

გამოცემის წელი გეგმიადე

ეროვნული
ბიბლიოთეკა

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ორგანო

VIII—XII

აგვისტო—დეკემბერი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. გ. ჟღენტი,
პროფ. შ. შიქელაძე, პროფ. მ. მგალობელი; ასისტენტები: შ. შაი-
სურაძე, ბ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი.

თბილისი - 1931.

გამოცემის წელი მეშვიდე

ს. ს. ს. პ.
საქართველოს
კომუნისტური
პარტია
საქართველოს
წიგნების
პალატა
"6" - "VI" 19
№ 228
ქ. თბილისი

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

თბილისის სასულძიეთო სამედიცინო ინსტიტუტის ოტგანო

VIII—XII

4930

აგვისტო—დეკემბერი

სარედაქციო კოლეგია: პროფ. ა. ნათიშვილი, პროფ. ვ. ჟღენტო,
პროფ. შ. მიქელაძე, პროფ. მ. მგალობელი; ასისტენტები: ზ. მაი-
სურაძე, პ. ქავთარაძე, ი. ასლანიშვილი.

თბილისი - 1931.

შ ი ნ ა ა რ ს ი.

თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

| | |
|---|-----|
| გრ. ასათიანი. Chloroma | 321 |
| თ. ყანჩელი. Маноилов-ის რეაქცია და მისი გამოყენება სულით ავად- მყოფთა ენდოკრინული სისტემის დისფუნქციის გამოსაკვლევად | 331 |
| ლ. უვანია. Hemihyperhydrosis-ის შემთხვევა | 337 |
| ბ. ჯაფარიძე. ნაობერაციევ ხანაში სუნთქვის ორგანოების მხრივ გართუ- ლების და მათი მკურნალობის საკითხისათვის | 341 |
| ბ. ლოლობერიძე. მომყოლის წინამდებარეობა | 348 |
| ლ. ჩიქოვანი. რეტიკულო—ენდოთელიური სისტემის ფუნქციონალური გა- მოკვლევა ორსულობის დროს კანთარიდის რეაქციის საშუალებით | 357 |
| ი. ჩარკვიანი. საშოს თანდაყოლილი უქონლობა და მისი ხელოვნურად შექმნა Baldwin-ის წესით | 365 |

საზოგადოებრივი მედიცინა.

| | |
|--|-----|
| შ. თაქთაქიშვილი. ქირურგიული დახმარება და ექიმ დასტაქრის მდგომარე- ობა მოკლე ანგარიშით ქირურგიული მუშაობის შესახებ ქალ. ზესტაფონის საავადმყოფოში 1927, 28 და 29 წლის განმავლობაში | 373 |
| ვეხევი ლოსაბერიძე. ექიმი სამსონ ბესარიონის ძე თოფურია და მისი მოღვაწეობა | 378 |

უმნიშვნელო პრაქტიკიდან.

| | |
|--|-----|
| ს. ბრეგვაძე. Amenorrhoea-ს შემთხვევა | 381 |
|--|-----|

კორექსონდენციები.

| | |
|--|-----|
| ი. ასლანიშვილი. საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში | 383 |
| ძრონიკაძე | 403 |

რედაქციისგან.

ამ ნომრიდან ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ ტფილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის ხელში გადავიდა. 1924 წ. ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმმა თავს იდგა ქართული სამკურნალო-სამეცნიერო ჟურნალის გამოცემა და 5 წლის განმავლობაში ეს კოლეგიუმი დიდის ენერგიით ხელმძღვანელობდა ჩვენს ჟურნალს და აწვდიდა ჩვენს ექიმებს ქართულ ენაზე სამკურნალო-სამეცნიერო წერილებს. ამით უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმმა შეაესო ის დიდი ნაკლი, რომელიც ჩვენში არსებობდა.

1929 წ. კოლეგიუმმა ჟურნალი გადასცა ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მეცნიერულ მუშაკებს, რომელთა ხელმძღვანელობითაც ჟურნალი დღევანდლამდე გამოდის.

მას შემდეგ კი, რაც სამკურნალო ფაკულტეტი გამოყოფილ იქნა ცალკე სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტად, სრულიად ბუნებრივი იყო და არის, რომ ჟურნალის ხელმძღვანელობა თვით ინსტიტუტს ედო თავის თავზე და იგი გაეხადა თავის სამეცნიერო ორგანოდ.

ამჟამად ჟურნალის რედაქცია სამედიცინო ინსტიტუტის დირექციის დადგენილებით განაზღვრულია.

ჟურნალი გამოვა ძველი პროგრამით, მხოლოდ საზოგადოებრივი მედიცინის განყოფილება საგრძნობლად გაძლიერებული იქნება და განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა პროფილაქტიკურ მედიცინას, რაც საბჭოთა მედიცინის ძირითად ქვაკუთხედს შეადგენს.

რედაქცია იმედოვნებს, რომ ჩვენი ექიმები მხარს დაუჭერენ ამ ერთადერთ ზოგადი ხასიათის ქართულ სამკურნალო-სამეცნიერო ჟურნალს და თავისი თანამშრომლობით გაამაგრებენ და დაამკვიდრებენ მისი გამოცემის საქმეს.

სარედაქციო კოლეგიუმი.

ავტორთა საშუალებოლ.

1. რედაქციაში დასაბუქდად წარმოდგენილი წერილი უნდა იქნას დაწერილი გასარჩევად ტალ გვერდზე და არ აღემატებოდეს დაბუქდილ 8 გვერდს (ორიგინალური) და 4 გვერდს (შემთხვევები პრაქტიკიდან და კაზუისტიკური მასალა).

2. ყოველ ორიგინალურ წერილს უნდა ახლდეს რეფერატები რუსულ და ერთ-ერთ ევროპიულ ენაზე (ფრანგული ან გერმანული) არა უდიდეს ერთი გვერდისა.

კაზუისტიკური ხასიათის წერილების რეფერატები არ უნდა აღემატებოდეს $\frac{1}{2}$ გვერდს.

3. ავადმყოფთა ისტორიები, ცდების და გაკვეთების ოქმები უნდა იწერებოდეს რაც შეიძლება მოკლედ (ე. წ. ტელეგრაფული სტილი) მხოლოდ მთავარი და მნიშვნელოვანი მომენტების აღნიშვნით.

4. უცხო ავტორების გვარები უნდა დაიწეროს ქართულად და წერილში პირველად მათი მოხსენებისას უნდა იქნას ფრჩხილებში მოთავსებული მათი ტრანსკრიფცია უცხო ენაზე. იგივე გვარები შემდეგში იმავე წერილში მოხსენების დროს უნდა იწერებოდეს მხოლოდ ქართულად.

5. ლიტერატურის მიმოხილვაში (წერილის ბოლოზე) უნდა აღინიშნოს მხოლოდ მთავარი მნიშვნელობის წერილები და ამ აღნიშვნის დროს უნდა დაიწეროს იმ ენაზე, რა ენაზედაც გამოსულია აღნიშნული წერილი:

- 1) ავტორის გვარი,
- 2) წერილის სათაური,
- 3) იმ ჟურნალის სახელწოდება და ნომერი, სადაც ციტირებულ წერილი დაიბუქდა,
- 4) გამოცემის წელი.

6. ყოველ წერილს შენიშვნაში უნდა ექნეს მოხსენებული თუ სად და როდის იქნა იგი წაკითხული, როგორც მოხსენება.

7. კლიშეები დაიბუქდება მხოლოდ ავტორთა ხარჯით.

8. იმ ავტორთა წერილები, რომლებიც ზემოთ აღნიშნულ წესებს არ შეასრულებენ, არ დაიბუქდება.

9. ორიგინალური წერილებისა და მიმოხილვების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომის ცალკე ამონაბუქდი 50 ცალი.



ასისცენდი ზკამიტონ ასათიანი.

Chloroma

[ქლოროლევკემიის ერთი ფორმის ალფაბით.]

(სამედიც. ინსტიტუტის პათ.-ანატ.-ინსტიტუტიდან. გამგე პროფ. ვლ. ჟღენტი).

შესავალივით.

მედიცინის სამეცნიერო ძიების გზაზე ჯერ კიდევ ბევრი ბნელი ხეუღე-ბია, და ერთ მათგანს დღემდე ვერ სცილდება ქლორომის არსიც.

საერთოდ სისხლბად ორგანოთა ჰიპერპლაზიური ან სიმსივნური ხასიათის პროცესებში გარკვევის მოწადინება ყოველთვის ცხადპყოფს ხოლმე ჩვენს სისუსტეს მათი ეტიოლოგიისა და არსის ცოდნის საქმეში. ხშირად მათსა და ნაირ დაავადებათ შორის კავშირბმულობაც ძნელი ამოსაცნობია (Кишенский Borst, Orth). მოპირისპირე საწინააღმდეგო შეხედულება ბევრია, და შეცდომის შემცველი—უფრო მეტი.

პირველადვე უფრო ქლორომის ფერმა მიიპყრო მეცნიერთა ყურადღება და იქიდან წარმოიშვა მისი სახელიც: დაავადების მწვანე შეღებილობის გამო მეცნიერებმა (Balfour—King) მას Chloroma უწოდეს, ზოგმა—მწვანე კიბოც (Aran „Cancer vert“).

ზოგმა იგი ლევკემიის, ფსევდოლევკემიის და მრავლობითი მიელომების სანათესაო რგოლში ჩააბა (Recklinghausen), ზოგმა შეღებილ ლევკემიად მიიჩნია და ქლოროლევკემია უწოდა (Fabian, Steihaus, Negaeli); ზოგმა კიდევ—შეღებილი სარკოიდული ლევკემია (Pappenheim),—საფუძველი: ავთვისებიან ზრდისაკენ მიდრეკილება. ამ ავთვისებიანობაზე დაყრდნობით ზოგმა Kundrat-ის ლიმფოსარკომატოზსაც შეადარა (Paltauf); ზოგმა—ქლოროლევკოსარკომატოზი უწოდა (Sternberg); ზოგსაც იგი (Weinberger) კომბინირ ფორმად მიაჩნია ლიმფო(მიელო)სარკომატოზული ზრდით (ყველაზე ადრე Waldstein-ი დაყრდნო ქსოვილოვან აღნაგობას და გამოსჭრა სიტყვა—Chlorolymphoma); ზოგი კიდევ მას მიელომებს უნათესავეებს (Ribbert, Borst). სრულიად გამოურკვეველია, თუ სად იწყება ან თავდება ლევკემია და საიდან მოდის სიმსივნე.

თვით დაავადება მეტად იშვიათია: ჩვენი უნივერსიტეტის პათოლოგიურ—ანატომიური ინსტიტუტის განკარგულებაში მყოფ საავტოფსიო მასალის მიხედვით 2.500-ზე მეტ გაკვეთაზე ქლორომის მხოლოდ ეს ერთი შემთხვევა მოდის (0,04%-ზე ნაკლები), ხოლო ჩემი ხელმძღვანელის პროფ. ვლ. ჟღენ-



ტის სიტყვიერ განცხადებითაც ეს შემთხვევა მისთვისაც პირველია (ოდესისა და თბილისის პროზექტურები). Heyden-ს თუ 1904 წ. სულ ლიტერატურაში გამოქვეყნებული ქლორომის 37 შემთხვევა დაუთვლია, მე მას შემდეგ დღემდე ჩემთვის ხელთმისაღებ ლიტერატურაში 30-ზე მეტი ვერ ვპოვე მისამატებლად.

ყველა ეს მოსაზრებაა, ამ მცირე შრომის გამოქვეყნებას რომ ესარჩულება.

ავადობის ისტორია: 1928 წლის 29 ნოემბერს ქალ. I—საავადმყოფოს უროლოგიურ განყოფილებას სასწრაფოდ მიუღია 23 წლის ახალგაზრდა ქალი, თებრო ნაც—ლი. უკანასკნელს თვენახევრის წინ ქვედაყბის მარცხენა ნაწილი შესიებია და დახმარებისათვის ტფილისის ერთერთ საავადმყოფოსათვის მიუმართავს, სადაც რენტგენის სხივების წყალობით (ექვი სარკომაზედ) სიმსივნე ვითომდა ჩქარა გამქრალა. მარა ეხლა მუხლის სახსარი შესიებია და ამისათვის ფიზიო—თერაპევტიულ ინსტიტუტში მთავსებულა. მცირეოდენი ხნის მკურნალობით კვლავ ფეხი აღუდგამს. გამორჩენას მეტად კარგი პირი უჩნდა, მაგრამ მენჯ—ბარძაყის სახსრის ატკივებას ათი დღის წინ კვლავ ლოგინად ჩაუფდია. უკანასკნელი ექვსი დღის განმავლობაში სიცხე და დიდი სისუსტე, მეტისმეტი გამძლევება. ხშირი სისხლდენა ცხვირიდან. ვადაგაჭიანურებული თეიური. შარდი—მუქი წითელი ფერის. ამ მდგომარეობაში იღებენ მას საავადმყოფოში.

ავადმყოფი სწორი აგებულობისაა, მეტისმეტად გამხდარი, ლორწოვანი—ყველგან მკრთალი. კანზე სხვადასხვა ადგილას—კანქვეშა სისხლჩაქცევები. მარცხენა თვალის მხედველობა შესუსტებული. მაჯა—138, სუსტი ავსების; t⁰—38,1. პირსაქმება და ძლიერი სისუსტე.

1—ლი დღე. Cystoscopy: მარცხენა შარდსაწვეთიდან სისხლი სდის.

2—რე დღე. ავადმყოფი მშფოთარაა. უჩივის სისუსტეს. სისხლში ინახა: თეთრი ბურთულები—51,000, წითელი—1,630,000, თრომბოციტები—14,670, ჰემოგლობინი—25% სისხლის ნაცხებში: ერთბირთვიანი ემბრიონალი უჯრედები—მიელობლასტები; იქა—აქ—ერთბირთვიანი ემბრიონალი. ოდნავი პოლიქრომაზია. Chromocystoscopy: 8 წუთის შემდეგ მარცხენა შარდსაწვეთიდან ლურჯი ნაკადი უაღრესი სისუსტე.

3-მე დღე. ავადმყოფი დილითვე გარდაიცვალა მწვავე ანემიის ნიშნებით.

კლინიკური დიაგნოზი: Haematuria renis sinistra. Anaemia gravis. Tumor renis sinistri: Haematonephrosis sinistra.

Autopsia.

სწორი აგებულობის ახალგაზრდა დედაკაცის გვამი, გამძლევებული. კანისფარი ზედმიწევნით მკრთალი. მის ქვეშ რბილი ქსოვილები მწვანედ შეღებილი რამდენიმე ალაგას, 3—4 სანტ. მანძილზე. ორგანოთა მდებარეობა ჩვეულებრივი. ბადექონი და ჯორჯალი ცხიმის რაოდენობას შეიცავს. ორივე პლევრის ღრუ თავისუფალი.

თავის ქალა უსწორო მოყვანილობისაა: მარჯვენა თხემის არე მარცხენაზე უფრო გარეგამოდრეკილია. ქალასარქველის მარცხენა თხემის არეში, გარეხედაპირზე, მოსჩანს მკვრივი კონსისტენციისა და მომწვანო ფერის შემაღლებული არე, ვერცხლის აბაზიანის ოდენობისა. მასთან შეფარდებით, ქალას შიგნითა ზედაპირზე, იმავე ოდენობის მომწვანო შემაღლებული არე თავის ქალას განაწერის სისქე ხსენებულ ალაგას I სტ. უდრის.

ქვედაყბის უფრო გამოდრეკილ წინაზედაპირზე, შემაღლების არეში მოსჩანს აშკარა მწვანე ფერის სიმსივნური ქსოვილი, არც ისე შესამჩნევად შემოსაზღვრული, ოდენობით ვერცხლის აბაზიანისა.

მაგარი გარსი დაჭიმული. მის სისქეში, მარცხენა თხემისა და შუბლის საზღვარზე, მომკვრივო კონსისტენციისა და მწვანე ფერის კვანძი აღინიშნება მტრედის კვერცხის ოდენა.

მკერდის ძვალს აღწევს მარცხენა მე-V მე-VI—ნეკნთა ბოლოების გარეხედაპირზე განვითარებული სიმსივნური ქსოვილი, მწვანე ფერის, სივრცით ვერცხლის აბაზიანის ოდენობისა. მარჯვენა მე-III ნეკნის ბოლოზე, აგრეთვე გარეხედაპირზე—დახლოებით ასეთივე ოდენობის სიმსივნური ქსოვილი მწვანე ფერის. უკანასკნელი სიმსივნური წარმონაქმნი აგრეთვე მეზობელ ნეკნთაშუა სივრცეშიც გადადის.

გული ჩვეულებრივი ოდენობის. ეპიკარდიუმის ქვეშ წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. **სახულებსა და დიდი ბრონქების** ლორწოვანის ქვეშ წერტილოვანი სისხლჩაქცევები.

ფილტვი ორივე მოქნილია; განაკვეთზე ზედაწოლისას ქაფიანი სითხის დიდი რაოდენობა გამოდის.

კუჭის ლორწოვანი მორუხო ვარდის ფერის; ნაოჭიანობა სუსტად გამოხატული; ნაოჭთა მწვერვლებში წერტილოვანი ხასიათის სისხლჩაქცევები.

წერილ და მსხვილ ნაწლავთა ლორწოვანი გასქელებული, მოფენილი ლორწოს საკმაო რაოდენობით.

ღვიძლი გადიდებულია (წონა: 2100,0); სამი თითის დადებით სცილდება ნეკნთა რკალს; ჩვეულებრივი კონფიგურაციისა; განაკვეთზე—მოყვითალო ელფერის.

თირკმლებ საშუალო ოდენობის და კონსისტენციისა. კაპსულა სცილდება პარენქიმის დაზიანებით. მარჯვენა თირკმლის კაპსულის სისქეში მწვანე ფერის მომკვრივო ხუთი კვანძი ოდენობით ხორბლის მარცვლიდან თხილის კაკლამდე. მარცხენა თირკმლის კაპსულის სისქეში სამი ასეთივე კვანძი დაახლოებით იმავე სიდიდის. თვითონ მარცხენა თირკმელშიც აღინიშნება სამი მწვანე ფერის სიმსივნური კვანძი თხილის კაკლისა და უფრო ნაკლები სიდიდის. ქერქოვანი ფენა—გასქელებული და მკრთალი. ორივე თირკმლის ფიალებსა და მენჯებში—შედეგებული სისხლის მასა, შარდის ბუშტშია; მენჯებში წერტილოვანი სისხლჩაქცევები.

საშოს ლორწოვანი ციანოზური.

საშვილოსნოს ლორწოვანი მკრთალი ფერის.

ორივე საკვერცხეში გამჭვირვალე სითხით ამოვსებული ღრუები.

ელენთა გადიდებულია (წონა—700,0; სიგრძე—20 სტ., სიგანე—10, სისქე—3,5), ოთხი თითის დადებით სცილდება ქვემოდ ნეკნთა რკალს; წილადვანია; განაკვეთზე—მუქი წითელი ფერის. ანაფხეკის საშუალო რაოდენობას იძლევა.

პერიტრაქეალი, პერიბრონქიალი და მეზენტერიული კვანძები გადიდებული, განაკვეთზე მომწვანო ფერის.

შინაგან სეკრეციის ჯირკვლების მხრივ—არავითარი ღირსშესანიშნავი. ანატომიური დიაგნოზი: Neoplasma malignum (Chloroma) periostei cranii, protuberantiae mentalis et costarum, lymphoglandularum peritrachealium, peribronchialium et mesenteriale, durae matris, subcutanei regionis thoracis et abdominis. Hyperplasia medullae ossium. Lien subleukaemiam. Chloroleukaemia. Haemorrhagiae punctatae epicardii et mucosae ventriculi. Cyanosis et oedema pulmonum. Oedema meningum et cerebri. Haemorrhagiae mucosae pelvis renum et vesicae urinariae. Tuberculosis petrificata lobii medii pulmonis dextri. Cystomata ovariorum. Degeneratio parenchymatosa et adiposa myocardii, hepatis et renum.

მიკროსკოპული გამოკვლევა:

ქსიმისიონური კვანძები: მაგარი გარსის, თირკმლის კაპსულის, ნეკნთა და თავის ქალას და ნიკაპის ხორკლიან შემადგენლების ზედაპირების.

შენების საძირკვლები ყველა ხსენებულ წარმონაქმნებისათვის თითქმის ერთსახოვანი სტრუქტურისაა. თანაც აქვე უნდა დაურთოთ, რომ ძვლისაზრდელას არ სცილდება და ძვლის სისქეში არ ვრცელდება სიმსივნური კვანძები თავის ქალასი, ნეკნების და ნიკაპის ხორკლიან შემადგენლისა. და ასე ამგვარად, ამ კვანძებთან ერთად ყველა ზემო ჩამოთვლილ კვანძთა ლოკალობა—შემავრთებელქსოვილოვანია.

შედგება: ჰემატოქსილინ—ეოზინი, van-Gieson, ბერლინის ლაჟვარდზე.

ყველა პრეპარატის უმეტესი ნაწილი დაკავებულია მომრგვალო ფორმის უჯრედოვან ვლემენტების დიდი რაოდენობით. თვითი უჯრედი 4—5-ჯერ დიდია ერთიროციტზე. ბირთვი უფრო ხშირად მრგვალია, ზოგჯერ ცოტაოდენ ჩაზნექილიც, ან დაღარული. ბირთვები ალაგ მდიდარია ქრომატინით და ალაგ შედარებით ღარიბი. პროტოპლაზმის არშია შედარებით ფართოა. მარცვლოვანობა, გარდა ეოზინოფილურ მარცვლოვან უჯრედებისა, არ ეტყობა. უჯრედების უმეტესობა ნეიტროფილები (იქა-აქ ბაზოფილებიც). უჯრედებს შუა მოთავსებულია შემავრთებელი ქსოვილი, ზოგან ასე თუ ისე მსხვილი კონების სახით, ზოგან—ცალკეულ ბოჭკოებისა. დალაგება მათი—სხვადასხვა მიმართულებით. დაფანტულ სისხლის მილებს ზედმი-

წევნით თხელი კედელი აქვს, და მათ სანათურში თითო ოროლა ფორმიანი ელემენტი მოიპოვება.

ჩვენ აქ ხაზი გვინდა გავუსვათ განსაკუთრებით მაგარი გარსის კვანძის შენობას, როგორც ტიპს.

Dura-ს სიმსივნურ კვანძში შემავრთებელ ქსოვილოვანი კონები ზოგან ჰიალინურად გადაგვარებულია. კონები—თითქმის დაკვალული (კვანძები—ერთმანეთს გასწვრივი), შიგ—მწკრივად ჩალაგებულია (ჩამწკრივება ზოგან ერთფა, ზოგან ორფაც და მეტიც) დიდბირთვიანი უჯრედოვანი ელემენტები, ზოგან გვერდმიჭკულეტილი და მრავალწახნაგოვანად ქცეული. კედელი მაგარი გარსის დაცხრილულია, ბადესა ჰქმნის, ზოგან გასწვრივს, ზოგან განივხლოვანს, და ამ ზოლებს შუა არის სწორედ ზემოლნიშნული უჯრედები ჩალაგებული, ზოგან ჯგუფურად, ზოგან (უფრო ხშირად)—მწკრივობისაკენ მიდრეკილებით. შემავრთებელ ქსოვილოვან სწვრივ კონებში იქა—აქ მოზრდილი სისხლის მილი, ირიბად და განივად გადაკვეთილი. მათ სანათურში, უფრო კედლისაკენ მიწევით, თითო— ოროლა ფორმიანი ელემენტი და უფრო მეტი—ზემოაღწერილი უჯრედები: დიდრონი, მრგვალი ან ოვალური, ზოგან ოდნავ ან კარგა ჩახნეილი დიდი ბირთვით. მაგარი გარსის შიგნითა ზედაპირისკენ პრეპარატი თითქოს კვლავ იბრუნებს შერთულ ბოკოვან შენობას, მაგრამ, მთლიანობის აღდგენას არსადაც მაინც ადგილი არა აქვს, და ამგვარად იგი ბოლომდე დარღვეულია.

მაგარი გარსი კვანძისავე შენებისა, ყველა დანარჩენი სათაურად ზემოჩამოთვლილი სიმსივნური მწკრივ დაინფილტრატების ადგილები. ოდნავ გასასხვავებელია მხოლოდ თირკმლის საკუთარი კაპსულა: ცალკე ბოკოვებად და წვრილ კონებად სრულიად დარღვეულ (კვანძის არეში) კაპსულის შემავრთებელ ქსოვილოვან ბადეში უფრო ხშირად მ კრივად ჩალაგებულ სიმსივნურ ელემენტთა შორის მრავლად აღინიშნება მიმოფანტული მორუხბო—მოწაბლისფერო პიგმენტოვანი მარცლოვანობა (ჰემოსიდერინი).

თირკმლის ან თალში სიმსივნური კვანძი თირკმლის ქერქშია მოთავსებული, უშუალოდ საკუთარ კაპსულის ქვეშ. სიმსივნურ წარმონაქმნსა და პარენქიმას შორის სახლვარი მკვეთრად არ აღინიშნება. სიმსივნური ნაწილი უკვე ზემოაღნიშნულ ხასიათის უჯრედებისაგანაა აშენებული. საშარდე მილაკები დარღნილია თითქოს დანაგლეჯებად ქცეული: გაფანტული მოვარდისფერო კუნძულებად. გორაკები ხელუხლებია. არც თუ თითქოს საღი ქსოვილია სიმსივნურ კერის ახლოს გადარჩენილი: მილაკებს შუა—კრიალოსანივით (ერთფა ან ორფად) წყობილი სიმსივნური უჯრედები. გადაკვეთილი მოზრდილი არტერიული სისხლის მილი გამოვსებულია ზემოაღნიშნულ (Dural) სიმსივნურ უჯრედოვან ელემენტებით. მილაკთა კედლებში—მოწაბლისფერო მარცლოვანობა (ჰემოსიდერინი). პარენქიმატოზული გადაგვარება.

ლიმფური კვანძები. პარენქიმა შეცვლილია. სახეუცვლელია მხოლოდ შემავრთებელ ქსოვილოვანი კაპსულა. ჯირკვლის შეცვლილ პარენქიმის ადგილას—ალაგ ჯგუფად და ალაგ მწკრივად დალაგებული დიდი და ოდნავ ჩახნეილ ერთ ბირთვიანი უჯრედოვანი ელემენტები (როგორც ზემოაღწერილ სიმსივნურ კვანძებში). სინუსებში გარდა ამისა ჩამოფტქენილი ენდოთელიუმიც. სიმსივნურ უჯრედებს ვარედ—მარცლოვან პიგმენტის (ჰემოსიდერინი) დიდი რაოდენობა. ფოლიკულები შენახულია, და მათი ოდენობა და ურთიერთდამოკიდებულება აღსანიშნავად შეცვლილი არ არის. ფოლიკულებს შუა ნაწილობრივ ჰიალინურად გადაგვარებული შემავრთებელი ქსოვილი (ხარისხების სახით).

ელენთა. პულპა—ზედმიწვენიტი ჰიპერპლაზიური, დიდ და ხშირად ჩახნეილ ერთბირთვიან უჯრედთა მოსახლეობით. გარეგნულობა ამ უჯრედებისა იკვივა, რაც უკვე აღწერილ სხვა სიმსივნურ კვანძებში; დალაგება—ცალკეული და არასოდეს ჯგუფური. მათ შორის ეოზინოფილურ მარცლოვანობის ლეიკოციტები ნახლენ ბირთვებით და დიდი რაოდენობა მოწაბლისფერო მარცლოვან პიგმენტის (ჰემოსიდერინისა). ხარისხები და კაპსულა გასქელებული და ჰიალინურად გადაგვარებული.

ღვიძლი. ღვიძლის ქსოვილში ზემოდაწერილ (ლიმფური კვანძები, ელენთა) დიდ ერთბირთვიან უჯრედთა ჯგუფები წილაკებს შუა, აგრეთვე ინტრატრახეკულარულად—დალაგება—მწყობრი ხშირად, შემავრთებელ ქსოვილოვან ბოკოვებს შორის. მოსახლეობა: მრგვალი, მრავალწახნაგოვანი. ალაგ—მომცრო ლიმფოციტების გარეგა. პიგმენტოვანობა ზემოაღწერილ ხასიათისა.

ღვიძლის უჯრედები ატროფიული, განსაკუთრებით სიმსივნურ უჯრედთა დაგროვების ადგილებში. კაპსულა შედარებით გასქელებული.

ძვლის ტვინის როგორც დიაფიზარ ისე ეპიფიზარ ნაწილში დიდრონ უჯრედთა მომეტებული რაოდენობა ქრომატინის ძაფების საკმარის რაოდენობით შემცველ დიდ ბირთვებით. მსახულობა მათი — იგივე, რაც ელენთაში და სხვა სიმსივნურ კვანძებში (დიდი უჯრედები ხშირად ოდნავ ჩაზნექილ დიდი ბირთვით). სულერთიან, თითქმის ეოზინოფილური მარცვლოვნობა.

თავის ტვინის ქსოვილში სისხლის მილები, როგორც მცირე, ისე მოზრდილი კალიბრისა, გამოვსებულია დიდრონ ერთბირთვიან (ხშირად ჩაზნექილ) უჯრედებით. მოსახულობა და სხვა თვისებები მათი — იგივე, რაც ლიმფურ კვანძებსა და სხვა ორგანოებში აღწერილ სიმსივნურ უჯრედებისა. სისხლის მილები გაგანიერებულია, ლიმფური ნაპრალებიც.

დასკვნითი მიმოხილვა

1. საერთო აღნაგობა. გაკვეთამ ჰყო მხოლოდ აშკარად ქეშმარიტი დაავადება: სხეულის სხეადასხვა უბანში ფესვმოკიდებული სიმსივნური მწვანე ფერის კვანძები უსათუოდ ქლორომის ბუნებას ამხილებდა. და სწორედ იგივე დაადასტურა მიკროსკოპულმა გამოკვლევამაც. სიმსივნურ წარმონაქმნთა უმეტესი ნაწილი წარმოდგენილია მიელოციტის ტიპის უჯრედებით, ხოლო თავის რიგად ამ უჯრედთა უმთავრეს რაოდენობას ნეიტროფილები შეადგენს, მნიშვნელოვნად ნაკლებს — ეოზინოფილები. ღვიძლში — მიელოიდური ხასიათის მთელი უბნები. ელენთაშიაცა და ლიმფურ კვანძებშიც — პროცესის მიელოიდური ბუნება, გაშლილი და სათავენახული ფოლიკულებს გარეშე. და ყველა ეს კი ზოგი რამ ქლორომის სათვისოდაა მიჩნეული, — უფრო უკანასკნელი მოვლენა (Lehndorff), — ზოგიც — მიელოიდურ ლეკემიისა და ავთვისებიან ანემიისა (Meyer, Heinecke). უდავო უნდა იყოს ერთი რამ: ჰისტოლოგიურად ჩვენა გვაქს მიელოიდური ხასიათის სისტემური დაავადება ყველა სისხლმბად ორგანოებში (და აგრეთვე სხვა ორგანოებშიც).

2. ლოკალიზაცია. თანახმად მიელოგენურ წარმოშობისა თვით ძვლის ტვინის შემდეგ უკვე ქლორომის ექსტრამედულარი მიდრეკილება ახასიათებს — ჩონჩხის ირგვლივ; — უმთავრესად უნდა ეღებოდეს ჯერ ლიმფატიურ ჯირკვლებს (Helly).

განსაკუთრებით საყვარელი ადგილები უნდა იყოს მისთვის ქალას ძვლები (საკუთრივ თვალბუდის არეები: — Pfeffer, Parriot de Gallois, Rotschild, Sauer, Минц და სხ.) და გულის ყაფაზის (ხერხემალთან ერთად) ძვლები (Pfeiffer, Sauer, ჩვენი შემთხ. და სხვა) პერი — პაროსტალ ზრდისაკენ მიდრეკილებით (და ეს მოვლენა კი შემთხვევათა უმრავლესობით არის წარმოდგენილი). მაგრამ როგორც ჩანს მისგან ისეთი ორგანოც კი ვერ არის გადარჩენილი, როგორც მაგ. გულია (Mieremet), ან კიდევ ფარისებრ ჯირკველი (Trevithick, Sauer), სარძევე ჯირკვლები (Simon), მაგარი გარსი (Höring, Pfeiffer, Rotschild, Trevithick, Sauer, ჩვენი შემთხ.), თირკმელები (Sauer, ჩვენი შემთხ.).

გვარები მე აქ ნიმუშად მომყავს, თორემ პათოლოგურ — ანატომიურ გაკვეთას ჯერ იშვიათად თუ სადმე დაუდასტურებია ქლორომის დაბუდება მარტო ერთ რომელიმე ამოჩემებულ ალაგას.

3. ფერის შესახებ ერთი მკვიდრი აზრი არ არსებობს ღღემდე. შესაძლოა თურმე—მწვანე ფერი არც აღინიშნებოდეს: შეუღებავი ქლორომა (Helly, Пожариский). ისიც არის ხოლმე, რომ ჯირკვლების მხოლოდ ნაწილი დარჩება მწვანე შეღებილობის (Никифоров). და ალბად ეს დაედო სარჩულად ზოგიერთის მიერ მიღებულ აზრს—თითქოს ფერი არც შეიძლება ჩაითვალოს დაავადების არსებით მოვლენად (Sternberg, Sauer), ან კიდევ ის, რომ მწვანე ფერი თითქოს სისხლბად ორგანოთა დაავადების ჩვეული მოვლენა უნდა იყოს. (Weinberger, Pappenheim). მაგრამ საექვოა, რომ ლევეემიის დროს აღნიშნული მომწვანო ძვლის ტენი შეედრებოდეს ფერით ქლორომის ბალახისებრ სიმწვანეს (Helly). მიუხედავად ამისა, ბევრი მაინც დიდ მნიშვნელობას აკუთვნებს ქლორომის ფერს, და ბოლოსდაბოლოს მაკროსკოპულად გამოსაცნობი ასეთი თვისების მსგავსი რომელიღაცა?! თუ რა წარმოშობს დამახასიათებელ ფერს, რაზე დამოკიდებული მისი სამკვეთრე?—ამის შესახებ აზრი და ჰიპოთეზებიც (ცდებისა და კვლევის შედეგი) მრავალია; ა) აქ შეღებილობა დიფუზურია, პარენქიმატოზური (Virchow, Recklinghausen); ბ) შესაძლოა მწვანე ფერი უჯრედებში მოქცეულ მარცვლების (ლიპოიდური პიგმენტი) ბრალიც იყოს, ცხიმზე რომ იძლევა ყველა შესაფერ რეაქციას (Weffer, Chiari, Sukanuma, Пожариский); პიგმენტის გამომემუშავებელ მიკრობებზე უნდა იყოს დამოკიდებული (Lung, Pope, Reyhold,—Sauer); დ) ჰემოგლობინის შეცვლის შედეგი არის (Waldstein); ე) ცილის დაშლის ნაწარმი არის (Raman); ვ) ჩირქს ნათესაობს (Ascanazi, Dietrich, Recklinghausen); ზ) საქმე გვაქვს რკინის განსაზღვრულ რაოდენობისა და სულფიდის ურთიერთდამოუკიდებულებასთან (Kossel, Giess).

4. ასაკის არჩევანი. განსაკუთრებით ამორჩეული ასაკი უნდა იყოს—მოზარდი და საერთოდ პირველი ათეული წლები (ეს თითქმის ყველასაგან მიჩნეულია). მაგრამ ქლორომა 37, 45 და 55 წლის ასაკშიც არის აღნიშნული (Мишц, Fabian, Sternberg).

ქლორომას XIX საუკუნის პირველი ნახევრიდან იცნობენ. მას აქეთ მთელი ათეული წლების განმავლობაში (ნახევარ საუკუნეზე მეტი) ქლორომას ისე ასწერდენ როგორც (ლიმფომატოზს), ლიმფოიდს (Huber—1878, Waldstein—1883, Recklinghausen—1885, და სხვა). ქლორომატოზულ წარმონაქმნთა მიელოიდურ-ქსოვილოვანი არქიტექტურის ცნობა კი 1903 წ. მოდის (Türk-ს, ყველაზე პირველს, მიჰყვა შემდეგ Klein und Steinhaus—1904, Sternberg—1904, Weinberger—1907, Port und Schutzer—1907, Fabian—1908, Paulicek und Wutscher—1911, Simon—1912, Sauer—1914 Mieremet—1914 და სხვა). საქმე იმით ხომ ვერ გათავდებოდა, რომ ქლორომისათვის ლიმფოიდური ბუნების გარდა მიელოიდურიც მიეკუთვნებინათ, ანდა, უფრო მეტიც, ეს უკანასკნელი რომ მიელოთ უმრავლეს შემთხვევისათვის (Sauer-ი ფიქრობს, მაგ., რომ ყველა ძველი დიდლიმფოციტარულად მიღებული შემთხვევებიც ალბად მიელოციტარული იყოფო; Saltykov-იც იზიარებს ამ აზრს, და მიზღვს ძველ მეცნიერთა გაურკვევლობაში ხედვას):—ეკვი შეიპარა ქლორომის დამოუკიდებელ სიმსივნურ თვისებაში (ქლორომას წინად მხოლოდ ავთვისებიან სიმსივნურ თვისებებს აკუთვნებდენ). Waldstein-მა პირველმა აღნიშნა (1883) სისხლის სურათის ლევეემიუ-

რობა, და საკუთარი შემთხვევა ქლორომისა და ლევეკემიის კომბინაციად ჩასთვალა. მალე (1885) Recklinghausen-მაც დაადასტურა ქლორომისა და ლევეკემიის აზლობელობა, და დაავადების არსს იგი სიმსივნის ლიმფომატოზურ აღნაგობაში ხედავდა, გავრცელებულს უმთავრესად ლიმფურ ქსოვილში. მალე უაღრესად მწვავედ დადგა საკითხი ქლორომის მელიოდურ თუ ლიმფატიურ ბუნების შესახებ. მწვავედ წამოიჭრა აგრეთვე საკითხი მწვავე ლევეკემიის ინფექციურ ხასიათის შესახებ. მაგრამ ყველა ამას გამოიჩინილ. მკვლევართა აზრი ასე პასუხობს: კიდევ ბევრი და საფუძვლიანი კვლევა და შრომები მოუხდება იმის გამორკვევას, თუ რამდენად სარკომატოზს უნდა მივაკუთნოთ ქლორომა და რამდენად ლევეკემიასო (Weinberger და სხ.).

მაგრამ ზოგი მათგანი, იღებს რა მხედველობაში ამ პროცესის ერთის მხრივ ლევეკემიასთან ნათესაობს, მეორეს მხრივ ვერც სიმსივნურ წანაზარდების უარყოფას სთვლის შესაძლებლად, და ბოლოს ასკენის, რომ ეს კომბინაციაა ორივესიო (Weinberger, Sauer). Weinberger-ი ამასთანავე ხაზს უსვამს ლევეკემიისმგვან მიმდინარეობას კლინიკურად. ზოგი კიდევ მართალია ქლორომის დიდ დანათესაებებს მიიჩნევს ლევეკემიასთან, მაგრამ ამავე დროს მისთვის მაინც განკერძოებულ ადგილის მინიჭებას მოითხოვს (Askanazi, Saltykov, Helly). ამ უკანასკნელს სულაც არ აკვირებს ის გარემოება, რომ ქლორომას ზოგიერთები გადაჭრით ანიჭებენ სიმსივნურ ბუნებას (Sternberg, Saltykov), და ფიქრობს იგი—არც სხვას ვისმე უნდა გაუკვირდეს ეს, ყველა იმას, ვინც კი ლევეკემიას სიმსივნეებს დაუახლოვებს და არა უბრალო პიპერპლაზიას; მით უმეტეს ღირსია, მისი აზრით, სიმსივნურ ხასიათის მინიჭებისა ქლორომა. და სულაც არ უკვირს მას, როცა ლევეკემიისა თუ ქლორომის სიმსივნურ ბუნების შესახები კრიტიკა გამოსთქვამს აზრს, რომ აქ საქმე ეხება სისტემის დაავადებას. არსებობს სხვა სისტემის სიმსივნის მაგვარი დაავადება, მაგ. ნერვულ სისტემის,—მაშ რაღად უნდა გაგვიკვირდეს ჰემატოპოეზურ სისტემისაო?! Sternberg-ი სარკომატოზს აკუთვნებს ქლორომას, და მის დამახასიათებლად ინფილტრაციულ ზრდასა და მაკროლიმფოციტარ შენებას ასახელებს, მაგრამ ამ სისტემაში ქლორომის ზოგიერთი შემთხვევა შეგვიძლია მოვამწყვდიოთ და შეგვიძლია—სულაც არა (Sauer). ლევეკემიის განსაკუთრებულ სახედ მიაჩნია ქლორომა Fabian-ს, Johanson-სა და Moritz-ს. Askanazi იზიარებს ქლორომის ლევეკემიისა და ძვლის ტვინის სიმსივნეთა შორის მომწყვდევას, და ამის გამო გვიჩვენებს ვარჩევდეთ ერთმანეთისგან მწვანე სიმსივნურ ლევეკემიას (სახელი: ქლორომლევეკემია) კვანძებს რომ არ წარმოქმნის ისეთისაგან (სახელი: ქლოროლევეკემია). Saltykov-ს, პირდაპირ გადამეტებულად მიაჩნია ზოგიერთის აზრი, ქლორომას რომ უბრალო ლევეკემიად სთვლის (Türk, Weinberger, Klein und Steinhaus, Port und Schütz), და მისი აზრით ასეთი შეხედულების გამოტანა იმის ბრალია, რომ თავის დროზე მწვანე ფერი ერთ რაღაც სულ უბრალო მეორეხარისხოვან მოვლენად მიიჩნიეს (Waldstein, Recklinghausen, Weinberger, Klein und Steinhaus, Sternberg Port und Schütz და სხ.).

მაგრამ [ა] ფერს გარდა ლევეკემიისაგან ქლორომის გასარჩევად ბევრისაგან მიჩნეულია უკანასკნელის მიერ [ბ] ძვლისაზრდელას ამორჩევა (Heiden-ით 37

შემთხვევიდან 29-ში ადგილი ჰქონია ქალას (პერი-პაროსტალ) დაზიანებას ქლორომის მიერ [და [გ] ავთვისებიან სიმსივნისებურ ინფილტრაციულ (დესტრუქციულ) ზრდისაკენ მიდრეკილება (Saltykov, Klein und Steinhaus, Sternberg, Helly, და სხვ.). ამათვე უნდა მიემატოს უპირატესად ახალგაზრდა ასაკის ამორჩევა. (ჩვენს შემთხვევაში არცერთი დასახელებული თვისება არ იყო გამოთიშული. აღნიშნავენ, რომ არის თითქოს ისეთი შემთხვევები, როცა არც პაროსტალი ზრდა ჩანს და არც მისი მწვანე ფერი; ასეთ შემთხვევებში ქლორომის გამოცნობა შეუძლებელი დარჩება (Helly).

თითო ოროლა მკვლევარი თუ სადმე გამოერევა, რომეოსაც უჭირს ქლორომისათვის სიმსივნურ ბუნების მინიჭება, თორემ უმრავლესობას დიახაც გვერდი ვერ აუხვევია ამ მოვლენისათვის: ყველას მსჯელობის საგანია ქლორომის სიმსივნური საწყისი (სისხლბადი ორგანოები), ნათესაური მიელომებთან, და მეორადი კვანძები (შინაგან ორგანოებშიც).

ქლორომა რომ უფრო სიმსივნეებს უახლოვდება, ვიდრე ლევკემიას, ამას ბევრი მეტად გაბედულადაც აღიარებს (Sternberg, Pappenheim, Saltykov, Helly და სხვ.), მაგრამ ვინაიდან დასაყრდენი ჯერ ძირმაგარი ვერაა, ამიტომ სახელიც ვერ ეღირსა საფუძვლიან დასაბუთებას: — „ლიმფომა“ და „ქლოროლიმფომა“ (Wadstein), „ქლოროსარკომა“ (Höring, Riesel), „ლიმფოსარკომატოზული ქლორომა“ (Türk, Paltauf), „ქლოროლევკოსარკომატოზი“ (Sternberg), მასვე ეკუთვნის „Chloromyelosarcomatosis“ (ლიმფოსარკომებისადმი და მიელოსარკომებისადმი მიკედლება), — „ქლოროლიმფოადენოზი“ (Lehdort), „ქლორომა“ უბრალოდ (Saltykov). ეს უკანასკნელი მართალია იზიარებს ქლორომისა და ლიმფოსარკომის შუა არსებულ ანალოგიებს, უფრო შორს წასულს, ვიდრე ეს ქლორომისა და ლევკემიის შორის არსებობს (უმთავრესი: ქლორომის ფესვმოკიდება არათანაგვარ ქსოვილებშიაც), მაგრამ ლიმფოსარკომის გამაუცხოვებელ არაუმენტად პოლიმორფიულ უჯრედოვნობა მოჰყავს (ქლორომის სურათი კი უმეტესწილ ტიპური: ლიმფოციტები ან მიელოციტები).

