

F-260
1925

F

61(05)
თ-20
ეროვნული
ბიბლიოთეკა

გამოცემის წელი მეორე.

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური საბჭურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 12

დეკემბერი

1925

196 F-1540



ცაილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კლუბიუმის გამოცემა

ტფილისი



შ ი ნ ა ა რ ს ი

I. ს. ყიფშიძე. შესავალი ლექცია	83- 683
II. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:	
1. ა. მალაევი. ნაწლავების გაზომვის მეთოდის მოდიფიკაციისათვის .	709
2. გ. ლამბარაშვილი. რენტგენის სხივების ბიოლოგიური მოქმედების შესახებ	721
3. ა. მამულაიშვილი. კირჩხიბის სეროდიანოსტიკა Botého-ს რეაქციით	741
4. ვ. ჩახავა. მომყოლის და გარსების ნაწილების ჩარჩენა და მათი თერაპია	746
5. პ. სარაჯიშვილი. ნებით მოძრაობათა პრობლემისათვის ნევროპათოლოგიაში.	756
III. კორესპონდენციები	763
IV. რეფერატები.	772

Thanamedrové medecina

Sommaire

I. S. Kipchidzé. Leçon d' ouverture.	683
II. La médecine théorique et clinique.	
1. A. Malaëff. Au sujet de la modification de la méthode de la mensuration des intestins	709
2. G. Gambarachvili. L'action biologique des rayons de Röntgen	721
3. A. Mamoulaichvili. Séro-diagnostic du canser d'après la réaction de Botého	741
4. B. Tchakava. L'arrêt des parties du placenta et des induvies et son traitement.	746
5. P. Saradgichvili. Le problème des mouvements volontaires en névropathologie	756
III. Correspondances	763
IV. Revues.	772

სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტი.

ნერვების სნეულებათა კათედრა.

შ ე ს ა ვ ა ლ ი ლ ე ქ ც ი ა .

დოცენტი

სვიმონ შიფონია.

ღრმად პათივცემული ბ-ნო რექტორო! ნება მიბოძეთ განსაკუთრებულ მადლობა მოგახსენოთ იმ ყურადღებისათვის ჩემს მიმართ, რომელიც დღეს თქვენს აქ დასწრებაში გამოიხატება.

ბ-ნო დეკანო, პათივცემული ამხანაგებო! უპირველესად ყოელისა ნება მიბოძეთ უაღრესი მადლობა გამოვიცხადოთ იმ ნდობისათვის ჩემს მიმართ, რომელიც ჩემს არჩევაში გამოიხატა.

ბ-ნებო! თუ თქვენ, დღეს არაჩვეულებრივ მღელვარებას მატყობთ, ეს არ აიხსნება იმით, რომ მე პირველად მიხდება ლაპარაკი აუდიტორიის წინაშე, არამედ იმით, რომ იმ პასუხისმგებლობას ვგრძნობ, რომელსაც მე ვკისრულობ, სხვაც რომ არ იყოს რა, მე უნდა დავიკავო ადგილი ფრიად გამოცდილი და სამოსწავლო საქმეში გათეთრებული, დამსახურებული პროფესორის **ანფიმოვისა**, რომელმაც თავისი განსაკუთრებული ნიჭით და გამოცდილებით ჩვენს მოსწავლეთა შორის ასეთი პათივისცემა და სიყვარული დაიმსახურა.

დღეს ჩვენ აქ ჩვენს პროფესორთა შორის ვხედავთ მის მოწაფეებს, რომელთაც კიდევ ახსოვთ მისი მომხიბლავი შინაარსის და ფორმის ლექციები!

შემდეგ ბ-ნებო, მე ფრიად მადლევენ ის გარემოება, რომ ჩემს მიერ კათედრის ხელმძღვანელობის მიღება არ არის ჩვეულებრივი გადაცემა კათედრისა მემკვიდრისათვის.

როდესაც ძველ უნივერსიტეტებში კათედრა, რომელსაც ხანგრძლივი ბრწყინვალე წარსული აქვს, რომელსაც სამეცნიერო ტრადიციები უკვე გამომუშავებული აქვს და სამუშაო მექანიზმი მზადაა აქვს მუშაობისათვის გადაეცემა ახალ პირს, ახლად წოდებული მღელვარებას განიცდის იმის შესახებ, რომ ვაი თუ მან ვერ შესძლოს შენახვა უკვე არსებული ტრადიციებისა და ვერ აამუშაოს ის რთული მექანიზმი, რომელიც მას მიანდევს.

როგორი უნდა იყოს მღელვარება იმისა, ვინც თავის თავზედ ლებულობს არა მუშაობის გაგრძელებას, არამედ თვით სამუშაო მექანიზმის და ტრადიციების შექმნას, სამოსწავლო და სამეცნიერო გეგმის ცხოვრებაში გატარებას!?

თქვენ გრძობთ, მე დარწმუნებული ვარ, იმ ადამიანის მდგომარეობას რომლის ხელითაც უნდა იყოს ჩაქედლი ყოველი ლურსმანი მისთვის მიწოდებული დაწესებულებისა!

მიუხედავად ამისა, მე აქ მაინც იმ იმედით მოვედი, რომ დაუცხრომელი მუშაობით მე ვსძლევ იმ დაბრკოლებას, რომელიც წინ გადამელოდება და საქმეს სათანადო მიმართულებას მივსცემ.

რომ გზა სამეცნიერო მუშაობისა ია-ვარდით მოფენილი არ არის, ეს ყველასათვის ცნობილს ჭეშმარიტებას წარმოადგენს.

ამიტომ, გთხოვთ ნება მომცეთ გადავავლო თვალი ჩემი ცხოვრების იმ ეტაპებს, ურომლისოდაც დღეს მე არ ვიქნებოდი ის, რაცა ვარ, აღვნიშნო ის მომენტები, რომელთაც ჩემს ცხოვრებაში განსაკუთრებული როლი ითამაშეს და მადლობით მოვიხსენიო ის პირნი, რომელთაც თავისი ჩარევით ჩემი ცხოვრების მიმდინარეობაში, მას დღევანდელი მიმართულება მისცეს.

განა განსაკუთრებული მადლობის და პატივისცემის ღირსნი არ არიან ჩვენი მშობლები, რომელთაც ჩვენ აღვზარდეს, პატიოსანი მუშაობის მაგალითი მოგვცეს, სამშობლოსათვის ჩვენი ძალების შეწირვა გვასწავლეს?

და მე დღეს სასიამოვნო მოვალეობად ვსთვლი მოვიგონო ჩემი მშობლები, რომელიც დღეს შორს, მაგრამ სულით და გულით ჩემთან არიან. მე მალეღვებს მათი ჩემთვის თავდადებული მზრუნველობის მოგონება და ჩემი გული ამჟამად სავსეა მათ მიმართ სიყვარულით და მადლობით.

განა მადლობის ღირსი არ არის ჩვენი ოჯახი, რომელიც ჩვენთან ერთად იტანდა ყველა იმ მატერიალურ სიძნელეს, რომლითაც დართულნი არიან პირველი წლები ჩვენი სამეცნიერო კარიერისა?

მე სავსე ვარ ამ ჩემთვის განსაკუთრებულ მომენტში მადლობით ჩემი მეუღლის და შვილების მიმართ, რომელთაც შესძლეს შეგნებულად მათი კეთილდღეობის შეზღუდვა ჩემი სამეცნიერო მიზანის განხორციელებისათვის.

მე მსურს მოვიგონო ჩემი მასწავლებელნი, რომელთა მიმართ მე მძიმე ვალი მაწევს, რადგანაც ეს იმათი დამსახურება არის, რომ მე დღეს თქვენს წინაშე ამ მალალ ადგილზედ ვდგევარ!

უპირველესად ყოვლისა მე მახსენდება ჩვენი უნივერსიტეტის ანატომიის პროფესორი **ნიკოლოზ ალექსანდრეს-ძე ბატუფვი**, სამწუხაროდ უკვე განსვენებული, ამ მასწავლებელმა ჩემს განვითარებაში აღმოუფხვრელი კვალი დასტოვა.

ეს გატაცებული, თითქმის ფანატიკოსი მეცნიერი, ჩვენი საყვარელი მასწავლებელი იყო. იგი მშვენიერი ლექტორი იყო და თავის საგანს, რომელიც ასეთს სიძნელეს წარმოადგენს, დიდი სიყვარულით გადმოგვცემდა.

მან აღმძრა მე სიყვარული ნერვული სისტემის შენობის მიმართ, მან მომცა იდეა ნერვული სისტემის გამტარებელი მოდელის შექმნისა, იგი მამხნევებდა მე ჩემი მოსწავლეობის პირველი წლების განმავლობაში. მან გადმომცა დღესაც ჩემში ძლიერი სიყვარული მორფოლოგიის მიმართ, იმ მორფოლოგიისა, რომელიც საფუძველია ყოველი ბიოლოგიური ცოდნისა.

უკანასკნელ დღეებში მისი სიცოცხლისა მან შთაგონებითი კილოთი მითხრა: ჩემი დღენი დათვლილია, მე უკვე სრულიად მოკლებული ვარ სამეცნიერო

მუშაობის შესაძლებლობას, მაგრამ მე კმაყოფილი ვარ, როდესაც თქვენ—ახალგაზრდებს გხედავთ, როგორც ჩვენს მემკვიდრეებს. მე მრწამს, ბ-ნო ყოფშიძე, თქვენ სამეცნიერო მუშაობას შესძლებთ!

როგორი ამაღლევებელი უნდა ყოფილიყო მაშინ ჩემთვის ეს სიტყვები უკვე ავადმყოფობის მიერ სავარძელზედ მიჭედლის საყვარელი მასწავლებლის მიერ წარმოთქმულნი?

პროფ. **ბატუვმა** წარმადგინა მე ნევროპათოლოგიის კათედრის გამგის წინაშე, როგორც სასურველი მომავალი კანდიდატი მისი კლინიკის ორდინატორის თანამდებობაზედ და ამით ჩემს მიერ სპეციალობის არჩევის საქმეში გადამწყვეტი როლი ითამაშა.

უნდა მოვიხსენიო დიდი მადლობით ჩემი „alma mater“-ის ორი პროფესორი, რომელთა გავლენა ჩემს საზოგადო სამკურნალო განვითარებაზედ დაუვიწყარი დარჩება. ესენი არიან ფიზიოლოგიის პროფესორი *Вериги* და ფიზიოლოგიური ქიმიის პროფესორი *Медведев*-ი.

ამათა მშვენიერი ლექციებიდან მე შევადგინე სწორი შეხედულება ორგანიზმის უმთავრესი სასიცოცხლო ფუნქციათა მექანიზმების შესახებ, რომლითაც დღესაც ნაყოფიერად ვსარგებლობ. დაუვიწყარია პროფ. *Вериги*-ს ლექციები ნერვული სისტემის ორგანიზმისათვის მნიშვნელობის შესახებ, და მის მიერ გატარებული მშვენიერი ანალიზი კუნთ-ნერვების სისტემის მუშაობისა.

პროფ. *Медведев*-მა გადმოგვცა მაშინდელი დროისათვის თანამედროვე მდგომარეობა ორგანიზმის მასაზრდოებელ ფუნქციათა ფიზიოლოგიისა. ამ მასწავლებლის ლექციები ნიმუშია ნამდვილი სამეცნიერო ანალიზისა და ჩემთვის მიუხეველ იდეალად მესახება.

სრულიად განსაკუთრებული გავლენა ჩემს განვითარებაზედ ნევროპათოლოგიაში პროფესორს **ნიკოლოზ მიხეილის ძე პოპოვს** უნდა მივაწერო.

იგი განსაკუთრებული ნიჭის კლინიციისტი და პედაგოგი იყო.

აღზრდილი საფრანგეთში და გერმანიაში იგი *Charcot*-ს ხელმძღვანელობით *Salpêtrière*-ში და *Magnan* ის ხელმძღვანელობით პსიქიატრულ კლინიკაში პარიზში მუშაობდა. გერმანიაში მან რამდენიმე შრომა *Flexig*-ის ლაბორატორიიდან გამოაქვეყნა.

ჩემს დროს პროფესორი **პოპოვი** აღარ ეტანებოდა ლაბორატორიას, მაგრამ კლინიკურ შემთხვევების შესწავლაში ნამდვილი ვირტუოზი იყო.

მისი კლინიკური ანალიზები, რომელსაც იგი კლინიკურ მოცემულთა ანალიზს—*analysis datorum*-ს უწოდებდა, ნიმუშია ნამდვილი კლინიკური ანალიზისა, რომელიც ავადმყოფის ღრმა შესწავლაზედ ემყარება.

პროფესორი **პოპოვი** იყო აგრეთვე მშვენიერი ხელმძღვანელი სამეცნიერო მუშაობაშიც.

გარდა პრაქტიკული და სამეცნიერო ხელმძღვანელობისა, იგი მუდამ მიწევდა დახმარებას მატერიალური თვალსაზრისით: თავისი ავადმყოფების მკურნალობას იგი ხშირად მე მანდობდა, რაც ჩემს მშვიერ ბიუჯეტს დიდ დახმარებას უწევდა ხოლმე.

ეს იყო ადამიანი, რომლის გავლენა ჩემზედ სამუდამოდ დარჩება. ამისა-გან მაქვს მე მიღებული ძირითადი საფუძველი ჩემი კლინიკური განვითარებისა და სამოსწავლებლო გამოცდილებისა.

მიუხედავად იმისა, რომ მის შემდეგ, რაც მე მას დავსცილდი, ბევრი გამოცდილი და მსოფლიო მნიშვნელობის კლინიკისტიები გავიცანი, ძირითადი მე-თოდი ჩემი მუშაობისა პროფესორი პოპოვის მეთოდი დარჩება!

მით უმეტეს მიმაჩნია დღეს სასიამოვნო ვალად ჩემი მოხუცი მასწავლებელი გავიხსენო და მას აქედან შორს მყოფს გულითადი სალამი გაუფხავნო!

ჩვენს უნივერსიტეტში მე პატივი მქონდა მუშაობისა დანსახურებული პროფესორის **იაკოვ ათანასეს-ძე ანფიმოვის** ხელმძღვანელობის ქვეშ.

სასიამოვნო მოვალეობად მიმაჩნია მადლობის სიტყვებით მიემართო მას მისთვის გასაგებ ენაზედ:

Глубоко уважаемый Яков Афанасьевич!

Позвольте мне сегодня, в торжественный для меня день, когда я делаю пересмотр важнейших этапов моей научной карьеры, обратиться к Вам со словами сердечной благодарности. В продолжение последних лет я находился под влиянием тех теоретических и клинических воззрений, которые Вы, со свойственным Вам красноречием проповедывали со вверенной Вам кафедры и которые оставили во мне неизгладимый след.

Оставляя кафедру, Вы удостоили меня высокой чести, представив меня как достойного кандидата на кафедру нервных болезней родного мне Университета.

Чувствуя в данный момент всю тяжесть своей ответственности, я нахожусь опорой для своей дальнейшей деятельности в Вашем благосклонном ко мне отношении.

Позволю себе надеяться, что Вы не забудете дорогу в нашу обновленную нервную клинику, где Вы всегда встретите радушный прием. Еще раз позвольте мне принести Вам мою искреннюю благодарность ученика и наследника!

უკანასკნელი წელი მე უტხოვთში გავატარე და ვსარგებლობდი პარიზის სპეციალისტთა გამოცდილებით.

დიდი მადლობით უნდა მოვიხსენიო პარიზის ნერვების სნეულებათა კლინიკის გამგე პროფ. Guillain ი, გამოჩენილი ნევროპათოლოგი Babinski, პროფესორები H. Claude ი, Foix და Sicard-ი, ექიმი Bourguignon-ი, ექ. Bertrand-ი ჩემი ლაბორატორიაში ხელმძღვანელი.

1919 წლიდან სამშობლოში დაბრუნების შემდეგ მე ვიყავი მოწამე ჩვენი უნივერსიტეტის აღორძინებისა და განვითარებისა.

სად ვიქნებოდი მე დღეს, რომ განსაკუთრებული ნიჭის, ენერჯის და სამშობლოსადმი სიყვარულის მქონე პირთ არ განეზრახათ ჩვენს სამშობლოში უნივერსიტეტის დაარსება და მასში სამკურნალო ფაკულტეტის შექმნა.

ამ პირთა შორის პირველი ადგილი განა სამართლიანად არ ეკუთვნის უნივერსიტეტის დღევანდელ რექტორს, ჩვენი Alma-mater-ის ხელმძღვანელს და მუდმივ მის დარაჯს ღრმად პატივცემულს ბ-ნს **ივანე ჯავახიშვილს?**

ღრმად პატივცემულო ბ-ნო ივანე! მე სასიამოვნო მოვალეობად მიმაჩნია დღეს, ჩემთვის საზეიმო მომენტში აღვნიშნა თქვენი დაუღალავი და საკვირველი ტაქტით და ნიჭით გატარებული მუშაობა ჩვენი უნივერსიტეტის აღორძინებისათვის.

თქვენ გეკუთვნით სახელი ჩვენში უმაღლესი სამეცნიერო კერას შექმნისა და ჩვენი უცხოეთში გაფანტული ძალების შეკრებისა.

თქვენი განსაკუთრებული ყურადღება სამკურნალო ფაკულტეტის მიმართ და ჩემთვის ამ უამად მონდობილი დაწესებულებისადმი მანხნეებდა და იმედს მძლევდა, რომ ჩვენ მოვახერხებდით დაგვეარსებია ნევროპათოლოგიის შესწავლის კერა; ნება მომეცით გულითადი და თავმდაბალი მადლობა გამოგიცხადოთ იმ ძვირფასი დარბევისა და მორალური დახმარებისათვის, რომელიც არა ერთხელ თქვენგან მიმიღია! ეს დახმარება მიორკეცებდა მე ენერგიას წარსული წლების მძიმე პირობებში.

ჩემი სამეცნიერო მოღვაწეობის დროს მე მუდამ ვპოულობდი თანაგრძნობას და დახმარებას პროფესორთა შორის.

ბ-ნო ალექსანდრე ნიკოლოზის ძევ! (პროფ. ნათიშვილს) საქართველოში დაბრუნებისთანავე პირველი, ვისაც მე მივმართე, თქვენ ბრძანდებოდით.

მე ვერ ვიტყვი დღეს, რით იყო გამოწვეული ეს არჩევანი, მაგრამ მე მალე დავრწმუნდი, რომ მე მართალი ვიყავი. არა ერთხელ მოგმართეთ მე თქვენ რჩევისა და დახმარებისათვის და ყოველთვის დაკმაყოფილება მივალე.

თქვენ მიიღეთ საყურადღებო მონაწილეობა ჩემი სადისერტაციო შრომის შეფასებასა და გატარებაში.

თქვენ გაიწიეთ დაუფასებელი მორალური დახმარება ჩემთვის კრიტიკულ მომენტში და მე თქვენს მიმართ გადაუხდელი ვალი მაწევს.

დღეს მე გამსჭვალული ვარ თქვენს მიმართ პატივისცემით. მე ვითვალისწინებ და ვაფასებ თქვენს დიად შრომას ჩვენი ფაკულტეტის შექმნის საქმეში და ალტაცებით შევყურებ თქვენს სასარგებლო მოღვაწეობას.

რამდენიმე წლის განმავლობაში თქვენ შეიმუშავეთ ანატომიური ტერმინოლოგია, რომელიც გახდა ძირითადი სამკურნალო დარგისათვის, შექმენით ანატომიური მუზეუმი დიდი ღირებულებისა და დაამყარეთ ნამდვილი აკადემიური ტრადიციები თქვენი სპეციალობის შესწავლისა.

ნება მიბოძეთ თქვენი მოღვაწეობა ჩვენთვის იდეალად დავისახოთ და ჩვენი სუსტი ძალებით თქვენსავე იდეალს ვემსახუროთ!

როდესაც ჩვენი ფაკულტეტის წინსვლაზედ ვლაპარაკობ, არ შემიძლია არ შევეხო სამკურნალო ფაკულტეტის ყოფილი დეკანის მოღვაწეობას.

ბ-ნო ალექსანდრე სტეფანესძევ! (პროფ. ალადაშვილს) მე მოწამე ვარ იმ აღმშენებლობისა, რომლის ავტორი თქვენ ბრძანდებით ამ უკანასკნელი წლების განმავლობაში. თქვენი მეოხებით, თქვენ მიერ წარმოებულ მედგარი ბრძოლის საშუალებით ჩვენ გაეხდით პატრონი მრავალი სამკურნალო დაწესებულებათა.

თქვენ, ალბად, გახსოვთ ის უნდობლობა, რომელსაც ქონდა ადგილი დასაწყისში და თქვენ ხელდავთ, როგორი ნდობით გვეპყრობიან დღეს!

ეს გადატრიალება აღნიშნულ ურთიერთობაში მე თქვენ დამსახურებულ მიმაჩნია.

პირადათ მე ნება მომეცით ჩემთვის მონდობილი დაწესებულების სახელით მადლობა გამოგიცხადოთ იმ ყურადღებისათვის, რომელითაც თქვენ მას ეპურობოდით და ეპურობით დღესაც!

ნება მომეცით მადლობის სიტყვით მივმართო იმ პირს, რომელნიც ჩემთან ერთად მუშაობდენ ჩემს „Alma mater“-ში“ როგორც მასწავლებლები და როგორც მეგობარნი.

ბ-ნო სვიმონ! (პროფ. გოგიტიძეს) არა ერთხელ შექონია მე საშუალება თქვენი მდიდარი გამოცდილებით და დარიგებით სარგებლობისა. თქვენში მუდამ ვნახულობდი მე, როგორც უცხოეთში, ისე სამშობლოში კეთილის მსურველს და დამრიგებელს. თქვენი მუდმივი ზრუნვა ჩემი სამეცნიერო მიმართულების სწორ გზაზედ დაყენებისათვის ჩემთვის მუდამ ძვირფასი იყო და ასეთივე დარჩება.

სასიამოვნო ვალად ესთვლი მადლობის სიტყვით მივმართო ჩემს მეგობრებს პროფესორებს **ბ-ნ იოველ ქუთათელაძეს, ბორის ლოლობერიძეს, ვლადიმერ ულენტს.** რომელთა მორალური და ამხანაგური დახმარებით უხვად ვსარგებლობდი ჩემი სამეცნიერო კარიერის მიმდინარეობაში.

უნდა მოვიხსენიო ევროპიული სახელის მქონე პროფ. **ბერიტაშვილი,** რომელთანაც პატივი მქონდა ერთი წლის განმავლობაში მემუშავებია და რომლის ლაბორატორიაში გავეცანი პრაქტიკულად ნერვული სისტემის ფიზიოლოგიურ გამოკვლევას.

უმცროს მასწავლებელთა წრეში ვაწარმოებდი მე აქტიურ მუშაობას. ჩემი წინადადებით იყო შექმნილი ე. წ. სემინარიუმები, სადაც შემდეგში გაჩაღდა ნამდვილი სამეცნიერო მუშაობა.

დღეს ამ კოლეგიამ შესძლო საკუთარი მშვენიერი ჟურნალის დაარსება.

მე მინდა უსურვო ამხანაგებს წარჩინება მომავალში და მადლობა უძღვნა იმ მოპყრობისათვის, რომლის საგანი ვიყავი მე ამ წრეში.

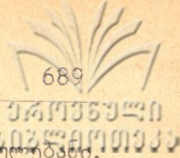
იმედი მაქვს ნებას მომცემთ, პატივცემულო ამხანაგებო, ჩემი აზრები გავიზიაროთ ისე, როგორც ამას ძველად ქონდა ადგილი.

ჩემი დღევანდელი ლექციის საგანია განხილვა ნევროპათოლოგიის მიღწევათა ამ უკანასკნელი 15—20 წლის განმავლობაში.

მოკლედ და ნათლად ნევროპათოლოგიის საგნის განმარტება ადვილი არ არის.

საზოგადოთ მიღებული სახელი „ნერვული სნეულებანი“, აღნიშნავს მხოლოდ ნაწილს ჩვენი საგნისას.

სინამდვილეში სნეულებანი, რომელიც ჩვენი შესწავლის საგანი არიან, წარმოადგენენ არა მარტო ნერვების, არამედ მთელი ნერვული სისტემის მოშლილობათ: ტვინისა და ნერვების სნეულებათა შესწავლა და მკურნალობა არის ჩვენი საგნის შინაარსი.



მაგრამ ეს განმარტება ფართო იქნება, რადგანაც ის ტვინის სნეულებას, რომელთა მიმდინარეობაში უმთავრესი ადგილი სულიერ მოვლენებს უჭირავთ— პსიქიატრიის საგანს შეადგენენ.

ეს სნეულებანი მოსაზღვრე სამეცნიერო დარგის საგანი არის.

არის ისეთი სნეულებანი, რომელნიც მიუხედავად იმისა, რომ ისინი დართულნი არიან მრავალი სულიერი ნიშნებით, მაინც ნევროპათოლოგიის საგანს შეადგენენ. ესენი არიან ე. წ. ნევროზები: ისტერია, ნევრასტენია და პსიქასტენია.

ეს ნევროზები ან, როგორც პსიქიატრები ამბობენ, პსიქონევროზები, შეისწავლება აგრეთვე პსიქიატრიულ კლინიკაში, თუ ეს ავადმყოფები ამ დაწესებულებაში მოხვდებიან ხოლმე.

ნევროზები შეადგენს დარგს, რომელიც ქმნის ხიდს ნევროპათოლოგიასა და პსიქიატრიის შორის.

პრაქტიკულად კი ავადმყოფობას პსიქიატრიის საგნად ისეთი სულიერი მოვლენები ხდის, რომელთა მოვლა სპეციალურ ორგანიზაციას მოითხოვს, ისეთს ორგანიზაციას, რომლის განხორციელება ჩვეულებრივ სომატიურ საავადმყოფოში შეუძლებელი ხდება.

დანარჩენი ფორმები ტვინის და ნერვების დაავადებისა შეისწავლება ნერვების სნეულებათა კლინიკაში, მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს პსიქიატრების მისწრაფება სნეულებათა ამ ნაწილის თავის კლინიკებში მონოპოლიური შესწავლისაკენ.

15 წელიწადი თუ იქნება მის შემდეგ, რაც ერთს იუმორისტიულ ჟურნალში ასეთს სურათს შეხვდით:

თმა გაწეწილ ქალს ისტერიული შეხედულებისას ორი გამოჩენილი კლინიციისტი თავისკენ ეზიდებოდა: ერთი ამათგანი გამოჩენილი ნევროპათოლოგი Dejerine-ი იყო, მეორე კი არა ნაკლებ ცნობილი პსიქიატრი Gilbert Balet-ი.

დღესაც ასეთი მისწრაფება არსებობს. უცხოეთში ზოგან პსიქიატრიულ საავადმყოფოს „შეშლილთა თავშესაფარს“ უწოდებენ. ასეთი სახელი არ იზიდავს ამ დაწესებულებისაკენ ნევროზებით შეპყრობილთ და ამის გამო ზოგი პსიქიატრი არკმევს თავის დაწესებულებას: თავის ტვინის და ნერვების სნეულებათა კლანიკას, და შე-მდკომლობს მთავრობას წინაშე, რომ სახელწოდება „შეშლილთა თავშესაფარი“ მოსპობილი იყოს.

საფრანგეთში დიდი ამბიოზ გაუცხადეს პსიქიატრიულ კლინიკას, რომ მას ამიერ „პსიქიატრიული საავადმყოფო“ დაერქმევა.

უმეტესობას არც ეს სახელი მოსწონს და რომ სრულიად მოსპონ შიში ამ დაწესებულებათა მიმართ, არკმევენ ახლად შექმნილ საავადმყოფოებს „პსიქოთერაპიულ დაწესებულებას“. ამისდა მიუხედავად დიდი ნაწილი ნევროზებისა მაინც ნერვების სნეულებათა კლინიკის საგნად რჩება.

ეს ნაწილი აკავშირებს მას პსიქიატრიულ კლინიკასთან. როგორც პსიქიატრისათვის აუცილებელ საჭიროებას ნევროპათოლოგიის ცოდნა შეადგენს, ისე ნევროპათოლოგისათვის პსიქიატრიის ცოდნა საჭირო.

უამისოდ ნევროზების სულიერ სნეულებასთან დიფერენციაცია შეუძლებელი იქნებოდა!

მაშასადამე ტვინის და ნერვების სნეულებათა შესწავლა წარმოადგენს ჩვენს საგანს ისე, როგორც შინაგანი ორგანოების სნეულებათა შესწავლა შინაგანი მედიცინის საგანს წარმოადგენს, თვალის სნეულებათა შესწავლა ოფტალმოლოგიის საგანს და სხვა ..

რამდენად რთული შენობისა არის ის ორგანო, რომელსაც ტვინი ეწოდება და რამდენად ძნელია მისი ანატომიური შესწავლა, ეს ყველამ კარგად იცის.

რომ ერთბაშად წარმოგიდგინოთ დიზიკური განსახება ამ სირთულისა, მე ვისარგებლებ ჩემს მიერ 15 წლის წინად შექმნილი ტვინის სქემატიური მოდელით, რომელიც შეიცავს ტვინის გამტარებელ გზებს.

ეს მოდელი მხოლოდ მკრთალ წარმოდგენას გვაძლევს ტვინის გამტარებელი გზების შესახებ, იმ გზებისა, რომელთაც შეყავთ ტვინში სხვადასხვა შეგრძნებანი და ტვინის შიგნით არსებული ცენტროების საშუალებით გადასცემს ორგანიზმის სამოძრაო მექანიზმებს ბრძანებას ამა თუ იმ მიზანშეწონილი მოძრაობის განხორციელებისათვის.

ეს ის მექანიზმია, რომლის საშუალებით ორგანიზმი აწარმოებს ავტომატიურად ისეთს რთულ ოპერაციებს, როგორც ფორტეპიანოზედ დაკვრა ან გაჭიმულ ბაწარზედ სიარულის დროს წონასწორობის შენახვა.

აქვე ვამჩნევთ ამ ორგანოს შენობაში არსებულს მშვენიერ და ლამაზ გეგმას.

კიდევ უფრო ლამაზი და მომხიბლავი შეხედულებისა არის ტვინის შენობა შეღებულ მიკროსკოპიულ პრეპარატებზედ.

Fantoni ორასი წლის წინედ სწერდა: „Camera obscura, textura obscura, functiones obscurissime.“

ამდენად დაბალ ხარისხზედ იდგა იმ დროს ტვინის აგებულების ცოდნა.

დღეს Fantoni-სათვის საიდუმლოთი მოცული კამერა განათებულია, იგი გამსჭვირვალეა ჩვენთვის, მაგრამ მრავალი ადგილი ამ კამერისა, მიუხედავად აუარებელი დახარჯული შრომისა, კიდევ ბუნდოვანად გვესახება.

Mendelssohn-ი დიდი ხანი არ არის, რომ სწერდა: „Le cervelet est loin de nous livrer tous ses mystères.“

ეს მოდელი არ შეიცავს ნერვული სისტემის იმ ნაწილს, რომელიც ორგანოთა მუშაობის რეგულიაციას აწარმოებს. ამ სისტემას ორგანო-ვეგეტატიური ნერვული სისტემა ეწოდება, ან ავტონომიური, იმიტომ რომ მას ცენტრალურ ნერვულ სისტემისაგან დამოუკიდებელი მუშაობა შეუძლია.

ეს სისტემა არა ნაკლებ სირთულეს წარმოადგენს, ვიდრე აქ წარმოდგენილი უმთავრესი ნაწილი ცენტრალური ნერვული სისტემისა. იგი მჭიდროდ, ანატომიურად დაკავშირებულია ტვინთან.

ცხადია ბ ნებო, ასეთი რთული შენობის ორგანოს სნეულებათა შესწავლის დროს, საჭირო იქნება ფრიად ოსტატურად შედგენილი გეგმის გატარება და გარდა ამისა ცოცხალი სურვილი ტვინის სნეულებათა საიდუმლოების გაცნობისა.

საგანი გამტაცებელია, გზა ბნელი და მიზანი შორეული! მიუხედავად იმ სირთულისა, რომელსაც ჩვენ აქ ვხედავთ, ჩვენი დარგი განვითარების ფრიად მაღალ საფეხურზედ სდგას.

იგი წარმოადგენს ამ ჯამად არა ნარტო ვიწრო სპეციალურ საგანს, არამედ საგანს საერთო და ზოგადი მნიშვნელობისას, რომლის ცოდნა საჭიროა მედიცინის ყველა დარგების შეგნებულ წარმომადგენელთათვის! ამას ახლო შედეგი ნათლად გვიჩვენებს.

რომ თქვენთვის ადვილად წარმოსადგენი გახდეს ის მიღწევანი ჩვენი დარგისა, რომლის მოწამენი ჩვენ დღესა ვართ, ნება მომეცით შევადარო ნევროპათოლოგიის დღევანდელი მდგომარეობა მის მდგომარეობას 15-20 წლის წინად.

აქედან თქვენთვის ცხადი იქნება რას გვასწავლიდნენ ჩვენ მაშინ და რა უნდა ვასწავლოთ ჩვენ დღეს.

დავიწყებ პერიფერიული ნერვული სისტემიდან.

უკვე ჩვენს დროს ამ ნაწილს ფრიად დიდს მნიშვნელობას აძლევდნენ, რადგანაც სწორედ პერიფერიული ნერვების დაავადება იძლეოდა საუკეთესო შედეგებს მკურნალობის მხრივ. ერთი და იგივე სინდრომი გამოწვეული პერიფერიული ნეირონის პერიფერიული ნაწილის, ე. ი. ნერვის დაზიანებით და მისი ცენტრალური ნაწილის, ე. ი. ნერვული უჯრედის დაზიანებით, პირველ შემთხვევაში იძლევა კარგს პროგნოზს, მეორეში კი ძლიერ ცუდს.

ამიტომ ნერვების სნეულებათა გამოყოფას დიდი დიაგნოსტიური მნიშვნელობა ჰქონდა.

ჩვენ ვიცნობდით სინდრომებს ყველა ნერვების ცალკე დაზიანებისას — მონონევრიტებს, მათი მრავლობითი დაზიანებისას — პოლინევრიტებს, ნერვების ტრავმატიული დაზიანების სინდრომებს.

ჩვენ ვიცოდით ნევრიტების და ნევრალგიების ფიზიოთერაპიული წამლობა, ელექტროდიაგნოსტიკის საშუალებით ჩვენ ვერკვეოდით ნერვების დაზიანების სიმძიმის საკითხში.

არსებობდა ოპერატიული წამლობა ნერვების ტრავმატიულ დაზიანებათა. მაგრამ ჩვენი მომზადება ამ მხრივ საკმარისი არ გამოდგა მსოფლიო ომის მიერ წამოყენებულ პირობებში.

მრავალი ჭრილობა ნერვებისა მოითხოვდა მათ მკურნალობას, მრავალი ჭრილობა მოითხოვდა მათ მიერ გამოწვეულ დავრდომილობის ხარისხის გამოკვლევას და დავრდომილის სათანადო დაკმაყოფილებას; ისმებოდა საკითხები:

- a) როგორია დაზიანება?
- b) შეიძლება მისი განკურნვა, თუ არა?
- c) რამდენად განსაკურნავია იგი?
- d) რამდენს ხანს უნდა იყოს განთავისუფლებული ჭრილობის მქონე?
- e) რამდენად შენახულია ორგანიზმის ფუნქცია მიუხედავად არსებული ჭრილობისა?

გარდა ამისა მსოფლიო ომმა წამოაყენა მაგალითები ისეთი ტკივილებისა, რომელიც ნევრალგიების უცნობ ფორმას წარმოადგენდა და უცნაური ფორმები კიდურების კონტრაქტურებისა მიუხედავად არსებული სრულიად მჩატე და უმნიშვნელო ჭრილობათა.

დიდი და განმაკვიფრებელი ენერჯის მუშაობა, რომელიც ახასიათებს მათგან მსოფლიო ომის ხანას, შედეგად იძლევა პასუხებს მრავალ პათოლოგიურ საკითხებზედ.



მოკლე ხანში აუარებელ მასალაზედ შეისწავლეს სპეციალური სინდრომების სრული და ნაწილობრივი დაზიანებისა, ე. წ. დისოციაციური სინდრომები, ნერვების წნულთა და ფოსოთა დაზიანების კლინიკური სურათები.

განსაკუთრებულ დაზიანებათა შორის ისწავლეს გარჩევა ნერვების დაქვეითებითი დაზიანებისა და მათი გამაღიზიანებელი დაზიანებისა.

განსაკუთრებული პრაქტიკული მნიშვნელობის შეძენა ამ ხანაში ნერვის სრული გადაჭრის და მისი დაზიანების გარჩევა, რადგანაც პირველ შემთხვევაში საჭიროა ნერვის ნაწილების შეერთება ნაკერავით, მეორეში კი ოპერაცია სრულებით ზედმეტია.

ნერვების შეკერვის საკითხის მოწესრიგება შეადგენს ამ პერიოდის დიდს მიღწევას.

„როდის უნდა შეიკეროს ნერვი?“

— მაშინ, როდესაც იგი სრულიად გადაჭრილია. „როგორ უნდა გამოვიცნოთ ნერვის სრული გადაჭრა, როდესაც მისი ძლიერი ფუნქციონალური დაზიანება კუნთების სრულ უძრაობას იძლევა ისე, როგორც სრული გადაჭრის დროს?“

— თუ ასეთი საკითხი ისმება, საჭიროა მოცდა და შემდეგ საკითხის გადაჭრა იმის მიხედვით, ხდება რეგენერაცია ნერვისა თუ არა: გადაჭრილი ნერვი რეგენერაციას არ იძლევა, ფუნქციონალურად დაზიანებული კი მოკვცემს რეგენერაციას რამდენსამე კვირაში.

„რამდენხანს შეიძლება ცდა, რომ გადაჭრილი ნერვის შეკერვამ კიდევ რიგიანი შედეგი მოგვცეს?“ — 5—6 თვე.

პასუხები სრულიად გარკვეულია. აჩქარება საჭირო არ არის. თუ რეგენერაცია არ ხდება, შეკერე ნერვი მხოლოდ ამ შემთხვევაში.

„რამდენი დროა საჭირო ნერვების რეგენერაციისათვის და როგორ გავიგოთ ხდება იგი, თუ არა?“

— ნერვების რეგენერაცია ფაქტია, მაგრამ მისი განხორციელებისათვის საჭიროა განსაზღვრული დრო. იგი განსაზღვრული სისწრაფით სწარმოებს: საჯდომი ნერვი, რომელიც შეკერილი იყო ბარძაყზედ, იზრდება ერთი მილიმეტრის სიჩქარით დღეში. იგი მიახწევს კოჭამდე 5—6 თვის განმავლობაში.

რეგენერაციის ნიშნების დაკვირვება საშუალებას გვაძლევს დავადასტუროთ თუ უარყოთ იგი.

ამ საკითხებზედ ომის წინ სწორი პასუხის გაცემა ყოვლად შეუძლებელი იყო.

რაც დაზიანების ხარისხის დიაგნოსტიკას შეეხება, ეს სრულიად დამოკიდებულია ნერვების და კუნთების ელექტრული აგზნებულების გასინჯვაზედ.

კლასიკური ელექტროდიაგნოსტიკა, ისე როგორც დღევანდელი, ემყარება ნერვების და კუნთების აგზნებულობის შესწავლაზედ. ამ აგზნებულების შესწავლა პერიფერიული ნერვული სისტემის სხვა და სხვა გვარი დაზიანების დროს საშვალებას გვაძლევს დავადასტუროთ განსაკუთრებული ელექტრული სინდრომის არსებობა, რომელიც ახასიათებს ნერვის სრულს ან ნაწილობრივ დაზიანებას.

გადაგვარების სრული რეაქცია და გადაგვარების ნაწილობრივი რეაქცია ნიშნები არიან პირველი—ნერვის მძიმე დაზიანებისა, მეორე კი მისი ზერელი

დაზიანებისა; გადაგვარების რეაქციის ხარისხის შესწავლა პასუხს იძლევა ნოსტიული საკითხების შესწავლის დროს.

მაგრამ კლასიკურმა ელექტროდიაგნოსტიკამ არ გაამართლა ომის დროს მასზე დამყარებული იმედები: შემთხვევები, რომელნიც მხატვრულ სინდრომს იძლეოდნენ, მძიმე გამოდგნენ და წინააღმდეგ.

საჭირო გახდა არსებულ ელექტრულ ფორმულათა რევიზია. ამას შედეგად მოყვა ელექტრული ფორმულის შეზღვევნილი ნაწილების გადაფასება და გადახალისებული ელექტროდიაგნოსტიკის დამყარება.

ამავე წლებში იბადება ახალი პრინციპი ელექტრული აგზნებულების გამოკვლევისა, რომელიც მოითხოვს სრულიად სპეციალურ აპარატურას. ამ მეთოდს, რომელიც Weiss-ის, Horweg-ის, Lapique-ის, და რამდენადაც ეს ადამიანს ეხება, Bourguinion-ის მეოხებით დამყარდა—ქრონაქსიის მეთოდი ეწოდება.

თუ კლასიკური დიაგნოსტიკა კუნთის შეკუმშვის ხასიათის შესწავლაზედ ემყარებოდა და იკვლევდა ნერვ-კუნთის დამოკიდებულებას გაღვანიურ და ფარადიულ ნაკადებთან, ახალი მეთოდი აქცევს ყურადღებას მხოლოდ იმ დროის ხანგრძლივობას, რომელიც საჭიროა, რომ მინიმალური ნაკადით შეკუმშვა გამოიწვიოს.

Dubois Raymond-ის კანონით არც ნაკადის ინტენსივობას—მის ვოლტაჟს, არც მის ნერვ კუნთში გატარების ხანგრძლივობას მნიშვნელობა არა აქვს შეკუმშვისათვის. ამ შეკუმშვას მხოლოდ ინტენსივობის რხევა იწვევს.

Weiss-ი, Horweg-ის და Lapique-ის აზრით კი ნაკადის ინტენსივობისა და იმ ხანგრძლივობის შორის, რომელსაც ის კუნთში უნდა გადიოდეს, პარდაპირი დამოკიდებულება არსებობს: რამდენად მეტია ნაკადის ინტენსივობა, იმდენად ნაკლებია მისი გატარების ხანგრძლივობა, რომელიც შეკუმშვას გამოიწვევს და წინააღმდეგ.

და თუ კუნთის გასალიზიანებლად ავიღებთ იმ ინტენსივობას, რომელიც მინიმალურ შეკუმშვას იწვევს, მაშინ ის ხანგრძლივობა, რომელსაც იგი კუნთში გაივლის—ქრონაქსიას მოგვცემს. მაშასადამე ქრონაქსია გვესახება როგორც დრო, როგორც ნაკადის ხანგრძლივობა.

იგი იზომება წუთის მეათასედის ნაწილებით—სიგმებით, მაგალითად:

შუათანა ნერვი წინამხარზედ 0,2 20.

„ „ ხელზედ 0,2 36.

ნორმალური ქრონაქსია ირხევა ფიზიოლოგიურ პირობებში 0, 20-დან 0, 36 ამდე.

პათოლოგიურ პირობებში იგი ათჯერ მეტია გადაგვარების დაწყებითი სტადიაში, 15-ჯერ მეტი, როდესაც შეკუმშვა ჭიისებრ ხასიათს იღებს, 100-ჯერ მეტი, როდესაც შეკუმშვა მიოტონიურ ხასიათს იღებს.

ქრონაქსიის ცვლილება თან სდევს ნერვის და კუნთის მოქმედების პირობების შეცვლას და იგი ფრიალ მგრძნობიარე რეაგენტს წარმოადგენს ნერვ-კუნთის მდგომარეობისათვის.

ამიტომ ამ მეთოდის დიაგნოსტიკური და პროგნოსტიკული მნიშვნელობა ფრიალ დიდი არის.

თუ ამ მეთოდის საშუალებით გადავსინჯავთ კლასიკური ელექტროდიანოსტიკის მოცემულთ, დავრწმუნდებით, რომ იქ ბევრი რამ შესაცვლელი იქნება. ასეთი მუშაობა გაატარა ექიმმა Bourguignon-მა, გამოჩენილმა ელექტროლოგმა, რომელიც პარიზის ნერვების სნეულებათა კლინიკის ელექტროლოგიურ ლაბორატორიას განაგებს.

მისი დასკვნით პოლიუსების გაუკუღმართებას (Brenner-ის ფორმულის ინვერსიას) არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს, რადგანაც ცხადია დღეს, რომ გამაღიზიანებელი თვისება მხოლოდ ერთს პოლიუსს უნდა მივაკუთვნოთ.

მანვე დაამტკიცა, რომ მოტორული წერტილი კუნთში ნერვის შესვლის ადგილი კი არ არის, არამედ მისი გატოტვის ადგილია, რომ აგზნებულების დაქვეითება შედეგია არა ბოჭკოების აგზნებულების დაქვეითებისა, არამედ შედეგია აქ ბოჭკოების რიცხვის შემცირებისა და, მაშასადამე, კუნთის შეკუმშვის აბნეტიულის შემცირება პროპორციონალურია მისი ბოჭკოების რიცხვის შემცირებისა და, ამიტომ, მაჩვენებელია კუნთში და ნერვში განვითარებული გადაგვარებითი პროცესის ინტენსივობისა.

როგორც გადახალისებული კლასიკური ელექტროდიანოსტიკა, ისე ქრონაქსიის მეთოდის შემუშავება დიდს უპირატესობას გვაძლევს პერიფერიული ნერვების დაზიანებათა დიანოსტიკის დროს.

ახალი მეთოდების დამუშავების სახელი საფრანგეთის მეცნიერებს ეკუთვნის.

ელექტროფიზიოლოგია იბადება საფრანგეთში Duchenne-ის წყალობით, ფრიად მღაერს განვითარებას ღებულობს გერმანიაში Erb-ის მეოხებით და ხელახლად სწრაფ განვითარებას ისევ საფრანგეთში განიცდის.

ზურგის ტვინის პათოლოგიაშიც დიდი ნაბიჯია გადადგმული ჩვენს დროში. **ბეხტერევი** ერთს თავის შრომაში ამაყობდა იმით, რომ ნევროლოგებს ზურგის ტვინში ბალისოდენა ხორცმეტის აღმოჩენა შეუძლიათ და გარდა ამისა ამ მცირე ხორცმეტის ლოკალიზაციის აღმოჩენაც შესაძლებელიაო. ჩვენს დროში ასეთი ლოკალიზაციის აღმოჩენა აღარავის აკვირვებს.

ომის დროს ზურგის ტვინის ჭრილობათა შესწავლამ დიდი მასალა მოგვცა.

შესწავლილი იყო სრული სიმპტომატოლოგია ზურგის ტვინის სრული გადაჭრისა, მისი ნაწილობრივი დაზიანებისა და კომპრესიისა. (Roussy – Lhermitte) დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა სწორედ ზურგის ტვინის კომპრესიის ნიშნების შესწავლას აქვს

P. Marie-მ და Foix-მ ერთის მხრივ და Babinski-მ მეორე მხრივ შეისწავლეს ე. წ. დაციითი რეფლექსები ამ კომპრესიის დროს.

დაციითი რეფლექსების შესწავლა ფრიად მნიშვნელოვან მოვლენას წარმოადგენს კომპრესიათა მიმდინარეობაში. ამავე დროს არსებობენ ფრიად მკაფიოდ გამოხატული ნიშნები პირამიდების დაზიანებისა Babinski-ს ნიშნით.

ამათი მიხედვით და მგრძნობელობის მოშლის დონეს გათვალისწინებით შესაძლებელია ხორცმეტის განვითარების დონეს განსაზღვრა, რაც აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს საოპერაციო ჩარევის დროს.

ცნობილია ის ცუდი სახელი, რომელიც თერაპიული თვალსაზრისით ზურგის ტვინის სნეულებათა აქვთ. ესენი განუკურნავ სნეულებათა მაგალითს წარ-

მოადგენდნენ და მათ შორის ისეთი ფორმების გამოყოფას, რომელთა მკურნალობა შესაძლებელია, დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

ამიტომ ტვინის კომპრესიათა დიაგნოსტიკის განვითარებამ დიდი გაუმჯობესება შეიტანა საოპერაციო ჩვენებათა დაყენებაში.

მაგრამ ნამდვილი ვადატრიალება ამ დარგში **ლიპიდოლის მეთოდს** შემოაქვს, რომელიც საფრანგეთის პათოლოგს პროფ. J. Sicard ს, Widal ის და Dejerine-ის ნიჭიერ მოწაფეს ეკუთვნის.

1923 წლის რვა ივნისს Sicard-ი აქვეყნებს ნევროპათოლოგთა ინტერნაციონალურ კონგრესზედ ლიპიდოლით ზურგის ტვინის ხორცმეტების რადიო-დიაგნოსტიკის მეთოდს. საკმარისიაო, ამბობს იგი, 1—2 გრამი ლიპიდოლის შესააქუნება ზურგის ტვინის სუბ-არაქნოიდალურ სივრცეში, რომ ეს სითხე თავისი სიმძიმით ქვეთიკენ დაეშვას, ხორცმეტის დონეზედ გაჩერდეს და ამით ხორცმეტის ზედა საზღვარი აღნიშნოსო, რადგანაც lipiodol-ი რენტგენის სხივებისათვის გამსჭვირვალე არ არისო.

ამ მეთოდის საშუალებით მას გამოუკვლევია ხორცმეტების ლოკალიზაცია და უწარმოებია საოპერაციო ჩარევა; 1924 წ. და ოცდა მეხუთე წლებმა მისცეს ამ მეთოდს მოქალაქეობრივი უფლება ნევროპათოლოგიაში.

