქით ვაგოტონია სჭარბობს. ამასვე აიტკიცებს ჰუგგისბერგის გამოკვლევებიც, მისი აზრით მენოპაუზის მოვლენები: შეცხელება, ტახიკარდია, უმიზეზოთ აღელვება ამტკიცებს, რომ ოვალაალური სეკრეტი სიმპატიური სისტემის რეგულიაციას ახდენს ანელებს მის მოქმედებას და თუ ეს ჰორმონი გამოვარდა სიმპატიკოტონიას მივიღებთ. საერთოთ სასქესო ჯირკვლების პორმონის დიდი გავლენა ორგანიზმზე ბევრი ხანია ცნობილია.

პროფ. Немиллов-ის აზრით ვისაც სასქესო ინკრეცია კარგად განვითარე-



ბული აქვს ის ღონიერათ გამოიყურება, კარგ გუნებაზეა, გვიან ბერდება, ღილი ხანს სცოცხლობს, არსებისათვის ბრძოლაში მედგარია, ჯანმთელური სექსუალობა აქვს, ერთი სიტყვით ბიოლოგიურად უნაკლულო პიროვნებას წარმოადგენს; ხოლო ვისაც სასქესო ჯირკვლები სუსტათ გამოხატული აქვს და სისხლში ჰორმონები აკლია მას ახასიათებს საერთო სისუსტე და აპატია, არსებისთვის ბრძოლა უჭირს, რწმენა არა აქვს, მალე ბერდება, თვით მკვლელობისა და პსიქიურ დაავადების დიდ % იძლევა.

ადამიანის სიცოცხლის მთელი აქტიური და შემოქმედებითი პერიოდი მიმდინარეობს სასქესო ჯირკვლის ფიზიოლოგიური ძალის ნიშნის ქვეშ და ხანში შესვლისას თანდათანობით სქესობრივი ინსტიქტის დაკარგვასთან ერთად ყოველგვარი ლტოლვილება ქრება. ამით აიხსნება, Steinach-ის და Boronov-ის მიერ მოხუცებულობის წინააღმდეგ მიღებულ ცდების, ასეთი უცნაური გამოძახილი.

სათესლეს ჰიპოფუნქცია სხვადასხვა ნაირ ნიშნებს იძლევა, განსაკუთრებით ძლიერია ცვლილებები ორგანიზმში, თუ ჰორმონების დაკლება სქესობრივ მომწიფებამდე მოხდა. ბავშობისას კასტრაციის შედეგია აგენიტალიზმი ან ევნუხიზმი, რომელსაც ახასიათებს კიდურების უთანასწორო გაგრძელება, 8-10 სანტ. მეტი სინაღლე, წვერის და უღვაშის უქონლობა, კანი თეთრი და რბილი და სქესობრივი ლტოვის მოსპობა; ერთი სიტყვით მთელი გარეგანი შეხედულება ქალურია. თუ კასტრაცია სქესობრივი მომწიფების შემდეგ მოხდა, მაშინ ყველა ეს ნიშნები სუსტად იქნება გამოხატული.

ჰიპერორხიდი ა ნიშნავს სქესობრივი ფუნქციის გაძლიერებას და ორგვარია: პერმანენტიული და პაროქსიზმალური. პირველი შეიძლება კონსტიტუციონალური იყოს და ასეთ პიროვნებას განსაკუთრებული habitus-ი აქვს: ბრჭყვიალა თვალები, გაფართოებული ნესტოები, წითელი და მსხვილი ტუჩები, სასქესო ორგანოები კარგათ განვითარებული, ტანზე ხშირი თმა და სხ.

პაროქსიზმალური ჰიპერორხიდი ა მდგომარეობს ხან გამოშვებითი სქესობრივი აგზნებაში და იწვევს განსაკუთრებული ნერვიულ აღელვების და პსიქიკის ისეთ ცვლილებას, რომ ყოველ გვარი ფიქრი, გარდა სქესობრივი ლტოლვის დაკმაყოფილებისა დახშულია. ასეთი აგზნება ხანდისხან აქვს ზოგიერთ ტუბერკულოზით შეპყრობილს.

საკვერცხეების ჰიპოფუნქცია შედეგია ოვარიოტომიის, ფიზიოლოგიური მენოპაუზის და თანდაყოლილი, ან შეძენილი საკვერცხეების სინაკლულის, რომლის დროს აღსანიშნავია ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის აგზნება. ასეთები ხშირათ უჩივიან თავის ტკივილს, გულყრას, კუჭ-ნაწლავის მოშლას, სიცხე-სიცივის შეგრძნებას, მესხიერების დაქვეითებას და გონებრივ დახშვას.

ჰიპეროვარია სისე, როგორც ჰიპერორხიდის განსაკუთრებული habitus-ი აქვს. ასეთ ქალებს ახასიათებს: ნადრევი მენსტრუაცია, დიდი ნაყოფიერება, კლიმაკტურიულ ხანის დაგვიანება, მენტრუაციის დროს ზედმეტი სქესობრივი მოთხოვნილება და ხასიათის გამოცვლა.

პოლიგლანდულარული სინდრომი პირველად Claude-მა და Gougerot-მა ასწერეს 1907 წ. მას ახასიათებს ერთდროულად რამდენიმე ჯირკველთა დაავადება. და ამიტომ ნიშნებიც მრავალობითია.

მკურნალობისათვის უნიშნავენ რამოდენიმე ჯირკვლის ექსტრექტს.

## გერმანულ გინეკოლოგთა მე-XX ყრილობა ქ. ბონში\*).

(შთაბეჭდილებანი).

გერმანულ გინეკოლოგთა მე-XX ყრილობა, რომელიც მოწვეული იყო 1927 წ., ქ. ბონში (Rheinland), გაგრძელდა 4 დღე (8—11 ივნისამდე).

ქალ. ბონი ძლიერ ძველი ისტორიული ქალაქია და მდებარეობს მდინარე რეინის ორივე ნაპირას; ის პატარაა, მცხოვრებთა რიცხვი დღეს 100.000 არ აღემატება. ბონს რამოდენიმეჯერ გადაუტანია მტრის შემოსევა. ათი წლობით ეს ქალაქი მტერს ქონდა დაკავებული, მაგრამ ამისდამიუხედავად თავისებურობა მაინც შეუნარჩუნებია და არ დაუკარგავს. იმ თავითვე ბონი სასახლურ ცხოვრების, დიდებულთა დღესასწაულების, ხელოვნების და მუსიკის ცენტრი იყო. ბონის უნივერსიტეტი, რომელიცა შენებული იყო თავადიშვილის Max Franz-ის მიერ 1786 წელში, თავინდანვე მდიდარ უნივერსიტეტად ითვლებოდა; მეფის შვილები ჰოენცოლერნები იქ იღებდნენ სწავლა-განათლებას. სასახლის კაპელაც ეკუთვნოდა ცნობილ კომპოზიტორ ბეტხოვენის პაპას და მამას. თვით კომპოზიტორი შვილია ქალ. ბონისა—აქ დაიბადა და გაიზარდა.

ევროპის დიდი ომის შემდეგ ქ. ბონი დაჭერილი იყო ფრანგების მიერ და 1 $\frac{1}{2}$  წელია, რაც მათგან განთავისუფლდა.

როგორც ყრილობის წევრებმა სხვადასხვა ადგილას აღნიშნეს, ბონში ყრილობის მოწვევა გამოწვეული იყო სხვათა შორის პოლიტიკური მოსახზრებითაც: გერმანულ ექიპებს სურდათ ეჩვენებინათ ფრანგებისათვის მათი კულტურული სიმაღლე და მეცნიერული სიძლიერე.

ყრილობის პირველი სხდომა შესდგა 8 ივნის დილის 8 საათზე დიდ აუდიტორიაში ე. წ. ბეტხოვენის სახელობის სახლში. არავითარი მილოცვები. ძველი საორგანიზაციო ბიუროს გადადგომის და ახლის არჩევის შემდგომ, კრება შეუდგა საქმიან მუშაობას თანახმად წარმოდგენილ პრეზიდენტის მიერ გვემისა. გადაწყდა მომავალი ყრილობის მოწვევა ქალ. ლეიპციგში 2 წლის შემდეგ; ახალი ბიუროს თავმჯდომარედ არჩეულ იქნა პროფ. Selheim-ი (München-იდან). რეგლამენტის მიხედვით მომხსენებლებს განსაზღვრული ქონ-

\* წაკითხულია ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების სხდომაზე 1927 წ. 20 ოქტომბერს.

დათ დრო მოხსენებისათვის 8 წუთით, თანამომხსენებლებს და მოკამათებებს კომპლოდ 3 წუთით. აღსანიშნავია, რომ დროს შეზღუდვა მტკიცედ ტარდებოდა, გარდა ორიოდ შემთხვევისა, როდესაც მოხსენებას თან ახლდა ფილმის სურათის ჩვენება, — რაც მეტ დროს ითხოვდა და რაც წინასწარ გათვალისწინებული იყო, — და აგრეთვე როდესაც მოხსენება ზედმიწევნით საინტერესოდ ჩანდა. იყო შემთხვევები, როდესაც მომხსენებელი საპასუხო სიტყვაში ცდილობდა დაწყებულ მოხსენების დათავებას, მაგრამ მეტ წილად ამ გზითაც ვერ აბოლავებდა მას. მიუხედავად ასეთი სიმკაცრისა, მაინც არ იქნა ამოწურული საგვებით გამოცხადებულ მოხსენებათა სია და წაუტკითხავი დარჩა 42. ესენი ეხებოდნენ მეტად მნიშვნელოვან საკითხებს, სახელდობრ: ორსულობის ბიოლოგიას, ლოგინობას, რენტგენის სხივების მოქმედებას და სხვ.

ყრილობის მუშაობა იწყებოდა დილის 7 საათიდან და გრძელდებოდა საღამოს 6 საათამდე, სადილისთვის  $1\frac{1}{2}$  საათით დასვენებით. 6 საათის შემდეგ ყოველ საღამოს დანიშნული იყო სხვადასხვა ადგილას ყრილობის წევრთა შეხვედრა, რომლის დროს ისინი ეცნობოდნენ უფრო ახლოს ერთმანეთს და აგრეთვე იმ დაწესებულებებს, სადაც მიპატიჟებული იყვნენ, ასე რომ არც ეს დრო იყო დაკარგული. სხვათა შორის პირველივე საღამოს ყრილობის წევრები მიპატიჟებული იყვნენ ქალაქის თვითმართველობის მიერ ე. წ. რეინის საღამოზე (Rheinischer Abend), შემდეგ იქაურ გინეკოლოგიურ საზოგადოების მიერ Niederrheinisch—westfälische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) ე. წ. ბოვლენის საღამოზე—Bowlenabend am Rhein) კურორტ გოდესბერგში (Godesberg) და ბოლოს ასეთივე მიპატიჟება მიიღეს Kreuznach-ში საკურორტო მართველობისაგან. გარდა ამისა ერთ საღამოს მოწყობილი იყო გემით გასეირნება რეინზე ქალ. Andernach-ში, რომელიც საკმაოდ დიდ მანძილზე იყო დაშორებული ბონიდან. სამი საათის განმავლობაში ვხედავდით რეინის ორივე ნაპირას მოთავსებულ სოფლებს—თუ ქალაქებს, რომლებიც ამართული იყო ან გაშლილ ველზე ან დაგორაკებზე. მართლაც საუცხოვო სანახაობა იყო. ყოველი მთა, გორაკი თუ მალლობი თავისი სახელს ატარებდა, ის ფართო გზით ან ვიწრო ბილიკით უკავშირდებოდა სოფელს და ქალაქს. მწერვალოებზე აქა-იქ მოსჩანდა ციხეების ნანგრევები, ალაგ-ალაგ უკვე შეკეთებული, რომლებიც მაჩვენებელი იყო იმისი, თუ რა ხშირი მოვლენა იყო ამ მიდამოებში ომიანობა და მტრის შემოსევა.

მოხსენებები იკითხებოდა მტკიცე შემუშავებული სისტემით. პირველ დღეს ყრილობამ მოისმინა საერთო ხასიათის მოხსენებები, როგორც ანატომია-ფიზიოლოგიიდან, ისე სპეციალურად გინეკ. დარგიდან. გარდა ზოგიერთისა, მოხსენებები ეხებოდნენ წვრილმან საკითხებს და მათ საბოლოოდ არ არკვევდნენ, რის გამოც კამათიც არ ყოფილა. მაგ. „სისხლის წნევის ცვლილება ორსულობის და ლოგინობის ხანაში“ (E. Strassmann), „ნერვების და კუნთების გალვანიური ალგზნება ორსულობაში და გესტოზების დროს“ (Spiegler-Frankfurt), „სისხლის ჯგუფის გამოკვლევის საკითხისათვის“ (H. Schmid-Reichenberg), „გამოკვლევანი ორსულ და არა ორსულ ქალების რეტოკულო-ენდოტელიალური სისტემის ფუნქციის მდგომ-



მარეობისა და მისი მნიშვნელობა კონსტიტუციისთვის“ (Lundwall—Graz), „ცოცხალი გონიერებით ქრონიკულ გონორეის წამლობა (Fr. Wolff—Hano-  
wer), „გენიტალური Hypoplasie-ს შესახებ (Naujocks—Marburg), „სასქესო ორ-  
განობის პირველადი ტუბერკულოზის შესახებ“ (Heynemann—Hamburg) და სხვა.

ყრილობის პირველ დღის მოხსენებიდან შევეხები მხოლოდ ზოგიერთს, რადგან  
მათ დამსწრეთა ყურადღება მიიპყრო. A. Mayer-მა (Tübingen) თავის მოხსენება-  
ში „მსგავსების შესახებ სხეულის აგებულებაში“—Ueber Ähnlich-  
keit im Körperbau) შეეხო მეტად საყურადღებო საკითხს ზოგიერთ ნიშნების  
მემკვიდრეობით გადაცემისა: მან რამოდენიმე ოჯახის მამაპაპეული სურათები  
გვიჩვენა, საიდანაც ჩანდა, რომ ცხვირის ფორმის და თვალების გამომეტყველე-  
ბის, საზოგადოდ პირისახის მიხედვით მზგავსება პაპისა, ბაბუასა, მამის ან დედისა  
შვილთან ნათელი იყო. ცხადია, წარმოდგენილი მასალა მეტად მცირე იყო, რომ  
შესაძლებელი ყოფილიყო რაიმე საბოლოო დასკვნის გამოტანა.

Dyroff (Erlangen), Kok-ი (Halle) და Mikulicz-ი (Berlin) თავიანთ მოხ-  
სენებებში შეეხენ კვერცხსავლის ანატომიას და ფიზიოლოგიას. Mikulicz-მა  
ფილმის შემწეობით დაგვანახა ქანაობითი (pendel) მოძრაობა  
კვერცხსავლის Isthmus-ის ნაწილის და ნამდვილი პერისტალური მოძრაობა ამჟუ-  
ლარულ ნაწილში. Dyroff-ს გადაუღია იგივე მოძრაობა რენტგენის სხივებით—  
ლულის ზედმეტი მოძრაობა იმ მხარეზე, რომელზედაც ოვულაცია ხდებოდა, რაც  
გამოიხატებოდა ლულის ზედმეტი დაკლაკნილობაში; Mikulicz-ის აზრით ქალის  
სტერილიტეტი უნდა აიხსნას არა მარტო ლორწოიან გარსის დაავადებით, არა-  
მედ უფრო ხშირად ამის მიზეზია კუნთის გადავარება და მისი მოძრაობის უნა-  
რის დაქვეითება-შეწყვეტა. ლორწოიანი გარსის რეგენერატორული თვისება  
ზედმიწვევით დიდია, რის გამო მისი დაავადება უშვილობის მიზეზად იშვია-  
თად უნდა იყოს.

არ შემიძლია არ დავასახელო მოხსენება Cugisberg-ის (Bern),  
რომელიც საკვებ მასალას უკავშირებდა სასქესო ორგანოე-  
ბის განვითარებას თუ განვითარებაში ჩამორჩენას. ეს სხვების მიერ მიჩნეული  
იყო, როგორც დაუსაბუთებელი დებულება. ასეთივე უარყოფით შეხვედენ მოხსე-  
ბას დრეზდენიდან (Grodell და Leiser-ის), რომელიც ეხებოდა მუცლის კედ-  
ლის მხრივ სამშობიარო ტკივილების სიძლიერის გაზომვას კარ-  
დიოგრაფის მაგვარ აპარატით. სამართლიანად იყო აღნიშნული, რომ  
სქელი მუცლის კედელი ასეთი გაზომვას შეუძლებლად გახდის და ესეც, რომ არ  
იყოს, ხელითაც არა ნაკლებად ისინჯება სიძლიერე და სიხშირე სამშობიარო  
ტკივილებისა.

გაუგებარი იყო მოხსენება Knaus-ის (Graz), რომელიც ფიქრობს, რომ  
მშობიარობის დაწყება თითქოს დამოკიდებული იყოს სა-  
შვილოსნოს კუნთის ფიზიოლოგიურ ცვლილებებზე ორსულო-  
ბის დროს. მან გრაფიული მრუდების წარმოდგენით ცხადყო კუნ-  
თის შეკუმშვის სიძლიერის მომატება ორსულობის თვეების მიხედვით: ამ დაკ-  
ვირვებით მას ახალი არაფერი უთქვამს. კუნთის თანდათანობითი ჰიპერტრო-  
ფია, მისი შეკუმშვა ორსულობის დროს და მეტი ჰიპერტროფიული კუნთის



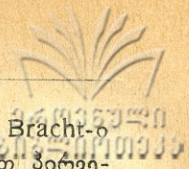
უფრო ძლიერად შეკუმშვა—ეს ცნობილი ფაქტია. მხოლოდ ამით მშობებარობის დაწყების ახსნა არ შეიძლება, რადგან ერთია კუნთის ხანდისხან შეკუმშვა, როგორც ეს ორსულ საშვილოსნოში ხდება და სულ სხვაა სისტემატიური, ფიზიოლოგიური სამშობიარო ტკივილების დაწყება და ბავშვის გამოდენის შემდეგ საშვილოსნოს ფიზიოლოგიური შეკუმშვა.