რაც შეეხება ქლორომის ელემენტების არსებობას სისხლში, Sternberg-ისა და Saltykov-ის აზრით, ეს უდრის იმ მდგომარეობას, რომელიც გულისხმობს საერთო ლიმფოციტურ და მიელოიდურ ქსოვილის დაავადებისას მათი ელემენტების სისხლში გამოსვლის შესაძლებლობას. ამიტომ ქლორომას ლევკემიას ვერ უწოდებთ (Saltykov), და ჩვენც სახელს „ქლორომას“ ვიზიარებთ, ამ სახელს ბევრი რამ ამართლებს (ფერი, თავისებური ამორჩევა ძვლისაზრდელასი, სიმსივნეებისაკენ მიკედლება ავი თვისებით).

დასკვნები: 1) ქლოროლევკემია სიმსივნეა უფრო, უსათუოდ ავი თვისების, და ლევკემიასთან მისი ნათესაობა იზრდილება ბევრი საკუთარი სპეციფიური ნიშნით, და ამ უკანასკნელი დაავადების (ლევკემიის) თვისებათა გაგების ტევადობის საზღვრებს დიდად სცილდება იგი.

2) სიმსივნურ კვანძებში სიმსივნურ ელემენტთა უმეტესწილ მწკრივული („კრიალოსნისებრი“) დალაგება ჩვენ უსათუოდ ქლორომის საკუთვნო თვისებად მიგვაჩნია.

3) დამახასიათებელი წყობა სიმსივნურ უჯრედებისა უფრო აშკარაობს შემავრთებელქსოვილოვან წარმონაქმნებში.

ლიტერატურა.

- Carl Sauer, Ein Beitrag zur Kenntnis des Chloroms: *Virchows Archiv f. Pat. An. u. Phys. u. f. klin. med.* B. 215. Hef. 3. 1914.
- Mieremet, Ein Klinisch unter dem Bilde eines malignen Tumors verlaufender Fall von myeloischem Chlorom: *Virchows Archiv* B. 215. Hef. 3. 1914.
- ქურნალიდან—*Zentralblatt für Allgemeine Pathologie u. Pathologische Anatomie.*
- Johannson und Moritz, Ein Fall von Chloroleukämie: XX. 1909.
- Fabian, Ueber lymphatische und myeloische Chloroleukämie: XIX. 1908.
- Höring, Ein Beitrag zur Kenntniss des Chloroms: IV. 1893.
- Smidt, Ueber einen Fall von Chlorom: VIII. 1897.
- Pyriot de Gallois, «Chloroma d'Aran»: VIII. 1897.
- Trevithick, A case of chloroma, with clinical history and account of post-mortem appearances: XIV. 1903.
- Klein und Steinhaus, Ueber das Chlorom: XV. 1901.
- Sternberg, Zur Kenntnis des Chloroms (Chloromyelosarcom): XVI. 1905.
- Port und Schütz, Zur Kenntniss des Chloroms: XIX. 1908.
- Weinberger, Ueber lymphoides und myeloides Chlorom, sowie dessen Beziehungen zur lymphoiden und myeloiden Leukaemie: XVIII. 1907.
- Pfeiffer, Über das Chlorom des Schädels, ein typisches Krankheitsbild: XVIII. 1907.
- Trevithick, The green pigmentation of the tissues in Chloroma: XIV. 1903.
- Helly, Leukämien: Handbuch d. speziel patholog. Anatom. u. Histolog. herausgegeben v. Henke und Lubarsch.
- Waldstein: *Virchows Archiv.* 1893.
- Naegeli, Lehrb. d. Blutkrankheit u. Blutdiagn. 1912.
- Ribbert, Lehrb. d. Allgem. pathol. u. d. Pathol. Anatomie 1922.
- Tendeloo, Allgemeine Pathologie. 1925.
- Kaufmann, Lehrb. d. Spec. Pathalog. Anatomie. 1911.
- Borst, Blastome (Aschoffs Lehrbuch. Pathol. Anat.).
- Schridde, Die Blutbereitenden Organe (Aschoff's Lehrb. Pathol. Anat.).
- Кишениский, Myelosarcomatosis. 1911.
- Минц, К вопросу о хлоромах: *Врач. дело.* 1911, № 11.
- Никифоров, Основы патологической анатомии. Ч. I и II.
- Пожариский, Основы патологической анатомии, ч. II. 1923.
- Sternberg, Blutkrankheiten (Handbuch d. Spez. pat. Anat. u. Histol. herausgeg. v. Henke u. Lubarsch.).
- ქურნალიდან—*Verhandlungen d. Deutschen Patholog. Gesellschaft.*
- Ernst, Über den Farbstoff des Chloroms: XVIII. 1921.
- Fraenkel, Über die sogenannte Pseudoleukämie: XV. 1912.
- Saltykov, Beitrag zur Kenntnis des myeloischen Chloroms: XIII. 1909.
- Sternberg, Ueber eine sogenannte «atypische Leukämie».

ГРАМИТОН АСАТИАНИ.

Случай хлоролейкемии.

(Из Патолого-Анатомич. Института Тифл. гос. Мед. Инст. Заведывающий—проф. В. К. Жгенти).

Автор описывает редкий случай хлоромы миелоидной природы наблюдавшейся на вскрытии 23 летн. девушки, которая за 1½ месяца до смерти заметила опухание нижней челюсти в области подбородочного возвышения, каковое скоро исчезло благодаря лечению рентгеновскими лучами. Но скоро опухание некоторых сосудов, боли и чрезмерное исхудание привели ее в больницу. Клинически—гематурия и тяжелое малокровие. Только вскрытие обнаружило действительное заболевание: зеленые узлы хлоромы в различных частях тела (надкостница черепа и ребер, подбородочное возвышение, твердая мозговая оболочка, почки и их капсула). Микроскоп же констатировал миелоидную природу заболевания и характерное расположение (в ряд) хлороматозных клеток. Автор разделяет мнение тех авторов, которые хлороме на ряду с лейкемическими приписывают много существенных опухлевых свойств. По его мнению, тенденцию хлороматозных клеток располагаться чаще всего в ряд, в роде «четок», в особенности в соединительнотканых построениях, нужно считать неотъемлемым свойством хлоромы.

GRAMITON ASSATIANI

Ein Fall von Chloroleukämie.

(Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Tifliser staatlichen Mediz. Institut-Leiter-Prof. W. K. Jgenti).

Ein sehr seltener Fall von Chlorom myeloiden Charakters, von über 2600 Obduktionen im pathologisch-anatomischen Institut. Leiche eines 23 jährigen Mädchens, das vor 1½ Monaten eine Anschwellung des Unterkiefers im Gebiet der Kinnerhöhung bemerkte, welch erstere bald nach einer Behandlung mit Röntgenstrahlen verschwand. Jedoch bald darauf meldete sie sich infolge Anschwellung einiger Gelenke, Schmerzen, übermässiger Abmagerung im Krankenhaus. Klinisch—Hämaturie und schwere Blutarmut. Erst die Obduktion ergab die eigentliche Erkrankung—grüne Chloromknoten in verschiedenen Körperteilen (der Schädelknochenhaut und der Rippen, der Erhebung des Kinns, der harten Hirnhaut, der Nieren und deren Kapseln). Das Mikroskop konstatierte den myeloiden Charakter der Erkrankung und die bezeichnende Lage (in Reihen) der chloromatosen Zellen. Der Autor schliesst sich der Meinung derjenigen Autoren an, die neben den leukämischen noch sehr viel wesentliche Geschwulsteigenschaften zuschreiben. Seiner Meinung nach muss die Tendenz der chloromatosen Zellen, sich meistens reihenweise, perlenartig, insbesondere in Bindegewebe, zu lagern, als eine zugehörige Eigenschaft betrachtet werden.

ორდინატობი თ. ყანჩელი.

Маноїлов-ის რეაქცია და მისი გამოყენება სულით ავად- მყოფთა ენდოქრინული სისტემის დისფუნქციის გამო- საკვლევად ¹.

(ფსიქონევროლოგიური ინსტიტუტიდან, დირექტორი პროფ. მ. ასათიანი).

ვაჟისა და ქალის სისხლის ერთი მეორისაგან გასარჩევად Маноїлов-მა მოგვაწოდა რეაქცია. Маноїлов-ი იღებს რამოდენიმე რეაქტივს და მოქმედობს ნახევრად გამსჭვირვალე სისხლის ემულსიაზე: ვაჟის სისხლი უნდა გაუფერულდეს, ქალის სისხლი კი ღებულობს მუქ წითელ ან იის ფერს. Маноїлов-ის რეაქციის უკანასკნელი მოდიფიკაცია ქვევით იქნება აწერილი. ამ მოდიფიკაციით Маноїлов-ი, მისი რწმუნებით, 95%-ში იღებდა დადებით შედეგებს. რეაქციამ ყურადღება მიიპყრო და გამოიწვია დიდი ინტერესი.

ვინაიდან მთელი რიგი ავტორების მუშაობამ დაადასტურა M. R-ის კავშირი შინაგანი სეკრეციის დისფუნქციასთან, ჩვენ დავისახეთ მიზნად გამოვეკვლია ეს კავშირი სულით ავადმყოფებზე და შემდეგში, თუ შესაძლებელი იქნებოდა, გვინდოდა გვესარგებლა შედეგებით დიფერენციალური დიაგნოზისათვის; მით უმეტეს, რომ გამოთქმული აზრის თანახმად შიზოფრენია შედეგია შინაგანი სეკრეციის დისფუნქციისა. და ამის გარდა დეგენერატები, სქესობრივად გაუკუღმართებული ტიპები და ოლიგოფრენიკებიც უნდა მივაკუთვნოთ შინაგანი სეკრეციის დისფუნქციით გამოწვეულ ფსიქიურ ანომალიებს.

M. R-ის შესწავლის დროს ძლიერ სასურველი იყო ზედმიწევნითი სიზუსტე. პირველი 190 შემთხვევა გატარებული იქნა ჯ. ს. კ. ლაბორატორიაში Кунце-ის ხელმძღვანელობით, რომელსაც ვსარგებლობთ ამ შემთხვევით და მადლობას ვუძღვნით. დანარჩენი 160 ავადმყოფი და 41 მოსამსახურე სურამის ახალშენში დავამუშავეთ. ჩვენი მუშაობის დროს ვსარგებლობდით Маноїлов-ის მესამე მოდიფიკაციით, რომლის წარმოებისას იზმარება შემდეგი რეაქტივები: 1% წყლიანი ხსნარი Papayotin-ის (უნდა იყოს Merck-ისა), 1% სპირტის ხსნარი Dahlia Grübler-სა, 1% წყლიანი ხსნარი $KMnO_4$, 40% HCl, და 2% წყლიანი ხსნარი Thyosinamin-ისა. შტანდარტს ვამზადებდით დაახლოვებით 3%-ან Hb ხსნარს. Vagner-ი იღებს სისხლს, რომელიც შეიცავს 2-2½% Hb-ს და აღნიშნავს, რომ განსხვავება ფერის არსებობს უკვე Hb ნახევარ %-ის ხსნარში. მრავალმა ვარიაციებმა დაგვიმტკიცეს, რომ Hb-ს კონცენტრაციის მცირეოდენ შეცვლას მნიშვნელობა არა აქვს. ამავე აღნიშნავს Щеллова. Papayotin-ს და $KMnO_4$ -ს ვამზადებდით ex tempore. რეაქციის წარმოებისას დატული იყო შემდეგი პირობები: 1). ვიღებდით ორ სინჯარას (მეორეს საკონტროლოდ); 2). ვუწევდით კონტროლს რეაქტივებს; 3). ვუწევდით კონტროლს სისხლის კონცენტრაციას; 4). თუ რეაქცია იძლეოდა ნაღვეს—ვაკ-

1) მოხსენდა ფსიქონევროლოგიურ სექციას.

ლებდით HCl-ის რაოდენობას და უმატებდით Thyosinamin-ს. არსებობს რეაქციის ორი კორექტურა, პირველი კორექტურა: Papayotin-ის გარდა ყველა დანარჩენი რეაქტივები მთლიანად, ან საღებავის და HCl-ის დაკლებით. მეორე კორექტურა: ერთი წვეთი Methilen-Blau და რამოდენიმე წვეთი $KMnO_4$. თუ რეაქცია იყო საეჭვო, ვაწარმოებდით პირველ კორექტურას, ან ვიმეორებდით რეაქციას ახალ სისხლზე და, რომელი რაოდენობაც სჭარბობდა, მას აღენიშნავდით. კონტროლის შემდეგ ვაწარმოებდით თვით რეაქციას Маноїлов-ის მიერ მოცემულ უკარასკნელი მოდიფიკაციით: 2 სინჯარაში 2—2 კბ. სანტ. სისხლის ემულსიისას ვაწვეთებდით 10 წვეთ Papayotin-ს, 2 წვეთს Dahlia Grübler-ის საღებავს, 10 წვეთ $KMnO_4$, 4 წვეთ HCl-ს, 5 წვეთს Thyosinamin-ს. პარალელურად Papayotin-თან სურამის ახალშენში რეაქციას ვაწარმოებდით Pepsin-ითაც; მივიღეთ დადებითი შედეგები. Pepsin-ი რამოდენიმე დღისა რეაქციას არა სცვლიდა. $KMnO_4$ მეორე დღეს საჭიროებდა 5—6 წვეთის აღებას. 10 წვეთი რეაქციას სცვლიდა. უნდა ითქვას, რომ ხშირად შეგვხვებოდა ძველი 1—2 კვირის სისხლის გასინჯვა პარალელურად ახალ სისხლთან (იმავე ავადმყოფის). რეაქცია ერთი და იგივე მიგვიღია. ამის გარდა ერთი და იმავე ავადმყოფის სისხლი დახლოვებით 10 შემთხვევაში აგვიღია სხვა და სხვა დროს: ერთი თვის, ორი თვის გამოტოვებით, ყოველთვის ვიღებდით ერთსა და იმავე შედეგს.

M. R-ის შედეგებს ვუფარდებდით კლინიკურ დაკვირვებებს. კლინიკურ დაკვირვებებში შევიტანეთ შემდეგი დაყოფა: 1) გვარი და სახელი, 2) ეროვნება, 3) ხელობა, 4) წლოვანება, 5) დიაგნოზი, 6) რამდენი ხნის ავადმყოფია, 7) ავადმყოფობის დაწყების ხასიათი, 8) აწინდელი მდგომარეობა, 9) ცნობიერება, 10) თვითგრძნობა-გუნებგანწყობა, 11) გრძნობითი სფერო, 12) ინტელექტი, 13) ნებითი სფერო, 14) პიროვნება, 15) ფსიქიური კონსტიტუცია, 16) ფიზიკური კონსტიტუცია, 17) შთამომავლობა, 18) სასქესო ორგანოების და შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების მდგომარეობა, 19) დეგენერატიული ნიშნები, 20) შარდის ანალიზი, 21) W. R-ს რეაქცია 22) M. R. 23) Buscaino-ს რეაქცია. აღნიშნული დაკვირვება გატარებული იყო თვითეულ ავადმყოფზე; მუშაობისას უმთავრესი ყურადღება მიპყრობილი იქნა ჩვენი მხრივ შემდეგ მომენტებზე: ფიზიკურსა და ფსიქიურ კონსტიტუციებს, შთამავლობას, წლოვანობას და მათ დამოკიდებულობას დიაგნოზთან. ზემო აღნიშნული წესით დავამუშავეთ 366 შემთხვევა და დანარჩენი მოსამსახურენი¹.

ჩვენს მუშაობაში ადგილი აქვს შემდეგ დაკვირვებებს: შიზოფრენიის ჯგუფიდან შეგვხვდა 188 ავადმყოფი. მათში ქალები—67, ვაჟები—121. 67 ქალში 42 შემთხვევა იყო შებრუნებული ე. ი. მამრობითი რეაქცია, მათში 5 სუსტი მამრობითი; დანარჩენ 25 შემთხვევაში M. R. იყო ნორმალური, $\frac{0}{100}$ -ლად შებრუნებული რეაქციები შეადგენენ 63% ს. მამაკაცების 121 შემთხვევამ მოგვცა 81 დედრობითი რეაქცია, მათში 6 სუსტი დედრობითი, 6-ც სუსტი მამრობითი. დანარჩენმა 40 შემთხვევამ მოგვცა ნორმალური მამრობითი რეაქცია. $\frac{0}{100}$ -ლად შებრუნებული რეაქციები მამაკაცებისა შეადგენს 67%-ს. საერთო რაოდენობა შებრუნებული რეაქციებისა 65%-ია ე. ი. ნებევარზედ მეტია. ზემოდ აღნიშნული გამოსაკვლევი რიცხვიდან—30 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი Psychosis maniaco-depressiva-ს. მათში 18 ვაჟი და 12 ქალი. 18 ვაჟში—11-ს მამრობითი რეაქცია, დანარჩენ 7—დედრობითი რეაქცია. ამ 7-ში: 2 იყო ხნიერი, 1 უცნაური ქცევით, ჰალუციებით; 1-არტერიოსკლეროზით. სამს შემთხვევაში მიზეზი ასეთი რეაქციის მიღებისა გაურკვეველი დარჩა. ქალების 12 შემთხვევი-

1) ცხრილი არ იბეჭდება ტენიკურ პირობების გამო. რედ.



დან-8 დედრობითი რეაქცია, 4—შებრუნებული. ამ 4-ში ერთი იყო Climacterium-ის პერიოდში, 1-ს ჰქონდა Morbus Basedow. 1-ს სუსტი დედრობითი, 1—გამოურყვეველია. რომ გამოვაკლოთ მიზეზთან დაკავშირებული შებრუნებული რეაქციები, დაგვრჩება 30 შემთხვევიდან სულ—4 შებრუნებული რეაქციისა, რაც შეადგენს 13%.

როგორც ვხედავთ განსხვავება შიზოფრენიკებისა და მანიაკალდებრესიულ ფსიქოზით დაავადებულთა შორის დიდია: 65%: 13%. ჩვენ რომ ასეთივე რეაქციები მიგველო დიდ მასალაზედ, მაშინ ვიფიქრებდით, რომ შიზოფრენია მეტად და მანიაკალ დებრესიული ფსიქოზი ნაკლებად დაკავშირებულია შინაგანი სეკრეციის დისფუნქციასთან.

ოლიგოფრენიკების ჯგუფმა 23 შემთხვევაში მოგვცა 17 შებრუნებ. და 6 ნორმალ. რეაქცია. შებრუნებულთა რაოდენობა 77%-ს უდრის. მათში ყველაზედ მეტი რიცხვით არიან იდიოტები. აღსანიშნავია ის, რომ მამაკაცების 7 შემთხვევამ (იდიოტებმა) მოგვცეს 100% დედრობითი რეაქციისა და დედაკაცების 6 შემთხვევამ—50%. უნდა აღინიშნოს, რომ დედაკაცების, იდიოტით დავადებულთა, რეაქციების დადებითობა შესაძლებელია აიხსნას Libido-ს აწვევით. პროგრესიული სიდამბლის შემთხვევები, ჩვენი დაკვირვებით, იძლევიან ნორმალურ რეაქციას, გარკვეულად აღინიშნა პერიოდისა. მხოლოდ 1 შემთხვევამ მოგვცა აღინიშნულ პერიოდში ნორმალური რეაქცია. სულ 23 შემთხვევიდან—2 იყო ქალი, ორივენი იმყოფებოდნენ აღინიშნულ პერიოდში, მათი რეაქცია იყო მამრობითი. 21 იყო ვაჟი, აქედან 15—ნორმალური და 6—შებრუნებული რეაქციით. 15 დან—1 იმყოფებოდა აღინიშნულ პერიოდში, მას სამჯერ ავუღეთ საკანტროლო სისხლი და სამჯერვე მივიღეთ ერთი და იგივე მამრობითი რეაქცია. 6 შებრუნებულიდან—4 იმყოფებოდა აღინიშნულ პერიოდში. ორი დარჩა აუხსნელი. აქედან მიზეზთან დაკავშირებული შებრუნებანი რომ გამოვაკლოთ,— მივიღებთ დაახლოებით 8, 4%-ს გაუკუღმართებულ რეაქციისას. ეპილეპსიითა და ჭკუის ეპილეპსიური სისუსტით დაავადებულნი იყვნენ 18. 7—ქალი და 11 ვაჟი. 7 ქალში—5-ს სუსტი დედრობითი რეაქცია, 2—შებრუნებული მამრობითი. ეს ორი შემთხვევა დაკავშირებულია დატვირთულ შთამომავლობასთან. 11 ვაჟიდან—2-ს მამრობითი რეაქცია, 9—შებრუნებული; ამათში 5 შემთხვევა არის მიზეზთან დაკავშირებული, Манойлов-ის თეორიის მიხედვით: 1—ტუმბერკულოზით დაავადებული; 2-ს შთამომავლობა დატვირთული; 1—51 წლისაა, გარდა ამისა ქალური ტიპია ერთი იმბეცილი. თუ გავოვავლებთ ამ 7 პათოლოგიურ შემთხვევას, მაშინ შებრუნებული რეაქცია უდრის 17%.

Psychosis Reactiv-ის 8 შემთხვევაში მივიღეთ 7 სწორი პასუხი, 1 უსწორო; ეს იყო ავადმყოფი, რომელიც გვაძლევდა სურათს უფრო Dem. praecox catatonica-ს, კონსტიტუციით ასთენიკი და ფსიქიკით—შიზოიდი. ეს შემთხვევა რომ გამოვრიცხოთ, მივიღებთ M. R 100%-ით დადებითს. Dem. praesenilis-ის 9 შემთხვევაში: 4 დედაკაცი და 5 მამაკაცი; 4 დედაკაციდან—2 მამრობითი და 5 მამაკაციდან—1 დედრობითი რეაქცია, რაც შეადგენს 33%.

Dem. senilis-ის 4 შემთხვევაში (1 მამაკაცი და 3 ქალი) შებრუნებული იყო მხოლოდ 1 შემთხვევა, რაც შეადგენს 25%-ს. ეს ჩვენთვის აუხსნელია, რა-

დგან ეს შემთხვევები უკვე არც ერთ თეორიას არ ეფარდება. არც დაჟანგვით პროცესს, არც climacterium-ის ხანას, არც ჰორმონების ჩაქრობას. ჩვენის აზრით, შესაძლოა ეს აიხსნებოდეს მეორადი შებრუნებით (რადგან ფსიქოზს ემატება Climacterium-ი.), 5-მა ფსიქოპათმა და მათში 4 სქესობრივად გაუკლებლად თებულმა პირმა მოგვცა 100%-ით შებრუნებული რეაქცია.

გარდა ამისა გამოკვლეული იყო თითო-ორი სხვა სნეულბების შემთხვევებიც: ერთი ქალი, Chorea athetosis M. R-სუსტ დედრობითი; 2 შემთხვევა Hysteria: 1 ქალი M. R-დედ. 1 ვაჟი M. R-მამრ: 2 - Arterioscleros-ი: 1 ქალი 63 წლ. M. R-დედრ; 1 მამაკაცი 59 წლ. M. R-მამრობითი.

1 ქალი—ციხიდან გადმოგზავნილი გამოსაკვლევად M. R-დედრობითი 1 მამაკაცი Lues cerebri M. R-მამრობ. 1—მამაკ. Dementia alcog M. R-სუსტ. დედრ. 2 მამაკაცი: 1—Meningo-encephalitis M. R-მამრ. მეორეს M. R-დედ. უკანასკნელი არის ფიზიკურად და ფსიქიკურად ასთენიკი.

გავსინჯვეთ აგრეთვე მოსამსახურეთა სისხლი: 16 ქალი და 27 ვაჟი. 16 ქალში—13 შებრუნებული; მიზეზთან დაკავშირებული: 6 Climacterium-ის პერიოდში იმყოფება, 3-ს სუს. დედრ. ამათში ორნი, როგორც ფიზიკურად, ისე ფსიქიკურად ასთენიკები არიან; ამასთან ერთად მეორეს აქვს Climacterium-ი, მესამის მიზეზი გამოურკვეველია; ერთი სუსტი მამრ., ფიზიკური კონსტიტუციით არის დისპლასტიკი, ხასიათით ფსიქოპათი. სამს აღმოაჩნდათ ჩიყვი, M. R მამრობითი. დანარჩენ სამს—ნორმალური დედრობითი რეაქცია, მიზეზიც შებრუნებული რეაქციისათვის არა აქვთ. 27 მამაკაციდან M. R-18 მამრობითი, დანარჩენს 9-ს დედრობითი: ამათში: 1 ქალური ტიპისაა, 1 დებილური, 1—დევენერატიული ნიშნებით, 1—დისპლასტიკი (დევენ. ნიშნ.) Labium Leporinum—40 წ. მოკლე ათლეტიკი, ხასიათით შიზოიდი, M. R აქვს სუს. მამრ; ოთხს M. R სუსტი დედრობითი; უკანასკნელი 4 პირის სუსტი რეაქციის მიზეზი გამოურკვეველია; რომ გამოვაკლოთ მიზეზებთან დაკავშირებული შებრუნებული რეაქციები, მივიღებთ 10%-ს შებრუნებულ რეაქციებისას.

რომ გამოვთვალოთ სუფთა და შერეული ტიპები კონსტიტუციის მიხედვით და გაუწიოთ კონსტიტუციის კორელაცია M. R-თან, მივიღებთ შემდეგს: 108 ასთენიკში—30 დედრ. და 47 მამრ. 77 შებრ.—71%. 10 პიკნიკში—1 დ. და 1მ.—2 შებრუნებულს—20%. 28 დისპლასტიკური და დისპლასტიკო—ასთენიურში 13 მ. და 8 დ.—21 შებრუნ.—75% (უახლოვდება ასთენ. %-ს). 67 შერეულ ტიპებში: 8—დ. და 15—მ. სულ 23 შებრუნებულს—35%. აქედან ნათლად სჩანს M. R-ის მიხედვით შიზოფრენიკების და დისპლასტიკების ნათესაობა. აქ თითქოს მართლდება Kretschmer-ის თეორია, რომელიც ფსიქიკის მხრივ მიაკუთვნებს დისპლასტიკურ ტიპებს ასთენიკურ ჯგუფს. დისპლასტიკურმა და ასთენიკო—დისპლასტიკურმა ჯგუფებმა მოგვცეს თითქმის ერთი და იგივე რაოდენობა შებრუნებული M. R: 71%—75%.

პარალელურად სისხლზედ მუშაობასთან ვაწარმოვეთ M. R შარღზედ, დაახლოვდებით 50 შემთხვევაში; ვინაიდან Zondek-ი ამყარებს M. R-ას ელექტროლიტებზედ; 50 შემთხვევიდან 8 შემთხვევა შეუფარდა სისხლს, დანარჩენი არეული დარჩა. ვაქცევდით ყურადღებას ცილის მნიშვნელობას შარღში.

M. R-ის ერთ-ერთ მიმართულების დასამტკიცებლად; არ მოგვცა დამაკმაყოფილებელი პასუხები; მიღებული შემდეგები არ ემყარებოდა დამუხანგველი პროცესის დაქვეითებას. უმთავრესად ვლბულობდით მამრ. რეაქციას, იმ დროს, როდესაც ნაკლები კვებით და ზედმეტი წოლით ავადმყოფებს დაჟანგვითი პროცესები ჰქონდათ შემცირებული. რაც შეეხება Buscaino-ს ბიოლოგიური ხასიათის რეაქციას, ეს სრულიად არ ეთანხმება არც ერთი მხრივ M. R-ს. დაკვირვებანი იყო დახლოებით 65 შემთხვევაზედ.

დიდ მნიშვნელობას ვაძლევთ M. R-თან შთამომავლობის დამოკიდებულებას. შეგვხვდა ამ მუშაობაში 25 შემთხვევა, 12 ვაჟი და 13 ქალი; 12 ვაჟში-10 დედრ. რეაქცია, 2 მამრობითი, ამ ორში ერთს შთამომავლობაში Lues-ი. Lues-ი კი გარდა აღინამიურ პერიოდისა არ იძლევა შებრუნებას. 13 ქალში—7 მამრ. და 6—დედრ. ზემოაღნიშნული შედეგების მიღების შემდგომ ნებას ვაძლევთ ჩვენს თავს ვიფიქროთ, რომ შებრუნებული რეაქცია დაკავშირებულია პათოლოგიურ შთამომავლობასთან. თეორიებიც ზოგიერთ შემთხვევებში არ მართლდება. მაგ. გამოთქმული აზრი, რომ დედაკაცებში დაჟანგვითი პროცესი სუსტად სწარმოებს და M. R ამიტომ იძლევა შეკავებულ (დედრობით) რეაქციასო და მამაკაცში დაჟანგვითი პროცესი უფრო სწრაფად სწარმოებს და ამიტომ ვლბულობთ მამრობით რეაქციასო, არ გამართლდა: 1. ხნიერ ქალებზედ Climacterium-ის პერიოდში დაჟანგვითი პროცესი შემცირებულია; მიუხედავად ამისა, მივიღეთ მამრობითი რეაქცია. 2. იმ შემთხვევაში, სადაც Menses არა ნორმალურად სწარმოებს და ცხადია აქაც დაჟანგვითი პროცესის დაქვეითებაა, მივიღეთ მამრობითი რეაქცია. 3. ერთ ქალზედ Adipositas შემთხვევაში მივიღეთ შებრუნებული რეაქცია, თუმცა აქაც დაჟანგვითი პროცესი შესუსტებულია.

დასკვნები: 1. M. R მაჩვენებელია შინაგანი სეკრეციის დისფუნქციისა, და საკმაოდ მნიშვნელოვანია აგრეთვე ფსიქიურ სნეულებათა დიაგნოსტიკისათვის.

2. M. R-ის მიხედვით დამოკიდებულობა არსებობს ასთენიკებსა და დისპლასტიკებს შორის, რაც ამართლებს და ადასტურებს Kretchmer-ის თეორიას.

3. შებრუნებული M. R თითქოს დაკავშირებულია პათოლოგიურ შთამომავლობასთან.

4. ფსიქოპათებს და ჰომოსექსუალისტებს M. R შებრუნებული აქვთ.

5. ჩიყვით დაავადებულებს M. R შებრუნებული აქვთ.

6. M. R-ის დადებითობა თავანგვითი პროცესის არსებობისას, არ მართლდება.

M. R ტექნიკის მხრივ.

- 1. Papayotin-ის შეცვლა სავსებით შეიძლება Pepsin-ით.
- 2. KMnO₄ უნდა იყოს წმინდა კრისტალური.

აღნიშნული მუშაობა შესრულებული იყო ჩვენს მიერ ფსიქიატრიულ კლინიკის გამგის მ. ასათიანის და ასისტენტ ა. გოცირიძის დახმარებით, რისთვისაც

საც მათ ვუძღვნი გულწრფელ მადლობას. ეს შრომა წინასწარია, რის გამოც მოითხოვს მომავალში ხანგრძლივ და უფრო დაწვრილებითს დაკვირვებას.

Д-р Т. КАНЧЕЛИ.

T. KANTCHÉLI.

Реакция Манойлова и душевныя заболевания.

M.R. et les maladies mentales.

Автор задался целью использовать М. Р. для выяснения связи между дисфункциями эндокринных желез и душевными заболеваниями. Всего исследовано было 366 больных и 41 служащих. Автор пользовался 3-ей модификацией д-ра Манойлова и пришел к следующим выводам: 1) М. Р. есть показатель дисфункции внутренней секреции и имеет достаточно большое значение для диагностики душевных заболеваний; 2) Реакцией Манойлова устанавливается связь между астениками и диспластическими, что оправдывает и подтверждает теорию Кречмера; 3) Извращенная М. Р. как бы связана с патологической наследственностью; 4) У психопатов и гомосексуалистов М. Р. извращена; 5) При дисфункции щитовидной железы М. Р. извращена; 6) Положительность М. Р. при окислительных процессах не оправдывается.

Notre idée principale était d'utiliser M. R. pour déterminer le lien qui existe entre la disfonction des glandes endocriniennes et les maladies mentales. Nous avons examiné 366 malades et 41 employés de service. Nous avons utilisé la troisième modification du D-r Manouiloff et nous avons tiré les conclusions suivantes: 1) M. R. est un indicateur de la disfonction de la sécrétion interne et a une signification assez grande pour le diagnostic des maladies mentales. 2) Par la réaction du D-r Manouiloff on peut déterminer le lien entre les asthéniques et les dysplastiques, ce qui justifie et affirme la théorie de Kretschmer. 3) M. R. perversie est liée, paraît-il, avec l'hérédité pathologique. 4) Chez les homo-sexualistes et les psychopates M. R. est perversie. 5) Dans la disfonction de la thyroïde M. R. est perversie 6) La réaction positive de M. R. ne se justifie pas dans les processus oxydants.

З а к л ю ч е н и я, касающиеся техники: 1) Паpayotin можно свободно заменить Pepsin-ом. 2) $KMnO_4$ должен быть взят в кристаллическом виде.

Les conclusions à propos de la technique. 1. Papayotin peut être librement remplacé par la Pepsine 2. $KMnO_4$ doit être pris en état cristallisé.

ლ. შანია

კლინიკის ობსერვატორი.

HEMIHYPERHYDROSIS ის შემთხვევა.

(ნერვების სნეულებათა კლინიკიდან, გამგე პროფ. ს. ყიფშიძე).

ნახევარ მხარეზე ოფლის დენა პირველად შემჩნეული იყო (1875) Ebstein, Riehl (1884) და Raymond-ის (1888) მიერ. ამ სინდრომის არსებობა თითქმის ყოველთვის მიგვიტოვებს ჩვენ სიმპათიკურ, ნერვული სისტემის დაზიანებაზე და ზოგ შემთხვევებში კი ლოკალიზაციაზედაც. ჩვენი მასალა ამ მხრივ წარმოადგენს იშვიათ შემთხვევას.

მოკლეთ მოვიყვანო ავადმყოფის ისტორიას:

ავადმყოფი ვ. ს - ანცი 28 წ. მიწის მუშა. უჩივის სახისა და სხეულის მარცხენა ნახევარში მომეტებულ ფლის დენას. ავადმყოფის გადმოცემით, ოფლის დენა ფიზიკური ვარჯიშობის დროს უძლიერდება, არის შემთხვევები, როცა მუშაობის გარეშეც ოფლიანდება. ოფლი თვალში ჩადის, უშლის მხედველობას და იგი იძულებული ხდება სამუშაოს თავი დაანებოს. დედ-მამა ცოცხალია და ჯანსაღი ყავს. ცოლს მუცლის მოშლა არ ქონია. სამი ბავშვი ცოცხალი და ჯანსაღები არიან. Lues უარყოფს.

ობიექტური გამოკვლევა; მოძრაობა: როგორც თავის ტვინის, ისე ზედა და ქვედა კიდურებში ძალისა და სიფართის მხრივ მოშლილობანი არ აღენიშნება. ტონუსი შეცვლილი არაა. კოორდინაცია შენახული აქვს.

რეფლექსები: ორთავა, სამთავა, მუხლის და აქილესის თანაბრივ ცოცხალია. კანის—იწვევია. პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს.

ორგანო-ვეგეტატიური ნერვული სისტემა; რეფლექსები: თვალის გუგები თანაბარია, სინათლეზე რეაქცია ცოცხალია. წითელი დერმოგრაფიზმი ნათლად გამოხატული, პილომოტორული რეფლექსი გამოწვეული კისრის არიდან უფრო ცოცხალია მარცხნივ.

ფარმაკო-დინამიური გამოკვლევანი: პილოკარპინი; 1% ერთი გრამის მარცხენა მხარის კანქვეშ შეზაპუნებამ მიგვცა ოფლის დენა მცირე და საერთო, ერთი გრამი ასპირინის მიღების შემდგომ დაგვიანებით დაიწყო ოფლის დენა საერთო საშუალო ხარისხის. ოფლის დენა ოდნავ მეტი იყო მარცხნივ. Dresel - ის ცდამ მოგვცა მრუდე, რომელიც უფრო სიმპათიკოტონიურს უახლოვდება.

თერმოდინამიკური ცდები; ძბრლი აბაზანა 40° ოფლის დენას იწვევს მ წუთის შემდგომ სახის მარცხენა ნახევარში, 5 წამის შემდგომ მარჯვენა ნახევარში. მარცხენაში ოფლი წვეთებით გადმოდის, მარჯვენაში კი ოფლი ფეტვის მარცვლის ოდენაც არაა. ოფლის მოწმენდის შემდგომ, ოფლის დენა უფრო ადრე იწყება და უფრო ინტენსიურია მარცხნივ. სხეულის გამშრალების შემდგომ ოფლის დენა უფრო მეტია მარცხენა ნახევარში, ვიდრე მარჯვენაში. სისხლის წნევა მარჯვენა და მარცხენა მხრივ თანაბარია.

სინათლის აბაზანა: ოფლის დენა მთელ მარჯვენა ნახევარში იწყება წამის შემდგომ. ოფლი უფრო სახის მიდამოში აქვს, ვიდრე ტანის ქვედა მიდამოში. 7 წამის შემდგომ სხეულის მარჯვენა ნახევარი ხელის შეხებით მთლად სველია.



ფიზიკური ვარჯიშობა: ოთხი წამის განმავლობაში მექანოთერაპიული აპარატის ბორბლის ტრიალი იწვევს მძლავრ ოფლის დენას სხეულის მარცხენა მხარეზე, უფრო ინტენსიურად—მის ზემო ნახევარში. მარჯვნივ სხეულის ნაწილი ოდნავ სველია. ოფლის დენა სახის მარცხენა მხარეზე იმდენად ბევრია, რომ ავადმყოფს ჩადის თვალის ღრუში, უმლის მხედველობას, რის გამოც იგი ხშირ ხშირად იწმენდს ოფლს მარცხენა თვალიდან.

ჩვენ შემთხვევებში არის hemihyperhydrosis სხეულის მარცხენა ნახევარში. ოფლის დენა გამოვიწვევით თბილი აბაზანით, სინათლის აბაზანით და ფიზიკური ვარჯიშობით. პილოკარპინით და ასპირინის საშუალებით მივიღეთ საერთო ოფლის დენა სუსტი ინტენსიობის.

კლინიკაში ოფლის დენას სამი ლოკალიზაციის მიხედვით ვარჩევთ: პერიფერიულს, სპინალურსა და თავის ტვინისას.

პერიფერიული ოფლის გამომწვევ საშუალებად ითვლება პილოკარპინი. ამის ექსპერიმენტალური დამტკიცება ეკუთვნის Lushsinger-ს. მან გაალიზიანა კისრის სიმპათიკური ბოქკოების პერიფერიული დაბოლოება პილოკარპინით და გამოიწვია სახის შესაფერ მხარეზე მომეტებული ოფლის დენა. ასეთივე ცდები სხვა ნერვებზე გაიმეორეს Goltz-მა (1875), Остроумов-მა, Rendel-მა და მივიდნენ იმავე დასკვნამდე. ოფლის გამოყოფა პილოკარპინის შეშაპუნების შემდეგ, Roussetzky-ს დაკვირვებით, 6—12 წამში იწყება. Escudero-მ შეამჩნია, რომ ოფლის გამოყოფის ინტენსიობა პირდაპირ პროპორციულია პილოკარპინის დოზასთან. პილოკარპინის ერთი სანტიგრამი ყოველთვის იწვევს ოფლის დენას, მაგრამ თუ პერიფერიული ნერვი გადაჭრილია, ოფლის დენა არ იქნება. Strauss-ი საექვო პირობებში სახეზე უშაპუნებს პილოკარპინს, რომ განსაზღვროს ცენტრალური თუ პერიფერიული სახის ნერვის დამბლა.

ცერებრალური ოფლის დენის გამოწვევა ასპირინის და პირამიდონის საშუალებით შეიძლება. იმ შემთხვევებში, როცა სპინალური ვეგეტატიური ცენტრები განიცდიან სრულ დარღვევას, ამ მედიკამენტების საშუალებით შესაძლებელი ხდება ოფლის დენის გამოწვევა დაზიანებულ სეგმენტის ზემოთ. ნორმალურ პირობებში სპინალური და ცერებრალური ოფლის დენა ერთად მიმდინარეობენ, პათოლოგიურ შემთხვევებში კი შესაძლოა ისინი ცალკე იყვნენ. ცერებრალური ხასიათის hemihydrosis აღნიშნულია თალამური სინდრომის დროს Dejerine-ის მიერ. კასუალარ ჰემიპლეგიების დროს Leube-ს, Nothnagel-ის და Charcot-ს მიერ. Babinski-ს აქვს აწერილი შემთხვევა ბულბალური დამბლების დროს hemihyperhydrosis-ის. სპინალური ოფლის დენა შეუძლია გამოიწვიოს სითბომ, ტკივილმა, ელექტრო-ნაკადმა, ფიზიკურმა ვარჯიშობამ და ბოლოს შინაგანი ორგანოების დაავადებამაც. სპინალური ოფლის დენა ჩვეულებრივი მოვლენაა პლევრიტების, გასტრიტების და პერიტონიტების დროს იმ შემთხვევებში, როცა ცალ მხარეზე ადგილი აქვს ვეგეტატიური სპინალური ცენტროების დამბლას, სითბო, ფიზიკური ვარჯიშობა ოფლის სეკრეციას არ იწვევს, პირიქით, ამ ცენტროების გალიზიანება იწვევს შესაფერ ნახევარში ჰიპერსეკრეციას.

ხშირად ოფლის მომატება ცალ მხარეზე ისე მცირეა, რომ განსხვავების შემჩნევა შეუძლებელი ხდება. ასეთ პირობებში მიმართავენ ლაკმუსის ქალაღს; ამ მცირე განსხვავებასაც ზოგ შემთხვევებში დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნე-

ლობა აქვს. André Tomas-ი ოფლის დენის საშუალებით ზურგის ტვინის დაზიანების სწორ ლოკალიზაციას იძლევა. ოფლის დენასთან ერთად იგი პილო-მოტორულ რეფლექსსაც აქცევს ყურადღებას. მისი აზრით, პილომოტორული რეფლექსი უფრო ხშირია, ვიდრე ოფლის დენის, და თუ ისინი ერთად არსებობენ, მათი გავრცელების ტერიტორია ერთი და იგივეა. საზღვარი ამ ორი რეფლექსისა და მგრძნობელობის მოშლილობის ერთ დონეზეა. C₈ და D₃ სეგმენტებში მოთავსებული ვეგეტატიური ცენტრები განაგებენ ინერვაციას თავის და კისრის მე 3—4 ნეკნამდე. D₅, D₆ და D₇ ზედა კიდურის, და D₁₀ და ქვემო სეგმენტები დანარჩენ სხეულის ქვედა ნაწილის. სპინალური ოფლის დენა აწერილია ზურგის ტვინის ტრავმატიული დაზიანების დროს, კომპრესიების სკლეროზის, პოლიომიელიტის, სირინგომიელიის, სიმსივნეების და ზურგის ტვინის სხვა ორგანული დავადების დროს. საერთოდ ზურგის ტვინის დაზიანების ან გალიზიანების დროს ოფლის დენის დაწევას ან აწევას აქვს ნამდვილი კლინიკური ღირებულება.

ჩვენს ავადმყოფზე მარცხენა ნახევარში ოფლის ჰიპერსეკრეცია გამოვიწვიეთ თბილი აბაზანით, სინათლის აბაზანით და ფიზიკური ვარჯიშობით. ზურგის ტვინის ვეგეტატიური ცენტრების დაზიანების ან მათი ჰიპოფუნქციის დროს, აღნიშნული საშუალებანი ან სავსებით არ იწვევენ ოფლის დენას ან თუ იწვევენ, ძლიერ მცირეს. პირიქით, ამ ცენტრების გალიზიანების დროს ზემო მოყვანილი საშუალებების მცირე ზეგავლენა იძლევა ოფლის მძლავრ დენას. ნახევარ მხარეზე ჰიპერსეკრეცია მიგვიითივებს შესაფერი ნაწილის ცენტრების გალიზიანებაზე. ასპირინმა ოფლის დენა მოგვცა საერთო ხასიათის, მაგრამ უფრო გამოხატული მარცხნივ. ამ გარემოებას ჩვენ ვხსნით რეფლექტორულ რკალში შემავალი ზურგის ტვინის ვეგეტატიური ცენტრების მომატებული აგზნებულებით. პილოკარპინმა გამოიწვია სუსტი საერთო ხასიათის დაგვიანებული ოფლის დენა. აქ პერიფერიული ხასიათის მომეტებულ აღზნებულობაზე მითითება არ შეიძლება. ამ რიგად აღნიშნული მასალების მიხედვით უნდა მივიღოთ, რომ hemihyperhydrosis-ი შედეგია ზურგის ტვინის შესაფერი ნაწილის ვეგეტატიური ცენტრების გალიზიანების.

ინტერესი ჩვენი შემთხვევისა გამოიხატება იმაში, რომ ჩვენს ავადმყოფს გარდა hemihyperhydrosis-ისა, არც ერთი ორგანიული დაზიანების ნიშნები არა აქვს. ასეთი შემთხვევა ჩვენ მიერ გადათვალთვალულ მასალებში არ მოიპოვება. ეს გარემოება გვაგვალებს განსაკუთრებული სიფრთხილით მოვეკიდოთ შემთხვევის შეფასებას. მიუხედავად ამისა, მიღებული შედეგები გვიკარნახებენ ვიგულისხმოთ, რომ hemihyperhydrosis ჩვენს შემთხვევაში შესაძლოა იყოს წინამორბედი სიმპტომი ზურგის ტვინის მომავალი ორგანული დაავადებისა.