მაშინ, როდესაც Babinski-მ მთელი თავისი ბრწყინვალე პრაქტიკული მოღვაწეობის მიმდინარეობაში დასტაქარ De Martel თან ერთად 13 ოპერაცია გაუკეთა ზურგის ტვინით დაავადებულთ, ამავე ავადმყოფთ Sicard-მა Robineau-ს დახმარებით სამი წლის განმავლობაში ორმოცი საოპერაციო ჩარევა აწარმოვა.

მრავალი სრული განკურნება და მრავალი გაუმჯობესება მიუღლიათ მათ ამ საშინელი სენის დროს.

Sicard მა სულ უკანასკნელ დროში კიდევ გააუმჯობესა თავისი მეთოდი. მან მოამზადა ისეთი ლიპიდოლი, რომელიც ზურგის ტვინის სითხეზედ უფრო მჩატეა და ქვედა ნაწილში შესხაპუნებული ზევითკენ მიდის.

თუ სუბარაქნოიდალური სივრცე თავისუფალია, იგი ტვინის პარკუჭებს აწევს, თუ გზა თავისუფალი არ არის იგი შეჩერდება. ზურგის ტვინის ხორცმეტების შემთხვევაში, იგი ხორცმეტის ქვედა საზღვარს აღნიშნავს. თუ ვაწარმოებთ გამოკვლევას ორთავე — მძიმე და მჩატე ლიპიდოლის საშუალებით, მაშინ ხორცმეტის ზედა და მისი ქვედა საზღვარიც გვეცოდინება.

მეტე სისწორის მოთხოვნა შეუძლებელია. Lipiodol-ის მეთოდი წარმოადგენს გამოკვლევის საუკეთესო მეთოდს ნევროპათოლოგიაში!

დიდი ხანი არ არის მის შემდეგ, რაც Quinque-მ სუბარაქნოიდალურ სივრცეში ნემსით შესვლა ვაბედა და ზურგის ტვინის სითხე გამოიღო.

აქედგან იწყება ამ სითხის პათოლოგიის შესწავლა. შემდეგ Sicard-მა და Widal მა პირველად აღნიშნეს ამ სითხეში ფორმალური ელემენტების გამრავლება პათოლოგიურ პირობებში. დიიწყო ამ სითხის გულმოდგინე შესწავლა და დღეს ჩვენ მოწამენი ვართ მისი პათოლოგიური მდგომარეობის სინდრომების გამრავლებისა. ე. წ. ჰუმორალური სინდრომები ახასიათებენ ნერვული სისტემის სხვა და სხვა გვარ დაზიანებას.

მიუთითებ Pandy-სა და Weichbrodt-ის რეაქციებზედ გლობულინების აღმოსაჩენად, ჰიპერალბუმინოზის რეაქციაზედ, Wassermann-ის რეაქციაზედ, Guilain-ის კოლოიდალურ რეაქციაზედ.

დღევანდელ ნერვულ კლინიკაში ზურგის ტვინის სითხის გასინჯვა ისეთ-სავე აუცილებლობას წარმოადგენს, როგორც შინაგან სხეულებათა კლინიკაში შარდის გასინჯვა არის. ხსენებულ რეაქციებს უპირველესი მნიშვნელობა სიფილისის დიაგნოსტიკისათვის აქვს, უკანასკნელი კი ნერვული სისტემის დაუძინებელ მტერს წარმოადგენს.

სიფილისის ნაადრევ გამოცნობას პროფილაქტიური მნიშვნელობა აქვს ნერვული სისტემის სხეულებათა მთელი რიგის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის.

ზოგჯერ ასეთ გასინჯვას დამატებითი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოსტიკისათვის: Argyl—Robertson-ის ნიშანი მუხლის რეფლექსის დაკარგვასთან ერთად თავის თავად Tabes-ს არ მოასწავებენ, მაგრამ თუ ისინი არსებობენ სათანადო ჰუმორალურ სინდრომთან ერთად, უკანასკნელი სწყუტს დიაგნოსტიკას.

გარდა სიფილისის გამოცნობისა ჰუმორალურ სინდრომების შესწავლა საშუალებას გვაძლევს ტვინის კომპრესიაც გამოვიცნოთ. ამისათვის დამახასიათებელია Sicard-ის და Foix-ს მიერ აღწერილი ალბუმინოციტოლოგიური დისციაცია. იგი შედეგია ზურგის ტვინის სუბარაქნოიდალური სივრცის სართულეზად დაყოფისა.

თავის ტვინის პათოლოგიაშიაც ჩვენმა ხანამ ბევრი რამ ახალი შემოიტანა.

საკმარისი იქნებოდა მარტო ფუძეს კვანძების პათოლოგიაზედ გველაპარაკნა და პატარა ტვინის ფუნქციონალური დიაგნოსტიკა აღგვენიშნა, რომ წარმოგვედგინა დიდი განსხვავება ჩვენის დროის და იმ ნევროპათოლოგიის შორის, რომელიც 20 წლის წინად კლასიკურად ითვლებოდა. პირამიდების გზების პათოლოგიას დღეს ექსტრაპირამიდული გზების პათოლოგია მიემატა.

15 წლის წინად Edinger-ი სწერდა, რომ ჩვენთვის ფუძეს კვანძების პათოლოგია სრულებით ცნობილი არ არისო.

Wilson-ის შრომებმა და ეპიდემიური ენცეფალიტის განვითარებამ და შესწავლამ ეს ნაკლი ჩვენ ცოდნაში შეავსო.

გამორკვეულია ორგანიზმისათვის ექსტრაპირამიდული გზების მნიშვნელობა გამოირკვა ექტრაპირამიდალურ მოძლილობათა ახსნისთვის ისეთ ქმნილებათა როლი, როგორიც corpus Luisii და Substantia nigra არიან.

თუ პირამიდების დაზიანება მოძრაობის სიღამბლეს იწვევს, ექსტრაპირამიდალური გზების დაზიანება კი ტონუსის აწევას, სხეულის გარინდებას იწვევს.

გარდა ამისა აღნიშნულია როლი ფუძეს კვანძებისა უნებლიეთ მოძრაობათა განვითარებაში.

დიდი სამსახური გაუწია დიაგნოსტიკას პატარა ტვინის სიმპტომატოლოგიის განვითარებამ.

Babinski-ს შრომებიდან და Barany-ს გამოკვლევებიდან სჩანს ამ ქმნილებების დეტალური დიაგნოზის შესაძლებლობა. ჩვენ დავამტკიცეთ ჩვენს სადისერტაციო შრომაში, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ფუნქციონალურ დიაგნოსტიკისათვის და საოპერაციო ჩარევისათვის ახალ მცნებას ნათხემის შესახებ.

დიდი ნაბიჯია გადადგმული აფატიურ მოშლილობათა ახსნაში. ამ მცნე-
ბის რევიზიას Pierre Marie-ს საქმეა. იგი აცილებს აფაზიას მის მისტიურ ზედ
დანართს და მას კლინიკურ ფაქტების შესწავლაზედ ამყარებს.

ნევროზების განხილვა გვიჩვენებს, ოუ რამდენად წაიწია წინ კლინიკურმა
ნევროლოგიურმა აზროვნებამ.

ნევროზები და მათგან გამოწვეული მოშლილობანი წარმოადგენდნენ $\frac{3}{4}$ -ს
ყველა ნერვულ სნეულებათა. ცნობილი იყო, რომ ისტერიას ყველაფერი შეუძ-
ლია და მისი ორგანიზულ სნეულებასთან შერევა ყოველთვის სახიფათოა და ად-
ვილიც.

Sydenahm-ი ამბობდა, რომ ისტერია აწარმოებს იმიტაციას ყველა სნეუ-
ლებათა, რომელიც კაცობრიობას მოსდის, რადგანაც სხეულის ყველა ნაწილში
სადაც მას ვხედავთ, იგი წარმოშობს ყველა იმ ნიშნებს, რომელიც დამახასია
თებელია ამ ნაწილის დაზიანებისა, და თუ ექიმს აკლია ცოდნა და გამოცდი-
ლება, იგი ადვილად შესცდება და მიაწერს ამ ნაწილს იმას, რაც მხოლოდ და
განსაკუთრებულად ისტერიას ეკუთვნის. იგი პროტეის მზგავსია: იგი დიდი სი-
მულატორია. თუ ამ შეხედულებით ისტერია გვესახება როგორც სნეულება ყვე-
ლაფრის შემძლე და სრულიად მზგავსი ორგანული სნეულებისა, მას სხვა სახე
აქვს Babinski-ს განმარტებით რომელიც ჩვენს დროს ეკუთვნის: „ისტერია არის
პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც მქლავნდება მოშლილობით, რომელ-
თა სრული სისწორით რეპროდუქცია ზოგ სუბიექტებზედ შესაძლოა შთაგონე-
ბით და რომელშიც შეიძლება მოსპობილ იქმნან დაჯერების საშუალებით მხო-
ლოდ („კონტრ-შთაგონებით“).

პირველისა და უკანასკნელი განმარტებათა შორის დიდი განსხვავება არის.
პირველი განმარტებით ისტერია ქმნის ყოველსავე პათოლოგიურ მდგომარეო-
ბას, რომელიც სავსებით წააგავს ორგანიზულ მოშლილობას, რომლისაგანაც მისი
გარჩევა ფრიად ძნელია, მეორე განმარტება კი ისტერიის როლს ძლიერ ზღუ-
დავს და აკუთვნებს მას მხოლოდ იმ მოშლილობათა წარმოშობის შესაძლებ-
ლობას, რომელთა შექმნა შეგვიძლია შთაგონებით და რომელთა მოსპობა შესაძ-
ლებელია დაჯერებით.

ამ ორ განმარტებაში ჩართულია მთელი პროგრესი ნევროპათოლოგიისა ამ
უკანასკნელი საუკუნის პირველი მეოთხედის მიმდინარეობაში.

Babinski-ს კონცეპცია ისტერიის შესახებ საყოველთაოდ მიღებულია ომის
შემდეგ, გამოთქმული კი იგი ბევრად უფრო ადრე იყო.

იგი ემყარება ნერვულ სნეულებათა დიაგნოსტიკის განვითარებაზედ.

მის შემდეგ, რაც გენიოსმა კლინიციტმა დღეს მთელი ქვეყნის მიერ ცნო-
ბილი პირამიდების დაზიანების ნიშანი აღმოაჩინა, რომელიც საკმარისია ამ
გზების დაზიანების გამოსაცნობად, იგი განავრძობდა ნერვული სისტემის დაზი-
ანების ნიშნების ძებნას.

მან შეისწავლა მრავალი ნიშანი ნერვული სისტემის დაზიანებისა, მან
აღმოაჩინა მთელი სიმპტომატოლოგია პატარა ტვინის დაზიანებისა, ზურგის
ტვინის კომპრესიის ნიშნები, მან გვასწავლა რეფლექსების გასინჯვა და ავად-
წყოფის გამოკითხვის სწორი მეთოდიცა.

იგი დიდს ყურადღებას აქცევდა ნორმალურ ადამიანების გამოკვლევის შედეგებს და მას არ გამოეპარა ის ფაქტი, რომ პათოლოგიურ სიმპტომთა შეფასება სწორი არ არის.

მიუხედავად იმისა, ხომ მთელი ქვეყნის კლინიკისტები Charcot-სთან ერთად ისტერიას რეფლექსების ცვლილების შესაძლებლობას აკუთვნებდნენ, მგრძობელობისა და ტროფიკული მოშლილობათა, როგორც არიან კანის ცვლილებანი, და ორგანიზმში სისხლის ჩაქცევა, მასვე აწერდნენ, Babinski ამტკიცებდა, რომ ისტერიას არ შეუძლია გამოიწვიოს არც ერთი ორგანიული ცვლილება. მას შეუძლია შექმნას მხოლოდ ის, რის რეპროდუქცია ჩვენს ნებისყოფას შეუძლია და ამიტომ შესაძლებელია შთავაგონების საშუალებით გამოვიწვიოთ ყოველი ისტერიული ნიშანი და იმავე შთავაგონებით მოვსპოთ იგი.

Babinski აღიარებს, რომ დღემდე ცნობილი ფაქტები ჰიპნოზის საშუალებით გამოწვეულ კანის ზედაპირის ორგანიულ ცვლილებათა შეცდომის შედეგი არიან და ამიტომ იგი მოითხოვს საკითხის გადასინჯვას. ნევროლოგიური საზოგადოების კრება ეთანხმება Babinski-ს აზრებს პრინციპიალურად.

ძველი აზრების წარმომადგენელნი დამარცხებულნი გადიან კრებიდან, მიუხედავად იმისა, რომ ამათ შორის Baymond ი და Dejerine-ი არიან.

ამის შემდეგ ხმარებაში შედის სიტყვა მოწოდებული Babinski-ს მიერ ისტერიულ მოვლენათა დასახსიათებლად: pithiatisme, რომლის ფესვები ნიშნავს: „ვკურნავ შთავაგონებით“.

ისტერიის შინაარსი შევიწროებულია. მას ჩამოშორდა ყველა ის ფორმები, რომელნიც ცუდათ გამოცნობილ ორგანიულ სნეულებათ წარმოადგენდნენ. მოხდა ე. წ. ისტერიის დანაკუწება — „demembrement d'hysterie“, ამ ავადმყოფობას ჩამოერთვა მისი მისტიკურა ტანთსაცმელი.

კიდევ უფრო მეტი სიდასტურე მოუტანა Babinski-ს კონცეპციას დისკუსიამ ემოციების მნიშვნელობის შესახებ ისტერიის განვითარებისათვის.

ამ საკითხში მისი აზრების განმტკიცება მხოლოდ ომის მასალამ მოგვცა.

მეორე მხრივ ომის მასალის შესწავლამ მისცა Babinski-ს საშუალება გამოეყო ერთი ჯგუფი მოშლილობათა, რომელთა განვითარება ორგანიული ნიშნებით დართული არ იყო, ე. ი. ფუნქციონალური ხასიათი ჰქონოდა, მაგრამ შთავაგონების გავლენას არ ექვემდებარებოდა.

ასეთი იყო კიდურების სისუსტე იმ ნერვების არეში, რომელნიც დაჭრილი არ იყვნენ, ასეთი იყვენ ამ კიდურების კონტრაქტურები ამავე პირობებში განვითარებულნი.

ამ მასალით ისარგებლეს Babinski-ს კონცეპციის მოწინააღმდეგეებმა და საკითხი ისეთი მოშლილობათა არსებობისა, რომელნიც არ შედიან Babinski-ს განმარტებაში, მაგრამ მაინც ისტერიულნი არიან, ისევ წამოიჭრა.

Babinski ბრწყინვალედ გამარჯვებული გამოვიდა ახალი ბრძოლიდან.

მან შესწავლა ეს ახალი ტიპის მოშლილობანი და დაამტკიცა, რომ ისინი დართულნი არიან ისეთი ნიშნებით, რომელთა შექმნა ისტერიას არ შეუძლიან და რომელნიც ორგანიულ ნიშნებს წარმოადგენენ:

1) მექანიკური ავზნებულების ცვლილება.

- 2) ელექტრული აგზნებულების ცვლილება.
- 3) ატროფია და გაუსწორებელი კონტრაქტურები.
- 4) ამ სიმპტომების სითბოს გავლენით მოსპობა და სიცვიის გავლენით გაუმჯობესება.

5) მათი მხოლოდ ღრმა ნარკოზის დროს მოსპობა (კონტრაქტურებისა). ამ ახალ მოშლილობათა რიგს მან დაარქვა „მოშლილობანი რეფლექსური წარმოშობისა“.

ამნაირად ნერვულ სნეულებათა სიმპტომათოლოგიის შესწავლამ და გასინჯვის მეთოდოლოგიის გაუმჯობესებამ ძლიერ შეავიწროვა ისტერიის დარგი.

აქ დარჩა მხოლოდ ისეთი სინდრომები, რომელთანაც ბრძოლა ფრიად აღვილი შეიქნა!

სულ უკანასკნელ ხანებში ასეთივე დანაკუწება საკირო შეიქნა ნევრასტენიისათვისაც.

სხვა და სხვა დამოუკიდებელ მდგომარეობათა გამოყოფით ნევრასტენიის ფარგლები ფრიად შევიწროვდა: ნაწილი გადადის კონსტიტუციონალურ სულიერ ავადმყოფობათა დარგში, ნაწილი წარმოადგენს სიმპატიური ნერვული სისტემის დაავადებას, უმცირესი ნაწილი კი, რომელიც შედეგია ორგანიზმის მოწამლისა სხვა და სხვა ტოქსინებით, რაც ნერვების ცენტრების ფრიად ძლიერ დაღალვას იწვევს, ნევრასტენიას ეკუთვნის. ეს ნევრასტენია ქრება სათანადო ზომების მიღების შემდეგ, რომელიც ორგანიზმის დეზინტოქსიკაციაში გამოიხატება.

სრულიად ახალ საქმეს წარმოადგენს სიმპატიური ნერვული სისტემის შესწავლა. აქ მუშაობა მხოლოდ იწყება და ამ ნაწილის შესწავლა დიდს იმედს გვაძლევს, რომ მრავალი უცნობი ფორმების პათოგენეზი გამორკვეული იქნება. ამ სისტემის შესწავლას შემოაქვს ნერვულ კლინიკაში ბიოლოგიური მეთოდი გამოკვლევისა.

თუ ზემოაღნიშნული წარმატება ნერვულ სნეულებათა გამოცნობის საქმეს შეეხება, არა ნაკლებ მნიშვნელოვანია წინსვლა ამ სნეულებათა თერაპიის საქმეში. ძნელი წარმოსადგენია ისეთი შესავალი ლექცია, რომელიც ამ საკითხს არ ეხებოდეს.

პროფ. Guillaing ი, რომელმაც 1923 წ. Charcot ს კლინიკა მიიღო, ამბობს თავის შესავალ ლექციაში: არსებობს აზრი, რომელიც გამოთქმულია არა მარტო პროფანთა, არამედ განვითარებულ ექიმთა მიერ: „თქვენნი ნევროპათოლოგია, ჩემთვის უთქვამთ ხშირად, ფრიად საინტერესოა, მაგრამ რა მეცნიერებაა ეს, თქვენ არასოდეს არ ჰკუთრნავთ თქვენს ავადმყოფებსაო. რამდენად შემცდარია ეს ზერელე აზრი? სჯობს მიუშაპოთ, რომ ზოგჯერ ნევროლოგებიც იზიარებენ ამ აზრს თერაპიის შესახებ: თვითონ Charcot ნაკლებად დაინტერესებული იყო იმ სნეულებათა მკურნალობით, რომელიც მან აღმოაჩინა. მე ვფიქრობ, რომ თუ ზოგჯერ ასეთი სკეპტიური შეხედულება არსებობს, იგი შეეხება ხშირად ნერვულ სისტემაში განვითარებულ ნაწიბურების ექიმობას. ცხადია, რომ, როდესაც ისეთს დიდს საავადმყოფოში, როგორსაც Salpêtrière-ი წარმოადგენს, ლაპარაკობენ იმ სირინგომიელიის ექიმობაზედ, რომელსაც ათი-ოცი წლის ისტორია აქვს, ან მიელიტზედ რომელმაც სკლეროზი გამოიწვია აგერ ოცი წე-

ლიწადია, ეს ექიმობა უსარგებლო იქნება, მაგრამ ნუ თუ თქვენ ფიქრობთ, რომ უკედ განკურნვა შეიძლება იმ ძველი ტუბერკულოზისა, რომელმაც ფილტვი და-არღვია, ან ღვიძლის ციროზისა ანუ თირკმელთა ქრონიული ანთებისა! ე. წ. შინაგან პათოლოგიაში არ არსებობს უფრო ძლიერი თერაპიული გავლენა, ვიდრე ნევროლოგიაში.

ეს ნაწიბურები კი არ უნდა იყოს, რომელზედაც გავლენა უნდა ვიქონიოთ, არამედ ევოლიუტური პროცესები და დაწყებითი პროცესები უნდა ვეძიოთ.

და განა თქვენ არ ჰფიქრობთ, რომ ჩვენ სასარგებლო თერაპიას ვაწარმოებთ, როდესაც ჩვენ სინდიკით, დარიშხანით, ბისმუტით ვარჩენთ ნერვული სისტემის სიფილისს და წინ ველობებით tabes-ის განვითარებას, რომელსაც აღარ აქვს უკვე ის სიმძიმე განვითარებისა, რომელიც მას Charcot-სა და Duchenne de Boulogne-ის დროს ჰქონდა, და რომელსაც უნდა ჩამოვართვათ სახელი პროგრესიული ლოკომოტორული ატაქსიისა, რადგანაც იგი ხშირად უატაქსიოდ არსებობს და პროგრესიული ხასიათიც აღარ აქვს.

განა არ ვაწარმოებთ სასარგებლო თერაპიას, როდესაც სპეციფიური სეროთერაპიით ვუშლით დესტრუქციის განვითარებას პოლიომიელიტის დროს და ეპიდემიური მენინგიტის განვითარებას, — როდესაც საშინელი სახის ნევრალგიის დროს, რომელსაც ხშირად ავადმყოფი თავის მოკვლამდე მიყავს, ვაყუჩებთ ტკივილებს ალკაჰოლის ინიექციებით Sicard-ის მეთოდით, — როდესაც luminal-ის საშუალებით ვაძლევთ ბნედიანებს სოციალურ პირობებში არსებობის შესაძლებლობას, როდესაც ვენტრიკულარული პუნქციის საშუალებით ავადმყოფს ვაცილებთ დაბრმავეების შესაძლებლობას.

თუ წარმოვიდგენთ ნევროპათოლოგთა და დასტაქართა თანამშრომლობას, განა არ არის საუკეთესო თერაპია ხორცმეტების მკურნალობა, რომელნიც ზურგის ტვინს ავიწროვებენ, რომელთაც ამოიცნობს ნევროლოგი და ამოიღებს დასტაქარი და ამით დადამბლავებულს ცხოვრების საშუალებას უბრუნებს.

მშვენიერ მაგალითს წარმოადგენს აგრეთვე მკურნალობა ტვინის ხორცმეტებისა, განსაკუთრებულად ნათხემ—ხიდის კუთხის ლოკალიზაციისა, რომელიც განვითარებს Horsley-მ, Cushing-მა, de Martel-მა, Erazier-მა, Flsberg-მა და Krause-მ და ავადმყოფს ხანგრძლივი განკურნება მისცეს.

თუ ნებას მომცემთ მომავალზედ ვიფიქრო, ვიტყვი, რომ შორს აღარ არის ის დრო, როდესაც გაუანტული სკლეროზი, ეპიდემიური ენცეფალიტი, ამიოტროფიული სკლეროზი, როგორც სნეულებანი ინფექციური ხასიათისა, სპეციფიური სეროთერაპიის და ქიმიური თერაპიის საგნად გახდებიან. რომ მე არ მეშინოდეს, რომ ზოგი კრიტიკულად მოაზროვნე მე ოპტიმიზმს დამწამებს იმ დარგში, რომელიც ჩემთვის ძვირფასია, მე თქვენ დავარწმუნებდით, რომ ნერვულ სნეულეებათა თერაპიამ ამ უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში უფრო წინ წაიწია, ვიდრე ყველა სხვა დარგებმა შინაგანი მედიცინისა!!...

ამის შემდეგ ზედმეტია განმარტებანი ზოგადი ხასიათისა. შევჩერდები მხოლოდ დეტალებზედ.

ნევრალგიათა თერაპიამ დიდი ნაბიჯი გადადგა წინ, და ეს შედეგია არა ახალ საშუალებათა შემოღებისა, არამედ ამ სნეულეებათა პათოგენეზის გამოკვლევისა და ნაადრევი დიაგნოსტიკის შესაძლებლობისა.

თუ უწინ ნევრალგიებს ნერვების ესენციალურ სნეულებად სთვლიდნენ, დღეს მათ უყურებენ, როგორც ნერვების დაზიანებას მეორადი ხასიათისას.

ნევრალგიათა პათოლოგია ნერვების პათოლოგია კი არა, იმ არხთა და ზვრელთა პათოლოგია არის, რომლებიდან ისინი გამოდიან.

ეს დასკვნა Sicard-ს ეკუთვნის. მასვე ეკუთვნის სათანადო სათერაპიო მეთოდის შემოღება, რომელთა შორის lipidol-ით და ანტიპირინიანი ალკოჰოლით წამლობას უპირველესი მნიშვნელობა აქვთ.

მაღალ საფეხურზედ სდგას პერიფერიული ნერვების ჭრილობათა წამლობა, რადგანაც სათანადო დიაგნოსტიკა ფრიად განვითარებულია.

ზურგის ტვინის და თავის ტვინის სნეულებათა თერაპია დამოკიდებულია ერთის მხრივ ნაადრევ დიაგნოსტიკაზედ, მეორეს მხრივ სიფილისის თერაპიის განვითარებაზედ. მიუხედავად იმისა, რომ სიფილისის თერაპიაში დიდი გარდატეხა არ მომხდარა, სიფილიტიურ სნეულებათა თერაპიაში რევოლიუცია მოხდა.

ის სნეულებანი, რომელიც ცნობილი იყვნენ, როგორც მეტასიფილისი, ამჟამად ნერვული სისტემის სიფილისის სპეციალურ ფორმად არიან ცნობილი და თხოულობენ სპეციფიური წამლობის გატარებას.

დიდი გაუმჯობესება შეიტანა tabes-ის და პროგრესიული დამბლის თერაპიაში ჰუმორალური დიაგნოსტიკის განვითარებამ.

შესაძლებელია აგრეთვე ამჟამად ტვინის სიფილისის პროგრესიული დამბლისაგან გარჩევა ჰუმორალური სინდრომის მიხედვით.

უნდა ვალიაროთ, რომ დღეს პროგრესიული დამბლის თერაპია შესაძლებელია, შესაძლებელია ავადმყოფის სოციალურ პირობებში დაბრუნება, თუ ეჭიმიობა დაწყებულია იმ ხანაში, როდესაც ტვინის სკლეროზი ფრიად შორს წასული არ არის.

შეიძლება გადაჭრით ითქვას, რომ სპეციფიური წამლობის სისტემატიური და ენერგიული გატარების წყალობით აღარ არსებობენ tabes-ის და პროგრესიული დამბლის წინწასული ფორმები.

უკანასკნელათ მინდა შევეხო ნევროზების თერაპიას და სიმპატოზების თერაპიასაც.

ისტერიისა და ნევრასტენიის წამლობა რადიკალურად განსხვავდება, თუ მხედველობაში მივიღებთ განსხვავებულ პათოგენეზს ამ სნეულებათა; თუ პირველის დროს პსიქიური თერაპია არის ნაჩვენები, მეორეს დროს უმთავრესი ადგილი სომატიურ წამლობას უჭირავს.

პსიქოთერაპია ისტერიისა სინამდვილეში ისტერიულ სინდრომთა თერაპიას წარმოადგენს, რადგანაც თერაპიის საშუალებით ისტერიული კონსტიტუციის მოსპობა შეუძლებლად უნდა ჩავთვალოთ.

პსიქოთერაპიაში რამდენსამე მიმართულებას ვამჩნევთ, საჭიროა ესენი შევავასოდ: ამათში ზოგი მეთოდი ძველია, ზოგი ახალი, ზოგი ძველი მეთოდის გადახალისებას წარმოადგენს.

დავიწყებ ჰიპნოზით თერაპიიდან.

თუ ისტერიული ნიშნები შთავონების ნიადაგზედ ვითარდებიან, საუკეთესო საშუალება ამ ნიშნების მკურნალობისა ჰიპნოთერაპია იქნებოდა, რადგანაც საუკეთესო პირობა შთავონების შესაძლებლობისა ჰიპნოზის მდგომარეობაში არსებობს.

Mesmer-ი და Liebolt-ი, სახელგანთქმული Berheim-ი სწორედ ამ მეთოდის მიმდევარნი იყვნენ.

ჰიპნოთერაპია, როგორც მეთოდი მიღებული იყო Salpêtrière-ის სკოლის მიერ, მაგრამ კლინიციტებმა მალე შეამჩნიეს, რომ ეს მეთოდი, რომელიც შთაგონების შესაძლებლობის გაღრმავებას იწვევს, მავნებელი უნდა იყოს, რადგანაც იგი ხელოვნურად აღრმავებს იმ პათოლოგიურ ნიადაგს, რომელზედაც ავადმყოფობა არის განვითარებული. მართალია შთაგონების საშუალებით თქვენ სპობთ ისტერიულ ნიშანს, მაგრამ ამავე მეთოდით თქვენ აღრმავებთ ავადმყოფის ისტერიულ კონსტიტუციას და აადვილებთ ახალი სინდრომის განვითარებას: ისტერიული დამბლის მაგიერ ვითარდება ისტერიული კანკალი, ასტაზია—აბაზია და სხვა.

ყველა ავტორები აღნიშნავენ იმ ხიფათს, რომელშიდაც იმყოფება ჰიპნოზით ნაექიმები ავადმყოფი.

ჰიპნოზის მიმდევარნი მია იმართლებენ თავს, რომ ცუდი შედეგები მეთოდის ბრალი კი არაა. მისი ცუდად გამოყენების ბრალიაო.

მათი აზრით საჭირო არ ირის ღრმა ჰიპნოტიური მდგომარეობის გამოწვევა, საჭიროა მხოლოდ გაბრუნება პაციენტისა, რომ მან ყველა შთაგონებანი განახორციელოს; გარდა ამისა საჭიროა შთაგონებას მსჯელობის ხასიათი მიეცეს. ასეთი გადახალისება ჰიპნოზისა ძლიერ წააგავს იმ მეთოდს, რომელიც მისგან განვითარდა.

მე მაქვს მხედველობაში პროფ. Dubois-ს „რაციონალური პსიქო-თერაპიის მეთოდი“.

ეს კლინიციტი ფიქრობს, რომ ნევროზთა გენეზისათვის დიდი მნიშვნელობა ლოლიკური ოპერაციების დაქვეითებას აქვს. შეიძლება სათანადო დიალექტიური მეთოდის საშუალებით ავადმყოფის დაჯერება იმაში, რომ მისი ავადმყოფობის ნიშნები უაზროა, თუ შეიძლება ასე ვსთქვათ, ულოლიკოა.

რა წაწმენა ავადმყოფი დარწმუნდება, რომ სიმპტომები, რომელიც მას აწუხებს, შედეგია მისი პსიქიურ თვისებათა ერთგვარი დაქვეითებისა, რომელსაც მხოლოდ ლოლიკური კორექცია ესაჭიროება—იგი განკურნებული იქნება. გარდა ამისა, ამტკიცებს Dubois, ამ მეთოდს ის დადებითი მნიშვნელობა აქვს, რომ იგი არ აღრმავებს პათოლოგიურ თავისებურებას ორგანიზმისას; პირიქით იგი იბრძვის მის წინააღმდეგ.

მისი აზრით სწორედ ასეთი პსიქოთერაპია არის ნამდვილი სულიერი მკურნალობა, ეს სწორედ რაციონალური პსიქოთერაპია არის!

გავლენა ასეთი მეთოდისა ცხადია, შედეგები ცნობილი, უპირატესობა ჰიპნოზთან შედარებით უღაფაა.

მაგრამ მისი თეორიული საფუძველი სუსტია, იგი ბევრი რომ არ გავაგრძელოთ, იგივე შთაგონების მეთოდს წარმოადგენს, რადგანაც მხოლოდ დიდი ავტორიტეტის მქონე კლინიციტების ხელში მოქმედობს.

Dubois-ს ხშირად მიუთითებდნენ ამ გარემოებაზე, მაგრამ მან ვერ შესძლო საწინააღმდეგო არგუმენტების წამოყენება. ჰიპნოზით თერაპიასთან Dubois-ს მეთოდი მაინც დიდს გაუმჯობესებას წარმოადგენს.

საუკეთესო მეთოდი ის იქნებოდა, რომელიც თვით ეთიოლოგიურ მომენტებს ნევროტიულ ნიშნებისას შეებრძოლებოდა.

Freud-მა, ვენის გამოჩენილმა ნევროპათოლოგმა შექმნა მთელი სამეცნიერო სისტემა ნევროზების შესახებ, რომელსაც დღეს ფრეიდიზმს უწოდებენ.

თუ კლასიკური ნევროპათოლოგიისათვის ისტერიის ნიშნები თვითშთაგონების ნიადაგზედ ვითარდება, თუ Dubois-ს აზრით ისინი ლოლიკური ოპერაციების დაქვეითებას მოასწავებენ, Freud-ისათვის ისტერიული ნიშნები წარმოიშობიან განსაკუთრებული პსიქიური პროცესის განვითარების გამო სათანადო სექსუალურ კონსტიტუციის ნიადაგზედ.

რომ ამ თეორიას მისი უკიდურესი შეხედულებანი ჩამოვაშოროთ, მისი ძირითად დახასიათებას შეადგენს მცნება გაძევებულ პსიქიურ განცდათა ნევროზის ნიშნებად ქცევისა

პსიქიური განცდათა ცნობიერების არედან გაძევება და მათი ქვეცნობიერებაში გადასვლა წარმომშობია ნევროზისა. გაძევებული განცდა სცილობს ცნობიერების შეწუხებას და მასში გადმოდის გარდაქმნილი ნერვულ ნიშნად.

მეორე დებულება ამ თეორიისა აღიარებს, რომ გაძევებული განცდის აღმოჩენა და მისი ცნობიერებაში გადაყვანა სპობს ნევროზის ნიშანს:

მაგ., თუ ექიმი მოსძებნის იმ ტრაუმატიულ განცდას, რომელიც პარაპლეგიაში გამოიხატა, ან ისტერიულ შეტევაში, თუ ეს განცდა გადმოყვანილი იქნება ავადმყოფის ცნობიერებაში, სიმპტომები—პარაპლეგია და შეტევა გაქრებიან.

პროცესი ამ განცდის აღმოჩენისა და მისი ცნობიერებაში გადაყვანისა ცნობილია, როგორც პსიქო-ანალიზი.

ექიმობას აღარ აქვს ემპირიული ხასიათი, იგი მიზეზობრივია და ეთიოლოგიურ მომენტის მოსპობაზედ ემყარება.

მიუხედავად იმისა, რომ ეს მეთოდები ემყარებიან ნევროზების ეთიოლოგიის შესწავლაზედ და თითოეული თავის თავს რაციონალიზმის მონოპოლიას აკუთვნებს, მიუხედავად ამისა ნევროზების ნიშნების მოსპობა შეიძლება სამივე მეთოდის საშუალებით.

ცხადია, რომ თეორიული საფუძველი სწორი იყოს, მკურნავი გავლენა იმ მეთოდს ექნებოდა, რომელიც უფრო სწორ საფუძველზედ არის დამყარებული.

ან და უნდა ვიფიქროთ, რომ არც ერთი მეთოდი თეორიულად დასაბუთებული არ არის, და მისი მკურნავი გავლენა სხვაგვარ ახსნას მოითხოვს: ყველა ეს მეთოდები მოქმედებს მხოლოდ ავტორიტეტთა ხელში, ყველა ესენი შეიცავს შთაგონების ელემენტებს. განა შთაგონება არ არის, როდესაც Dubois საათობით არწმუნებს ავადმყოფებს, რომ მათი ავადმყოფობა უსათუოდ გაივლის, როდესაც ის აჩვენებს მათ ავადმყოფებს, რომელნიც ამავე მეთოდით განიკურნენ, განა შთაგონება არ არის Freud-ის მეთოდის ხმარების დროს რწმუნება ავადმყოფისა, რომ ამა თუ იმ პროცედურის გათავების შემდეგ, ავადმყოფობის ნიშანი გაქრება?!

განა შთაგონებითი არ არის ავტორიტეტის გავლენა?!

ცხადია, ყველა ამ მეთოდებს შთაგონების ელემენტი და ავტორიტეტის გავლენა ასულდგმულებს.

თვით პროცედურა, იქნება იგი ჰიპნოზის, დაჯერების თუ პსიქონალიზის სახით გატარებული — უმნიშვნელოა მკურნალობისათვის.

ამიტომ ფრიად მარტივი და ნათელია ის მეთოდი, რომელსაც ხმარობს Babinski ისტერიული დამბლების მკურნალობისათვის.

ემყარება რა იმ აზრს, რომ მთავარი მნიშვნელობა მკურნალობისათვის ავადმყოფის რწმენას აქვს, იგი აღიარებს, რომ პსიქოთერაპიით წამლობა შეუძლია ყველა ექიმს, ვისაც კი თავის პაციენტების ნდობა მოუპოვებია.

საკმარისია მისი დაჯერებითი საუბარი, ან უმნიშვნელო წამლობის დანიშვნა, ან უმნიშვნელო ელექტრული პროცედურის დანიშვნა, რომ ისტერიული ნიშანი გაქრეს. გარდა ამისა Babinski-ს შეხედულებით ისტერია დემი-სიმულიაციას წარმოადგენს. ისტერიკოსში იგი ხედავს დახელოვნებულ მსახიობს, რომელიც თავის როლს ავტომატიურად თამაშობს.

შეუშაღეთ ამ მსახიობს ხელი, მიაპყარით მისი ყურადღება სხვა საგანზე და მისი ხელოვნების ნაშთი იკარგება.

ისტერიული დამბლის მქონე ადამიანის ყურადღება მიაპყარით სხვა საგანზე და ამ დროს დასტოვებთ ჰაერში მისი ვითომდა დადამბლავებული ხელი. ხელი ჰაერში დაჩრება ისე, როგორც ჩრება გაშლილი სალი ხელი, მიუხედავად იმისა, რომ იგი ნებისყოფითი მოძრაობას მოკლებულია. საკმარისია ავადმყოფს ძიუთითოთ ამ გარემოებაზე, რომ მან ხელის მოძრაობა დაიწყოს. ასეთი მეთოდით შეიძლება თვეობით არსებული დამბლების და კონტრაქტურის მოსპობა.

მერე რა უბრალოა ეს მეთოდი! არც ჰიპნოზის ბუტაფორია, არც Dubois-ს გაუთავებელი მსჯელობა, არც პსიქო-ანალიზით სულის სირღმეში ჩხრეკა და სექსუალურ განცდათა ძებნა!

Babinski-ს მეთოდი უნდა ნახოთ სინამდვილეში, რომ წარმოვიდგინოთ როგორი მარტივია იგი.

ზოგჯერ საკმარისია ავადმყოფში მღელვარების გამოწვევა, რომ ისტერიული ნიშანი გაქრეს.

ჩვენ ამ მიზნით ძლიერ ფარადიულ ნაკადსა ვხმარობთ.

ჩვენ ვსარგებლობდით ავადმყოფის მღელვარებით, რომ მისი კონტრაქტურით დამახინჯებული ხელი გავასწოროთ.

უწინ ეგონათ ემოცია ისტერიას ქმნისო, Babinski კი სწერს:

„თქვენ ამტკიცებთ, ემოცია ქმნის ისტერიასაო, მე გარწმუნებთ, რომ პირიქით, **სადაც მძლავრი ემოცია აღელვებს ადამიანის სულს, იქ ადგილი აღარ რჩება ისტერიული სიმპტომისათვის!**“ პსიქოთერაპიულ გავლენისათვის Babinski დიდს მნიშვნელობას აძლევს იმ ნდობას, რომელიც ექიმს დაუმსახურებია.

შეიძლება ასეთი ნდობის მოპოება უფრო ძნელი საქმე იყოს, ვიდრე რომელიმე რთული პსიქოთერაპიული მეთოდის შესწავლა, მაგრამ ეს ნდობა მოგცემთ ყოველთვის კარგს და უტყუარ შედეგს ავადმყოფობის მიმდინარეობაში პსიქოთერაპიული ჩარევის დროს!

მრავალი სნეულებანი ნევროზების დარგიდან სიმპატიური ნერვული სისტემის პათოლოგიაში გადავიდნენ. აქ სინდრომის აღმოჩენა ეთიოლოგიის აღმო-

ჩენისათვის უმნიშვნელოა. მხოლოდ ერთი ვიცი: სიმპატიური ნერვული სისტემის დაზიანება უფრო ხშირად პსიქიურ ტრაუმის და ენდოკრინული სისტემის დაზიანების ნიადაგზედ ვითარდება, პარასიმპატიური ნერვული სისტემის დაზიანება კი—ინტოქსიკაციათა ნიადაგზედ. ყოველ შემთხვევაში სათანადო პათოგენეზის აღმოჩენა შეუძლებელი ხდება.

მიუხედავად ამისა ბრძოლა სინდრომების წინააღმდეგ შესაძლებელია.

მე არ შევეხები აქ ვაგოტროპიულ და სიმპატიკოტროპიულ ნივთიერებათა მნიშვნელობას თერაპიისათვის, აღვნიშნავ მხოლოდ მოკლედ დესენსიბილიზაციის და ანტიშოკის მეთოდებს.

ამ ჟამად ცნობილია, რომ ზოგიერთ ნივთიერებათა მიმართ ორგანიზმში ვითარდება სპეციალური მგრძნობელობა—სენსიბილიზაცია.

როდესაც ეს ნივთიერებანი ვითარდებიან ორგანიზმში ან გარედან შედიან მასში, ორგანიზმი იძლევა გადამეტებულ რეაქციას, რაც მას ზოგჯერ ცუდ მდგომარეობაში აყენებს.

ამ მდგომარეობათა მკურნალობა შესაძლებელია ე. წ. დესენსიბილიზაციის მეთოდით.

მეორე მეთოდი დამყარებულია იმაზედ, რომ ზოგი ნივთიერება იწვევს ორგანიზმში ე. წ. ჰემოკლაზიურ შოკს, Widal-ის თერმინოლოგიით.

ასეთივე შოკი აღმოჩენილია ზოგიერთ სნეულებათა მიმდინარეობაში, როგორც, მაგალითად, შაკიკი და ჯინჭრის ციებაა.

ამ სნეულებათა შეტევა არ ვითარდება, თუ შეტევის წინ ხელოვნურად გამოვიწვევთ შოკს რაიმე ფარმაცევტიული ნივთიერებით.

შოკი მცირე და ხელოვნურად გამოწვეული წინ ელოდება შოკს, რომელსაც ავადმყოფობა უნდა გაჟოფწვია, და შეტევა აღარ ვითარდება. ამ სახით შესაძლებელია ისეთ სინდრომების წინააღმდეგ ბრძოლა, რომელთა წინააღმდეგ დღემდე სრულიად უძლურნი ვიყავით.

Tinel-მა გაგვაცნო შემთხვევები ასეთი მეთოდით პერიოდიული ხასიათის შეტევებთან ბრძოლისა.

როგორი წინსვლაა ეს მეთოდი სნეულებასთან ბრძოლაში!

იკი ჰქმნის კავშიოს ნევროლოგიასა და ბიოლოგიის შორის!

რამდენიმე სიტყვა სწავლების მეთოდისა და სამეცნიერო მიმართულების შესახებ.

კათედრის ხელმძღვანელს განსაზღვრული სწავლების მეთოდი უნდა ჰქონდეს და განსაზღვრული სამოსწავლო ამოცანები. ერთი წლის განმავლობაში ისეთი რთული საგნის შესწავლა, როგორც ნევროპათოლოგია არის, ფრიალ ძნელი უნდა იყოს.

ანატომიური და ფიზიოლოგიური ნომზადება, ფიზიკის ცოდნის აუცილებლობა, კოლოიდების ფიზიკის და ქიმიის ცნობა საჭიროა ამ დარგის ნაყოფიერი შესწავლისათვის.

გარდა ამისა, მაშინ, როდესაც შინაგან მედიცინის და ქირურგიის შესწავლა სისტემით სწარმოებს და დაყოფილია დარგებად, რომელთა შორის კერძო

ჩინისათვის უმნიშვნელოა. მხოლოდ ერთი ვიკით: სიმპატიური ნერვული სისტემის დაზიანება უფრო ხშირად პსიქიურ ტრაუმის და ენდოკრინული სისტემის დაზიანების ნიადაგზედ ვითარდება, პარასიმპატიური ნერვული სისტემის დაზიანება კი—ინტოქსიკაციათა ნიადაგზედ. ყოველ შემთხვევაში სათანადო პათოგენეზის აღმოჩენა შეუძლებელი ხდება.

მიუხედავად ამისა ბრძოლა სინდრომების წინააღმდეგ შესაძლებელია.

მე არ შეგვხები აქ ვაგოტროპიულ და სიმპატიკოტროპიულ ნივთიერებათა მნიშვნელობას თერაპიისათვის, აღენიშნავ მხოლოდ მოკლედ დესენსიბილიზაციის და ანტიშოკის მეთოდებს.

ამ ქამად ცნობილია, რომ ზოგიერთ ნივთიერებათა მიმართ ორგანიზმში ვითარდება სპეციალური მგრძნობელობა—სენსიბილიზაცია.

როდესაც ეს ნივთიერებანი ვითარდებიან ორგანიზმში ან გარედან შედიან მასში, ორგანიზმი იძლევა გადამეტებულ რეაქციას, რაც მას ზოგჯერ ცუდ მდგომარეობაში აყენებს.

ამ მდგომარეობათა მკურნალობა შესაძლებელია ე. წ. დესენსიბილიზაციის მეთოდით.

მეორე მეთოდი დამყარებულია იმაზედ, რომ ზოგი ნივთიერება იწვევს ორგანიზმში ე. წ. ჰემოკლაზიურ შოკს, Widal-ის თერმინოლოგიით.

ასეთივე შოკი აღმოჩენილია ზოგიერთ სნეულებათა მიმდინარეობაში, როგორც, მაგალითად, შაკიკი და ჯინჭრის ციება.

ამ სნეულებათა შეტევა არ ვითარდება, თუ შეტევის წინ ხელოვნურად გამოვიწვევთ შოკს რაიმე ფარმაცევტიული ნივთიერებით.

შოკი მცირე და ხელოვნურად გამოწვეული წინ ეღობება შოკს, რომელსაც ავადმყოფობა უნდა გამოეწვია, და შეტევა აღარ ვითარდება. ამ სახით შესაძლებელია ისეთ სინდრომების წინააღმდეგ ბრძოლა, რომელთა წინააღმდეგ დღემდე სრულიად უძლური ვიყავით.

Tinel-მა გაგვაცნო შემთხვევები ასეთი მეთოდით პერიოდიული ხასიათის შეტევებთან ბრძოლისა.

როგორი წინსვლაა ეს მეთოდი სნეულებასთან ბრძოლაში!

იკი ჰქმნის კავშირს ნევროლოგიასა და ბიოლოგიის შორის!

რამდენიმე სიტყვა სწავლების მეთოდისა და სამეცნიერო მიმართულების შესახებ.

კათედრის ხელმძღვანელს განსაზღვრული სწავლების მეთოდი უნდა ჰქონდეს და განსაზღვრული სამოსწავლო ამოცანები. ერთი წლის განმავლობაში ისეთი რთული საგნის შესწავლა, როგორც ნევროპათოლოგია არის, ფრიად ძნელი უნდა იყოს.

ანატომიური და ფიზიოლოგიური ნომზადება, ფიზიკის ცოდნის აუცილებლობა, კოლოიდების ფიზიკის და ქიმიის ცნობა საჭიროა ამ დარგის ნაყოფიერი შესწავლისათვის.

გარდა ამისა, მაშინ, როდესაც შინაგან მედიცინის და ქირურგიის შესწავლა სისტემით სწარმოებს და დაყოფილია დარგებად, რომელთა შორის კერძო

პათოლოგია და თერაპიას, ქირურგიულ პათოლოგიას და დიაგნოსტიკას საპრობლემო ადგილი უჭირავთ, ნევროპათოლოგიის შესწავლა წინასწარ მოუზადებლად უნდა სწარმოებდეს.

ერთსა და იმავე სამოსწავლო წელს უნდა მიმზადებული იყოს მსმენელი ნერვული კლინიკის შესწავლისათვის და უნდა კიდევაც შეისწავლოს იგი.

ასეთი პირობა საგნის შესწავლისა მოითხოვს როგორც მოსწავლისა, ისე მასწავლებლის მხრივ მოცემული დროის ეკონომიურად გამოყენებას და განსაკუთრებული მეთოდით სწავლების წარმოებას, რათა ძნელი საგნის შესწავლა ადვილი და საინტერესო შეიქნეს.

ამ მხრივ ჩვენ ჩვენი მასწავლებლის პროფ. პოპოვის მიმდევარი დავრჩებით. ეს კლინიკისტი საგნის გადაცემის დროს ერთსა და იმავე საათში საკითხს ყოველმხრივ აშუქებდა.

მისი მეთოდი დარჩება ჩვენთვის ძნელად მისაღწევ, მაგრამ სასურველ იდეალად.

ნაწილობრივით ჩვენ ვისარგებლებთ Charcot-ს სკოლის მეთოდით, რომელიც აგრეთვე ფრიად ნაყოფიერად მიგვაჩნია.

წლის პირველ ნახევარში ცოცხალ კლინიკურ მასალაზედ კლინიკური შემთხვევების სისტემატიური გარჩევის დროს ჩვენ შევხებით ნერვულ სნეულებათა გასინჯვის მეთოდს და სიმპტომათოლოგიას.

არც ერთი თეორიული ლექცია წაკითხული არ იქნება წლის განმავლობაში.

პირველ ლექციაზედ პროფ. პოპოვი ამბობდა: „თქვენ ხედავთ, რომ მე დღეს შემოვყევი ავადმყოფსაო, უკანასკნელ ლექციის ბოლოს თქვენ ნახავთ, რომ მე გავყევი ავადმყოფსაო“.

