

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

**VI-VII**

**ივნისი, ივლისი**

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღენ-  
ტი, დოცენტი შ. შიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. შგალობელი, ასისტენტები:  
წ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხის-  
მგებელი მდივანი).

მიიღება ხელის მოწერა 1929 წლისათვის

## ყოველთვიურ

სამეცნიერო-სამკურნალო ჟურნალზე

# „თანამედროვე მედიცინა“

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო)

## შურნალში უბედავი განყოფილებაგია:

თეორიული, კლინიკური, საზოგადოებრივი და პრაქტიკული მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია, სამკურნალო საზოგადოებათა, კონფერენციების და სამეცნიერო ექსპედიციების ანგარიშები და ქრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები და ტფილისის და პროვინციელი ექიმები:

### შურნალის ფასი:

ერთი წლით . . . . . 10 მან.  
ნახევარი წლით . . . . . 5 მან.  
ცალკე ნომერი . . . . . 1 მან.

### რედაქციის მისამართი:

ტფილისი, კაშოხ ქ. 47 ა.  
„თანამედროვე მედიცინა“.

## შურნალის სარედაქციო კოლეგიური:

პროფ. ალ. ნათიშვილი, პროფ. ვლ. ქლენტი, დოცენტი შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები: ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი.

პასუხისმგებელი რედაქტორი: სარედაქციო კოლეგია.

რედაქციის პასუხისმგებელი მდივანი ი. ასლანიშვილი.

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერ მუშაკთა ორგანო

**VI--VII**

**ივნისი, ივლისი**

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღერ-  
ტი, დოცენტი შ. მიქელაძე, პრ.-დოცენტი მ. მგალობელი, ასისტენტები:  
ზ. მაისურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი (რედაქციის პასუხის-  
მგებელი მდივანი).

ტფილისი—1929





# თანამედროვე მედიცინა

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის

მაცნეარ მუშაკთა ოკგანო

რედაქციის მისამართი: ტფილისი, კამოს ქ. 47ა. პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტის შენობა; ელსმენი 11-69.

**Ежемесячи. научно-врачебный журнал  
ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА**

Орган научных работников Медицинского факультета Тифлисского Гос. университета

№ 6-7. 1929 г. Июнь-Июль  
Редакционная коллегия: А. Н. Натишвили, проф. В. К. Жгенти, доц. Ш. А. Микеладзе, пр.-доц. М. Ф. Мгалобели, ассистенты: З. Майсურадзе, П. П. Кавтарадзе, И. А. Асланишвили (ответств. секр. редакции).

Адрес редакции: С. С. Р. Г. Тифлис. Ул. Камо, 47, Патолого-анатомический институт; тел. 11-69.

**THAMEDROVÉ MÉDICINA**

Journal médical géorgien.

№ 6-7. 1929 Juin-Juillet  
Comité de Rédaction: prof. A. Nathichvili, prof. V. Jghenti prof. agrégé Ch. Mikéladzé, prof. agrégé M. Mgalobéli, d-rs Z. Maissouradzé, P. Kavthradzé, J. Aslanichvili (Secrétaire de la Rédaction).

Adresse de la Rédaction: 47, rue Kamo. Institut anatomo-pathologique. Titlis (Géorgie), U. S. S. R.

1. Н. Деметрадзе. Перевязка art. и vena subclavia по поводу аневризмы . . . . .	414
2. А. Г. Малаев. Случай аномалии сосудов верхней конечности . . . . .	420
3. И. Парма. Случай острого миелоза . . . . .	429
4. Проф. С. Н. Кипшидзе и А. К. Рухадзе. Состояние тонуса вегетативной нервной системы при различных поражениях конечностей . . . . .	456
5. Проф. Г. М. Мухадзе. Второй случай кардиорафии . . . . .	460
6. Пр.-доц. М. Ф. Мгалобели. Влияние Цхалтубских вод на гормональную функцию яичников . . . . .	478
7. Доц. Б. К. Гогоберидзе. Итоги легализации абортов в г. Тифлисе	487
8. Проф. В. К. Жгенти. К вопросу о характере патолого-анатомического материала Тифлиса . . . . .	488
9. Отчеты, рефераты, библиография, биография, некрологи, хроника . . . . .	

1. N. Demetradzé La ligature de l'artère et de la veine sous-clavières à cause de l'anévrisme . . . . .	414
2. A. Malaëff. Un cas d'anomalie de vaisseaux du membre supérieur . . . . .	420
3. J. Parma. Un cas de leucémie myéloïde aiguë . . . . .	429
4. Prof. S. Kipchidzé et A. Roukhadzé. L'état du tonus du système nerveux sympatuique dans les ditférents affections des extremités . . . . .	456
5. Prof. G. Muchadze. Ein zweiter Fall von Kardioraphie . . . . .	460
6. Pziv.—doz. M. Mgalobeli. Der Einfluss der Zchaltubo bäder auf hormonale Funktion der Ovaren . . . . .	478
7. Prof. agrégé B. Gogoberidzé. Apres la légistation des avortement à Titlis . . . . .	487
8. Prof. V. Jghenti. Au sujet du caractère du matériel anatomo-pathologique, présenté par la ville de Tiflis. . . . .	488

# შ ი ნ ა ა რ ს ი

<b>I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა.</b>	
1. ნ. დემეტრაძე. ლაეიწქვეშა არტერიის და ვენის ერთდროული გადასკვნა ანევრიზმის გამო . . . . .	409
2. ა. მალავეი. ზემო კიდურის სისხლის ძარღვების ანომალიის შემთხვევა . . . . .	416
3. ი. პარმა. მწვავე მიელოზის შემთხვევა . . . . .	421
4. პროფ. ს. ყიფშიძე და ალ. რუხაძე. სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა კიდურების ზოგიერთ დაავადებათა მიმდინარეობაში . . . . .	430
5. პროფ. გ. მუხაძე. კარდიორაფიის მეორე შემთხვევა . . . . .	450
6. პრ.—დოცენტი მ. მგალობელი. წყალტუბოს წყლების გავლენა საკვრების ჰორმონალურ ფუნქციაზე . . . . .	461
<b>II. საზოგადოებრივი მედიცინა.</b>	
7. დოცენტი ბ. ლოლობერიძე. აბორტების ლეგალიზაციის შედეგები ქ. ტფილისში . . . . .	479
<b>III. მიმოხილვა.</b>	
8. პროფ. ვ. ქლენტი. ტფილისის პათოლოგიურ-ანატომიური მასალის ხასიათის საკითხისათვის . . . . .	488
<b>IV. ანგარიშები:</b>	
9. ი. ასლანიშვილი. საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში . . . . .	500
V. რეფერატები . . . . .	504
VI. ბიბლიოგრაფია . . . . .	512
VII. ბიოგრაფია . . . . .	515
VIII. ნეკროლოგი . . . . .	517
XI. ქრონიკა . . . . .	523
X. საქართველოს ექიმთა VI სამეცნიერო კონგრესის მოწოდება . . . . .	526

## ჟურნალში თანამშრომლობის სურვილი განაცხადეს:

აბაკელია ი. დოც., ალადაშვილი ალ. პროფ., ამირეჯიბი ს. პროფ., ასათიანი მ. დოც., ასპისოვი ნ. დოც., ბურგსდორფი ვ. პროფ., ვარაზი ვ. პრ.-დოც., ვირსალაძე სპ. პროფ., თიკანაძე ი. პროფ., ელიავა გ., ელიაშვილი ივ., ერისთავი კ. პრ.-დოც., მახვილაძე ნ. პრ.-დოც., მაჭავარიანი ა. პროფ., მგალობელი მ. პრ.-დოც., მიქელაძე შ. დოც., მოსეშვილი ვ. პროფ., მუსხელიშვილი ვ., მუხაძე გ. პროფ., ნათიშვილი ალ. პროფ., ქლენტი ვ. პროფ., საყვარელიძე ს. პრ.-დოც., ქუთათელაძე ი. პროფ., ჩაჩხიანი კ. პროფ. (ნიუნი ნოვგოროდი), უგრელიძე მ., ლამბარაშვილი გ. პროფ., ლობჯინიძე ბ. დოც., ყიფშიძე ს. პროფ., ცეცხლაძე ვლ. პრ.-დოც., წინამძღვრიშვილი მ. პროფ., წულუკიძე ალ. დოც., ჯანელიძე ი. პროფ. (ლენინგრადი).

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელისმომწერლებს ამ ნომერთან ურიგდებათ „საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესის შრომები“-ს წიგნი III „კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია“ — მთლიანად და წიგნი II-ს — „კუჭის წყლულის კლინიკა და თერაპია“ პირველი ოთხი თაბახი (1—64 გვ.), რომლის გამოგზავნა ჟურ. № 5-თან ტენიკური მიზეზის გამო შეფერხდა და უნდა დაერთოს უკვე გამოგზავნილ ჟურნალ № 5-ის დამატებას.

## 6. დამატება.

ქ. ტფილისის გამსახლის ცენტრალურ საავადმყოფოს  
ქირურგიულა განყოფილება.

## ლავიწჳეშა არტერიის და ვენის ერთდროული გადასკ- ვნა ანევრიზმის გავლ.

იშეიათათ თუ ნახავთ თანამედროვე ქირურგს, რომელიც ანევრიზმებს კონსერვატიულათ მკურნალობას.

ოპერატიულ წესებ შორის უძველესი (მე-3 საუკუნის) არის Antyllus-ის წესი, რომელიც გულისხობს არტერიის მოჭრან და წამლებ ბოლოების გადაკვანძას, ანევრიზმის პარკის გაკვეთას და მის ტამპონადას.

შემდეგი არის წესი Philagrius-ის (მე-7 საუკუნის). ამ წესის მიხედვით პარკს გარეშე უნდა გადიკვანძოს მასში შემავალი ყოველი სისხლის ძარღვი და თვით პარკი ამოიკვეთოს.

Anel-ის წესის (1714 წელი) მიხედვით უნდა გადასკვნილ იქნეს არტერიის მომტანი ბოლო პარკის უახლოეს ნაწილში.

Hunter-ის წესით (1785 წელი) უნდა გადაიკვანძოს არტერიის მოტანი ბოლო, მაგრამ ანევრიზმის პარკის ოდნავ (1-2 სანტიმეტრის) დაშორებით.

1903 წელში Matass-მა მოგვაწოდა ე. წ. obliterativa endoaneurismorhaphya, რომლის მიხედვითაც ანევრიზმული პარკი იკვეთება გასწვრივ და შემდეგ ამოკერას აწარმოებენ შიგნიდან თანდათანობით. ამ გვარად პარკის ღრუიდან ამოიკერება მასთან დაკავშირებული სისხლ ძარღვთა სანათურები და დაიხშობა თვით პარკის ღრუც.

გარდა ჩამოთვლილ მეთოდებისა Carrel-ი, Garre, Stich-ი და Pelz-Leusden-ი მოგვაწოდებენ სისხლ-ძარღვთა ირგვლივ ნაკერს. ამ ავტორთა მეთოდით, თუ ანევრიზმულ პარკის ამოკვეთის შემდეგ, ან სხვა რაიმე ძომენტის ზეგავლენით სისხლ-ძარღვთა დეფექტი არ აღემატება 5-6 სანტიმეტრს, შესაძლებელია მისი ცენტრალური და პერიფერიული ბოლოები დაუახლოვოთ ერთი-მეორეს და მივაკეროთ ისე, რომ ერთმანეთს უპირისპირებდეს intima, media და adventitia. დეფექტის სიგრძე თუ 5-6 სანტ. აღემატება, მაშინ მოხსენებული მეთოდი გამოსადეგი არ არის. ასეთ პირობებში შეიძლება ვიხმაროთ 1915 წელში Крам-пенко-ის ან 1922 წ. Добровольская-ის მიერ მოწოდებული პლასტიკის მეთოდი. ამ შემთხვევაში თუ არტერიის ცენტრალური და პერიფერიული ბოლოები ერთი მეორისაგან დიდი მანძილით არის დაშორებული, მაშინ გადისკვენება ცენტრალური ბოლო სისხლ-ძარღვისა, მაზედ მოინახება კოლატერალი,



რომელიც გამოიყოფა შესაფერ მანძილზე ქსოვილებისაგან, გადიკეთება და კოლატერალის ცენტრალური ბოლო ჩაეკერება მთავარ სისხლ-ძარღვის პერიფერიულ ბოლოში.

1922 წელში Hoffman და Лисицын-ი მოგვაწოდებენ მეთოდს, რომლის მიხედვით არტერიის პერიფერიულ ბოლოზე მონახება კოლატერალი, რომელიც შემობრუნდება და მთავარ არტერიის ცენტრალურ ბოლოს შეუერთდება; მაგალითად: art. profunda femoris უერთდება art. iliaca externa-ს და სხვა.

შემდეგში უნდა აღინიშნოს პლასტიკური მეთოდის მოდიფიკაცია, სადაც არტერიის გასწვრივი დეფექტის აღდგენა ხდება ვენის მთლიანი გადმოტანით. სწორედ ასეთი მეთოდით 1913 წელში Lexer-მა აღადგინა თეძოს გარეთა არტერიის და ბარძაყის არტერიის 16 სანტიმ. დეფექტი დიდი საჩინო ვენის გადმოტანით.

ამავე ავტორმა ვენის საშუალებით აღადგინა მხრის არტერიის 12 სანტიმეტრიანი დეფექტი.

1916 წ. პროფ. Груздев-ი აგვიწერს ბარძაყის არტერიის ანევრიზმის თვით განკურნებას, მაგამ ამ ბოლო ხანს ექ. В. Штар-ი ასწერს შემთხვევას, სადაც თვით განკურნული ბარძაყის არტერია ათი წლის შემდეგ გართულდა სისხლდენით და დასჭირდა ოპერატიული დახმარება.

ებლა გადავიდეთ საკუთარ შემთხვევის აღწერაზედ. \*)

პაციენტი მ-ვი 24 წლის, მიღებულია ტფილისის გამსახლთა ცენტრალურ საავადმყოფოში 14 თებერვალს 1928 წ. Lymphadenitis colli sinistra-ს დიაგნოზით.

ობიექტიური გამოკვლევა გვიჩვენებს, რომ მას აქვს ლაიფქვემა არტერიის ანევრიზმა მის მესამე (ე. ი. კიბისებრ წინა კუნთის ლატერალურათ მდებარე) ნაწილში. როგორც ანამნეზიდან გამოირკვა მას ჩხუბის დროს მიუღია მარცხენა ლაიფზე და მდამოში კრილობა დაწითი იმეგ წლის იანვრის პირველ რიცხვებში. დანარჩენი ორგანოები—ნორმა. სისხლის წნევა შესაფერ აპარატების უქონლობის გამო გამორკვეული არ იყო.

მიღების დროს ანევრიზმა ცერცვის ოდენობის იყო, დროთა განმავლობაში მან თანდათან იმატა და 20 მარტს ის უკვე ნიგვზის კაკლის ოდენობის შეიქნა. ავადმყოფი უჩივის მარცხენა ზედა კიდურის ტკივილებს; ლაიფზე-ზედა მიდამო მარცხნივ თვალსაჩინოთ ამოწეულია, სიმსივნეს ეჩნევა პულსაცია, მზუილი გულის ცემასთან სინქრონიული, მარცხნივ და მარჯვნივ მაჯა თანაბარია.

დღიდან მიღებისა ავადმყოფს ურჩიეთ ლოგინში წოლა და ვაწარმოეთ ანევრიზმის მედიკალურათ ლაიფქვემა არტერიაზე ყოველ დღიური ზომიერი ზედაწოლა კოლატერალების განვითარების მიზნით. ანევრიზმ ს ზრდა, ტკივილების მატება, ლაიფზე-ზედა მიდამოს ქსოვილების ცვლილებები პირდაპირ გვიკარნახებდა ოპერაციის აუცილებლობას, რომელც გაუკეთეთ ზოგადი ნარკოზის ქვეშ 25 მარტს.

გატარებულ იქნა ვერტიკალური განაკვეთი სიგრძით 12 სანტიმეტრი (6 სანტიმეტრი პარკის ზემოთ, 6 ქვემოთ). პარკი ადვილად აღმოჩნდა. გამოირკვა, რომ საქმე გვაქვს aneurisma saciformis vera-სთან.

პარკი ძირში გადისკვნა, გადაიკეთა და მისი ნაშთი ამოიკვრა.

ოპერაცია დამთავრებულ დ ითვლებოდა, უკვე კანის ამოკვრას შეუდგენით, რომ საშინელი ძალით და სისწრაფით იფეთქა სისხლის დენამ. სისხლის დენა, როგორც ვენური ისე არტერიული: ოპერაცია შეწყვიტეთ. მივიღეთ ზომები სისხლის შესაჩერებლად. გადაკვეთეთ ლაიფი

\*) ავად. ი. მ - ვის დემონსტრაცია მოხდა 1928 წ. 23 დეკემბერს სახ. უნივ. დასტაქართ კონფერენციაზე. თავმჯდომარე—პროფ. გ. მ უ ხ ა ძ ე



# ლაიფსტემა არტერიის და ვენის ერთდროული გადასკვნა

შვეცადეთ სისხლ-მდენი მიდამო ამოგვეყვრა მთლიანად, მაკრამ ამოად; კრილობაში ჩაუშვით ტამონები და ზედ მძლავრად დაკაწეკით, სისხლ-მადინარ მიდამოებს დეადეთ გრძელი კლემები. ამის შემდეგ შეწყდა სისხლის დენა.

ავადმყოფმა ბლომად დაკარგა სისხლი, საცესებით გაფითრდა, უკიდურესად დასუსტდა, აუტქარდა მაჯა. მთელ სხეულს ცივი ოფლი დაასხა, აუტყდა მთქნარება, სახე დაუწვრილდა და ზედ აღიბეჭდა უკანასკნელ წუთების განღვევის ჟამი.

კან ქვეშ კოფეინი, ქაფურის, ფიზიოლოგიური სხნარი და სხვა. ასეთი მდგომარეობა გაგრძელდა ორ საათს, დაიხარჯა 60,0 ქლოროფორმი. მეორე დღეს 26 მარტს—ავადმყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო, თავს სუსტათ გრძობდა, აწუხებდა უძრავი მდგომარეობაში ხანგრძლივი ყოფნა, მოითხოვდა საკმელს, სასმელს, ნახვევის გამოცვლას, შეეძლო ხმა დაბლა ბაასი. მაჯა 120—130, საშუალო ასეების.

27 მარტს, სამშაბათს მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა, მაჯა უკვე 100, კარგი ასეების, გული და ფილტვები—ნორმა.

ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია გართულება სისხლ-ძარღვებზე დადებულ კლემების მხრივ; შესაძლებელია კლემებმა ჩასკრას მთავარ სისხლ-ძარღვის კედელი და ასტყდეს უეცრივი სისხლის დენა, რის შედეგი ავადმყოფის აუცილებელი საკვილილი რქნება.

ასეთ საშიხელ მოლოდინის თავიდან ასაცილებლად გადაეწყვიტეთ 27 მარტს მეორეთ შეედგომოდით ოპერაციას და დაგვემთავრებინა ოპერაცია, რაც მოვიყვანეთ კიდევ სისრულეში.

ზოგადი ნარკოზი, ლაიფის გასწვრივი განაკვეთი. ლაიფის მედიალურ და ლატერალურ დაბოლოებიდან დარჩა მხოლოდ 1 1/2 სანტიმ. სიგრძის ძვალი და დანარჩენი მისი ნაწილი საბოლოოთ ამოიკვეთა, ვინაიდან პირველ ოპერაციის დროს ლაიფი გადაკვეთა, ორი დღის განმავლობაში გადაკვეთილი ძელის თავები ღია კრილობაში იმყოფებოდენ და ძათ უკვე მივლოთ შავი ფერი.

ამ რიგათ მოგვეცა საშუალება თავისუფლად მივდგომოდით კისრის მიდამოს მთავარ სისხლს-ძარღვებს.

ალმოვანხეთ ლაიფ-ქვეშა ვენის ბოლო, ლაიფ ქვეშა არტერიის დასაწყისი და დეადეთ ორთავეს დროებითი ნასკვი.

კრილობაში წინასწარ ჩადებული ტამონებრს ამოცლის დროს სისხლის დენას ადგილი არ ქონია, მიღებულმა ზომებმა მოგვეცა საშუალება უშიშრათ გვემუშენა და დაგვეთვალიერებინა მშრალი მიდამო.

ალმონდა, რომ ჩხუბში ვიწრო დანით მიყენებულ კრილობით დაზიანებული იყო ლაიფ-ქვეშა არტერია მის გარე შესამედში (ე. ი. კიბისებრი წინა კუნთის ლატერალურად). არტერიის უკანა კედელი გაპრილია ერთი სანტიმეტრის სიგრძეზე, აქედან წამოსული დანა აღწევს არტერიის წინა კედელს, სკრ ს მას და აქედან გამოსული აზიანებს არტერიის წინ მდებარე ლაიფ-ქვეშა ვენის უკანა კედელს, მხოლოდ ეს ორი უკანასკნელი კედლები (არტერიის წინა და ვენის უკანა) შედარებით უფრო ნაკლებ სიგრძეზედ არის დაზიანებული, ვიდრე არტერიის უკანა კედელი. ზიანის სიგრძე ნახეარ სანტიმეტრზე ნაკლებია.

დაზიანებულ ადგილთა გამოარკვევის შემდეგ შევეცადეთ ვენის და არტერიის კედლების მთლიანობის აღდგენას.

შვესძელით ვენის უკანა და არტერიის წინა კედლების აღდგენა. არტერიის უკანა კედელი კი აღდგენისათვის სრულიად უუარგისი გამოდგა.

ვინაიდან მეორე ოპერაცია საათ ნახევარი გაგრძელდა, 6 კი ქლოროფორმი დაიხარჯა. ავადმყოფი უკიდურეს სისუსტეს განიცდიდა და არტერიის კედელთა მთლიანობის აღდგენაც არ მოხერხდა, იძულებული შევიქნით ოპერაცია დაგვემთავრებინა არტერიის ორთავე ბოლოების გადასკვნით.

შესაძლო იყო ამით ოპერაცია დაგვემთავრებინა, მაგრამ დაიბადა საკითხი ვენის გადასკვნის შესახებ.

არტერიის და ვენის ერთდროულ გადასკვნის საკითხი დამუშავებული და შესწავლილია პროფესორ Оппельის მიერ.

პროფესორი **Оппель** ი ამბობს, რომ თუ არტერიის მთავარი ღერო გადასკვნილია (როგორც ჩვენ შემთხვევაში), ცხადია სისხლმა უნდა იაროს კოლატერალების გზით; ნათელია ისიც, რომ პირველ ხანში კოლატერალების საშუალებით გატარებული სისხლი შედარებით ნაკლები რაოდენობის იქნება, ვიდრე ეს იყო მთავარ სისხლ-ძარღვის გადასკვნამდე; მაშასადამე გადასკვნილ არტერიის ცენტრალურ ბოლოს შემდეგ მდებარე ნაწილი ორგანიზმისა მიიღებ, უფრო ნაკლებ საზრდოს (ანუ სისხლს), ვიდრე ეს გადაკვანძამდე იყო.

თუ ამ ორგანიზმის ნაწილის ვენები ხელ უხლებელი დარჩენ, ისინი შეიქნარჩუნებენ თავიანთ პირველყოფილ უნარს; მათ კი უნარი აქვთ წაიღონ ორგანიზმის ნაწილიდან იმ რაოდენობის სისხლი, რამდენიც შედის მასში მთავარი არტერიის საშუალებით.

მაშასადამე მომტანი უნარი არტერიულ სისტემისა თუ საგრძნობლად შემცირებულია, წამლები უნარი ვენური სისტემისა კი პირველყოფილი დარჩა, ჩვენ მივიღებთ დიდ განსხვავებას მომტან და წამლებ სისტემათა შორის (უკანასკნელი პირველი, აღემატება), რის გამოც ქსოვილები სწრაფად დაცარიელდება ისედაც შემცირებულ არტერიულ სისხლისაგან, და ეს გარემოება კი უარყოფით გავლენას იქონიებს ქსოვილთ კვებაზე.

ამიტომ პროფესორი **Оппель** ი არტერიისთან ერთად ვენასაც გადასკვნის და ამით შეამცირებს მიწამლებ უნარს: ამ რიგათ მისი აზრით დამყარდება ერთგვარი წონასწორობა მომტან და წამლებ სისტემათა შორის; შედეგათ ამისა კოლატერალებით მოტანილი სისხლი უფრო ხანგრძლივით რჩება ქსოვილებში და უზრუნველყოფს მათ კვებას.

არტერიის და ვენის ერთდროულ გადაკვანძვას და კოლატერალების გზით სისხლის მიმოქცევის აღდგენას პროფესორი **Оппель** ი უწოდებს რედუქციულ სისხლის მიმოქცევას.

გარდა ამისა ჩვენ მხედველობაში მივიღეთ ლავიწკვეშა ვენის ანატომიური მდებარეობაც, როგორც ვიცით ეს ვენა შეზრდილია კისრის მიდამოს ფასციებთან, მისი სანათური მუდმივ ღიაა და გულმკერდის ღრუს უარყოფით წნევის უშუალო გავლენის ქვეშ იმყოფება.

ეს უკანასკნელი ფაქტი თავის თავად ემატება პროფესორ **Оппель** ის ზემო აღნიშნულ მოსაზრებებს.

ყოველი ამ მოსაზრებით არტერია და ვენა ჩვენც ერთდროულათ გადასკვნიით.

ნაოპერაციებ ხანაში ასეთ შემთხვევებისათვის ჩვეულებრივი ზომები, მარცხენა ზედა კიდურზე მუდმივი სიკბო.

28—29 მარტს—სიკხე ზომიერი—37,5—38,0. მაჯა კარგი აესების და ნელი, სუნთქვა დაწყნარებული და სხვა.

30 მარტს კრილობას დაეტყო დაჩირქების ნიშნები, შემდეგში კრილობა გაიშალა, ჩირქი ბლომად, დანაჩენი მსვლელობა ყოველ მხრივ ნორმალური. ავადმყოფმა სწრაფად იწყა გამოკეთება. კრილობა დაიხურა თვე ნახევრის განმავლობაში.

ამ ქამათ მარცხენა სხივის არტერიაში მაჯა არ ისინჯება, კიდური ატროფიულია, კანი მისი ოდნავ უფრო მშრალი და ციანოტიური. ემჩნევა გრძნობიერების დაქვეითება, ლავიწი არა აქვს, კიდურის ხმარებაში არავითარ შეზღუდვას არა გრძნობს, მხოლოდ შედარებით მარჯვე-

ნასთან ის არის უფრო სუსტი, კისრის მიდამო მარცხნივ ჩაღრმავებული, მრავალ რიცხოვანი ნაწიბურები შებრდილი ქვემდებარე ქსოვილებთან, ტკივილებს გრძნობს ენერგიულ მოძრაობის დრო.

ჩვენი შემთხვევა საინტერესოა, როგორც თეორიული ისე პრაქტიკული მხრივაც:

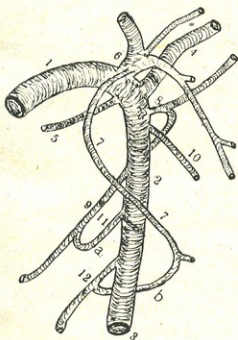
1. შესაძლო ყოფილა ულავიწოთ ზედა კიდურის მოქმედება, შედარებით უნაკლოთ.

2. ჩვენი შემთხვევა ერთხელ კიდევ ადასტურებს პროფესორ *Оппель*-ის აზრის მეცნიერულ საფუძვლიანობას რედუქციულ სისხლის მიმოქცევის შესახებ.

3. ჩვენი შემთხვევა თავის თავად სვამს რამოდენიმე საკითხს: ა) რომელი კოლატერალებით იკვებებოდა და შესაძლოა დღესაც იკვებება მარცხენა ზედა კიდური.

ამ საკითხის გასაშუქებლად შევეხოთ მის ანატომიურ მხარეს.

თუ გადავათვალიერებთ *art. subclavia* და *art. axillaris* შორის არსებულ ანასტომოზებს, დავინახავთ რომ მათ შორის არსებობს ორი სახის ანასტომოზი — ზერელე და ღრმა:



b.—ზერელე ანასტომოზი *art. transversa scapulae*-სა და *art. circumflexa scapulae*-ს შორის.

a.—ღრმა ანასტომოზი *art. intercostalis suprema*-სა და *art. thoracica suprema*-ს შორის.

1. *art. subclavia*,
2. *art. axillaris*
3. *art. brachialis*
4. *art. vertebralis*
5. *art. mammaria interna*.
6. *trunc. thyreo-cervic.*
7. *art. transv. scapul.*
8. *truncus costo-cervicalis*
9. *art. intercostalis suprema*
10. *art. trans. colli superfic.*
11. *art. thoracica suprema*
12. *art. circumflexa scapulae*.

ზერელე ანასტომოზი ამ რიგათ წარმოიქმნება: ლავიწ-ქვეშა არტერია მოგვცეს ღეროს *truncus thyreo-cervicalis* და ამ უკანასკნელს კი გამოეყოფა *art. transversa scapulae*, რომელიც ლავიწქვეშა კუნთს მიჰყვება, ბეჭის მიდამოს მიაღწევს, ქედზევითა ფოსოში გადადის, აქედან ქედქვეითა ფოსოში მოექცევა და აქ კი *art. circumflexa scapulae*-ს საბოლოო ტოტებს შეუკავშირდება ეს უკანასკნელი არტერია არის *art. subscapularis* ტოტი, რომელიც თავისთავად არის ტოტი ილღის არტერიისა. ამ რიგად ლავიწქვეშა არტერიას და ილღის არტერიას შორის წარმოიქმნება ბეჭის მიდამოში მყოფი

ამასტომოზური რკალი. ეს არის პირველი, მაგრამ ზერელე ანასტომოზი (სურ. ბ). ახლა შევეხოთ ამ ორ დიდ სისხლ-ძარღვთა შორის არსებულ მეორე, მაგრამ სიღრმეში მყოფ ანასტომოზს.

ლაიფიქემა არტერიის პირველი ნაწილი (კიბისებრ წინა კუნთის მედიალურათ) იძლევა ღეროს—truncus costocervicalis, ეს უკანასკნელი კი პირველ და მეორე ნეკნთაშუა არეში გზავნის art. intercostalis suprema<sup>ს</sup>. ამავე პირველ და მეორე ნეკნთაშუა არეში გზავნის ილღის არტერიის პირველი ნაწილი ტოტებს ე. წ. art. thoracica suprema.

მაშასადამე ეს უკანასკნელი ორი არტერია პირველ და მეორე ნეკნთაშუა არეს კვებენ და აქ ერთიან ერთიმეორეს.

ეს კი იქნება ლაიფიქემა და ილღის არტერიათა შორის მეორე—ღრპა ანასტომოზი (სურ. ა).

აღსანიშნავია ის, რომ პირველ და მეორე ოპერაციის დროს და მით უმეტეს ლაიფიქს სასწრაფოთ გადაკვეთის დროს ეპვ გარეშეა დავაზიანეთ პირველი ე. ი. ზერელე ანასტომოზი, დაუზიანებელი დარჩა მეორე ანუ ღრპა ანასტომოზი და კიღური კვება ბედმა მას არგუნა.

ბ) რა მიზეზით მივიღეთ არტერიული და ვენური სისხლის დენა პირველ ოპერაციის დროს?

ცხადია—ეს მოხდა იმიტომ, რომ არტერიის წინა კედელთან ერთად დაზიანებული იყო ვენის უკანა კედელიც; აქ მოხდა ამ ორი ზიანის თვით განკურნება, არტერიის უკანა კედლის დაზიანებამ კი მოგვცა ანევრიზმული პარკი. პირველ ოპერაციის დროს ჩვენ შევეხეთ მხოლოდ პარკს, არტერიის წინა და ვენის უკანა კედლის დაზიანება კი შეუმჩნეველი დარჩა; მათ შორის არსებული სუსტი კავშირი ჩვენ დავარღვიეთ ჩვენდა შეუმჩნეველად ანევრიზმულ პარკზე მანიპულაციის დროს და მივღეთ ვენურ-არტერიული სისხლდენა.

გ) დაზიანდა თუ არა გულმკერდის სადინარი?

ჩვენ ავადმოქმდს არავითარი ნიშნები არ ქონია გულმკერდის სადინარის დაზიანებისა.

4. დრო 48 საათი სრულიად საკმაოთ უნდა ჩაითვალოს იმისათვის, რომ სისხლი საბოლოოდ შეედღდეს, მისგან საცობები (ტრომბები) წარმოიშვას და გადაკვეთილ ვიწრო სანათურიან სისხლის ძარღვებიდან სისხლის დენა შეჩერდეს.

#### Н. Деметрадзе.

Хирург. отд. центр. б-цы исправдомов  
г. Тифлиса.

„Перевязка art. и vena subclavia  
по поводу аневризмы“

Автором описан случай оперативного лечения аневризмы подключичной артерии. Больной И. М.-ов во время драки получил ножевое ранение в области левой надключичной ямки в

#### N. DEMETRAZE.

Von autor ist ein Fall chirurgischer Behandlung des Aneurismas der art. subclavia beschrieben. Der Kranke M. erhielt während einer schlägerei anfangs Januar 1928 eine stichwunde im Gebiete der linken fossa supraclavicularis, was die Entwicklung des Aneurismas der Arterie zu Folge hatte. Die Operation (am 25 März d. J.) rief eine starke art-venöse Blutung hervor,

первых числах января 1928 г., в результате чего развилась аневризма подключичной артерии.

При операции (25-го марта т. г.) сильное артерио-венозное кровотечение—тугая тампонада, за ними операция не dokonчена.

27-го марта вторичная операция. Ключица удалена, найдены конец V. subclavia и начало одноименной артерии, наложены временные лигатуры.

Выяснилось, что первоначально было причинено сквозное ножевое ранение наружной трети art. subclaviae. За артерией ранена и задняя стенка одноименной вены. Сосудистый шов не удался. Перевязаны в один момент оба конца как артерии, так и вены. Кровообращение восстановилось коллатеральными; рана нагноилась, рука уцелела. В данный момент ключицы нет, пульс в лучевой артерии отсутствует, кожа руки цианотична и суха, заметная атрофия мышц и понижение кожной чувствительности.

Движения не ограничены, но сравнительно ослаблены.

Автор обращает внимание на то, что несмотря на перевязку V. subclavia и начала одноименной артерии, не был поврежден ductus thoracicus. При оперативных мероприятиях безусловно был поврежден поверхностный анастомоз между art. transversa scapulae и art. circumflexa scapulae, уцелел внутри грудной глубокий анастомоз между art. intercostalis suprema от trunc. thyreocervicalis и art. thoracica suprema от art. axillaris.

festes Tampon u. Klemmen wurden angelegt; die Operation nicht zu Ende geführt. Am 27 März wieder operiert.

Das Schlüsselbein entfernt, das Ende der v. subclavia aufgefunden u. der Anfang der art. subclavia entblösst, proviso-rische Ligatur angelegt.

Es er wies sich, dass bei der Verwundung das äusserliche Drittel der art. subclavia durchstochen worden war. Ausser der Arterie wurde auch die hintere Wand der gleichnamigen Vene verwundet. Gefässnaht nicht gelungen.

Es waren in einem Moment beide Enden sowohl der Arterie als auch der Vene verbunden Blutzirkulation stellte sich kolateral her; die Wunde eiterte, der Arm wurde erhalten.

Augenblicklich ist der Kranke ohne Schlüsselbein. Der Puls in der art. radialis fehlt. Die Haut des Armes cyanfarbig u. trocken, bedeutende Muskelatrophie u. Herabsetzung der Hautempfindlichkeit. Bewegungen nicht beschränkt, aber verhältnissmässig geschwächt.

Der Autor lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass trotz der Verbindung des Endes der v. subclavia u. des Anfangs der gleichnamigen Arterie, der ductus thoracicus nicht verletzt wurde. Bei operativen Massregeln wurde ganz gewiss die oberflächliche Anastomose zwischen der art. transversae scapulae u. art. circumflexa scapulae bescheidigt; es blieb die im Brustkorbegelegte tiefe Anastomose zwischen der art. intercostalis supremae vom trunc. thyreocervicalis u art. thoracalis supremae von der art. axillaris unverletzt.

## ა. მალაქვი.

ასისტენტი

# ზემო კიდურის სისხლის ქარღვევის ანომალიის შემთხვევა.

(ნორმალური ანატომიის ინსტიტუტიდან. გამგე - პროფ. ალ. ნათიშვილი)

მხრის არტერის ვარანტებს სამ ჯგუფად ჰყოფენ: 1. როდესაც მხრის არტერიის ჩვეულებრივი ტოპოგრაფიული მდებარეობა შეცვლილია კუნთების ვარიანტების გამო, მაგრამ თვით არტერიის მიმართულება არ არის შეცვლილი; 2. როდესაც კუნთოვანი სისტემა ნორმალურია, მაგრამ არტერიის მიმართულება და ტოპოგრაფიული მდებარეობა შეცვლილია და 3. როდესაც ტოპოგრაფიული ურთიერთობა შეცვლილია არტერიების და კუნთების ანომალიების გამო.

ჩვენი შემთხვევა ეკუთვნის მეორე ჯგუფის ვარიანტს, სადაც კუნთოვანი სისტემა სრულიად ნორმალურია, მაგრამ მხრის არტერია კი განიცდის თვალსაჩინო ცვლილებას.

მხრის არტერიის ანომალიები ძალიან ხშირი მოვლენაა და ამიტომაც ლიტერატურა ამ მოვლენის შესახებ ძლიერ მდიდარია.

Грубер-ის აზრით ასეთი ანომალიები ჩვენ გვხდება ექვსი შემთხვევიდან ერთხელ.

Kein-მა, Грубер-მა, Falc-მა და Djacomini-მ აწარმოეს დაკვირვება ზემო კიდურის 2218 პრეპარატზე და ნახეს, რომ ე. წ. ვარიანტები ზემო კიდურის მთავარი არტერიის დაყოფისა გვხდება ყოველ 9 კიდურზე ერთხელ.

ზემო კიდურის არტერიები ხშირად განიცდიან ცვალებადობას თავის ყალიბით, წარმოშობით და ადგილმდებარეობის მიხედვით.

ხშირ მოვლენებს წარმოადგენენ აგრეთვე სრულიად არა ჩვეულებრივი ტოტები, რომლებსაც აქვთ თავისებური დასაწყისი და მიმართულება.

ზემოხსენებული გარემოებანი, ექვს გარეშეა, უშლიან ხელს დანარჩენი არტერიების ნორმალურად განვითარებას და ამიტომ ეს არტერიებიც შექმნილი გარემოების მიხედვით იღებენ არაჩვეულებრივ მიმართულებას.

ამგვარი ანომალიების მიზეზად Зернов-ი სთვლის არანორმალურად განვითარებას იმ სისხლის ძარღვებისას, რომლებიც ყოველთვის არსებობენ ჩანასახის ცხოვრების დროს, მხოლოდ შემდეგში ზოგიერთი მათ შორის ისპობა. Зернов-ი სთვლის მიზეზად აგრეთვე მხრის არტერიის ანომალიებისათვის მისი განვითარების პროცესის შეჩერებას და კანქვეშ მდებარე არტერიებით შეცვლას.

ყოველგვარი უკიდურესი ანომალია დამოკიდებულია იმაზედ, თუ რამდენად განვითარების პროცესი ნორმალურ გზას აუხვევს და რამდენად ხანგრძლივი იქნება ასეთი ზრდა.

Krause-ს აზრით, ჩანასახის ზემო კიდურზედ არსებობს ორი თანაბრად ჩასახული არტერიული ბადე—ზერელე და ღრმა.

Hyrtil-ი აღნიშნავს, რომ ჩანასახის მხრის არტერიის საბოლოო დაყოფა ნორმალურად უფრო მაღალ დონეზედ ხდება, ვიდრე ამას გვხვდებით უკვე განვითარებულ კიდურზედ.

Krause ხსნის ყოველივე ვარიანტის არსებობას რაიმე შემთხვევითი მექანიური ინსულტის შედეგად.

Тихомиров-ი არ ეთანხმება ამ აზრს და ფიქრობს, რომ შეუძლებელია შემთხვევითი მექანიური ინსულტის გამო იყოს განვითარებული განსახვრეული მიმართულებით არჩეული გზები; პირიქით, ამ შემთხვევაში ჩვენ უნდა მოველოდეთ მთავარი ტოტის უაღრეს ცვლილებებს, რის გამო შეუძლებელი ხდება მათი ტიპების ჩამოყალიბება.

Тихомиров-ი უარყოფს ჩანასახის ორგანიზმში ინდიფერენტული არტერიული ბადის არსებობას. მისი აზრით, პირიქით, არის ფაქტები, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ ადამიანის 2,5 სანტ. სიგრძის ჩანასახს ზემოკიდურის არტერიები უკვე იმავე მდგომარეობაში აქვს, როგორი სახითაც იგი არსებობს მოზრდილებზედ.

Зернов-ის და Дювернуа-ს გამოკვლევით მტკიცდება, რომ ექვსი თვის ჩანასახის, არადროულად შობილის და ახალშობილების ილღის არტერია საშუალო ნერვის მარჯუმის ქვეშ იყოფა ორ, თითქმის ერთსა და იმავე დიამეტრის ტოტებზედ, მათ შორის ერთი წარმოადგენს ჩანასახის მხრის არტერიას, მეორე კოლატერალურ ტოტს, რომელიც მხარზე მდებარეობს ზერელედ. ეს კოლატერალური ტოტი მთელ თავის სიგრძეზედ მხარზედ გვადლევს მრავალრიცხოვან ანასტომოზებს მხრის ღრმად მდებარე ჩანასახოვან არტერიასთან. ეს უკანასკნელი კი უვლის საშუალო ნერვს გარედან ან შიგნიდან, ისე რომ ნერვი შემოწნულია არტერიულ სისხლძარღვთა ბადით. იდაყვის სახსარში კოლატერალური არტერიული ტოტი ანასტომოზსა ჰქმნის კანქვეშ იდაყვისა და სხივის არტერიების ტოტებთან.

ამრიგად იმ წყაროდ, რომელსაც შეუძლიან დაიკავოს შემდეგში მხრის განუვითარებელი არტერიის ადგილი, უნდა მივიღოთ კოლატერალური არტერიული ტოტი და მისი ანასტომოზი.

Тихомиров-ის აზრით, ემბრიონალური მონაცემების სიმციროს გამო ამ საკითხის გადაჭრა შეუძლებელია და საჭიროა მოვიხმაროთ სხვა უფრო გადამწყვეტი საბუთები, როგორც არის ვარიანტების ტიპურობა და ორმხრივობა.

ზოგიერთი ავტორის აზრით (Зернов, Руге, Дювернуа, Жиакომინი), ტიპური ვარიანტობა იშვიათია, მაგრამ სხვადასხვა ვარიანტებს შორის არსებითი განსხვავება მაინც აღინიშნება.

ზემო კიდურის არტერიების ორმხრივი ვარიანტობა, Тихомиров-ის აზრით, აუცილებელია.



Грубер-ი ამტკიცებს, რომ ორმხრივი ანომალია არ არის სავალდებულო, მაგრამ ამავე დროს თითონვე აღიარებს, რომ თუ ძვალთა შუა არტერიის გამოყოფა ერთ მხარეზედ წარსივებს უფრო მალა დონეზედ, ვიდრე ნორმა მოითხოვს, მაშინ მეორე მხარეზედ ხშირად ვხვდებით სხვადასხვა არტერიების ანომალიებს.

უკახასკნელ გარემოებას Тихомиров-ი უყურებს, როგორც თავისი მოსაზრების ერთგვარ დამამტკიცებელ საბუთს.

სისხლის ძარღვების ვარიანტების წარმოშობის შესახებ ზემო კიდურზედ, შედარებით ზუსტ განმარტებას გვაძლევენ Зернов-ი და Дювернуა. ამ განმარტებას ისინი აყარებენ ემბრიონალურ ფაქტებზე.

ისინი ჰხსნიან ამდაგვარი ანომალიების წარმოშობას მხრის არტერიის რედუქციით, რომელიც დაკავშირებულია ჩანასახის არაჰიპოტეტიურ არტერიულ გზებთან, არამედ ნამდვილად არსებული არტერიების ვიკარულ განვითარებასთან. მათი აზრით, სისხლის ძარღვების განვითარებაში შეიძლება მოხდეს დაბრკოლება ჩანასახოვანი ზოგიერთი ტოტების, რომლებიც ხორმალურად უნდა განვითარებულიყო მხრისა და წინა მხრის არტერიებად.

თუ მივიღებთ მხედველობაში იმას, რომ ოსტოგენეზი არის მოკლე განმარტება ფილოგენეზისა, ჩვენ უნდა მოველოდეთ უკუგანვითარების შესაძლებლობას, ე. ი. ატავისტური ვარიანტების წარმოშობას.

მემკვიდრეობას შეიძლება ჰქონდეს გავლენა არა მარტო მთელი სხეულის აგებულებაზე, არამედ მის ცალკე ნაწილებზედაც.

ლიტერატურული ცნობების მოკლე განხილვის შემდეგ შეიძლება გადავიდეთ ჩვენი შეძთხვევის აღწერაზედ.

ილიის არტერია იმყოფება ილიის ფოსაში და გარშემოვლებულია მხრის წნულის ნერვული ტოტებით. შემდეგ ეს არტერიულ-ნერვული კონა ბექქვეშა და ზურგის განიერი კუნთის წინ გაივლის. გზადაგზა ილიის არტერია იძლევა ჩვეულებრივ ტოტებს, რომლებიც მიდიან გულმკერდის კუნთებისაკენ, ლავიწ-აკრომიონის, მხრის სახრისაკენ და მხრის კუნთებისაკენ.

გარდა აღნიშნული ტოტებისა ილიის არტერიიდან გ.მოდის ერთი გრძელი დიდი ყალიბის არტერია, რომელიც მხარზე და წინამხარზე მდებარეობს ზერელედ ფასციის ქვეშ და მაჯაზე თავის საბოლოო ტოტით იღებს მონაწილეობას არტერიული ზერელე რკალის შექმნაში და ამრიგად იდაყვის განუვითარებელი არტერიის კვალს ასრულებს და ამიტომ ამ დამატებით ტოტს შეიძლება ვუწოდოთ—მხარ-იდაყვის არტერია—arteria brachio-ulnaris.

ეს არტერია გზადაგზა იძლევა ტოტებს: დამატებინოს—წინადა კბილული კუნთისათვის, მხრის მიდამოში მდებარეობს ზერელედ ორთავაკუნთის მედიალურ ღარში, vena basilica-სთან პარალელურად ძვეს, რომლიდანაც განშორებულია მხრის ფასციით. მხარზე იგი იძლევა ტოტებს ნისკარტ-მხრის კუნთისათვის, სამთავა კუნთის მედიალური ნაწილისათვის და იდაყვის სახრისათვის.

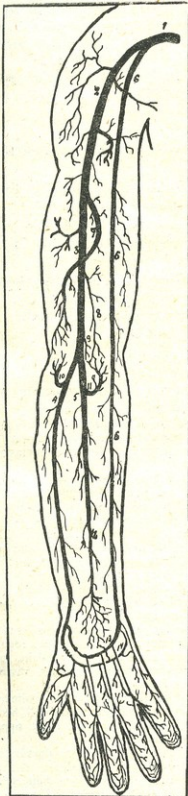
ამ სახრის მიდამოში მხარ-იდაყვის არტერია მდებარეობს მრგვალი პრონატორის წინა ზედაპირზე და აძლევს ტოტებს ნების გრძელ კუნთს, მაჯის მომხრელს იდაყვისაკენ და საბოლოოდ გადადის ნების მიდამოში და მდებარეობს ხელგულის აპონევროზის ქვეშ; აქ უერთდება სხივის არტერიას და წარმოშობს ხელგულის ზერელე რკალს—arcus volaris superficialis.

რაც შეეხება თვით მხრის არტერიას, იგი მხარზედ იძლევა ჩვეულებრივ ტოტებს; იდაყვის სახრის დონეზედ იყოფა ორ ტოტად—იდაყვის და სხივის არტერიებად.

სხივის არტერიას აქვს ჩვეულებრივი მიმართულება და დანიშნულება, რაც შეეხება იდაყვის არტერიას, იგი გაივლის რა ორ სანტიმეტრს, იყოფა ორ ტოტად: იდაყვის შებრუნებულ არტერიად და ძ ალთა შუა საერთო არტერიად.



შებრუნებული არტერია აძლევს ტოტებს მხრის კუნთს, სუპინატორს და მრგვალ პრონატორს.



1. Arteria axillaris.
2. Art. brachialis.
3. " "
4. Art. radialis.
5. Art. ulnaris.
6. Art. brachio-ulnaris
7. Art. profunda brachii.
8. Art. collateralis ulnaris superior.
9. Art. collateralis ulnaris inferior.
10. Art. recurrens radialis.
11. Art. recurrens ulnaris.
12. Art. interossea volaris.
13. Arcus volaris superficialis.
14. Arcus volaris profundus.

ძვალთა შუა საერთო არტერია თავის რიგად იყოფა ხელგულის და დორზალურ ძვალთა შუა არტერიად.

დორზალური ძვალთა შუა არტერია გაივლის ზერელს არსებულს ძვალთაშუა აპკში და გადადის წინამხრის დორზალურ ზედაპირზედ.

ხელგულის ძვალთა შუა არტერია მიდის ქვევით ღრმა საერთო მომზრებელსა და ცერის გრძელი მომზრელი კუნთის შორის, ყვებავს მათ და აგრეთვე აძლევს წვრილ ტოტებს—საშუალო ნერვს, კვადრატულ პრონატორს და ბოლოს ზერეტს ძვალთა შუა აპკს და გადადის დორზალურ ზედაპირზედ, სადაც იღებს მონაწილეობას მაჯის დორზალური წნულის შექმნაში.

ამრიგად იდაყვის არტერია, რომელსაც ნორმალური გამოსავალი აქვს, სიგრძით უდრის ორ სანტიმეტრს, რის შემდეგაც აძლევს ზემოხსენებულ ტოტებს, სწყდება და მის ადგილს იკავებს სასვებით დამატებითი ე. წ. მხარ-იდაყვის არტერია.

### დასკვნები

1. ჩვენს შემთხვევაში მხრის არტერიის ანომალიას ადვილი ჰქონდა მხოლოდ მარჯვენა კიდურზე, მარცხენაზე კი ნორმა.

2. ამ ვარიანტის ტიპი უფრო ახლო სდგას ჩანასახოვანი ცხოვრების ნორმებთან, რომელიც აწერილი აქვთ Зернов-სა და Дювернуа-ს.

კოლატერალური ჩანასახოვანი ტოტი, რომელიც ზერელედ მდებარეობს, გარდაიქმნა დამოუკიდებელ არტერიულ ტოტად, რომელმაც სრულიად შესცვალა შემდეგში განუვითარებელი იდაყვის არტერია.

3. ხელგულის ზერელე რკალის შექმნაში მონაწილეობა მიიღო, ჩვეულებრივ იდაყვის არტერიის მაგივრად, ე. წ. მხარ-იდაყვის არტერიამ.

4. განუვითარებული იდაყვის არტერიის სიკრძე ორ სანტიმ. უდრის.

5. ასეთი ანომალიების წარმოშობა აიხსნება ატავიზმით.

### A. Малаев.

#### Случай аномалии сосудов верхней конечности

Из кафедры нормальной анатомии Зав. проф. А. Н. Натишвили.

Факт двусторонности аномалии сосудов верхней конечности, указанный литературой, в нашем случае не подтвердился; аномалия плечевой артерии коснулась исключительно правой конечности, на левой же никаких изменений от нормы не наблюдалось.

Описанный тип варианта подходит к нормам утробной жизни, описанным Зерновым и Дювернуа. Зародышевый коллатеральный ствол, лежащий поверхностно, развился в самостоятельный артериальный ствол, который и заменил в дальнейшем не развившуюся локтевую артерию.

В образовании поверхностной ладонной дуги, приняла участие вместо обычной локтевой артерии поверхностно лежащая, т. наз. плече-локтевая артерия.

Локтевая артерия не доразвита; длина ее равна 2 см. Способ происхождения подобных аномалий должен быть объяснен атактизмом.

### A. Malaëff.

#### Un cas d'anomalie des vaisseaux du membre supérieur

D'après le cas d'anomalie des vaisseaux du membre supérieur, que nous venons de décrire, nous pouvons faire les conclusions suivantes:

1. Le fait qu'une anomalie des vaisseaux du membre supérieur doit être bilatérale, comme indique la littérature médicale, ne se confirme pas dans notre cas.

L'anomalie de l'artère humérale était exclusivement du côté droit, alors que du côté gauche il n'y avait aucune des artères du membre supérieur gauche.

2. Le type du cas d'anomalie décrit par nous ressemble à celui décrit par Zernoff et Duvernois.

L'artère collatérale embryonnaire superficielle dans notre cas s'est développée comme un tronc artériel indépendant, qui plus tard remplace l'artère cubitale insuffisamment développée.

3. Dans la formation de l'arc palmaire superficiel, au lieu de l'artère cubitale habituelle, prend part l'artère, que nous appelons huméro-cubitale.

L'artère cubitale est mal développée, sa longueur est de deux centimètres.

4. Le processus de formation d'une telle anomalie doit être expliqué par l'ataxie.

**ი. პარმა.**

კლინიკის ასისტენტი

**მწვავე მიელოზის შემთხვევა<sup>1)</sup>**

(სახ. უნივ. ფაკულტ. თერაპიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ალ. ალ. ადამიანი).

შინავანი პათოლოგიის ერთ-ერთ საინტერესო, მაგრამ ამავე დროს ერთ-ერთ ნაკლებად შესწავლილ თავსაც ის თავი წარმოადგენს, რომელიც სისხლის პათოლოგიას ეხება. სისხლის დაავადებათა საკმაოდ ის შესწავლას სხვა მიზეზთა შორის ისიც აფერხებს, რომ სისხლის სნეულებათა ზოგიერთი ფორმები არც ისე ხშირია და ზოგი კი უკვე უშვიათ მოვლენას წარმოადგენს.

დღევანდელ მოხსენებაში მე მინდოდა წარმომედგინა საზოგადოებისათვის ერთი ასეთი იშვიათი ფორმა—სახელდობრ მწვავე მიელოგენური ლეკემიის ანუ მწვავე მიელოზის შემთხვევა.

ლეკემიის პირველი შემთხვევა შოტლანდიელმა ექიმმა John Bennet-მა აწერა 1845 წ. Bennet-ის მიერ აწერილი შემთხვევა ქრონიკულ ლეკემიის ეკუთვნოდა და მოყოლებული ამ ხანიდან თითქმის 45 წლის განმავლობაში ცნობილი იყო ლეკემიის მხოლოდ ქრონიკული ფორმა. მწვავე ლეკემია ამ დროს ჯერ კიდევ უცნობი იყო. ლეკემიის მწვავე ფორმის აღმოჩენის ღვაწლი მიუძღვის Ebstein-ს, რომელმაც 1889 წელს აწერა ერთი ასეთი შემთხვევა. ამავე დროს მან ლიტერატურაში შეაგროვა კიდევ 17 ასეთი შემთხვევა. მას შემდეგ ამავე საკითხს შეეხენ სხვა ავტორებიც (Fränkel, Ehrlich, Lazarus, Pinkus, Sabrazès, Gilbert და P. E. Weil).

ჩამოთვლილი ავტორების მიერ აწერილი შემთხვევები ეკუთვნოდა მწვავე ლიმფადენოზს. ჰემოტოლოგიურად მას ახასიათებდა დიდი, ლიმფური ბუნების უჯრედების არსებობა. ეს უჯრედები იმდენად წააგავენ პატარა ლიმფოციტებს, რომ მათ ლიმფურ ბუნებაში არავის ეჭვიც კი არ ეპარებოდა. ამიტომ ყოველივე მწვავე ლეკემიას ავტორები ლიმფადენოზად სთვლიდნენ. მწვავე მიელოზის არსებობას კი ამ დროს სრულიად უარყოფდნენ.

ასეთი აზრის იყო, მაგალითად, Erlich-ი, Lazarus-ი, Pinkus-ი. მართალია, უკვე მაშინაც კი მწვავე ლეკემიას ზოგიერთ შემთხვევებში სისხლში და ჰემოპოეტურ ორგანოებში მიელოგენურ ელემენტებს, სახელდობრ, გულ-გულოვან ერითროციტებს და მიელოციტებს ნახულობდნენ, მაგრამ ამას ძვლის

\* მხსენებულია ქართულ ექიმთა საზოგადოებაში 1928 წ. 29 ნომბერს.

ტინის მეორადი გალიზიანებით ხსნიდენ. ამ დროს არავის არ ებადება აზრს, რომ მწვავე ლევკემიას ზოგ შემთხვევაში, უჯრედები, რომელთაც სისხლში ნახულობდენ იყოს არა ლიქფური, არაქედ მიელოგენური ბუნების. ასეთი აზრი დაიბადა მაოლოდ მაშინ, როდესაც 1900 წ. Naegeli-მ გვიჩვენა, რომ მიელოგენური ქსოვილი თავის განვითარების პირველ ხანებში წარმოშობს უჯრედებს, რომელიც მეტად წააგავენ ლიმფოციტებს, მაგრამ ფაქტიურად კი გრანულოციტების განვითარების უახლოვანობის გამო მათს წარმოადგენენ. ამ უჯრედებს Naegeli-მ მიელობლასტები უწოდა.

ეს მნიშვნელოვანი აღმოჩენა იწყობს მწვავე ლევკემიის ისტორიის მეორე ფაზას. თუ აქამდე ყოველივე მწვავე ლევკემიას ლიმფადენოზად სთვლიდენ და მწვავე მიელოზის არსებობას უარყოფდენ, Naegeli-ს აღმოჩენის შემდეგ მეორე უკიდურესობაში გადავარდენ და ეხლა, პირიქით, ყოველივე მწვავე ლევკემიას მიელოზად სთვლიდენ და ლიმფადენოზის არსებობა არ სჯეროდათ. ამ ახრს მეტად მედკრად იცავდა მაგალ. საფრანგეთში Aubertin-ი.