ლიტერატურა.

André Thomas, Reflex pilomoteurs.
Dejerine, Semiologie des affections du système nerveux.
Heuyer, Troubles sudoraux. Nouveau traité de médecine.
Эпштейн, Рефлексы вегетативной нервной системы.

Дрезель. Заболевания вегетативной нервной системы.

Блюменау. Мозг человека.

Laignel-Lavastine, Patologie du sympathique.

Guillaume. Ваготония, Симнотикотония, Невротония.

André Thomas, Les moyens d'exploration du systeme sympathique et leur valeur: *Revue Neurologique* 1926.

Гийом, Лербуре, Арвье, Карон. Железы внутренней секреции и симпатическая нервная система.

Тарновский и Магильницкий. Вегетативная нервная система и ее патология.

Л. ЖВАНИЯ.

L. JVANIA.

Случай Hemihyperhydrosis'a.

Автор описывает случай hemihyperhydrosis-a который был изучен с точки зрения локализации процесса. У больного аспирин вызывал общее потоотделение; пилокарпин не дал разницы потоотделения на правой и на левой стороне; спинальные потооделяющие раздражители, тепло, электрический ток и физическое упражнение вызвало явное увеличение потоотделения с левой стороны. На основании этих наблюдений автор полагает, что в его случае имеется состояние повышенной возбудимости спинальных вегетативных центров соответствующей стороны и что hemihyperhydrosis возможно является предвестником какого нибудь наступающего органического заболевания спинного мозга.

Un cas de l'hemihyperhydrose.

L'auteur décrit un cas de l'hemihyperhydrose, qui était étudié au point de vue de la localisation. L'aspirine provoquait chez ce malade la sueur générale assez abondante dans tout le corps. Le pilocarpine n'a donné aucune différence de deux côtés. Les excitants diaphorétique comme la chaleur, le courant électrique, et les efforts physiques provoquaient toujours une augmentation bien nette de sueur à côté gauche. L'auteur suppose en se basant sur ces observations, que dans ce cas nous avons une augmentation de l'irritabilité des centres végétatifs du côté correspondant et que tout vraisemblablement l'hemihyperhydrose n'est qu'un précurseur d'un procès quelconque organique qui s'approche ainsi dire insensiblement, où cet hyperhydrose presente un des premiers symptomes prodromiques.

ბ. ჯაფარიძე.

ნაოპერაციევ ხანაში სუნთქვის ორგანოების მხრივ გართულების და მათი მკურნალობის საკითხისათვის *).

(ტფილისის სამედ. ინსტიტუტის ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკიდან.
გამგე პროფ. გ. მუხაძე).

ნაოპერაციევ ხანაში სუნთქვის ორგანოების მხრივ გართულების საკითხის შესწავლა, როგორც საზღვარგარეთ, ისე რუსეთში, გასულ საუკუნის მეოთხე-მეხუთე წლებში დაიწყო: რუსეთის დასტაქართა მე-III და მე-IV ყრილობებზედ იგი საპროგრამო საკითხად იყო გამოცხადებული. ამ საკითხის შესახებ მრავალი შრომა გამოქვეყნებული, როგორც ექსპერიმენტალური, ისე კლინიკური ხასიათისა, მაგრამ საკითხი ჯერ კიდევ არ ჩაითვლება ამოწურულად.

ნაოპერაციევ ხანაში პნევმონიების წარმოშობა მიზეზად აღიარებენ: 1) პირის ღრუდან შესულ ინფექციას, 2) ლიმფოგენური გზით შეჭრილ ინფექციას, 3) ემბოლიას, 4) ჰიპოსტაზს (გულის სისუსტის გამო) და უკანასკნელ ხანებში, 5) ანაფილაქსიას. 1912 წ. Протоилов-მა თავის მასალის მიხედვით აღნიშნა, რომ ნაოპერაციევ ხანაში პნევმონიები წარმოშობილი არიან: ემბოლიით 33,3%-ში, ასპირაციით 11,4% და ჰიპოსტაზით 5,3%-ში, იგივე გაიმეორა მან 1925 წ. მოსკოვში რუსეთის ქირურგიულ საზოგადოების კონფერენციაზე შემდეგი დამატებით: 1) პნევმონიების ეტიოლოგია დამოკიდებულია ოპერაციის სხვადასხვაობაზე; 2) პნევმონიები უფრო ხშირია ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ, 3) საგრძნობლად უფრო ხშირია ემბოლიით წარმოშობილი, იშვიათია ასპირაციული და უფრო იშვიათია ჰიპოსტაზური პნევმონია. Протоилов-ის და სხვა ავტორების აზრით დამტკიცებულად შეიძლება ჩაითვალოს პნევმონიების წარმოშობის მიზეზად ის პატარა ემბოლიები, რომლებიც საოპერაციო არედან გადადის ფილტვების კაპილარებში. საოპერაციო არის დამუშავების დროს სისხლის დენის შეჩერების მიზნით დადებულ პინცეტებით და ლიგატურებით ჩვენ პატარა თრომბების გაჩენას ვიწვევთ. ამ ნიადაგზე წარმოშობილი ემბოლიები სისხლის მიმოქცევის საშუალებით ფილტვების კაპილარებში გადადიან, აქ იჭედებიან და მცირე წრეში სისხლის მიმოქცევის შეზღუდვას და ზოგ ადგილას სრულ შეჩერებასაც იწვევენ.

ოპერაციის დროს მიყენებული ტრავმით და ნარკოტიულ ნივთიერებათა

* მოხსენდა ტფილისის სახელმწ. უნივერსიტეტის ქირურგიული კლინიკების კონფერენციას 1928 წ. 29 მაის. იბეჭდება შემოკლებით.



მოქმედებით დასუსტებულ გულს არ შეუძლიან სძლიოს ასეთი წინააღმდეგობა და ემბოლის არეში ვითარდება ძლიერი სტაზი, რომელიც ფილტვის ქსოვილის გამკვრივებას იწვევს.

რუსეთის დასტაქართა მე-17 ყრილობაზე Рейнберг-მა ემბოლებით გამოწვეული პნევმონიები იმ მძიმე შემთხვევებად აღიარა, რომლებიც ხშირად ავადმყოფის სიკვდილით თავდება.

სხვა ავტორები პნევმონიების წარმოშობ მიზეზად ასახელებენ: 1) ნაოპერაციევ ხანაში სუნთქვის შეზღუდვას ტკივილების გამო, 2) გულის მუშაობის შესუსტებას ნარკოტიკულ ნივთიერებათა მოქმედების და ტრავმის გამო, 3) ბრონქების ატონიას, 5) ცხიმოვან ემბოლიას (Stalper, Wolff-ი და სხვა).

Гейнац-ი ნაოპერაციევ პნევმონიების ეტიოლოგიაში ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გაღიზიანებას დიდ მნიშვნელობას აწერს, რასაც ასაბუთებს იმ გარემოებით, რომ ადგილობრივი ანესთეზია უფრო დიდ პროცენტს იძლევა ნაოპერაციევ პნევმონიებისას, ვიდრე ზოგადი ნარკოზი.

რუსეთის დასტაქართა მე-18 ყრილობაზე პროფ. Шаак-მა საწინააღმდეგო აზრი გამოსთქვა: ადგილობრივი ანესთეზიის ფართო ხმარებით და ზოგადი ნარკოზის შემცირებით მან 2-ჯერ შეამცირა აღნიშნული გართულებების პროცენტი, ყრილობის უმრავლესობა მას არ დაეთანხმა. Греков, Петров, Розанов, Крымов, Корнев, Рубашев, Чачхиანი, Введенский და სხვები ერთხმად აღიარებდნენ, რომ ნაოპერაციევ ხანაში პნევმონია—ბრონხიტების პროცენტი იმდენია ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ, რამდენიც ზოგადი ნარკოზის შემდეგ და ზოგის აზრით კი კიდევ მეტიც. ამ რიგად ზოგადი ნარკოზის გავლენა პნევმონია—ბრონხიტების განვითარებაზე და მათ სიხშირეზე ნაოპერაციევ ხანაში ყრილობის უმრავლესობამ უარყო.

აქვე (ცხრილი № 1) მომყავს პოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 9 წ. (1919—1927 წ.) მასალა, საიდანაც სჩანს, რომ ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ პნევმონია—ბრონხიტები 4,70%-ში ყოფილა; ზოგადი ნარკოზის შემდეგ 2,530%-ში, და ზურგის ტენის ანესთეზიის შემდეგ 1,58%; მხედველობაში მისაღებია ისიც, რომ ზოგადი ნარკოზი მძიმე შემთხვევებში და უფრო ხშირად დიაფრაგმის მახლობლად მუცლის დრუში ოპერაციების დროს იხმარებოდა, ზოგიერთ ავტორების (Федоров, Гейнац) აზრით კი დიაფრაგმის მახლობლად გაკეთებული ოპერაციები პნევმონიების დიდ % იძლევიან. ამ მოვლენას ხსნიან ოპერაციის დროს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გაღიზიანებით.

ცხრილი № 1.

| 9 წლის განმავლობაში კლინიკაში 7309 გაკეთებულ ოპერაციიდან 2706 ლაპარატომია იყო | შემთხვევები | | ბრონხიტები | | პნევმონიები | | ს უ ლ | |
|---|-------------|-------|------------|------|-------------|------|--------|------|
| | რიცხვი | %/0 | რიცხვი | %/0 | რიცხვი | %/0 | რიცხვი | %/0 |
| ლაპარატომიის დროს ხმარებულა | | | | | | | | |
| 1. ზოგადი ნარკოზი | 126 | 45,56 | 9 | 0,71 | 23 | 1,82 | 32 | 2,53 |
| 2. ზურგის ტენის ანესთეზია . . | 42 | 34,77 | 9 | 0,95 | 6 | 0,63 | 15 | 1,58 |
| 3. ადგილობრივი | 504 | 18,62 | 8 | 1,58 | 16 | 3,16 | 24 | 4,7 |
| ს უ ლ | 2706 | — | 26 | 3,24 | 45 | 5,61 | 71 | 8,81 |



რუსეთის დასტაქართა მე-18 ყრილობაზე КРЫМОВ-მა პნევმონიების ეტიოლოგიაში პირის ღრუდან ფილტვებში შეჭრილ ინფექციას დიდი მნიშვნელობა მიაწერა (კარიოზული კბილები), მისი აზრით ზოგადი ნარკოზის დროს, ნილაბის საშუალებით, პნევმონიის ინფექცია ერთი ავადმყოფიდან მეორეზედ გადაგვაქვს. ამ აზრს იგი ასაბუთებდა ნილაბში აღმოჩენით იმ მიკრობების, რომლებიც ავადმყოფის ნახველში ყოფილა ნახული.

საერთოდ ინფექციურ თეორიას დიდძალი და ავტორიტეტული მომხრეები ჰყავს, მხოლოდ ინფექციის შეჭრის გზას ავტორები სხვადასხვას ასახელებენ: ზოგი ასახელებს ჰემატოგენურ გზას (Henle, Klemm, Payer, Gerulanos) ზოგი ლიმფურ გზას (Keling და სხვ.)

ზოგიერთი ავტორები (Zillissen, Henle, Чайка) პნევმონიის წარმოშობაში დიდ როლს აწერენ ვაცივებას. ჩვენი მასალაც თითქოს ადასტურებს ამ უკანასკნელ აზრს.

ჩვენი კლინიკის 9 წლის მასალის მიხედვით ოპერაციების შემდეგ¹ 45 მკაფიოდ გამოხატული პნევმონია და 26 ბრონხიტი ყოფილა. აღნიშნული 71 შემთხვევა წლის სხვადასხვა პერიოდის მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება.

- | | | |
|------------------------------|------------------------|-----------|
| 1. ზამთრის თვეებში | 43 შემთხვევა რაც 60,5% | შეადგენს. |
| 2. შემოდგომის „ | 15 „ „ 21,1% | „ |
| 3. გაზაფხულის „ | 10 „ „ 14,0% | „ |
| 4. ზაფხულის „ | 3 „ „ 4,2% | „ |

ასეთი დიდი განსხვავება წლის სხვადასხვა თვეებში მხოლოდ ვაცივების გავლენით შეგვიძლიან ავხსნათ; განსაკუთრებით ნათლად დაეტყო ვაცივების უშუალო გავლენა პნევმონია—ბრონხიტების ეტიოლოგიაში 1927/28 წლის ზამთრის თვეებში; როგორც ქვემოთ დავინახავთ, ჩემ მიერ გატარებული 57 შემთხვევა ეკუთვნის 1927 წლის ოქტომბრიდან 28 წლის აპრილამდე. ამ ხნის განმავლობაში 285 ლაპარატომიაზე 33 პრევმონია და 24 ბრონქიტი მოდის, რაც საერთოდ 20% შეადგენს (პნევმონია 12% და ბრონქიტები კი 8%).

ავადმყოფის ასაკს, კვების საერთო დაქვეითებას (კახექსიას), ფილტვების კატარულ მდგომარეობას, სისხლის მიმოქცევის დაქვეითებას, გულის სხვადასხვა დაავადების გამო, რა თქმა უნდა ნაოპერაცივე პნევმონია—ბრონხიტების წარმოშობისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს. ზემოთ ჩამოთვლილი პირობები, ვაცივებასთან ერთად, საუკეთესო ხელშემწყობ მიზეზად შეიძლება ჩაითვალოს, ნაოპერაცივე ხანაში პნევმონია—ბრონხიტების წარმოშობისათვის.

პნევმონიების პროფილაქტიკის მიზნით ლიტერატურაში ბევრი სხვადასხვა საშუალებაა მოწოდებული, რომელთა შორის საყურადღებოა შემდეგი:

1. ეთერის მცირე დოზების და ქაფურის ჩვეულებრივი დოზების კანქვეშ შემხაპუნება ოპერაციამდე, მაგრამ მოქალაქობრივი უფლება ვერც ერთმა ვერ მოიპოვა, თუმცა ზოგიერთ კლინიკებში ამ საშუალებებს დღესაც ხმარობენ.

2. ოპერაციამდე ავადმყოფის გულის მომზადება—სტროფანტით, დიგიტალისით, სტრინინით და სხვა პრეპარატებით.

1) მიღებულია მხედველობაში მხოლოდ ლაპარატომიები რადგანაც გართულებები სასუნთქიორგანოების მხრივ შედარებით უფრო ხშირად გვხვდება.

3. ოპერაციამდე ავადმყოფის გულის და ფილტვების შესწავლა და ფილტვებში აღმოჩენილი ბრონხიტის და კატარის წინასწარი მკურნალობა.

4. საფალარათოების ხმარების შეძლებისდაგვარად შემცირება, რადგანაც საფალარათო ხშირად ავადმყოფის ზედმეტ დასუსტებას იწვევს.

5. ავადმყოფის კვების, რაც შეიძლება, ნაკლები შემცირება, როგორც ოპერაციამდე, ისე მის შემდეგ.

6. ოპერაციამდე და მის შემდეგ პირის ღრუს სანაცია და დეზინფექცია.

7. ნარკოტიკების კანქვეშა ხმარება ტკივილების დასამშვიდებლად, რითაც ავადმყოფს თავისუფალი სუნთქვის საშუალება მიეცემა.

8. სუნთქვითი გიმნასტიკა და ბევრი სხვადასხვა საშუალებანი.

Гейнац-მა პროფილაქტიკის მიზნით 42 პნევმონიან ავადმყოფზე აღმართა დაკვირვება და 80% დიპლოკოკური ინფექცია აღმოაჩინა; ამის მიხედვით 1921—23 წლებში 282 ავადმყოფზე მან ვაქცინაცია აწარმოვა. ასეთ ვაქცინაციის შემდეგ პნევმონიების რიცხვი საგრძნობლად შემცირდა. ასეთივე დაკვირვება უფრო ადრე და უფრო ფართოდ გატარებულია ამერიკის და ინგლისის ინტერნისტ ექიმების მიერ 400.000 ჯანმრთელ ადამიანზე. დიპლოკოკური ვაქცინის საშუალებით მათ საგრძნობლად შეამცირეს პნევმონიების რიცხვი და სიკვდილობაც.

გასულ წლის ოქტომბრამდე ნაოპერაციევ პნევმონია—ბრონხიტებს ჩვენ საერთო წესით ვმკურნალობდით, მხოლოდ 1927 ოქტომბრიდან პროფ. გ. მუხაძის წინადადებით პნევმონია—ბრონქიტების მკურნალობა ნაოპერაციევ ავადმყოფებზე ეთერის მცირე დოზებით, ქაფურის დიდი დოზებით და აუტოჰემოთერაპიით ჩავატარეთ.

1925 წელში Bier-ის კლინიკაში Riess-მა 187 შემთხვევაში ბრონხიტების მკურნალობა ეთერის მცირე დოზების კუნთებში შესაბუნებით გაატარა და კარგი შედეგი მიიღო. რუსეთში Петров-ის კლინიკიდან ექ. Поля-ს და პროფ. Шаак-ს (75 შემთხვევა) გაუტარებიათ აღნიშნული მკურნალობა ნაოპერაციევ ბრონხიტებისა—კარგი შედეგით. Riess-მა ექსპერიმენტალურად დაამტკიცა, რომ კუნთებში შეყვანილი ეთერი ფილტვების საშუალებით გამოიყოფა და ბრონხებში ჰიპერემიას იწვევს, რაც ექსუდატის გათხელებას და მის გამოყოფას ხელს უწყობს. გათხელებული ექსუდატი ადვილად ამოდის დახველების დროს, რაც ხელს უწყობს განკურნებას. Крымов-ის აზრით, შეყვანილი ეთერი გამოიყოფა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსით და აქ მყოფ ფლორაზე მოქმედებს.

ჩვენს 24 ავადმყოფზე გავატარეთ ეთერით მკურნალობა და ყველა შემთხვევაში 100% ავადმყოფის სრული განკურნება მივიღეთ. ჩვენ ვღებულობთ ერთ გრამს ზეთიან ეთერისას (Rp. Aether. sulfur. puriss. ol. olivar. aa 10,0) ვუმატებთ ნახევარ გრამს 1—2% ნოვოკაინის ხსნარს (ტკივილების შესამცირებლად) და ვუშხაბუნებთ ბარძაყის ან ღუნდულის კუნთებში დღეში ორჯერ. 24 ავადმყოფს 85 უშხაბუნება გაუკეთდა. თითო ავადმყოფზე ხუთზე მეტი უშხაბუნება ჩვენ არ დაგვკარგებია, საშუალოდ კი დაგვკარგდა მხოლოდ 3—4 უშხაბუნება (87,5%-ში). ამის შემდეგ ავადმყოფი ყოველთვის სუბიექტურად უკეთობას აღნიშნავს და ობიექტურად ბრონხიტის და ზოგჯერ პნევმონიის



კლინიკური სურათიც ქრება, სიცხე ნორმამდის ვარდება, აღარ ახველებს: გვერდებში ტკივილებს აღარ უჩივის, სუნთქვის აღარ ეშინია,—თავისუფლად სუნთქავს, ჩვენ შემთხვევებში 16-ჯერ (66,6%) ლიზისით დავარდა სიცხე და 8-ჯერ (ე. ი. 33,3%) კი კრიზისით.

პნევმონიების ქაფურით მკურნალობა ყველასათვის ცნობილია, და დიდი ხნის ისტორია აქვს.

პნევმონიების დროს ხმარობდნენ ქაფურის დიდ დოზებს და კარგ შედეგსაც ლებულობდნენ (Иверсон, Блюменау Брайловский). Маркевич-ი ამოხსნა, რომ Leube თავის ავადმყოფებს დღეში 20,0 სუფთა ქაფურს აძლევდა და კარგ შედეგს ლებულობდა.

25 ავადმყოფზე ნაოპერაციევი პნევმონიის მკურნალობა ქაფურის დიდი დოზებით გავატარეთ. თითო ავადმყოფს დღეში 2-ჯერ დილა-სალამოს 10,0-20% ქაფურის ზეთს ვუშხაპუნებდით კანქვეშ. 25 ავადმყოფზე ჩვენ 134 უშხაპუნება გაუაკეთეთ და კრიზისით სიცხე დაეცა 11, ლიზისით კი 14 შემთხვევაში.

| | | | | | |
|------------------------|------|--------------------|----|--------|---|
| კრიზისი მივიღეთ პირველ | 10,0 | უშხაპუნების შემდეგ | 0, | ლიზისი | 4 |
| " | " | 2-ჯერ | " | " | 2 |
| " | " | 13 | " | " | 5 |
| " | " | 14 | " | " | 2 |
| " | " | 14-ზე მეტი | " | " | 1 |

გარდა სიცხის დავარდნისა, გაუმჯობესება გამოიხატებოდა შემდეგში: ტკივილები გვერდებში და საერთო სისუსტე 1—3 უშხაპუნების შემდეგ სრულებით უქრება ავადმყოფს, თვითგრძნობა პირველ გაკეთებიდანვე უმჯობესდება, ხველება საგრძნობლად კლებულობს, 10—30 გრამის გაკეთების შემდეგ კი სრულებით ქრება მაჯის მხრივ საგრძნობი გაუმჯობესება ეტყობა როგორც სიხშირით, ისე ავსებით.

ავტოჰემოთერაპია პნევმონიის დროს შემოიღო Vorschutz-მა და ამჟამად მთელი რიგი ავტორებისა აღნიშნავენ ნაოპერაციევ პნევმონია-ბრონხიტების დროს ავტოჰემოთერაპიის დიდ სარგებლობას. (Grasser, Rauehe, Kaum, Mull. და სხვა).

რუსეთში კარგი შედეგები ავტოჰემოთერაპიით ნაოპერაციევი პნევმონიების მკურნალობის დროს მიუღიათ პროფ. Шаак-ს, Гессе-ს, Введенский-ს, Рудашев-ს და სხვებს. განსაკუთრებით სასარგებლოა მისი ხმარება პროცესის დასაწყისშივე.

ავტოჰემოთერაპია გატარდა 8 ავადმყოფზე, საშუალოდ თითოს 2—3-ჯერ ჭირდებოდა სისხლის უშხაპუნება და ყველა შემთხვევებში გაუმჯობესება მივიღეთ; ორ შემთხვევაში ავტოჰემოთერაპიის გაკეთების შემდეგ დამატებით ქაფურით მკურნალობა იყო გატარებული. ამ 2 შემთხვევაში 1—3-ჯერ ქაფურის გაკეთების შემდეგ ავადმყოფები სრულებით განიკურნენ.

ავტოჰემოთერაპიას ჩვენ შემდეგნაირად ვაკეთებდით: იდაყვის ერთ-ერთ ვენიდან 50,0 გრამიან შპრიცით ვღებულობდით 30,0—25,0 (ბავშვებზე ნაკლებს) სისხლს და იმავე ხემსით ღუნდულის კუნთებში ვუშხაპუნებდით იმავე ავადმყოფს.

ჩვენი დაკვირვებებით ავტოჰემოთერაპია კლინიკურ ეფექტს თუმცა მალე

იძლევა (1--2--3 შემხაპუნების შემდეგ), მაგრამ ეს ხდება მხოლოდ განსაზღვრულ შემთხვევებში.

ლიტერატურული წყაროების და ჩვენი მცირე მასალის მიხედვით შეგვიძლია გამოვიტანოთ შემდეგი წინასწარი დასკვნა:

1. ნაოპერაციევი პნევმონიების წარმოშობაში სხვა ეტიოლოგიურ მომენტთან ერთად მნიშვნელოვან ხელშეწყობ მიზეზად გაცივება უნდა იქნეს აღიარებული.

2. ნაოპერაციევ ბრონხიტების მკურნალობისათვის ეთერის მცირე დოზების კუნთებში შემხაპუნება ნაცად და სასარგებლო საშუალებად უნდა ჩაითვალოს.

3. ნაოპერაციევ პნევმონიების მკურნალობაში ქაფურის დიდი დოზების ხმარებას უპირატესობა უნდა მიეცეს დანარჩენ ფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან შედარებით.

4. ნაოპერაციევ პნევმონიების ავტოპემოთერაპიით მკურნალობა კარგ შედეგებს მხოლოდ განსაზღვრულ პროცენტში იძლევა.

ლიტერატურა.

- А. Е. Эндер, «К вопросу о лечении послеоперац. пневмонии»: *Журнал Совр. Хирургии*, 1926 г. Т. I, вып. 5—6.
- Шаак, «Практика легочных осложнений и некоторые методы лечения этих осложнений»: *Журнал Сов. Хир.*, 1926 г. Т. I, вып. 1—2.
- Ерхун, Предупреждение послеоперационных легочных осложнений всприскиванием эфира: *Новый хир. архив*. 1928 г. т. 16 к. I № 61.
- Никитин, К вопросу о сущности и профилактике послеоперац. пневмонии. *Нов. хир. арх.* 1928 г., т. 16, кн. I, № 61.
- Заблудовский. Некоторые данные о легочных осложн. после чревосечения: *Новая Хирургия*, 1928 г., т. VI, № 2.
- Протопопов, Диссертация: «К этиологии послеоперационных пневмоний», 1912 г.
- Чуловский, К этиологии послеоперационных пневмоний: *Казанск. медиц. журнал* № 9, 1927.
- Волкович, К иллюстрации пневмонии не как местного процесса и общее заразного заболевания, сопровождающееся преимущественно эмболического свойства: *Вест. Хир. и погрн. обл.*, 1927 г., т. XI, кн. 33.
- Чайка, Связь послеопер. пневмон. с понижением температуры больного во время операции (Прот. Хир. общ. Пирогова, 1914 г.: *Русск. врач.* № 30, т. 14).
- Рокхецкий, К этиологии послеопер. пневм.: *Вест. Хир. и погр. обл.*, 1924 г. т. III, кн. 8—9.
- Штих и Маккас, Ошибки и опасности при хир. операциях.
- Иванов, Лечение всприскиванием собств. крови: *Русская клиника*, 1927 г. т. 8, № 41.
- Недригайлов: *Врач. газ.* 1922 г. № 10—11.
- Блюменау, К вопросу о лечении фибринозной пневмонии: *Русск. врач.* 1908 г., № 4—5 1912 г. № 4.
- Иверсен, Лечение фибринозного воспаления легких большими дозами камфоры *Русск. врач* 1914 г., № 23—24.

Б. С. ДЖАПАРИДЗЕ.

К вопросу об осложнениях со стороны дыхательных органов в послеоперационном периоде, и их лечении.

Автор касается этиологии послеоперационных пневмоний и бронхитов и причиной их считает, кроме эмболии и инфекции, простуду, которой больные часто подвергаются. На основании клинического материала за 9 лет он отмечает, что эти осложнения чаще наблюдаются после местной анестезии и простуды. В 24 случаях послеоперационные бронхиты лечились инъекцией в мышцы малых доз (1,0) эфира и все с хорошим результатом. В 25 случаях послеоперационных пневмоний проведено лечение большими дозами камфоры также с хорошим результатом. В 8 случ. применена автогемотерапия с положительным результатом в 6. В остальных 2-х случаях пришлось дополнительно применить камфору. Автор заключает, что при послеоперационных бронхитах малые дозы эфира, а при пневмониях большие дозы камфоры можно считать достаточно хорошим и надежным средством.

B. DJAPARIDSE.

Zur Frage der Komplikationen von Seiten der Atmungsorgane in der postoperativen Periode und deren Behandlung.

Der Verfasser behandelt die Aetiologie der postoperativen Pneumonien und Bronchite; er nimmt an, dass ausser der Embolie und Infektion auch Erkältung, der die Kranken oft ausgesetzt sind, als Ursache vorkommt. Auf Grund eines 9-jährigen klinischen Materiales stellt er fest, dass diese Komplikationen öfter nach Lokalanästhesie und Erkältung beobachtet werden. In 24 Fällen wurden postoperative Bronchite durch Injektion in den Muskel kleiner (1,0) Gaben Aether behandelt und in allen Fällen war das Resultat positiv. In 25 Fällen wurde postoperative Pneumonie mit grossen Gaben Kamph. mit positivem Resultat behandelt. Von 8 Fällen wurde die Autohämotherapie mit positivem Resultat in 6 Fällen behandelt. In den übrigen 2 musste noch dazu Kampher angewandt werden.

Schlussfolgerungen: Kleine Gaben Aether bei postoperativen Bronchiten und grosse Gaben Kampher bei Pneumonien können als gute und zuverlässige Mittel angesehen werden.

პროფ. ბ. ლოლობერიძე.

მომყოლის წინამდებარეობა

ჩვენი მასალის მიხედვით.

(ტფილისის ქალაქის I საავადმყოფოს საბებიო განყოფილებიდან. გამგე პროფ. ბ. ლოლობერიძე).

ორსულობისა და მშობიარობის ერთ-ერთ უმძიმეს გართულებად სამართლიანად ითვლება მომყოლის წინამდებარეობა. ამ გართულების სიმძიმე ეხება არა მარტო ბავშვს, არამედ დედასაც კი. ამისდა მიხედვით გასაგებია, რომ ეს დაავადება მუდამ იპყრობდა მეანების ყურადღებას.

მრავალი საშუალებანი, რომელიც იყო მოწოდებული ამ გართულების წამლობისათვის, ვერ იძლეოდა და ვერც იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს, როგორც ბავშვის მხრივ, აგრეთვე დედის მხრივაც. ბუშტის გახევა, მეტრეირიზი, დოლბანდით ტამპონაცია, ბავშვის მობრუნება კლასიკური და Braxton Hyks-ის წესით იძლევა ბავშვის სიკვდილის დიდ $\%$ -ს და აგრეთვე დიდ $\%$ -ს დედის სიკვდილობისა და ავადობისა. რომ მივიღოთ კიდევ მხედველობაში ის გარემოებაც, რომ წინამდებარე მომყოლით მშობიარობის შემდეგ არა იშვიათად აქვს ადგილი სისხლის ატონიურ დენას ან და სექტიურ დავადებას ლოგინობის ხანაში, მაშინ გასაგები იქნება ასე დიდი $\%$ ავადობისა და სიკვდილობისა.

ამისდა მიხედვით, ბოლო დროს შემოღებული საკეისრო გაკვეთა ამ დაავადების წამლობისათვის სრულებით გასაგებია და სამართლიანი, ვინაიდან ეს ოპერაცია, თუ დროზე იქნა გაკეთებული, ბევრად უკეთეს შედეგებს იძლევა, როგორც დედისათვის, აგრეთვე, განსაკუთრებით ბავშვისათვისაც. მეორე მხრით ოპერაციული ტენიკის განვითარებასთან ერთად ბოლო დროს საკეისრო გაკვეთის ოპერაციით ზედმეტი გატაცება არსებობს (M. Hirsch), რაც იყო აღნიშნული 1928 წ. საკავშირო გინეკოლოგთა ყრილობაზე მრავალი ავტორის მიერ განსაკუთრებით კი Скробанский-ს მიერ.

ამ მდგომარეობის მიხედვით ერთის მხრით, და მეორე მხრით ვინაიდან საქართველოში ეს საკითხი არ იყო ჯერ საკმარისად გაშუქებული, მე საინტერესოდ მიმაჩნია ამ მხრივ ჩვენი მასალის შეჯამება და სათანადო დასკვნის გამოტანა.

მე დავაგროვე მასალა ტფილისის ქალაქის I საავადმყოფოს საბებიო განყოფილების როგორც მისი კლინიკური ნაწილის, ისე საავადმყოფოს ნაწილისა,

რათა მეტ მასალაზე უფრო სწორი დასკვნის გამოტანა შესაძლებელი ყოფილიყო. მასალა დაგროვილია 1923 წლიდან დაწყებული 1929 წლამდე; ამ ხნის განმავლობაში სულ გატარდა განყოფილებაში 45 შემთხვევა მომყოლის წინამდებარეობისა, რაც მშობიარობის საერთო რიცხვიდან შეფარდებით შეადგენს 0,438‰, ამითგან ცენტრალური (ანუ სრული) წინამდებარეობა მომყოლისა იყო 15-ჯერ, ნაწილობრივი კი 30-ჯერ. მომყოლის სრული წინამდებარეობის შემთხვევებიდან მე გამოვყავი 5, სადაც საკეისრო გაკვეთა იყო გატარებული; ეს შემთხვევები ჯერ კიდევ ისე მცირერიცხოვანია, რომ რაიმე დასკვნის გამოტანა ჯერ კიდევ ნაადრევია. ამ ჩვენ მიმოხილვაში ჩვენ ვეხებით მხოლოდ 40 შემთხვევას, სადაც წამლობის უფრო კონსერვატიული წესები იყო გატარებული, და იმედი გვაქვს, როცა ამ დავალების დროს საკეისრო გაკვეთის შემთხვევებიც საკმარისად დაგვიგროვდება, გამოვაქვეყნოთ ისინიც.

ამ რიგად *p. p.* ყველა შემთხვევიდან 33,3‰ შეადგენს მომყოლის სრულ წინამდებარეობას, 68,7‰ კი—ნაწილობრივს. სხვა ავტორების სტატისტიკური ცნობები რომ გადავსინჯოთ, დავინახავთ, რომ საერთო ციფრი მომყოლის წინამდებარეობისა სხვადასხვა ავტორის ხელში ირყევა 1,64‰-დან 0,26‰-მდე. ასეთი განსხვავება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ამა თუ იმ ქვეყანაში ანუ ქალაქში ასეთ მძიმე გართულებით მშობიარებს ათავსებენ სავადმყოფოებში და არა სტოვებენ სახლში. მაგალითად, გერმანეთში სავადმყოფოებში და კლინიკებში ეს ‰ მეტია საშუალოდ 1,0‰-მდე (Mikulicz—Radecki, Günther, Wagner, Netger, Kraul, Kermauner და სხვა). პოლონეთში (Popiel) და რუსეთში—ნაკლებია, 0,26—0,32‰. რაც შეეხება *p. p.* სხვადასხვა ფორმების განაწილებას, ესეც სხვადასხვა ავტორის ხელში სხვადასხვანაირადაა: უმეტეს ნაწილად *p. p. centralis* შეადგენს დასავლეთით 30‰ ყველა შემთხვევებისა (Bocek, Netger, Popiel, Новиков), ზოგს ნაკლები აქვს ცენტრალური წინამდებარეობისა (Малявинский, Brodhead u. Laugroek, Kraul), ზოგს კიდევ მეტი (Günther—41,3‰).

P. p. ფორმების კლასიფიკაციის შესახებ მე ვეთანხმები ზოგ ავტორებს (Pankow Гусанов, Малявинский Мишик და სხვა), რომელნიც ამტკიცებენ, რომ ძველი კლასიფიკაცია: *p. p. centralis lateralis* და *marginalis* ვერაა მიზანშეწონილი, ვინაიდან უფრო ანატომიურ მდებარეობას ეხება და არა კლინიკურ მოვლენებს. გარდა ამისა, თუ, ვთქვათ, ყელის 1 თითზე გახსნისას ისინჯება სრული წინამდებარეობა მომყოლისა, როცა ყელი გაიხსნება, ვთქვათ, 3 თითზე, შესაძლებელია ეს წინამდებარეობა გვერდითი გამოდგეს. მაგრამ ვინაიდან უმეტეს შრომებში ასეთი დაყოფა არსებობს, მეც ვტოვებ მას და ვყოფ *p. p.* შემთხვევებს 2 ჯგუფად *p. p. totalis* და *p. p. partialis*.

წლოვანობის მიხედვით ჩვენი ავადმყოფები ნაწილდებიან შემდეგნაირად: 20 წლამდე—1; 20—25 წლამდე—11; 26—30 წლამდე—13; 31—35 წლ.—10; 36—40 წლ.—5. შეილოსნობის მხრივ ავადმყოფები განაწილებულია შემდეგად: პირველად ორსულია—5; 1—para 6; 2—para 10; 3—para—5; 4—para 3; 5—para 1; 5 ხე მეტი—7. მარტო აბორტები ჰქონდა 3 ქალს; მრავალი აბორტი ჰქონდა, ან მიმდინარე ორსულობის წინ უკანასკნელი ორსულობა აბორ-

ტით დაუმთავრდათ 10-ს. არც ერთი აბორტი არ ჰქონიათ ნაშვილოსნო ქალებს—18-ს. უკანასკნელი ციფრები საინტერესოა იმ თვალსაზრისით, რომ ბოლო ხანებში რამოდენიმე მითითება არსებობს ლიტერატურაში აბორტების შემდეგ ორსულობის და მშობიარობის უწყესოდ მიმდინარეობასა და სხვა გართულებათა შორის მომყოლის წინამდებარეობის სიხშირეზეც (Литвак, Ланкович, Клейн), რაც ამ ჩვენი ციფრებით არ მართლდება. ამ რიგად მომყოლის წინამდებარეობა უჩნდება უფრო ხშირად ნაშვილოსნო ქალებს და უმეტეს ნაწილად 1—2—3 მშობიარობის შემდეგ.

ამ რიგად 5 Primipara-ს რომ დაუმატოთ 3 ქალი, რომელთაც მიმდინარე ორსულობამდე 1 აბორტი ჰქონდა გადატანილი (ე. ი. ეს სამიც რომ პრიმა-პარა-დ ჩავთვალოთ), მივიღებთ p. p. 40 შემთხვევიდან 8 prima-para-ს, რაც შეადგენს დახლოებით 20% prima-para-ს, საერთოდ კი ჩვენ განყოფილებაში prima-para შეადგენს 33% ყველა მშობიარობისა. ამ გვარად გამოდის, რომ ნაშვილოსნო ქალებს უფრო ხშირად უჩნდებათ p. p. ეს ეთანხმება სხვა ავტორთა ციფრებს, სადაც აგრეთვე ნაშვილოსნო ქალებს p. p. უფრო ხშირად მოსდის ვიდრე prima-para-ს. მაგალითად Pankow-ის სტატისტიკურ ცნობით, prima-para-ს p. p. შეხვდება 0,37%-ში, II—para-ს—1,9%; III—para-ს—3,2%; IV—para-ს—2,9%; V—para-ს—5,2%; VI—para-ს—8% და VII—para-ს—11,2-ში. მისი გამოანგარიშებით გაერთიანებულ სტატისტიკურ ცნობის მიხედვით (სხვადასხვა ავტორების მასალაზედ) p. p. ყველა შემთხვევიდან 1—para შეხვდება 12%-ში და multipara კი—88%ში. Wagner-ით 1—para შეხვდება p. p. შემთხვევაში 11,0%-ში. Günther-ით—12%-ში Bocek-თ—12,5% Mikulicy-Radecki-ს ცნობით (Stöckel-ის კლინიკიდან) 1—para უფრო ხშირად ხვდება, მაგრამ ეს დამოკიდებულია იმაზე, რომ მის კლინიკაში საერთოდ 1—para უფრო ხშირად ყოფილა. Popiel-ს (ვარშავიდან) p. p. 40 შემთხვევაზე ჰქონდა ერთი 1—para-2,5%. ამ რიგად ჩვენ მასალაზე p. p. შემთხვევებში 1—para შეგვხვდება 20%-ში ე. ი. უფრო ხშირად, ვიდრე ავტორთა უმრავლესობას, რაც შეიძლება ახსნილ იქნეს საერთოდ 1—para-ს დიდი რაოდენობით ჩვენ განყოფილებაში.

რაც შეხება წლოვანობასავადმყოფებისას, იგი ნაწილდება იმდაგვარადვე როგორც საერთოდ მშობიარობა, ე. ი. ყველაზე მეტია იმ ასაკში, რომელ ასაკშიაც საერთოდ ყველაზე მეტია მშობიარობა, ე. ი. 20—30 წლამდე.

ეროვნების მხრივ ქართველია 13 (33%), სომეხი 22 (56,4%) და რუსი 5 (11,7%). ეს შეფარდება არ განსხვავდება საერთოდ ავადმყოფების განაწილები-საგან ეროვნების მიხედვით ჩვენ სამშობიარო განყოფილებაში, სადაც მშობიარები ქართველები შეადგენენ 20—27%; სომეხები 54—60% და რუსი 11—13%.

ნაშვილოსნო ავადმყოფებისაგან წინაღული მშობიარობა ნორმალურად ჩაუტარდა ყველას გარდა ერთისა, რომელსაც წინანდელ მშობიარობის შემდეგ ჰქონდა მომყოლის ნაწილის ჩარჩენა საშვილისნოში და სისხლის დენის გამო დასჭირდა მისი ხელით ამოღება. ორმა კიდევ მიგვიითთა მიმდინარე ორსულობის დროს გადატანილ მალარიასზე.

წლების მიხედვით ჩვენი შემთხვევები განაწილებულია შემდეგნაირად:

1923 წ. იყო 9 შემთხვევა, 1924 წ.—4 შემთხვევა; 1925 წ.—6, 1926 წ.—5, 1927 წ.—5; 1928 წ.—5 და 1929 წ.—6. წლითი წლად p. p. % ირყეოდა 1,0%-დან (1923 წ.) 0,23%-მდე (1927 წ.), სულ კი ამ ხნის განმავლობაში გატარებულ 8643 მშობიარობაზე მოდის 40 შემთხვევა p. p., რაც შეადგენს 0,438%-ს. საერთოდ-კი ლიტერატურაში ეს ციფირი ქანაობს 0,1% ახლოს მშობიარეობის საერთო რიცხვზე: კლინიკებისათვის და სავადმყოფოებისათვის ეს ციფირი მეტია: 1,0—2,0%-მდე, და დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად ასე მძიმე გართულებით მშობიარობას სახლში ატარებენ, თუ დაწესებულებაში მიჰყავთ. ამ ჩვენი მცირე %-ის მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია დასკვნა გამოვიტანოთ, რომ p. p. შემთხვევები ყველა დაწესებულებაში არ მიჰყავთ და მრავალი შემთხვევები ტარდება კერძო ბინებზე, რაც სასურველად ვერ ჩაითვლება.

ორსულობის ხანის მიხედვით 17 იყო ბოლომდე მიტანილი ორსულობა (ამათგან 4 ჰქონდა სრული წინამდებარეობა მომყოლისა), 10-ში—8 თვის ორსულობა, (3 სრული წინამდ. მომყ.), 9-ში—7 თვის ორსულობა (2—სრული წინამდებარეობა), 4-ში—6 თვის (ყველა ნაწილობრივი წინამდ.). ამ გვარად p. p. დროს ორსულობა გაგრძელდა ბოლომდე მხოლოდ 43,6%-ში და 56,4%-ში კი ვადამდე დამთავრდა. ეს ციფირები ოდნავ განსხვავდება Pankow-ის მიერ მოყვანილ ციფირებისაგან (55,7% და 44,3%). მეორე მხრივ უნდა ხაზი გაუსვათ იმ გარემოებას, რომ 17 შემთხვევიდან, სადაც ორსულობა ბოლომდე იყო მიტანილი, მხოლოდ 5 იყო p. p. totals, რაც ოდნავ განსხვავდება Pankow-ის ცნობებისგან, რომლის მიხედვით p. p. totalis-ის დროს ორსულობა უფრო ხშირად თავდება დროული მშობიარობით, ვიდრე ნაწილობრივი წინამდებარეობის დროს.

აღმოჩენილი დახმარება მშობიარობის შემდეგია: მოიშობიარა თავისით და არავითარი ჩარევა არ დასჭირდა 10 შემთხვევაში (25,4%)—ყველა p. p. partialis-ის დროს. 7 შემთხვევაში ნახმარია სანაყოფო ბუშტის ხელოვნურად გახვევა, რის შემდეგ მშობიარობა მშვიდობიანად ჩატარდა (ყველა p. p. partialis-ის დროს). 7 შემთხვევაში სანაყოფო ბუშტის ხელოვნურად გახვევის შემდეგ დასჭირდა კიდევ უფრო რთული ჩარევა მშობიარობის დასამთავრებლად. მეტრიერიზი ნახმარია 2-ჯერ. (p. p. totalis-ის დროს), დოლბანდით საშვილოსნოს ტამპონაცია—4-ჯერ. (p. p. totalis, 1—p. p. partialis). საშვილოსნოს ყელის ხელებით გაგანიერება ნახმარია 2-ჯერ (p. p. totalis). ბავშვის მობრუნება Braxton Hicks-ის წესით—6-ჯერ (2 p. p. totalis, 4 p. p. partialis). კლასიკური მობრუნება ბავშვისა გარეგან-შინაგანი წესით ნახმარია 14-ჯერ (p. p. totalis 9-ჯერ და partialis 5-ჯერ). ბავშვის ხელებით გამოყვანა ნაწარმოებია 18-ჯერ (9 p. p. totalis). ერთ შემთხვევაში ნაწარმოებია მომდევნო თავის პერფორაცია. 2 შემთხვევა გართულდა ჭიპლარის გამოვარდნით. მომყოლის ხანაში ოპერაციები: ერთხელ მომყოლის ამოღება ხელით (p. p. totalis) და 7-ჯერ მომყოლი გამოყვანილია Crede-ს წესით (1 p. p. totalis). ერთ შემთხვევაში (p. p. totalis) მშობიარობის შემდეგ იყო ატონიური სისხლის დენა, რომელიც შეჩერებულია ჩვეულებრივი ზომებით (ერგოტინი კან ქვეშ, საშვილოსნოს მასაჟი, საშიში ცხელი შესხურება). ერთ შემთხვევაში ბავშვის მობრუნებისა და გამოყვანის შემდეგ აღმოჩნდა საშვილოსნოს ყელის ჩახვევა, რამაც მოითხოვა გაკერა.