წლის მეორე ნახევარში, როდესაც უკვე ნერვულ სნეულებათა სიმპტომათოლოგია და მათი ანატომო-ფიზიოლოგიური საფუძველი გაცნობილ იქნება მსმენელს, მე შეუდგები შემთხვევათა წმინდა კლინიკურ ანალიზს. აქ მუშაობა გაყოფილი იქნება ორ ნაწილად: ერთი სალექციო დღე დაეთმობა იმ შემთხვევათა შესწავლას, რომელნიც კლინიკაში იმყოფებიან და შესწავლილი არიან ყველა არსებული და ჩვენთვის ხელმისაწვდომი მეთოდებით. ჩვენ ვეცდებით გავაშუქოთ ეს შემთხვევები სათანადო თანამედროვე ლიტერატურის მიხედვით. მეორე სალექციო დღე დაეთმობა ავადმყოფების ჩვეულებრივ სამშულატორიო პირობებში გარჩევას. აქ სწრაფად იქნება დასმული დიაგნოზი, ნაჩვენები იქნება თერაპია და აქვე იქნება გატარებული ყველა ის ზომები, რომელნიც საჭირო იქნებიან დიაგნოსტიკისა და თერაპიისათვის.

ეს იქნება ცოცხალი პრაქტიკული მუშაობის ნიმუში ყველასათვის, ვისაც კი აინტერესებს ჩვენი დარგის პრაქტიკული ცოდნა!

ჩვენი კლინიკის კარი მუდამ ღია იქნება მსმენელთათვის და ყოველი ექიმისათვის, რომელიც მოისურვებს თავისი გამოცდილების გადახალისებას.

თქვენ შეგიძლიათ გვნახოთ ყოველ დღე ნერვული კლინიკის ლაბორატორიუმში, სადაც სწარმოებს ბიოლოგიური რეაქციები და ტვინის პისტოლოგიური შესწავლა და შემდეგ საკონსულტაციო ოთახში, სადაც ჩვენ მიმდინარე კლინი-

კურ მუშაობას ვაწარმოვებთ. ჩემი თანაშრომლები ყოველთვის მზად არიან თქვენი სამსახურისათვის.

რაც სამეცნიერო მუშაობას შეეხება, მე მიმდევარი ვრჩები ანატომო-კლინიკური მეთოდისა.

მე განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევ კლინიკურ მოვლენათა კლინიკური მეთოდით შესწავლას, და ამ მეთოდს უპირველესი მნიშვნელობის და ღირებულების გამოკვლევის საშუალებად ვსთვლი. მაგრამ მე მუდამ მახსოვს გამოჩენილი ნევროლოგის Dejerine-ის სიტყვები:

„Je n'existe, pas de bonne clinique sans anatomie précise“.

არა მარტო ანატომია უნდა იქცევდეს ჩვენს ყურადღებას: დღეს არა ორგანოს დაშლის სიმპტომებს, არამედ მათი ფუნქციონალური დაზიანების ნიშნებს ეძლევა დიდი მნიშვნელობა!

და აქ მე მახსენდება Gudden-ის სიტყვები, რომელშიაც იგი გამოხატავს ანატომიისა და ფიზიოლოგიის დამოკიდებულებას მედიცინაში: ჯერ ანატომია და შემდეგ ფიზიოლოგია, სწერს იგი, „მაგრამ თუ ჯერ ფიზიოლოგია, ანატომია მაინც არ დაივიწყოთ“.

გარდა ამისა, ჩვენს დროში ფრიად მაღალ საფეხურზედ სდგას ბიოლოგიური მეცნიერება. მის მიერ მოცემულ ფაქტების კლინიკაში ხმარება—გამოყენება ნაყოფიერი ხდება ჩვენთვის.

ამ მხარეს ჩვენი მუშაობისას ფრიად თვალსაჩინო ყურადღება ექნება მიჩნეული.

სიმპატიური ნერვული სისტემის ყოველმხრივი შესწავლა, ნერვთა დეზინტეგრაციის პროცესის და ახალი მიმართულების ელექტროფიზიოლოგიისა და ელექტროპათოლოგიის შესწავლა—სამი მხარე იქნება ჩვენი სამეცნიერო მუშაობისა.

რა საშუალება არის ჩვენს განკარგულებაში აღნიშნული მიზნების მისაღწევად?

ძველსა და ცნობილ სამკურნალოში ჩვენ განვაგებთ განყოფილებას, რომელიც შეიცავს 60 საწოლს.

ემსახურება რა მთელს საქართველოს, იგი იღებს ფრიად საინტერესო მასალას.

იგი დართულია მშვენიერი ფიზიოთერაპიული კაბინეტით და სათანადო ლაბორატორიით.

პირველი გვაძლევს საშუალებას გავატაროთ თერაპია ნერვულ სნეულებათა, მეორე კი აუცილებელი პირობაა თერაპიის რაციონალურ ჩვენებათა დამყარებისა.

განყოფილებას ყავს შვიდი ექიმი, რომელნიც მზად არიან სამოსწავლო და სამეცნიერო მუშაობისათვის.

დიდი შრომა იყო საჭირო უნივერსიტეტის ხელმძღვანელთა მხრივ, რომ ნერვების სნეულებათა კლინიკას დღევანდელი სახე მიეღო; ამ მხრივ მუშაობა ჯერ კიდევ დასრულებული არ არის.

ის თანაგრძნობა, რომლითაც ჩვენს დაწესებულებას ეპყრობა სამკურნალო ფაქულტეტი, უნივერსიტეტის რექტორი და მთავრობის სათანადო დაწესებუ-



ლებანი, ჩვენ იმედს გვაძლევს, რომ ჩვენი კლინიკის ორგანიზაცია სასურველ ბო-
ლომდე მიაღწევს.

მე დღეს ვტოვებ ამ კათედრას იმ იმედით, რომ თქვენი თანაგრძნობა ჩვენს
შიმართ მუდმივი იქნება და იმ განზრახვით, რომ დაუღალავად ვიშრომოთ, რათა
თქვენი ნდობის და თანაგრძნობის ღირსი დავრჩეთ!

ა. ვ. მალაფი.

ჰისტოლოგიის კათედრის ასისტენტი.

ნაწლავების გაზომვის მეთოდის მოდიფიკაცია- ციისათვის.

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ანატომიური ინსტიტუტიდან.

გამგე—პროფ. ა. ნ. ნათიშვილი).

ნაწლავების სიგრძის გაზომვის საკითხი უძველეს დროიდან აინტერესებდა მრავალ მკვლევარებს—Monassein-ს (1869), Cruveiller-ს (1871), Crampe-ს (1872) და სხვებს. უკანასკნელ დროის შრომები ეკუთვნიან Гундобин-ს (1891), Зернов-ს (1894), Dreike-ს (1894), Стопницкий-ს (1897), Дебеле-ს (1900), Блюменфельд-ს (1903) და Ансеров-ს (1922).

ნაწლავებს ზომავდნენ სხვადასხვა მიზნით: ზოგიერთი მკვლევარი ზომავდა, რომ გამოერკვია სქესის, ჰასაკის, კვების და რასის გავლენა, სხვები კი ზომავდნენ, რომ გამოერკვიათ დაავადების და შიმშილის გავლენა ნაწლავების სიგრძეზე, მესამენი აღარებდნენ ერთმანეთს ბავშვისა და მოზრდილის ნაწლავების სიგრძეს.

Custor-ი ნაწლავებს ზომავდა იმ მიზნით, რომ გამოერკვია შემწოვი ზედაპირის სივრცის შეფარდება სხეულის წონასთან. მისი გამოანგარიშებით სხეულის ერთ გრამს შეესაბამებოდა ნაწლავის ლორწოიან გარსის 0,29 კვადრატული სანტიმეტრი.

მიუხედავად დიდი ლიტერატურისა, რომელიც არსებობს ამ საკითხის გარშემო, ავტორებმა გარკვეულ შედეგებს ვერ მიაღწიეს და ისეთი საკითხები, როგორც სქესის გავლენა, დაავადება, კვება და სხვა იწვევდა მათ შორის უთანხმოებას.

Таренецкий დაეყრდნო Грубер-ის გაზომვის შედეგებს და დარწმუნდა, რომ რუსების ნაწლავის სიგრძე უფრო მეტია, ვიდრე გერმანელთა. Dreike რუსებზედ გატარებულ გაზომვებს აღარებს Rolseinn-ისას, რომელიც გერმანელების ნაწლავებს ზომავდა და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ნაწლავის სიგრძის განსხვავება ორ ეროვნებათა შორის აიხსნება მხოლოდ გაზომვის მეთოდების სხვადასხვაობით და არა მათი რასიული თავისებულობით.

Таренецкий ამტკიცებს, რომ მამაკაცების და დედაკაცების წვრილ ნაწლავების სიგრძე ერთი და იგივეა, მაშინ როდესაც Dreike ამბობს, რომ განსხვავება არსებობს, რომელიც აიხსნება მათი ცხოვრების სხვადასხვა პირობებით. Crampe



ამტკიცებს, რომ ნაწლავების სიგრძეში მომატების მიზეზი არის საჭმლის უსატოის ფორმა და არა მისი ქიმიური შემადგენლობა. მისი აზრით ძნელად მოსანელებელი საჭმელი ნაწლავის სიგრძეს აღიდებს.

Beneke, Кречман-ი და Dreike საკითხს ტუბერკულოზის გავლენისას ნაწლავების სიგრძეზე სთვლიან გადაწყვეტილად, მაგრამ ამის საწინააღმდეგოთ ილაშქრებს Таренецкий, რომელიც ამტკიცებს, რომ ნაწლავი, რომელიც უკვე საბოლოოდ განვითარდა, არ შეიძლება რომ შემოკლდეს.

ამ ფაქტების მოკლე შედარებიდან სჩანს, რომ არ არის არც ერთი საკითხი, რომელშიაც დასახელებული ავტორების აზრი ერთმანეთს ეთანხმებოდეს. ეს გარემოება აიხსნება მით რომ თვითეული ავტორი გაზომვას თავისი საკუთარი მეთოდით ასრულებს და პრაქტიკული გამოყენება და მიღება რომელიმე მათგანისა არ ამოსწურავს სავსებით ნაწლავის სიგრძის საკითხს; სხვადასხვა ავტორების დასკვნები ცვალებადია და ხშირად ერთმანეთის საწინააღმდეგო.

ამ ყამად მეცნიერებაში არ არის მიღებული საბოლოოდ ისეთი მეთოდი, რომლითაც შესაძლებელი იყოს უშეცდომოთ გამოკვლევა ნაწლავების სიგრძისა. ასეთი სხვადასხვაობა აუცილებლათ მოითხოვს ამ საკითხის გადასინჯვას და ამიტომ პროფ. ა. ნ. ნათიშვილის წინადადებით მე შეუდევნი აღნიშნულ შრომის შესრულებას და ვკვილობდი გვამებზედ:

1. გადამესინჯა წინანდელ ავტორთა დასკვნები ნაწლავების გაზომვის სიგრძის შესახებ,

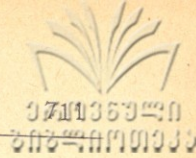
2. გამომერკვია ნაწლავის სიგრძის სხვადასხვაობის მიზეზები და

3. გამოენახა ახალი, უფრო რაციონალური მეთოდი ნაწლავების გაზომვისა.

საკონტროლო *) გაზომვისათვის და სხვადასხვა მკვლევართა დასკვნების შედარებისათვის, ჩვენ ვიღებდით გვამებს, რომელთა ნაწლავები დაახლოვებით ნორმალურ მდგომარეობაში იყო. გამოკვლევებისათვის ჩვენ ვიღებდით მხოლოდ 8, 9, 10 თვის ახლად დაბადებულთა გვამებს, რომლების გაკვეთას ვაწარმოებდით ზამთარში, სიკვდილის 3—5 საათის შემდეგ ან მეორე დღეს. გვამის გაზომვის დროს ჩვენ ავლნიშნავდით გვამის სქესს, წონას, წლოვანებას, სიმაღლეს, ტანის სხვადასხვა ნაწილების სიგრძეს, განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ნაწლავების და საზოგადოთ მუცლის ღრუს ორგანოების მდებარეობას. ამრიგად ჩვენ მიერ იყო გაკვეთილი 70 ბავშვის გვამი, მაგრამ საკონტროლო გაზომვებისათვის ჩვენ არ ვსარგებლობდით ისეთი გვამებით, რომლების ნაწლავები ან დანარჩენი მუცლის ღრუს ორგანოები განიცდიდნ რაიმე ცვლილებებს, მაგალითად: პერიტონეუმის ან საზოგადოთ ნაწლავების დაავადება, ზედმეტი მეტეორიზმი და სხვა. ამრიგათ ჩვენ საკონტროლო გაზომვებისათვის გადავარჩიეთ 20 გვამი, რომლების საჭმლის მომწელებელი მილი დაახლოვებით შეიძლება ჩაითვალოს ნორმალურათ. ამ 20 გვამიდან 10 ეკუთვნის მამრობითი სქესს, 10—დედრობითს, ხნოვანობით 8 თვიდან 10 თვემდის. (იხილ. ტაბ. № 1).

თუ მივიღებთ მხედველობაში ზემოაღნიშნულ ჩვენს გაზომვებს, როგორც საკონტროლოს და შევადარებთ სხვა ავტორთა უკანასკნელ შრომების შედეგებს,

*) ეს საკონტროლო მასალა ამავე დროს მეთოდის გამორკვევისათვისაც გამოვიყენეთ.



ჩვენ დავრწმუნდებით ნაწლავების სიგრძის გაზომვების არა მუდმივობაში. გაზომვის შედეგების სხვადასხვაობა და მერყეობა იყო აგრეთვე აღნიშნული სხვა მკვლევარების მიერაც.

საკმარისია მხოლოდ აღნიშნოთ, რომ Dreike, რომელიც სარგებლობდა Таренецкий-ს მეთოდით სულ სხვა შედეგებს ღებულობდა, ვიდრე უკანასკნელი.

Стопницкий-მ Таренецкий-ს მეთოდით გაზომა ერთი და იგივე ნაწლავი ოთხჯერ და ვერ შესძლო მიეღო ერთი და იგივე შედეგები ორ შემთხვევაშიაც კი. ჩვენ შევადარებთ მხოლოდ ორ უკანასკნელ Дебеле-ს და Pirquet-ს საფუძვლიან შრომებს, რომელთა განხილვა ჩვენ ნათლად გვაჩვენებს აგრეთვე ამ შრომების ნაკლოვანებასაც.

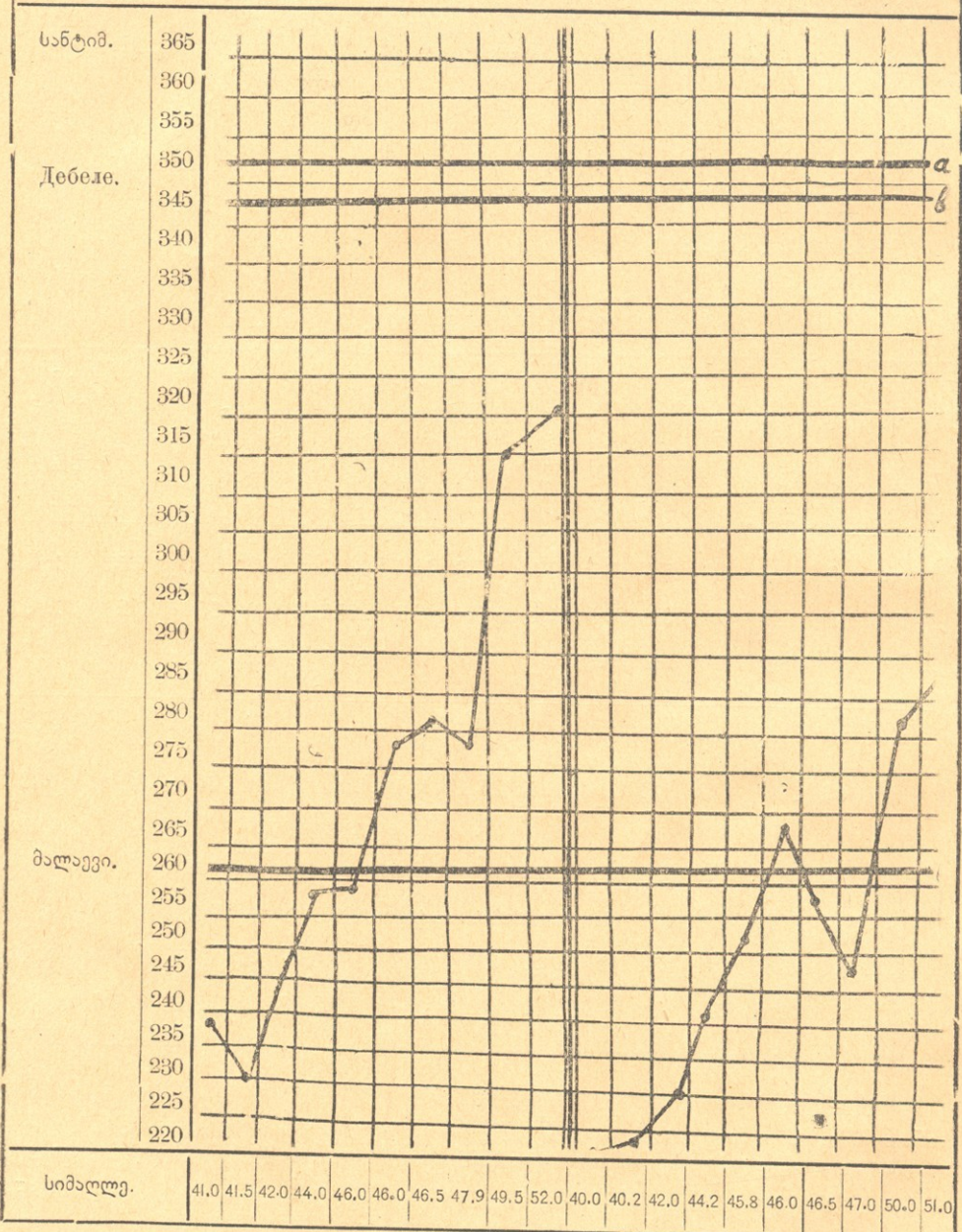
ტაბულა № 1.

ჩვენის გაზომვის შედეგები.

სქესი.	გვამების რიცხვი.	ხნოვანობა.	წონა.	სიმაღლე.	ტანის შედარებითი სიმაღლე.			In situ.			ამობრუნული წვირილი ნაწლავი.	ამობრუნული მსბვილი ნაწლავი.	ამობრუნული ნაწლავები მილიანად.	ტანის სიმაღლის და ამობრუნული ნაწლავების შეფარდება.
					Дебеле.	Pirquet.	მალავე.	წვირილი ნაწლავი.	მსბვილი ნაწლავი.	ნაწლავები მილიანად.				
მამრ.	3	8	1479	41.5	15.6	23.5	19.4	197.9	42.0	239.9	297.3	58.0	355.3	1:18.3
	5	9	1680	45.6	16.8	29.5	21.1	219.4	49.3	268.7	334.9	67.4	402.3	1:19.0
	2	10	2110	50.7	19.2	33.3	22.7	263.4	52.9	319.3	400.0	69.0	469.0	1:20.0
ქალი.	3	8	1175	40.7	16.5	28.0	18.0	186.8	38.8	225.6	278.0	43.3	321.3	1:17.8
	5	9	1817	45.9	17.5	30.7	19.4	209.3	44.1	253.4	312.0	59.6	371.6	1:19.1
	2	10	2101	50.5	18.3	32.1	20.7	243.9	44.4	288.3	357.0	62.0	419.0	1:20.0
ჯამ.	6	8	1327	41.4	15.7	27.4	18.7	192.0	40.0	232.0	286.0	51.0	337.0	1:18
	10	9	1751	45.9	17.1	30.0	20.2	214.4	45.7	260.1	323.5	63.5	387.0	1:19
	4	10	2105	50.6	18.8	33.0	21.7	255.1	48.7	303.8	378.0	66.0	444.0	1:20

Дебеле, პროფესორ გუნდობინის წინადადებით, შეუდგა ნაწლავთა მთლიანათ და მის ნაწილების სიგრძის გამორკვევას ხნოვანობის მიხედვით. მან გადაარჩია ისეთი ბავშვთა გვამები, რომლებთა ნაწლავები დაახლოვებით ნორმას აკმაყოფილებდა და მან შემდეგი დასკვნები მიიღო: 8—10 თვის ჩანასახის ტანის სიგრძე, მეშვიდე კისრის მალიდან—კუდუსუნის პირველ მალამდის უდრის 20,0—20,5 სანტ., ნაწლავების სიგრძე პირველ შემთხვევაში უდრის 547,5, მეორე შემთხვევაში კი—354,4 სტმ. (იხ. ტაბ. № 2).

საკონტროლო დიაგრამა დებელე-ს და ჩვენი ზომების შედეგებისა.



ა. და ბ. ნაწლავების სიგრძის საშუალო ზომები 10—8 თვის ჩანასახისა მიღებული დებელე-ს მიერ. ც. ჩვენი გაზომვის საშუალო ზომა. ნაწლავების პირველი ათი ზომა ეკუთვნის მამრობითი სქესს, მეორე ათი—დედრობითს.

ამრიგად თუ Дебеле-ს საშუალო ციფირებს ჩვენსას შევადარებთ, განსხვავება გამოიხატება 8 თვის ჩანასახისათვის—115,5 სტმ., 10 თვის კი—50,6 სტმ. რომ ცხადათ დავინახოთ აღნიშნული გაზომვების შედეგების სხვადასხვაობა, ჩვენ შევადგინეთ ტაბულა, რომელშიაც Дебеле-ს და ჩვენ გაზომვათა შედეგების შეფარდება და მასთან მერყეობაც კარგათ არის გამოხატული (იხილეთ ტაბ. № 2).

Pirquet-მ თავის გამოკვლევების საფუძვლათ მიიღო, რომ საჭმლის მიღება დამოკიდებულია ნაწლავების სიგრძეზედ, ე. ი. შემწოვი ზედაპირის სიგრძეზედ.

Pirquet-ს მიერ შედარებითი ერთეულად მიღებული იყო ვერტიკალურად დამჯდარი ადამიანის ტანის სიმაღლე თხემიდან საჯდომ ზედაპირამდე. ამ მანძილს მან უწოდა სახელათ „sitzhöhe“ და აღნიშნა ასოებით „si“. თუ si უდრის 33 სანტ., Pirquet ამბობს, რომ ნაწლავების სიგრძე დაახლოვებით უდრის 330 სანტ.; si მოზრდილის უდრის 87 სანტ., ნაწლავების სიგრძე უდრის 870 სანტ., ე. ი. ნაწლავების სიგრძე უდრის 10si. Pirquet-ს დაკვირვებით ნაწლავის სიგანე საშუალოდ უდრიდა $\frac{si}{10}$, ამ პირობებში ნაწლავის ზედაპირი

$$\text{უდრის } 10si \times \frac{si}{10} = si^2$$

ე. ი. ნაწლავების ზედაპირი უდრის დამჯდარ ადამიანის სხეულის სიმაღლის კვადრატს; ამ სიდიდეს Pirquet აღნიშნავს ტერმინით „siqua“.

ჩვენ საკონტროლო გვაგებზედ, ნაწლავების სიგრძისა და si-ს შეფარდება გამოიხატება პირველ შემთხვევაში როგორც 1:8,46, მეორე--1:8,67, მესამე—1:9,2.

ტაბულა № 3.

საკონტროლო ტაბულა Pirquet-ს მეთოდით ჩვენ მიერ გატარებულ ზომვის შედეგებისა.

თვეები	გვამების რიცხვი	ნაწლავის საშუალო სიგრძე	si	შეფარდება
8	6	232,0	27,4	8,46
9	10	260,1	30,0	8,67
10	4	303,8	33,0	9, 2

ზემოდ აღნიშნული გაზომვები ნათლად გვიჩვენებს, რომ საზოგადოთ ავტორთა გაზომვების შედეგები ერთმანეთს არ ეთანხმება, მათი დასკვნები მკვეთრად ცვალებადია და ყველა ჩვენ შემთხვევიდან არც ერთი არ ეთანხმება საშუალო ზომებს ზემოდ დასახელებულ ავტორებისა.

ეს დამოკიდებულია მთელ რიგ ფაქტორებზედ. თვითეულ ავტორს აქვს თავისი საკუთარი მეთოდი და წესი ნაწლავის შეფარდებითი ზომების მიღებისა. მკვლევრები ზომავდნენ ნაწლავებს შემდეგ მდგომარეობაში:

1. „in situ“,
2. ამოღებულ ნაწლავებს ჯორჯალთან ერთად,
3. ნაწლავების მოცილებისას ჯორჯლიდან,
4. სიგრძეზედ გაკვეთილს და სიპრტყეზედ მოთავსებულს,
5. გაკვეთილს და ოდნავ გაჭიმულ მდგომარეობაში,
6. ამოკვეთილს და გარეცხილს.

ნაწლავები რომ სიგრძეზედ არ გაიჭიმონ Стопницкий სარგებლობდა საფექსაციო სითხით—ქრომის სიმუხვის 8% წყლიან ხსნარით.

Rolsenn-ი გაზომვის წინ ამოკვეთავდა თირკმლებს. Фроловский ჯორჯლიდან ნაწლავების მოცილების შემდეგ, გაატარებდა ნაწლავის მილში წყლის ნაკადს და ამგვარად რეცხავდა ნაწლავს.

ზოგიერთი მკვლევარები duodenum-ს და სწორ ნაწლავის ქვემო ნაწილს, რომელიც პერიტონეუმით არ არის დაფარული, სრულიად არ ზომავდენ. სხვადასხვა ავტორთა შედეგების ცვალებადობა აგრეთვე აიხსნება იმ გარემოებით, რომ შედარებისათვის მკვლევარები სხვადასხვა ზომებს იღებდნენ, მაგალითად:

1. სიმაღლეს,
2. ტანის სიმაღლეს—კისრის მე-7 მალიდან კუდუსუნის პირველ მაღამდის,
3. ტანის სიმაღლეს—კისრის პირველ მაღლიდან კუდუსუნის უკანასკნელ მაღამდის,
4. ტანის სიმაღლეს—პირის ნაპრალიდან სწორ ნაწლავამდის,
5. თხემიდან—კუდუსუნის პირველ მაღამდის,
6. თხემიდან—საჯდომ ბორცვამდის,
7. ვერტიკალურათ დამჯდარ ადამიანის ტანის სიმაღლეს თხემიდან მოყოლებული იმ ზედაპირამდე, რომელზედაც იგი ზის და სხვა.

გაზომვის შედეგების მერყეობა აიხსნება აგრეთვე იმით, რომ 1) მკვლევარების გამოსაკვლევი მასალა არ იყო საკმარისი, 2) გვამები იყვნენ სხვადასხვა ჰასაკისა, 3) უმეტესობა ავტორებისა არ აღნიშნავდა სქესს, ეროვნებას, კვების მდგომარეობას, მაშინ როდესაც საჭმლის ქიმიურ შემადგენლობას და თვისებას დიდი გავლენა აქვს ნაწლავის სიგრძეზედ.

ამრიგად თუ მივიღებთ მხედველობაში ყველა ფაქტორებს, რომლებიც უარყოფითად მოქმედობენ გაზომვის შედეგებზედ, აუცილებელი ხდება გამოვიმუშაოთ უფრო რაციონალური მეთოდი, რომელიც მოგვცემს საშუალებას გამოვიანგარიშოთ ნაწლავის მილის შემწოვი ზედაპირის სიგრძე.

ჩვენი მეთოდიკისათვის ჩვენ ვიღებთ ნიწლავს წინასწარ ამოძრულს სეროზულ გარსის მილიდან.

თითქმის ასეთივე ამოძრა ნაწლავებისა სეროზულ გარსიდან სწარმოებს სასალახოში ცხოველთა ნაწლავების მოცილების დროს.

ამ მიზნისათვის ჩვენ გადავკვეთავთ წვრილ ნაწლავს ბაუჟინის სარქველის მიდამოში ისე, რომ მას თან ახლავს ნაწილი მეზენტერიუმისა და გაჭიმვის საშუალებით ამოვადრობთ ნაწლავებს სეროზულ გარსიდან თორმეტგოჯამლივ ნაკეცამდის. ამოძრის დროს შეიქმნება ორი ზონარი—ერთი წვრილი, რომელიც შეე-

საბამება მხოლოდ სეროზულ გარს, მეორე მსხვილი, რომელიც წარმოადგენს ნაწლავის მილის დანარჩენ გარსებს. ამოძვრის შემდეგ სეროზული ზონარი საკმაოდ მოკლდება, კუნთოვან ლორწოიანი მილი კი — თითქმის უცვლელი რჩება. ამოძვრის შემდეგ უკვე ნაწლავების გაზომვა შეიძლება. ნაწლავების ამოძვრისათვის თითქმის არავითარი ძალა არ არის საჭირო; ეს ძალა თვითეულ მკვლევარისათვის ზედმეტად მცირე და ერთი და იგივეა. წვრილ ნაწლავების სიგრძისა „in situ“ და ამოძვრულ ნაწლავთა შეფარდების გაზომვის შედეგი სხვადასხვანაირად გამოიხატება (1 : 1,4 — 1,5). რომ უფრო ადვილი წარმოსადგენი გახდეს ნაწლავის სიგრძის აღნიშნული მერყეობა, ჩვენ მიერ შედგენილია ტაბულა, რომელიც გვიჩვენებს ზრდასთან ერთად განსხვავების თანდათანობითი მომატებას (იხ. ტაბ. № 4).

ეს აიხსნება იმით, რომ ცხოვრების პირველ ხანაში ახლადდაბადებულთა ბავშვების ლორწოიანი გარსის კერკრინგის ნაოჭები სუსტათაა განვითარებული.

Duodenum-ი იზომებოდა გარდიგარდმო კოლინჯის ნაწილობრივი მოცილების შემდეგ.

ამოძრული მსხვილი ნაწლავი შედარებით ამოძრულ წვრილ ნაწლავებთან უფრო ნაკლებად გრძელდება: 1) ვინაიდან მის პერიტონეალურ აპარატს აქვს განსაკუთრებული ურთიერთობა მსხვილ ნაწლავის გარსებთან, 2) მას წინააღმდეგობას უწევს კუნთოვანი გარსის გასწვრივი ზონარები და 3) ლორწოიანი გარსის ნაოჭები ძალიან სუსტათაა განვითარებული, მაგრამ მიუხედავად ამ დაბრკოლებათა ამოძრული მსხვილი ნაწლავი სრულიად სწორდება, ისე რომ მის გარეთა, უკვე სადა ზედაპირზედ haustra-ს არავითარი ნიშანი არ რჩება.

ეს მეთოდი გვაძლევს საშუალებას გაგზომოთ ნაწლავის მილის შემწოვი ზედაპირის სიგრძე, რომელიც არსებითად გვანტერესებს ამ საკითხის შესწავლაში, სეროზულ გარსის მოცილების დროს ლორწოიანი გარსის ნაოჭები სწორდება და ამრიგად ნაწლავის მილის შემწოვი ზედაპირის ნამდვილ მაქსიმალურ სიგრძეს ვიღებთ.

ამოძრული ნაწლავი ფიზიოლოგიური ხსნარში დასველებული და შუშის სადა ზედაპირზედ მოთავსებული დროს ზეგავლენით არ მოკლდება, ამიტომ ამოძრული ნაწლავის სიგრძე შეიძლება ჩაითვალოს მუდმივ ზომათ.

ჩვენი აზრით ამოძრული ნაწლავის ზედაპირი უახლოვდება იმ ზედაპირს, რომელიც ფიზიოლოგიურათ არსებობს ნაწლავში საზოგადოთ პერისტალტიკის დროს.

შედარების ერთეულად ჩვენ მიერ აღებულია ხერხემლის სიგრძე, დაწყებული ისრის პირველ მალის ზემო ნაპირიდან — კუდუსუნის უკანასკნელ მილამდის, როგორც ერთეული, რომელიც შეესაბამება სხეულის მოზარდულობითი ლულის.

უნდა ავღნიშნოთ, რომ ბავშვთა ნაწლავებს დამოკიდებულება არა აქვთ სიმალღესთან, ვინაიდან დიდი სიმალღის დროს გვხვდება ხშირად მოკლე ნაწლავები. მართლაც, ჩვენ მიერ გატარებული გაზომვა ოთხ ტყუპზედ, ერთი და იმავე სიმალღისა 40 სანტ. ნაწლავების სიგრძე პირველ შემთხვევაში უდრიდა 162 სანტ., მეორე — 243 სანტ., მესამეში — 222 სანტ. და მეოთხეში 235 სანტ.

ამ გაზომვების მიღების შემდეგ ჩვენ სხვათაშორის შევადარეთ ხერხემლის სიგრძე ამოძრულ ნაწლავების სიგრძეს და მივიღეთ სწორი შეფარდებანი, სახელობრ:

8	თვის	ნაყოფისათვის,	როგორც	1 : 18.
9	”	”	”	1 : 19.
10	”	”	”	1 : 20.

აღნიშნული შეფარდებანი ჩანასახის გვამებს ეხება, რომელთა ნაწლავები ნორმალურ მდგომარეობაში იყო, ამიტომ შეფარდებანი შესაძლებელია არ გამოთლდეს იმისთანა გვამებზედ, რომლებსაც შესატყვისი ცვლილებების არსებობას უნდა მოველოდეთ, სახელობრ: ნაწლავების დაავადება, პერიტონეუმის დაავადება, ზედმეტი მეტეორიზმი, სიკვდილის შემდეგი ხრწნა და სხვა. აგრეთვე ჩვენი მეთოდი გამოყენებულია ჯერჯერობით მხოლოდ ჩანასახებზედ და ჩვენი ფორმულების შემდეგ ჰასაკზედ გადატანა ჯერ ნაადრევია.

ეთავეთ რა საკანტროლო გაზომვის შედეგების აღწერას შესაძლებლათ მიგვაჩნია შემდეგი დასკვნები გამოვიტანათ:

1. ყველა გაზომვები და საბოლოო ციფრები წინანდელ ავტორებისა არც ერთ ჩვენ მიერ გაზომილ გვამისათვის არ არას გამოსადევი.
2. ავტორთა ცნობები ცვალებადია და ხშირად ერთი მეორის საწინააღმდეგო.
3. ნაწლავის მილს არა აქვს დამოკიდებულება სხეულის სიმაღლესთან.
4. ჩანასახის ნაწლავების სეროზული მილი 8—10 თვემდის იზრდება საკმარისი თანდათანობით, ლორწოიანი მილი კი — უფრო სწრაფათ, რის გამოც იგი მდიდრდება კერკრინგის ნაოჭებით; ამიტომ ლორწოიანი მილის სიგრძის გამოკვლევა „in situ“ გაზომვით — შეუძლებელია, ვინაიდან ამნაირი გაზომვა არკვევს ნამდვილ სიგრძეს მხოლოდ სეროზული მილისა.
5. სეროზული გარსიდან ამოძრული და გასწორებული ნაწლავები გვადლევენ საშუალებას მის შემწოვი ზედაპირის ნამდვილ სიგრძის გამოანგარიშებისას, რის შემდეგ ზედაპირის ოდენობის გამოკვლევა შედარებით ადვილი ხდება.
6. ვინაიდან ლორწოიანი მილი მჭიდროთაა შეზრდილი კუნთოვან მილთან, ამოძრვის დროს მათი განცალკევება შეუძლებელია. კუნთოვანი გარსი ამდროს სუსტათაა განვითარებული და კერკრინგის ნაოჭების გასწორებას იგი სრულიად არ უწყევს წინააღმდეგობას.
7. მამრობითი სქესის ნაწლავების სეროზული და ლორწოიანი მილი უფრო გრძელია, ვიდრე დედრობითი სქესისა.
8. ამოძრული ნაწლავი შედარებით მის სეროზულ პარკთან უფრო გრძელია და ეს განსხვავება მატულობს თანდათანობით ჰასაკის და მიხედვით.
9. შედარებით უწინდელ ავტორებთან ჩვენი მეთოდი უფრო ადვილი შესასრულებელია.
10. ჩვენ მიერ წარმოდგენილ მეთოდს, ჩვენის აზრით, თანახმათ იმ შედარებით მუდმივი შედეგებისა, რომელსაც ჩვენ ვიღებდით გაზომვის დროს, უნდა ჰქონდეს დადებითი მნიშვნელობა ნაწლავების შემწოვი ზედაპირის სიგრძის საკითხის გამორკვევაში.



ვათაგებ რა მოხსენებას სასიამოვნო ვალად მიმაჩნია, ჩემს დიდათ პატივცემულ და ძვირფას მასწავლებელ პროფესორ ა. ნ. ნათიშვილს გულთადი მადლობა გამოუცხადო იმ მუღმივ დარიგება—ხელმძღვანელობისათვის, რომელსაც არ მაკლებდა მუშაობის შესრულების დროს.

მადლობას მოვახსენებ აგრეთვე ჩემს მეგობარს ექიმ ზ. მაისურაძეს, რომელიც ყოველთვის მზათ იყო დახმარება გაეწია დამუშავებისათვის საქირო მასალის მოწოდების მხრივ.

ლიტერატურა.

1. Фроловский. Материалы к анатомии пищеварительного канала грудных детей. Дисс. Петербург 1875 г.
2. Таренецкий. Beiträge zur Anatomie des Darmkanals. 1881. St. Petersburg.
3. Rolsen. Ein Beiträge zur Kenntniss. der Längenmasse des deutshen Darms. Diss. 1890. Dorpat.
4. Гундобин Н. Строение кишечника у детей. Дисс. 1891 г. Москва.
5. Глинский Д. К физиологии кишек. Дисс. 1891. С. Петербург.
6. Пашковский М. Материалы к вопросу о высоте брыжейки тонких и толстых кишек. Дисс. 1896 г. С. Петербург.
7. Виноградов В. К вопросу о патолого-анатомических изменениях в печени, желудке и кишках при врожденном сифилисе у грудных детей. Дисс. 1898 г. С. Петербург.
8. Погоский В. К вопросу о движениях тонких кишек и об отношении этих движений к процессу пищеварения. Дисс. 1899 г. С. Петербург.
9. Dreike. Ein Beiträge zur kenntniss der Länge des menschlichen Darmcanals. Juriew. Diss. 1894.
10. Стопницкий С. По вопросам анатомии брыжечной части тонкой кишки и ея брыжжейки. Дис. 1897 г. Москва.
11. Лисенко. В. Рост и строение желудка у детей. Дисс. 1899 г. С. Петербург.
12. Дебеле Ф. О длине кишечника в детском возрасте. Дисс. 1900 г. Петербург.
13. Блуменфельд С. Современное состояние научных исследований о Flexura sigmoidea. Дисс. 1903 г. Юрьев.
14. Натиев А. К вопросу об аномальных формах толстых кишек. Отд. оттиск „Запис. Имп. Харьк. Унив.“ за 1910 г.

15. Троицкий И. Особенности желудочно кишечного канала в детском организме. Врачебная газета. 1911 г.
16. Натиев А. К морфологии саесум и colon детей до 1-го года жизни. Дисс. 1917 г. Харьков.
17. Палладин А. Основы питания.
18. Ансеров Н. О длине кишечника. Докл. на с'езде анат., гист. и зоолог. 1922 г. Москва.

R é s u m é

Modification de la méthode de mensuration de l'intestin.

A. G. Malaëff.

Dans nos nombreuses mensurations de contrôle de l'intestin, sa longueur ne correspondait jamais à celles des données classiques.

Une telle contradiction entre les auteurs et une telle inconstance dans les différents chiffres, trouvées par nous, s'expliquent par la différence des méthodes de mensuration et par le fait que leur système de mensuration était défectueux.

C'est pourquoi nous présentons ici une méthode de mensuration plus simple, qui permet facilement et exactement de déterminer la surface d'absorption de l'intestin.

Cette méthode consiste dans l'extraction de la musculo-muqueuse de sa couche séreuse en totalité, comme cela se fait à l'abattoir.

Après une telle extraction de la couche musculo-muqueuse de sa membrane séreuse, les plis intestinaux disparaissent, la surface de l'intestin se redresse et ainsi l'on obtient la longueur exacte de la surface de la muqueuse intestinale.

Nous pouvons constater qu'avec la croissance de l'organisme, la longueur de la couche musculo-muqueuse augmente plus vite, que celle de sa couche séreuse.

Nous avons obtenu un rapport constant entre la colonne vertébrale (de la 1-re vertèbre cervicale au coccix) et la longueur de la couche muqueuse.

Pour le fœtus de 8 mois 1:18,

” ” 9 ” 1:19,

” ” 10 ” 1:20.

La supériorité de notre méthode consiste dans le fait, que nous pouvons exactement déterminer la longueur de la superficie d'absorption de l'intestin, alors

que les méthodes de mensuration „in situ“, pratiquées par les autres auteurs, ne peuvent déterminer que la longueur de la couche séreuse de l'intestin.

Nos travaux de mensuration pour le moment ne sont terminés qu'en ce qui concerne les foetus de 8-9 et 10 mois (mois médical).

La méthode, présentée par nous, d'après les chiffres constants, qu' elle nous donne aux mensurations, doit être considérée à notre avis, comme une bonne méthode, permettant de déterminer avec exactitude l'étendue totale de la surface d'absorbtion de la muqueuse intestinale.

პროფ. გ. ლამბარაშვილი.

რენტგენის სხივების ბიოლოგიური მოქმედების შესახებ.

(ტფ. სახ. უნ. ვინეკოლოგ. კლინიკის რენტგენის განყოფილებიდან. დირექტორი
პროფ. ლამბარაშვილი).

იმ საკითხების დამუშავება, რომლებიც სხივოსანი ენერგიის ხმარების დროს დაკავშირებულია ბიოლოგიურ საფუძვლებთან და მიმართულია იქით, რომ ის შენობა, რომელსაც რენტგენოთერაპია ეწოდება, წმინდა მეცნიერულ საფუძველზე დამყარდეს, სამართლიანად შეადგენს ერთ ერთ უმთავრესსა და უაღრესად საინტერესო ამოცანას რენტგენოლოგიაში. ამიტომ, სრულიად გასაგებია ის გაორკეცებული ყურადღება, რომელიც მიკუთვნილი აქვს რენტგენოთერაპიის ამ მნიშვნელოვან ნაწილს და უნდა ვალიაროთ, რომ, მიუხედავად იმისა, რომ ეს მეცნიერება ჯერ კიდევ ახალგაზრდაა—რენტგენის სხივები ხომ მხოლოდ 30 წლის წინად იყო აღმოჩენილი—ბიოლოგიური საფუძვლების შესახებ უკვე არის უდიდესი მონაპოვარნი—თუმცა, რასაკვირველია, ჯერ კიდევ ელის თავის გადაწყვეტას მრავალი საკითხი—მათ შორის პირველ ხარისხოვანი მნიშვნელობისა. ამ ახალ სისტემასთან შესადარებლად უნებურად მაგონდება მეორე, უძველესი დარგი ჩვენი მეცნიერებისა (თუ კი შესაძლებელია აქ საერთოდ მეცნიერებაზე ლაპარაკი)—ბალნეოლოგია. ბალნეოლოგია, რომელიც არსებობს უხსოვარ დროთაგან, ასი და ათასი წლები, მიუხედავად თავისი დრომოკუმულობისა მეცნიერული დასაბუთების მხრივ, ჯერ კიდევ ბევრის ხანაში იმყოფება—აქ ჯერ კიდევ უხეში ემპირიზმი მეფობს და მხოლოდ სულ უკანასკნელ ხანებში გამოჩნდა ნიშნები მეცნიერული გაშუქებისა.

ყოველ ცოცხალ ქსოვილში რენტგენისა და რადიუმის სხივების მოქმედება იწვევს დაზიანებას, რომელსაც თან სდევს უაღრესად სხვა და სხვანაირი და ღრმა ცვლილებები, როგორც ადგილობრივ—უშუალოდ სხივების მოქმედების არეში—ისე მთელ ორგანიზმში. აქ უნდა გადაჭრით ითქვას, რომ, თუმცა, რაც უფრო ძლიერია დოზა, მით უფრო საგრძნობია დაზიანება, მაგრამ არ არსებობს ისეთი დოზა, თუნდაც სრულიად მინიმალური, რომელიც არ იწვევდეს დაზიანებას. იმის მტკიცება, ვითომ მცირე დოზა უჯრედებზე და ორგანოებზე მოქმედებს სტიმულის სახით, ე. ი. აღმჯობესებს მათს მდგომარეობას, რაც გამოიხატება მათი ფუნქციის გაძლიერებაში—მოკლებულია რაიმე მეცნიერულ ნიადაგს. ეს ჰიპოტეზა, ცნობილი „გალიზიანების თეორიის“ სახელით,

ბრწყინვალედ დარღვეულია Holzknecht-ის, Pordes-ის, Galler-ისა და სხვ. გამოკვლევებით. ჩვენი ექსპერიმენტალური ცდები მცენარეებზე, ცხოველებზე და ჰისტოლოგიური გამოკვლევები ქალის საკვერცხეებისა, რომლებიც გაშუქებული იყო მცირე ე. წ. გამაღიზიანებელი დოზებით, პირდაპირ ყველა შემთხვევაში—რაინე გამონაკლისის გარეშე—სრულიად გადაჭრით გვეუბნება, რომ მცირე დოზებიც იწვევენ დაზიანებას—ხან მეტად მნიშვნელოვანსაც. თუმცა ჩვენ შეუძლებლად არ მიგვაჩნია არსებობა x —სხივების მცირე ე. წ. გამაღიზიანებელი დოზების ფიზიოლოგიური პლიუსისა და სასარგებლო შედეგებისა გაშუქებული ქსოვილისათვის ან ორგანიზმისათვის, მაგრამ უნდა ითქვას, რომ გაუმჯობესება, როგორც ადგილობრივი, ისე საერთო ხასიათისა, არის შედეგი არა სხივების უშუალო მოქმედებისა, არამედ იმისი, რომ აქ ხდება აცილება შემაკავებელი მომენტებისა. მაგალითად, თირკმელების ანთებითი დაავადების დროს სხივების სულ უმნიშვნელო დოზის ხმარების შემდეგ შეიძლება მივიღოთ სწრაფი გაუმჯობესება და ტკივილების დაკარგვა ინის გამო, რომ ილუბებიან ლეიკოციტები—აოა ჩვეულებრივად მგრძნობიარენი რენტგენის სხივების სულ უმნიშვნელო და უმცირესი დოზების თიმართაც კი.

დოზისა და ქსოვილის მგრძნობიარობის მიხედვით ცვლილებათა ხასიათი და ხარისხი სხვა და სხვა გვარია: დაწყებული სულ უმნიშვნელო დაზიანებიდან ქსოვილის სრულ დაშლამდე. იმ დროს, როდესაც მცირე და საშუალო დაზიანების შემდეგ უჯრედს გამოკეთება შეუძლიან, ძლიერი დაზიანება იწვევს უჯრედის საბოლოო დაღუპვას—სიკვდილს.

ლატენტური პერიოდი. დამტკიცებულად ითვლება, რომ ქსოვილში ცვლილებები ხდება უკვე გაშუქების დროს, მაგრამ თვალით დასანახი ცვლილებები ჩნდება რამოდენიმე ან კარგა დიდი ხნის შემდეგ, რასაც ეწოდება ლატენტური პერიოდი. ასეთ **ლატენტურ პერიოდს იწოდება დრო, გასული გაშუქების დაწყებიდან უჯრედის აშკარა ცვლილების გამოჩენამდე.** ლატენტური პერიოდის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ორ მომენტზე: უჯრედის მგრძნობიარობასა და დოზის სიძლიერეზე. რაც უფრო მგრძნობიარეა უჯრედი და ძლიერია დოზა, მით უფრო მცირეა ლატენტური პერიოდი. ლატენტური ხანა ჩვეულებრივ გრძელდება რამოდენიმე დღიდან 3-კვირამდე, მაგრამ განსაკუთრებულ შემთხვევებში ეს პერიოდი არაჩვეულებრივად გრძელდება და მაშინ რეაქცია იწყება თვეებისა და წლების შემდეგ და ისიც სრულიად მოულოდნელად (ე. წ. **დაგვიანებული იარები**). მეორეს მხრივ ხან და ხან რეაქცია არაჩვეულებრივად ადრე იწყება—ზოგიერთ შემთხვევაში გაშუქებიდან უკვე $1/2$ საათის შემდეგ. ეს, ე. წ. **ადრეული რეაქცია**, რომელსაც ახასიათებს კანის გაწითლება (ერიტემა), წვა და ცოტა მგრძნობიარობაც შეხების დროს, უკვალოდ იკარგება ძალიან მცირე დროს, სულ ბევრი 8 დღის შემდეგ ყველაზე უკეთესად და ტიპურად ყველა ამ რეაქციული მოვლენების, როგორც ადრეული, ისე ჩვეულებრივის დაკვირვების წარმოება შეიძლება კანზე.

რა უდევს საფუძვლად ლატენტურ პერიოდს? ამის შესახებ ჩვენ ძალიან ცოტა რამ ვიცით. კლინიკურად ამ დროს, ჩვეულებრივ, არავითარი ცვლილება არ ხდება, მაგრამ ხშირად გაშუქების შემდეგ უკვე პირველ დღეებშივე შეიძლე-

ბა აღნიშვნა ანატომიური ცვლილებებისა, მაკალითად, ეპიდერმისის ძირითად უჯრედებში, სასქესო ჯირკვლების ეპიტელიალურ უჯრედებში, კანის კაპილარებში და სხვ. ამ ცვლილებათა გამოკვლევა განსაკუთრებული გულმოდგინებით აწარმოვა David-მა კაპილარული მიკროსკოპის საშუალებით.