მაგრამ, როგორც ეს ხშირად ხდება ხოლმე, დაბოლოს აღმოჩნდა, რომ ქეშმარიტება ამ ორ უკიდურეს აზრთა შორის იმყოფება და თანდათან დამტკიცდა, რომ მწვავე ლევკემია შეიძლება იყოს, როგორც ლიმფური, ისე მიელოგენური ბუნების. დღეს ეს საკითხი უკვე დავას აღარ იწვევს.

მწვავე მიელოზის პირველი შემთხვევა აწერა 1900 წ. Grawitz-მა. უკვე 1905 წ. Hirschfeld-მა ლიტერატურაში ამ სნეულების 8 შემთხვევა შეაგროვა. მას შემდეგ ასეთი შემთხვევები აწერეს სხვა ავტორებმაც და მათ შორის Mayer-მა, Gordonier-მ, Sabrazès-მა, Fowler-მა, Lazarus-მა, Rieux-მ და სხვ. ამ შრომებით მწვავე მიელოზი საბოლოოდ იყო გამოყოფილი, როგორც საცალკეო სნეულება.

ასეთია მწვავე ლევკემიის აღმოჩენის მოკლე ისტორია.

ლევკემიის და მეტადრე მწვავე ფორმების ეტიოლოგია ჯერაც გამოურკვეველია. ბევრი სხვადასხვა მიზეზები იყო დასახელებული, მაგრამ ბოლოს არც ერთი მართალი არ გამოდგა. გამოურკვეველია აგრეთვე ლევკემიის ბუნებაც. აქაც ბევრი რამ იყო ნათქვამი, მაგრამ ეს საკითხიც დღესაც ღია რჩება.

მწვავე ლევკემიის კლინიკური სურათი წააგავს ქრონიკული ფორმის სურათს, მაგრამ მას ზოგიერთი თავისებურობა აქვს. მაგალითად, მწვავე ლევკემია ძლიერ ხშირად იწყება უეცრივ მალალი ტ<sup>1</sup>-ით, ძლიერი საერთო სისუსტით და მეტად მოვლენებს მწვავე ინფექციურ სნეულებას. ავადმყოფობის დასაწყისში ხშირ მოვლენას წარმოადგენს აგრეთვე მოვლენები პირის ღრუს და ხახის მხრივ. არაიშვიათად ავადმყოფი უჩივის ყელის ტკივილს, ტკივილს ყლაპვის და ლეკვის დროს. ობიექტურად ნახულობენ სტომატიტს, რომელიც, P. E. Weil-ის და Gilbert-ის აზრით, მეტად ხშირია. Nobel-ი აღნიშნავს მის არსებობას შემთხვევათა 70%/. სტომატიტს ხშირად ერთვის ანგინა, როქელსაც შეუძლია ყოველგვარი სახე მიიღოს. დანარჩენში მწვავე ლევკემიის სურათი ისეთივეა, როგორც ქრონიკული ლევკემიის, ხოლო იმ განსხვავებით, რომ პირველ ფორმას უფრო ხანმოკლე და უფრო მძიმე მიმდინარეობა აქვს, ვიდრე მეორეს.

მაკრამ ყველაზე ძველი განსხვავებას ქრონიკული და მწვავე ლევკემიის შორის იძლევა სისხლი. მწვავე ლევკემიის დამახასიათებელ მივლენას წარმოადგენს ის, რომ აქ ლევკოზოები ემბრიონალური ტიპით ძიმინარეობს, რის გამოც მწვავე ძიელოზის დროს სისხლში ენახულობთ გრანულოციტების უახალგაზრდესი ფორმების—მიელობლასტების—დიდ რაოდენობას სხვა ახალგაზრდა ფორმებთან ერთად.

მწვავე ძიელოზი იშვიათ სნეულებას წარმოადგენს. ლიტერატურაში ამ სნეულების სულ 40-დე შემთხვევაა აწერილი. როდესაც საქმე ასეთ იშვიათ სნეულებასთან გვაქვს, ცხადია, რომ ყოველივე შემთხვევა რაც შეიძლება სრულად უნდა იყოს შესწავლილი და აწერილი, რათა მომავალში შესაძლებელი იყოს ამ სნეულების სურათის შესწავლა და ზოგადი დასკვნების გამოტანა. სწორედ ამიტომ ჩვენც საჭიროდ ვსცანით აგვეწერა ის შემთხვევა, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ფაკულტეტის თერაპიულ კლინიკაში.

1925 წ. იანვარში კლინიკაში შემოვიდა ავადმყოფი მამაკაცი, 41 წლის, ქართველი ჩივილებით სისუსტეზე, ტკივილებზე მარცხენა ჰიპოხონდრიუმში და მალალ<sup>1</sup>. ავად გამზდარა 1924 წ. დეკემბერში ერთგვარი წინასწარი სისუსტით, რის შემდეგაც მიუცია დიდი სიძებ. მალე განდა ტკივილი მარცხენა ფერადკვება მიდამოში და ძლიერი ოფლიანობა. ექიმებს მალარია ეგონათ და დაუნიშნათ ჰინაქინა, რომელსაც ავადმყოფი ლეზულობდა კანქვეშ 18 დღის განმავლობაში, მაგრამ ავ—ის მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა. ამ ხანაში ავადმყოფს ჰქონია ძლიერი სისხლის დენა ცხვირში. ლეკვა და ყლაპვა იყო უმტკივნელო. ყელის ტკივილი არ ჰქონია.

ავადმყოფი ზუგდიდის მცხოვრებია. ცხოვრების პირობები დამაკმაყოფილებელი. გადაუტანია მალარია, მშრალი პლევრ<sup>2</sup>იტი და გონორეა. შთამომავლობაში აღნიშნავს ლეუსს.

ობიექტურად კანი და ლორწოვანი გარსები ძალზე გაფითრებული, შემკვარტლული. ლიმფური ჯირკვლები—ილიის და კისრის—ლობის მარცვლის ოდენობის, მოძრავი უმტკივნელო.

სუნთქვის ორგანოებში მნიშვნელოვან ცვლილებებს ვერ ვნახულობთ. გულის საზღვარი გაფართოებულია—მარჯვნივ 1½ თითით, მარცხნივ—2 თითით. მწვერვალზე არამუდმივი სისტოლიური შუილი. P—82, რითმული, რბილი. საულლე ვენაზე—ბზრიალას შუილი. სისხლის წნევა 110—7.

ენა სველი და სუფთა. ხახა და ნუშისებური ჯირკვლები უცვლელი. ყლაპვა თავისუფალი. ელენთა 4 თითით სცილდება ნეკნთა რკალს. ზემო საზღვარი მე-7-დე ნეკნი. ზედაპირი სადა. შეიგრძნება პერისპლენიტური ხახუნი. ლეიძლი გადიდებულია 1 თითით, ელენთა და ლეიძლი მოძრავი და მტკივანი.

შარდში აღინიშნება დაქვეითებული წონა (1 09), ცილის ნიშნები, ურობილინის მომატება და შარდის მკვას კრისტალები ნალექში. განავალში Trichocephal. trich. კვერცხები. სისხლი (გამოკვლ. 6/1. იხ. ტაბულა).

ავადმყოფმა დაჰყო კლინიკაში 13 დღე. ამ ხნის განმავლობაში მისი მდგომარეობა სიმპტომატური მკურნალობის გავლენით გაუმჯობესდა. სიცხემ თანდათან იკლო და ნორმამდე ჩამოვიდა. ოფლიანობა გაქრა. ავადმყოფმა მოიმატა წონაში და სიარული დაიწყო. გულის საზღვრები შემცირდა. შუილი გაქრა. ლეიძლი და ელენთა შემცირდა თითო თითით. პერისპლენიტური ხახუნი და მტკივანობა ლეიძლისა და ელენთისა გაქრა და 17 იანვარს ავადმყოფი გაეწერა თავის ნებით გაუმჯობესებული.

დაახლოებით 20 დღის განმავლობაში ავადმყოფი თავს შედარებით უკეთ გრძნობდა, მაგრამ 5 თებერვალს ისევ ცუდათ გახდა. კვლავ განდა ძლიერი ოფლიანობა და ძლიერი ტკივილი ელენთის არეში, რასაც მალე დაერთო ძვლების და სახსრების ინტენსიური ტკივილი. 18 თებერვალს ავ—ფი ხელახლად შემოვიდა კლინიკაში. ობიექტურად წინანდელ მდგომარეო-

თვე და რიცხვი	პროცენტ.	ერთობლივ.	ლემგოციტ.	ფორფიტები	ფურადი კოეფიციენტი.	ნეიტროფილ. სტემენტანი.	ნეიტროფილ. ჩირის. გულგ.	მელობლასტ.	პრომელოციტ.	მიელოციტ.	მეტამელოციტ.
6/I 1925 წ.	20%	1.100.0.0	1.300	—	0.99	66% 856	2% 26	0	0		3% 39
								3%—39			
13/I 1925 წ.	33%	2.600.000	6.400	—	0.63	54% 3456	0.5% 32	0	0	16.5% 1056	16% 1024
								32.5%—2080			
20/II 1925 წ.	3%	1.900.00	184.000	—	0.95	3.1% 5704	0	87% 10080	0.1% 184	2.9% 5336	1.7% 3.128
								91.7%—168.728			
24/II 1925 წ.	31%	1.920.000	261.000	42.00	0.8	3.3% 8613	0	90% 231900	0.1% 261	2.5% 6526	1.7% 4437
								91.3%—246.123			
28/II 1925 წ.	35%	2.062.00	68.000	3.300	0.87	2.8% 1904	0	91.2% 62.288	0	1% 680	.6% 1768
								91.8%—64.737			

ეოზინოფილ.	ლიმფოციტ. დიდი	ლიმფოციტ. პატარა	მონოციტები	ბაზოფილები	Rieder-ის ფორმა	Türk-ის ფორმა	შ ე ნ ი შ ვ ნ ა
4% 52	10% 130	12% 156	3% 39	0	0	0	ჰიპოქრომემია, ანიზოციტოზი, პოლიქრომატოფილია, სუსტი ბაზოფილია. სისხლის პარაზიტები არ არის.
0	2% 128	5% 32	5% 320	0.5% 32	0.5% 32	0	ნორმოზლასტები—5 ას თეთრ ბურთულზე. პოლიქრომატოფილია, მაკრო-და ანიზოციტოზი. ჰიპოქრომემია. ნეიტროფილების ბირთვებს ემჩნევა დეჟენერაცია. სისხლის პარაზიტები არ არის.
0.1% 184	2.6% 4784	2.1% 3864	0	0	1.1% 184	0.3% 552	წებოვნება—2.9 (Hess-ით). შედეგდება—დას. 1'1.5"; ბოლო 5'52" (Eropov.). მეგალოზლასტები—18% ბაზოფილ. დაწინწკლული Er—2% ჰიპოქრომემია, ანიზოციტოზი. ნეიტროფილ. გულგულ. დეგენერაც. პარაზიტები არ არის.
0.1% 261	1% 2610	0.9% 2349	0.4% 1.44	0	0	0	მეგალოზლასტები—24% ანიზოციტოზი, მაკროციტოზი, პოლიქრომატოფილია. ნეიტროფილ. გულგულ. დეგენერაც. პარაზიტები არ არის.
0.1% 68	1.1% 68	1.4% 952	0.4% 272	0	0	0	მეგალოზლასტები—13% დანარჩენში იგივე რაც 24/II



ბასთან შედარებით აღინიშნებოდა: ლიმფური ჯირკვლები—სახარდულის, ილიის და სუბ-მაქსილარული—უფრო მეტადაა გადიდებული. მკერდის ძვალი, ნეკნები და კიდურების გრძელი ძვლები ხელის დაპერის დროს ძალზე მტკიანე. სუნთქვის ორგანოები უცვლელად. ზეგლის გარდნ-გარდნო გაფართოებას დაერთო მუდმივი სისტოლიური შუილი მწვერვალზე და ფილტვის არტერიის მე-2 ტონის აქცენტუაცია. ხახის ლორწოვანი—შეწითლებული. ნუშისებრივი ჯირკვლები გადიდებული. ყლაპვა თავისუფალი. ელენთა: ზემო სახლვარი—მე-ნ ნეკნი, ქვემოდ კიბის 1 თითით ქვემოთ, წინ 1 თითით გადადის შუა ხახზედ. ელენთა ძალზე მტკიანე, მკვრივი. შევიკრძნება პერისპლენიტური ხახუნი. ლვიძლის სახლვარი ზემოთ იწყება მე-4 ნეკნიდან ძუძუს ხახზედ. ქვემოთ კიბის 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> თითით ქვემოთ. ლვიძლი მოძრავი, უმტკივნელო სადა ზედაპირით. RW—+ + +; Besredka—უარყოფითი, ერთი. დალექვა (Katz)—115,5 mm. სისხლი სტერილურია. დათესილი შარდიდან არავითარი მიკრობი არ გაიზარდა. შარდი და განავალი—იკივე. სისხლი (20 თებ. იხ. ტაბულა).

ავადმყოფმა დაჰყო კლინიკაში 10 დღე. მისი მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა. 1<sup>o</sup> იყო მაღალი და დღე-ღამის განმავლობაში დიდ ქანაობას განიცდიდა. გაჩნდა სრული უმადობა, უკიდურესი სისუსტე, ზოგჯერ. ლვიძლი და ელენთა—გაიზარდა. სისხლის დენა ცხვირში. პულსი თანდათან ეცემოდა. სისხლის მდგომარეობა უარესდებოდა (იხ. ტაბულა) და 28 თებერვალს ავ—ფი გარდაიცვალა.

2 მარტს პათოლოგ-ანატომიური გაკვეთა. ამონაწერი ოქმიდან: ლვიძლის და ელენთის ქვედა კიდები კიბის ქვემოდ არის. სეროზული გარსი სადა. ლვიძლი იწონის 27,0,0. მარცხენა ნაწილის კიდე გაპრტყელებულია წერტილობრივი სისხლის ჩაქცევით. განაკვეთზე სურათი წაშლილი და მკრთალია. ელენთა იწონის 1-00,0. ვაპსულა გასქელებული. განაკვეთი რუხი მოთეთრო ფერის. აქა-იქ მოსჩანს რუხი მოთეთრო არეები. ანაფექცი მცირე რაოდენობით. ლიმფური ჯირკვლები—კისრის, ილიის, სახარდულის—გადიდებულია. განაკვეთი ვარდის ფერის. ვეკლაზე დიდი ოდენობით მტრედის კვერცხს აღწევს. მარჯვენა ბარძაყის ძვლის განახერხი: ძვლის ტვინი კომპაქტურია, წითელი ფერის.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Hyperplasia medullae ossium. Tumor lienis chronicus. Necrosis multiplex lienis. Hyperplasia lympho-glandularum universalis. Hypertrophia hepatitis. Leukemia myelogenica. Anemia universalis. Marasmus.

ვიდრე ამ შემთხვევის გარჩევაზე გადავიდოდე, (ოგახსენებთ იმას თუ რას იძლეოდა სისხლი.

მოყვანილი ტაბულიდან უპირველეს ყოვლისა სჩანს, რომ მთელი ავადმყოფობის განმავლობაში ავ—ფს ძლიერი ანემია ჰქონდა. ჰემოგლობინის რაოდენობა ქანაობდა 20—36% შორის, წითელი ბურთულეების რაოდენობა კი მუდმივ 2 მილიონის ირგვლივ ირყეოდა. მორფოლოგიურად წითელი ბურთულეების მხრივ აღინიშნებოდა მკაფიო ჰიპოქრომიამია, ანიზოციტოზი, პოლიქრომიანია. იყო ნახული მეგალობლასტები (18-24%<sub>100</sub>).

ფირფიტების რიცხვი საგრძნობლად იყო შემცირებული.

რაც შეეხება თეთრ სისხლს აქ დასაწყისში ლეეკოციტების რაოდენობა მხოლოდ 1300 უდრიდა, მაგრამ უკვე 1 კვირის შემდეგ 6400 ავიდა. მოყოლებული ამ ხანიდან ვამჩნევთ, რომ ლეეკოციტების რაოდენობა ძალზე მატულობს და 184.000—261.000 შორის ქანაობს, ზოლო სიკვდილის წინ კი უეცრივ 68.000 ჩამოდის. მორფოლოგიურად დასაწყისში თითქოს ნორმალურ სურათს ენახულობთ და ნეიტროფილების ჯ. ფუფის ახალგაზრდა ფორმების საერთო რიცხვი მხოლოდ 3% აღწევდა. მაგრამ უკვე ერთი კვირის შექდეგ ეს რიცხვი 32,5% აღწევს, საიდანაც 16,5% შეადგენდა მიელოციტება და 16%—მეტამიელოციტები. კიდევ 5 კვირის შემდეგ ლეეკოციტების საერთო რიცხვის ზრდასთან ერ-



თად ახალგაზრდა ფორმების როდ. ხობა საოცრად მატულობს და ავ-ის სიკვდილამდე 91,7%—94,8% შორის ქანაობს. ამ რიცხვიდან 87%—91% მიელობლასტები შეადგენენ.

ასეთია სისხლის მდგომარეობა ჩვენს შემთხვევაში. როგორც ვხედავთ ამ თანდათან ხდებოდა ძლიერი გადახრა ლეუკოციტარული ფორმულისა მარცხნივ და ჰემოპოეზმა დაბოლოს უკვე ემზრიონალური ხასიათი მიიღო.

ჩვენს ავადმყოფს ავადმყოფობა დაეწყო უეცრივ და თავიდანვე მძიმე მიმდინარეობა მიიღო. მართალია, ასეთი დასაწყისით 1 თვის შემდეგ ავადმყოფობამ თითქოს ერთგვარი რემისია მოგვცა და ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მაგრამ მალე ავადმყოფობა კვლავ განახლდა უფრო მეტი ინტენსივობით, ვიდრე დასაწყისში, და დაბოლოს მოკლე ხანში იმსხვერპლა ავადმყოფი. მთელი ავადმყოფობის ხანგრძლივობა დაახლოვებით 3 თვეს უდრიდა. მთელი მიმდინარეობა ავადმყოფობისა შესაძლებელია 2 ფაზად განიყოს. პირველ ფაზას ეკუთვნის ხანა ავადმყოფობის დასაწყისიდან რემისიამდე. ეს სწორედ ის ხანაა, რომელიც ჩვენთვის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიური თვალსაზრისით.

მართლაც, ავადმყოფის პირველად კლინიკაში შემოსვლისთანავე ჩვენს წინაშე წარმოსდგა საკითხი: რა სხეულებასთან გვაქვს საქმე? ამ მხრივ რამოდენიმე შესაძლებლობა იყო დასაშვები.

ავადმყოფის ანამნეზი, სადაც ნათლად იყო აღნიშნული მალარია, გადიდებული ელენთა და ღვიძლი, t<sup>0</sup>-ის მსვლელობა, ანემიური მოვლენები, ურობილინურია და სხვა, ბადავდა აზრს მალარიის შესახებ, მაგრამ მთელი რიგი სხვა მოვლენებისა ეწინააღმდეგებოდა მალარიას. ეს იყო ჰოვლენები სისხლის მხრივ, სადაც მართალია ჩვენ აღმოვაჩინეთ ჰემოგლობინის და წითელი ბურთულების დაკლება, მაგრამ ვერ ვნახეთ ვერც ცონოციტოზი (3%) და ვერც მკაფიო გამოხატული ლიმფოციტოზი (22%). გარდა ამისა, სისხლის რამდენჯერმე გასინჯვის დროს ჩვენ ვერ ვნახეთ მალარიის პარაზიტები. დაბოლოს ავადმყოფის ანამნეზიდან ვიცოდით, რომ იგი 18 დღის განმავლობაში ყოველდღიურად ღებულობდა ქინაქინას კანქვეშ. რასაკვირველია ზემოთ ჩამოთვლილი მომენტები ცალცალკე არ გვაძლევდა საშუალებას გამოგვერიცხა მალარია, მაგრამ ვფიქრობდით, რომ ყველა ერთად თითქოს გვაძლევდა საშუალება, გამოგვერიცხა მალარია ან, ყოველ შემთხვევაში, თუ მის არსებობას დავუშვებდით, ჩვენ ამავე დროს კიდევ სხვა რაღაცა დამატებითი მომენტის არსებობაც უნდა დავგვეშვა, რომელიც ავადმყოფობის სურათს სცვლიდა.

შესაძლებელია გვეფიქრა აგრეთვე კალა აზარზეც. ამის სასარგებლოდ თითქოს იყო გადიდებული ღვიძლი და ელენთა, ავადმყოფის ძლიერი სისუსტე, ანემია ლეუკოპენიით და სხვა, მაგრამ საბოლოოდ ვერც ამ დიაგნოზს მივემხრობოდით.

შესაძლებელი იყო დავგვეშვა მალტის ცხელების არსებობა, მაგრამ აქაც საბოლოოდ ამ დიაგნოზს ვერ გავიზიარებდით, ვინაიდან სისხლი არ იძლეოდა ლიმფოციტოზს, ხოლო შარდში მალტის ცხელების მიკროკოკების არ არსებობა გვაძლევდა საშუალებას თითქმის დანაშდილებით გამოგვერიცხა ეს სნეულებაც.



ამგვარად, როგორც ვხედავთ, სხვადასხვა შესაძლებლობათა შორის, ჩვენ არ გეჭონდა საშუალება საბოლოოთ დაეჩერებულყავით ერთ რომელიმეზე. ასეთი მდგომარეობა გავრძელდა იმ ხანამდე, ვიდრე სისხლმა პირველმა არმოგვცა საშუალება გვეფიქრა ავადმყოფობის ნამდვილ ბუნებაზე.

როგორც იყო ნათქვამი 13/I სისხლში ჩვენ აღმოვაჩინეთ თეთრი ბურთულების ახალგაზრდა ფორმების მომატებული რაოდენობა. ეს იყო მეტამიელოციტები (16%) და ნეიტროფილური მიელოციტები (16,5%). ამ დროს ლეიკოციტების საერთო რიცხვი 6400 უდრიდა. ამ მომენტიდან იწყება მეორე ფაზა, როდესაც ჩვენ შეგვეძლო ლაპარაკი ავადმყოფობის ნა'დვილი ბუნების შესახებ —სახელობრ ლეიკემიის შესახებ. ავადმყოფობის შემდეგმა მიმდინარეო'ამ და ჰემოტოლოგიურმა სურათმა, სადაც ჩვენ 4 პროგრესიული მომატება ვნახეთ 260.000-დე, დაავანახა, რომ ჩვენს ავადმყოფს მართლაც ლეიკემია უნდა ჰქონდეს. ამგვარად ავადმყოფობის ნამდვილი ბუნება ამიერიდან ჩვენთვის იყო ნათელი, მაგრამ აქ გამოსარკვევი იყო მეორე საკითხი: ლეიკემიის რომელ ფორმასთან გვაქვს საქმე? ავადმყოფობის მწვავე, ასე ვსთქვათ, სეპტიური მიმდინარეობა მტად მოგვავანებდა მწვავე ლეიკემიის მიმდინარეობას და, თუ ჩვენ შეგვეძლო გვეთქვა, რომ საქმე მწვავე ლეიკემიასთან უნდა გეჭონდეს, მისი ფორმის შესახებ ჩვენ ამის მიხედვით ვერაფერს ვიტყოდით. პასუხი აქაც სისხლმა მოგვცა, სადაც ჩვენ დიდი რაოდენობა მიელობლასტებისა ვნახეთ. ამის შემდეგ ნათელი იყო, რომ საქმე მწვავე მიელოზთან გვაქვს. რომ მართლა ეს ასე იყო, ამას, სხვათა შორის, ისიც ამტკიცებს, რომ სისხლში იყო მიელოგენურ ქსოვილში წარმოშობილი ახალგაზრდა უჯრედები (მეგალობლასტები, მიელოციტები, მეტამიელოციტები) და აგრეთვე ის მნიშვნელოვანი ფაქტი, რომ ავადმყოფობის განვითარების პირველ საფეხურებზე საგრძნობლად იყო მომატებული სწორედ მიელოგენური ქსოვილის ახალგაზრდა ელემენტები (მეტა — და მიელოციტები). ყველა ზემოდ მოყვანილი მოსახრებანი გვაძლევდა საშუალებას ჩვენი შემთხვევა მწვავე მიელოზად ჩაგვეთვალა. პათოლოგ-ანატომიურ გაკვეთამ დაგვიდასტურა სნეულების მიელოგენური ბუნება.

ამგვარად ჩვენ ვფიქრობთ, რომ აწერილი შემთხვევა წარმოადგენს მწვავე მიელოზს.

გარდა ამისა, რომ ეს ფორმა იშვიათია და აწერის ღირსი იყო, ჩვენი შემთხვევა საინტერესოა იმიტაც, რომ გვიჩვენებს ავადმყოფობის განვითარების ერთ-ერთ თავისებურობ.ს, რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ დასაწყისში ჰემატოლოგიური სურათი სრულიად არ იყო დამახასიათებელი ლეიკემიისათვის. L საერთო რიცხვი არა თუ არ იყო მომატებული, არამედ ძლიერ დაკლებულიც კი იყო (1300) და, გარდა ამისა, რაც უფრო მნიშვნელოვანია, მორფოლოგიურად ჩვენ ვერ ვნახულობდით ლეიკოციტების ახალგაზრდა ფორმების მომატებას.

### ლიტერატურა

O. Naegeli. Blutdiagnostik und Blutrkrankheiten.—Rieux Hématologie clinique.—V. Schilling. Картина крови и ея клиническое значение.—Шустов и Владос. Клиническая гематология.—Виноградов. Болезни крови.—Е. Черников. К характеристике острых миелозов. Врач. Дело № 6. 1925 г.

## И. Парма.

## Случай острого миелоза

Автор описывает случай острого миелоза у мужчины 42 лет. Общая продолжительность болезни равнялась 3 месяцам. Гематологически в конечной стадии болезни наряду с резкой анемией отмечалась резкая тромбопения (32.000) и сильное увеличение числа L (261.000), которое за день до смерти больного внезапно упало до 68.000.

Морфологически со стороны красных шариков отмечался умеренный анизоцитоз, олигохромемия и появление мегалобластов. Миэлобласты встречались в количестве 84—92%.

В начале болезни гематологическая картина не соответствовала лейкоемической (L—1300 с нормальной лейкоформулой), которая развилась лишь постепенно.

## I. PARMA.

## Un cas de leucémie myéloïde aiguë.

L' auteur décrit un cas de leucémie myéloïde aiguë chez un homme âgé de 42 ans. La maladie dura 3 mois. Il la phase ultime de la maladie, à côté de l' anémie prononcée, on notait une forte thrombopénie (32.000) et une augmentation du nombre des leucocytes jusqu'à 261.000, qui s'abaissa subitement jusqu'à 68.000 un jour avant la mort du malade. Morphologiquement on notait une anisocytose modérée, de l' oligochromémie et l'apparition des mégalo blastes. Le pourcentage des myéloblastes égalait à 84—92.

Au début de la maladie il manquait le tableau hématologique leucémique caractéristique (L=1300 avec une formule leucocytaire normale). Ceci ne se développa qu' ultérieurement peu-à-peu.

პროფ. სვ. ჟივოიკი და ალ. რუხაძე.

ნერვების სნეულ. კლინ. გამგე. კლინიკის ორდინატორი.

## სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა კიდურების ზოგიერთ დაავადებათა მიმდინარეობაში.\*)

ვეგეტატიური ნერვიული სისტემის ფუნქციითა სპორტანური ასიმეტრია (ჰიპერიდროზი, ანიდროზი, პილიმოტორული და ვაზოტორული მოვლ ნები) დიდი ხანია შემწნეულია ნერვიული სისტემის ზოგიერთ დაავადებათა მიმდინარეობაში; მიუხედავად ამისა მისი დიაგნოსტიკურ ღირებულებ.ს მხოლოდ ამ ბოლო ხანებში ექვევა ჯეროვანი ყურადღება და ისიც ჰემიპლეგიების შესწავლით იწყება, სადაც სიმპათიკური ნერვიული სისტემის დაზიანების სათუთ ნიშნების გამოცობა არსებული ასიმეტრიის გამო შედარებით ადვილია.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობის სისტემატიური შესწავლა ჰემიპლეგიების დროს ეკუთვნის J. Perisson-ს.\*\*) მისი დაკვირვებით, ყოველი ორგანიული ჰემიპლეგიის მიმდინარეობაში აღინიშნება სიმპათიკური ნერვიული სისტემის, როგორც სპონტანური, ისე რეაქციული ასიმეტრია, რაც ამ უკანასკნელის ტონუსის შეცვლის პირდაპირი შედეგია. მიღებულ სიმპტომთა ფიზიო-პათოლოგიური ანალიზით ავტორი არჩევს ჰემიპლეგიის მიმდინარეობაში სიმპათიკური ნერვიული სისტემის დაზიანების ე. წ. დამბლის და სპაზმის სინდრომს.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის დამბლის სინდრომს ეკუთვნის: 1) კანის ტემპერატურის მომატება, 2) სისხლის ანტერიალური წნევის აწვევა მომატებული ოსცილაციით, 3) პილომოტორული რეფლექსების და ოფლის დენის დაქვეითება, 4) ხანმოკლე თეთრი ლაქები (taches blanches), 5) ვაზომოტორული ასიმეტრიის მომატება, როგორც ცივი, ისე თბილი აბაზანის გავლენით და 6) hyperthermia-ს შემცირება პილოკარპინის შემზაპუნებით.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გაღიზიანების ანუ სპაზმის სინდრომს ახასიათებს: 1) კანის ტემპერატურის დაქვეითება, 2) სისხლის არტერიალური წნევის დაწვევა შემცირებული ოსცილაციით, 3) პილომოტორული რეფლექსების აწვევა და ოფლის დენის მომატება, 4) თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა, 5) ვაზომოტორული ასიმეტრიის მომატება თბილი და განსაკუთრებით ცივი აბაზანის გავლენით და 6) hypothermia-ს შემცირება პილოკარპინის შემზაპუნებით.

\*) მოხსენება ქართველ ექიმთა და ბუნების მეტყველთა საზოგადოებას 1929 წლის 21 თებერვალს.

\*\*\*) J. Perisson, Les troubles sympathiques dans l'Hemiplegie. 1926.

თვითეული სინდრომის ინტერპრეტაცია Perisson-ის კონცეპციით ასეთია: სიმპათიკური ნერვიული სისტემის (ვაზომოტორული, პილომოტორული და სუდორიპერული ბოქკოების დამბლა იწვევს ერთის მხრივ სათანადო არეზე ვაზოდილატაციას, რასაც თან ყვება კანის ტემპერატურის მომატება—hypertermio და სისხლის წნევის აწევა—hypertensio; მეორეს მხრივ პილომოტორული რეფლექსების დაქე ითებას და ოფლის დენის მოსპობას— anidrosis. სიმპათიკური ნერვიული სისტემის სპაზმი, პირიქით, ვაზოკონსტრიქტორების გალიზიანებით იწვევს კანის ტემპერატურის დაქვეითებას—hypothermio და სისხლის დაწვევას—hypotensio-ს; პილომოტორული და სუდორიპერული ბოქკოების გალიზიანება კი იძლევა მომეტებულ პილომოტორულ რეფლექსებს და გადამეტებულ ოფლის დენას—hyperhidrosis-ს.

A. Thomas-ს<sup>1)</sup> მრავალრიცხოვანი დაკვირვებებით ადასტურებს, რომ hypothermio, hyperidrosis და მომატებული პილომოტორული რეფლექსები სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ლოკალური გალიზიანების შედეგია.

მაშასადამე J. Perisson-ის მიხედვით ყოველი ორგანიული ჰემიპლეგიის მიმდინარეობაში ადგილი აქვს სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის შეცვლას გალიზიანების (სპაზმის) ან დამბლის სახით, რაც პირამიდალური სისტემის დაზიანების პირდაპირი მიზეზია. ყოველი ჰემიპლეგიის მიმდინარეობაში სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ჯერ დამბლისა და შემდეგ გალიზიანების სინდრომი ვითარდება.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსი პერიფერიული ნერვების დაავადების მიმდინარეობაში სისტემატიურად გამოკვლეული და შესწავლილი არ არის; აღნიშნულია მხოლოდ, რომ პერიფერიული ნერვების სხვადასხვა ინტენსივობით დაზიანების დროს ადგილი აქვს ოფლის დენის, კანის და ძვლის კვების, თმის და ფრჩხილების ზრდის, ვაზომოტორულს და თერმიულ მოშლილობებს. Claude და Chauvet-ს<sup>2)</sup> დაკვირვებებით, ნერვის სრული გადაჭრა იწვევს სათანადო არეზე: 1) თვალსაჩინო ვაზოდილატაციას, 2) თმის და ფრჩხილების ზრდის შეჩერებას, 3) ოფლის დენის მოსპობას და 4) ძვალთა გაპოზიერებას სპორტანური მოტეხილობისადმი მიდრეკილებით. სხვა მრავალ ავტორთა შემდეგი გამოკვლევებიც ადასტურებენ Claude და Chauvet-ს დაკვირვებებს.

განსაკუთრებული ყურადღებით შეისწავლა ამ მიზნით თმის ზრდის საკითხი M. Willaret-მ<sup>3)</sup>: მისი აზრით, თმის ზრდის შეჩერება — hypotrichosis და ოფლის დენის მოსპობა—hypoidrosis ნერვის გადაჭრის (იგულისხმება ანატომიური გადაჭრა) ანუ უკეთ მასი გამტარებლობის მოსპობის (იგულისხმება ფიზიოლოგიური გადაჭრა) უტყუარი ნიშანია. იმის ზედმეტ ზრდა—hypertrichosis სპორტანური ოფლის დენით (hyperidrosis) კი ნერვის არა გადაჭრის, არამედ მისი რიტატიული დაზიანების შედეგია. პირველს ახასიათებს აგრეთვე გადა-

<sup>1)</sup> A. Thomas. Troubles de la reflect. sympathique dans la syringomy. R. neur. 1922.

<sup>2)</sup> Claude et Chauvet. Semiologie reel des sections mixtes peripheriques. Revue neurologique. 1911.

<sup>3)</sup> M. Willaret L'hypertrichose. Revue neurologique 1916 et 1918.

ვარების რეაქციის ადრე განვითარება; მეორე შემთხვევაში კი გადავარების რეაქცია ასე თუ ისე გვიან ვითარდება, ან სრულიად არ ვითარდება. ფუნქციონალური დაავადების დროს იმავე M. Willaret-ს დაკვირვებებით hypertrichosis-ს ადგილი არ აქვს.

Porak-ი<sup>1)</sup> ამ მიზნით უზხაულებს კანქვეშ 1%-ან პილოკარპინის ხსნარს და სწორედ გადაჭრილი ნერვის არეში ვერ ლებულობს ოფლის დენას; გაღიზიანების არეში კი ოფლის დენა გაძლიერებულია.

A. Thomas-ს<sup>2)</sup> დაკვირვებებით, ზედა კიდურების პერიფერიული ნერვებიდან პილომტორულ ბოჭკოებს შეიცავს მარტო n. radialis და მხოლოდ მისი დაზიანებით ისპობა პოლომტორული რეფლექსები. N. medianus და n. ulnaris, პირიქით, შეიცავენ უფრო სისხლ-ძარღვთა მამოძრავებელ, ოფლის დენის და სხვა ტროფიკული ფუნქციების ბოჭკოებს.

Lebor-ი ხანგრძლივი და მრავალრიცხოვანი დაკვირვებებით ამტკიცებს, რომ hypertrichosis-ს ადგილი აქვს არა მარტო ნერვის დაზიანებასას, არამედ მის გარეშეც—კანის ან ქსოვილის, როგორც ღრმა, ისე ზედა დაზიანების მიმდინარეობაში. Hypertrichosis-ს აღნიშვნას ის აგრეთვე ფუნქციონალური დაავადების დროსაც.

ამ რიგად, როგორც ვხედავთ, სიმპათიკური ნერვიული სისტემის დაზიანების ე. წ. ტროფიკული ნიშნები, უმრავლესობის აზრით, პერიფერიული ნერვების დაავადებათა სემიოტიკისათვის დამატებითი და შემთხვევითია, მათი დიაგნოსტიკური ღირებულებაც საეჭვოა. მართლაც, ამ უკანასკნელ წლებში შემჩნეულ იქნა, განსაკუთრებით დასტაქრების მიერ, რომ ყველა ეს მოვლენები ვითარდება, როგორც ნერვის ღრმა დაზიანების, ისე კიდურების ხანგრძლივი იმობილიზაციის დროსაც. ზოგჯერ, პირიქით, თვით ნერვის ღრმა დაზიანებაც (ნერვის სრული გადაჭრა ქირურგიული ჩარევის გამო) ან იწვევს თვალსაჩინო ტროფიკულ მოვლენებს<sup>3)</sup>.

არსებობს აგრეთვე კიდურების ფრიად მნიშვნელოვანი დაზიანება, რომელიც იძლევა თავისებურ სურათს. საქმე ეხება ზოგჯერ სრულიად უმნიშვნელო ტრავმის ნიადაგზე ატროფიების, კონტრაქტურების, დამლა—პარეზების და მთელ რიგ ვაზომოტორულ—ტროფიკული მოვლენების განვითარებას. კიდურთა დაზიანება რომელიც არ არის დართული ნერვების თვალსაჩინო დაზიანებით და რომელსაც ახლავს ზოგიერთი ფიზიკური ნიშნები, მაგრამ თავის განვითარებით ძლიერ ჩამოგავს ფუნქციონალური ხასიათის დაავადებას—Babinski-მ და Froment-მა<sup>4)</sup> რეფლექტორული ანუ ფიზიოპათიური მოშლილობანი უწოდეს (les troubles nerveux d'ordre reflexe).

თუ არტროპათიული ატროფიები J. Hunter-ის აზრით კიდურის ხანგრძლივი უმოქმედობის შედეგი იყო, Vulpian-მა უარპყო ეს აზრი შემდეგი სა-

1) Pitre et Testut. Les nerfs en schemas. 1925.

2) A. Thomas. Les reflexes pilomoteurs. 1925.

3) Полсков. К хирургии периферических нервов. Вестник хирургии и погр. област. 1926.

4) Babinski et Froment. Les troubles nerveux d'ordre reflexe. 1917.

ბუთით, რომ საღი ხელი რა გინდ უმოქმედობაში არ იქნას მოთავსებული, თვალსაჩინო ატროფიას არ მოგვეცემს; გარდა ამისა, თვით ართრიტიანი კიდური არ განიცდის აბსოლიტურ იმობილიზაციას. მისი აზრით, არა უმოქმედობა, არამედ დაავადებული სახსრის გალიზიანებული აფერენტული ნერვი რეფლექტორულად აღიზიანებს ზურგის ტვინის წინა რქის უჯრედებს, რასაც ჯერ კონტრაქტურა და შემდეგ ატროფია მოყვება. აღმოჩნდა, რომ ექსპერიმენტარულადაც შეიძლება ასეთი ატროფიების განვითარება, თუ სახსრის ანთებას ხელოვნურად გამოვიწვევთ. მგრძობელი ფესვების წინასწარი გადაჭრას შემდეგ იგივე სახსრის ანთება ატროფიას არ იწვევს. აქედან ცხადია ატროფიების რეფლექტორული მექანიზმი. Babiniski-ს აზრით ასევე ითქმის რეფლექტორული სინდრომის წარმოშობის შესახებ, მხოლოდ აქ გააღიზიანებულ აკენტად კიდურის ესა თუ ის ტრავმა უნდა ჩაითვალოს; ხშირია აგრეთვე ამ სინდრომის დროს ვაზომოტორული და თერმული მოშლილობანი. დაავადებული კიდური, განსაკუთრებით პერიფერიაზე, ცივი და ციანოტიურია, თითის სუსტი დაჭერა კანზე იწვევს ხანგრძლივ იშემიას (tache blanche), სისტოლური სისხლის წნევა დაავადებულ მხარეზე დაქვეითებულია, ოსცილაცია თვალსაჩინოდ დაწეულია. ყველა ეს მოვლენები ძლიერ დამოკიდებულია ექსოგენურ პირობებზე: ცივ დღეში უფრო თვალსაჩინოა, თბილი აბაზანის ზეგავლენით, პირიქით, დაავადებული ხელი საღ ხელზე უფრო თბება.

ამ მოვლენათა პათოგენეზის შესახებ პევროპათოლოგიაში დღესაც არ არსებობს ერთი გარკვეული და საბოლოო აზრი, Babiniski-სა და Froment-ის მიხედვით, ტრავმით გაღიზიანებული ცენტრიპეტარული ბოკოები (სიმპათიკურია ის თუ გეგეტატიური?) აღიზიანებენ ზურგის ტვინის უჯრედებს. ეს უკანასკნელნი რეფლექტორულად მოქმედებენ ცენტრიფუგალური სიმპათიკური ბოკოების უჯრედებზე, რაც თავის მხრივ პერიფერიაზე ვაზოკონსტრიქციას და მით იპოთერმიას იწვევენ. ერთი სიტყვით, სიმპათიკუსი ამ დროს აღზნებულ მდგომარეობაშია, რის გამო ექსოგენურ ცვლილებებზე ასე თვალსაჩინო რეაქციას იძლევა; ამ ვაზომოტორულ მოვლენებს თავის მხრივ აქვს გავლენა კუნთის მექანიკურ აგზნებულებაზე. ამ დროს კუნთის მექანიკური აგზნებულება (როგორც ნორმალური კუნთის ცივი აბაზანის ზეგავლენით) აწეულია, შეკუმშვა ნელი; რეფლექსური სინდრომის დროს ზოგჯერ აღნიშნული კანის რეფლექსების და მგრძობელობის დაქვეითებასაც, Babiniski-სა და Froment-ის აზრით, პირდაპირი კავშირი უნდა ჰქონდეს ვაზომოტორულ ცვლილებებთან. ცნობილა, რომ Esmarch-ის ბანდი სპობს, როგორც კლონუსებს, ისე კანის რეფლექსებს.

დაავადებულ მხარეზე ხშირია კანის სისველე—მაცერაცია, ზოგჯერ გადამეტებული ოფლის დენა და სხვა ტროფიული მოვლენები. ადგილი აქვს აგრეთვე hypertrochosis-ს, რომელიც წინააღმდეგ M. Willaret-ს დაკვირვებებისა, Babiniski-სა და Froment-ის აზრით, ვითარდება არა მარტო ნერვის ირიტატული დაზიანების, არამედ რეფლექტორული სინდრომის დროსაც; ფუნქციონალური დაავადების დროს კი მას ადგილი არა აქვს.

ამრიგად, რეფლექტორული სინდრომის სისხლ-ძარღვთა სპაზმს—გაზოკონსტრიქციას, ჰიპოთერმიას, მყესთა რეფლექსების აწევას, კონტრაქტურას, ატროფიას, პარეზებს და თმის ზედმეტ ზრდას Babinski და Froment-ი მხოლოდ რეფლექტორულ მოქმედებით ხსნიან; რაც შეეხება კუნთთა მექანიკურ ავზნებულების მომატებას თვით შეკუმშვის შენელებით, ზოგიერთ პარესთეზიებს, ალგიებს და კანის რეფლექსების დაქვეითებას, ამათ კი ვაზომოტორულ პერტურბაციას აწერენ.

Tinel-ის<sup>1)</sup> აზრით, Babinski-სა და Froment-ის ე. წ. რეფლექტორული სინდრომი არ არის წმინდა ორგანიული დაავადება, არამედ ფუნქციონალური მოშლილობაა, უმნიშვნელო ორგანიული დაზიანების ნიადაგზე განვითარებული. ამიტომ არის, რომ ეს სინდრომი ერთსა და იმავე ხასიათის დაზიანებისას ზოგს უვითარდება და ზოგს არა.

Claude, A. Thomas G. Roussy<sup>2)</sup>, ამ სინდრომს ამა თუ იმ დაზიანებით გამოწვეულ ხანგრძლივი იმობილიზაციის ე. ი. ფუნქციონალური უმოქმედობის შედეგად სთვლიან.

H. Meige და Ath. Benisty<sup>3)</sup> სიმპათიკური სისტემის დაზიანებით ხსნიან.

ერთი სიტყვით, მიუხედავად იმისა, რომ ეს დაავადებანი მედარებით ხშირია, როგორც ქირურგიულ, ისე ნერვიულ კლინიკებში, ისინი არც პათოგონეზის და არც თერაპიის მხრივ საკმარისად შესწავლილი არ არიან, ამიტომ დროულად მიგვაჩნია ზემოდ ხსენებულ დაავადებათა დროს სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის შესწავლა.

ამ მიზნით კიდურების ზოგიერთ დაავადებათა მიმდინარეობაში ჩვენ მიერ შესწავლილი იყო კანის ტემპერატურა Tetau-ს თერმომეტრით. სისხლის წნევა, Pachon-ის აპარატით და ვაზომოტორების თერმო და ფარმაკოდინამიური რეაქცია. გათვალისწინებული იყო აგრეთვე პილომოტორული რეფლექსების, კუნთა ტონუსის, ელექტრო-ავზნებულების, თმის ზრდის და ზოგიერთ ტროფიკულ მოვლენათა მდგომარეობანი.

ამ მხრივ გათვალისწინებული და შესწავლილი იყო სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა 1) ჰემიპლეგიების, 2) კიდურთა პერ-ფერიული ნერვების და 3) ე. წ. რეფლექტორული ანუ ფიზიოპათიური დაავადებათა მიმდინარეობაში.

სიმპათიკური ნერვული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა ჰემიპლეგიების დროს.

გატარებული იყო დაკვირვებანი 38 ჰემ პლევან ავადმყოფზე. მიღებული შედეგების მიხედვით ისინი შეიძლება დაყვით ორ ჯგუფად: 1) სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გაღიზიანების ანუ სპაზმის და 2) სიმპათიკური ნერვიული სისტემის დამბლის სინდრომით. მოვიყვანთ თვითელი ჯგუფის დამახასიათებელ შემთხვევებს.

1) Tinel. Les blessures des nerfs. 1916. Revue—neurolog. 1918.

2) Levi-Valensi. Precis de diagnostic neurologique. 1925.

3) H. Meige et A Benisty. Les signe cliniques des lesions de l'appar. sympathique 1917.



I სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გაღიზიანების ანუ სპაზმის სინდრომი.

ავად. ისტ. № 2508. ს. მ ა ნ-ი 49 წლის, მიწის მუშა. შემოვიდა კლინიკაში 1926 წლ. 18 აგვისტოს მარცხენა ხელ-ფეხის სიღამობის გამო, რომელიც მას სრულიად მოულოდნელად მოსვლია ამ ხუთი თვის წინდგ მუშაობის დროს გონების სრული დაკარგვით. ორი დღის კომ.ტო-ზური მდგომარეობის შემდეგ ავადმყოფი გონზე მოსულა და შეუნიწნ.ვს, რომ მარცხენა ხელ-ფეხის ნებისყოფითი მოძრაობა სრულიად მოსპობილი აქვს და სახეც რაჯჯნევი მიტყეული, ერთი თვის განმავლობაში მდგომარეობა თან და თან გაუმჯობესებულა და კლინიკაში შემოს-ვლისას ავადმყოფი ყვაჯჯნებით დაღის.

მემკვიდრეობა სალი, ბავშვობაში ვადუტანია წითელა და ყვი.ნახველა; ორი წლის წინდგ ავად გ.მხდარა პარტახტიანი ტიფით. ვენერიულ სნ უღლებას უარყოფს. ალკოჰოლს ნაკლებ მტ ნება.

სომატიკური ნერვიული სისტემა. ნების ყოფითი მოძრაობა ძალზე შესუსტებუ-ლია მარცხენა ფეხში, თითქმის მოსპობილია მარცხენა ხელში. მოძრაობა დისტალურ სახსრებში უფრო მოშლილია ვიდრე პროქსიმალურში. ზედა—კიდურში ადგილი აქვს პირამიდალურ ხასიათის ჰიპერტონიას მომხრელთა რბილი კონტრაქტურით. თავის ტვინის ნერვებიდან-მარცხენა სახის ნერვის ცენტრალური პარეზი.

მყესთა რეფლექსები დაავადებულ მხარეზე აწეულია; დაავადებულ მხარეზე ადგილი აქვს ტერფის კლინუსს და Babinski და Rossolimo-ს პათოლოგიურ რეფლექსებს. კანის რეფლექ-სები დაავადებულ მხარეზე დაწეულია. დაცეითი რეფლექსები არ აღინიშნება. ადგილი აქვს სინკინეზიებს Souques-ის, Raimiste-ის, Strumpel-ის და Babinski-ს ფენომენის სახით.

სიარული ჰემიპლეგიურა-ცირკუმდუქციით. მგრძობელობა შენახული აქვს. გუგები SLD, რეაქცია სინ-თლეზე და აკომოდაციაზე ცრცხალია. შინაგან ორგანოების ფუნქცია ფიზიოლო-გიურ ფარგლებშია. სისხლის და ზურგის ტვინის სითხე მხრივ არავითარი პათოლოგია. შარ-დში ცილა და შაქარი absent. Diagnosis: Hemiplegia sin.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემა. დაავადებული ხელი უფრო ციანოტიური და ნაკლებ ნაოჭებია, ავადმყოფის გადმოცემით უფრო ცივია. ადგილი აქვს მკაფიოდ გამო-ხატულ hypertrichosis-ს. და-ვადებულ მხარეზე კანის ტემპერატურა დაქვეითებულია და სისხლის წნევა დაწეულია.

კანის ტემპერატურა Tetau-ს ტერმომეტრით:

	სალი მხარე:	დაავადებული მხარე:	განსხვავება:
ხელის გულზე . . . . .	27,4	26,1	-1,3
ხელის ზურგზე . . . . .	27,7	26,5	-1,2
წინა მხარეზე . . . . .	27,9	26,9	-1,0
მხარეზე . . . . .	28,1	27,3	-0,8
ფეხის ზურგზე . . . . .	27,1	25,7	-1,4
ფეხის გულზე . . . . .	27,2	26,1	-1,1
წვივზე . . . . .	27,6	26,7	-0,9
ბარძაყზე . . . . .	27,8	27,1	-0,7
სახეზე . . . . .	33,1	32,9	-0,2

იღლის ტემპერატურა 36,8; ოთახის ტემპერატურა 15,8.

სისხლის წნევა Pachon-ის აპარატით:

	სალი მხარე:	დაავადებული მხარე:	განსხვავება;
maxima . . . . .	12,5	11,0	-1,5
miuima . . . . .	7,5	7,0	-0,5
index . . . . .	2,9	1,0	-1,5

სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსული ომა თანაბრად გაიზარდა ორ-თავე მხარეზე. პილომოტორული რეფლექსები უფრო ადვილად იწვევა დაავადებულ მხარეზე. პილოკარპინი იწვევს გაძლიერებული ოფლის დენას უფრო დაავადებულ მხარეზე—7"; საღ მხა-რეზე 4" უდრის.

რამოდენიმე დღის შემდეგ კანის ტემპერატურის და სისხლის წნევის განმეორებითი გა-მოკვლევამ კვლავ hypothermia და hypotensio მოგვცა.

ფარმაკო და თერმო-დინამიური ცდებით ვაზომოტორული რეაქცია უფრო ძლიერია დაავადებულ მხარეზე: (იხ. ცხრ. 436 გვ.).



თერმო-დინამიური ც და	ციფი (10°R.) აბაზანა				ვაზოკონს-ტრიქტორ, რეაქცია		თბილი (35°R.) აბაზანა				ვაზოდოლა-ტაქტორ, რეაქცია						
	ც და მ დ ე		ცდის 15° შემდეგ		ს ა ნ ე რ	•ემბელია	ც და მ დ ე		ცდის 15° შემდეგ		სყიდვ სპლი	•ემბელია					
	სყიდვ სპლი	•ემბელია	სყიდვ სპლი	•ემბელია			სყიდვ სპლი	•ემბელია	სყიდვ სპლი	•ემბელია							
	სყიდვ სპლი	•ემბელია	სყიდვ სპლი	•ემბელია	სყიდვ სპლი	•ემბელია	სყიდვ სპლი	•ემბელია	სყიდვ სპლი	•ემბელია	სყიდვ სპლი	•ემბელია					
<b>კანის ტემპერატ.</b>																	
ხელის ზურგზე . . . . .	27,4	26,1	-1,3	24,2	21,3	-2,9		-3,2	-4,8	27,7	26,3	-1,4	30,9	30,2	-0,7	+3,2	+3,9
ხელის გულზე . . . . .	27,7	26,5	-1,2	24,4	21,5	-2,9				27,9	26,7	-1,2	31,1	30,5	-0,6		
წინამხარზე . . . . .	27,9	26,9	-1,0	23,2	21,7	-1,5				27,9	26,9	-1,0	31,4	30,8	-0,6		
ფეხის ზურგზე . . . . .	27,1	25,7	-1,4	23,8	20,8	-3,0				27,2	25,8	-1,4	30,8	29,9	-0,9		
ფეხის გულზე . . . . .	27,3	25,8	-1,5	23,9	20,9	-3,0				27,0	26,0	-1,0	30,9	30,0	-0,9		
წვივზე . . . . .	27,6	26,7	-0,9	23,3	21,9	-1,4				27,6	26,9	-0,7	31,0	30,5	-0,5		
<b>სისხლის წნევა</b>																	
maxima . . . . .	13,5	12,0	-1,5	12,5	10,0	-2,5				12,5	11,5	-1,0	14,5	14,0	-0,5	+2,0	+2,5
minima . . . . .	7,5	7,0	-0,5	7,5	7,5	0				7,0	7,0	0	7,5	7,5	0		
index . . . . .	3,0	2,0	-1,0	2,5	1,0	-1,5				3,0	1,5	-1,5	3,5	2,5	-1,0	+0,5	+1,0

ფარმაკო-დინამიური ცდო	ადრინაღინი				გაზოკონსტ.		პილკარპინი				გაზოდილა-ტატორ.					
	ცდამდე		ცდის 30' შემდეგ		რუქცია		ცდამდე		ცდის 30' შემდეგ		რუქცია					
	შედეგ	აღნიშვნა	შედეგ	აღნიშვნა	შედეგ	აღნიშვნა	შედეგ	აღნიშვნა	შედეგ	აღნიშვნა	შედეგ	აღნიშვნა				
	ს	მ	ს	მ	ს	მ	ს	მ	ს	მ	ს	მ				
<b>კანის ტემპერატ.</b>																
ხელის ზურგზე . . . . .	27,4	26,0	-1,4	25,1	22,1	-3,0	-2,3	-3,9	27,6	26,1	-1,5	3,3	29,4	-0,9	+2,7	+3,3
ხელის გულზე . . . . .	27,2	26,0	-1,2	25,0	22,1	-2,9			27,3	26,0	-1,3	30,1	29,2	-0,9		
წინამხარზე . . . . .	27,8	26,9	-0,9	25,5	23,4	-2,1			27,9	26,7	-1,2	30,4	29,8	-0,6		
ფეხის ზურგზე . . . . .	27,2	25,9	-1,3	24,7	21,9	-2,8			27,2	25,7	-1,5	29,9	28,9	-1,0		
წვივზე . . . . .	27,6	26,7	-0,9	24,9	22,9	-2,0			27,7	26,7	-1,0	30,2	29,7	-0,5		
<b>სისხლის წნევა</b>																
maxima . . . . .	14,0	12,5	-1,5	16,0	14,0	-2,0			13,5	12,0	-1,5	15,0	14,0	-1,0		
minima . . . . .	7,5	7,5	0	8,0	8,0	0			7,5	7,0	-0,5	8,0	8,0	0		
index. . . . .	3,0	2,0	-1,0	2,5	2,0	-0,5			3,0	15,0	-1,5	3,5	2,5	-1,0	+0,5	+1,0



თერმო-დინამიური ცდის შედეგი: ცივი აბაზანით სპონტანურ ასიმეტრიამ—hypothermiohypotensio-მ საგრძნობლად იმატა (ცდამდე—1,3; ცდის შემდეგ—2,9); თბილი აბაზანით კი ასიმეტრია საგრძნობლად შემცირდა (ცდამდე—1,4; ცდისშემდეგ—0,7).

ცივი აბაზანით გაზოკონსტრიქცია უფრო ძლიერია დაავადებულ (-4,8), ვიდრე საღ (-3,2) მხარეზე. თბილი აბაზანა გაზოდილატაციას უფრო იწვევს დაავადებულ (+3,9), ვიდრე საღ (+3,2) მხარეზე.

რამოდენიმე დღის შემდეგ განმეორებითი გამოკვლევამ იგივე შედეგი მოგვცა. (იხილეთ ცხრილი 437 გვ).

ფარმაკო-დინამიური ცდის შედეგი: ადრენალინის კანქვეშ შემზაპუნებით სპონტანურ ასიმეტრიამ—hypothermio-hypotensio-მ საგრძნობლად იმატა (ცდამდე—1,4; ცდის შემდეგ—3,0); პილოკარპინის შემზაპუნებით კი ასიმეტრია საგრძნობლად შემცირდა (ცდამდე—1,5; ცდის შემდეგ—0,9).

ადრენალინის გავლენით გაზოკონსტრიქცია უფრო ძლიერია დაავადებულ (-3,9) ვიდრე საღ (-2,3) მხარეზე; პილოკარპინი გაზოდილატაციას უფრო იწვევს დაავადებულ (+3,3) ვიდრე საღ (+2,7) მხარეზე.

ჩვენ მიერ შესწავლილ 38 პემიპლევგიიდან სიმპათიკური ნერვიულა დაავადების მხგავსი სინდრომით აღინიშნა 24-ჯერ.

**II. სიმპათიკური ნერვიული სისტემის დამბლის სინდრომი.**

ავად. ისტ. № 2699. ტერ-გვი ს. 51 წლ. ხარაზი. შემოვიდა კლინიკაში 1926 წლის 30 დეკემბერს მარცხენა ხელ-ფეხის სიდამბლის ჩივილებით, რომელიც მას ამ სამი თვის წინედ ვახშის შემდეგ სრულიად მოულოდნელად გონების დაკარგვით განვითარებია. დღიდან დაავადებისა კლინიკაში შემოსვლამდე მდგომარეობის გაუმჯობესობას ვერ აღინიშნავს.