ამ ოპერაციების ჩამოთვლა ერთგვარ განმარტებას მოითხოვს: 1) დოლბანდით ტამპონაცია ნახშირია 4-ჯერ, მეტრეირიზი კი 2-ჯერ. აქედან სრულებით არ გამომდინარეობს, რომ ჩვენ უფრო მომხრენი ვართ დოლბანდით ტამპონაციისა, არამედ ეს აიხსნება იმით, რომ 23—25 წ. მეტრეირინტერის უქონლობის გამო ვხმარობდით დოლბანდით ტამპონაციას. 2) შემდეგ 5-ჯერ იყო ბავშვის მობრუნება Braxton—Hicks-ის წესით; ესეც შეიძლება ავხსნათ იმავე გარემოებით, რაც დოლბანდით ტამპონაციის შესახებ იყო ნათქვამი: მეტრეირინტერის უქონლობისა გამო, სადაც ეს შესაძლებელი იყო, ვხმარობდით Braxton—Hicks-ის წესით მობრუნებას. როგორც მოყვანილი ციფრებიდან ჩანს, ჩვენ უპირატესობას ვაძლევთ კლასიკური წესით მობრუნებას, სადაც ეს შესაძლებელია, რაც ნახშირი იყო 14-ჯერ. სხვა ავტორებიც აძლევენ უპირატესობას კლასიკური წესით მობრუნებას, Braxton Hicks-ის წესით მობრუნებასთან შედარებით (Wagner Winter.) Henkel-ით, მაგალითად, Braxton Hicks-ის წესით მობრუნება კარგია კერძო პრაქტიკისათვის.

ყველა შემთხვევებიდან 1 ავადმყოფი გარდაიცვალა მოუშმობიარებლად (იხ. ქვემოთ). დარჩენ შემთხვევებიდან ნაყოფი დაიბადა წონით 2000 გრ-ზე მეტი—28 (10 p. p. totalis, 18—partialis). ამათგან ცოცხლად დაიბადა და დარჩა ცოცხალი 14 (50%) (3 p. p. totalis). ამ რიგად p. p. ყველა შემთხვევებისათვის მკვდარი ბავშვი (თუმცა სიცოცხლის უნარიანი) იბადება, ან მშობიარობის მოკლე ხნის შემდეგ იღუპება 50%-ში. რომ ეს ციფრი გამოვიანგარიშოთ p. p. სხვადასხვა ფორმებისათვის, მივიღებთ p. p. totalis-ათვის 3 ცოცხალი ბავშვს 10-ზე, ე. ი. ბავშვის სიკვდილსა—70%-ს, p. p. partialis-ათვის კი 18 ბავშვზე რომელიც დაიბადა წონით 2000 გრ-ზე მეტი, დარჩა ცოცხალი 11=38,9% ბავშვის სიკვდილობისა. საერთო რიცხვი ბავშვის სიკვდილობისა კი იქნება 62,5%, რომ ყველა შემთხვევები მივიღოთ მხედველობაში, ისინიც კი სადაც ბავში დღე-ნაკლები დაიბადა და მაშასადამე სიცოცხლის უნარს მოკლებული. ეს ციფრები რომ შევადაროთ სხვა ავტორთა ციფრებს, დავინახავთ, რომ ეს ციფრები ირყევა 39,8%—82,3%.

რაც შეეხება დედას, მიღებული შედეგები ამ გვარია: დედა გარდაიცვალა 3; ამათგან ერთი (p. p. partialis) გარდაიცვალა მოუშმობიარებლად შემოსვლის 3 $\frac{1}{2}$ საათის შემდეგ სისხლის დენისაგან. ამ ავადმყოფს ორსულობის 7 თვეზე დაწყებია სისხლის დენა ჩვენთან შემოსვლის 2 დღით ადრე. იგი შემოვიდა ძლიერ ანემიური, უკვე მკდარი ბავშვით და 1 თითზე ყელის გახსნით. მიღებული ოპერაციული ზომა იყო საშვილოსნოს ყელის ტამპონაცია. მეორე შემთხვევაში (p. p. totalis) ოპერაციული წესებიდან იყო ნაწარმოები 1) საშვილოსნოს ყელის ტამპონაცია, 2) Braxton—Hicks-ის წესით ბავშვის მობრუნება და 3) მომყოლის Crede-ს წესით გამოძევება. ბავშვი დაიბადა მკვდარი 2250 გრ. წონით, დედა გარდაიცვალა 13 დღეზე სეპტიკური ენდომეტრიტით. მესამე შემთხვევაში (p. p. totalis) ოპერაციული წესებიდან ნახშირია ფეხის ჩამოტანა ჯდომით წინამდებარეობის დროს და გამოყვანა ბავშვისა ხელებით. ბავში დაიბადა თეთრ ასფიქსიაში და არ იყო გაცოცხლებული, დედა გარდაიცვალა მე-18 დღეს სეპტიციემიით. ამ გვარად 40 ავადმყოფიდან გარდაიცვალა 3. ე. ი. 7,7%.

მომყოლის წინამდებარეობა.

ეს % შემთხვევების ორ ორ ჯგუფისათვის ცალ-ცალკე რომ გამოვიანგარიშოთ, გამოვა p. p. partialis-ათვის 1 სიკვდილი 29-ზე ე. ი. 3,4%; p. p. totalis-ათვის კი—2—10-ზე ე. ი. 20%. ეს ციფირიც არ განსხვავდება სხვა ავტორების ციფირებისაგან.

ლოგინობის ხანა p. p. totalis შემთხვევებში უსიცხოთ ვატარდა 4 შემთხვევაში—ოთხივეში მომშობიარება შესრულებულა ბავშვის ფეხზე მობრუნებით და მისი გამოყვანით. გარდა ამისა, ვახსნის ხანაში ერთში ტამპონაციაა ნაწარმოები, მეორეში კი მეტრეირიზი. ორ შემთხვევაში ლოგინობის ხანაში იყო ერთდროული სიცხის აწვევა 38,0°, რამაც არ დააბრკოლა მათი განყოფილებიდან დროზედ გაწერა; ორივეში მშობიარობა დამთავრდა ბავშვის ფეხზე მობრუნებით და მისი გამოყვანით, ერთი კიდეც საშვილოსნოს ყელის წინასწარი ტამპონაციით. 5 შემთხვევაში იყო უფრო ხანგრძლივი სიცხის აწვევა: ორი მათგანი უკვე აღნიშნულია, როგორც სიკვდილით დამთავრებული, დანარჩენებში იყო ნაწარმოები შემდეგი: ერთში მშობიარობის დროს oviscistotomia, ბავშვის მობრუნება Braxton—Hicks-ის წესით, მერმე მისი გამოყვანა ფეხით და მომდევნო თავის პერფორაცია და შემდეგ ხელით გამოღება მომყოლისა. ავადმყოფს მშობიარობის შემდეგ გაუჩნდა თრომბოფლებიტი მარჯვენა ფეხისა, გაეწერა მომჯობინებული მე 77 დღეზე, დანარჩენ 2 შემთხვევაში ლოგინობის ხანა გართულდა პატარა endometrit-ით: ერთი მათგან გაეწერა მე-10 დღეს საღი, მეორე კი გაიწერა მე-12 დღეს თავის ნებით, მიუხედავად კიდეც ცოტა სიცხისა, მაგრამ მდგომარეობა მისი არ იყო სახიფათო.

P. p. partialis-ის შემთხვევიდან, როგორც აღნიშნულია ზემოდ, ერთი გარდაიცვალა მოუმშობიარებლად, დანარჩენი ყველა გაიწერა განყოფილებიდან საღი. ამათგან 23 შემთხვევაში ლოგინობის ხანა ვატარდა უსიცხოთ, ერთში იყო ერთდროული სიცხის აწვევა და 2-ში კი—ხანგრძლივი სიცხე (სეპტიკური ენდომეტრიტის გამო). ამათგან ერთში იყო ნაწარმოები ბავშვის ფეხზე მობრუნება კლასიკური წესით, მეორეში კი—Braxton-Hicks-ის წესით.

ყველა ოპერაციები და მიღებული შედეგები გამოსახულია თანდართულ ცხრილებში, სადაც ჩანს ყველა ოპერაციების შედეგები: როგორც ბავშვისათვის ისე დედისათვისაც.

უნდა შევნიშნოთ კიდეც, რომ არც ერთ ჩვენ შემთხვევაში არ იყო ვაგრძელებული ორსულობა ან ვადამეტებულად მომწიფებული ბავში, როგორც ამას აღნიშნავენ Pankow-ი და Strassman-ი p. p. დროს. ბავშვის წონა მხოლოდ ერთ შემთხვევაში 4000 gr. იყო: დანარჩენ ყველა შემთხვევები კი—ნაკლები.

ამ რიგად ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები თუმცა ბევრად არ განსხვავდება სხვა ავტორთა ციფირებისაგან და ზოგს სჯობნის კიდეც, მაგრამ მაინც 7,7% დედის სიკვდილობა და 56,6%—ბავშვის საზოგადოდ დიდ % უნდა ჩიათვალოს თანამედროვე პირობებისათვის. დედის სიკვდილობა სხვადასხვა ავტორების ხელში ირყევა 4,4%—14%-მდე ბავშვის სიკვდილობა კი—ირყევა 47,9%—82%. ასეთი მერყეობა ბევრად დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენ % შეადგენდა ამა თუ იმ ავტორის სტატისტიკაში p. p. totalis ყველა შემთხვევებთან შეფარდებით. ჩვენს სტატისტიკაში ეს შეფარდება უდრის 25,6%, რაც დიდ პროცენტად

უნდა ჩაითვალოს. ბავშვის სიკვდილობა კიდევ ბევრად დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენი იყო საერთო რიცხვში უღროვო და სიცოცხლის უნარს მოკლებული ბავშვი; ასეთი ჩვენ სტატისტიკაში 28,2%-ია. თუ ამ ხრივ ამ ჩვენ ციფირში შესწორებას შევიტანთ, მივიღებთ ბავშვის რედუცირულ სიკვდილობას 50%-ი. დედის სიკვდილის შემთხვევებიდან 1 სიკვდილი შეიძლება გამოვრიცხოთ, როგორც ჩვენთან მოყვანილი დავვიანებით (რომელიც გარდაიცვალა 3 საათის შემდეგ), მაშინ დედის სიკვდილობის % შესწორდება და გამოვა 5,1 (რედუცირული).

| დახმარების სახე | სულ | ბავშვი | | | ლოგინობის ხანა | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|------------|----------------|----------|--------------|----------|
| | | ცოცხალი | გედარი | დღუნ-კლები | № | სიხით | შიმე გართულ. | სიკვდილი |
| <i>p. p. centralis</i> | | | | | | | | |
| ovicistotomia | 2 | | 2 | | | 1 | 1 | |
| ტამონაცია დოღბანდით | 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | | 1 |
| მეტრეირიზი | 2 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | |
| ხელებით ყელის გაგანიერება | 1 | 1 | | | | | | |
| ბავშვის მობრუნება Braxton Hicks-ით | 2 | | 2 | | | | 1 | 1 |
| ” ” კლასიკურის წესით | 8 | 2 | 4 | 2 | 5 | 2 | | 1 |
| ბავშვის გამოყვანა ხელებით | 7 | 1 | 5 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| ბავშვის ქალას პერფორაცია | 1 | | 1 | | | | 1 | |
| მომყოლის ამოღება ხელით | 1 | | 1 | | | | 1 | |
| ს უ ლ | 28 | 6 | 18 | 4 | 12 | 6 | 5 | 4 |
| <i>p. p. partialis</i> | | | | | | | | |
| ყელის გაგანიერება ხელით | 1 | | 1 | | 1 | | | |
| უოპერაციით | 10 | 5 | 1 | 5 | 9 | 1 | | |
| ovicistotomia | 14 | 5 | 7 | 4 | 13 | 1 | | |
| ტამონაცია დოღბანდით | 1 | | 1 | | | | | 1 |
| ბავშვის მობრუნება Braxton-Hicks-ით | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | | |
| ” ” კლასიკური წესით | 6 | 2 | 3 | 2 | 5 | | | |
| ბავშვის გამოყვანა ხელებით | 5 | 1 | 2 | 2 | 5 | | | |
| სულ | 30 | 12 | 9 | 9 | 29 | | | |
| საერთო ჯამი | 58 | 18 | 27 | 13 | 31 | 6 | 5 | 5 |

სწორედ ეს ციფირები არ აკმაყოფილებდნენ ავტორებს და ამისთვის იყო შემოტანილი წინადადება მომყოლის წინამდებარეობის წამლობისა საკეისრო გაკვეთით, რაც ბევრად უფრო კარგ შედეგებს იძლევა, როგორც დედისათვის, ისე განსაკუთრებით, ბავშვისათვისაც. უკანასკნელი წლების განმავლობაში ჩვენც იმ აზრზე ვდგევართ, რომ მომყოლის სრული წინამდებარეობისა და ძლიერი სისხლის დენის დროს, განსაკუთრებით კი როცა მშობიარობა დასაწყისშია და არაა იმედი მისი მალე დამთავრებისა, სჯობს მშობიარობის დამთავრება საკეისრო გაკვეთით. რამოდენიმე ასეთი ოპერაცია გაგვიკეთებია კიდევ კარგი შედეგით, მაგრამ ეს შემთხვევები ჯერ კიდევ ისე მცირერიცხოვანია, რომ რაიმე დასკვნის გამოტანა ჯერ შეუძლებელია. ამისთვის ამ შემთხვევებს ჩვენ ჯერ არ ვეხებით და იმედი გვაქვს, როცა საკმარისი მასალა და გა-

მომყოლის წინამდებარეობა.

მოცდილება დაგვიგროვდება, იმასაც გამოვაქვეყნებთ. ჯერჯერობით კი ნებას მივსცემ ჩემ თავს რამოდენიმე დასკვნა გამოვიტანო:

1) ჩვენი მასალის მიხედვით მომყოლის წინამდებარეობა შეადგენს 0,438%-ს ყველა შშობიარობასთან შეფარდებით.

2) ეს დავადება უფრო ხშირად მოსდის ნაშვილოსნო ქალებს; პირველად ორსულნი შეადგენენ მხოლოდ 12,8%-ს.

3) ჩვენი მასალის მიხედვით მომყოლის სრული წინამდებარეობა ამ დაავადების ყველა ფორმებთან შეფარდებით შეადგენს 25,6%-ს.

4) ჩვენი მასალით არ მტკიცდება, თითქოს მომყოლის წინამდებარეობა უფრო ხშირად ვითარდებოდეს ხელოვნური აბორტების შემდეგ.

5) ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები როგორც დედისათვის ისე ბავშვისათვისაც თუმცა არ განსხვავდება სხვა ავტორების მიერ გამოქვეყნებული შედეგებისაგან, მაგრამ მაინც დამაკმაყოფილებლად ვერ ჩაითვლება.

დედა იღუპება ხოლმე ან სისხლის დენისაგან, ან ლოგინობის ხანაში დართულ სეფსისისაგან.

6) ამისდა მიხედვით სრულებით გასაგებია და სამართლიანი ამ დავადების წამლობის სხვა მეთოდების ძიება.

7) როგორც ლიტერატურული ცნობებიდან, ისე ჩვენი მცირე გამოცდილებიდან შეიძლება წინასწარი დასკვნა იქნას გამოტანილი, რომ ამ დაავადების წამლობაში საკეისრო გაკვეთამ დიდი და საბატიო ადგილი უნდა დაიჭიროს და ამით უნდა შემცირდეს, როგორც დედის სიკვდილობა, ისე, განსაკუთრებით, ბავშვისაც.

ლიტერატურა.

- B. Bocek, Ref. in *Zentr. f. Gyn.* 1925, № 5, S. 286.
 A. Braunstein, Inaug. Diss. Jena 1926.
 G. Brodheard and E. Langrock (New-York), Ref. *Zentr. f. Gyn.* 1928, № 9, S. 597.
 A. Гусakov (Ленинград): *Журн. Ак. и Жен. Бол.* 1928, № 5, стр. 675; 1926, № 9, стр. 720.
 G. Günter (Berlin): *Zentr. f. Gyn.* 1925, № 5, S. 275.
 I. Felletar (Budapest): *Zentr. f. Gyn.* 1928, № 9, S. 600.
 I. Füh (Koblenz); *Arch. f. Gyn.* Bd. 133, H. 1.
 Hjelt-Sally (Helsingfors): *Zentr. f. Gen.* 1928, № 9, S. 598.
 K. Kellog (Boston-Mass.): *Amer. Journ. of Obs. and. Gyn.* vol. XI, 1926 194—200.
 Kermauner (Wien): *Wiener kl. Woch.* 1927, № 51.
 O. Korthauer (Bremen): *Zentr. f. Gyn.* 1927, № 23, S. 1434.
 L. Kraul (Wien): *Wiener kl. Woch.* 1927, № 9.
 A. Kunez; *Zentr. f. Gyn.* 1928, № 9, S. 549.
 Ed. Martin: *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.* 1928, № 23, S. 1490.
 Minulier-Radeckii: *Arch. f. Gyn.* Bd. 123, H. 1.
 F. Netzer (Jena): *Deutsche med. W.* 1925, № 46.
 A. Новиков: *Акуш. и Жен. Бол.* 1911, стр. 259.
 B. Малявинский (Москва) *Гин. и Акуш.* 1929, стр. 460.
 O. Pankow, Halbem-Seitz's Biologie u. Path. d. Weibes, Bd. VIII, S. 1—98.
 B. Phèron (New-York), Ref. in *Zentr. f. Gyn.* 1925, № 5, S. 286.
 W. Popiel (Warschau): *Zentr. f. Gyn.* 1925, № 48, S. 2727.
 P. Strassmann: *Zentr. f. Gyn.* 1927, № 42, S. 2690.
 H. Wagner: *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. 89, H. 3.

Проф. Б. К. ГОГОБЕРИДЗЕ.

Предлежание плаценты по нашим материалам.

(Из акушерского отделения Тифлисской I горбольницы; зав. Б. Гогоберидзе).

Автор собрал случаи предлежания плаценты упомянутого отделения с 1923—1929 г. включительно. Всего было 39 случаев, в которых лечение проводилось по старым консервативным методам. В отношении к общему количеству родов случаи р.р. составляют 0,438%. 10 было р.р. totalis и 29 р.р. partialis. В большинстве оперативных случаев роды закончены поворотом по Braxton-Hicks'у или по клиническому способу. Материнская смертность 7,7% (редуцированная 5,1%). Детская смертность 56,6% (редуцированная 50%).

Автор приходит к следующим выводам:

- 1) По нашим материалам р.р. встречается в 0,438% случаев всех родов.
- 2) Это заболевание чаще поражает рожавших женщин. Нерожавшие составляют всего 12,8%.
- 3) Полное предлежание плаценты встречается по нашим данным в 25,6% всего количества р.р.
- 4) Полученные нами результаты как в отношении матери, так и в отношении ребенка хотя и мало отличаются от цифр, полученных другими авторами, но все же не могут считаться удовлетворительными.
- 5) По нашим данным не видно, чтобы р.р. встречалась часто у ранее абортировавших женщин.
- 6) Как на основании литературных данных, так и на основании нашего небольшого опыта можно вывести предварительное заключение, что в лечении этого заболевания кесарское сечение должно занять почетное место; таким путем можно уменьшить смертность как материнскую, так особенно и детскую.

Prof. B. GOGOBERIDSE.

Vorliegende Placenta (placenta praevia) nach unserem Material

(Aus d. Geburtshilflichen Abteilung des I Städtischen Krankenhauses zu Tiflis. Vorstand: B. Gogoberidze).

Wir sammelten Fälle von Placenta praevia aus der oben erwähnten Abteilung in Jahren 1923—1929 inc. Es gab im ganzen 40 Fälle (10 F. placenta praevia totalis und 30 F. p.p. partialis) wo die Behandlung nach konservativer Methode durchgeführt wurde. Die Fälle der p.p. im Bezug auf die Allgeinezahl der Geburten machen 0,438% aus. Die operativen Fälle wurden meistens entweder durch Wendung nach Braxton-Hicks, mit folgender Extraction, oder durch klassische Wendung beendet. Muttersterblichkeit betrug 7,7% (reduciert—5,1%). Kindersterblichkeit—56,6% (reduciert—50%).

Wir sind zu folgenden Schlüssen gekommen:

- 1) Nach unserem Material p.p. kommt in 0,438% der Gesamtgeburten.
- 2) Dies trifft sich mehr bei Multipara: die Erstgebärenden geben nur eine Zahl von 12,8%.
- 3) Die totale Vorlage der Placenta trifft sich nach unseren Angaben in 25,6% der Gesamtfällen der p.p.
- 4) Obwohl die von uns angegebenen Resultate in Betreff der Mütter, wie auch der Neugeborenen, mit denen der anderen Autoren übereinstimmen, doch können sie nicht als Befriedigende angesehen werden.
- 5) Wir können nach unserem Material nicht behaupten, dass p.p. bei den früher abortierenden Frauen öfter vorkommen sollte, als bei den nicht abortierenden.
- 6) Auf Grund der diesbezüglichen Literatur, wie auch unserer kleiner Erfahrung lassen wir uns einen vorläufigen Schluss ziehen, dass in der Therapie dieser Erkrankung der Kaiserschnitt eine Ehrenstelle einnehmen müsse. Auf dieser Weise wird die Mortalität der Mütter, und besonders der Kinder, verringert.

ლ. ნიჟოვანი.

რეტიკულო-ენდოთელიური სისტემის ფუნქციონალური გამოკვლევა ორსულობის დროს კანთარინის რეაქციის საშუალებით¹.

(ტფილ. სამედიცინო ინსტიტუტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე პროფ. ივ. თიქანაძე).

ამ უმად უკვე საკმარისად გამოკვლეულია, რომ ორგანიზმში შექრილი მიკრობების და მათი ტოქსინების უვნებელყოფის და იმუნ-სხეულების გამომუშავების პროცესში უმთავრეს მონაწილეობას ღებულობენ, როგორც უჯრედოვანი ელემენტები, ფაგოციტები (ცელულარული ელემენტები), ისე სისხლში და ორგანიზმის სითხეებში გახსნილი განსაკუთრებული ნივთიერებანი (ჰუმორალური ელემენტები). მხოლოდ ამ ელემენტების შეთანხმებული მოქმედების ზეგავლენით უნდა ახსნილ იქნას ორგანიზმის თვით დამცველობითი თვისება. რომ უჯრედოვან ელემენტებს აქვთ მიკრობების შთანთქმის და მათი მონელების უნარი (ფაგოციტოზი), ეს ზედმიწევნით დამტკიცებულია Мечников-ის მიერ. ფაგოციტოზის უნარი მხოლოდ მეზოდერმის განსაკუთრებულ უჯრედებს შესწევთ. არსებობს მთელი რიგი ფაგოციტარული უჯრედებისა. ზოგი მათგანი მოძრავია, ზოგი კი უმოძრაო. მოძრავ ფაგოციტებს ეკუთვნიან პოლინუკლეარები და დიდი მონონუკლეარული ლეეკოციტები; უმოძრაოს კი — რეტიკულიარული უჯრედები ელენთის პულპისა, ლიმფური კვანძებისა, ენდოთელიური უჯრედები, ღვიძლის ვარსკვლავიანი უჯრედები Kupffer-ისა და სხე.

Высокович-მა პირველმა აღნიშნა ის ცვლილებები, რომელთაც ადგილი აქვს სისხლის მიღების ენდოთელიუმში ინფექციური პროცესის დროს და გამოთქვა აზრი, რომ ეს ელემენტები იღებენ მონაწილეობას იმუნიტეტის შექმნაში.

ფაგოციტოზი შორის Мечников-ი განარჩევს მიკრო- და მაკროფაგებს. პირველთ ეკუთვნიან პოლინუკლეარული ლეეკოციტები, ხოლო დანარჩენი ფაგოციტები წარმოადგენენ მაკროფაგებს. ამ ორ სხვადასხვა ტიპის ფაგოციტებს სხვადასხვა თვისებებიც აქვს. მიკროფაგებს შეუძლიან ბაქტერიების და წვრილმანი ნაწილაკების შთანთქმა. მაკროფაგები კი ანადგურებენ უფრო მოზრდილ ნიწილაკებს: მაგ. წითელ ბურთულებს, ბაქტერიების გამძლე ფორმებს და სხ. ეს მეზენხიმური უჯრედები დაფანტულია მთელ ორგანიზმში, მათ აქვთ მსგავსი მორფოლოგიური სახე და ისინი ეწევიან ერთსა და იმავემ ფუნქციას. Aschoff-მა და Landau-მ ესენი ერთ დიდ სისტემაში მოიყვანეს და სახელად უწოდეს რეტიკულო-ენდოთელიალური სისტემა. ამ სისტემის მორფოლოგიის შესწავლას დიდად შეუწყო ხელი Ribbert-ის და Goldmann-ის მიერ შემოღებულმა ვიტა-

¹) მოხსენდა ქართველ ექიმთა საზოგადოებას 24/10 1929 წ. სხდომაზე.



ლური შეღებვის მეთოდმა. გამოირკვა, რომ ამ სისტემის უჯრედებს შესწევთ ვენაში შეყვანილ ზოგიერთ საღებავ ნივთიერებათა სწრაფად შთანთქმის და მათი შიგ უჯრედებში დაგროვების უნარი. ასეთ ნივთიერებათა რიცხვს ეკუთვნიან მთელი რიგი მჟავე საღებავებისა, როგორც მაგ. Litoncarmin, Pyrrholblau, Trypanblau, ზოგიერთი კოლოიდები: Collargol, Dispargen, Ferrum saccharatum, Electroferrol და სხ. გარდა ამისა, მათ შეუძლიათ თვით ერთ-ერთოციტების, ლევკოციტების, ტუშის, ნახშირის და სხვა ზოგიერთ არა ხსნადობ ანაწონების დაშლა-დარღვევა და მათი უჯრედ შიგნით მომწყვდევა—დაგროვება. ცოცხალი უჯრედების საღებავ ნივთიერებათა შეთვისების ხარისხის მიხედვით Aschoff-ი უჯრედებს რამოდენიმე ჯგუფად ჰყოფს:

1. ენდოთელური უჯრედები სისხლის და ლიმფური მილებისა.
2. ჩვეულებრივი შემაერთებელ—ქსოვილოვანი უჯრედი (ფიბროციტი).
3. რეტიკულარული უჯრედები ელენთის პულპისა, ძვლის ტვინისა, ლიმფური კვანძებისა და სხვა ლიმფური ქსოვილებისა.
4. რეტიკულო—ენდოთელიური უჯრედები სინუსებისა, ელენთის სისხლის სინუსებისა და აგრეთვე ძვლის ტვინის, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვან შრისა და ჰიპოფიზის კაპილარებისა და ღვიძლის Kupffer-ის უჯრედების კაპილარებისა.
5. ჰისტოციტები ანუ შემაერთებელი ქსოვილის მოძრავი უჯრედები.
6. სპლენოციტები, და ის მონოციტები, რომელთაც აქვთ ვიტალური შეღებვის უნარი.

ამ ჯგუფიდან Aschoff-ის მიერ გამოყოფილია რ. ე. სისტემა ვიწრო მნიშვნელობით, რომლის შემადგენლობაშიაც შედის ელენთის, ღვიძლის და ლიმფური კვანძების რ. ე. უჯრედები, როგორც ყველაზე მრავალრიცხოვანი და აქტიური უჯრედების ჯგუფი.

Meyer-ის, Köllicker და Kiyono-ს და სხვების გამოკვლევით რ. ე.-სისტემა მონაწილეობას იღებს ნივთიერებათა ცვლაში, იმუნ-სხეულების გამომუშავებაში და სისხლის წარმოქმნაში; გარდა ამისა ამ სისტემის ფუნქცია გამოიხატება ბაქტერიების ფაგოციტოზში, და მათი ცხოველმოქმედების მანე პროდუქტების გაქარწყლებაში (ნეიტრალიზაციაში). ყურადსაღებია ის კავშირი, რომელიც არსებობს რ. ე. ს-მის და ნივთიერებათა ცვლის პროცესთა შორის. ცნობილია, რომ ნორმალურად, ადამიანის ერთოციტები ცოცხლობენ 100—150 დღემდე, შემდეგ ისინი ძველდებიან სათანადო ფიზიკო-ქიმიურ ცვლილებათა გამო და ასე ვსთქვათ მწიფდებიან დარღვევისათვის. აღმოჩნდა, რომ ასეთი ნორმალური ჰემოლიზი ხდება ელენთის, ღვიძლის, ძვლის ტვინის და ლიმფური კვანძების რ. ე. აპარატში. ყველაზე მეტი უნარი ჰემოლიზის წარმოებაში შესწევს ელენთას. ამის დასამტკიცებლად მოიპოვება მთელი რიგი ფაქტები: მაგ., ელენთის სისხლის ერთოციტებს აქვთ ნაკლები ოსმოტიური გამძლეობა, ელენთის ამოკვეთის შემდეგ ერთოციტების ოსმოტიური გამძლეობა აწეულია, სპლენექტომიის შემდეგ ემჩნევა ბილირუბინის (დაშლილ ერთოციტების ჰემოგლობინის პროდუქტის) გამოყოფის შემცირება. ასეთივე დამრღვევ გავლენას ახდენს რ. ე. ს-მა აგრეთვე თრომბოციტებზედაც; სჩანს, რომ ამ სისტემის უჯრედები

გამოყოფენ ისეთ ფერმენტებს, რომელნიც ხელს უწყობენ ერთროციტების და თრომბოციტების დარღვევას (Bieling და Isaac). ელენთის ამოკვეთის და, ამ გვარად, რ. ე. ს-მის დიდი ნაწილის გამორიცხვის შემდეგ ერთროციტების და თრომბოციტების რიცხვი მკვერთად მატულობს, რადგანაც ჰემოლიზის შესაძლებლობა დაკლებულია. რ. ე. ს-მის ჰიპერფუნქციის დროს გაძლიერებული ჰემოლიზი იწვევს მძიმე დაავადებათა წარმოშობას. ამ უმად დამტკიცებულად სთვლიან, რომ ჰემოლიტიური სიყვითლე არის რ. ე. აპარატის ჰიპერფუნქციის შედეგი. ეს დაავადება ხასიათდება სისხლნაკლებობით და ერთროციტების რეზისტენტობის დაქვეითებით, რაც ჰქრება ელენთის ამოკვეთის შემდეგ. მთელ რიგ ავტორთა მიერ დამტკიცებულია, რომ ელენთის ამოკვეთის შემდეგ მატულობს აგრეთვე ხოლესტერინის და ლიპოიდების შეცულობა სისხლში. Окунев-მა დამტკიცა, რომ ელენთის რ. ე. ს-მა შიმშილობის დროს აგროვებს ხოლესტერინ-ესტერს, Аничков-მა და Халатов-მა შეამჩნიეს, რომ ღვიძლის ვარსკლოვანი უჯრედები Kupffer-ისა მონაწილეობას იღებენ ლიპოიდურ ნივთიერებათა ცვლაში.

სრულიად განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა რ. ე. ს-მის დაავადებული ორგანიზმისათვის. მრავალ ავტორთა შრომებიდან ირკვევა, რომ ამ სისტემას მჭიდრო კავშირი აქვს იმუნ-სხეულების წარმოშობასთან. მაგრამ რ. ე. ს-მის უჯრედების მონაწილეობა მარტო ამით არ განისაზღვრება. აღნიშნულია, რომ მათ თავიანთი გაცხოველებული ფაგოციტური მოქმედებით შეუძლიათ ორგანიზმში შეჭრილი ინფექციური აგენტების უვნებელყოფა. ანთებადი ბუდის ირგვლივ სწრაფად შეჯგუფდებიან აქტიური მეზენქიმური უჯრედები. Kuczinsky აღნიშნავს, რომ სტაფილოკოკების შეყვანის შემდეგ ხდება რ. ე. ს-მის ელემენტების მკვეთრი გამრავლება. ასეთივე სურათი უნახავთ Aschoff-ს, Wagner-ს და სხვებს ტიფის და ტუბერკულოზის ბაცილების შეყვანის შემდეგაც. რ. ე.—უჯრედები ანადგურებენ არა მარტო მიკროორგანიზმებს, ისინი სპობენ აგრეთვე მათი ცხოველმოქმედების შესამიან ნაწარმოებს და სხვა ხსნადობ შესამესაც. Bieling, Pfeiffer, Ribbert, Котзапенки-ს და სხვათა მიერ დამტკიცებულია, რომ ამ უჯრედებს შესწევთ უნარი ხუნაგის და ტეტანუსის ტოქსინების აღსორბციისა და აგრეთვე ტრიპსინისაც.

რ. ე. ს-მის შემდეგმა შესწავლამ წარმოშვა საკითხი ამ ს-მის ეგრედ-წოდებულ „ბლოკადის“ შესახებ. „ბლოკადა“ გულისხმობს, რ. ე. ს-მის ფუნქციის გამორიცხვას, მისი უჯრედების ზოგიერთ საღებავი ნივთიერებებით ზედმეტად დატვირთვის საშუალებით. ასეთ ნივთიერებათ ეკუთვნიან ცილოვანი სუსპენზიები, კოლოიდური ლითონები და კერძოდ ჰეტეროგენური სისხლის შრატის ბლოკადის მეთოდი პირველად იყო ნაცადი ნალგელის პიგმენტების წარმოქმნის ადგილის შესასწავლად ჰემოლიტიური სიყვითლის წარმოშობის საკითხთან დაკავშირებით და აგრეთვე ამ სისტემის მნიშვნელობის გამოსაკვლევად ლიპოიდურ ნივთიერებათა ცვლისა და იმუნ-სხეულების წარმოქმნაში. Meyer-მა დამტკიცა, რომ თუ იმუნიზაციაქმნილ ცხოველების რ. ე. ს-მის ბლოკადა იქმნა მოხდენილი, შესაძლოა იმუნიტეტის დარღვევა. მისი აზრით, ბლოკადის დროს ისპობა შესაძლებლობა იმუნიტეტის წარმოქმნისა უჯრედებ-



ში. ცხენის შრატით სენსიბილიზაციაქმნილ ცხოველებს ის, 24 საათით წინ, შრატის განმეორებით შეყვანამდე, ბლოკადას უკეთებდა Ferrum sacharatum-ის და ტუშის სისხლში შეყვანით.

ამის შემდეგ შრატის მეორეჯერ შეყვანით არ იქნა გამოწვეული ანაფილქსიური მოვლენები საცდელ ცხოველებში, საკონტროლო ცხოველებს კი ანაფილქსია აღმოაჩნდათ ყოველთვის.

შესაძლებელია თუ არა რ. ე. ს-მის ბლოკადა, ე. ი. მოსპობა მისი ფუნქციისა, უჯრედების ზემოაღნიშნულ ნივთიერებებით ზედმეტად დატვირთვით? Lepenne, Eppinger, Bieling, და Isaac ამ საკითხს დადებითად სწყვეტენ. სხვები კი მაგ. Pfeiffer და Standenath პირიქით ამტკიცებენ, რომ ზედმეტად დატვირთვას შეუძლია უჯრედების გალიზიანება და მათი ფუნქციის გაძლიერება. ამ საკითხის გამოსარკვევად მიმართავენ რ. ე. ს-მის დაყურსვას ერთდროულად ორი სხვადასხვა ნივთიერების შეყვანის საშუალებით. გამოიკვამ, რომ რ. ე. ს-მას, მისი უჯრედების უკვე რომელიმე ნივთიერებით ბლოკადის შემდეგაც, შესწევს საგრძნობლად დიდი უნარი შებოჭოს შემდეგ შეყვანილი სხვა ნივთიერებაც. ასე რომ ბლოკადის ნაცვლად ხდება სტიმულაცია. მაგრამ ასეთ თვისებას რ. ე. ს-მის უჯრედები ყველა ნივთიერების მიმართ არ იჩენენ, მაგ. ლიპოიდების ადგილობრივად ქსოვილში შეყვანით შესაძლებელია ცალკე უჯრედები (ბისტოციტები) იმდენად დაიტვირთონ, რომ შემდეგ ვიტალური შეღებვის უნარიანობა სასესებით დაჰკარგონ.

Aschoff-ის აზრით შესაძლებელია რ. ე. ს-მის მხოლოდ ნაწილობრივი ბლოკადა. სრული ბლოკადა შეიძლება მოხდეს მხოლოდ ძალიან მოკლე ხნით, ვინაიდან ბლოკადაქმნილი უჯრედების ადგილზე ჩადგებიან ახლად წარმოქმნილი უჯრედები რ. ე. ს-მისა, რომელნიც ბლოკადის დროს ჰიპერპლაზიას განიცდიან. ნაწილობრივი ბლოკადის მისაღწევადაც კი საჭიროა ამ მოვლენის გამომწვევი ნივთიერების დიდი რაოდენობით შეყვანა, რაც შეიძლება მოკლე დროს განმავლობაში, სანამ არ დადგა სისტემის აქტიური მდგომარეობა, უჯრედების რეგენერაციული თვისებების გაცხოველების გამო. ამ რიგად რ. ე. ს-მის დატვირთვის დროს თავდაპირველად, ალბად, ხდება მისი ნაწილობრივი ბლოკადა, შემდგომ კი შთანთქმის უნარი მატულობს და ხდება მისი სტიმულაცია. ამ ხრივ საინტერესოა Богомолец-ის ლაბორატორიაში დაყენებული ცდები, სადაც ციტოტოქსიური ანტირეტრიკულო-ენდოტელიალური შრატის მცირე დოზების შესხაპუნებით მიღებული იქნა კიბოს დადებით ტრანსპლანტაციის პროცენტის დაქვეითება თეთრ თავგებზე. ამავე შრატის დიდი დოზების შეყვანამ კი გამოიწვია მეტხორცოვან ქსოვილის ზრდის გაფურჩქვნა.

Богомолец-ი მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ კოლოიდურ ნივთიერებათა მცირე დოზების შეყვანით შესაძლებელია მეზენხიმის აქტიურ ელემენტების მოქმედების სტიმულაციის გამოწვევა. დიდი დოზები კი მათი მოქმედების დახშობას ანუ ე. წ. „ბლოკადა“-ს იწვევენ. ამის მიხედვით, Богомолец-ი რ. ე. ს-მას მეტხორცების განვითარების საკითხში დიდ როლს აკუთვნებს. მისი აზრით კიარჩნობვან ხორცმეტების მეტი ნაწილი წარმოიშვება და ილუპება სანამ კლინიკურ განვითარებამდე მიაღწევდეს, რაც უნდა მიაწეროს რ. ე. ს-მის ენერ-

გიულ მაკროფაგულ მოქმედებას, რასაც შედეგად მოყვება ხორცმეტების თვით-დასაწყისშივე განადგურდება.

როგორც ზემოდ მოხსენებული ცნობებიდან სჩანს, რ. ე. ს-მის ბლოკადის შესახებ ჯერ-ჯერობით არ არსებობს ერთი საყოველთაოდ მიღებული აზრი. ასეთივე აზრთა სხვა და სხვაობა არსებობს იმის შესახებ, შეიძლება თუ არა რ. ე. ს-მის ფუნქციონალური მდგომარეობის გამოცდა მის უჯრედების ზოგიერთ საღებავ ნივთიერებათა დაგროვების უნარის შესწავლით. Louros და Scheyer-ი ფიქრობენ, რომ რ. ე. ს-მის მიერ კორპუსკულარული ელემენტების შთანთქმის მეტი თუ ნაკლები უნარიანობა არაერთარ შემთხვევაში არ გამოხატავს მის ფუნქციონალურ მდგომარეობას. მათი აზრით, მძიმე და თითქმის მომაკვდინებელ ინფექციის დროსაც კი შესაძლებელია ადგილი ექნეს კარგ შთანთქმას. ამ რიგად რ. ე.-მის ფუნქციისა და შთანთქმის უნარიანობის შორის პარალელიზმი არ არსებობს.

Saxe, Donath და Reiman-ი კი ამტკიცებენ, რომ სიცოცხლეში უჯრედების მიერ საღებავ ნივთიერებათა შთანთქმის მიხედვით შეიძლება ვიქონიოთ მსჯელობა მათ ფუნქციონალურ მდგომარეობაზედაც. ინფექციით დაუძლურებული რ. ე. ს-მას შეუძლია შთანთქმას მხოლოდ მცირე რაოდენობა საღებავ ნივთიერებათა.

აღნიშნულ მოკლე მიმოხილვიდან სჩანს, რომ მიუხედავად აზრთა სხვა და სხვაობისა, უმრავლესობა რ. ე. ს-მას დიდ როლს აკუთვნებს ორგანიზმის თავდაცვის საქმეში სხვადასხვა დაავადების დროს და აგრეთვე იმუნიტეტის გამოქმუვებაში. ბუნებრივად დაიბადა აზრი ამ სისტემის გამოკვლევისა ორსულობის დროს. მართლაც და ძნელად წარმოსადგენია, რომ ეს სისტემა რაიმე მონაწილეობას არ ღებულობდეს ისეთ პროცესში, რომელიც ქალის ორგანიზმში შვეთორ გავლენას ახდენს. Lundwall-ს პირდაპირ პარალელი გაჰყავს ორსულობის და რომელიმე მძიმე ინტოქსიკაციით შეპყრობილი ორგანიზმის შორის. ერთსა და მეორე შემთხვევაში ორგანიზმი მუდამ თავდაცვითს ბრძოლას ეწევა. ეს ბრძოლა, Benda-ს თქმით, იწყება უკვე იმ დროიდან, როდესაც ხდება განაყოფიერებული კვერცხის იმპლანტაცია, ე. ი. როცა გარეშე ცილა შეიჭრება ქალის ორგანიზმში. დაწყებული ბრძოლა თანდათანობით ძლიერდება და აღწევს მაღალ დონეს, როცა ტროფობლასტების უჯრედები შეიჭრებიან დედის სისხლის ძარღვებში და ქსოვილებში და ამასთანავე ერთად მის სისხლში გადაადის ნაყოფის ცვლის პროდუქტები. უფრო ხშირად ეს მოვლენები ორსულობის მეორე ნახევრიდან დაიწყება. ამ ბრძოლაში ორგანიზმს მრავალი თავდაცვითი საშუალება მოეპოვება. მაგ: ჰიპერნოლესტერინემია, რომელიც იცავს დედის სისხლის წითელ ბურთულებს იმ ჰემოლიტიურ ტოქსინებისაგან, რომელსაც ნაყოფი გამოჰყოფს.

ორსულობის დროს რ. ე. ს-მის ფუნქციონალურ მდგომარეობის გამოსაკვლევად Lundwall-ი და Benda მიმართავენ უჯრედების სიცოცხლეშივე შეღებვის მეთოდს Kongoroth-ის საშუალებით. Benda-ს გამოკვლევით რ. ე. ს-მის უნარი ამ ნივთიერების შთანთქმის მიმართ ორსულობისას დაქვეითებულია. Lundwall-ი კი, პირიქით აღნიშნავს ამ თვისების აწევას—აქტივიზაციას. ასე-

თივე აწევა რ. ე. ს-მის ფუნქციისა აღნიშნული აქვთ Малиновский და Куш-ნი-ს ორსულ ცხოველებზე ჩატარებული ცდების დროს.

Spiegler-ი, Seitz-ის კლინიკიდან, იკვლევდა რ. ე. ს-მის ადგილობრივ ფუნქციას Kauffmann-ის მეთოდით. ეს მეთოდი გამოიხატება კანტარიდის ემპლასტროს საშუალებით კანის ადგილობრივი გაღიზიანებით მიღებულ ქსოვილის სითხის მორფოლოგიურ შესწავლაში. კანის ადგილობრივი რეაქციის გამოყენება დიდი ხანია მიღებულია მედიცინაში, როგორც ორგანიზმის შინაგანი კონსტიტუციის მაჩვენებელი. ასეთია მაგ. ტუბერკულოზის რეაქცია, Schick-ის რეაქცია ხუნავისათვის და Dick-ის ქუთრუშისათვის. თუ სათანადო ტოქსინების ადგილობრივად კანში შეყვანის შემდეგ რეაქცია დადებითია, ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ორგანიზმში შესაფერი ანტისხეულები არ არსებობენ.