არ მოუხდენია წევრებზე დიდი შთაბეჭდილება უცხოელ ექიმის Beruti-ს (ბრაზილიდან) მოხსენებასაც, რომელსაც გამოუგონია ძლიერ რთული ელექტრო-გრაფიული აპარატი ბავშვის გულის ცემის გასასინჯავად. მიუხედავად ამისა მას, როგორც უცხოელს, ტაში დაუკრეს. აქვე დავსძენ, რომ ოვაციებს საზოგადოდ ყრილობაზე ადგილი არ ჰქონია და მოხსენებების წაკითხვა ხდებოდა დაუბრკოლებლივ.

აღსანიშნავია პირველი დღის მოხსენებებიდან კიდევ ორი, რადგან ორივე ორიგინალური იყო: ერთი—Bentin-ის (Könisberg) კეთილ თვისებებიან ხასიათის პოსტკლიმაქტერიულ სისხლის დენის შესახებ, რომელიც შეიძლება ზოგჯერ გამოწვეული იყოს ლორწოიანი გარსის ცვლილებით ე. წ. Leucoplaquie uteri, და მეორე—Hoehue-სი (Creifswald) „შუცლის კედლის ნევრალგია, როგორც ხშირი სნეულება ქალისა“. ასეთი ტკივილები ჩნდება თურმე ტიპურ ადგილებზე—musc. rectus-ის ლატერალურ კიდევ 4 თითის დადებით ჭიპის ქვევით ორივე მხრივ. გამოწვეულია ეს ტკივილები მე-XI და XII ნეკნებშუა ნერვების ქრონიკულ ანთებით. შეცდომა შეიძლება ჭიაყელა ნაწლავის და დანამატების ანთებასთან და აგრეთვე კუჭის და ღვიძლის სნეულებებთან. მოხსენებას დასაბუთება აკლდა, ასე რომ, როდესაც მომხსენებელს შეეკამათნენ, მან განაცხადა, რომ დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია, თუ ყველა სახეში მისაღები ავადმყოფობანი გამორიცხული იქნებიანო.

ცენტრალური ადგილი ამ დღეს დაიჭირა ორ მოხსენებამ ქალის ფიზიკური ვარჯიშობის შესახებ, თვით ვარჯიშობის დემონსტრაციით სცენაზე (ექ. Bade-ს (München) სკოლის მოწაფეები). ამ ვარჯიშობის დროს ყურადღება ექცევა უმთავრესად მუცლის კედლის, მენჯის და ბარძაყის კუნთების მოძრაობას. მოძრაობა მეტად ტლანქი, ზოგჯერ უმიზნო, ხშირად ზედმეტი ხტომა და სირობილი. სხვათა შორის მოვარჯიშეებს ემჩნეოდათ ბრტყელი ფეხი, რაც შეიძლებოდა ასეთ ტანთვარჯიშობას მისწეროდა. ყრილობამ ტანთვარჯიშობა მართალია ქალისათვის საჭირო საქმედ გამოაცხადა, მაგრამ იმავე დროს ხაზი გაუსვა იმ გარემოებას, რომ ასეთი ვარჯიშობა მხოლოდ სპეციალისტ ექიმის დანიშვნით უნდა ხდებოდეს, რომ თავიდან ავაშოროთ მოვარჯიშეს სხვადასხვა მავნებლობანი. ტანთვარჯიშობას სულ ადვილად შეუძლია ძველი ანთებადი პროცესის გამწვავება, ერთხელ გამოსწორებულ პათოლოგიურ მდებარეობას საშვილოსნოსი ისევ გამოწვევა და სხვა, ასე რომ უნდა ვერიდოთ დიდ გატაცებას; არსებობენ სხვა სოციალური დაწესებულებანი, რომელთაც შეიძლება უფრო სასარგებლო იყოს, ვიდრე ტანთვარჯიშობა არის.

მეორე დღის მოხსენებათა შორის პირველი ადგილი დაეთმო საშვილოსნოს კიბოს წამლობის საკითხს.



მთავარ მომხსენებლებად კიბოს საკითხში გამოვიდნენ Stockel-ი, Bracht-ი (Erantz-ის კლინიკა) და Döderlein-ი. Stockel-ი 206 შემთხვევის მიხედვით პირველადი სიკვდილიანობით 4.8%, ე. ი. სამჯერ ნაკლები, ვიდრე აბდომინალური მეთოდი იძლევა, იცავდა საშვილოსნოს ამოკვეთის ვაგინალურ მეთოდს, გაფართოებული ვაგინალური მეთოდი Schauta—Staude—Stockel-ის.

შორეულ შედეგების შესახებ საბოლოო აზრის გამოთქმისაგან მომხსენებელი თავს იკავებს, რადგან მას აქვს მხოლოდ 20 შემთხვევა ამ მეთოდით კიბოიანი საშვილოსნოს ამოკვეთის ოთხი წლის წინად გაკეთებული. აქედან სრული განკურნება მიუღია 10 შემთხვევაში ე. ი. 50%-ში. თუ მივიღებთ სახეში პირველადი სიკვდილიანობის სიმცირეს და აგრეთვე 4 წლის დაკვირვებას 20 ავადმყოფზე, მაშინ, მისი აზრით, უპირატესობა ვაგინალურ მეთოდისა შედარებით აბდომინალურთან ეჭვს გარეშეა. Stockel-ი მომხრეა წამლობის კომბინირულ მეთოდისა. ის წინასწარ ახდენს რადიუმით განსხივებას, ოპერაციის წინ აფხეკს კიბოს ნაზარდებს კოვზით (თუ ყელის კიბოა) და წვას Paquelin-ით. შემდეგ საშოდან აკეთებს მანქეტს კიბოთი დაზიანებულ ყელის დასაფარავად, გაჰყავს Schuchardt-ის კრილი ორივე მხრივ საოპერაციო არეს გასაფართოვებლად და, რაც ახალია Stockel-ის მეთოდში, ახდენს ადრენალიზაციას, როგორც გარედ ისე საშოზე და ყელის ირგვლივ, ე. ი. იქ, სადაც დანა ვაიელის. ოპერაციის შემდეგ მას აუცილებელ საჭიროებად მიაჩნია პროფილაქტიური განსხივება რენტგენით, რომ ამით მოსპოს ყველა ჯირკვლები, სადაც კიდევ შესაძლებელია მეტასტაზების არსებობა. Stockel-ი ფიქრობს, რომ კიბოს დროს მეტასტაზები ჯირკვლებში (gl. Hypog, et gl. Iliacae) ხშირი უნდა იყოს, ვაგინალური მეთოდით მათი ამოკვეთა კი ძნელია; თუ სახეში მივიღებთ შორეულ კარგ შედეგებს მის მკურნალს, მაშინ ნათელია, რომ პროფილაქტიური განსხივება ოპერაციის შემდეგ ამ ჯირკვლების მეტასტაზებს უნდა აქრობდეს. უნდა ვეცადოთ მომავალში ვაგინალური გზით ამ ჯირკვლების ამოღებაც მოვახერხოთ; მისი აზრით, ასეთი რამ შესაძლებელია.

კიბოთი ავადმყოფი დიდი ხნით და საკმაოდ რთულ წამლობას საჭიროებს, ამიტომ ასეთ ავადმყოფს უნდა მოვექცეთ ისე, როგორც ტუბერკულოზით დაავადებულს. საჭიროა მისთვისაც სანატორიული პირობები. რომ წამლობის დაწყება და მისი დაბოლოვება ერთ და იმავე დაწესებულებაში მოხდეს. ასეთ პირობებში წამლობაც უფრო შედეგიანი დარჩება და კიბოთი დაავადებული არ იქნება წამლობის მხრივ უიმედოთ გამოცხადებული.

საშვილოსნოს კიბოს ოპერაციის მეორე მეთოდის — აბდომინალურის — დამკველად გამოვიდა Bracht-ი (Erantz-ის კლინიკა). ის უპირატესობას აძლევდა აბდომინალური სრული ამოკვეთას Wertheim-ი წესით, მოხსენების სახელიც შესაფერი იყო არჩეული: „Wertheim-ის ოპერაციის შევლისათვის“ (Zur Rettung d. wertheimischer Operation). საქმე იმაშია, რომ, როგორც ვიცით, ეს მეთოდი ბოლო დრომდე ძლიერ გავრცელებული იყო და დღესაც არის ზოგან ძლიერ ხმარებაში. მაგრამ ვაგინალური მეთოდის კარგი შედეგები პირველადი სიკვდილიანობის შემცირების მხრივ ბოლო დროს ყველასათვის ძლიერ თვალსაჩინოდ შეიქნა. Bracht-მა მოიტანა სამი დაწესებულების ბო-

ლო წლების სტატისტიკა, საიდანაც ჩანდა, რომ საბოლოო განკურნება ამ მეთოდის შემდეგ დამაკმაყოფილებელ შედეგებს იძლეოდა.

		ს უ ლ	განიკურნა	%
1	Eymer (1913—1917) . . . . .	63	35	55.6
2	Franz (1916—1920) . . . . .	297	133	44.93
2	Döderlein (1912—1919) . . . . .	357	110	36.5

Erantz-ის კლინიკის შემთხვევების მიხედვით მეტასტაზები ჯირკვლებში ავადმყოფთა  $1\frac{1}{3}$ -ში აღმოჩენილა, ასე რომ ასეთი გართულება ხშირი მოვლენაა თურმე და ამიტომ ვაგინალური გზა ნაკლებად მიზანშეწონილი უნდა იყოს. ბოლო წლებში Erantz-ის კლინიკასაც მიუმატავს პროფილაქტიურ განსხივებისათვის ოპერაციის შემდეგ, რასაც თვალსაჩინოდ გაუმჯობესებია საბოლოო განკურნების სტატისტიკა.

Döderlein-ი, რომელიც წინად აბდომინალური მეთოდის მომხრე იყო, დღეს იმ აზრისაა, რომ კიბოს წამლობაში მომავალი მაინც არა ოპერაციასა, არამედ რენტგენო-რადიუმის დარჩებაო. მას ქონია 1260 შემთხვევა (1913—1921 წლამდე) სხივებით წამლობის განკურნების 14%-ით (184 შემ.) ბოლო დროს გასინჯული. თუ ცალკე გავარჩევთ 1921, 1922 და 1923 წლის შემთხვევებს, მაშინ განკურნების % იწევს — 23%, 34% და 35,6%-მდე. ყელის კიბოს რეციდივი საზოგადოდ 2 წლამდე უკვე ჩნდება, ასე რომ ამის შემდეგ იშვიათად უნდა გვეშინოდეს მისი გამოჩენაო.

Halban-იც ვაგინალურ მეთოდის მომხრეა, მხოლოდ ის Schuchardt-ის კრილს არ ხმარობს, რადგან მას შეუძლია Imprezidiv-ის გამოწვევა. მის მაგივრად ის აკეთებს Paquelin-ით საშოს გადაწვევას, რის შემდეგ შედის თითოთ ლევატორამდე და აცლის ბლაგვად ვაგინალურ და ქვედა ნაწილის პარამეტრალულ ქსოვილისას. მას სრულიად არ აკვირვებს ის გარემოება, რომ Art. uterina-ს გადასკვნის შემდეგ, რაც უფრო ლატერალურად იქნება აკვეთილი პარამეტრიული ქსოვილი, მით უფრო ნაკლები სისხლის დენას მივიღებთ — ეს ფაქტი Schauta-ს მიერ იყო პირველად აღნიშნული.

კამათში სხვებმაც მიიღეს მონაწილეობა, მათ შორის გამოვიდა Kustner-იც, რომელიც Wertheim-ს წესს იცავდა და ამ წესით მიღებული პირველადი სიკვდილიანობის შედარებით დიდ % ხსნიდა არა მეთოდის უვარგისობით, არამედ ზოგიერთი ტენიკური შეცოდებით. მისი აზრით აუცილებლად საჭიროა ოპერაციის შემდეგ Mikulisz-ის ტამპონის ჩადება, რომელიც ოპერაციის მეორე დღიდან მოქმედებს უკვე, როგორც დრენაჟი; ამით თითქმის ყოველთვის დაგროვილი სეპტიური მასალა ადვილად გარედ გამოდის. ის ფაქტი, რომ Wertheim-ის ოპერაციის შემდეგ Sepsis და Peritonitis ხშირად მოგვიანებით ჩნდება, მიეწერება იმ გარემოებას, რომ პარამეტრიუმების ამოკვეთის ადგილას ჩვეულებრივად შეტანილი ინფექციური მასალა მხო-



ლოდ ბოლოს ხდება ვირულენტური; ამიტომაც არის, რომ Sepsis-ის მოვლენებში ჩვეულებრივად კლინიკურად მოგვიანებით ჩნდებიან. სწორედ Mikulisz-ის ტამპონის შემოღებით Kustner-ს ბევრად შეუმცირებია პირველადი სიკვდილიანობის  $\frac{1}{10}$ . Halban-ი სხვათა შორის ოპერაციის დროს ახალგაზრდა ქალის საკვერცხეებსაც თან კვეთავს, რომ ფუნქციის მქონე საკვერცხეების დატოვებითი არ გამოიწვიოს ზედმეტი ჰიპერემია მენჯის მიდამოში და მით ხელი არ შეუწყოს პროცესის ხელშეორედ გამოჩენას. ხანში შესულ ქალების საკვერცხეების დატოვება ამ მხრივ საშიშროებას არ წარმოადგენს.

Albrecht-ი ვაგინალურ მეთოდის მომხრეა, მხოლოდ წინააღმდეგია წინასწარი განსხივებისა, რადგან განსხივებით მიღებული ნაწიბური ხელს უშლის ნაოპერაციებ ადგილის მოშუშებას.

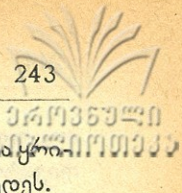
გარდა Döderlein-ისა სხივებით წამლობის მეთოდის დამცველად გამოვიდნენ Seitz-ი, Heimann-ი, Lahm-ი, Guttman-ი, და სხვ. Lahm-ის აზრით, კიბოს გაქრობის პროცესი განსხივების დროს გამოიხატება ორ მოვლენაში, ერთი—Ca—უჯრედების დარღვევა—მოსპობაში და მეორე—ამ მასალის რეზორბციაში. პირველი ხდება სიმჟავის გამოჩენით Ca—უჯრედებში ჩნდება უჯრედის, ბირთვის დეგენერაცია: ხრომატინის ავლუტინაცია, უჯრედში ვაკუოლების გამოჩენა, ხრომატინის ინკრუსტაცია და დეფორმაცია და რღვევა ბირთვის ნაწილებისა; რაც შეეხება მეორე მოვლენას—რეზორბციას, აქ იმდენი მნიშვნელობა არა აქვს ლეიკოციტოზს და ფაგოციტოზს როგორც ეს დღემდე ეგონათ. სწარმოებს ჰუმორალური პროცესი. რაც აქამდე, როგორც ფაგოციტოზი ჩნდებოდა, ეს მისი აზრით არ იყო ნამდვილი ფაგოციტოზი და თუ რამე ამდაგვარს ვამჩნევდით, ეს უფრო Ca უჯრედების—ფაგოციტოზი იყო. Lahm-ს 141 ყელის კიბოს შემთხვევა გაუსინჯავს პათოლოგ-ანატომიურად განსხივების წინ და მის შემდეგ. გაუკეთებია სულ 690 ეკციზია. ის სუსტი განსხივების მომხრეა. ამავე აზრისაა Martin-იც. საგულისხმოა Guttman-ის სერო-ფიზიკო-ქიმიური გამოკვლევა, რომელიც საშუალებას იძლევა გამოცნობილი იყოს წინასწარ, თუ რამდენად კარგად მოქმედებს განსხივება Ca-იან ავადმყოფებზე. რადიუმით წამლობის გატარების დროს მან მიიღო Glob. მომატება და Alb. დაცემა. მაგ.

Glob. ყოფილა რადიუმის წინ . . . . .	2.67
„ „ რადიუმის ხმარობის 1 დღის შემდეგ . . . . .	5.22
Grundumsatz ყოფილა რადიუმის წინ . . . . .	119%
„ რადიუმის შემდეგ . . . . .	142%

Ca-ავადმყოფნი იძლევიან:

გაყინვის წერტილი . . . . .	0.535 ნორმა . . . . .	0.555
ზედაპირული დაჭიმვა . . . . .	114 წვ. „ . . . . .	110
ვისკოზიტეტი (H <sub>2</sub> O—1) . . . . .	2.35 „ . . . . .	22

ორგინალური იყო კიბოს წამლობის მეთოდი, რომელიც Theilhaber-მა (München) და This-მა წარმოადგინეს, ე. წ. ბიოლოგიური წამლობა. ცხოველის ორგანოს ნაწილის ტრანსპლანტაცია, საკუთარი ცილის შეშხაუნება ანდა თვით სიმსივნის ნაჭერის კანქვეშ გადანერგვა. This-მა



რამოდენიმე ჰისტოლოგ-პათოლოგიური სურათიც წარმოადგინა, ის სთხოვდა ყრილობას მისი მეთოდიც გაესინჯათ. მისი განცხადებას ექვის თვალით შეხედეს.

ალსანი შნავია, რომ Ca-წამლობის საკითხში გამარჯვება მაინც Stockel-ს დარჩა. როგორც მოხსენება და საპასუხო სიტყვა, ისე მის მიერ წარმოდგენილი ფილმის სურათი საშვილოსნოს ამოკვეთისა კრებამ დიდის გულდასმით მოისმინა. მისი მოხსენება 8 წუთით არ განუსაზღვრავთ, პირიქით საპასუხო სიტყვა საათზე მეტი ვაგრძელდა და ბოლოს ოვაციაც კი გაუმართეს. აშკარა იყო, რომ ყრილობა ძლიერ დაინტერესდა ოპერაციის ვაგინალური მეთოდით და აგრეთვე რენტგენ-რადიუმის სხივებით დამატებით წამლობით. ჩვენ ვიყავით მოწმე მისი, თუ როგორ ეკითხებოდნენ კულუარებში Stockel-ს და მის ასისტენტებს ამ მეთოდის შესახებ დეტალებს და გართულებებს.