მემკვიდრეობა საღი. ბავშვობაში გადაუტანია წითელა და ყვავილი. სამი წლის წინედ დაავადებულა მალარიით და მუცლის ტიფით. ვენერიულ სნეულებას კატეგორიულად უარყოფს. ალკოჰოლს, თამბაქოს ჰკარბად ეტანება.

სომატური ნერვიული სისტემა. ნებისყოფითი მოძრაობა მარცხენა ხელ-ფეხში სრულიად მოსაზობლი აქვს. ზედა კიდურში აღინიშნება პირამიდალური ხასიათის სუსტი ჰიპერტონია. კონტრაქტურებს ადგილი აქვს. თავის ტვინის ნერვებიდან—მარცხენა სახის ნერვის და ენის ქვეშა ნერვის ცენტრალური პარეზი.

დაავადებულ მხარეზე მყესთა რეფლექსები აწუხლია; კანის მოსაზობლია; აღინიშნება Babinski-ს, Rossolimo-ს და Mendelei-Bexterev-ის პათოლოგიური რეფლექსები და ტერფის კლონუსი. დაცვითი რეფლექსები არ აქვს. მგრძნობელობა შენახულია. გუგები თანაბარი, რეაქცია სინათლეზე და აკომოდაციაზე ცოცხალია.

შინგანი ორგანოებიდან გულის ტონები ძალზე მოყრუებული და ვლენთა გადიდებული. სისხლი და ზურგის ტვინის სითხე სუფთა. შარდში ცილას ნაშთი. Diagnosis: Hemiplegia sin.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემა. ავადმყოფის გადმოცემით დაავადებული ხელფეხი მუდამ თბილია. ობიექტურად მარცხენა ხელი არტრომატიული და შემუშებულია; მისი მოცულობა 135 კბ. სანტიმეტრით მეტია მარჯვენაზე. თმის ზრდაში ასიმეტრია არ აღინიშნება.

კანისტემპერატურა და სისხლის წნევა დაავადებულ მხარეზე აწუხლია (hyperthermiohypertensio), ინდექსიც მომატებულია:

კანის ტემპერატურა Tetau-ს ტერმომეტრით.

	საღი მხარე:	დაავად. მხარე:	განსხვავება.
ხელის ზურგზე . . . . .	29,5	32,0	+2,5
გელის გულზე . . . . .	29,6	32,2	+2,6
წინამხარზე . . . . .	30,4	32,6	+2,2
მხარზე . . . . .	31,0	32,9	+1,9
ფეხის გულზე . . . . .	29,6	31,7	+2,1
ფეხის ზურგზე . . . . .	29,9	31,9	+2,0
წვიცზე . . . . .	30,6	32,3	+1,7
ბარძაყზე . . . . .	31,0	32,8	+1,8
სახეზე . . . . .	33,8	34,1	+0,3

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა

ილიის ტემპერატურა 37,1. ოთახის ტემპერატურა 16,0°R.

სისხლის წნევა Pachon-ის აპარატით.

	სალი მხარე:	დავადებული:	განსხვავება:
maxima . . . . .	17,0	9,0	+2,0
minima . . . . .	10,0	10,0	0
index . . . . .	2,5	4,5	+2,0

პილომოტორული რეფლექსები დავადებულ მხარეზე არ იწვევა. პილოკარპინი იწვევს ოფლის დენას მხოლოდ სალ მხარეზე. თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა დავადებულ მხარეზე 3", სალ მხარეზე 5" უდრის, მრავალჯერ წარმოებულ განმეორებითი გამოკვლევებმა იგივე შედეგები მოგვცა (hyperthermia, hypertension, პილომოტორულ რეფლექსები დაქვეითება და ოფლის დენის მოსპობა დავადებულ მხარეზე).

თერმო და ფარმაკო დინამიური ცდებით ვაზომოტორული რეაქცია დაქვეითებულია დავადებულ მხარეზე: (იხ. ცხრილები გვ. 440 და 441).

თერმო და ფარმაკო დინამიური ცდების შედეგი: ცივი აბაზანის და ადრენალინის გავლენით არსებული ასიმეტრია—hyperthermia და hypertension-მ საგრძნობლად იმატა (ცდამდე +2,6; ცდის შემდეგ +4,1), ტემპერატურა ბევრად უფრო დაეცა სალ მხარეზე. თბილი აბაზანით და პილოკაპინით ასიმეტრია თითქმის მოიშალა (ცდამდე +2,6; ცდის შემდეგ -0,2). ერთი სიტყვით, როგორც ვაზოკონსტრიქტორული, ისე ვაზოდილატატორული რეაქცია უფრო ძრიერია სალ მხარეზე.

ჩვენ მიერ შესწავლილი 38 ჰემიპლეგიიდან სიმპათიკური ნერვიული სისტემის მზგავსი ცინდრომით აღინიშნა 14-ჯერ.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა პერიფერიულ ნერვების დაზიანების დროს.

გატარებული იყო დაკვირვებანი პერიფერიული ნერვების სხვადასხვა ხასიათის დავადებთან 22 ავადმყოფზე. მიღებული შედეგების მიხედვით ისინი შეიძლება დავეყოთ სამ ჯგუფად. მოვიყვანოთ თვითული ჯგუფის დამახასიათებელ შემთხვევებს.

1. სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გაღიზიანების ცინდრომი:

ავად. ისტ. № 2753. მ. ჯ-ნი 31 წლის, დურგალი. შემოვიდა კლინიკაში 1927 წლის 1 დეკემბერს მარჯვენა ხელის სისუსტის და ტკივილების ჩივილებით, რომელიც მას ამ 5-6 თვის განმავლობაში სრულიად უმიზნოდ და თანდათანობით განვითარებია.

მემკვიდრეობა სალი; ბავშვობაში გადაუტანარა წითელა და ხუნჯი; სამი წლის წინედ—ფილტვების ანთება და მალარია. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს; ალკოჰოლს და თამბაქოს არ ეტანება.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემა: ნებისყოფითი მოძრაობიდან ძალა დაქვეითებულია მარჯვენა ხელის იდაყვის გაშმლელებში და მაჯის სახსარში; ამავე კიდურის თითებში მოსპობილია ოპოზიცია და ადდუქცია—აბდუქცია. თითქმის მოხრა და გაშლა სრული სიფართით არ სწარმოებს. მარჯვენა ხელის თითების მოძრაობებში აღინიშნება სუსტი ჰიპერტონია; თითების ძალდატანებითი გაშლა მტკივნეულია. ს მთავა კუნთის მყესის და იდაყვის ძლის რეფლექსები დაწეულია; ტენარი და ჰიპოტენარი ატროფიულია დავადებულ მხარეზე. წერილ კუნთების ელექტროგაგზნებულება იძლევა მიოტანურ რეაქციას. სპონტანურ ტკივილების გარდა, რომელნიც ავადმყოფს უძლიერდება მოძრაობის დროს, ადგილი აქვს მტკივნეულ წერტილებს ლავიწზედა და ილიის ფოსოში. ლავიწზედა ფოსოში პალპაციით ისინჯება მორგავლო მოყ ანილობის მაგარი სნეული.

მგრძნობლობის მხრივ ადგილი აქვს ფესობრივი (C 7 და D 1) ხასიათის ანესტეზიას.

კისრის რენტგენოგრაფია იძლევა დამატებითი ნეკნს მარჯვნივ. სისხლისა და ზურგის ტენის სითხის მხრივ არავითარი პათოლოგია. Diagnosis: Plexitis brach. dex. Costa accessoria'



თერმო-დინამიური რეჟიმი	ცოფი (10°R.) აბაზანა				გაზოკონსტრიქტ. რეჟიმი	თბილი (35°R.) აბაზანა				ვაზოდოლ. რეჟიმი				
	აბაზანამდე		აბაზანის 15' შიგ.			აბაზანამდე		აბაზანის 15' შიგ.		ს მ ე რ	დმმმმ			
	დმმმმ	აყმმმ	დმმმმ	აყმმმ		დმმმმ	აყმმმ	დმმმმ	აყმმმ					
	ს მ ე რ	დმმმმ	ს მ ე რ	დმმმმ		ს მ ე რ	დმმმმ	ს მ ე რ	დმმმმ					
კანის ტემპერატ.														
ხელის გულზე . . . . .	28,6	31,2	+2,6	22,2	26,3	+4,1	28,7	31,3	+2,6	32,8	32,6	-0,2	+4,1	+3
ხელის ზურგზე . . . . .	28,5	31,0	+2,5	22,1	26,3	+4,2	28,5	31,1	+2,6	32,6	32,3	-0,3		
წინამზარზე . . . . .	29,4	31,6	+2,2	23,2	27,0	+3,8	29,6	31,6	+2,0	33,1	32,1	-1,0		
ფეხის გულზე . . . . .	28,6	30,7	+2,1	22,9	25,9	+3,0	28,8	30,9	+2,1	32,9	32,0	-0,9		
ფეხის ზურგზე . . . . .	28,7	30,9	+2,2	29,7	32,6	+2,9	28,7	30,8	+2,1	32,7	31,9	-0,8		
წიგზე . . . . .	29,6	31,3	+1,7	30,8	33,3	+2,5	29,7	31,3	+1,6	33,4	32,9	-0,5		
სისხლის წნევა														
maxima . . . . .	17,0	19,0	+2,0	13,0	16,5	+3,5	17,0	19,0	+2,0	20,0	20,5	+0,5	+3,0	+1,5
minima . . . . .	10,0	10,5	+0,5	9,0	9,0	0	11,0	11,0	0	11,5	11,5	0		
index. . . . .	2,5	4,5	+2,0	0,5	3,5	+3,0	3,0	4,5	+1,5	4,5	5,0	+0,5	+1,5	+0,5





ს ი მ პ ა თ ი კ უ რ ი ნ ე რ ვ ი უ ლ ი ს ი ს ტ ე მ ა : დაავადებული ხელი ავადმყოფს ადვილად უცივდება, რაც უძლიერებს ტკივილებს, რის გამოც ის იძულებულია ატაროს ხელთათმანი. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული hypertrichosis და თითების მომზარელობის კონტრაქტურა.

სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსული თმა უფრო გაიზარდა დაავადებულ მხარეზე (რეაქტიული hypertrichosis). პილოკარპინის შესაბამისად უფრო მეტ ოფლის დენას იწვევს დაავადებულ მხარეზე (hyperidrosis). დაავადებული ხელის კანის ტემპერატურა და სისხლის წნევა ოსცილაციით დაქვეითებულია (hypothermio-hypotensio):

კანის ტემპერატურა:	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
შუა თითის ზურგზე . . .	26,4 . . .	24,9 . . .	-1,5
ხელის ზურგზე . . . . .	26,6 . . .	25,2 . . .	-1,4
ხელის გულზე . . . . .	26,5 . . .	25,3 . . .	-1,2
წინა მხარეზე . . . . .	28,9 . . .	28,0 . . .	-0,9

ილღის ტემპერატურა 37,2. ოთახის ტემპერატურა 16,0° R.

სისხლის წნევა Pachon-ის აპარატით.

	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
maxima . . .	13,0 . . .	11,5 . . .	-1,5
minima . . .	7,5 . . .	7,5 . . .	0
index . . . . .	3,5 . . .	2,5 . . .	-1,0

პილომოტორული რეფლექსები უფრო თვალსაჩინოა დაავადებულ მხარეზე. თვით რეაქტორული ხანგრძლივობა დაავადებულ მხარეზე 6", საღ მხარეზე 3", უდრის.

თერმო და ფარმაკო დინამიური ცდებით ვაზომოტორული რეაქცია უფრო ძლიერია დაავადებულ მხარეზე, ე. ი. ცივი აბაზანის გავლენით არსებული სპონტანური ასიმეტრია—hypothermio-hypotensio საგრძნობლად მატულობს (ცდამდე—1,5; ცდის შემდეგ—2,9); თბილი აბაზანებით კი ეს ასიმეტრია საგრძნობლად კლებულობს (ცდამდე—1,7; ცდის შემდეგ—0,7): (იხილეთ ცხრილი გვ. 443).

ცივი აბაზანის დროს ავადმყოფი აღინიშნავს ტკივილების მომატებას; თბილ აბაზანით კონტრაქტურა კლებულობს და არც ტკივილები აღინიშნება

კონტრალატერალური ვაზომოტორული რეაქცია ცივ აბაზანით უფრო გამოხატულია დაავადებულ მხარეზე: სალი ხელის ცივი აბაზანა იწვევს დაავადებულ მხარეზე თვალსაჩინო hypothermio-ს (-1,1) ვიდრე დაავადებულ ხელის ცივი აბაზანა საღ მხარეზე (-0,4). თბილ აბაზანით კონტრალატერალური რეაქცია დაავადებულ მხარეზე უარყოფითია; საღ მხარეზე დადებითია: სალი ხელის თბილი აბაზანა დაავადებულ მხარეს კანის ტემპერატურაზე არ მოქმედობს; დაავადებულ ხელის თბილი აბაზანა იწვევს საღ მხარეზე ვაზოდილატაციას (+0,5).

კიდურების პერიფერიული ნერვების სხვადასხვა ხასიათის დაავადებია 22 ავადმყოფიდან სიმპატიკური ნერვული სისტემის სპაზმის სინდრომით აღინიშნა 10; ამოთში plexitis brach. 5; paral. n. ulnaris 2; paral. n. radialis 1; paral. n. mediani 2.

II. ს ი მ პ ა თ ი კ უ რ ი ნ ე რ ვ ი უ ლ ი ს ი ს ტ ე მ ი ს და მ ბ ლ ი ს ს ი ნ დ რ ო მ ი :

ამბულ. № 493. გ. ბანი 21 წლ. მიწის მუშა, მოვიდა ამბულატორიაში 1927 წლის 15 ოქტომბერს მარცხენა ხელის მოძრაობის მოშლის ჩივილებით, რომელიც მას ოთხი თვის წინედ ქინაქინის მკლავში შესაბამისების შემდეგ განვითარებია. დაავადებ ს პირველ ხანებში ავადმყოფს ხელი ძლიერ უზურდა და ტუნდა. ამბულატორიაში მოსვლისას ტკივილები არ აქვს.

მემკვიდრეობა სალი. ბავშვობაში არავითარი ინფექციური სნეულებანი. ამ ბილო ხანებში დაავადებულა მალარიით. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს.



ლორმოღინამოუ- ური ცდა	ცევი (10° K) აბაზანა						ვაზოკონსტრუქცია			თბილი 40° K) აბაზანა			ვაზოდოლა-ტორული რეაქცია			
	აბაზანამდე			15, შემდგ			რეაქცია			აბაზანამდე			15, შემდგ		საღე	'გმბლნილმ
	საღე	'გმბლნილმ	ისაყმესიე	საღე	'გმბლნილმ	ისაყმესიე	საღე	'გმბლნილმ	ისაყმესიე	საღე	'გმბლნილმ	ისაყმესიე	საღე	'გმბლნილმ		
															საღე	'გმბლნილმ
კანის ტემპე- რა ტურა	26,4	24,9	-1,5	22,2	19,3	-2,9	-2,2	-3,6	26,4	24,7	-1,7	29,0	28,3	-0,7	+2,6	+3,6
შეათიის ზურ- ბე . . . . .	26,5	25,3	-1,2	22,8	20,1	-2,7	-	-	26,5	25,1	-1,4	30,3	29,8	-0,5	-	-
სისხლის წნევა	13,0	11,5	-1,5	12,0	10,0	-2,0	-1,0	-1,5	13,0	12,0	-1,0	14,5	14,0	-0,5	+1,5	+2,0
maxima . . . . .	7,0	7,0	0	7,0	6,5	-0,5	-	-	8,0	7,5	-0,5	8,5	8,5	0	-	-
minima . . . . .	3,5	2,5	-1,0	3,0	1,0	-2,0	-0,5	-1,5	3,5	2,5	-1,0	4,5	4,0	-0,5	+1,0	+1,5



სომეტიური ნერვიული სისტემა: ნებისყოფითი მოძრაობიდან მარცხენა იდაყვის სახსრის, მაჯის და პირველ ფალანგების გაშლა სრულიად მოსპობილია. სხივის ნერვის საინერვაციო კუნთების (m. m. triceps, supin. long., extensor dig. com.) ელექტროლგუნებულება იძლევა სრულ გადაგვარების რეაქციას. სამთავა კუნთის მესხის რეფლექსი მოსპობილია. ყოველგვარი მგრძნობელობა მოსპობილია მარცხენა ხელის მტევნის ზურგზე ცერისაკენ—პერიფერიულ ტიპის ანესტეზია.

სისხლი სუფთა. Diagnosis: paral. n. radialis sin.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემა: დაავადებული ხელის კანი მშრალი, ციანოტიური და ცოტა შეშუპებულიც არის. თმის ზრდაში რაიმე ასიმეტრია არ აღინიშნება. სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსული თმა თანაბრად გაიზარდა ორთავე მხარეზე. პილოკარპინის შეშხაპუნება ოფლის დენას არ იწვევს მხოლოდ დაავადებულ ხელის მტევნის ზურგზე. პილომოტორული რეფლექსები არ იწვევა დაავადებულ მხარეზე. კანის ტემპერატურა და სისხლის წნევა კი მეტია დაავადებულ მხარეზე:

კანის ტემპერატურა:	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
ხელის ზურგზე . . . .	24,8 . . . .	26,3 . . . .	+1,5
შუა თითის ზურგზე . . . .	24,7 . . . .	26,4 . . . .	+1,7
ხელის გულზე . . . .	25,3 . . . .	26,7 . . . .	+1,4

სისხლის წნევა Paekon-ით:

	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
maxima . . . .	12,5 . . . .	14,0 . . . .	+1,5
minima . . . .	8,0 . . . .	8,5 . . . .	+0,5
index . . . .	1,0 . . . .	2,5 . . . .	+1,5

ცივი აბაზანის და ადრენალინის გავლენით არსებულ ასიმეტრიამ საგრძნობლად იმატა (ცდამდე +1,5; ცდის შემდეგ +3,6), ტემპერატურა ბევრად უფრო დაეცა საღ მხარეზე. თბილ აბაზანით და პილოკარპინით ასიმეტრია თითქმის მოიშალა. ვაზომოტორული რეაქცია (როგორც კონსტრიქტორული, ისე დილატატორული) დაქვეითებულია დაავადებულ მხარეზე: (იხილეთ ცხრილები 44, 44b გვ.).

კონტრალატერალური ვაზომოტორული რეფლექსი ცივი აბაზანი შემდეგ დადებითია საღ მხარეზე და უარყოფითია დაავადებულზე. დაავადებულ ხელის ცივი აბაზანი საღ მხარეზე იწვევს hypothermi-ს (-0,6), საღ ხელის ცივი აბაზანი კი დაავადებულ მხარეს ვაზომოტორებზე არ მოქმედობს. თბილ აბაზანით კონტრალატერალური რეფლექსი უფრო გამოხატულია საღ მხარეზე: დაავადებული ხელის თბილი აბაზანი იწვევს საღ მხარეზე უფრო თვალსაჩინო hyperthermi-ს (+0,9), ვიდრე საღი ხელის თბილი აბაზანი დაავადებულ მხარეზე (+0,4).

ავადმ. № 524. გ. ბ.—ძე 38 წლის, მიწის მუშა. შემოვიდა კლინიკაში მარცხენა ხელის მოძრაობის მოშლის ჩივილებით 1927 წლის 14 მარტს. აღნიშნული მოვლენები მას განვითარება ერთი თვის წინედ მკლავის შემთხვევით მიღებულ ქროლოზის გამა. დაავადების პირველ ხანებში ძლიერ ტკივილებს ჰქონდა ადგილი. კლინიკაში შემოსვლისას ოდნავი ტკივილებს აღნიშნავს და ისიც დაავადებული ხელის მოძრაობის დროს.

მემკვიდრეობა სალი. ბავშვობაში წითელა, ყვავილი და ყივანი ხველა. მოზრდილობაში მუცლის ტიფი და მალარია. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს. ალკოჰოლს ეტანება. თამბაქოს არ ეწევა.

სომეტიური ნერვიული სისტემა. ნებისყოფი მოძრაობიდან სრულიად მოსპობილია თითების პირველ ფალანგებში გაშლა; თითების მოხვრა სწარმოებს სრული სიფართით, მხოლოდ ძალა ძლიერ დაკლებულია. მაჯის მოძრაობა ძალზე შეზღუდულია, ძალაც საკმაოდ დაკლებულია. იდაყვის გაშლა და მოხვრა შენახულია ძალისა და სიფართის მხრივ.





ფარმაკო-დინამი- ური ცდა	Adrenalinum				გასოკონსტ. რეაქცია		Pilocarpinum				ვაზოთოლა- ტატორული რეაქცია					
	შეშაპუნებადამდე		30' შემდეგ		რეაქცია	რეაქცია	შეშაპუნებადამდე		30' შემდეგ		რეაქცია	რეაქცია				
	საღე	დემინელი	საღე	დემინელი			საღე	დემინელი	საღე	დემინელი						
	საღე	დემინელი	საღე	დემინელი	საღე	დემინელი	საღე	დემინელი	საღე	დემინელი	საღე	დემინელი				
კანის ტემპე- რატურა																
შუა თითის ზურ- გე . . . . .	24,3	26,1	+1,8	22,1	25,2	+3,1	-2,2	-0,9	24,5	26,0	+1,5	26,9	27,0	+1,1	+2,4	+1,0
ბელის გულზე .	24,0	25,1	+1,1	21,9	24,8	+2,9			24,1	25,4	+1,3	26,5	26,5	0	0	0
სისხლის წივი																
Maxima . . . .	12,5	14,0	+1,5	10,5	12,5	+2,0	-2,0	-1,5	12,0	14,0	+2,0	14,0	14,5	+0,5	+2,0	+0,5
index . . . . .	2,0	3,5	+1,5	0,5	2,5	+2,0	-1,5	-1,0	2,0	3,0	+1,0	4,0	4,0	0	+3,0	+1,0

სხივის და იდაყვის ძვლის რეფლექსები მარცხნივ დაქვეითებულია. მგრძობელობა მოშლილია სხივის ნერვის საინერვაციო არეში—ხელის მტევნის ზურგზე ცერისაკენ (პერიფერიული ხასიათის ანესტეზია).

პარეტული კუნთების ელექტრო-ალბნებულება იძლევა სრული გადაგვარების რეაქციას. სისხლის და ზურგის ტვინის სითხის მზრივ არავითარი პათოლოგია. შარდში შაქარი და ცილა absent. Diagnosis: Paralysis n. radialis traumatica.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემა. დაავადებული ხელი ციანოტიურია, კანი მშრალი და აქერწილია. დაავადებულ მხარეზე ადგილი აქვს მკაფიოდ გამოხატულ hypertrichosis-ს. სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსული თმა შედარებით სუსტად გაიზარდა და დაავადებულ ხელის საჩვენებელ და შუა თითის პირველ ფალანგის ზურგზე, დანარჩენ ადგილებზე კი თანაბრად გაიზარდა. პილომოტორული რეფლექსები სრული და არ იწვევა სხივის ნერვის საინერვაციო არეში და საერთოდ დაავადებულ მხარაზე ძლიერ ცუდად იწვევა.

პილკარპინით ოფლის დენას რაიმე განსჯევება არ ეტყობა—ორთავე მხარეზე თითქმის თანაბარია. კანის ტემპერატურა და სისხლის წნევა ცოტა დაქვეითებულია დაავადებულ მხარეზე, (hypotensio-hypothermia), ოსცილაცია კი ცოტა მეტია.

კანის ტემპერატურა:	სალი ხელი:	დაავ.დ. ხელი:	განსხვავება:
შუა თიდის ზურგზე . . .	24,8 . . .	23,9 . . .	-0,9
ხელის გულზე . . .	25,0 . . .	24,2 . . .	-0,8
მტევანზე . . . . .	25,7 . . .	24,7 . . .	-1,0

იღლის ტემპერატურა 36,9, ოთახის ტემპერატურა 15° R.

სისხლის წნევა Pachon-ით.

	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
maxima . . .	13,5 . . .	13,0 . . .	-0,5
minima . . .	7,0 . . .	7,0 . . .	0
index . . . . .	3,0 . . .	3,5 . . .	+0,5

ცივი აბაზანის ზეგავლენით კანის ტემპერატურა უფრო დაეცა საღ მხარეზე; თბილ აბაზანით კი ტემპერატურა თითქმის გათანაბრდა ორივე მხარეზე.

როგორც ვაზოკონსტრიქტორული, ისე ვაზოდილატატორული რეაქცია დაწეულია დაავადებულ მხარეზე; (იხილეთ ცხრილი 448 გვ.).

კონტრალატერალური ვაზომოტორული რეფლექსი ცივი აბაზანით დადებითია საღ მხარეზე და უარყოფითია დაავადებულზე; თბილი აბაზანით კი უფრო დადებითია საღ მხარეზე, ე. ი. დაავადებულ ხელის ცივი აბაზანა საღ მხარეზე იწვევს hypothermia-ს (-1,7), სალი ხელის ცივი აბაზანა დაავადებულ ხელის ვაზომოტორებზე არ მოქმედობს. დაავადებული ხელის თბილი აბაზანა კი იწვევს საღ მხარეზე უფრო თვალსაჩინო hyperthermia-ს (+0,8), ვიდრე სალი ხელის თბილი აბაზანა დაავადებულ მხარეზე (+1,3).

კიდურების პერიფერიულ ნერვების სხვადასხვა ხასიათის დაავადებთან 22 ავადყოფიდან სიმპათიკური ნერვიული სისტემის მზგავსი (დამბლის) სინდრომით აღინიშნა 9; ამათში plexitis brach. 3; paral. n. ulnar. 3; paral. n. radialis 3; paral. n. mediani 1.

III. შერეული სინდრომი

ავად. ისტ. № 3446. ა. ტ—ნი, 22 წლის, მოსამსახურე. შემოვიდა კლინიკაში 1926 წლის 27 დეკემბერს მარჯვენა ხელის მოძრაობის მოშლის და ჩხვლექითი ხასიათის ტკივილების ჩივილებით, რომელნიც მას ერთი თვის წინედ ავტომობილიდან გადმოვარდნის შემდეგ განვითარებია.

მემკვიდრეობა სალი; ბავშვობაში—წითელა, ყივანა ხველა და მაღარია; ორი წლის წინედ მუცლის ტიფი. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს. ალკოჰოლს და თამბაქოს არ ეტანება.



თარიღი-დინამი-ური ცლა	100 R აბაზანა						ვაზოკონსტ. რეაქცია		400 R აბაზანა				ვაზოდოლა-ტაქტიკა რეაქცია			
	აბაზანამდე			15' შემდეგ			სამყ	დინამიკა	აბაზანამდე		15' შემდეგ		სამყ	დინამიკა		
	სამყ	დინამიკა	დინამიკა	სამყ	დინამიკა	სამყ			დინამიკა							
	სამყ	დინამიკა	დინამიკა	სამყ	დინამიკა	სამყ	დინამიკა	სამყ	დინამიკა	სამყ	დინამიკა					
კანის ტემპე-რატურა	24,8	23,9	-0,9	19,7	20,2	+0,5	-5,1	-3,7	24,5	23,8	-0,7	27,8	26,7	-1,1	+3,3	+2,9
შუა თითის ზურ-გუ . . . . .	25,0	24,2	-0,8	20,8	21,7	+0,9			24,8	24,3	-0,5	28,9	28,3	-0,6		
ბელის გულზე	25,7	24,7	-1,0	21,5	22,1	+0,6			25,7	24,9	-0,8	29,8	29,1	-0,7		
მტერებზე																
სისხლის წნევა																
maxima . . . . .	13,5	13,0	-0,5	11,5	12,0	+0,5	-2,0	-1,0	13,5	12,5	0,5	15,0	14,0	0	+2,0	+1,5
minima . . . . .	7,0	7,0	0	7,0	7,0				7,0	7,0	0	8,5	8,5	0		
index . . . . .	3,5	3,0	-0,5	1,0	1,5	+0,5	-2,5	-1,5	3,5	3,0	-0,5	5,0	4,0	0	+1,5	+1,0



სომატიური ნერვიული სისტემა: ნებისყოფითი მოძრაობა მარჯვენა ხელის ყველა სახსრებში სრულიად მოსპობილია; თითები გაშლილი და ცოტათი ურთიერთ დაშორებულია. ყოველგვარი პასიური მოძრაობა ძალზე მტკივნეულია. ორთავა, სამთავა კუნთთა მყესის და სხივის და იდაყვის ძვლის რეფლექსები დაავადებულ მხარეზე მოსპობილია. *M. m. deltoideus, biceps, supinator long., infraspinatus* და *supraspinatus* ატროფიულია; მათი ელექტროაღზნებულება იძლევა ნაწილობრივი გადაგვარების რეაქციას.

მგრძობელობის მხრივ ფესობრივი გავრცელების (CS—C6) გლობალური ანესტეზია. შინაგან ორგანოები ფიზიოლოგიურ ფარგლებშია. *Plexiis brach. dextra traum (super)*.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემა: ავადმყოფს დაავადებული ხელი ძლიერ უხურს და ჩხვლევს. ხელის გულის გარეთა ნაწილი უფრო ვარდის ფერი და სქეულია; შიგნითა კი მშრალი და აქერცლილია; დაავადებული ხელი ცოტა შემუშებულა. დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული *hypertrichosis*. სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსული თმა პირველ ხანებში უფრო გაიზარდა დაავადებულ მხარეზე; ბოლოს კი ზრდა დაავადებულ მხარეზე ჩამორჩა და გაასწრო საღ მხარემ.

პილომორტორული რეფლექსები არ იწყება დაავადებულ მხარეზე. პილოკარპინი იწყვეს ოფლის გაძლიერებულ დენას მხოლოდ დაავადებულ ხელის გულზე და წინამხრის ქვემო მესამედის შიგნითა ზედაპირზე.

კანის ტემპერატურა დაავადებულ მხარეზე ალაგ მეტია (ხელის გარეთა ნაწილის) და ალაგ, პირიქით, ნაკლებია (ხელის გულის შიგნითა ნაწილი და წინამხარი).

კანის ტემპერატურა:	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
ხელის გულზე . . .	26,0 . . .	28,3 . . .	+2,3
ჰიპოტენარზე . . .	25,9 . . .	24,0 . . .	-1,9
ტენარზე . . . . .	25,8 . . .	26,9 . . .	+1,1
წინამხარზე . . . . .	27,1 . . .	24,7 . . .	-2,4

სისხლის წნევა მეტია დაავადებულ მხარეზე (+1,5); ინდექსიც აწეულია (+0,5). ვაზომორტორული რეაქცია ძლიერია დაავადებულ ხელის გულზე და სუსტია ხელის ზურგზე და წინამხარზე. გამოდენიმივეურ განმეორებითი გამოკვლევებამ იჩივე შედეგები მოგვცა.

კიდურების პერიფერიულ ნერვების სხვადასხვა ხასიათის კავადებიან 22 ავადმყოფიდან სიმპათიკური ნერვიული სისტემის მზგავსი (შერეული; სინდრომით აღინიშნა 3, ამათში *plexitis brachial*; *paral. n. radial-s* და *paral. n. uluaris*).

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობა რეფლექტორულ სინდრომის დროს:

გატარებული იყო დაკვირვებანი კიდურების დაზიანების ე. წ. რეფლექტორულ სინდრომიან 12 ავადმყოფზე. ყველა შემთხვევაში აღინიშნა სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობის შეცვლა გალიზიანების (საზმის) სასარგებლოდ. ერთი ასეთი შემთხვევა ოპერატიულ ჩარევით მიღებულ შედეგების გამო ცალკე იყო აღწერილი<sup>1)</sup>.

ავად. № 37. ა. ყ-ლი 48 წლის, მიწის მუშა, შკოივდა კლინიკაში 1927 წლის 7 იანვარს მარჯვენა ხელის მტევანის და თითების მოძრაობის მოშლის და ცივ დღეში ტკივილების გამო. აღნიშნული მოვლენები მას ორი თვის წინედ მიღებულ მაჯის კანის კრილობის შემდეგ განვითარებია.

მემკვიდრეობა სალი; ბავშვობაში წითელა, ყვიანახველა და ყვავილი; ამ ბოლო ხანებში მაღარია; ენერგიულ სნეულებას უარყოფს; ალკოჰოლს და თამბაქოს ეტანება.

<sup>1)</sup> დოც. სვ. ყიფშიძე და ექ. ალ. რუხაძე. ზედა-კიდურის სიმპათ. ნერვ. სისტ. საზმის სინდრომი და *Leriche*-ის ოპერაციის შედეგები ამ სინდრომის დროს. თანამედროვე მედიცინა № 8. 1926 წ.



სომხეთური ნერვული სისტემა: დაავადებულ ხელის მტევანი და თითები მოხრილია ხელის გულისაკენ; თითები მოხრილია აგრეთვე ფალანგთა შუა სახსრებში და მიკრულია ერთმა. ნეთზე; ყოველგვარი ნებისყოფითი მოძრაობანი, გარდა თითების ოდნავი მოხრა-გაშლისა, სრულიად მოსპობილია. პასიური მოძრაობანი ძალზე მტკივნეულია. თითები ძალდატანებითი გაშლის შემდეგ კვლავ პირვანდელ მდგომარეობას უბრუნდებიან. სხივის და იდაყვის ძლის რეფლექსები დაქვეითებულია. დაავადებულ ხელის წვრილ კუნთების ელექტრო-ალგზნებულება ოდნავ აწეულია, შეკუმშვა გაკიანურებულია. მგრძობელობა შენახულია.

შინაგან ორგანოებიდან-- გულის ტონები მოყრუებულია, სისხლი და ზურგის ტენის სითხე სუფთაა.

Diagnosis: *Acrocontractura dex. reflect.*

სომხეთიკური ნერვული სისტემა: ავადმყოფის გადმოცემით დაავადებულ ხელი მუდმივ ცივია, რის გამოც ის ძვლებულია ატაროს ხელთათმანი; ობიექტიურად დაავადებული ხელი ცივი და ციანოტიურია. ხელის გულის კანი უფრო სქელი და აქერცლილია; ხელის ზურგის კანი ნაკლებ ნაოკებიანია და გადაკიმულია სახსრებზე და ძვლებზე. დაავადებულ ხელის ზურგზე აღინიშნება მკაფიოდ გამოხატული hypertrichosis. სიმეტრიულ ადგილებზე ერთდროულად მოპარსული თმა თითქმის თანაბრივად გაიზარდა ორთავე მხარეზე. პილომოტორული რეფლექსები უფრო ადვილად იწვევა დაავადებულ მხარეზე.

თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა მარჯვნივ 7", მარცხნივ 4" უდრუს პილოკრაპინი იწვევს უფრო გაძლიერებულ ოფლის დენას დაავადებულ მხარეზე.

კანის ტემპერატურა და სისხლის წნევა ოსცილაციით დაქვეითებულია დაავადებულ მხარეზე (hypothermio-hypotensio).

კანის ტემპერატურა:	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
შუა თითის ზურგზე . . . . .	27,4	25,3	-2,1
შუა თითის ფუძეზე . . . . .	27,5	25,5	-2,0
ხელის გულზე . . . . .	26,9	24,8	-2,1
წინა მხარეზე . . . . .	28,8	28,1	-0,7
სახეზე . . . . .	33,0	33,0	0

იღლიის ტემპერატურა 36,9. ოთახის ტემპერატურა 14°R.  
სისხლის წნევა Pachon-ის აპარატით.

	სალი ხელი:	დაავად. ხელი:	განსხვავება:
maxima . . . . .	13,0	12,0	-1,0
minima . . . . .	7,0	7,0	0
index . . . . .	3,5	2,5	-1,0

თერმო და ფარმაკოდინამიური ცდებით ვახომოტორული რეაქცია უფრო ძლი რია დაავადებულ მხარეზე, ე. ი. ცივი აბაზანით და ადრენალინის გავლენით არსებული სპონტანური ასიმეტრია საგრძობლად მატულობს; თბილ აბაზანით და პილოკრაპინით კი საგრძობლად კლებულობს: (იხილე ცხრილები 451, 452 გვ.).

კონტრალატერალური ვახომოტორული რეაქცია ცივ აბაზანით უფრო გამოხატულია და ავადებულ მხარეზე; სალი ხელის ცივი აბაზანა იწვევს დაავადებულ მხარეზე უფრო თვალსაჩინო hypothermio-ს (-0,9), ვიდრე დაავადებულ ხელის ცივი აბაზანა სალ მხარეზე (-0,3). თბილ აბაზანით დაავადებულ მხარეზე რეაქცია უარყოფითია და სალ მხარეზე დადებითია. სალი ხელის თბილი აბაზანა დაავადებულ ხელის კანის ტემპერატურაზე არ მოქმედობს; დაავადებულ ხელის თბილი აბაზანა იწვევს სალ მხარეზე ვახოდილატაციას (+0,5).



თერმო-დინამოური ცედა	ცივი (10°C) აბაზანა						თბილი (40°C) აბაზანა						გაზიდილატატიან. რეაქცია												
	აბაზანამდე			15' შემდგ			აბაზანამდე			15' შემდგ			საღი	შელიდ											
	საღი	შელიდ	დსკდმედიც	საღი	შელიდ	დსკდმედიც	საღი	შელიდ	დსკდმედიც	საღი	შელიდ	დსკდმედიც													
	27,5	25,5	-2,0	24,1	21,4	-2,7	27,4	25,3	-2,1	29,0	28,1	-0,9	27,5	25,3	-2,2	28,5	27,8	-0,7	29,4	28,7	-0,7				
კანის ტემპერატ.	27,5	25,5	-2,0	24,1	21,4	-2,7	27,4	25,3	-2,1	29,0	28,1	-0,9	27,5	25,3	-2,2	28,5	27,8	-0,7	29,4	28,7	-0,7	+1,6	+2,8		
შუა თითზე . . . . .																									
ხელის გულზე . . . . .																									
წინა მხარზე . . . . .																									
სისხლის წნევა	13,0	12,0	-1,0	12,5	11,0	-1,5	13,0	12,0	-1,0	14,0	13,5	-0,5	13,0	12,0	-1,0	14,0	13,5	-0,5	14,0	13,5	-0,5	+1,0	+1,5		
maxima . . . . .																									
minima . . . . .	7,0	7,0	0	8,0	8,0	0	7,0	7,0	0	8,5	8,0	0	7,0	7,0	0	8,5	8,0	0	4,0	3,5	-0,5	+0,5	+1,5		
index . . . . .	3,5	2,5	-1,0	3,0	1,5	-1,5	3,5	2,5	-1,0	4,0	3,5	-0,5	3,5	2,5	-1,0	4,0	3,5	-0,5	4,0	3,5	-0,5	+0,5	+1,5		



ფარმაკო- დინამიური 'ცდა	Adrenalini				ვაზოკონსტ- როქტ. რეა- ქცია		Pilocarpini				ვაზოდლა- ტატ. რეაქცია					
	შეზაბუნებამდე		30' შემდეგ		ამელი	ბზინი	შეზაბუნებამდე		30' შემდეგ		ამელი	ბზინი				
	ამელი	ბზინი	საყრდენი	ბზინი			საყრდენი	ბზინი								
კანის ტემპერატ.																
შუა თითზე . . .	27,2	25,3	-1,9	23,0	20,3	-2,7	-3,2	-5,0	27,3	25,3	-2,0	30,4	29,6	-0,8	+3,1	+4,3
ხელის გულზე . .	26,6	24,6	-2,0	22,7	19,8	-2,9			26,8	28,9	-1,9	29,9	29,0	-0,9		
წინა მხარზე . . .	27,6	26,5	-1,1	24,8	21,7	-2,1			27,6	26,5	-1,1	31,2	30,5	-0,7		
სისხლის წიგნა																
maxima . . . . .	13,0	12,0	-1,0	12,0	10,5	-1,5	-1,0	-1,5	13,0	12,0	-1,0	15,0	14,5	-0,5	+2,0	+2,5
minima . . . . .	7,0	7,0	0	7,0	7,0	0			7,5	7,0	-0,5	8,0	8,0			
index . . . . .	3,5	2,5	-1,0	2,5	1,0	-1,5	-1,0	-1,5	3,5	2,5	-1,0	4,5	4,5	-0,5	+1,0	+1,5

მიღებული შედეგების ინტერპრეტაცია.

როგორც ზემოთ ნათქვამი იყო, სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობის გამოსარკვევად ჩვენს მიერ გათვალისწინებული და შესწავლილი იყო Tetau-ს თერმომეტრის, Pachon-ის აპარატის და თერმო და ფარმაკო-დინამიური ცდების საშუალებით გაზომობრთა, როგორც სპონტანური, ისე რეაქტიული ასიმეტრია. კანის ტემპერატურა იცვლება იმისდა მიხედვით, თუ როგორია სისხლის მიმოქცევა კიდურში. რაც უფრო მეტი სისხლი გაედის კანის ქვეშ, მით უფრო თბილია კანი და პირიქით. ეს უკვე დიდი ხანია ექსპერიმენტალურადაც დამტკიცებულია Claude-Bernard-ის მიერ შინაურ კურდღლებზე კისრის სიმპათიკუსის გადაჭრით და ყურის სისხლის, ძარღვების დაკვირვებით.

ჩვენს შემთხვევაშიც სწორედ სისხლის ძარღვების სანათურის დაეწროვებით ავსენით ტემპერატურის დაქვეითება—Hyrothermio—დაავადებულ მხარეზე. ამისთვის ჩვენ გვქონდა შემდეგი საბუთი: Pachon-ის აპარატი გვიჩვენებდა დაავადებულ მხარეზე სისხლის მაქსიმალურ წნევის დაწევას და ოსცილაციის (ინდექსის) დაკლებას. ინდექსის დაკლება თავის მხრივ ნიშნავს სისხლ-ძარღვთა კედლის ამპლიტუდის შემცირებას და ეს უკანასკნელი კი სისხლ-ძარღვთა ან სკლეროტიული მდგომარეობის ან და მათი კედლის სპაზმის შედეგია. სკლეროტიული მოვლენებისათვის საბუთი არ იყო. მაშასადამე ჩვენ ვიგულისხმებთ სისხლ-ძარღვთა კედლის სპასტიური მდგომარეობა.

ფარმაკო-დინამიური და თერმოდინამიური ცდებიც ამაშივე გვარწმუნებს. აღრენალინი უფრო ავიწროვებს დაავადებულ მხარეს—სისხლის ძარღვებს; პილოკარპინი უფრო აფართოვებს სალი მხარესას, რადგან სისხლ-ძარღვთა კედლები და დაავადებულ მხარეზე უკვე სპასტიურ მდგომარეობაშია. გარდა ამისა ექზოგენურ (ცივი და თბილი აბაზანა) გაზომობრთული რეაქცია უფრო თვალსაჩინოა დაავადებულ მხარეზე. სკლეროტიული არტერია ამ მოვლენებს ვერ მოგვეცემდა.

მაშასადამე, ჩვენ მიერ მიღებული hypothermio-hypotensio ექზოგენურ ფაქტორებზე მკვეთრი გაზომობრთული რეაქციით, დაავადებულ მხარეს არტერიების სპასტიური მდგომარეობის ანუ სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გალიზიანების შედეგია.

სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ბოკჯოე'ის დამბლა იძლევა სისხლ-ძარღვთა სანათურის გაფართოვებას სისხლის მაქსიმალური წნევის აწევას (hypertensio) მაღალი ოსცილაციით, და კანის ტემპერატურის მომატებას (hyperthermio) დაავადებულ მხარეზე. ამ დროს გაზომობრთული რეაქცია უფრო თვალსაჩინოა სალ მხარეზე, რადგან დაავადებულ მხარეს სისხლ-ძარღვთა კედლები უკვე პარალიტიურ მდგომარეობაშია. აღრენალინიც უფრო სალ მხარეს ავიწროვებს.

სისხლ-ძარღვთა სადა კუნთები ცირკულატორულია და მათი გალიზიანება ყოველთვის იწვევს სანათურის დაეწროვებას. მაშასადამე, ვაზოკონტრიქცია თუ აქტიური პროცესია და სიმპათიკუსის გალიზიანების შედეგია, სისხლ-ძარღ-

ვთა სანათურის გაფართოვება კი ცირკულიარული კუნთების პასიურ მოდუნებით უნდა აიხსნას. სიმპატიკური ვაზოდილატატორების არსებობა დადასტურებული არ არის (Lengley<sup>1)</sup>, Schiff<sup>2)</sup>).

აღსანიშნავია, რომ სიმპათიკური ბოკკოების დამბლის დროს უფრო დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს არა ტემპერატურის და სისხლის წნევის სპონტანურ ასიმეტრიას, არამედ უფრო ვაზომოტორულ რეაქციას ეკზოგენურ ფაქტორებზე. მართლაც, ზოგიერთ ჩვენს შემთხვევებში, მიუხედავად იმისა რომ ადგილი ჰქონდა სპონტანურ hypothermia - hypotensio-ს, ვაზომოტორულმა რეაქციამ და სხვა ცდებმაც, სპაზმის ნაცვლად, დამბლის სინდრომი მოგვცა.

Glaude-Bernard-ის, Goltz-ის, Vulpian-ის, Schiff-ის, Рау-МОВСК-ის და სხვათა მრავალრიცხოვანი დაკვირვების შემდეგ<sup>3)</sup> უდავოა, რომ სიმპათიკუსის გადაჭრით გაფართოებული სისხლ-ძარღვთა სანათური რამოდენიმე ხნის შემდეგ (პრეგანგლიონალური უფრო ადრე, პოსტ-განგლიონალური უფრო გვიან—Boshamer-ი 1925 წ.) თანდათანობით იბრუნებს თავის პირვანდელ ყალიბს და ზოგჯერ კიდევაც უფრო ვიწროვდება. ამიტომ სიმპათიკუსის დამბლის სინდრომისათვის არა მარტო სპონტანურ ასიმეტრიას, არამედ ვაზომოტორულ რეაქციას აქვს დიაგნოსტიკური ღირებულება.

რაც შეეხება თმის ზრდას—hypertrichosis და კუნთების კონტრაქტურას, აქის შესახებ თანამედროვე ლიტერატურა არ იძლევა გარკვეულ აზრს, რომელზედაც ჩვენ შეგვიძლო დავეყარებოდა ჩვენი ინტერპრეტაცია, მაგრამ ჩვენი დაკვირვებანი, სადაც სიმპათიკური სისტემის სპაზმის სინდრომი ხშირად დართულია თმის ზედმეტი ზრდით და კონტრაქტურებით, ნებას გვაძლევს ვიფიქროთ, რომ hypertrichosis და კონტრაქტურა (ზოგჯერ) სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გაღიზიანების ანუ სპაზმის შედეგია. ნაწილობრივ ამასვე ადასტურებს Royal-ის ramisectio კონტრაქტურების მოსასპობად.

გარდა ამისა, თვით თმის ზრდაში ჩვენ ვარჩევთ სპონტანურ (თანაბარი ადგილების თმის ზრდის ასიმეტრია) და რეაქტულ hypertrichosis-ს (თანაბარი ადგილების ერთდროულად მოპარსულ თმის ზრდის შემდეგი ასიმეტრია). თუ პირველი მხოლოდ ძველ ირიტაციის მაჩვენებელია, მეორე მოწმობს, რომ გაღიზიანებას ეხლაც აქვს ადგილი.

წინააღმდეგ M. Willaret-ს<sup>4)</sup> დაკვირვებისა, მარტო თმის ზრდის გათვალისწინებას ნერვის გადაჭრის სემიოლოგიაში დიაგნოსტიკური ღირებულება არა აქვს. შეიძლება ნერვი გადაჭრილი იყოს ანატომიურად, მაგრამ მისი პერიფერიული ნაწილის ირიტაცია, ვიდრე მასში დეგენერატიული პროცესი განვითარდებოდეს, სპონტანურ hypertrichosis-ის წარმოშობს, რომელიც შემდეგში შეიძლება აქტიური hypertrichosis-ითაც კი შეიცვალოს. ჩვენ გვქონდა შემთხვე-

1) Langley. Автономная нервная система. 1925.

2) Schiff. Das autonome Nervensystem. 1926.

3) Мелихов. Инервация кровеносных сосудов. Новая хирургия № 8, 9 и 10. 1927.

4) M. Willaret. L'Hypertrichose. Revue neurol. 1925.

ვები, სადას ქირურგიული ჩარევის დროს დადასტურებულ ნერვის (სხივის, საჯ-ლომი) გადაჭრას თან ახლდა hypertrichosis.

გადამეტებული ოფლის დენა — hyperidrosis-ი და პალ მოტორული რეფ-ლექსების გაძლიერება ცხადია სიმპათიკური ნერვიულ სისტემის ბოკეობის გა-ლიზიანების შედეგია, რადგან m. m. arectores და ოფლის ჯირკვლების სიმპა-თიკური ინერვაცია დადასტურებულია<sup>1)</sup>. სიმპათიკუსის პოსტგანელითნალური დამბლა სპობს, როგორც პილო-მოტორულ რეფლექსებს, ისე ოფლის დენის რეაქციას.<sup>2)</sup>

### დასკვნა.

ამრიგად ზემოთ მოყვანილი დაკვირვებებიდან შეიძლება გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნა:

1. კიდურთა ზოგიერთ დაავადებათა მიმდინარეობაში ხშირად ადგილი აქვს სიმპათიკურ ნერვიული სისტემის ტონუსის შეცვლას. მისი შესწავლით შეიძლება გამოვყოთ გალიზიანების და დამბლის სინდრომები.

2. სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გალიზიანების სინ-დრომს ეკუთვნის:

- ა) სისხლის წნევის დაწევა — hypotensio, დაქვეითებული ინდექსით,
- ბ) კანის ტემპერატურის დაკლება — hypothermio,
- გ) ექზოგენურ ფაქტორებზე მკვეთრი ვაზომოტორული (ვაზოკონსტრიქტო-რულ და ვაზოდილატატორულ) რეაქცია,
- დ) თმის ზედმეტი ზრდა — hypertrichosis,
- ე) ოფლის დენის მომატება — hyperidrosis,
- ვ) პილომოტორული რეფლექსების აწევა და
- ზ) კონტრაქტურების განვითარება.

3. სიმპათიკური ნერვიულ სისტემის დამბლის სინდრომს ახასიათებს:

- ა) სისხლის წნევის აწევა — hypertensio მომატებულ ინდექსით,
- ბ) კანის ტემპერატურის მომატება — hyperthermio,
- გ) ექზოგენურ ფაქტორებზე სუსტი ვაზომოტორული რეაქცია,
- დ) hypetrichosis (არა ყოველთვის),
- ე) hypoidrosis და
- ვ) პილომოტორული რეფლექსების მოსპობა ანუ დაქვეითება.

4. თვითეული ეს სინდრომი შეიძლება იყოს მთლიანი, ნაწილობრივი და შერეული.

5. წინააღმდეგ M. Willaret ს ჩვენებისა, სპონტანური hypertrichosis ზოგ-ჯერ ნერვის ანატომიური გადაჭრის დროსაც აღინიშნება.

6. ყოველი ორგანიული ჰემიპლეგიის მიმდინარეობაში ადგილი აქვს და-ავადებულ მხარეზე სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის შეცვლას.

<sup>1)</sup> A. Thomas. Les reflexes pilomoteurs. 1925.

<sup>2)</sup> Проф. А. Гринштейн. Ложно-висцеральная семиотика органических заболеланий нервной системы. Соврем. психо-неврология. № 5—6. 1928.

7. კონტრაქტურებით დართული ჰემიპლეგიების მიმდინარეობაში ადგილი აქვს სიმპათიკური ნერვიული სისტემის პიპერტონიას.

8. ჰემიპლეგიები კიდურთა ართროპათიებით და ტროფიკული მოვლენებით დართულია სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ჰიპოტონიით.

9. რეფლექტორული სინდრომის დროს ადგილი აქვს ყოველთვის სიმპათიკური ნერვიული სისტემის გალიზიანებას—პიპერტონიას.

10. სიმპათიკური ნერვიული სისტემის ტონუსის მდგომარეობის გათვალისწინებას კიდურების ზოგიერთ დაავადებათა დროს ერთგვარი თერაპევტული და პროგნოზტიური ღირებულება აქვს.

Проф. С. Н. Кипшидзе

и А. К. Рухадзе.

Состояние тонуса вегетативной нервн. сис-мы при различных поражениях конечностей.

1. Если исследовать старательно различными способами состояние тонуса вегетативной нервной сис-мы при различных повреждениях конечностей, то можно выделить синдром раздражения и синдром подавления функции этой сис-мы.

2. К симптомокомплексу раздражения симпатической нервной сис-мы относятся:

а) понижение артериального давления—hypotensio—с уменьшением осциляции,

в) понижение кожной температуры—hypothermia,

с) повышение вазомоторной реакции на экзогенные факторы,

д) hypertrichosis,

е) hyperhidrosis

ф) повышение пиломоторных рефлексов и

г) развитие контрактур.

3. К симптомокомплексу подавления функции симпатической нервной сис-мы относятся:

а) повышение артериального давления—hypertensio—с повышением осциляции,

в) повышение кожной температуры—hyperthermia,

с) понижение вазомоторной реакции на экзогенные факторы,

Prof. S. KIPZCHIDZÉ

et A. ROUKHADZÉ

L'état du tonus du système nerveux sympathique dans les différents affections des extrémités.

1. En employant les différentes méthodes d'exploration du tonus du système nerveux sympathique nous avons observé les syndromes d'excitation ou d'inhibition de ce système.

2. Dans le syndrome d'excitation entrent les symptomies suivants:

a) l'abaissement de tensio arterielle—hypotension,

b) diminution de la température cutanée—hypothermie,

c) exagération des réactions cutanées vasomoteures,

d) l'hypertrichose,

e) l'hyperidrose,

f) exagération des reflexes pilomoteurs et

g) développement des contractures.

3. Dans le Syndrome d'inhibition entrent:

a) augmentation de tension arterielle—hypertension,

b) élévation de la température cutanée—hyperthermie,

c) atténuation des réactions cutanées vasomoteures,

d) l'hypotrichose,

e) l'hypoidrose, et

f) attaiblissement des reflexes pilomoteurs.

- d) hypotrichosis,
- e) hypohidrosis и

f) ослабление или уничтожение пилomotorных рефлексов.

4. Синдромы эти могут встречаться как в полной так и в диссоциированной форме.

5. В противоположность указани-ям M. Willaret'-а гипертрихоз отмечается и при полной перерезке нерва.

6. При гемиплегиях центрального происхождения, согласно указаниям I. Perisson'-а, ясно можно констатировать изменение тонуса симпатической нервной системы на пораженной стороне.

7. При гемиплегиях, сопровождающихся развитием контрактуры, наблюдаются гипертония симпатической нервной системы.

8. При гемиплегиях, сопровождающихся трофическим расстройством кисти, наблюдаются гипотония симпатической нервной системы.

9. При рефлекторных или физиопатических поражениях конечностей всегда отмечается гипертония симпатической нервной системы.

10. Исследование тонуса симпатической нервной системы при различных поражениях конечностей имеют как диагностическое так и прогностическое значение.

4. On observe les syndromes entiers ou dissociés.

5. Au contraire de l'indication de M. Willaret on trouve l'hypertrichose dans la section complète du nerfs.

6. Dans les hemiplegies, comme l'a observé j. Perisson, on constate la perturbation du tonus sympathique sur le coté lésé.

7. Dans les hemiplegies avec les contractures on observe l'hypertonie sympathique.

8. Dans les hemiplegies avec les troubles trophiques des extremités on trouve l'hypotonie sympatique.

9. Dans les affections d'ordres reflexes ou physiopathiques le tonus sympathique est toujours exageré.

10. L'exploration du tonus sympathique dans les différentes affections du système nerveux sympathique a grande importance en deux points de vue: diagnostique et prognostique.

პროფ. ბრ. მუხაძე

მოსპიტალ. ქირურგ. კლინიკის გამგე

## ქარდიორაშიის მეორე შემთხვევა\*)

პროფ. ი. ჯანელიძემ 25 წლის განმავლობაში (1896—1921) შეკრიბა მსოფლიო ლიტერატურაში 535 შემთხვევა გულის ქრილობია გაკერვისა ადამიანებზე. მის შემდეგ ჩემს მიერ შეკრებილია საბჭოთა კავშირში (1921—1928 წ.) 33 შემთხვევა ქარდიორაფიისა.

აქედან 4 ეკუთვნის ქართველ დასტაქრებს: 1—პროფ. კახიანს, 2—პრივ.-დოც. ერისთავს და 1—პროფ. მუხაძეს. ექ. გ. მათიაშვილმა დაამუშავა სახ. უნივერსიტეტის სასამართლო მედიცინის სასექციო მასალა და აღმოჩნდა, რომ 6 წლის განმავლობაში (1922—1928 წ.) გაკვეთილა 93 გვამი გულის ქრილობით: 56 ქრილობა ყოფილა გამოწვეული ცეცხლმაროლელი იარაღით, 27 ბასრი მჩხვლეტავი იარაღით და 10—ბლავვი იარაღით. აქედან მხოლოდ ერთმა მიაღწია საავადმყოფოს და მიიღო სათანადო დახმარება საზოგადოებრივი ქრილობების გამო გულმკერდის არეში. ავადმყოფი გარდაიცვალა და მხოლოდ გაკვეთის დროს აღმოჩენილი იქნა გულის ქრილობა.

აქედან სჩანს, რომ გულის ქრილობა საზოგადოდ იშვიათი არაა, მაგრამ ამგვარი ავადყოფნები იშვიათად მიაღწევენ დასტაქრს და ამიტომ ოპერაციაც იშვიათად კეთდება.

სასექციო მასალის მიხედვით ქრილობა უფრო ხშირად გამოწვეულია ცეცხლმაროლელი იარაღით. ამ შემთხვევაში გულის კუნთები ძალიან იგლიჯება და ავადმყოფი უცბად კვდება და საავადმყოფომდის ვერ აღწევს. კლინიკური მასალის (პროფ. ჯანელიძის) მიხედვით კი უფრო ხშირია ბასრი-მჩხვლეტავი იარაღით გამოწვეული ქრილობა. ასეთი შემთხვევები უფრო ხშირად აღწევენ საავადმყოფოს და სათანადო დახმარებას ღებულობენ.