ამ რეაქციების შედეგების შესახებ მსჯელობენ მხოლოდ გარეგანი ნიშნების მიხედვით, როგორცაა ფერი, ოდენობა და სხვა. ორგანიზმის შინაგანი უჯრედოვანი ცვლილების და მდგომარეობის შესახებ მსჯელობა ამ რეაქციების საშუალებით არ შეიძლება, Kauffmann-ის მიერ შემოღებული კანტარიდის რეაქცია გვაძლევს შესაძლებლობას გამოვიკვლიოთ ის ცვლილებები, რომლებიც ხდება თვით ქსოვილებში სხვადასხვა დაავადების დროს. Kauffmann-ის გამოკვლევიდან ირკვევა, რომ მძიმე ავადმყოფობის დროს კანტარიდის ემპლასტროს ქვეშ წარმოქმნილი რეაქცია ავადმყოფობის დასაწყისში უჩვენებს ექსუდატის ნეიტროფილურ ხასიათს. უფრო გვიან კი, განკურნების ხანაში, იგივე გარეგანი გაღიზიანება იძლევა ლიმფოუჯრედოვან სურათს—Lymphohystozitäre Reaction. როგორც ცნობილია ლიმფოიდური უჯრედები რ. ე. ს-მიდან წარმოსდგებიან. Patella და Weidenreich-ის მიხედვით ეს ლიმფოიდური უჯრედები ანუ მონოციტები წარმოიქმნებიან რ. ე. უჯრედებიდან (ჰისტიოციტებიდან) მათი გამრავლების და მეზობელ უჯრედებისაგან მოცილების სახით. შემდეგ ისინი მრავლდებიან დამოუკიდებლად ლ დაეხეტებიან ყველგან შემავრთებელ ქსოვილში Чашин-ით ისინი შესაძლოა დიდ ფაგოციტებად—მაკროფაგებად გადაიქცენ. ზოგი იმ ჰისტიოგენური ლიმფოციტებიდან შექმნებიან სისხლის მიღებში და იქ შეერევიან ჰემატოგენურ ხასიათის ლიმფოციტებს. ჰისტიოგენური მონოციტები სისხლის ჩვეულებრივი ელემენტებისაგან განირჩევიან სიცოცხლის დროს საღებავის შთანქმის უნარით, ამ აზრს ადასტურებენ ამ ბოლო დროს Aschoff-ის და Schilling-ის გამოკვლევებიც.

ამ რიგად Kauffmann-ის კანტარიდის რეაქციას უნდა შევხედოთ, როგორც რ. ე. ს-მის ადგილობრივი ფუნქციის ერთ-ერთ გამოსაკვლევ მეთოდს. Kauffmann-ი აწარმოებდა თავის ცდებს სხვა და სხვა ავადმყოფობის დროს. კანტარიდის ემპლასტროს ქვეშ წარმოქმნილი ბუშტულის შეცულობის მიკროსკოპიული გასინჯვის დროს მან შეამჩნია, რომ ავადმყოფობის დასაწყისში, თითქმის მთელი მხედველობის არე დაკავებული აქვთ ნეიტროფილურ სემენტოვან ლეეკოციტებს, ეოზინოფილები და მონოციტები კი ხვდებიან ერთეულები. სულ სხვა სურათი მიიღო მან განკურნების ხანაში. აქ ემჩნევა მონოციტების საგრძნობი გამრავლება ნეიტროფილების ხარჯზე. ეოზინოფილების რიცხვი კი უცვლელი რჩება. მისი აზრით კანის ლიმფოუჯრედოვანი რეაქციის ფორმა უნდა



ჩაითვალოს კეთილსაიმედო ფორმად განკურნების მხრივ. Spiegler-მა, Seitz-ის კლინიკიდან, ამ მეთოდით მოახდინა ცდები ორსულ ქალებზე. მიღებული შედეგების მიხედვით მას გამოყავს დასკვნა, რომ ორსულობის დროს ლიმფოიდური უჯრედების რიცხვი მომატებულია 3—4 ჯერ ნორმალურთან შედარებით.

რეაქციის ტექნიკა გამოიხატება შემდეგში: წვივის გარე ზედაპირზე დააწებებენ ერთ და იმავე ადგილზე და თანაბარი ოდენობის კანტარიდის ემპლასტროს, შეუხვევენ და სტოვებენ 22 საათის განმავლობაში. უმრავლეს შემთხვევაში ამ ხნის განვლის შემდეგ ემპლასტროს ქვეშ წარმოიქმნება ბუშტული, რომელიც შეიცავს ქსოვილის ექსუდატიურ სითხეს. ამ სითხის ცენტროფუგატისაგან კეთდება პრეპარატები, იღებება შესაფერისად, იკვლევა მორფოლოგიურად.

ჩემ მიერ ამ წესით სამეანო კლინიკაში იქნა გამოკვლეული 42 ქალი. 16 ორსულობის სხვა და სხვა სტადიაში, 12 ლოგინობის ხანაში, 9 ნორმალური არა ორსული ქალი, 3 ეკლამპსიის და 2 სეფსისის დროს. გამოკვლევიდან მიღებული შედეგი ასეთია:

მაშინ როდესაც ნორმალურ არა ორსულ ქალების გამოკვლევისას ლიმფოიდური უჯრედები გვხვდება ნეიტროფილებთან შედარებით 3,5 პროცენტში ნორმალურ ორსულ ქალების ეს შეფარდება ჩვენს შემთხვევაში გამოხატულია 10,6%-ში ე. ი. 3-ჯერ მეტია. ნორმალურ მელოგინებს, პირველ კვირის განმავლობაში, ლიმფოიდურ უჯრედების მონაწილეობის საშუალო რიცხვი აღწევს 7%-ს. ვადის მიხედვით ჩვენი გამოკვლევა შეეხებოდა 4-დან—10 თვის ორსულ ქალებს. ზოგი მათგანი გამოკვლეული იყო მშობიარობის წინა დღეს. ორსულობის ხანგრძლივობის გავლენა მონოციტების მომატებაზე არ იყო შემჩნეული. ეკლამპსიის სამ შემთხვევაში ჩვენ მივიღეთ ლიმფოიდური უჯრედების რაოდენობა 2—4%-მდე. სეფსისის 2 შემთხვევაში, ლოგინობის ხანაში, ლიმფოიდური უჯრედების პროცენტი არ აღემატებოდა 2-ს. რასაკვირველია, ეს მასალები ძლიერ მცირეა და დაკვირვება არ არის წარმოებულ იყოს მხრივ, მაგრამ ის მაინც გვაძლევს უფლებას გამოვსთქვათ შემდეგი მოსაზრება: რომ ნორმალურ ორსულობის დროს სისხლიდან ქსოვილებში გამაღიზიანებულ ნივთიერებათა მომატებული გადასვლის და აგრეთვე ნივთიერებათა ცვლის აწევის გამო, ხდება რეტიკულარული ქსოვილის აქტივიზაცია და მის შედეგად ჰისტოციტური ელემენტების გამრავლება. ამ უკანასკნელთ კი, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ შეუძლიან გადაიქცენ ლიმფოიდოციტებად. ჰისტოციტური ლიმფოციტების მაღალი ფაგოციტარული თვისებების გამო, მათ გამრავლებას ორსულობის დროს უნდა ვუყუროთ, როგორც ორგანიზმის დამცველ ძალთა გაძლიერებას. გამაღიზიანებელ ნივთიერებათა გაძლიერებულ ზეგავლენას კი შეუძლია რეტიკულარული სისტემის დახშობა და მისი ელემენტების გამრავლების უნარის შეზღუდვა (ეკლამპსია, სეპსისი).

ლი ბ ე რ ა ბ შ რ ა .

R. Spiegler, Kantharidenreaktion und Schwangerschaft: *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*. 1928. H. 1/2.
А. Бадюла, К вопросу о функциональном состоянии Р. Э. С. при беременности: *Казанский мед. ж.* 1928. № 2.
Роберт Бенуа, Р. Э. С. при беременности. Перев. д-ра Якобс.

Малиновский и Кушнир. К вопросу о клиническом исследовании Р. Э. С. у больных гонореей женщин: *Гинекология и Акушерство*. 1928. № 5.

Л. ЧИКОВАНИ.

Исследование функции Рэт. эндом. системы кантаридной реакцией при беременности.

Из акушерской клиники Тифлисского университета.

Зав. проф. И. Е. Тиканадзе.

Автор исследовал 42 женщины по методу кантаридной реакции Фр. Кауфмана. При микроскопическом исследовании содержимого пузыря, образующегося при наклеивании кантаридного пластыря на наружный край голени, автор нашел, что у нормальных небеременных женщин %-ое отношение моноцитов к нейтрофильным лейкоцитам выражено, средним числом 3,5%. У нормальных же беременных женщин, средняя величина участия моноцитов выражается в 10,6%, т. е. наблюдается увеличение их в 3 раза. Так как на моноциты нужно смотреть главным образом как на производных расширенной ретикуло-эндотелиальной системы, то размножение их при беременности нужно рассматривать как повышение функции этой системы.

D-r L. TSCHIKOVANI.

Sur l'examen fonctionnel du système réticulo-endoteline au cours de la grossesse.

Clinique obstétricale de l'université de Tiflis.

Directeur: m-r le prof. Tikanadzé.

L'auteur avait examiné 42 femmes d'après la méthode de la réaction cantharide de Fr. Kauffmann. Dans ses recherches au microscope du contenu de la cloche, qui se forme après avoir appliqué l'emplâtre cantharide sur la surface extérieure du mollet, l'auteur a trouvé: que chez des femmes normales, qui ne sont pas en état de grossesse, le %, dans le rapport des monocytes avec les leucocytes neutrophiles, s'exprime en nombre moyen de 3,5%. Chez les femmes normales enceinte la quantité moyenne, dans la participation des monocytes, s'exprime en 10,6%, c'est à dire qu'on remarque une augmentation trois fois plus grande. Puisqu'il faut considérer les monocytes essentiellement comme des dérivés de l'extension du système réticulo-endotéliale ainsi leur multiplication, pendant la gestation, doit être étudiée comme une fonction élevée de ce système.

ი. ჩაკვაძისი.

საშოს თანდაყოლილი უპოვლობა და მისი ხელოვნურად შეამნა Baldvin-ის წესით.

(აჭარისტანის მთავარი საავადმყოფოს გინეკოლოგიური განყოფილებიდან).

1929 წ. ოქტომბრის დამლევს მთავარი საავადმყოფოს გინეკოლოგიურ განყოფილებაში შემოვიდა ავადმყოფი—სასქესო ორგანოების იშვიათი სიმანხინჯით—Atresia Vaginae Congenita.

აღნიშნული სიმანხინჯე ჩვენს განყოფილებაში ამ ექესი—შვიდი წლის განმავლობაში—პირველი შემთხვევაა. ამ დეფექტის გამოსწორების მიზნით ჩვენ გადავსწყვიტეთ—ავადმყოფისათვის შეგვექნა ხელოვნური საშო—წვრილი ნაწლავისაგან Baldvin-ის წესით.

ხელოვნური საშოს შექმნა—ქირურგიის ფრიად მნიშვნელოვან მიღწევად უნდა ჩაითვალოს.

არ არსებული ორგანოს წარმოქმნა—წარმოშობა—ქირურგიული ახროვნებისა და ტეხნიკის—წინსვლა და გამარჯვებაა.

აღნიშნული ოპერაციის იდეა დღეს უკვე გამართლებულა, როგორც ანატომიური თვალსაზრისით, ისე მორალური და ეთიკური შეხედულებით.

აღნიშნული ოპერაციის საწარმოოდ არსებობს ორი მეთოდი: Попов-Chubert-ის წესი, რომელიც პირველად შემოღებულია 1891 წ. პროფ. Снегирев-ის მიერ; ამ წესით საშო იქმნება სწორი ნაწლავისაგან; და Baldvin-ის წესი სხვა და სხვა მოდიფიკაციით, შემოღებული 1904 წ.

ამ ოპერაციის წარმოების სხვა და სხვა წესის მიხედვით, ავტორები დაყოფილია ორ ნაწილად; ამა თუ იმ მეთოდის მომხრეობა—მიმდევრობა სრულიად დამოკიდებულია იმაზე, თუ რომელმა დასტაქარმა როგორი შედეგი მიიღო ამ ოპერაციის წარმოების შემდეგ. ცული შედეგის მიმღები ავტორი წარმოებული წესის მოწინააღმდეგე ხდება და, პირიქით, კარგი შედეგის მიმღები ოპერატორი—ხდება მომხრე და მიმდევარი იმ წესის, რომელითაც მან ოპერაცია აწარმოვა.

Baldvin-ის მეთოდით ხელოვნური საშოს შექმნა—ჩვენ მიერ ხელ მისაწდომი ლიტერატურის მიხედვით ნაწარმოებია მთელ მსოფლიოში 170-დე, ამათში სიკვდილობა უდრის 17%—10%. Попов-ის მეთოდით ეს ოპერაცია ნაწარმოებია 130-ჯერ. მათში სიკვდილობა უდრის 7%.

1) მოხსენა 8 იანვარს 1930 წელს ბათუმის ექიმთა სამეცნიერო საზოგადოებას, ავადმყოფის დემონსტრაციით.



უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს ოპერაციები ნაწარმოებია მეტჯერ, მაგრამ ცუდი შედეგების მიღების გამო ეს შემთხვევები თანამედროვე ლიტერატურაში აწერილი არ არის, რადგან Sellheim-ის მოსწრებული გამოთქმით, „ჟურნალებში არ სწერენ იმას, რაც არ არის საძებარი“.

ამიტომ ჩვენ მიერ მოყვანილი ცნობები სიკვდილობის პროცენტის შესახებ, უნდა ვიფიქროთ, არარის სწორი და სიკვდილობა უფრო მეტია, ვიდრე ეს სტატისტიკაშია ნაჩვენები.

აღნიშნული ორი ოპერაციული წესის შედარებითი შეფასების შემდეგ გადავსწვებით ჩვენს შემთხვევაში საშოს აღსადგენად გვესარგებლა წვრილი ნაწლავით Baldvin-ის წესით, Constantin-ის მოდიფიკაციით.

ავადმყოფის ისტორია.

ავად. ც—ა მ. 29 წ., ზუგდიდიდან, დიასახლისი—მრეცხავი, დროებით ცხოვრობს ქობულეთში, შემოვიდა განყოფილებაში 25 ოქტომბერს—საჩივრებით—სქესობრივად ცხოვრების შეუძლებლობის გათხოვდა 17-ტი წლის. სქესობრივი ცხოვრების შეუძლებლობის გამო ქმრი საგან მიტოვებული იქნა მესამე წელზე.

ქმართან ყოფნის დროს აღნიშნავს რამოდენჯერმე იძულებითს—დამახინჯებულ სქესობრივ—კავშირს მასთან per Rectum.

ყავს ორი ძმა და ხუთი და, ყველა ჯანმრთელი და ცოცხლები არიან, მამა ყავს მოხუცი დედა მოუკვდა 15—16 წლის წინეთ, ავადმყოფის სიტყვით, დედა შეპყრობილი იყო სიღამბლით, ორი წელი იყო უმოძრაოდ—მწოლიარედ.

ავადმყოფს თვიური არასოდეს არ მოსვლია; ორ წელიწადში ერთხელ აღნიშნავს სისხლის მდინარობას საშარდებ მილიდან. ეს სისხლის მდინარობა აქვს ყოველთვის შარდის გათავების შემდეგ, იმ დროს სისხლის მდინარობა აქვს ძალიან ბლომად და ეს მოვლენა გრძელდება 15—20 დღეს. სისხლი სდის ყოველ შარდზე გასვლის შემდეგ 2—3 საათის განმავლობაში, ამ დროს ხმარობს ჩერებს.

სისხლის მდინარობას აღნიშნავს აგრეთვე ცხვირიდანაც, პერიოდულად გადმოდის ხუთი-ათი წვეთი შავი სისხლი.

Coitus-თან დაკავშირებით—აღნიშნავს Rectum-იდან ჩირქის მდინარობას და დეფეკაციის სიძნელეს—აშლილობას.

ავადმყოფი დაბალი ტანის, სწორი და მაგარი აგებულობის, კარგი კვების, შინაგანი ორგანოები ნორმა. სარძევე ჯირკვლები ნორმარულად განვითარებული. ბოქვენის შემოსილება ნორმალური, გარეთა სასქესო ორგანოები—დიდი და პატარა ბაგები—ნორმალურად განვითარებული; საენებო (კლიტორი) და Orificium urethrae, Norma.

საშოში შესავალი Introitus Vaginae დახურულია გარდიგრომო გაკიმული ტიხრით, რომელიც სრულიად სადაა, და უფრო წააგავს ლორწოვან გარსს, ვიდრე კანს. ამ ტიხრს ემჩნევა ჩახნეჭილება 1½ სანტიმეტრის სიღრმეზე.

Rectum-ის მხრით გასინჯვით, შიგნითა სასქესო ორგანოები არ ისინჯება.

თითის ორი „ფალანგის“ სიღრმეზე Anus-ის ზევით, Ampula Recti-ს ზევითა ნაწილში—ისინჯება სივიწროვე Strictura Recti, რომელიც თითის წვერს ძნელად უშვებს. Rectum-იდან აქვს ჩირქნარევი სითხის მდინარობა.

განავალში აღმოჩნდა Ascaris Lumbricoides და Trichocephalus Dispar. გასინჯულია—Rectum-იდან გამონაჟონი—განოკოვებზე. შედეგი უარყოფითი. Wasserman-ის რეაქცია დადებითი (სამი ჯვარი). ავადმყოფს აუხსენით ხელოვნური საშოს შექმნის შესაძლებლობა და ამავე დროს მიეცა ახსნა განმარტება, რომ ოპერაცია—სერიოზულია. ავადმყოფი დაჟინებით მოითხოვს ოპერაციის გაკეთებას.

23/XI 5% ნოვოკაინის ხსნარის ხერხემლის ტვინის ანესთეზიის ქვეშ ოპერაცია Laparotomia (ო. ჩარკვიანი). გაკეთდა თეთრ ხაზზე—ბოქვენიდან კიბამდე, აღმოჩნდა შემდეგი:

მარჯვენა თირკმელი, ნორმაზე მეტად დიდი,—იმყოფება დიდ მენჯში, მდებარეობს *Lln. innmi-nata dextra*-ზე.

საშვილოსნო არ აღმოჩნდა, პერიტონეუმი ბუშტიდან უშუალოდ გადადის პატარა მენჯის ფსკერზე და იქიდან—სწორ ნაწლავზე.

საშარდვ ბუშტის უკანა კედლის შუა ალაგას—გარდიგამო მიმართულებით გაჭიმულია ზონარი ერთი სანტიმეტრის დიამეტრით, რომელიც ორივე მხრით თითქმის მენჯის კედლამდე აღწევს და იქ თავდება გამსხვილებით. ეს გამსხვილებები უდრის დახლოებით თხილის მსგავს კაკალს. ამ გამსხვილებიდან—ორივე მხრით—უშუალოდ გადაიან ფალოპიუსის ლულები სიგრძით სამ-სამი სანტიმეტრი, სისხოთი კი ერთ სანტიმეტრზე მეტი. ფოჩეები მათზე ცხადად გამოხატულია. საკვერცხეები აღმოჩნდა ორივე მხრით, ნორმაზე უფრო პატარა—კისტოზურად გადაგვარებული. არც მრგვალი და არც ფართო იოგები არ აღმოჩნდა.

სწორ ნაწლავსა და საშარდვ ბუშტს შუა—დუგლასის ფუძეზე, ემჩნევა მკვრივი ნაწიბურები. *Coecum*-იდან ავედით ზევით 40 სანტ-რი და გავაკეთეთ აქ რეზექცია *Intestini Ilei* დაახლოებით 28 სანტიმეტრის სიგრძის—ნაწლავის ბოლოების შესაფერად დახურვის შემდეგ, აღვადგინეთ ნაწლავის გამავლობა. გავაკეთეთ ენტერო—ანასტომოზი გვერდ—გვერდით, ისე, რომ ნაწლავების მოკვეთილი და დახურული ბოლოები—მომართულია ბოქვენისკენ. ამ ნაირად ნაწლავები ერთმანეთს შეუერთეთ ორ ლულიანი თოფის მაგვარად.

ნაწლავის ის ნაწილი, რომელსაც რეზექცია გაუკეთდა და რომელიც დანიშნულია საშოს შესაქმნელად, ე. წ. ნაწლავის მარჯუში მოვაქციეთ ენტეროანასტომოზის ქვეშ.

ამ ნაწლავის მარჯუშს ახლა კავშირი აქვს მხოლოდ ჯორჯალთან, რომლის საშუალებითაც მან უნდა ისახრდოვოს. ეს მარჯუში, რეზექციის წარმოებამდე, მიზომილია ბოქვენის მიდამოზე. ეს იმიტომ, რომ დავრწმუნდეთ, რომ ჯორჯალის სიგრძე საკმაოა. ჯორჯალი დაჭიმული არაა,—და ნაწლავის მარჯუშის კვება იმ მდგომარეობაში, რომლისთვისაც მას ჩვენ ვაძხადებთ, უზრუნველ ყოფილი იქნება.

ამის შემდეგ გადავედით ოპერაციის ფრიად მძიმე მომენტზე, მენჯის ფსკერის—გახვრეტაზე. ეს მომენტი მით უფრო სამძიმო იყო ჩვენთვის, რომ, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, აქ—დუგლასის ფუძეზე, სწორ ნაწლავსა და საშარდვ ბუშტს შუა არის მკვრივი ნაწიბურები ყოფილი ანთებითი პროცესის შედეგი.

ამ დროს ასისტენტს შემოვავს კატეტერი საშარდვ ბუშტში და იმავე დროს, იგივე ასისტენტი, ქვევიდან კორნცანგით ამოზნექავს გარდიგამო მდებარე ტიხრს. აქ ჩვენ ვემყარებით ამ ორი იარაღის ბოლოების მდებარეობას: საშარდვ ბუშტი მდებარე კატეტერის საშუალებით ჩვენ გვერდს უვლით ამ უკანასკნელს.

კორნცანგის საშუალებით კი ამოზნექილია მუცლის ღრუსკენ მენჯის ფსკერი და სწორედ ამ ამოზნექილ ალაგს ჩვენ ფრთხილად, თითის კონტრალით ვჭრით დანით.

მენჯის ფსკერი გახსნილია. ეს ახლად შექმნილი ნახვრეტი—მენჯის ფსკერში, ჩვენ გავაფართოეთ იმავე კორნცანგით. შემდეგ ნაწლავის მარჯუშში გაუყარეთ ბანდის ნაჭერი, რომლის საშუალებითაც, კორნცანგით, მენჯის ფსკერში იგი გაიყვანეს. ნაწლავი სრულად თავისუფლად გავიდა მენჯის ფსკერში. ჯორჯალს დაჭიმულობა არ ემჩნევა.

მუცლის ღრუში ჩავასწით ორმოცი გრამი ეთერი, რის შემდეგაც იგი დაეხურეთ ყრუთ ოთხ სართულიანი ნაკერით. ავადმყოფი გადაყვანილია ვაგინალური ოპერაციის მდგომარეობაში.

შემდეგ მოვაკერეთ *Introitus Vaginae*-ს გასისხლიანებულ კიდეებს. გაყვანილი ნაწლავის მარჯუშის სეგმენტი 5-6 აბრეშუმის ნაკერით. ამის მიკერვამდე დანით გავაფართოეთ მენჯის ფსკერში ახლად შექმნილი მილი საგიტალურ მიმართულებით ბუშტისა და *Rectum*-ისკენ.

მარჯუში მოვაკერეთ ტიხრში წარმოქმნილ—ნახვრეტს ისე, რომ ერთი მუხლი მისი მდებარეობს ბუშტისკენ და მეორე *Rectum*-ისკენ. ოპერაცია გავრძელდა ორი საათი, ნოვოკაინმა ძალიან კარგად იმოქმედა. ეთერზე გადავედით ერთი საათის შემდეგ.

24/IX 1910 წლის მარჯუში, მუცელი რბილი, თვითონ მოშარდა, გახეები გადის. ავადმყოფი გამოყვანილია მაკიდაზე. ნაწლავის მარჯუშის სეგმენტი, რომელიც მოკერებულია *Introitus Vaginae*-ზე ძლიერ გამობერძილია.

ნაკერებიდან ნახევარი სანტიმეტრის დაცილებით მოკვეთეთ აღნიშნული სეგმენტი. გა-

მოვიდა დაახლოვებით—ნახევარი ჩაის ჭიქა მოსქელო—მუჭი—სითხე. გაუკეთეთ გამომწოვი ტამბონი, რომელიც ეცვლებოდა ყოველ დღე, 7—8 დღის განმავლობაში. ოპერაციის შემდეგ მიმდინარეობა ნორმალური, მეშვიდე დღეს იმოქმედა მუცელმა. 30/XI მოვსხენით ნაკერები, მუცლის ჭრილობის შეხორცება პირველი დაქიმვით. Introitus Vaginae-ს ნაპირებიდან მოეხსნა ნაკერები მეთორმეტე დღეზე, ზოგი ნაკერი თავისით მოვარდა.

ათი დღის განმავლობაში, ახლად წარმოქმნილ საშოდან ემჩნევა ბლომად გარონაჟონი, გამონაჟონი მოსქელო კონსისტენციისაა, მოთეთრო ფერის და ტუტე რეაქციის.

ათი—თხუთმეტი დღის შემდეგ გამონაჟონმა ბევრად იკლო. თუ პირველ დღეებში ავადმყოფი ჩვარს რამდენჯერმე გამოიცვლიდა, თუთხმეტი დღის შემდეგ ის დღეში ერთ ჩვარს თუ დაასველებდა; ამ ბოლო დროს გამონაჟონმა სრულიად იკლო, თუმცაღა ცოტა სითხის დენას ავადმყოფი კიდევ აღნიშნავს.

ახლად შექმნილი Vagina რვა სანტიმეტრის სიღრმეზე თავისუფლად უშვებს ორ თითს. ამ სიღრმის ზევით ჩვენ ვხვდებით შევიწროვებას, რომელიც უშვებს ერთ თით ნახევარს. ეს ის ალაგია, სადაც დუგლასის ფუძეზე ჩვენს მიერ ნაწიბურები იყო აღნიშნული.

ამ რიგად ჩვენ მივიღეთ ერთიანი მილი ნაწლავის მარჯუშის ორთავე მუხლებისაგან წარმოდგარი. ამ მილის ბოლოში ისინჯება ნაწლავის მარჯუშის ის ალაგია, რომელზედაც ჯაღა-ჯაღია მიმაგრებული.

ასეთი Vagina, რომელსაც მიმართულება, სისრულე და თითქმის სიგრძეც საკმაო აქვს, სქესობრივი ცხოვრების თვალსაზრისით სრულიად დამაკმაყოფილებლად უნდა ჩაითვალოს.

რაც შეეხება გამონაჟონს, იგი დღითი დღე კლებულობს და ამ ბოლო დროს მილად შემცი რებულია.

ალბად წერილი ნაწლავის ეპითელიუმი არაჩვეულებრივ პირობებში Metaplasia-ს განიცდის და სეკრეცია ბლომს შესწყდება, რაც ავტორების მიერ აღნიშნულია ლიტერატურაში.

ავადმყოფის ფსიქიური მდგომარეობა წინეთ თუ იყო დაბეჩავებული, დღეს იგი მხიარულია, იგი სრულიად გამოიცვალა, მისი სახის გამომეტყველება ამტკიცებს მის სულიერ კმაყოფილებას, ალბად იმ შეგნებითა და წარმოდგენით, რომ დღეს იგი ისეთივე ქალია, როგორც სხვა მისი ამხანაგები და ნაცნობები. გვთხოვს—მივსცეთ დასტური, რომ მისთვის სქესობრივი ცხოვრება შესაძლებელია.

ორიოდე სიტყვა არსებული Stricture Recti-ს შესახებ. როგორც ზევით აღნიშნეთ Ampula Recti-ს ზევითა ნაწილში არსებობდა სივიწროვე, რომელიც თავისი მდგომარეობით შეეფერებოდა იმ ალაგს სადაც ჩვენს მიერ დუგლასის ფუძეზე ნაწიბურები იყო აღნიშნული ავადმყოფი უჩიოდა დეფეკაციის აშლილობას. ოპერაციის გაკეთების შემდეგ ეს Stricture ბევრად გაფართოვდა და შეიძლება ითქვას, რომ იქ Stricture თითქმის აღარ არსებობს, ამ ალაგას არის მხოლოდ Rektum-ის კედლის გამკვრივება; უნდა ვიფიქროთ, რომ დუგლასის ფუძეზე ოპერაციის დროს მანიპულაციებმა გამაღიზიანებლად იმოქმედა მეზობლად მდებარე Stricture-ზე რომლის ნაწიბურები და ინფილტრატი შეიწოვა და თითქმის გაქრა. დღეს ავადმყოფი დეფეკაციის აშლილობას სრულიად აღარ უჩივის.

20/XII ავადმყოფი მოითხოვს ვაწერას, მაგრამ ჩვენ მიერ იგი შეჩერებულია, აპარისტანის ექიმთა სამიცივირო საზოგადოების ჟაზლოვს სხდომამდე—სადემონსტრაციოდ.

ჩვენი შემთხვევა საინტერესოა, როგორც პათოლოგო—ანატომიურის და ოპერატიული ტენიკის თვალსაზრისით, ისე თავისი ეტილოგიითაც.

როგორც ზევით აღნიშნეთ, Atresia Vaginae Congenita ავადმყოფთა შორის იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. დასაშვებია, რომ ეს სიმახინჯე უფრო ხშირია, მაგრამ ავადმყოფები არ ფიქრობენ, რომ ასეთი სიმახინჯის გამოსწორება შესაძლებელია, და ამ რიგად ეს შემთხვევები ჩვენს შეუშინველად რჩებიან.

როგორც აღნიშნეთ ჩვენს ავადმყოფს საშვილოსნო არ აქვს. მის ალაგას და საშარდე ბუშტის უკანა კედლის გასწვრივ განივი მიმართულებით გაჭიმულია ერთი სანტიმეტრის დიამეტრის ზონარი, რომელიც ორივე ბოლოში გამსხვილებით თავდება, მრგვალი და ფართო იოვეგის ნიშნები არ არის.

სასქესო ორგანოების სიმახინჯეს თანახლავს საშარდე ორგანოების არა ნორმალური მდებარეობა—მარჯვენა თირკმელი ჩაწოლილია დიდ მენჯში და მდებარეობს *Lin. innominata dextra*-ზე.

ნაწიბურები, რომელიც არსებობს დუგლასის არეში, სწორ ნაწილავსა და საშარდე ბუშტს შუა, ახსნილი უნდა იქნას, როგორც ანთებითი პროცესის შედეგი, *Rectum*-ში არსებულ *Stricture*-სთან დაკავშირებით, და ეს უკანასკნელი კი შედეგია *per Rectum Coitus*-ის დროს ტრავმისა, რაც ანამნეზში გარკვევითაა აღნიშნული. ჩვენი ავადმყოფის სისხლის ანალიზმა *Wasserman*-ის რეაქციით—მოგვცა სამი ჯვარი.

ავადმყოფის ანამნეზიდან კი სჩანს, რომ დედა მას ყავდა სამი წელიწადი—დავარდნილი ავადმყოფი. როგორც ავადმყოფი აღნიშნავს, დედას წელს ქვეით სხეულში მოწყვეტილი ქონდა, კიდურებს ვერ ამოძრავებდა.

უნდა ვიფიქროთ, რომ ჩვენი ავადმყოფი შთამომავლობითი ლუეტია, და ამ ნიადაგზე—მისი მუტლად ყოფნის დროს, ესე იგი ემბრიონალური პერიოდის ხანაში, მოხდა—მიუღერის მიღების უჯრედების არა ნორმალური დიფერენციაცია, მათი განვითარების შეფერხება და სრული ჩამოვარდნა იმ უჯრედებისა, რომელთაგანაც საშო უნდა წარმოქმნილიყო, რასაც შედეგად მოყვა ასეთი რთული და იშვიათი სიმახინჯის წარმოშობა.

რადგანაც მძიმე სიმახინჯე სასქესო სფეროსი, ჩვენდამი ხელ მისაწდომ ლიტერატურით—სიფილიტიურ ჩანასახოვან წარმოშობისაა, ამიტომ დასაშვებია, რომ ჩვენი შემთხვევის ეტიოლოგიური მომენტი შთამომავლობითი *Lues*-ია.

1926 წ. ჩვენ მიერ აწერილია¹ აგრეთვე სასქესო ორგანოების იშვიათი სიმახინჯე, სადაც საშვილოსნო სრულიად გამოყოფილია საშოდან, არავითარი საერთო ამ ორ ორგანოს შორის არ არსებობს. საკვერცხეები ნორმალურად განვითარებულია, ამიტომ იქ წარმოიშვა *Haematotetra*, *Haemotosalpinx bilaterals*; იქაც ავადმყოფს *Wasserman*-ის რეაქცია აღმოაჩნდა დადებითი და იქაც ეტიოლოგიურ მომენტად *Lues*-ია ნაჩვენები.

ხელოვნური საშოს შექმნის ოპერაცია, რომელიც უკვე სრულ უფლებიან ოპერაციად ითვლება, ამ ჟამად თავისი ტენიკის განვითარების პერიოდს განიცდის, და ყოველი ოპერატორი ვალდებულია ამ ტენიკის გაუმჯობესობაში თავისი პირადი გამოცდილებისა და შეხედულობის მიხედვით ესა თუ ის მითითება და მიზანშეწონილი ცვლილებაც შეიტანოს.

ჩვენ აქ ვლაპარაკობთ, რასაკვირველია *Baldvin*-ის წესზე, რომლითაც ოპერაცია ვაწარმოეთ.

ცხადია, ახალი ოპერაციის ტენიკაში რაიმე საფუძვლიანი ცვლილებების შეტანა შეუძლია იმას, ვისაც ეს ოპერაცია რამდენჯერმე უწარმოებია და ავადმყოფებზედაც შორეული დაკვირვების საშუალება ქონია.

ამ ოპერაციის განმეორებითი წარმოების სახელი ჯერ ბევრს გინეკოლოგს ქირურგს არ ეკუთვნის; *Додерлеин*-ს იგი გაუკეთებია 7-ჯერ, პროფ. *ლამბარა-შვილს* 3 (კერძო გადმოცემით,) *Neugebauer*-7, *Тихонович*-ს 2 *Скробанский*—7, *Парсомов*-ს—2 *Юдни*-ს—6, *Рабинович*-ს—4.

¹) იხ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 11—12. 1926 წ. †

თანამედროვე მედიცინა 1930, №№ VIII—XII

ჯერ ჯერობით ლიტერატურის ცნობით,—დანარჩენს ავტორებს იგი უწარმოებია პირველად.

თუმცა ეს ოპერაცია ჩემ მიერ ნაწარმოებია პირველად, მაგრამ მაინც ნებას მივსცემ ჩემს თავს ავღნიშნო შემდეგი:

უწინარეს ყოვლისა საჭიროა მუცლის ღრუს გახსნისა და Genitalia-ს დათვალერების შემდეგ, წვრილი ნაწლავის ისეთი მარყუშის მონახვა, რომელიც თავისუფლად, ჯორჯალის დაუჭიმავად, აღწევს ბოქვენის მიდამოს.—მარყუში ამ მიდამოზე წინასწარ მიზომილი უნდა იქნეს. ამის შემდეგ გადავდივართ მარყუშის რეზექციასზე.

ზოგიერთი ავტორების აზრით, რეზექცია უნდა გაუკეთდეს მარყუშს Coecum-იდან 40 სტ. დაცილებით. ჩვენის აზრით, ეს მანძილი Coecum-იდან შეუძლებელია მუდმივი და უცვლელი იქნეს. როგორც ზევით ვსთქვით, აღებულ უნდა იქნეს ის მარყუში, რომელიც ბოქვენზე მიზომვის დროს თავისი ჯორჯალით დაჭიმული არაა. Coecum-იდან სანტიმეტრობით მანძილს იმდენი მნიშვნელობა არ ექნება, როგორც მარყუშის მოდუნებულ მდგომარეობას. რასაკვირველია, სასურველია, რაც შეიძლება Coecum-ზე დაცილება, რადგან იგი ბაქტერიების ბუდეა.

რეზექციის შემდეგ ენტეროანასტომოზი უნდა გაკეთდეს Constantin-ის შიდაფიკაციით, ე. ი. დისტალური და პროკსიმალური ბოლოები ნაწლავისა უნდა შეერთებულ იქნას გვერდ—გვერდით მდებარეობით, ანტიპერისტალტიკურად, ორ ლულიანი თოფის მაგვარად. ამ დროს მარყუშის ჯორჯალი, არც იჭედება და არც მოკლდება.

ოპერაციის უმძიმეს მომენტად მენჯის ფსკერის გახვრეტა უნდა ჩაითვალოს. ჩვენს შემთხვევაში ეს მით უფრო საძნელო იყო რომ, როგორც ზევით აღნიშნულია, უკანა დუგლასის ფუძე სწორ ნაწლავსა და ბუშტს შუა მოცული იყო ნაწიბურებით. ეს მომენტი ნაწარმოები უნდა იქნეს შეერთებული მანიპულაციებით. როგორც მუცლის—ღრუდან, ისე Introitus Vaginae-დან.

ერთსა და იმავე დროს ასისტენტის მიერ საშარდე ბუშტში შეყვანილი უნდა იქნეს ლითონის მსხვილი კატეტერი. ამავე დროს იგივე ასისტენტი კორნცანგით ამოაწვება Introitus Vaginae-ს ქვევიდან.

საშარდე ბუშტი ამ დროს მუცლის მხრივ ასისტენტის მიერ Guer-ით აქაჩულია ბოქვენისაკენ.

კატეტერი და კორნცანგი, რომელთა ბოლოების მანიპულაციებსაც, ოპერატორის კარნახით, აწარმოებს Vagin-ის მხრივი ასისტენტი, არიან სწორი გზის მაჩვენებელი ოპერატორისათვის ამ უძნელეს მომენტში, როცა შესაძლებელია. ბუშტისა და სწორი ნაწლავის დაჭრა თანხლებული მძიმე გართულებებით.

აქ სწორ ნაწლავსა და ბუშტს შუა მდებარე პერიტონეუმი და მის ქვეშ მდებარე ქსოვილები, კორნცანგით მუცლის ღრუსკენ ამოჭიმული, თითის კონტროლით დანით გაიკვეთება კორნცანგის ბოლოს გამოჩენამდე. ესლა მენჯის ფსკერი უკვე გახვრეტილია—საჭიროა ამ ნახვრეტის მაქსიმუმამდე გაფართოე-

ბა—კორნცანგითვე და შემდეგ Hegar-ებით. ეს იმ მოსაზრებით, რომ ახლად შექმნილ მენჯისფსკერის მილს, არ ექნეს რომელიმე ალაგს შევიწროება.

ჩვენ ხსენებული მილის გაფართოება მოვახდინეთ მხოლოდ კორნცანგით. როცა Vagin-ის მხრივ სამუშაოდ გადავედით და სიფართოვე გავსინჯეთ, აღმოჩნდა რომ იგი არა საკმაო სისრულის იყო; ამიტომ ამ მილის გაფართოება ჩვენ მოგვიხდა საშარდე ბუშტისკენ და Rectum-ისაკენ მჭრელი იარაღით—დანით, რაც დაკავშირებული იყო აღნიშნული ორგანოების—დაჭრის საშიშროებასთან. ამ საშიშროების ასაცდენად აუცილებელ საჭიროდ მიგვაჩნია მენჯის ფსკერში ახლად წარმოშობილი ნახვრეტის ჰევარებით გაფართოება.

ნაწლავის მარყუში, მენჯის ფსკერში გაყვანის შემდეგ უნდა მიკერილი იქნეს Introitus Vaginae-ზე სიგრძითი მიმართულებით—5—6 აბრეშუმის ნაკვეთი.

მიკერილი უნდა იქნეს სახელდობრ მარყუშის სეგმენტი.

ეს სეგმენტი მოკვეთილი უნდა იქნეს მხოლოდ ორმოცდა რვა საათის შემდეგ, როცა შეხორცებები უკვე წარმოშობილია და მუცლის ღრუში ინფექციის შეჭრის საშიშროება თავზე უქვე აცილებულია.

დ ა ს კ ვ ნ ა.

1) სიკვდილობის დიდი პროცენტისა და მახლობელი ორგანოების დაზიანების შესაძლებლობის მიხედვით—ხელოვნური საშოს შექმნა—ერთ-ერთ სერიოზულ ოპერაციად უნდა ჩაითვალოს.

2) საშარდე ბუშტისა და Rectum-ის დაზიანება ამ ოპერაციის წარმოების დროს სრულიად მოსალოდნელია.

3) ოპერაციის უმძიმეს მომენტად მენჯის ფსკერის გახვრეტა უნდა ჩაითვალოს.

4) ხელოვნური საშოს წარმოსაშობად Baldwin-ის წესს უნდა მიენიჭოს უპირატესობა, როგორც უფრო ქირურგიულს და ნაკლებად ტრავმატიულს.

5) ეს ოპერაცია ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს მხოლოდ მის მიერ დაეინებოთ მოთხოვნის შემდეგ, და ოპერაციის სერიოზული ხასიათის—ახსნა—განმარტების შემდეგ.

И. И. ЧАРКВИАНИ.

Образование искусственного влагалища по способу Baldwin'a при врожденном его отсутствии.

Из геникологического отделения главной больницы Аджаристана.

1. В виду высокого процента смертности, операцию создания искусственного влагалища, надо считать одной из самых серьезных операций.

2. При этой операции легко возможно повреждение мочевого пузыря и прямой кишки.

I. I. TCHARKVIANI.

La formation artificielle du vagin d'après la méthode de Baldwin, en cas de son absence congénitale.

1. Vu le haut pourcentage de mortalité l'opération de la création artificielle du vagin doit être considérée l'une des plus sérieuses des opérations.

2. Avec cette opération la lésion de la vessie et du rectum est extrêmement fréquente.

3. Самым трудным моментом операции надо считать прободение тазового дна.

4. Для создания искусственного влагалища преимущество должно быть отдано способу Baldwin'a, который является более хирургическим и менее травматичным.

5. Эта операция должна быть произведена только по настоянию больной и после разъяснения ей серьезного характера операции.

3. Le moment le plus difficile de l'opération c'est la perforation du fond pelvien.

4. Pour la création artificielle du vagin la préférence doit être donnée à la méthode «Baldvin», la quelle se présente plus chirurgicale et moins traumatisante.

5. Cette opération doit être exécutée sur la demande explicite de la patiente, laquelle doit être informée du degré de gravité de l'opération même.

საზოგადოებრივი მედიცინა.

შ. თაყთაიშვილი.

ქ. ზუსტაფთის სავაჭრომეტოის გამგე.

ქირურგიული დახმარება და ექიმ დასტაქრის მდგომარეობა მოკლე ანგარიშით ქირურგიული მუშაობის შესახებ ქალ. ზესტაფონის სავაჭრომეტოის 1927, 28 და 29 წლის განმავლობაში *.

ქირურგიული დახმარების მოთხოვნილება მაზრაში დიდია. დასტაქრის მუშაობა არ განისაზღვრება მარტო რომელიმე მაზრის ქალაქის მუშაობით, არამედ მისგან დახმარებას მოითხოვს მაზრის რაიონები და აგრეთვე ახლო-მახლო მდებარე სოფლების მოსახლეობაც.

რამდენად მეტია ექიმ-დასტაქრის საჭიროება მაზრაში, მით უფრო საპასუხისმგებლოა მისი მდგომარეობა. მაზრაში არ არსებობს არც ერთი განსაკუთრებული სპეციალობა, რომელშიაც ექიმ-დასტაქარს არ იწვევდენ. მის დახმარებას თხოულობენ არა მარტო სამედიცინო-გინეკოლოგიურ კაბინეტებში, არამედ ყველგან, სადაც კი შეიძლება მისი მიყვანა და სადაც კი ხდება საერთოდ ავადმყოფების გასინჯვა.

მოსახლეობა ექიმ-დასტაქარზე განსაკუთრებული აზრისაა: მათ ჰგონიათ, რომ რადგან დასტაქარი ოპერაციას აკეთებს ანუ, როგორც ისინი ხშირად იხსენიებენ, „გაჭრა იცის“, მაშასადამე ყველაფერი იცის და ამრიგად მასთან მიჰყავთ ყოველგვარი ავადმყოფები, როგორც მაგალითად თვალის, კანის, ვენერიული და სხვა. ხშირი შემთხვევაა, როდესაც ავადმყოფის პატრონი თუ მას ამის საშუალება აქვს იღებს ორდერს დასტაქარზედ და მიჰყავს სოფელში, და თუ უკანასკნელი შეეკითხება ავადმყოფის პატრონს მდგომარეობის შესახებ უპასუხებს „თქვენი დახმარებაა საჭირო“-ო, თუნდაც რომ იცოდეს მისი ავადმყოფი მუცლის ტიფით იყოს ავად. ამ შემთხვევაში დასტაქარს ძალაუნებურად უხდება დააკმაყოფილოს ავადმყოფის პატრონის მოთხოვნილება, უწევს რა ანგარიშს ერთის მხრივ იმ გარემოებას, რომ შესაძლოა მართლა რაიმე ქირურგიული დახ-

*) მოხსენებულია ტფ. სახ. უნ-ის დასტაქართა კონფერენციაზე 3, XI 1929 წ.



მარტო ესაჭიროებდეს ავადმყოფს და მეორე მხრივ კიდევ იმას, რომ არ უნდა ავადმყოფის პატრონი მოიმღუროს, რადგან ამით შეიძლება არა სასურველ გაუგებრობას ქონდეს ადგილი.