მეორე მნიშვნელოვანი საკითხი, რომელიც ამ დღეს ყრილობაზე იდგა, იყო ოპერაციის შემდგომი და მელოგინეთა ტრომბოზები. მოხსენებიდან და კამათიდან გამოიკვია, რომ ტრომბოზის გამოჩენაში დიდი მნიშვნელობა უნდა ქონდეს სისხლის შედედების სისწრაფეს და სისხლის ნაკადის ანუ მოძრაობის მონელებას (Blutströmungs verlangsamung). Nürnberg-ის მიერ წარმოდგენილი მთელი რიგი მრუდეებიდან აშკარად ჩანდა შედედების სისწრაფის მნიშვნელობა ტრომბოზების გამოჩენის საქმეში. იყო შემთხვევები შედედების სისწრაფის აწევისა მშობიარობის მეორე-მესამე დღეს, რასაც აუცილებლად თან ერთოდა ტრომბოზი; იყო ისეთებიც, როდესაც შედედება იცვლებოდა მე-X დღეს და მას ყვებოდა ტრომბოზის მოგვიანებით გამოჩენა.

Walther-ი, Jaschke და Gaus-ი უფრო მეტ მნიშვნელობას სისხლის მოძრაობის შენელებას აწერდნენ, ამიტომ მათი რჩევა იყო მელოგინეთა ვარჯიშობის აღრევე დაწყება. წესები ასეთი ვარჯიშობისა Walther-ის მიერ ფილმის საშუალებით იყო წარმოდგენილი. ოპერაციის შემდგომი ტრომბოზების გამოჩენაში Gaus-ი დიდ როლს აკისრებს ასისტენტის მიერ ავადმყოფის ბარძაყზე დაწოლას, რაც სისხლის მოძრაობას ხელს უშლის. ამიტომ მას შემოუღია ერთგვარი უბრალო აპარატი, რომელიც იდგმება ავადმყოფის ფეხებს შუა და აძლევს საშუალებას ასისტენტს მასზე დაეყრდნოს. იყო წინადადებაც ტრომბოზის ასაცილებლად, რომ სისხლის მოძრაობა გაძლიერდეს, ვაწარმოთ სუნთქვის გიმნასტიკა და ვარიცების ხელოვნური დახშვა Linser-ის მეთოდით (ინექცია 10% ფიზიოლ. ხსნარისა).

ამ დღესვე შეეხენ აგრეთვე ნარკოზის საკითხს. Franken-ის მიერ წარმოდგენილი იყო ნახშირმჟავა ნარკოზის აპარატი ე. წ. Acetilen sauestoffapparat (Narcilen). მან ყრილობის წინ თვითონვე მიიღო ნარკოზი ამ აპარატით, 3 წუთში დაიძინა სრულიად მშვიდად და 1-2 წუთის შემდეგ უვნებლად გამოიღვიძა. Pankow-ი და Gaus-იც Narcilen-ის ნარკოზის მომხრე გამოვიდნენ. თუმცა აფეთქების ორი შემთხვევაა აწერილი,—მათ შორის ერთხელ თვით Gaus-ს დამართია,—მაგრამ მიზეზი ამისა თურმე ფირმის დაუდევრობა იყო; ფირმას ბრინჯაოს მაგივრად სპილენძი უხმარია, ეს კი Narcilen-ის აპარატისთვის დაუშვებელია. Stockel-ის კლინიკაში Philip-ის გაღ-

მოცემით რამოდენიმეჯერ უხმარიათ ინტრავენოზური ნარკოზი სომნიფენის დერივატით (Penocetron) კარგი შედეგით. იყო მოხსენება რექტალური ნარკოზის Avertin-ის „E. 107“ შესახებაც. Bantin-ს 130 შემთხვევა გაუტარებია. საღამოს ეს ნარკოზი გვიჩვენეს ორი ავადმყოფზე ბონის კლინიკაში. საჭიროა ყოველ კილო წონაზე 0,1 Avertin-ის აღება, რომელიც 400 გრ. ფიზიოლოგიურ სითხეში იხსნება. თუ ეს დოზა ცოტა დარჩა, შეიძლება თავში 20—30 გრ. ეთერისა მიეცეს ავადმყოფს. ძილი გრძელდება 2 საათს, გამოღვიძების შემდეგ არ ჩნდება არც პირისღებინება, არც თავის ტკივილი და არც სისხლის წნევის და მაჯის ცემის დაცემა. მცირე ოპერაციების დროს ეს ნარკოზი არ იხმარება; ის არ მიეცემა ხანში შესულებს, ბავშვებს და გულით დასნეულებულთ, Bantin-ის აზრით ამ საშუალების სწორი დოზა სავსებით გამომუშავებული არ არის. შეიძლება 0,1 კილო წონაზე ზოგჯერ ბევრიც იყოს.

ყრილობის მესამე დღეს თითქმის სავსებით შინაგან სეკრეციის საკითხს მონადლომეს. ამ საკითხს საზოგადოება დიდს ინტერესით გამოეხმაურა. პირველი მომხსენებელი Biedl-ი უმთავრესად შეეხო საკითხს, თუ საკვერცხის რომელ ნაწილში მუშავდება ჰორმონი.

მისი აზრით დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ Liquor Follikuli ამ ჰორმონს შეიცავს, თუმცა სხვა ნაწილებიც იძლევა მას, მაგ. ფოლიკულის კედელი და საკვერცხის სხვა ნაწილიც. მის მიერ საკვერცხიდან გამოყოფილი ჰორმონი ე. წ. Hormovar-ი (მზადდება დრეზდენში) საუცხოვო შედეგებს იძლევა Amenorrhöe და Metrorrhagie-ის შემთხვევებში. თავის ერთეულად მას აქვს აღებული იმდენი რაოდენობა ამ Horman-ისა, რამდენიც 12 საათის ინტერვალში სამჯერ შემზაპუნებელი კასტრაცია ქმნილ თავებში ძუნაობას გამოიწვევს. ადამიანებზე ის ზოგჯერ მესამე შემზაპუნების შემდეგ იღებდა შედეგს, ზოგჯერ კი მეტი იყო საჭირო. ერთ შემთხვევაში ორსულობასაც ჰქონია ადგილი. ჯერ-ჯერობით ჰორმონის ქიმიური შემადგენლობა უცნობია, ცნობილია მხოლოდ, რომ ის წყალში და ლიპოიდში იხსნება. ამ პრეპარატს ავტორი კლიმაქტერიული მოვლენების გამოჩენის დროსაც აძლევდა per os და ზოგჯერ კარგ შედეგებს იღებდა.

საინტერესოა Biedl-ის მეორე გამოკვლევა—ეს ეხება ყვითელი სხეულის ფუნქციას. Biedl-ი ფიქრობს, რომ ყვითელი სხეული ძუნაობის შემჩერებელ (Brunsthemmung) ნივთიერებასაც შეიცავს (Lutein). თუ ამ ნივთიერებას აძლევდა ცხოველებს შეუწყვეტლივ, მაშინ ძუნაობა არ ჩნდებოდა, სამაგიეროდ მასთან ერთად, თუ Hormovar-საც აწვდიდა ძუნაობა თავის დროზე მოსდიოდათ ცხოველებს.

დიდი ყურადღება მიიპყრო Zondeck-ის და Aschhem-ის მოხსენებებმა. Zondeck-ს ცხოველებზე დაუმტკიცებია, რომ საკვერცხის ჰორმონი არ არის დაკავშირებული კვერცხზე, როგორც ეს ბევრს ეგონათ. მას მოუხდენია სხივებით კვერცხის ფუნქციის გარეშე დაყენება (50 k) და მიუხედავად ამისა მიუღია ძუნაობის ნორმალური ციკლი კვირებისა და თვეების განმავლობაში. ის გარემოება, რომ ადამიანებში რენტგენო კასტრაციის

შემდეგ ჰორმონის გამოყოფა სწყდება, მისი აზრით, სრულიადაც არ შეიძლება ამ ცდებს, რადგან თავის საკვერცხე თურმე ბევრად უფრო რეზისტენტურია სხივებისადმი, ვიდრე ადამიანის. თავგების საკვერცხეებშიაც შეიძლება სხივის ძლიერ დიდ დოზით მოვსპოთ იმდენად ჰორმონის გამომუშავებელი უჯრედები, რომ მათ აღარ შეეძლებათ რეაქციის გამოჩენა ცენტრალურ ჰიპოფიზარულ გალიზიანებაზე.

მეორე დებულება, რომელიც მას დაუმტკიცებია, იყო ის, რომ საკვერცხის ჰორმონი არ იწვევს კვერცხის მომწიფებას, ე. ი. კვერცხის მომწიფება არ არის დამოკიდებული საკვერცხის ჰორმონიდან. იღებდა ცდებისათვის ინფანტილურ ცხოველს, რომელსაც საკვერცხის ფუნქცია მოკლებული ჰქონდა და უშხაპუნებდა Follikulin-ს; მალე იღებდა ძუნაობის ტიპურ მოვლენებს, თუმცა ამ დროს საკვერცხეში არ აღინიშნებოდა არც მომწიფებული ფოლიკული და არც ყვითელი სხეული. თუ ჰორმონის პროდუქცია მოვსპეთ, მაგ. ცხოველებისთვის Thallium-ის მიწოდებით, მაშინ ძუნაობა არ ჩნდება, თუმცა საკვერცხეში ინახება დიდი ფოლიკული Cumulus oophorus-ით და კვერცხით. როდესაც ასეთ ცხოველს მივაწოდებთ Hypophyse-ს წინა წილის პრეპარატებს, მაშინ ძუნაობა ისევ ჩნდება. ამრიგად კვერცხი არ იწვევს ჰორმონის გამოყოფას და არც ჰორმონი იწვევს კვერცხის მომწიფებას; მისი აზრით, ორივე მოვლენა პარალელურად მიმდინარეობს და დამოკიდებულია Hypophyse-ს წინა წილის ჰორმონისაგან.

Ascheim-ს იგივე ჰორმონი გამოუყოფია ორსულ ქალის შარდში საკმაოდ დიდი რაოდენობით, დაახლოვებით მეხუთე თვეში. ერთ ლიტრი შარდში გამოუყოფია 1000 თავის ერთეული. Hypophyse-ს ჰორმონი უკვე ორსულობის მეორე თვეში ჩნდება შარდში; ეს მისი აზრით, ორსულობის გამოსაცნობად კარგი საშუალება იქნება. საკვერცხის ჰორმონი ორსულ ქალის შრატშიაც მეხუთე თვეში ჩნდება, ასე რომ ფოლიკულინის მაგივრად, რომლის დამზადება ძვირად ჯდება, შეიძლება ორსულ ქალის შრატშიც ვიხილოთ (2-3 ccm. იწვევს ძუნაობას თავისას.)

კამათში გამოირკვა, რომ ჰორმოვარი (Biedl-ის) და ფოლიკულინის სხვა კლინიკებშიაც უხმარიათ ძლიერ კარგი შედეგებით; მაგ. Albrecht-ი მოგვითხრობს Amenorrhoe-ს შემთხვევას, სადაც მას წამლობის წინ abrasio-ს საშუალებით დაუდასტურებია ლორწოიანი გარსის დაავადება (Hyperplasie, Cystisch—glanduläre Umwandlung), ფოლიკულინის მიწოდების შემდეგ კი მიუღია ხელმეორე გამოფხვკით უკვე ნორმალური ლორწოიანი გარსი გლიკოგენის დაგროვებით, როგორც ჯირკვლებში, ისე უჯრედებში. ფოლიკულინმა იმ შემთხვევაში, სადაც Amenorrhoe-მ არ გაიარა, მას მისცა სისხლში შაქრის და კალციუმის დაგროვება.

ფრანქფურტიდან განაცხადეს, რომ ფოლიკულინის და ჰორმოვარის მიწოდებით, თუ ეს შეუწყვეტილ ხდებოდა, ცხოველებზე იღებდნენ შეუჩერებლად უპაუზო ძუნაობის მოვლენებს; თუ ეს პრეპარატები ზოგჯერ ადამიანებზე არ მოქ-



მედებს, ეს მიეწერება იმას, რომ არ არის ჯერ კიდევ გამოთქმული სწორი დოზა. Seitz-ი და Fränkel-ი ფიქრობენ, რომ ძუნაობის გამომწვევი ჰორმონი და ზრდის ჰორმონი ერთი და იგივე არ უნდა იყოს; ოსტეოპათიის დროს საკვერცხიდან გამოყოფილი ჰორმონი ზოგჯერ არავითარ შედეგს არ იძლევა. ამრიგად გამოყოფილი ჰორმონი არ არის სპეციფიური. სხვათა შორის, Lahm-ი დიდ გაკვირვებას გამოსთქვამს, რომ ორსულ ქალის ერთ ლიტრ შარდში 1000 Mäuseeinheit-ი ჰორმონისა გამოყოფილია. თუ შარდში ამდენი აღმოჩნდა, მაშინ სისხლში რაღაც დაუჯერებელი რაოდენობა უნდა იმყოფებოდეს.

ამრიგად თუმცა შინაგან სეკრეციის შესახებ საკითხები საგნებით არ იქნა ამოწურული, მაგრამ მაინც აღინიშნა ისეთი ახალი ფაქტები, რომლებიც შემდეგში უფრო მნიშვნელოვან დაკვირვებათა საწარმოებლად აუცილებლად საჭირო არის. Biedl-ის და Zondeck-Aschheim-ის ცდების შემდეგ აშკარა შეიქნა, რომ მომავალში ჰორმონის გამოყოფა შესაძლებელია უფრო წმინდად და რომ პირველი ადგილი სხვადასხვა ბიოლოგიურ მოვლენათა გამოწვევაში მაინც შინაგან სეკრეტორულ ჯირკვლებს ეკუთვნის და არა საკვებ მასალის შემადგენლობას და ჰავას, რომლებზედაც ზოგიერთები მიუთითებდნენ. ნივთიერებათა ცვლის პროცესები პირიქით დამოკიდებულია ამ ჯირკველთა ჰორმონებზე, „რაც უნდა მიმტკიცოთ მე მნიშვნელობა საკვები მასალისა, ჩემთვის მაინც უდავოა, რომ საკვერცხის ჰორმონის მოსპობის შემდეგ, მეტ შემთხვევაში სისუქნეს აქვს ადგილი“, — განაცხადა Biedl-მა თავის საპასუხო სიტყვაში. სამივე მომხსენებელი დიდი ოვაციით იყვნენ დაჯილდოვებულნი, როგორც პირნი, რომელთაც რაღაც ახალი შუქი შეიტანეს ასეთი რთულ და ბუნდოვან საკითხში.

შემდეგი მოხსენებები ეხებოდნენ ორსულობის პათოლოგიას და მშობიარობას. ორსულობის პათოლოგიიდან საყურადღებო მოხსენებები წაიკითხეს Seitz-მა (Frankfurt a. M.) და Zweifel-მა (München). პირველი შეეხო კოლოიდალურ გადახრებს (coloidale Verschiebungen) ორსულობის და გესტოზების დროს. წარმოდგენილი მრუდეებით ირკვეოდა, რომ ეს გადახრები ხშირია ეკლამპსიის დროს, თუ ეს უკანასკნელი მძიმე ფორმისაა. მისი აზრით, ჯერ რაიმეს თქმა საბოლოოდ ნაადრევია და სჭირდება დაკვირვებათა დაგროვება. Zweifel-ი შეეხო რძის სიმჟავის მომატებას ეკლამპსიის და ეკლამპსიზმების დროს (60 შემთხვევა). მშობიარობის დაწყობისას რძის სიმჟავე არასოდეს არ არის მომატებული, ის მატულობს მხოლოდ გამოძევების ხანაში, როდესაც გარდიგარდმო კუნთის მუშაობა იწყება. ეკლამპსიზმების დროს, როდესაც ჯერ კიდევ კრუნჩხვა არ არსებობს, რძის სიმჟავის მომატება retikuloendotelial-ურ სისტემის აშლილობით უნდა აიხსნას ისე, როგორც ამას ჩვეულებრივად აქვს ადგილი ღვიძლის Ca-ის და მეტასტაზების დროს. ფიქრობს, ამ შემთხვევაში კარგი უნდა იყოს Insulin-ი, თუმცა მას ამის შესახებ დაკვირვება არ უწარმოებია. საინტერესოა Frey-ის (Zürich) ცნობა, რომ ის ეკლამპსიის დროს მიმართავდა ყოველთვის Sectio-ს და შემდეგ სისხლის ტრანსფუზიას ძლიერ კარგი შედეგით (18 შემთხვე-



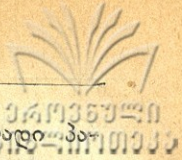
ვა). Seitz-ი აფრთხილებს ტრანსფუზიით გატაცებისაგან, რადგან მას მიუხედავად ტრანსფუზიისა მაინც ორი ავადმყოფი დაუკარგავს.

მეტად დამარწმუნებელი გამოდგა Nevermann-ის (Hamburg) მიერ წარმოდგენილი დიდი სტატისტიკური მასალა, რომლიდანაც ჩანდა, რომ Sectio-ს შემოღების შემდეგ ძლიერ დაუკლია სიკვდილიანობის შემთხვევებს. მისი აზრით, ეკლიამპსიის გამოჩენა არ არის დამოკიდებული ეკზოგენური ფაქტორისაგან. აღსანიშნავია კიდევ Philip-ის (Berlin) მოხსენება შესახებ მომყოლის გამავალობის პროტოზოებისათვის. ცდები უწარმოებია თავებზე და ბაჭიებზე და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ Tripanosoma არ გადის პლაცენტის გზით დედიდან ბავშვზე, Recidens გადის, მაგრამ იშვიათად და მცირე რაოდენობით; სამაგიეროდ Spirochaeta pallida-ს გამავალობა აშკარაა.