ცეცხლმაროლელი იარაღით მიყენებულ ქრილობასა და ბასრი-მჩხვლეტავი იარაღით გამოწვეულ ქრილობათა შორის ასეთი შეფარდება არსებობს: პროფ. ჯანელიძის მიხედვით—1 : 4, ჩემ მიერ შეკრებილი მასალის მიხედვით—1 : 3,5, სასექციო მასალის მიხედვით კი (Марковინ როსტოვის სასამართლო მედიცინის ინსტიტუტის სასექციო მასალა) 6 : 1, ექ. მათიაშვილისა კი 2 : 1. აქედან სჩანს, რომ ჩვენში უფრო სჭარბობს ბასრი-მჩხვლეტავი იარაღების ხმარება გულის ქრილობის დროს—ხანჯლის და ბეჭუთის, ვიდრე რუსეთში, სადაც უფრო ცეცხლმაროლელი იარაღის ხმარებაა გავრცელებული.

\*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა საზოგადოებას 14 თებერვალს 1929 წელ.



პირველი ჩენი შემთხვევის შესახებ საზოგადოებ ს მოხსენდა 8 თვის წინათ\*). იმ შემთხვევაშიაც მარჯვენა პარაკუტის შესული ჭრილობა იყო გამოწვეული ბასრი—მჩხელეტაევი იარაღით. ავადმყოფი დღესაც ცოცხალია და მშვენივრად გრძნობს თავს.

მეორე შემთხვევის მოკლე ისტორია ასეთია: ავადმყოფი რ. მამაკაცი, 20 წლის, ქართველი, მოსწავლე, 9 თებერვალს საღამოს 10 საათზე და 50 წუთზე განზრახ დასკრეს დანით გულის არეში და 11 საათზე და 5 წუთზე მოყვანილი იქნა ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტის ამბულატორიაში კერძო ეტლით.

Status praesens ნაკვეთი—ნაჩხელეტი ჭრილობა სიგრძით 3 სანტ., მდებარეობს მე-4—5 ნეწთა შუა მკერდის ძეღის მარცხენა კიდიდან 1 თითის დაშორებით. მიმართულება ზევად და შიგნიდან ქვემოთ და გარეთ. ჭრილობიდან სისხლის დენა არაა, გონება დაკარგული აქვს, პირიდან ლინის სუ ი სდის, მაჯა არ ისინჯება, გულის საზღვრები გაფართოებულია ყველა მიმართულებით 1 თითის დადებით; გულის ძვრა არ ისინჯება, აუსკულტაციით ისმის ყრუთ ვრ-თ ტანში მხოლოდ გულის მწვერვალზე. ფილტვეის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება. სუნთქვა ხშირია, ზერეულე. ავადმყოფი ცოტა ხნის შემდეგ ნახევრად გონზე მოვიდა, შფოთავს, პირისაზე და ზედა კიდურები გალურჯებულია, ქვედა კიდურები კი ანემიურია. გულის ტამპონადის ნიშნები.

კლინიკური ნიშნების მკაფიო გამოხატულება და გარეთა ჭრილობის მდებარეობა მორიგე ექიმს (ბ—შვილს) უბადებს ეჭვს გულის ჭრილობის შესახებ, სასწრაფოთ გამოძახებული ვიყავი მე და გულის ჭრილობის დიაგნოზი ჩემ მიერ იყო დადასტურებული და სასწრაფოდ შეუდგეით ოპერაციას (ჭრილობის მიყენებიდან 25 წუთის შემდეგ ქლორაფორმის ნარკოზით) ქლორაფორმი დასკირდა 25,0). კანი მოშადებულია იოდით, განაკვეთი Terrier—Reymond-ის მე-3, მე-4 და მე-5 ნეწის დროებითა რეზექციით. მე-4 ნეწის ხრტილი აღმოჩნდა გადაჭრილი, პლევრა იყო დაზიანებული, პერიკარდიუმის წინა კედელზე აღმოჩნდა ჭრილობა სიგრძით 2 1/2 სანტ., რომელიც იქნა მაკრულით გაფაროებული, შიგნით აღმოჩნდა 100 კუბიკური სანტ. ვენოზური სისხლი (არა შეადგებულა). მარჯვენა პარაკუტის წინა კედელზე შესული ჭრილობა სიგრძით 2 სანტ., საიდანაც სისტოლის დროს ამოდიოდა ვენოზური სისხლი შადრევანივით 5 სანტ. სიმაღლეზე. ჭრილობა გაიკვრა 5 კვანძოვანი აბრეშუმის ნაკერით, რომელიც გატარდა ეპი—და მოიკარდიუმში. გულის დიქსაციის მიზნით ნაკერების დადებამდე მწვერვალის არეში გატარებული იქნა პროვიზორული ნაკერი, რომელმაც გაგვიადვილა ჭრილობაზე ნაკერების სწრაფად დადება, სამაგიეროთ პროვიზორულმა ნაკერმა დააზიანა გულის კუნთა და მისი მოხსნის შემდეგ ნანემსარი ადგილიდან მივიღეთ სისხლის დენა, რომლის გასაჩერებლად დაგვიკირდა ოთხი ზერეულე ნაკერის დადება. გულის ჭრილობაზე ნაკერების დადების შემდეგ მაჯა უტბად გამოსწორდა: ისინჯებოდა სხივის არტერიისაზე, იყო რიტმიული 84 - წუთში. პერიკარდიუმის და კანის ჭრილობა სისხლის ამოწმენდის და რივანოლის ხსნარით მოწმენდის შემდეგ ყრუთ გაიკვრა. ოპერაციის დროს დაკარგულა და დაჭრის შემდეგ ჩაქცეული სისხლის რაოდენობა 800 კუბ. სანტ. არ აღემატებოდა.

10 თებერვალს დილით t°—39,4°, მაჯა—140—1' რითმიული, უჩივის ტკივილებს პლევრის არეში; 10 თებერვალს საღამოს t°—38,5°, მაჯა—130—1', უჩივის იმავე ტკივილებს და განწეულ სუნთქვას.

11 თებერვალს დილის 4 1/2 საათზე, ე. ი. ოპერაციიდან 28 საათის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა.

გაკვეთის დროს აღმოჩნდა: მწვევე პლევრიტის და პერიკარდიტის ნიშნები; მარჯვენა პარაკუტის შესული ჭრილობა მიმართებოდა მარცხნივ ძვიდის სისქეში, გულის წინა ზედაპირიდან 4 სანტიმეტრის დაცილებით შედის მარცხენა პარაკუტში; ძვიდის ჭრილობის დიამეტრი უდრის 0,5 სანტ.

შემთხვევა სწორეთ ამ მხრივია საინტერესო.

პროფ. ჯანელიძე ძვიდის დაზიანებას სთვლის ძალიან მძიმე გართულებად ორი მოსაზრებით:

\*) დაბეჭდილია ჯანსაყომის მოამბეში № 1—2 იანვარი, თებერვალი 1929 წლ.

1) ა) დროს ხშირად ზიანდება გულის ცენტრის—His'-ის კვანძების ბოკ-კოები და 2) ორ პარკუჭს შუა ხელოვნური ხერელი იწვევს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას და გულის მუშაობის შეფერხებას და მოღუწებას. კლინიკურად ასეთი დიზიანების გამოცნობა ძნელია და მასზე შეიძლება ვითქვით მამინ, როდესაც ქრილობა გასულია და პარკუჭების ღონეზე განივი მიმართულება აქვს.

წინა გულის ძგიდის დაზიანება სასექციო მასალაზე აღნიშნულია 0,4%<sup>ა</sup>, პარკუჭების ძგიდის კი 2,4%<sup>ა</sup>-ში. ჩვენს შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზად უნდა ჩათვალოს:

1) ინფექცია, რომელიც გულის ქრილობას და კარდიორაფიას ხშირად დაერთვის და რომელსაც, როგორც პლევერა, ისე პერიკარდიუმი ადვილად ითვისებს და უპასუხებს მწვავე ჩირქოვანი და იხოროზიული ანთებითი პროცესის განვითარებით. 2) პარკუჭების ძგიდის და მათან ერთად His'-ის ბოკკოების დაზიანება და 3) გულის ქრილობის დროს ძალიან ხშირად ავადმყოფი ჰკარგავს ბევრ სისხლს და იწვევს, როგორც ჩვენს შემთხვევაში, მწვავე ანემიის განვითარებას, რაც ასუსტებს ორგანიზმს და უკარგავს მას ბრძოლის უნარს.

Проф. Г. М. Мухадзе.

Директор Госпит. хирургическ. клини-  
ки Тиф. Госунта

Второй случай кардиорафии.

Автор описывает второй случай кардиорафии, оперированный 9/II 1929 г. по поводу колото-резанной раны правого желудочка. Большой мужчина 20 лет доставлен в больницу через 15 минут после ранения ножом со всеми признаками тампонады сердца. Оперирован под хлороформным наркозом через 25 минут после ранения. Оказалось: колото-резанная рана (про никающая) передней стенки правого желудочка длиной 2 сант. Ранение плевры и перикарда.

В полости перикарда было 100 грам жидкой крови, а в полости плевры около 500,0. На рану сердца положено 5 узловатых швов из шелка. Кожная рана зашита наглухо. После операции пульс сразу выравнился. На другой день утром темп. 39,4, пульс—140—1'. Вечером темп. 38,5, пульс—130—1'.

11-го февраля 4½ часа утра скончался при явлениях упадка сердечной деятельности.

Вскрытие обнаружило: кроме ранения передней стенки правого желудочка, рану перегородки между желудочками длиной 0,5 сант.

Причины смерти: 1) Инфекция, 2) ранение перегородки с повреждением пучков His'a, 3) острая анемия.

В первом случае операция произведена 9 месяцев тому назад по поводу колото-резанной раны правого желудочка. Больной поправился и в настоящее время совершенно здоров

Prof. G. M. MUCHADSE.

Direktor der chirurgischen Hospitalklinik  
der Staatsuniversität in Tiflis.

Ein zweiter Fall von Kardioraphie.

Der Autor beschreibt einen 2-ten Fall von Kardioraphie, den er am 9-ten Februar 1929 aus Anlass einer Stich- und Schnittwunde des rechten Herzventrikels operierte. Der Kranke ist ein Mann von 20 Jahren, der 15 Minuten nach der Verwundung mit dem Messer mit allen Symptomen einer Herztamponade in die Klinik eingeliefert wurde. Er wurde in der Chloroformnarkose 25 Minuten nach der Verwundung operiert. Es ergab sich dass die Stichwunde durch die Vorderwand des rechten Ventrikels in einer Länge von 2 cm ging und dass die Pleura und das Pericard verletzt waren. Im Perikardialraum waren 100 Gramm flüssigen Blutes, im Pleuraraum ungefähr 500 Gramm. Die Wunde des Herzens wurde mit 5 geknoteten Nähten aus Seide zugenäht. Die Wunde der Haut wurde ganz geschlossen. Nach der Operation besserte sich der Puls sofort. Am anderen Tage war die Temperatur morgens 39,4°, der Puls 140 in P; abends die Temperatur 38,5°, der Puls 130 in P. Am 11-ten Februar um 4½ Uhr morgens starb der Kranke an Herzschwache. Die Obduktion ergab, dass ausser der Wunde in der vorderen Ventrikelwand noch eine 0,5 cm lange Wunde in der Scheidewand der Ventrikel vorhanden war. Die Todesursachen waren: 1) eine Infektion und 2) Die Wunde der Scheidewand und eine Verletzung der Hisches Bündel.

Der erste Fall wurde vom Autor vor 9 Monaten aus Anlass einer Stich- und Schnittwunde des rechten Herzventrikels operiert. Der Patient lebt und ist ganz gesund.

### პრ.—დოცენტი მ. მგალობელი

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

## წყალტუბოს წყლების გავლენა საკვერცხის ჰორმონალურ ფუნქციაზე\*)

(სახელმწ. უნივერს. გინეკოლოგიური კლინიკა. გამგე: პროფ. გ. ღამბარაშვილი).

წყალტუბოს რადიოაქტიური წყლების გავლენა მთელ რიგ დაავადებაზე და მისი მკურნალობითი მნიშვნელობა დღეს სადავო არ არის. როგორც შემდეგში დავინახავთ, მოქმედება ამ წყლებისა უნდა ვეძიოთ არა მარტო I<sup>31</sup>-ში, როგორც მუდამ ერთ და იმავე დონეზე გაჩერებული ახალი წყლის განუწყვეტელი მდინარობით, არამედ რაღაც სხვაში, რაც ჯერ ჯერობით გამორკვეულა არ არის გამოთქმული სხვადასხვა მოსაზრებები უნდა მიჩნეული იქნას ჰიპოთეზებად, რომელთაც მეცნიერული დამტკიცება აკლიათ.

საკითხი, რომელსაც ჩვენი ყურადღება მიიპყრო წყალტუბოში მუშაობის დროს, ზედმიწევნით მნიშვნელოვანი საკითხია. იგი ეხება საკვერცხის ჰორმონალურ ფუნქციაზე წყალტუბოს წყლების გავლენას.

ხალხში დიდი ხანია გავრცელებული იყო შეხედულება, რომ წყალტუბოს აბაზანები კარგს გავლენას ახდენს უშვილობაზეც. ამის გამო დიდი იყო და არის კონტიგენტი უშვილობით შეპყრობილებსა, რომელნიც საექიმოდ მიმართავენ და დღესაც მიმართავენ წყალტუბოს. შემთხვევით იყო, თუ მართლაც წყალტუბოს წყლებით პირდაპირი გავლენით, სჩანს ხდებოდა ავადმყოფთა ნაწილის განკურნება, რადგან უამისოდ ამ წამლობით უმაგალითო გატაცება დღემდე ფეხს ვერ მოიკიდებდა.

ხშირი იყო მომართვა ისეთი ავადმყოფებისაც, რომლებიც შეპყრობილი იყვნენ საკვერცხის ჰორმონალური აშლილობით გამოწვეულ სხვადასხვა სნეულებებით. სწორედ ამ გარემოებამ გამოიწვია ჩვენში სურვილი სათანადო დაკვირვებათა წარმოებისა. მოკლე დროს მუშაობა საქმად იყო, რომ აღგენიშნა კლინიკურად ზოგი ისეთი თვალსაჩინო ფაქტი, რომელიც ცხადყოფდა წყალტუბოს გავლენას. ცხადია, წარმოდგენილი მასალა ძლიერ მცირეა, მაგრამ ის მაინც ღირსია ჩვენი ყურადღების ცენტრში იქნეს დაყენებული, რომ ახალ დაკვირვებთა და ექსპერიმენტალური ცდების დაყენებით საბოლოო გადაწყვეტი სიტყვის თქმა შესაძლებელი შეიქნეს.

\*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა საზოგადოებას 7 მარტი 1929 წ.

თუ ჩვენი შეხედულება დამტკიცდა, მაშინ, აშკარაა, წყალტუბოს ნიშნელობა ქალის სნეულებათა მკურნალობის საქმეში ერთი ათად აიწვეს; გარდა ამისა მკურნალობის ჩვენებათა აღნუსხვაც ბევრ ავადმყოფს გადაარჩენს უმიზნო და ტყვილებრალო წვალებას.

ქალის ორგანიზმი ყველა თავის ფუნქციებით ზედმიწევნით რთული და ბუნდოვანი რამ არის. დედაკაცი მამაკაცისაგან ბევრად განირჩევა, რაც მისთვის დამახასიათებელი თვისება—თავისებურებათა არსებობით აიხსნება. ამ განსაკუთრებულ თვისებების წარმოშობა—განვითარებაში პირველი და უმთავრესი ადგილი ქალის სასქესო ჯირფელს უკავია. ამ ჯირკველის ფუნქცია მრავალგვარია და იმავე დროს იმდენად გადახლართული შინაგან სეკრეციის სხვა ჯირკველთა ფუნქციასთან, რომ ცალკე მისი გამოყოფა არც ისე ადვილია, მეტ შემთხვევაში შეუძლებელიც. თუ ჩვენ მიუხედავად ამისა კვლევა-ძიების დროს მაინც ცალკე ვიკვლევთ შინაგან სეკრეციის ამა თუ იმ ორგანოს ფუნქციას, ეს იმიტომ, რომ სხვა გვარი მეთოდი შესწავლისა დღესდღეობით არა გვაქვს. ჩვენ ვიცით, რომ საკვერცხის ფუნქციის აშლილობა თუ მისი სრული შეწყვეტა შინაგანი სეკრეციის სხვა ორგანოს დაავადებითაც შესაძლებელია, მაგრამ ისიც ვიცით, რომ საკვერცხის დაავადება თავის მხრივ ყოველთვის გარკვეულ ცვლილებას იწვევს ორგანიზმში. მაგ. საკვერცხის ამოკვეთას ყოველ შემთხვევაში მენსტრუაციის შეწყვეტა ყვება, მეორეს მხრივ ტვინის დანამატის თუ ფარისებრი ჯირკვლის დასნეულება, მეორადად აავადებს საკვერცხის ქსოვილსაც, რასაც ხან მენსტრუაციის აშლილობა, ხან კიდევ მისი სრული შეწყვეტა თან ერთვის. მენსტრუაცია—ეს საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის ოთხკვირეული ტალღისებრი გარდაქმნა და მენსტრუაციის თანამზავრი სხვა მოვლენებიც პირდაპირ დამოკიდებულებაშია საკვერცხისაგან.

როგორც ვიცით, მენსტრუალური ოთხკვირეული ციკლი მდგომარეობს იმაში, რომ მენსტრუალური ნეკროზი, რომლის დროს სისტლთან ერთად გარედ გამოდის ნეკროზით მოცული  $\frac{1}{5}$  ლორწოიანი გარსისა, იცვლება ე. წ. ლორწოიანი გარსის პოსტმენსტრუალური რეგენერაციით, რასაც შემდეგ პროლიფერაციის ანუ პრემენსტრუალური ფუნქციონალური ფაზა ყვება.

სამივე ფაზას ახასიათებს შესაფერი, გარკვეული ცვლილება საკვერცხის პარენქიმისა. მენსტრუალური ნეკროზი ეფარდება ყვითელი სხეულის უკუგანვითარების დაწყებას და კვერცხის სიფილს (R. Meyer-ის „Primat der Eizelle“), პოსტმენსტრუალური აღორძინება ანუ ინტერვალი—ახალი ფოლიკულის გამოჩენა-განვითარებას, პრემენსტრუალური ფუნქციონალური ფაზა კი—ამ ფოლიკულის გასკდომას და ახალი ყვითელი სხეულის განვითარებას. ასეთი მქიდრო დამოკიდებულება საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსისა საკვერცხის პარენქიმისაგან დამტკიცებულია, როგორც ჰისტოლოგიურად, ისე ჰისტოქიმიურად და ბიოლოგიურად. გამოირკვა, რომ თუ ყვითელი სხეული არის, მაშინ არ შეიძლება ახალი ფოლიკულის მომწიფება, სახელობრ, ოვულაცია. იმიტომაც ორსულობის დროს, როდესაც ყვითელი სხეულის გაფუჭქენა—განვითარებაა, ჩვეულებრივად არ ხდება ოვულაცია, მაშასადამე superfoetatio-ის ადგილი არ ექნება. ოვულაცია შეჩერდება, თუ ცხოველს გადაენერგა ორსული ცხოველის საკვერ-



ცხე. თუ ცხოველს ძუნაობის წინ ამოეკვეთა ყველა მომწიფებული ფოლიკულები, მაშინაც ძუნაობა არ ჩნდება, სამაგიეროთ ნერვების გადაჭრით ძუნაობის შეჩერება არ შეიძლება. ამრიგად აშკარაა, რომ აქ მნიშვნელოზა აქვს რალაც ჰორმონს, რომელსაც საკვერცხის ფოლიკულარული აპარატი იზუშავეებს და არა სხვას რასმეს. ფოლიკულიარული აპარატის მოსზობით თუ მიზი დასნეულებით იცვლება ჰორმონის გამოყოფის რაოდენობა, ხასიათი და თვისება. ამ გარემოებას, ცხადია, თავისი გავლენა ექნება საშვილოსნოს ლორწოიან გარსზე და მართლაც საკვერცხის ჰორმონალური აშლილობით ჩვენ ვიღებთ მთელ რიგ კლინიკურ სიმპტომებს, რომელთა მიხედვით დასნეულება თითქმის საშვილოსნოს უნდა ეხებოდეს და არა საკვერცხეს. Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Metrorrhagia, Fluor და სხვა ხშირად არის გამოწვეული არა საშვილოსნოს დაავადებით, არამედ საკვერცხი დასფუნქციით. ცხადია ასეთი ფუნქციონალური დაავადების დროს ადგილობრივი საშვალეებით რაიმეს გაკეთება იშვიათად თუ შეიძლება.

გარდა ამისა საკვერცხის ფოლიკულარული აპარატის დაავადებას შედეგად აქვს გაზოჩენა მთელი რიგი სხვა აშლილობებისა, რომლებიც მთელს ორგანიზმს ეხებიან. რომ კასტრაციის ან კლიმაქსის დროს გამოჩენილი აშლილობანი ვაზომოტორული, ტროფიული და სომატიური ხასიათისა დამოკიდებულია საკვერცხისაგან—დამტკიცებული ფაქტია.

დასაშვებია აგრეთვე, რომ ზოგჯერ უშვილობა და ტკივილები საკვერცხეების მიდამოში ამ ორგანოთა დიზფუნქციას უნდა მიეწეროს. ბოლო დროს საკმაო მეცნიერული დასაბუთება მოხდა იქისა, რომ საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის პათოლოგიური ჰიპოპლაზია, სხვადასხვა გვარი მეტროპატია, დიფუზური მიოზა, თვით კვანძოვანი მიომაც და სხვა ეტიოლოგიურად შეიძლება დაუკავშირდეს საკვერცხის ფუნქციის აშლილობას. დავასახელებთ ქალის ნერვულ და ფსიქიურ სფეროსაც, რომელიც ბევრ შემთხვევაში საკვერცხის გავლენით იცვლება ხოლმე.

ქალის სასქეო ორგანოების დაავადებაზე წყალტუბოს წყლების მოქმედების გამოსარკვევად ჩვენ მრავალჯრივი დაკვირვება ვაწარმოეთ; აქ შევხებით მხოლოდ ერთ მხარეს, სახელდობრ წყლების გავლენას საკვერცხის ჰორმონალურ ფუნქციაზე. ამ მიზნით ჩატარებული იყო ცდები ცხოველებზედაც.

ჩვენის წინადადებით ასეთივე დაკვირვების ავადმყოფებზე გაგრძელება იკისრა ექიმ უსტიაშვილმაც, რომელიც ჩვენ შესაცვლელად იყო დანიშნული წყალტუბოში; ამ შრომაში გამოყენებულია მის მიერ დაგროვილი მასალაც.

გინეკოლოგიური ამბულატორიაში გაიარა სულ 916 ავადმყოფ ქალმა. ვცდილობდით ავადმყოფი გაგვეისჯა 2—3 ჯერ, წამლობის წინ, მის შუა და ბოლოს. კურსი საშუალოდ უდრიდა 20—25 აბაზანას. ბლომად იყო ისეთები, რომლებიც განმეორებით და შესამე ჯერაც მომართავდა წყალტუბოს, რადგან ისინი წინა წლებში ჩატარებულ წამლობით კმაყოფილი იყვნენ. აღსანიშნავია, რომ ზოგი არ ასრულებდა ბოლომდე წამლობის კურს.

ცხადია, ასეთ შემთხვევაში წყლების კარგი გავლენა ნაკლებად იყო მოსალოდნელი. ეს ეხებოდა უმთავრესად სოფლის ხალხს, რომელიც თავიდანვე



ჩვეული იყო წყალტუბოში 2—3 დღით ჩამოსვლას და დღეში რამდენიმე აბაზანას მიღებას. ჩვენი წესი—დღეში ორი აბაზანა 20—20 წუთით—მათ არ მოსწონდათ, რადგან ითხოვდა მეტ დროს და ხარჯს.

სნეულების და ჩივილის მიხედვით ავადმყოფები ნაწილებიან შემდეგად:

ს ნ ე უ ლ ე ბ ა	ჩ ი ვ ი ლ ი
1. სასქესო ორგანოების ანთება- დი პროცესები . . . . . 408	1. ტკივილები და შლა 320 უშვილობა . . . . . 88
2. უშვილობა უცნობი მიზეზით . 115	2. უშვილობა
3. დისმენორეა ოვარიალური ხა- სითისა . . . . . 23	3. შლა, ტკივილები და უშვილობა
4. კლიმაქსი . . . . . 68	4. შემაწუხებელი შლა 21, ქაევი- ლი 6, დანარჩენი მხოლოდ გა- მოვარდნის მოვლენებს
5. Amenorrhoe . . . . . 21	5. აქედან წინდროული კლიმაქსი 6
6. Uterus infant . . . . . 2	6. მუცლის მოშლა თავის თავად
7. მეტროპათია (ჰემორაგ.) . . . 11	7. სისხლის დენა (წყალტუბოში- ვე მოუვიდა სისხლის დენა ცხ <sup>ა</sup> ს)
8. დევიაცია . . . . . 155	8. უშვილობა — 6, დანარჩენი- წელის და მუცლის ტკივილი, შლა და სხვა
9. სიმსივნე (Fibr., Kyst. etc.) . 58	9. ტკივილები, სისხლის დენა. უშ- ვილობა 5
10. სხვა სნეულება (Rupt. perinei, Enteroptose, abscessus, Rupt. colli etc.) . . . . . 14	10. სხვადასხვა წუხილი
ს უ ლ . . . . . 875	

ამ რიცხვს უნდა მივმატოს 41 ორსული ქალი, რომლებიც ჩამოსულიყვნენ წყალტუბოში სხვადასხვა მიზეზის გამო. არც ერთ შემთხვევაში აბაზანების მი-  
ღებით მუცლის გაცუდებას ადგილი არ ქონია. ორსულობა 2—8 თვისა იყო.  
კლიმაქსის შემთხვევებში 28 ჯერ გარდა გამოვარდნის მოვლენებისა აღინიშნე-  
ბოდა საღსრების ტკივილებიც.

მეტად დამაკმაყოფილებელი გამოდგა აბაზანების გავ-  
ლენა გამოვარდნის მოვლენებზე (აღები, ოფლის დასხმა, გულის ძკე-  
რა, სიმზურვალე და სხვა). თითქმის ყველანი, ვინც კი შეორეჯერ გავსინჯეთ  
წამლობის დათავებისას, აღნიშნავდნენ წუხილების ან სრული გაქრობას .ნ მათი



ინტენსივობის და გამოჩენის სიხშირის შემცირებას. ასეთები 16 იყო. ამ კატეგორიის ავადმყოფების დიდი უმრავლესობა სოფლები იყო და წამლობას ჯეროვანად არ ატარებდა, ამიტომაც განკურნების % მალალი არ დარჩა. საგულისხმოა, რომ ტკივილი თვიურის დროს, როგორც განმეორებით ჩამოსული ავადმყოფთა განცხადებიდან ჩანს, აბაზანების გავლენით საგრძობლად კლებულობს. მათი სიტყვით, მიუხედავად ოპერაციისა (Discisio, abrasio) და სხვადასხვაგვარ წამლობისა დისმენორეული ტკივილები ისევ რჩებოდა, სანამ წყალტუბოს არ მიმართეს. მოვიყვანო 6 ავადმყოფის მოკლე ისტორიას.

I. ავადმყ. №4, 29 წ., გათხოვილა 7 წელია. თავიდანვე აწუხებს ძლიერი ტკივილები თვიურის დროს. შარშან იყო წყალტუბოში, მიიღო 20 აბაზანა, რის შემდეგ ტკივილები გაცილებით ნაკლები აქვს; ამის გამო ხელმეორედ მიმართა წყალტუბოს. საშვილოსნო ცოტა ნორმაზე პატარა, მოძრავი. ანთებადი პროცესი - არსად.

II. ავადმყ. №6 (ქუთაისიდან), 36 წ. გათხოვილა 17 წ. უშვილობა. დისმენორეა. 8 წლის წინედ abrasio. შედეგ ი არავითარი. 5 წლის წინედ იყო წყალტუბოში, ტკივილები ძალზე შეუმცირდა, პირველ ხანში სრულიად დაეკარგა. თვიური ცოტა, პირისღებინებაც ემართება. Uterus infant. არავითარი ანთებადი დაავადება არ ისინჯება.

III. ავადმყ. №8 (სვირიდან), 31 წ. გათხოვილა 15 წელია. უშვილობა. დისმენორეა. ორჯერ ოპერაცია—Abrasio და Discisio. ტკივილები მაინც ქონდა. შარშან იყო წყალტუბოში, რის შემდეგ თვიური ორჯერ ადრე მოუვიდა და ტკივილებიც გაცილებით ნაკლები აქვს. საშვილოსნო მოძრავია, ნორმალური სიდიდისა. არსად ანთებადი პროცესი.

IV. ავადმყ. №9 (ქუთაისიდან), 27 წ. გათხოვილა 4 წელია. Dysmenorrhoe. Collum conicum. უშვილობა. შარშან იყო წყალტუბოში, მის შემდეგ ტკივილები შეუმცირდა. საშვილოსნო ნორმაზე პატარა. არსად ანთებადი პროცესი.

V. ავადმყ. №10 40 წ. უჩივის ტკივილებს თვიურის დროს და კლიმაქტერიული წესილს. გათხოვილა 18 წ. წინედ. დაქვრივებულა 13 წელია, მშობიარობა ერთხელ 15 წ. წინედ, მას წინედ 2 აბორტი თავის თავად. თავიდანვე აწუხებდა თვიურის დროს ტკივილები, ალუბი, გულის ძვრა, ოფლის დასხმა, ძუძუების შესივება და სხვა. წყალტუბოში წამოსვლისას ქონდა თვიური. 12 აბაზანას შემდეგ (№ IV და № II აბაზანო) მოუვიდა და სწორებით თვიური სრულიად უმტკივნელოდ და არავითარი წუხილს ადგილი არ ქონია. ამას გარდა ავადმყოფის ბოლო დროს ემართებოდა რალაც მოვლები: დ მით გამოვლიძებოდა გულის ძვრით და რალაც შიშით. წყალტუბოში ჩამოსვლისას მხოლოდ ერთხელ დაემართა 4 აბაზანას მიღების შემდეგ; მერე კი აღარ დამართია, რაც ძლიერ ახარებს მას. საშვილოსნო ნორმალური სიდიდისა, უკან გადახრილი და მოძრავი. დანამატები არ ისინჯებიან.

VI. ავადმყ. №11, 38 წ. უჩივის უშვილობას და დისმენორეას. გათხოვილა 3 წელია. თვიური მოდის არეულად—ხან ადრე და ხან მოგვიანებით. აწუხებს შლაც. 4 წლის წინედ abrasio. უშედეგო დარჩა. 2 წლის წინედ იყო წყალტუბოში (15 აბაზანა), რის შემდეგ ტკივილებმა თვიურის დროს საგრძობლად იკლო. Uterus infant. საერთო სისუჟნე. კანის ფერი ნორმა, ძუძუები, ჩარბები და ბალანი ბოქვენზე კარგად არის განვითარებული.

ამრიგად ნათელია, რომ წყალტუბოს წყლების მოქმედება ექვსივე შემთხვევაში კარგი დარჩენილა. ანთებადი პროცესს არც ერთ შემთხვევაში ადგილი არ ქონდა, სამ შემთხვევაში ოპერაციაც კი გაკეთებულა ყელის გავანიერების მიზნით, რომ მოესპოთ მექანიური დაბრკოლება, მაგრამ ამასაც არ უშველია. მრავლად გვყავდა ავადმყოფები სასქესო ორგანოების ანთებადი პროცესებით, რომლებიც დისმენორეასაც უჩიოდნენ, ხშირი იყო აგრეთვე დისმენორეას შემთხვევები მექანიური ფორმისა, გამოწვეული სიმსივნეებით, სტენოზებით და შეხორცებით, მაგრამ ამას აქ არ ვეხებით. ჩვენინ შემ-



თხვევა წმინდა ოვარიალური დისმენორეაა, რომელიც გამოწვეული უნდა ყოფილიყო საკვერცხის განვითარების ნაკლებობით. ამ დროს ან საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის ზედმეტი შესვება (Schultze-ს აზრი) ან მიომეტრიუმის სტრუქტურის თავისებურება მისი ნაკლები განვითარებით. როგორც ვიცით, არსებობს ე. წ. ესენციალური დისმენორეა, რომლის პათოლოგიური სურათის გამოჩვენება არსებული მეთოდების საშუალებით არ ხერხდება. ასეთი დისმენორეა უთავრესად ნევრასტენიულ ქალებს ემართებათ და გამოიხატება წმინდა ფუნქციონალურ აშლილობით გამოწვეული საშვილოსნოს სპაზმით (Meyer-Rüegg). მიზეზი ასეთი სპაზმისა გარდა ფსიქიური ტრავმისა, ნევროპათიული დატვირთვისა უნდა ვეძიოთ აგრეთვე საკვერცხის აშლალ ფუნქციაში. ჩენი მე-V შემთხვევა სხვათა შორის ასეთი ნევროპათიულ პიროვნებას წაავ ვდა.

კარგი იყო მოქმედება აბაზანებისა კლიმაქტერიულ ხანაში გამოჩენილ შლაზე, რომელიც ფუნქციონალური ხასიათისა იყო და ადგილობრივი პროცესებით არ აიხსნებოდა. ცნობილია, რომ კლიმაქსის დროს საკვერცხის ფუნქცია ნელდება, რასაც შედეგად აქვს ჰორმონის გამოყოფის შეცვლა. ასეთი შეცვლა ზოგჯერ ისეთი მკვეთრად ჩნდება, რომ ორგანიზმი ვერ ასწრობს ფიზიოლოგიური რეაქციის გამოჩენას თავის დროზე და ამიტომ გარდა საერთო ხასიათის მოვლენებისა ვითარდებიან ადგილობრივიც. შესაძლებელია ამ მოვლენების გამოჩენას სხვა რაღაც უწყობდეს ხელს, რაც ჩვენთვის ჯერ-ჯერობით უცნობია. კლიმაქტერიული თეთრად შლა ერთის მხრივ საკვერცხის დიზფუნქციით გამოწვეულ საშოს ფლორას შეცვლის შედეგია (გლოკოგენის შემცირება და ამის გამო რეაქციის შეცვლა), მეორეს კი—საშვილოსნოს ლორწოიანი გარსის დაავადების, სახელდობრ ამ გარსის პათოლოგიურ ჰიპერპლაზიისა. 21 ავადმყოფიდან 15, რომელიც შემაწუხებელ შლას უჩიოდა და დიდი ხანია სხვადასხვა საშუალებით უშედეგოთ მკურნალობდა, წყალტუბოს წყლების გავლენით ან სრულიად განიკურნა ან დიდის გაუმჯობესობით დაბრუნდა სახლში. მართალია, დიაგნოზი ტენიკური მიზეზების გამო კლ ნიკური სიმპტომების მიხედვით ისმებოდა, მაგრამ თერაპიული ეფექტის მიღების შემდეგ საეჭვო აღარ რჩება, რომ ყველანი დაავადებული იყო სწორედ ფუნქციონალური ხასიათის Fluor-ით. ავლნიშნავთ, რომ ამ შემთხვევებში სხვა რაიმე წამლობა გარდა აბაზანებისა გატარებული არ ყოფილა. ამიტომ უნდა დავუშვათ, რომ წყალტუბოს წყლებმა საკვერცხის პარენქიმის, ერთგვარი გაღიზიანება მოახდინა რამაც გამოიწვია ჰორმონის გამოყოფის გამოსწორება.

ასევე ითქმის Pruritus vulvae-ს 4 შემთხვევის შესახებაც, რომელიც კლიმაქტერიულ ქალებს სჭირდათ; აქაც საგრძნობი გაუმჯობესობა. წყალტუბოში ჩამოსვლამდე ყველანი სხვადასხვა საშუალებით მკურნალობდნენ და არა თუ ვერ მიიღეს განკურნება, არამედ არც დროებითი შეება.

რომ საკვერცხის პარენქიმის resp. ფოლიკულების გაღიზიანება წყალტუბოს წყლების აბაზანებით შესაძლებელია,





ეს იქიდანაც ჩანს, რომ ძალიან ხშირად მენსტრუაცია წყალტუბოში ჩამოსულ სალ ქალებს უფრო ადრე ემართებათ, ვიდრე ჩვეულებრივად აქვთ. ჩვენი მასალის მიხედვით მრავალი შემთხვევები ნადრევი თვიურის დადგომისა (დაახლოებით 7-10 დღით ადრე). ეს ეხება უმთავრესად ქალებს, რომლებიც სულ სხვა ავადმყოფობის გამო იყო წყალტუბოში ჩამოსული.

აღსანიშნავია, რომ ქლოროზის შემთხვევებში, Fluor-ი და სისხლის დენის უწყესრიგობა წყალტუბოს აბაზანებით უფრო მატულობდა, ვიდრე იკლებდა. ასეთ შემთხვევებში ჩვენ ვნახულობდით ნორმალურად განვითარებულ სასქესო ორგანოებს. ამით დასტურდება ის ფაქტი, რომ ქლოროზი და სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია ყოველთვის პარალელურად არ ხვდებათ და რომ ისინი ზოგჯერ სხვადასხვა პროცესებია. ჯერ კიდევ Virchow-მა და Kundrat-მა, ბოლო დროს კი Aschner-მაც ნახა, რომ ქლოროზის დროს, რომელიც პროფუზური სისხლის დენას იძლევა, საცერცხე ვადიდებულია სწრაფად მომწიფებულ ფოლიკულების და წერილი კისტების გამოჩენის გამო. ამრიგად ქლოროზის ამ ფორმის დროს აღინიშნება ჰიპერფუნქცია, რომელიც კლინიკურად გამოიხატება ნადრევი სქესობრივი მომწიფებაში და პროფუზური მენსტრუაციაში. უარყოფა არ შეიძლება იმისიც, რომ ზოგჯერ ქლოროზის დროს საკვერცხის ფუნქციის შემცირების ნიშნებიც არსებობენ. ეს ქლოროზის სხვა ფორმაა. ჩანს, ასეთი ფორმა ჩვენ არ გვქონია.

ცუდი იყო წყალტუბოს წყლების გავლენა ყველა იმ შემთხვევებში, სადაც მოწიფულობის პერიოდის ფუნქციონალური ხასიათის სისხლდენასთან გვქონდა საქმე Metropathie hämorrh. Diffuses Myom, Uterus fibr.), რადგან ისედაც აწეული ფუნქცია საკვერცხისა, რომელიც ამ დროს არსებობს, აბაზანების გავლენით უფრო ძლიერდებოდა. მაგ. მეტროპათიის 11 შემთხვევიდან 9 ჯერ მივიღეთ სისხლის დენა მე-3-4 აბაზანის შემდეგ და ისიც ისეთი რაოდენობით, რომ მიუხედავად სხვა დაავადებ სა, რომლის გამო ავადმყოფი წყალტუბოში ჩამოსულიყო, იძულებული შევიქნით იგი სახლში გავვესტუმრებოთ. მქონდა სამი შემთხვევა ცოტა ვადიდებული საშვილოსნოსი, სადაც 5-6 აბაზანების შემდეგ გამოჩნდა უდროოდ მომეტებული სისხლის დენა, რომელიც წინედ ავადმყოფს არ შეუმჩნევია. ასევე ცუდი შედეგებს ვიღებდით საშვილოსნოს კეთილ თვისებრიანი ხორცმეტების დროსაც. ფიბრომის 2 შემთხვევაში საჭირო შეიქნა საშვილოსნოს ყელის და საშოს ტამპონადაც, იმდენად ძლიერი იყო სისხლის დენა.

ზედმიწვევით საგულისხმოა Amenorrhoe-ის შემთხვევები, სადაც მოულოდნელად მივიღეთ კარგი შედეგი. სწორედ ამ მტკიცდება წყალტუბოს წყლების განსაკუთრებული მოქმედება. მოგვყავს მოკლედ ისტორიები, რადგან ისინი ყოველმხრივ საყურადღებოა.

1. ავადმყ. №4, 33 წ., გათხოვილა 16 წლისა. პირველი თვიური—14 წ., 3 დღე. საშუალო რაოდენობის, უმტკივნოდ. გათხოვების 1 1/2 წლის შემდეგ მოდიოდა ერთი წლის განმავლობაში ბლომად, ნაკვეთ-ნაკვეთად. შემდეგ დასწმედა არეულად მოსვლა, ასე რომ თვიურის მოსვლის ვადას ვერ იგებდა. ამ დროს დაუწყა აგრეთვე ბლომად შლა. 9 თვე თვიური არ მოსვლიდა. აწუხებს უშვილობაც. აქიმობდა—ტამპონები, რეცხვა, abrasio 5 თვის წინედ

დიატრემია. არავითარი შედეგი. ეხლა წყალტუბოში გაიკეთა 28 აბაზანა. რის შემდეგ მოუვიდა თვიური უმტკივნეო, 5 დღით, საშუალო რაოდენობით. თვიურის მოსვლის დროს ოდნავი სისუსტე იგრძნო. ავადმყოფი მზიარულია, მშვენებრად გრძნობს თავს. ისინჯება—ნორმალური სიდიდის საშვილოსნო, კონიკური ყელით, მოძრავი. მარჯვნივ ბავშვის მუქის ოდენა კისტა, რომელიც 5 თვის წინედ არ ისინჯებოდა (ავადმყოფი მაშინაც ჩვენ მიერ იყო გასინჯული). ქალი საერთოდ ჯანმრთელია, ცოტა მსუქანი. არაფერს აღარ უჩივის.

2. ავადმყ. „4“, 37 წ. უჩივის ტკივილებს და თვიურის 5 თვით შეჩერებას. თეთრად შლა. გაოხრებულია 21 წელია. თვიური თავში ნორმა, შემდეგ აერია. მშობიარობა 3-ჯერ, უკანასკნელი 12 წლის წინედ. 25 აბაზანას შემდეგ მოუვიდა თვიური, შლაც გაცილებით შეუმცირდა. საშვილოსნო ნორმალური სიდიდისა, მოძრავი. დანამატები—ნორმა.

3. ავადმყ. „4“, 34 წ. *Virgo intacta*. თვიური ძლიერ დაგვიანებით და ტკივილებით. პირველი თვიური 15 წლისა. უკანასკნელ 2 წლამდე მოდიოდა ნორმალურად. შარშან იყო წყალტუბოში ერთი კვირით, მის შემდეგ რამოდენიმე თვე მოდიოდა სრულად ნორმალურად და უმტკივნეოთ. ეხლა 4 თვეა არა აქვს. ავადმყოფი მსუქანია, სხვა სნეულებით ავად არ ყოფილა. საშვილოსნო ნორმალური სიდიდის, მოძრავი. დანამატები არ ისინჯება. *Varices curris*.

4. ავადმყ. „ს“, 31 წლისა, გაოხრებულია 12 წელია. თვიური 6 თვე არ მოსვლია. აქვს თეთრად შლა. პირველი თვიური 16 წლისა. თავში ნორმალურად მიდიოდა, შემდეგ აირი და აგვიანებდა. 20 აბაზანას შემდეგ თვიური მოუვიდა უმტკივნელოდ და საშუალო რაოდენობით. შლაც აღარ აქვს. საშვილოსნო ნორმაზე ცოტა პატარა, მარჯვნივ ოდნავ გადიდებული საკვერცხე. საერთოდ ავადმყოფი ჯანმრთელია. აქიზობდა.

ოთხივე შემთხვევა თვალსაჩინოდ ხდის აბაზანების კარგ გავლენას იმ დროს, როდესაც სხვა არსებული საშუალებანი ამოწურული იყო. მართალია, შეიძლება თვიურის მოსვლა შემთხვევითი მოვლენა იყოს, მაგრამ თუ ძივლები სახეში ზემოთ ნათქვამს შესახებ წყალტუბოს წყლებით საკვერცხის პარენქიმის გალიზიანების შესაძლებლობისა და სხვა ავტორის მიერ აღნიშნულ ასეთსავე მოვლენას (ექ. ელიაშვილი),—აგრეთვე ხალხში გავრცელებულ შეხედულებასაც ამის შესახებ, მაშინ გვაქვს საბუთი ვიფიქროთ, რომ ჩვენ შემთხვევებშიც შესაძლებელი იყო წყალტუბოს აბაზანების გავლენას ქონოდეს ადგილი. ჩვენ ვგვონია, რომ წყალტუბოს წყლებს ძალუძს *Amenorrhea's* ზოგიერთ შემთხვევაში რაღაც მიზეზის გამო საკვერცხის შეჩერებული ფუნქცია აღადგინოს. თუ ასეთი აღდგენა სხვა საშუალებებით ხდება, როგორც არის საკვერცხის ტრანსპლანტაცია, ორგანოთერაპია, დიეტა და სხვა, მით უფრო მოსალოდნელია ეს წყალტუბოს აბაზანებისაგან, რადგან როგორც შემდეგში დავინახავთ, ამ წყლებში ჩართული რადიუმის ემანაციის კომბინაცია თუ მეტად არა, ხაკლებად მაინც თვიურის გამოწვევას ხელს არ შეუწყობს.

იმის გამოსარკვევად, მართლაც შეუძლია თუ არა წყალტუბოს წყლებს რაიმე გავლენა მოახდინოს საკვერცხის ფოლიკულარულ აპარატზე, ჩვენ ვაწარმოეთ ცდები შინაურ კურდღლებზე. ჩვენ ვიზიარებთ მკვლევართა დიდი უჩეტყობის აზრს, რომ უჯრედის ჰისტოლოგიური სურათის მიხედვით შესაძლებელია ამ უჯრედის ფუნქციის გაგებაც, რომ ამ მხრივ არსებობს პარალელიზმი ორგანოს ფუნქციის და მორფოლოგიის შორის.



ცდებისათვის ავირჩიეთ შინაური კურდღლები. გვყავდა სულ 5 კურდღელი, ერთი დედის 2 კურდღელი (პირველი ჯგუფი) და მეორე დედის—3 (მეორე ჯგუფი). პირველი ჯგუფის კურდღლები ახალგაზრდები იყვნენ (დაახლოებით 25 დღისა), მეორე ჯგუფის კი უფრო მოზრდილები (დაახლოებით 75 დღისა). ჯგუფიდან თითო კურდღელი საკანტროლო იყო. საცდელ კურდღლებს დღეში 4 საათის განმავლობაში ვათავსებდით აბანოს შენობაში, ვასმევდით აბანოს წყალს და ამ წყალშივე 20 წუთით ვაბანებდით. საკანტროლო კურდღლები ცალკე იყვნენ მოთავსებული და არაფერს არ იღებდნენ. საცდელი კურდღლები აბანოს პროცედურის დამთავრების შემდეგ გადაგვყავდა იმ ოთახში, სადაც მოთავსებული იყვნენ საკანტროლონი და აქ ყველა ერთად იღებდა ერთსა და იმავე საკვებ მასალას. შეცდომის თავიდან ასაშორებლად კურდღლები შევიძინეთ დედებითურთ, ასე რომ ეჭვი არ იყო, რომ ცალკე ჯგუფის კურდღლები ნამდვილი დედები იყვნენ.

დაკვირვება ვაწა-მოეთ 30 დღე. ამ დროს გასვლისას ყველას მათ ამოეკეთათ საკვრცხები, რომელთა ანატომო-ჰისტოლოგიურმა გამოკვლევამ შემდეგი მოგვცა.

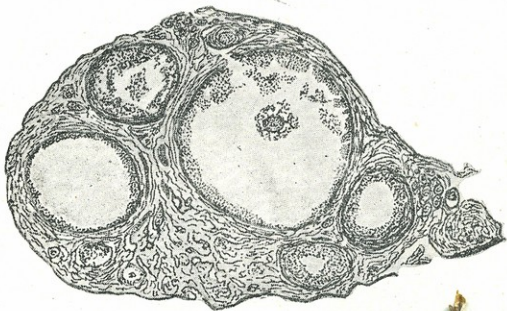
### პირველი ჯგუფი

(2 კურდღელი—თავში 25 დღისა, ცდების დათავებისას 55 დღისა).

1. საკანტროლო კურდღელი იწონიდა თავში 500 გრამს  
30 დღის შემდეგ 900 „


---

მომატა 400 გრ.



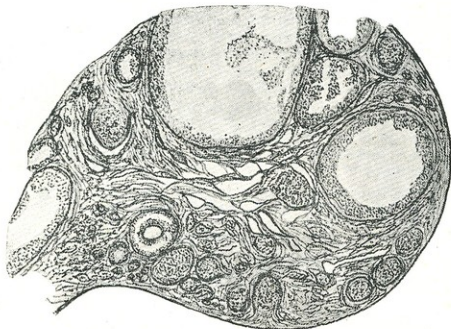
სურათი № 1.

საკვრცხე შედრებით საცდელ კურდღლის საკვრცხესთან პატარაა. ქერქის შრეში პრიმორდიალური ფოლიკულები საშუალო რაოდენობით. 5 ცოტა მოზრდილი ფოლიკული, მათ შორის ერთი უფრო დიდი ბირთვით. ზოგ მოზრდილ ფოლიკულში მარცვლოვანი უჯრედები ტიპურად დალაგებულია, მათი Theca interna კარგად გამოსახული. არსად ფოლიკულია დახშვა და უჯრედებით ავსება. სისხლის ძარღვების მომატება არ აღინიშნება.

2. საცდელი კურდღელი თავში იწონიდა 527 გრ.  
30 დღის შემდეგ 905 „

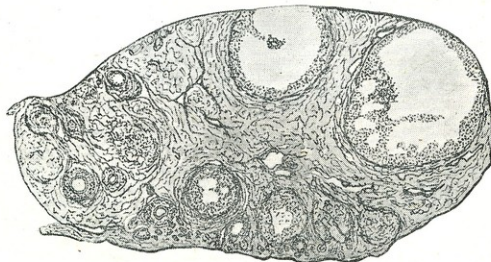

---

მომატა 378 „



სურათი № 2.

საკვერცხე უფრო დიდა, ვიდრე საკანტროლუსი. ცოტა პრიმორდიალური ფოლიკულები, სამაგიეროთ ბლომად განვითარების პროცესში გადასულები, მრავალშრიანები ბირთვებით. 6 საკმაოდ მოზრდილი, მათ შორის ერთი ძლიერ დიდი, რომელსაც პრეპარატის თითქმის  $\frac{1}{2}$  უჭირავს. ბირთვი აქ არ სჩანს, არ არის მარცვლოვანი უჯრედების ტიპური დალაგებაც. Theca interna განიერი და ფხვიერი, კაპილარებით მდიდარი. 2 მოზრდილ ფოლიკულში ისინჯება კვერცხი. 6 ატრეტიული ფოლიკული, რომელთა ღრუ ავსილია უჯრედოვანი ელემენტებით, ზოგან ამ ელემენტების გარჩევა Theca-ს ფენიდან არ შეიძლება. აქა-იქ მკრთალი მოწითალო ფერის ადგილები—ინტერსტიციალური ქსოვილი. კაპილარები და ვენები ბლომად.



სურათი № 3.

**მეორე ჯგუფი**

(3 კურდღელი—თავში 7 დღისა, ცდების დამთავრებისას 105 დღისა.

1. საკანტროლო კურდღელი იწონდა თავში 600 გრ.

30 დღის შემდეგ 1160 „

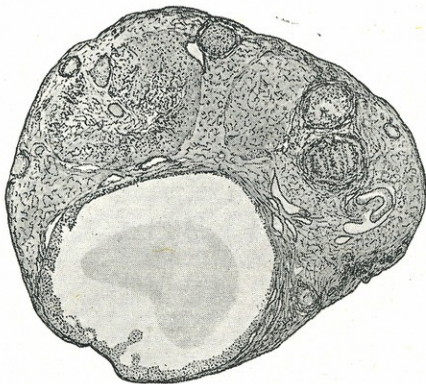
მოემატა 560 გრ.

ჰერტის შრე შევიწროვებული. ამ შრეში პრიმორდიალური ფოლიკულები საშუალო რაოდენობით. 4 დიდი ფოლიკული, ზოგან მარცვლოვანი უჯრედები ტიპურად დალაგებული. კვრცხი მხოლოდ ერთში. ბლომად უფრო პატარა ფოლიკულები ბირთვებით, რომლებიც განვითარების პროცესში გადასულან. პრეჰარატის ერთ მხარეზე (მარჯვნივ) ინახება ატრეტიული ფოლიკულებიც. ინტერსტიციალური ქსოვილი სუსტად განვითარებული, მასში შეპირილია ბოქოვანი შემავრთებელი ქსოვილი. ზოგი ფოლიკულის Theca interna განიერი და ფხვიერი, შეიცავს ბლომად კაპილარებს.

2. პირველი საცდელი კურდღელი იწონდა თავში 730 გრ.

30 დღის შემდეგ 1010 გრ.

მოემატა 280 გრ.



სურათი № 4.

საკვრცხის სიდიდე შედარებით საკანტროლოსთან უფრო პატარაა. პრიმორდიალური ფოლიკულები უფრო ცოტა (ათიოდე), მოზრდილი ფოლიკული მხოლოდ 2, ერთი—მომწიფებულ და გასასკდომად გაშნადებულ ფოლიკულის ოდენა, ავსილი სითხით: მარცვლოვანი უჯრედები კედელზე მიკულებული, კვრცხი არ ჩანს. ზომა—1330 მიკრ. 300. (Zeiss. oc.—10, ob.—20/63). ამ ფოლიკულის Theca შეთხზებული და ფხვიერი, შეიცავს მრავლად კაპილარებს. რამოდენიმე ატრეტიული ფოლიკული; პრეჰარატის დანარჩენი ადგილი უკირავს ინტერსტიციალურ ქსოვილს, აქა-იქ იხედება ბოქოვანი შემავრთებელი ქსოვილის ხაზები.

3. მეორე საცდელი კურდღელი\*) იწონიდა თავში 650 გრ.  
 30 დღის შემდეგ 955 „

მოემატა 305 გრ.

შედარებით საკანტროლოოსთან საკვერცხე უფრო პატარაა. ცოტა პრიმორდიალური ფოლიკული. 2—3 მოზრდილი ფოლიკული ბირთვით. 2 დიდი გრაafs ფოლიკული, ერთში კვერცხი, ავსილია სითხით. Theca ფხვიერი, მდიდარი კაპილარებით, კარგად გამოხატული ატრეტიული ფოლიკულები. ინტერსტიციალური ქსოვილი საშუალო რაოდენობით.

ამრიგად პირველი ჯგუფის საცდელსა და საკანტროლო კურდღლების საკვერცხეებში დავადასტურეთ საკმაო თვალსაჩინო განსხვავება. საცდელ კურდღელს საკვერცხე აღმოაჩნდა უფრო გადიდებული, პრიმორდიალური ფოლიკულები შედარებით ცოტა; სამაგიეროდ ბლომად მოზრდილები, რომელთა შორის ერთი პრეპარატის  $1/5$  ნაწილს იჭერდა და სიდიდით 910 მიკრ. უდრიდა (Zeiss. OK.—10, ob.— $20/0,4$ ). მათი Theca ფხვიერი, კაპილარებით მდიდარი. ენახეთ ატრეტიული ფოლიკულებიც (6), რაც საკანტროლოში არ იყო და აგრეთვე ინტერსტიციალური ქსოვილის გამოჩენის ნიშნებიც. ეს უკანააქნველი ატრეტიული ფოლიკულის გარდაქმნის შემდეგ პროცესად ითვლება და განვითარების უფრო მაღალ საფეხურს წარმოადგეს.

თუ შედარებას გავატარებთ მეორე ჯგუფის კურდღლების საკვერცხეებ შორის, მაშინ გარჩევა კიდევ უფრო თვალსაჩინოა. საცდელი კურდღლის საკვერცხეებში აღინიშნა—ცოტა პრიმორდიალური ფოლიკული, ბლომად მოზრდილები, ზათ შორის ერთი—სიდიდით გასასკდომად გამხადებული ფოლიკულის ოდენა. ბლომად ინტერსტიციალური ქსოვილი, საკანტროლო ცხოველი საკვერცხეც უფრო გადიდებული აღმოჩნდა.

M. Valberg-ის მეტად საფუძვლიან დაკვირვებებიდან შინაურს კურდღლის საკვერცხის ხანის ანატომიის შესახებ („Zur altersanatomie des Kaninchenovariums“. M. Valberg. Aus d. anat. Inst., Upsala) ვიცით, რომ ინტერსტიციალური ქსოვილის განვითარება მხოლოდ მე-3 თვის ბოლოში იწყება, ჩვენ კი პირველი ჯგუფის საცდელი კურდღლის საკვერცხეში დავადასტურეთ; საკანტროლოში—არ იყო.

როგორც მოსალოდნელი იყო, მეორე ჯგუფის საკანტროლოს საკვერცხეებში ინტერსტიციალური ქსოვილი აღმოჩნდა, რადგან ასაკი ამისათვის შესაფერი იყო. მხოლოდ აქაც ერთი უნდა აღინიშნოს: ამავე მეორე ჯგუფის საცდელი კურდღლების საკვერცხეებში ინტერსტიციალური ქსოვილი იმდენად ბლომად იყო განვითარებული, რომ მთელი პრეპარატი (რამოდენიმე იყო გასინჯული) ფოლიკულების გამოკლებით ამ ქსოვილისკან შესდგებოდა. იმავე Valberg-ის გამოკვლევით ინტერსტიციალური ქსოვილი ატრეტიული ფოლიკულების კედლიდან ვითარდებიან და მომწიფებაში გადასულ ცხოველის საკვერცხის უმთავრეს შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს. მეორე ჯგუფის პირველი საცდელ კურდღლის საკვერცხეში ენახეთ საკმაოდ დიდი ფოლიკული, რომლის ოდენობა გვაფიქრებინებს, რომ ცოტა ხნის შემდეგ ამ ფოლიკულიდან შეიძლებოდა ყვი-

\*) სურათი არ იბეჭდება, რადგან განსხვავება პირველ საცდელისაგან თითქმის არ არის.



თელი სხეულის გამოჩენა. ჩვეულებრივად ყვითელი სხეულის გამოჩენა მხოლოდ მებუთე თვეში ხდება (Valberg).

წონის მზრივ მივიღეთ აშკარა დაკლება საცდელ კურდღლების წონისა, რაც უნდა ძიეწეროს ცხოველობითი პროცესების უფრო წარმატებით მიმდინარეობას წყალტუბოს აბაზანების ზეგავლენით.