ექიმ-დასტაქრის მდგომარეობა მაზრაში სხვა სპეციალობის მქონე ექიმისაგან იმით განირჩევა, რომ იგი ერთია უმრავლეს შემთხვევაში და, გარდა ამისა, მისი სამოქმედო ასპარეზი იმდენად არის საპასუხისმგებლო მოსახლეობის წინაშე, რომ ამ უკანასკნელთან არის დაკავშირებული მისი ავტორიტეტი და, თუ გნებავთ, მისი ყოფნა-არყოფნის საკითხიც.

ერთ რომელიმე უმნიშვნელო საოპერაციო შემთხვევას შეუძლიან დასტაქარს გაუთქვას სახელი, მოუპოვოს ნდობა და სიყვარული და ამავე შემთხვევას შეუძლიან გაანადგუროს იგი, ააკრებინოს ბარგი-ბარხანა იმ მაზრიდან, სადაც იგი მუშაობს.

მაზრაში მომუშავე დასტაქარს მუდამ სდევს მუშაობაში ერთი სიძნელე: ეს გახლავთ სიხშირე უცაბედი შემთხვევების, რომლებიც მეტწილად ატარებენ განსაკუთრებულ სახეს და თითქმის ყოველთვის მოითხოვენ სასწრაფო ოპერაციებს. ოპერაციების კეთება კი საჭირო პირობების არ ქონების გამო საკმაოდ სიძნელეს წარმოადგენს და, მეორე მხრივ, მეტ შემთხვევაში ეს მოგვიანებით ხდება. მოგაყენებენ ურმით რომელიმე დაშორებული სოფლიდან ერთი კვირის წინათ „ილეუსი“-თ ავადმყოფს, რომელიც უკვე აგონიაშია და მოითხოვენ დასტაქრიდან დახმარებას. ადგილობრივმა ექიმმა პირველი დახმარების გაწევით უკვე მოიხადა ერთგვარი ვალდებულება, და ამის შემდეგ თუ დასტაქარადის მოაღწია ავადმყოფმა, მაშინ დასტაქარი ხდება პატრონის წინაშე პასუხისმგებელი. ასეთ ავადმყოფის პატრონს, რაც უნდა უმტიცილო მდგომარეობის სიმძიმე, მაინც ავადმყოფის მდგომარეობა იოლათ მიაჩნია. თუ ავადმყოფის პატრონს აუხსნით, რომ მუცლის აბერილობა, ტანში გაუსვლელობა ცუდი ნიშანია, რომ ეს მუცლის აპკის ანთების დაწყებას ნიშნავს, რომ მდგომარეობა მოითხოვს სასწრაფო ოპერაციის გაკეთებას და სხვ., იგი მაინც თავისას გაიძახის: „საიდან დაემართებოდა აპკის ანთება, როდესაც ერთი კვირა არ არის ავადო, არა, საცივი ჭამა ღომით და მუცლის აბერილობა ალბათ ამან გამოიწვია“-ო. თუ ასეთმა ავადმყოფმა ოპერაცია გადაიტანა ხომ არაფერი და თუ დაიღუპა მაშინ დასტაქარის კეთილ-სინდისიერი მოპყრობა ავადმყოფისადმი უმთავრეს შემთხვევაში არა თუ არაფრად ფასდება, არამედ იგი კიდევ ილანძღება და ხშირად მის შესახებ ამბობენ, ავადმყოფი „ძროხასავით დაკლაო“.

საილიუსტრაციოთ მრავალი ფაქტის მოყვანა შეიძლება, მაგრამ ერთიც საკმარისია, რომ წარმოვიდგინოთ ექიმ დასტაქრის მდგომარეობა ასეთ შემთხვევაში.

ა/წლის თებერვლის პირველ რიცხვებში სოფ. თერჯოლიდან საავადმყოფოში იქნა მოყვანილი სასწრაფო დახმარებისათვის ავადმყ. „შ. გ.“ 18 წლის, მარცხენა წვივის ძვლების დაჩეხვით—ღია გადატეხილობით საფანტიანი თოფით მიყენებული ტრილობის გამო. მოყვანილი იქნა ავადმყოფი მესამე დღეს დღიდან დაშავებისა. გასინჯვით აღმოჩნდა აიროვანი განგრენა ხსენებული კიდურისა. სასწრაფოდ იქნა მოწვეული ექიმთა კონსილიუმი, რომელმაც გადასწყვიტა კიდურის ამპუტაცია, რახედაც მშობლებმა კატე-

გორიული უარი განაცხადეს. ამის შემდეგ მაინც სასწრაფოდ იქნა გაკეთებული ოპერაცია რომლის დროს ჭრილობიდან ამოღებული იქნა უსუფთაო ჩვარი, რომელიც ალბად თოფის ლულაში იყო. ავადმყოფი მესამე დღეს გარდაიცვალა.

აქ ყველაფერი დავიწყებულ იქნა: პატრონების მიერ დავგვიანებით მოყვანა და დაზიანების სირთულე. პასუხისმგებელი შეიქნა დოსტაქარი, წარმოიშვა მითქმა-მოთქმა: ოპერაცია რომ არ გაკეთებულიყო ავადმყოფი არ მოკვდებოდათ, რომ თურმანიძესთან მიგვეყვანა უსათუოდ მორჩებოდა და სხვა.

თუ დასტაქარი შემთხვევით დაესწრო ან შეხვდა ოპერაციის შემდეგ გარდაცვლილი ავადმყოფის დასაფლავებას, შესაძლოა საერთო ტირილში ერთი რომელიმე მოძახილი მიწვდეს მის ყურის სმენას: „ცეცხლი ჩავარდა მის ოჯახში, ვინც შენ ოპერაცია გაგიკეთა“—ო. ამრიგად ყოველივე ივიწყება და დასტაქარის დანა, რომელიც მხოლოდ და მხოლოდ ავადმყოფის გადასარჩენად იყო მიმართული, მის მკვლელად იხსენიება. ჩვენდა საუბედუროდ უმრავლეს ნაწილს პროვინციის მოსახლეობისა და ზოგჯერ ადგილობრივ ხელისუფლების ზოგ წარმომადგენლებსაც არა აქვს ნათელი წარმოდგენა, რომ ექიმ-დასტაქარის მუშაობა მოითხოვს განსაკუთრებული პირობების შექმნას. ხშირად მაზრაში მოიწვევენ დასტაქარს, მაგრამ შემდეგში ვეღარ უქმნიან ისეთ პირობებს, რომ უკანასკნელს შეეძლოს მუშაობის გაფართოება. კლინიკიდან გამოსულ ახალგაზრდა ექიმ-დასტაქარს, როცა იგი ვარდება პროვინციალური მუშაობის პირობებში ძალაუნებურად უხდება ზოგიერთი ქირურგიული პრინციპიალური დებულებების გამარტივება, როგორც მაგალითად: უაეტოკლავოთ მუშაობა, ოპერაციების გაკეთება არა სათანადო პირობებში და სხვა და სხვა.

ყოველივე ეს, ცხადია, აძნელებს მის მუშაობას, ცუდად მოქმედობს მის ჯერ კიდევ ჩამოუყალიბებელ ხასიათის სიმტკიცეზე და ამ რიგად ხელს უწყობს იმ მეცნიერული ცოდნა-გამოცდილების დამახინჯებას, რაც მან კლინიკაში შეითვისა.

ამ მოკლე მიმოხილვის შემდეგ გადავდივარ შორ. მაზრის დასტაქარის მუშაობის და მისი მდგომარეობის აღწერაზე. ქალ. ზესტაფონი, იგივე ყვირილა, გაშენებულია მდ. ყვირილის ორივე მხარეზე რკინის გზის ხაზის გასწვრივ. როგორც საადმინისტრაციო ცენტრი მას მეორე ადგილი უკავია ქალ. ქუთაისის შემდეგ ზემო იმერეთში. ზესტაფონის მცხოვრებთა რიცხვი აღწევს 7.000-დღ და საერთო მაზრის მცხოვრებთა რიცხვი კი 200.000-მდის. მაზრაში არსებობს ორი საავადმყოფო, სადაც წარმოებს ქირურგიული დახმარების აღმოჩენა: ერთი ქალ. ჭიათურაში და მეორე კი—ზესტაფონში. ჭიათურის საავადმყოფო თითქმის აკმაყოფილებს საავადმყოფოსადმი წაყენებულ თანამედროვე მოთხოვნებს. იგი მოთავსებულია საუკეთესო შენობაში და უზრუნველყოფილია, როგორც საწოლების რიცხვით, ისე ხელსაწყოებით და საექიმო პერსონალით. ჭიათურის საავადმყოფო აშენებულია ჭიათურის შავი ქვის მუშების საჭიროებისათვის და ემსახურება მას, რის გამო საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილება უმთავრეს შემთხვევაში გადატვირთულია მუშაობით და სათანადოდ ვეღარ ეხმარება ახლომანხო სოფლების მოსახლეობას.

ქალ. ზესტაფონის საავადმყოფო გათვალისწინებულია ბიუჯეტით 25 |ა-

წოლით, მოთავსებულია სრულიად შეუფერებელ შენობაში (ამ გარემოებას მიაქცია სათანადო ყურადღება ადგილობრივმა ხელისუფლებამ და წამოიწყო ახალი შენობა). საავადმყოფოში იმყოფება სამი განყოფილება, ქირურგიული, სამეანო-გინეკოლოგიური და თერაპიული; საავადმყოფო ღარიბია, როგორც საჭირო ინვენტარით, აგრეთვე ქირურგიული ხელსაწყოებით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ზესტაფონის საავადმყოფოს მეტად ხელსაყრელი ტერიტორიალური მდებარეობა უკავია რაიონისადმი, რის გამო საავადმყოფოს გარშემო თავს იყრის დიდი რაოდენობა ავადმყოფთა. ამ უკანასკნელთა შორის არიან მძიმე ავადმყოფები, რომელთა მიღება საავადმყოფოში აუცილებელი ხდება. ამ რიგად საავადმყოფოს მდგომარეობა რთულდება, იგი ღებულობს განსაკუთრებულ სახეს სასწრაფო დახმარებისას და მომუშავე დასტაქარს არ ძალუძს თავის სურვილისამებრ დააწვინოს ავადმყოფი. ამ მოვლენას ხელს უწყობს ის გარემოებაც, რომ ქიათურა დაშორებულია ზესტაფონზე 45 კილომეტრით და იქ გადაყვანა ავადმყოფის უხერხულია.

შორაპნის მაზრაში ქირურგიული მასალა დიდია, და მოსახლეობა საჭირო დახმარებას დასტაქარისას არ გაურბის. უნდა აღინიშნოს, რომ მაზრის მოსახლეობის კულტურული დონე თანდათან მაღლდება; სოფლებში სწარმოებს სანგანმანათლებლო მუშაობა, რაც ხელს უწყობს ნათელ და სწორ წარმოდგენას მედიცინაზე. ეხლა გლახმა იცის, რომ ბუასილის და თიაქრის მორჩენა მარჩიელის შელოცვით არ შეიძლება. იცის, რომ მას ოპერაცია ესაჭიროება და იხელთებს თუ არა დროს, დაეინებით მოითხოვს ოპერაციის გაკეთებას.

უნდა ხაზგასმით აღინიშნოს, რომ შორაპნის მაზრაში ქირურგიის დიდი პოპულარობა აქვს მოპოებული, ეს უკანასკნელი მოვლენა აიხსნება მით, რომ მაზრაში მუშაობდენ პირველად პროფ. გრ. მუხაძე, რომელმაც დაუახლოვა ქირურგია მასას და შემდეგ განსვენებული პროფ. კახიანი, რომელიც გაზაფხულობით მოეკლინებოდა ხოლმე მაზრის სხვა და სხვა სოფლებს და აწარმოებდა ოპერაციებს, რის გამო დღესაც ხშირად იგონებს გლახობა მის სახელს და ხშირად მიყრუებულ სოფლის ქონში წააწყდებით კახიანის სურათს შეძენილს მისი სიკვდილის შემდეგ. მაგრამ რამდენად ქირურგიულ დარგს მოპოებული აქვს შორაპნის მაზრაში ნდობა და პოპულარობა, მით უფრო საპასუხისმგებლოა მომუშავე დასტაქარის მდგომარეობაც, რადგან ასეთი ავტორიტეტების შემდეგ, როგორც იყვენ ზემოხსენებული პირები, უფრო ძნელია ჩვეულებრივი დასტაქარისათვის მუშაობა. აქვე მოყვავს ცხრილი ჩვენ მიერ ჩატარებულ ოპერაციებისა.

| | ოპერაციების დასახელება | ოპერაციების რიცხვი | სიკვდილობა | შეზორცება | | შ ე ნ ი შ ვ ნ ა |
|----|--|--------------------|------------|-----------|---------|--|
| | | | | პირველადი | მეორედი | |
| 1 | აპენდექტომია—ქრონიკული | 75 | — | 72 | 3 | |
| 2 | აპენდექტომია—მწვავე | 3 | — | 1 | 2 | |
| 3 | ბუასილი | 25 | — | — | — | |
| 4 | თიაქარკვეთა | 55 | — | 46 | 9 | |
| 5 | თიაქარკვეთა — ნაწლავის გაჭედის დროს | 18 | 4 | 9 | 5 | ექვს შემთხვევაში იყო გაკეთებული ნაწლავის რეზექცია. |
| 6 | ნეკნების რეზექცია | 12 | 3 | — | — | |
| 7 | ქვედა კიდურების ვენების გაგანიერება varices cruris | 14 | — | 6 | 8 | ზერელე დაჩირქება. |
| 8 | ჩ ი ყ ვ ი | 6 | — | 5 | 1 | |
| 9 | ქვედა კიდურების სხვადასხვა ადგილას ამპუტაცია | 16 | 2 | 8 | 6 | ერთი გადაიკვალა ჰაიროვანი განგრენით და ერთი სეფსისით. უმთავრეს შემთხვევაში ტრავმის ნიადაგზე. |
| 10 | ზედა კიდურების ამპუტაცია | 4 | — | 1 | 3 | |
| 11 | ტაბუნის რეზექცია ტრავმის ნიადაგზე | 1 | — | — | 1 | ბოლოს იწვა პროფ. მაჭავარიანთან. |
| 12 | ტრეპანაცია თავის ქალისა | 4 | 1 | 3 | — | ორ შემთხვევაში ეპილეპსიის ნიადაგზე — და ორ შემთხვევაში ტრავმის ნიადაგზე. |
| 13 | ვაზექტომია — შტეინახის ოპერაცია | 4 | — | 4 | — | სამი გაახალგაზრდაების მიზნით. |
| 14 | მუცლის ღრუს—წყალბუშტოვანი ხორცმეტი Cystoma ovari | 2 | — | 2 | — | ერთი ხორცმეტი იწონიდა 2 ფუთ 27 გირ. და მეორე 17 გირვანქას. მოხსენდა ქირ. კონფერენციას. |

მ. ევსევი ლოსაბერიძე

ექიმი სამსონ ბასარიონის ქე თოფურია და მისი მო-
ღვაწეობა.

(გარდაცვალებიდან 25 წლის შესრულების გამო) *).

1929 წ. 16 დეკემბერს, დასავლეთ საქართველოს ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებამ გამართა ქუთაისში პირველი საავადმყოფოს დამაარსებლის ექიმის და საზოგადო მოღვაწის სამსონ (მელიტონ) ბესარიონის ქე თოფურია ს მოსაგონარი საღამო, რომელსაც ქუთაისის ოლქის ექიმთა პირველი კონფერენციის წევრები და დიდძალი ვარეშე საზოგადოება დაესწრო.

ექ. სამსონ თოფურია დაიბადა სამეგრელოში სენაკის მაზრაში 1850 წ. საშუალო განათლება მიიღო ქუთაისის კლასიკურ გიმნაზიაში, რომელიც მან წარჩინებით დაათავა და რუსეთში უნივერსიტეტში შევიდა. იქ ორი ფაკულტეტი, საბუნების მეტყველო და საექიმო, დაასრულა. საზოგადოდ ის ძლიერ ნიჭიერი და ენერგიული ახალგაზრდა იყო, დიდ იმედებს იძლეოდა და ამიტომ საპროფესოროდ მოსამზადებლად მისი უნივერსიტეტთან დატოვება უნდოდათ, მაგრამ მან ეს არ ისურვა და სამშობლოში დაბრუნდა. ამას ორმა გარემოებამ შეუწყო ხელი: ჯერ ერთი, ის ფილტვების ტუბერკულოზით იყო ავად და განკურნებისათვის მშობლიურ მხარეს მოაშორა და, მეორე იმ დროინდელი ახალგაზრდობა „ხალხში წასვლის“ ლტოლვა-მისწრაფებით იყო გამსჭვალული და ყველას ეს ასულდგმულვებდა. სამსონიც ამათ რიცხვში იყო და ამ ხალხის სამსახურზე ჰფიქრობდა... ის აქ მოსვლისთანავე ცხოვრებას გამომცდელის თვალთ დაუკვირდა და იმის გაკეთება გადასწყვიტა, რაც ხალხს უფრო სჭიროდა. ასეთი იმ დროს ქ. ქუთაისში და მთელ დასავლეთ საქართველოში საავადმყოფოს უქონლობა იყო. ამის გამო რაციონალურ საექიმო დახმარებას მოკლებული ხალხი მკითხავ-მარჩიელების და მატყუარების ხელში სცვივდებოდნენ და ტყავი სძვრებოდათ. სამსონის გამჭრიახმა თვალმა ეს ნაკლი და უბედურება მაშინვე შენიშნა და მისი შეცხება განიზრახა, რაც მან 1889 წ. კიდეც სისრულეში მოიყვანა. ეს საქმე სრულიად უფულოდ, უკაპეიკოთ, მაგრამ დიდის ენერგიით აღსავსემ და უტეხის ნებისყოფით დაჯილდოებულმა დაიწყო და განახორციელა. უნდა ვსთქვათ, რომ განსვენებულს ფულის შოვნის დიდი უნარი ჰქონდა მინიჭებული. ვისაც კი ფულს შეაგულვებდა—სამსონი ყველას თავის მოხარკედ გაიხდიდა და საავადმყოფოს სასარგებლოდ ფულს ახდევინებდა.

*) იბეჭდება დაგვიანებით.

საავადმყოფოს მატერიალური საფუძვლის გამაგრების გარდა, განსვენებული თვით თანამშრომლების შერჩევაშიდაც დიდ უნარს და წინ დახედულებას იჩენდა. იგი ცდილობდა საავადმყოფოში საქმე ნამდვილ მეცნიერულ ნიადაგზე დაეყენებია, რომ ამით შიგ შემომსვლელ ავადმყოფთა და მათი ჭირისუფლების იმედები გაემართლებინა. კარგად გრძნობდა, რომ მხოლოდ საქმის კარგად და მეცნიერულად დაყენებით მის საავადმყოფოს შეეძლო დიპლომიან მტერთა რკალი გაერღვია, ხალხის უფიცობა და ჩამორჩენილობა დაეძლია და რაციონალური საექიმო დახმარება შეეყვარებინა. ამიტომ, როდესაც ადგილობრივ ვერ პოულობდა შესაფერ თანამშრომლებს, იგი სხვა მხრიდან იწვევდა ასეთებს. აქ მუშაობდნენ; ვოინო, გოლოვინი, შემდეგ პროფესორი, ბაცევიჩი, ძმები გერატები და სხვები, რომლებიც საავადმყოფოს საქმეს სერიოზულად უყურებდნენ და რომელთაც ღრმა კვალი დასტოვეს მის ცხოვრებაში.

უნდა ითქვას ისიც რომ თვით საავადმყოფოში ავადმყოფების მოვლა-პატრონობის და კვების საქმეც ერთობ კარგად იყო დაყენებული. მნახველს საერთოდ აოცებდა ის სისუფთავე, წესრიგი და დისციპლინა, რომელიც იქ იყო გამეფებული. აქ ყველა დიდიდან მცირემდე დიდ პასუხისმგებლობას გრძნობდა და ცდილობდა საქმე ისე დაეყენებინა, რომ სამსონისათვის არ ეწყენინებინა. საზოგადოდ განსვენებულს დიდ პატივს სცემდნენ და ერიდებოდნენ. ამის გამო ეს საავადმყოფო მალე გახდა პოპულიარული არა მარტო ჩვენში, არამედ რუსეთში და მის გარეშეც კი. არის ცნობა, რომ პარიზის ერთ ერთი დიდი საავადმყოფოს გამგე ექიმი ქება-დიდებით იხსენებდა ამ საავადმყოფოს და მის დამაარსებელს.

მოსახსენებელია აქ ის გარემოებაც, რომ განსვენებული სამსონი საავადმყოფოს დაარსებისა და არსებობისაგან პირად სარგებლობას კი არ ეძებდა, არამედ საზოგადოებრივს და მიტომ მთელს მის შემოსავალს თვითონ საავადმყოფოს ახმარებდა, და მის გამშენიერებას მეცნიერულად საქმის დაყენებას ანდომებდა. თვით სამსონი თითქმის ყოველ წელიწადს საზღვარგარეთ დადიოდა და, იქ თუ კარგს და ახალს ნახავდა, მაშინვე მის შემოღებას თავის საავადმყოფოშიაც სცდილობდა. ამის შედეგი იყო მისგან 1903 წელს ქუთაისში რენტგენის კაბინეტის მოწყობა და 1904 წლის დასაწყისში კი საავადმყოფოსთან ჰიდროსამკურნალოს საფუძვლის ჩაყრა, რაც ჩვენში უცხო და პირველი შემთხვევა იყო, მაგრამ მისი დამთავრება განსვენებულს აღარ დასცალდა. 1904 წლის ივნისის 18 იგი აბასთუმანში დიაბეტისაგან უეცრად გარდაიცვალა.

სამსონისაგან იმ დროს საავადმყოფოს დაარსება დიდი საქმე იყო. ასეთი რამე ქალაქის გამგეობასაც კი ვერ გაებედა. ის მცხოვრებთათვის იმ 4 საწოლით კმაყოფილდებოდა, რომელიც მას ადგილობრივ სამხედრო ლაზარეტში სამოწყალოდ დათმობილი ჰქონდა. ეს ვერც სხვა ექიმებს გაებედნათ. მხოლოდ სამაონის უტენმა ნებისყოფამ და ხალხის დახმარების დიდმა სურვილმა შესძლო ესა. საავადმყოფომ დაარსებისთანავე ნდობა მოიპოვა და ხალხი ბლომად მოაწყდა. იქ, მის არსებობის ხანაში, მრავალმა ასეულმა ავადმყოფმა გაიარა და დახმარება მიიღო, მაგრამ რაც ყველაზე უფრო შესანიშნავია ამ საავადმყოფოში ბევრი იყო უფასოთ გატარებული საავადმყოფოს (ღვეები) 16.346 ან.



15,7⁰/₁₀), ბევრი იყო აგრეთვე უფასოთ მიღებული ამბულატორიაშიც—8459 (16⁰/₁₀), ეს კი მაშინდელი დროის კვალობაზე და ისიც ერთი კაცისათვის დიდი საქმის გაკეთება და ღვაწლი იყო.

მაგრამ განსვენებული ამითაც არ კმაყოფილდება. განსვენებულმა ფართოდ გაუღო თავისი საავადმყოფოს კარები სტუდენტებს და ახალგაზრდა ექიმებს. ესენი მეცადინობდნენ იქ; იქედნენ ცოდნა-გამოცდილებას და მერე მტკიცე ფეხზე დამდგარი ჩვენი ქვეყნის სხვა და სხვა კუთხეს მიდიოდნენ და ხალხისათვის სარგებლობა მოჰქონდათ. ამის გარდა განსვენებული წევრი იყო ქუთაისის ექიმთა საზოგადოებისა, რომელსაც ის თავისი გამოცდილებით და თავისი საავადმყოფოს მასალებით ძვირფასს სამსახურს უწევდა. იგივე იყო ქალაქის ხმოსნად, სადაც დიდ პროგრესიულ როლს თამაშობდა; საერთოდ ის დიდი პრინციპების მქონე ადამიანად და ამხანაგური ეთიკის დამცველად ითვლებოდა და ამ მხრით მართლაც წუნი არ დაედებოდა მას.

აი ასეთი იყო სამსონ თოფურია და ამიტომ მისი გარდაცვალების ამბავი გლოვის ზარად მოეფინა მთელს საქართველოს. განსვენებული აბასთუმანიდან ქალაქის გამგებამ ჩამოსაყვანა და დიდის ამბით დაასაფლავა. ამ დროისათვის ჩვენი ქვეყნის კუთხიდან აუარებელი ხალხი მოაწყდა ქუთაისს და გულმხურვალედ სტიროდა მას. სატირალიც ჰქონდა, რადგან სამსონთან ერთად მოკვდა მისი საავადმყოფოც და საერთოდ მისი ფართო საქმიანობა. დროთა ვითარებაში მისი სახელიც კინალამ დავიწყებას მიეცემოდა, რომ ქალაქის საბჭოსაგან მისთვის მთავარ ანგელოზის ეზოში დადგმული ძეგლი—ბიუსტი მის საქმეს არ მოგვაგონებდეს და დ. საქ. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას მტვერ გადაყრილი მისი ხსოვნა ამ მტვერისაგან არ განეწმინდა და საზოგადოებისათვის მისი თავი არ გაეხსენებინა.

მისგან დაარსებულ საავადმყოფოს აუარებელი ვალები დარჩა, ვერც ქალაქმა და ვერც სხვა რომელიმე ორგანიზაციამ და კერძო პირმა ამ ვალების კისრად დება და საავადმყოფოს გაძლოლა ფერ ითავა. ამიტომ ეს დიდი საქმე პატარა ხანს შემოკლებით არსებობის შემდეგ სულ მოიშალა. საავადმყოფო დაიხურა. და მთელი ქონება საჯარო ვაჭრობით გაიყიდა. საავადმყოფოს შენობა კერძო პირს დარჩა და მან ეს ბინებად აქცია.

მაგრამ სამსონის მიერ დაწყებული საქმე არ მომკვდარა; იგი გაიზარდა და ნაყოფი გამოიღო. ქალაქი, მაზრა და მთლად დასავლეთი საქართველო საავადმყოფოებით და საექიმო პუნქტებით დაიფარა, პატარა ლაბორატორიის ნაცვლად დიდი ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიები გაჩნდა და მისის წამოწყებით გათვითცნობიერებული და კულტურულად წინ წასული შთამომავლობა იმ ადგილას, სადაც მას პირველი რენტგენი ედგა, ფიზიოთერაპევტიულ ინსტიტუტს აშენებს, რომ ამით განსვენებული სამსონის სახელი სამარადისო მოსაგონარად გახადოს.



შენიშვნები პრაქტიკიდან.

ს. ბრეზვამძე.

Amenorrhoea-ს შემთხვევა.

(დუშეთის სამაზრო საავადმყოფოდან. გამგე ვლ. ი შ რ გ ე ნ ს ი)

1929 წელს 25 აგვისტოს საავადმყოფოში იყო მოთავსებული მრეცხავი ქალი სოფი ბ—შვილი, ქართველი, მცხოვრები ქ. დუშეთში, 46 წლის. უჩივის ძლიერ ტკივილებს თეიურის დროს, 8 წელიწადია მხოლოდ რაც მოადის თეიური, მანამდე კი თეიურის არავითარი ნიშნები არ ჰქონია და არც არაფერს გძნობდა.

14 წლის გათხოვილა. 16 წლისას შეძენია პირველი ქალი. 4 წელი ძუძუ უწოვებია, 20 წლის რომ შესრულებულა, მეორედ დაორსულებულა, ჰყოლია ვაჟი, ამ ვაჟის შემდეგ შეძენია ორი ვაჟი და ორი ქალი. მშობიარობის ინტერვალები შემდეგია.

| | | | | |
|---|-------|------|-----------|-----------------|
| 1 | შვილი | ქალი | 16 წლისას | |
| 2 | " | ვაჟი | 20 " | (4 წლის შემდეგ) |
| 3 | " | ქალი | 25 " | (5 წლის შემდეგ) |
| 4 | " | ქალი | 29 " | (4 წლის შემდეგ) |
| 5 | " | ვაჟი | 33 " | (4 წლის შემდეგ) |
| 6 | " | ვაჟი | 36 " | (3 წლის შემდეგ) |

ამგვარად მშობიარობა ერთი მეორის შემდეგ არა ნაკლებ სანი—ოთხი წლის ინტერვალისა მომხდარა, თუ არა შეტი ხნის შემდეგ.

ავადმყოფს არავითარი თეიურის ნიშნები არ უნახავს და ვერ გებულობდა ორსულობას, მხოლოდ ბოლოს ერთი ჩვეულება დასჩემებია: თავი სტკიოდა ხშირად. „ამ თავისტკივილებით გერძნობდი, რომ ორსულად ვიყავი და ბურნუთს ვყნოსავდიო“.

ქმარი ყოფილა 28 წლის, როცა მას გაჰყოლია. მოკვდომია 50 წლის, ტიფით. შვილები ჯანსაღი ჰყავს, მხოლოდ ერთ ქალს უკვე 19 წლისას თეიური ჯერ არ მოსვლია. მშობლები ადრე დახლცია. სასმელებს არა სვამს, თამბაქოს არ ეწევა.

ავად არას დროს არ ყოფილა. პირიქით, აღნიშნავს მძიმე ზუშაობის შემდეგაც დაუღლელობას. ამ ბოლო დროს კი, რაც თეიური დაემართა, უფრო მალე იღლებდა, ამთქნარებს და ეძინება. თეიური უგრძელდება 3—4 დღე დიდი ტკივილებით.

ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, კარგი აგებულობის, ძვალკუნთოვანი სისტემა ნორმალურად განვითარებული. კანი და ლორწოვანი გარსები ანემიური, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი კარგად განვითარებული, არავითარ გარეგან ცვლილებას ადგილი არა აქვს. კულმკერდის ფორმა კასრისებრივი. ასიმეტრიას ადგილი არა აქვს. ლაგვიწვილი და ქვემო ფოსოები არა აქვს გამოხატული. პეროკუტორულად ფილტვები მაღალ ფილტვის ხმას იძლევიან. ექსკურსია თავი სუფალი. მოსმენით შესუსტებული ვეზიკულარული სუნთქვა.

გულის სახლვრები გადიდებული აქვს ერთი თითის დადებით მარცხნივ, მარჯვნივ ოდნავ. მოსმენით მოყრუებული ტონები ოდნავ ანემიური შუილით. აქცენტუაციას ადგილი არა აქვს. ღვიძლი, ელენთა და თირკმლები არ ისინჯებიან, ჭამის მადა კარგი აქვს. ყლაპვა თავისუფალი. მუცლის მოჭმელება და შარდვა თავისუფალი. კუჭის ქვემო საზღვარი ჭიმის დონეზე. მტკივნეულობას ადგილი არა აქვს. მუცელი შეხედვით დანაოკებული და მოშეებული, ნორმალური. ზერეფე და ღრმა პალპაციით უმტკივნელო. არსად რაიმე შემსივნება არ აღინიშნება. საკვრცხები per vaginam ისინჯებიან ნორმალური ოდენობის. ნერვიული სისტემა ავუნებული აქვს ეტყობა წითელი დერმოგრავიზმი. ჩემს შეკითხვაზე ხომ არ აწუხებდა ვიკარული სისხლის დენაცხვირიდან, პირიდან, ძუძუებიდან, უკანატანიდან— მივიღე უარყოფითი პასუხი.

შენიშვნები პრაქტიკიდან.

ეს შემთხვევა საინტერესოა და ყურადსაღები. თეიურის დროს პერიოდული დაკარგვა სისხლისა საშვილოსნოდან არის მხოლოდ მცირე გამოსახვა ძალიან რთული შინაგანი პროცესებისა, რომელიც ხდება არა მარტო სასქესო ორგანოებში ქალისა, არამედ უმთავრესად მთელს ორგანიზმში. ასეთი შემთხვევა კი, რომელიც მე მოვახსენეთ, შეიძლება გამოწვეული იყოს პირველადი ან მეორადი მიზეზებისაგან:

- პირველადი მიზეზებია: 1. სასქესო არხის ატრეზია.
2. საშვილოსნოს ჩანასახოვანი განვითარება.
3. საკვერცხეების " " "

- მეორადი მიზეზებია: 1. მძიმე ანთებითი ინფექციები საშვილოსნოში და საკვერცხეებში.
2. სიმსივნეები საკვერცხეებში, რომლებიც მის ქსოვილს სრულიად სპობენ.
3. საერთო კვების მოშლის დროს.
4. ქლეტი, ნეფრიტი, შაქრის დავადება, ქლოროზი.
5. მშობიარობის შემდეგ ძუძის წოვების ხანა.
6. მშობიარობის შემდეგ განვითარებული ნაპრალეები.

ჩვენს შემთხვევაში არც პირველად და არც მეორად მიზეზებს ადგილი არ ქონებია. შვილები ჰყავდა დაგვიანებით. რას მიეწერება მისი ასეთი მდგომარეობა? იმ პირობებში, რომელშიაც მე მომიხდა ამ ავადმყოფის გასინჯვა, არავითარი საშუალება არ იყო მისი დეტალურად კლინიკურად გამოკვლევისა, მხოლოდ ერთად ერთი დარჩა, ჩემის აზრით, ნერვების სისტემის მდგომარეობა და ფსიქიური სფერო, მაგრამ ფსიქიურად და განვითარებით არავითარ მკვეთრ გადახრას ადგილი არ ქონებია.

ი. ასლანიშვილი.

საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში.

მეცხრამეტე სხდომა.

1930 წ. 23 იანვარს. სხდომას დაესწრო 76 წევრი და 39 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ა. ალადაშვილი.

მოხსენების წინ უქ. ა. ელიბერიძემ მოახდინა დემონსტრაცია ავად. ვ—სა, რომელსაც აქვს სახის და ქვედა ყბის დეფორმაცია ტყვიით მიღებული ჭრილობის გამო. ავადმყოფს აქვს ქვედა-ყბის დერმატოგენური ხასიათის კონტრაქტურა, ყბის რკალის შევიწროვება და კბილების არტიკულაციის სრულიად მოშლა. ავადმყოფს ჯერ-ჯერობით გაკეთებული აქვს ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ 4 მომენტი ფილატოვის პლასტიკისა და ყლორტოვანი ნაფლეთი გადანერგულია მცოცავი წესით ზურგიდან სახეზე. შემდეგში ავადმყოფს ექნება გაკეთებული ნეკნის გადანერგვა ქვედა ყბაში, რკალის გადიდების მიზნით და ქვედა ტუჩის ნაწიბურთოვანი ქსოვილების განახლება ნაფლეთის პლასტიკით.

მ. კანდელაკი. კუჭის ფიტობეზოარის ორი შემთხვევა.

(ავადმყოფთა დემონსტრაციით)

ავტორის შემთხვევა შეეხება 13 წ. ბავშვს, ქართველს, ს. ნინოწმინდიდან. ავად. მოთავსებული იყო კლინიკაში ამბულატორიული მიღების დროს მუცლის სიმსივნის დიაგნოზით. ავტორს დიაგნოზი დაუსვამს პირველი გასინჯვისთანავე, რაც შემდეგ რენტგენის საშუალებით დადასტურებულ იქნა. განავალში ნახული იქნა ქათმის კვერცხის ოდენა რამოდენიმე ქვა, რომელიც შეიცავდა ხურმის კურკებს. ავადმყოფი ლეზულობდა ორი კვირის განმავლობაში საკმლის მიღებამდე *Natr. bicarb.* 2,0 ფხვნილს, რის შემდეგ კუჭის სიმსივნე იმდენად დარბილდა, რომ გარედან ხელით იქმნა გატეხილი და შემდეგ განავალს გამოეყვა: ორი დღის წინად ავტორს ერთი ფიტობეზოარის შემთხვევა ქონია ტროპიკულ ინსტიტუტში, რომლის დიაგნოზიც აგრეთვე რენტგენით იყო დადასტურებული.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: პროფ. გ. მუხაძე, ა. უღენტი, გ. დიდებულიძე.

არსებითად: ე. ფიფია, ი. დემურია, ი. ლორთქიფანიძე, მედ. დოქტორი მ. კალანდარიანი, პროფ. გ. მუხაძე.

პროფ. გ. მუხაძე: მე შემიძლიან დავემატო ქ. თელავის დოსტაქრის ექ. დანილევის *Phytobezoar*-ის შემთხვევა. ავადმყოფი ხ—ვილი 18 წლის, ქართველი, სოფ. ძველი გავაზის მცხოვრები. ავად არის 2 თვე: პირს აზიდებს, ხან აღებინებს და აქვს ტვივილი კუჭის არეში. ხელის გასინჯვით ისინჯება მუცლის ღრუს ზედა ნაწილში მავარი მოძრავი ბატის კვერცხის ოდენა სიმსივნე. წინასწარი დიაგნოზი კუჭის კედლის სიმსივნე ან მოძრავი ელენთა.

16/XII. 1929 წ. ოპერაცია. ამოღებული იქნა ფხვიერი ორი ქვა, მოშავო-მომწვანო ფერისა. ეტყობა იყო ერთი, რომელიც ოპერაციის დროს გატყდა. ქვა—*Phytobezoar*-ის შესდგება მცენარის ბოჭკოებისგან. წონა 298 გრამი. ზომა: სიგრძე—21 სანტ., გარშემოწერილობა 15—18 სანტ. ავად. ოპერაციის შედეგ განიკურნა. სამწუხაროდ თვითონ ექ. დანილევი ვერ ჩამოვიდა და გამომიგზავნა მე ავადმყოფობის ისტორია და *Phytobezoar*-ის ფოტოგრაფიული სურათი.

ჩემთვის გამოურკვეველია, შეიძლება თუ არა ექიმ კანდელაკის პირველ შემთხვევაში, სადაც სიმსივნე—ქვა განვითარდა სწრაფად ხურმის ჭამის შესდეგ, *Phytobezoar*-ი უწოდოთ. აქ არის მხოლოდ ხურმის კურკების გაჩერება კუჭში ისე, როგორც რუსეთში ხშირად, როგორც გარეშე სხეული ჩაიჭედება ხოლმე კლინიკში და სწორ ნაწლავში ან მესუსმზირის, ან სახამორთოს თესლი ან კურკა.

მომხსენებელი უპასუხებს მოკამათებს.

უკანასკნელ სიტყვაში თავმჯდომარე პროფ. ალადაშვილი აღნიშნავს, რომ უკვე, როგორც გამოირკვა, საქართველოში აღნიშნულია ფიტობებოარის 8 შემთხვევა, რასაც უეჭველად პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ჩვენთვის.

საინტერესო მოხსენებისათვის მადლობას უცხადებს მომხსენებელს.

დ. იოსელიანი. მუხლის სახსრის ინერვაციის საკითხისათვის.

მომხსენებელი აღნიშნავს რა უპირატესობას ანატომო-ფიზიოლოგიური კვლევა-ძიების და კლინიკური დაკვირვებების პარალელობისა, სთვლის აზროვნების ასეთი მიმართულების შედეგებად მრავალ ახალ ფაქტების აღმოჩენას და ძველად ცნობილ ფაქტების გაშუქებას ახალი თვალსაზრისით.

აღნიშნავს, რომ უკანასკნელ ათწლეულში ხდება გადასინჯვა სხეულის ყველა ნაწილების, ტიპების ანატომიის თვალსაზრისით; ასეთივე მიდგომით იგი აღწერს მუხლის სახსრის ინერვაციას; ამ საკითხის შესასწავლად ნახმარი იყო, ისე როგორც ეს მიღებულია სამხ. საექ. აკად. ოპერატ. ქირურგიის კათედრასთან, 5% ძმრის მევა.

მომხსენებელი მოკლედ შეგება მუხლის სახსრის ინერვაციის საკითხის ისტორიას და შემდეგ გადადის საკუთარ დაკვირვებებზე, რომელთა წარმოების დროს მთავარი ყურადღება მიქცეული იყო შემდეგ 3 საკითხზე: 1) რამდენად მუდმივია მუხლის სახსრისათვის გრძელი ნერვული შტოების არსებობა, 2) n. obturat. მონაწილეობა მუხლის სახსრის ინერვაციაში და 3) ამ ნერვების განაწილება სახსრის არეში.

ამ სამი საკითხის გაშუქებით მომხსენებელი მივიდა შემდეგ დასკვნამდე:

1. მუხლის სახსრის ინერვაციაში იღებენ მონაწილეობას ნერვები, რომელნიც იწყებიან წელის და გავის სეგმენტებიდან.

2. არსებობს პრიმიტიული, ემბრიონალური ანუ გაფანტული ტიპი ნერვის შენებისა; მის საწინააღმდეგო სახეს წარმოადგენს პროგრესიული ევოლიუციონურად წინ წასული, კომპაქტური ტიპი.

3. მუხლის სახსრის დასაწერვინებლად n. femoralis-ს გამოეყოფა გრძელი ტოტები, რომელნიც გაივლიან ფრთისებრი კუნთების სისქეში,

4. ეს ნერვული ელემენტები მიემართებიან სახსრებისაკენ სისხლის ძარღვების და კუნთების ნერვულ ბოჭკოებთან ერთად.

5. n. obturatorius შედარებით ხშირად იღებს მონაწილეობას მუხლის სახსრის უკანა ზედაპირის შიგნითა ნაწილის დანერვინებაში.

6. ნერვის შენების გაფანტული ტიპის დროს მუხლის სახსრის გარშემოწერილობის დიდი ნაწილი ნერვინდება n. femoralis და n. obturatorius-ის საშუალებით; ასეთ შემთხვევაში n. ischiadicus იძლევა სახსრისათვის ნაკლებ ნერვულ შტოებს, განსაკუთრებით კი ტიბიალური ნაწილიდან.

7. ნერვის შენების პროგრესიული ტიპის დროს, სახსრის მთელი უკანა ზედაპირი დაინერვება n. ischiadicus-ის ბოჭკოების საშუალებით; ამ შემთხვევაში n. obturatorius არ იძლევა შტოებს მუხლის სახსრისაკენ, n. femoralis-ის გრძელი ტოტები ნაკლებ რიცხოვანია.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: პროფ. გ. მუხაძე, პროფ. ა. ნათიშვილი, პრ.-დოც. ვ. ცეცხლაძე, ლ. უვანია, გ. რატიშვილი.

არსებითად პროფ. ა. ნათიშვილი, პრ.-დოც. ვ. ცეცხლაძე.

დასასრულ თავმჯდომარე პროფ. ა. ალადაშვილი აღნიშნავს იმ მნიშვნელოვან მომენტებს, რომელთაც მომხსენებელი თავის ფრიალ საინტერესო მოხსენებაში შეეხო და რამაც გამოიწვია გაცხრივებული კამათი. აღნიშნავს მომხსენებლის სერიოზულ მიდგომას საკითხისადმი ახალი თვალსაზრისით, რომელიც დღესდღეობით წამოყენებულია პროფ. შევკუნენკოს სკოლის მიერ. მადლობას უცხადებს მომხსენებელს მშვენიერად დასაბუთებული მოხსენებისათვის.

მეოცე სხდომა.

1930 წ. 6 თებერვალს, დაესწრა 25 სტუმარი და 79 წევრი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ვლ. ულენტი.

კ. შიშხიშხიძე. პროფესიული ტრავმატიზმი ჭიათურის და ტყიბულის სამთომადნო მრეწველობაში.

წარსული წლის ზაფხულის თვეებში ჯ. ს. კ. სამკურნალო განყოფილების მიერ ჭიათურასა და ტყიბულში გაგზავნილი იყო ტრავმატოლოგიური რაზმი აღნიშნულ რაიონების მუშათა ტრავმატიზმის შესასწავლად. პროფ. გ. მ. უხაძის ხელმძღვანელობით შემუშავებული იქნა რაზმის მუშაობის წინასწარი სავარაუდო გეგმა, რომლის თანახმად ჩვენ განზრახული გვქონდა აღნიშნული რაიონის მუშათა ე. წ. მწვავე ტრავმატიზმის სტატისტიკის და დინამიკის გამოკვლევა და უბედური შემთხვევების გამომწვევი მიზეზების, მისი შედეგების, დაზიანებათა სახეების, ლოკალიზაციის და ტრავმატიკთა პირველი დაზიანებების საკითხის შესწავლა.

შეკრებილი და დამუშავებული მასალების მიხედვით გამოირკვა შემდეგი:

1. ჭიათურის და ტყიბულის სამთომადნო მრეწველობის მუშათა ტრავმატიზმის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს წარმოადგენს აღნიშნულ მრეწველობაში ნაკლებად კვალიფიციური მუშების გარავლება და მათი მუშაობის სეზონური ხასიათი.
2. უბედური შემთხვევების გამომწვევი უშუალო მიზეზებიდან, როგორც ტყიბულში, ისე ჭიათურაში, პირველი ადგილი რაოდენობის მხრივ დაჯახებას და მადნის ანატეხების დაცემას უჭირავს (ტყიბულში—44,7%, ჭიათურაში—51,6%).
3. ტრავმატიკულ დაზიანებათა მაქსიმუმი მოდის მზიდავ და მადნის ამოღებ მუშებზე. (ტყიბულში 54,2%, ჭიათურაში—58,2%).
4. წლოვანობის მიხედვით უბ. შემთხვევების მაქსიმუმი მოდის 20—30 წლის პასაკზე. (ტყიბულში—45%, ჭიათურაში—51,9%).
5. ლოკალიზაციის მიხედვით დაზიანებათა უმრავლესობა ხვდება კიდურებს (ტყიბულში—38,9%, ჭიათურაში—29,4%) ხოლო კიდურებიდან უფრო ხშირია ზედაკიდურების დაზიანება (ტყიბულში—39,1%, ჭიათურაში—42,0%)—ხოლო ქვედა კიდურებზე ტყიბულში—25,1 $\frac{1}{2}$, ჭიათურაში—35,2%. მეორე ადგილი უჭირავს თავის და პირისახის დაზიანებას (ტყიბულში—24,4%, ჭიათურაში—15,1%).
6. დაზიანებათა ხასიათის მიხედვით აბსოლუტურ უმრავლესობას მსუბუქი დაზიანებანი შეადგენენ (ტყიბულში 93,2%, ჭიათურაში—91,3%). მსუბუქი დაზიანებიდან უმრავლესობას ზერელე ჭრილობები და რბილ ქსოვილების დაჟეირობანი შეადგენენ, ხოლო მძიმე დაზიანებანი ძვლები მოტეხილობის სახით უმნიშვნელო პროცენტს შეადგენს (ტყიბულში—1%, ჭიათურაში—2,3%).