ყოველივე ორიგინალობას გადააჭარბა Albert-ის (Dresden) მოხსენებამ. ყრილობა ძლიერ უნდობლად შეხვდა მის აზრს. ცნობილია, საშვილოსნოს ღრუს სტერილობა ორსულობის დროს. ავტორს Sectio caesarea-ს 20 შემთხვევაში გაუსინჯავს ბაქტერიოლოგიურად მომყოლი და დეციდუა. მომყოლი გამომდგარა ყოველთვის სტერილური; რაც შეეხება დეციდუასა ოციდან 19 შემთხვევაში ინფიციური ყოფილა. აღმოუჩენია სტრეპტო-სტაფილოკოკები, ვანოკოკები, Bac. colli და სხვა. ფიქრობს, რომ t<sup>1</sup> აწვევის და ზოგჯერ Sepsis-ის შემთხვევები, როდესაც მშობიარე ვინმეს მიერ გასინჯული არ ყოფილა, შეიძლება მიეწეროს სწორედ ამ ენდოგენურ ინფექციას. შესაძლებელია ორსულობის ტოქსიკოზებიც (პირისღებინება, ეკლიამპსია და სხვა,) ასეთი ინფექციის შედეგი იყოსო.

ცხარე კამათი გამოიწვია Bauch-ის (Frankfurta—M.) მიერ წამოყენებულ დებულებამ შესახებ Symphiseotomie-ს აუცილებლობისა ვიწრო მენჯის დროს. უმრავლესობამ მაინც უფრო მიზანშეწონილად და ნაკლებად საშიშოდ Hebosteotomie-ა მიიჩნია (Menge, Kehrer).

მიუღებელი დარჩა ყრილობისათვის Selheim-ის პრაქტიკული წინადადებაც, შესახებ „ფუნქციონალური დამტკიცებისა“ ვიწრო მენჯის. ამ მეთოდით სარგებლობას ის პრაქტიკულ ექიმებს ურჩევდა, რომ უსიამოვნებას და გაუგებრობას არ ქონოდეს ადგილი. კლინიკებისათვის ეს მშობიარენი, რჩევა არ ვარგა, იქ, მისი აზრით, ანატომიური დამტკიცებაა საჭირო. მისი ფუნქციონალური დამტკიცება გამოიხა ტება შემდეგში: თუ პირველ მშობიარეს აღმოუჩნდება, რომ ბავშვის თავი მენჯში არ ჩასულა და ხელით დაჭერითაც არ ჩადის, მაშინ ასეთი მშობიარეს ვიწრო მენჯი აქვს და არავითარი დახმარება კლინიკის გარეშად არ უნდა მოხდეს. რაც შეეხება მრავალ ისიც გასაგზავნი იქნება კლინიკაში, თუ გახსნილ ყელის დროს ბავშვის თავი მენჯის ზევით დგას. Selheim-ი არა ერთხელ ყოფილა მიწვეული სასამართლოში, როგორც ექსპერტი, და გაუგონია ექიმისაგან — „შევიწროვება მენჯისა არ იყო იმდენად დიდი, რომ მშობიარობის დამთავრების შეუძლებლობაზე მეფიქრაო“. ამრიგად „ჩემი წინადადება პირდაპირ



პრაქტიკული“ განაცხადა Selheim-მა, „ის ანთავისუფლებს ექიმს პირადი სასუხისმგებლობისაგან“.

მომხსენებელი M. Hirsch-ი უფრო შორს წავიდა და წარმოდგენილი სტატისტიკური მასალის მიხედვით ამტკიცებდა, რომ თუ მშობიარობა გრძელდება და მოსალოდნელია საჭირო გახდეს ვაგინალური სამეანო დახმარება, მაშინ უმჯობესია Sectio caesarea იქნეს გაკეთებული, რადგან ეს უკანასკნელი გაცილებით უკეთეს შედეგებს იძლევა, ვიდრე ვაგინალური სამეანო ოპერაციები, სახელდობრ მაშები, მოტრიალება, კოლპერინტერი და სხვ.

მშობიარობის დასაჩქარებლად დროზე რბილი ნაწილების გაკვეთის საჭიროება ერთხმად იყო აღიარებული, მხოლოდ გაკვეთის ადგილები სხვადასხვა მიმართულებით აღნიშნული. Rieck-ი იცავდა Schuchardt-ის კრილს, უმრავლესობა კი მედიანურ ეპიზოტომიას. უყურადღებოდ იყო დატოვებული Hellmuth-ის (Würzburg) ახალი გამოგონება. მას სამშობიარო ტკივილების გამოსაწვევად, როდესაც დიდის უეჭველობით ორსულობა 288 დღის და მეტის არის, შემოუღია ე. წ. ვიბრაციის აპარატი „Seistes“, რომელზედაც ათავსებს მშობიარეებს. 1—5 სენსი არის საკმაო, რომ სამშობიარო ტკივილები 24 საათში დაიწყოს. 49 შემთხვევაში 29 მიუღია კარგი შედეგი (59%).

რენტგენის სხივების შესახებ მოხსენებები, თუმცა მრავლად იყო წარმოდგენილი, მაგრამ დროს უქონლობის გამო ორის გარდა არ წაიკითხა. პირველი Fürst-ის (Zürich) მოხსენება, რომელიც შეეხებოდა რენტგენის სხივებით მუცლის მოშლას. გაუტარებია 9 შემთხვევა ორსულ ქალის განსხივებისა (1—5 თვემდე). ყველა შემთხვევაში მიუღია ნაყოფის სიკვდილი; გამოდენა ნაყოფისა მომხდარა მხოლოდ 3 შემთხვევაში, დანარჩენებში საჭირო ყოფილა დამატებით იარაღით ჩარევა. ავტორი უარყოფს ამ მხრივ რენტგენის მნიშვნელობას. მეორე მოხსენება ეხებოდა რენტგენით მენჯის გადაღებას მისი გაზომვის მიზნით განს. Conjugata vera (Martin). წარმოდგენილი იყო სპეციალური საზომიც. გამოიჩვენა, რომ რენტგენი ამ მხრივ არ გამოდგება, რადგან როგორც მილის დაშორებას, ისე მის ცოტა გვერდით დაყენებას ძლიერ დიდი მნიშვნელობა აქვს. ეს გარემოება პროექციის საშუალებით იქვე კრებაზე იყო დამტკიცებული.

ამრიგად ყრილობაზე მოხსენებული იყო სულ 122 მოხსენება და გაკეთებული 22 დემონსტრაცია. გარდა ამისა ფილმის შემწეობით ნაჩვენები იყო ზოგიერთი ოპერაციის ახალი მეთოდებიც. მათ შორის დავასახელებთ: 1. ventrosuspensio vaginae—Fränkel-ის (Breslau). საშილოსნოს და საშოს გამოვარდნილობის დროს მუცლის ღრუდან იკვეთება Plica vesico-uterina, ბლავი გზით შარდბუშტი შორდება საშილოსნოს ყელს და საშოს და შემდეგ ამისა ნაოჭად აღებული საშოს წინა კედელი ეკერება მუცლის წინა კედელს. ძაფი გადის გარედან ერთის მხრივ აპონევროზით, კუნთით და პერიტონეუმით გაივლის საშოს ნაოჭს, მეორე მხრივ შიგნიდან გამოვა პერიტონეუმით, კუნთით და აპონევროზით. ორსულობა ამ ოპერაციის დროს შესაძლებელია. რეციდივი არ ქონია.

2. გამოვარდნილობის ახალი ოპერაცია — Scipiodes-ის (Fünttkirchen). მუცლის კედლის გაკვეთისას საშვილოსნო იწევა ზევით და წინ, იკვეთება უკან მისი სეროზა, რომ გამოჩნდეს ორივე მხრივ Lig. sacro-uterina. შემდეგ Mesosalpinx-ის გზით გამოაქვთ ორივე მხრივ მრგვალი იოგები წინიდან უკან, რომლებიც ეკერება Lig. sakrouterina-ზე. ამის გარდა მრგვალი იოგები სამი ნასკვით დამატებით ეკერება საშვილოსნოს კედელს. ორსულობა და მშობიარობა შესაძლებელია. ქონდა 33 შემთხვევა, ამათში 25-ჯერ დაუდასტურებია კარგი შორეული შედეგი.

3. Naege i-ს (Bonn) ოპერაცია შარდბუშტის Coecum-ის ან S-მაგვარ ნაწლავიდან შექმნა.

4. Littauer-ის (Leipzig) დროებითი სტერილიზაცია კვერცხსავლების Excavatio vesico-uterina-ში გადატანით.

ყრილობაზე ნაჩვენები იყო აგრეთვე ზოგიერთი ახალი იარაღი. 1. დეკაპიტაციის კაკვი Zangenmeister-ის არა მრგვალი, არამედ კიდებებიანი, რაც საშუალებას იძლევა ადვილად იქნას ბავშვის თავი კისრიდან მოშორებული. 2. საშვილოსნოს დილატატორი sectio caesarea-ს დროს. დილატატორი საშვილოსნოს ტანიდან გააქვთ ყელში და ამრიგად აგანიერებენ ყელს. ასეთი გაგანიერება ზოგჯერ საჭიროა, რომ არ მოხდეს გამონადენის დაგროვება ღრუში. 3) Narcilen-ის ნარკოზის აპარატი, 4) Zweifel-ის მაშები 5) Uteroskop nach Freund Mikulisz. და სხვ. ყრილობის შენობაში მოწყობილი იყო საკმაოდ მდიდარი გამოფენა იარაღების და ფარმაცევტიულ პრეპარატებისა გერმანიის და ავსტრიის სხვადასხვა ფირმების მიერ. რეკლამა უმაღლეს წერტილამდე აყვანილი, აგატაცია ფართე. დიდი ფირმები უზვად ასაჩუქრებდნენ პრეპარატებით და წიგნაკებით ყრილობის წევრებს. საერთოდ ყრილობამ ძლიერ მშვიდათ ჩაიარა, ის ზედმიწევნით საქმიანი და ნაყოფიერი დარჩა. რაიმე გაუგებრობას, არასასიამოვნო, გადაჭარბებულ შეხლა-შემოხლას მოკამათეთა შორის ადვილი არ ჰქონია. კრების დახურვის წინ მოხუცმა Küstner-მა თბილი სიტყვებით მიმართა საორგანიზაციო ბიუროს და ყრილობის სახელით მადლობა გადაუხადა მას, განსაკუთრებით თავმჯდომარე Fraque-ს იმ საუცხოვო მიღებისათვის, რომლითაც ყოველთვის ამაცობდა და დღესაც შეუძლია იამაყოს Rheinland-ის მცხოვრებლებმა.

პ. ი. ვ. - დ. ო. ც. მიხეილ მხალგაღლიშვილი.

# კორესპონდენცია

## ბავშვთა კლინიკის ექიმთა კონფერენცია.

კვირას 18 მარტს 1-ლ საათზე ბავშვთა სნეულების კლინიკაში პროფ. ს. ვ. გოგიტიძის გარდაცვალების წლის თავის აღსანიშნავად შესდგა საგანგებო სხდომა კლინიკის ექიმთა კონფერენციისა. დღის წესრიგში იყო შემდეგი მოხსენებები;

1. მ. უგრელიძე—ახალშობილთა სიმაღლეს შესახებ.
2. პ. ნანეიშვილი—ზოგიერთი დიაგნოსტიური და ეთიოლოგიური მომენტების შესახებ ტუბერკულოზურ მენინგიტის დროს;
3. ი. ლორთქიფანიძე—ამებური დიზენტერიის კლინიკისათვის;
4. მ. ნემსაძე—ა) გამრუდებულ ტერფის მკურნალობისათვის (დემონსტრაცია);

ბ) ერთმხრივი ქვედა კიდურის კუნთების შემთხვევა.

სხდომას ხსნის კლინიკის დირექტორი დოც. შ. მიქელაძე. უკანასკნელი თავის შესავალ სიტყვაში აღნიშნავს, რომ გარდაცვალებული პროფ. ს. გოგიტიძე მოღვაწეობდა ტფილისის უნივერსიტეტში სულ ხუთიოდე წელიწადი, მაგრამ ამ მოკლე ხნის განმავლობაში თავისი ნიჭით, გამოცდილებით და დაუზოგველი შრომით, მან შესძლო მტკიცე საფუძველი ჩაეყარა ჩვენში პედიატრიულ მეცნიერებისათვის, — იმედს გამოსთქვამს, რომ გარდაცვალებულის მიერ შექმნილი ტრადიციები, მისი სული დიდ ხანს იარსებებს პედიატრიულ კლინიკაში, რასაც აშკარად მოწმობს დღევანდელ სხდომაზედ მისი 4 მოწადის მოხსენებით გამოსვლა, და მოუწოდებს დამსწრეთ ფეხზე ადგომით პატივისცენ გარდაცვალებულის ხსოვნას.

შემდეგ მოგონებებით პროფ. ს. გოგიტიძის ცხოვრებიდან გამოდიან პროფ. ი. თიკანაძე და ექ. მაღალაშვილი. პროფ. თიკანაძე ბავშვობიდანვე იცნობდა პროფ. გოგიტიძეს და ახასიათებს მას, როგორც დაუღალავს ბეჯით და მეცნიერების მოყვარულ მოწადეს, საუკეთესო ამხანაგს, როგორც ჭირში, ისე ლხინში და საქართველოს ერთგულ შვილს. გარდაცვალებულს გადაწყვეტილი ჰქონოდა მაშინაც კი, როცა საქართველოში უნივერსიტეტზე ლაპარაკი შეუძლებელი იყო მიეტოვებინა კათედრა ოდესის უნივერსიტეტში, დაბრუნებულყო საქართველოში ქალაქის საავადმყოფოს თუ გინდ უბრალო ორდინატორის ადგილზე, — და ამ თანამდებობაზე პატარა სამსახური მაინც გაეწია მშობელი ერის მომავალ თაობის ჯანსაღობისათვის. სამშობლოსადმი სიყვარულს აღნიშნავს აგრეთვე ექ. მაღალაშვილი, რომელიც მას იცნობდა ქალაქ კიევიში, როგორც ქართველ სტუ-

დენტო საზოგადოების საუკეთესო წევრს. ექიმი მაღალაშვილი გვიამბობს, როგორც რეთვე, როგორც მაღლა აყენებდნენ პროფ. გოგიტიძეს, როგორც მეცნიერს, რუსეთის საექიმო საზოგადოება; როგორც მწუხარებით შეხვდა ლენინგრადის პედიატრიული საზოგადოება და სრულიად საკავშირო ექიმთა ყრილობა მოსკოვში ცნობას მის გარდაცვალების შესახებ.

სხდომის მეცნიერული ნაწილი გაიხსნა პროფ. ივ. თიკანაძის თავმჯდომარეობით: ექ. პ. ნანეიშვილი აკეთებს მოხსენებას— „ზოგიერთი დიაგნოსტიკური და ეთიოლოგიური მომენტების შესახებ ტუბ. მენინგიტების დროს“. მოხსენებელი ეყრდნობოდა რა უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში პედიატრიულ კლინიკაში შესწავლას ტუბ. მენინგიტის 160 შემთხვევებს, რომლის უმეტესობა დადასტურებული იყო აუტოპსიით, აყენებს კრების წინაშე შემდეგ დებულებებს ამ დაავადების შესახებ:

1. დაბალი ციტოლოგიური ინდექსი ხანდახან გვხვდება ტუბ. მენინგიტების დროს, რაც შეიძლება გახდეს სეროზულთან შეცვლის საბაბათ;

2. სითხის პოლინუკლეოზი არ უარყოფს ტუბ. მენინგიტს;

3. თუმცა ტუბ. მენინგიტების დროს ქლორიდების რაოდენობა უფრო ხშირად დაკლებულია, ვიდრე სხვა ფორმების დროს, ქლორიდების გამოკვლევა მაინც ვერ ჩაითვლება საიმედო დიაგნოსტიკურ მეთოდს;

4. შაქრის რაოდენობის დაკლება ძალიან დამახასიათებელია ტუბ. მენინგიტებისათვის სეროზულიდან გასარჩევად, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ ზოგჯერ ტუბ. მენინგიტების დროსაც გვხვდება შაქრის რაოდენობა ნორმის ფარგლებში, მაშინ, როცა, შესაძლებელია სეროზულის დროს მისი შესამჩნევი დაკლება;

5. Pirquet-ის რეაქცია უნდა ჩაითვალოს კარგ დიაგნოსტიკურ საშუალებათ ტუბ. მენინგიტების გამოსაცნობათ;

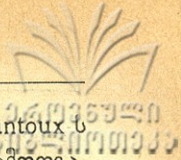
6. ჩვენი მასალის მიხედვით ყველაზე დიდ მსხვერპლს ტუბ. მენინგიტს აძლევს ჩვილი ძუძუმწოვრობის ასაკი;

7. ქალ. ტფილისის ბავშვები ერთნაირად ავადდებიან ტუბ. მენინგიტით, განურჩევლად სქესისა და ეროვნებისა;

8. მასალიდან არ სჩანს მტკიცე დამოკიდებულება ტუბ. მენინგიტის სიხშირესა და წლის დროის შორის.

9. თუმცა კლინიკაში მენინგიტიანთა რიცხვის წლებრივ ზრდას არ უძევს საფუძვლად წითელას უკანასკნელი წლების ეპიდემია ქალაქში, ეს გარემოება მაინც უფლებას არ გვაძლევს უარყოთ ავტორიტეტების მიერ აღნიშნული წითელას დიდი მნიშვნელობა ტუბერკულოზის აქტივაციაში.