ამგვარად ამ ცდების მიხედვით ირკვევა, რომ წყალტუბოს წყლებს შესძლება ერთნაირი გავლენის მოხდენა საკვერცხის პარენქიმატოზურ ქსოვილზე. ეს გავლენა გამოიხატება საკვერცხის პარენქიმის უფრო სწრაფ ზრდა-განვითარებაში, სახელდობრ განვითარების ფაზების უფრო დაჩქარებით ერთისა მეორეთი ცვლაში. მართალია, ცდები ნაწარმოებია მეტად მკირე მასალაზე, საჭიროა მათი ფართედ დაყენება საბოლოო უფრო დასაბუთებული დასკვნის გამოსატანად, მაგრამ მაინც ამ ცდებისაგან მიღებული შედეგები კლინიკურ დაკვირვებების მიმატებით გვაძლევენ საბუთს გამოვთქვათ აზრი წყალტუბოს წყლების ასეთი გავლენის შესაძლებლობისა.

ამ ცდების შემდეგ ცოტად უფრო გასაგები ხდება ის მოვლენები, რომლებიც ჩვენს ავადმყოფთ წყალტუბოში აღმოაჩნდათ, მაგ. თვიურის დასწრებით გამოჩენა, მოწიფულობის ხანის ფუნქციონალური სისხლის ღენის უფრო გაძლიერება, გამოვარდნის მოვლენების ინტენსივობის შენელება ან სრული გაქრობა, კლიმაკტერიული Fluor-ის შეწყვეტა-შემცირება და სხვა.

გასაკვირი არ უნდა დარჩეს ხალხში გავრცელებული შეხედულება წყალტუბოს წყლებით უშვილობის ზოგიერთი ფორმის კარგი შედეგებით მკურნალობის შესახებ. რომ წყალტუბოს წყლებს ძალუძს ზოგჯერ ანთებადი პროცესით შეცვლილი კვერცხსავლის სანათურის აღდგენა ან პერიოფორიტული აპკების და ზონარების შესრუტვა, რომ ოვულაცია წესიერად ხდებოდეს—ეს დამტკიცებას არ საჭიროებს. ამას აქ არ ვებებით. ინტერესს იწვევს საკითხი, რამდენათ დასაშვებია წყალტუბოს წყლების კარგი გავლენა ახალგაზრდა ქალის პირად უშვილობაზე, რომელიც თანდაყოლილია და ანთებასთან საერთო არაფერი აქვს. ეს განუვითარებლობის ერთი სახეა. ამ დროს თვიური არსებობს და ისინჯება ნორმალური სიდიდის საკვერცხე, რომელიც ფოლიკულების საკმაო რაოდენობას შეიცავს. Bumim-ია სტატისტიკით, უშვილობის შემთხვევების  $\frac{2}{3}$  მიეწერება სსქესო ორგანოების ნაკლებ განვითარებას, დანარჩენი  $\frac{1}{3}$  კი—შემდეგ შეძენილ ფორმებს წარმოადგენენ. Winter-ით, გენიტალური ინფანტილიზმით გამოწვეული უშვილობა 38 %-ში უნდა ვიანგარიშოთ. ჩვენი მასალის მიხედვით 239 უშვილო ქალისაგან, რომლებიც წყალტუბოში სამკურნალოდ გამოცხადდნენ, 140 „უცნობი მიზეზის“ უშვილობით იყვნენ შეპურობილნი, დანარჩენ 99 უშვილობა მიეწერებოდა სხვადასხვა დაავადებას—ანთება, დევიაცია, ხორცმეტი და სხვა. ცხადია, 140-დან უნდა გამოირიცხოს ის შემთხვევები, სადაც უშვილობა მამაკაცის მიზეზით წარმოსდგება. ქალებისა და ზოგჯერ ქმრების უბრალო დაკითხვაც როგორც მოსალოდნელი იყო, საქმეს სწორედ ვერ არკვევდა, რადგან ყოველთვის უარყოფითი იყო. ამრიგად მამაკაცის მიზეზით გამოწვეულ უშვილობის შემთხვე-



ვებიც, რომ გამოვაცლოთ, მაინც დარჩება საგრძნობი „რიცხვი უცნობი მიზეზის“ უშვილობისა.

დღევანდელი ჩვენი ცნობის მიხედვით ასეთ მიზეზებათ უნდა ვალიაროთ—საჩანასახო უჯრედების დისჰარმონია, რაც ჯერ კიდევ Darwin-მა აღნიშნა ცხოველებზე (დიზიონური კოლოიდალური ცვლილებანი უჯრედებისა), შემდეგ განაყოფიერებულ კვერცხის ფიზიოლოგიური სიკვდილი სხვადასხვა პირობების გამო, კიდევ ე. წ. სპერმა—იმუნიტეტი და ბოლოს ჰორმონალური აშლილობა. ჰორმონალური აშლილობა უნდა ჩნდებოდეს ენდოკრინულ სისტემის ურთიერთ-მორისო დამოკიდებულების დარღვევის ნიადაგზე. ამ სისტემაში ცხადია საკვერცხე უკანასკნელ როლს არ თამაშობს. რომ ოვარიალური უშვილობის არსებობა დასაშვებია, ეს იქიდან სჩანს, რომ ყვითელი სხეულის დიდი ხნით შეჩერება განვითარების სტადიუმში ე, ი. მისი უქუვანვითარების პროცესის დაგვიანება (*Corpus luteum persistens*) არა იშვიათად იძლევა უშვილობას, რადგან ამ დროს ჩვეულებრივად, არ ხდება ფოლიკულების ჯეროვანად მომწიფება და გასკდომა (*Schröder*). დღეს ჩვენ ისიც ვიცით, რომ ყვითელი სხეულიდან ზოგჯერ ჩნდებიან კისტები, რომლებიც ამეხოვრებს იწვევენ. თუ ასეთი კისტები, ამოიკვეთება, მაშინ შესაძლებელია ამენორეაც მოისპოს.

უშვილობის მიზეზი შეიძლება იყოს თვით კვერცხის შემადგენელ ნაწილებშიდაც. როგორც ვიცით, არსებობს ე. წ. პრეკლიმაქტერიული უშვილობა; ამას კვერცხის განაყოფიერების უნარიანობის დაქვეითებით ხსნიან. ხშირია მარტოდ სასქესო ორგანოების ინფანტილიზმი, სხვა ნაწილები კი ნორმალურად განვითარებულია. ასეთი ინფანტილური მდგომარეობის დროს, როგორც სხვადასხვა ავტორის გამოკვლევებიდან სჩანს, საკვერცხე ფუნქციის მხრივ მაინც იძლევა სიცოცხლის ნიშანს—მენტრუაცია და ოვულიაცია, თუმცა აშლილი, მაინც არსებობს. ამ დროს საკვერცხეში ინახება ზოგჯერ მცირე რაოდენობით, უფრო ხშირად კი მრავლად პრიმორდიალური ფოლიკულები, რომელთა სრული მომწიფება იშვიათად თუ ხდება. მიზეზი ფოლიკულის მომწიფება-გასკდომის შეჩერებისა სრულ-ებით არ ვიცით. იფიქრეს სუსტ ვასკულარიზაციაზე საკვერცხეში, რაც თითქოს უნდა აბრკოლებდეს *Membrana granulosa*-ს და *Cumulus oophorus*-ის საბოლოო განვითარებას, იფიქრეს აგრეთვე ანატომიურ და ფუნქციონალურ ნაკლებობაზე *granulosa*—*Theca*—და *Stromalutein*-ის უჯრედებისა. ყველ შემთხვევაში ჩვენთვის უცნობი მიზეზით ფოლიკულის და კვერცხის განვითარების შეჩერება არსებობს და ესეც არის, ალბად, ზოგჯერ მიზეზი ოვარიალური უშვილობისა.

ჩვენ გვგონია, რომ თუ წყალტუბოს წყლებს ნორმალურ პირობებში ძალუძს ფოლიკულის მომწიფების და მისი გასკდომის დაჩქარება, თუ მას ძალუძს ფოლიკულის მომწიფების ხელისშეწყობა, შეიძლება ითქვას, გამოწვევა (*Amenorrhoe*-ს გასვლის შემთხვევები), მაშინ დასაშვებია ისიც, რომ მას ოვარიალურ უშვილობის ზოგიერთ შემთხვევაშიდაც შეეძლება ნორმალურ მომწიფების უნარისარ მქონე ფოლიკულის ერთგვარად გაღიზიანება და მისი ამმხრივი გამოსაღება.



ამ ნახევრად თეორიული მოსაზრების შემდეგ მთლად უყურადღებოდ დასატოვი არ არის ზოგი ავადმყოფის განცხადება, რომ მას შვილი მიეცა მხოლოდ წყალტუბოში აბაზანების მიღების შემდეგ. ასეთი განცხადება ჩვენ სწორედ სოფელ—ავადმყოფებისაგან მოვისმინეთ.

მოვიყვანთ ზოგიერთების მოკლე ისტორიებს:

1. ავადმ. „მ“ (ბ. № 9036) 36 წ. ფიბრომატოზური საშვილოსნო, მოძრავი. უჩივის თვიურის აშლილობას, ხან ბლომად, ხან კიდევ გახანგრძლივებით. გათხოვილია 11 წელი. მშობიარობა ერთხელ 7 წლის წინედ. დაორსულდა წყალტუბოში ყოფნის შემდეგ. მანამდე 4 წელი უშვილო იყო მიუხედავად იმისა, რომ თერაპიაც გაიკეთა. ეხლა აქვს შლა და ქველი. არავითარი ანთებადი პროცესი არ ქონია.

2. ავადმ. „შ“ (11.183) 28 წ. Retroversio uteri mob. Rheumatismus. გათხოვილია 10 წლის წინეთ. ორსულობა 5 წელი არ ქონდა. წყალტუბოში მოსვლის შემდეგ დაორსულდა პირველად. უკანასკნელი ორსულობა 8 თვის წინედ ქონდა. თვიური უგვიანებს, მოდის ბლომად და ტკივლით. შლაც აქვს. Pulmo et Cor-abs.

3. ავადმ. „მ“, 48 წ. Polyart. rheum. Myocard. chr. გათხოვილია 25 წლის წინედ. 5 წელი არ ყავდა შვილი. მოვიდა წყალტუბოში და იმ წელშივე დაორსულდა. ყავს 5 შვილი. თვიური 12 წელია აღარ აქვს. ქალური სნეულებით ავად არ ყფილია. ეხლა წყალტუბოში მოიყვანა 18 წლის კალიშვილი, რომელიც ორი წელია გათხოვილია და ჯერ შვილი არ მიეცა.

4. ავადმ. „ც.“ (6067), 24 წ. Sterilitas. Fluor. გათხოვილია 7 წელია. თვიური ტკივილებით, ისე ნორმა. ერთი წლის წინედ Discisio. 16 აბაზანას შემდეგ შლა სრულიად მოესბო; წყალტუბოში არავითარი გამოჩენვა არ უწარმოებია. ა/წ იანვარში ენახე ბათოში გახარებული, დაორსულებულა 3 თვის წინედ.

შეიძლება კიდევ ასეთივე ხასიათის ისტორიების მოყვანა, მაგრამ ეს ზედმეტად მიგვიჩნია. შემთხვევა № 3 (ქადაყოფს იმას, თუ რამდენად არის გატაცება ხალაში წყალტუბოს აბაზანებით, როგორც უშვილობის საწინააღმდეგო საშუალებებისა.

საგულისხმოა მე-4 შემთხვევაში Fluor-ის გაქრობა, რომელიც, ჩანს, ფუნქციონალური ხასიათისა იყო და დისმენორეათი ვართულებული. წყალტუბოს წყლებით აქ საკვერცხის ჰორმონალური ფუნქციის გააოწორება მოხდა, რამაც ალბად საშოს ფლორას შერცვლა გამოიწვია.

ყველა ზემოხსენებულის შეძვე უნდა მივიღოთ, რომ ჩვენი დაკვირვებანი არ შეიძლება ჩაითვალოს ყოველთვის შემთხვევით მოვლენებად და რომ მეცნიერულ საფუძველს მოკლებული არ არის ის შეხედულება, რომ წყალტუბოს წყლებს ძალუძს გარკვეული გავლენის მოხდენა ოვარიალურ ფუნქციაზე. მით უფრო დასაშვებია იქნება ეს, თუ გაიფიქრებთ წყალტუბოს წყლ ბის ბუნებას და იმ თვისებებზე, რომლითაც ეს ჟიანასკენლნი სხვა წყლებისაგან განირჩევიან.

საზოგადოთ წყლების, როგორც ფიზიკური მეთოდის, მოქმედება ორგანიზმზე არაპირდაპირია. ის შეიძლება შევადაროთ „Reizkörpertherapie“-ას. Goldscheider-ის აზრით, ფიზიკური საშუალებანი ორგანიზმში იწვევენ რეაქციის მოვლენებს არსებული ავადმყოფობის საწინააღმდეგოს. ჩვეულებრივად რეაქციის პროცესები ბუნებრივად არსებობენ, მხოლოდ არა იმ ოდენობა ინტენსივობით, რომ სნეულება დაძლეული იქნეს. თერმალური წყლებით ჩვენ ვაღწევთ სისხლის ერთგვარ განაწილება-გადა-

ჯგუფებას სხეულში. ეს განაწილება საკმაოდ რთული და ბუნდოვანი რამ უნდა იყოს, რადგან მისი საესებით გამორკვევა დღეს ჩვენ არ ძალგვიძს. Dastre-Morat-ის კანონი — შინაგან ორგანოებში სისხლის დაკლება მისი პერიფერიაში მომატების დროს — ლიტერატურულ წყაროების მიხედვით აღნიშნულში საე'ებით არ გამართლდა, ასე რომ სისხლის განაწილება უნდა წარმოვიდგინოთ არა როგორც მხოლოდ მექანიკური მოვლენა, არამედ რეფლექტორულიც. თუ ბუნდოვანად დგას საკითხი თერმალური წყლების შესახებ, მით უმეტეს ძნელი უნდა იყოს ინდიფერენტული წყლების გავლენის გამორკვევა. წყალტუბოს წყლებიც ინდიფერენტულ წყლებს ეკუთვნიან, რადგან მათი  $t^{\circ} 35^{\circ}/C$  არ სცილდება. ზემოდ დასახელებული ცვლილებები, რომელთაც ვიღებთ წყალტუბოს წყლებით მკურნალობის დროს, რა თქმა უნდა, აღნიშნულ  $t^{\circ}$  არ მიწვევრება. არც ქიმიური შეხადგენლობა ამ წყლებისა არის ისეთი, რომ მისგან რაიმე დიდი მოქმედება მივიღოთ. წყალტუბოს წყლებში სჭარბობს გოგირდ მჟავა კიბი, ძარილების რაოდენობა კი ძლიერ მცირეა; ლიტრ წყალში ის ერთ გრამსაც არ უდრის (სულ 0.7651). ამრიგად მართა მკვირი ნაწილების მიხედვით რაიმე ეფექტის მიღება, რა თქმა უნდა, წარმოუდგენელია.

სულ სხვა მნიშვნელობა უნდა მიეკუთვნოს ენაზე კომპონენტს, სახელდობრ რადიუმის ემანაციას, რომელაც წყალტუბოს წყლებშია აღმოჩენილი. განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიეცეს რადიუმის ემანაციის კომპონენტის სხვა ფაქტორებთან, როგორც დასახელებულ ზევით, ისე ჯერ კიდევ უცნობ. მართალია, ამ ბოლო დროს წყლის რადიოაქტივობას იმდენი მნიშვნელობას არ აკისრებენ. მართალია ისიც, რომ დიდი რადიოაქტივობის წყლებიც, როგორც არის ბრაშახი გერმანეთში და იოახიმსტალი (1000 E. M. და მეტი) — ავსტრიაში სამკურნალო თვისებების მხრივ ნაკლები გამოდგენ, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს ისიც, რომ ცდები ავადმყოფებზე უბრალო წყლის აბაზანაში გაცილებით ნაკლები შედეგიანი გამოდგენ გარდა ამისა დიდი ძალის ემანაციაც ორგანიზმისათვის ნაკლები სასარგებლო უნდა დარჩეს, რადგან Reizkörper-therapie-ის როლს ვერ ითამაშებს ცნობილია, რომ რადიოაქტიური წყლების აბაზანების მიღების დროს მნიშვნელობა აქვს ემანაციის კანიდან შესრუტვას და აგრეთვე მის ინჰალაციას. მნიშვნელობას აკუთვნებენ კანის პირდაპირ განსხივებასაც ემანაციით, უკეთ რომ ვსთქვათ, განსხივებასაც ემანაციი და მლით გამოწვეულ B-სხივებით. ამის გამო ამა თუ იმ ეფექტის მისაღებად, როგორც  $t^{\circ}$ , ისე ემანაციის გარკვეულ რაოდენობას, მნიშვნელობა უნდა ქონდეს. კანი არ არის მართა integumentum commune, დამცველი საფარი და გრძნობის ორგანო, ის სითბოს, ნივთიერებათა და აირების ცვლის პროცესებშიდაც დიდ მონაწილეობას იღებს, ცნობილია ურთიერთშორისი დამოკიდებულება კანისა და შინაგანი სერეციის ორგანოთა შორის (კანი ბაზედოვის, Addison-ის და სხვა ავადმყოფობის დროს). Vogt-ის აზრით, კანის დამოკიდებულება შინაგან ორგანოებთან უმთავრესად ვეგეტატიურია. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ კანის ფართე გაღიხიანების დროს შეგვიძლია გამოვიწვიოთ ვეგეტატიური მოკლენები. ჩვენც სხვებთან ერთად ვფიქრობთ, რომ სწორედ გარკვეულ კომპონენტისა, რადიოაქტივობის და სხვის, რაც წყალტუბოს წყლებშია და მხოლოდ ბუნებ-

როც სამკურნალო წყლებში შეიძლება შეგვხვდეს, უნდა შეეძლოს ასეთი ფართე გალიზიანების გამოწვევა წყალტუბოს წყლების ევგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედების შესახებ დაკვირვება აწარმოვა ექ. პ. ქავთარაძემ და იმ დასკვნაზე მივიდა, რომ მოქმედება უდავოა და რომ წყალტუბოს აბანოებით ორგანიზმის აშკარა სიმპატიზაცია უნდა ხდებოდეს“-ო.

რა ვიციო დღეს ორგანიზმში შეტანილ რადიუმის ემანაციის მოქმედების შესახებ? პირველ ყოვლისა რადიუმის ემანაცია იწვევს ცხოველობითი პროცესების აღზნება-გაძლიერებას, შარდმკეფას და აზოტის გამოყოფის წევას, მნიშვნელოვანი ლეეკოციტოზის გამოჩენას და ამ ელემენტების ფაგოციტარული თვისების გაძლიერებას. საგულისხმოა, რომ წითელი ბურთულების რაოდენობა და ხასიათი უცვლელი რჩება. გარდა ამისა აღნიშნავენ წნევის დაცემას, პულსის შეგვიანებას გულის ცემის მოცულობის შემცირებას, ესე იგი მკვლევართა აზრით უნდა ხდებოდეს ყველაფერი რაც კი საჭიროა სისხლის მიმოქცევის დაცვისათვის.

გარდა ევგეტატიური გზით შიგა-სეკრეტორულ ჯირკვლებზე მოქმედებისა, ესეც ექვს გარეშეა, საკვერცხეებზე ერთგვარ გავლენას მოახდენს. ჩვენ ანთებადი პროცესები სახეში არა გვაქვს, რადგან ჩვენ საკითხს არ ეხება, ძაგრად რომ ასეთი პროცესების დროსაც დიდი იქნება რადიოაქტიური წყლების მოქმედება ეს ცხადზე უცხადესია. ამას ადასტურებს ჩვენი ამ მხრივი ძასალაც, რომლის მიხედვით  $\frac{1}{10}$  განკურნებისა დიდი იყო.

ამის შემდეგ ძნელი არ არის იმის ახსნა, თუ რატომ საკვერცხის ფუნქციონალური დაავადების ზოგიერთ შემთხვევაში წყალტუბოს აბაზანებისაგან ვიღებდით კარგ ეფექტს, ზოგიერთში კი-ცუდს. იქ, სადაც საკვერცხის პათოლოგიურად აწეული ფუნქცია იყო, როგორც არის მოწიფულობის პერიოდის სისხლდენა, მეტროფათიები, მიომები და სხვ., წყალტუბოს წყლები უფრო აძლიერებდენ საკვერცხის ფუნქციას. სამაგიეროდ, იმ შემთხვევებში, სადაც კლინიკურად აღინიშნებოდა საკვერცხის ფუნქციის დაქვეითება ან სრულიად შეჩერება, მაგ. გაქოვარდნის მოვლენები, კლიმაქტერიული შლა, დისმენორეა, ამეხორეა და სხვა მოქმედება წყლებისა ზოგჯერ პირდაპირ გასაოცარი იყო.

საყურადღებოა ქალწულობის პერიოდში გამოჩენილი სისხლის დენა ქლოროზის ნიადაგზე, სადაც ვერ მივიღეთ კარგი შედეგი. ჩა ს ამ შემთხვევებში ხაქმე ეხებოდა საკვერცხის პათოლოგიურად აწეულ ფუნქციას და არა ამ ფუნქციის დაქვეითებას, სახელდობრ საქმე ეხებოდა საკვერცხის არა ჰიპოპლასტიურ მდგომარეობას. მეორე მხრივ დასაშვებია, რომ საკვერცხის ჰიპოპლასტიით გამოწვეული ქლოროზიც, როგორც ინფანტილურ-კონსტიტუციონალური მდგომარეობა, მარტო აბაზანებით არ შეიძლება გამოსწორდეს, რადგან ამ დროს არსებული გემოგლობინის და წითელი ბურთულების რაოდენობის დაქვეითების მოსაპობად სხვა რალაცა არის კიდევ საჭირო. ერთია მისაღები, რომ სხვა საშუალებებთან წყალტუბოს წყლები ქლოროზის ამ ფორმაზე კარგ გავლენას მოახდენს.

Прив.-доц. М Мгалобели.

### Влияние Цхалтубских вод на гормональную функцию яичников.

Работая на кур, Цхалтубо, автор заинтересовался вопросом, на сколько Цхалтубские источники влияют на гормональную функцию яичников.

Из 916 проведенных больных женщин около 400 жаловались на гормональные расстройства (бесплодие, дисменоррея, аменоррея, метропатия и т. д.), при чем клинически какое-нибудь местное заболевание установить не удавалось. Все остальные случаи касались больных с воспалительными процессами женской половой сферы, девиациями, опухолями и т. д. Больные получали два раза в день ванную процедуру по 20 мин.; курс лечения 20—25 ванн. К сожалению, не все больные доканчивали полный курс (главный контингент сельчане) и раньше срока прекращали лечение. Понятно, что результаты лечения в этих случаях не могли быть удовлетворительными; да и регистрировать их нельзя было, так как такие больные повторно в амбулаторию не являлись.

Опыты на животных (кролики) показали, что Цхалт. воды влияют на паренхиму яичников опытных в смысле более быстрого развития фолликулов и атрезии этих последних с появлением обильно интерстициальной ткани в яичнике раньше, чем у контрольных.

Из наблюдений над больными выяснилось, что там, где дело касалось больных с патологическим повышением функции яичников (кровотечение в молодом возрасте, метропатии, миомы и т. д.), воды усиливали симптомы заболеваний; там же, где клинически устанавливалось понижение функции или полное ее прекращение (явления выпадения, климакт. боли, дисменоррея овариального характера, некот. формы аменорреи и т. д.) влияние вод не подлежало сомнению. Неблагоприятно было влияние и на кровотечение у молодых больных, страдающих хлорозом.

На основании всего вышеуказанного автор допускает возможность влияния Цхалтубских вод в том или ином смысле на внутреннюю секрецию яичника.

Priv.-doz. M. MCALOBELI.

### Der Einfluss der Zchaltubobäder auf die hormonale Funktion der Ovarien.

Bei seiner Tätigkeit als Gynäkologe im Kurort Zchaltubo im Sommer vorigen Jahres der Verfasser interessierte sich mit der Frage ob die Zchaltubobäder ihre Beeinflussung auf die hormonale Funktion des Ovars ausüben können. Es haben 916 kranke Frauen gynäkologische Ambulanz besucht, davon ungefähr 400 klagten über die hormonale Störungen (Sterilitas, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Metropathie); von der letzten Kategorie der Kranken in keinen einzigen Falle war es möglich klinisch irgend eine locale Erkrankung festzustellen. In allen übrigen Fällen handelte es sich um Kranken mit entzündlichen Prozessen der Weiblichen Geschlechtsorganen, Deviationen, Geschwulsten und s. w. Die Kranken haben 2 mal täglich je 15—20 m. die Bade-prozedur bekommen. Der Kurs der Behandlung betrug ungefähr 30 Bäder. Leider haben nicht alle Kranken den Kurs zu Ende geführt (die Mehrzahl der Frauen waren Bau-erinnen und vorzeitig die Kur abgebrochen haben. Selbstverständlich das Resultat der Behandlung in diesen Fällen nicht befriedigend sein konnte.

Die Experimente auf den Tieren (Kaninchen) gezeigt haben, dass die Zchaltubobäder einen Einfluss auf das Parenchym der Ovarien im Sinne der schnelleren Entwicklung der Follikeln und Atresie der Letzteren haben mit dem Erscheinen reichliches interstitiellen Gewebes im Ovar früher, als bei Kontrolltieren.

Aus der Beobachtung der Kranken stellte es sich heraus, dass in Fällen, wo es sich um die Kranken mit pathologisch gesteigerten Funktion der Ovarien handelte (Blutung im Pubertätsalter, Metropathie, Myom und s. w.) die Bäder verstärkten die Krankheitserscheinungen; andererseits in den Fällen, wo klinisch die Herabsetzung oder das volle Sistieren der Funktion festgestellt war (Ausfallserscheinungen; klymakterisches Ausfluss, Dysmenorrhoe ovarieller Ursprungs, einige Formen der Amenorrhoe u. s. w.) positiver Einfluss der Bäder unterlag keinem Zweifel. Bei der Blutungen der jungen Patientinnen mit der Chlorose der Erfolg blieb auch aus.

Auf Grund alles Obengesagten dem Verfasser scheint es erlaubt zu sein die Möglichkeit der Einwirkung der Bäder sowohl im positiven als auch in negativen Sinne auf die innere Secretion der Ovarien zuzulassen.



დოც. ბ. ლომჯარიძე

## აბორტების ლეგალიზაციის შედეგები ქ. ტფილისში\*

მიუხედავად იმისა, რომ სრულიად საქართველოს ექიმთა მეოთხე ყრილობის საპროგრამო საკითხად იყო აბორტის საკითხი, მე მაინც ვაძლევ ნებას ჩემ თავს ეხლაც ეს საკითხი წამოვყენო, ვინაიდან: 1) საკითხის საბოლოო გადაწყვეტა ვერ მოხდა და 2) აბორტის ლეგალიზაციის შედეგ წამოიჭრა საკითხი, ხომ არ უქადის აბორტის ასეთი გამრავლება ჩვენ ერს გადაგვარებას. ეს უკანასკნელი საკითხი კი იმდენად ენიშვნელოვანია, რომ, ჩემის აზრით, დრო და დრო ჩვენ ვალდებული ვართ ჩვენი სტატისტიკური ცნობები ამ ძვირვალევის და შესაფერისი დასკვნები გამოვიტანოთ.

ამ საკითხის წამოყენება მით უფრო საჭიროთ მიმაჩნია, რომ ჩვენი მე-5 ყრილობის საპროგრამო ერთ-ერთი საკითხი არის საქართველოში მოსახლეობის მოძრაობა, რომელ საკითხთანაც აბორტი მჭიდროდა დაკავშირებული.

მე მინდა დღეს მოკლეთ მოვიყვანო ციფრები აბორტების მოძრაობის ტფილისში უკანასკნელ წლებში. გარდა ამისა ვსარგებლობ შექმნილი და მოკლეთვე მოვიყვან იმ კანონდებულებას, რომელიც ამის შესახებ არსებობს, ვინაიდან colleg-ებთან საუბრის დროს მე მრავალჯერ დავრწმუნებულვარ, რომ ბევრი ექიმი არ არის გაკვალილი არსებულ დებულებებთან.

დეკრეტი აბორტის ლეგალიზაციის შესახებ პირველად გამოვიდა რუსეთში 1920 წლის 18 სექტემბერს, მისი შინაარსი შემდეგია:

1) Допускается бесплатное и свободное производство этой операции в обстановке советских больниц, где обеспечивается ее максимальная безвредность.

2) Абсолютно запрещается производство этой операции кому бы то ни было, кроме врача.

3) Виновные в производстве этой операции акушерка или бабка лишаются права практики и привлекаются к народному суду.

4) Врач, произведший операцию плоудоизгнания в своей частной практике с корыстной целью, отвечает перед народным судом. (Декрет Н. К. З. и Н. К. Ю. 18 сентября 1920 г.).

ამ დეკრეტს უძღვის წინასიტყვაობა, რომელშიაც ნათქვამია, რომ აბორტი მთელ მსოფლიოშია გავრცელებული, როგორც სოციალური მოვლენა, რო-

\* მოხსენება საქართველოს ექიმთა მე-5 კონგრესზე ბათუმში.

მელსაც ყველა ქვეყნების მთავრობა ებრძვის და სჯის დამნაშავეს. მაგრამ დასჯის პოლიტიკამ არა თუ დადებითი შედეგის მოტანა ვერ შესძლო, არამედ გამოიწვია ამ ოპერაციის ფარულად წარმოება და ხშირად არა მცოდნე პირების მიერ. ამის შედეგად ქალების 50%-მდე ავად ხდება და 4% კი იღუპება.

საბჭოთა ხელისუფლება ებრძვის ამ მოვლენას აგიტაციით, სოციალისტური წესწყობილების შექოლებით და დედათა და ბავშვთა დაცვის პრინციპების ფართოთ განხორციელებით და იმედი აქვს, რომ ეს მოვლენა მოისპობა. მაგრამ სანამ აბორტი მოისპობოდეს, ქალთა ჯანმრთელობის დასაცავად შემოღებულია ზემოხსენებული ღებულება, ვინაიდან რეპრესიების მეთოდი ამ საქმეში სრულებით არ აღწევს მიზანს.

აბორტების ლეგალიზაციამ გამოიწვია საავადმყოფოებში საწოლების გარავლების საჭიროება. ვინაიდან, ამ მოთხოვნების დაკმაყოფილება დიდ უმრავლეს შემთხვევაში შეუძლებელი შეიქნა, მთავრობა იძულებული გახდა გამოეცა ცირკულიარი (1924 წ. 3 ნოემბერს H. K. 3. და H. K. 10.), რომლის მიხედვით ამ ოპერაციის წარმოება დასაშვებია აგრეთვე კერძო სამკურნალო-ებშიაც, რომლებიც აღრიცხულია ადგილობრივ ჯანმრთელობის განყოფილებებში.

მაშასადამე ამით გაუქმებულია ამ ოპერაციის უფასოდ წარმოების პრინციპი. აბორტის უფასოდ წარმოებისათვის ნებართვის მისაღებად შემოღებულია კომისიები (1924 წ. 9 ი.ნვარი H. K. 3.), რომლებიც ანაწილებენ უფასო საწოლებს მხოლოდ დაზღვეულის სოციალურ მდგომარეობის მიხედვით. გამომუშავებულია გეგმა, - თუ ვინ სარგებლობს ამ უფლებით პირველ რიგში, მეორე რიგში და სხვა.

1925 წ. 17 მარტს გამოსულ ცირკულიარში (H. K. 3.) განმარტებულია, რომ ნებართვა საჭიროა მხოლოდ ამ ოპერაციის უფასოთ წარმოებისათვის, და თუ აბორტი სწარმოებს აღნიშნულ კომისიის ნებადართველად, მაშინ აბორტის გაკეთების საკითხს სწყვეტს თვითონ ის ექიმი, რომელიც აკეთებს ოპერაციას. ამგვარ შემთხვევაში საჭიროა მხოლოდ განსაკუთრებულ ანკეტის შევსება, რომელიც შემდეგ უნდა გადაგზავნილ იქნეს სათანადო ჯანმრთელობის განყოფილებაში.

დაბოლოს აღსანიშნავია კიდევ ცირკულიარი (H. K. 3.) 1926 წ. 12 თებერვლის, რომლის მიხედვით აკრძალულია აბორტის წარმოება სოციალური ჩვენებით ორსულობის 3 თვის შემდეგ.

ამისდა მიხედვით ოფიციალური კანონის მუხლი შედგენილია შემდეგნაირად: „Совершение с согласия матери изгнания плода или искусственного перерыва беременности лицами, не имеющими для этого надлежаще удостоверенной медицинской подготовки, или хотя бы и имеющими специальную медицинскую подготовку, но \* в ненадлежащих условиях, влечет за собой лишение свободы или принудительные работы на срок до одного года.

Если означенные в сей статье действия совершаются в виде промысла или без согласия матери, или имели последствием ея

смерть, то мера социальной защиты повышается до лишения свободы на срок до 5 лет.“ (Уголовный кодекс С. С. Р. Г. Тифлис 1925 г., Гл. V, раздел 1, ст. 152).

ჩამოთვლილ დებულებათა მიხედვით, რაშასადამე, ამ ოპერაციის წარმოება ექიმის მიერ თავის ბინაზე, ან და თვით ავადმყოფის ბინაზე, აკრძალულია, თუმცა პირდაპირ მითითება ამაზე კანონში არ არსებობს (უკრაინაში დაშვებულია აბორტის წარმოება ექიმის მიერ ავადმყოფის ბინაზე, თუ უკანასკნელის პირობები ამას უწყობენ ხელს).

ეს გახლავთ ის ოფიციალური დებულებანი, რომელთა მიხედვით შემოღებულია ლეგალური აბორტი. ვინაიდან აბორტის შესახებ პირველ დეკრეტის გამოსვლის შემდეგ რუსეთში უკვე 8 წელიწადმა განვლო, ჩვენში კი — 4 წელიწადმა (საქართველოში სოციალური აბორტა შემოღებულია 1924 წლ. თებერვალში), მაშასადამე საკმარისი გამოცდილებაა დაგროვილი, ასე რომ შესაძლებელია, თუ საბოლოოთ არა, წინასწარ მიინც, დასკვნა გამოვიტანოთ იმის შესახებ, თუ რა მოგვცა აბორტის ლეგალიზაციის მსოფლიო ისტორიაში პირველმა ცდამ.

საინტერესოა რამოდენიმე საკითხის გაშუქება: 1) მიღწეულია თუ არა ძირითადი მიზანი დეკრეტისა, ე. ი. შემცირდა თუ არა არალეგალური აბორტთა რიცხვი? 2) როგორ იმოქმედა დეკრეტმა აბორტების საერთო რაოდენობაზე? ხომ არ მომატებულა აბორტთა რიცხვის საერთო რაოდენობა და რამდენია მშობიარობის საერთო რიცხვი, ე. ი. როგორია შეფარდება აბორტთა რიცხვისა მშობიარობის რაოდენობასთან შედარებით? 3) ხომ არ მოეღის ერს გადაგვარება, თუ აბორტთა რიცხვმა ძლიერ გაიზარდა და მშობიარობის რიცხვმა კი მოიკლო?

პირველ საკითხზე რომ ვუპასუხოთ, საჭიროა აღრიცხვა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ავადმყოფები შემოდიან საავადმყოფოებში დაუმთავრებელი და დაწყებითი აბორტებით, ვინაიდან, თუმცა ახაძენის მიხედვით ამითგან უპრავესობა ბუნებრივია, მაგრამ გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ეს უკანასკნელი ფაქტიურად უმცირესი ნაწილია, უმთავრესად კი — აბორტები ხელოვნურია.

ავტორთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ საავადმყოფოებში შემოსულთა დაუმთავრებელ აბორტთა შემთხვევების რაოდენობა კლებულა (Сердюков, Генс, Ульяновский, Бендерская, Левит, Лаптев, თიკანაძე, ლოლობერიძე). ამავე დროს ყველა ერთხმად აღნიშნავს, რომ აბორტთა საერთო რაოდენობამ 1920 წლიდან ძალიან მოიმატა, და მრუდე ეხლაც მატულობს კიდევ.

მოსკოვში Сердюков-ით 1922—1926 წლამდე აბორტთა  $\frac{1}{6}$  მშობიარობასთან შეფარდებით 22,56%-იდან გაიზარდა 31,41%-დე. ხელოვნურ აბორტთა რიცხვი კი ყველა აბორტებთან შედარებით — 53,27-დან 80%-მდე. Шинкарь-ის მოხსენებიდან სრულიად უკრაინის ქალაქებში 1924—25 წ.წ. აბორტი ყველა მშობიარობის 63% შეადგენდა, 1925—26 წ. კი — 80%-ს. უკრაინის სოფლებში სათანადო ციფრები უდრის 48% და 64% ამათან ხელოვნურ აბორტთა  $\frac{1}{6}$  მატულობს აბორტთა საერთო რიცხვთან შედარებით. მაგალითად 1924 წელს ქალაქებში ხელოვნური აბორტები შეადგენდა ყველა აბორტების 52%-ს;



1927 წელს—70% და 1926 წ. კი—78%-ს. Левიტ-ის ცნობებიდან (ლენინ-გრაღი) 1914—16 წ. 1 აბორტი მოდიოდა 4 მშობიარობაზე; 1924—26 წ. კი—1,7 მშობიარობაზე. 1913 წ. აბორტთა % მშობიარობასთან შეფარდებით უდრიდა 23; 1926 წ. კი—37; პროცენტული შეფარდება ხელოვნურ აბორტებისა მუცლის მოშლის საერთო რიცხვთან 1913 წ.—4. 1926 წ. კი—58. Лаптев-ის მონაცემებიდან (დენპროპეტროვსკი) აბორტთა პროცენტული შეფარდება მშობიარობასთან 924 წ.—37,5, 1926 წ. კი—83,7.

გასულ წელს სრულიად საქავშირო მეან-გინეკოლოგთა მე-VIII ყრილობაზე პროფ. Лебедева-ს მიერ წარმოდგენილია ციფრები მთელი რუსეთისა, რომლებიდანაც ჩანს, რომ აბორტთა საერთო რიცხვი ბოლო წლებში ძალზე გაიზარდა. მრუდზე ჩანს არაჩვეულებრივი აწევა ზემოდ, და ამასთან ერთად მუდამ ტენდენცია კიდევ მომატებისადმი. როდის შეჩერდება ეს ზრდა აბორტებისა, ძნელი სათქმელია; Лебедева-ს ვარაუდით უახლოეს წლების განმავლობაში ეს ზრდა უნდა შეჩერდეს. მისი აზლით, ეს ზრდა უპირველეს ყოვლისა უნდა აიხსნას არალეგალურ აბორტთა რაოდენობის დაკლებით და იმით, რომ აბორტთა ის შემთხვევები, რომელნიც წინეთ აღნუსხვაში ვერ ტარდებოდნენ, როგორც არალეგალური. ესლა რეგისტრაციაში ტარდებიან, როგორც ლეგალური, და აით აიხსნება ასეთი ზრდა. მისი გამოანგარიშებით მოსკოვში აქამად არალეგალური აბორტი ყველა აბორტების მხოლოდ 12%-ს შეადგენს. მის მიერ მოყვანილ ციფრების მიხედვით, მოსკოვში 1927 წელს 100 მშობიარობაზე მოდის 76 აბორტი, რომელთაგან 65 ხელოვნურია. რუსეთის ყველა ქალაქებსათვის ეს ციფირი უდრის 30-ს ასზე, მთელ რუსეთისათვის კი—13-ს ასზე. ამგვარად ამ მხრივ სოფელი ჯერ კიდევ ბევრად ჩამორჩენილია ქალაქს. ოდნავ უფრო დიდი ციფირებია წარმოდგენილი III А-пир-ის მიერ უკრაინისათვის, სადაც ქალაქებში აბორტები მოდის 117 ას მშობიარობაზე; სოფლებში კი—15 ასზე

ქ. ტფილისისათვის საკითხის გასაშუქებლად მე შევაგროვე სამი ისეთი დაწესებულების ცნობები, როგორც არის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეანო კლინიკა, სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტს სამეანო განყოფილება და ქალაქის I საავადმყოფოს საბებიო განყოფილება. აქვე საჭიროდ მიმაჩნია აღვნიშნო, რომ ქ. ტფილისში სამეანო საწოლების რაოდენობა სრულებით არაა საკმარისი და აბორტის გასაკეთებლად საწოლის მისაღებად ავადმყოფებს რიგში მოცდა უხდებთ ზოგჯერ 1 თვის განმავლობაში და მეტიც. მიღებული ციფირები გვიჩვენებს, რომ 1907 წლიდან მოყოლებული, როგორც მშობიარობისა, ისე აბორტთა რიცხვი ძლემდ იზრდება, ასე რომ 1907—1910 წ.წ. მშობიარობის რაოდენობა ამ სამ დაწესებულებაში წელიწადში ძლივს აღწევდა 1000-ს, ამის შემდეგ ნელნელა მატულობს; 1914 წლიდან ეს მოატება უფრო სწრაფად მიდის: 2 ათასზე მეტია; და ბოლო წლებში კიდევ მოიმატა და მიაღწია 4—5 ათასს წელიწადში. რთ აიხსნება მშობიარობის ასეთი ზრდა? ცხადია მხოლოდ იმით, რომ წინეთ ბევრს შეეძლო სახლში მოლოგინებულყო, ესლა კი ბინების პირობებისა და მატერიალურ მდგომარეობისა გამო ყველა ცდილობს, რომ მოლოგინდეს დაწესებულებაში.





რაც შეეხება აბორტების საერთო რაოდენობას, იგი 1906—1910 წ.წ. თითქმის არ აღემატება ასს წელიწადში, მერმე თანდათან მატულობს და 1914 წ. გადააქარბა 1000-ს ბოლო წლებში კი 2000 აღემატება წელიწადში.

ამგვარად 1907—1910 წლებში აბორტი შეადგენდა მშობიარობის დაახლოებით 15% ს, 1927 წ. კი—აღემატება 53%-ს ეს ციფირი მაჩვენებელია იმისა, რომ, თუმცა ტფილისი ამ მხრივ ოდნავ ჩამორჩა ისეთ ქალაქებს, როგორც კიევი, მოსკოვი და ლენინგრადი, მაგრამ თან მიდევს მათ, ასე რომ, მაგალითად, 1927 წელს ტფილისში ერთი აბორტი მოდის 1,4 მშობიარობაზე, კიევი კი 1926 წელს—1 აბორტი 1,7 მშობიარობაზე (Левит). წარმოდგენილ მასალიდან ნათლად ჩანს ეს ზრდა აბორტებისა ცხრილიდან ნათელია, რომ ხელოვნური აბორტთა რიცხვი 1922 წ. შეადგენდა ყველა აბორტების 21%ს; 1924 წლიდან კი, როცა შემოღებულია საქართველოში სოციალური აბორტი, მატულობს თანდათან და 1927 წელს შეადგენს 36,1%ს. ეს ციფირები გვიჩვენებენ, რომ ამ მხრივ ქ. ტფილისი ძლიერ ჩამორჩა რუსეთის დიდ ქალაქებს, რაც ცხადია, აიხსნება სამედიცინო საწოლების არა საკმარისი რაოდენობით. ზოგი ავტორი აღნიშნავს კიდევ ერთგვარ პარალელიზმს არალეგალურ აბორტთა რაოდენობასა და იმ შემთხვევათა რიცხვის შორის, რომელიც ეხება ავადმყოფოში ხელოვნური აბორტის გასაკეთებლად მიღებაზე უარის თქმას. (Шинкарь, Кирилов).

ამგვარად აშკარაა, რომ აბორტების ლეგალიზაციამ სავსებით მოგვცა ის არა სასურველი ეფექტი, როელიც მოსალოდნელი იყო წინასწარ, ე. ი. გადიდა ქალების მუცლის მოშლისადმი მისწრაფება და შეამცირა მათი დეობრივი ინსტინქტი. მეორეს მხრით ის სასურველი ეფექტი, რომელსაც მოელოდნენ ლეგალიზაციისაგან, მიღებულია მხოლოდ ნაწილობა, ვინაიდან უმეტეს ადგილებში არაა აკმარისი რაოდენობა საწოლებისა მუცლის მოშლის ოპერაციის გასაკეთებლად. ამის გამო არალეგალური აბორტი, თუმცა პროცენტულად შემცირდა ჩვენშიაც, მაგრამ მას ჯერ კიდევ, თუ შეიძლება ასე ითქვას, „საპატიო“ ადგილი უჭირავს ჩვენს სტატისტიკაში. მაშასადამე საწოლების რაოდენობის გაუდიდებლად დეკრეტის მთავარი მიზნის მიღწევა შეუძლებელია.

ვინაიდან ჩემ განკარგულებაში არ ყოფილა მთელი ტფილისის ციფირები შესახებ დაავადებისა და სიკვდილობისა აბორტებისა გამო, ანისათვის აქ არ მომყავს ის, მაგრამ მრავალი ავტორის მიერ აღნიშნულია, რომ ეს ციფირები ოდნავ შემცირდა, როგორც რუსეთში, ისე საქართველოშიაც (თიკანაძე, დოლობერიძე, Гене, Лебедева და სხვა). საპატიოდ უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ასე ქარხნული წესით ხელოვნური აბორტების წარმოებისას, როგორც ეს ხდება ეხლა, არა იშვიათია სათანადო დაწესებულებებშიაც კი სახიფათო გართულებები აბორტებისა, როგორც არის საშვილოსნოს პერფორაცია. Шмундак-ის სტატისტიკური ცნობებით ეს გართულება შეადგენს დაახლოებით 0,5%-ს.

(შე თვითონ ამ მოკლე ხნის წინეთ მომხდდა დახმარების გაწევა ერთ შემთხვევაში, სადაც ექიმმა სოფლად გამოუხვეის დროს პერფორაცია მოახდინა საშვილოსნოსი და მოიყვანა ავადმყოფი ჩვენთან. ოპერაციის დროს აღმოჩნდა სრული გახვევა, როგორც საშვილოსნოს წინა



კედლისა, ისე საშარდგ ბუშტის უკანა კედლისა. ეს ეჭიში ამბობდა, რომ მას 300-ზე მეტი გავრეობა ზელოვნური აბორტი.

Лебедев-ის სტატისტიკური ცნობებიდან ჩანს, რომ მოსკოვში შობადობა 1913 წელს იყო  $31\text{‰}$ ; 1927-ში კი— $29\text{‰}$ ; აბორტები კი მატულობს:  $3\text{‰}$  და  $15\text{‰}$  (ციფრები აღებულია მოსახლეობის 10(0 სულზე). მიუღ კავშირში კი შობადობის საშუალო რიცხვი უდრის  $44\text{‰}$ . უკრაინაში (Шинкарь) 1913 წელს დადებოდა  $43\text{‰}$ ; 1925 წელს კი  $41\text{‰}$ . ამასთან ერთად დაკლებულია სიკვდილობის პროცენტული რაოდენობა, რაც დამოკიდებულია ბავშვთა სიკვდილობის დაკლებაზე ბავშვთა დაცვის მუშაობასთან დაკავშირებით. ამის გამო რუსეთში და უკრაინაში ჯერ-ჯერობით მოსახლეობის ბუნებრივი ზრდა უზრუნველყოფილია. მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ რომ ბავშვთა სიკვდილობის დაცვას არ შეუძლია crescendo მიმდინარეობდეს მუდამ, და ამ დაცვას თავის საზღვარი აქვს, რომელსაც ალბად მალე მივაღწევთ; რაც შეეხება აბორტთა რაოდენობის მომატებას, ამის საზღვარი არა ჩანს; პირიქით ყველა ქვეყნების და ყველა დროის სტატისტიკური ცნობები გვიჩვენებენ, რომ შობადობა მუდამ კლებულობს, აბორტი კი, პირიქით, მატულობს. ამიდან დასკვნა უნდა გამოვიყვანოთ, რომ ისეთი ცდა, რომელიც ტარდება ეხლა საბჭოთა კავშირში, დიდ სიფრთხილეს და ყურადღებას მოითხოვს, რათა დროზე შევაძინოთ, თუ ერის გადაგვარების ხიფათი დაიბადება.

გარდა უშუალო ხიფათისა, რომელიც თან მისდევს აბორტის ოპერაციას, უნდა აღვნიშნოს ისიც, რომ მიუღ რიგ ავტორთა მიერ (Цомакион, Сердюков, Лаптев, Селицкий, Бондарев, Какушкин, Парсамов) დამტკიცებულია, რომ ზელოვნური აბორტი, მაშინაც კი, როდესაც ის lege artis და სათანადო ხანაში არის გატარებული, შეიძლება სხვადასხვა მოშლილობის, ზოგჯერ გაუსწორებელი მოშლილობისაც, მიზეზად გახდეს, როგორც მავალითად უშვილობისა. გამოკვეულია აგრეთვე, რომ აბორტის შემდეგ მშობარობაც ხშირად არანორმალურად ტარდება ხოლმე, სხვადასხვა გართულებათა დიდ  $\text{‰}$ -ს იძლევა, და უფრო დიდხან კმძლდება ხოლმე (Литвак), ყველაფერი ეს გვიკარნახებს ამ სოციალურ მოვლენასთან ბრძოლის აუცილებლობას. რავალი ავტორი გამოსავალს პოულობს განაყოფიერების წინააღმდეგ აშუალებათა მეცნიერულად შესწავლასა და ფართოდ პროპაგანდაში (Бендерская, Лаптев, Леви, Борщевский, Селицкий, Гринштейн, Ефимов და სხვა). მართალია აა ასეთი გზით შესაძლებელია ნაყოფის ჩასახვის შემთხვევების შემცირება და აით, მაშასადამე, აბორტთა რიცხვის შემცირებაც. მაგრამ იქნება ამით დაბადების რიცხვი რომატებული? ცხადია არა. პირიქით, ვფიქრობ რომ, თუ დღეს დღეობით მრავალი ქალი მუცლის მოშლისაგან თავს იკავებს ოპერაციისადმი ბუნებრივი შიშისა გამო, თუ მათ მიეცემათ მარტივი და რაციონალური საშუალება ორსულობის წინ აღმდეგ ისინიც აღარ დაორსულდებიან. ამისათვის, ჩემის აზრით, ჩვენ რომ გვექონოდა მარტივი და სანდო საშუალება ორსულობის წინააღმდეგ, ამ საშუალების პროპაგანდა შობადობის რიცხვის შემცირების თვალსაზრისით აბორტების ლეგალიზაციაზე ბევრად უფრო სახიფათო შედეგებს მოჰყვებოდა.



მაშ რა გამოსავალია შექმნილი მდგომარეობიდან? უნდა აიკრძალოს აბორტი, ე. ი. მისი ლეგალიზაცია უარყოფილი იქნეს? ცხადია არა. მაგრამ საჭიროა ზოგი შესწორებების შეტანა. მაგალითად, ჩემის აზრით, საჭიროა სოციალური აბორტი აეკრძალოს უშვილო ქალებს, გარდა განსაკუთრებულ შემთხვევებისა. სტატისტიკური ცნობები გვიჩვენებენ, რომ ქალების იმ რიცხვიდან, რომელნიც ხელოვნურად ნუცელს იშლიან, 20%-მდე უშვილოა

როგორც მრავალ ავტორთა მიერ იყო აღნიშნული (თიკანაძე, ლოლობერიძე, Селицкий, Кириллов, Теребинская-Попова, Арешев და სხვა) და როგორც თვით მთავრობის პირველ დეკრეტშია ნახსენები, საჭიროა ფართო პროპაგანდა შეილოსნობისადმი მისწრაფების ამალგების მიზნით. აუცილებელია ქალებს ახსნას ის დიდი ზიანი, რომელსაც აყენებს მათ აბორტის ოპერაცია და შეილოსნობისაგან თავის შეკავება. ასეთი პროპაგანდა ფართოთ უნდა სწარმოებდეს უმთავრესად კონსულტაციებში და აგრეთვე სათანადო ლექციების, საუბრების, სათანადო პოპულარული ბროშურების გაოცემის საშუალებით და სხვა. უნდა აღვიშნოთ, რომ ამ მხრივ ჩვენში ცოტა რაი გაკეთებულა ჯერ-ჯერობით. ყოველი ექიმი თავის კაბინეტში ყოველთვის, როცა მას მიმართავენ მუცლის მოშლისათვის, მოვალეა შეძლების დაგვარად აუხსნას ქალს აბორტის მავნებლობა და, პირიქით, შეილოსნობის სარგებლობა. თუ დარწმუნებული ვარ, რომ ამგვარად ბევრის გაკეთება შეიძლება ასეთი პროპაგანდა ექიმისათვის ფართო და სამადლობლო ასპარეზს წარმოადგენს საზოგადოებრივი მოღვაწეობისა, როგელსაც არას ღროს არ ერიდებოდა ექიმი.

დასასრულს მე მოვსცაქი ჩემ თავს ნებას გამოვსთქვა რამოდენიმე მოსაზრება აბორტების შესახებ, რომელთა მიღება დებულებათა სახით მიზანშეწონილად და სასურველად მიმაჩნია.

დებულებანი:

1) აბორტების შესახებ თანამედროვე პოლიტიკამ ერთგვარი შედეგი მოიტანა ამ ოპერაციის შემდეგ დაავადების და სიკვდილობის შემცირების სახით.

2) ამ მიმართულებით უფრო დიდი შედეგების მიღებას ხელს უშლის სამედიცინო საწოდების ხაკლებობა.

3) ამასთან ერთად ძალზე გაიზარდა საერთო რიცხვი აბორტებისა, რაც ერის ვადანავარების ხიფათა წარმოადგენს.

4) მუცლის მოშლის ოპერაცია, ძაშინაც კი, როცა ის lege artis ტარდება, საშიფათოა და შეიძლება ქალს გაუსწორებელი ხიანი მიაყენოს.

5) ამისათვის მუცლის მოშლის ოპერაციის ასეთი ზრდა მასთან ენერგულ ბრძოლას მოითხოვს.

6) ეს ბრძოლა უნდა სწარმოებდეს არა განაყოფიერების წინააღმდეგ საშუალებათა შესწავლასა და პროპაგანდაში, არამედ აბორტთა წინააღმდეგ ფართო პროპაგანდაში, რა მიმართულებითაც ჯერ-ჯერობით ცოტა რამ გაკეთებულა ჩვენში.

7) სოციალური აბორტი უნდა აკრძალულ იქნეს უშვილო ქალებისათვის, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა.



მუცლის მოშლა და რეზობირობა ქ. ტფილისში 1907—1927 წ. წ.

წ ლ ბ ი	1907	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
მშობიარობა დროულად; აბსოლ.ციფრები . . . . .	711	821	907	1000	1162	1251	1336	2719	2995	2689	3154	2655	1516	2212	1318	2038	2856	3865	5674	4095	3496
აბორტი; აბსოლუტური ციფრები . . . . .	110	89	121	150	214	270	332	1090	253	1171	1449	1083	836	864	771	1222	1686	1754	2868	2016	2493
აბორტი; შეფარდება მშობიარობასთან $\frac{1}{100}$ -წლიად . . . . .	15,5	10,9	13,7	15	18,4	21,6	25,0	40,0	42,0	43,5	45,9	40,8	55,0	39,0	58,5	52,7	53,3	41,7	49,8	49,8	53,3
1 აბორტი რამდენიმე მშობიარობაზე . . . . .	6,4	9,2	7,5	6,6	5,4	4,6	4,0	2,5	2,4	2,3	2,2	2,4	1,8	2,5	1,7	1,6	1,7	2,2	1,9	2,0	1,4
ბუნებრივი მოშლა მუცლისა აბსოლ.																964	1333	1258	1974	1319	1595
ხელოვნური მოშლა მუცლისა . . . . .																258	253	496	894	697	898
ხელოვნურ აბორტთა შეფარდება მშობიარობასთან $\frac{1}{100}$ . . . . .																21	20,9	28,2	31,1	34,6	36,1
1 ხელიდან აბორტი აბორტთა საერთო რიცხვზე . . . . .																3,7	3,7	2,5	2,2	1,9	1,7

Итоги легализации абортов в  
г. Тифлисе

Доц Б. Гогоберидзе.

Автор собрал цифры абортов по 3 главным родовспомогательным учреждениям г. Тифлиса с 1907 по 1927 г.г. Цифры показывают рост абортов за последние годы и одновременно рост количества родов. Отношение абортов к родам с 10—15% 1907—9 г.г. повысилось в 1927 до 57%. В виду недостаточности коек в лечебных учреждениях г. Тифлиса для производства абортов, в оные извлечь эту операцию из подполья не удастся. Приводится литература вопроса и вкратце существующие на этот счет законоположения. Выводы автора следующие:

1) Легализация абортов принесла некоторый результат в виде незначительного уменьшения заболеваемости и смертности после абортов.

2) Лучших результатов достичь не удастся без увеличения количества абортных коек.

3) Одновременно с этим общее количество абортов сильно возросло и продолжает увеличиваться, что может грозить вырождением.

4) Операция искусственного выкидыша даже и тогда, когда она производится *lege artis*, представляет известную опасность и может нанести матери непоправимый ущерб.

5) Поэтому необходима борьба с легальным выкидышем.

6) Эта борьба должна вестись не путем изучения и пропаганды противозачаточных средств, а путем широкой пропаганды о вреде абортов и пользе деторождения. В этом направлении пока что в г. Тифлисе сделано очень мало.

7) Существующие положения о социальном аборте требуют некоторых поправок и детализации: напр. социальный аборт должен быть воспрещен бездетным и пр.

Après la législation des avortement  
à Tiflis  
par le professeur agrégée

B. Gogoberidzé.

L' A. a reuni le nombre des avortements dans 3 établissements de la ville de Tiflis depuis 1907 jusqu'a 1927 an. Le nombre des avortements et des accouchements et augmenté les dernier années. Le rapport des accouchements aux avortements dès 10—15 p. 100 en 1907—1909 an. augmente en 1927 an jusqu'a 57 p. 100. A cause de manque des lits dans les établissements officiels de Tiflis on ne peut pas enregistré tous les avortements provoqués en dehors d'eux. L'auteur cite la littérature courante et les reglements sur cette question

Resumée:

1) La legislation des avortement, influenceait faiblement sur la mortalité et morbidité apres l'avortements.