ზოგიერთ უჯრედებში, რომლებიც განსაკუთრებულ მგრძობიარობას იჩენენ რენტგენის სხივების მიმართ, ცვლილებები აფეთქების მაგვარი სისწრაფით იწყება, მაგ. ლიმფოციტებში და ძვლის ტვინის უჯრედებში—ამ უჯრედებისათვის არავითარი ლატენტური პერიოდი არ არსებობს.

ლატენტური პერიოდის გამოსარკვევად აუცილებლად უნდა შეეჩერდეთ Vassermann-ისა და Ehrlich-ის შემდეგ გამოკვლევებზე. Vassermann ი აწარმოებდა ცდებს თავის კიბოზე და აღმოაჩინა, რომ შეიძლება არ მოვკლათ უჯრედი, მაგრამ წავართვათ მას გამრავლების უნარი. Vassermann—Ehrlich ის ჰიპოტეზის თანახმად ეს აიხსნება იმით, რომ ყოველ უჯრედში განცალკევებულად არსებობს ორი ფუნქცია: ერთის მხრით მოძრაობისა და კვების ფუნქცია (ნუტრიცეპტორები) და მეორეს მხრით გამრავლების ფუნქცია (გენოცეპტორები). ნუტრიცეპტორების დანგრევის დროს აუცილებლად და სწრაფად იღუპება უჯრედიც, გენოცეპტორების მოსპობის შემდეგ კი უჯრედს შეუძლიან განაგრძოს არსებობა ფიზიოლოგიურ სიკვდილამდე, როგორც შემდეგ დავინახავთ, პირველ რიგში და ყველაზე ძლიერად რენტგენის სხივებისაგან ზიანდებიან ახალგაზრდა უჯრედები—ბირთვის გაყოფის პერიოდში მყოფნი. კარბოკინეტიური მექანიზმის მოსპობის შემდეგ უჯრედისათვის ბუნებრივად სწყდება შემდეგი გამრავლების შესაძლებლობა, მაგრამ უჯრედს შეუძლიან იარსებოს შემდეგშიაც და იცხოვროს თავის ბუნებრივ სიკვდილამდე. თუ მართალია ვასერმან-ერლიხის ჰიპოტეზა, ლატენტური პერიოდი უნდა შეიცავდეს იმ დროს, რომელიც გავიდა უჯრედის ბირთვის გაყოფის პროცესის მოსპობიდან მის—სიბერისა გამო—ბუნებრივ სიკვდილამდე.

სხივების მოქმედების შეჩვევა. შეიძლება თუ არა შეჩვევა სხივების მოქმედებასთან? ამ კითხვას გადაჭრით უარყოფითი პასუხი უნდა გავცეს. ყოველგვარ ექვს გარეშეა, რომ კანი არამც თუ არ შეეჩვევა რენტგენის სხივებს, არამედ ყოველი შემდეგი გაშუქება თვალსაჩინოთ აძლიერებს ქსოვილის რეაქციას. თუ კანისათვის ეს აბსოლუტურად არის დამტკიცებული—ბიოლოგიურად წარმოუდგენელია, რომ სხვა ქსოვილებმა სხვანაირი რეაქცია გამოიჩინონ. მრავალი ავტორის დაკვირვება, რომ პირველი გაშუქების დადებითი ეფექტის შემდეგ ავთვისებიანი სიმსივნეების რეციდივები იჩენენ აშკარად შემცირებულს მგრძობიარობას და ამის გამო მათზე სხივებით მოქმედება მეტად საძნელო საქმეა—არ შეიძლება „შეჩვევის“ დასამტკიცებლად იქნეს მოყვანილი. ამ მოვლენის ახსნა ჯერ ჩვენ არ შეგვიძლიან, მაგრამ ცხადია, რომ ამ შემთხვევაში სულ სხვა სახის ფაქტორები უფრო თამაშობენ როლს, ვიდრე შეჩვევა.

რეაქციის ხასიათი. რეაქციები მეტად სხვა და სხვანაირად მიმდინარეობენ. მაშინ, როდესაც კანზე ტიპური ანთებითი მოვლენები გვხვდება—შინაგან ორგანოებში გადაგვარებითი მოვლენებსა აქვთ აღ-





გილი. ადვილად შესაძლებელია, რომ ანთებითი პროცესი არის შედეგი სხივების პირდაპირი მოქმედებისა სისხლის მილების ნერვულ სისტემაზე, მაგრამ ამით **ყველა ცვლილებების** ახსნა არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება, რადგან ასეთ შემთხვევაში ის ერთ უჯრედიანი ორგანიზმები, კვრცხები და ემბრიონები, რომლებსაც არა აქვთ სისხლის მილების ნერვული სისტემა, არავითარ რეაქციას არ გამოიჩენდნენ რენტგენის სხივების მიმართ. ამრიგად უნდა ვიფიქროთ, რომ სხივები უჯრედებზე პირდაპირ მოქმედებენ.

ფუნქციონალური ცვლილებები.

შესაძლებელია თუ არა, რომ ფუნქციონალურ ცვლილებებს თან არ სდევდეს ანატომიური ცვლილებები? (ცვლილება სისხლის შედედებისა, ფიბრინოგენისა, შაქრის რაოდენობისა სისხლში და სხვ.). უფრო სწორედ კითხვა უნდა დაისვას შემდეგნაირად: არის თუ არა შედეგი სხივების უშუალო მოქმედებისა ის ფუნქციონალური ცვლილებები, რომლებსაც ასე აშკარად ვლბულობთ? როგორც ვიცით, რენტგენის სხივების მინიმალური დოზის შემდეგაც კი შეწოვილ დაშლითი პროდუქტებს შეუძლიანთ გამოიწვიონ ყოველგვარი ცვლილება—მათ შორის ფუნქციონალურიც. ამისათვის არა გვაქვს შესაძლებლობა, რომ დაყენებულ კითხვას გადაჭრითი პასუხი გავცეთ. ფუნქციის მოშლას შეკავების მხრით, მაგალ., მარილის სიმჟავის გამოდენის შემცირებას, სანერწყვე ჯირკვლების სეკრეციის შესუსტებას კისრის მიდამოს გაშუქების შემდეგ, ხსნიან ჯირკვლოვანი ეპიტელიუმის დეგენერაციის მოვლენებით.

კუმულატიური მოქმედების შესახებ.

რენტგენის სხივებს **კუმულატიური მოქმედების** თვისება აქვთ: მცირე დოზები, რომელთაც ცალ-ცალკე არ შეუძლიანთ ანთებითი რეაქციის გამოწვევა, ერთდებთან და ძლიერ რეაქციას იწვევენ.

იდიოსინკრაზია.

იმ საკითხის შესახებ—არსებობს თუ არა იდიოსინკრაზია რენტგენის სხივების მიმართ, ე. ი. შეუძლიან, თუ არა მცირე დოზას—ერთი ინდივიდუუმისათვის თითქმის განურჩეველს—მეორეზე გამოიწვიოს ძლიერი რეაქცია—უნდა გადაჭრით უარყოფითი პასუხი ითქვას. იმ დიდი გამოცდილების მიხედვით, რომელიც მიღებულია ავადმყოფთა გაშუქებისა და ექსპერიმენტალურ დაკვირვებათა შედეგ, უნდა ითქვას, რომ არავითარი იდიოსინკრაზია არ არსებობს, რომ სხვა და სხვა ინდივიდუუმების მგრძობიარობა რენტგენის სხივების მიმართ ცვალებადობს მხოლოდ 10—15%—ში. ცნობილია, მაგალითად, რომ რაც უფრო ნაზია კანი, მით უფრო ძლიერია რეაქცია და ისიც კარგად იცის ყველამ, რომ ქერა ქალების კანი უფრო ძლიერ რეაქციას იძლევა, ვიდრე შავგვრემანებისა.

ამორჩევითი მოქმედება.

რენტგენისა და რადიუმის სხივების ზეგავლენით ყოველი ცოცხალი უჯრედი და ყოველი ქსოვილი განიცდის ცვლილებებს. ნამდვილად დიდი დოზის საშუალებით შეიძლება დაინგრეს ყოველნაირი უჯრედი. ამ რიგად, ამორჩევითი მოქმედება არ არსებობს, მაგრამ, როგორც შემდეგ დავინახავთ, სხვა და სხვა ქსოვილი, როგორც ნორმალური, ისე პათოლოგიური, სხვა და სხვა რეაქციით უპასუხებს რენტგენის სხივების ერთსა და იმავე დოზას ან, ტენნიკურად რომ ვსატყვათ, ქსო-

ვილებს სხვა და სხვა რადიომგრძობიარობა აქვთ. ამ რიგად ლაპარაკი შეიძლება მხოლოდ სხივების **შედარებითი ამორჩევითი მოქმედებაზე**. თუ რამდენად განსხვავდება მგრძობიარობა სხვა და სხვა ქსოვილისა სხივების მიმართ, ჩანს Wetterer-ის შემდეგი ტაბულებიდან.

რადიომგრძობიარობა.

არამც თუ სხვა და სხვა ტიპის, სავსებით ერთგვარი უჯრედებიც კი — ერთსა და იმავე პირობებში მყოფნი — სხვა და სხვა რეაქციით უპასუხებენ ერთსა და იმავე დოზას. თუ გავაშუქებთ პროტოზოების კულტურას, იღუბება მხოლოდ მათი ერთი ნაწილი, მეორე კი განაგრძობს არსებობას. ერთი და იგივე დოზით გაშუქება სხვა და სხვა ექზემპლიარებისა იწვევს ერთროციტების ჰემოლიზის სრულიად უთანასწოროდ. იგივე უნდა ითქვას კიბოს უჯრედებისა, ლიმფოციტებისა და სხვ. შესახებ. უჯრედთა ყოველ ჯგუფს თავისი გარკვეული რადიომგრძობიარობა აქვს, რომლის რაოდენობა ცვალებადობს მეტად დიდ საზღვრებში. ერთი სახის უჯრედებისათვის სრულიად დამლუბველი დოზა, უჯრედთა მეორე გვარზე შეიძლება სრულებით არ მოქმედებდეს. ერთგვარი უჯრედების სხვა და სხვა მგრძობიარობის დასამტკიცებლად კიდევ შეიძლება მოვიყვანოთ Perthes-ის, Holthusen-ის, Krönig-ისა და Friedrich-ის ცდები (ასკარიდების კვერცხები და თავკომბალა): ზოგიერთ კვერცხებზე ან ჩანასახებზე მიიღეს მძიმე დარღვევა მაშინ, როდესაც სხვებს მხოლოდ უმნიშვნელო ცვლილებები შეამჩნიეს. საკვერცხეს გაშუქების დროს ერთი და იგივე ხნის ფოლიკულები ხშირად უპასუხებენ სულ სხვა და სხვანაირად. კიბოს სიმსივნეების გაშუქების დროს ზოგჯერ ვხვდავთ გადარჩენილს და დაუზიანებელ უჯრედთა პატარა ჯგუფებს მაშინ, როდესაც მათი დადი უმრავლესობა იმყოფება სრული დაშლის სტადიუმში.

ერთი ტიპის უჯრედების ასეთი სხვა და სხვანაირი რეაქცია პრაქტიკულ რენტგენოლოგიაში წარმოადგენს ერთის მხრივ დიდ უხერხულობას, მაგრამ, მეორე მხრივ, უდიდეს უპირატესობასაც. უარყოფითი აქ ის არის, რომ, მაგალითად, კიბოს იმ უჯრედებიდან, რომლებიც გადაურჩნენ სხივების მოქმედებას, შეიძლება გაჩნდეს რეკიდივი, თუნდაც ასეთი გადარჩენილი უჯრედების რაოდენობა მეტად უმნიშვნელო იყოს. უდაო უპირატესობა კი მდგომარეობს ქსოვილის რეგენერაციის შესაძლებლობაში. ყველა უჯრედები რომ ერთნაირ რეაქციას იჩენდნენ, მეტადრე, ისეთი მგრძობიარე, როგორც სასქესო ჯირკვლების უჯრედები, ლიმფოციტები და სხვა, ორგანოების რეგენერაცია მაშინ შეუძლებელი იქნებოდა და ასეთ შემთხვევაში რენტგენოტერაპიაც თათქმის უაზრო იქნებოდა.

რადიომგრძობიარობის ასეთი სხვაობის ახსნა იმით თუ შეიძლება მხოლოდ, რომ იგი დამოკიდებულია ბირთვის მდგომარეობაზე (რაჯცადც ქვევით გვექნება ლაპარაკი), გარდა ამისა მისი სხვანაირად ახსნა ძალიან ძნელია. ამ ბოლო დროს Dessauer-მა აზრი გამოსთქვა, რომ ეს დამოკიდებულია შთანთქმის ცენტროების უწყისრიგო განაწილებაზე ქსოვილში.

დოზასა და რეაქციათა შორის დამოკიდებულება.

შთანთქმული სხივების დოზასა და რეაქციის შორის დამოკიდებულების შესახებ ზოგიერთი ავტორი ფიქრობს, რომ ეს დამოკიდებულება მიმდინარეობს ე. წ. Arndt—Schultze-ს კანონის თანახმად, ე. ი. რომ მცირე



დოზა აღიზიანებს, საშუალო ადამბლავებს და დიდი კი ჰკლავს. მრავალ ავტორთა — მათ შორის Nolzknacht-ისა, Pordes-ისა და ლამბარაშვილის — შრომებით დამტკიცებულია, რომ რენტგენის სხივების მიმართ ეს „ბიოლოგიური კანონი“ სრულებით სწორი არ არის. რენტგენის სხივების ყოველი დოზა და მათ შორის სულ მცირეც იწვევს ქსოვილის დაზიანებას და, თუ ზოგჯერ ქსოვილის გაღიზიანების მოვლენებსა ვხვდებით, მცირე დოზებით გაძლიერებული ფუნქციის მოვლენებს, ეს აიხსნება შემაკავებელი მომენტების აცილებით და ახლა კიდევ ამ ფუნქციის გაძლიერებას ყოველთვის დროებითი ხასიათი აქვს. ამ დებულების სამართლიანობის კლასიკურ მაგალითად შეიძლება მოვიყვანოთ Weber-ის ცდები იასამანზე. მცირე დოზებით გაშუქებულმა იასამანმა პირველ ხანებში ზრდის გაძლიერება გამოიჩინა, მაგრამ, სამაგიეროდ, მალე დაქანა და სრულიადაც დაიღუპა. Arndt—Schultze-ს „კანონის“ სისწორეს ალკოჰოლისა და ნარკოტიული პრეპარატების მიმართ უარყოფენ აგრეთვე მეტად კომპეტენტური ფარმაკოლოგები.

მცირე დოზებით კიბოს უჯრედების გაღიზიანების შესახებ.

რაც შეეხება ავთვისებიანი სიმსივნეების გაღიზიანებას მცირე დოზებით, ამის შესახებ ზოგიერთი დადებითი ხასიათის ცნობები აქვს Gauss, Sach, Ritter და Lewandowsky-ს, მაგრამ Nather-ისა და Schinz-ის მეტად

ფართო და ზედმიწევნითი გამოკვლევები თავის კიბოს აუარებელ მასალაზე, ლაპარაკობენ რენტგენის სხივების მცირე ან რაიმე დოზით კიბოს უჯრედების გაღიზიანების წინააღმდეგ. იმ მეტად დიდი მასალის მიხედვით, რომელიც მაქვს მიღებული ადამიანებზე გამოკვლევებით, მე შემიძლიან სავსებით დავადასტურო ნატერისა და შინცის დასკვნები.

რენტგ. სხივების გავლენა მცენარეებზე, უმდაბლეს და უმაღლეს ცხოველებზე.

რენტგენის სხივების დამაზიანებელი მოქმედება მცენარეებზე უკვე სავსებით დამტკიცებულად ითვლება. ბაქტერიები განსაკუთრებით სუსტ მგრძობიარობას იჩენენ სხივების მიმართ. ამისათვის ჩვეულებრივი ტერაპევტიული დოზებით ბაქტერიების ნოსპობა უნდა ჩაითვალოს სრულიად უიმედო საქმედ.

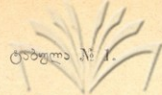
კარგი შედეგი ტუბერკულოზისა, აქტინომიკოზისა და დაჩირქებების წამლობის დროს უნდა აიხსნას არა ბაქტერიებზე გავლენით, არამედ ლეიკოციტების დაშლით და ამრიგად თავდაცვითი ელემენტების განთავისუფლებით. სწორედ ასევე რენტგენის სხივები პროტოზოებზე მოქმედებენ მხოლოდ განსაკუთრებული მაღალი დოზის ხმარების დროს. უმაღლეს ცხოველებზე და ადამიანზე მოქმედების დროს საშუალო დოზები აზიანებენ უჯრედსა და ქსოვილს, დიდი დოზა კი სპობს მათ. ამასთან, სხვადასხვა უჯრედების მგრძობიარობა რენტგენის სხივების მიმართ მეტად ფართე საზღვრებში ცვალებადობს. უჯრედთა ერთი კატეგორია იმ წამსვე უპასუხებს რეაქციით: დაუყონებლივ ხდება დაშლა, „აფეთქება“ ბირთვისა. ასეთია ელენთის ლიმფოციური ქსოვილი, ლიმფოციური ჯირკვლები, ფოლიკულები და აგრეთვე მკერდ უკანა ჯირკვალი. ლიმფოციტები კი განსაკუთრებული მგრძობიარობით განიჩვენებიან. ლიმფოციტებში ბირთვის დაშლა შეიძლება მივიღოთ სულ მინიმალური დოზების დროსაც — სხვა უჯრედებზე რომ არავითარ გავლენას არ ახდენენ. ძალიან

მგრძნობიარენი არიან აგრეთვე ძვლის ტვინის უჯრედები და აგრეთვე საკვერცხეების ფოლიკულების ეპიტელიალური უჯრედები. ამ ჩამოთვლილ მეტად მგრძნობიარე უჯრედების გარდა რეაქცია სხვა უჯრედებისა გაცილებით უფრო ნელა მიმდინარეობს. მთელი დღეები და კვირეებია საჭირო სანამ დაშლის პროცესი დაიწყება. ჩვენ მაშინ ვღებულობთ პიკნოზს ან, პირიქით, უჯრედის ბირთვის გაფერმკრთალებას და გაფუებას, ბირთვის საზღვრები გაურკვეველი ხდება, ხდება პროტოპლაზმის ვაკუოლიზაცია და ბოლოს—უჯრედის თანდათანობითი შემცი-რება და გაქრობა. ასეთ რეაქციას ჩვენ ვღებულობთ კანის ეპიტელიალურ უჯრედებში.

სხივების მოქმედება უჯრედის ბირთვზე.

ექსპერიმენტალური გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ სხივები პირველ რიგში მოქმედებენ ბირთვზე, სახელობრ მისი ხრომატინის სუბსტანციასზე. ასკარიდების კვერცხებზე Hertwig-მა დაამტკიცა, რომ რადიუმის ძალიან დიდი დოზები აჩერებენ კვერცხის გაყოფას, რომელიც შემდეგ კვდება კიდევ. საშუალო დოზებით გაშუქება საგრძნობლად აგრძელებს გაყოფის პროცესს, მაგრამ ბოლოს კვერცხი მაინც იღუპება. ამავე ცდების დროს აღმოჩნდა, რომ დაზიანება მით უფრო ძლიერია, რაც უფრო ახალგაზრდაა კვერცხი. ზომიერი დოზების დროს გაყოფა თუმცა გვიანდება, მაგრამ განაგრძობს განვითარებას, თითქოს უცვლელად კი, შემდეგ კი გამოჩნდება გაყოფის არა სწორი ფორმები და ბოლოს შედეგად მივიღებთ ჩანასახის მახინჯ ფორმებს (ე. წ. რადიუმის ავადმყოფობა). ამ ცდების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ გარემოებას: თუ გაშუქებული იყო მხოლოდ კვერცხის უჯრედი ან მხოლოდ სპერმატოზოიდი-ორივე შემთხვევაში სავსებით ერთგვარს შედეგს იღებდნენ, ე. ი. უჯრედის გაყოფის დაგვიანებას, გაყოფის არა სწორ ფორმებს და ბოლოს სი-მახინჯეს. ამასთანავე გამოაშკარავდა მეტად საინტერესო ფაქტი. აღმოჩნდა, რომ ინტენსიური გაშუქება, თუმცა სპობს უჯრედის გაყოფის პროცესს, მაგრამ ხელს არ უშლის მის განაყოფიერებას. ამრიგად გაშუქებული კვერცხის უჯრედი შეუერთდება ნორმალურს, გაუშუქებელს სპერმატოზოიდს, ანდა გაშუქებული სპერმატოზოიდი-ნორმალურ კვერცხს. განაყოფიერება ხდება პართენოგენეზის გზით, რის შემდეგაც მივიღებთ ორგანიზმს, შემდგარს ნორმალური ხრომოზომის მხოლოდ ნახევარისაგან.

ამ ცდებიდან ჩანს, რომ ყველაზე უწინარეს სხივები მოქმედებს ბირთვზე. და მართლაც, უდიდესი საკვერცხე უჯრედი ბირთვში შეიცავს სწორედ იმდენივე ხრომოზომს, რამდენსაც უპატარავესი სათესლე ძაფი. მხოლოდ ამ მსრივ არის სრული თანასწორობა. პროტოპლაზმის მხრივ კი სამაგიეროდ არსებობს უდიდესი და განუზომელი განსხვავება. სხივების მოქმედების ადგილი პროტოპლაზმა რომ ყოფილიყო და არა ბირთვი, მაშინ გაშუქება კვერცხისა, რომელიც უთვალავად აღემატება სათესლე ძაფს, მოგვცემდა გაცილებით უფრო მეტს ცვლილებას, ვიდრე იზოლიაცია ქმნილი სპერმატოზოიდის გაშუქება. ამავე დროს ჩვენ ვიცით, რომ ორივე შემთხვევაში გაშუქება გვაძლევს სრულებით ერთნაირ შედეგს. მაშასადამე სხივები უმთავრესად ბირთვზე მოქმედებენ და არა პროტოპლაზმაზე.



სამედიცინო სერტიფიკატის ნაშრომის შესრულების რაქონობის აღწერა

ქვეყნის
ბიზნისი

ქსოვილი.	
ლიმფატ. ქსოვ. ლეიკოციტი.	
სათესლე ჯირკ. საკვერცხე ტიმუსი.	
Strat. germin. d. epidermis.	
ბავშვის სახის კანი.	
ლორწოვანი გარსი, ბავშვის ღრტილი.	
მიღების ინტიმა.	
ბავშვის ტანის კანი.	
თმის დერილი.	
მოზრდილთა სახის კანი.	
ცხიმის და ოფლის ჯირკვალი.	
მოზრდ. თავის და ტანის კანი.	
ღვიძლ. და თირკმელ. პარენქიმა. მიღები.	
შემავრთებელი ქსოვილი.	
კუნთები.	
ღრტილი.	
ძვალი.	

სპეციალური სწავლითი კათედრის მიერ დადგინებული სასწავლო პროგრამის მიხედვით.



ქსოვილი.

ლიმფატ. და ლეიკემ. ქსოვ. ლიმფოსარკომა.	[REDACTED]
სპორიაზის ახალი ფორმები.	[REDACTED]
მწვავე ეგზემა. Prurigo.	[REDACTED]
ქრონიკული ეგზემა. Lichen ruber.	[REDACTED]
Mycosis fungoides. ანთებითი პროცესები სახსრებში	[REDACTED]
Acne vulg. Rosacea.	[REDACTED]
ძველი სპორიაზის ფორმები. Trichophytie. Favus.	[REDACTED]
წვილ უჯრედოვანი, რკვალ უჯრედოვანი სარკომა	[REDACTED]
Prostatitis gonorrh.	[REDACTED]
Lupus hypertrophicus exulcerans.	[REDACTED]
ტუბერკულოზური გრანულაც. ქსოვილი.	[REDACTED]
კირჩხიბი (Canc. medull.).	[REDACTED]
მიკოტიური თმები.	[REDACTED]
Acneloid.	[REDACTED]
პარენქიმატოზური სტრუმა.	[REDACTED]
Lupus, პრტყელი მზრალი ფორმები.	[REDACTED]
Verrucae, keloide, Carz. (skirrhus).	[REDACTED]
Lupus verrucosus. Lichen ruber verruc.	[REDACTED]
Fibroma. Lipoma. Myoma.	[REDACTED]
Hypertrophia prostatae.	[REDACTED]
ალაქციფერო თმა. Rhinosclerom.	[REDACTED]
Angioma. Naevus.	[REDACTED]
Chondro—და Osteosarcoma.	[REDACTED]

ამ ცდებიდან ნათლად ჩანს, რომ ბირთვი გაცილებით უფრო რადიომგრძობიარეა, ვიდრე პროტოპლაზმა, მაგრამ, რასაკვირველია, არც იმის თქმა შეიძლება, რომ სხივები საერთოდ არ მოქმედებენ პროტოპლაზმაზე. ექვს გარეშეა, რომ პროტოპლაზმა ილუპება არა მარტო ბირთვის დანგრევის გამო, არამედ, უეჭველია, სხივების პირდაპირი მოქმედების გამოც. შემდეგი დადასტურება „ბირთვის თეორიისა“ შეიძლება Halberstaedter-ის გამოკვლევებით, რომელმაც დაამტკიცა, რომ *in vitro* გაშუქებული ტრიპანოზომები აღარ მრავლდებიან, მაგრამ მოძრაობის უნარს არა ჰკარგავენ. თავგებიც არ იხოცებოდნენ, როდესაც მათ გაშუქებულ ტრიპანოზომებს უშხაპუნებდნენ. ბირთვის განსაკუთრებული რადიომგრძობიარობის მიზეზი ალბათ, უნდა ვიფიქროთ, მქიდროდ არის დაკავშირებული გაყოფის პროცესთან და ხრომოზომის აღმოცენებასთან. ამის საბუთები: დამტკიცებული ფაქტა, რომ, რაც უფრო გაცხოველებულია უჯრედის გაყოფის პროცესი, მით უფრო დიდია მისი რადიომგრძობიარობა. შემდეგ კი ჩვენ ვიცით, რომ განსაკუთრებული რადიომგრძობიარობა აქვს ლიმფათიურ ფოლიკულებს, კანს, ძვლის ტვინს, სასქესო ჯირკვალს, ე. ი.—ორგანოებს, რომლებიც იმყოფებიან მუდმივი რეგენერაციისა და განახლების პროცესში და, მაშასადამე, შეუჩერებელი გაყოფის პროცესში. და ბოლოს, ცნობილია როგორი ნაკლებათ მგრძობიარეა მოზრდილის ცენტრალური ნერვული სისტემა და გრძობათა ორგანოები და როგორი ძლიერი მგრძობიარობა აქვს იმავე ორგანოებს ემბრიონალურ ხანაში, ე. ი. მაშინ, როცა ადგილი აქვს ბირთვის გაყოფის გაცხოველებულ პროცესს.

ავთვისებიანი სიმსივნეების რადიომგრძობიარობა აგრეთვე დაკავშირებულია გაყოფის პროცესთან.

მრავალ ავტორთა მრავალრიცხოვანი პისტოლოგიური გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ სხივები მოქმედებენ პირდაპირ ხრომოზომებზე და მიტოტიურ პროცესებზე.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე Grosnick-ისა და სხვათა დაკვირვებას. გაშუქების შემდეგ ილუპება ყველა მიტოზი, მაგრამ რამოდენიმე ხნის შემდეგ მიტოზები ისევ ჩნდება-ეს იმის დამტკიცებაა, რომ ბირთვებმა, რომლებიც გაყოფის პროცესში არ იმყოფებოდნენ, არ განიცადეს ცვლილებები და ამრიგად მათში ახალი მიტოზები გაჩნდა.

იმ ფაქტის დამტკიცების დროს, რომ გაძლიერებულს რადიომგრძობიარობას უჯრედი იჩენს ბირთვის გაყოფის ხანაში, უნდა მაინც ითქვას, რომ უჯრედის მგრძობიარობა მარტო ბირთვის გაყოფით არ აიხსნება. მაგალითად, Petry-ს ცდებით დამტკიცებულია, რომ მცენარის ამოსვლის დროს სხივების მოქმედებას იმ შემთხვევაშიაც აქვს ადგილი, როდესაც მცენარის სუნთქვა სრულიად შეზუთულია ციანით მოწამვლისა ან და ჟანგბადის არიდების გამო. ჩვენ ვიცით, რომ გაშუქების შემდეგ ლიმფათიური ქსოვილის მეტად სწრაფი დაშლა ხდება,—იმის და მიუხედავად არის თუ არა გაყოფის პროცესი. ჩვენ ვიცით აგრეთვე, რომ არსებობს სარკომების გარკვეული, მეტად სწრაფად მოზარდი კატეგორია, რომლებსაც, მაშასადამე, ძლიერ ენერგიული გაყოფის პროცესი ახასიათებს, მაგრამ მათზე მაინც ვერ მოქმედებენ რენტგენის სხივები.

მეტად საინტერესოა ის, რომ მოზრდილი ორგანიზმების ერთგვარი უჯრედები ერთი და იგივე ქსოვილისა, იჩენენ სხვა და სხვა რეაქციას: ასეთი დაკვირვებები გატარებულ იქნა მცენარეებზე, ბაყაყის კვერცხებზე და კანზე (fleckweise Wirkung—Rost-ის ჯგუფობრივი მოქმედება), Simmonds-მა კვერცხებზე საშინელ დანგრევასთან ერთად ნახა სრულიად ნორმალური და ხელუხლებელი ელემენტები. ცნობილია აგრეთვე დიდი განსხვავება რეაქციის მხრივ არამც თუ სხვადასხვა კარცინომისა, არამედ ერთი და იგივე ორგანოს კირჩხიბის უჯრედებს შორის. სულ უბრალოდ რომ გვეფიქრა, — რომ აქაც დიდ როლს გაყოფის პროცესი თამაშობს—მაინც გამძლეობა სწრაფად მოზარდი სარკომებისა სწორედ ამ მოსაზრების წინააღმდეგ ლაპარაკობს. მაშასადამე, აქ ჩაბმულია კიდევ სხვა ფაქტორები სხვა ხასიათისა. ერთი ამ ფაქტორთაგანი არის შესაძლებლობა მგრძნობიარობის გაძლიერებისა—აქტიური ჰიპერემიით სენსიბილიზაცია. რენტგენის სხივების მოქმედების გაძლიერება სწარმოებს აგრეთვე ქსოვილის ყოველგვარი ანთებითი გაღიზიანების დროს, გათბობის დროს და მასთან დიატერმიის დროსაც.

პირიქით, სისხლის რაოდენობის შემცირების შემდეგ—ანემია ზედაწოლისა ან ადრენალინის მოქმედების გამო-ხდება დესენსიბილიზაცია, ე. ი. მგრძნობიარობის დაქვეითება სხივების მოქმედების მიმართ.

Bergoniè—Tribondeau-ის კანონი. ვირთავების კვერცხების გაშუქების შემდეგ ბერგონიე-ტრიბონდოს გამოკვლევებმა გვაჩვენეს, რომ ზომიერი დოზებით გაშუქების დროს ყველაზე ძლიერ ზიანდებიან სპერმატოგონიები, შემდეგ სპერმატოციტები, სპერმატიდები და ბოლოს სპერმატოზოიდები. უცვლელად რჩებიან სერტოლის უჯრედები (რომელთა ბირთვებში არასოდეს არა გვხვდება მიტოზი), ლეიდიგის უზამდებარე უჯრედები და შემაერთებელი ქსოვილის უჯრედები. ამ გამოკვლევათა მიხედვით ბერგონიე-ტრიბონდომ შეიმუშავეს კანონი, რომლის თანახმადაც უჯრედის რადიომგრძნობიარობა მით უფრო დიდია.

1) რაც უფრო ძლიერია მისი რეპროდუქტიული ძალა, 2) რაც უფრო ხანგრძლივია მისი კარიოკინეტიური პროცესი, 3) რაც უფრო ნაკლებათ არის ჩამოყალიბებული მისი საბოლოო მორფოლოგია და ფუნქცია.

პირველი დებულების თანახმად ირკვევა ძირითადი განსხვავება რენტგენის სხივების მიმართ მეტად მგრძნობიარე „მომქმედ“ უჯრედსა და ნაკლებ მგრძნობიარე, მოსვენებაში მყოფ უჯრედს შორის.

Wetterer-ის თანახმად „მომქმედი“ უჯრედის მაღალი მგრძნობიარობის მაგალითად ითვლება: სპერმატოგონიები, სპერმატოციტები და საკვერცხეს გრაფის ფოლიკულების მარცვლოვანი შრე წინააღმდეგ მოსვენებაში მყოფ ნაკლებად მგრძნობიარე Sertoli-ის უჯრედებისა სათესლე მილაკებში, კვერცხების შემაერთებელ ქსოვილოვანი უჯრედებისა, ინტერსტიციალური უჯრედებისა და საკვერცხეს სტრომისა; შემდეგ: იმ უჯრედების გაძლიერებული მგრძნობიარობა, რომლებსაც მუდმივი კარიოკინეტიური აქტიობა ახასიათებს, როგორც, მაგალითად, ლიმფოიდური ორგანოების ჩანასახოვანი ცენტროები, ეპიტელიუმის ჩანასახოვანი შრე, თმის პაპილა, ამათ კი უპირისპირდება უმნიშვნელო რადიომგრძნობიარობის მქონე ქსოვილი, ზრდისადმი უმნიშვნელო ტენდენცია რომ აქვს, რო-

გორიც არის სისხლის წითელი ბურთულები, ეპიდერმისის რქოვანი შრე, კოლაგენური და ელასტიური ქსოვილი, ჯირკვლოვანი უჯრედები, ნერვული უჯრედები, კუნთები და ძვლები. შემდეგ: გაძლიერებული მგრძნობიარობა გარკვეული ჯგუფის ქსოვილებისა ახალგაზრდა ცხოველზე მაშინ, როდესაც იგივე ქსოვილები მოზრდილ ცხოველში სხივებისადმი ნაკლებ მგრძნობიარობას იჩენენ, მაგალითად, მინისებრი სხეულის ეპიტელიუმი, ღვიძლის უჯრედები, ღრტილი. გაძლიერებული მგრძნობიარობა ნაკლებად მგრძნობიარე ქსოვილისა იმ შემთხვევაში, როდესაც ის პროლიფერაციას განიცდის, მაგალითად, ძუძუს ჯირკვალის ორსულობის დასაწყისში, წინააღმდეგ რძის ჯირკვლების ნაკლები მგრძნობიარობისა ჩასახვის წინ ანდა მისი განვითარების მწვერვალზე.

პათოლოგიურ ქსოვილებში ყველაზე მეტს მგრძნობიარობას ის ქსოვილი იჩენს, რომელიც განირჩევა პროლიფერაციის გაცხოველებული პროცესით, მაგალ., სწრაფად მოზარდი სარკომები, მეტადრე ლიმფოსარკომები, *ulcus rodens* და მკერდის ჯირკვლების ლენტეკულიარული მეტასტაზები კანზე; ამათ უპირისპირდებით შედარებით ნაკლებ მგრძნობიარე, ნელა მოზარდი ხონდროსარკომები, ოსტეოსარკომა, სკიროი ძუძუს ჯირკვლისა, ფიბრომა, მიომა და ლიპომა. გაშუქებული სიმსივნეების ჰისტოლოგიური გამოკვლევების დროს ყველაზე მეტად დანგრეული არეები მოდიოდა პროლიფერაციულ ცენტროებზე.

მეორე დებულებას ის უჯრედები ჰყავს მხედველობაში, რომლებიც შეუჩერებლად რეპროდუქციის მდგომარეობაში იმყოფებიან—ეპიდერმისის ძირითადი უჯრედები, თმის პაპილა და ჩანასახის ცენტროები ჰემატო და ლიმფობლასტიური აპარატისა.

მესამე დებულებას დამოკიდებულება აქვს ბირთვის პოტენციასთან. მაგალითი. თანდათან შემცირებული რადიომგრძნობიარობა: სპერმატოგონიები—სპერმატოზოიდები (სპერმატოგონიები, სპერმატოციტები, სპერმატიდები, სპერმატოზოიდები).

ენერგეტიკის თვალსაზრისით ბერგონიე—ტრიბონდოს კანონს Wollitz-მა შემდეგი ფორმა მისცა: უჯრედი მით უფრო მგრძნობიარეა:

1. რაც უფრო მეტს შრომას ეწევა ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის დროს,
2. რაც უფრო მეტს ენერგიას ხარჯავს გაყოფის ხანაში მყოფი უჯრედი,
3. რაც უფრო ნაკლებია ფიქსაცია უჯრედის ენერგიისა, ე. ი. რაც უფრო

მეტი სამუშაო კიდევ უნდა შეასრულოს უჯრედმა, სანამ საბოლოო სტადიუმს მიაღწევდეს.

როგორც წინააღმდეგობა, მოსვენებაში მყოფი ბირთვი გაცილებით უფრო ნაკლებ მგრძნობიარეა სხივების მიპართ, ვიდრე გაყოფის პროცესში მყოფი უჯრედები. რადიომგრძნობიარობის უმაღლესი ხარისხით განირჩევა ის ბირთვი, რომელიც იმყოფება ეკვატორიალური ფირფიტების აღმოცენების სტადიუმში (Bardeen, Mottram, Holthusen).

სხივების გავლენა პროტოპლაზმაზე.

გაშუქებით გამოწვეული პროტოპლაზმის ცვლილებები ჰისტოლოგიურად ჯერ კიდევ ძნელად შესასწავლი საქმეა. მართალია ბირთვის დაშლასთან ერთად ჩვენ პროტოპლაზმაშიაც გვხვდება დეგენერაციის მოვლენები (ცვლილება შეღებვის მხრივ,

ვაკუოლიზაცია), მაგრამ იქნებ ეს აუცილებელი შედეგია ბირთვის დაღუპვისა და უჯრედის კვდომის მოვლენა ე. ი. მეორადი მოვლენა. პირდაპირ მოქმედებენ თუ არა სხივები პროტოპლაზმაზედაც ამის შესახებ ძალიან ცოტა დაკვირვება არსებობს. Schmidt-მა და შემდეგ Halberstädter-მაც, ვიტალურად შეღებილი თავების გაშუქების შემდეგ მიიღეს ცვლილება უჯრედის შეღებვის ტრიპანის ლილით. ძალიან საინტერესოა, რომ მაშინვე, თავების გაშუქების შემდეგ, Bierich-მა მიიღო გაძლიერებული შედეგა შემაერთებული ქსოვილის ბოქოების რამდენიმე საღებავით. ყველა ეს, თუმცა მცირე რიცხოვანი დაკვირვება რამოდენიმედ მაინც გვაჩვენებს, რომ არც პროტოპლაზმა ხვდება გულგრილად სხივების მოქმედებას.

გავლენა უჯრედის გარსზე. Packard-იმ გვაჩვენა, რომ რადიუმით გაშუქების შემდეგ ხდება კვერცხის გარსის გამტარებლობის გაძლიერება იმდენად, რომ კვერცხში რამდენიმე სპერმატოზოიდს შეუძლიან შესვლა.

Prowaczek-მა, Zueltzer-მა გამოიკვლიეს, რომ გაშუქების შემდეგ ინფუზორები ფუვედებოდნენ და ბოლოს სკდებოდნენ.

Hausmann-მა გამოიკვლია, რომ რადიუმით გაშუქების შემდეგ წითელი სისხლის ბურთულების გარსი დაიშალა ჰემოლიზის წყალობით. რენტგენიზაციის შემდეგ ერითროციტებზე ასეთივე ცვლილებები აწერა Holthusen-მა.

ლეციტინის თეორია. Schwarz-მა რადიუმით გააშუქა ქათმის გამოჩეკილი კვერცხი და შენიშნა, რომ კვერცხის გულის ლეციტინი ტრიმეტილამინად დაიშალა. შემდეგ Werner'-მა მოახერხა იმის დამტკიცება, რომ გაშუქებული ლეციტინის ხოლინი სწორედ ის ნივთიერებაა, რომლის კანქვეშ შეშხაპუნებაც ქსოვილში იწვევს მოვლენებს—სავსებით ანალოგიურს რენტგენის სხივების მოქმედებით გამოწვეულ მოვლენებთან. ინიექციის შემდეგ მე-8—8 დღეზე ჩხვლეტის ადგილის გარშემო იწყება ადგილობრივი ანთება და თმების ჩამოკვეთა, ხან აგრეთვე გაჩნდება ბუშტიც და ცხიმოვანი ნეკროზიც—რენტგენის დერმატიტის სხვა და სხვა ხარისხის მიხედვით. გაშუქება შინაგან ორგანოებზედაც იწვევს ცვლილებებს. რამოდენიმე ხნის შემდეგ (ლატენტური ხანა) სწყდება სპერმატოგენეზი, ხდება საკვერცხეების ფოლიკულარული აპარატის დაზიანება და დროებითი ლეიკოპენია, რომელიც დახასიათდება ლიმფოციტების განსაკუთრებული დაზიანებით. თვისებითი მკვასება სრულია, მაგრამ რადიუმობით ერთმანეთს არ ეფარდება რენტგენის სხივებისა და მათი ქიმიური იმიტაციის მოქმედებანი: ჯერ ერთი საჭიროა ტერაპევტიულ დოზებზე გაცილებით დადი, პირდაპირ უშველებელი დოზები, რომ საცდელ შუშაში ლეციტინი ხოლინად დაეშალოთ და მეორეც—საჭიროა მეტად დიდი დოზა ხოლინისა, რომ კარგა დროს გასვლის შემდეგ—გაცილებით უფრო მეტისა, ვიდრე გაშუქების დროს ლატენტური პერიოდი—იმიტაცია მივიღოთ. დაბოლოს სადაოა და დაუდასტურებელი, არის თუ არა სისხლში ხოლინი გაშუქების შემდეგ. ამიტომ უნდა ვიფიქროთ, რომ რენტგენის სხივების მოქმედება არ არის დამოკიდებული ხოლინზე. შესაძლებელია რომ, როგორც Werner-ი ფიქრობს, აქ ხდება ლეციტინის დაშლა ან „ლაბილიზაცია“ მაინც და ამრიგად ფერმენ-

ტატიული პროცესები, მეტადრე ავტოლიტიური, ხელს უწყობენ ლეციტინის შემდგეს დაშლას.

სხივების მოქმედების მექანიზმი. ექვს გარეშეა, რომ რენტგენის სხივები პირდაპირ უჯრედზე მოქმედებენ. სხივების მოქმედებისათვის აუცილებელი პირობაა შთანთქას უჯრედმა სხივის ენერჯია.

შთანთქვის ქვეშ (absorptio) უნდა ვიგულისხმობთ ჯამი ენერჯიის ყველა ტრანსფორმაციისა, რომელიც ქსოვილში სწარმოებს სხივების გავლის დროს. ამ რიგად ენერჯიის ერთი ფორმიდან მეორეში გადასვლა ხდება. ამაში მდგომარეობს მთელი შინაარსი მუშაობისა, რომელიც შთანთქვის დროს სწარმოებს.

შთანთქვის დროს ჩვენ შემდეგ ტრანსფორმაციებს ვღებულობთ: აღმოცენება სითბოსი, ქიმიური ენერჯიისა და კატოდის სხივებისა.

რენტგენის სხივების ნაწილის გადაქცევას სითბოს ენერჯიად ბიოლოგიური მოქმედების მხრივ მეტად მცირე მნიშვნელობა აქვს იმიტომ, რომ აქ ძალიან ცოტა სითბო წარმოიშობა. რაც შეეხება რენტგენის სხივების გადაქცევას ქიმიურ ენერჯიად, ეს ტრანსფორმაცია, ექვს გარეშეა, ხდება ბიოქიმიური და ფერმენტატიული პროცესების სახით, რომელიც ხდება სხივებით დაზიანებულ უჯრედში. მაგრამ თუ რამდენად ღრმად მიდიან ეს პროცესები ან სახელდობრ რაში მდგომარეობენ ისინი—ეს ჩვენ ჯერ ჯერობით არ ვიცით.

კატოდის სხივების ე. წ. მეორადი β-სხივების შესახებ, რომლებიც რენტგენის სხივებიდან წარმოიშვება, უნდა ითქვას, რომ მათ—თუ ერთად ერთი არა—ყველაზე მეტი მნიშვნელობა აქვთ.

ენერჯიის ზემო დასახელებული ტრანსფორმაციის გარდა, პირველად რენტგენის სხივებიდან წარმოიშვება ორნაირი მეორადი რენტგენის სხივები: 1. გაფანტული და 2. დამახასიათებელი, ანუ ფლუორესციული.

გაფანტული სხივები პირვადი სხივებისაგან განირჩევიან მხოლოდ მიმართულებით. პირვადი სხივები სწორ ნახოვანად ვრცელდებიან, მაგრამ ქსოვილში გავლის დროს გადახრებიან ანუ გაიფანტებიან. გადახრილი სხივების ბიოლოგიური მნიშვნელობა სავსებით ისეთივეა, როგორც რენტგენის პირველადი სხივებისა. ფლუორესციულ სხივებს, რომელთა წარმოშობა დამოკიდებულია ნათთან ახლო მყოფ მაღალატომიან მოლეკულებისაგან, პრაქტიკულად ბიოლოგიური მნიშვნელობა არა აქვთ, რადგან ცოცხალ ქსოვილს, შემდგარს დაბალ ატომიანი წონის ნივთიერებათაგან, არ შეუძლიან ხელი შეუწყოს ფლუორესციურად მოქმედი სხივების აღმოცენებას. ამ სხივების ბიოლოგიური მოქმედების გამოსაყენებლად არა ერთხელ იქნა ჩატარებული ცდები—სასურველი მოქმედების ადგილზე ათავსებდნენ მაღალ ატომიან ნივთიერებებს.

ამრიგად, ბიოლოგიური მოქმედების მხრივ ხოლოდ ორი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი გვაქვს: ჯერ ერთი—მეორადი β-სხივები, რომლებიც, ალბათ, უჯრედის ფიზიკური ცვლილების მიზეზს წარმოადგენენ და მეორეც—მოლეკულების დისოციაცია, ე. ი. ქიმიური ცვლილებები—გამოწვეული რენტგენის სხივების პირდაპირი მოქმედებით.

ფიქრობენ, რომ ქსოვილში გამვლელ სხივებსაც (შთანთქმელს) შეუძლიანთ გამოიწვიონ ისეთივე ცვლილებები, როგორც ფერმენტებს, რომლებიც იწვევენ



ღრმა ცვლილებებს და თითონ კი უცვლელი რჩებიან. შეიძლება დაუშვათ, რომ რენტგენის სხივები—მისი მინიმალური დოზებიც კი—იძლევიან ბიოლოგიური პროცესების სტიმულსა და დასაწყისს, შემდეგი რეაქციები კი სწარმოებს შთანთქმული სხივების რაოდენობის დამოუკიდებლად, თუმცა შთანთქმა მაინც აუცილებელია.

ახსნა რენტგენის სხივების მოქმედების მიზეზისა.

რაში მდგომარეობს რენტგენის სხივების მოქმედების საიდუმლოება? რა არის მიზეზი უჯრედისა და ქსოვილის არა ერთნაირი ცვლილებისა? ამ კითხვებზე ჯერ-ჯერობით ჩვენ არ შეგვიძლიან გადაჭრილი პასუხი მივცეთ.

რაში მდგომარეობს საძნელე ამ კითხვების გადაჭრის დროს:

1. ბიოლოგიური ზედმიწევნითი დოზების გამორკვევის წესების უქონლობა იმ შედეგების მიხედვით, რომლებიც მიღებულია გაზომვის ფიზიკური მეთოდების საშუალებით, თუნდაც ეს საუკეთესო აპარატებით ხდებოდეს (იონტოკვანტიმეტრი, Siemens-ის დოზისმესერი და სხვ.), ჩვენ ნხოლოდ დაახლოვებით შეგვიძლიან ვიმსჯელოდ ბიოლოგიურ ეფექტზე; სხვანაირად რომ ვსთქვათ—განსაზღვრულ დოზას ყოველთვის არ შეეფერება გარკვეული ბიოლოგიური მოქმედება. ამის მიზეზი იმდენად აბსოლიუტურად ზედმიწევნითი ფიზიკური საზომების უქონლობა არ არის, რამდენადაც ის, რომ უჯრედი და ქსოვილი სხვა და სხვანაირ რეაქციას იჩენს. ჩვენ კარგად ვიცით რამდენად სხვა და სხვა რეაქციით უპასუხებენ უჯრედები ამა თუ იმ დოზას იმის და მიხედვით, თუ როგორია თვით უჯრედი, რა ასაკისაა ან რა ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური ცვლილებებია მასში. ჩვენ ვიცით უფრო მეტიც—რომ ერთი სახის უჯრედები სულ სხვა და სხვანაირად უპასუხებენ ერთსა და იმავე დოზას.

2. თუმცა ჩვენ გვაქვს საბუთი ვიფიქროთ, რომ ქსოვილებში ცვლილებები იწყება რენტგენის სხივებით გაშუქების დროს, მაგრამ ხშირად თვალთ დასანახ ცვლილებებს ჩვენ ვღებულობთ გაშუქებიდან კარგა ხნის შემდეგ; შეიძლება, რომ თვალთ დასანახი ცვლილებები რენტგენის სხივების უშუალო მოქმედებით კი არ იყოს გამოწვეული, არამედ დაშლითი პროდუქტების შეწოვით, ე. ი. არა სპეციფიური მიზეზით, რომელიც უშუალოდ რენტგენის სხივების გავლენით არ წარმოიშება.

რენტგენის სხივების საერთო მოქმედება.