მოხსენებას არსებითად შეეხნენ ექ. ექ. უმიკოვი, მაღალაშვილი, ზარგარიანი და დოც. მიქელაძე. ექიმ უმიკოვსაც საეჭვოდ მიაჩნია წითელას მნიშვნელობა ტუბერკულოზის აქტივაციისათვისაც. მისი აზრით წითელას აწერენ აქტივაციის როლს არა იმიტომ, რომ ის მართლაც განსაკუთრებულ აქტივატორს წარმოადგენს, არამედ იმიტომ, რომ ბავშვების უმეტესობა ავადდება ამ ინფექციით და ტუბერკულოზის გამწვავებაც ხშირად უკავშირდება ამ ინფექციას, როგორც ორგანიზმის დამასუსტებელი ფაქტორის ერთ-ერთ სახეს. ექიმი



უმიკოვის აზრით კარგი იქნებოდა, რომ გაკეთებული ყოფილიყო Mantoux-ს რეაქცია ისეთ შემთხვევებში, სადაც Pirquet-ის რეაქცია უარყოფითი გამოდგა, რადგანაც პირველი ხშირად დადებითია მაშინ, როცა Pirquet-ის უარყოფითია. ტუბ. მენინგიტის სისშირეში ძუძუმწოვრობის ასაკში ის სრულიად ეთანხმება მომხსენებელს. ექიმ ზარგარიანცს სასურველად მიაჩნია გამორკვეული ყოფილიყო ყვიანახველას მნიშვნელობა ტუბ.-მენინგიტის განვითარების საკითხში, როგორც აქტივატორის. დოც. შ. მიქელაძის აზრით მცირე გამონაკლისის გარდა არ არსებობს არც ლაბორატორიული, არც სხვა რაიმე სიმპტომი, რომელსაც შეიძლებოდას მივაწეროთ პოთოგნომიური მნიშვნელობა, ამიტომ დიაგნოზის დასმისათვის უაღრესი მნიშვნელობა აქვს კლინიკურ დაკვირვებას, ავადმყოფის ყოველ მხრივ შესწავლას. თვით ლაბორატორიულ მონაცემებს აქვს მნიშვნელობა მხოლოდ სიმპტომის, რომელიც სხვა სიმპტომებთან ერთად ქმნის მთლიან კლინიკურ სურათს და ნათელჰყოფს დიაგნოზს. პროფეს. გოგიტიძე, როგორც ნამდვილი კლინიციისტი ასეთ მიმართულებას იზიარებდა და ის სიფრთხილე, რომლითაც სარგებლობს მომხსენებელი ლაბორატორიული მომენტების დაფასებაში ამტკიცებს, რომ პროფ. გოგიტიძის სული არსებობს კლინიკაში და დიდ ხანს დარჩება აქ. ექ. მაღალაშვილის აზრით ტუბ. მენინგიტის გავრცელება სხვადასხვა ეროვნებათა შორის უნდა იყოს ნაანგარიშები არა კლინიკაში ნამყოფ ავადმყოფების, არამედ მთელ ქალაქის მცხოვრებთა ნაციონალურ შემადგენლობის მიხედვით. მას არ მიაჩნია აგრეთვე სწორად წითელას შესახებ მოყვანილი სტატისტიკური ცნობები. საბოლოო სიტყვაში მომხსენებელი აღნიშნავს, რომ ცნობები წითელას ეპიდემიის მსვლელობის შესახებ, თუმცა ვერ ჩაითვლება სავსებით სწორად, მაგრამ მაინც აჩვენებს, რომელ წელში მეტი იყო წითელას შემთხვევები და რომელში ნაკლები, რადგანაც ეს ცნობები ერთნაირი პირობებში გროვდება, ხშირად ერთი და იგივე ექიმის მიერ და უნდა ვიგულისხმობთ, რომ შეცდომებიც დაახლოებით ერთნაირი იქნებოდა. Mantoux-ს რეაქცია, არ შეადგენდა მოხსენების საკითხს, ამიტომ ცნობებიც მის შესახებ არ იყო მოყვანილი. თუმცა ისეთ შემთხვევებში, როცა Pirquet-ის უარყოფილი იყო კეთდებოდა Mantoux-ს რეაქცია. იგივე უნდა ითქვას ყვიანახველის შესახებ. საერთოდ ანამნეზის შეგროვების დროს ინიშნებოდა ცნობები ყვიანახველის გადატანის შესახებ და საჭიროების დროს ეს საკითხიც შეიძლება იქნეს გაშუქებული. დასასრულ მომხსენებელი დოც. შ. მიქელაძის შენიშვნების გამო აღნიშნავს, რომ პროფ. გოგიტიძე ყოველთვის პირველ ადგილზე აყენებდა ავადმყოფის კლინიკურ გამოკვლევას, ლაბორატორიული გამოკვლევებში ის ხედავდა მხოლოდ დამხმარე საშუალებას.

„თუ ასეთმა შეხედულებამ განსვენებული მასწავლებლისამ მართლაც ნახა თავისი გამოხატულება ჩემს მოხსენებაში,—ამბობს დასასრულ მომხსენებელი, ეს არის პირადათ ჩემთვის ფრიალ სასიამოვნო მიღწევა“.

კონფერენციის სახელით თავმჯდომარე მომხსენებელს დიდ მადლობას უცხადებს მეტად საინტერესო მოხსენებისათვის. შემდეგ ექ. მ. ნემსაძემ მოახდინა დემონსტრაცია 3 ავადმყოფის:

1. *Pes equino-varus dex. congenit.* კონსერვატულ მკურნალობის უშედეგობის გამო გაკეთებული ჰქონდა Vulpius-ის წესით tendofasciodesis.

2. *pes equino-varus paralyt. dext.* აქაც უშედეგო კონსერვატულ სხვადასხვა ოპერატიულ დახმარების შემდეგ გაკეთებული იყო იგივე ოპერაცია დამატებით Bayer-ის წესით აქილესის მყესის დაგრძელებისა. ორთავე შემთხვევაში შედეგი დამაკმაყოფილებელი იყო. ამიტომ ექიმ ნემსაძის აზრით *pes-equino-varus*-ის ყველა შემთხვევაში, როცა დიდი დეფორმაციაა ტერფის სახსრების და ძვალს არ გვინდა შევეხოთ უნდა გაკეთებულ იქნას tendofasciodesis.

3. ერთმხრივი ქვედა კიდურის კუნთების pseudohypertrophia ტკივილებით ცრუ ჰიპერტროფიულ კუნთების არეში.

კონფერენცია მადლობას უცხადებს ექ. ნემსაძეს საყურადღებო შემთხვევების წარმოდგენისათვის.

ექ. უგრელიძის და ი. ლორთქიფანიძის მოხსენებები გადატანილია შემდეგი სხდომისათვის.

## ნევროპათოლოგთა კონფერენცია.

ა. წ. 28 იანვარს სახელმწიფო უნივერსიტეტის ნერვების სნეულებათა კლინიკაში შესდგა ტფილისის ნევროპათოლოგთა კონფერენცია აკადემიკოსი ბებტერევის ხსოვნის აღსანიშნავად. კონფერენცია გახსნა პროფ. ყიფშიძემ, რომელმაც მოკლეთ შეეხო ბებტერევის მნიშვნელობას, როგორც ნევრო-პათოლოგიის, ისე პსიქიატრიის დარგში და აღნიშნა მისი როლი რეფლექსოლოგიის შექმნაში. მისი აზრით აკადემიკოსი ბებტერევი იყო არა მარტო გამოჩენილი ვიწრო სპეციალისტი, არამედ დიდი ერუდიციის მეცნიერი და საზოგადოებრივი მოღვაწე, მისი 40 წლის მეცნიერული მუშაობა დაუფასებელია არა მარტო საბჭოთა კავშირისთვის, არამედ მსოფლიო მეცნიერების განვითარებისათვის. ამის შემდეგ უფროსმა ასისტენტმა პ. ქავთარაძემ კონფერენციას გააცნო სმენის ნერვის გამტარებელი გზების ანატომია ბებტერევის მიხედვით.

თავის ტვინის თორმეტი წყვილი ნერვებიდან შეეხო მხოლოდ მე-VIII წყვილს—სმენის ნერვს, რომლის შემადგენლობაში შედის ლოკოკინისა და კარიპის ნერვი. ეს უკანასკნელი სმენაში მონაწილეობას არ იღებს, რადგან იგი ანერვიანებს ლაბირინტს და წარმოადგენს წონასწორობის ორგანოს. სმენის ნერვის ორივე ტოტი, როგორც წმინდა მგრძნობელი დასაწყის იღებს ტვინის გარეთ განსაკუთრებულ კვანძებიდან: ლოკოკინის ნერვი სპირალურ კვანძიდან, ხოლო კარიპის ნერვი Scarpaე-ს კვანძიდან. სპირალური კვანძის უჯრედები, ისე როგორც მალთა შუა კვანძებისა—ბიპოლიალურია, პერიფერიული მორჩი კორტის ორგანოსკენ მიიმართება და მის ეპიტელიუმში თავდება, ცენტრალური კი თავის ტვინისკენ მიდის.

შიგნითა სასმენ ხერგელში ლოკოკინისა და კარიპის ნერვები ერთად არიან, ხოლო ვაროლის ხილში შესვლისთანავე სმენის ნერვი ორ ფესვად იყოფა. გარეთა ან უკანა ფესვი ეთანაბარება ლოკოკინის ნერვს და პროფ. ბებტერევის გამოკვლევით (1885 წ.) მიეღინის გარსი მას უფრო გვიან შემოეკვრის ვიდრე წინა ან შიგნითა ფესვებს, რომელიც შეადგენს კარიპის ნერვს. ლოკოკინის ნერვის ბოჭკოები მიდიან სასმენი ნერვის წინა ბირთვისკენ და ამ ბირთვის ზურგის მხრივ მდებარე სასმენი ბორცვისაკენ. ამ ადგილებიდან იღებს დასაწყისს სმენის ცენტრალური გზა, რომელიც ორი ნაწილისგან შესდგება. ა) წინა სასმენი ბირთვიდან შეიქმნება ბოჭკოების სისტემა სახელწოდებით corpus Trapezoides, აქედან გამოსული ბოჭკოები ჯერ მიდიან ზედა ოლივას წინ, შემდეგ გადადის raphe-ს და აღწევს მეორე მხარის ზედა ოლივას, რომლის ახლო ღებუ-

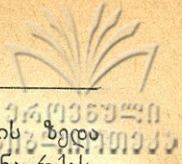


ლობს ამაველ მიმართულებას გვერდითი მარყუჟთან ერთად, ასეთი პირდაპირი გზით მიდის მცირე ნაწილი. ზოგიერთი თავდება ზედა ოლივაში თავის მხარეზე და *nuc. Trapezoides*-ში. დანარჩენი უფრო მეტი სწყდება ან ზედა ოლივაში მეორე მხარეზე ან გვერდითი მარყუჟის ბირთვში და ამ ბირთვებიდან ღებულობს დასაწყის უკვე მესამე ნეირონი, რომელიც მიდის იმავე მიმართულებით. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი ბოჭკოები რჩება თავის მხარეზე და მიდის თანამოსახლე გვერდითი მარყუჟით.

მეორე ნაწილი გზისა მოდის სმენის ბორცვიდან და *striae acusticae*-ს სახელით მიდის შუა ხაზისკენ, გადაჯვარედინდება *rapdhe*-ში, მიემართება მეორე მხარის ზედა ოლივასკენ და შეუერთდება გვერდითი მარყუჟს. ამის შემდეგ, როგორც ამაველი, ისე მეორე ნაწილი გზისა მიდის შიგნითა დამუხვლილ სხეულში და უკანა ოთხგორაკებში, აქედან კი სმენის ცენტრი ქერქისკენ, რომელიც მოთავსებულია საფეთქლის წილში. ბებტერევის მიერ არის ნახული, რომ ლოკოკინის ნერვის ფესვი თავდება არა მარტო სასმენი ნერვის წინა ბირთვისა და სმენის ბორცვში, როგორც ეს აღნიშნა Forel-მა (18856), არამედ ზედა ოლივაში, ტრაპეციოიდულ სხეულში და გვერდითი მარყუჟის ბირთვში. გარდა ამის ბებტერევის მიერ იყო აწერილი ბოჭკოები ამ ნერვისა, რომელიც ერთი მხრით აგროვებს მას ნათხემიდან და მეორე მხრივ გამზიდველი ნერვის ბირთვთან. ამ გზით სმენითი ვალიზიანებას შეუძლია იმოქმედოს გამზიდველ ნერვის ბირთვზე, აქედან კი სხვა თვალის მამოძრავებელ ნერვებზე, რადგან მათ შორის არსებობს კავშირი. კარიპკის ნერვი შედის ტვინის ღეროში ცოტა ზემოდ ლოკოკინის ნერვისა და მიემართება ნათხემის ქვედა ფეხისკენ, სადაც იგი იყოფა ამაველ და ჩამავალ ტოტებათ. ეს უკანასკნელი უფრო გრძელია და ჩამოდის გარეთ სოლისებრი ბირთვამდი. კარიპკის ნერვი ბოლოვდება სმენის ნერვის უკანა ბირთვსა, დეიტერისისა და ბებტერევის ბირთვებში. ამ ბირთვებიდან ნაწილი ბოჭკოებისა მიემართება ნათხემის ჭიისკენ, ხოლო ნაწილიც გაივლის ბებტერევის ბირთვს და პირდაპირ მიდის *nuc. fastigium*-ში. ბებტერევის ბირთვი, რომელიც მოთავსებულია მეოთხე პარაკუტის კედლის კუთხეზე *Vangehuchten*-ის და სხვების გამოკვლევით არ გზავნის ბოჭკოებს ზურგის ტვინში, არამედ აძლევს უკანა სიგრძის კონას ამაველ ბოჭკოებს, რომელიც მიდის თვალის მამოძრავებელ ნერვების ბირთვებთან.

დეიტერისის ბირთვიდან კი ღერძ-ცილინდროვანი მორჩები ჩამოდის ზურგის ტვინში და კოლატერალებს აძლევს წინა რქების უჯრედებს. ზოგიერთის აზრით ამავე ბირთვიდან ისე როგორც ბებტერევის ბირთვიდან, გამოდის ბოჭკოები, რომელიც გადადის უკანა სიგრძის კონაში და აქედან თვალის მამოძრავებელ ნერვების ბირთვებში. ვხა, რომლითაც კარიპკის ნერვი ქერქამდის აღწევდეს ჯერ არ არის ცნობილი და ბევრი მათი არსებობას სრულიად უარყოფს. ამრიგად ამ მოკლე მიმოხილვიდან დავინახეთ, რომ პროფ. ბებტერევის სმენის ნერვის გამტარებელი გზების ცნების დამკვიდრებაში დიდი წვლილი შეუტანია.

ამის გარდა კრებამ მოისმინა ასისტენტ ო. ზანგურიძე — სერედას მოხსენება *formatio reticularis*-ის გამტარებელი გზების შესახებ ბებტერევის მიხედვით.



ბადესებრივი ბორცვი ზურგის ტვინის კისრის და გულ მკერდის ზედა არეში მოთავსებულია იმ კუთხეში, რომელსაც ქმნის გვერდით რქა უკანა რქასთან. ეს ნაწილი შესდგება ბადესებრივი ნაცარა ნივთიერების ძვიდებისაგან, რომელთა შუა თეთრი ბოჭკოების კონები მიიმართებიან. ბადესებრივი ბორცვი მოგრძო ტვინის ქვედა ნაწილში ფართოვდება და *formatio reticularis*-ის სახელწოდებას იღებს. ამ ბადესებრივ წარმოქმნაში მრავალი სხვადასხვა მიმართულების ბოჭკოებია მოთავსებული, მის გარეთა ნაწილში ბლომით გროვდება ნერვული უჯრედები და ამიტომ აღნიშნულ ნაწილს *formatio — reticularis grisea* ეწოდება. ეს უკანასკნელი განსხვავდება *formatio — reticularis alba*-სგან, რომელშიაც უჯრედები უფრო მცირეა და მას შიგნითა არე უკავია. მოგრძო ტვინის ქვედა ნაწილის ბადესებრივ წარმოქმნაში იხსნებიან წინა და უკანა რქების ნაცარა ნივთიერება, მეტი ნაწილი ზურგის ტვინის ძირითადი კონის, წინა და გვერდითი სვეტების ბოჭკოები, აგრეთვე გადადიან ბადესებრივ წარმოქმნაში და აქ შიგნითა და მის მახლობლათ გარეთა არეს იკავებენ მოგრძო ტვინის ქვედა ნაწილში ბადესებრივი წარმოქმნა შემოფარგლულია წინიდან დამატებითი ქვედა ოლივეებით და პირამიდებით, გვერდიდან — თეთრი ნივთიერებით, რომელთა შორის მოთავსებულია *Qovers*-ის, *Fleschig*-ის *Löventhal*-ის გასწვრივი ბოჭკოები, ამათ უკავიათ მოგრძო ტვინის პერიფერია, უფრო შიგნითა ნაწილი უჭირავს წინა სვეტის ბოჭკოებს ე. ი. *fasciculus tecto spinalis*-ს, რომელსაც მთელი მოგრძო ტვინის სივრცეზე გასწვრივი მიმართულება აქვს და წინა ოთხჯორაკის ქვეშ *Meynert*-ის გადაჯვარედინებას ქმნის. *Бехтеев*-ის სახელწოდების ქვედა ცენტრალური ბირთვი, რომელიც წინა სვეტში ენა ხახის ნერვის ფესვის მახლობლათაა მოთავსებულია, *Миславский*-ს აზრით სასუნთქავ ცენტროს უნდა წარმოადგენდეს, ეს ცენტრო გამზიდველ ნერვის ბირთვს უკავშირდება და ამიტომ თვალის კაკლების რეფლექტორულ მოძრაობას უნდა აწარმოებდეს.