2) Les meilleurs resultats on ne peut pas obtenir a cause de manque des lits.

3) A même temps le nombre des avortemens est augmenté et progrésse toujours ce qui mène la degenerence de la rase.

4) L'avortement artificiel, même quand elle est fait *lege artis*, presente le danger et peut causer a la femme une infirmité.

5) Il faut lutter contre l'avortement officiele.

6) Cette lutte il ne faut pas nonnée par les études et la propagande des moyens aniconceptionels, mais, au contraire, il faut largement propager les idées de danger des avortements et l'utilite de la naissance. Dan ce sens on fait peu de chose a Tiflis.

7) Les reglements sur les avortement provoqués ou point de vue social exigent la correction et la détalisation, par exemple if faut défendre les avortements provoqués aux familles qui n'ont pas d'enfants.

პროფ. ვლ. ჟღერტი.

## ტფილისის კათოლიკოზიურ-ანატოლიური მასალის ხასიათის საკითხისათვის\*)

ქალაქის 1 საავადმყოფოდან (მთ. ექ. კ. ტ. ლორთქიფანიძე).

აქ ზოგადათ არის განხილული ქალაქის 1 საავადმყოფოს შესაფერისი მასალა.

პროზექტურის მორგში გატარებული გვამები საერთოდ.

საიდან იქმნა მოტანილი გვამი	მ ვ ა ი	ქ ა ლ ი	ორივე სქესის	გაიკვეთა პროზექტურ	გადაგზ. სახ. უნივ. საშოსამ მედ. კათ. გასაკვეთად			გადაგზ. სახელ. უნივ. ანატომ. ინსტიტუტს		
					ვაფი	ქალი	ორ. სქ.	ვაფი	ქალ.	ორ. სქ.
საავადმყოფოს სხვადასხვა განყოფილებიდან . . . . .	502	317	819	293	13	7	20	28	12	40
ქალაქიდან, რესპუბლ. მთავ. საავადმე., ქალ. მეორე საავად., სამეანო-გინეკოლ. ინსტიტუტიდან, გერმანული ლაზარდა სხვ. . . . .	48	28	76		4	3	7	12	6	18
<b>ს უ ლ . . . . .</b>	<b>550</b>	<b>345</b>	<b>895</b>		<b>17</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>18</b>	<b>58</b>

საავადმყოფოში 819 მომკვდარიდან 275-ს ე. ი. 33,5%/ს არ გაუტარებია საავადმყოფოში სამ დღელამეზე მეტი ე. ი. მოკვდა სამ დღელამის მიმდინარეობ.ში საავადმყოფოში მოთავსების მომენტიდან.

\*) ტფილისის ქალაქის 1 საავადმყოფოს პროზექტურის 1925 წლის (1/I—31/XII) მასალის (293 აუტობისა) მიხედვით.

საავადმყოფოში მომკვდართა და გაკვეთილთა დაყოფა განყოფილებების და სქესის მიხედვით.

საავადმყოფოს განყოფილებები	მ ო კ ე დ ა			გაკვეთა	გაკვ. რიცხვის მომკვდართა რიცხვთან % დამოკიდებულება	შენიშვნა
	ვაეი	ქალი	ორივე სქესის	ორივე სქესის		
თერაპიული I პავილ. . . . .	33	34	67	18	27%	
თერაპიული I ბ (ბარაკი) . . . .	96	65	61	18	11%	
ქირურგიული . . . . .	55	21	76	21	27%	
არეული . . . . .	12	—	12	—	—	
სამეანო-გინეკოლოგიური . . . .	—	14	14	10	71%	
საბავშვო . . . . .	119	92	211	105	49%	
ბარაკი I ა (განმანაწილებელი) .	147	74	221	116	52%	
ბარაკი II ა (ცოფიანი ძაღლებ. ნაკბენი და ინფექც.) . . . .	40	17	57	5	8%	
<b>ს უ ლ . . . . .</b>	<b>502</b>	<b>317</b>	<b>819</b>	<b>293</b>	<b>36%</b>	

საავადმყოფოში მომკვდართა და გაკვეთილთა დაყოფა ასაკის მიხედვით.

ა ს ა კ ი	მომკვდა საავადმყოფოში	გაკვეთა
0—5	20	91
6—10	30	14
11—15	28	7
16—20	54	15
21—25	48	13
26—30	66	14
31—35	43	16
36—40	53	27
41—45	40	17
46—50	42	17
51—55	41	10
56—60	47	17
61—65	40	14
66—70	23	6
71—75	23	10
76—80	23	10
81-ის და მეტის	9	2
<b>ს უ ლ . . . . .</b>	<b>819*</b>	<b>290**)</b>

\*) ამ ციფრში შედის 32 გვამი ასაკ გამოურკვეველი.

\*\*\*) ამ ციფრს აკლია 3 გვამი, რომელთა ასაკი გამოურკვეველია.



საავადმყოფოში მომკვდართა და გაკვეთილთა დაყოფა ეროვნების მიხედვით.

ე რ ო ვ ნ ე ბ ა	მთკვდა საავადმყოფოში			გაკვეთა	% -ლი დამოკიდებულია გაკვეთილთა რიცხვის მომკვდართა რიცხვთან
	ვაჟი	ქალი	ორივე სქესის	ორივე სქესის	
ქართველი . . . . .	174	103	277	92	33%
რუსი . . . . .	73	62	135	63	47%
სომეხი . . . . .	196	16	3 2	114	36%
სხვა ეროვნების . . . . .	54	26	80	20	25%
გამოურკვეველ ეროვნების . . . . .	7	8	15	4	27%
<b>ს უ ლ . . .</b>	<b>504</b>	<b>315</b>	<b>819</b>	<b>293</b>	<b>36%</b>

ზევით მოყვანილიდან სჩანს, რომ გაკვეთილთა  $\frac{1}{3}$  ძლიერ მცირეა, იგი მხოლოდ 36% უდრის. საავადმყოფოებში და სამკურნალო დაწესებულებებში გაკვეთის არსებული კანონის მიხედვით ყოველი გვამის გაკვეთა შეიძლება. თუმცა ამ კანონის ერთ-ერთი მუხლის ძალით გვამი შეიძლება არ გაიკვეთოს, თუ კი ამის შესახებ შუამდგომლობს მკვდრის ნათესავი ან მახლობელი, მაგრამ კანონის შემდეგ მუხლში ჩამოთვლილია შემთხვევები, როდესაც გვამი უსათუოდ უნდა გაკვეთილ იქნას. ასეთ შემთხვევებს კანონი, გარდა უბედური, სამოსამართლო-მედიკური და მედიკურ-მილიციური შემთხვევებისა, აკუთვნებს ეპიდემიურ დაავადებების პირველ შემთხვევებს, როდესაც საჭიროა ასეთი დაავადებების ნამდვილი ხასიათის გამოკვლევა, და შემთხვევებს, რომლებშიც მეცნიერული თვალსაზრისით არის საჭირო დაავადების დაწვრილებითი და ზუსტი შესწავლა. მართალია, რომ საავადმყოფოების მასალაში საერთოდ ხშირი არ არის უბედური, სამოსამართლო-მედიკური და მედიკო-ადმინისტრაციული შემთხვევები. აგრეთვე საანგარიშო წლის განმავლობაში შედარებით იშვიათი იყო შემთხვევები, რომლებშიც გვამის გაკვეთის აუცილებლობის დაკავშირება შესაძლებელი ყოფილიყოს ეპიდემიურ დაავადების გამოკვლევასთან, მაგრამ სამაგიეროდ არ არსებობს არც ერთი სიკვდილის შემთხვევა, რომელიც არ იყოს საინტერესო მეცნიერულად და რომლის შესახებაც ყოველ მეცნიერულად განათლებულ ექიმს არ შეეძლოს სპეციალი მეცნიერული საბუთის წარმოადგენა გაკვეთის აუცილებლობის სასარგებლოდ. კანონი კი, როგორც ზევით იყო აღნიშნული, გაკვეთის საჭიროების ასეთ მეცნიერულად დასაბუთებას, არა თუ სრულებით საკმარის მიზეზად თვლის გაკვეთის წარმოებისათვის, არამედ ასეთ გაკვეთის წარმოებას ხდის პირდაპირ საავადმყოფოში. ამისდაგვარად კანონი გაკვეთების წარმოების ფართო შესაძლებლობას იძლევა და არსებითად ყოველივე გვამის გაკვეთა შეიძლება.

აქედან ცხადია, რომ გაკვეთების რაოდენობის სიმცირე საანგარიშო წლის განმავლობაში არა არსებული კანონის თავისებურებებით აიხსნება. გაკვეთების რაოდენობის სიმცირის მიზეზებს წარმოადგენს სხვადასხვა გარემოება, რომელთა შორის უპირველესი ადგილი უნდა მიეკუთვნოს ადგილობრივ მოსახლეობის გაკვეთებისადმი შეუჭევლობას. გაკვეთის თავიდან აცილების მიზნით ნათესავები და ახლობლები დაფინებით თხოვნა-მუდარასთან ერთად არაიშვიათად იმუქრებიან პირდაპირ ფიზიკური ძალდატანებით. ამიტომ არაიშვიათად განყოფილების ექიმი იძულებული ხდება უარი თქვას მის მიერ ნათხოვ გაკვეთაზე, ან მთავარი ექიმი ხდება იძულებული გააუქმოს განყოფილების ექიმის თხოვნა.



ამას გარდა გაკვეთების რაოდენობის სიმცირის ერთ-ერთ მიზეზად უნდა ჩაითვალოს იგივე, რომ საავადმყოფოს ცალ-ცალკე განყოფილებები არა ერთნაირი სიხშირით თხოულობს გაკვეთას. ზემოდ მოყვანილ ცხრილიდან (იხ.—„საავადმყოფოში მომკვდართა და გაკვეთილთა დაყოფა განყოფილებების და სქესის მიხედვით“) ხიანს, რომ ამ მხრივ სხვადასხვა განყოფილების შორის საგრძნობი გარჩევა არის.

ცალ-ცალკე ორგანოების დაავადებები  
 ფილტვების დაავადებანი.

- ფილტვების ანთება . . . . . 94
- ფილტვების ანთების ამ 94 შემთხვევაში:
- Pneumonia cruposa . . . . . 20
- Bronchopneumonia . . . . . 74

Pneumonia cruposa.

ფილტვების კრუპოზული ანთების 20 შემთხვევას შორის პროცესს ტიპური ხასიათი ქონდა 12 შემთხვევაში, ატიპური 8-ში. ამ უკანასკნელ რვა შემთხვევაში პროცესს ზოგან ქონდა ატიპური კრუპოზული ანთების ხასიათი, ზოგან ლობულარი პნევმონიის ხასიათი.

კრუპოზული ანთების მოყვანილი ოცი შემთხვევიდან ანთება იყო:

- მარტო მარჯვენა მხარეს . . . . . 8
- მარტო მარცხენა მხარეს . . . . . 4
- ორივე მხარეს . . . . . 8

კრუპოზული პნევმონიის გართულებანი:

- Pericarditis acuta exudativa . . . . . 2 (+ 1 წლ. + 52 წლ.)
- Leptomeningitis serosa . . . . . 1 (4 1/2 წლ.)

აღნიშნულ ოცი შემთხვევიდან ფილტვების კრუპოზული ანთება მთავარ დაავადებას წარმოადგენს მხოლოდ—11 შემთხვევაში. დანარჩენ 9 შემთხვევაში კრუპოზული ანთება განვითარდა შემდეგ დაავადებათა მიმდინარეობაში:

- დიზენტერიის . . . . . 2
- დიზენტერიის, ჩირქოვან აპენდიციტის და პერიტიფლიტის . . . . . 1
- ჩირქოვან პიელონეფრიტის და პარანეფრიტის . . . . . 1
- ჩირქოვან ფიბრინოზულ პერიტონიტის . . . . . 1
- ნაწლავების ტიფის . . . . . 1
- გულის დეკომპენსაციურ მანკის . . . . . 1
- ქრონიკულ ნეფროზო-ნეფრიტის . . . . . 1
- კუჭის კიბოს . . . . . 1

ფილტვების კრუპოზულ ანთების მქონეთა ასაკი მერყეობს 3-დან—65 წლამდე.

Bronchopneumonia.

ბრონქოპნევმონიის 74 შემთხვევიდან, თვით ბრონქოპნევმონია წარმოადგენს მთავარ დაავადებას—28 შემთხვევაში. ეს 28 შემთხვევა ასაკის მიხედვით ნაწილდება ასე:

0-1	2-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50
12	13	—	—	1	—	1	—	1		—



დანარჩენ 46 შემთხვევაში ბრუნქოპნევმონია განვითარდა შემდეგ დაავადებათა მიმდინარეობაში:

დიზენტერია . . . . .	14;
endometritis post abortum (sepsis) . . . . .	1;
პიემია . . . . .	5;
ექსუდატიური მწვავე პერიტონიტი . . . . .	1;
ნაწლავების ტიფი . . . . .	2;
pyelitis calculosa purulenta . . . . .	1;
nephroso-nephritis acuta (post morbillem) . . . . .	1;
tuberculosis cavernosa et caseosa pulm. . . . .	1;
tuberculosis miliaris. . . . .	2;
lymphomatosis leukuemica . . . . .	1;
glioma cysticum haemisph. dextri cerebri . . . . .	1;
diabetes mellitus . . . . .	1;
carcinoma ventriculi . . . . .	1;
გულის სარქველების, გულის კუნთის, თირკმელების და სხვა ორგანოების ქრონიკული დაავადებები . . . . .	9;
გარდა ამისა ბრუნქოპნევმონიასთან ერთად იყო:	
ჩირქოვანი ლეპტომენინგიტი . . . . .	3;
მწვავე ნეფროზო-ნეფრიტი . . . . .	2;
ბრუნქოპნევმონია განვითარდა ლაპორატომიის შემდეგ . . . . .	1.
ბრუნქოპნევმონიის გართულებანი:	
leptomeningitis serosa . . . . .	4;
pleuritis et peritonitis exudativa acuta . . . . .	1;
thrombosis sinus longitudinalis . . . . .	1.
Abscessus pneumonis dextri (lobii medii et inferioris), გართულებული ორივე მხარის	
ექსუდატიური სერო-ფიბრინოზული პლევრიტით 1 (№ 25).	

Tuberculosis pulmonum.

Tuberculosis caseosa et cavernosa . . . . .	29
Tuberculosis caseosa; cavernosa et miliaris . . . . .	23

ს უ ლ 52

ფილტვების ტუბერკულოზის ამ 52 შემთხვევიდან გართულება ტუბერკულოზურ ლეტომენინგიტით 15 შემთხვევაში.

გ უ ლ ი ს და ა ვ ა დ ე ბ ა ნ ი.

ენდოკარდიუმის დაავადებანი.

ენდოკარდიუმის მწვავე და ქრონიკული ანთებები.

Endocarditis verrucosa v. v. aortae . . . . .	3.
---	----

აორტის მეტეკოვან ენდოკარდიტის ერთ შემთხვევაში ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix} 25$  წლ. № 71) სიკვდილი გამოწვია ტენის მარცხენა ჰემისფეროში ემბოლიურ წარმოშობის სისხლის ჩაქცევამ.

Endocarditis verrucosa v. v. bicuspidalis . . . . .	4.
---	----

ერთ ამ ოთხ შემთხვევათაგანში ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix} 35$  № 123) სიკვდილი აბოლექსიის გამო (ემბოლია?, ორში კი სიკვდილი) მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა მწვავე ინფექციური დაავადებები.

Endocarditis verrucosa et fibrosa v. v. aortae et bicuspidalis. . . . .	4,
---	----

მათ შორის შებრუნებითი . . . . .	3.
---------------------------------	----

Endocarditis chr. et endocarditis recurrens v. v. aortae v. bicus—et tricuspidalis . . . . .	1,
--	----

Endocarditis verrucosa v. tricuspidalis . . . . .	1.
---	----



გულის კუნთის დაავადებანი.

Aneurisma chron. cordis 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  62 № 72)

გულის პერანგის დაავადებანი.

- Pericarditis exudativa acuta . . . . . 6,  
მათ შორის:  
pericarditis fibrinosa . . . . . 2,  
" sero-fibrinosa . . . . . 1,  
" fibrinosa-purulenta . . . . . 3.  
ექსუდატიური მწვავე პერიკარდიტის აღნიშნული 6 შემთხვევა განვითარდა:  
ფილტვების კრუპოზული ანთების მიმდინარეობაში . . . . . 2,  
" ტუბერკულოზის მიმდინარეობაში . . . . . 1,  
ბაქტერიემიის და პიემიის მიმდინარეობაში . . . . . 3.

სისხლის ძარღვების დაავადებანი.

Thrombosis sinus longitudinalis 2 ( $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  8 წლ. № 221,— ფილტვების ტუბერკულოზის (და მილიარი ტუბერკულოზის) მიმდინარეობაში,  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  11/2 წლ., № 264,— ბრონქოპნევმონის მიმდინარეობაში).

Thrombophlebitis purulenta venae jugularis sin 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  20 წლ., № 283,— mastoiditis purulenta sinistra, სიკვდილამდე 7 დღის წინ გაუკეთდა მასტოიდიტოზის ოპერაცია).

Aneurisma aortae abdominalis 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  52, № 9)

" " ascendens 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  44, № 5)

Dilatatio aortae . . . . . 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  55, № 102, lues III).

კუჭ-ნაწლავების დაავადებანი.

Ulcus rotundum ventriculi 3 ( $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  55 წლ. № 226,  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  59 წლ. № 183,  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  61 წლ. № 17).  
ერთ ამ შემთხვევათაგანში ( $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  55 წლ.) გართულება მწვავე ექსუდატიური პერიტონიტით.

Ulcus doudenii 2 ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  17 წლ. № 213,  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  66 წლ. № 212); ორივე შემთხვევაში გართულება მწვავე ექსუდატიურ პერიტონიტით.

Typhus abdominalis 5.

ნაწლავების ტიფის ერთ შემთხვევაში ( $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  39 წლ. № 32) გართულება პერფორაციული პერიტონიტით, მეორეში ( $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  10 წლ. № 223) გართულება ბილატერალი ბრონქოპნევმონიით.

Dysenteria.

კრუპოზო-ნეკროზული ანთება ნაწლავების . . . . . 41,  
მათ შორის:



მარტო მსხვილ ნაწლავებში . . . . . 35,  
 მსხვილშიც და წვილშიც . . . . . 6.  
 ასაკის მიხედვით ეს დიზენტერია შემთხვევა ნაწლავებში ასე:  
 ასაკში წლამდე . . . . . 22  
 „ 1-40 წლამდე . . . . . 5  
 „ 40 წლის ზევით . . . . . 11

დიზენტერიის მოყვანილ 41 შემთხვევიდან დიზენტერია იყო მთავარი და ამავე დროს ერთად ერთი დაავადება—12 შემთხვევაში. ასაკის მიხედვით ყველა ეს 12 შემთხვევა ეკუთვნის ასაკს 5 წლამდე. დიზენტერია გართულებული იყო მხოლოდ მწვავე ბრონქოპნევმონიით 6 შემთხვევაში. (ასაკი ყველა ექვსივე შემთხვევის 5 წლამდე)

დიზენტერია გართულებული იყო სეროზულ-ჩირქოვანი მწვავე ბრონქიტით . . . . . 1  
 დიზენტერია გართულებული ექსუდატიური პერიტონიტით . . . . . 1 (  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  45 წლ. № 225 )  
 „ „ ლეიძლის აბსცესებით . . . . . 1 (  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  45 „ № 23 )  
 „ „ პიემიით . . . . . 1 (  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  № 232 )

დანარჩენ შემთხვევებში დიზენტერია შეუღლებული იყო მიიმე მწვავე და ქრონიკულ დაავადებებთან, როგორიც არის: პიემია, ფილტვების კლემტი, ნეფროზო-ნეფრითი, ინტერსტიციული ნეფრითი და სხვ.

Appendicitis phlegmonosa et gangraenosa . . . . . 3 (  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  31, № 180,  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  60—№ 222  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  54—№ 255 )  
 სამივე შემთხვევაში გართულება უნივერსალი მწვავე ექსუდატიური პერიტონიტით.  
 Tuberculosis intestinorum (tuberosa, miliaris, caseosa nodosa) . . . . . 22,  
 ამ 22 შემთხვევიდან ტუბერკულოზური პროცესი ნახულია მართო წვრილ ნაწლავში . . . . . 4,  
 მარტო მსხვილ ნაწლავში . . . . . 1,  
 წვილშიც და მსხვილშიც . . . . . 17.

ლ ვ ი ძ ლ ი ს და ნ ა ღ ჯ ლ ი ს გ ზ ე ბ ი ს და ა ა ვ ა დ ე ბ ა ნ ი .

Atrophia acuta flava hepatis . . . . . 1 (  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  30 წლ. № 207 )

გარდა ლეიძლის მწვავე ყვითელი ატროფიისა ამ შემთხვევაში აღმოჩენილია ორივე მხარეს დაფანტული ჰემორაგიული ბრონქოპნევმონია, სეპსიური ელენთა, მწვავე ნეფროზო-ნეფრითი და მრავლობითი სისხლის ჩაქცევები სეროზულ გარსებში და სხვადასხვა ორგანოებში. ასე რომ ამ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მწვავე ინფექციას, რომლის უახლოვესი ბუნებაც გამოურკვეველი დარჩა.

Abscessus hepatis . . . . . 1 (  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  45 № 23 )

ამ შემთხვევაში კოლინჯში ნახულია ქრონიკული დიზენტერია.

Tuberculosis caseosa nodosa hepatis . . . . . 3,  
 „ miliaris hepatis . . . . . 19,  
 gumma hepatis . . . . . 1 (  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  36, № 13 )

cicatrices luet. hepatis . . . . . 2 (  $\begin{smallmatrix} 0 \\ 0 \end{smallmatrix}$  55, № 02  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  43, № 209 )

cholelithiasis . . . . . 4 (  $\begin{smallmatrix} + \\ 0 \end{smallmatrix}$  45 და 61 წლ. №№ 23, 257,  $\begin{smallmatrix} 0 \\ + \end{smallmatrix}$  70 და 61 წ. № 155 და 17 )



თორკმელების და საშარდე გზების დაავადებანი.

Nephroso-nephritis acuta . . . . . 9

ამ ცხრა შემთხვევიდან ნეფროზო-ნეფრიტი იყო ერთად ერთი დაავადება, მასასადამე სიკვდილის მიზეზი მხოლოდ 3 (  $\frac{+}{\circ}$  38 წლ. № 193,  $\frac{+}{\circ}$  56 წლ., № 80,  $\frac{+}{\circ}$  40 წლ., № 70 ). შემთხვევაში . . . . .

დანარჩენ 6 შემთხვევაში ნეფროზო-ნეფრიტი შეუღლებული იყო:

დიზენტერიასთან და ფილტვების კრუპოზულ ანთებასთან . . . . . 1

ბრონქოპნევმონიასთან . . . . . 2

ბრონქოპნევმონიით გართულებულ ნაწლავების ტიფთან . . . . . 1

ჰემორაგიულ ბრონქოპნევმონიასთან და ლეიძლის მწვავე ატროფიასთან . . . . . 1

სეპტიცემიასთან . . . . . 1

Nephroso-nephritis chronica . . . . . 33

Nephritis apostematosa haematogenes . . . . . 2

Nephritis apostematosa urinogenes . . . . . 3

Nephrocirrhosis arteriosclerotica . . . . . 43

ნეფროსკლეროზის ეს 43 შემთხვევა ასაკის მიხედვით ასე ნაწილდება:

20 წლამდე . . . . . 0

21—30 წლამდე . . . . . 1

31—40 „ . . . . . 6

41—50 „ . . . . . 11

51—60 „ . . . . . 12

61—70 „ . . . . . 10

70 ზევით . . . . . 3

Tuberculosis caseosa nodosa renum . . . . . 6

„ miliaris renum . . . . . 17

Pyelitis calculosa . . . . . 1

მუცლის აბკის დაავადებანი.

Peritonitis acuta exudativa

(fibrinosa, sero-fibrinosa, fibrinoso-purulenta, purulenta etc.) . . . . . 26

აღნიშნულ მწვავე ექსუდატიურ პერიტონიტების მიხედვით:

Ulcus rotundum ventriculi . . . . . 1 (  $\frac{\circ}{+}$  55 წლ. № 226 )

Ulcus rotundum duodeni . . . . . 2 (  $\frac{+}{\circ}$  66 წ., № 212,  $\frac{+}{\circ}$  17, № 213 )

Carcinoma partis pylorici ventric. . . . . 1 (  $\frac{+}{\circ}$  60 წ., № 222 )

Ulcus perforans recti . . . . . 2 (  $\frac{\circ}{+}$  52 წ., № 60,  $\frac{\circ}{+}$  26, № 219 )

Dysentaria . . . . . 1 (  $\frac{\circ}{+}$  45 წ., № 225 )

Tiphus abdominalis . . . . . 1 (  $\frac{+}{\circ}$  39 წ., № 32 )

Hernia inguin. incarcerata . . . . . 1 (  $\frac{+}{\circ}$  62 წ., № 170 )

Appendicitis phlegmonosa et gangraenosa . . . . . 3 (იხილე ზევით)

Invaginatio colonis ascendentis transversis et descendentis in sigmoideam . . . . . 1 {  $\frac{+}{\circ}$  5 თვის № 69 }



Volvulas intestinorum . . . . .	2	( № 111, ♀ 22 № 184)
Salpingitis et oophoritis purul. . . . .	2	( ♂ 25 წ., № 191, ♀ 38, № 49)
Echinococcus hepatis . . . . .	1	( ♂ 56 წ., № 260)
Urocystitis ulcerosa, nephritis urino- genes . . . . .	1	( ♂ 40, № 84)

დანარჩენ შემთხვევებში პერიტონიტი შეუღლებული იყო პიემიასთან (№ 228), ექსუდატივურ პლევრიტთან (♂ 40, № 122), ჩირქოვან ტონსილიტთან (№ 152) ანდა განვითარდა ლაპორატომიის ოპერაციის შემდეგ (№ 13, 238, 271).

ტ ვ ი ნ ი ს გ ა რ ს ე ბ ი ს და ტ ვ ი ნ ი ს და ა ვ ა დ ე ბ ა ნ ი .

Leptomeningitis serosa . . . . .	12
ლექტომენინგიტის აღნიშნული 12 შემთხვევიდან განვითარდა შემდეგ და ადებათა მიმდინარეო აში:	
პნევმონიის . . . . .	6 შემთხვევა
ბრონქოპნევმონიის და დიზენტერიის . . . . .	2 "
მწვავე და ქრონიკული ენტერო-კოლიტის . . . . .	2 "
სეპსისის . . . . .	2 "

Leptomeningitis purulenta . . . . . 10  
ამ ათი ჩირქოვან ლექტომენინგიტის შემთხვევიდან 4 ექსუდის ეპიდემიური ცერებროსპინალურ ლექტომენინგიტს;  
4—განვითარება ბრონქოპნევმონიის მიმდინარეობაში;  
1—წარმოადგენს შუა ყურის ჩირქოვან ანთების გართულებას და 1-შუა ყურის და დერილოვან მორჩის ჩირქოვან ანთების გართულებას.

Leptomeningitis tuberculosa . . . . . 15  
ველა 15 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ფილტვების აქტიური ტუბერკულოზი, ზოგიერთში აგრეთვე მილიარი ტუბერკულოზი ფილტვების და სხვადასხვა ორგანოების.  
ტუბერკულოზურ ლექტომენინგიტის მოყვანილი 15 შემთხვევა ასაკის მიხედვით ასე ნაწილდება:

0—1 წლამდი . . . . .	7
2—5 " . . . . .	2
6—10 " . . . . .	3
11—15 " . . . . .	1
16—20 " . . . . .	1
36—40 " . . . . .	1

Sclerosis disseminata cerebri . . . . . 1 ( ♂ 32 წ. № 247)

ს ი ს ხ ლ ი ს ა და ს ი ს ხ ლ მ ბ ა დ ი ო რ გ ა ნ ო ე ბ ი ს და ა ვ ა დ ე ბ ა ნ ი .

Malaria tropica . . . . .	3	( ♂ 14 წლ. № 226, ♂ 2 თვ. № 254, ♀ ასაკოვანი № 224)
Lymphomatosis leukaemica . . . . .	1	( ♂ 9 წლ. № 11)

ს ი მ ს ი ვ ე ე ბ ი .

Carcinoma ventriculi . . . . .	6
მათ შორის პილორულ ნაწილის . . . . .	4
კარდის . . . . .	1
ორივესი და carcimatosis ventriculi . . . . .	1



სქესის მიხედვით: 4 ვაჟი—48 წ. (№ 95), 44 წ. (№ 249), 53 წ. (№ 229), 60 წ. (№ 222)  
2 ქალი—35 წ. (№ 278), 60 წ. (№ 33).

Carcinoma prim. hepatis . . . . . 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ \circ \end{smallmatrix}$  37 წ. № 101)

Carcinoma vesicae felleae . . . . . 2

ორივე ქალი—40 წ. (№ 205), 61 წ. (№ 17). ერთ ამ შემთხვევათაგანში (№ 17)—cholelithiasis.

Carcinoma pancreatis . . . . . 1, ქალი 58 წ. (№ 36).

Neoplasma multiplex mesenterii გაერცელებული მეტასტაზებით კუჭში, ნაწლავებში, გული და სხვა . . . . . 1

(sarcoma რგვ. უჯრ.)  $\begin{smallmatrix} + \\ \circ \end{smallmatrix}$  9 წლ. (№ 277)

Lipoma multiplex mesenterii . . . . . 1

Neoplasma (hypernephroma) renis 1

Carcinoma laringis . . . . . 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ \circ \end{smallmatrix}$  50 წ. № 104)

Sarcoma pulm. dex. (lob. sup.) 1 ( $\begin{smallmatrix} + \\ \circ \end{smallmatrix}$  63 წ. № 56)

Carcinoma prim. pleurae . . . . . 1  $\begin{smallmatrix} + \\ \circ \end{smallmatrix}$  50 წ. (№ 190)

Carcinoma Uteri . . . . . 2 (52 წ. № 109, 31 წლ. № 243)

Cancer vaginae (uteri)? . . . . . 1 (42 წ. № 82)

Carcinoma prim. ovarii . . . . . 2 (46 წლ. № 230, 65 წ. № 192)

Pseudomyxoma peritonei . . . . . 1 ( $\begin{smallmatrix} \circ \\ + \end{smallmatrix}$  52 წ. № 60)

Glyoma cyst. haemisp. dex.

cerebri . . . . . 1 ( $\begin{smallmatrix} \circ \\ + \end{smallmatrix}$  34 № 262)

### პ ა რ ა ზ ი ტ ე ბ ი.

Echinococcus hydatidosus . . . . . 5

ერთპარკოვანი ექინოკოკი მოყვანილი 5 შემთხვევიდან ლვიძლში იყო 3 შემთხვევაში, ( $\begin{smallmatrix} \circ \\ + \end{smallmatrix}$  19 წლ. № 8  $\begin{smallmatrix} + \\ \circ \end{smallmatrix}$  50 წ., № 194,  $\begin{smallmatrix} \circ \\ + \end{smallmatrix}$  № 124) ლვიძლში და პერიტონეუმში (რეტროუტერინულად 1 შემთხვევაში, 45 წ. № 225 მარტო პერიტონეუმში 1 შემთხვევაში ( $\begin{smallmatrix} \circ \\ + \end{smallmatrix}$  56 წ. № 260)).

### გ ა ნ ვ ი თ ა რ ე ბ ი ს მ ა ნ კ ე ბ ი.

Atresia ani . . . . . 1 (№ 75) ამ შემთხვევაში გარდა უკანა ტანის ატრეზიისა, ნახულია ნაღრსებრი თირკმელი და მკერდუკანა ჯირკვლის ჰიპერტროფია.

Atresia vaginae . . . . . 1 (21 წლ. № 239).

ზოგიერთ იშვიათ და საინტერესო შემთხვევის მოკლე განხილვა.

ზემოდ მოყვანილ მასალაში ზოგიერთი შემთხვევა განსაკუთრებით საინტერესოა და განზრახულია ახლო მომავალში მათი უფრო დაწვრილებით აწერა და გამოქვეყნება სპეციალ ლიტერატურაში. აქ მათ შესახებ მოყვანილია მოკლე ცნობები.

Invaginatio coeci, colonis ascendentis, transversae, descendentis et partis intestini ilei in sigmoideam.





აღრიცხვა 1-ლ ქალაქის საავადმყოფოს პოლემქტურაში ნაწარმოების გამოკვლევებისა.

1925	სისხლი malar. et recur-ზე	სისხლი Wassermann-ის, Weinberg-ის და Wilbo-uch რეაქციაზე	სისხლი მორფოლოგ. გამოკვლევის	სისხლი სტერილობაზე	სისხლი აგლიუტინაც. რეაქციაზე	განავალი დიზენტერიაზე	განავალი tbc-ზე და კეის კვერცხებ.	შა-დი საერთო გამოკვ. tbc-ზე, გონოკოკებზე	კუკის წვენი	ჩირქი გონოკოკებზე და Anthrax-ზე	ბერებელის და პლევრის სითხე	ჩირქი და სისხლი ციმბირის წყლულზე	რძე	განავალი ხოლერაზე	ლორწო დიფტერიაზე	ნახველი tbc-ზე და საერთ. გამოკვლევა	განავალი სისხლზე	პათოლოგო-ჰისტოლოგ. ანათომ.	გ ა კ ე მ ა	ჯ მ ი
იანვარი . . .	291	97	-	4	15	142	11	357	4	6	15	2	-	59	78	-	12	17	1110	
თებერვალი .	260	30	-	4	21	172	23	354	3	4	16	-	1	49	63	-	10	21	1031	
მარტი . . . .	302	46	3	3	32	198	15	446	11	10	29	-	-	60	103	-	3	23	1284	
აპრილი . . .	294	70	2	5	22	196	27	357	10	7	20	2	3	77	70	1	2	25	1190	
მაისი . . . .	235	115	2	3	8	156	25	355	8	7	24	3	-	61	50	-	40	17	1109	
ივნისი . . . .	246	64	4	5	14	198	20	335	13	9	12	2	1	42	57	2	30	25	1085	
ივლისი . . .	296	66	-	3	16	282	10	474	10	1	2	3	-	25	50	1	12	21	1290	
აგვისტო . . .	253	45	3	1	12	259	35	458	9	3	3	-	1	32	35	-	3	35	1212	
სექტემბერი .	254	65	3	4	40	204	31	435	13	7	-	3	1	36	35	-	23	13	1171	
ოქტომბერი .	290	87	2	2	30	155	24	415	11	3	6	7	1	73	65	-	18	30	1221	
ნოემბერი . .	287	72	2	-	25	124	20	363	11	3	4	4	-	59	56	-	35	25	1090	
დეკემბერი .	305	33	8	5	17	115	23	425	5	3	34	5	1	100	79	2	15	41	1218	
ჯ ა მ ი .	3313	790	29	39	252	221	264	4774	108	65	165	31	10	54	673	741	6	203	293	14011



## ი. ასლანიშვილი.

### საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში

საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მორიგი მეშვიდე სხდომა შესდგა 1929 წლის 23 მაისს. სხდომა დაიწყო 8 ს. 35 წ. დაესწრო 188 წევრი და 77 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა საზ-ის თავმჯდომარე პროფ. ა. ალადაშვილი. მომხსენებელი იყო პროფ. ს. ყიფშიძე: ეგრედ წოდებულ სიფილიმეტრიაზე.

მომხსენებელი იწყებს სიფილიმეტრიის განაზღვრით და ამ მიზნით უპირისპირებს სიფილიდოლოგიას იმ ახალ მცნებას, რომელსაც სიფილიმეტრიას უწოდებენ. შემდეგ მოყავს რამრავალი აზრი მეცნიერ-კრიტიკოსებისა, მომხრეების და მოწინააღმდეგეების, ავტორი ფართოდ ეხება ამ საკითხს და ფრიად მნიშვნელოვანად და დალაგებით ანვითარებს თავის აზრს.

ამ საკითხის ირგვლივ ავტორის დასკვნები შემდეგია:

1. Vernes-ის რეაქციას თანაბარი მოქალაქეობრივი უფლება აქვს ფლოკულაციის რეაქციის შორის.

2. ვ. წ. სიფილიმეტრია Vernes-ი ისეთს რეაქციას ემყარება, რომელიც უფრო ნაკლებ მგრძობიარება, ვიდრე სხვა პირდაპირი და არაპირდაპირი რეაქციები.

3. ამ მიზეზის გამო იგი გვიან აღმოაჩენს ინფექციას, ადრე უჩვენებს მკურნალობის დამთავრებას, რაც განსაკუთრებულ ზიფათს წარმოადგენს ავ დემოფისათვის.

4. წარმოადგენს რამეთოდს რეაქციის ინტენსივობის გაზომვისას, იგი არ არის მეთოდი ინფექციის ინტენსივობის გაზომვისა.

5. მისი რხევანი არ შეეფარდება ავადმყოფობის ინტენსივობისა და სიმძიმის რხევებს.

6. Vernes წესები „სამი რვიანის კანონით“ არ აკმაყოფილებს თანამედროვე სიფილიდოლოგებს, რომლებიც მათ საზიფათოთ სთვლიან ინდივიდუალისა და საზოგადოებისათვის.

7. შედეგები Vernes-ის პროფილაქტიურ ინსტიტუტში მიღებული ინფექციის ინტენსივობის გაზომვის მეთოდის შემოღებით კი არ აიხსნება, არამედ დავკირვების და მკურნალობის მეთოდების რიგიანი ორგანიზაციით და იქნებოდა არა ნაკლები, რომ მკურნალობა გატარებული ყოფილიყო სიფილიგრაფიის მეთოდით.

8. ძირითადი დებულება Vernes-ის, სისხლში სპიროზეტის აქტივობის პროდუქტის გამოყოფის შესახებ და ამ პროდუქტის რაოდენობის გაზომვის შესაძლებლობის შესახებ, დამტკიცებული არ არის.

9. ნამდვილი სიფილიმეტრია არ არსებობს.

10. ნამდვილი პროგრესი სიფილისის თერაპიაში მდგომარეობს სეროლოგიურა რეაქციების გამართლებაში და სეროლოგიისა და კლინიკის შორის მჭიდრო კავშირის დამყარებაში იმ პირობით, რომ გეგმონია კლინიკას ეკუთვნოდეს.

11. არა საყოველთაოდ მიღებული მეთოდებ სპოულარიზაცია და, მით უმეტეს საერთო პრესაში, ფრიად მავნებელ მოვლენას წარმოადგენს.

მომხსენებამ ორი საათი გასტანა.



იწყება შეკითხვები, რომელშიც მონაწილეობა მიიღეს ა. შავერდოვმა, კ. ტყეშელაშვილმა, მაგრამ საზოგადოების მოთხოვნით დაგვიანებული დროს გამო კამათი გადაიდო შემდეგ სხდომისათვის და სხდომა დაიხურა 11 ს. 40 წ.

შენდეგი მერვე მორიგი სხდომა შესდგა 28 მაისს 1929 წ. სხდომა დაიწყო 8 ს. 40 წ. დაესწრო 180 წევრი და 50 სტუმარი. კრებას თავმჯდომარეობდა პროფ. ა. ალადაშვილი. კრებამ მოელი საღამო მონადრომა კამ.თს პროფ. ს. ყიფშიძის მიერ წინა სხდომაზე წაკითხულ მოხსენების „გრადუოდებულ სიფილიმეტრიაზე“-ს ირველ ვ. კამათში \*) მონაწილეობა მიიღეს ექიმებმა: ნ. ფოფხაძემ, ჩილინჯაროვმა, გამბუჯგერმა, ფალიაშვილმა, ოსიპოვამ, პ. სარაჯიშვილმა, ა. შავერდოვმა, პ. ქავთარაძემ, პროფ. ვ. ბურგსდორფმა, გ. ელიავამ; საბოლოო სიტყვით გამოვიდა პროფ. ს. ყიფშიძე და დასასრულ სხდომის თავმჯდომარე პროფ. ალ. ალადაშვილი. სხდომა დაიხურა 12 ს. 10 წ.

1929 წ. 27 ივნისს შედგა საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მორიგი მეცხრე უკანასკნელი სხდომა. სხდომა დაიწყო 8 ს. 30 წ. დაესწრო 82 წევრი და 83 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა პროფ. ა. ალადაშვილი.

მომხსენებელი იყო პროფ. ი. ქუთათელიაძე. ზოგიერთ სამკურნალწამლო ნივთიერებათა რაციონალურად გამოყენების და მომზადების წესების გამოუმუშავების შესახებ.

პროფ. ი. ქუთათელიაძე თავის მოხსენებაში ეხება 3 სამკურნალწამლო საშუალებას სახელდობრ: Hydrogenium hyperoxydatum, Liquor Burowi, Formalinum-ს და აღნიშნავს რომ-თიქმის არც ერთი რეცეპტი, რომელიც ზემოდასახელებულ ნივთიერებებს შეეხება, არ მზადდება ისე, როგორც ამას საჭიროება მოითხოვს. ამ ს მიზნს ავტორი ხედავს რეცეპტების არარაციონალურად გამოყენებაში და შეკითხვისას ექიმის მხრივ არა დამაკმაყოფილებელ განმარტების მიცემაში.

შედეგად ამისა აფთიაქში ერთი და იმავე რეცეპტის ხომზადებისას აზადებენ ხან სუსტ და ხან მაგარ ხსნარებს.

მოკყავს მაგალითები წყალბადის ზეჟანკისა:

	გამოწერილია	აფთიაქიდან უშვებენ
1) Sol. Hydrog. hyperoxyd. med. . . . .	1%—100,0	0,03%-იანს
2) Sol. Hydrog. hyperoxydati. . . . .	1%—100,0	1%-იანს
3) Hydrog. hyperoxydatum . . . . .	1%—100,0	0,03%-ან 1%-იანს
4) Sol. Hydrog. hyperoxyd. medic. . . . .	3%—100,0	0,09%-ან 3%-იანს
5) Sol. Hydrog. hyperoxydati . . . . .	3%—100,0	0,09%-ან 3%-იანს
6) Hydrogenium hyperoxydat. . . . .	3%—100,0	0,03%-ან 3%-იანს
7) Sol. Hydrog. hyperoxyd. med. . . . .	10%—100,0	0,3%-ან 10%-იანს
8) Sol. Hydrog. hyperoxyd. . . . .	10%—100,0	0,03%-ან 10,0%-იანს
9) Sol. Hydrog. hyperoxyd. . . . .	40%—100,0	1,2%-იანს
10) Sol. Hydrog. hyperoxyd. medic. . . . .	40%—100,0	1,2%-იანს

გაუგებრობათა თავიდან ასაცილებლად იძლევა წინადადებას მიღებულ იქნას ერთეულად Hydrogenium hyperoxydatum და მის ხსნარების გამოწერა აღინიშნოს შემდეგნაირად: Solutio Hydrogenii hyperoxydati 1, 2, 3 და მეტი %-იანი იმისდა მიხედვით თუ რა კონცენტრაციის წყალბადის ზეჟანგი მოესურვება ექიმს

ამ შემთხვევებში მაგალითად Sol. Hydrog. hyperoxydati 1% 100,0 ვალდებული იქნება აფთიაქი აიღოს Hydrogenium hyperoxydatum medicinale-ს 1 ნაწილი და გამოხდილი წყლის 2 ნაწილი. იმ შემთხვევაში თუ ასეთი შინაარსის რეცეპტს მომზადების პერპედროლიდან მოი-

\*) შენიშვნა: ადგილის უკონლობის გამო რედაქცია იძულებულია კამათი გამოუშვას. რედაქცია.



სურვებენ ან იქნება საჭირო, უნდა აიღონ პერჰიდროლენს 1 ნაწილი და გამოხდელი წყლის 29 ნაწილი, რადგან პირველი, ესე იგი Hydrogenium hyperoxydatum medicinale არის 3%-იანი წონით და პერჰიდროლი კი 30% წონით.

ერთი სიტყვით მომზადებული წყალბადის ზეჟანგის ხსნარი ამა თუ იმ რეცეპტის შინაარსის მიხედვით უნდა შეიცავდეს 100 ნაწილში იმდენ გრამ თუთი წყალბადის ზეჟანგს ( $H_2 O_2$ ) რამდენი %-იკ იქნება რეცეპტში აღნიშნული.

ბუროვის სითხის ექიმის მუერ გამოწერისას ავტორი იძლევა წინადადებას არ იქნეს ნაზმარი რეცეპტში შემდეგი ფორმები Solutio Burowi 2%-ან. Liquor Burowi 2% და სხვა, რადგან ასეთი რეცეპტების შინაარსი გაუგებარია და შედეგად მზადდება სხვადასხვა კონცენტრაციის სითხეები.

ავტორის აზრით აღნიშნული უნდა იქნეს მხოლოდ იმ მომქმედ ნივთიერების რაოდენობა, რომლის ხსნარსაც წარმოადენს ბუროვის სითხე.

მაგალითად Solutio Aluminiumi subacetici 2%—100,0. ამგვარად წამლის გამოწერისას გაუგებრობას ადვილი არ ექნება და ვინა-დან ბუროვს სითხე 8%-ფუძიან ალუმინიუმის აცეტატის ხსნარს წარმოადგენს, აფთიაქში აიღებენ Liguor Burowi-ს 1 ნაწილ და გამოხდელი წყლის 3 ნაწილს.

რაც შეეხება ფორმალინის ხსნარებს, რომელნიც ამა თუ იმ რეცეპტის შინაარსის მიხედვით უნდა მომზადდეს ყოველგვარ გაუგებრობის თავიდან ასაცილებლად, ავტორის აზრით უნდა მიტოვებულ იქნეს ისეთი ფორმები გამოწერისა როგორც მაგალითად

Formalini 1%

ან Sol. Formalini 1% და სხვა.

ნაცვლად ამისა უნდა შემოიღებულ იქნეს გამოწერა მომქმედ ნივთიერების რაოდენობის აღნიშვნით.

მაგალითად Solutio Formaldehydi 1%—100,0. ამგვარ რეცეპტით წამლის მომზადებისას აფთიაქში უნდა გაითვ ლისწინონ რომ ფორმალინი უნდა იყოს 40%-იანი ხნარი ფორმალდეჰიდისა და ამისდა პიხედ ით აიღონ 2,5 გრამი ფორმალინისა (რაც ფორმალდეჰიდის 10 გრამს უდრის) და აიყვანონ წონა მისი 100,0 გრამამდე გამოხდელი წყლით. შემუშავებული ფორმები გამოწერა უნდა დაკანონდეს და ეცნობოს ცრკულიარის საზრთ როგორც ყველა ექიმებს ისე აფთიაქის გამგებებს, რაც ერთხელ და სამუდამოდ ჩაოყალიბებს როგორც გამოწერის ისე მომზადების წესსაც და გაუგებრობანი თავიდან აცილებული იქნება.

შემდეგი მოხსენება ა. გოციროძის ჰიატროგენული და ფსევდო-ორგანიული დაავადებათა შესახებ მოიხსნა, ვინაიდან მოხსენებელი 25 წამის მაგიერ ძხოულობდა 40 წამს; გასარჩევი კი ყო მრავალი სადმინისტრაციო საკითხები, რომელთა გადადება არ შეიძლება.

სადმინისტრაციო ნაწილში:

1. წარმოდგენილი განცხადებებს მიხედვით არჩეული იყვნენ საზოგადოების წევრებად: 24. ილა და ვი თაი ა, 25. ეფემია კი კ ხ ა ძ ე, 26. კონსტანტინე ა პ რ ი ა მ ო ვ ი, 27. დიმიტრი კი კ ი ნ ა ძ ე.

2. დამტკიცდა საზოგადოების სექციით ერთხმად „საქართველოს ექიმთა საზოგადოების გროვრული უმცირესობათა სექცია“. დამტკიცდა აგრეთვე ეროვნული უმცირესობათა სექციის ბურო შემდეგ შეადგენლობით: თავმჯდომარეთ გ. პონდოვი, თავმჯდომარის ახანაგად რ. დავთიანი, მდივანთ მ. ჯალალოვი; მდივნის კანდიდატათ ე. სემენსკია, ბუროში კოოპტაციის საშუალებით შეყვანილი მოლარის თანამდებობაზე მ. სოჯაიანი. (ზემოხსენებული პირნი არჩეული ყოფილან 19. III. 1929 წ., განცხადება. № 3, 9. V. 1929 წ.).

3. დამტკიცდა საზოგადოების სექციით ერთხმად „საქართველოს ექიმთა საზოგადოების ტფილისის ნევროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა სექცია“ (დადგენილება ტფილისის სახელ. უნივერსიტეტის ნერვულ სნუულებათა კლინიკის და ცენტრალურ კლინიკურ ინ. ტიტუტია ნერვული განყოფილების ექიმთა კონფერენციის ოქმი № 3,

3. III. 1929 წ. და ტფილისის ნეკროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა საინიციატივო ჯგუფის—31 ექიმი—განცხადება).

4. დამტკიცდა საზოგადოების სექციით ერთხმად „საქართველოს ექიმთა საზოგადოების ქართული ოდონტოლოგიური სექცია“ (ქართველ კბილის ექიმთა ჯგუფის—30 ექიმი—განცხადება 14. V. 1929 წ.).

5. დამტკიცდა საზოგადოების (ექი.თ. ერთხმად „საქართველოს ექიმთა საზოგადოების ფიზიოთერაპევტთა სექცია“. (ტფილისის ფიზიოთერაპევტთა ჯგუფის—21 ექიმი—დადგენილება 19. VI. 1929 და საინიციატივო ჯგუფის თაემჯღომარის განცხადება).

6. მიმდინარე საკითხები: ექიმ ბ. ნაჯასარიანი სთავის, რომელიც 50 წლის სამკურნალო და საზოგადოებრივი ასპარეზზე მუშაობისა და მოღვაწეობის შემდეგ, 78 წლის მოხუცი, ძლიერ გაჭირვებას განიცდის, პერსონალური პენსიის დანიშვნის შესახებ—ალიძრას შუამდგომლობა საქართველოს მთავრობის წინაშე (საქ ექიმთა საზ-ის წევრთა—6) ექიმის განცხადება და ეროვნული უმცირესობათა სექციის დადგენილება 19. III 1929 წ.).

სხდომა დაიხურა 10 ს. 35 წ.



## ზინაბანი სნეულეზანი

И. М. Липец. К вопросу о лечебном действии сыворотки при артериосклерозе. Врач. газ. № 6. 1929. ტ რ უ ნ ე ჩ ე კ ი ს შ რ ა ტ ი წ ა რ მ ა დ გ ე ნ ს ა დ ა მ ი ა ნ ი ს ს ი ს ზ ლ ი ს შ რ ა ტ ი ს მ ა რ ი ლ ე ბ ი ს ჰ ი პ ე რ ტ ე ნ ი ზ ლ ს ხ ნ ა რ ს. მ ი ს ი შ ე მ ა დ გ ე ნ ლ ო ბ ა შ ე მ დ ე გ ი ა : N a t r . c h l o r a t . 4.92, N a t r . p h o s p h o r . 0.15, N a t r . c a r b o n . 0.21, N a t r . s u l f u r . 0.44, K a l . c h l o r a t . 0.35, A q . d e s . 100.0. ტ რ უ ნ ე ჩ ე კ ი ს ა ზ რ ი თ , მ ი ს ი შ რ ა ტ ი წ ო ჯ მ ე დ ო ბ ს ა დ ა მ ი ა ნ ი ს ო რ გ ა ნ ი ზ მ შ ი კ ა ლ ც ი უ მ ი ს გ ა ც ე ლ ა - გ ა მ ო ც ე ლ ა ზ ე და ს ი მ ე ა ე - ტ უ ტ ი ა ნ ო ბ ი ს წ ო ნ ა ს წ ო რ ო ბ ა ზ ე და ი წ ე ე ს ა ვ ა დ მ ე ო ფ თ ა კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი მ ო ვ ლ ე ნ ე ბ ი ს გ ა უ მ ე ჯ ო ბ ე ს ე ბ ა ს : ა უ მ ე ჯ ო ბ ე ს ე ბ ს ს ა ე რ თ ო გ უ ნ ე ბ - გ ა ნ წ ე ო ბ ი ლ ე ბ ა ს , ა მ ც ი რ ე ბ ს ქ ა შ ი ნ ს , ა მ ც ი რ ე ბ ს ზ ო გ ე ჯ რ ს ი ს ხ ლ ი ს წ ნ ე ვ ა ს და ა უ მ ე ჯ ო ბ ე ს ე ბ ს მ უ ც ლ ი ს ფ უ ნ ქ ე ც ი ს მ ო ქ მ ე დ ე ბ ა ს . მ თ ე ლ ი რ ი გ ი ა ე ტ ო რ ე ბ ი ს რ უ ლ ი ა დ უ ა რ ყ ო ფ ე ნ ტ რ უ ნ ე ჩ ე კ ი ს შ რ ა ტ ი ს მ ნ ი შ ე ნ ე ლ ო ბ ა ს ( L a n g , T r a x t e n b e r g ) . ზ ო გ ი კ ი და მ ა თ შ ო რ ი ს გ ა ნ ს ა კ ე უ თ რ ე ბ ი თ M a й к о в - ი გ ა ნ ს ა კ ე უ თ რ ე ბ ი ა ქ - ბ ს მ ა ს . ა ე ტ ო რ ს 6 ა ვ ა დ მ ე ო ფ ზ ე და წ ე რ ი ლ ე ბ ი თ შ ე უ ს წ ა ე ლ ი ა მ ი ს გ ა ვ ლ ე ნ ა და შ ე მ დ ე გ და ს კ ე ნ ე ბ ა მ დ ე მ ი დ ი ს : 1) ტ რ უ ნ ე ჩ ე კ ი ს შ რ ა ტ ი კ ა რ გ ა დ მ ო ქ მ ე დ ო ბ ს ა რ ტ ე რ ი ა მ ს კ ლ ე რ ო ზ ი ს ზ ო გ ი ე რ თ ი გ ა მ ო ბ ა ტ უ ლ ე ბ ე ბ ზ ე , გ ა ნ ს ა კ ე უ თ რ ე ბ ი თ ს უ ბ ი ე ქ ტ ი უ რ ი ხ ს ი ა თ ი ს ა ; კ ა რ გ ი ა მ ი ს ი გ ა ვ ლ ე ნ ა a n g i n a p e c t o r i s და a s t h m a c a r d i a l e - ზ ე ; 2) წ ა მ ლ ო ბ ი ს შ ე მ დ ე გ ა რ ც გ უ ლ ი ს ა რ ც ს ი ს ხ ლ ო ბ ა რ ლ ე ბ ი ს მ ზ რ ი ე არ ა ღ ი ნ ი შ ე ნ ე ბ ა რ ა ი მ ე ფ ი ზ ი კ უ რ ი ც ე ლ ი ლ ე ბ ; 3) ს ი ს ხ ლ ი ს წ ნ ე ვ ა კ ლ ბ უ ლ ო ბ ს არ ა ყ ო ვ ე ლ თ ე ბ ს და ძ ლ ი ე რ მ ც ი რ ე დ ; 4) კ ა ლ ც ი უ მ ი ს ა და ზ ო ლ ე ს ტ ე რ ი ნ ი ს შ ე მ ა დ გ ე ნ ლ ო ბ ა ზ ე ს ი ს ხ ლ შ ი ი გ ი არ მ ო ქ მ ე დ ო ბ ს , ს ა თ ა დ ა რ ი გ ო ტ უ ტ ი ა ნ ო ბ ა ზ ო გ ე ჯ რ ძ ლ ი ე რ დ ე ბ ა , შ ა რ დ ი ს ს ი მ ე ა ე ი ა ნ ო ბ ა ქ ა ნ ა ო ბ ს ; 5) ტ რ უ ნ ე ჩ ე კ ი ს შ რ ა ტ ი თ მ ე უ რ ნ ა ლ ო ბ ა შ ე ს ა ძ ლ ე ბ ე ლ ი ა ა რ ტ ე რ ი ა მ ს კ ლ ე რ ო ზ ი ს დ რ ო ს , გ ა რ თ ო უ ლ ე ბ ე ბ ს ა ნ ა დ გ ი ლ ო ბ რ ი ე ს ა ნ ზ ო გ ა დ ს ი გ ი არ ი ძ ლ ე ვ ა , მ ა გ რ ა მ , თ ა ნ ა ხ მ ა დ ლ ი ტ ე რ ა ტ უ რ ო ლ ი ც ნ ო ბ ე ბ ი ს , მ ი ს წ ი ნ ა ა ლ მ დ ე გ ჩ ე ვ ე ნ ე ბ ა ს წ ა რ მ ო ა დ გ ე ნ ს ფ ო ლ ე ჯ ი ს ტ უ ბ ე რ კ უ ლ ო ბ ი ( h a e m o p t o e ) და ტ ი ნ ი ს ი ნ ს უ ლ ტ ე ბ ი .

შ. მ.