მთელი სტატისტიკური მასალა დამუშავებულია 1927, 1928 და 1929 წ. პირველი ნახევრის განმავლობაში მომხდარი უბედურ შემთხვევების მიხედვით.

გ. შიშხიშხიძე. პროფესიონალური ტრავმატიზმი რიონჰესის სამუშაოებზე.

რიონჰესის აშენებაზე ამჟამად მუშაობს 3.500 კაცი.

ჯანსაზღვრება და ცენტრალურმა კლინიკურმა ინსტიტუტმა გაგზავნა იქ სპეციალური საექიმო რაზმი პროფტრავმატიზმის შესწავლის მიზნით. საექიმო კომისიას თან ახლდა ინჟინერი ტექნიკური ინსპექტორი, რომელიც კონსულტაციას უწევდა რაზმს უსაფრთხოების წესების დაცვის და დეფექტების სფეროში. რაზმის მიერ აღნიშნულ იქნა მრავალი დეფექტი, როგორც მუშათა ყოფითი, ისე მუშაობითი პირობების სფეროში. ანტისანიტარული მდგომარეობა მუშათა საცხოვრებელ ბარაკებისა, წყალსადენის უქონლობა და სასადილოების ანტიჰიგიენური მდგომარეობა. დეფექტები აღნიშნული იქნა აგრეთვე ტექნიკური უსაფრთხოების დარგში. არ

არის საკმარისი აგრეთვე საექიმო დახმარების საქმე რიონჭესის სამუშაოებზე. იქ ნხოლოდ 2 საექიმო პუნქტია, რაც, რასაკვირველია, საკმარისი არ არის. ისინიც ცუდი მოწყობილნი არიან.

რაზმის მიერ შესწავლილი იქნა დამზღვევ სალაროს მასალა რიონჭესის სამუშაოებზე ტრავმატიზმის შემთხვევებისა და 1 წლის განმავლობაში აღნიშნულ იქნა 462 უბედური შემთხვევა—ბევრი მათგანი მიიმეტ. ყველა ეს შემთხვევები დეტალურად იქმნენ შესწავლილნი. როგორც ეტიოლოგიის, ისე შედეგების მიხედვით დამუშავებული იქნა სათანადო ცხრილებიც—თევების, კვირის დღეების, საათების და პროფესიის მიხედვით. ამის გარდა რაზმის მიერ იქმნა შემჩნეული ზოგიერთი პროფესიონალური ტრავმატიული დაავადებანი, როგორიც არიან,—**მზურღავებს შორის Keratitis traumatica და Conjunctivitis irritativa.**

ბეტონზე მომუშავე მუშათა შორის *Combustiones pedis.*

აქ მოყვანილი იქმნა ტრავმატიზმის კოფეციენტი ყოველ პროფესიაზე და გამომანგარიშებული ხარალი, გამოწვეული პროფტრავმატიზმის მიერ.

ამის გარდა რაზმის მიერ ჩატარებული იქმნა პატარა გამოკვლევა დაქანცვის შესახებ გვირაბში მომუშავე მუშათა შორის. სწარმოებდა სისხლის წვეწის, მგრძობებლობის, დინამომეტრიის, და სუნთქვის ცვლილებების შესწავლა, მუშაობის დაწყებიდან შუა მუშაობისას და მუშაობის დამთავრების დროს.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: დოც. ა. წულუკიძე, კ. ცომაია, გ. მჟავანაძე, ნ. ანდრაიძე, შ. კვიციანიძე.

არსებითად; დოც. ა. წულუკიძე, პროფ. გ. მუხაძე, გ. მჟავანაძე. მოკამათებებს უპასუხებს კ. ვეფხვაძე.

საბოლოო სიტყვაში თავმჯდომარემ, პროფ. ვ. ჟღენტმა, აღნიშნა ის მნიშვნელობა, რომელიც უნდა მიეცეს ამ საკითხზე წამოყენებულ ორ მოხსენებას, როგორც პირველად წარმოდგენილ ჩვენს საზოგადოებაში. დღევანდელი მაშინიზაციისა და ცხოვრების ახლად გარდაქმნის ხანაში ამ საკითხის დამუშავებას უეჭველად უნდა ფართო ასპარეზი მიეცეს და მომხსენებლებს მომავალში უნდა მოჰყენენ კიდევ სხვა მრავალი ახალი მოხსენებები სხვა და სხვა დარგში ამ მხრივ გაშუქებული. ფრიად საინტერესო მოხსენებისათვის თავმჯდომარე მადლობას უტბადებს მომხსენებელთ.

ლ. ფირცხალაშვილი. ცვლილება სისხლის შრატის ალბუმინების და გლობულინების რაოდენობითი ურთიერთობისა და ლიპოიდებისა Lues-ის სხვა და სხვა სტადიაში.

მუშაობის მიზანი მდგომარეობს შემდეგში:

1) ამოვიცნოთ რაოდენობითი შემადგენლობა ალბუმინების, გლობულინების და ლიპოიდების, ლუესით ავადმყოფების სხვა და სხვა სტადიაში ექიმობის დაწყების და 1—2 კურსის დამთავრების შემდეგ (კლინიკურ სტაც. ავადმყოფებზე).

2) ამოცნობა Hydr. bens. oxyd., Bism. Salicyl. Bijoch. და სხვ. მოქმედებისა ლუეტურ შრატის ცვლილებების შემადგენლობაზე.

3) ცვლილებების მეოხებით შეფარდება სეროლოგიურ და დალექით რეაქციების შედეგებისა RW—K₁h-ი.

4) იმავე შრატის სეროლოგიური რეაქციების ფლოკულიატების შესწავლა ცხოველებზე Lues reagin-ის ამოსაცნობად.

გამოკვლევის შედეგები ლუესით კლინიკური ავადმყოფების შრატის, შემდეგია:

I, II და III სტადიის რაოდენობით შედეგებთან (Albumin, Globulin et Lipoid). შრატის გამოკვლევა ნაწარმოებია ავადმყოფების ექიმობის დაწყების წინ.

პირველი სერია ავადმყოფებისა. დიაგნოზი: *Ulcus durum (spir. (+)).*

რიცხვი 16

| | Albumin | Globulin | Lipoid | RW | R.Kahn |
|-------------|---------|----------|----------|------|--------|
| სერია I | | | | | |
| საერთო რიც. | 59,34 | 62,88 | 3066 mg% | 42 | 55 |
| შუა რიცხვი | 3,70 | 3,90 | 161 mg% | 2,06 | 3,04 |

სერია II Lues II recens. recid.

რიცხვი 14

| | | | | | |
|-------------|-------|-------|------|------|-----|
| საერთო რიც. | 45,64 | 62,41 | 3027 | 45 | 56 |
| შუა რიცხვი | 3,18 | 4,45 | 216 | 3,02 | 4,0 |

სერია III Lues III gummosa.

რიცხვი 10

| | | | | | |
|-------------|-------|-------|------|------|------|
| საერთო რიც. | 37,29 | 44,56 | 1801 | 33 | 38 |
| შუა რიცხვი | 3,72 | 4,45 | 180 | 3,03 | 3,08 |

შეკითხვით და არსებითად მოხსენების ირგვლივ გამოვიდა გ. დიდუბულიძე. საბოლოო სიტყვაში თავმჯდომარემ პროფ. ვ. ჟღენტმა აღნიშნა იმ წინასწარი მუშაობის შედეგი, რომელიც გამოაქვეყნა მომხსენებელმა და რაც არის მხოლოდ დიდი მუშაობის დასაწყისი, რასაც მომხსენებელი დამთავრებისას მომავალში სავსებით მოგვაწვდის. მაგრამ ის მიღებული შედეგები ნათელს ყოფენ, რომ მომხსენებელს მინც გაუტარებია საკმაოდ მნიშვნელოვანი მუშაობა. მომხსენებელს თავმჯდომარე საზოგადოების სახელით მადლობას უცხადებს.

დოც. ა. წულუკიძე. შარდსაწვეთების კენჭების დიაგნოსტიკა და მისი თერაპიის საკითხისათვის.

დებულებები: 1. შარდსაწვეთების კენჭოვანი დაავადება თითქმის თანაბარია თირკმელბის ასეთივე დაავადებასთან; 2. საეჭვო დაავადების დროს რენტგენის სურათი უნდა იყოს გადაღებული ორივე თირკმელის შარდსაწვეთების ბუშტამდე; 3. ამ შემთხვევაში უნდა მიემართოს სპეციალურ უროლოგიურ გამოკვლევებს; 4. შარდსაწვეთების კენჭების გამოყოფა ხდება თავის თავად დიდ უმეტეს შემთხვევაში; 5. გარკვეულ შემთხვევებში ენდოვანიკალური ოპერაციული დახმარება კარგ შედეგებს იძლევა; 6. ოპერაციული დახმარება (სისხლოვანი) უფრო აქტიურია შარდსაწვეთების კენჭების დროს, ვიდრე თირკმელებისა; 7. ოპერაციულ (სისხლოვან) ჩარევას უნდა მიემართოს მაშინ, როდესაც არსებობს კონტრინდიკაცია ენდოვანიკალური დახმარებისა; 8. შეძლებისდაგვარად ასეთი ჩარევა უნდა იყოს ექსტრაპერიტონეალური.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: ე. თოღაძე, პროფ. ვ. ცეცხლაძე, გ. კვიციანი; არსებითად—ე. თოღაძე, პროფ. გ. მუხაძე, პროფ. ვ. ჟღენტი.

საპასუხო სიტყვით უკანასკნელად მიმართავს მომხსენებელი მოკამათებს.

საბოლოო სიტყვაში თავმჯდომარე პროფ. ვ. ჟღენტი აღნიშნავს იმ მნიშვნელოვან მომენტებს, რომელიც მომხსენებელმა გაატარა თავისი დებულებებით, მასთანვე წარმოდგენილი მასალა ფრიად საინტერესოა, რის გამოც მომხსენებელს მადლობას უცხადებს.



მე 21 სხდომა

13 თებერვალს 1930 წ. დაესწრო 82 წევრი და 71 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ა. ალადაშვილი.

პროფ. გ. მუხამძე. ტრავმატიზმი, ტრავმატოლოგია და პროფილაქტიური განხრა.

მომხსენებელი აღნიშნავს რომ ტრავმატიზმის საკითხის შესწავლას აქვს დიდი კავშირი და მნიშვნელობა პროფილაქტიური მედიცინისათვის. ტრავმატიზმის სტატისტიკა როგორც საბჭოთა კავშირში საერთოდ, ისე კერძოდ ჩვენში, სათანადო დონეზე არარის დაყენებული და საჭიროა ამას მიექცეს ყურადღება. პროფესიონალურ ტრავმატიზმთან ერთად საჭიროა შევისწავლოთ ქალაქის ე. წ. ქუჩის ყოფა-ცხოვრების და სხვა სახეების ტრავმატიზმი. ტრავმატოლოგია, თუმცა ქირურგიის დარგია, მაგრამ მას აქვს საკუთარი განხრა და თავისებურება და ამიტომ საჭიროა სათანადო ინსტიტუტის ან განყოფილების მოწყობა, რადგანაც წესიერად და დროზე აღმოჩენილ დაზარებულზე დამოკიდებულია ტრავმის და მკურალობის საბოლოო შედეგი.

ამ ჟამად ჩვენ ვაწარმოებთ მხოლოდ წინასწარს და შავ მუშაობას ხსენებული საკითხების დარგში. საჭიროა მეტი ყურადღებით მოვეპყრათ ამ საკითხებს და არსებული მასალების შესწავლის საშუალებით გამოვარკვიოთ ზოგიერთი საკითხები ტრავმატიზმთან დაკავშირებული.

ნ. ზინზინაძე. თავისა და კიდურების დაზიანებანი ჰოსპიტალური ქირურგიულ კლინიკის 10 წლის მიხედვით.

მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის ტრავმას—ტრავმატიზმოლოგია, ჩვენს თანამედროვე ხანაში უკვე სოციალური მეცნიერების ხასიათს ღებულობს, ვინაიდან თითქმის ყველანაირ საზოგადოებრივ და პროფესიონალურ დაჯგუფებას აქვს განსაკუთრებული ხელის შემწყობი პირობები ტრავმის წარმოსაშობად.

1) სამრეწველო—პროფესიონალური ტრავმატიზმი შეისწავლის დაზიანებათა ეტიოლოგია—პათოგენეზს,—დინამიკას და შედეგებს მუშათა ფართო მასებს შორის.

2) სასოფლო—სამეურნეო (გლეხური) ტრავმატიზმი, დაზიანებას, გამოწვეულს მეურნეობაში არსებული სხვადასხვა მომენტების ზეგავლენით.

3) სპორტის მიერ გამოწვეული ტრავმატიზმი, შეისწავლის ტრავმას—მოვარჯიშეთა და ფიზკულტუროსანთა შორის.

4) უპირველესად დიდი რიცხვი ტრავმათა შედის ე. წ. „ყოფიერ ტრავმატიზმის“ ფარგლებში. ამ კატეგორიის ტრავმათა მიზეზების გამორკვევა და აღნუსხვა თითქმის შეუძლებელი ხდება ყოფა—ცხოვრებითი პირობის სირთულის და მრავალ სახიანობის გამო.

5. განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს ე. წ. „ქუჩის ტრავმატიზმი“; თანამედროვე ქალაქის პირობებში სადაც მოძრაობის სირთულე, სამოძრაო საშუალებათა დიდი რიცხვის გამო, უმაღლეს წერტილს აღწევს—უამრავი რიცხვი ტრავმატიკებისა ეკუთვნის ქუჩაში დაზიანებულთა რიცხვს. მიუხედავად იმისა, რომ „ქუჩის ტრავმატიზმის“ საწინააღმდეგოდ მრავალ რიცხვან ზომებს მიმართავენ, მაინც დაზიანებულთა რიცხვი თითქმის არ კლებულობს და მოითხოვს მისდამი სერიოზული ყურადღების მიპყრობას.

თუმც უამრავია ტრავმატიკთა რიცხვი მშვიდობიანობის დროს ზემოდ მოხსენებულ პირობებში, მაგრამ განსაკუთრებულ და სახარელ რიცხვს ადამიანთა დაზიანებანი აღწევენ ომიანობის დროს, სადაც ერთი—მეორეს დაზიანება ხდება უკვე როგორც წინასწარ მოფიქრებული, მიზნობრივი მოქმედება. დაზიანებათა სიმრავლის გამო რუსეთის ცნობილმა მეცნიერმა—დოსტაქარმა პიროვნებამ ომს „ტრავმატიული ეპიდემია“ უწოდა. რა მიზანი აქვს ტრავმატიზმის შესწავლას? გარდა კვალიფიციურ—სამკურნალო დაზარებებისა, რომელიც უნდა მიეწოდოს ყოველ ტრავმატიკს—ტრავმატიზმის სტატიკის, დინამიკის, ეტიოლოგიის და პათოგენეზის შესწავლა გვიადვილებს მის საწინააღმდეგოდ ბრძოლას და გვაძლევს საშუალებას, როგორც ამბობს პროფ. ოპელი, პროფილაქტიურ ღონისძიებების მიღებით ვებრძოლოთ მას, როგორც საზოგადოებრივ უბედურებას.

იმ მოხსენების შემდეგ, რომლებიც ეხებოდნენ პროფესიონალურ ტრავმატიზმს ჭიათურის და ტყიბულის მაღაროებში და რიონჰესის სამუშაოებზე, მომხსენებელი არჩევს ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის მასალას ტრავმატიზმის სფეროში და დაწვრილებით ეხება თავის ქალას და კიდურების დაზიანებებს.

კერძოდ თავის ქალას დაზიანებათა რიცხვი 465 შემთხვევას შეადგენს. უმეტესობა მათგანი მოდის „ქუჩის“ და „ყოფით ტრავმატიზმზე“. სამრეწველო—პროფესიონალური ხასიათის დაზიანებანი უმნიშვნელოა % შეადგენენ თავის დაზიანებათა შორის; პირიქით, კიდურების დაზიანებათა დიდი % სწორედ ამ სახის ტრავმატიზმს ეკუთვნის. მომხსენებელს ცალკე აქვს გამოყოფილი ტრავმატიზმის შემდეგი სახეები: გარდა მოხსენებულისა, „სასოფლო—სამეურნეო“, სამხედრო (ომიანობის დროს) სპორტიულ, სტიქიური უბედურობით გამოწვეული, ცხოველების მიერ მიყენებული დაზიანებანი, ტყვიით მიყენებული განზრახ და თვითმკვლელობის მიზნით, ქირურგიული და ფსიქიური ტრავმატიზმი.

შემდეგ მომხსენებელი ანაწილებს ყველა დაზიანებებს დიაგნოზების მიხედვით და თითოეული სახის დაზიანებას არჩევს ტრავმატოლოგიური მიდგომით.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: პრ.-დოც. მ. მგალობელი, გ. მათიაშვილი, კ. ვეფხვაძე, მ. ცხაკაია, ე. ფიფია, გ. მუავანაძე.

ნ. ნემსიწვერიძე. მუცლის ღრუს ტრავმატიული დაზიანებანი ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის 10 წლის მასალის მიხედვით (1919—1929 წ.).

ავტორი მოკლედ ეხება მუცლის ღრუს ტრავმატიული დაზიანების საერთო მიმოხილვას და შემდეგ გადადის ჰოსპ. ქირ. კლინიკის 10 წლის მასალაზე. აღნიშნავს, რომ მუცლის ღრუს ტრავმატიული დაზიანებანი შედარებით კიდურების და თავის დაზიანებასთან შეადგენს ნაკლებ %.

მოყავს რიცხვები: კიდურების ტრავმატიულ დაზიანებანი=1400
თავის მიდამოს დაზიანებანი=460
მუცლის ღრუს დაზიანებანი=230

ამ რიგად 10 წლის განმავლობაში გატარებულია მუცლის ღრუს ტრავმატიულ დაზიანებათა 230 შემთხვევა.

| | | |
|---------------------|-----------------|---------------------|
| აქედან მამაკაც: 194 | მიღებული არიან: | გაზაფხულზე—71 |
| დედაკაცი: 36 | 1919—34 | ზაფხულზე—60 |
| წლოვანება: 10—20=54 | 1920—18 | შემოდგომა—55 |
| 20—30=100 | 1921—21 | ზამთარი—44 |
| 30—40=44 | 1922—16 | |
| 40—50=23 | 1923—27 | დღისით მოყვანილი 53 |
| 50—60=4 | 1924—23 | ღამით „ 119 |
| 60—70=5 | 1925—21 | |
| პროფესია: მუშა—49 | 1926—17 | მთვრალი—55 |
| მიწის მუშა—28 | 1927—21 | ფხიზელი—179 |
| მოსამსახურე—23 | 1928—11 | |
| დიასახლისი—30 | 1929—15 | |
| ხელოსანი—20 | | |
| ვაჭარი—14 | | |
| მოწაფე—16 | | |

დიაგნოზის მხრივ ავადმყოფთა დანაწილება მოყავს შემდეგნაირად:

1. Contusio abdominis et ruptura intestini subcutan.—18.
2. Vulnus punctum abdominis—30.
3. Vulnus caesum abdominis—85.
4. Vulnus sclopet. abdominis—96.
5. Vulnus morsum—1.

აღნიშნავს რომ ეს ტრავმატიული დაზიანებანი მიყენებულია შემდეგ პირობებში;

- 1. ყოფა-ცხოვრება—14
- 2. ქუჩის—11
- 3. სამრეწველო—4
- 4. პროფესიონალური—2
- 5. სასოფლო-სამეურნეო—7
- 6. სამხედრო—10
- 7. ცხოველებით—6
- 8. განზრახ მიყენებული—147
- 9. თვითმკვლელობა—30

ყველა ამ ავადმყოფებიდან 80 მოყვანილია უკვე პერიტონიტის ნიშნებით ძლიერ მძიმე მდგომარეობაში და მრავლობითი ნაწლავთა დაზიანებით.

ღვიძლის გახეთქას ადგილი ჰქონდა 4 შემთხვევაში.

ელენთის " " " 6 შემთხვევაში.

ბადექონი დაჭრილი და გამოვარდნილი იყო ჭრილობიდან 39 შემთხვევაში.

დანარჩენი ავადმყოფები: მძიმე მდგომარეობაში 90.

გაკეთდა ყველა შემთხვევაში ლაპარატომია.

60 მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო, რის გამოც ოპერაცია არ გაკეთებულა და ავადმყოფები ამბულატორიული დახმარების შემდეგ კონსერვატულ მკურნალობით განიკურნენ. გარდაიცვალა სულ 70 ავადმყოფი ყველანი დიფუზურ პერიტონიტით, მწვავე ანთებით, შოკით, მუცლის ღრუში განავლის ჩაქცევით. დახმარება აღმოჩენილი ჰქონდა მოყვანის პირველ საათებში.

შვკითხვებით გამოვიდნენ: გ. მათიაშვილი, პრ.-დოც. ვ. ცეცხლაძე, გ. მუჟაფანძე.

არსებითად ყველა მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ: ე. თოღაძე, კ. ვეფხვაძე, გ. მუჟაფანძე, მ. ცხაკაია, გ. მათიაშვილი, დ. იოსელიანი, ე. ჭუმბურიძე.

საბოლოო სიტყვაში თავმჯდომარემ აღნიშნა მოხსენების მნიშვნელობა და კრებას მისცა წინადადება, რათა ტრავმატულ დაზიანებათა შესახებ წარმოებულ იქნას 1) სისტემატიური აღრიცხვა, 2) სათანადო დახმარება, 3) ამისათვის საავადმყოფოების სათანადო მოწყობა, და 4) რაიმე ცენტრის შექმნა, სადაც გადამუშავდება ყოველივე მასალა.

საადმინისტრაციო ნაწილში განცხადებების მიხედვით არჩეული იყო საზოგადოების წევრად: ექ. ალექსანდრე ზუშბულიძე.



მე-22 სხდომა

27 თებერვალს 1930 წ. დაესწრო 56 წევრი და 23 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი.

დოც. ბ. ლოლობერიძე. საკვრცხის კისტომა და ორსულობა.

ავტორს მოჰყავს ათი შემთხვევა ოვარიოტომიისა ორსულობის დროს. (ერთში ოპერაცია გაკეთებულია მშობიარობის შემდეგ). სიკვდილობა 0. მუცელი მოეშალა 2 შემთხვევაში თავისთავად ოპერაციის შემდეგ.

ავტორი მიდის შემდეგ დასკვნამდე.

1) ორსულობის დროს ამოცნობილი კისტომა აუცილებლად უნდა მოშორებულ იქნას ოპერაციით; გამონაკლისი შესაძლებელია დაშვებულ იქნეს მხოლოდ ორსულობის მე-VII—VIII თვეზე, როცა ოპერაციით მოცდა შესაძლებელია ცოცხალი ბავშვის მისაღებად.

2) ოპერაციული გზა უმჯობესია მუცლის მხრიდან, როგორც უფრო ნაზი.

3) ოპერაცია შეძლებისდაგვარად ფრთხილად უნდა იქნეს გატარებული, რათა საშვილო-სნოს ტრავმა ნაკლები იყოს და ამით მუცლის მოშლის შესაძლებლობა შემცირდეს.

კორესპონდენციები.

4) ოპერაციის შემდეგ მუცლის მოშლის მიზეზი ერთი არ უნდა იყოს, არამედ დამოკიდებულია სხვადასხვა მიზეზებზე, რომელთა შორის პირველი ადგილი უჭირავს მექანიკურ ტრავმას. მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს აგრეთვე art. ovariaca-ს გადასვენას, ჰორმონალური კორეკციის მოშლას და სხვა.

შეკითხვებში მონაწილეობა მიიღეს პრ.-დოც. მ. მგალობელმა, გ. მრევლიშვილმა.

დოც. ბ. ლომოზაძე: მომყოლის წინამდებარობა ჩვენი მასალის მიხედვით*).

მოხსენების შესახებ შეკითხვით და არსებითად გამოვიდა პროფ. ი. თიანაძე, რომელსაც მომხსენებელმა პასუხი გასცა.

ბ. შლენტი. ანკილოსტომიაზის წინააღმდეგ მებრძოლი ექსპედიციის მუშაობა სამეგრელოში, გურიაში და იმერეთში 1929 წლის ზაფხულის თვეებში.

საქართველოს ჯანმრთელობის კომისარიატის სამკურნალო ქვე-განყოფილების წინადადებით და ტროპიკული ინსტიტუტის ხელმძღვანელობით გაიგზავნა ექსპედიცია ანკილოსტომიაზის შესასწავლად დასავლეთ საქართველოში.

სენაკის მაზრაში—ექსპედიციამ მუშაობა აწარმოვა 15 სოფელში. გასინჯა სულ 1528 კაცი. მათ შორის ანკილოსტომიაზით დაავადებული აღმოჩნდა: დედაკაცი—426, მამაკაცი—408.

იყო სოფლები, სადაც დაავადებულთა რაოდენობა აღწევდა 76,8%-ს. ყველაზე ნაკლებ დაავადებულ სოფელში მაინც 14,7% იყო.

საშუალო დაავადება უდრის—55,35%-ს.

გურიაში—მუშაობა ვაწარმოეთ ათ სოფელში. გასინჯა სულ 1416 კაცი; მათში—ანკილოსტომიაზით დაავადებული აღმოჩნდა: დედაკაცი—344, მამაკაცი—587, საშუალო დაავადება უდრის—41,51%-ს.

დაავადებულ სოფელთა შორის მაქსიმუმი %—სა უდრის 50%, მინიმუმი—კი—24,6%-ს.

წყალტუბოს რაიონში—ემუშაობდით 7 სოფელში, გამოვიკვლიეთ—1076 კაცი, მათ შორის დაავადებულთა: დედაკაცი—498, მამაკაცი—402.

საშუალო დაავადების %—ტი აღწევს 83,8%.

მაქსიმალურად დაავადებულ სოფელში—%—ტი აღწევს 90, მინიმალურად დაავადებულ სოფელში—კი—83,6%.

ამ რიგად ექსპედიციამ სამივე მაზრაში—32 სოფელში—გასინჯა სულ 4020 კაცი, მათ შორის დაავადებულთა: დედაკაცი—1263, მამაკაცი—1053, სულ დაავადებულთა—2321.

დაავადებულთა ექსპედიცია აწვდიდა თიმოლს, აძლევდა ახსნა-განმარტებას ამ სნეულების შესახებ.

გარდა ამისა ჩვენ გამოვიკვლიეთ—ჰემოგლობინზე 351 კაცი აუზრჩევლად, მათ შორის მინიმუმი აღწევს 11%-ს, მაქსიმუმი—80%-ს.

ანკილოსტომიაზით დაავადებულ სოფლებში გავრცელებულია მიწის ჭამა. მუშაობის პროცესში აღრიცხვავს აგვყავდა აგრეთვე პელაგრიტ დაავადებულნი, სულ—183 კაცი, მათ შორის მამაკაცი—42, დედაკაცი—161. ქონების მიხედვით—ულარბებს ოჯახიდან—171, საშუალოდან—11 და მდიდარიდან—1. ზოგი მათგანი უკვე 15 წელი ავად არის, უმეტესობა—კი 2—3 წლის ავადმყოფები არიან.

ამგვარად ანკილოსტომიაზი გავრცელებულია მთელ სამეგრელოში, გურიაში და წყალტუბოს რაიონში.

გავრცელებას ხელს უწყობს ბუნებრივი ფაქტორები, ჰავა, ნიადაგი, ადგილობრივ მცხოვრებთა ზნე-ჩვეულება, მიწის ჭამა, ფეხშიშველა სიარული, არა კეთილ ხარისხოვანი სასმელი წყალი, მოუწყობელი ფეხის ადგილები, რომელიც იწვევს პარაზიტების დისემინაციას.

ანკილოსტომიაზის კლინიკის გამოხატულობას ამძიმებს ეკონომიური პირობები, ცუდი კვება და სხვა...

*) იბეჭდება „თანამედროვე მედიცინაში“.



ავტორის აზრით—ანკილოსტომიაზის წინააღმდეგ საბრძოლველად საჭიროა:

1. ფართო პროპაგანდა: ზეპირი მოხსენებები, ბლაკატები, პოპულარული ბროშურები და სხვა.
2. საექიმო პუნქტების რადიუსის შემცირება, მოსახლეობასთან დაახლოვების მიზნით, მათი სპეციალური მოწყობა მიკროსკოპებით, ლაბორატორიული ნივთებით და სხვა, და საექიმო პერსონალის სათანადო გადამზადება.
3. ენერგიული დეჰლმინტიზაციის ვატარება.
4. „თიშოლის“—სათანადო ოდენობის შექმნა და უფასოდ დარიგება მოსახლეობისათვის.
5. ამ დარგში მუშაობას საჭიროა ხელმძღვანელობდეს სათანადო მეცნიერული ორგანიზაცია.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: გ. დიდებულიძე, თ. მამალაძე, კანდელაკი, პროფ. ა. ალადაშვილი, მხოლოდ არსებითად: პროფ. ი. თიქანაძე, პრ.-დოქ. ნ. მახვილაძე, გ. დიდებულიძე, თ. მამალაძე.

მომხსენებელი უპასუხებს მოკამათებებს.

თავმჯდომარე ვრცელ სიტყვაში აღნიშნავს იმ მნიშვნელობას, რომელიც მიუძღვის ასეთ ექსპედიციებს და შიგ მომუშავე ექიმებს. მომხსენებელი მადლობას უცხადებს მომხსენებელს.

✓ **23-ე სხდომა.**

1930 წ. 20 მარტს. დაესწრა 75 წევრი და 40 სტუმარი. სხდომას თავმჯდომარეობდა პროფ. ა. ალადაშვილი.

ალ. ალექსიძე, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის საკითხისათვის.

ავტორს მოჰყავს საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის 124 შემთხვევა ჩატარებული ქალაქის 1-ლ საავადმყოფოს სამეანო-გინეკოლოგიურ განყოფილებაში, დადასტურებული ოპერაციით. აღნიშნულია ყოველწლიური მისი ზრდა: 1922 წელში—5, 1923—33.

საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის %-ის შეფარდებანი გინეკოლოგიურ დაავადებასთან უდრის 1922 წ.—1,4%, 1923 წ.—3,5%.

საშვილოსნოს გარეშე ორსულობის % შეფარდება ნორმალურ მშობიარობასთან ქ. ტფილისის მასშტაბით 1923 წ.—0,45%, 1927 წ.—0,75%.

მკურნალობა უმთავრესად ოპერაციული, განაკვეთი უმთავრესად თეთრ ხახუნდ. სიკვდილობა—1,61%.

124 შემთხვევიდან 8 შემთხვევა იყო განმეორებითი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა ერთი შემთხვევა იყო ორმხრივი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა.

ავტორი დასკვნის რომ:

1. უმთავრესი მიზეზი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა არის თვით დაავადებულის კონსტიტუცია (განუვითარებული მილები, ან და პათოლოგიური მისი განვითარება).

2. დანამატების ქრონიკული ანთებითი პროცესები, რითაც არ უნდა იყოს იგი გამოწვეული (გონოროკები და სხვა სახის მიკრობები).

3. ყოველივე ზომები მიღებული ორსულობის წინააღმდეგ, როგორც მექანიკური აგრეთვე ქიმიური. ამ ზომებში პირველი ადგილი უჭირავს საშვილოსნოს ღრუში მანიპულაციებს (იოდის ინექცია და სხვა).

4. სქესობრივი ანომალია (მცირეწლოვანთა გათხოვება და სხვა).

5. ეროვნებას არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს.

აბორტი და მშობიარობა უნდა ჩაითვალოს ხელშემწყობ მიზეზებად.

შემდეგი მოხსენებით „ფსიქონერვოლოგიურ რაზმების მუშაობის შესახებ აფხაზეთში და ოსეთში“ გამოვიდნენ ექიმები ი. გობრონიძე და მენთეაშვილი.

მე-24 სხდომა.

15 მაისს 1930 წ. დაესწრო 54 წევრი და 10 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი.

პროფ. ალ. ალადაშვილი აღნიშნავს, რომ 30 მარტს გარდაიცვალა ექიმთა საზოგადოების ერთი დამაარსებელთაგანი და დამსახურებული წევრი პროფ. სპ. ვირსელაძე.

თავმჯდომარე ვრცლად ეხება პროფ. სპ. ვირსელაძის სამეცნიერო და საზოგადოებრივ მოღვაწეობას და მოუწოდებს საზოგადოების წევრებს ფეხზე აღვამით პატივი სცენ პროფ. სპ. ვირსელაძის ხსოვნას.

კრება ფეხზე აღვამით პატივს სცემს პროფ. ს. ვირსელაძის ხსოვნას. თავმჯდომარის შემდეგი წინადადების მიხედვით კრებამ გადასწყვიტა, რათა პროფ. სპ. ვირსელაძის სურათი მოთავსებული იქნას საზოგადოების დარბაზში.

დოც. ივ. კონიშვილი. ბორჯომის მადნეული წყლის და ტუტეების გავლენის საკითხისათვის შარდის დამჟანგველ კოფეციენტზე $\frac{N}{O}$

(ავტორს თეზისები არ წარმოუდგენია)

შეკითხვებით მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ პროფ. ნ. მახვილაძე, გ. დიდებულიძე, გქელიშვილი, პროფ. ა. ალადაშვილი, მხოლოდ არსებითად გ. დიდებულიძე, პროფ. ბ. ლოლობერიძე. საბოლოო სიტყვაში პროფ. ალ. ალადაშვილმა აღნიშნა ნაშრომის მნიშვნელობა და მადლობა გამოუცხადა მომხსენებელს.

დ. თაგხელიძე. შარდის ბუშტის ძლიერი დაზიანების შემთხვევა საშვილოსნოს პერფორაციის დროს.

ავტორს მოყავს შემთხვევა შარდ-ბუშტის ძლიერი დაზიანებისა საშვილოსნოს პერფორაციის დროს.

ავადმყოფი ჩამოყვანილი იყო სოფლიდან ექიმის მიერ, რომელსაც მოუხდენია პერფორაცია ხელოვნურად მუცლის მოშლის დროს. ამავე დღეს ავადმყოფს გაუკეთდა Laparotomia და აღმოჩნდა საშვილოსნოს წინა კედლის და აგრეთვე შარდ-ბუშტის უკანა კედლის გაგლეჯილობა.

საშვილოსნო მოკვეთილი იქნა სუბრავაგინალურად. შარდბუშტის ჭრილობა იქნა ამოკერილი. მუცლის ღრუ დაიხურა სათანადოდ. შარდსადენში კატეტრი à demeure. მეთორმეტე დღეზე ჭრილობა სრულიად დაიხურა. ცისტოსკოპია: შარდ-ბუშტის ლორწოიან გარსზე ემჩნევა შესუბებული შენახარდის ხაზი. ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფი განკურნებული გაეწერა.

ავტორის აზრით, ამ შემთხვევაში ავადმყოფის სიკვდილისგან გადარჩენა უნდა მიეწეროს მის დროზე დახმარების აღმოჩენას, და აგრეთვე უმეტესად, იმას, რომ შარდი ალბად ასეპტიური იყო.

შეკითხვებით გამოდიან: გქელიშვილი, ნ. მელიქიშვილი, ე. ფიფია, მხოლოდ არსებითად — პროფ. ბ. ლოლობერიძე.

სადმინისტრაცია ნაწილში:

1. დამტკიცდა საზოგადოების სექციად ერთხმად „საქართველოს ექიმთა საზოგადოების რენტგენოლოგიური სექცია“ (დადგენილება ტფილისის რენტგენოლოგიური წრის და განცხადება).

2. დამტკიცდა საზოგადოების სექციად ერთხმად „საქართველოს ექიმთა საზოგადოების მენ-გინეკოლოგთა სექცია“ (ტფილისის მენ-გინეკოლოგთა საინიციატივო ჯგუფის—22 ექიმი—განცხადება 5/V. 1930 წ.).

3. ოპერაციის მასობრივ ექიმთა სექციის თხოვნის მიხედვით მოამართვა ექ. ივანე უჯმაჯურიძის ირგვლივ ატენილი მითქმა-მოთქმის შესახებ წაკითხული იქნა და მიღებული მხედველობაში.

მე-25 სხდომა

22 მაისს 1930 წ. დაესწრო 41 წევრი და 5 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ვლ. ჟღენტო.

მ. მახაბელი. თამბაქოს ქარხნის მუშების ღრმა სასუნთქავი ორგანოების დაავადების საკითხისათვის.

1) თამბაქოს ქარხანაში ღრმა სასუნთქავ ორგანოების დაავადება აქვს ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ყველა მუშების 61.6%.

2) მტვრიან განყოფილებაში მომუშავეთა შორის ამ ორგანოების დაავადება გაცილებით უფრო მეტია 67,6%, ვიდრე ნაკლებ მტვრიან განყოფილებაში—46,7%.

3) ღრმა სასუნთქავი ორგანოების დაავადებათა შორის პირველი ადგილი უჭირავს ბრონქიტებს.

4) ბრონქიტების გამომწვევე მიზეზად უნდა ჩაითვალოს მტვრის გავლენა. ხშირად ბრონქიტის მკაფიოდ გამოხატული მოვლენები ქრება მუშაობიდან განთავისუფლების უმალ.

5) ბრონქიტების გამომწვევე მიზეზად, გარდა მტვრისა, მნიშვნელობა აქვს თამბაქოს წევას. ბრონქიტები უფრო ხშირია იმ ჯგუფში რომელიც თუთუნს ეწევა, მეტადრე მამაკაცებში.

6) მტვრიან განყოფილებაში უფრო ხშირად გვხვდება ნადრევი ემფიზემის შემთხვევები.

7) ტუბერკულოზით დაავადება თამბაქოს ქარხანაში უდრის 17,9%; მტვრიან განყოფილებაში 18,9% და ნაკლებ მტვრიან განყოფილებაში 19,2%.

აქედან სჩანს, ორსავე განყოფილებაში tbc თითქმის ერთნაირად გავრცელებულია და მასასაღამე მიზეზი მისი არის სოციალური პირობები.

8) აქტიური ტუბერკულოზის რაოდენობა უდრის 3,9%, მაგრამ მანვე განყოფილებაში გაცილებით უფრო მეტია (5%), ვიდრე ნაკლებ მტვრიან განყოფილებაში (1,8%) მტვრი უნდა ხელს უწყობდეს ტუბერკულოზის პროცესის გავრცელებას.

9) ტუბერკულოზი უფრო ხშირია ქალებს შორის: მამ. —14,2%, ქალ.—19,8%.

10) თამბაქოს მტვრის მიერ გამოწვეული ფილტვის ფიზიკური მოვლენების მიხედვით დიფერენციალური დიაგნოზი ძნელია და გამოყოფა tbc, მოითხოვს ხანგრძლივ დაკვირვებას. ფილტვის გაღიზიანების მოვლენები თამბაქოს მიერ გამოწვეული ქრება შედარებით მალე მუშაობიდან განთავისუფლების შემდეგ.

შეკითხვებით გამოვიდნენ: ივ. ლორთქიფანიძე და პროფ. ა. ალაღაშეცლო, არსებითად პროფ. ნ. მახვილაძე და ალ. ლეჟავა.

მ. კვიციანიძე. ტფილისის თამბაქოს ქარხნის მუშების კუჭის სეკრეციის მდგომარეობის შესახებ.

1. ტფილისის თამბაქოს ქარხნების ჩვენ მიერ გამოკვლეულ მუშების უმეტესობას კუჭის სეკრეცია დაქვეითებული აქვს (52,18%-ში);

სეკრეცია უფრო დაქვეითებული აქვთ იმ განყოფილებების მუშებს, სადაც უფრო მეტი მტვერია (სარჩევი, სატენი, საჭრელი და პაპიროსის ჩამწეობ განყოფილებებში);

3. დაქვეითებულია როგორც HCl-ის, ისე პეპსინის სეკრეცია;

4. სეკრეციის დაქვეითებაში მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მუშაობის სტაჟსაც: დაქვეითებული აქვთ 1—4 წწ. მუშაობის სტაჟიანებს და 15—24 წწ. აღწევს დიდ ციფრებს და ზოგ შემთხვევაში ახილავს;

5. სეკრეციის დაქვეითება ქალებს შედარებით უფრო ხშირად აქვთ (54,2%-ში), ვიდრე ვაჟებს (41,7%);

6. სეკრეციის დაქვეითება უფრო იმ ჯგუფში არის, რომელიც სისტემატიურად უზმოდ იწყებს მუშაობას თამბაქოს ქარხანაში;

7. სეკრეციის დაქვეითებას ხელს უნდა უწყობდეს იძულებითი ხანგრძლივი მჯდომარე მდგომარეობა და იძულებითი ფეხზე დგომა, რომელსაც ადგილი აქვს თამბაქოს ქარხანაში (სარჩევი, პაპიროსის ჩამწეობი, სატენი განყოფილ. და სხ.).

კორესპონდენციები.

8. თამბაქოს წვევა არ უნდა ახდენდეს გავლენას კუჭის სეკრეციაზე.

არსებითად მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ: კ. კანდელაკი, ანა ულენტი, პროფ.

ვ. ულენტი.

პ. სარაჯიოვილი და მ. ზენგელია. ბავშთა ასაკის თავისებური ჰიპერკინეზი.

(წინასწარი მოხსენება)

1. პირველი შემთხვევა. ბავშვი ატიპიურ ქორეო-მიოკლონიურ ხასიათის ჰიპერკინეზით. ლოკალიზაცია უმთავრესად პროქსიმალურია, არაძლიერი იმიტატიური სინკინეზიებით.

2. მეორე შემთხვევა წააგავს პირველს, მხოლოდ განსხვავდება მისგან ინტენსივობის მხრივ.

3. მესამე და მეოთხე შემთხვევანი: ბავშვებს ემჩნევა მარტო მცირე, უფრო მიოკლონიური ხასიათის უნებლიე მოძრაობანი.

აწერილ ჰიპერკინეზის კლინიკური ანალიზი. დასკვნა: ამ ჰიპერკინეზის თავისებურება ბავშთა განსაკუთრებულ ასაკში.

სადმინისტრაციო ნაწილში წარმოდგენილი განცხადების მიხედვით არჩეულ იქნა საზოგადოების წევრად. ექ. ვასილ კულულაშვილი.

მე-26 სხდომა.

5 ივნისს 1930 წ. დაესწრო 46 წევრი და 9 სტუმარი. დამეჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი.

პროფ. ნ. მახვილბაძე. პროფესიონალურ სნეულებათა შესწავლის საკითხისათვის.

(მომხსენებელს ავტორეფერატი არ წარმოუდგენია).

დოქტორი ნ. ორმაშვილი. ზედა სასუნთქი მილები და ვადების შესახებ თამბაქოს ქარხნის მუშათა შორის.

(მომხსენებელს ავტორეფერატი არ წარმოუდგენია).

არსებითად მოხსენების ირგვლივ გამოვიდნენ პროფ. ა. ალადაშვილი და კანდელაკი.

მე-27 სხდომა.

19 ივნისს 1930 წ. დაესწრო 41 წევრი და 4 სტუმარი. თავმჯდომარეობდა პროფ. ალ. ალადაშვილი.

ალ. ლეშაშვილი. ჰისტოლოგიის და ზოოლოგიის სექციის მუშაობა ყრილობაზე კიევში.

პროფ. ალ. ნათიოვილი. ანატომიური სექციის მუშაობა ყრილობაზე კიევში.

მ. კაკოიოვილი. ნაღველის სადინარების მრავალრიცხოვანობა და ჭიბის გენის იშვიათი ანომალია.