ბოჭკოების ის ნაწილი, რომელსაც ზურგის ტვინის მოგრძო ტვინში გადასვლის დონეზე გვერდითი სვეტის უკანა არე უკავია, სხვა გზებიდან იხრება, გადადის და ბადესებრივ წარმოქმნის პერიფერიკს იკავებს. ამას ეკუთვნის *Forel*-ის კონა, რომელსაც მოგრძო ტვინის სივრცეზე გასწვრივი მიმართულება აქვს და *Meynert*-ის გადაჯვარედინების უკან *Forel*-ის გადაჯვარედინების ქმნის.

ამავე დონეზე უკანა სვეტების ბირთვებიდან წარმოიშვება მგრძობიარე შიგნითა მარყუშის ბოჭკოები, ამათი გადაჯვარედინებას უკავია უფრო დორზალური არე, ვიდრე პირამიდებს და ბადესებრივ წარმოქმნის შემადგენლობაში შედის. *Fasc. longitudinal, med.* უფრო ვენტრალურათ მდებარეობს I II V VIII IX და X თავის ტვინის ნერვების ცენტრალური ნეირონები, რომელიც *fibr. arcuat.* სახით იწყება აღნიშნულ ნერვების ბირთვების უჯრედებიდან, მეტი ნაწილი მათი ნეირონებისა მედიალურ მარყუშის უკან გადაჯვარედინებას ქმნიან და ბადესებრივ წარმოქმნაში შუა ნაწილს იკავებენ.

ქვედა ოლივეების დონეზე ჩნდება წინა სვეტების და ქვედა ცენტრალური ბირთვები, ამ ბირთვების დონეზე *format. reticul.* ბოჭკოების მეტი ნაწილი ქრება, ხოლო ზემოთ ის გზები ვრცელდება, რომელიც აღნიშნულ ბირთვების

დონეზე არ სწყდება, ამნაირათ მრავალი ბოქკოების დასაწყისი ბადისებრი უჯრედებისა და მათი ბირთვებისგანაა და ჩამომავალი მიმართულება აქვთ.

ხიდის არეში, ბადისებრივ წარმოქმნის ბოქკოების მეტი ნაწილი სახურავის ზედა მხარეს იკავებენ. აქ ყურადღებას იქცევს *Bexterepe*-ის მიერ აღმოჩენილი სახურავის ცენტრალური ბირთვი, სადაც მეტი ნაწილი შიგნითა და გარეთა არეს ბოქკოები ბადისებრივ წარმოქ. ისპობიან და აქედან ზევით გრძელდება ნაკერავთან მდებარე, გვერდითი სვეტების ბოქკოების წინა და მცირე ნაწილი. აქ უცვლელათ გაივლიან: უკანა გასწვრივი კონა, რომელიც მიდის თვალის მამოძრმველ ბირთვამდი და დამატებითი ბოქკოებს აძლევს აგრეთვე მე XII, მე IV, VI ნერვების ბირთვებს და სმენის ნერვის ვესტიბულარულ ტოტს. ბადისებრივ წარმოქმნაში საყურადღებოა *Bexterepe*-ის მიერ აღმოჩენილი და შესწავლილი გზები, ასეთს ეკუთვნის სახურავის ცენტრალური კონა, რომელიც დასაწყისი *Qlobus palidus*-იდან იღებს, ჩამომავალი მიმართულება აქვს, ხიდში სახურავის ცენტრალური ნაწილს იკავებს, მოგრძო ტვინში ვენტრალურს, ხოლო ოლივებთან ლატურალურ მდებარეობას იღებს და მის უჯრედებში სწყდება. აქედან კი მის გაგრძელებას წარმოადგენს *Helvag*-ის მიერ აწერილი გზა *fas. paraolivaris*-ის ბოქკოები, რომელიც *Bexterepe*-მა დაწვრილებით შეისწავლა. მეორე გზა, რომელიც *Bexterepe*-ის ლაბორატორიუმში იყო შესწავლილი არის ის გზა, რომელსაც დასაწყისი აქვს ქერქის მამოძრავებელ უჯრედებში და რომელიც მხედველობის ბორცვის მედიალურ ბირთვამდი ვრცელდება, აქედან ძირს ეშვება და წითელ ბირთვის დონეზე *Forel*-ის გადაჯვარდინებასთან ვენტრალური მდებარეობა აქვს, ხიდში ნაკერავს უახლოვდება, მოგრძო ტვინში კი ცენტრალურ ბირთვისა და ბადისებრივი წარმოქმნის უჯრედებში სწყდება. გარდა ზემო აღნიშნულ გზებისა *Bexterepe*-მა აღმოაჩინა კიდევ ის გზა, რომელიც მხედველობის მედიალურ ბირთვის უჯრედებიდან იწყება, უკანა გასწვრივი კონის ლატურალური მდებარეობა აქვს, ოთხ გორაკში ვენტრალური მიმართულებას იღებს, ხიდში *Bexterepe*-ის მიერ აღმოჩენილ სახურავის ბადისებრივ ბირთვს აღწევს, აქ სწყდება და აქედან დასაწყისი იღებენ ის გზები. რომელთაც ზურგის ტვინში ეკუთვნის წინა და გვერდითი სვეტების ბოქკოებს.

ბადისებრივ წარმოქმნაში, გარდა ამ გრძელ გზებისა, აგრეთვე გაივლიან მრავალი მოკლე გზებიც. ამ უკანასკნელ ხანში *Bexterepe*-ის ლაბორატორიუმში აღმოჩენილი იყო ბოქკოები, რომელიც ზურგის ტვინის კისრის ნაწილიდან იწყება, წინა გვერდითი კონას გაივლის და ქვედა ოლივის უჯრედებში თავდება.

ბადისებრივ სუბსტანციაში გაივლის აგრეთვე ნათხემიდან წარმოქმნილი გზები ე. წ. *tractus cerebellobulbaris*-ი, რომელიც ქვედა ფეხის საშუალებით მიდის ერთს მხრივ *Deiters*-ის ბირთვიან და მეორეს მხრივ მოგრძო ტვინის უჯრედთა გროვაში, სადაც იავდება. ეს ბოქკოები კოლატურალებს აძლევენ თავის ტვინის მამოძრავებელი ნერვების ბირთვებს და მამასადამე ბადისებრივ წარმოქმნას გაივლიან. აქვე ჩვენ ვხვდებით მრავალი მოკლე გზებს, რომელთაც დასაწყისი ოთხ გორაკის უჯრედებიდან აქვთ; ასეთს ეკუთვნის *fasc. praedorsalis*-ი, რომელიც მოგრძო ტვინამდი აღწევს და აქედან მის გაგრძელებას წარმოადგენს ის გზები, რომელიც ბადისებრივ წარმოქმნის უჯრედებში იწყება. ეს



გზა მიიმართება უკანა გასწვრივი კონასთან ერთათ და თავის გზაზე კოლატერალურებს აძლევს მას და სამწვერა ნერვის ბირთვს.

აქვე არსებობენ მრავალი მოკლე რკალოვანი ბოჭკოები, რომლის საშუალებითაც ხდება ამა თუ იმ ნერვის ბირთვის მოწინააღმდეგე ნერვის ფესვთან დაკავშირება. ყურადღების ღირსია ის გარემოება, რომ, როგორც ზურგის ტვინში აღნიშნული გზები, წინა რქის უჯრედებს დამატებითი ბოჭკოებს უგზავნიან, ისე ბადისებრივ წარმოქმნაში აწერილ გზები კოლატერალურებს აძლევენ თავის ტვინის ზოგიერთ მამოძრავებელ ნერვების ბირთვებს. მაგ. მე V, VII, IX, X და XI. მაშასადამე ეჭვს გარეშეა ამ ბირთვების რეფლექტორული ცენტროების დანიშნულება. რომლის საშუალებითაც ესა თუ ის რეფლექსი ხორციელდება. აქ ბადისებრივ წარმოქმნაში მიდის ე. წ. ასოციაციური გზები და ამ გზების საშუალებით ხდება ზურგის ტვინისა და თავის ტვინის სხვადასხვა ნაწილების ერთმანეთთან. დაკავშირება Ebinger-ის აღნიშვნით ეს ასოციაციურ არეს წარმოადგენს და ამ გზების საშუალებით ხდება მოძრაობის და წონასწორობის ფუნქციის ასრულება. მოკლეთ ასეთია Бехтеев-ის მიხედვით ბადისებრივი წარმოქმნის გამტარებელი გზების აღწერაო. დასასრულ პროფ. ყიფშიძემ წარმოსთქვა სიტყვა, სადაც აკადემიკოსი ბენტერევი დაახასიათა, როგორც ბიოლოგი და ფიზიოლოგი.



დ. ც. სვიმონ ნიკიტორეს-ძე ყიფშიძე.  
(მისი პროფესორათ არჩევის გამო).

## გიორგი ბერკაშვილი.

სიმონ ნიკიფორეს ძე ყ ი ფ შ ი ძ ე დაიბადა 1887 წ. 5 ივლისს სოფ. ბილაში, შორაპნ. მაზრა. 8 წლამდე დედ-მამასთან სცხოვრობდა, 1895 წელს ქუთაისში წაიყვანეს და მიაბარეს კერძო მოსამზადებელ სკოლაში, სადაც დაჰყო 1897 წლამდე. ამავე წელს შევიდა ახლად გახსნილ ქუთაისის რეალურ სასწავლებელში, რომელიც დაამთავრა 1905 წელში. ლათინურ ენაში გამოცდის ჩაბარების შემდეგ გაემგზავრა 1907 წელს ოდესაში და იმავე წელს შევიდა სამკურნალო ფაკულტეტზედ. უნივერსიტეტის კურსის გავლის დროს მას აინტერესებდა მორფოლოგიური საგნები და ანატომიის პროფესორ ბატუევიანთან მუშაობდა.

1909 წელს ბატუევის წინადადებით იგი შეუდგა გამტარებელ გზების დეტალურ შესწავლას და 1910 წლისათვის მოამზადა ტვინის გამტარებელ გზების მოდელი, რომელიც აშენებული იყო ბენტრევის მიხედვით.

ამავე წელში განაზოგო იმავე მოდელის აშენება ბენტრევის სახელობის ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტისათვის და ნერვების სნეულებათა კლინიკისათვის. ამ მოდელის აშენებისათვის მიიღო 1910 წელს სპეციალურ კომისიის მიერ „ქების ფურცელი“.

პროფ. ბატუევის და პროფ. პოპოვის რჩევით განიზრახა ნევროპათოლოგიაში მუშაობა. მეოთხე და მეხუთე კურსებზედ ყოფნის დროს მუშაობდა პროფ. პოპოვის ნევროლოგიურ ლაბორატორიაში.

უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ 1912 წელს დანიშნეს ნერვების სნეულებათა კლინიკაში შტატს გარეშე ორდინატორად. ერთი წლის შემდეგ ამავე კლინიკის შტატის ორდინატორის ადგილზე გადაიყვანეს. კლინიკაში მუშაობის დროს პროფ. პოპოვის ხელმძღვანელობით ასრულებდა კლინიკური და ლაბორატორული ხასიათის სამეცნიერო მუშაობას.

მსოფლიო ომის გამოცხადებისას მან შესწყვიტა მეცნიერული მუშაობა, ვინაიდან დანიშნეს ლაზარეთის მთავარ ექიმად, რომელ თანამდებობაზედაც დაჰყო ორი წელიწადი.

1917 წლის მარტში დაუბრუნდა კლინიკაში თავის თანამდებობის აღსრულებას, ორდინატორის 3 წლის სტაჟის დამთავრების შემდეგ დატოვებულ იქმნა ორდინატორის თანამდებობაზედ მეოთხე წლით პროფ. იანიშვილის შუამდგომლობით.

1919 წლის ოქტომბერში დაბრუნდა საქართველოში, ამავე წლის დეკემბერში არჩეულ იყო რკინის გზის სავადმყოფოს ნერვების განყოფილების ორდინატორად.

1920 წლის დასაწყისში არჩეულ იყო პროფ. ბერიტაშვილის შუამდგომლობით ფიზიოლოგიის ლაბორატორიის ასისტენტად, რომელ თანამდებობასაც 1921 წლამდე ასრულებდა.

1921 წელს არჩეულ იყო ნერვების სნეულებათა კლინიკის უფროს ასისტენტად და მუშაობდა პროფ. ანდომოვის ხელმძღვანელობით. აქ კვლავ განაახლა მუშაობა მის მიერ არჩეულ სადისერტაციო თემაზედ, რომელიც უკვე რუსეთში ყოფნის დროს იყო დაწყებული. 1922 წლის თებერვალში დაამთავრა სადოქტორანტო გამოცდები.

1924 წლის დაიწყო დისერტაცია სათაურით: „მასალები პატარა ტვინის პათოლოგიისათვის“ და ნევროპათოლოგიის დოქტორის ხარისხი მიიღო. სამკურნალო ფაკულტეტის წარდგენით გაგზავნილ იყო უცხოეთში ახალი სალაბორატორიო და კლინიკური მეთოდების გასაცნობათ. უცხოეთში ყოფნივე მუშაობდა პარიზის ნერვების სნეულებათა კლინიკაში და მის ანატომიურ და ბიოლოგიურ ლაბორატორიებში პროფ. Guillaing-ის და I. Bertrand-ის ხელმძღვანელობით, ეცნობოდა ფსიქიატრიაში წამოყენებულ ახალ საკითხებს პროფ. Claude-ის ფსიქიატრიულ კლინიკაში.



Sicard-ის კლინიკაში გაეცნო კომპრესიების დიაგნოსტიკას და ნევროლოგიების წამლობას. 1925 წელს მონაწილეობა მიიღო პროფ. Charcot-ს 100 წლის თავის აღსანიშნავად და ჟურნალ ენაზედ მოლაპარაკე ქვეყნების ნევროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა მე-XXIX-ე ყრილობაზე, სადაც წაიკითხა მოხსენება Barány-ს სინდრომების შესახებ.

საქართველოში დაბრუნდა 1925 წლის სექტემბერში. ამავე წლის 26 ოქტომბერს არჩეულ იყო დოცენტად და ნერვების სნეულებათა კლინიკის გამგედ.

ნერვების სნეულებათა კლინიკა იმ დროს მოწყობილი არ იყო. მას არც ლაბორატორია და არც ფიზიკურ მეთოდებით სამკურნალო კაბინეტი ჰქონდა.

ყოფშივე შეუდგა კლინიკის გაფართოებას, ლაბორატორიის და კაბინეტის მოწყობას. 1926 წლის ივნისისათვის კლინიკას ჰქონდა უკვე 60 საწოლი, ლაბორატორია და ფიზიკურ მეთოდებით მკურნალობის კაბინეტი.

1927 წლის ნოემბერში ყოფშივე არჩეული იყო ფაკულტეტის მიერ და დამტკიცებული უნივერსიტეტის გამგეობის მიერ ნერვების სნეულებათა კლინიკის პროფესორად და გამგედ.

აქვს შემდეგი შრომები:

1. К вопросу об этиологии и патогенезе психастении. (Неврологич. вестник. 1913 г.)
2. Вторичные перерождения при очаге в переднем полюсе височной доли (Невр. вестн. 1916 г.)
3. მასალები პატარა ტვინის პათოლოგიისათვის (სადისერტაციო შრომა).
4. პერიფერიული ნერვების სიმპტომათოლოგიისათვის (თანამედრ. მედ.).
5. ძირითადი კვანძების პათოლოგიისათვის.
6. Гипертрофия мышц с миотонической реакцией (Вести. ж. д. медицины).
7. ზედა კიდურის სიმპატიური ნერვულ სისტემის სახანის სინდრომი და Lerich-ის ოპერაციის შედეგი ამ სინდრომის დროს. (წაჯ. საქ. საზოგ. 25/1-26 წ. ორდ. რუხაძესთან ერთად).
8. ალკოჰოლის ინექცია პერიფერულ ნერვებში (საქ. საზ. 16/VI27 წ. ორდ. რუხაძესთან ერთად).
9. ზურგის ტვინის ჰუმორალური სინდრომის შესახებ (წაჯ. საქ. საზ. 16/VI27 წ. ასისტ. გრიგორაშვილთან ერთად).
10. სიმპატიური ნერვულ სისტემის მდგომარეობა ჰემიპლეგიების დროს (წაჯ. ორდ. რუხაძესთან ერთად).
11. სიმპატიური ნერვულ სისტემის პერიფერიული სინდრომები (წაჯ. ორდ. რუხაძესთან ერთად).
12. ზურგის ტვინის პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებები ზურგის ტვინის კომპრესიუმის დროს (წაჯ. ექ. ბახტაძესთან ერთად).
13. ეპიდემიური ენცეფალიტის გავრცელება საქართველოში (წაჯ. ასისტ. პ. ქავთარაძესთან ერთად).
14. მიოკლონიური ენცეფალიტის ახალი შემთხვევების დემონსტრაცია (წაკითხ. ნევროპათ. კონფ. 8/VII-26 წ. ასისტ. ქავთარაძესთან ერთად).
15. რეტრო-ოლივარული სინდრომის ორი შემთხვევა (წაჯ. ექ. ზანგურიძე — სერგელასთან ერთად).
16. Myotoma atrophica-ს შემთხვევა. (წაჯ. ორდ. ჟვანიასთან ერთად).
17. Tetania post operationem გლ. thyreoideae-ს შემთხვევა (საქ. ექ. საზ. 16/VI-27 წ. ორდ. ჟვანიასთან ერთად).
18. შემთხვევა Lues cerebri-ს გამო ხერხემლის სვეტის არაჩვეულებრივი დესტრუქციისა. (ნევრ. პათოლ. კონფ. 8/VII-26 ორდ. ჟვანიასთან ერთად)
19. Paraplegia en flexion-ის შემთხვევა (ნევროპათ. კონფ. 8/VII-26 წ. ექ. ბახტაძესთან ერთად).
20. ეპიდემიური მენინგიტის სრული განკურნების შემთხვევა. (ნევროპათ. კონფ. 8/VII-26 წ. ექ. პარკაძესთან ერთად).
21. ზურგის ტვინის კომპრესიის შემთხვევა (ლიბიოდოლის დიაგნოსტიკისათვის) (ექ. პარკაძესთან ერთად).