რენტგენოთერაპიის ერთ ერთი ძირითადი საკითხთაგანი არის შემდეგი: სხივებით წამლობის თერაპიული ეფექტი არის მათი ადგილობრივი მოქმედების შედეგი, თუ ეს ეფექტი ერთგვარი გამოხატულებაა სხივების საერთო მოქმედებისა ორგანიზმზე. მიუხედავად აუარებელი, როგორც კლინიკური, ისე ექსპერიმენტალური ხასიათის გამოკვლევებისა, რომლებიც მეტ შემთხვევაში ერთმანეთს ეწინააღმდეგებიან, მაინც არსებობს ურყევი ფაქტები, რომლებსაც უნდა დავეყრდნოთ ჩვენ და ზემო დასმულ კითხვებს შემდეგნაირად უპასუხოთ: მთავარ და ძირითადი—**ეს რენტგენის სხივების ადგილობრივი მოქმედებაა, საერთო მოქმედება კი, რომელიც, უეჭველია, არსებობს, თერაპევტიული ეფექტის მიღებისათვის შეადგენს დამატებითი ფაქტორს—ბევრ შემთხვევაში პირველ ხარისხოვანი მნიშვნელობისას.**



სხივების ადგილობრივი მოქმედების შესახებ ეჭვი არავის არ ეპარება. გამაგრებულად შეეხება მათ მოქმედებას საერთოდ ორგანიზმზე--ამ საკითხზე აზრთა დიდი სხვა და სხვაობა არსებობს. რენტგენის სხივების საერთო მოქმედების შესახებ კითხვის გამოსარკვევად საჭიროა ვიხელომდევანელოთ კლინიკური და ექსპერიმენტალური მასალით.

რას გვეუბნება კლინიკა? Yost-ისა, Picard-ისა და სხვათა გამოკვლევებიდან ჩვენ ვიცით, რომ კიდურების იზოლიაციური რენტგენიზაციით შეიძლება ამენორეის გამოწვევა. აღნიშნული ავტორების აზრით ეს ფაქტი სხივების საერთო მოქმედებას უქვევლად ადასტურებს: ამა თუ იმ ცალკე ნაწილის რენტგენიზაციას მოსდევს მთელი ორგანიზმის საპასუხო რეაქცია; საკვერცხებზე ეს მოქმედება ყველაზე ადრე მქლავნდება, რადგან საკვერცხეს ქსოვილის ფოლიკულარული აპარატი განიჩევა არაჩვეულებრივი რადიომგრძნობიარობით—ადამიანის სხეულის ორგანოთა შორის ქალის სასქესო ჯირკვლები ყველაზე მეტ მგრძნობიარობას იჩენენ სხივების მოქმედების მიმართ.

Poos-ი ახალგაზრდა ცხოველების (ბაჭიების) ერთ ჯგუფს უშუქებდა ტვინის დანამატს, მეორე ჯგუფს—ბარძაყსა და გულმკერდს. ორივე შემთხვევაში სავსებით ანალოგიური შედეგები მიიღო—აღმოჩნდა, რომ, საკონტროლო ცხოველებთან შედარებით, ორივე ჯგუფის ცხოველები ერთნაირად ჩამორჩნენ ზრდისა და წონის მხრივ. სექციის დროს კი ორივე ჯგუფზე აღმოჩნდა, რომ ორგანოთა ნაწილი სრულიად ერთნაირად იყო შემცირებული წონაში და ჰისტოლოგიურადაც მნიშვნელოვანად შეცვლილი (ტვინის დანამატი, თირკმელის ზედა ჯირკვალი, ელენთა, სასქესო ორგანოები), სხვა ორგანოებში კი არავითარ ცვლილებას არ ჰქონდა ადგილი (სათესლე ჯირკვალი, ფარისებრი ჯირკვალი, ღვიძლი, თირკმელები, კუჭქვედა ჯირკვ., ტიმუსი). Poos-ი ფიქრობს, რომ სისხლში გაშუქების დროს ვითარდება ტოქსიური ნივთიერებანი, რომლებიც ყველაზე მეტ მგრძნობიარე ქსოვილში იწვევენ შესაფერ ეფექტს. რასაკვირველია, არ შეიძლება იმის უარყოფა, რომ Poos-ის ექსპერიმენტები რენტგენის სხივების საერთო მოქმედების სასარგებლოდ ლაპარაკობენ, მაგრამ ამ ავტორის ცდების მნიშვნელობას ძალიან ამცირებს და ზოგიერთ იქვსაც ჰბადებს ის ფაქტი, რომ სხვა ორგანოებში და განსაკუთრებით ისეთ უაღრესად მგრძნობიარე ორგანოში, როგორც სათესლე ჯირკვალია, ვერავითარი ცვლილების აღმოჩენა ვერ მოხერხდა. ყოველ შემთხვევაში ჩვენ არც კი ვიცით აქვს თუ არა Poos-ს საკმარისი საბუთი იმისათვის, რომ უარყოს შესაძლებლობა ტვინის დანამატის გორმონალური მოქმედებისა—მისი გაშუქების დროს—სასქესო ტრაქტზე.

Fränkel-ი და Geller-ი თავის ცდების—ბაჭიების ტვინის დანამატის გაშუქების დროს ნახულობდნენ სასქესო აპარატის ჰიპოპლაზიის და ზოგიერთ ცვლილებებს შინაგანი სეკრეციის სხვა ჯირკვლებში.

ტვინის დანამატის გაშუქების დროს საერთო ხასიათის მოვლენებს ღებულობდა აგრეთვე P. Werner-ი და K. Schönhof-ი. ამენორეის დროს თვიური ხელახლად იწყობოდა და დისმენორეას ადვილად ჰქურნავდა. მოქმედების მექანიზმის შესახებ Werner-ი ფიქრობს, რომ სხივები მოქმედებენ ნერვულ ქსოვილზე

მე-3 პარკუჭის არეში ვეგეტატიური ნერვული სისტემის საშუალებით და ამ რიგად იწვევენ აღნიშნულ მოვლენებს.

რენტგენის სხივების დოზისა და ტვინის დანამატის მდგომარეობის მიხედვით ამ ჯირკვლის გაშუქებას შეუძლიან ხელი შეუწყოს, როგორც ამენორეის გაქრობას, ისე მის გაჩენას. მაგალითად, N. Hirsch-მა ჰიპოპიზის გაშუქების დროს მიიღო ამენორეა და ამასთან ის ლამობს გადასწყვიტოს საკითხი, თუ რით აიხსნება ეს აღნიშნული ეფექტი: იმით, რომ სხივები მოქმედებენ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ცენტრებზე III პარკუჭის ფუძესთან, თუ აქ ჩვენ საქმე გორმონალურ მოქმედებასთან გვაქვს.

Fornero-მ და Balli-მ, საშვილოსნოს გაშუქების დროს, რომელსაც ისინი შინაგან სეკრეტორულ ორგანოთ სთვლიან და მიომეტრალურ ლეიკომანების პროლუქციას აწერენ, ნახეს მიკროქიმიური ცვლილებები ენდოკრინულ სისტემაში. თუ საშვილოსნოს შინაგან სეკრეტორულ ორგანოთ ჩავთვლით—აშკარაა ჩვენ აქ გვექნება სხივების მოქმედე ბაგორმონალური სისტემის საშუალებით და არა საზოგადოდ საერთო მოქმედება. არის მიღებული დაკვირვება, როდესაც საკვერცხეების გაშუქების შემდეგ, ხერხდებოდა შეჩერება ძუძუს ჯირკვალის კიბოს განვითარებისა—ინოპერაბილური და ძალიან შორს წასული კიბოსი (Yogt). Kuhlmann ი ამას სხივების საერთო მოქმედების გამოხატულებათ სთვლის. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ ეს დაკვირვება ხშირად ხანში შესულ ავადმყოფებს ეხებოდა, ე. ი. სასქესო ჯირკვლების ფუნქციის სრული შეწყვეტის პერიოდში მყოფებს—შეიძლება დავეთანხმოთ Kuhlmann-ის აზრს, მაგრამ ერთგვარი დათმობით, ვინაიდან ჩვენ ვიცით როგორი ღრმა არის ენდოკრინული ხასიათის ურთიერთობა სასქესო და ძუძუს ჯირკვლებს შორის. ამ ურთიერთობაზე აშკარად მიუთითებს Foveau de Courmelles, რომელმაც ძუძუს ჯირკვლის კიბოს 14 შემთხვევაში კარგი შედეგები მიიღო საკვერცხეებისა და ძუძუს ჯირკვლების რენტგენიზაციით. რამოდენიმედ განსხვავდება იმავე ავტორის დაკვირვება ფილტვის ტუბერკულოზის წარმატებით წამლობის შესახებ ელენთის რენტგენიზაციით. აქ არც კი შეიძლება ლაპარაკი ურთიერთობაზე ენდოკრინული სისტემის გზით, რადგან საერთო მოქმედებისათვის დამახასიათებელ ყველა ნიშნებთანა გვაქვს საქმე. საერთო მოქმედებაზე ლაპარაკობს აგრეთვე დაკვირვება Schädels-ისა, რომელმაც ავთვისებიანი ჩიყვის მქონე სამს ავადმყოფს ფარისებრი ჯირკვალი გაუშუქა და მიიღო მეტასტაზების გაქრობა ფილტვებში, ჯირკვლებში და ძვლებში.

საერთო მოქმედების თვალსაზრისით განსაკუთრებით ყურადღების ღირსია Yogt-ის დაკვირვება—როდესაც ერთს რენტგენოლოგს ერთსა და იმავე დროს 20 კარცინომატოზური კვანძი გაუჩნდა სხეულის სხვადასხვა ადგილას. ასეთი სიმსივნეები Kuhlmann-ის აზრით ენდოგენური ხასიათისა უნდა იყოს, ე. ი. შედეგი საერთო მოქმედებისა. ასეთივეა მნიშვნელობა იმ შემთხვევისა, როდესაც მარცხენა ხელის კიბოს რენტგენიზაციიდან 6 წლის შემდეგ ავადმყოფს ორივე მხარეზე ძუძუს ჯირკვლის კიბო დაემაართა (Yogt).

საერთო მოვლენები გა-
შუქების შემდეგ.

საკმარისად დიდი დოზებით თერაპევტულ რენტგენიზაციას, ჩვეულებრივ, მოსდევს საერთო მოვლენები, „Roentgenkater“-ად წოდებული Gauss-ის მიერ—„ნაბახურევად

ყოფნა“, რომელსაც ახსიათებს გულის რევა, პირსაქმება, მადის დაკარგვა, თავის ტკივილი, დასუსტება, ხან ფაღარათობა და ჭინტვა. შემჩნეულია აგრეთვე ყნოსვის პარესტეზიები. ავადმყოფები განსაკუთრებით რენტგენის კაბინეტის ჰაერს ვერ იტანენ. აღნიშნული სიმპტომების ხანგრძლივობა სხვა და სხვა ნაირია. მძაფრი მოვლენები ერთს დღე—ღამეზე მეტს არა გრძელდება, დაღლილობა და უმადობა რამდენიმე კვირასაც გასტანს. ავთვისებიანი ხორცმეტი დაავადებულ ავადმყოფებზე, რომლებსაც ორგანიზმის წინააღმდეგობა შემცირებული აქვთ, ეს მოვლენები შეიძლება დებილობის ქრონიკულ მდგომარეობაში გადავიდნენ, რასაც „სხივის კახექსია“ ეწოდება.

ამ მოვლენების მიზეზი უნდა ვეძიოთ იმაში, რომ ხდება შეწოვა რენტგენიზაციით გამოწვეულ უჯრედის ელემენტების დაშლითი პროდუქტებისა. როგორც ვიცით სრულიად ანალოგიურს მოვლენებს ჩვენ ვღებულობთ ცილოვანი ნივთიერების პარენტერალურად შეყვანის დროს (პროტეინოთერაპია). ამ რიგად ეს საერთო მოვლენები რენტგენის სხივებისათვის რაიმე სპეციფიურს სრულებითაც არ წარმოადგენენ.

Volz-ის, Holzknacht-ის და სხვათა გამოკვლევების თანახმად რენტგენის ნაბახურეობის დროს სისხლში სუფრის მარილის რაოდენობა მცირდება და წყალი კი მატულობს. იზრდება აგრეთვე შარდით სუფრის მარილის გამოყოფა. შრატში კალციუმი მატულობს, კალიუმი კი მცირდება. რენტგენიზაციის დროს მავნე გაზების განვითარება—ოზონისა და ნიტროზული გაზებისა—არ უნდა იყოს მიზეზი ნაბახურეობისა, თუმცა უნდა ითქვას, რომ, როდესაც რენტგენის კაბინეტში არ არის კარგი ვენტილაცია, აღნიშნულ საერთო მოვლენებს უფრო მწვავე ხასიათი აქვთ.

რომ ამ მოწამელის მთავარი და ძირითადი მიზეზი ოზონი და ნიტროზული გაზები არ არის, ეს ჩანს შემდეგიდან: 1). მოწამელის მოვლენები არ ემართებათ რენტგენოლოგებსა და საერთოდ რენტგენის კაბინეტში მომუშავე პერსონალს; 2). რადიოთერაპიის დროსაც მოწამელის მოვლენებს ვღებულობთ—თუმცა უფრო სუსტად გამოხატულს—მაგრამ რადიოთერაპიის დროს არავითარი მავნე გაზი არ ვითარდება.

ანალოგია პროტეინული სხეულების მოქმედებასთან.

იმ უეჭვო ფაქტის გამო, რომ სხივების თერაპიის დროს ინგრევა სულ სხვა და სხვა ხასიათის უჯრედი, უნდა ვიფიქროთ, რომ აქ ხდება ცილოვან ნივთიერებათა დაშლა და ეს დაშლის პროდუქტები—სისხლში გადასვლისას იწვევენ სხვა და სხვა მოვლენებს, როგორც ადგილობრივ, ისე საერთო ხასიათისა. ერთი სიტყვით, ვხედავთ ისეთივე მოვლენებს, როგორსაც ადგილი აქვს პროტეინული სხეულების პარენტერალური გზით სხეულში შეყვანის დროს.

როგორც ვიცით, თავდაპირველად ეგონათ, რომ ასეთს სურათს იძლევა მხოლოდ ცილოვანი ნივთიერების შეყვანა (Weichardt), მაგრამ შემდეგ აღმოჩნდა, რომ იმავე შედეგს იძლევა შემხაპუნება ჰიპერტონიული სითხისა, კოლოიდური ლითონებისა და გამოხდილი წყალისაც კი. ეს-ერთი შეხედვით უცნაური—ფაქტი იმით აიხსნება, რომ ყველა ამათ ის აქვთ საერთო, რომ ყველანი იწვევენ უჯრედების დაშლას.



Kaznelson-მა და Lorant-მა პირველად გვიჩვენეს, რომ სრული ანალოგია არსებობს სხივების მოქმედებითა და პროტეინული სხეულების შეშხაპუნებით გამოწვეულ ცვლილებათა შორის (სისხლის შედედების გაძლიერება, მომატება სისხლში შაქრისა, ბილირუბინისა და სპეციფიურ აგლუტინინებისა). ეს აზრი შემდეგ დადასტურებულ იქნა Bier-ის, Caspari ს, Holthusen-ის და სხვათა გამოკვლევებით.

ცვლილებები მთელი სხეულის გაშუქების შემდეგ.

ადგილი. სიკვდილის მიზეზის შესახებ ჩვენ შეგვიძლიან წარმოდგენა ვიქონიით გაკვეთის შედეგების მიხედვით: ელენთა ძალიან პატარა და მუქი ფერისა, ფერმკრთალი ძვლის ტვინი, ნაწლავები საგსეა თხელი, ხშირად სისხლიანი მასებით, ხშირად სისხლის ჩაქცევა კანქვეშ, ორგანოებში და ბოლოს საშინელი სიგამხდრე. მიკროსკოპიული გამოკვლევების დროს ელენთაში აღმოჩნდა ფოლიკულების დაღუპვა, პულპას გაღარიბება უჯრედის ელემენტებით, პიგმენტის დაღუქვა; ძვლის ტვინში—ჰიპოფიზა და უჯრედის ელემენტებით გაღარიბება. შემდეგ გვხვდება ლიმფოციტების გაქრობა ლიმფატიურ ჯირკვლებში, ლიმფატიურ ფოლიკულებში და მკერდუკანა ჯირკვალში. მეტის მეტი შემცირება ლეიკოციტებისა—მათ გაქრობამდე. სასქესო ჯირკვლებში—ეპიტელიუმის დეგენერაცია. სხვა ორგანოებში კი რაიმე განსაკუთრებულ ცვლილებებს არ ვხვდებით. ყველა ამის შემდეგ—დასკვნა, რომ ცხოველების სიკვდილის მიზეზი არის ღრმა ცვლილებები სისხლში და სისხლის წარმოშობ ორგანოებში.

გარკვეული დოზით მთელი სხეულის გაშუქების შემდეგ ცხოველი კვდება რამოდენიმე დღეში—მას ემართება ფალარათობა, კრუნჩხვა და საშინელი მარაზმი. ძალიან ხშირად ჰემორაგიული დიატეზის მოვლენებსაც აქვს ადგილი. სიკვდილის მიზეზის შესახებ ჩვენ შეგვიძლიან წარმოდგენა ვიქონიით გაკვეთის შედეგების მიხედვით: ელენთა ძალიან პატარა და მუქი ფერისა, ფერმკრთალი ძვლის ტვინი, ნაწლავები საგსეა თხელი, ხშირად სისხლიანი მასებით, ხშირად სისხლის ჩაქცევა კანქვეშ, ორგანოებში და ბოლოს საშინელი სიგამხდრე. მიკროსკოპიული გამოკვლევების დროს ელენთაში აღმოჩნდა ფოლიკულების დაღუპვა, პულპას გაღარიბება უჯრედის ელემენტებით, პიგმენტის დაღუქვა; ძვლის ტვინში—ჰიპოფიზა და უჯრედის ელემენტებით გაღარიბება. შემდეგ გვხვდება ლიმფოციტების გაქრობა ლიმფატიურ ჯირკვლებში, ლიმფატიურ ფოლიკულებში და მკერდუკანა ჯირკვალში. მეტის მეტი შემცირება ლეიკოციტებისა—მათ გაქრობამდე. სასქესო ჯირკვლებში—ეპიტელიუმის დეგენერაცია. სხვა ორგანოებში კი რაიმე განსაკუთრებულ ცვლილებებს არ ვხვდებით. ყველა ამის შემდეგ—დასკვნა, რომ ცხოველების სიკვდილის მიზეზი არის ღრმა ცვლილებები სისხლში და სისხლის წარმოშობ ორგანოებში.

განსხვავება რენტგენის სხივებსა და რადიოაქტიურ ნივთიერებათა სხივებს შორის.

ერთნაირს მოქმედებას იწვევენ მიუხედავად იმისა, თუ რომელ სხივებს ეკუთვნიან ისინი. მაგრამ Silva-ს, Mello-ს, Heineke სა და სხვათა და აგრეთვე Rost-ისა და Krüger-ის გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, რომ Thorium-x-ის ინტრავენოზური ხმარების დროს ჩვენ ვეღარ ვვლავლობთ რენტგენისა და რადიუმის მეტაუ დამახასიათებელ მოქმედებას ლიმფატიურ აპარატზე და სასქესო ჯირკვლებზე. ამის მაგივრად ასეთ შემთხვევაში გვხვდება პარენქიმატოზური გადაგვარება ღვიძლში, თირკმელებში, ფილტვებში და სხვ., რაც არ არის ხოლმე რენტგენის სხივების ხმარების დროს. ამიტომ Gudzent-ის დასკვნას დიდი ეჭვით უნდა უყურებდეთ.

არსებობს თუ არა მათ შორის გასხვავება? ეს საკითხი ჯერ კიდევ საბოლოოდ არ არის გადაწყვეტილი. ის გარემოება, რომ ენის კიბოს დროს რადიუმით ვალწევთ მეტად მნიშვნელოვან შედეგებს მაშინ, როდესაც უფრო გრძელ ტალღიანი რენტგენის სხივები იწვევენ უმნიშვნელო ან და უარყოფით თერაპევტიულ ეფექტს, ლაპარაკობს რადიუმის სხივების სასარგებლოდ.

რბილი და ხისტი სხივების მოქმედება.

თვისების მხრივ სხვა და სხვა სიხისტის რენტგენის სხივებს სრულიად ერთნაირი მოქმედება აქვთ. რბილი ან ხისტი სხივების განსხვავებული მოქმედება ალბათ იმით

აიხსნება, რომ ქსოვილების ცალკე შრეებში სხივების სხვა და სხვა რაოდენობა შეთანხმდება. რაც შეეხება რაოდენობით განსხვავებას—ეს საკითხი ჯერ კიდევ არ არის გადაჭრილი.

Krönig მა და Friedrich-მა აწარმოეს გამოკვლევები იონიზაციური კამერის საშუალებით და დაამტკიცეს, რომ სხვა და სხვა სიმაგრის სხივების ბიოლოგიური მოქმედება ერთი და იგივეა, თუ აღებულია ერთნაირი დოზა და თანასწორი ინტენსიობა.

**კირჩხიბის ქსოვილის
ჰისტოლოგიური
ცვლილებები გაშუ-
ქების შემდეგ.**

კირჩხიბის ქსოვილის გაშუქების შემდეგ ჩვენ ვხედავთ: ბირთვის გაყოფის შეჩერებას, მიტოზების გაქრობას და პროტოპლაზმაში მარცვლებისა და ვაკუოლების გაჩენას. შემდეგ უჯრედი დიდდება, მეზობელ უჯრედების პროტოპლაზმა გადადის სინციტიუმში ან სინლაზმაში, ხოლო სხვა ადგილებში აშკარად გამოჩნდება გადიდებული უჯრედების საზღვრები. ერთის მხრივ ჩნდება გიგანტური ბირთვები და მეორეს მხრივ გიგანტური უჯრედები რამოდენიმე ბირთვით. ბირთვებში გაფერმკრთალებასა და ხრომატინის შემცირებასთან ერთად ჩნდება პიკნოზი, შეწყდება და ბოლოს კარიორექსისი. პროტოპლაზმა ვაკუოლებად იქცევა, უფერულდება და შემდეგ იშლება, დეტრიტისავით ძვეს და ბოლოს ქრება. ამ პროცესების დროს შეგვიძლიან ვნახოთ ლეიკოციტების დიდი რაოდენობა, რომლებიც გადიან კიბოს უჯრედებს შუა, ნთქავენ უჯრედის ნარჩენებს და მიაქვთ იქიდან. შემაერთებელ ქსოვილშიც დიდ ცვლილებებსა ვხვდებით: შემაერთებელი ქსოვილის გაფუფებას, ჰიპერემიას და ლიმფოციტების დაგროვებას. შემაერთებელი ქსოვილის მორჩები გადიან კიბოს უჯრედების ალვეოლებში და ჰკვეთენ და ამსხვრევენ მათ. შემაერთებელი ქსოვილის რაოდენობა არა ჩვეულებრივად არის გადიდებული და ალვეოლები გარშემორტყმულია შემაერთებელი ქსოვილის დიდი ფენებით. შემაერთებელი ქსოვილის შორის ვხედავთ კიბოს უჯრედების პატარა, მომრგვალო ბუდეებს ან გამოუცნობი ბუნების უჯრედების ნატებს ან კიბოს თვითველ უჯრედებს, რომლებიც რამოდენიმე ხნის შემდეგ ქრებიან.

ავტორების დიდი უმრავლესობა—Holzknecht-ი, Aschoff-ი და სხვ. იმ აზრისა არიან, რომ რენტგენის სხივების მოქმედების პირველად მოვლენად უნდა ჩაითვალოს უშუალო და პირდაპირი დანგრევა კიბოს უჯრედებისა, რაც შეეხება შემაერთებელი ქსოვილის გაძლიერებულ ზრდას—ეს უკვე მეორადი მოვლენაა და უნდა უყუროთ მას როგორც კიბოს უჯრედების დანგრევის საპასუხო რეაქციას. შემაერთებელი ქსოვილის უხვი ზრდის დანიშნულებაა შეავსოს და დაიკავოს თავისუფალი სივრცეები, შექმნილი კიბოს მასების დაღუპვის გამო. ზოგიერთი ავტორი კი შემაერთებელ ქსოვილს მიაწერს აქტიურ როლს—რომ შემაერთებელი ქსოვილი გარს ერტყმის კიბოს უჯრედებს ყველა მხრიდან, აწევა და ბოლოს ახრჩობს მათ. (Exner, Bumm და სხვა).

აქვს თუ არა რენტგენის სხივებს „ამორჩევითი“ თვისება კიბოს უჯრედების მიმართ შედარებით შემაერთებელ ქსოვილთან? Regaud და გერმანელი ავტორების უმრავლესობა ფიქრობს, რომ რენტგენის სხივების ამორჩევითი მოქმედება კიბოს უჯრედების მიმართ აუცილებლად არსებობს და ეს მოქმედება მით

უფრო ძლიერია, რაც უფრო ხისტ სხივებსა ეხმარობთ. Händly კი, წინააღმდეგ ამისა, ფიქრობს, რომ ლაპარაკიც კი არ შეიძლება რაიმე ამორჩევი მოქმედებაზე. ყველა უჯრედები ერთნაირად უბასუხებენ სხივების მოქმედებას და—თუ კიბოს უჯრედები იღუპებიან და სხვა უჯრედები კი არა—ეს უნდა აიხსნას იმით, რომ მაშინ, როდესაც პათოლოგიური ქსოვილის რეგენერაციის შესაძლებლობა მინიმალურია—ნორმალურ ქსოვილს ძალიან ადვილად შეუძლიან აღორძინება. Opitz-ი ფიქრობს, რომ Händly-ს დასკვნები კიდევ იმიტომ არ არის სწორი, რომ ცდების დროს მას მეტად დიდი დოზები უხმარია.

მკვლევართა პატარა ჯგუფი, როგ. მაგ. Fränkel, Theilhaber, Caspari, Opitz, Murphy და სხვ., ცვლილებებს შემაერთებელ ქსოვილში სთვლის ყველაზე არსებით და პირველად მოვლენად. Kok და Vorlaender იმ დასკვნამდე მივიდნენ კიბოთი დაავადებულ თაგვებზე ცდების მოხდენის შემდეგ, რომ ყველა შემთხვევაში და რეგულიარულად ცვლილებები იწყებოდა ჯერ შემაერთებელ ქსოვილში და შემდეგ კი ცნობილ ცვლილებებს იღებდა კიბოს უჯრედებშიც.

თავისი შეხედულების დასამტკიცებლად Opitz-ს მოჰყავს Händly-ს გამოკვლევები, რომელმაც გვაჩვენა, რომ უდიდესი დოზების ხმარების დროსაც კი—თერაპევტიულ დოზებზე გაცილებით უფრო ძლიერის—კიბოს უჯრედების ერთს ნაწილს არამც თუ გადარჩენა—გაპრავლების უნარის შენარჩუნებაც კი შეუძლიან; მთელი დანარჩენი გაშუქებული ქსოვილი სრულ განადგურებას განიცდის. თუ ჩვენ დავეთანხმებით იმ აზრს, რომ რენტგენის სხივები პირდაპირ მოქმედებენ კიბოს უჯრედებზე, მაშინ ეს უკანასკნელი-როგორც უფრო მგრძობიარენი—უფრო ადრე უნდა დაღუპულიყვნენ, ვიდრე ნაკლებად მგრძობიარე დანარჩენი ქსოვილი. მაგრამ ეს ასე არ მოხდა. შემდეგ Opitz-ს მოჰყავს შემთხვევა, გამოქვეყნებული Aschoff-ის, Krönig-ის და Gauss-ის მიერ, როდესაც გაშუქებულ ძუძუს კიბოს ქვეშ მყოფმა ნეკნმა სრული ნეკროზი განიცადა, მაგრამ ამ ნეკნის ზემოთ მოთავსებული კიბოს უჯრედები, რომლებმაც, მასასადამე, უფრო დიდი დოზა მიიღეს, არ დაზიანდნენ.

შემდეგ Opitz-მა გულმოდგინედ გადასინჯა Krönig-ის მასალებიდან კიბოს 34 შემთხვევა, რომლებზედაც გატარებული იყო სხივებით წამლობა (15 ძუძუს კირჩხიბი, 1-შარდსადინარისა, 12 საშვილოსნოს ყელისა, 6 საშვილოსნოს ტანისა). ამ რიცხვიდან 21 ავადმყოფს 5 წ. მეტი უცხოვრია ურეციდივით, მხოლოდ 12 ამათგანი არასოდეს არ გაუშუქებიათ „კარცინომატოზური“ დოზით—გაუშუქებიათ გაცილებით უფრო ნაკლები დოზით. ძუძუს ჯირკვალის კირჩხიბის ორ შემთხვევაში კანზე მიცემული იყო არც ისე დიდი დოზა ისე, რომ ერიტემაც არ გამოუწვევია და, მიუხედავად ამისა, ეს ავადმყოფები 7 წლის შემდეგაც სრულიად კარგად ყოფილან. მეორე მხრით ყველა ავადმყოფებს, ერთის გამონაკლისით, რომლებმაც ძლიერ დიდი დოზა მიიღეს—„კარცინომატოზული“ და მეტიც—რეციდივი დაემართათ და რამდენიმე მათგანი ძალიან მალე დაიღუპა.

რაც შეეხება მცირე დოზების **გამაღიზიანებელ მოქმედებას კირჩხიბის ქსოვილზე**, ე. ი. რომ მცირე დოზებს შეუძლიან ხელი შეუწყოს კირჩხიბის უჯრედების ზრდას, Opitz-ი კატეგორიულად უარყოფს ამ შესაძლებლობას. გამაღიზიანებელი მოქმედების შესახებ სხვა და სხვა ავტორების ვერც ერთი მოსა-

ზრება ვერ უძლებს კრიტიკას. ერთგვარ შთაბეჭდილებას სტოვენენ მხოლოდ Ritter და Lewandowsky-ს მოხსენება. კანის მეტასტაზები საკვერცხეების კირჩხიბისა გაშუქებულ იქნა რენტგენის სხივებით სხვა და სხვა ადგილზე, სხვა და სხვა დროს და სხვა და სხვა ფილტრაციით. სადაც ყველაზე სუსტი დოზები იყო ნახმარი, იქ გაშუქებიდან 5 კვირის შემდეგ ნახეს, რომ სიმსივნის სწრაფი ზრდა ხდებოდა კანის ღრმა შრეებში—გაშუქებულ არეში კი არავითარი მონატება ზრდისა არა სწარმოებდა; რაც შეეხება უფრო მაღალი დოზებით გაშუქებულ ადგილებს—აქ ამის საწინააღმდეგო უკუ განვითარება მიიღეს. Nather-სა და Schinz-ს—მათი ძლიერ დიდი ექსპერიმენტალური მასალის მიხედვით არც ერთხელ არ უნახავთ მცირე დოზებით გამოწვეული გაღიზიანების მოვლენები და სიმსივნის ზრდის გაძლიერება.

პირველად Exner-მა აღნიშნა შემაერთებული ქსოვილის გაძლიერებული ზრდა და მისი შეკრა კიბოს ქსოვილში.

Baschford, Murphy და Cramer—ადასტურებენ Exner-ის აზრს თავებზე ცდების წარმოებით: ჯერ ხდება გასაკვირველად ძლიერი ზრდა შემაერთებული ქსოვილისა, რომლის მორჩებიც სოლებად იჭრებიან კიბოს ქსოვილში და ჰკვეთენ მას. ამ დროს კიბოს უჯრედებში ჯერ არავითარი ცვლილება არ ხდება და ისინი ისევ განაგრძობენ ვაყოფას. მაგრამ გაშუქებიდან მხოლოდ 12-14 დღის შემდეგ კიბოს უჯრედებში იწყება დეგენერატიული პროცესები—კიბოს უჯრედების პროტოპლასმას ვაკუოლიზაცია, ამ უჯრედების დაღუპვა და შეწოვა. კიბოს უჯრედების დაღუპვის მიზეზია ის, რომ კიბოს უჯრედებთან სისხლი წესიერად ველარ მოდის და ამას გარდა აკრეთვე ზედაწოლა გაზრდილი შემაერთებული ქსოვილისა.

მიუხედავად Baschford-ისა და სხვათა მიერ განსაკუთრებული გულმოდგინეობით ნაწარმოები ექსპერიმენტალური გამოკვლევებისა, შემაერთებული ქსოვილის უპირველესი მნიშვნელობა მაინც არავითარ შემთხვევაში არ არის მისაღები მარტო იმისთვის, რომ თავის კირჩხიბი და ადამიანისა სულ სხვა და სხვა რამეს წარმოადგენენ, ახლა კიდევ Holzknacht-ისა და სხვა ავტორთა უმრავლესობის აუარებელი გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ პირველადი მოვლენა კირჩხიბის უჯრედების დანგრევა და შემდეგ კი მეორადი მოვლენა შემაერთებული ქსოვილის მიერ ქსოვილის დეფექტების შევსება. ამავე მიმართულების აზრს გამოსთქვამს ისეთი უავტორიტეტესი პათოლოგ-ანატომი, როგორც Aschoff-ია, რომელსაც უდიდესი გულმოდგინეობით აქვს გამოკვლეული აუარებელი მასალა ადამიანისა. პირად დაკვირვებათა მიხედვით, რომლებიც მეტად ფართო მასალაზეა დამყარებული, მე შემიძლიან სავსებით დავადასტურო Aschoff-ის დასკვნები.

სისხლის ცვლილებები.

საერთო მოქმედების დაწყება შეიძლება წარმოვიდგინოთ ორი გზით. ერთი გზა—ეს რეფლექტორულია ვეგეტატიური ნერვული სისტემის საშუალებით, მეორე გზა ასეთია: რენტგენის სხივების მოქმედებით გამოწვეული ცვლილებების გამო ქსოვილში გარკვეული ნივთიერება წარმოიშვება, რომელიც შეიწოვება სისხლში და იწვევს ორგანიზმზე საერთო მოქმედებას.

(დასასრული შემდეგ №-ში).

ა. მამულაიშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

კირჩხიბის სეროლოგნოსტიკა Botelho-ს რეაქციით.

(ტფილისის უნივერსიტეტის შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალურ კლინიკიდან.
გამგე—პროფ. ს. ვირსალაძე).

კირჩხიბის და სერთოდ ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის შედეგებით დადებითი შედეგები მთლიანად დამოკიდებულია მათ ნაადრევ გამოჩენაზე და უკვე დაავადების დასაწყისში სათანადო ზომების მიღებაზე. ამიტომ გასაგებია ის აუარებელი მუშაობა, რომელსაც აწარმოებდნენ გამოკვლევის ისეთი მეთოდების შესაქმნელად, რომლებიც უზრუნველ ჰყოფდნენ ამ სიმსივნეების დიაგნოსტიკას მანამ, ვიდრე დაავადება იმდენად გავრცელდებოდა ორგანიზმში, რომ თერაპევტიული ჩარევა უკვე უნაყოფო და შეუძლებელი გახდებოდა.

კლინიკური სადიაგნოსტიკო საშუალებანი არ არის საკმარისი, რადგან ავადმყოფობის პირველი ნიშნეულობანი მხოლოდ მაშინ ამკარავდებიან, როდესაც სიმსივნე საკმარისად გაიზარდა. ავადმყოფობის ამ ხანაში დიაგნოსტიკა მთლიანად კარგავს თავის პრაქტიკულ ღირებულებას. გამოკვლევის ჰისტო-პათოლოგიური მეთოდებიც ხშირად მიუწვდომელია (შინაგან ორგანოების კირჩხიბი) და თვით მორფოლოგიური გამოკვლევაც არა მუდმივ და აბსოლუტურად სწვეტს სადიაგნოსტიკო საკითხს.

ამიტომ კირჩხიბის ნაადრევ გამოკვლევის მეთოდები უფრო ლაბორატორულ პრინციპზე იყო აგებული. იკვლევდნენ ცვლილებებს კუჭის წვენში, შარდში, იკვლევდნენ სისხლის შრატის, სისხლის ფორმიულ ელემენტების ფიზიკურ-ქიმიურ და ბიოლოგიურ ცვლილებებს. ცნობილია, რომ კირჩხიბი რაღაც ნაირად სცვლის სისხლის ბიო-ქიმიურ თვისებებს. ამ ცვლილებების შესწავლა იძლეოდა იმედებს, რომ ნახული იქნებოდა მგრძობიარე რეაქციები ავთვისებიანი სიმსივნეების სადიაგნოსტიკოდ. მრავალნაირ ცდებმა ამ მხრივ შექმნეს გამოკვლევის მრავალი მეთოდები. მაგრამ აქვე უნდა იყოს აღნიშნული, რომ მათ შორის არ არის არც ერთი მთლიანად დამაკმაყოფილებელი, უტყუარი შედეგებით. განსაკუთრებით კირჩხიბის ნაადრევ ხანაში გამოკვლევის მეთოდები, ამიტომ ყველა ამ რეაქციების ღირებულება განისაზღვრება როგორც დამხმარე საშუალებების კირჩხიბზე საექსპერტო მოვლენათა შეფასებაში. სისხლის სეროლოგიური გამოკვლევანი მიაღწევდნენ მიზანს მხოლოდ მაშინ, რომ შესაძლებელი ყოფილიყო კირჩხიბის ქსოვილში სპეციფიურ ანტიგენების არსებობის დადასტურება

(Kraus), მაგრამ ეს დამტკიცებული ვერ იქმნა. ამიტომ ყველა სისხლში ნახული ჰემოლიზინები, იზოლიზინები და სხვა და სხვა შეუძლებელია ჩაითვალოს სპეციფიურ ანტისხეულებათ. თანახმად ექსპერიმენტალურ გამოკვლევისა ესენი წარმოიშობებიან როგორც შედეგი ცილოვან და ლიპოიდურ გაცვლა-გამოცვლის დარღვევისა და რაიმე სპეციფიობას, მაშასადამე, მოკლებული არიან.

ჩვენ არ ჩამოვთვლით იმ მრავალ ცდებს, რომლებიც იმუნ-დიაგნოსტიკაზე იყვნენ დამყარებული. აღენიშნავთ მხოლოდ, რომ, როცა იმუნიტეტის რეაქციებით ვერ შექმნეს კირჩხიბის გამოკვლევის საიმედო მეთოდები, უფრო მეტი ყურადღება იყო მიქცეული სისხლის ქიმიურ და ფიზიკურ ცვლილებების შესწავლაზე. ცნობილი ფაქტი კირჩხიბის ტოქსიურ გავლენისა ორგანიზმზე გამოყენებული იყო სისხლის ამ მხრივ შესწავლისათვის.

მწყობრი, ექსპერიმენტალურად დასაბუთებული თეორია შესასებ სისხლის ბიო-ქიმიურ ცვლილებებისა წამოყენებული იყო Abderhalden-ის მიერ. თანახმად ამ თეორიისა, ნორმალურ სისხლში არ არსებობს სისხლის დამშლელი ფერმენტები და თუ მას ჰპოულობენ—ეს მხოლოდ ორგანიზმში ცილის პარენტერალურად შეყვანის დროს. ორგანიზმის მიერ ცილის მოხმარება სპეციფიობის კანონით სწარმოებს. უცხო ცილა, როგორც ვიცით, ვიდრე მოხმარებამდის მიაღწევდეს განიცდის მრავალნაირ გარდაქმმას იმიტომ, რომ მის ნაწილაკებიდან აღორძინებული იყოს ორგანიზმისათვის სპეციფიური, მონათესავე ცილოვანი ნივთიერება. მაგრამ თუ ცილა შედის ორგანიზმში არა ფიზიოლოგიურათ დანიშნული გზით, ის გამოუდევარ, უცხო ცილად ხდება, რასაც ორგანიზმში რეაქციით უპასუხებს ამ ნივთიერებების დამშლელ ფერმენტების წარმოშობის სახით. ამის დამტკიცება ადვილია ცდებით, ადვილია აგრეთვე ამ დროს სისხლში ნახვა პეპტონური და ტრიპტაჟლ მონელების პროდუქტებისა.

სწორეთ ასეთი ცვლილებები ხდება სისხლში კირჩხიბის დროს (Abderhalden) შედეგად სიმსივნის უჯრედების ნაწილობრივ მონელებისა. ყოველ შემთხვევაში ერთი უდავოა, რომ კირჩხიბის დროს სისხლში შედის რაღაც ტოქსიური, ჯერ კიდევ უცნობი ნივთიერება, რომელიც სცვლის მის თვისებებს. Botelho-ს მიერ იყო ნახული, რომ იოდ-Lugol-ის ხსნარი ლიმონმწეავასთან ერთად იძლევა დანალექს სისხლის შრატისა. Wilbouchewitch'-მა ნახა, რომ უფრო მეტად ეს გამოხატულია კირჩხიბიანების სისხლში. მაგ., იმ დროს, როდესაც ნორმალური სისხლის შრატი იძლევა ნალექს ერთ გრამ იოდ-კალიუმის და ლიმონ-მწეავასთან ერთად, კირჩხიბიანების შრატიდან ასეთივე ნალექის მისაღებად საკმარისია ბევრად ნაკლები რაოდენობა ამ ხსნარისა. თვით Wilbouchewitch'-მა მიიღო ასეთი დადებითი შედეგები კირჩხიბიანებზე 75⁰/₀, უარყოფითი 15,5⁰/₀, შემთხვევაში და საექვო შედეგები—9,6⁰/₀-ში. პრივ-დოც. Зелкин-ის და ექ. Маврин-ის მიერ კირჩხიბიანებზე დადებითი შედეგები იყო 66⁰/₀ შემთხვევაში.

რეაქციის შედარებით სიმატრივე და სწორი დადებითი შედეგების მალა-ლი პროცენტი წინასწარ ლაპარაკობდნენ ამ რეაქციის სარგებლიანობაზე. ამიტომ ჩვენც განვიზრახეთ გავვეტარებინა დაკვირვება და მიღებულ შედეგებით შევეფასებინა ამ რეაქციის პრაქტიკული ღირებულება.

მაგრამ, ვიდრე რეაქციის შედეგებზე ვილაპარაკებდეთ, საჭიროდ მიგვაჩნია რამოდენიმე სიტყვით შევეხოთ ამ რეაქციის მეთოდისას. ჩვენ ვსარგებლობდით არა მარტო ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტის მასალით, არამედ ტფილისის ქალაქის საავადმყოფოებში, გინეკოლოგიურ ინსტიტუტში გატარებულ ავადმყოფებით.

ვიღებდით ვენიდან საცდელ შუშაში 2 c.c. სისხლს და ვუცდიდით შრატის გამოყოფას. მიღებულ შრატს ნახევრად ვანზავებდით NaCl ფიზიოლოგიური ხსნარით. (1 ნაწილი შრატი+1 ნაწილი ფიზიოლოგიური ხსნარი). შემდეგი საჭირო რეაქტივები წინასწარ იყო გამზადებული:

ხსნარი I

Sol acidi citrici 5% --100,0

Formalini 2,5

M.

ხსნარი II

jodi: p. 1,0

Kal jodat: 2,0

Aq destillatae 210,0,0

M.

2. c. c. I ხსნარისა ვისხამდით საცდელ შუშაში. ამას ვუმატებდით 0,5 c. c. უკვე გაზავებულს ფიზიოლოგიურ ხსნარში შრატს. კარგად შექანულალების შემდეგ მას კიდევ ვუმატებდით 0,7 c. c. იოდ-Lugol'-ის ხსნარისა (ხსნარი II), თუ ამას სითხის შემღვრევა მოყვებოდა, ეს კიდევ არ იყო მაჩვენებელი იმისა, რომ რეაქცია დადებითია. შექანულალების შემდეგ თუ ეს სიმღვრივე არ ქრებოდა, მხოლოდ მაშინ ვსთვლიდით რეაქციას დადებითად. ამ შემთხვევაში რეაქცია მკაფიოდ დადებითი იყო. მაგრამ თუ შექანულალების შემდეგ სითხე ისევ გამსჭვირვალე ხდებოდა, მაშინ მას კიდევ ვუმატებდით 0,2 c. c. იოდ-Lugol'-ის ხსნარისა. თუ ამის შემდეგ ვღებულობდით სითხის შემღვრევას, რომელიც შექანულალებისას არ იწმინდებოდა, აქაც რეაქცია დადებითად ითვლებოდა. პირიქით, თუ შექანულალების შემდეგ სითხე ისევ გამსჭვირვალეობდა, მას კიდევ ვუმატებდით 0,1 c. c. II ხსნარისა. ამ შემთხვევაში მიღებული შემღვრევა (თუ შექანულალებისას ის არ ქრებოდა) მაჩვენებელი იყო, რომ რეაქცია სუსტად დადებითია. შემდეგ რეაქცია უარყოფითად ითვლებოდა, თუნდ შემღვრევა მიგველო იოდ-Lugol'-ის მიმატებით.

ჩვენი მასალა შემდეგ ჯგუფებად იყო განაწილებული:

ჯგუფი I

კლინიკურად აშკარად გამოხატული კირჩხიბის შემთხვევები.

ჯგუფი II

კირჩხიბის საეჭვო შემთხვევები.

ჯგუფი III

საკონტროლო.

რომ შეგვძლებოდა მოგვეხდინა დაკვირვება იმაზე, თუ როგორ სცვლის ან აქვს თუ არა რაიმე გავლენა რეაქციის შედეგებზე ორგანიზმის კახექტიურ მდგომარეობას საპირველად კიდევ ქვე ჯგუფებად იყო დაყოფილი:

- a) კახექსიანები
- b) უკახექსიანები.

ჩვენ მიერ გაკეთებული იყო სისხლის სეროლოგიური გამოკვლევა 81 შემთხვევაში, რომლებიდან 21 წარმოადგენდნენ კირჩხიბის კლინიკურად სრულიად აშკარა შემთხვევებს. 29 იყო კირჩხიბზე საექმო შემთხვევები, დანარჩენი 31 საკონტროლო. პირველ 21-დან, რომლებიც, როგორც აღნიშნული, წარმოადგენდნენ კირჩხიბის სრულიად აშკარა შემთხვევებს რაც დადებითი შედეგები მივიღეთ 15 შემთხვევაში, რაც დაახლოებით 71% უდრის. აქ უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა ამ შემთხვევაში იყო შინაგან ორგანოების კირჩხიბი, სიმსივნეები უკვე გავრცელებული, ორგანიზმის ძლიერი კახექსიით. მეორე ჯგუფიდან 3 შემთხვევაში მიღებული იყო დადებითი შედეგები (სწორი), ამ ჯგუფის ავადმყოფებზე არც ერთ შემთხვევაში არ იყო მიღებული დადებითი შედეგები იქ, სადაც, როგორც შემდეგში ბიოპსიით, ოპერაციით ან აუტოპსიით გამოიკვია კირჩხიბი არ იყო. პირიქით, რამოდენიძე ამ ჯგუფის ავადმყოფებზე უარყოფითი შედეგები მივიღეთ იქაც კი, სადაც შემდეგში კირჩხიბი აღმოჩნდა (ორი შემთხვევა. Cancer pap. Vateri, ოთხი შემთხვევა სასქესო ორგანოების კარცინომის), დანარჩენი ამ ჯგუფიდან უარყოფითი შედეგებით იყო და ამ უკანასკნელებზე რეაქციის სისწორის კონტროლის გაკეთების საშუალება არ მოგვეცა. მხოლოდ ერთ შემთხვევაში ამ ჯგუფიდან საექმო შედეგი მივიღეთ (tbc pulmonum, Lues ძლიერი კახექსიით).

საკონტროლო რეაქციები ყველა შემთხვევაში უარყოფითი იყო. გადავდინვართ რა რეაქციის შედეგების შეფასებაზე ჩვენ უნდა მივაქციოთ ყურადღება იმ გარემოებას, რომ აშკარა კირჩხიბის შემთხვევებში დადებითი შედეგები სეროლოგიურ გამოკვლევას 71% მივიღეთ. მეორეს მხრივ საკონტროლო რეაქციები ყველა უარყოფითი იყო. ნაადრევ კირჩხიბის შემთხვევებში სწორი დადებითი შედეგები 3 შემთხვევაში მივიღეთ, თუმცა ამ ჯგუფის ავადმყოფები კირჩხიბით დაავადებულნი შედარებით უფრო ბევრი იყო.

ძირითად მოთხოვნილებას, რომელსაც უყენებს კლინიკა ყოველივე რეაქციას, სახელდობრ სპეციფიობას Botelho-ს რეაქცია სრულიად აკმაყოფილებს, რადგანაც როგორც ზემოდ დავინახეთ, ის არ იძლევა დადებითი შედეგებს არც ერთ არაკირჩხიბიან შემთხვევაში და მით უმეტეს ჯანმრთელებზე: Kraus-ით ყოველივე რეაქცია შეიძლება ჩაითვალოს პრაქტიკულად გამოსადეგი მაშინაც კი, როცა ის 50%-ში იძლევა დადებითი შედეგებს თუ, რა თქმა უნდა, ის სპეციფიურია. მაგრამ სიმსივნეების სადიაგნოსტიკო რეაქციებიდან კლინიკა კიდევ მოითხოვს დაავადების ადრე გამოჩენას. სწორედ ამ პრაქტიკულად დიდ ღირებულების მოთხოვნილებას მცირედ აკმაყოფილებს Botelho-ს რეაქცია. როგორც სჩანს საჭიროა ღრმა ცვლილებები სისხლის შრატის შემადგენლობაში, რომ აღნიშნული რეაქცია მგრძობიარე იყოს ამ ცვლილებებისადმი, რაც კირ-



რომ შეგვძლებოდა მოგვეხინა დაკვირება იმაზე, თუ როგორ სცვლის ან აქვს თუ არა რაიმე გავლენა რეაქციის შედეგებზე ორგანიზმის კახექტიურ მდგომარეობას საპივე ჯგუფ კიდევ ქვე ჯგუფებად იყო დაყოფილი:

- a) კახექსიანები
- b) უკახექსიო.