Guggenheimer u. Fischer. ქ ლ ო რ ა ლ - ჰ ი დ რ ა ტ ი ჰ ი პ ე რ ტ ე ნ ზ ი ე ბ ი ს დ რ ო ს . D . m . W . № 5. 1929. ა ე ო რ ე ბ ი უ რ ჩ ე ვ ე ნ ჰ ი პ ე რ ტ ე ნ ზ ი ე ბ ი ს დ რ ო ს ქ ლ ო რ ა ლ - ჰ ი დ რ ა ტ ი ს პ ა ტ ა რ ა დ ო ზ ე ბ ი ს დ ა ნ ი შ ე ნ ა ს ო ო დ ი დ ე ბ ი ს ა და ბ რ ო მ ი დ ე ბ ი ს მ ი ნ ი მ ა ლ უ რ დ ო ზ ე ბ თ ა ნ კ ო მ ბ ი ნ ა ც ი ა შ ი ( K a l i i j o d a t i e t K a l i i b r o m a t i a n a 0.1, c h l o r a l i h y d r a t i 5.0, A q u a e d e s t . 240.0, M u c i l . g u m m i a r a b . 30.0, S i r . s i m p l i c . a d 300.0. M . D . თ ი თ ო ს უ ფ რ ი ს კ ო ვ ზ ი დ ღ ე შ ი ს ა მ ე ჯ რ 1-2 კ ვ ი რ ი ს გ ა ნ მ ა ვ ლ ო ბ ა შ ი ) . ხ შ ო რ ა დ ა ს ე თ ი წ ა მ ლ ო ბ ა ს ი ს ხ ლ ი ს წ ნ ე ვ ა ს ა ქ ე ე თ ე ბ ს და ა ვ ა დ მ ე ო ფ ი ს ს უ ბ ი ე ქ ტ ი უ რ ი არ ა ს ა ს ი ა მ ო ვ ნ ო შ ე გ რ ძ ე ნ ე ბ ა ნ ი , რ ო მ ე ლ ი ც ჰ ი პ ე რ ტ ე ნ ზ ი ე ბ ს ა ქ ე თ , კ რ ე ბ ა ი მ შ ე მ თ ხ ე ვ ე ბ - შ ო ა ც კ ი , რ ო დ ე ს ა ც ს ი ს ხ ლ ი ს წ ნ ე ვ ა არ მ ც ი რ დ ე ბ ა . 2 კ ვ ი რ ი ს შ ე მ დ ე გ ქ ლ ო რ ა ლ ი უ ნ და მ ო ხ ს ნ ი ლ ი ი ქ ნ ე ს და ა ვ ა დ მ ე ო ფ ს დ ა ე ნ ი შ ო ს ბ რ ო მ ი დ ე ბ ი და ო ო დ ი დ ე ბ ი ი მ ა ვ ე დ ო ზ ე ბ შ ი . ს ა ჰ ი რ ო ე ბ ი ს მ ი ხ ე დ ვ ი თ ქ ლ ო რ ა ლ ი თ მ ე უ რ ნ ა ლ ო ბ ი ს გ ა ნ მ ე ო რ ე ბ ა ც შ ე ი ძ ლ ე ბ ა .

შ. მ.

S. Harris. Сифилис сердца. Врачебная газета от 31-го января 1929 года № 2 стр. 131.

გ უ ლ ი ს ს ი ფ ი ლ ი ს ი უ ფ რ ო ხ შ ო რ ს ა ვ ა დ მ ე ო ფ ო ბ ა ს ე კ უ თ ე ნ ი ს , ვ ი დ რ ე ა მ ა ს ფ ი ქ რ ო ბ ე ნ , მ ა გ რ ა მ თ უ ეს შ ე მ თ ხ ე ვ ე ბ ი და კ ვ ი რ ე ვ ე ბ ი დ ა ნ ს ლ ტ ე ბ ი ა ნ , ეს ნ ა წ ი ლ ო ბ რ ი ე დ ი ა ვ ნ ო ზ ი ს ს ი ძ ნ ე ლ ე ზ ე ა და - მ ო ა კ ი ე ბ უ ლ ი , მ ა გ რ ა მ ნ ა წ ი ლ ო ბ რ ი ე ი მ ა ზ ე ც , რ ო მ ს ი ფ ი ლ ი ტ ი კ ე ბ ი , რ ო მ ე ლ თ ა შ ო რ ი ს გ უ ლ ი ს და ს -

ნეულემა თუმცა საგრძნობს რაოდენობას წარმოადგენს, მაგრამ ისინი მაინც იშვიათად მიმართავენ ამ მხრივ გულის სნეულემათა სპეციალისტებს. ყველაზე უფრო სარწმუნო საშუალებათ ამ გამოცნობისათვის Wasserman-ის რეაქცია ითვლება; მაგრამ მაინცადამაინც მთლიანად დაყრდნობა არც ამაზე შეიძლება. ხშირად ერთი და იმავე სისხლის გამოკვლევაზე, სხვადასხვა ლაბორატორიები, ერთმანეთის საწინააღმდეგო შედეგებსაც იძლევიან. ამას გარდა თვით Wasserman-ის რეაქცია დადებითი რომ იყოს, საბოლოოთ ესეც არ სწყვეტს ყოველთვის გულის სიფილისით დაავადებას, ვინაიდან ზოგიერთების აზრით Wass. დადებითი რეაქცია ტუბერკულოზსა და ინფექციური ენდოკარდიტებსაც შეუძლია მოგვცეს. თვით ეს ვასერმანის რეაქცია გულის სიფილისის საგრძნობ შემთხვევებში, უარყოფითია. ასე მაგალითად ერთ შემთხვევაში, როდესაც გულის სიფილისი ექვს გარეშე იყო, სისხლის გამოკვლევა Wasserman-ით განმეორებით უარყოფითი მიიღეს, მხოლოდ ზურგტინის სითხის გასინჯვისას აქ Wasserman-ის რეაქცია დადებითი აღმოჩნდა. ცხადია რომ სიფილისი აზიანებს უმთავრესად აორტასა და გვირგვინოვან არტერიებს და ესაა შედეგი, რომ შემდეგ გულის კუნთები ავადდებიან. სიფილისით გულის კუნთები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე სხვა ინფექციური სნეულემათა დროს. რომ ეს ასეა, ამას შეიძლება დაუბრისპიროდ გულის სარქველთა რეგმატიზმი, რომლის დროსაც კუნთოვანი აპარატი ბევრად უფრო იშვიათად ზიანდება. ასე მაგალ. 88 სიფილისიანების გულის ელექტროკარდიოგრაფულ გამოკვლევებიდან, ნორმალური აღმოჩნდა მხოლოდ 9. ხოლო ასეთივე რაოდენობის სარქველების რეგმატიულ დაზიანების შემთხვევებში კი ნორმალური აღმოჩნდა 42. ყველა ამის შემდეგ, გადავიფაროთ რა საერთოდან კერძოზე, შეიძლება აღინიშნოს, რომ აორტიტი ჩვეულებრივი მოვლენაა სიფილისის დროს, მაგრამ ეს სიფილიტიური აორტიტი ერთს და იმავე დროს სიფილიტიური მიოკარდიტსაც გულისხმობს. იმ შემთხვევაში, როდესაც ანამნეზში ათაშანგი არაა და W. რეაქცია უარყოფითია, ხოლო ამავე დროს არც სისხლის წნევაა მაღალი, მარტო მეორე ტონის აორტაზე გაძლიერებაც საკმაო დამამტკიცებელია ლუმბოური აორტიტისა და მასხადამე—მიოკარდიტისა. გულის სნეულემათა სიმპტომები, თითქმის ერთნაირია ყოველთვის, მიუხედავად იმისა, არიან ისინი წარმოშობლი ლუმბოური ნიადაგზე თუ არა. ფიქრობდნენ რომ, ლიმფობითი ქოშინი (Dyspnoea), დამახასიათებელია გულის სიფილისის; მაგრამ ავტორის აზრით გულის ტკივილი უფრო დამახასიათებელ სიმპტომთაგანად ითვლება (70% შემთხვევებში). მაგრამ ეს ტკივილი არ არის ისეთი ხასიათის, როგორც ამას ვნახულობთ angina pectoris კლასიკური შემთხვევების დროს.

მეორე სიმპტომთაგანია კუჭის ტკივილები სწორეთ ისეთივე ხასიათისა, როგორც ესაა ნამდვილი კ. წყლულის დროს. ელექტროკარდიოგრაფია გულის კუნთების საერთო მდგომარეობასა და მის ფუნქციონალურ აწილობათა ბუნებაზე მიგვითითებს და არ არის დამახასიათებელი მარტო გულის სიფილისისათვის, მაგრამ მიუხედავად ამისა ის თავსთავად მაინც საკმაო ღირებულებისაა, რადგან გულის მოქმედებათა დარღვევას ააშკარაებს. ხშირად ასეთი დიაგნოსტიკური ღირებულება თერაპიასაც ეძლევა. ავ. ორს მოჰყავს შემხვევა, სადაც დადასტურებული იყო Cor lassi. მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა, ისე რომ ავადმყოფი ძლივს ახერხებდა რამდენიმე ნაბიჯის გადადგმას და ბოლო დროს თითქმის დაბრმავდა კიდევ. სიფილისის ის უარყოფიდა, მაგრამ Wasserman-ის რეაქცია იყო დადებითი (+ +) და ასეთი შემთხვევაში ის ანტილუმბოური მკურნალობით გაუმჯობესებულა.

რომ გულის სიფილისი არ გამოკვებაროს დაკვირვებიდან, ამისათვის ავტორი გვირჩევს, გულის ყოველგვარ დაავადების დროს სისხლის გასინჯვას Wasserman-ით. დადებითი Wat. ამ შემთხვევაში საკმაო მაჩვენებელი იქნება იმისა, რომ ლუმბოური მკურნალობას მივმართოთ.

გ. ნ ი კ ლ ა ი შ ვ ი ლ ი.

#### Н. А. Соколова и Ш. А. Нижарадзе. (Врачебное дело № 7) О проходимости печени для холестерина у печеночных больных.

ავტორთ უწარმოებიათ ლვილის ფუნქციონალური გამოკვლევა ხოლესტერინის საშუალებით. ბაქის ლვილის  $1/4$ -დის ამოკვეთის შემდეგ ხოლესტერინის ნახევარ დოზაზე მიუღიათ ხოლესტერინემა და ძალის ნაღლის ს. დინარის გადასკნით ხოლესტერინის მომატება სისხლში.

ზოგიერთ ლეიქლით დაავადებულებში ხოლესტერინით კვება იწვევდა სისხლში ხოლესტერინის შეკავებას. ხოლესტერინის გამოყოფას ნალველში აქვს ცვალებადი ხასიათი და მომატება შემდეგ იცვლება დაქვეითებით. სისხლის ხოლესტერინის და მისი ნალველში გამოყოფის რიცხვების შედარება გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად ცვალებადობისა, თუ ნალველში ხოლესტერინი მომატებულია, სისხლშიდაც მომატებულია ის და შებრუნებით.

ხოლესტერინის და ლეიქლის ციროზების დროს, ხოლესტერინის მომატებას, არც სისხლში და არც ნალველში ადგილი არ ჰქონია, მისი ენტერალური შეყვანის შემდეგ.

წარმოებულნი ცდებიდან ავტორთ გამოყავთ შემდეგი დასკვნები:

1. ხოლესტერინის ენტერალური შეყვანა ჯანსაღი ადამიანის ორგანიზმში არ იწვევდა ნალველში მის გაძლიერებულ გამოყოფას.

2. როგორც საღ ადამიანებში, ისე ლეიქლით დაავადებულებში, ხოლესტერინის ენტერალური შეყვანით ლებულობდნენ ნალველში მისი შეცულობის ცვალებად რიცხვს.

3. ერთეული შემთხვევები ხოლესტერინის გამოკვლევისას სისხლში გვიჩვენებს, რომ მისი რაოდენობა, როგორც საღ ადამიანებში, ისე ლეიქლით დაავადებულებში, შედარებით პარალელურია ხოლესტერინის რაოდენობისა ნალველში.

4. ლეიქლის ციროზის და ხოლესტერინის შეკავება სისხლში და გაძლიერებული გამოყოფა ნალველში არ იყო შემჩნეული.

5. ინფექციური და კატარალური სიყვილის გამოკვლევების დროს, ხდებოდა გაძლიერებული შეკავება სისხლში და გაძლიერებული გამოყოფა ნალველში.

6. ამ უკანასკნელ შემთხვევებში, ხოლესტერინის ენტერალური შეყვანის დროს, მისმა რაოდენობამ ადამიანის სისხლში და ნალველში შეიძლება მიაღწიოს უმაღლეს რიცხვს, რომელიც დღემდე ლიტერატურაში აღნიშნული არ არის, როგორცაა 10,0 ერთ ლიტრ სისხლში და 1,8 ერთ ლიტრ ნალველში.

ი. დოლიძე.

Geoffrey Bourne. Лечение ревматического кардита. („Врачебная Газета“ 1929 г. № 2. стр. 130).

რევმატიულ კარდიტს (ავტორი გულისხმობს ენდოკარდიტს) აქტიურ სტადიუმში ახასიათებს: ცხელება, მაჯის გახშირება, გულის საზღვრების გადიდება, ვეკოციტოზი, ანემია და კან-ქვეშა ფიბროზული კვანძები განსაკუთრებულად კეფის და ხერხემლის არეში და კიდურების ზურგის მხარეზე. სკატიურ და დაავადებული ნუში ებრივი ჯირკვლები მაიპრობენ ყურადღებას, როგორც ინფექციის სხეულში შეჭრის პირველადი ადგილი. მათი პროფილაქტიური მიზნით ამოკვეთის საკითხი რევმატიული სნეულებების დროს ყოველთვის მოითხოვს დაკვირვებას და აწონ-დაწონას, რადგან ავტორის ჰქონია შემთხვევა გართულების მწვავე ენდოკარდიტის და პერიკარდიტის სახით ასეთი ოპერაციის შემდეგ. ყოველ შემთხვევაში ტონო-ლექტომია ნაჩვენებია მხოლოდ ავადმყოფობის მწვავე სტადიუმის მოვლენების ჩაქრობის შემდეგ.

რევმატიული ენდოკარდიტის მკურნალობა სიმპტომატიურია, და მას აქვს მიზნად მოსპოს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი მოვლენები. ყველაზე უფრო შეუპოვარ და ხანგრძლივ სიმპტომს წარმოადგენს ტახიკარდია.

ავტორი განსაკუთრებით ურჩევს მშვიდად წოლას და ზალ სასტუმლიან სარეცელში არა ნაკლებ 2 თვისა, ხოლო T<sup>o</sup> და პულსის ნორმამდე დასვლის შემდეგ თანდათანობით მოძრაობის შეჩვევას. წამლებიდან ნაჩვენებია Natr. salicyl. 0.6—1.2 ყოველ ორ საათში სუდის ორმაგ რაოდენობასთან ერთად და ხანგრძლივ ყელში გამოვლება Kal. permangan. ხსნარით.

სხვა საშუალებანი, როგორც არის ვაქცინოთერაპია, ზელოვნივი ჰელიოთერაპია და სხვა უნდა ჩაითვალოს, ავტორის აზრით, საეჭვო შედეგების მხრივ.

გ. ჩარეკიშვილი.



**Ревматические заболевания. Итоги съезда врачей от 1С и 11 мая в Бате (Англия) (Врач. Газ. 1929 г. № 2, стр. 130).** კრილობა განსაკუთრებით შეხება რევმატიული დაავადებების საკითხს, რომელსაც ამჟამად ისეთივე დიდი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ტუბერკულოზის საკითხს ჰქონდა მე-XIX საუკ. რევმატიული დაავადებების სოციალურ-ეკონომიური მნიშვნელობა განსაკუთრებით კარგად მტკიცდება შემდეგი ციფრებით: 1927 წ. განმავლობაში ინგლისის დამზღვევი საღაროებიდან გაცემულ მთელ დაზღაურებიდან  $\frac{1}{4}$  ნაწილი მარტო რევმატიზმით დაავადებულლებზე მოდის (5 მილ. გირ. სტერლ.). თუ ამას მიუმატებთ 5.500.000 კვირის გაცდენილ სამუშაო ხელფასს 12 მილ. გირ. სტერლ. რაოდენობით, მაშინ საერთო ჯამი შეადგენს 17 მილ. გირ. სტერლ. ამ ჯამში არ შედის ის დაზღვები, რომლებიც გაწეულია სახლში და სავადმყოფოებში მკურნალობის თუ ერთდროულ დაზღაურების სახით, როგორც თვით დასაჯებულლებზე, ისე მათ კმაყოფიზე მყოფთ ოჯახის წევრებზე.

რევმატიზმი უნდა მივაკუთვნოთ დაავადების ისეთ ჯგუფს, რომლის წინააღმდეგ ს ეცი-ფიური სამკურნალო საშუალება არ არსებობს. სალიცილის პრეპარატების ხმარების შედეგები რევმატიზმის მწვავე ფორმების დროსაც კი ძლიერ საეჭვოა, რის გამო პრაქტიკაში რევმატიზმისა უნდა განხილულ იქნას, როგორც ბიოლოგიური და არა მარტო როგორც სიმპტომატიური. რევმატიზმისათვის ყველაზე უფრო დამახასიათებელ სახსრების დაავადებამ და ტკივილებმა ექიმის ყურადღების აზორება არ უნდა გამოიწვიოს იმ ფარულ მოვლენებისადმი, რომლებიც ხშირად იმალებიან ამ თვალსაჩინო ნიშნების არსებობით. თუ მივიღებთ მხედველობაში რევმატიული კარდიტის შედეგებს ბავშთა შორის, მაშინ უნდა დავცვენათ, რომ სიკვდილობის ერთერთ მთავარ მიზეზს მოსახლეობის შორის რევმატიული დაავადებანი წარმოადგენს. მწ ავე რევმატიზმთან და საერთოდ რევმატიულ ინფექციასთან ბრძოლა საკიროა დაბადებულდანვე. შთამომავლობა, თუმცა რაიმე განსაკუთრებულ როლს არ თამაშობს, მაგრამ ბავშვის კონსტიტუციას ძლიერ დიდი მნიშვნელობა აქვს. ნერვული ბავშვები უფრო ადვილად ავადდებიან ინფექციური რევატიზმით. ეს უკანასკნელი კი თავის მხრივ აძლიერებს ნერვიოზობას და ამგვარად მათ შორის ექმნება ურთიერთისადმი ხელშეწყობა მკიდრო კავშირი. ლიმფური სისტემაც ასეთი ბავშვებისა ძლიერ სუსტია და დაცვის მაგიერ ხელსაყრელ ნიადაგს წარმოადგენს მიკრობებისა და მათ ტოქსინებისათვის. ამიტომაც განსაკუთრებული ყურადღება უმთავრესად ნუშისებური ჯირკვლების მიკოენ-ს უნდა ექცეოდეს. შემძლე მშობლების ბავშთა შორის იმუნიტეტის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს მრავალი ავტორები ხედავენ ნუშისებური ჯირკვლების მთლიანად და ადრე ამოყვებაში, რომელიც დღეს დღისობით საკმარისად გავრცელებულია.

ენდოკრინული სისტემაც ასეთი ბავშვებისა არ იმყოფება ნორმალურ წონასწორობაში. მის დამამტკიცებელია გაძლიერებული ოფლიანობა ინფექციის შემდეგ, ჰიპერ-პირექსიისადმი მიდრეკილება, რომელიც შესაძლებელია ზოგჯერ ინსულინით ავიცილოთ. კანის საფარი სუსტ წინააღმდეგობას იჩენს სიცოცხლადმი. ქსოვილები ზედმეტ მგრძობიარობას იჩენენ ზოგიერთ მიკრობებისა და მათ ტოქსინებისადმი, განსაკუთრებით *Streptococcus viridans*-ისადმი და სხვა. აუადყოფნა ბავშვობის ხანაში ფაზებით მიმდინარეობს გაძლიერების და შესუსტების სახით და შესაძლებელია მომწიფების ხანაში დასრულდეს სრული იმუნიტეტით. ავადმყოფობის მიზეზს ზოგიერთები ხედავენ ჩვეულებრივ უვნებელ სტრეპტოკოკებში, რომლებიც პათოგენურ თვისებებს მხოლოდ სათანადოთ მომზადებულ ნიადაგზე ღებულობენ, ასეთი სუსტი ვირულენტობის მქონე მიკრობგანხმები იწვევენ ტუბერკულის ან გუმბის მსგავს კვანძების გაჩენას ქსოვილებში. სტრეპტოკოკებიდან განსაკუთრებით გამოყოფენ *streptococcus cardioarthritis*, რომელიც ამერიკაში იყო აღმოჩენილი აქ უკანასკნელ ხანებში. რევმატიზმი საერთოდ გადამდები არაა, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევებში ის შესაძლებელია გადამდებიც შეიქნეს, უმთავრესად კლინიკური ნიშნების გამომკლავლებამდე. განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიექცეს გამომჯობინების პერიოდს. რევმატიზმით დაავადებული ბავშვი თავის ჩვეულებრივ სასკოლო ცხოვრებას უნდა დაუბრუნდეს არა უადრეს  $\frac{1}{2}$  ან 1 წლისა დაავადების შემდეგ, მაგრამ გამომჯობინების შემდეგ 6 კვირით დასვენება მათთვის სანატორიუმებში ჩვეულებრივ სრულიად საკმარისია. ქრონიკულ რევმატიზმში განსაკუთრებით დაუმახასიათებელი ნიშნები: კანის უთანაბრო რეფლექსები, ენდოკრინული ფუნქციის აშლილობა, კვანძების გაჩენა ქსოვილებში. როგორც მწვავე ისე ქრო-

ნიკელი ფორმები რემატიზმისა, იქნება ეს ინფექციური არტრიტი, ფიბროზიტი თუ სატრო-არტრიტი უნდა განვიხილოთ, როგორც ბიოლოგიური გადაზრდა, როგორც სისტემის დასავლება. პირველი ორი დაავადებანი თავს იჩენენ ბავშვობის ჰასაჰში, უკანასკნელი კი მოხუცებულობის ხანაში, რადგან ორგანიზმის საერთო გაცვეთასთან ერთად, სახსრების დაზიანებანიც ადვილდება გადაჭარბებული შრომის, ინფექციის თუ ტრავმის გავლენით. კონსტიტუციონალური აშლილობანი, რომლებიც უშვირესად გვხვდება, ეს არის დაქვეითებული ამტანიანობა შაქრისადმი, სითხეთა pH-ის ოდენობის ცვლილება, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევანი—კიროვანი, ფოსფორული, გოგირდოვანი. ენდოკრინული ორგანოების ფუნქციები, უმთავრესად კი ფარისებრი ჯირკვლის, დაქვეითებულია, გარდა ამისა არსებობს ჰიპერთირეოიდიზმი ფიბროზიტზე, ქრონიკული სინოვიტი და დისტირეოიდიზმი ინფექციური არტრიტით. მკურნალობა შესაძლებელია გატარებული იქნას მხოლოდ სათანადო მოწყობილ საავადმყოფოებში ან კლინიკებში (კიდევ უკეთესია კურორტებზე). რადგან უღარიბეს მცხოვრებთათვის მკურნალობის ასეთი კურსის გატარება მათი უსახსრობის გამო შეუძლებელია, ამიტომ სახელმწიფომ და დამხლევემა საღაროებმა უნდა იკისრონ მათი დახმარება.

ი. თ ვ ა ლ ა ვ ა ძ ე.

B. C. Тоболева. К вопросу патогенности, клиники и изгнания *Trichocephalus dispar*. „Врач. газета“ 1929 г. № 3—4 стр. 203. ავტორი ებება *trichocephalus dispar*-ის პათოგენობისა და კლინიკის საკითხს და აღნიშნავს, რომ მათი მოქმედების ინტენსივობა დამოკიდებული უნდა იყოს თით პარაზიტების რაოდენობაზე. ამასთან ხაზს უსვამს აგრეთვე ამ პარაზიტების განსაკუთრებულ ტოქსიურ მოქმედებას ისეთ ორგანიზმებზე, რომლებიც სხვა ქრონიკული ავადმყოფობითაა დასუსტებული. კერძოდ კი თავის საკუთარ დაკვირვების ყველა *trichocephalosis* შემთხვევაში ადგილი ჰქონია აგრეთვე საერთო ლიმფადენიტს. *Trichocephalosis* დიაგნოზი ავტორის აზრით არ არის ძნელი, თუ მათში კარგად არის გამოხატული მისი სიმპტომები, მაგრამ გადამწვევტ მიიზნელობას ის მაინც განავლის მიკროსკოპულ გამოკვლევას აკუთვნებს. ამისათვის გვირჩევს წინამით ავადმყოფს მავალებინოთ per os 5 წგ. გაწმენდილი სკივიდარი, რომელიც, თითქოს ხელს უნდა უწყობდეს ამ პარაზიტების კვერცხების გამოყოფას ექსკრემენტში. იმ შემთხვევაში როდესაც *trichocephalosis* დამახასიათებელი სიმპტომები საკმაოდაა გამოხატული, იგი ექსკრემენტის მიკროსკოპიული გამოკვლევის უარყოფითი შედეგით არ კმაყოფილდება და საჭიროდ მიჩნია რამდენიმეჯერ განიმეოროს ასეთი გამოკვლევა. (ის თავის დაკვირვებაში მეორეთ ან მესამე გამოკვლევისას ყოველთვის აღმოაჩენდა ექსკრემენტში ამ პარაზიტის კვერცხს).

რაც შეეხება მკურნალობის საკითხს, აქ ავტორი კატეგორიულად უარყოფს თიმოლით მკურნალობას, როგორც კუჭნაწლავების ძლიერ გამაღიზიანებელს და ამასთან არა რადიკალურ საშუალებას. ამ მხრივ კარგ საშუალებად მიიჩნია მას Stowarsolan-ით ან Osarsol-ით მკურნალობა. მას უმთავრესად უმკურნალობა Stowarsolan-ით, რომელსაც ხმარობდა შემდეგნაირად: სამი დღის განმავლობაში ყოველ დღილას 5—6 საათზე ავადმყოფი იღებდა 0,3—0,5 Stowarsolan-ს და ამასთანვე პროფ. მარცინოვსკის დახმარებით, იგი აძლევდა კიდევ 0,1—0,5 Methyl. blau pro uso interno; ორი საათის შემდეგ ხელმეორეთ გუნემორტად ორთავე მედიკამენტების მიღებას და ამის შემდეგ ავადმყოფი უქმელი იყო კიდევ ერთი საათს. მკურნალობის ასეთი სერიასი მეორედებოდა 4—5ჯ; 3—5—8—10 დღის დასვენებით (იმის მიხედვით, თუ როგორი იყო საერთო მდგომარეობა ავადმყოფისა).

სულ დაკვირვება უწარმოებია 61 ავადმყოფზე. მაგრამ აქედან მკურნალობა მხოლოდ 33 ავადმყოფს დაუმთავრებია. მათ შორის 24 ავადმყოფზე მკურნალობა უწარმოებია Stowarsolan-ით, დანარჩენი 9 ავადმყოფზე კი—Osarsol-ით. Stowarsolan-ით მკურნალობის 20-ვე შემთხვევაში აღუნიშნავს პარაზიტების გამოკვლევა ექსკრემენტთა ნერთად, ხოლო Osarsol-ით მკურნალობის 9 შემთხვევიდან, მხოლოდ ერთხელ აღნიშნავს პარაზიტების ასეთ გამოკვლევას. ამასთან ერთად ავტორი ხაზგასმით აღნიშნავს Stowarsolan-ის და Osarsol-ის ძლიერ არგ მოქმედებას *Oxyuris wermicularis* წინააღმდეგ.

გ. ნიკოლაიშვილი.

Р. Г. Гатовской и П. Т. Казакова. Trichocephalus dispar и его радикальное лечение осарсолом. „Врач. газета“ 1929 г. № 3—4. стр. 207.

ავტორს გაუტარებია ოსარსოლით მკურნალობა trichocephalosis წინააღმდეგ 36 ამბულატორიულ ავადმყოფებზე კარგი შედეგებით. Trichocephalosis სიმპტომებიდან თავის დაკვირვებაში იგი აღნიშნავს: საერთო სისუსტე—15 შემთხვევაში, სალიეაცის—17, გახმდრობას—6, თავბრუსხვევას—12, გულის წასვლას—8, ქუთუთოების შეშუპებას—2, თავის ტკივილს—8, ტკივილებს გულის კოვზთან უზმოზე—16, ტკივილებს კიბის არეში—12, მარჯვენა ილიაკალურ არეში—8; უზმოზე გულს რევას—18; anorexia-ს—13, ბულემიას—2, parorexia-ს—13, გულის წევას—4, ყაბზობას—16, ფალარათობას—8; Globus hystericus—5, სისხლნაკლებობას—19.

აგრეთვე მოჰყავს ერთი შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი 2 წლის განმავლობაში ებილექსიით ყოფილა შეპყრობილი; გულჭრები ყოველთვის ემართებოდა. მკურნალობის ერთი კურსის გატარების შემდეგ, ეს ავადმყოფი განკურნებულია ისე რომ 10 თვის დაკვირვების განმავლობაში მას არ მოსვლია ეს გულჭრები. ლაბორატორული გამოკვლევებიდან—კუჭის წვენის მხრივ 4 შემთხვევაში მიუღია სრული ახალია, 5 სიმეფიანობის დაქვეითება, 9—სიმეფიანობის მაღალი ციფრები, ხოლო 4 შემთხვევაში hyperaciditas. სისხლის გამოკვლევით—ანიოციტოზი—3; ეოზინოფილია—26 (3—9% მდე), სისხლნაკლებობა—4 შემთხვევაში. მკურნალობით სისხლნაკლებობას გაუვლია, კუჭის წვენის სტრეკია გ უმჯობესებულა; ეოზინოფილია კი დაქვეითებულა მხოლოდ 3 შემთხვევაში. რაც შეეხება trichocephalosis მკურნალობას, ამისათვის მოწოდებული იყო სხვადასხვა მედიკამენტები, მაგრამ მათ შორის არცერთი არ იყო მიჩნეული რადიკალურ საშუალებად. ავტორს კი თავის 36 trichocephalosis უმკურნალია ოსარსოლით. Osarsol-ი თავის სტრუქტურითა და სამკურნალო მოქმედებით სრულით ეთანაბრება ფრანგულ პრეპარატს—Stowarsol-ს, რომელიც ლევადი-ის მიერ იყო მოწოდებული 922 წელს, როგორც კარგი პროფილაქტიური საშუალება სიფილისის საწინააღმდეგოთ; მაგრამ იგი ზოგიერთ Protozoa-ს სამკურნალო საშუალებადაც გამოდგა. Osarsol-ის მოქმედება trichurosis-ზე პირველად პრაფ. მარციანოვსკის შეუნიშნავს. შემდეგში ამ მკურნალობის შესახებ დაკვირვება უწარმოებია Под'япольская-ს და აღ უნიშნავს მისი შეამჩნევი მოქმედება tr. dispar-ზე ავტორს თავის 36 შემთხვევაში მკურნალობა გაუტარებია Под'япольская-ს მეთოდით, მაგრამ ოსარსოლი უზმარია უფრო მოზრდილი დოზებით. მკურნალობას აწარმოებდა შემდეგნაირად: ორი დღის განმავლობაში ავადმყოფს ძლიერა მსუბუქ და თხელ საკმელებს (რძე, ბულიონი, მაწონი და სხვა), შემდეგ ავადმყოფი იღებდა ზეთს, ლებულობდა ოყნას და ამის შემდეგ სამი დღის განმავლობაში იღებდა ოსარსოლს დღეში 3× Rp: Osarsol 1,5 td № 9 m. abl. S. 3× დღეში თითო ტაბლეტი 1 კიკა წყლით. ამ მკურნალობას განიმეორებდა რამდენიმეჯერ 4—5 დღის ინტერვალებით; თვითნებურ კურსის ჩატარების ბოლოს ავადმყოფი ხელმეორედ იღებდა ზეთს გასაწმენდათ. ამის შემდეგ ყოველ 3—4 კვირაში განავალი ესინჯებოდა Telemann-ის მეთოდით და თუ ასეთი გასი ჯვით tr. d. კვრცხები არ აღმოჩნდებოდა, მაშინ ავადმყოფს სთვლიდა განკურნებულად. ბლომდის წესიერი მკურნალობა სულ 28 ავადმყოფს გაუტარებია და ამთგან ყველანი განკურნებულან ასეთი მკურნალობით. ამიტომ ავტორი თავის დასკვნაში ოსარსოლის სიღლის რადიკალურ სამკურნალო საშუალებად tr. disparis წინააღმდეგ.

გ. ნიკოლაიშვილი.

## უ ს ი ძ ი ა ტ რ ი ა

Prof. A. K. Lentz, Minsr.: ემბრიონალ მდებარეობათა შესახებ სულით ავადმყოფთა შორის. (Über embryonale Stellungen bei geisteskranken). Zeitschrift für d. N. u. Ps. W. Band. 12 Heft.)

„უცნაური“, „თეატრალი“, „ქანდაკისებრი“ მდებარეობანი ხშირია შიძოფრენიკთა შორის; ცნობილია Dupré-ს ე. წ. „ფსიქიური ბალიზი“—კატატონიკის კვების და ბალიზის შორის არსებული ცარიელი არეა („oreiller psychique“, „psychische Kissen“). აღნიშნულ პოზებს ავტორი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს უკვე 1923 წელს და მათ უწოდებს „კატატონიკთა



ემბრიონალ მდებარეობას“. ავტორის აზრით ამ მხრივ სტუპოროზულ შიძოფრენიკა და განვითარებაში მყოფ Embryo-ს შორის უნდა არსებობდეს არა შორეული ანალოგია, არამედ ნერვული მექანიზმების თანაგვარობა. ხსენებულ მდებარეობებს ადგილი აქვს კატატონიის გარდა სხვა შემთხვევებშიაც მაკ. ოლიგოფრენიის, ეპილეპსიის, იშვიათად ციკლოფრენიის, PP-ეს და პარკინსონიზმის დროს. საკითხის ანალიზის დროს ავტორი ეყრდნობა რა უმთავრესად შვაცეების მექანიზმებს, იგი იძლევა შემდეგ დასკვნებს:

1. დიდი ტვინის ქერქში მიმდინარე შვაცეების პროცესების დროს ვხვდებით ისეთ პოზებს, რომელიც ცოტად თუ ბევრად უახლოვდება ემბრიონის მდებარეობას („embryonale stellungen“).

2. სულით ავადმყოფთა შორის აღნიშნული მდებარეობანი უზურესად ოლიგოფრენიის დროს, ეპილეპტიურ დემენციის, პარკინსონიზმის შემთხვევებში და აგრეთვე დეპრესიის სხვადასხვა მდგომარეობათა არსებობისას.

3. ხსენებული მდებარეობანი ონტო-ფილოგენეტიური თვალთახედვით წარმოადგენენ ერთგვარ რფერენსიას, რაც უნდა აიხსნას ქერქის ცენტროების გამუხრუჭებებით და ტვინის პრიმიტიულ ცენტრთა აუტომატიური ფუნქციების გამოვლინებით. ემბრიონალი მდებარეობანი გვხვდება ფიზიოლოგიურ საზღვრებშიც (ძილის დროს, მოქანცულ ადამიანთა და ცხოველთა შორის).

ა. ზურაბაშვილი.

W. Küffner: „ეპილეპსია და ალკოჰოლი“. „Epilepsie und Alcohol“—  
Z. f. die g. N. u. Ps. 111. Band; 1—2 Heft).

ავტორის მიზნად აქვს ეპილეპსიის და ალკოჰოლის შორის ურთიერთ კავშირის განსაზღვრა, ვინაიდან ამ მხრივ საკითხის არსებითი მხარე მეტად ბუნდოვანია და ექსპერიმენტალად ნაკლებ დამუშავებული. ეპილეპტიურ მეგვიდრეობისათვის სხვადასხვა ავტორები იძლევიან ალკოჰოლიზმით დატვირთვის სხვადასხვა რიცხვს ამაველ ხაზისათვის - Aszendenz), მაგ. Féré მამაკაცთათვის 38,3‰, დედაკაცთათვის 46,9‰, Kraepelin—18,2—21‰-ს; Bleuler—70‰-ს; Lange—7,9‰-ს და სხვა; ციფრებს შორის განსხვავება ფრიად დიდია. ავტორი იმოწმებს მსოფლიოდ ცნობილ Redlich-ს, რომ ეპილეპსიის ჩამოყალიბებაში ალკოჰოლი არ უნდა იყოს გადაკარბებულად შეფასებული. შემოწმებულ უნდა იქნეს აგრეთვე საკითხი: ეპილეპტიკებს ნამდვილად აქვთ თუ არა მეგვიდრეობითი მიდრეკილება პათოლოგიურ დათრობისადმი. უარყოფითი ეგზოგენური ფაქტორები (გარდა ალკოჰოლისა), რომელნიც მოქმედებენ ეპილეპტიკებზე, არის უამრავი. საყველთაოთ გავრცელებულია აზრი, რომ ალკოჰოლი ეპილეპტოგენური თვისებების მტარებელია და თვით ეპილეპტიკებს ალკოჰოლის მიმართ აქვთ მეტად სუსტი გამძლეობა, მოითხოვს დადასტურებას. ავტორი არ იზიარებს შაბლონურ აზრს, რომ თითქოს მხოლოდ ალკოჰოლის უკუგდება შესძლება დაეცარიელებინა სულით ავადმყოფთა და განსაკუთრებულად ეპილეპტიკთა სავადმყოფოები.

ა. ზურაბაშვილი.

ექიმთა სიკვდილობა (The journal of the A. M. A. № 7—1929).

„The Journal“-მა გამოაქვეყნა სტატისტიკური ცნობები ამერიკელ ექიმთა სიკვდილობის შესახებ 1928 წლის განმავლობაში. სულ გარდაიცვალა შეერთებულ შტატებში 2792 ექიმი, კანადაში 111. ამათში 76 ქალი და 36 ხანგი. 1928 წლ. განმავლობაში ექიმის დიპლომი 4262 კაცმა მიიღო.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა უდრიდა 1928 წ.—63, I წლ. ე. ი. მეტი, ვიდრე წინა წლებში (1926 წ.—62,8; 1905—60,3; 1910-1915—60,4; 1920—61).

## რ ე ფ ე რ ა ტ ე ბ ი

100 წლამდის არც ერთ ექიმს არ უცოცხლია.

85 წ. მეტი უცოცხლია	118 ექიმს.
80—85 " " "	173 "
75—79 " " "	285 "
70—74 " " "	393 "
65—69 " " "	362 "
60—64 " " "	384 "
50—54 " " "	279 "
45—49 " " "	168 "
40—44 " " "	100 "
35—39 " " "	74 "
30—34 " " "	47 "
30 წ. ადრე გარდაცვალა	28 ექიმი.

ყველაზე ხანგრძლივი სიცოცხლე ჰქონიათ მასაჩუსეტის მეცხოველე ექიმებს (85 წ. მეტი 6,5%; მიჩიგანს—4,5%; ონდიონს—4%; პენსილვანიის—3,4%; ილინოისის—3,3%; ოგაიოს—3,2%.

წინა წლებში უმაღლეს რიცხვს სიკვდილობა მიაღწევდა ხოლმე მარტში; 1928 წელს კი მარტს უჭირავს მესამე ადგილი (269); მაისში (279) და იანვარში 276.

135 გარდაცვალა შემთხვევითი მიზეზებით: 69 გაჭყლეტრილი იყო აეტომობილით; 15—მატარებლით, 6-დაიხრჩო წყალში, 4-დაიწვა, აირებით მოიწამლა 4, აეროპლანიდან ჩამოვარდა 2, დიდი დოზა წამლის მიიღო და დაიჭრა სამ სამი, Rönthgen-ის აპარატმა მოჭკლა 2 და სხვ.

თ ვ ი თ მ კ ვ ლ ე ლ ბ ა. — თავი მოიკლა 47 ექიმმა: 20—რევოლვერით, 6 მოიწამლა, 4 სისხლის ძაღვები გადაიჭრა, თავი ჩამოიხრჩო 3, აირებით და ნარკოტიკული ნივთიერების შესუნთქვით ორ-ორი. ყველა მიზეზები არ არის გამორკვეული.

უმთავრესად სიკვდილობა გამოწვეულია:

გულის ავადმყოფობით . . . . .	884
ტვინში სისხლის ჩაქცევა . . . . .	328
დამბლა . . . . .	46
ფილტვების ანთება . . . . .	272
კიბო . . . . .	248
სარკომა . . . . .	12
ტუბერკულოზი . . . . .	91 (58 ფილტვის)
ემბოლია და თრომბოზი . . . . .	70
ურემია . . . . .	60
დიაბეტი . . . . .	52
თირკმელების ანთება . . . . .	249
გრიპი . . . . .	44
ჭიკაყვლა ნაწლავის ანთება . . . . .	26
მუცლის აკის ტუბერკულ. . . . .	14
პერინციოზული ანემია . . . . .	15
ლეიკემია . . . . .	8
მენინგიტი . . . . .	13
პელაგრა . . . . .	3
ენსეფალიტი . . . . .	6 და სხვ. და სხვ.

203 გარდაცვლილ ექიმს მიუღია მონაწილეობა წარსულ ვეროპიულ ომში, 165 ყოფილა უნივერსიტეტის მასწავლებელი. დაწვრილებით არის აღნიშნული გარდაცვლილთა მოღვაწეობა, როგორც თავის დარგში, ისე საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

კიდურთა ქირურგია. სახელმძღვანელო მკურნალთა და სტუდენტთათვის. თარგმნილი, შედგენილი და შევსებული პროფ. ალ. მაკავარიანის მიერ. ტფილისი, სახელგამი, 1927—28 წელი, წიგნი I, გვ. 390, წიგნი II, გვ. 425, ფასი თითო წიგნისა 12 მანეთი. 1925 წელს პროფ. ალ. მაკავარიანმა გამოუშვა კროძო ქირურგიის სახელმძღვანელოს პირველი წიგნი: „მეტლის ღრუს ქირურგია“. ამ წიგნის შესახებ ჩემ მიერ იყო დაბეჭდილი რეცენზია „თანამედროვე მედიცინა“-ში (№ 5, 1925 წ.), ამჟამად გამოვიდა კიდევ ორი წიგნი ზემოხსენებული სათურით. ყველა ეს წიგნები, როგორც თვით ავტორი აღნიშნავს წინასიტყვაობაში, „არ წარმოადგენს ორგინალურ შრომას, მხოლოდ თარგმანია“, უმთავრესად Wullstein—Wilms'-ის რედაქტორობით გამოსულ კოლექტიურ სახელმძღვანელოდან, რომელიც გერმანულ ენაზე, დაწერილია 17 ავტორის მიერ. სამწუხაროდ, პროფ. მაკავარიანს ორიგინალი სრულდებით არ უსარგებლია და მას უთარგმნია რუსული 1913 წლის გამოცემიდან, რომელიც თავისთავად წარმოადგენს გერმანული მეორე—1910 წლის გამოცემის თარგმანს, რაც ამჟამად საკმაოდ მოძველებულად უნდა ჩაითვალოს, მეტადრე ზოგიერთ ნაწილებში. გერმანულ ენაზე იგივე სახელმძღვანელო 1923 წელს მე-8 გამოცემად გამოვიდა, უკვე პროფესორ Wullstein-ის და პროფ. Küttner'-ის რედაქტორობით და შედგენილია უკვე 21 ავტორის მიერ. ზოგიერთი თავები სულ ახლად დაწერილი უკვე სხვა პირების მიერ, ზოგი კი შესწორებული და შევსებულია და ამიტომ შეიცავენ ბევრ ახალ თანამედროვე თვალსაზრისით გაშუქებულ მასალას. ამჟამად რუსულ ენაზედაც უკვე იბეჭდება ამ მე-8 გამოცემის თარგმანი და 1-ლი ტომი გამოვიდა კიდევ. სასურველი იყო ქართულიც ამ ახალი გამოცემის თარგმანი ყოფილიყო.

მაშინ როდესაც პირველი წიგნი (1925 წ. გამოშვებული) წარმოადგენს თითქმის მთლიანად და მხოლოდ Wullstein და Wilms'-ის სახელმძღვანელოს თარგმანს; მეორე და მესამე წიგნი 75% ამავე სახელმძღვანელოს თარგმანია, 20% მდე არის თარგმანი სხვა სახელმძღვანელოებიდან (Вельяминов, Hoffa, Турнер და სხვა) და მხოლოდ რავედენიმე გვერდი (2—3%) ეკუთვნის თვით პროფესორ მაკავარიანს. სამწუხაროდ, წინასიტყვაობაშიც არ არის აღნიშნული თუ ეს თუ ის თავი ან ადგილი ვის ეკუთვნის, ან საიდან არის ნათარგმნი; რომელი ადგილი ეკუთვნის თვით პროფ. მაკავარიანს; ასეთი ბუნდოვანობა კი იწვევს ბევრ უხერხულობას და გაუგებრობას. მაგალითად ხშირად ვხვდებით ასეთ წინადადებებს: „ჩვენ ამ პროცესს ატროფიას უწოდებთ, წიგნი მეორე გვ. 13; ჩვენ ვსთვლით უფრო საიმედოდ“. წიგნი მეორე გვ. 32; ჩვენ ვსარგებლობთ ინჰალაციური ნარკოზით, ქვედა კიდურებზე ზოგიერთ შემთხვევაში ზურგის ტერნის ანესტეზიით...“ გვ. 332. „რაშია ჩვენ თვითონ დავწერებთ...“ გვ. 357. „თანამედროვე კერძოთ ჩემი დავკვირებისა“ გვ. 360.

ვინაა ეს „ჩვენ“ არსაიდან არა სჩანს და მკითხველმა შეიძლება შეცდოვით პროფ. მაკავარიანზე იფიქროს. გაუგებარია აგრეთვე წიგნის სათაური „თარგმნილი და შევსებული პროფ. მაკავარიანის მიერ“. რა არის შევსებული? პირველი „გამოცემა თუ სხვა რომელიმე ავტორის სახელმძღვანელო და სახელდობრ რომლის? ეს არც სათაურიდან და არც წინა წიტყვაობიდან არა სჩანს.

რაც შეეხება თვით პროფ. მაკავარიანის დამატებებს, იგ., როგორც ზევით აღვნიშნეთ, ძალიან მცირეა და ზოგიერთ შემთხვევაში, სამწუხაროდ, არ გამოჩატავს საკითხის თანამედროვე მდგომარეობას. მაგ. წიგნი პირველი გვ. 76 ჩამატებულია ციმბირის წყლულის მკურნალობა, აქ ლაპარაკია ყველა ძველ და უკუგდებულ მეთოდებზე (ამოკვეთა, ამოწვა) და არაფერია ნათქვამი იმისთანა მარტივ, რადიკალურ და ამჟამად გავრცელებულ საშუალებაზე, როგორიც არის სპეციფიური შრატო და ნესისალვარსანი. საკირო იყო აგრეთვე ზოგიერთი ახა-





მე აქ მოვიყვანე მხოლოდ ნიმუშები. აღნიშნული ნაკლი და კორექტურული შეცდომები მეტისმეტად ხშირად გვხვდება, რაც უძნელესს მკითხველს შინაარსის გაგებას და ამიტომ დაუშვებელია ფართოდ სახმარებელ სახელმძღვანელოსათვის.

მიუხედავად აღნიშნული დეფექტებისა მაინც სასიამოვნო მოვლენათ უნდა ჩაითვალოს ქართულ ენაზე კერძო ქირურგიის სახელმძღვანელოს დაბეჭდვა მით უმეტეს, რომ პროფ. მაკავარიანს აქვს შეტანილი წიგნში ზოგიერთი ქართული მასალა, უმთავრესად ცალკე შემთხვევების სურათების სახით. აწერია აგრეთვე წესები, რომლებიც ქართველ დასტაქრებს ეკუთვნით. მაგალითად მხარის ძვლის ჩაყენება პროფ. ჯანელიძის წიგნში, წვიტერფის სახსრის არტროდები ექ. კილოსანიძის წესით და სხვა.

დასასრულ გამოვსთქვამ სურვილს რომ შემდეგ წიგნებში და გამოცემაში აქ აღნიშნული ნაკლი იყოს შესწორებული.

უნდა ითქვას, რომ სტუდენტთათვის დაბეჭდილი წიგნები, როგორც სახელმძღვანელო დიდია და თავისი სიძვირით (ორი წიგნი 24 მან.) ხელმძღვანელობს. მათთვის უფრო სასურველია პატარა, ერთ ტომიანი სახელმძღვანელოს დაწერა ან გადმოთარგმნა, როგორც მაგალითად რუსულად პროფ. Заблудовский-ის (484 გვ.) და გერმანულ ენაზე პროფ. Garre—Borchardt-ის ორ ტომიანი სახელმძღვანელო, რომელიც შეიცავს დაახლოებით სულ ათას გვერდს, ე. ი. 2 ჯერ ნაკლებს, ვიდრე Wullstein—Wilm's-ის ორ ტომიანი სახელმძღვანელო, ეს წიგნი რუსულადაც არის გამოცემული და ღირს კარგი ყდით მხოლოდ 11 მანეთი და 75 კაპ.

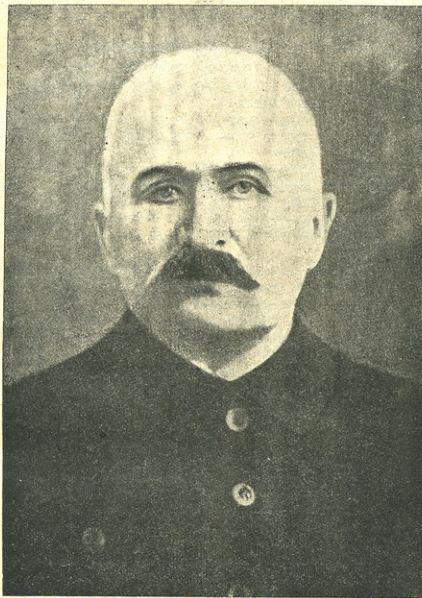
პროფესორი გ. მუხაძე.

ალ. მამულაშვილი. გულის ელექტრული მოვლენების გრაფიკული რეგისტრაცია (ელექტროკარდიოგრაფია). პროფ. სპ. ვირსალაძის წინასიტყვაობით. ტფილისის უნივერსიტეტის გამოცემა. ტფილისი—1929. გვ. VIII+46. ფასი 1 მ. 20 კ.

უკვე დიდი ხანია, რაც ყველა განათლებულ ქვეყნებში ელექტრო-კარდიოგრაფია დაიკავა სათანადო ადგილი გულის სწულვებათა გამოცნობის საკითხში. რუსეთშიაც ამ აპარატმა მიიღო საკმარისი გავრცელება და მისი ხმარების და შესწავლის პროცესი უკვე კარგი ხანია დაწყებულია. იმდენად რამდენად დასავლეთ ევროპაში ამ საკითხის ირგვლივ არსებობს ფრიად მნიშვნელოვანი და საკმარისად დიდი ლიტერატურა როგორც პერიოდულ გამოცემების, ისე აგრეთვე მონოგრაფიების სახით, რუსეთში ამგვარი ლიტერატურა არ არსებობს, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში სხვადასხვა ჟურნალებში დაფანტულ წერილებს, რომელთაც არა აქვს რასაკვირველია სისტემატიური ხასიათი—საგნის შესწავლისათვის. ჩვენს სამკურნალო დაწესებულებებშიაც თუმცა მოვლიანებით, მაგრამ მაინც ენა იწყება აღნიშნული აპარატის ხმარება გულის დავადებათა გამოცნობის საკითხში. ჩვენში ლიტერატურამ დაასწრო აპარატის პრაქტიკულად გამოყენებას, სახელდობრ გამოქვეყნდა განსვენებულ ექიმ ალექ. მამულაშვილის წიგნი: „გულის ელექტრული მოვლენების გრაფიკული რეგისტრაცია“. პროფ. სპ. ვირსალაძის წინასიტყვაობით (სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამოც.). წიგნის გამოქვეყნება სრულიად (დროულად უნდა იყოს მიჩნეული; წიგნი განხილულია ძლიერ მოკლედ გულის ელექტრო-ფიზიოლოგიის ძირითადი პრინციპები; ნორმალურ და პათოლოგიურ ელექტრო-კარდიოგრაფიათა ტიპური ფორმები და საგანთან პირველ დაწყებითი გაცნობისათვის სასარგებლოა, წიგნს ორიგინალობის პრეტენზიები არა აქვს, როგორც თვით ავტორიც ამბობს, სუფთადაა გამოცემული და კარგი ლიტერატურული ენითაც არის დაწერილი. წიგნი დართულია ავტორის სურათით და პროფ. ვირსალაძის მიერ შედგენილ შინაარსიან ბიოგრაფიით და წინასიტყვაობით.

თ. მამალაძე.





პროფ. გ. გელეიშვილის 25 წლის იუბილეს გამო.

გასული წლის ნოემბერში ქ. კრასნოდარში 25 წლის მოღვაწეობის აღსანიშნავად იუბილე გადაუხადეს ჩვენს თანამემამულეს, ცნობილ დასტაქარს, კრასნოდარის საექიმო ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის გამგეს გიორგი გელეიშვილს.

გ. გელეიშვილი დაიბადა 1874 წელს დ. სამტრედიაში, ღარიბ გლეხის ოჯახში. საშუალო სწავლა მიიღო ქუთაისის კლასიკურ გიმნაზიაში. საექიმო ფაკულტეტი დაამთავრა დორპატის უნივერსიტეტში 1902 წელს.

სტუდენტობიდანვე ის მუშაობდა სუბასისტენტად ცნობილ დასტაქარ პროფესორ Церефონ-Мантейфელ-თან. სახელმწიფო გამოცდების ჩაბარების შემდეგ ის მიემგზავრება პო-



ლტავის გუბერნიაში, სადაც ერთი წლის განმავლობაში ეწეოდა დამოუკიდებელ ქირურგიულ მოღვაწეობას.

ცოდნას მოწყურებული ერთი წლის შემდეგ იგი მიდის ოდესაში მეორე ცნობილ დას-ტაქარ პროფ. Сапеежко-სთან, რომელთანაც სამი წლის განმავლობაში მუშაობდა ორდინა-ტორის თანამდებობაზე. 1907 წელს იგი მიდის ვენაში და შემდეგ ბერლინში, სადაც ეცნობა სა-უკეთესო მეცნიერების მუშაობას.

ევროპიდან დაბრუნებისას იგი შედის პროფექტორის თანაშემწეთ ლყსენკოვ-ის კა-თედრაზე; ამავე დროს იგი მუშაობს Сапеежко-ის კლინიკაშიც.

1909 წ. გ. გელეიშვილი კონკურსით ინიშნება ეკატერინოდარის ქალაქის დიდ საავად-მყოფოს ქირურგიული განყოფილებაში გამგეთ.

1913 წელში ის კვლავ მიემგზავრება გერმანიაში და საფრანგეთში, სადაც მუშაობს ისეთ გამოჩენილ სპეციალისტებთან, როგორც არიან: ბიირი და კუტნერი გერმანეთში, დელბე, მაროანი და გოსსე საფრანგეთში.

ომის და რევოლუციის პერიოდში გ. გელეიშვილი მოღვაწეობდა ქ. კრასნოდარში დიდ ქირურგიულ ჰოსპიტალში, სადაც განაგებდა ჰოსპიტალს და ამავე დროს ქალაქის საავად-მყოფოს ქირურგიულ განყოფილებას.

1923 წ. ქ. კრასნოდარში დაარსებულ იქნა საექიმო ინსტიტუტი, სადაც გ. გელეიშვილი ერთხმად იქნა არჩეული ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის გამგეთ, როგორც დიდი დას-ტაქარი და საქმის მცოდნე.

როგორც კლინიკის გამგე, იგი ღირსეულად ასრულებდა თავის მოვალეობას.

1926 წელს ის თავის ხარჯზე მიემგზავრება გერმანეთში, სადაც მუშაობს გამოჩენილ დასტაქრების კლინიკებში: ბიირის, კრაუხეს, პაირის და სხვათა.

გ. გელეიშვილი შეიარაღებულია დიდი თეორიული ცოდნით და პრაქტიკული გა-მოცდილებით; მიუხედავად ამისა ი. მეტის მეტად მოკრძალებულია, ის ეკუთვნის იმ ადამიანთა ჯგუფს, რომელთაც არ უყვართ საჯაროთ გამოხვლა.

იშვიათი სპეციაკი ადამიანი და კარგი მეგობარი, მან დაიმსახურა უდიდესი პატივისცემა და სიყვარული კრასნოდარის, როგორც მშრომელ მოსახლეობაში, ისე მეგობრებში და ამხანა-გებში; კრასნოდარის საექიმო საზოგადოებამაც ღირსეულად დააფასა გ. გელეიშვილის მოღვა-წეობა და ყუბანის საექიმო-მეცნიერული ჟურნალის სპეციალური ნომერი მიუძღვნა იუბი-ლარს.

გ. გელეიშვილს აქვს საკმაოდ ბევრი მეცნიერული ნ.შრომები, რომეთა შორის ჩვენ ხელთ ჩავცივარდა მხოლოდ:

1. „О кисте черепных костей при хроническом обезображивающем остите“ (Куб. Научный мед. вестник №№ 5—8 1921 г.)

2. „Случай непроходимости вызванной диафрагмальной грыжей“ (Куб. Науч. мед. вестник 1922 г.)

3. „Об обратном ущемлении“ (Куб. Науч. мед. вестник. 1922 г.)

4. К казуистике непроходимости кишек, вызванной дивертикулом Мескел'я (Куб. научн. мед. вестник Т. IV 1927 г.)

5. Впечатления от научной командировки в Германию в 1926 г. (Куб. Научн. мед. вестник 1927 г.)

კლინიკამ, რომელსაც დღემდე გ. გელეიშვილი ხელმძღვანელობდა, გამოუშვა მრავლი მეცნიერული ნაშრომი.

დღეს ის ავადმყოფობის გამო იძულებული გახდა დაენებებია თავი თავის საყვარელ საქმეს. ჩვენ ჩვენის მხრით ვულოცავთ იუბილიარს 25 წლის ნაყოფიერ მოღვაწეობას და ვუსურვებთ გაჯანსაღებას თავის საყვარელ საქმის გასაგრძობად.

ვ. ოთხმეურაძე.



## ქვიზ გრიგოლ გეგელაშვილის ხსოვნას.

1928 წლის 17 ივლისს ოდესაში მოხდა საზიზლარი მკვლელობა: ექიმის სახლში, სამსახურის დროს, ნასროლი სამი ტყვიით მოკლულ იქნა ექ. გრიგოლ (გრიშა) გეგელაშვილი ბრანუნიგის რევოლუციურიდან; ამ სამი ტყვიიდან პირველმადე განგმირა არა ჩვეულებრივი ადამიანის ბევრისათვის ძვირფასი, ბევრის მოსიყვარულე და ზედმიწევნით კეთილი გული.

ამ შემადრწუნებელმა მკვლელობამ თავზარი დასცა გრიშას ახლობლებს და მეგობრებს, დაამწუხრა და აალშოვთა არა მარტო ოდესის ექიმები, და ფართო საზოგადოებრივობა, არამედ გულშემატკივარი და განსაკუთრებული გამოხმაურება ჰპოვა საქართველოში და საბჭოთა კავშირის ბევრ სხვა კუთხეებშიც.