## La presse Medicale.

იანვრის (21) ნომერში მოთავსებულია პროფ. პიერ მარის (Pierre Marie) მოხსენება ეპილეპსიის ეთიოლოგიის და მკურნალობის შესახებ. ავტორის აზრით ეპილეპსიის წარმოშობაში უმთავრესად ადგილი უჭირავს თავის ტვინის დაზიანებას მშობიარობის დროს (ბავშვების და ახალგაზრდების ეპილეპსია). ამისათვის ავტორს დიდ მნიშვნელოვანად მიაჩნია ანამნესტიური ცნობების შეკრების დროს გამოიკვვეს თუ რა პირობებში მოხდა მშობიარობა: რამდენად ძნელი იყო ის, რამდენმა ხანმა გაიარა წყლების დაღვრის შემდეგ მშობიარობამდე, იყო თუ არა ხმარებული მამები, დაიბადა თუ არა ბავშვი ასფიქსიით და სხვა...

ეპილეპსიის წარმოშობაში მოზრდილთა შორის ავტორი დიდ როლს აკუთვნებს თავის ტვინის ყოველნაირ ტრავმულ დაზიანებას, თავის ტვინის ხორცმეტებს. ეპილეპსიას მოხუცებულ ხანაში ავტორი აწერს თავის ტვინის კვების დაწვევას, მოხუცთა თავის ტვინში ცვლილებებს: ელემენტების დეზინტეგრაციას და სხვას.. ამნაირად ავტორი სავესებით უარყოფს შთამომავლობით ეპილეპსიას და თუ არის იმისთანა შემთხვევები, სადაც ოჯახში რამოდენიმე პირი დაავადებულია ეპილეპსიით, ეს უნდა აიხსნებოდეს ოჯახის ფსიხოპათიური მდგომარეობით: მეორე ნაწილში ავტორი გადადის ეპილეპსიის მკურნალობაზე. უკანასკნელ 10 წლის განმავლობაში ეპილეპსიის საწინააღმდეგოდ ხმარებულია უმთავრესად Luminal-ი და ბრომის პრეპარატები, მაგრამ ჯერ-ჯერობით არც ერთი მათგანი არ სპობს ეპილეპსიას. 1920 წ. Crouzon-მა და Bouttier-მა ეპილეპსიის წამლობის მიზნით გამოიგონეს შემდეგი კომბინაცია (tartrate — borico — potassique;

ავტორი ხმარობს ბავშვებზედ ამ კომბინაციას მხოლოდ შემდეგ, როდესაც ბავშვს გულყრები minimum-ამდე შეუმცირდება, ის მაშინ შეაშველებს Luminal-საც. დიდს შეიძლება მიეცეს ზემოაღნიშნული კომბინაცია 3,0 — 5,0-მდე, მხოლოდ ბავშვებს 1,0 — 2,0-მდე. იშვიათ შემთხვევაში არის აღნიშნული გართობება ერთთვზით. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში წამლის მიცემა უნდა შესწყდეს 3 კვირით.

ეს კომბინაცია არ არის არც დასამშვიდებელი და არც დასაძინებელი. მოხსენების მესამე ნაწილში ავტორი გადადის ამ პრეპარატის ფიზიკო-ქიმიურ მნიშვნელობაზედ. 1924 წ. ბრიუსელის ექ. Bigwood-მა გამოაქვეყნა სისხლის ფიზიკო-ქიმიური წონასწორობა ეპილეპსიის დროს. მისი დაკვირვებით ეპილეპსიის დროს ხდება H იონების და Calcium-იონების კონცენტრაციის დაწვევა პერიოდულად. სწორედ ამ პერიოდებში ხდება ეპილეპსიური გულყრები. ექ. Bigwood-ი ამბობს, რომ ეს კომბინაცია კუჭის წვენის ზეგაყვანიტ გამოჰყოფს სიმუყავეს, რომელიც გამოაყოფინებს ორგანიზმს ზედმეტს ალკალს, ეს უკანასკნელი მოქმედობს სისხლის PH-ზედ შემაკავებლად. უნდა აღვნიშნოთ, რომ წამლის შეწყვეტისთანავე გულყრები ხელახლად მეორდება. Luminal-ის ხმარების დროს ეს უკანასკნელი შემცირებული უნდა იყოს ნახევრამდე 0,05 — 0,2; ქალებს მენსტრუაციის დროს ეპილეპსიური გულყრები უნშირდებათ, ამიტომ მენსტრუაციის სამი დღის წინ, მენსტრუაციის განმავლობაში და მენსტრუაციის 3 დღის შემდეგ Luminal-ი ქალებს ეძლევათ 0,1, მხოლოდ მერე კი ორჯერ ამაზედ ნაკლები ძილის წინ ნახევარ საათით.

## ექ. შიუკაშვილი.

ფსიხო-ნერვოლოგიური ინსტიტუტის დირექტორის დავალებით 1927 წლის ენკენისთვის და ნოემბრის შუა რიცხვებში გამოკვლეულია კოჯორის დეფექტიურ ბავშვთა მესამე ახალშენი; ორივე ჯერზედ სულ 53.





გამოკვლევის მიზანს შეადგენდა გონებრივი ჩამორჩენილობის და გადაგვარების სიმპტომების რაოდენობა. გონებრივი ჩამორჩენილობის გამოკვლევა სწარმოებდა პოფ. როსსოლიმოს მოკლე წესით. ამ გამოკვლევით გამოირკვა, რომ სრულიად ნორმალ ბავშვთა რიცხვი იყო 7. უაღრესი ჩამორჩენილობა იდიოტიზმის სახით აღმოაჩნდა 9 ბავშვს: მათში 8 ქართველი (3 ვაჟი — 5 ქალი), ერთი ებრაელი (ვაჟი). შემდეგი საფეხურის ჩამორჩენილობა იმბეცილობა 26 შემთხვევაში: 21 ვაჟი (10 ქართველი, 4 რუსი, 7 სომეხი) და 5 ქალი (2 ქართველი, 2 რუსი, 1 თათარი). 14 ბავშვს ჩამორჩენილობა აღმოაჩნდა debilitas — სახით; ამათში 8 ქართველი — ვაჟი, 5 სომეხი — ვაჟი, 1 რუსი — ვაჟი.

გონებრივად ჩამორჩენილებს უმრავლესობას აღმოაჩნდათ აგრეთვე გადაგვარების ფიზიკური ნიშნები, როგორც არის მაგალითათ გოტიური, ვიწრო სასა, ასიმეტრიული პირის. სახესუსტათ გამოსახული ყურის ბიბილოები; შეზრდილი კანთან, torto — anomalia. trema, diastema, აგრეთვე სექსუალი ანომალიები criptorchismus და monorchismus (4 monorchismus, 3 criptorchismus და enuresis nocturna 13 ბავშვს. 34 ბავშვს გამოკვლეული აქვთ სისხლი Was-sermann-ით; დადებითი მხოლოდ 1 (ვაჟი).

ექ. შიუკაშვილთ.

## М. Бекая.

Покойный Профессор Петр Григорьевич Меликишвили родился в 1850 г. 29-го июня в г. Тифлисе, где он и окончил курс гимназии 18 лет. В 1869 г. поступает в Одесский Университет на естественное отделение физико-математического факультета; В 1872 г. оканчивает его со званием кандидата. Через год направляется за границу, где в течении двух лет работает в химической лаборатории—в Тюбингене у Лотара Майера и в Карлсруэ у проф. Юста. В 1876 г. избирается лаборантом Новороссийского Университета. В 1878 г. сдает магистрантский экзамен, а через три года защищает диссертацию на тему „Производные акриловой кислоты“, получив степень магистра химии. Командируемый в 1882 г. из Университета, снова отправляется за границу, где знакомится с двумя школами выдающихся ученых— в Париже слушает известного французского ученого Бертло, а в Мюнхене работает у немецкого ученого Байера. По возвращении в Одессу в 1884 г., избирается доцентом агрономической химии. В 1885 году получает степень доктора химии, защитив диссертацию на тему „производные изокротоновых кислот“, после чего избирается экстраординарным профессором по агрономической химии и читает лекции по кафедре чистой химии. В 1889 году Российская Академия Наук награждает его, за работу „изследование над перекисями и надкислотами, „большой Ломоносовской премией“. В 1907 году получает звание заслуженного профессора. В 1917 году переезжает навсегда в Тифлис, где, по открытии Грузинского Университета, избирается первым его Ректором в 1918 году. В 1923 г. исполняется 50 лет научной деятельности проф. П. Г. Меликишвили. Государственный Университет устраивает торжественное чествование юбиляра в 1924 году 17 февраля и избирает его почетным членом Университета. В 1927 году Российская Академия Наук избирает его членом корреспондентом.

Неоценимую услугу П. Г. оказал в деле создания высшего научного дела родному его народу. Неумолимой и твердою рукой, почти из ничего, он создает целый ряд лабораторий и руководит их занятиями. Молодое поколение видит в нем своего благодетеля, ценит его неумолимый труд и награждает его особенной любовью, и глубоким почтением. Покойному принадлежит свыше 80 почетных трудов по разным вопросам химии, как то: из органической—о непредельных кислотах, их производных и структуре. В области неорганической П. Г. работал над перекисями, каковая работа отно-



сится к классическим. Им не оставлена также и область сельско-хозяйственной химии, в которой он касается целого ряда интересных и важных вопросов. К этой же химии относятся работы по материалам, образованию в природе соды и др.

Будучи маститым ученым, проф. Меликишвили является также высоко ценным общественным деятелем. Его широкая и богато одаренная природа, всегда готова придти на помощь в вопросах касающихся благодетельства народа.

С его образом связана память как о безкорыстном, неутомимом, и преданном служению науке человеке и эта память послужит живым примером для многих.

Незабвенный учитель—друг скончался 23 марта 1927 г. после тяжелой болезни и погребен в ограде Университета. 26 февраля 1928 г., в день чествования десятилетия Государственного Университета, на могиле покойного проф. П. Г. Меликишвили был заложен фундамент будущего ему памятника.

---

**Н. Цицишвили.**

Моя первая встреча с покойным проф. Петр Григорьевичем Меликовым, произошла в 1917 г. в г. Тифлисе в химической лаборатории бывшего Закавказского Университета. Здесь впервые я познала этого маститого ученого, с редкими и высоко ценными качествами человека. Состоя одним из деятельных и энергичных членов комиссии по созданию Грузинского Университета, каковому делу он посвящал все свое время, силы, неисчерпаемую энергию и любовь, он находит время также для работы в других местах и способствует развитию высшего образования.

Девиз П. Г. в Университете гласит: „честная, безкорыстная и преданная работа и служение науке“, на страже которого стоял он до последних дней своей жизни.

Безусловное, неподдельное соблюдение этого девиза требуется от каждого желающего работать в родном ему университете, и малейшее отклонение от этого девиза, вызывает в благородной и чистой натуре П. Г., страшнейшую бурю и глубокую боль сердца. Пишущей эти строки пришлось быть свидетельницей одной из таких бурь, во время которой П. Г. своим могучим голосом дал сигнал предостережения. Будучи, в вопросах касающихся интересов Университета, требовательным, строгим и непреклонным, он бесконечно добр и щедр, когда надо придти кому либо на помощь. Особенно много добра приходится на долю его любящих студентов, для которых подчас не жалеет он своей жизни.

---

Проф. А. Безредка.

## Проф. ПЕТР ГРИГОРЬЕВИЧ МЕЛИКОВ \*)

Один из эпизодов особенно врезался в моей памяти. Это было в 1890 г. Я был студентом 3-го курса. Петр Григорьевич был уже ординарным профессором по кафедре неорганической химии. Нас, естественников, тогда было в Новороссийском Университете человек 40—50, а занимавшихся в химической лаборатории по качественному, а особенно по количественному анализу, было человек 8—10. Несмотря на неотлучное присутствие ассистентов, П. Г. почти не покидал лаборатории, чтобы иметь возможность в каждую минуту прийти нам на помощь. На первых порах мы его боялись и не смели его беспокоить.

Его аскетический вид и несколько суровый взгляд его больших черных глаз внушали нам робость. Но кто слышал его мягкий голос, кто был свидетелем его отменно вежливого отношения к нам—юношам не мог не понять, что за этой суровостью кроется природная застенчивость и боязнь показать себя в истинном свете своей отзывчивой души.

Мое первое знакомство с П. Гр-чем произошло во время студенческих беспорядков в 1890 года. В ту пору беспорядки были обычным явлением. Не проходил семестр без того, чтобы под тем или иным предлогом, не вспыхивал конфликт между студентами и ненавистной нам Инспекцией.

На этот раз дело приняло довольно серьезный оборот.

Чтобы выразить протест против особенно усердствующих членов Инспекции, следящих за нашей „благонадежностью“, группа студентов предложила воспользоваться годовщиной смерти Чернышевского и отслужить по нем панихиду. На студенческой сходке, происшедшей в „курилке“ университетского здания, решено было отправиться в назначенный день не на лекции, а в собор.

Инспекция, узнав про это решение, предупредила полицию. Не успели перешагнуть ограду собора, как все мы со всех сторон были окружены городовыми. Всех нас переписали, а потом и отняли наши студенческие билеты.

---

\*) Письмо получено из Парижа от проф. А. Безредки 10 января 1928 г. Печатается без изменения.

Университет был закрыт и профессорам было приказано не читать лекции.

Лишенные билетов, мы не могли пробраться даже в лаборатории...

После нескольких дней мучительного ожидания, вынесена была резолюция: всем переписанным был сделан строгий выговор и угроза исключения при новой манифестации, многих лишали стипендии, а некоторых—человек двадцать—исключили из Университета с обязательством покинуть Одессу в кратчайший срок.

Большинство уволенных пользовались студенческим общежитием и кое-как пробивались уроками. Как уехать в чужой город, не имея ни копейки? К тому еще многие не имели теплого платья, а на дворе стояли жгучие морозы. При этих тяжелых обстоятельствах я впервые имел случай ближе узнать П. Гр-а. Поджидая меня у выхода из Университета, в день об'явления резолюции, он дал мне понять знаками, чтобы я пошел следом за ним, что я и сделал, сохраняя на улице известное расстояние между им и мною: присутствие студента в мундире, рядом идущего с профессором, могло привлечь внимание и скомпрометировать П. Гр-а в глазах всемогущей Инспекции.

П. Гр. жил недалеко от Университета, в одной комнате, по студенчески. Впервые я увидел в домашней обстановке П. Гр-а, уважение к которому у меня граничило с благоговением. Видя мое смущение, он ласково взял меня за руку и сказал: „Я позволил себе Вас беспокоить, так как у Вас наверно есть товарищи, которым предстоит оставить Одессу. Теперь холодно. Может быть есть такой, у которого нет шинели. Возьмите мою шубу и дайте ему“. При этом он раскрыл сундук, стоявший тут-же в комнате и вынувши из одного угла маленький пакет, передал мне его, сказав с смущенным видом; „А это мои сбережения, отдайте и это! Но Бога ради никому об этом не говорите!“.

С тех пор прошло 38 лет. Я сейчас еще слышу его мягкий голос и вижу его чудные, добрые глаза, ищущие как будто снисходительности...

Проф. В. Лазурский.

## РЫЦАРЬ ДУХА.

Когда в 1901 году я собирался переезжать из Москвы в Одессу, кто-то из московских профессоров сказал мне: „Познакомьтесь там с профессором Меликовым. Это один из самых лучших людей в Новороссийском университете“.

Я был приглашен приват-доцентом по историко-филологическому факультету, а Петр Григорьевич был профессором физико-математического факультета. Я был моложе его на 20 лет. Казалось, поводов для сближения не было никаких. Но первые годы пребывания в Одессе мне пришлось жить на одной квартире с профессорами Истриным и Щепкиным, с которыми Меликов был в приятельских отношениях. Мы скоро познакомились, и я убедился, что высокое мнение о нем, услышанное мною впервые в Московском университете, вполне справедливо.

В моем кабинете стоит портрет Петра Григорьевича с надписью: „Дорогому товарищу Владимиру Федоровичу Лазурскому“. Я смотрю на это строгое, восточного типа лицо, и слезы умиления льются из моих глаз. Я горжусь этой надписью. Если такой человек удостоил меня своей дружбой, значит и я чего-нибудь стою.

В московском университете я научился ценить высокие образцы старой профессуры. Сравнительно молодой Новороссийский университет выдвинул тоже первоклассные имена, как Сеченов, Мечников, Ковалевский. В такой строго-научной школе воспитался проф. Меликов. Он был одним из самых серьезных правдивых и резких членов университетского совета профессоров. Вся культурная Одесса знала и почитала его.

Были ли враги у Петра Григорьевича? Не думаю. Этот кавказец мог бешено вспылить, но все знали, что у него душа нежная, жаждущая привязанности. Он жил одиноко и очень ценил ласковое, внимательное отношение. Те, которые имели случай с ним ссориться, пускай теперь, после его смерти, положа руку на сердце, спросят сами себя, были ли они тогда вполне правы?

Мне пришлось быть много лет секретарем Одесских Высших Курсов, созданных дружным кружком прогрессивной профессуры. При мне сменилось несколько выборных директоров, в том числе и Меликов. Все они были

идейные люди, в том или другом отношении полезные для Курсов. Но среди них Петр Григорьевич, быть может, с наибольшею страстностью относился к нашему любимому детищу. Когда курсам грозила внешняя опасность, когда среди руководителей возникали ссоры, он приходил в такое возбуждение, что делался страшен, как тигрица, защищающая свое дитя.

Я называю его рыцарем духа. Конечно, он не был „рыцарем без страха и упрека“. Такой образ мог зародиться или в слащавых романах, или в юмористическом воображении Сервантеса. Настоящие рыцари полудикого средневековья были первобытно—грубы, но в лучших из них сияла такая красота духа, которая заставляет забывать все их недостатки. Для нас, жителей вылощенно-культурной и практически торговой Одессы, этот сын Кавказа был иногда страшен, но всегда прекрасен. Он был рыцарем профессорской чести, рыцарем товарищеской дружбы, рыцарем безупречного отношения к женщинам.