ჩვენ მიერ გაკეთებული იყო სისხლის სეროლოგიური გამოკვლევა 81 შემთხვევაში, რომლებიდან 21 წარმოადგენდნენ კირჩხიბის კლინიკურად სრულიად აშკარა შემთხვევებს. 29 იყო კირჩხიბზე საექვო შემთხვევები, დანარჩენი 31 საკონტროლო. პირველ 21-დან, რომლებიც, როგორც აღნიშნული, წარმოადგენდნენ კირჩხიბის სრულიად აშკარა შემთხვევებს რაც დადებითი შედეგები მივიღეთ 15 შემთხვევაში, რაც დაახლოებით 71% უდრის. აქ უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა ამ შემთხვევაში იყო შინაგან ორგანოების კირჩხიბი, სიმსივნეები უკვე გავრცელებული, ორგანიზმის ძლიერი კახექსიით. მეორე ჯგუფიდან 3 შემთხვევაში მიღებული იყო დადებითი შედეგები (სწორი), ამ ჯგუფის ავადმყოფებზე არც ერთ შემთხვევაში არ იყო მიღებული დადებითი შედეგები იქ, სადაც, როგორც შემდეგში ბიოპსიით, ოპერაციით ან აუტოპსიით გამოირკვა კირჩხიბი არ იყო. პირიქით, რამოდენიძე ამ ჯგუფის ავადმყოფებზე უარყოფითი შედეგები მივიღეთ იქაც კი, სადაც შემდეგში კირჩხიბი აღმოჩნდა (ორი შემთხვევა. Cancer pap. Vateri, ოთხი შემთხვევა სასქესო ორგანოების კარცინომის), დანარჩენი ამ ჯგუფიდან უარყოფითი შედეგებით იყო და ამ უკანასკნელებზე რეაქციის სისწორის კონტროლის გაკეთების საშვალეა არ მოგვეცა. მხოლოდ ერთ შემთხვევაში ამ ჯგუფიდან საექვო შედეგი მივიღეთ (tbc pulmonum, Lues ძლიერი კახექსიით).

საკონტროლო რეაქციები ყველა შემთხვევაში უარყოფითი იყო. გადავღივართ რა რეაქციის შედეგების შეფასებაზე ჩვენ უნდა მივაქციოთ ყურადღება იმ ვარენობას, რომ აშკარა კირჩხიბის შემთხვევებში დადებითი შედეგები სეროლოგიურ გამოკვლევისა 71% მივიღეთ. მეორეს მხრივ საკონტროლო რეაქციები ყველა უარყოფითი იყო. ნაადრევ კირჩხიბის შემთხვევებში სწორი დადებითი შედეგები 3 შემთხვევაში მივიღეთ, თუმცა ამ ჯგუფის ავადმყოფები კირჩხიბით დაავადებულნი შედარებით უფრო ბევრი იყო.

ძირითად მოთხოვნილებას, რომელსაც უყენებს კლინიკა ყოველივე რეაქციას, სახელდობრ სპეციფიობას Botelho-ს რეაქცია სრულიად აკმაყოფილებს, რადგანაც როგორც ზემოდ დავინახეთ, ის არ იძლევა დადებითი შედეგებს არც ერთ არაკირჩხიბიან შემთხვევაში და მით უმეტეს ჯანმრთელებზე: Kraus-ით ყოველივე რეაქცია შეიძლება ჩაითვალოს პრაქტიკულად გამოსადეგი მაშინაც კი, როცა ის 50%-ში იძლევა დადებითი შედეგებს თუ, რა თქმა უნდა, ის სპეციფიურია. მაგრამ სიმსივნეების სადიაგნოსტიკო რეაქციებიდან კლინიკა კიდევ მოითხოვს დაავადების ადრე გამორკვევას. სწორედ ამ პრაქტიკულად დიდ ღირებულების მოთხოვნილებას მცირედ აკმაყოფილებს Botelho-ს რეაქცია. როგორც სჩანს საჭიროა ღრმა ცვლილებები სისხლის შრატის შემადგენლობაში, რომ აღნიშნული რეაქცია მგრძნობიარე იყოს ამ ცვლილებებისადმი, რაც კარ-

ჩიბის უფრო დაგვიანებულ ხანებში ხდება. მიუხედავად ამისა Botelho-ს რეაქცია არ კარგავს თავის მნიშვნელობას თუნდაც იმით, რომ ის სპეციფიურია. კირჩხიბიანებზე 71% დადებითი და საექვო შემთხვევებშიაც რამოდენიმე სწორი პასუხი საკმარისია იმისათვის, რომ ამ რეაქციას სხვა კლინიკურ გამოკვლევებთან თანაბრივად ალავი დაეთმოს.

3. ჩახვა.

კლინიკის ექიმ—ინტერნო

მომყოლის და გარსების ნაწილების ჩარჩენა და მათი თერაპია.*)

(ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე—პროფ.

ი. თიანაცხე.)

ის ხშირი გართულებანი ლოგინობის ხანაში, რომელიც უშუალოდაა დაკავშირებული მომყოლის ქსოვილისა და გარსების ნაწილების საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენასთან—წარმოადგენს მეტად მნიშვნელოვან საკითხს და ღირსია განსაკუთრებული ყურადღების, შესწავლის. საუბედუროდ ამ საკითხის შესახებ დღემდე არ არსებობს ავტორიტეტთა ერთიანი აზრი, გარკვეული გეზი, რომელზედაც შეეძლებოდა დამყარება ექიმ-პრაქტიკოს—მშობიარის საწოლთან. განსაკუთრებით კი ამას დიდი მნიშვნელობა ექნებოდა იმ ექიმთათვის, რომლებიც გაფანტული არიან საქართველოს სხვა და სხვა კუთხეებში და, მამასადამე, მოკლებულ არიან ყველა იმ საშუალებებს, რომელიც კლინიკისა და საავადმყოფოს პირობებში ჩაყენებულ ექიმს ასე თუ ისე ხელს შეუწყობს ხსენებულ მიზეზით გამოწვეულ გართულებას უფრო წარმატებით შეებრძოლოს.

ჩვენი მოხსენების დღევანდელ საგანს ამ საკითხში არ შეადგენს, რასაკვირველია, რაიმე უებარი საშუალების გამოძებნა და თქვენს წინაშე მისი გამოჩენა. ჩვენ მივაქცევთ თქვენს ყურადღებას იმ გეზს, რომელიც ადებული აქვს ამ საკითხში და პრაქტიკულად ანხორციელებს ცხოვრებაში სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკა. ჩვენ ვამაობლებთ ფაქტიურ მასალით ამ გეზს და გამოგვყავს სათანადო დასკვნები.

ეს არ არის თეორეტიული მსჯელობა, არამედ ეს გახლავთ დაკვირვების შედეგი 1920 წლიდან 1925 წლის 2 მაისამდე მომყოლისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენის 150 შემთხვევაზე, 4682 მომშობიარებულებიდან.

ასეთ დიდ მასალაზე დაკვირვებას რაიმე მაინც შეუძლია გვითხრას მენებისათვის ისეთ საჭირობორტო, ჯერ კიდევ სათანადოთ გაუშუქებელ საკითხში, როგორცაა მომყოლის და გარსების ნაწილების ჩარჩენა და მათი თერაპია.

მაგრამ ვიდრე ამ უკანასკნელის განხილვას შეუდგებოდეთ, საჭიროდ მიმაჩნია მოგავიწყოთ ამ საკითხის გარშემო ლიტერატურაში არსებული აზრთა სხვადასხვაობა, დაქსაქსულობა.

*) მოხსენდა საქართველოს ექიმთა მე III სამეცნიერო კონგრესს.

ხსენებულ საკითხში მენაგები იყოფა სამ ჯგუფად: კონსერვატორები, აქტივისტები და ნეიტრალისტები. უკანასკნელ დრომდე ყველა ქვეყნებში არსებობს სამივე ჯგუფის მიმდევრები. ფრანგები და გერმანელები უფრო უკიდურესობას იზიარებენ. 1850 წლიდან Recamier საფრანგეთში წარმატებით ხმარობს სანაყოფო კვერცხის დარჩენილ ნაწილების გამოსაღებად იარაღს, რომელსაც მან უწოდა „gorgette-curette à cul de sac“

ერთ შემთხვევაში მან წარმატებით მოიხმარა ეს იარაღი საშვილოსნოში ჩარჩენილ მომყოლის ქსოვილის გამოსაღებად, მეორე შემთხვევაში—endometritis post partum-ის დროს. Champétier de Ribes და განსაკუთრებით კი Budin-ი მომხრეა აქტიურ ჩარევის. ამ უკანასკნელმა თავის მოხსენებაში, რომელიც მას გაუკეთებია 1901 წ. პარიზის საექიმო აკადემიაში, გამოსთქვა ის აზრი, რომ საჭიროა საექვო შემთხვევებში საშვილოსნოში ხელის შეტანით დავრწმუნდეთ, არის თუ არა ჩარჩენილი იქ გარსებისა და მომყოლის ქსოვილის ნაწილები და თუ არის—დაუყონებლივ გამოვასუფთაოთ საშვილოსნოს ღრუ და მისი კედლები.

Braun Y. Fernvald-ი აქტივობას იცავს ამ საკითხში და ამტკიცებს რომ, თუ აქტიურ ჩარევით საშვილოსნოს ღრუდან გამოძევებული იქნება მომყოლისა და გარსების ჩარჩენილი გახრწნილი ნაწილები, მაშინ—უდავოდ უნდა იქნას მიღებული სახელმძღვანელოდ ასეთი მოქმედება ყველა დაჟინებით მიმდინარე ენდომეტრიტების დროს, სანამ არ დაწყებულია სხეულის საერთო დაავადება. ასეთ ჩარევის, უკეთ გამოფხეკის შემდეგ, ის გვირჩევს საშვილოსნოს ღრუში იოდიანი ბურთულის გამოვლებას. მას აქვს აწერილი 101 შემთხვევა, რომელიც უშამლია ასეთ ჩარევით და 31 შემთხვევაში მიუღია დადებითი შედეგი. უშედევოდ დარჩენილა 5 შემთხვევა, რომელთა შორის სამ შემთხვევაში აქტიური თერაპია უწარმოებია უკვე სეპტიცემიის განვითარების ხანაში.

Charier-მა გამოსთქვა ის შეხედულება, რომ თუ თავის დროზე და რაც შეიძლება ადრე გამოძევებულ იქნება საშვილოსნოს ღრუდან ჩარჩენილი სანაყოფო კვერცხის ნაწილები—მომავალში თავიდან ავიცილებთ ისეთ დაავადებას, როგორიცაა Subinvolutio uteri, metritis, retroflexio და სხვა.

პროფ. ვინტერმა 1912 წელს ჩარჩენილ მომყოლისა და გარსების ნაწილების შესახებ გამოსთქვა შემდეგი შეხედულება: „საშვილოსნოში ჩარჩენილი მომყოლისა და გარსების ნაწილები წარმოადგენს მშვენიერ საკვებ მასალას საპროფიტულ მიკროსხეულებისათვის, ეს ნაწილები აფერხებს და გავლენას ახდენს საშვილოსნოს უკუგანვითარებაზე, ინვოლუციაზე და ამრიგად აადვილებს მიკრობების ღრმად ქსოვილში შთანერგვას, მათი ნაწილობრივი მოცილება ქმნის ახალ კრილობას, რომელიც შეიძლება გადაიქცეს ინფექციის დასაწყისად. სანამდე გარსებისა და მომყოლის ნაწილები რჩება საშვილოსნოში, ადგილობრივი ინფექციური პროცესი ადვილად არ ჩაქრება“

ამრიგად ავტორი დიდ უბედურებას ხედავს მომყოლისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენაში. მისი აზრით, სანამ მომყოლის ნაწილები საშვილოსნოში რჩებიან,—მომოზიარებულს ყოველთვის მოელის საშიშროება სისხლის მდინარეობის მხრივაც. ადგილობრივად ჩარჩენილ ნაწილების გახრწნას ხომ საზღვარი არ აქვს, სანამ ეს უკანასკნელი საკვებ მასალას წარმოადგენს.



Rissmann ი, Monatschrift-ში, მოსალოდნელ გართულების თავიდან აცილების მიზნით, გვირჩევს 6-დან 24 საათამდე მოცდის შემდეგ ჩარჩენილ გარსების გამოღებას იარაღის საშუალებით.

Louros-ი 1908 წელს Zentralblatt-ის მე 7 №-ში გარსების ნაწილების ჩარჩენით გამოწვეულ გართულებას უთანაბრებს მომყოლის ნაწილების ჩარჩენით გამოწვეულ შედეგებს და ამ საფუძველზე პოითხოვს გარსების გამოსაძეველად დაუყოვნებლივ ხელით შესვლას საშილოსნოს ღრუში.

საინტერესოა ამ საკითხში გერმანელ მეცნიერის Fehling-ის აზრი. „თუ, სწერდა ის 1890 წ., დანამდვილებით ვიცით, რომ მიძიმე სეპტიური ხსიათის ციებ-ცხელება აღმოცენებულია მომყოლის ნაწილების მეოხებით, მაშინ მე — ეხლაც მომხრე ვარ ხელის საშუალებით მათი გამოძევისა, თუ ამ უკანასკნელის სიდიდე აღწევს კაკლის ოდნობას ან მეტს, მაგრამ ამავე დროს დარწმუნებული უნდა ვიყოთ იმაში, რომ არ არსებობს საშილოსნოსთან დაკავშირებული ფლეგმონა ან პერიტონიტი და რომ შიგნით ყელი ადვილად გაატარებს თითს. თუ კი დანამდვილებით არ ვიცით ჩარჩენილია თუ არა საშილოსნოს ღრუში მომყოლის ან გარსების ნაწილები, მაშინ მე ვუცდი ლოგინობის ხანის მე II კვირის I ნახევრამდე.

1908 წელს პრ. შირშოვს გამოუქვეყნებია პურპერალური დაავადების 84 შემთხვევა, რომელზედაც უწარმოებია აქტიური თერაპია გამოფხეკის სახით და არც ერთი სიკვდილიანობის შემთხვევა არ ჰქონია. საუკეთესო ეფექტი მას მიუღია მაშინ, როდესაც იჩენდა აქტივობას, რაც შეიძლება ადრე, პირველ სიცხის აწვევის თანავე... თავის მასალის მიხედვით ავტორს გამოყავს ის დასკვნა, რომ ასეთი მოქმედება ფართედ უნდა იქნას შემოღებული ხმარებაში

Fromme-ეს აზრით, თუ ჩარჩენილი გარსების ნაწილები გაჩხირულია საშილოსნოს ყელში და გარედან სჩანს, სარკეების შეტანის შემდეგ, — საჭიროა მათი გამოძევა, მაგრამ ამისათვის ის გვირჩევს არ შევიდეთ საშილოსნოში თითით, თუმცა მისი აზრით, ასეთ წესით გამოძევის შემდეგ სიცხე უფრო დიდხანს უგრძელდება მომშობიარებულს. სულ სხვა რიგ ფიქრობს ის ჩარჩენილ მომყოლის ნაწილის შესახებ. სიცხე ამ დროს მომშობიარებულს აქვს მანამდე, სანამ გახრწნილი საკვები მასალა რჩება საშილოსნოში და ამიტომ გვირჩევს ის საშილოსნოს ღრუში ხელით შესვლას და მომყოლის ნაწილების გამოძევას.

მომშობიარების შემდეგ ხანის ენდომეტრიტების მიკროსკოპიულ სურათით Bumm-ი გვეუბნება ეგრეწოდებულ დამცველი შრის უნარიანობაზე, რომელიც შესდგება ლეიკოციტებისაგან და რომელიც ხელს უშლის ბაქტერიების წინსვლას და მათ უფრო ღრმად ქსოვილებში შთანერგვას. ამ გარემოებამ დიდი გავლენა იქონია იმათზე, ვინც დაგვიანებით აქტიურ ჩარევის მომხრე იყო, ე. ი. მაშინ, როდესაც, როგორც რუსები იტყვიან „მეზი გავარდა...“ და ადრე კი ზომებს არ იღებდნენ. მათ ეწინოდათ, და საფუძვლიანადაც, დამცველი შრის ან დემარკაციულ ხაზის დარღვევის და ამრიგად ინფექციის გავრცელების. Bumm-ი ამართლებს ამ მოსაზრებას. იგი მოგვითხრობს, რომ სეპტიურ ენდომეტრიტის დროს გამოფხეკის წარმოების ნიადაგზე ავადმყოფობა გართულდა პიემიით, სხვა ასეთივე შემთხვევებში მას უნახავს მომაკვდინებელ პერიტონიტით გართულება.



ამ მოკლე მიმოხილვიდან სჩანს, თუ რა საშიშ მომავალს უმზადებს მომზობიარებულს ჩარჩენილი მოწყობის და გარსების ნაწილები და რომ ისინი თავის უმრავლეს შემთხვევაში გართულებას იძლევიან.

ამერიკაშიაც აქტიურ თერაპიის შესახებ არ არსებობს ერთიანი აზრი. Hirst-ი და Norris-ი იცავენ აქტიურ თერაპიას კიურეტაჟის სახით იმ შემთხვევებში, როდესაც საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენილია მოწყობისა და გარსების ნაწილები.

Lea ფიქრობს, რომ ფართე კოვზის ხმარებას ამ მიზნით დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია, რომ ასეთი იარაღის ხმარებას უნდა მივმართოთ მაშინ, როდესაც ჩარჩენილი ნაწილების ხელის საშუალებით გამოძევება შეუძლებელი ხდება.

საკიროდ მიგვაჩნია მოვიყვანოთ მთელი წყება ავტორებისა, რომლებიც მომხრე არიან აქტიურ თერაპიის.

ჯერ კიდევ 1886 წელს Doleris-ი ენერგიულად იცავს ჩარჩენის შემთხვევებში კიურეტაჟს. 1889 წელს კი—Borel-ი, Consentini და Chartier-ი. 1890 წ.—Collins-ი. მოწყობის და გარსების ნაწილების ჩარჩენის დროს კიურეტაჟს იცავს აგრეთვე Bruneau. Reynold-ი აქტიურ ჩარევაში არ ხედავს საფრთხეს საშვილოსნოს პერფორაციის მხრივ, თუ ხმარებულ იქნება ფართე, ნახევრად ბლაგი კოვზი.

მთელი რიგი ავტორებისა მომხრეა კიურეტაჟის, სხვანაირად რომ ვსთქვათ, აქტიურ ჩარევის პუერპერალურ და სექტიურ ენდომეტრიტების დროსაც კი, მიუხედავად იმისა, რომ გერმანიაში დღემდე მრავალი მიმდევრები ყავს Krönig-ს, Menge-ს, Bumm-ს და სხვების მოქაღვრებას დამცველ, გრანულაციონურ შრის შესახებ.

სამხედრო საექიმო აკადემიის პრ. შირშოვი თავის მოხსენებაში 1907 წელს ამ საკითხს თითქმის 25 გვერდს უთმობს. მას მოყავს იმ ავტორთა სახელები, რომლებიც აქტიურ თერაპიას იცავენ მაშინაც კი, როდესაც მოწყობისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენის მეოხებით ამა თუ იმ სახის გართულებასთან აქვთ საქმე.

გერმანელი მეცნიერი Winter-ი წინააღმდეგია აქტიურ თერაპიის იმ მოსაზრებით, რომ ჩარევის შემდეგ „იოლი შემთხვევები რთულდებოდნენ და მძიმედ მიმდინარეობდენ.“

Winter-ის კონსერვატიულ შეხედულებას ამ საკითხში ბევრი მოწინააღმდეგეები გამოუჩნდა, განსაკუთრებით გერმანულ ლიტერატურაში. ასე, მაგ. Hörmann-ი 1911 წ. სულ საწინააღმდეგოს ამტკიცებდა თავის ორჯერ უფრო მეტ მასალიდან, ვიდრე Winter-ს ქონდა. სხვა რომ არ იყოს რა ხსენებული ავტორი აქტიურ ჩარევის აუცილებლობას ხედავს სისხლის მდინარეობის საშიშროების თვალსაზრისითაც. პრ. დოკ. ანუფრიევი, რომელსაც თავის შრომაში მოყავს Dehnicke-ეს ფაქტიური მასალა და მისი შეხედულება—ამბობს: „თუ სწორადაა ამოცნობილი მოწყობისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენა, სანამ სიცხე ნორმალურია საკიროა მათი დაუყოვნებლივ გამოძევება“.

სრულებით განსაკუთრებით დგანან ის ავტორები, რომლებიც მოწყობისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენით გამოწვეულ გართულების შემთხვევებში ამა

თუ იმ მოქმედების გეზს ირჩევენ და უფარდებენ ლოხიებში აღმოჩენილ ბაქტერიების ვირულენტობას.

ვინაიდან ჩვენ ამ მხრივ მასალა დამუშავებული არ გვაქვს და მეორე, აქტიურ თერაპიას ჩვენ ვიცავთ მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც ნამდვილად ვიცით საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენილ მომყოლისა და გარსების ნაწილების არსებობა და ისიც არა უგვიანეს 24 საათისა ნორმალურ ტემპერატურის დროს, ამიტომ ზემოაღნიშნული ბაქტერიალური ფორმებით მომზობიარებულ საშვილოსნოს დაავადებათა სხვადასხვაობის განხილვა და ამა თუ იმ თვალსაზრისის დაცვა—არ შეადგენს ჩვენი მოხსენების დღევანდელ საგანს.

ერთი რამ ცხადია ზემოდ ჩამოთვლილ ავტორთა მასალიდან. მომყოლისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენის შემთხვევებში მათ ყოველთვის მიუღიათ გართულება როგორცაა: პუერპერალური ინფექცია, სხვადასხვა სახის ენდომეტრიტები და სხვა.

პრ. შირშოვი, რომელზედაც მე უკვე მოგახსენეთ ერთ თავის შრომაში ამ საკითხს ასე სწყვეტს: „საუკეთესო ეფექტი კიურეტაჟის შემდეგ მიღებული მაშინ გვაქვს ხოლმე, როდესაც ასეთს მიემართავთ მე-3 დღეს, სიცხის პირველ აწვევისას“.

ყველა შემთხვევები, რომლის დროს ესა თუ ის ავტორი აქტიურ თერაპიას იცავს—არის გართულება ლოგინობის ხანისა მომყოლის და გარსების ნაწილებით გამოწვეული.

ახალ მომზობიარებულის საშვილოსნო წარმოადგენს *locus minoris resistentiae*-ს და თუ მას სანაყოფო კვერცხის ნაშთებიც მიემატა,—მაშინ იქმნება საუკეთესო პირობები პატოგენურ მიკრობების განსავითარებლად.

ჩვენ ვიცით, რომ საშო ყოველთვის შეიცავს მიკრობების მთელ მასას და მაშასადამე საშვილოსნოს ყელის საშოს-მხრივ ნაწილიც დაფარული იქნება ბაქტერიების ფენით.

Döderlein-ი უარყოფს ნორმალურად მიმდინარე ლოგინობის ხანით მიმზობიარებულთა საშვილოსნოში მიკრო-სხეულებს, მაგრამ ასეთებს ის უხვად ნახულობს საშოში. Winter-ი საშვილოსნოს ყელში თითქმის ყოველთვის ბაქტერიებს პოულობს და აქედან გამოჰყავს დასკვნა, რომ საშო არასოდეს არაა თავისუფალი ასეთებიდან. თავის ნახეარ შემთხვევებში მას უნახავს პატოგენური მიკრობები: *Staphylococcus pyogenes albus* და ზოგჯერ *Streptococcus*. ამ მიკროსხეულების წმინდა კულტურის შესაბუნებამ თუმცა უარყოფითი შედეგი მისცა Winter-ს, მაგრამ ის ამ ფაქტს ხსნის იმ გარემოებით, რომ მათი ვირუსი საშოში ყოფნის დროს შესუსტებულია.

Steffeck ი თავის გამოკვლევებიდან აკეთებს ასეთს დასკვნას: მიკროსხეულები, რომლებიც მოთავსებულია ჯანმრთელ ქალის სასქესო არხში, სახელდობრ: *Staphylococcus albus*, *aureus* და *Staphulococcus*—არიან პატოგენური მიკროსხეულები.

მასლოვსკის 25 ორსულ დედაკაცის გამოკვლევა უწარმოებია; 12 შემთხვევაში პატოგენური მიკრობების განვითარება მიუღია, სახელდობრ: *Staphylococcus albus* (8 შემთხვევა), *citreus* (3 შემთხვევა), *Streptococcus pyogenes* (1 შემ-

თხვევა). მასლოვსკის შრომა ადასტურებს საშოში როგორც არა პატოგენურ, ისე პატოგენურ მიკროსხეულების მუდმივ არსებობას. ამ მხრივ Steffek-ისა და მასლოვსკის გამოკვლევები უახლოვდება ერთ მეორეს.

აღნიშნულ ავტორებს გარდა შეიძლება მოვიყვანოთ აგრეთვე Bumm-ის აზრი: მისი გამოკვლევით საშოში მიკრობების დიდი რაოდენობა იმყოფება.

მომშობიარების შემდეგ, თუ საშვილოსნოში იხრწნება ჩარჩენილი მომეოლისა და გარსების ნაწილები, ხსენებულ ბაქტერიებს სრული საშუალება ეძლევათ გადავიდნენ საშოდან ღია ყელის საშუალებით და საშვილოსნოს ღრუში განვითარდნენ. ჩვენ არ გვაქვს ამ მხრივ მასალა და ამიტომ კონკრეტულად ვერ ვიმსჯელებთ, მაგრამ ერთი რამ ცხადი უნდა იყოს: საშოში არსებულ მიკროსხეულებს კავშირი უნდა ქონდეს იმ დაავადებასთან, რომელიც ვითარდება მომშობიარების შემდეგ ჩარჩენის შემთხვევებში.

პრ. დოკ. ანუფრიევი მომეოლისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენის თერაპიის შესახებ აკეთებს თავის მასალის მიხედვით ასეთ დასკვნებს: „ყველა შემთხვევებში, როდესაც გარსების ნაწილები ხელოვნური წესით იძევებოდა საშვილოსნოდან, — მომშობიარებული ეწერებოდა ადრე და ნორმალურ ტემპერატურით, ხოლო თუ ასეთების გამოძევება ხდებოდა თავისით, მაშინ მომშობიარებულს ქონდა რეზორბციული ხასიათის ციება რამოდენიმე დღე და გაცილებით უფრო გვიან ეწერებოდა“. ავტორი დასძენს, რომ მას არც ერთი სიკვდილიანობის და გართულების შემთხვევა ტრომბოფლებიტების, პიემიის, პარმეტრიტების და სხვ. სახით არ მიუღია. „ყურადსაღებია ჩემი მასალის 23 შემთხვევიდან, განაგრძნობს ავტორი, ის რომ ჩარევის შემდეგ 19 შემთხვევაში სიცხე დაეცა 12 საათის შემდეგ, ე. ი. 82% -ში, სავსებით დაეცა მე II დღიდან მე IV დღემდე 18 შემთხვევაში, ე. ი. 78% -ში. თავის მასალის მიხედვით ავტორს გამოყავს ასეთი დებულება: მომეოლისა და გარსების ჩარჩენის შემთხვევებში საჭიროა მათი დაუყოვნებლივ გამოძევება.“

ხსენებულ საკითხში აქტიურ თერაპიას ყავს მოწინააღმდეგეებიც. Ahlfeld-ი ამ საკითხს ასე სწყვეტს: „თუ გარსები ჩარჩა ნაწილობრივ ან მთლიანად, უმრავლეს შემთხვევაში შეიძლება დაკმაყოფილდეთ საშვილოსნოს მასაჟით. საშვილოსნო თვითონ გამოჰყოფს შემდეგში გარსებს. მაგრამ თუ სისხლის მდინარეობა გრძელდება — შეიძლება საჭიროდ იქნას ცნობილი გარსების ხელის საშუალებით მოცილება“.

ამრიგად ხსენებული ავტორი გარდა სისხლის მდინარეობის არავითარი გართულების შესახებ არ ლაპარაკობს.

Strassman-ის აზრით: „არაა საჭირო საშვილოსნოში ხელით შესვლა გარსების ჩარჩენის შემთხვევებში, თუ სისხლის მდინარეობა არ არის. საკმე იმაშია, რომ მოვლითი ტკივილებისა და მშობიარობის შემდეგი ინვოლუციის ზეგავლენით — ჩარჩენილი გარსები თავისით გამოიყოფიან“.

Olshausen-იც წინააღმდეგია აქტიურ ჩარევის: „დაუშვებელია პუერპერალურ საშვილოსნოში ხელით შესვლა. გარსები ყოველთვის გამოიყოფიან თავისით და საშიშროება გართულების სახით მშობიარეს არ მოეღოს“.

Bumm-იც ასეთი აზრისაა, სიკვდილიანობა საშვილოსნოში ხელით შესვლისას 10%-ს უდრის—მისი აზრით.

ეხლა ნება მომეცით შევაჩერო თქვენი ყურადღება ჩვენი კლინიკური მასალიდან ჩარჩენის შემთხვევათა გარჩევაზე.

1920 წლიდან 1925 წლის 2 მაისამდე უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკაში მოიმშობიარა 4457 ორსულ დედაკაცმა. ამ რიცხვიდან მომყოლისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენა იყო 150 შემთხვევაში, ე. ი. 3,3%.

ცალ-ცალკე კი ჩარჩენის სურათი ასეთია: მომყოლისა და გარსების ნაწილების ერთად—11, მარტო გარსების ნაწილების—106, მარტო მომყოლის ნაწილის 14, სათუო გარსებით—19. ყველა ამ შემთხვევებში განმეორებითი მშობიარე იყო—96, ე. ი. 64%, პირველ მშობიარე 54, ე. ი. 36%. მუცლის მოწყვეტათვის (Abort incompletus) აღნიშნულია ანამეზში—57, ე. ი. 38%, ხელოვნური (Abort. art.)—16, ე. ი. 10,9%, ნადრევი მშობიარება—3, მომყოლის გამოსაძეებლად აღნიშნულია Credè-ეს წესის ხმარება 15 ჯერ, ე. ი. 10%, აბულადის წესის—6, ე. ი. 4%.

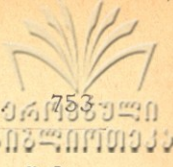
თუ დაუპირდაპირებთ ამ მასალას (მრავალ მშობიარების, მუცლის მოწყვეტის, Credè-ეს წესის ხმარების დიდ %) ნორმალურად მიმდინარე ლოგინობის ხანას—იქ ჩვენ ვერ ენახავთ მუცლის მოწყვეტის ასეთ დიდ %-ს, გარდა ამისა აღსანიშნავია რომ იქ Credè-ეს წესის ხმარებაც ძალიან იშვიათი მოვლენაა.

რას ლაპარაკობს ყველა ეს? თუმცა მომყოლისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენის ახსნა დაბეჯითებით შეუძლებელია, მაგრამ ამ გარემოებას, როგორც შემოაღნიშნულიდან სჩანს, ხელს უნდა უწყობდეს მრავალ—მშობიარება, მუცლის ხშირი ან თავისით ან ხელოვნური მოწყვეტა და Credè-ეს წესის უდროო დროს და ტლანქად ხმარება. გარდა ამისა თვით ორსულობის დროს გადატანილ მომყოლისა და გარსების ამა თუ იმ ანთებითი პროცესებს, ორსულობამდე ენდომეტრიუმის დაავადებას—ჩვენის აზრით უდიდესი მნიშვნელობა უნდა ქონდეს მომყოლისა და გარსების ჩარჩენის ეთიოლოგიაში.

გარსების ნაწილების ჩარჩენის 106 შემთხვევიდან ხელოვნურად გამოძეებულ იქნა მე-II დღეს, ნორმალურ ტემპერატურის დროს 62, ე. ი. 58,4%, თავისით სხვადასხვა დროს გამოვიდა 30, ე. ი. 28%, დანარჩენი 14 შემთხვევა არ არის აღნიშნული.

მომყოლისა და გარსების ნაწილების ერთად ჩარჩენის 11 შემთხვევიდან ხელოვნურად გამოძეებულ იქნა მე II დღეს ყველა 11. მარტო მომყოლის ქსოვილის ნაწილის ჩარჩენის 14 შემთხვევიდან—13.

ერთ შემთხვევაში სათუო გარსებიანი მომშობიარებული გარდაიცვალა მე 17 დღეს ფილტვების ანთების დართვით. მეორე შემთხვევაზე ლეტალურად დათავდა, მაგრამ აქ საქმე გახლდათ შემდეგში: სახლში მომშობიარების მე V დღეს 40-⁰ ტემპერატურით და მომყოლის მთლიანი ჩარჩენით შემოვიდა კლინიკაში მომშობიარებულა, მე-II დღეს მომყოლი მთლიანად იქნა გამოღებული იარაღის საშუალებით, მაგრამ მე VI დღეს ავადმყოფის მდგომარეობა გაუარესდა და ის გარდაიცვალა.



ჩარჩენილ გარსების ნაწილების თავისით გამოსვლა ნაწილდება შემდეგ ნაირად:

მომშობიარობის მე-II დღეს თავისით გამოვიდა	19 შემთხვ.
” III ” ” ” ”	6 ”
” IV ” ” ” ”	2 ”
” V ” ” ” ”	2 ”
” VI ” ” ” ”	1 ”

მე II დღეს თავისით გამოსულ გარსების შემთხვევიდან აღნიშნულია სიცხის აწევა 3 შემთხვევაში 39⁰-მდე; გართულება: Endometritis post partum. მე IV დღეს გარსების თავისით გამოსვლის შემდეგ 2 შემთხვევაში სიცხის აწევა 38⁰-მდე, გართულება: ციებ-ცხელება რეზორბციული ხასიათის.

ჩვენს მასალაში არის აგრეთვე 19 შემთხვევა სათუო გარსებიანი. „სათუო“ შემთხვევებს ჩვენ ვუწოდებთ ისეთ მდგომარეობას, როდესაც გულმოდგინე დახედვით და გასინჯვითაც არ შეიძლება დანამდვილებით ითქვას: აკლია თუ არა მომყოლს ქსოვილის ან გარსების ნაწილები, ვინაიდან ხშირად დაბადებულ მომყოლს მთლიანობა დარღვეული აქვს (ეს შესაძლებელია მაშინაც, როდესაც ის დაბადებულია in toto); გარსები დაფლეთილია და მომყოლის კიდეები ალაგ-ალაგ ჩახეული. არის ხოლმე ისეთი მდგომარეობა, როდესაც თქვენ თითქო დარწმუნდით მთლიანობა დარღვეულ, კიდეებ ჩახეულ მომყოლის ნაწილების ერთმანეთთან დაახლოებით, რომ მომყოლი და გარსები მთლიანადაა გამოსული, მაგრამ მაინც არ ხართ დამშვიდებული, ფიქრობთ, შესაძლებელია სულ პატარა ნაწილი მომყოლისა შერჩა საშვილოსნოს კედელს და ეს თქვენ მომყოლზე ვერ შეამჩნიეთ. ყველა ასეთი ანალოგიური შემთხვევები და მათი სხვა და სხვაობა ჩვენ მიგვაჩნია სათუოდ. თითქმის ყველა ასეთ შემთხვევებს ჩვენ ვტოვებდით ჩაურევლად.

სათუო გარსების 19 შემთხვევიდან ჩვენ მივიღეთ შემდეგი: 12—გაეწერა მე 7 დღეს ნორმალურ ტემპერატურით, ხოლო დანარჩენ 7-ს გაუხანგრძლივდა ლოგინობის ხანა და სიცხე აეწია 38⁰-მდე.

ყველა ჩვენი აქტიური ჩარევის შემთხვევაში მომშობიარებულნი გაეწერა მე-7 დღეს და ზოგჯერ უფრო ადრეც ნორმალურ ტემპერატურით, გარდა ორი შემთხვევისა, რომელზედაც უკვე მოგახსენეთ.

ამ რიგად ჩვენს შემთხვევებში აქტიურ ჩარევამ 24 საათის განმავლობაში მოგვცა კარგი შედეგი. ჩვენ თავიდან ვიცდენდით მოსალოდნელ გართულებებს— აქტიურ თერაპიის წყალობით ჩარჩენის შემთხვევებში, როდესაც ასეთების წამლობა ჩვენის აზრით კონსერვატიულ მეთოდით შეუძლებელი იყო ან ყოველ შემთხვევაში არა საიმედო.

საუკეთესო შედეგებს აქტიურ ჩარევით ჩვენ ვღებულობდით იმ შემთხვევებში, როდესაც ვაწარმოებდით ასეთს რაც შეიძლება ადრე; ხოლო სიცხის აწევისა და გართულების შემდეგ ჩარევას უარყოფითი შედეგი ქონდა, რაც დამტკიცდა ზემომოყვანილ 2 შემთხვევიდან

აი, აქედან სჩანს სუფთა შემთხვევებში ნაადრევი, აქტიურ ჩარევის მნიშვნელობა. ადამიანის სხეულში არ არის სხვა ისეთი ორგანო, როგორც საშვილოსნო, რომელიც ასე კარგად იზიდავდეს ინფექციას, სადაც ინფექცია ასე მძაფ-



რად მიმდინარეობდეს და მთელ სხეულს დალუპვასა და სამუდამო დასახლება უქადდეს. სწორედ ეს ფაქტორი გახლავთ ჩვენი აქტივობის ლეიბ მოტივი. ჩვენ არ ვუცდით გართულებას; ჩვენ წინასწარვე ვსვამთ მის შესაძლებლობას და უფრო ადრე ვართ დაინტერესებული მომზობიარებულის ბედ იღბალით ჩარჩენის შემთხვევებში და სიამოვნებით უნდა აღვნიშნოთ, რომ იმ დიდ მასალიდან, რომელიც ხელთა გვაქვს — არც ერთი უარყოფითი შედეგი არ მიგვიღია.

როდესაც ჩვენ დარწმუნებული ვართ, რომ საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენილია მომყოლისა და გარსების ნაწილები, მომზობიარებული სათანადო მომზადების შემდეგ 24 საათის განმავლობაში აგვყავს მაგიდაზე. მარტო გარსების ჩარჩენის შემთხვევებში ჩვენ შევდივართ საშვილოსნოში მსხვილ წვერიან კორცანგით და მისი საშუალებით ვაძეგებთ საშვილოსნოდან გარსებს. თუ მომყოლის ნაწილებია ჩარჩენილი — გამოვფხვკთ საშვილოსნოს ღრუს ფართე, მსხვილ წვერიან, ნახევრად ბლაგვი კოვზით (ლებედვის კოვზი). მაგიდაზე აყვანის წინ ჩვენ უშხაპუნებთ მომზობიარებულს კან-ქვეშ ერგოტინს, რომ ერთის მხრივ ემოქმედოთ და გავაძლიეროთ საშვილოსნოს მომკუშავი უნარიანობა და მეორეს მხრივ გამოვიწვიოთ სისხლის მიღების შევიწროება.

ოპერაციის შემდეგ ჩვენ გამოვავლებთ კორცანგით საშვილოსნოს ღრუში იოდთან ბურთულს. არ გამოვრეცხთ მის ღრუს, ვინაიდან სუფთა შემთხვევებთან გვაქვს საქმე.

ახალ მომზობიარებულ საშვილოსნოში ფრთხილი მანუპილაციით ჩვენ არასოდეს არ მიგვიღია საშვილოსნოს დაზიანება, მაგ. ვახვრეტა, სისხლის მდინარეობა და სხვა. ფართე წვერიანი კორცანგით შესაძენევი ძალაა საჭირო, რომ საშვილოსნო გაიხვრიტოს, ჩვენი მანიპულაციისათვის კი ძალა არაა საჭირო. რაც შეეხება გამოფხვკას კოვზით ესეც ისეთი ბლაგვი იარაღაა, რომ თუ ცოტაოდენ გამოცდილ ხელშია, არავითარი საფრთხე არ მოელის მომზობიარებულს. გამოფხვკას ვაწარმოებთ მარჯვენა ხელით — საშვილოსნოს ფსკერზე მოვლებულ მარცხენა ხელის ზედამხედველობით.

ჩვენ მიერ წარმოებული მანიპულაცია მოქმედობს საშვილოსნოზე, როგორც გამლიზიანებელი და მის ძლიერ მოკუმშვას იწვევს. საშვილოსნოს უკუგანვითარებაც უფრო ჩქარის ტემპით მიმდინარეობს, ვიდრე ჩვეულებრივ შემთხვევებში. ლოგონობის ხანაში ლოხიების რაოდენობა ეცემა. რაც შეეხება ტკივილებს პატარა მუცლის არეში — იმდენად მცირეა, რომ ჩვენ არასოდეს არ დაგვჭირებია თერაპიული საშუალება ამ მხრივ.

ჩვენ გადაჭრით წინააღმდეგი ვართ საშვილოსნოდან თითის საშუალებით მომყოლის და გარსების ნაწილების გამოძევებისა. როგორც უკვე გვქონდა აღნიშნული საშოში უხვადაა მიკროსხეულები და მათ შორის პატოგენურიც. თუმცა ჩვენ ვასუფთავებთ სასქესო ორგანოებს ყოველგვარ მანიპულაციის წინ, მაგრამ ყველა დამეთანხმება, რომ საბოლოოდ მისი გაუხსნებოვანება, გასტერილება ჯერ ჩვენ არ ძალგვიძს. იგივე ითქმის თითის შესახებაც. თითის საშვილოსნოს ყელში შეტანით ჩვენ შეგვაქვს საშოდან მიკროსხეულები საუკეთესო ნიადაგზე, როგორიცაა ახალ მომზობიარებულის საშვილოსნო. გასტერილებული ია-

რალი კი სრულებით არ ეხება საშოს, იგი უშუალოდ შეგვაქვს ტყვიის მაშებით გამოწვეულ საშვილოსნოს ყელში.

ამ რიგად ჩვენი მოხსენების დედა აზრი შემდეგი გახლავთ:

1. მომყოლის და გარსების ნაწილების საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენა მომშობიარების შემდეგ—ხშირი მოვლენაა.

2. მომშობიარების შემდეგ მომყოლისა და გარსების ნაწილის უტყუარი ჩარჩენის ამოცნობა—მოითხოვს დაუყოვნებლივ, არა უგვიანეს 24 საათისა, აქტიურ ჩარევას.

3. მომყოლისა და გარსების ნაწილების ჩარჩენის შემთხვევებში კონსერვატიულ მეთოდით ხელმძღვანელობა და აგრეთვე თითის საშუალებით მათი გამოძევება—უმრავლეს შემთხვევაში საფრთხეში აგდებს და ამა თუ იმ სახის გართულებას უმზადებს მომშობიარებულს.

4. მომყოლისა და გარსების ჩარჩენილი ნაწილები გამოღებულ უნდა იქნას იარაღით, სახელდობრ—მსხვილ—წვერიანი კორნცანგით და აგრეთვე ფართე, ნახევრად ბლაგვი კოეზის საშუალებით.

დასასრულ მადლობას ვუცხადებ პატი. პროფ. თიკანაძეს, რომელმაც ამ საკითხის დამუშავება მოჰმანდო და ხელმძღვანელობა გამიწია, აგრეთვე—ექიმ არჯევანიძეს, რომელმაც ჩემი საკითხისათვის საჭირო კლინიკურ მასალის შერჩევაში დიდი დახმარება აღმომიჩინა.

ლიტერატურა:

Журнал Акушерства и женских болезней. Орган Акушерско Гинекологическ. общества под редакц. профессора Скорбинскаго. Том XXXIII, книга 2, 1922 г.

Сборник работ посвященных деятельности пр. И. И. Побединскаго. 1914 г.

Бактериологическая исследования полового канала женщины. Др-а Строганова (Диссертация), 1893 г.

Научные курсы для усовершенствования врачей. Под. ред. др-а Н. Г. Фрейберга 1912 г.

К бактериологии полости тела матки при эндометритах. (Диссертация) Брандта 1815 г.

Журнал „Новое в медицине“ 1908 г. № 17, Yerte!

„Gurettage“ при Endometritis post partum. Прив. доц. Ширшова 1907 г.

ექიმი ვ. სარაჯიოვილი.

თბილისის რკ.-გზის საავადმყოფოს ნერვულ განყ. გამგე.

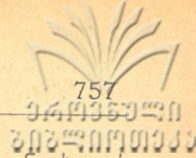
ნებით მოძრაობათა პროგნოზისათვის ნეკროპათოლო- გიაში. *)

არ იქნება გადაჭარბებული თუ ვიტყვი, რომ თანამედროვე, ეგრედ წოდებულმა „ყოფა-ქცევის“ (ბენზავეორიზმი) ფსიქოლოგიამ, სხვანაირად რომ ვსთქვად, მოძრაობის ფსიქოლოგიამ, ნევროფიზიოლოგიამ და ნევრო-პათოლოგიამ მთელი მსოფლიოს მეცნიერებაში წამოაყენა მთავარ მიზნად—მოძრაობათა პრობლემის გადაჭრა. პსიქოლოგია, გაიგო რა თავისი რეტროსპექტიური მეთოდის უსუსურობა, მხოლოდ ეხლა გადადის მატერიალისტურ ნიადაგზე, ე. ი. ობიექტიურ მეთოდზე, შესდგა რა რეფლექსოლოგიურ გზაზე მატერიალისტური მონიზმის საფუძველზე.

ამ საკითხს, რა თქმა უნდა, ჩვენ არ შევხებით, ვინაიდან უფრო მნიშვნელოვანი და რეალური შედეგებია მიღებული ნევროფიზიოლოგიის და ნერვულ კლინიკის მიერ, რომელმაც დაადასტურა რა ფიზიოლოგიური კანონები, შესამჩნევად გააფართოვა ც. ნ. ს. ანატომია. დროს განსაზღვრა მაიძულებს მე მოგვით მხოლოდ ელემენტალური სქემა **ადამიანის ნებით მოძრაობათა პრობლემის**. ყოველი ნებითი მოძრაობა, თუ მას ყურადღებით დაუკვირდებით, შესდგება მთელ რიგ რთული შეუღლებული მოძრაობისაგან, რაც დამოკიდებულია მრავალ ავტომატიური ცენტროებზე **ც. ნ. ს.-ს**, რომელთა შესახებ მე შემდეგში მოკლეთ ვილაპარაკებ. რომ ეს არ იყოს მარტო სიტყვები, ნება მომეცით **გაკვრიტ** გიჩვენოთ ავადმყოფი, რომელიც წარმოადგენს გასაოცარ და იშვიათ პრეპარატს ყოველგვარ შეუღლებულ მოძრაობათა დემონსტრაციისათვის, რაც აუცილებელი არის თვითეული ნებითი მოძრაობებისათვის რა ფორმაშიაც ის არ უნდა გამოიხატებოდეს. მაგრამ მას კი ეს შეუღლებული მოძრაობანი პათოლოგიურათ აქვს გაძლიერებული.

თქვენ დაინახავთ, რომ თვითეული ჩვენი განცალკევებული მოძრაობა, აქამდის თითქოს უმნიშვნელო თავისი ამპლიტუდით და ინტენსივობით, იწვევს მთელ რიგს ძლიერ რთულ ე. წ. სინკინეზიებს. ვიტყვი წინდაწინვე, რომ ყოველი გადანაცვლება **ჩვენი კიდურების და სხეულის წარმოიშვა** მეტად რთული თამაშის შედეგად **აგონისტებისა და მათი ანტაგონისტების**; სხვანაირად რომ ვსთქვად ფლექსორებისა და ექსტენზორების შედეგად, რაც შერინგტონის კა-

*) წაკითხულია საქართველოს ექიმთა მე-III კონგრესზე 27 მაისს 1925 წ.



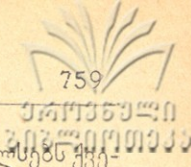
ნონის მიხედვით მით აიხსნება, რომ ყოველი აგონისტის შეკუმშვას თან ახლავს მისი ანტაგონისტის აქტიური შეკავება. დაუმატებ კიდევ, რომ ოთხფეხ ცხოველებში, რომელნიც ინაცვლებენ ადგილს განზიდულ კიდურებით, სჭარბობს ყოველთვის ექსტენზონური ტონუსი, ადაქიანში კი სხვანაირადაა: ქვედა კიდურები განიცდიან ექსტენზიას, ზემო კიდურებში კი, რომელთაც უხდებათ მუშაობა მუდმივი მოხვრითი მდებარეობაში, სჭარბობს ფლექსორული ტონუსი. ამ მოვლენას ნათლად გამოხატულს ვნახულობთ ჩვენ ე. წ. დეცერებრაციულ ცხოველებში, ე. ი. როდესაც კანქვეშა კოორდინატორული ცენტროები განშორებული არიან კანის იმპულსებისაგან, სხვანაირად რომ ვსთქვად, როდესაც რომელიმე ადგილას გაწყვეტილი არის პირამიდალური (?) ან ექსტრაპირამიდალური გზები, რომელთაც მოაქვთ ქერქის—კანის დაცლა. ასეთ, ასე ვსთქვათ, დეცერებრაციულ ავადმყოფს ხედავთ თქვენს წინაშე. ავადმყოფი შეპყრობილია Athetosis double.