ავტორის მიერ აწერილია ორი შემთხვევა, რომელთა შორის ერთი შეეხება ნაღველის სადინარების და მეორე ჭიბის გენის იშვიათ ანომალიას. ამ შემთხვევაში ადგილი აქვს აგრეთვე ღვიძლის არტერიების ვარიანტობას. ნაღველის ბუშტის და ღვიძლის სადინარები ერთი მხარესთან დაკავშირებულია იშვიათი ანასტომოზებით, რაც ავტორის აზრით, შესაძლებლობას

ქმნის ნაღვლის არაჩვეულებრივი მიმოსვლისათვის. ეს უკანასკნელი კი ზოგიერთ დაავადების დროს შეიძლება დამთავრდეს სრულიად მოულოდნელი მოვლენებით. რაც შეეხება ჭიბის ვენის იშვიათ ანომალიის შემთხვევას, იგი შემდეგნაირად არის წარმოდგენილი: ღვიძლის ქვემო ზედაპირზე არ აქვს არც მარცხენა ნაჭდევი და არც მარცხენა გასწვრივი ღარი. ზემო ზედაპირზე კი მოთავსებულია მკაფიოდ გამოხატული საგიტალური ღარი. ამ უკანასკნელში ჭიბიდან პირდაპირ მიიმართება ჭიბის ვენა ღვიძლის უკანა კიდისკენ, სადაც გამოყოფს ორ პატარა ტოტს, რომელნიც ღვიძლის ქსოვილში იკარგებიან, თვითონ კი ქვემო ღრუ ვენაში იხსნება. ასეთ იშვიათ ანომალიას ავტორი ხსნის ემბრიოლოგიური თვალსაზრისით.

შეკითხვით გამოვიდა **დ. იოსელიანი**, მხოლოდ არსებითად ბროფ. **ა. ნათიშვილი**.

საადმინისტრაციო ნაწილში არჩეული არიან **საქ. ექ. საზ-ის წევრად შეტანილი განცხადების მიხედვით: ექიმები იოსებ (იაშა) ჩიკვაიძე, სოლომონ ქურციკაშვილი, ნოე შენგელია, გრიგოლ ჭკუასელი, კონსტანტინე ტარიელაშვილი, გიორგი წითლანაძე, ნინო გვარამაძე, ნიკოლოზ ბერაძე, შალვა ბერძნიშვილი.**

ინფექციური სნეულვაანი.

T. Costé, M. Leblond et P. E. Vannier ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკის აღმოჩენის საჩვენებლოა ქუნთრუშით დავადებულთ სასაში. „Sur l'utilité, de la recherche du streptocoque hémolytique dans le gorge des scarlatineux“ *La Presse Méd.* 30. X—929).

ავტორებს უწარმოებიათ 95 ქუნთრუშით დავადებულ ბავშვზედ სასის გამოკვლევა ჰემოლიტიურ სტრეპტოკოკზე. იგი აღმოჩენილი ყოფილა 90 შემთხვევაში. (რაც შეესება ჯანსაღ ადამიანებს ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკი აღმოჩენილი ყოფილა სასაში Sataka'-ს მიერ 7,7%; Johann'-ის მიერ 13%; Griffith-ს მიერ 19,4%; Haffe'-ს მიერ 20—50%).

ლარინგოლოგებს Pilot და Davis აღმოუჩენიათ ამოჭრილ ნუშისებრ ჯირკვლებში ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკი 97%. ნორმალურ პირობებში „სტრეპტოკოკული ინდექსი“ უდრის 10—20%; გრიპის დროს კი ქუნთრუშ. ავადმყოფების ინდექსი იწევს 50%. თითონ ავტორებს 67 საღ ადამიანზედ 21 შემთხვევაში აღმოუჩენიათ ჰემოლიტიური სტრეპტოკოკი.

ქუნთრუშის მიმდინარეობის დროს უწარმოებიათ სასის ანალიზი და მიუღიათ შემდეგი:

| | + | — | % |
|---------------|-----|----|------|
| 1—10 დღ. | 90 | 5 | 5,2 |
| 10—20 „ | 101 | 9 | 8,1 |
| 20—30 „ | 90 | 14 | 13,4 |
| 30—40 „ | 80 | 21 | 21 |
| 40 დღ. შემდეგ | 41 | 13 | 24 |

გამომრთელების შემდეგ ავადმყოფების სასაში კიდევ დიდი ხანი მოიპოვება სტრეპტოკოკი; ეს იმით აისწნება, რომ პილოტეს საესე არიან მიკრობებით.

ამიტომ ავტორებს ავადმყოფების იზოლაცია მოუხდენიათ და ამნაირად უწარმოებიათ გამოკვლევა:

| | სუსტი იზოლ. | | კარგი იზოლ. | | ძალიან კარგი იზოლ. | |
|-----------|-------------|----|-------------|----|--------------------|----|
| | + | — | + | — | + | — |
| 21—28 დღ. | 5 | 5 | 16 | 6 | 7 | 29 |
| 28—35 „ | 5 | 5 | 15 | 11 | 3 | 24 |
| 35—40 „ | 3 | 5 | 4 | 15 | 1 | 14 |
| ს უ ლ | 13 | 15 | 35 | 32 | 11 | 67 |

ავტორებს სასის 3 ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ გამოუწერიათ ავადმყოფები (იმ შემთხვევებში, როდესაც უარყოფითი შედეგები მიუღიათ).

| | |
|--------------|----|
| მე-17 დღეზედ | 1 |
| 25 | 1 |
| 25—30 | 40 |
| 30—35 | 43 |
| 35—40 | 11 |

არც ერთი ავადმყოფი არ გამხდარა ინფექციის წყაროდ; მიუხედავად ამისა ავტორი შიშობს საბოლოო აზრის გამოთქმას მასალის სიმცირის გამო და გვირჩევს წინანდელი იზოლაციის ხანგრძლივობა შერჩევს (42 დღე), მით უმეტეს რომ სუსტ ორგანიზმებში ქუნთრუშა დავიანებით ნეფრიტებს იწვევს.



M. Liegois et I. Tricker. ქუნთრუშისაგან გამომრთელების გზას დამდგარ ავადმყოფების პროფილაქსია ბაქტერიოლოგიური კონტროლის საშუალებით (Prophylaxie de la scarlatine par le controle bactériologique des convalescents. *Pr. Méd.* № 74—1929).

მას შემდეგ რაც მეუღლებმა Dick ჰემოლიტ. სტრეპტოკოკი ქუნთრუშის გამომწვევ აგენტად აღიარეს, გერმანელებმა Friedemann და Deicher ისარგებლეს ამით და გამომრთელების გზას დამდგარ ავადმყოფების სასის ბაქტერიოლოგიური გაშინჯვის საშუალებით სცნეს შესაძლებლად იზოლაციის ხანის შემოკლება. 40 დღეზედ ადრე გაწერილი ავადმყოფები, რომელთაც სასაში არ აღმოაჩნდათ ჰემოლიტ. სტრეპტოკოკი, არ გახდნენ ინფექციის წყაროდ.

ავტორებსაც უწარმოებიათ ამგვარი დაკვირვებანი 25 ავადმყოფზე; ხუთი მათგანი გაუწერიათ ჰემოლიტ. სტრეპტოკოკით, მაგრამ არც ერთი არ გამხდარა ინფექციის წყაროთ. მიუხედავად ამისთანა შედეგებისა ავტორები თავს იკავებენ საბოლოო აზრის გამოსათქმელად, რადგანაც დასკვნიან: საკითხი ქუნთრუშისაგან გამომრთელებულ ავადმყოფებისა, რომელნიც ჰემოლიტ. სტრეპტოკოკის მატარებელნი არიან, გადამდები უნარის შესახებ გადაჭრილი არ არის.

მ. უგრელიძე.

Schottmüller. ქუნთრუშა. შრატით მკურნალობა და აცრა: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 1930. Bd. Heft.

მიუხედავად მრავალი ცდებისა და შრომებისა, ქუნთრუშის ეტიოლოგის საკითხი ჯერ კიდევ ვერ ჩაითვლება გამორკვევულად. არსებულ ლიტერატურის მიხედვით ავტორი ქუნთრუშის პრობლემისათვის აყენებს შემდეგ ფორმულას: $x+y+z = \text{scharlac}$ სადაც x -ი ჰემოლიტური სტრეპტოკოკია, y -ი ადამიანის განწყობილება ქუნთრუშისადმი, z -ი კი ან ანაფილაქტიური რეაქცია (Bardach), ან ის უცნობი Virus-ი, რომელიც სტრეპტოკოკს მოქმედებისათვის უმზადებს ნიადაგს, ან ის პირობები, რომლებიც ვულგარულ სტრეპტოკოკს ანიჭებს ქუნთრუშას გამომწვევისათვის საჭირო თვისებს (Friedemann). ჩათვლით სტრეპტოკოკს ქუნთრუშას ერთადერთ ეტიოლოგურ მომენტად, თუ ცხნობთ მის სიმბიოზს უცნობ Virus-თან, ყოველ შემთხვევაში დაავადების მსვლელობაში მთავარი მოვლენების (და სიკვდილისაც კი) გამომწვევაში სტრეპტოკოკს მაინც უადრესი მნიშვნელობა ექნება და მასთან ბრძოლა სპეციფიური შრატით და აცრით აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს. Schottmüller-ით შრატი უნდა იხმარებოდეს ქუნთრუშის ყველა შემთხვევაში (Friedemann-ის აზრით ქუნთრუშაზე მხოლოდ იჭვის დროსაც კი) და რაც შეიძლება ადრე. ასეთ შემთხვევაში (გატარებული ყავს 850 შემთხვევა) ავტორი იღებდა: 1) ორი საათის შემდეგ სიცხის კრიტიკულ დაცემას, 2) ინტოქსიკაციის მოვლენების (პროსტრაციის, ვაზომოტორების სისუსტის, ციანოზის, უგონობის, დელირიის) დაკლებას და 3) 12 საათის შემდეგ გამონაყარის გაქრობას. გართულებებზე შრატს შესამჩნევი გავლენა არ აქვს. შრატის მოგვიანებით შეყვანა ნაკლებ შედეგებს იძლევა. მიიმე შემთხვევების დროს Schottmüller-ი მიმართავს რეკონვალესცენტების სისხლის გადასხმას (0,5—1,0 klg), რაც ტუნსიკურად დიდ სიძნელეს წარმოადგენს. ცერებრალური სიმპტომების დროს გვირჩევენ (Сперанский, Иващенко) 5,10% შრატის ენდოლუმბაჩულ შეყვანას. საშუალო სიმძიმის ავადმყოფებს ყოფნის ინტრამუსკულარულად 30—40,0 კონცენტრირული და 50—80,0 ჩვეულებრივი შრატი, 8 წლის ჰასაკამდე—ამ დოზების ნახევარი.

სხვა და სხა ავტორებით, აცრით მცირდება დაავადების შემთხვევები 10 ჯერ და სიკვდილობის 30 ჯერ. აცრის დროს დოზები უნდა იყოს შერჩეული იმუნიტეტის გამოსაწვევად საჭირო მინიმალური რეაქციით, რომ მცხოვრებლები არ დაევიწიოთ. აცრა საჭიროებს განმეორებას (3—5 ჯერ). იმუნიტეტი ვითარდება 2—3 კვირის შემდეგ და ისაობა დაახლოებით 2 წლის შემდეგ. ასაცრელად მიწოდებულია: 1) Dick-ის ტოქსინი, 2) ვაქცინა (დახოცილი სტრეპტოკოკები) 3) ანატოქსინი (ფორმალინით დამუშავებული სტრეპტოკოკის შხამი) და 4) ზოგიერთ შემთხვევაში ასაცრელ მასალათა ნარევი. დოზები: Ziegler-ით: 4 უმუხაუნება 250, 1000, 2000, 3000 კანის დოზა. ზოგიერთები გვირჩევენ 10,000—20,000-მდე კანის დოზას, Behring-ის ფირმამ გამოუშვა ასაცრელი მასალა, რომელიც 1,0 cm. შეიცავს 500/მილ. დახოცილ სტრეპტოკოკებს და 10,000 კანის დოზას. აკეთებენ ორ ინექციას თითოეულ კვირის განმავლობაში.

საშუალებით სისხლში ბაქტერიოციდულ თვისების გამოწვევას. პასიური იმუნიტეტისათვის შეჰყავთ ინტრამუსკულარულად 10,0 ანტიტრეპტოკოკური შრატო (იმუნიტეტი გრძელდება 14 დღე და არა საიმედოა) ან რეკონვალესცენტის და Dick უარყოფითი პირების შრატო ან პირდაპირ (100,0) სისხლი. Schottmüller-ი აცრას სავალდებულოდ სთვლის შემდეგ შემთხვევებში:

- 1) ეპიდემიების და ენდემიების დროს,
- 2) საბავშვო დაწესებულებებში, სადაც ქუნთრუშა ენდემიურია,
- 3) საინფექციო დაწესებულებებში მომუშავეებზე და
- 4) ოჯახში, სადაც უნდა დაბრუნდეს რეკონვალესცენტი.

ო. კანიშვილი.

ექ. კიხელი ვ. ა. Pirquet-ის და Mantoux-ის რეაქციები ქუნთრუშის დროს. (მე III-ე საკავშირო პედიატრთა ყრილობის შრომები 1925 წ.).

საინტერესოა საკითხს წარმოადგენს, თუ როგორ გავლენას ახდენს ტუბერკულოზურ ბავშვებზედ სხვა და სხვა ინფექციური დაავადებანი და კერძოდ ქუნთრუშა. ერთ-ერთ ასეთ ცდად ჩათვლება ზემო აღნიშნულ ავტორის მიერ ჩატარებული Pirquet-ის და Mantoux-ს რეაქციები ქუნთრუშის დროს. რეაქციები ჩატარებულია 86 ბავშვზედ, თვითუღოს არა ნაკლებ ექვსის ვ. ი. სულ 500 რეაქცია. ავადმყოფები წლოვანობის მიხედვით ასე განაწილდება:

| 0—1 წლ. | 1—3 წლ. | 3—5 წლ. | 5—10 წლ. | 10—ზემოდ. |
|---------|---------|---------|----------|-----------|
| 3 | 13 | 19 | 29 | 22 |

დადებით რეაქციებს იძლეოდენ 49 ბავშვი, ამ რიცხვს 11 მოაკლდა დაკვირვების დაუშთავრებლობის გამო (სიკვდილი ან სხვა განყ. გადაყვანა). დარჩა 37 ბავშვი, რომლებმაც მთელ დაკვირვების ხანაში მოგვეცნ დადებითი რეაქცია ვ. ი. 49%. ამ საერთო დადებითთა შორის პირველ აცრისას დადებითად უპასუხეს—13 ბავშვმა—17%-მა, დანარჩენ 32%-მა დასაწყისში უარყოფითად უპასუხეს. ერთმა ნახევარმა Pirquet-ს რეაქციაზედ და მეორე ნახევარმა კი Mantoux-ს 1:10 რეაქციაზედაც კი. აღსანიშნავია, რომ ის შემთხვევები სადაც მხოლოდ Pirquet-ს რეაქცია იყო უარყოფითი—მსუბუქ შემთხვევას ეკუთვნოდენ (ნახ ამონაყრით და მცირე t⁰-ით), უფრო მძიმე შემთხვევები კი უარყოფითად უპასუხებდენ—Mantoux-ს 1:10 რეაქციასაც. თუ ავიღებთ მხოლოდ ისეთ შემთხვევებს, რომელთაც რეაქცია გაკეთებული ჰქონდათ ავადმყოფობის უალრეს განვითარების ხანაში (მკაფიო გამოწყარო და მალაი t⁰), მაშინ ყველა 86%-ში მივიღებთ რეაქციის გამოვარდნას; თუ კი ავიღებთ მხოლოდ პირველ 5 დღეში (დაავადების)—მაშინ ეს რიცხვი მცირდება 71%-მდე. თუ რომ მთელ შემთხვევათა რიცხვს მხოლოდ Mantoux-ს რეაქციის მიმართ ვაგარჩევთ, მაშინ მივიღებთ, რომ მხოლოდ 12-მა ბავშვმა უპასუხა თავიდან უარყოფითად, რომელიც საბოლოოდ დადებითად შეიცვალა; მხოლოდ 5-მა შემთხვევამ მისცა დადებითი რეაქცია ავადმყოფობის უალრეს განვითარების ხანაში—ვ. ი. გამოვარდნა 70%-ში უნდა ჩათვალოს.

ო. რ.

ექ. ბრუხანსკი და ზელოუსოვი. Neosalvarsanotherapie ქუნთრუშის დროს. (სარატოვის სახ. უნ-ტის ბავშვთა კლინიკიდან). მე III-ე საკავშირო პედიატრთა ყრილობის შრომები.

ავტორებს ჩატარებული აქვთ 40 შემთხვევა, რომელთაც სიმწვავის მხრივ 3 ჯგუფად ჰყოფენ: ტოქსიური—12, სუბტიური—14 და მძიმე—14. Neosalvarsan-ის დოზებს წამოყენებულს Klemperer-ის მიერ (რომელმაც პირველად იხმარა ქუნთრუშის მიმართ) ავტორები მომეტებულად სთვლიან, რადგან ერთ შემთხვევაში მოშხამვა მიიღეს და თვით ხმარობენ შემდეგ რაოდენობით: 3 წლ.—6 წლამდე—0,15; 6—12 წლამდე—0,3; 12 დან-ზემოდ—0,45. გამოერება ხდებოდა ავადმყოფის მდგომარეობასთან შეფარდებულ დოზით. თუ მაგალითად პირველ ინექციას ბავშვი გადაიტანდა და t⁰—1⁰ ან 1,8⁰-ით დაიწყოდა, მაშინ პირვანდელის ნახევარი რაოდენობა შეჰყავდათ, თუ t⁰-ზედ არავითარ გავლენას არ იქონიებდა მაშინ იმავე რაოდენობას და, იმ შემთხვევაში კი თუ t⁰ მკვეთრად დაეცემოდა—აღარ იმეორებდნენ. ამ გატარებულ 40 ავადმყოფში ვარდაიცვალა 2 ვ. ი. 5% (ერთი შემოსვლის დღეს და მეორე მეორე დღეს). გამომრთელებულთა

შორის (38) 12-ს პირველ ინექციის შემდგომ კრიტიკულად დაცვა t^0 და ყველა მოვლენებამაც გაუარა. გართულება მხოლოდ 11-ს აღენიშნება adenitis, otitis, nephroso-nephritis, arthri is) მთავარი პირობა Neosolvarasanotherap-ის დროს არის—მისი ნაადრევი ხმაურება, არა უგვიანეს 2-ე ან 3-ე დღეს დაავადებიდან.

o. რციხლაძე.

P. Frick und Ch. Struve. ჩუტყვავილას საწინაღმდეგო აცრის საკითხისათვის: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1929.

კლინიკაში ჩუტყვავილას შემთხვევების დროს აცტორებს უწარმოვბიათ შემდეგი დაკვირვებები: 1) ავადმყოფის იზოლაცია და პალატაში მყოფ ყველა ბავშვების აცრა Kesmarszky-ს წესით (ავადმყოფობის შემჩნევიდან 36 საათის განმავლობაში დაავადებულის ვენიდან აღებული 0,1 cm³ სისხლის შესწაპუნება კანშეშეშ). დაავადებულა აცრილ ბავშვების 60%-ი. დაახლოებებით ისეთივე შედეგი მიუცია Kling-ის წესით აცრას (ამონაყარის შიგთავსის დასერილ კანზე ინოკულაცია). 2) როცა ავადმყოფი არ იყო იზოლაცია ქმნილი, პალატაში მყოფი ბავშვების ნახევარი იყო აცრილი და მეორე ნახევარი კი დატოვებული აუცრელად, —დავადებთა შემთხვევები აცრილთა და აუცრელთა შორის დახლოებებით თანაბრად განაწილდა. 3) ავადმყოფის იზოლაცია და ბავშვების სუფთა პალატაში გადაყვანა აუცრელად, დაავადების შემთხვევას იძლევა ძლიერ იშვიათად. 4) ჩუტყვავილიანი ბავშვი მოთავსებული იყო პალატაში, რომელსაც მხოლოდ პალატასთან ქონდა საერთო ხის კედელი პატარა ჭუჭრუტანით. უკანასკნელ პალატაში მოთავსებული ბავშვი დაავადდა ჩუტყვავილათი, თუმცა ამ ორ პალატას შორის გარდა ხის კედლისა და ჭუჭრუტანისა არავითარი კავშირი არ არსებობდა.

აცტორები დასკვნიან, რომ ჩუტყვავილას საწინაღმდეგო აცრა ჯერ-ჯერობით არ არსებობს, ჩუტყვავილა ჰაერით უნდა ვრცელდებოდეს.

o. კანიშვილი.

გავრცობა სნეშლებანი

მძ. ბ. მ. დაშვიშკი თურქ ბავშვთა ანთროპომეტრიული შესწავლის ცდა და ზრდის საკითხი.

აცტორს ჩატარებული აქვს მუშაობა 1400 ბავშვზედ 8-დან—15 წლამდე (ყველანი აზერბაიჯანის მკვიდრ მცხოვრებს ეკუთვნიან). დამუშავებული მასალა შეიცავს თითოეულ ბავშვის 10 ზომას: სიმაღლე (ხაზობრივი ზრდა), წონა, si-ანუ სიმაღლე ჯდომელასი, გულმკერდის გარეშემოწერილობა ძუძუს და მახვილისებრ მორჩის დონეზედ (თავისუფალ და ჩასუნთქვის მდგომარეობაში) და თავის სამი ზომა: გარეშემოწერილობა, გასწვრივი და გარდიგარდმო დიამეტრი. ბაქოელ თურქ ბავშვთა წონა წინ უსწრებს, როგორც ადგილობრივ სხვა ეროვნების წარმომადგენლებს ასევე რუსეთის (ბონდიროვი, სოლოდოხინა) და გერმანელების (Schlesinger) ამავე ჰასაკის ბავშვებისას. აღსანიშნავია ქალ-ვაჟთა შორის წონის და სიმაღლის მრუდეთა შეფარდების თავისებურება, რაიც გამოიხატება სიმაღლის ნაადრევ გადაჯვარედინებაში წონასთან შედარებით; ქალთა სიმაღლე უსწრებს ანუ ჯვარედინდება $10\frac{1}{2}$ წელზედ, მხოლოდ წონა კი 11 წლის შემდეგ—რაც უნდა წინააღმდეგ ხდებოდეს ნორმალ Camerer-ის მრუდის მიხედვით. ეს აცტორის აზრით ქალის იმ უმწეო მდგომარეობით აიხსნება, რომელშიაც იმყოფება დღევანდლამდე თურქის ქალი. მეორე გადაჯვარედინება უკვე ნორმალურად ხდება, მხოლოდ ერთი წლით ადრე სხვა ეროვნებასთან შედარებით—რაც ზრდის ენერჯის შესუსტებას მოასწავებს და მართლაც კანონის მიხედვით—იქ სადაც ზრდის ენერჯია ნაადრევ იჩენს თავს, ადრევე შენელება სოლომე (Friedental). ბაქოელ ბავშვების ყოველ წლიურ წონასა და სიმაღლეს, ისევე როგორც გერმანელებისას თანდათანობით და თანაბარი მატება ახასიათებთ. ზრდის ტემპი ქალეში უფრო ადრე აღმოცენდება 8 წელზედ (აბსოლუტური ჩამორჩება ვაჟებს), რაც თურქ ქალთა ნაადრევ მომწიფებას უნდა მიეწეროს.



თავის გარშემოწერილობა, გარდიგარდმო და გასწვრივი დიამეტრი ბაქოელ ბავშვების ამართლებს საერთო დებულებას, და ქალების ეს ზომები ჩამორჩება ამავე ჰასაკის ვაჟებისას. მთელ ამ ხნის განმავლობაში 8—15 წლამდე სხვაობა ანუ მატება განისაზღვრება 2,8 cm-ით. თვით ზრდის ტემპი თავის გარშემოწერილობასთან შეფარდებით მატულობს ვაჟებში 12 წელში (0,7), ქალებში 11 წელში და ეს ინტენსივობა მოჰყვება 15 წლამდე.

თავის გასწვრივი ზომა მთელ ამ ხნის განმავლობაში მატულობს 2,2 cm-ით, გარდიგარდმო კი 1,2 cm-ით, — ყოველ წლიური მატება 0,1—0,6-ში ირყევა და ზოგჯერ უცვლელიც რჩება; ქალების თავი ზოგადად ჩამორჩება ვაჟების ამ ზომებს, მხოლოდ ერთგვარ ინტენსივობას იღებს გასწვრივ დიამეტრის მხრივ 11—წელში და გარდიგარდმოსაში 10 წელს. ამასთანავე აღსანიშნავია, რომ ზრდის ენერგია გასწვრივ დიამეტრის მიმართ დიდია ვაჟებში, მხოლოდ გარდიგარდმოსისა ქალებში.

ავტორის მიერ წარმოდგენილი თავის ინდექსთა მიხედვით—ბაქოელ ვაჟთა თავები 15 წლამდე ნამდვილ ბრახიცეფალებს ეკუთვნის, მის შემდგომ კი მეზოცეფალის ზედა საზღვარს უახლოვდება.

რაც შეეხება გულმკერდის გარშემოწერილობას აქაც ვაჟები უსწრობენ ქალებს თითქმის 3 cm., ასე გრძელდება 11 წლამდე, რის შემდეგ ქალები უსწრობენ ვაჟებს და ამ მდგომარეობაში მისდევენ 15 წლამდე.

გულმკერდის ინდექსი, ერისმანის მიხედვით, რომელიც გულმკერდს გარშემოწერილობის სხვაობას წარმოადგენს si-თან, იგი ვაჟებში უარყოფითია და ქანაობს—0,4 cm.-დან—4—5 cm.-მდე, ქალებში კი—4,0 cm.- \pm 1,2 cm.-მდე ეს უკანასკნელი დადებითი ინდექსი მიეწერება გულმკერდის ზრდას სარძეო ჯირკვლების ხარჯზედ. si ანუ სიმაღლე ჯდომელასი ახალშობილებში შედარებით დიდია და მისი მატება თანდათან კლებულობს სქესობრივი მომწიფებასთან მიახლოვებით, როდესაც ტანი მოცულობითი მატებას იწყებს და სიგრძე კი კიდურების ხარჯზედ. საერთოდ 11 წლიდან si ქალებში დიდია, 15—16 წლიდან ვაჟები უსწრობენ. ბაქოელ ქალების si წინ უსწრობს 10 წელს, ხელახლა ჩამორჩება 14 $\frac{1}{2}$ —15 წელში 1,5 cm.-ით.

ავტორს მოჰყავს ვარიაციონული მრუდეები დამუშავებული ათივე ზომისათვის, სადაც ასიმეტრიის სხვა და სხვა ხარისხი აღინიშნება, უმთავრესად კი პლიუსის მხრივ, სადაც წახნგი ჩამოთლილია და ზოგჯერ ორ მწვერვალსაც იძლევა—ეს მაშინ როდესაც ინტეგრალი 1 ან 2 cm. უდრის ხაზობრივ ზომებში და წონაში კი 1 ან 2 კილოგრამს. თუ კი ამ ინტეგრალს გავაორებთ ან გავასამებთ მაშინ ვარიაციონული მრუდე Gauss-ის სიმეტრიულ მრუდეს უახლოვდება

ი. რ.

კენტგენოლოგია.

ოლიზარია ხ.—Luftbefund in der Gallenblase und seine diagnostische Bedeutung (Röntgenpraxis, Heft 17, 1929. Berlin)

ავტორი გამოსთქვამს აზრს რომ, თუ ნაღვლის ბუშტის არეში რენტგენოგრაფიაზე აღმოჩენილი იქმნა მუდმივი (სტაციონარული) ჰაერის ჩრდილი ეს ნიშნავს იმას, რომ აქვს ადგილი პათოლოგიურ შერთებას ნაღვლის ბუშტს და იმ მეზობლად მდებარე ორგანოებს შუა, რომლებშიდაც იმყოფება ჰაერი (კუჭი, ნაწლავები). ეს პათოლოგიური შერთება შეიძლება წარმოსდგენდეს როგორც შედეგს ანთებითი პროცესებისას ამ ორგანოებსა და ნაღველის ბუშტის შუა (შეხორცება და პერფორაცია), ისე ხელოვნურად ნაღვლის ბუშტს და ნაწლავს შუა ტიპიური შემავრთბელი ოპერაციების გამო. ავტორის მიერ მოყვანილია თავის მასალიდან შემთხვევა. რენტგენოგრაფიაზე ნაღვლის ბუშტის არეში ჰაერის ჩრდილის აღმოჩენისა cholecystographia—ს დროს და ხელოვნურად აზრი დამტკიცებულია ოპერაციით.

ოღიზარია, ს.—Zur Kontrast—Röntgenuntersuchung der männlichen Harnröhre.

(*Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstr.* B. 40, H. 6 s. 1108).

ავტორი არ ეთანხმება Dlessler-ის აზრს გამოთქმულს მის წერილში (*Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr.* B. 39. H. 5), რომელშიდაც მას მოყავს როგორც ახალი და საუკეთესო ტექნიკა შარდსავალი მილის (urethra) რენტგენო-დიაგნოსტიკისათვის—სურათის გადაღება მილში კონტრასტიული სითხის ინექციის (შეყვანის) დროს. ავტორი (ოღიზარია) აღნიშნავს რომ ეს ტექნიკა არ არის ახალი (შემოღებულია Frumkin-ის მიერ) და ასეთი სურათი მარტო არ არის საკმარისი urethra-ს მდგომარეობის გამოსაკვლევად. მას აქვს ის ნაკლი რომ არ გვაძლევს მთლიან სურათს urethra-ს მდგომარეობისა მთელს მის სიგრძეზე და არ გვაძლევს სრულ წარმოდგენას მის ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაზე.

იმისათვის რომ მივიღოთ ყოველივე ეს, ავტორის აზრით საჭიროა უსათუოდ სურათის გადაღება არა მხოლოდ ინექციის დროს, არამედ კონტრასტის შარდის ბუშტიდან გამოშვების დროს, რაც წარმოადგენს ნორმალურ ფიზიოლოგიურ აქტს და გვაძლევს სურათს შარდსავალი მილისა იმ მდგომარეობაში, როგორშიაც ის არის შარდის დენის დროს და აგრეთვე ვიღებთ urethra-ს უკანა ნაწილის სურათს, რომელსაც არ გვაძლევს პირველი ტექნიკა.

ავტორი აწარმოებს თავის განყოფილებაში (თფილისის რკინის გზ. ს-ფო) რენტგენო-დიაგნოსტიკას ამ ზემოხსენებულ ორთავე ტექნიკის საშუალებით და სთვლის ამას მიუცილებლად სწორი დიაგნოსტიკისათვის.

ამ უკანასკნელი ტექნიკის—შედარებით Dressler-ის ტენნიკასთან—უპირატესობის დასამტკიცებლად ავტორს მოყვანილი ყავს წერილში რენტგენოგრაფები თავისი პრაქტიკიდან.

ოღიზარია, ს.—Болезнь Köhler-a II и роль травмы в ее этиологии (*Советская Медицина* № 3, 1929 г.)

მოყვანილია კლინიკური და რენტგენოლოგიური სურათი დაავადებისა და აგრეთვე არსებული ლიტერატურის მიხედვით ცვლილებათა ჰისტოლოგიური სურათი. აქვე არის მოყვანილი არსებული თეორიები დაავადების ეტიოლოგიის შესახებ, რომლებშიც ერთ-ერთი ადგილი მინიჭებული აქვს ტრავმას,

ავტორი თავისი მასალის მიხედვით უარყოფს ტრავმის მნიშვნელობას როგორც მიზეზს ამ დაავადების გამოწვევაში, რის დასამტკიცებლად მოყავს სურათი როგორც ამ დაავადების კლასიკურ შემთხვევისა ისე სურათები წმინდა ტრავმატიული დაზიანებისა ამ სახსრის არეში.

ქ რ ო ნ ი კ ა .



სამედიცინო ინსტიტუტში დაარსდა 3 ფაკულტეტი: 1) სამკურნალო პროფილაქტიკური სტომატოლოგიური განყოფილებით, 2) სასანიტარო პროფილაქტიკური და 3) ფარმაცევტიული. ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილედ და სასწავლო ნაწილის გამგედ დანიშნა პროფ. ალ. ნათიშვილი, მეორე მოადგილედ და სამედიცინო-ადმინისტრაციული ნაწილის გამგედ—ამხ. დ. მამუჩაშვილი.

პროფ. ს. ამირაჯიბი გადაყვანილ იქნა ექსპერიმენტალური ჰიგიენის კათედრის გამგედ, მასვე მიენდო სოციალური ჰიგიენის კათედრის გამგებლობაც. მის ნაცვლად მიკრობიოლოგიის კათედრის გამგედ გადაყვანილ იქნა პროფ. გ. ელიევა.

პროფ. ვლ. ულენტმა მიიღო 1 წლის საზღვარ-გარეთ სამცენიერო მივლინება და გაემგზავრა გერმანიაში. მის ნაცვლად დროებით პათოლოგიურ ანატომიისა და სამოსამართლო მედიცინის კათედრების გამგებლობა და ამ საგნებში ლექციების კითხვა მიენდო პროფ. ბ. დოლობერიძეს.

ამ ზაფხულში საზღვარ-გარეთ იყვნენ მივლინებული მუკლე ვადით (4 თვე) პროფ. გ. ელიავა და დოც. ივ. კონიაშვილი, კურორტოლოგიისა და ფიზიოტერაპიის კათედრის გამგე.

1930 წლის დეკემბერში სამედიცინო ინსტიტუტი დაამთავრა 103 კაცმა (შემოკლებული VI კურსი).

ამ ჟამად სამედიცინო ინსტიტუტში ირიცხება:

| | | |
|-----------------------------|------|----------|
| I კურსზე (ყველა ფაკულტეტზე) | —452 | სტუდენტი |
| II კურსზე | —230 | „ |
| III კურსზე | —198 | „ |
| IV კურსზე | —225 | „ |
| V კურსზე | —149 | „ |

გარდა ამისა, სტომატოლოგიურ განყოფილებაზე სამკურნალო პროფილაქტიკურ ფაკულტეტისა ირიცხება:

| | | |
|------------|------|----------|
| II კურსზე | —131 | სტუდენტი |
| III კურსზე | —104 | სტუდენტი |

თანხმდ სამედიცინო ინსტიტუტის დირექციის დადგენილებისა მე-V კურსი დაამთავრებს სწავლას 1931 წლის მაისში.

ამგვარად 1930—1931 სამოსწავლო წელში სამედიცინო ინსტიტუტიდან სულ გამოდის—252 ექიმი (103 ექიმა დაამთავრა 1930 წ. დეკემბერში).

სამკურნალო პროფილაქტიკურ ფაკულტეტის სტომატოლოგიურ განყოფილებაზე ქალის ბიოლოგიისა და პათოლოგიის კურსის კითხვა მიენდო პროფ. მ. მგალობელს.

წელს სამარკანდში გაიხსნა ახალი სამედიცინო ინსტიტუტი, რომელზედაც მიღებულ იქნა 150 სტუდენტი.



წელს შესრულდა 30 წლის თავი ცნობილი ლენინგრადელი კარდიოლოგის პროფ. Ланг-ის მეცნიერული და საზოგადოებრივი მოღვაწეობისა. Ланг-ს გამოკვეყნებული აქვს 30-ზე მეტი დაბეჭდილი შრომა უმთავრესად სისხლისა და განსაკუთრებით სისხლის მოქცევის ორგანოების დაავადებათა შესახებ.

1930 წლის სექტემბერში ტფილისში შესდგა ამიერ კავკასიის მეან-გინეკოლოგთა პირველი ყრილობა, რომელიც კარგად ჩატარდა და რომელსაც დაესწრნენ ცნობილი მეანები და გინეკოლოგები მთელი კავშირიდან. ყრილობის საორგანიზაციო კომიტეტს თავმჯდომარეობდა პროფ. გ. დამბარაშვილი.

საფრანგეთის დებუტატთა პალატამ დაამტკიცა კანონი, რომლის ძალით დიფტერიის წინასწარი აცრა ანატოქსინის საშუალებით სავალდებულოა ყველა იმ წრეებისათვის და სახლებსათვის, სადაც დიფტერიის ენდემია გაჩნდა.

იგივე კანონი დაბეჯითებით ურჩევს (expressément recommandée) დიფტერიის აცრას ანატოქსინის საშუალებით ყველა ბავშვებს მეორე წლიდან დაწყებული მეთორმეტე წლამდის და განსაკუთრებით კი ისეთებს, ვინც დადის სკოლაში, საბავშვო ბაღებში ან და ვინც მოთავსებულია ბაგებში (Paris médical № 52—1930 წ.).

გარდაიცვალა გამოჩენილი ფრანგი ფიზიოლოგი E. Gley, რომელიც იყო პროფესორად Collège de France-ში. Gley განსაკუთრებით ცნობილი იყო თავისი შესამჩნევი შრომებით შინაგანი სეკრეციის ორგანოების ფიზიოლოგიის შესახებ.

გარდაიცვალნენ: პროფ. Репрев-ი, ცნობილი ზოგადი პათოლოგი, Сербинов-ი, ცნობილი ჭელმინთოლოგი, მოსკოველი პროფესორი პათოლოგი А Фохт-ი, განსაკუთრებით ცნობილი თავისი შრომებით გულის პათოლოგიის საკითხების შესახებ.

ქ. ლიუბეკში (გერმანია) 1930 წ. ზაფხულსა და ზამთარში საშინელი ამბავი დატრიალდა. 251 ძუძუმწოვარი ბავშვიდან, რომელთაც მიეცათ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ასაცრელი საშუალება, ცნობილი BCG, -73 გარდაიცვალა ტუბერკულოზისაგან. საზოგადოებრივი აზრი საშინლად აღელდა, დანიშნული იყო სპეციალური კომისია, შემდგარი მეტად ავტორიტეტული პირებისაგან (პროფ. Neufeld-ი, პროფ. Praussnitz-ი, პროფ. Lange და სხვები), რომელთაც გამოარკვიეს, რომ მიზეზი ასეთი საშინელი შედეგისა იყო ის გარემოება, რომ ქ. ლიუბეკის ლაბორატორიამ, რომელსაც განაგებს ცნობილი პროფ. Deycke, შეცდომა დაუშვა BCG გამზადებაში და უვირულენტო BCG გასვარა ვირულენტიანი ტუბერკულოზური ჩხირებით.

დღეს-დღეობით საკვებით დამტკიცებულია (საერთაშორისო ტუბერკულოზური კონგრესი ოსლოში), რომ Culmette-ის მიერ შემოღებული ვაკცინა BCG ადამიანისათვის და ცხოველებით-სათვის სრულიად უვნებელია.



თანამედროვე მედიცინა 1930 წ.

ზინაპარი.

| | |
|---|---------|
| აბესაძე ნ. [და ვ. ვარაზი]. მელანინის შესახებ | 83-71 |
| აბაკელია ი. ტუბერკულოზი ქ. ტფილისის მოწაფეთა შორის | 194 |
| არჯევანიძე მ ადგილობრივი ანუ რეგიონალური ანესთეზია პრ.-დოც. იოლკის მოდიფიკაციით | 110 |
| ასათიანი გრ. Chloroma | 321 |
| ასლანიშვილი ი. საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში | 56. 383 |
| ახვლედიანი არდ. Foetus papyraceus კაზუისტიკისთვის | 39 |
| ბრეგვაძე ს. Amenorrhoea-ს შემთხვევა | 381 |
| დიდებულები გრ. Whipple-ის მეთოდით პერნიციოზულ ანემიის წამლობის საკითხისათვის | 80 |
| ედიბერიძე ალ. ქვედა ყბის რეგიონული ანესთეზიები | 276 |
| ვარაზი ვ. და აბესაძე ნ. მელანინის შესახებ | 71 |
| ზანგურიძე-სერედა ო. და ლაბაძე ვ. Sclerosis disseminata-ს შემთხვევა პარკინსონიზმის მოვლენებით | 100 |
| თაქათაშვილი შ. ქირურგიული დახმარება და ექიმ დასტაქრის მდგომარეობა | 373 |
| თოღაძე ე. პასუხი მ. ცხაკაიას კრიტიკულ წერილზე | 302 |
| კალანდაძე-ნანიშვილი ა. მომყოლის ხელით მოცილება და მისი საშიშროება | 118 |
| კოკოჩაშვილი ვ. ელენთის ფორმის და რიცხვის ვარიაციები | 44 |
| ლაბაძე ვ. [და ზანგურიძე-სერედა ო.] Sclerosis disseminata-ს შემთხვევა პარკინსონიზმის მოვლენებით | 100 |
| ლეჟავა ალ. დიაფრაგმის თანდაყოლილი დეფექტი მარჯვენა პლევრის ღრუში ცდომილი ბადექონით | 237 |
| ლოსაბერიძე ე. ექიმი ს. თოფურია | 378 |
| მამალაძე თ. კურორტ წყალტუბოს აკროტოთერმების მნიშვნელობა სახსრების დაავადებათა მკურნალობაში | 241 |
| მიქაბერიძე ა. საკვერცხის ორსულობის შესახებ | 29 |
| ნათიშვილი ალ. მსხვილი ნაწლავების ანომალური და ვარიანტული მდებარეობის საზღვრების შესახებ | 137 |
| ნემსაძე ე. Fiessinger-ის მიკრო-ლეგკოციტო-კულტურა და მისი მნიშვნელობა მუცლის ტიფის დიაგნოსტიკისათვის | 163 |
| პაპიტაშვილი მ. ქალთა გონორეული პრაქტიკების საკითხი | 270 |
| პარმა ი. ტუტეთა და მჟავათა წონასწორობისათვის კრუპოზული პნემონიის და ექსუდატიური პლევრიტის დროს | 5 |
| პარკაძე-მისაბიშვილი მ. [და ყიფშიძე ს.] ზურგის ტვინის ხორცმეტი | 95 |
| ჟვანია ლ. Hemihyperhydrosis-ის შემთხვევა | 337 |
| ჟვანია ლ. [და ყიფშიძე ს.] თალამური სინდრომი | 105 |

| | |
|---|-------------------|
| რუხაძე ა. [და ს. ყიფშიძე] ზურგის ტვინის კომპრესიის ლიპიდოლოლით დიაგნოსტიკის საკითხისათვის | 21 |
| სარაჯიშვილი პ. და შაცი მ. ლიპიდოლოლით ზურგის ტვინის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის | 26 |
| ფალავანდიშვილი გ. საქართველოს ჩიყვის კლინიკური და პათოლოგიურ-ანატომიური შესწავლისათვის | 255 |
| ქავთარაძე პ. თავის ტვინის ექინოკოკის ორი შემთხვევა | 176 |
| ქავთარაძე პ. დამსახურებული პროფესორი იაკობ ათანასეს ძე ანფიმოვი | 69 |
| ლოღობერიძე ბ. საკვერცხეების კისტომა და ორსულობა | 263 |
| ლოღობერიძე ბ. მომყოლის წინამდებარეობა | 348 |
| ყანჩელი თ. Маноилов-ის რეაქცია და მისი გამოყენება სულით ავადმყოფთა ენდოკრინული სისტემის გამოსაკვლევად | 331 |
| ყიფშიძე ნ. პროფესორი სპირიდონ ვირსელაძე | 231 |
| ყიფშიძე ს. და რუხაძე ა. ზურგის ტვინის კომპრესიის ლიპიდოლოლით დიაგნოსტიკის საკითხისათვის | 21 |
| ყიფშიძე ს. და პარკაძე-მისაბიშვილი მ. ზურგის ტვინის ხორცმეტი გამონობილი როგორც sclerosis desseinata | 95 |
| შაცი მ. [და სარაჯიშვილი პ.] ლიპიდოლოლით ზურგის ტვინის სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის | 26 |
| ჩარკვიანი ი. საშოს თანდაყოლილი უქონლობა და მისი ხელოვნურად შექმნა Baldwin-ის წესით | 365 |
| ჩახუნაშვილი ს. გარეშე სხეულები პერიტონეუმის დრუში | 188 |
| ჩიქოვანი ლ. ანკილოსტოზი სამეგრელოში | 43 |
| ჩიქოვანი ლ. რეტიკულო-ენდოთელიური სისტემის ფუნქციონალური გამოკვლევა ორსულობის დროს | 357 |
| ცეცხლაძე ვ. ანთროპომეტრიული მეთოდების დღევანდელი როლი სხეულის ფიზიკური განვითარების საკითხში | 149 |
| — ცეცხლაძე ვლადიმერ (ნეკროლოგი) | 135 |
| ცინცაძე ი. გულის თანდაყოლილი მანკების საკითხისათვის | 14 |
| ცომაია კ. ფილტვების ტუბერკულოზის ქირურგიული მკურნალობა | 50 |
| ცომაია კ. უნივერსალური კანქვეშა ემფიზემის შემთხვევა ხელოვნური პნევმატორაქსის დროს | 249 |
| ცხაკაია მ. Ruggi-Reich-ის წესი თიაქარკვეთისა, როგორც არჩევანი მეთოდი ბარძაყის თიაქრის ოპერატიული მკურნალობისა | 182 |
| ცხაკაია მ. ექიმ ე. თოდაძის პერმანგანატ-სინჯვის და პერმანგანატ კონსტანტის შესახებ | 287 |
| ჯავახიშვილი დ. ენდოკრინული პოლიატრიტის ორი შემთხვევა ე. წ. „გინეკომასტია“-სთან დაკავშირებით | 169 |
| ჯაფარიძე გ. ნაოპერაციევ ხანაში სუნთქვის ორგანოების მხრივ გართულების და მათი მკურნალობის საკითხისათვის | 341 |
| რეფერატები | 63. 215. 312. 397 |