Проф. Л. Писаржевский.

## ПАМЯТИ ПЕТРА ГРИГОРЬЕВИЧА МЕЛИКОВА.

Памяти дорогого учителя и друга посвящаю я эти строки, полные печали и благоговения перед его благородным образом. Живо встает он в моей душе, охваченной воспоминаниями о ряде лет совместной работы.

Он направлял первые мои шаги по тернистому, но полному чудесных тайн пути научного творчества.

Как давно это было. Ровно тридцать четыре года тому назад я тогда еще студент третьяго курса, с трепетом впервые переступил порог рабочего кабинета Петра Григорьевича.

Как живо еще сейчас рисуется перед моим взором его строгий красивый профиль с нахмуренными бровями, склонившийся над большой платиновой чашкой. Там протекает реакция образования одной из надкислот. Пытливо следит за ее ходом мой учитель. Он видит, что его предсказания оправдываются: процесс протекает так, как он ожидал. И, я вижу, он уже предвидит дальнейшие возможности, перед его умственным взором рисуются сложные формулы строения, он выводит из них способы получения предполагаемых соединений, мысль его далеко унеслась от действительности в область научных мечтаний...

Большую часть их ему удалось осуществить в его классических исследованиях перекисей и надкислот. И мне выпало редкое счастье быть неизменным сотрудником в этих его работах.

Петр Григорьевич был строгим и требовательным учителем. Он сам всю жизнь свою отдал науке. Его первой и последней любовью была его лаборатория. Он не раз говорил мне, что настоящий ученый не должен жениться. Его жена, его любовь и жизнь—это научное творчество,—его семейный очаг—лаборатория и ученики его, в которых, как в детях, продолжает жить его творческое я.

Я всегда старался придти раньше Петра Григорьевича в лабораторию. Хотелось, чтобы, придя туда, он уже застал меня за работой. Но это не всегда удавалось: он рано приходил. Неизменно, изо дня в день, ровно в 8 часов утра открывал он дверь в свой рабочий кабинет, снимал пальто и шляпу и приступал к работе или же начинал рассказывать о своих мыслях

и предположениях по поводу работы, пришедших ему в голову поздно вечером или ночью.

В дни, когда у него утром были лекции или занятия, он приходил хмурый и раздражительный. Он не любил лекций и занятий. Они отрывали его мысль от научного творчества. Он любил учить не на кафедре или на практических занятиях, но у себя в лаборатории за научной работой.

И здесь он страшно много давал своим ученикам. Как-то очень просто умел он ввести своих учеников в круг своих идей.

Он давал нам возможность следить за ходом научного мышления во всех его деталях, он умел возбудить горячее желание участвовать в его научном творчестве, в развитии его идей...

Слушая его изо дня в день, наблюдая его в лаборатории за рабочим столом мы, его ученики, быстро научились понимать, как осуществляются на опыте и проверяются теоретические предположения и предсказания.

Он требовал быстрой, тщательной, упорной методичной работы.

Он сурово преследовал небрежность в работе и верхоглядство в теоретических рассуждениях.

Вот он подходит и смотрит, как у меня „отсасывается“ на окруженной смесью льда с солью воронке нестойкая соль одной из надмолибденовых кислот... И... я еще и сейчас ощущаю трепет и волнение... вдруг он найдет что-нибудь не так...

Вот он слушает, как я волнуюсь пытаюсь доказать свою точку зрения в нашей совместной работе. Если она несогласна с его мнением, он сразу сердится, иногда не захочет слушать... отойдет.

Но через несколько минут непременно подойдет и скажет: „Ну, так говорите“. И слушает,—слушает с полным вниманием, спорит как с равным...

Никогда не подавлял он своим авторитетом, а потому его авторитет среди его учеников стоял высоко.

Во все трудные минуты жизни моей, в минуты тяжелых сомнений, и в те минуты, когда суровая действительность отрывала мою мысль от привычной научной работы в тиши кабинета и лаборатории и заставляла принять участие в бурном потоке общественной жизни, всегда мысленно обращался я к моему учителю и невольно спрашивал себя, „как бы он тут поступил“, как бы отозвалось на это его чуткая, благородная душа...

В моей душе, охваченной воспоминаниями о годах моей юности, ярче всех далеких образов встает благородный облик моего назабвенного учителя и друга...

Б. Я. Яновская

## П. Г. МЕЛИКОВ\*)

Для характеристики П. Г. и деятельности его на Курсах у нас, его слушательниц и учениц есть много интересного материала, но сейчас собрать его в достаточном количестве довольно трудно, ибо личность П. Г. настолько ярка и крупна, что на ней нужно сосредоточить большое внимание. В силу этого я здесь буду говорить о нем немного и постараюсь подчеркнуть самые типичные моменты его работы у нас и с нами.

Когда мы в первый раз увидели П. Г. будучи молодыми 1-курсницами, у нас невольно зародилось чувство робости перед его суровой внешностью, строгим взглядом и чрезвычайно серьезным отношением к делу. Аудитория была всегда полна, потому что П. Г. умел в совершенно доступной форме излагать самые трудные и сложные отделы курса. Но если попадались непонятые места, то как то боязно было обратиться к П. Г. за разъяснением, т. к. мы еще не знали, как хорош и прост был П. Г. в обращении с учащимися, а студенты нам передавали о тех недоразумениях, какие у них бывали с ним на его экзаменах. Наши сомнения в этом вопросе рассеял его ассистент, ныне тоже к сожалению покойный Е. С. Ельчанинов, представлявший полный контраст своим характером и необычайным спокойствием с П. Г. Он нас убедил, что П. Г. не так страшен, а личный опыт привел нас к более близкому общению с П. Г. и он очень скоро стал нашим любимым профессором, к которому мы уже совершенно свободно ходили с своими недоумениями не только из области химии, но и вообще разбирали свои дела, связанные с пребыванием на Курсах. Нужно было видеть, как П. Г. внимательно нас выслушивал, с какой любовью и вниманием он относился к нашим запросам и как умело выяснял запутанные положения. Курсы наши отличались тем, что они были любимым детищем нашей профессуры, т. к. устроились трудами группы профессоров и они отдавали очень много внимания и энергии своему любимому делу. К числу таких профессоров принадлежал и П. Г., который не только не меньше, но вероятно, благодаря своему горячему южному темпераменту, еще больше

---

\*) Воспоминания, окончившей од. Высш. Жен. Курсы Б. Яновской, рассказанные на вечере, посвященном памяти П. Г. Меликова в июне 1927 г. в „Доме Ученых“.

сил вкладывал в работу этого культурного очага. Нужно заметить, что учащиеся того времени представляли из себя жаждущую учиться женскую молодежь, которая была охвачена страстным порывом приобрести знания во что бы то ни стало, т. к. многим из нас самое пребывание на Курсах стоило больших жертв. И П. Г. был одним из тех учителей, которые оценили этот энтузиазм молодежи, он делал все, чтобы поддержать этот огонь и многим мы обязаны именно П. Г., который поощрял к работе, утешал при неудачах и возбуждал интерес к дальнейшим попыткам приобрести знания. Наступил час экзамена у П. Г. и затрепетали наши сердца, ибо мы уже знали, что П. Г. требует прежде всего серьезного вдумчивого отношения к делу, а затем знаний и знаний.. После трепетных ожиданий и волнений дело и здесь оказалось не таким страшным, у хорошо подготовленных слушательниц ужасный экзамен превращался в очень интересную с П. Г., который шутил, острил и таким образом сгонял страх с трепетавшей курсистки, у менее подготовленных дело принимало грозный оборот, экзаменовавшаяся изгонялась до следующего срока, а настроение П. Г. портилось до следующего удачного ответа, при чем очень неудачные ответы он запоминал на некоторое время и потом с унынием говорил; „Помилуйте, она сказала, что из золотой цепочки можно добыть известь“.

Еще больше мы сблизились с П. Г., когда перешли на лабораторную работу. Наши лаборатории были построены по планам и под непосредственным наблюдением П. Г. и он со свойственной ему добросовестностью и любовью к делу проводил там массу времени, пока закончил оборудование так, как он себе его представлял. Средства на Курсах были очень ограниченные, ведь нам никто не помогал, следовательно все нужно было сделать так, чтобы по имеющимся возможностям сделать все необходимое для нормальной работы учащихся. Нужно сказать, что эту задачу П. Г. выполнил самым наилучшим образом, дав Курсам прекрасные и уютные лаборатории, оборудованные так, как этого требовала наука. Закипела работа; многие из нас заинтересовались ею и увлеклись так, что большую часть времени проводили там, еще больше поощряемые П. Г., который приходил туда 2-3 раза в день и только в очень редкие дни 1 раз. Дело в том, что П. Г. приходилось делить свое время между Курсами и Университетом, так что он часто приходил к нам уже утомленный, а подчас и очень чем то раздраженный. Обладая необыкновенно выразительным лицом, он показывал сейчас же свое настроение и нам достаточно было внимательно взглянуть на лицо П. Г., чтобы сразу понять какую позицию нужно принять: если брови были нахмурены и глаза выражали неудовольствие, то удобнее было не находиться на своем постоянном месте, а каждый предпочитал в это время мыть посуду, сгибать трубки, или почаще уходить в сероводородную комнату; такие мероприятия иногда помогали и гроза миновала. Если же все эти приемы не спасали от необходимости давать объяснения П. Г. по по-



воду работы, то объяснения эти давались дрожащим голосом и не всегда дело обходилось вполне благополучно, а иногда завершалось отеческим внушением. Но если П. Г. приходил спокойным, то его необыкновенно выразительные глаза дышали добротой и тогда задача сдавалась вполне благополучно, на недочеты указывалось в шутливом тоне, а затем мы усаживали П. Г. посредине лаборатории, становились вокруг него тесным кольцом и начиналась одна из тех бесед, которые останутся навсегда в памяти каждой из нас. П. Г. был необыкновенно увлекательным собеседником, он интересовался всеми отделами науки и искусства, он не был узким специалистом, любил художественные произведения, музыку, был страстным путешественником-пешеходом, исколесил всю Европу и Россию; понятно, что эти беседы были для нас источником не только удовольствия, но и обогащения знаниями. Прекрасные, внимательные отношения П. Г. к курсисткам не ограничивались временем пребывания нас на Курсах; когда мы уже окончили Курсы и Министерство Народного Просвещения разрешило нам держать экзамены в Государственной Комиссии, то и тут П. Г. принимал самое большое участие в наших делах. Обыкновенно председателем этой комиссии назначалось совершенно постороннее лицо, профессор иногороднего Университета, который совершенно не знал экзаменующихся и было очень важно знакомить его с нами, дать ему представление о нас. П. Г. неизменно присутствовал при всех испытаниях и каждой из нас предпосылалась определенная характеристика, так что председатель, благодаря стараниям П. Г. составил себе сразу определенное мнение об экзаменующихся курсистках, а П. Г. создал более спокойную обстановку для проведения этого неприятного и сложного дела. Бывали дни, когда каждой из нас приходилось отвечать по 5-ти отделам и только стараниями П. Г. дело проходило для нас вполне благополучно.

Заботы П. Г. и память о своих ученицах простирались и за пределы курсов: когда некоторые слушательницы окончили Курсы, сдали Гос. Экзамены и стали искать возможность устроиться для добывания средств к существованию, то и здесь П. Г. считал своим долгом помочь, где только мы и многие и сейчас продолжают работать, благодаря стараниям П. Г.

Приведу один факт, иллюстрирующий память П. Г. в отношении своих слушательниц. Прошло несколько лет после отъезда П. Г. в Тифлис; однажды одна из окончивших наши Курсы встретила на улице Тифлиса П. Г. Он к ней подошел, стал спрашивать об Одессе, а прощаясь просил передать привет некоторым ученицам, называя их по фамилиям, о чем наша коллега не преминула сообщить сюда сейчас же, до того ее поразила эта память и внимание. Умение П. Г. вызывать интерес учащихся к науке и большие его требования, которые он предъявлял к учащимся привели к тому, что все слушательницы очень серьезно относились к делу, а многие стали серьезно заниматься химией и сейчас из них получились прекрасные работницы,

применяющие те знания, которые дал им П. Г. к различным областям, в том числе и в педагогической работе в школах и Вузах.

Мои воспоминания о П. Г. были бы неполны, если бы я не коснулась его деятельности на Курсах, как декана Физ-Мат. Факультета. Роль его в этой области была на Курсах не меньшая, чем педагогическая, ибо П. Г. был основателем Физ.-Мат.-Факультета и почти до самого своего ухода с Курсов занимал место декана. И здесь П. Г. проявил максимум своей огромной энергии, принимая самое горячее участие в жизни этого факультета, а также в хозяйственной жизни Курсов; он принимал участие в изыскании средств для Курсов и очень огорчался если здесь не всегда была удача. Оборудование каждого кабинета Курсов горячо его интересовало, для получения возможности сделать то или иное он привлекал людей извне, если знал, что они смогут быть полезны Курсам. Он не останавливался перед тратами своих личных средств, если это было нужно для Курсов, так он пожертвовал свой спектроскоп, когда нужно было знакомить курсисток с основами спектрального анализа, при чем сам вел работы с курсистками, т. к. не было средств для оплаты труда ассистента. Когда в библиотеке Курсов был открыт отдел по Физ-Мат.-Факультету, то П. Г. первый принес пожертвование-труды Менделеева, прекрасно изданные и взятые им из своей собственной Библиотеки.

Заканчивая свои воспоминания о дорогом для нас всех П. Г. я хочу указать еще на одну черту его характера, утонченную его необычайной культурностью — это полное отсутствие каких бы то ни было признаков национализма, или какого бы то ни было шовинизма; в те времена, когда нам приходилось встречаться с П. Г. эта черта была очень ценна и мы, слушательницы и ученицы П. Г. ценили ее с особым чувством удовлетворения.

Я думаю, что выражу мнение всех его бывших слушательниц, если скажу, что память о нашем дорогом учителе никогда не угаснет в наших сердцах и что лучшим пожеланием последующим поколениям будет пожелание всегда иметь таких учителей, каким был П. Г.

**Д-р Г. М. Шенгелая.** Психопатии и Психо-Неврозы как поводы для развития алкоголизма.

Среди факторов вырождения нации не последнее место занимает алкоголизм. Корни этой социальной болезни глубоко уходят в существующие социально-экономические отношения (эта сторона вопроса в данной работе не будет разбираема) и в личные свойства каждого отдельного индивида.

Несмотря на то, что некоторые авторы считают возможным рассматривать алкоголизм, как болезнь наследственную, примерно, как гемофилию или циклотомию, мы предполагаем, в согласии с рядом авторов и на основании собственных наблюдений, что алкоголизм предков и отцов вызывает в их потомках уклонения в сторону невропатий, психопатий, психо-неврозов и других психических аберрации вплоть до психозов. Подобные субъекты легко возбудимые, аффективно-неустойчивые, морально дефективные с механизмами коротких замыканий с одинаковым успехом могут стать, как алкоголиками, так и морфинистами, опиофагами, кокаинистами, и т. д., а если в большем проценте они становятся алкоголиками, то это лишь потому, что алкоголь сравнительно легко доступен.

Иногда алкоголизм это только симптом какого-нибудь формального душевного заболевания, где нет критического отношения и оценки вреда алкоголя.





# მიიღება ხალის მოწარა 1928 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

## „თანამედროვე მედიცინა“

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის ორგანო

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებები:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადო-  
ებრივი მედიცინა, პათოლოგიური მედიცინა, მიმოხილვა-  
ბი, კორმესკონდენციები, ჩაფხარაბები, ბიოლიოგრაფია  
და ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწი-  
ფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატო-  
რები, პროვინციული ექიმები და აგრეთვე მონაწილეობას  
მიიღებენ საბჭოთა კავშირის და უცხოეთის ექიმ-მეცნიერნი.

ჟურნალის ფასი:	{	1 წლით . . . . .	10 მან.
		1/2 წლით . . . . .	5 მან.
		ცალკე ნომერი . . . . .	1 მან.

რედაქტორები: ივ. ლორთქიფანიძე, ზ. მაისურაძე, მ. მგალობლი-  
შვილი, პ. ქავთარაძე, ნ. ყიფშიძე და მ. ცხაკაია.

რედაქციის მისამართი. ტფილისი, კომინტერნის ქ. 5  
ჯანსახოვის გამომცემლობის მაღაზია





## ქ უ რ ნ ა ლ ი ს ო ა ს ი:

1926 წლის სრული კომპლექტი . . . . .	10 მანეთი
ცალკე ნომერი . . . . .	1 მანეთი
ოკრებადი ნომერი . . . . .	1 მანეთი და 50 კაპ.

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველთვიურად დაახლოვებით 70 – 80 გვ. ჟურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიული, კლინიკური, პრაქტიკული და საზოგადოებრივი მედიცინიდან, მიმოხილვები, რეფერატები სამკურნალო მეცნიერების ყველა დარგიდან, სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანგარიში, კორესპონდენციები, ბიბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები, სადმე უკვე დაბეჭდილი, ჟურნალში არ დაიბეჭდება. წერილები უნდა იყოს **მანქანაზე გადაბეჭდილი და დართული რუსული ავტორეფერატით**. რედაქცია იტოვებს უფლებას საჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

რედაქცია სთხოვს პროვინციელ ამხანაგებს გამოაგზავნონ ცნობები და კორესპონდენციები პროვინციის სამკურნალო ცხოვრების გასაშუქებლად და აგრეთვე მასალები საქართველოს მედიცინის ისტორიის შესასწავლად.

რედაქციის მდივანი—ექიმი **ზ. მაისურაძე**—მუზეუმის ქ. № 5 - რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს ჟურნალის შესახებ რაიმე განმარტება—ცნობა მიიღოს.

ჟურნალის შემდეგი ნომერი უკვე იბეჭდება.