არა ჩვეულებრივი საზოგადოებრივი ინტერესი ამ მკვლელობისადმი მხოლოდ ნაწილობრივ აიხსნებოდა ბოროტმოქმედების მოულოდნელობით და მისი მდებალი მოტივებით\*). ამ ინტერესის მთავარი მიზეზი გრიშას პიროვნული თვისებები არის.

რაც მე შეიძლება ვთქვა, ან, საზოგადოდ, შეიძლება ითქვას გრიშაზე, მოკლე წერილი ვერ დაიტეგს. გრიშას მიერ განვლილი ფაიად მნიშვნელოვანი სიცოცხლის გზის უფრო ამოწურვითი ჩამოყალიბება მომავლის საქმეა და მისი მეგობრების ზნეობრივ ვალს წარმოადგენს. გრიშას ხსოვნის აღნიშვნა კი უახლოვეს მომავლის ამოცანას უნდა წარმოადგენდეს, და პირველი ნაბიჯი ამ მიმართულებით კიდევ გად სდგეს უკვე ოდესის ექიმებმა.

ამ ქამად ჩემ ხელთ არის გრიშას მკვლელობის გამრჩევ სასამართლოს სხდომის სტენოგრაფიული ანგარიშები რამოდენიმე ასი გვერდის რაოდენობით, მთელი რიგი ოდესის და მოსკოვის გაზეთები სპეციალური ვრცელი წერილებით ამ მკვლელობის, საქმის გაპოძების მიმდინარეობის, სასამართლოს სხდომების და გრიშას იშვიათი, არა ჩვეულებრივი, პიროვნების შესახებ, დეპეშები და წერილები მკვლელობის შესახებ პირადად ჩემ მიმართ ჩვენი საერთო მეგობრებთან და ნაცნობებთან და სხვ. თითქმის ერთმა წელმა განვლო ამ უმაგალითო მკვლელობის შემდეგ და ესლაც წარმოუდგენლად ძნელია გრიშას სიკვდილზე ლაპარაკი, წერა...

გრიშა დაიბადა 1886 წელს ქ. ქუთაისში ლარიბ ოჯახში. ჩვენში იყო წინად ერთი კარგი ჩვეულება—ოჯახის წევრების მიერ ერთი მეორეს ფეხზე წამოყენება: თუ უფროსი შეილი ცოტათ მანც უზრუნველყოფილი გახდებოდა ნივთიერად, ის უკვე თავის მომყოლი ძმების და დების აღზრდაზე ზრუნავდა. გრიშას აღზრდელიც, დაწყებული თითქმის თავიდანვე და უნივერსიტეტის დამთავრებამდე, მისი უფროსი ძმა იყო.

გრიშა თითქმის ბავშვობიდანვე ჩაება საზოგადოებრივ პოლიტიკურ მუშაობაში. ეს კარგად იცის იმ ამხანაგებმა, რომლებიც მასთან ერთად სწავლობდენ ქუთაისის გიმნაზიაში. არა მხოლოდ ქუთაისში, არამედ ქსავლეთ საქართველოს (ხვადასხვა კუთხეებში, და განსაკუთრებით გურიაში, ალბად, ესლაც ბევრ გლეხს ახსოვს „ვადაცემული უჩენიკი“:—1900—1905 წლებში გრიშა, ჯერ კიდევ სრულიად ნორჩი, ექსპანსიური, ახალგაზრდული დაუღალავობით სოფელ-სოფელ დადიოდა და ცარიზმის უღლის ქვეშ მყოფ გლეხობას თავისუფლების სიმშვენიერეს აცნობდა.

\*) გ. გეგელაშვილი იყო ოდესის ექიმთა სახლის საფინანსო-სამწეო კომისიის თავმჯდომარე. მკვლელი—სონჩენკო ამავე სახლის გამგე. გ. გეგელაშვილის წინადადებით, უსახსრობის გამო, სახლის გამგის თანამდებობა უნდა შემოკლებულიყო. როგორც სასამართლომ გამოარკვია, მკვლელობის მიზეზი იყო სონჩენკოს შიში სამსახურის დაკარგვის.



1905 წლის შემდეგ დამდგარმა სუსხმა და გიმნაზიიდან გამორიცხვამ გრიშა რუსეთში გადასროლია. მაგრამ მან 1907 წელს ოდესაში მაინც შესძლო სიმწიფის მოწმობის მიღება და ოდესის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტზე შესწავლა. გრიშას საქართველოდან რუსეთში წასვლა არ ნიშნავდა მის მ-ერ საზოგადოებრივ და პოლიტიკურ მუშაობაზე უარის თქმას. პირიქით, ოდესაში გრიშა გაორკეცებული ენერგიით შეუდგა კონსპირატიულს მალულ მუშაობას და ძალიან მალე ოდესის უნივერსიტეტის სტუდენტობაში და ოდესის ნათესადგურის მუშებში უდიდესი ნდობა, ავტორიტეტი და სიყვარული დაიმსახურა. 1911 წელს, ოდესაში გენერალ ტომმაჩევის თარეშის დროს, გრიშა უნივერსიტეტიდან გამორიცხეს და მხოლოდ 1913 წელს დიდის ვაი-ვაგლახით ის ხელახლა უბრუნდებოდა უნივერსიტეტს. 1914 წელს გრიშამ უნივერსიტეტი დაამთავრა და ამის შემდეგ ოდესაში ცხოვრობდა 14 წლის განმავლობაში იმ საბედისწერო დღემდე, როდემდეც ის უკვე საქართველოში სამუშაოდ დასაბრუნებლად გამზადებული, ჯერ კიდევ ახალგაზრდა, ენერგიით, ინიციატივით სავსე და უსახლვრო მოაზრებულად, არ გამოესალმა ამ სიცოცხლეს.

გრიშა უსათუო პარტიული გამოწვევის პირობებებს წარმოადგენდა. ის შემკული იყო მრავალი ისეთი თვისებებით, რომელთაგან ერთ-ერთია მარტო საკმარისი პირობების მასიდან გამოცალკეება-გამოყოფისათვის.

გრიშას ჰქონდა თავისებური უნარი, იშვიათი ეშში, არა ჩვეულებრივი მიზნიდევლობა. ამის გამო ის პირველ გაცნობისთანავე იმსახურებდა ნდობას, მეგობრულ და კეთილ განწყობილებას. ეს ეშში და მიზნიდევლობა არ იყო ისეთი, რომელიც მხოლოდ გარკვეულ ფსიქოლოგიის მქონე და გარკვეულ წრის ხალხზე მოქმედობს. არა. დიდი და პატარა, ინტელიგენტი და მუშა, გლეხი და კლასის მცხოვრები, სალი და ავადმყოფი—ყველა ერთნაირად იზიბლებოდა გრიშას მეტად თავისებური მიზნიდევლობით. მე მახსოვს გრიშა ჯერ კიდევ ახალგაზრდა მოწაფე. ის ჩამოდიოდა გურიში თავის ძმასთან, რომელსაც ს. ხიდისთავში აფთიაქი ჰქონდა. ეს აფთიაქი მაშინ რევოლუციონური მოძრაობის ერთგვარ ბუდეს წარმოადგენდა. მახსოვს როგორი ისწრაფით გაცნო გრიშა ხიდისთავში ყველას. მუდამ მზიარული, მუდამ აღფრთოვანებული და გატაცებული ის მაშინვე ახდენდა გამოწვევის ბუნების მქონე ადამიანის შთაბეჭდილებას. რამდენიმე წლის შემდეგ გრიშა ოდესაში შეეხვედის. ის სტუდენტი იყო, მაგრამ ისეთივე მზიარული, აღფრთოვანებული, გატაცებული... ის ყველასაგან ნდობით და სიყვარულით იყო აღტურული. ის ყველან პირველი და, ამვე დროს, ყველასათვის სასურველი იყო. არა თუ მარტო სასურველი, არამედ საჭირო და აუცილებელი. ოდესის მაშინდელ სტუდენტობას კარად ახსოვს გრიშა—ქართული სათვისტომოს სათავეში მდგომი, გრიშა კურსის მამასახლისი, გრიშა—სტუდენტთა სადამოყრის მოთავე და ორკანიახტარული, გრიშა—კრებებზე მზურავლე მოლაპარაკე, გრიშა კოალიციონური საბჭოს წევრი და სხვ. ერთი სიტყვით არ იყო სტუდენტობის ცხოვრების არც ერთი აკადემიური და საზოგადოებრივი მხარე, რომლის სათავეში გრიშა არ ყოფილიყო. მახსოვს საზეიმო აქტი უნივერსიტეტის სააქტო დარბაზში ჩვენი წყების გამოშვების გამო. აქ ბევრი შინაარსიანი, ვრცელი და ლამაზი სიტყვა ითქვა. გამოდის გრიშა... მხოლოდ რამოდენიმე მოხდენილ და შესაფერის სიტყვას ამბობს.. მაგრამ მისი ეშში სწრაფად ხიბლავს დამსწრეებს.. გულწრფელი ოვაციები, მქუხარე ტაში... რექტორი გრიშას ეხვევა და კოცნის.

გრიშა არა მარტო სტუდენტობიდან იყო დიდი სიყვარულით და პატივისცემით აღტურული. მას ყველა პროფესორი კარგად იცნობდა: „მემარტყენ“ და „მემატყენ“. პირველთათვის ის იყო საამაყო სტუდენტი, მეორეთათვის საშინელი და დაუძინებელი მტერი. გრიშას კარგად იცნობდნენ ოდესის მუშები და მათში იშვიათი სიყვარული ჰქონდა მას დამსახურებულად. ალბად ეხლაც მოინახება ბევრი ისეთი ოდესელი მუშა, რომელსაც ახსოვს გრიშას მალული მუშაობა მუშებში, გრიშას გამოვლენა მათთან დემონსტრაციანად... და სხვ.

უნივერსიტეტის გათავების შემდეგ გრიშა თავის მთავარ ძალდონეს ექიმურ მუშაობას ანდომებს წითელ ჯვარში, სამხედრო დაწესებულებებში, უნივერსიტეტში. ის ფართო ინიციატივას და ირიათ ორგანიზატორულ ნიჭს იჩენს. ოშში დაკრილთათვის გრიშა თავს არ ზოგავს. გასალოცარი სიყვარულით, ენტუზიაზმით და ენერგიით მუშაობს მათ შორის, ის ნამდვილი ექიმი ან წოდების საუკეთესო და ფართო მნიშვნელობით. ავადმყოფთა და დაჭრილთა მიმართ ის განსაკუთრებულ გულ შემატკიერობას და მეგობრულ, ძმურ, მზრუნველობას იჩენს. მიიმედ

დაკრილდების აყვანასაც არ ანდობს სანიტრებს და მოწყალეების დებს. თავის ხელით გადააქვს გრიშას დაკრილი ერთი საწოლიდან მეორეზე, საოპერაციო ოთახში და უკან საწოლზე. ღამ-ღამე საათობით ზის უიმედო, მომაკვდავ, მაგრამ შეგნება შენახულ, დაკრილთან და თავისი მომხიბლავი დამარწმუნებელი სიტყვით ტანჯვას უმსუბუქებს განწირულს. ოდესაში ეხლაც ცხოვრობს ერთი რუსი, რომელიც კონტუზიამ დადამბლა და სრულებით დააყრუა



ექიმი გრიგოლ გეგელაშვილი

1886—1928

და რომელიც იმ ლაზარეთში იწვა, სადაც გრიშა მუშაობდა. ეს რუსი, საშინელი ტკივილებით სხეულის ყველა ნაწილში, რამოდენიმე წელი იყო ჩავარდნილი ლოვინად, სრულებით მოკლებული მოძრაობის უნარს. გრიშა წლობით ყოველ დღე რამოდენიმეჯერ აბრუნებდა მას საწოლზე



ერთი გვერდიდან მეორეზე, თითქმის ყოველ დღე, ხან რამდენიმეჯერ დღეში, გრიზას აშვავტიებული გაყავდა ეს რუსი საბაზანოზი, თვითონ აბანავებდა და აშვავტიებული შემოყვდა პალატაში. გასაკვირია, რომ ეს რუსი გრიზას მეტს არავის იკარებდა არც ექიმს და არც მოწავლეების დას. მუდამ მკენესავი ის გრიზას დანახვისთანავე მშვიდდებოდა. უბრალო შენებმა მას ისე უმწვავებდა ტკივლებს, რომ იგი პირდაპირ ღმუთოდა და ამის შემდეგ სათაობით სტიროდა, გრიზა კი მას საწოლზე აბრუნებდა, იშვავტიებდა და ავადმყოფი ამას ითმენდა. ამ შემთხვევამ, სხვათა შორის, დამარწმუნა იმაში, რომ არა მარტო მოზდენილი სიტყვა-პასუხი და გარკვეული საზოგადოებრივი რეპუტაცია იყო გრ. შასადმი საზოგადო სიყვარულის და ნდობის მიზეზი, არამედ კიდევ რაღაც სხვა გვარი პიროვნული მისი თვისება, რადგანაც ეს ავადმყოფი დაყრუბებული იყო და არც გრიზაზე სრულებით არაფერი იცოდა.

გრიზას ბუნება არ იყო ისეთი, რომ ის მარტო საექიმო მუშაობით დაკმაყოფილებულიყო, მიუხედავად იმისა, რომ ექიმის მუშაობა საზოგადოებრივი მუშაობაა, კარგი ექიმი—საუკეთესო საზოგადოებრივი მუშაკია. ის აუარბებელ საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში მუშაობს და, სხვათა შორის, ქართველთა ოდესის კოლმის თითქმის მუდმივი თავმჯდომარეა.

1917 წლის გაზაფხულის გადატრიალებამ ფრთები შეასხა რევოლიუციის მოტრფილავ გრიზას.

ოქტომბრის რევოლიუციის შემდეგ გრიზა არ დაიბნა ბევრ სხვა ინტელიგენტსავით. მან ნაკრძო, ვაფართოვა და უკიდურესად გააღრმავა თავისი საექიმო და საზოგადოებრივი მოღვაწეობა. მას სიკვდილამდე მაგრად ეკირა ექიმის მაღალი მოწოდების, მშრომელი ხალხის დაცვის და საზოგადოებრივობის დროშა. მისი მკვლელის მიერ გასროლილი ტყვიები სწორედ ამ დროშის წინააღმდეგ იყო მიმართული და არა პირადად გრიზას წინააღმდეგ. ეს დანამდვილებით გამოარკვია სასამართლომ.

სამოქალაქო ომის წლებში ოდესაში ხელისუფლება ხშირად იცვლებოდა. აბა რამდენი მუშა უხსნია გრიზას დენიკინელების სახრჩობელასაგან. რამდენი პარტიული, და მათ შორის ფრიად პასუხისმგებელი მუშაკი უხსნია გრიზას უმკველი დახვრტიდან. ოდესგლებს ახსომს გრიზას მამაკურო სიტყვები მოხალისე ოფიცრების მიმართ: „თქვენ შეხვალთ ჩემს ჰოსპიტალში მხოლოდ ჩემი სიკვდილის შემდეგ“,—როდესაც ეს ოფიცრები წითელარმიელების დასარბვად მიციინდენ იმ ჰოსპიტალში, რომელსაც გრიზა განაგებდა.

მე მხოლოდ გაკვირით შეეჩრდი გრიზას მიერ განვლილ ფრიად საინტერესო ცხოვრების გზის ზოგიერთ წერტილზე. მე ვთქვი უმთავრესად მხოლოდ ის, რისაც პირადი მოწამე ვიყავი. ეს, რასაკვირველია, მხოლოდ ზოგიერთი გვერდია გრიზას ხანმოკლე, მაგრამ ფრიად სასარგებლო, სხეებისათვის სამაგალითო და მისაბაძი სიცოცხლის წიგნიდან, რომელსაც წაწილობრივ შეავსებს ქვემოდ მოყვანილი ზოგიერთი ცნობები იმის შესახებ, თუ როგორ გამოეხმასურა პრესა და ფართო საზოგადოებრივობა გრიზა სიკვდილს.

...ქ. გ. ლ. გველაშვილი, როგორც ექიმი საზოგადოებრივი მუშაკი და გულკეთილი ადამიანი ზედმიწევნით პოპულარული იყო. მუშათა მედიცინის შექმნის პირველი დღიდანვე ის იყო მუშათა პოლიკლინიკის ერთ-ერთ ხელმძღვანელი... გ. ლ. მკიდრით იყო დაკავშირებული მუშათა და წითელარმიელთა მასებთან და დაიმსახურა მათ შორის პატივისცემა და სიყვარული. ექიმთა სახლი, რომელშიაც ის მოკლეს, აშენდა მისი ინიციატივით და მუშაობდა...\*)....

...ქ. გ. ლ. გველაშვილი იყო ექიმის სახლის ამგებობის წვერთა და აქტიური მუშაკი... განსვენებული მეტად პოპულარული იყო ოდესის მშრომელთა ყველა წრეებში... ყველასაგან, ვინც მას იცნობდა, გ. ლ. გ. მადიდი პატივისცემა და სიყვარული დაიმსახურა...\*\*)

...16 იელისს, დღის 11 სათზე მოზდა ოდესის ერთ-ერთ უპოპულარეს ექიმი, საზოგადოებრივი მოღვაწის გველაშვილის უახრო, უწყალო თავის შეუსაბამლობით და უმართებულობით, მკვლელობა. შეუბრალებელმა ხელმა ამოგლიჯა ექიმთა ოჯახს ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ღირსეული და საუკეთესო წარმომადგენელი. გ. ლ.—ქართველია, დაიბადა... ჯერ კიდევ ახალ-გაზრდამ დაიწყო რევოლიუციონური მუშაობა, რისთვისაც... დაატუსაღეს... სტუდენტობის პირ-

\*) Вечерн. Изв. 16/VII 1928. № 1658.

\*\*\*) Известия Оесск. Округкома... 17/VII. 1928. № 2-89.

ველ წლიდანვე გეგელაშვილმა სტუდენტობაში მოიხვეჭა ძალიან დიდი პოპულიარობა... განსვენებული ღებულობდა აქტიურ მონაწილეობას რევოლუციონურ მუშაობაში, .....რისთვისაც არა ერთხელ განიცადა რეპრესიები ხელშეიფის მთავრობიდან. ...1918 წ. გეგელაშვილი დიდი ენერჯით და ენტუზიაზმით, ჩაება ჯანმრთელობის საქმის შენებაში და ეკირა საპასუხისმგებლო ადგილები, როგორც სამხედრო, ისე სამოქალაქო ხაზით. ექ. გეგელაშვილის ინიციატივით შექმნილია ერთ-ერთი საუკეთესო სამხედრო ჰოსპიტალი—სამხედრო ქირურგიული ჰოსპიტალი. სამოქალაქო ომის დროს და ოდესის ირგვლივ ფრანტების არსებობისას, განსვენებულმა მთელი თავისი ძალ-ღონე შესწირა წითელ არმიაში მუშაობას. 1920 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოები იღებს მხედველობაში მის უდიდესს ორგანიზატორულ ნიჭს და ავალებს მას საპასუხისმგებლო მუშაობას—მუშებისათვის უდიდესი პოლიკლინიკის შექმნას. ეს ამოცანა გ. ლ. ბრწყინვალედ შეასრულა და მისი უაქტივესი მონაწილეობით ჯმექმნა ოდესის ერთ-ერთი საუკეთესო სამკურნალო დაწესებულება—ოდესის ცენტრალური მუშათა პოლიკლინიკა, რომელსაც ის რამდენიმე წელს განაგებდა. ამდევ დროს იგი მუშაობდა წითელ ჯარში ოდესის სამხედრო ჰოსპიტალის ქირურგიულ განყოფილების გამგის სახით. განსვენებული გ. ლ., ამას გარდა, ასწრებდა კიდევ წმინდა საზოგადოებრივ-პროფესიულ მუშაობასაც და, როდესაც მედსანშრომის კავშირის და მისი საექიმო სექციის წინაშე დაისვა ამოცანა ექიმთა მასების კულტურული მოთხოვნილების დაკმაყოფილების, ექ. გეგელაშვილი, ექიმთა ჯგუფთან ერთად, ღებულობს უაქტიურეს მონაწილეობას ექიმთა სახლის ორგანიზაციაში. არა ჩვეულებრივი სიყვარულით გაიტაცა ის ექიმთა სახლის შექმნის იდეამ სახლის ორგანიზაციის დაწყვებიდან მისი სიკვდილის უკანასკნელ წუთამდე. თავზარდაცემული მწუხარებით, საშინელი შთაბეჭდილებით ამ ტრალიკული სიკვდილიდან, ჩვენ ამ პატარა ნეკროლოგში არ შეგვიძლია გავწედეთ მრავალფეროვან და ნაყოფიერ მუშაობას იმ დიდი ადამიანისა, რომელსაც ისე უყვარდა სიცოცხლე, კაცობრობა და რომელმაც ამ კაცობრობას თავდაფიყვებით შესწირა ყველაფერი. განსვენებულის სიცოცხლის ფასდაუდებელი გზის საზოგადოებრივ ცნობა საუკეთესო ძეგლი იქნება მისი სექტაი კეთილშობილი პიროვნების...<sup>1)</sup>

არა მარტო ოდესისა და საერთოდ პროვინციალური პრესა გამოგზნებულა ამ საზოგადოებრივ მკვლელობას. მოსკოვის მაშინდელ გაზეთებში ხშირად ნახავთ ცნობებს გრიშას მკვლელობის შესახებ და გრიშას პიროვნების საუკეთესო დახასიათებას. 2) .....ექ. საზოგადოებრივ მოღვაწის გეგელაშვილის მკვლელობამ ძლიერ ააღელვა ქალაქი. მუშათა საზოგადოებრივობა, ინტელიგენცია, პროკურატურა, პრესა, მოსწავლე ახალგაზრობა—საზოგადოების ყველა ფენები ერთნაირად აღშფოთებულა და აღელვებული ამ ბოროტმოქმედებით. ექ. გეგელაშვილი ოდესაში მუშათა მედიკინის ერთ-ერთი პირველი შემქნელთაგანი იყო: მუშათა პოლიკლინიკა, რომლის სათავეში ეს ექიმი-საზოგადოებრივი მოღვაწე იდგა, შეიქნა სამაგალითო უკრაინაში... მკვირცხლი, მზიარული, ენერჯიული, მტკიცე, გამბედავი—იგი იყო საზოგადოებრივი მოღვაწე სიტყვის საუკეთესო მნიშვნელობით. იგი უყვარდა გამოუკლებლივ მთელ ქალაქს..... გეგელაშვილის მთელ სიცოცხლემ პროლეტარული ოდესის თვალწინ გაიარა.....აქ მუშაობდა ის მუშათა მასაში. აქ დაჯილდოვდა ის მუშების სიყვარულით..... აი ამიტომ არის ზედმიწევნით აღშფოთებული საბჭოთა საზოგადოებრივობა, აი ამიტომ თხოულობენ მუშები მკვლელისათვის უმაღლესი სასჯელის მიცემას....<sup>3)</sup>

გრიშას განსაკუთრებული პიროვნული თვისებებით აიხსნება მისი დაკრძალვის ისეთი გრანდიოზობა, როგორც ოდესელი ამზანაგების ცნობით, ოდესას არ ახსოვს. აი რას სწერს ოდესის ერთ-ერთი გაზეთი 4) ამ დაკრძალვის შესახებ: .....ექ. გეგელაშვილის მკვლელობამ ყველა გაანცვიფრა. მზიარული, ოპტიმისტური, გულშემატკივარი, ადამიანთან დაახლოების უნარიანი—ის ყველას გულწრფელობით უყვარდა. გულში დაკრძალვაზე ეს სიყვარული კიდევ ერთხელ დამტკიცდა..... ბოროტმოქმედების ხელიდან ტრაგიკულად დაღუპულ პოპულიარ ექიმ საზო-

1) Извест. Одесск. Окружкома... 18/VII. 1928 № 2590.  
 2) Правда. 26. VII. 1928.  
 Известия.... 26. VII. 1928 და სხვ.  
 3) Известия.... საკავშირო ცაკის 24. VII. 1928.  
 4) Извест. Одесск. Окружк. 19. VII. 1928, № 2591.

გადოებრივ მოღვაწის გ. ლ. გეგელაშვილის ცხედარს ათასობით გაჰყვა ხალხი. ქუჩა, სადაც განსვენებული ბინა არის, დილიდანვე გაივსო ხალხით: სამედიცინო პროცესიაში, სამკურნალო-სამეცნიერო ორგანიზაციების მრავალრიცხოვან წარმომადგენლების გარდა, მონაწილეობა მიიღეს ქარხნების და ფაბრიკების მუშებმა, სამხ. ჰალს წითელარმიელებმა ..... განსვენებული ბინიდან სასაფლაომდე პროცესია რამდენიმეკერ შეჩერდა იმ დაწესებულებებთან, რომლებიც გრიშამ შექმნა. შეჩერების დროს და აგრეთვე სასაფლაოზე აურებელი სიტყვა იქმნა თქმული სვდასხვა ორგანიზაციების წარმომადგენლების მიერ. უკანასკნელი სიტყვები უკვე გათხრილ სამარესთან თქვეს—მუშებმა:—მელითონებმა, მბებულებმა, მტვირთალებმა, კომკავშირელებმა, და ოდესის ქართულ კოლონიის წარმომადგენლებმა“....<sup>1)</sup>

ყველა ამის შემდეგ იმისთვის, ვინც გრიშას არ იცნობდა, გასაგები იქნება ბროდსკი, რომელმაც გრიშას მკვლელის გასამართლების დროს სასამართლოში, რომლის ეგებრთულა დარბაზი გასამართლების შვიდი დღის განმავლობაში დამსწრეებს ვერ იტევდა, შემდეგნაირად დაიწყო თავის სიტყვა: „რალაც გაუგებარი თანმიმდევრობაა ექ. გეგელაშვილის ბედში. არა მარტო მთელი მისი სიცოცხლე იყო დიდ საზოგადოებრივ საქმედ, მისი სიკვდილიც სერიოზულ საზოგადოებრივ მნიშვნელობის ფაქტია“.....

გრიშას სახით მშრომელმა ხალხმა დაჰკარგა უანგარო, არა ჩვეულებრივად გულშემატკივარი და მოსიყვარულე ექიმი; ფართო საზოგადოებრივობამ—დიდ ინიციატივიანი და იშვიათი ორგანიზატორულ—შემოქმედებითი უნარის მქონე ფრიად სასარგებლო მოღვაწე; მრავალრიცხოვანმა ექიმთა ოჯახმა—სასიქადულა წევრი. დღე გრიშას ხანმოკლე, მაგრამ მრავალფეროვანი სიცოცხლის გზა სამაგალითოდ და მისაბაძად შეიქმნეს ექიმთა ახალი თაობისათვის.

ვლ. ქ—ტი.

## კ ლ მ ე მ ა ნ ს ჯ ი რ კ ე

ამა წლის 27 თებერვალს ვენაში გარდაიცვალა ბავშთა სნეულებათა კლინიკის დირექტორი პროფესორი Pirquet 55 წლის. იგი იყო ცნობილი პედატირის Escherich-ის მოწაფე. ჯერ კიდევ თავის ასისტენტობის ხანაში მან შეისწავლა ანთოლაქსიის მოვლენები, გამოწვეული შრატით მკურნალობის დროს, და ამ მოვლენებს მან უწოდა „შრატის ავადმყოფობა“. ამ საკითხის შესწავლის დროს და უკვე აცრილებზე ყვავილის ვაკცინაციით გამოწვეული მოვლენების დაკვირვების შედეგად მას მოუვიდა აზრად ერთი წვეთის ტუბერკულოზის დაწვეობა ოდნავ დაფხაზნილ კანზედ, როგორც ტუბერკულოზით დაავადებული, ისე სალი ადამიანისა. ამ გვარად მან აღმოაჩინა მნიშვნელოვანი გამოკვლევის მეთოდი, რომელსაც მან უწოდა „კანის რეაქცია“.

პირკეს „კანის რეაქცია“ დადებითი თეორიით გვიჩვენებს, რომ ტუბერკულოზით დაავადებული სხეული იმყოფება „ალერგიულ მდგომარეობაში“, გ. ი. ტუბერკულოზით ავადმყოფში ტუბერკულოზი იწვევს ერთგვარ რეაქციას, რომელსაც ჩვენ ვერ ვხვდებით სალ სხეულში. ეს „ალერგიული მდგომარეობა“, როგორც ფიქრობენ, გამოწვეულია სხეულში ლიზინის ყოფნით. ამ აღმოჩენამ გაუთქვა სახელი პირკეს და ის იყო მიწვეული ამერიკაში ბავშთა სნეულებათა კათედრის გამგეთ ბალტიმორაში. Escherich-ის სიკვდილის შემდეგ ის დატრუნდა თავის ქვეყნის დედა ქალაქ—ვენაში, სადაც ის დიდი ხნის განმავლობაში დიდს წარჩინებთ ასწავლიდა პედატირის სტუდენტებს და მთელი ევროპის ექიმებს. ომის დროს მან გამოიგონა ახალი სისტემა, რომლის საშუალებით შეიძლება გამოანგარიშება იმ ულუფის რაოდენობისა ბავშისთვის და მონარდილისთვის, რომელსაც მოითხოვს ორგანიზმი. მის მიერ მოცემული ფორმულა ორგანიზმის კვების მდგომარეობის შესაფასებელი „geledusi“ როგორც „კანის რეაქცია“-მ მსოფლიო გავრცელება მოიპოვა. ომის შემდეგ პროფ. Pirquet ჩაუდგა ბავშთა დაცვის ორგანიზაციების სათავეში და ყველა ამ დარგის დაწესებულებანი განვითარების უმაღლეს წერტილამდე აიყვანა. Pirquet 1928 წელში დატრუნდა საბერლინის კანის რეაქციების საკითხების დამუშავებისათვის დაჯილდოებული იყო Aronson-ის ჯილდოთი.

ამ მოკლე ნეტროლოგიადან ჩანს, თუ რა დიდი ექიმი-პედატირი იყო Pirquet. მის სიკვდილს იგლოვებს მთელი მ. თვლილის პედატირთა ოჯახი. ჩვენც ვუერთდებით საერთო გლოვას ამ დიდი ადამიანის დაკარგვის გამო.

მ. უ გ რ ე ლ ი ძ ე.

1) Извест. Одесск. Окружкома 19. VII. 1928 № 2591.





— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში ჩატარებული იყო შემდეგი მოხსენებები: მეზიდე (23. V. 1929) და მერვე (28. V. 1929) სხდომებზე—14. პროფ. ს. ყიფშიძე. ეგრედწოდებულ სიფილიმეტრიაზე; მეცხრე სხდომაზე (27. VI. 1929)—15. პროფ. ი. ქუთათელიძე. ზოგიერთ სამკურნალწამლო ნივთიერებათა რაციონალურად გამოყენების და მონზადების ფორმების შემუშავების შესახებ.

— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში უკანასკნელ მორიგ მეცხრე სხდომაზე 1929 წ. 27 ივნისს დამტკიცებული იქნა შემდეგი სექციები: 1) ეროვნულ უმცირესობათა სექცია და მისი ბიურო შემდეგი შემადგენლობით: თავმჯდომარეთ გ. პონდოვეი, მის მოადგილეთ რ. დავითიანი, მდივნათ მ. ჯალალოვი, მდივნის კანდიდატათ ე. სემენსკაია, მოლარეთ მ. ხოჯაიანი; 2) ტფილისის ნევროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა სექცია; 3) ქართული ოდონტოლოგიური სექცია და 4) ფიზიოთერაპევტთა სექცია.

— საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში უკანასკნელ მორიგ სხდომაზე 27. VII. 29 წ. არჩეული იქნენ საზოგადოების წევრებათ შემდეგი ექიმები: 24. დავითაია ილია, 25. კიკნაძე ფეფია, 26. პარიამოვი კონსტანტინე, 27. ტიქინაძე დიმიტრი

— სამკურნალო ფაკულტეტის საბჭომ ბავშვთა სნეულებათა კლინიკის საგნობრივი კომისიის შუამდგომლობის მიხედვით ამავე კლინიკის ლექტორის მარიამ უგრეღიძის მიერ წარმოდგენილ სადისერტაციო შრომის „ანტროპომეტრიული მეთოდით შესწავლა ახალდაბადებულ ქართველთა, სომეხთა და რუსთა ფიზიკური მდგომარეობისა“ რეცენზენტებათ 23. VI. 1929 წ. სხდომაზე აირჩია პროფ. ალ. ნათიშვილი, პროფ. ალ. ჯავახიშვილი და დოცენტი შ. მიქელაძე.

— სამკურნალო ფაკულტეტის საბჭოს დადგენილებით (23. VI. 1929) პროფ. ი. თიკანაძის შრომა „მშობიარობის შემდეგ ატონიური სისხლის დენა და მასთან ბრძოლის საშუალებანი“ დაიბეჭდება ცალკე წიგნად.

— ტროპიკული მედიცინის მოამბე № 4 გამოვიდა შემდეგი შინაარსით: პ. ჯაფარიძე. ტროპიკული სნეულებანი აფხაზეთის ტერიტორიაზე. ე. მარცინოვსკი. დენგეს ცხელების საწინააღმდეგო ღონისძიებათა შესახებ. ივ. გაჩეჩილაძე. მასალები საქართველოს კლიმატოლოგიისათვის. მ. მარუაშვილი. კურორტ წყალტუბოს მალარიის ეპიდემიოლოგიისათვის. ზ. მიროტაძე. მალარიის მკურნალობა მთის ჰავით. ვეს. ლოსაბერიძე. ქუთაისისა და მისი მახრის მოსახლეობის პარაზიტული ჭიებით დაავადება. გრ. ქურდიანი. სასმელი წყლის საკითხი კახეთის სოფლებში.

— ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს შემდეგი ნომერი გამოვა ორი თვის ავიანტისი და სექტემბრის ერთად, როგორც საზაფხულო ორმაგი ნომერი ნ თაბახა და დამატებათ მოყვება საქართველოს ექიმთა მეხუთე სამეცნიერო კონგრესის შრომების წიგნი მეხუთე: ჩიყვი აპარაში.

— კავკასიის დასტაქართა ყრილობა შესდგება არა ამ წლის სექტემბერში, როგორც იყო გამოცხადებული ჩვენი ჟურნალის ერთ ერთ წინა ნომერში, არამედ 1930 წლის სექტემბერში. ამირ-კავკასიის საკომსაბჭოს გამნკარგულებელ სხდომის დადგენილების მიხედვით დაევალა საქართველოს ჯანსაზღვრისათვის შეიტანოს თავის მომავალ ხარჯთ-ალრიცხვაში კავკასიის დასტაქართა ყრილობის მოსაწვევად ტფილისში მომავალ 1930 წლისათვის 10.000 მანეთი.

— მენა-გინეკოლოგთა ამირ-კავკასიის I ყრილობა შესდგება ტფილისში 1930 წლის სექტემბერში. საპროგრამო საკითხებია: 1. კავკასიის ხალხთა მენჯი, 2. ორსულობა და ინფექციური სნეულებანი, 3. ანდექსიტები და მათი მკურნალობა, 4. სამკურნალო



და პროფლაქტიური მეან-გინეკოლოგიური დახმარება ამიერ-კავკასიის რესპუბლიკებში. ცენტრალურ საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარეა პროფ. გ. დამბარაშვილი (ლენინ ქ. 49), კომიტეტის მდიანია ექ. ა. აგრონოვი (კალინინს ქ. 21). ვისაც სურს, მოხსენებით გამოხსება, უნდა ამის შესახებ ეცნობოს კომიტეტს 1930 წლის 1 აპრილამდის.

— რუსეთის დასტაქართა მე-XXI ყრილობას, რომელიც მიმდინარეობდა ქ. ლენინგრადში 5—9 ივნისს 1929 წელს, საქართველოდან დაესწრო 21 ექიმი, მათ შორის ტფილისიდან 11: ი. ასლანიშვილი, გ. ზედგინიძე, დ. იოსელიანი, ე. თოდაძე, პ. როფ. გ. მუხაძე, ე. ფიფია, პ. ქაჯაია, ლ. ქვარიანი, გ. ჩაჩიკიანი; დოქ. აღ. წულუკიძე, გ. ხეჩინაშვილი. გორიდან 2: ა. გრიადვეცი, შ. მთვარელიძე; ქუთაისიდან 2: ქ. კოსტავა, ნ. პოლუმორდვინი; ბათომიდან (აპარისტანი) 3: დ. ასათიანი, მ. ლოლუა, მედ. დოქტ. ბ. ფროლოვი; სოხუმიდან (აფხაზეთი) 2: იოსელიანი, მედ. დოქტ. პოდხოლოვი; ოჩამჩირედან 1: კ. კაკუბავა. ჩვენს თანამემამულეთაგან ყრილობას დაესწრენ აგრეთვე ლენინგრადიდან პროფ. ი. ჯანელიძე და ნიჟნი-ნოვგოროდიდან პროფ. კ. ჩაჩიანი.

— რუსეთის დასტაქართა მე-XXI ყრილობაზე ჩვენს თანამემამულეთაგან მოხსენებით გამოვიდნენ პროფ. გ. მუხაძე. კლინიკური დაკვირვებანი ავერტინის ნარკოზზე და დ. იოსელიანი. ქვედა კიდურების ძვალთა და სახსართა ნერვების შესახებ.

დ. იოსელიანის ფრად საინტერესო მოხსენების მიხედვით მთავალ ყრილობისათვის დასრული იყო საპროგრამო საკითხებს შორის აგრეთვე საკითხი „ძვალთა და სახსართა დისტროფიული პროცესების კლინიკა და მათი თერაპიის შესახებ“.

— რუსეთის დასტაქართა მე-XXI ყრილობაზე შემდეგ ყრილობისათვის, რომელიც 1930 წელს მოეწყობა მოსკოვში, საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებულია შემდეგი საკითხები:

1. ენდემური ჩივი ჩვენს ქვეყანაში. 2. ნაობერაციევი ემბოლია და ტრომბი. 3. ავადმყოფთა რეჟიმი მუცლის ღრუს ობერაციების შემდეგ. 4. ძუძუს ჯირკვლის არაკიბოსებრი სიმსივნეები. 5. ძვალთა და სახსართა დისტროფიული პროცესების კლინიკა და მათი თერაპია. 6. სისხლის ქიმიზმი ნაწლავთა განუჯალობისას.

— სრულიად საკავშირო უროლოგთა მესამე ყრილობა შესდგა ქ. ლენინგრადში 1929 წ. 3-6 ივნისს. საქართველოდან ყრილობაზე მოხსენებით გამოვიდა ექ. ე. თოდაძე შემდეგ თემაზე: „პერმანენატი პრობა და მისი შედარებითი შეფასება თირკმელთა გისტო-პათოლოგიურ სურათთან“. ე. თოდაძემ წარუდგინა ყრილობას აგრეთვე მის მიერ გამოკვლეული აპარატი თირკმელთა ფუნქციონალური დიაგნოსტიკის გამოსარკვევად. მოხსენებას საწინააღმდეგო კამათი არ გამოუწვევია, პირიქით ამ საკითხის ირვლევი თანამოხსენებით გამოვიდა პროფ. ჩაიკა (კიევი), რომელმაც აღნიშნა რომ ე. თოდაძის პერმანენატი მათ აუტარებიათ ჯანსაღებზე და 0 ავადმყოფზე და მათი დაკვირვებანი სასყმით შეფარდება ავტორის გამოკვლევებს. პერმანენატი პრობა უნდა შემოღებულ იქნეს არა მარტო სტაციონარებში, არამედ ამბულატორიებშიც. ამგვარივე აზრი გამოსთქვა პროფ. დამსკიმი (სმოლენსკი). ექ. ე. თოდაძის პრობით მე ძლიერ კმაყოფილი ვარ—განაცხადა მან—და ყველა ჩემი მონაცემები ეფარდება პროფ. ჩაიკას კლინიკის მონაცემებს“.

პროფ. ხოლოცოვის (ლენინგრადში) კლინიკაშიც გაუტარებიათ ექ. ე. თოდაძის პრობა, თუმცა მცირე მასალაზე, მაგრამ მაინც გამოსთქვეს აზრი, რომ აღნიშნული პრობა უეჭველად მისაღებია და ფრად მნიშვნელოვანი.

ყრილობამ გადასდგა სათანადო ნაბიჯები ექიმ ე. თოდაძის აპარატის მომზადების შესახებ, როგორც ეს მოხდა გერმანეთში ამ ორი წლის წინად, როდესაც გერმანეთის ერთერთ ქარხანამ დაამზადა კიდევ ექ. ე. თოდაძის აპარატი რამოდენიმე ექვემპლიარად.

— ჩვენმა რედაქციამ მიიღო შემდეგი პერიოდული გამოცემები: 1) ტრაპიკული მედიცინის მოამბე № 4, 1929 წ., 2) ახალ სკოლისაკენ № 6, № 7-8, 1929 წ., 3) Казанский медицинский журнал № 5, № 6, 1929 წ., 4) Днепропетровский медицинский журнал № 1-3, 1929 წ., 5) განათლების მუშაკი (გაზეთი) № 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 6) განათლების მუშაკი (ურნალი) № 10.



— ჩვენმა რედაქციამ მიიღო ამირ-კავკასიის სამალარო II ყრილობის შრომები რუსულ ენაზე „Труды II-го Закавказского Малярного Съезда“. შრომები გამოცემულია საქართველოს ჯანმრთელობის კომისარიატის მიერ, შიგ დაბეჭდილია 30 მოხსენება, შეიცავს VIII+419 გვერდს და ღირს 2 მ. 50 კ. წიგნი სუფთადაა გამოცემული 6x10 ფორმატით.

— გამოვიდა საქ. ჯანსაზღვრის კომისარიატის გამოცემით ტფილ. სახელ. უნივერს. ფსიქიატრიის კათედრის ასისტენტის, ექიმი ა. გოცირიძის სამი მონოგრაფია:

1) Katharsis-ი ფსიქოთერაპიაში გვ. 20, ფ. 70 კ., 2) ფსიქოგენია გიგეკოლოგიაში გვ. 16, ფ. 40 კ., 3) ფსიქოგენია და ანტროპოგენია ნერვიულ და ფსეფდო-ორგანიულ დაავადებებში გვ. 36, ფ. 80. წიგნები სუფთად და კარგადაა გამოცემული.

— გამოვიდა სრულიად საქართველოს ექიმთა მეზუთე სამეცნიერო კონგრესის შრომების წიგნი III „კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია“, რომელიც უფასოდ დამატებით ვგზავნებით ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელისმომწერლებს ჟურნალის № 6—7-თან ერთად. წიგნი შეიცავს IV+149 გვერდს და ღირს 2 მ.

— ახალი ექიმები: პირველი სია იმ პირთა, რომლებმაც დაამთავრეს სამკურნალო ფაკულტეტი 1929 წლის გაზაფხულის მე-8 სესიაში და მიიღეს ექიმი წოდება:

ავაზიშვილი რევაზ, აბესაძე ნიკოლოზ, ალაშვილი ალექსანდრე, ალაშვილი მიხეილ, ანთაძე სიმონ, არჩვაძე მარიამ (თამარი), ამირაშვილი ნინო, აზვლედიანი ნინო, აბდუშელიშვილი მარიამ, ანთელავა გრიგოლ, არსენიშვილი მარგარიტა, ბაბუნაშვილი ილია, ბაზიერაშვილი ჯობაძე ანა, ბედოიძე ანტონ, ბერაძე ნიკოლოზ, ბეჭია სერგო, ბერიანიშვილი შალვა, ბალიაური ფრასტი, ბერულავა ილია, გულსასვილი ნიკოლოზ, გაგუა ისიდორე, გოცაძე ლევან, გოგბერიძე გრიგოლ, გუგუზაძე ალექსანდრე, გუნთაიშვილი მურად, დგებუაძე ნიკოლოზ, დემთრაივი მარიამ, დიდავა გიორგი, ფხაიშვილი ივანე, ფარდაშვილი მიხეილ, ფარდაშვილი შალვა, თორნიშვილი ნინო, თოდუა ვალერიან, ფორდანიძე დავით, ყლენტი გიორგი, კვანტალიანი ივანე, კაციტაძე სიმონ, კაციტაძე ვალერიან, კაციტაძე კონსტანტინე, კალატოზიშვილი მარგარიტა, კანდელაკი მიხეილ, კაკარავა სოლომონ, კობეშვიძე ანა, კონტრძიძე ბესარიონ, კორკელია ისაკი, კილაძე გაიანე, კახია ალექსანდრე, კუჭულაძე მარიამ, კაიშაური ნიკოლოზ, ლორია ალექსანდრე, მამამთავრიშვილი დავით, მოშიაშვილი იოსებ, მაჩაბელი დიმიტრი, მათიაშვილი დიმიტრი, მასისურაძე ელენე, მთათიშვილი თამარ, მინდარიშვილი თეოდო, მჭედლოშვილი აპოლონ, ნათაძე თამარ, ნებიერიძე გიორგი, პავონი მილენა, რუხაძე ალექსანდრა, სანიკიძე კირილე, სირბილაძე თამარ, სიჭინავა ვარლამ, სიორდია ალექსანდრე, ტრაპაიძე გერმოვანე, ტარიელაშვილი კონსტანტინე, ფხაკაძე ალექსანდრა სიმონის ასული, ფხაკაძე ალექსანდრა ვასილის ასული, ქურდიანი ელიზბარ, ქავთარაძე ქეთევან, ქარუნიშვილი რევაზ, ქაჯაია თინათინი, ქუთათელაძე ქეთევან, ქურციკაშვილი სოლომონ, ქარჩავა აკაკი, შანიძე დიომიდე, შენგელია ნიკოლოზ, შენგელია ნინო, ჩიკვაძე ნიკოლოზ, ჩუბინიძე იროდიონ, ჩერნიშოვა ლიუბა, ჩხეიძე ანა, ჩხენკელი ნინო, ჩქარული ელენე, ძიძიგური გიორგი, წულუკიძე ელენე (თინა), წითლანაძე გიორგი, ჭიჭინაძე ნიკოლოზ, ჭელიძე ზინაიდა, კვუსელიძე გრიგოლ, ხონელიძე შალვა, ხუდადოვი ალექსი, ხუნდაძე გიორგი, ხერადინაშვილი ალექსანდრე, ხირსული ამბროსი, ჯალიაშვილი გიორგი, ჯავახიშვილი ნინო, ჯღარაკვა ბიქტორ, ჯუმუხაძე-ვეზურელი თამარ.

„თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელისმომწერთა ყურადსაღებად.

რედაქცია სთხოვს აბხ.: თ. კობიაშვილს და ს. ჩხუნაშვილს გვეცნობონ ახალი მისამართები.

— რედაქცია სთხოვს ამხანაგებს, რომელთაც რაიმე მიზეზის გამო არ მიუღიათ ჟურნალის რომელიმე ნომერი, გვაცნობონ ამის შესახებ და გამოარკვევითანავე გაეგზავნებთ მათ დეკარგული ჟურნალი.

— რედაქცია სთხოვს ამხანაგებს: ელენე ქართველიშვილს და ზამთარაძეს გვაცნობონ მისამართები, რათა მათ დავგზავნოთ ჟურნალი.

— ამხანაგებმა, რომელთაც შემოტანილი არა აქვთ წლის მეორე ნახევარის ჟურნალის გადასახადი, უნდა დააჩქარონ და შემოიტანონ დანარჩენი ფული, რათა მათ არ შეუწყდეს ჟურნალის გზავნა.

შეცდომის გასწორება. ჟურნ. „თან. მედ.“ მაისის ნომერში გვ. 403—405 დაბეჭდილია პროფ. გრ. მუხაძის რეცენზია პრიგ-დოც. ხახუტაშვილის წიგნზე: „Асептика и антисептика и практическое их применение в хирургии“. 414 გვერდზე ჭკვირდანი 22 სტრიქონში დაბეჭდილია: „... ვიდრე ყოველმხრივ „ორანჟერეასავით მიწის კედლებით შემოფარგლულ საოპერაციო ოთახში“ უნდა იყოს: „... ვიდრე ყოველმხრივ „ორანჟერეასავით“ მინის კედლებით შემოფარგლულ საოპერაციო ოთახში“.

# მ ო ჯ ო დ ე ბ ა

## კ ა ტ ი ვ ც ე მ უ ლ ო ა მ ხ ა ნ ა გ ე მ ო !

თანახმად სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესის დადგენილებისა მე-VI მ ო რ ი გ ი კ ო ნ გ რ ე ს ი შ ე ს დ გ ე ბ ა 1931 წლ. შემოდგომაზე (გარკვეული ვადა კონგრესს მოწვევისათვის დროზედ იქნება გამოცხადებული). კონგრესის მოწვევა განზრახულია ქალ. სოხუმში.

მოხსენებები იქნება დაშვებული შემდეგ საკითხებზე:

1. მწვავე რევმატიზმის ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია.
2. ქრონიკული რევმატიული დაავადებათა პათოგენეზი და კლასიფიკაცია.
3. ქრონიკული რევმატიული დაავადებათა თერაპია.
4. საქართველოში რევმატიული დაავადებათა გავრცელება, პირობები და სოციალური მნიშვნელობა.
5. ჰიპერტენზიის ეტიოლოგია და პათოლოგია.
6. ორგანო-ვეგეტატიური ნერვების სისტემის ანატომიის და ფიზიოლოგიის თანამედროვე მდგომარეობა.
7. ორგ.-ვეგეტატიური ნერვების სისტემის პათოლოგია და გამოკვლევის მეთოდები.
8. ბავშთა სიკვდილობა და მასთან ბრძოლის მეთოდები საქართველოში.
9. ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელება საქართველოში.
10. " " დიაგნოსტიური მეთოდი.
11. " " ეტიოლოგია.
12. " " მკურნალობა
13. პროფესიონალური სნეულებათა გავლენა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

თითო საპროგრამო საკითხზე მიღებული იქნება ერთი მთავარი (ძირითადი) მოხსენება და რამოდენიღე თანამოხსენება. მთავარი მოხსენების შედგენა და წარმოდგენა საორგანიზაციო ბიურომ მიანდო წინასწარ არჩეულ მოხსენებელს, ხოლო თანამოხსენებლებად მოწვეული იქნებიან ექიმები, რომელნიც წარმოადგენენ უფრო საყურადღებო მოხსენებებს საპროგრამო საკითხებზე;

საპროგრამო საკითხების შესახებ მთავარ მომხსენებლებს მოხსენების წა-საკითხავად დაეთმობა ერთი საათი, ხოლო თანამოხსენებლებს— $\frac{1}{2}$  საათი.

სახელმწიფო ენის გარდა მოხსენებები დაშვებული იქნებიან აგრეთვე რუსულ ენაზე.

თვითოეული მოხსენების ავტორეფერატი და დებულებები წარმოდგენილი უნდა იყოს საორგანიზაციო ბიუროში არა უგვიანეს 1931 წლის ივნისისა, რათა მოხსენებების განხილვა და პროგრამაში შეტანა მოხდეს დროულად და მიზანშეწონილად.

მე-VI კონგრესის საორგანიზაციო ბიურო სთხოვს საქართველოს ყველა კუთხის ექიმებს შეძლებისდაგვარად მიიღონ მონაწილეობა მე-VI კონგრესის მუშაობაში მოხსენებების წარმოდგენით და პირადი დასწრებით და ამნაირად ხელი შეუწყონ კონგრესის საუკეთესოდ მოწყობას და წარმატებით ჩატარებას.

სრ. საქ. ექიმთა VI სამეცნიერო კონგრესის მომწვევი პრეზიდიუმი:

თავმჯდომარე პროფ. ა. ალ ა დ ა შ ვ ი ლ ი.

მდივნები პრიე.-დოც. მ. მ გ ა ლ ო ბ ე ლ ი.

და ექ. ი. ასლანიშვილი.

საორგანიზაციო ბიუროს მისამართი: ქ. ტფილისი. კამოს ქ. 103. ფაკულ-

ტეტის თერაპიული კლინიკა, პროფ. ა. ალ ა დ ა შ ვ ი ლ ს.

# ჯანსაღკომის მოამბე

ორთვიური სამეცნიერო უზრუნავი საქართველოს ჯანმრთელობის  
სახალხო კომისარიატისა.

1929 წ.

წელიწადი მერვე

1929 წ.

პერიოდული გამოცემა ქართულ და რუსულ ენებზე ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის კუჭაიძის, სამეცნიერო საბჭოს მდივნის პროფ. ა. ნათიშვილის და ექ. ვ. წერეთლის რედაქციით, ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის, ასისტენტების, ორდინატორების და სხვა ექიმების უახლოესი მონაწილეობით.

**შუბრალის განყოფილებაში:** თეორიული და კლინიკური მედიცინა, სოციალური მედიცინა, რეფერატები, ავტორეფერატები, რეცენზიები, ექიმთა ყრილობების, საექიმო საზოგადოებათა და სხვა საექიმო დაწესებულებათა ანგარიშები, დეკრეტები, დადგენილებები და განკარგულებები, ქრონიკა.

ხელისმომწერის ფასი 1 წლით . . . . . 12 მან.

ცალკე ნომერი . . . . . 2 მან. 50 კაპ.

წლიურ ხელისმომწერს შეუძლია გადაიხადოს ხელისმომწერის ფასი ოთხ ვადაზე: ხელისმომწერის დროს, 1 მარტს, 1 ივნისსა და 1 სექტემბერს სამ-სამი მან.

**წლიურ ხელისმომწერთ დაურიგდებათ უფასოდ:** 1) 1928 წლის „ჯანსაღკომის მოამბე“-ს ყველა ნომერი, 2) მეოთხე საკავშირო ტუბერკულოზური ყრილობის რეზოლუციები, 3) წიგნაკი: „დედათა და ბავშვთა დაცვა“.

**რედაქციისა და ხელისმომწერის მისამართი:** ტფილისი, ძნელაძის ქუჩა, 30, ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატი. „ჯანსაღკომის მოამბე“-ს

Год издания

XXV

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

Год издания

XXV

Н А

## „КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

В 1929 г.

Издание О-ва Врачей при Казанском Гос. университете: Орган Медицинского Факультета Каз. Гос. Университета и Казанского Гос. Института для усовершенствования Врачей им. В. И. ЛЕНИНА.

В 1929 г. Журнал будет выходить, как и в 1928 г., ежемесячно книжками не менее 7 печатных листов (112 стр) каждая, по РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ и будет состоять из следующих основных отделов: Теоретической и Клинической Медицины, Социальной Медицины и профилактики, казуистики, обзоров, рефератов, рецензий, отчетов о с'ездах и заседаниях, хроники, вопросов и ответов и т. д. Наконец годовые и полугодовые подписчики получат бесплатные приложения: «МЕДИЦИНСКИЕ МОНОГРАФИИ».

**Подписная плата:** на год (12 №№) 6 руб., на 1/2 г. (6 №№)—3 р. 50 к. Годовые подписчики при обращении непосредственно в Редакцию пользуются рассрочкой в 2 срока (при подписке к 1 Июня по 3 руб.) и 3 срока (по 2 руб. при подписке, к 1 Апреля и 1 Августа).

Требования и деньги направлять: г. КАЗАНЬ. Редакция „Казанского Медицинского Журнала“. Подробные проспекты бесплатно.

სრულიად საქართველოს ექიმთა მე VI სამეცნიერო კონგრესის მომწვევ საორგანიზაციო ბიუროსთან შეთანხმებით ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქცია შეუდგა ბეჭდვას და ჟურნალის წლიურ ხელის მომწერთ უფასოთ დაურიგდებათ ცალკე დამატებათ.

## სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V სამეცნიერო კონგრესის უროგები

როგები უფასო მოსახლეობაში საპროკარამო საკითხებზე

- I. კონგრესის გახსნის დღე
- II. კუქის წყლულის კლინიკა და თერაპია
- III. კოლიტების ეტიოლოგია, კლინიკა და თერაპია
- IV. საქართველოს მოსახლეობის მოძრაობა
- V. ჩიყვი აქარაში

მოსენებები არა საპროკარამო საკითხებზე დაიბეჭდება თანდათანობით ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ში.

## ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს ხელის მომწერთა უზადსაღებად

ჟურნალის სტატიების გამო და რედაქციასთან ახლო კავშირის დასაქმრად ამხანაგებმა უნდა მიმართონ ჩვენს შემდეგ წარმომადგენლებს—ექიმებს:

ტფილისში: ს. მდივანს (ქალაქის 1 კლინიკური ინსტიტუტი), გ. დიდებულაძეს (ქალაქის პირველი საავადმყოფო), ა. უსტიაშვილს (სამედიცინო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტი), ი. ტატიშვილს (პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), ს. ანდერევიას (ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის ინსტიტუტი), ლ. ანთაძეს (ბაქტერიოლოგიური ინსტიტუტი), ა. გოცირიძეს (საქ. ჯანსაღკომისარიტი), კ. ტყეშელაშვილს (რკინის გზის საავადმყოფო), ი. გაჩეჩილაძეს (სოციალური პიგიენის ინსტიტუტი), ა. ჟღენტს (საქართველოს ექიმთა საზოგადოება), ა. ძიძაძეს (საქართველოს წითელი ჯვარი), მ. ქალაძეს (ა. კ. რკინის გზის სამმართველო), მ. ტყეშელაშვილს (ფიზიათრიისა და კურორტოლოგიის ინსტიტუტი), ს. ჯანყარაშვილს (ქალაქის ჯამრთელობის განყოფილება), მ. გეგელაშვილს (ქართული სამხედრო ნაწილები), პ. მგალობელიშვილს (დერმატოლოგიური და ვენეროლოგიური ინსტიტუტი), ა. რუხაძეს (ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი), სტუდენტ ი. გოგუას (სამკ. ფაკ. III კურსი).

ოფილის გარეშე: დ. ჩეჩელაშვილი (ქუთაისი, ქავჭავაძის ქ. 4), გ. კახიანი (ზესტაფონი, საავადმყოფო), გ. ხეჩინაშვილს (ლენინგრადი, ტორგოვია ქუჩა, 15, ბ. 7.), ვ. მაქაცარიას (ბათუმი, ჯაფარიძის ქ. 23), შ. მირიანაშვილს (გურჯაანი), შ. მთვარელიძეს (გორი, აკ. წერეთლის ქ. მამინოვის სახლი), ლ. დუნდუას (ახალსენაკი), ი. ასათიანს (ახალციხე), მ. ვაჩნაძეს (სიღნაღი), პ. ჯაფარიძეს (სოხუმი).