ე. ი. ორმხრივი უნებლიეთი ტონური კრუნჩხვით და ჰიპოტონიით. ამავე დროს ხელებში პათოლოგიურად სჭარბობს ფლექსორული ტონუსი, ქვედა კიდურებში კი არა ნათლად გამოხატულია ექსტენზონური ტონუსი, ე. ი. გვაქვს მოვლენები ანალოგიური ე. წ. შერინგტონის დეცერებრაციული რიგილობისა. თქვენთვის ნათელია, რომ აქ აგონისტების და ანტაგონისტების შეუღლებულ მუშაობის დარღვევას აქვს ადგილი, ე. ი. დარღვევას რეციპროკული ინერვაციისას. უკანასკნელ წლების კლინიკა და პათოლოგიური ანატომია ამგვარად დაავადების ლოკალიზაციის ადგილად სთვლიან ქერქ-კან-ქვეშა მიდამოს—სახელოდობრ Corp. striatum ანუ მისი კავშირში წითელ ბირთვთან და ამავე დროს პირამიდალური გზა, რომელსაც მოაქვს განცალკევებული ნებითი იმპულსები, ცოტად თუ ბევრათ იღებს მონაწილეობას პათოლოგიურ პროცესში. ესლა გთხოვთ მიაქციოთ ყურადღება შემდეგ მოვლენებს: აი ჩვენ პასიურად ვაბრუნებთ თავს მარჯვისაკენ, იმ წამსვე მარჯვენა კიდურები განიცდიან ექსტენზიას, ე. ი. ვაგრძელებას, მარცხენა კიდურები კი ფლექსიას ე. ი. შემოკლებას. თავის შებრუნებით მარცხნივ მივიღებთ სრულიად მოპირდაპირე მოვლენებს. თუ ესლა, ჩვენ მოვანდნთ პერიფერიულ გალიზიანებას—მოძრაობით ფეხების ან ხელების, მაშინ ზემოაღნიშნული მოვლენები გაძლიერდებიან. ამით მტკიცდება ფიზიოლოგიური კანონი, რომ პერიფერიული გალიზიანება აძლიერებს ც. ნ. ს. კოორდინაციულ აპარატების აღზნებულებას. ესლა ვსთხოვთ ავადმყოფს თავისი ნებით მოაბრუნოს თავი, ვსთქვათ მარჯვნივ. ჩვენ დავინახავთ, რომ ყველა ზემოდ აღწერილი მოვლენები გაძლიერდებიან. ყოველი ნებითი მოძრაობა არის პირვანდელი აქტი ტვინის ქერქისა. მაშასადამე ქერქის იმპულსები აძლიერებენ აგრეთვე ქერქ-ქვეშა კოორდინაციულ აპარატების აღზნებულებას. ნაჩვენებ მოვლენებს უწოდებენ კისრის რეფლექსებს, რომელთა რეფლექტორული რკალი გადის პირველ სამ კისრის სეგმენტებში. ახლა ავადმყოფს თავს წინ მოუხრით (გთხოვთ მიაქციოთ ყურადღება ფეხებს) ხელები მოსვენებულ მდებარეობაში არიან. ფეხები აწარმოებენ ექსტენზიას. ვადმოუხაროთ თავი უკან, ფეხები განიცდის ფლექსიას. ავადმყოფის ნებითი მოძრაობანი ამ შემთხვევაშიაც ისევე აძლიერებენ აღნიშნულ მოვლენებს, როგორც პერიფერიული გალიზიანებანი-ესეც



აგრეთვე კისრის რეფლექსი არის. ეხლა ვაწარმოვოდ მარჯვენა ხელის პასიური მოძრაობანი და იმ წამსვე დავაყენოთ ის წინანდელ პასიურ მდებარეობაში. თავი უკან გადავხაროთ და თქვენ დაინახავთ, თუ როგორ შეიცვალა მოძრაობა— მარჯვენა ფეხი ფლექსიის მაგივრად აწარმოვებს ექსტენზიას— მარცხენა კი დარჩა ფლექსიაში. ეხლა ვამოქრათო (პასიურად) მარცხენა ხელი— ამით ჩვენ მოვახდენთ **გალიზიანებას** მეორედ ღრმა კუნთოვანი იმპულსების, რითაც გამოვიწვევთ შესაფერ კოორდინატორულ გზების და ცენტრების აღგზნებას. მივიღებთ მოპირდაპირე მოვლენებს. ეს ასიმეტრიული მოძრაობა არის, ალბად, იგივე კისრის რეფლექსი. ეხლა გამოვიწვიოთ ორივე ხელის გალიზიანება, — დავინახავთ, რომ ორივე ქვედა კიდური თავის წინ დახვრისას აწარმოებს ფლექსიას, თავის უკან გადახვრისას კი ექსტენზიას. იმავე მოვლენებს ვღებულობთ ჩვენ წინ გაჭიმულ ხელებში — მათი აქტიური მონაწილეობის დროს, ე. ი. ვღებულობთ წმინდა ლაბირინტულ რეფლექსებს, სხვანაირად რომ ვსთქვად, ხდება ლაბირინტის რეფლექსების გადაჭარბება კისრის რეფლექსების მიმართ. რეფლექტორული რკალი ლაბირინტის რეფლექსებისა გადის მოგრძო ტვინში აქ არსებულ დეიტერსის ბირთვის კოორდინატორულ აპარატებში. ეხლა მოვხაროთ თავი პასიურად მარჯვენა მხრისაკენ — ამ დროს მარჯვენა კიდურები განიცდიან ექსტენზიას, მარცხენა კი ფლექსიას. თავის მარცხნივ მოხრისას მივიღებთ მოპირდაპირე მოვლენებს, ე. ი. გამოვიწვევთ იგივე კისრის რეფლექსებს. აქაც, აგრეთვე პერიფერიული გალიზიანებანი და განსაკუთრებული ნებითი მოძრაობანი თავისა, ე. ი. უკანასკნელ შემთხვევაში ქერქის იმპულსებისა, აძლიერებს ამ რეფლექსებს ვერედ წოდებულს პოსტურალურ რეფლექსების მაგნუსის და კლეინისა.

ეხლა ვსთხოვოთ ავადმყოფს აწარმოვოს ნებითი მოძრაობა: გაშლა მარჯვენა ხელისა ისე, რომ კისერი არ მოძრაობდეს. ჩვენ დავინახავთ, რომ მარჯვენა ფეხი იშლება, ორივე მარცხენა კიდურები კი განიცდიან ფლექსიას იმ დროს, როცა თავი სრულიად უძრავად რჩება. პასიური გაშლა ხელისა იძლევა იგივე მოვლენებს, მაგრამ უფრო სუსტად გამოხატულს. იგივე მოვლენას, მაგრამ მოპირდაპირეს, ვღებულობთ მარცხენა ხელის მოძრაობის დროს. მაშასადამე, მართოდენ ხელის მოძრაობის დროს მივიღებთ კისრის რეფლექსები მსგავსად თავის მობრუნებისა და დახვრისა მხრისაკენ, ე. ი. ამ შემთხვევაშიაც ავალზნეთ კისრის რეფლექსების აპარატი. ამრიგად აქ ნათლად სჩანს, რომ ხელის ნებითი მოძრაობანი, ე. ი. **ქერქის** იმპულსების აღზნება აძლიერებს ეფექტს იმ დროსაც კი, როდესაც თავი არ მოძრაობს, ე. ი. როდესაც არ არსებობს კისრის აპარატის სპეციფიური გალიზიანება. ეს ფაქტი, პერიფერიულ იმპულსების **ქერქის** ზეგავლენით გაძლიერებისა, ე. ი. რომ ქერქი არის პერიფერიული იმპულსების გამაძლიერებელი, მხოლოდ სათუოდ არის გამოთქმული ექსპერიმენტალურ ნეუროფიზიოლოგიაში ორიენტაციის რეფლექსების დაკვირვებისას. პათოლოგიაში კი პირდაპირი, უყოყმანო, ხაზგასმითი დადასტურება ფიზიოლოგთა აზრისა, ჩემთვის მისაწდომ ლიტერატურაში, არ აღინიშნება. ამის გამო ვღებულობ ჩემ თავზე გამბედაობას უფრო კატეგორიულად ხაზი გაუსვა ამ მნიშვნელოვან ფაქტს. გარდა ამისა ეს ავადმყოფი საუცხოვოდ ადასტურებს ფიზიოლოგიურ პრობლემას, რომ **ქერქის** მამოძრავებელი კერები არ ღებულობენ უშუალო მონაწილეობას



მოძრაობათა წარმოებაში, არამედ მხოლოდ გადასცემენ შესაფერ იმპულსებს ქვე-მდებარე კოორდინატორულ აპარატებს. მართლაც, როდესაც ჩვენ უკანასკნელ ცდაში ვსთხოვეთ ავადმყოფს გაეშალა მარჯვენა ხელი—ეს ფაქტიურად არ მოხდა და ხელი რჩებოდა ფლექსორულ კონტრაქტურაში. ამ დროს კი დანარჩენი შესაფერი პოსტურალური მოძრაობანი ხდებოდა იმნაირადვე, როგორც ამას ვლენ-ბულობთ ხელის ნამდვილ ექსცენზიის დროს. აქედან გამოვყავს დასკვნა, რომ საკმაოა არა თვით ფაქტიური მოძრაობა, არამედ მართო აქტიური ნებითი იმ-პულსი ქერქის მამოძრავებელ მიდამოდან ქერქ—ქვეშა კოორდინატორულ სისტემისადმი, რომ ეაწარმოვოდ აქემდის ასე რთული პოსტურალური კოორდინა-ტორული მოძრაობანი. ჩვენ არ შეეჩერდებით კიდევ ამ ფრიად საინტერესო კლინიკურ შემთხვევის ინტერპრეტაციაზე, რაც შეადგენს ჩვენი შემდეგი მუშა-ობის მიზანს. ის ჩვენთვის ეხლა მნიშვნელოვანია მით, რომ ნათლად გვიჩვენებს იმ პატალოგიურად გაძლიერებულ რთულ სინკინეზიებს, რომელსაც ჩვენ ვნახუ-ლობთ აგრეთვე ფიზიოლოგიურ პირობებშიაც. მაგალითად: სიარული, სირბილი, ცურაობა, ზმობა, დეფეკაცია და საერთოდ ყოველი ჩვენი იქამდის თითქმის უმ-ნიშვნელო, ჩვენთვის შეუმჩნეველი, მიჩვევის გამო, ე. წ. ავტომატიური მოძრაო-ბანი. და ბოლოს ძილშიაც თურმე ჩვენ ვლენბულობთ უნებურად პოზებს, რომე-ლნიც მოგვაგონებენ ზემოხსენებულ, ჩვენ შემთხვევაში გაძლიერებულ სინკინე-ზიებს. გარდა ამისა ყველა ეს სინკინეზიები ნათლად აქვთ გამოხატული დლე-ნაკულუ ბავშვებს (ემბრიონებს), რაც თვით ჩვენ გვქონდა შემთხვევა გვენახა-ოთხ-ექვს თვიან ემბრიონებზე 4 შემთხვევაში. ანნაირად ჩვენ დავინახეთ, რომ ეს სინკინეზიები შეიძლება ძლიერ ადვილად და სწრაფად ცვალებადობდენ უმნი-შვნელო გარეგანი იმპულსების ზეგავლენით, მეორადი იმპულსებით, და რომ ისი-ნი ძლიერდებიან ქერქის ზეგავლენით და სუსტდებიან ამ ზეგავლენის მოკლებით. სხვადასხვა ცენტრების მექანიზმის და ფუნქციის საკითხის ნათლად წარმოდგე-ნისათვის ჩვენ ძლიერ მოკლეთ გავაცნობთ ქერქ—ქვეშა ანატომიურ სქემასთან.

Thalamus opticus არის რეცეპტორი ყველა ექსტერო-ენტერო და პროპ-რიცეპტორული მგრძნობელობისა, რასაც სამართლიანად ამტიციებს შერინგტო-ნი და ადასტურებს კლინიკა. გარდა ამისა thalamus არის გადამცემი ორგანო ქერქის ექსტრაპირამიდულ იმპულსებისა. Thalamus-დან გამომდინარეობენ;

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. tr. praefronto—thalamicus | 5. f. cerebello—thalamicus |
| 2. tr. Rolando—thalamicus | 6. f. tegmento—thalamicus |
| 3. f. pallido—thalamicus | 8. bulbo—thalamicus. |
| 4. f. rubro—thalamicus. | |

Thalamus-დან გამოდიან: f. thalamo—corticalis, tr. striates pallida es, f. Wicqd' Agyr, fr. thalamo—olivaris, tr. thalamo—reticularis.

Corpus striatum იყოფა ანატომიურათ და ფუნქციონალურად ორ ნაწილად: neostriatum=ნ. caudatus+putamen და paleostriatum ანუ pallidum.

მეტად დამახასიათებელია, ის რომ C. Striatum დაკავშირებულია ქერქთან მხოლოდ thalamus-ის საშუალებით. C. Striatum-იდან მიდის უმთავრესად გზები palliadium-თან, აქედან კი thalamus-თან და ქვემოლ მდებარე ე. წ. სუბსტრია-

ლური ბირთვებთან—*c. Luisis, nigra, n. ruber*, დარკშევიჩის ბირთვი, *f. longitudinalis posterior*-ის ბირთვი, *c. quadrigemina* და სხვა.

როგორც სქემაზე სჩანს ძლიერ ფართო აფერენტული და ეფერენტული კავშირები აქვთ წითელ ბირთვს და ნათხემს, რაც უშუალოდ ამტკიცებს მათ უდიდეს მნიშვნელობას მოძრაობითი აქტებისათვის. საინტერესოა აგრეთვე და მნიშვნელოვანი კავშირი *n. Deitersi*-სა ნათხემთან, სახურავთან, თვალის მამოძრავებელ ბირთვთან და ზურგის ტვინთან, ისევე როგორც ყველა ზემოაღნიშნული ბირთვები ბოლოს და ბოლოს მიდიან ზურგის ტვინის სეგმენტების კოორდინატორულ ცენტროებში. ამით ჩვენ ვათავებთ ანატომიურ მიმოხილვას, იმიტომ რომ ყველა ცენტრებისა და მათ დაკავშირებათა მხოლოდ მარტოოდენ ჩამოვლას ჩვენ მოუნდებით მთელ საათებს. დროს უქონლობის გამო გადავდივარ ეხლა პირდაპირ პათოფიზიოლოგიურ პრობლემაზე. წინაწინვე მივითითებთ, რომ ყოველი ნებითი აქტი გაცივლის შვიდ ძირითად რეფლექტორულ რკალს, სათანადო კოორდინატორულ აპარატებითურთ, რომელთაც აქვთ ორი მთავარი თვისება: 1) გამოიჩინონ დამახასიათებელი ამ რკალისთვის თავისი ფუნქციონალური თვისებები და 2) შეაკავონ ქვემდებარე მისგან დამოკიდებული ცენტრო. რაც შეეხება ც. ნ. ს. შეკავების პრობლემას ყველანი მიაკუთვნებენ ამას მარტო ქერქ-ქვეშა ცენტროებს, ქერქის მიმართ კი—არის უკვე ძლიერი ტენდენცია სრულიად წაართვან მას შეკავების ფუნქცია და დაუტოვონ მხოლოდ აღზნების ფუნქცია. ამ შკოლისა ყველაზე უფრო ძლიერი წარმომადგენელი ჩვენში არის პათიციემული პროფესორი ივანე ბერიტაშვილი, რუსეთში კი პროფ. უხტომსკი. ამ რიგათ პირველი რეფლექტორული რკალი, რომელიც გადის ქერქში, ხასიათდება ინდივიდუალურ ნებით განცალკევებულ მოძრაობათა პროდუქციით. შესაფერისად განვითარებული მრავალ-სართულოვან პირობითი რეფლექსებისა, ქერქი აღზნებს ამა თუ იმ მამოძრავებელ კერებს და გადასცემს კოორდინატორულ იმპულსებს, როგორც უშუალოდ ზურგის ტვინში (პირამიდ. გზა), აგრეთვე ექსტრაპირამიდალურ მოკლე იმპულსებს და წითელ ბირთვს შემდეგი უმთავრესი გზების საშუალებით: 1. *cortico—rubro—spinalis*, 2. *fronto—cerebello—rubro—spinalis* და 3. *cortico—thalamo—strio—pallido—tedmento—bulbo—cerebello—rubro—spinalis* თუ ჩვენ აქ მოვივონებთ ენტერო და პროპრიოცეპტორულ აფერენტულ გზებს მაშინ მივიღებთ ურთულეს—ხშირად დახშულ მამოძრავებელ წრეს, რომლის საშუალებით, ტლანქად გამოხატულ სქემით, სრულდება ყველა ჩვენი მოძრაობანი.

ამრიგად ქერქი პირდაპირ გადასცემს განცალკევებულ ინდივიდუალურ იმპულსებს, როგორც ზურგის ტვინის სეგმენტებს, ის ქერქ-ქვეშა ავტომატიურ ცენტრებს, რომ აქ მოხდეს ტონუსის შესაფერი ცვლილების კოორდინაცია და ამრიგათ მიეცეს გარკვეული ფორმა და მორფოლოგია თვითეულ ამგვარ ინდივიდუალურ მოძრაობას

2) მეორე რკალს—„სტრიარული სისტემა“ (იღებს იმპულსებს *thalamus*-ის საშუალებით) ეტყობა აქვს კიდურების სეგმენტების კოორდინაციის გამტკიცების ავტომატიური თვისებები ამა თუ იმ მამოძრავებელ აქტების ფაზურ განსაკუთრებითი თან-და-თანობისა (საგვარეულო ხასიათი).

ამავე დროს იგი აკავებს ქვედა ცენტრებს, რითაც იწვევს ან უბრალო სინერგიზმების ან პოსტურალურ ტონუსების ცვალებადობას. ტონუსების ცვალებადობაში აუცილებელ როლს თამაშობს შეუღლებული ფუნქციები სიმპატიური და პარასიმპატიური სისტემისა. ამ უკანასკნელ დებულებას, ე. ი. ამ სისტემის უშუალო მონაწილეობას ტონურ ინერვაციაში, ბევრი უარყოფენ მარტო მარლების გაცვლა-გამოცვლის რეგულიაციის საშუალებით. ამ შემთხვევაში ფრიად მნიშვნელოვანი არის მესამე—სუბსტრიალური რკალი (*tuber cinereum*, cc. *mammillaria*, s. *nigra*, c. *Luisi* და სხვა) რომელიც ღებულობს იმპულსებს *pallidum*-ისგან და ეტყობა თამაშობს ვეგეტატიურ ფუნქციის როლს.

3) ფუნქციონარულ რკალს-*n. ruber*, რომელიც ღებულობს იმპულსებს ქერქიდან, *pallidum*-იდან და ნათხემიდან, ეტყობა აქვს ავტომატიური მოძრაობის კოორდინატორული თვისებები, რომელნიც განისაზღვრებიან მასის რაოდენობის მიმდებლობით, მიიღებენ რა ამას სხვა ცენტრებიდან. დიცერებრაცია ნობდენილი ამ ბირთვის წინ, მოგვეცემს სინკინეტიურ მოძრაობას, იმ დროს, როდესაც სექცია ბირთვის ქვეშ-სპობს მათ. ფიზიოლოგია და პათოლოგია ამტკიცებენ აზრს, რომ *n. ruber* არის საკონტროლო ცენტრი უფრო მარტივი ფორმის სინკინეტიური მოძრაობებისათვის ერთდროულად არაკვალებადოვან, რომელნიც შეადგენენ მაგალითად სიარულის, სირბილის, ცურაობის, ბობღვის და სხვა ელემენტებს. ეს უნდა იყოს პოსტურალური მოძრაობების ცვალებადობის კოორდინატორული ცენტრი, სინკინეზიები ღებულობენ აქ საგვარეულო ხასიათს, როგორც მოძრაობის მორფოლოგიის, ისე ფორმის მხრივ. მისი დამოკიდებულება სტრიარული სისტემისაგან გამოიხატება იმაში, რომ უკანასკნელი აწესრიგებს ამ ბირთვის თვისებებს პოსტურალურ ცვალებადობის წარმოებას, ამა თუ იმ ავტომატიურ მოძრაობის დროს.

4) ნათხემის ფუნქციონარული რკალის მნიშვნელობა უდიდესია, მაგრამ ჯერ ნაკლებადაა შესწავლილი. ბევრი მეცნიერის აზრით-ნათხემი შეიძლება განიხილოს როგორც სწორი აპარატი, რომელიც საზღვრავს მასის და ამის მიხედვით, წითელი ბირთვის საშუალებით, აძლევს შესაფერ მიმართულებას სივრცეში, როგორც კიდურებს, აგრეთვე საზოგადოთ მთელ ორგანიზმსაც. მასის შეფასება აგრეთვე საზღვრავს მოძრაობას, რომლის ფორმა და მორფოლოგია მტკიცდება აგრეთვე იმავე სტრიალური სისტემით. ამნაირად, ნათხემი, ამა თუ იმ ავტომატიურ შეფასების მიხედვით, აკავებს წითელ ბირთვის მის პოსტურალურ ტენდენციას. მეორე მხრივ, ნათხემი განმტკიცებულად ქმნის ამა თუ იმ მოძრაობის ამპლიტუდას, და ეხმარება მოძრაობის ტონიზაციას ამა თუ იმ მიმართულებით (ნათხემის ტონუს-ცენტრების როლი) ისევ წითელ ბირთვის და მის კავშირების საშუალებით.

ამნაირად ჩვენ განვიხილეთ წითელ ბირთვის ორი შეუღლებული თვისება: ერთი-სტრიალური, რომელიც საზღვრავს მოძრაობას მორფოლოგიის და ფორმის თვალსაზრისით და მეორე თვით ნათხემის, რომელიც ათანატოლიდებს თვითეულ კიდურის მოძრაობის სიფართეს, მასის გადატანის მიხედვით.

ბოლოს სტრიალური და ნათხემის რკალი წითელი ბირთვის საშუალებით მოქმედობს ქვედა, უკვე მეექვსე რეფლექტორულ რკალზე-მეზო რომბენცეფა-

ლურზე, რომელიც ერთის მხრივ აწარმოებს ექსტენზორულ რეფლექსის ტონიზაციას, მეორე მხრივ კი აკავებს ზურგის ტვინის ავტომატიზმს. ეს რეფლექსის ტონიზაციის ელემენტი იმ იმპულსების ზეგავლენით, რომელიც მოიმართებაან ზევიდან (ორგანიზმის თვით დაცვის ფუნქცია) აწესრიგებს სიმძიმის და ინერციის პირვანდელ გავლენას. ამ რეფლექსში დიდ როლს თამაშობს n. Deitersi. მაგალითად ცნობილია, რომ სექცია ამ სიპალზე, იწვევს დეცერებრაციულ რიგიდობას. ერთის მხრივ, ამ მძლავრ რკალზე, გავლენას ახდენს წითელი ბირთვი (აკავებს ან სცვლის პოსტურალურ მოძრაობებს) მეორე მხრივ კი ნათხემი თითქოს საზღვრავს რეფლექსის ტონიზაციის რაოდენობას ამა თუ იმ მოძრაობის დროს. ამისათვის აღნიშნული ორი სისტემა (წითელი ბირთვი და ნათხემი) ამუშავებს უკვე კისრის და ლაბირინტის რეფლექსებს და ამასთანავე უპირატესობას აძლევს ექსტენზორულ ტონუსს ამა თუ იმ კიდურში და სხეულში. ბოლოს, მე-7 რკალი, ზურგის ტვინის-ხასიათდება ფაზურ რეფლექტორულ მოძრაობებით ე. წ. მედულარიული ავტომატიზმით ან P. Maries-ს სიტყვით Syncinesies de coordination წარმოებით (ფლექსიორული და ექსტენტორული რეფლექსები, როგორც რიტმიურ მოძრაობის რეფლექსები, ერთი მხრივ და ალტერნიული).

ამით ვათავებთ ჩვენ მოკლე მიმოხილვას მოძრაობის ფრიად საინტერესო პრობლემის შესახებ. თუ ამას დაუმატებთ ენდოკრინულ ჯირკვლების დიდად მნიშვნელოვან როლს, მაგ. gl. thyroidei's ზეგავლენა ტვინის აღზნებულობის მდგომარეობაზე, gl. suprarenalis მის ორგანიზმის ადრენალინიზაციით და გავლენას სიმპატიურ სისტემაზე, რომელიც თავის მხრივ აწესრიგებს მარჩლების გაცვლა-გამოცვლას, ე. ი. კუნთის ფიბრილთა აპარატს, შემდეგ hypophysis ზეგავლენა, მისი შაქრის გაცვლა-გამოცვლით, მომუშავე კუნთში გლიკოგენის წვის პროცესით და სხვა, გასაგები გახდება ის უდიდესი ნევრო-ქიმიური რეაქციები, რომელიც სწარმოებს ნერვის სუბსტანციაში, მინიმალურ მოძრაობის წარმოებისათვის.

აქედან ნათელი ხდება ის განსაკუთრებითი ინტერესი, რომლითაც უდგება ნევრო-პათოლოგია ნებით მოძრაობის პრობლემის გამორკვევის საკითხს.

ეს მოხსენება მხოლოდ მოკლე სქემა და დასაწყისია იმ მუშაობისა, რომელიც განზრახულია ჩვენ მიერ-პათო-ფიზიოლოგიურ დეტალების გამორკვევის საკითხში, ერთ-ერთ იმ რეფლექტორულ რკალის შესახებ, რომელიც საზღვრავს მთელ ჩვენი რთულ მოძრაობას ან „უსიქოფიზიოლოგიურ ყოფაქცევას“.

ქორეისკონდენსიები.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 19 ოქტომ. სხდომის ოქმი.

მოხსენება პირველი

ექ. ცქიმაწური—„ცენტრალური ნერვულ სისტემის გავლენის თავისებურება გულზედ“.

მომხსენებელს უწარმოებია ორი ექსპერიმენტალური გამოკვლევა გულის ფიზიოლოგიიდან.

პირველი გამოკვლევა შეეხება გულის რითმის გახშირებას ცლომილი ნერვის ზეგავლენის გამო.

დებულებები: 1) ცლომილი ნერვი აკავებს გულის მუშაობას, როგორც ეს ცნობილია ფიზიოლოგიაში, მაგრამ იმავე დროს მას აქვს დადებითი გავლენა გულზე, 2) ეს გავლენა გამოიხატება გულის რითმის გახშირებაში, 3) გახშირება გამოიწვევა ცლომილი ნერვის ზღურდოვანი გალიზიანების ფარგლებში და გულის მუშაობის მრუდებზე და ამ დროს ჩვენ ვხედავთ შემდეგ სურათს:

წინა გულის სისტოლის ამპლიტუტა შემცირებულია ნახევარამდე და რითმი გულის მუშაობისა გახშირებულია, 4) გულის რითმის გახშირება ცლომილი ნერვის გავლენით საღ და დაუღლელ გულზე არ არის დიდი და მომხსენებლის გამოკვლევით უდრის 10—15 სისტოლაზე ერთ სისტოლას.

შეკითხვები და კავათი.

მეორე გამოკვლევა შეეხება ცლომილი ნერვის შეკავებითი გავლენას გულზე და შეიცავს შემდეგ დებულებებს: 1) შეკავებითი გავლენა შეკავშირებულია გულის ფუნქციონალურ მდგომარეობასთან; ამიტომ ცლომილი ნერვის გალიზიანების ინტენსივობა, როგორც რითმის, ისე ძალის მხრივ არ წარმოადგენს მუდმივ სურათს, როგორც ეს მიღებულია ფიზიოლოგიაში (Moret, Tredelenburg, Busquet და სხვ.), არანედ ცვალებადობს ფართე ფარგლებში და ამნაირად: როდესაც გულის ფუნქციონალური მდგომარეობა ცუდდება, ცლომილი ნერვი იწვევს გულის შეკავებას მცირე სიხშირის გალიზიანებით და როდესაც გულის ფუნქციონალური მდგომარეობა უმჯობესდება გალიზიანების სიხშირე და ინტენსივობა პროპორციონალურად მატულობს.

ს. ყიფშიძე—მოხსენება ეხება მეტად საინტერესო საგანს, მაგრამ ზოგიერთი დებულება გარკვეულად ვერ არის წამოყენებული და ბუნდოვანია. მაგალითანამედროვე მედიცინა № 12—1925.

თავ ძნელი წარმოსადგენია როგორ შეიძლება ცდომილი და სიმპატიური ნერვების ერთი მეორესაგან გამოყოფა და მათი ცალ-ცალკე ფუნქციების გამოკვლევა ბუნდოვანია აგრეთვე გალიზიანების Optimum-ზე წამოყენებული დებულებაც, ვინაიდან აღზნებითი თვალსაზრისით გალიზიანება დამოკიდებულია ნერვის ძაფების რაოდენობაზე, რომლებიც მონაწილეობენ ამ გალიზიანებაში.

პროფ. გოგიტიძე—მინდა გავიგო მომხსენებლის აზრი, როგორ აქვს მას წარმოდგენილი ცდომილი ნერვის ერთის მხრით შეკავებითი და მეორე მხრით გულის მუშაობის გახშირებითი ზეგავლენა.

პროფ. ნათიშვილი—რაში გამოიხატება გულზე ცდომილი ნერვის დადებითი ზეგავლენა—რითმის გახშირებაში, თუ გულის კუნთის მძლავრ შეკუმშვაში?

ექ. ცქიმიანაური (მომხსენებელი)

ჩვენ შეგვიძლია მოვრძო ტენიდან განცალკევებით ვიმოქმედოთ ცდომილ ნერვზე, ვინაიდან ანატომიური მდგომარეობის მიხედვით სიმპატიური ნერვი უერთდება მას დაბლა gangl. jugular-ის არეში და ესეც რომ არ იყოს, ფიზიოლოგიაში მიღებულ დებულების მიხედვით როდესაც ჩვენ ვალიზიანებით ორივე ნერვს N. vagus და n. symphat.—ვღებულობთ ერთ ეფექტს და ეს ეფექტი ეკუთვნის მხოლოდ ცდომილ ნერვს. გულის მუშაობას ცდომილი ნერვი ახშირებს ვიწრო ფარგლებში;—ჩემს მოხსენებაში ლაპარაკია იმ ზეგავლენაზე, რომელსაც ცდომილი ნერვი გულის რითმზე ახდენს.

პროფ. ნათიშვილი—გული არის ურთულესი ორგანო მთელს ორგანიზმში როგორც ინერვაციის, ისე მორფოლოგიურ მხრივ მისი ქსოვილები სრულებით თავისებური ხასიათისანი არიან. ამ ორგანოს შესწავლა ღიდ და რთულ საკითხს წარმოადგენს და ყოველივე ცდა ამ მხრივ დიდი ყურადღების ღირსია. ვუსურვოთ მომხსენებელს გაეგრძელებიოს თავის საინტერესო გამოკვლევანი.

მომხსენება მეორე.

ექ. ტყავაძე—„მუცლის კედლის კუნთოვანი პლასტიკის საკითხისათვის“.

მომხსენებელს მოყავს ვრცელი ლიტერატურული ცნობები საკითხის შესახებ, იხილავს მიოპლასტიკის სხვადასხვა მეთოდებს და ყველაზე მიზანშეწონილად და მისაღებად ფეხიან მიოპლასტიკას სთვლის.

თავისი დებულებების დასამტკიცებლათ ასახელებს ავტორიტეტების მთელ რიგს, როგორიცაა, მაგალითად, Чиж, Дьяконов-ი, Греков-ი და სხვები.

დაწვრილებით აგვიწერს სახელმწ. უნივერსიტეტის პროპედევტიულ ქირურ. კლინიკის ორ შემთხვევას, სადაც პროფ. კახიანის მიერ იქნა გაკეთებული ოპერაცია დამაკმაყოფილებელი შედეგებით. დებულებები: 1) მუცლის კედლის დეფექტების დროს ხელოვნური ფირფიტები, ან თავისუფალი ბიოპლასტიკა მიუღებელი და მიზანშეუწონელია, 2) მუცლის კედლის ისეთ დეფექტების დროს, რომლებიც ჩვეულებრივი წესებით არ იხურება, საუკეთესო და რაციონალურ გზათ ფეხიანი ბიოპლასტიკა უნდა ჩაითვალოს, 3) ამ მეთოდის უდავო პირობებით უნდა იქნას მიღებული მკაცრი ასეპტიკა, კუნთის ინერვაციისა და კვების დაცვა, მისი საშუალო მოქიმულობა და სანდო ქსოვილებზე მიმაგრება. 4) საზარდულის დეფექტების დროს მიზანშეწონილია ბიოპლასტიკა musc. sartori

უს-ის საშუალებით, 5) ეს კუნთი უნდა იკვეთებოდეს არა ნაკლებ მისი ნახევრისა.

შეკითხვები და კამათი.

ექ. ქაჯაია—არ გიფიქრიათ გესარგებლათ რომელიმე სხვა კუნთით თუ არა თქვენს კუნთითა და რისთვის არ შეიძლებოდა გესარგებლათ კუნთის ზედა ფენით?

ექ. წულუკიძე—რას უწოდებთ თქვენ ჩვეულებრივ გემატომას, რა გვარი თიაქრები მიგაჩნიათ თქვენ ამ მეთოდისთვის მიზანშეწონილათ?

ექ. ხეჩინაშვილი—რისი ატროფია გქონდათ პირველ შემთხვევაში?

ექ. ცქიმიანური—მოხსენებაში ბუნდოვანად არის წამოყენებული კუნთების გალიზიანების მეთოდი.

ექ. ს. ყიფშიძე—ლაპარაკობს კუნთების პირდაპირ და არა პირდაპირ გალიზიანებაზე და ნახულობს, რომ ის მეთოდები, რომლებითაც უსარგებლია მომხსენებელს, დასახელებულ მიზნისთვის სრულიად საკმარისად უნდა ჩაითვალოს.

ექ. დემეტრაძე—ნახულობს რომ sartorius-ის გაკვეთა შეიძლება გარემოების მიხედვით სხვადასხვა ზომაზე და ის სასიცოცხლო ძალ-ღონეს ყოველთვის შეინარჩუნებს. ასახელებს ცხრა შემთხვევას, სადაც მას კარგი შედეგები მიუღია. ბიოპლასტიკის მიზნით შესაძლებელია ვისარგებლოთ musc. Tenso-fascia lata-თი.

ექ. ტყავაძე (მომხსენებელი) სხვა კუნთებით სარგებლობაზე არ შეიძლება ფიქრი, ვინაიდან სხვა კუნთები ატროფიას განიცდიდენ, ზედაფენების გადატანით ჩვენ დავაზიანებდით მკვებავ ძარღვებს. ჩვენ შემთხვევაში იყო კუნთოვანი ატროფია მუცლის კედლისა. გემატომა იყო ჩვეულებრივი—არ იყო გამოწვეული ოპერაციის გამო. დასახელებულ მეთოდს მივმართავთ უკიდურეს შემთხვევაში, როდესაც ჩვეულებრივი ოპერაციით არ იხურება არსებული დეფექტები და საქმე გვაქვს რეციდივებთან. m. Sartorius-ის კვების პროცესის მიხედვით საჭიროა, რომ ის მოკლედ არ იყოს გადაჭრილი.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 29 ოქტომ. 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო 130 წევრი.

მოხსენება პირველი.

ექ. ხათრიძე და ნ. ყიფშიძე — „Species Isospora hominis“ (აუტორეფერატი არ წარმოუდგენიათ).

პროფ. მაჭავარიანი—რა ხასიათისა იყო ტკივილები?

ექ. გეგეჭკორი—სჭამდა თუ არა ავადმყოფი კურდღლის ხორცს?

ექ. ნ. ყიფშიძე—უპასუხებს შეკითხვებზე, რომ ტკივილები ყრუ ხასიათისა იყო, მუდმივი და არავითარი კავშირი არ ქონდა საჭმლის მიღებასთან და თვით საჭმელთან; ავადმყოფს კურდღლის ხორცი არ უჭამია და უნდა ითქვას, რომ კურდღლის კოკციდიები არ გადადის ადამიანზე.

პროფ. ვირსალაძე—ეს შემთხვევა საინტერესოა პარაზიტოლოგიის მხრივ; ის არ არის სუფთა: იგი არის შერეული ამებებთან და ამიტომ კლინიკური სურათიც მხოლოდ კოკციდიებს არ ეკუთვნის. მიუხედავად ამისა ჩვენ განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა ვექვეყნოდე ყველა ავადმყოფს, რომელსაც აწერილი ნიშნები აქვს.

რაც შეეხება იმას პატოგენურია, თუ არა კოკციდიოზი, მე უნდა ვსთქვა, რომ იგი პათოგენური უნდა იყოს და ამიტომ შესაძლებელია, რომ მათ დაჩირქებაც მოახდინონ ლეიქში.

საჭიროა, რასაკვირველია, მეტი დაკვირვება.

ბოხსენება მეორე.

ექ. არღევან ახვლედიანი—„რადიოაქტიური ემანაცია ჩიყვის ეთიოლოგიაში“.

სვანეთში ჩიყვიანთა შორის ჩვენ ვამჩნევთ ხშირ ენდოკრინულ ჯირკვალთა ფუნქციების დაშლას, გამოვარდნას, მადიანობის გაძლიერებას, ნერვულ ავადმყოფობას, თვითგრძნობას და გუნებ. განწყობილების დაწეულობას, იპოტენტიზმს და სხვა. ფარისებრი ჯირკვლით უფრო მთავრებია დაავადებული, ვინემ ბავშვები. ეს უკანასკნელები ლამაზი და მოძრავნი არიან და როცა გაიზრდებიან იჩენენ სიღვეს და სხვადასხვა ცვლილებებს, ხშირია სულით ავადმყოფობა.

იქ, სადაც წყლები ნაკლებ რადიოაქტივობას იჩენენ, ერთდამთავე პირობებში, მცხოვრებნი განიჩრვიან თავისი ახოვნობით და დაჰაკმაყოფილებელ ფიზიკური განვიორებით. Vilmsi'-ს და Bircher,-ის ექსპერიმენტებმა დაამტკიცა, რომ წყლის გადადუღებას და 70° გათბობას თან ჰყვება ჩიყვის წარმოქმნის უნარმოკლებულება. ბავშვების იშვიათი დაავადება უნდა მიეწეროს სასმელ წყლების რადიოაქტივობის ცვალებადობას, რომლის მიხედვით რადიუმის ემანაცია ამა თუ იმ ფუნქციონალურ მოშლილობას იწვევს ნხოლოდ მთელი წლების ხმარების შემდეგ.—ცნობილი რეპინა იმ აზრისა იყო, რომ ჩიყვის ეთიოლოგიაში რადიო-აქტივობას ძირითადი მნიშვნელობა აქვს.

შეკითხვები და კამათი

პროფ. ასათიანი—სვანეთში მინერალური წყაროები ძლიერ ბევრია, ბევრი მდინარეებიც და მეჭად საინტერესოა იქნებოდა მათ შორის შედარებითი რადიოაქტივობის—გამოკვლევა. მომხსენებლის ცხრილი მეტად დემონსტრაციულია, მაგრამ არ მოსჩანს შეთანასწორება ადგილის, წყლის და დაავადების შორის. მე ვიცი ადგილები სვანეთში, სადაც წყლის რადიო-აქტივობა ნაკლებია, მაგრამ ჩიყვიანობა კი დიდია. ჩემის აზრით დიდ როლს თამაშობს ხალხის კვებაც. ჩემის დაკვირვებით სადაც მინერალურ წყალს ხმარობენ, იქ უფრო მეტი ჩიყვიანობაა. სვანეთის წყლები ნაკლებად არიან შეზავებული მარილებით და ამასაც მნიშვნელობა უნდა ქონდეს ჩიყვის წარმოშობისათვის.

პროფ. თიკანაძე—ჩვენ ვიცით, რომ რაც მეტია რადიო-აქტივობა, მით მეტია სარგებლობა. საინტერესოა ვიცოდეთ, აქვს თუ არა რადიოაქტიულ წყალში ბანაობას გავლენა ფარისებრივ ჯირკვალზე.

თანახმად მოხსენებისა ჩიყვით დაავადება უფრო ხშირია ხანშესულთა შორის.

ექ. ნაზარაშვილი—რადიო-აქტივობას თქვენ აწერთ დიდ მნიშვნელობას ჩიყვის გაჩენაში. ჩვენ კი ჩიყვიანებს რადიუმით და რენტგენით ვწამლობთ. რით აიხსნება ეს მოვლენა?

ექ. ად. ახვლედიანი—ჩვენ სრულებითაც არ უარეყოფთ, რომ ჩიყვის გაჩენაში გარდა რადიო-აქტივობისა სხვა ფაქტებსაც აქვს მნიშვნელობა, როგორცაა, მაგალითად, კვება; ჩვენ ვიცით რომ დროებითი რადიუმის ხმარებით ჩვენ გავლენას ვახდენთ ამა თუ იმ დაავადებაზე, მაგრამ თუ ეს მოქმედება ხანგრძლივია, მაშინ ორგანიზმი დაავადდება.

პროფ. ნათიშვილი—მომხსენებელი, წამოყენებული საკითხის გამო, მეორედ გამოდის აქ. შეიძლება აქ ზოგიერთ გატაცებას ქონდეს ადგილი, მაგრამ მიუხედავად ამისა, საკითხი მეტად საინტერესოა და ვუსურვოთ მუშაობის გაგრძელება.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 5/XI 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო 68 წევრი, დანარჩენი სტუმრები.

ექ. ვაშაკიძე დომნა—უჩვენებს მახინჯი ბავშვის რენტგენოგრამას და მოყავს მოკლე ისტორია.

ბავშვს აკლია ორივე ხელი. იმ ადგილას, სადაც უნდა იყოს მხრის ძვლის ლავიწის და ბეჭის ძვლების ერთმანეთთან შეერთება, არის კანზე მხოლოდ პატარა ჩაღრმავება ნაწიბურის სახით; ორთავე ლავიწის ძვლები განვითარებულია, განვითარებულია ბეჭის ძვლებიც. ასეთი სიმახინჯე ხშირ მოვლენას არ წარმოადგენს.

ექ. წულუკიძე—მოყავს ორი შემთხვევა ასეთი სიმახინჯისა: ერთი ცირკში მომუშავე, რომელიც ფეხების საშუალებით ხატავს სურათებს და მეორე გერმანელი სკოლის მოწავე.

ექ. გაგუა—უჩვენებს დამსწრეთ ქირურგიულ ჰოსპიტალური კლინიკიდან ავადმყოფს უზარმაზარ აეთვისებიანი (Sarcoma) სიმსივნით მარცხენა მზარზე.

მოხსენება პირველი.

ექ. ფარცვანიძე—„Strongyloides Stercoralis“ ფილარიის მაგვარი მორფოლოგიურ ცვლილებანი კოპროკულტურაში. (აუტორფე. არ წარმოუდგენია).

ექ. ხათრიძე— შეიძლება მომხდარიყო არ პათოგენურ ანგილულების ყოფნა კუჭნაწლავში და გამოეწვიათ ინფექცია. ძველი ავტორების აზრით t¹-ს აქვს დიდი მნიშვნელობა. ამას ამბობს ფილემბორნი და სხვებიც. ვინაიდან არ მივიღით ამ მამალი ექვემპლიარი, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ეს პათოგენური არ არის.

ექ. ფარცვანიძე (მომხსენებელი).

ჩვენი გამოკვლევა გვიჩვენებს, რომ მხოლოდ პათოგენური ფორმები იწვევენ ავადმყოფობას. ზოგმა ძველმა ავტორმა უკვე შესცვალა თავისი აზრი. ფილემბორნი დიდი პელმენტოლოგია, მაგრამ ბრუნტიც არ არის ნაკლები და ეს კი სულ სხვას ამბობს.

მოხსენება მეორე.

ექ. თოდაძე — „შარდსადინარის ფისტულის წამლობა“.

მოყავს სხვადასხვა მეთოდები შარდსადინარის ფისტულის მოსასპობათ და აგვიწერს ქიორუგ. ჰოსპიტალურ კლინიკის უროლოგიურ განყოფილებაში ხმარებულ მეთოდს — შარდსადინარის მილიდგან ამოიჭრება დაზიანებული ადგილი, მხოლოდ არა ირგვლივ, არამედ მილის გვერდებზე რჩება ორი ვიწრო ნაჭრები. მილის შეერთების შემდეგ ეს ნაჭრები გადაიკვრებიან და მიეკრებიან შარდსადინარს პერიფერიულ მხარეზე. ამ გვარი მიეკრება ხელს უშლის ნაკერის დაღირებების დროს ნაჭრების დაშორებას ერთმანეთიდან.

შეკითხვები და კამათი.

ექ. ზაქარაია — რამდენად ხშირია Stryctur. uretr. გონორეიას შემდეგ? თუ დაღირებება ექმნა ადგილი, ხდება თუ არა ყურების მოვარდნა და ნაკვეთის დაცილება?

ექ. ცხაკაია — ძალიან ხშირად მილის ფისტულის დროს დიდი ნაწიბურებია და ჩემის აზრით ძლიერ ძნელია იმ გვერდის ნაჭრების გამოყოფა, რომელზედაც თქვენ გაქვთ ლაპარაკი.

პროფ. მუხაძე — ყურების ძირს დაწევა და აქ დაბმა აჩენს ზოგჯერ კისტომას. ამიტომ უკეთესი იქნება თუ ერთ ყურს ზევით დავამაგრებთ და მეორეს კი ქვემოთ.

ექ. თოდაძე (მომხსენებელი) როგორც სხვა ავტორების, ისე ჩვენი ციფრები გვიჩვენებენ, რომ გონორეიას შემდეგ Stryctur. 85% -ში ხდება. გვერდების ნაჭრების გამოყოფა, რასაკვირველია, ძნელია, მაგრამ მაინც ვახერხებთ. ნაკვეთის დაცილება, თუ მოხდა — მოხდება მე 11-12 დღეს და ეს საშიშს არ წარმოადგენს. კისტომები არ ჩნდებიან, რადგან ჩვენ ვჭრით ლორწოიან გარსაც; ყურების გადატანა ზევით და ქვევით შეიძლება, თუ თითო მხარეზე გვაქვს ორ-ორი ნაკვეთი.

პროფ. ნათიშვილი (დასკვნა).

ფისტულების წამლობა დასტაქრებს არ უყვართ, რადგანაც ეს მოითხოვს დიდ ხანს და კარგ შედეგსაც იშვიათად იძლევა. ამიტომ დღევანდელი მოხსენება მით არის ყურადღების ღირსი, რომ გვაწოდებს ახალ მეთოდს ამ ფისტულების წამლობისას.

მოხსენება მესამე.

ექ. იოსელიანი — „მასალები სპონდილიტის ნაადრევი დიაგნოსტიკისათვის“ მოყავს ექსპერიმენტები, რომელიც თვითონ უწარმოებია შინაურ კურდღლებზე იმის გამოსარკვევად, თუ რა მნიშვნელობა აქვს Spondylitis-ის ეთიოლოგიაში ტრავმას. მოყავს აგრეთვე ნაადრევი ნიშნები Spondylitis-ის ამოსაცნობათ. ამისათვის ნიშნებად მომხსენებელი სთვლის შემდეგს: 1) ზურგ-წელის კუნთების დაჭიმვას, 2) ტკივილებს და 3) მალეების გამოშვებას. ამას მომხსენებელი უწოდებს ტრიადას და ამბობს, რომ ავადმყოფობის დასაწყისში ეს ტრიადა უსათუოდ

უნდა იყოს გამოსახული. მოყავს დიფერენციალური დიაგნოზი Spondylitis typhosa aktinomycosis-სას და სხვა სნეულებათა შორის და ამბობს, რომ დასახელებული ტრიადის მიხედვით ადვილია მათი უარყოფა და სწორი დიაგნოზის დასმა.

კ ა მ ა თ ი.

ექ. წულუკიძე — თქვენი ექსპერიმენტებიდან არა სჩანს თუ რა მნიშვნელობა აქვს ტრამვას. გარდა ამისა თქვენ ლაპარაკობთ ტრიადაზე, მოგყავთ ავადმყოფების ისტორიებიც, მაგრამ არსად არ აღნიშნავთ, თუ როგორ იყო გამოხატული ეს ტრიადა. ჩვენ ვიცით რომ არც ისე ადვილია Spondylitis დიაგნოზის დასმა.

ექ. ცხაკაია — ნაადრევ ნიშნად თქვენგანით დასახელებულ ტრიადაში შეიძლება მხოლოდ კუნთების დაჭიმვა ჩაითვალოს, რაც შეეხება მალეების გადმოდრეკას, ეს უკვე პროცესის შორს წასვლას ნიშნავს და არ შეიძლება ნაადრევად ჩაითვალოს.

ექ. თოღაძე — ნაადრევად უნდა ჩაითვალოს მხოლოდ ისეთი ნიშნები, რომლებიც რენტგენის სურათით იქნება დამტკიცებული ავადმყოფობის პირველ ხანებში.

ექ. ახმეტელი — თქვენგანით დასახელებული ნიშნები მარტო სპონდილიტებს არ ეკუთვნის და არც ნაადრევია.

ექ. კილოსანიძე — კუნთების დაჭიმვას და ტკივილებს ეძლევათ მნიშვნელობა არამც თუ ზურგის და წელის მიდამოს, არამედ მუცლის ღრუს მხრივაც.

პროფ. გოგიტიძე — ყველაზე უფრო საყურადღებოა ტკივილები. მოხსენების დებულებები ეწინააღმდეგება სათაურს. მოხსენებიდან სჩანს, რომ ტრამვას მნიშვნელობა არ აქვს. სხვა ავტორების აზრით კი ტრამვას დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზურ სპონდილიტების გამოწვევაში.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების 3/XII 1925 წ. სხდომის ოქმი.

დაესწრო წევრი 60 და სტუმარი 35. სტუმართა შორის კრებაზე იყო განათლებების კომისიარი **კანდელაკი**

მოხსენება პირველი.

ექ. ხეჩინაშვილი. „პერიტონეუმის pseudo-myxom-ის კაზუსტიკისათვის“. მომხსენებელს მოყავს საკითხის მოკლე ისტორია. მუცლის აპკის pseudo-myxom-ის წარმოშობის ნამდვილი აღწერა და მისი დაწვრილებითი მიკროსკოპიული შესწავლა მოგვცა პირველად 1884 წელში Werth-მა უკანასკნელის აზრით დასაწყისში ვითარდება საკვერცხისაგან წებოწყალის — მაგვარ წყალბუშტი, რომელიც ამა თუ იმ მიზეზის გამო სკდება და ინთხევა პერიტონეალურ ღრუში და ვლებულობთ Pseudomyxoma Peritonei. მთელი რიგი ავტორებისა — Березницкий, Omm-ი, Pozzi, Рагинский, Славянский და სხვები ეზიარებენ Werth-ის აზრს და შეაქვთ მხოლოდ უმნიშვნელო შესწორებანი.

Westphalen-ი Pseudomyxom-ის წყაროდ ქიაყელა ნაწლავს ასახელებს.

მომხსენებელს მოყავს თავისი შემთხვევა. 51 წლის ავადმყოფი დედაქაცი, რომელსაც გაუჩნდა მარჯვენა საკვერცხის არეში სიმსივნე (დამტკიცდა პათოლოგო-ანატომიურ გამოკვლევებიდან), გაუკეთდა რამოდენჯერმე ოპერაცია, მაგრამ სიმსივნე სწრაფად გაიზარდა პერიტონეალურ ღრუში—უეჭველია პირვანდელი სიმსივნე საკმარად არ იყო ამოკვეთელი. მისი განვითარებისას ნამდვილი კახეკსიას ადგილი არ ქონდა—სიმსივნე არ იყო ავთვისებიანი.

ავადმყოფი დაიღუპა მუცლის ორგანოთა ფუნქციის მოშლილობის გამო, რომელიც დაკავშირებულია ამ პროცესის დროს სიმსივნის შიგნი არსის მსწრაფ ზრდა-გამრავლებასთან.

აუტოპსიის დროს მუცლის აპკში წებოწყალის მაგვარი ნივთიერება არ აღმოჩნდა—ეს უნდა დაუკავშიროთ სიკვდილთან ახლო ხანებში განვითარებულ მუცლის აპკის მწვავე ანთებას.

შეკითხვა და კამათი.

ექ. ცხაკაია. მოხსენებიდან სჩანს, რომ Pseudomyxom ის წყარო ორგანოა მხოლოდ—ქიაყელა ნაწლავი და საკვერცხე. ჩვენ გვქონდა შემთხვევა—პერიტონეუმის და იმავე დროს კისტომის ნიშნებით ავადმყოფი ქალი, გავუკეთეთ ოპერაცია და ვნახეთ, რომ იყო წყალბუშტი, რომლის უკანა კედელს ნაწლავები შეადგენდნენ, წინა კედელს კი ფარი. ძნელი იყო თქმა, თუ რა იყო დაავადების წყარო.

დოცენტი ლოლობერიძე—ექ. ცხაკაიას მიერ მოყვანილი შემთხვევაში ადგილი ქონდა, ალბად, განსაზღვრულ არეში მოთავსებულ წყალბუშტს და ამიტომ ძნელი იყო მისი სხვა ორგანოებთან დამოკიდებულების გამოცნობა.

—მომხსენებლის მიერ აწერილი შემთხვევა განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს იმით, რომ გაკვეთის დროს მასში მასები არ აღმოჩნდა.

პროფ. ნათიშვილი—მე დამინტერესა პერიტონეუმის ფუნქციაზე აღძრულმა საკითხმა. მასების შესრუტვა, მათი გაქრობა, მოსპობა—არის ერთ-ერთი თვისებათაგანი პერიტონეუმისა. ასახელებს ექ. წულუკიძის ცდებს, როდესაც ელენთის ნაჭრები იყო ჩატოვებული მუცლის ღრუში და ერთის გარდა ეს ნაჭრები გაქრენ, შეისრუტა—პერიტონეუმის და ბადექონს უეჭველია, აქვს ეს თვისება.

მოხსენება მეორე.

ექიმი ვიხრევი—„დიჰენტერიის ამების ტიპები და მათი ბიოლოგიური ხასიათი“.

მომხსენებელი აგვიწერს დიჰენტერიის მიერ გამოწვეულ სნეულების სხვა და სხვა კლინიკურ სურათებს, აგვიწერს ავადმყოფობის მიმდინარეობას ჩვენში და სხვა ქვეყნებში, ამების სხვა და სხვაობას მათი სიდიდის მიხედვით და გამოყავს ის დასკვნა, რომ არსებობს რასიული განსხვავება მათ შორის და თვითელი რასა იწვევს თავისებურ კლინიკურ დაავადებას.

პროფ. ვირსალაძე — მომხსენებელი უფრო კლინიკას შეეხო, ვინემ ბიოლოგიას და პროტოზოოლოგიას.

დღეს დღეობით ძნელია იმის დამტკიცება, თუ რამდენათ შეეფერება ამების სხვა და სხვაობა კლინიკის ან თუ იმ გამოხატულებას. ამ ქამად არსებობს შეხედულება, რომლის მიხედვით სხვადასხვა ამებას შეუძლია მოგვეცეს ერთი და იგივე კლინიკური სურათი. მოხსენებაში წამოყენებულ დებულებათა დასამტკიცებლად საჭიროა მრავალგვარი კლინიკური დაკვირვება და ამ დაკვირვებებს ლაბორატორიული შედეგებთან შედარება.

პროფ. ალადაშვილი — ჯერ-ჯერობით არ არსებობს საკმაო დაკვირვება, რომ ჩვენ მივიღოთ მომხსენებლის-მიერ წამოყენებული დებულებანი. პირიქით, უამრავი დაკვირვებაა, რომელთა მიხედვით ერთ და იგივე ამებას სხვადასხვა პირობებში და სხვადასხვა ორგანიზმში შეუძლია გამოიწვიოს სხვადასხვა გვარი კლინიკური სურათი.

ექ. საარძიე — პროტოზოოლოგიაში მიღებულია ცვალებადობა ერთი და იმავე რასისა, მაგრამ იმავე დროს არსებობს სხვადასხვა რასები. მოყავს ინგლისელ მკვლევარი დოგელის აზრი.

პროფ. ვირსალაძე და ალადაშვილი ეკამათებიან ექ. ხათრიძეს და ამტკიცებენ, რომ მარტო დოგელის დაკვირვება საკმაო არ არის საკითხის გადასაჭრელათ.

ექ. ნანეიშვილი — მომხსენებლის დებულებათა მიხედვით ბავშვები, რომლებიც საზოგადოდ ავად ხდებიან მჭიმე დიზენტერიით, მხოლოდ დიდი ამების ზეგავლენას უნდა განიცდიდენ, მაგრამ, ვგონებ ამის დასამტკიცებელი ფაქტები ჩვენ არ მოგვეპოება.

ექ. ვიხრევი — ის, რასაც ჩვენ ვღებულობთ არ არის ერთი და იმავე ამების სხვადასხვა გარდამავალი ფორმა, არამედ სხვადასხვა რასა და ანას ამტკიცებს მათი სხვადასხვა ზომის ცისტები, ამასვე ამტკიცებს მათი უჯრედების გულის სიდიდეც, რომელიც ერთ შემთხვევაში 12 მიკრონია, მეორეში 8 და მესამეში 4 მიკრონი ომამდე ჩვენში მხოლოდ შუათანა ზომის ამებებს ვხვდებით. ომის შემდეგ დიდი ზომის ამებებიც გამოჩნდნ.

პროფ. ნათიშვილი — კამათი გვიმტკიცებს, რომ ლაბორატორულმა მუშაობამ მომხსენებელი მიიყვანა ერთ გვარ თეორეტიულ დებულებამდე, რომელიც უნდა შეამოწმოს, დაადასტუროს, ან უარყოს მომავალში კლინიკაში.

რეზერვატები.

Vialard et Darleguy. Traitement par le dèrivè formylé de l'acide mèta-amino-oxy-phenylarsénique de quelques cas d'amibiase chronique (Pr. Med. 45, 1925)

ავტორებს მოყავთ რამოდენიმე შემთხვევა მძიმე ქრონიკულ ამებოურ დეზინტერიის, რომლის ხანგრძლივმა წამლობამ ემეტინით, Stovarsol'ით და სხვა საშუალებებით, გამოიწვია დროებითი გაუმჯობესება, ისიც ზოგჯერ. Trèparsol'ით მკურნალობამ ყველა ამ შემთხვევაში საუცხოვო შედეგი მოიტანა: ამებები და მათი კისტები Trèparsol'ის რამოდენიმე ტაბლეტის მიღების შემდეგ განავალში აღარ აღმოჩნდნენ; ტკივილმა, მუცლის შებერვამ და ფაღარათობამ მოკლე ხანში გაწვლო; ავადმყოფების სათანადო კვება შესაძლებელი გახდა, რასაც მოყვა წონაში მომატება და სწრაფი გამოკეთება.

ავტორებს თავის დაკვირვებებიდან შემდეგი დასკვნა გამოაქვთ: Trèparsol'ის ამებოციდური მოქმედება უდავოა; ის არ აღიზიანებს საკმლის მომწვლელ ორგანოებს; დარიშხანის დიდი რაოდენობა, რომელსაც შეიცავს ეს პრეპარატი (28,75%), კარგ საერთო გავლენას ახდენს ორგანიზმზე.

Flandin'ი, რომელმაც შემოიღო ეს მკურნალობა, ამ პრეპარატს აძლევს ხანგამომშვებით, 6—8 კვირის განმავლობაში (თითო ტაბლეტა დღეში 3—4 ჯერ).

ავტორების აზრით მკურნალობის ხანგრძლივობა შემცირებულ უნდა იქნას (იგი უნდა გრძელდებოდეს, ორთა შუა რიცხვით, 7—10 დღე).

ი. გიგინეიშვილი.

უჩვეულო ღრძობა თვალის მძივისა (An uncommon Luxation of the lens, bu J. S. Steign, M. D. Chief Assistant, University eye Clinic, Groningen (Director, prof Dr Q. F. Rochat.)—The british journal of Ophthalmology. 1925. january p. 20—21).

აღწერილია შემთხვევა, როცა მარჯვენა თვალის მძივი იყო ნაღრძობი წინა სენაკში ისე რომ უკანა ზედაპირი იყო მოქცეული წინ და მიყრდნობილი ფარს, წინა ზედაპირი კი უკან და მიკრულ-მიხორცებული თვალის სარტყელთან. ამ თვალს ქონია მოხვედრილი 13 წლის წინად ცოცხის ტარი. თვალი იყო ამოკაკლული შავი წყლის შეტევის გამო და მიკროსკოპიულმა გამოკვლევამ აღმოაჩინა ზემოაღნიშნული გარემოება.

ამგვარი შემთხვევა ჯერ არ ყოფილა გამოქვეყნებული, — ამბობს ავტორი. თავის შემთხვევას ის ხსნის შემდეგნაირად: რადგანაც მარცხენა თვალი ძლიერ ბეცი (14,0D) აღმოჩნდა, უნდა ვიფიქროთო, რომ მარჯვენაც ბეცი (მიოპი) იყო და მაშასადამე ცინნის იოგები მოდუნებული და მინისებრი სხეული გათხლებულიო. ცოცხის ტარის მოხვედრამ თვალის მძივი ჩააგდო გათხლებულ მინისებრ სხეულში, რომლის მხრივ არავითარი წინააღმდეგობა ყოფილა გაწვეული და შესაძლოა აქ თვალის მძივი მოტრიალდა თავის ღერძის ირგვლივ, ასე მოტრიალებული თვალის მძივი ავადმყოფის თავის დაღუნვის დროს გადაეარდა წინასენაკში და აქ მიეკრა თვალის სარტყელს (სალტას).

ა. შ.

P. S. აქ ხმარებული ტერმინები განირჩევიან ჩვენ ანატომიაში მიღებულიებისაგან. მათ ცოდნას ვუმაღლი დიდად პატივცემულ collega-ს ზ. ცხვედაძეს. ამ სახელებს (lens—თვალის მძივი, iris—თვალის სალტა, cornea—თვალის ფარი) ხმარობს მესხეთში ხალხი.

რადგან ეს ტერმინები, ჩემის აზრით, სჯობან ჩვეულებრივ მიღებულებს, მეც ვიხმარე. მხოლოდ iris-ისათვის მე ვამჯობინებ სახელ „სარტყელს“. ფერადი გარსი კი სრულიად მიუღებელია.

ა. შ.

ამიერ-კავკასიის დასტაქართა 1-ლი ყრილობა

(ქ. — ბაქო, 1925 წელი, 16—21 დეკემბერი).

ყრილობა მოწვეული იყო ქ. ბაქოს ქორტორგიული საზოგადოების ინიციატივით.

16 დეკემბერს საღამოს 8 საათზე შესდგა ყრილობის მონაწილეთა ამხანაგური შეხვედრა აზერბეიჯანის სახელმწიფო უნივერსიტეტთან არსებულ მეგოსან საბირის სახელობის კლუბში. 17 დეკემბერს დილის 9 საათზე ბუნიატ-ზადეს სახელობის თეატრში გაიხსნა საწვიმო სხდომა.

ყრილობის ყველა დანარჩენი სხდომები სწარმოებდა აზერბეიჯანის სახელმწიფო უნივერსიტეტის 1-ლი აუდიტორიუმის შენობაში.

ყრილობის გახსნას დაესწრო ექიმების, სტუდენტების და სხვადასხვა საზოგადოებრივი დაწესებულებათა და ორგანიზაციათა წარმომადგენლების დიდი რაოდენობა.

ყრილობა გახსნა პროფ. ბ. კ. ფინლკელშტეინმა, რომელმაც აღნიშნა, რომ დღევანდელი ყრილობა აუცილებლივ ითამაშებს დიდ როლს ამიერ-კავკასიის ქორტორგიულ აზრის განვითარებაში.

ამის შემდეგ შესდგა პრეზიდუმის არჩევნები, სადაც შევიდნენ შემდეგი პროფესორები: მაქავარიანი და კახიანი (საქართველო), კერეკი (სომხეთი), ფინკელშტეინი, ოკინშვიჩი, შიროკოგოროვი (აზერბეიჯანი), ნაპალკოვი (რუსეთი), სტრუნიკოვი (კრასნოდარი).

ყრილობის საპატიო თავმჯდომარეთ არჩეული იქნა სამხედრო-საექიმო აკადემიის პროფესორი ს. პ. ფეოდოროვი.

წაკითხული იყო მრავალი მისალმებანი.

აზერბეიჯანის სახალხო ჯანმრთელობის წარმომადგენელი მიესალმა ამ ყრილობას, მიუთითა იმ ვარემობას, რომ ეს ყრილობა არის ამიერ-კავკასიის სამივე რესპუბლიკის წარმომადგენელთა სამეცნიერო აზრის შეჯგუფება დიდი მნიშვნელობის საკითხზე — ქორტორგიული დახმარების ორგანიზაციისა მშრომელთა სასარგებლოდ ქალაქში და სოფელში. იგი გამოსთქვამს იმედს, რომ მთელი რიგი სამეცნიერო საკითხებისა ჯგროვანად იქნება გაშუქებული.

მისალმებათა გათავების შემდეგ, ყრილობა შეუდგა პირველი საპროგრამო საკითხის განხილვას:

„ბაქოს სამრეწველო რაიონის მუშების პროფესიონალური ტრავმატიული დაზიანებანი.“

პირველი მოხსენებელი იყო პროფ. ოკინშვიჩი (ბაქო) შემდეგ თემაზე: „ბაქოს სამრეწველო რაიონის მუშების პროფესიონალური ტრავმატიული დაავადებანი პირველადი გასინჯვის მიხედვით 1920—1923 წლ.“ შემდეგ, პირველი მოხსენების განვითარებისათვის წაკითხეს ინჟ. შიბაევმა და ექ. ტიტოვმა (ბაქო) შემდეგი თემაზე: „ტრავმატიზმი ბაქოს ნავთის მრეწველობაში“, ექიმმა ბლისჩენკომ (ბაქო): „აზერბეიჯანის ნავთის წარმოების ფაბრიკა-ქარხნების რაიონის ტრავმატიზმი დამზღვევ საღაროს 1924-1925 წლ. მასალების მიხედვით.“ ექ. ტერტერიანმა და ექ. ივრინმა (ბაქო): „ქასპის ზღვის ტრანსპორტის მუშების ტრავმატიზმის შესახებ“, პროფ. ვარშავსკიმ (ბაქო): „თვალების ტრავმატიული დაზიანებათა შესახებ“ და უკანასკნელი პროფ. პერელმანმა (ბაქო): „ტრავმატიული ფსიქოზები და მათი კლასიფიკაცია.“ ამით გათავდა ყრილობის პირველი სხდომა.

როგორც სჩანს პროფ. ოკინშვიჩის და სხვების სტატისტიკიდან, 1000 მუშაზე 72 ლებულობს ტრავმატიულ დაზიანებას; ყოველ მე-6-ე მუშას აქვს თიაქარი; ყოველი მუშა სამ წელიწადში ერთხელ იღებს რაიმე ტრავმას. მეტი წილი ტრავმატიული დაზიანებისა სტატისტიკის თანახმად მოდის ზემო კიდურებზე (უმთავრესათ თითებზე) — 50,0%; ქვედა კიდურებზე — 30,0%, დანარჩენი პროცენტების რიცხვი ეკუთვნის სხეულის სხვა ნაწილებს.

ექ. ბლისჩენკო გამოსთქვამს იმ აზრს, რომ ტრავმატიზმის წესიერათ შესწავლისათვის საჭირო არის, რომ ყოველ მუშას ჰქონდეს სპეციალური წიგნაკი, სადაც უნდა იწერებოდეს მის მიერ მიღებული ყოველნაირი ტრავმა.

პროფ. ვარშავსკის თავის მოხსენებაში მოჰყავს 400 შემთხვევა თვალის ტრავმატიული დაზიანებისა. მისი სტატისტიკით თვალის დაზიანება შეადგენს 13%, სხეულის სხვა ნაწილების ტრავმატიული დაზიანებათა შორის, ლითონის დარღში მომუშავე მუშათა შორის კი — 22,0%.

აღნიშნულ მომხსენებლებმა მიუთითეს იმ ფაქტს, რომ ტრავმატიული დაზიანებათა რიცხვი თანდათან მატულობს. „Травма не наша вина, а наша беда“, ამბობდნენ მომხსენებლები. მათ აღნიშნეს აგრეთვე პროფესიონალური ტრავმატიზმის შინაგანი და გარეშე მიზეზები. შინაგანი მიზეზთა შორის დასახელებული იყო მუშების დაქანცვა, მუშათა ხელის დაბალი კვალიფიკაცია. იქ. შიბავეის მიერ გარეშე მიზეზთა შორის აღნიშნული იყო მანქანების გაცვეთა, ახალი სისტემის მანქანების უქონლობა, მუშაობის დროს წესიერი კონტროლის არ ყოფილა და სხვა.

როგორც სჩანს წაკითხული მოხსენებებიდან, აშკარა ხდება ერთი რამ, რომ ყრილობამ ტრავმატიზმის საკითხს მიაქცია სერიოზული ყურადღება. ამ საკითხს აქვს დიდი მნიშვნელობა ბაქოს რაიონის მუშების ჯანმრთელობისათვის და იმიტომ ეს საკითხი იყო წამოყენებული ყრილობის მიერ ცენტრალური საკითხთა. მომხსენებლები მიგვიითებდნენ იმაზე, რომ საჭიროა საჩქაროთ რაიმე ზომების მიღება სხვადასხვა უბედურ შემთხვევათა მოსასობლათ, რომელთა რიცხვი თანდათან უფრო და უფრო მატულობს. ეს ზომები საჭიროა ორმოცდა ათი ათასი მუშების ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფათ, რომელნიც მუშაობენ ნავთის მრეწველობაში.

თუ ყრილობის პირველი სხდომა მოუხდა იმ საკითხის გინხილვას, რომელიც დაკავშირებული არის მრეწველობასთან, მეორე სხდომა მოანდომეს სოფლის საქობოროტო საკითხების განხილვას.

ჩვენ აღნიშნავთ მოხსენებათა მთელ ჯგუფს, რომელთაც დაახასიათეს ქირურგიული დახმარების საქმის დაყენება სოფელში. ამთ ეკუთვნის პროფ. ეჩჩეკის (ეროვანი) მოხსენება: „ქირურგიული დახმარების საქმის დაყენების საზოგადო მიმოხილვა სომხეთში“, ექ. ზახარაინისა (ბაქო): „ახერბეიჯანის მაზრებში ქირურგიული დახმარების საქმის დაყენების შესახებ“, ექ. კარტაშვილისა (სოხუმი): „აბხაზეთის მაზრებში ქირურგიული დახმარების საქმის დაყენების შესახებ.“ აღნიშნულ მოხსენებებთან ერთად წაკითხული იყო საინტერესო მოხსენება პროფ. ზდროდოვსკისა (ბაქო): „მალტიის ციების დროს ქირურგიული გართულებათა შესახებ.“

ყველა ამ მოხსენებებმა, რომელნიც შეიცავდნენ ბევრ მასალას, გამოიწვიეს გაცხოველებული კამათი.

ამ მოხსენებების მოსმენის და მათ მიერ გამოწვეულ სჯა-ბასის შემდეგ ყველასათვის აშკარა იყო, რომ ამიერ-კავკასიის სამთავე რესპუბლიკაში ქირურგიული დახმარების საქმე თითქმის ერთნაირ მდგომარეობაში ყოფილა: დიდი სამრეწველო ქალაქებში საქმე შედარებით კარგათ არის დაყენებული, მაზრებში კი საქმე გაცილებით ცუდათაა ამ მხრივ. მაზრებში ქირურგიული პუნქტების რიცხვი ცოტაა, ექიმთა ნაკლებობა და სხვა. მაგ. ახერბეიჯანში, სადაც მოსახლეობა უდრის 2.170 000 (აქედან 370,000) მოსახლეობისა მოდის მარტო ქ. ბაქოზე) მიიღეს შემდეგი შეფარდება: ბაქოში 1 საავადმყოფოს საწოლი მოდის 150 სულზე, მაზრაში კი ერთი საწოლი მოდის 2.200 კაცზე მოსახლეობისა.

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ მოხსენებათა განხილვის შემდეგ, ყრილობა აღნიშნავს იმ გარემოებას, რომ, მართალია, ქირურგიული და საზოგადოთ საქიმო დახმარება ეხლა ამიერ-კავკასიის მაზრებში თითქოს მოწყობილია, მაგრამ საქმე ჯერ მაინც იმყოფება მხოლოდ ჩასახვის მდგომარეობაში, ამიტომ დრო არის მიემართოთ სოფელს ლოზუნგით: „Ножом к деревне“ (როგორც ეს აღნიშნა ერთ-ერთმა მომხსენებელმა).

ყრილობამ გამოსთქვა იმედი, რომ იგი შესძლებს გაატაროს ცხოვრებაში შესაფერისი ინსტანციათა საშუალებით ყრილობის ყველა დადგენილებანი ამ საკითხის შესახებ.

ამავე სხდომაზე შემდეგი განსაზილველი საკითხი იყო, საკითხი გაახალგაზრდადებისა ანუ შტეინახ-ვორონოვის ოპერაციისა. აქ უნდა აღნიშნოთ პროფ. მილმანის საინტერესო მოხსენება (ბაქო): „მოხუცებულობის მიზეზთა საკითხი უკანასკნელი გამოკვლევათა შესახებ გაახალგაზრდადების ოპერაციისთან დაკავშირებით“, და ექ. ე. ჯაფარიძისი (ტფილისი): „შტეინახ-ვორონოვის ოპერაციის შედეგები პროპედევტიული კლინიკის მასალების მიხედვით.“

როგორც სჩანს პროფ. მილმანის მოხსენებიდან, სიბერე არის პირველადი ვეგეტატიური ცენტრების და მეორედი ენდოკრინულ სისტემათა გაცვეთის შედეგი და ამიტომ მოხუცის გაახალგაზრდადება რაიმე ოპერაციის ზეჯავლენით შეუძლებელია.

აღნიშნული მოხსენებებმა გამოიწვიეს გაცხოველებული და ხანგძლივი კამათი. საერთოდ ემჩნეოდა აზრთა სხვა და სხვაობა, მაგრამ მეტი წილი კამათში მონაწილეთა უარყოფდა აღნიშნული ოპერაციის დიდ რაიმე პრაქტიკულ მნიშვნელობას. მაგრამ იყვნენ ისეთებიც, რომელთა მხარე იცხადებდნენ, რომ, თუ 10 ოპერაციაში ერთი მაინც იძლევა კარგ შედეგს, ესეც უნდა ჩაითვალოს დიდ მიღწევათა. პროფ. ვოზნესენსკიმ (როსტოვი) თავისი გამოსვლა გახალაგებდა რდავების საკითხში დაათავა შემდეგი სიტყვებით: „Мы знаем лишь один случай омоложения, это когда Мефистофель омолодил Фауста. Но это было лишь в мечтах поэта.“

ამ საკითხის შესახებ ყრილობამ გამოიტანა შემდეგი დასკვნა, რომ შტეინან-ვორონოვის ოპერაციით გატაცება უკვე ნელდება, ამიტომ საჭიროა, რომ ის მეთოდები, რომლებიც ჯერ არ გამოხლან ექსპერიმენტის ფარგლებიდან, არ იყოს გატანილი გარეთ—ბაზარზე.

18 დეკემბერს დილის სხდომაზე ყრილობა შეუდგა მეორე საპროგრამო საკითხის განხილვას: „ეზინოკოვის დაავადებანი.“

მოხმენილი იყო მთელი რიგი საინტერესო მოხსენებებისა, როგორც ექ. კალანტაროვას (ერევანი): „ეზინოკოვი, მისი ბიოლოგია და მისი გავრცელება სომხეთში“, ექ. ტერ-ნერსესოვის (ტფილისი): „ეზინოკოვის დაავადების საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა და მისი ოპერატიული მკურნალობა“, ექ. ტოპჩიბაშვილის (ბაქო): „ეზინოკოვის ქირურგიისათვის“, პროფ. ფინკელშტეინის (ბაქო): „მუცლის ღრუს მრავლობითი ეზინოკოვი და ნალღის სადინარების ეზინოკოვი“, ექ. ევოიანის (ბაქო): „ეზინოკოვი ბაქოს სამრეწველო რაიონში“, ექ. მელკონიანის (ლენინაკანი): „ეზინოკოვის დაავადებანი ლენინაკანის სამკურნალოს მასალების მიხედვით“ და ექიმი სტეპანიანის (ბაქო): „ეზინოკოვის დაავადებანი შავი ქალაქის საავადმყოფოს მასალებით.“

როგორც სჩანს წაკითხული მოხსენებებიდან, ეზინოკოვის დაავადება ძლიერ გავრცელებული ყოფილა ამიერ-კავკასიის სამივე რესპუბლიკაში. მაგ. ექ. კალანტაროვამ აღნიშნა სომხეთში ზოგიერთი ადგილები, სადაც ეზინოკოვით დაავადება ეპიდემიურათ ყოფილა გავრცელებული. ყრილობამ ჯეროვანი ყურადღება მიაქცია ამ საკითხს და საჭიროთ სცნო შესაფერისი პროფილაქტიური ზომების მიღება, როგორც ძალღების გამრავლებასთან ბრძოლა, საზღვრებზე საქონლისათვის კარანტინების დაარსება და სხვა.

18 დეკემბერს საღამოს სხდომაზე განხილული იყო საკითხები, დაკავშირებული ღვიძლის, კუჭის და თიაქრების ქირურგიისათან.

პირველად მოხმენილი იყო პროფ. ს. პ. ფეოდოროვის (ლენინგრადი) მოხსენება: „ხლოეციისტიტის ატიპური მიმდინარეობის შესახებ“ შემდეგი მოხსენებები იყო ექ. ფროლოვის (ბათომი): „ნალღის ბუშტუს ანთების შემთხვევათა მიმოხილვა, რომელთა ოპერაციები გავრცელებული იყო აჭარისტანის მთავარ საავადმყოფოში უკანასკნელი 7 წლის განმავლობაში“, ექ. პოდ-ზოლოვის (ბათომი): „კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის იარები“, საინტერესო მოხსენება ექ. იუზ-ბაშვილის (ბაქო): „კუჭის იარების წარმოშობის და დიაგნოსტიკის საკითხისათვის“, ექ. მამიკონის (ბაქო): „კუჭის იარების ქირურგიული მკურნალობის შესახებ“, პროფ. სტრუნიკოვის (კრანსოდარი): „ჭიბუნდა თიაქარი, როგორც ეთიოლოგიური მომენტი კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის იარების განვითარებაში“, ექ. ნემსაძე (ტფილისი): „რადიკალური თიაქარკვეთა ექ. კილოსანიძის მეთოდით“ და ექ. ტყავაძის (ტფილისი): „მუცლის კედლის კუნთოვანი პლასტიკის საკითხისათვის პროპედევტიული კლინიკის მასალებით.“ უკანასკნელი მოხსენება ეკუთვნოდა ექ. მალხასიანს (ბუხარა): „ავადმყოფთა კუჭ-ნაწლავის მომზადების შესახებ ოპერაციისათვის.“

19 დეკემბერს მესამე საპროგრამო საკითხათ განსახილველი იყო „ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი“

ამ თემაზე წაკითხული იყო შემდეგი მოხსენებები: ექ. პონდოვის (ტფილისი): „თანამედროვე სწავლა ენდემიურ ჩიყვზე, მისი თერაპია და პროფილაქტიკა“, ექ. ასლანიშვილის (ტფილისი): „ჩიყვის გავრცელება სვანეთში (სტატისტიკური მასალა)“, ექ. ტოპჩიბაშვილის (ბაქო) „ოპერაციის შემდეგ განვითარებულ ტეტანის მკურნალობის საკითხისათვის და ფარისებრი ჯირკვლების გადანერგვის ზოგიერთი ცდების შედეგების შესახებ“ და ექ. გიგოლოვის (ტფილისი): „ჩიყვი ტფილისის 1-ლი საავადმყოფოს მასალების მიხედვით.“

ამ მოხსენებათა შორის უნდა აღვნიშნოთ ექ. ასლანიშვილის შრომა, რომელმაც შესწოლ კარგად დამუშავებინა სევანეთში შეკრებილი სტატისტიკური მასალა, ყრილობას უჩვენა ადგილზე გადაღებული იშვიათი თავისი სიდიდით ჩიყვის ფოტოგრაფიული სურათები.

ექ ტაჩიბაშვილის მოხსენება არის საინტერესო, როგორც წმინდა ექსპერიმენტალური ხასიათის ნამუშევარი. მან კ შემთხვევაში ფარისებრი ჯირკვლის პარენქიმის გადაწერვით მიიღო მოსპობა ოპერაციის შემდეგ განვითარებულ ტეტანისა.

ამავე სხდომაზე განხილული იყო მოხსენებები შარდ-სასქესო სისტემის შესახებ.

ამ თემაზე გააკეთეს მოხსენებები პროფ. კეჩეკა (ერევანი): „შარდ-ბუშტის კენკის ავადმყოფობა სომხეთში“, ექ. კილოსანიძემ (ტფილისი): „შარდ-ბუშტის კენკები და მათი გავრცელება საქართველოში“, ექ მირ-კასიმოვმა (ბაქო.) „შარდ-ბუშტის კენკის ავადმყოფობის გავრცელების შესახებ აზერბეიჯანში“, ექ. ჯიბუტიმ (ტფილისი): „თირკმელების კენკები და მათი გავრცელება საქართველოში.“ პროფ. ვოზნენსკიმ (როსტოვი): „შარდ საწვეთის კენკები“, ექ. გალბერშტეინმა (როსტოვი): „თირკმელების დაავადებათა რენტგენო-დიაგნოსტიკა პიელოგრაფიის მეთოდით“, ექ. მამიკონოვმა (ბაქო): „თირკმელების ქირურგია შავი ქალაქის საავადმყოფოს მასალების მიხედვით“, ექ. წულუკიძემ და ექ. მასისურაძემ (ტფილისი): „შარდსაწვეთების ანომალიები“ და ექ. თოდაძემ (ტფილისი): „შარდსადინარის შევიწროებათა მკურნალობის მეთოდები.“

პროფ. კეჩეკის, ექ. კილოსანიძეს, ექ მირ-კასიმოვის მოხსენებებიდან სჩანს, რომ კენკით ავადმყოფობა თითქმის ერთნაირად არის გავრცელებული ამიერ-კავკასიის სამივე რესპუბლიკაში და თითქმის 6-ჯერ მეტია სხვა ადგილებში მიღებულ პროპორციებზე; იმ დროს, როცა თვით ბაქოში 150 ავადმყოფზე მოდის 1 კენკით დაავადებული, სომხეთში (პროფ. კეჩეკის სტატისტიკით) და საქართველოშიც 1 მოდის 25 ავადმყოფზე.

ექ. კილოსანიძეს აწერილი აქვს 336 შარდის ბუშტის კენკით დაავადების შემთხვევა.

ამ თემაზე შინაარსიანი მოხსენება იყო აგრეთვე ექ. ჯიბუტისა. ავტორს მოჰყავს სტატისტიკური ცნობები, შეგროვილი მის მიერ ტფილისის საავადმყოფოებიდან, კლინიკებიდან, რესპუბლიკის ზოგიერთი ქალაქების და მაზრების საავადმყოფოებიდან, სასექციო მასალა პროზექტურიდან და ჰოსპიტალიურ ქირურგიულ კლინიკის 29 ნეფროლიტაზის შემთხვევა შვიდი წლის განმავლობაში (1919—1925 წლის.) სულ მოხსენებელს შეუგროვებია 81 ნეფროლიტაზის შემთხვევა, ადარებს გატარებულ ავადმყოფთა საერთო რიცხვს, რომელიც უდრის 28.494 — პროცენტულად კი—0,28%. სხვა დასკვნებთან ერთად აღნიშნავს, რომ ნეფროლიტაზი არ ჩაითვლება საქართველოში გავრცელებული დაავადებათა.

ექ. მამიკონოვს თავის მოხსენებაში მოჰყავს 67 შემთხვევა თირკმელების ქირურგიული დაავადებისა.

საინტერესო მოხსენება იყო ექ. წულუკიძის და ექ. მასისურაძის: „შარდსაწვეთების ანომალიები.“

აღვნიშნავთ აგრეთვე ექ. თოდაძის მოხსენებას, სადაც ავტორს მოჰყავს შარდსადინარის შევიწროებათა მოსასპობლათ მის მიერ დამუშავებული ახალი ოპერატიული მეთოდი, რომლის დროს არ არის საჭირო შარდისთვის ხელოვნური გზის მიცემა და მასთან დაჩირქებაც საშიშროებას არ წარმოადგენს.

სალამოს სხდომაზე წაითხული იყო მოხსენებები გინეკოლოგიიდან, მენობიდან და ანესტეზიის შესახებ.

აქ უნდა აღვნიშნოთ პროფ. ილინის (ბაქო) მოხსენება: „საშვილოსნოს კიბოს ოპერატიული მკურნალობის შედეგების შედარება რენტგენით და რადიუმით წამლობის შედეგებთან“ და ექ. ხაზარაძის (ტფილისი) მოხსენება: „ხერხემლის ტვინის ანესტეზია.“

ექ. ხაზარაძეს თავისი მოხსენებაში მოჰყავს ჰოსპიტალურ ქირურგიული კლინიკის მასალები 6 წლის განმავლობაში. სულ გაკეთებული იყო 6.048 ოპერაცია, ამათში 1.000 გატარებული იყო ზურგის ტვინის ანესტეზიის ქვეშ, რაც შეადგენს 16,4%. 28 შემთხვევაში ანესტეზია არ იყო მიღებული (2,8%), ხერხემლის ტვინის არხში ვერ შევიდნენ 6 შემთხვევაში (06%); გართულებებიდან ოპერაციის დროს აღნიშნულია: პირის ღებინება 20 შემთხ. (2%), გულის რევა 18 შემთხ.. (1,8%); გართულებებიდან ოპერაციის შემდეგ აღნიშნულია: 1 შემთხ. ქვედა



კიდურების პარეზი, რომელიც გავრძელდა 7 დღე; 23 შემთხვევაში თავის ტვინილი (1-3 დღის განმავლობაში)—2,3%; სიცხის აწევა 103 შემთხ. (10,93%). საერთო დასკვნა: ზურგის ტვინის ანესტეზია, წესიერათ გაკეთებული, იძლევა უფრო ნაკლებ გართულებას, ვიდრე ზოგადი ნარკოზი. წინააღმდეგ ჩვენებათ ზურგის ტვინის ანესტეზიისადმი ავტორი სთვლის: ხერხემლის სვეტის, ზურგის ტვინის და მისი გარსების დაავადებას, ისტერიას, ნევრასტენიას, ზურგის ფურუ-ნკულიოზს, აგრეთვე ბავშვთა ასაკს 14 წლამდე.

კვირას, 20 დეკემბერს, წაკითხული იყო მოხსენებები მე-4-ე საპროგრამო საკითხზე: „ელენთის დაავადებანი.“

ამ თემაზე ყველაზე საინტერესო მოხსენება წაკითხა ექ. ფაერმანმა (ბაქო, პროფ. ფინკელშტეინის კლინიკიდან): „სპლენომეგალიების კლინიკის და პათოლოგიური ანატომიის შესახებ“. მოხსენება იყო ძლიერ შინაარსიანი, მასალა დამუშავებული აქვს 74 ავადმყოფზე, რომელიც შესწავლილი ჰქონდა კლინიკურათ და ლაბორატორულათ როგორც ოპერაციის წინ, ისე ოპერაციის შემდეგ. თავისი მასალის მიხედვით, ავტორი მიდის იმ დასკვნამდე, რომ სპლენექტომია იძლევა უფრო კარგ შედეგს სპლენომეგალიების ისეთი შემთხვევებში, როცა სისხლში აღინიშნება ღრმა პათოლოგიური ცვლილებები. მომხსენებელმა უჩვენა ყრილობას სპლენომეგალიის რამოდენიმე შემთხვევა, მათ შორის ერთი იყო უზარმაზარი, იგი იწონდა 18 გირვანქას.

ნერვული სისტემის შესახებ საინტერესო მოხსენება გააკეთა ექ. მუჟანაძემ (ტფილისი): „ბრონქიალური სულისხუთვის ოპერატიული მკურნალობა კიუშემლის წესით“ და ექ. ველახოვმა (ბაქო): „ქირურგიული ალგოლაგნიის ფსიქო-ანალიზის ცდა.“

ექ. ველახოვმა მოიყვანა შემთხვევა, როცა ერთმა ქალმა ოპერაციისადმი მისწრაფებით სხვა და სხვა ექიმებს გააკეთებინა 13 სხვადასხვა ოპერაცია.

ტუბერკულოზის საკითხზე კარგი მოხსენება გააკეთა ექ. ზეჩინაშვილმა გ. ა (ტფილისი): „ქირურგიული ტუბერკულოზის წამლობის შედეგები იოლ-იოდოფორმის ემულსიით.“

ამავე სხდომაზე წაკითხული იყო კიდევ მრავალი მოხსენებები, რომლებიც შეეხებოდნენ კრილობების მკურნალობის საკითხს.

აქ უნდა აღვნიშნოთ ექ. მ. ლ. ფაერმანის (ბაქო) მოხსენება: „კრილობების უტამპონოთ მკურნალობის შესახებ; ავტორი თავისი მასალის მიხედვით მისულა იმ დასკვნამდე, რომ შერჩეულ შემთხვევებში კრილობების ყრუთ დახურვა იძლევა ძლიერ კარგ შედეგებს.

დანარჩენი მოხსენებებიდან აღსანიშნავია ექ. გაჩეჩილაძეს (ტფილისი) მოხსენება: „აპენდიციტების საკითხისათვის ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკის მასალების მიხედვით.“

მოხსენებების გათავების შემდეგ, ყრილობის საორგანიზაციო ბიუროს თავმჯდომარემ და ყრილობის მოწვევის ინიციატორმა პროფ. ბ. კ. ფილკელშტეინმა წარმოსთქვა საბოლოო სიტყვა, რომელშიც დაახასიათა ყრილობის მიუშაობა. ყრილობაში მონაწილეობა მიუღია 570 კაცს, ამათში 420 იყო ყრილობის ნამდვილი წევრი. სხვა ქალაქებიდან ჩამოსული იყო 85 წევრი. სულ წამოყენებული იყო 128 მოხსენება, მაგრამ დროს უქონლობის გამო წაკითხული იყო მხოლოდ 100 მოხსენება (ამათში 47 მოხსენება გააკეთეს ქ. ბაქოს ექიმებმა). პროფ. ფინკელშტეინი მიუთითებს იმ გარემოებას, რომ ყრილობა იყო ძლიერ ნაყოფიერი მოხსენებათა რაოდენობით და მათი შინაარსით. ყველა საპროგრამო საკითხები განხილული იყო საკმარისი სისრულით და თითქმის ყველა საკითხზე წაკითხული იყო მთელი რიგი შინაარსიანი მოხსენებებისა. მაგრამ ამ საკითხებში ყველაზე უფრო სერიოზული ყურადღება მიაქციეს ბაქოს სამრეწველო რაიონის პროფესიონალურ დაავადებას. ყველა ეს გარემოება ლაპარაკებს იმაზე, რომ მომავალში საჭირო არის მთელი რიგი ამიერ-კავკასიის მაშტაბში ასეთი ყრილობების მოწვევა. ამიტომ ყრილობის საორგანიზაციო ბიურომ სხვა ქალაქებიდან ჩამოსულ პროფესორების მონაწილეობით გადასწყვიტა, რომ ერთი წლის შემდეგ (1926 წლ. დეკემბერში) მე-2-ე ყრილობა მოწვეული იყვნენ ქ. ტფილისში. ამიერ-კავკასიის დასტაქართა მომავალი მე-2-ე ყრილობის საორგანიზაციო ბიუროს თავმჯდომარეთ არჩეული იქნა პროფ. მუხაძე. მე-2-ე ყრილობის საპროგრამო საკითხებთ დასახული იყო: ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებანი, ქირურგიული დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში, კუჭ-ნაწლავის ქირურგია.

ყრილობამ გამოიტანა შემდეგი დასკვნები:

ქ. ბაქოს სამრეწველო რაიონის ტრავმატიზმის მეცნიერულათ შესწავლისათვის საჭიროა ბაქოში დაარსებული იქნეს ტრავმატოლოგიური ინსტიტუტი; ინსტიტუტის დაარსებამდე სასწრაფოთ საჭიროა ქ. ბაქოში გადიდებული იყვეს ქირურგიული საწოდების რაოდენობა. საზოგადოთ ყრილობამ საჭიროთ სცნო მიაქციოს სათანადო ორგანიზაციათა ყურადღება სხვადასხვა უბედურ შემთხვევათა რიცხვის მომატებას.

შემდეგ ყრილობამ მიაქცია ამიერ-კავკასიის რესპუბლიკების ჯანმრთელობის კომისარიატთა ყურადღება იმ გარემოებას, რომ ამიერ-კავკასიის მაზრებში საექიმო დახმარება ჯერ კიდევ ვერ არის დაყენებული ჯეროვან სიმაღლეზე. ასეთი მდგომარეობის გამო შინაური ექიმობა სოფელში ძლიერ არის ფეხ-მოკიდებული.

საყურადღებოა აგრეთვე ის დადგენილებანი, რომელიც ყრილობამ გამოიტანა გინეკოლოგიის და მეანობის საკითხებთან დაკავშირებით. სხვათა შორის, ყრილობამ საჭიროთ სცნო რიცხვის შემცირება იმ აბორტებისა, რომლებიც კეთდებიან სხვადასხვა სოციალურ მიზეზების გამო.

ამის შემდეგ სიტყვა აკუთენეს ყრილობის საპატიო თავმჯდომარეს პროფ. ს. პ. ფეოდოროვს, რომელმაც ყრილობა კარგი მზრით დაახასიათა.

დასასრულს ყრილობამ გაუგზავნა მისაღმება ამიერ-კავკასიის მთავრობის წარმომადგენლებს და მადლობა გამოუცხადა გაწეული დახმარებისათვის ამ ყრილობის მოწვევის საქმეში. ამით დასრულდა უკანასკნელი სხდომა.

ექ. გ. ფავლენიშვილი.

1925 წ. ს ა რ ჩ ე ვ ი.

თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

ჟურნ. № გვერდ.

ალადაშვილი ა. ბორჯომის მინერალური წყლების რადიოაქტიული თვისება.	1	1
„ ფილტვების ტუბერკულოზის დასაწყისი ფორმების დიაგნოსტიკა.	5	271
ანდრიაძე ნ. ვენაში შეზღაპუნებული ქინაქინის ზეგავლენა მალარიის პლაზმოდებზე	8	491
„ სასუნთქი ორგანოების ავთვისებიანი ხორცმეტები.	2	87
ანთელავა ნ. თირკმელის კაპსულის რეტრო-პერიტონიალური შერეული ხორცმეტის შესახებ	8	514
ახმეტელი ი. Albèe-ს ოპერაცია, როგორც ტუბერკულოზური სპონდილიტის წამლობის კონსერვატიული წესი.	2	121
ბერინოვა — კუჭაიძისა ს. ოთხი ნაყოფით მშობიარობის კაზუსის-ტიკისათვის	8	541
„ ორსულობის შემთხვევა ორმაგ საშვილოსნოში.	2	128
გაბისონია ა. შემთხვევა Periostitis syphil. secundaria ossis frontalis	8	552
გაგუა გ. თიაქრები და მათი წამლობა ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკის მასალების მიხედვით.	8	520
გეგეჭკორი ნ. და კეთილაძე ს. შაქრის რაოდენობის განსაზღვრა სისხლში მარტივი მეთოდით.	3 — 4	190
გელოვანი გ. შარდის ბუშტის საზარდულის თიაქრის კაზუსისტიკისათვის.	10 — 11	640
გიგინეიშვილი ი. კუჭის ავზნიანი ხორცმეტის ადრეული დიაგნოსტიკა Wolff—Jungans-ის რეაქციით.	3 — 4	179
გიგინეიშვილი ი. და კობიაშვილი თ. ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელება გურიის ზოგიერთ სოფლებში.	10 — 11	577
დგებუაძე ა. შემთხვევა ეკლამპსიის დროს სიბრმავისა	10 — 11	646
დიდებულიძე გ. ნაწლავების პარაზიტების გავრცელება	8	498
ელაიშვილი ლ. Raubitschek-ის და Kamnitzer-ის ორსულობის ამოსაცნობ რეაქციათა შესახებ	3 — 4	219
ზაქარაია ე. ადგილობრივი ანესტეზიის შესახებ	6 — 7	400



თიკანაძე ი. ნადვლის ბუშტის კენჭების გამო ქირურგიულ ჩარევისათვის.	3— 4	194
თოღაძე ე. ნაწლავთა კანქვეშა დაზიანების რამდენიმე შემთხვევა.	1	46
„ შარდ სადინარის შევიწროების წამლობის საკითხის შესახებ	6— 7	412
იაშვილი დ. ჩონჩხის კუნთების შეკუმშვის შესახებ	8	481
კაკოიშვილი ვ. Pes equinus paralyticus	9	475
კანდელაკი ვ. რუდიმენტალურ რქაში ორსულობის ორი შემთხვევა	6— 7	433
კილოსანიძე მ. ქირურგიული ტუბერკულოზი ბავშვის ასაკში	2	107
კოკოჩაშვილი მ. Pleothoracopagus-ის შემთხვევა	9	481
„ კენტი ვენების იშვიათი ვარიანტი	6— 7	349
კულეში ლ. სისხლის ლიმფური ჯირკვლების მორფოლოგიის შესახებ	10—11	572
ლექვაა ს. პისტოლოვიური სტრუქტურის ცვალებადობა შარდის ბუშტში ორსულობის დროს	8	475
ლორთქიფანიძე გ. Coitus-ის დროს საშოს თაღების და შორისის დაზიანებათა კაზუსტიკისათვის	3— 4	211
„ მეტრიტიზი მენობაში	9	521
ლორთქიფანიძე ი. ღვიძლის ეხინოკოკის კაზუსტიკისათვის	2	97
მალაფვი ა. ნაწლავების გაზომვის მეთოდის მოდიფიკაციისათვის	12	709
მამულაიშვილი ა. კირჩხიბის სეროდიაგნოსტიკა Botehlo-ს რეაქციით	12	741
მაქავარიანი ა. ჭიკაძის ნაწლავის დაავადების შესახებ	9	511
მიქელაძე შ. დიაბეტის პათოგენეზი და მისი ინსულინით მკურნალობის პრინციპები	6— 7	354
„ კლინიკური მოვლენები სისხლის მიმოქცევის ორგანოების მხრივ მალარიის დროს	1	14
მუხაძე გ. საშარდე ორგანოების ტუბერკულოზი	1	29
„ ძვლის შეღუღლების და მის დაგრძელების საკითხისათვის	6— 7	397
მჭედლიძე ნ. ცდომილი ელენთის შემთხვევა	6— 7	384
პარმა ი. დიაბეტის ინსულინით მკურნალობისათვის	6— 7	372
რობიტაშვილი კ. ცნობები კონიუქტივიტების ბაქტერიოლოგიის შესასწავლად ჩვენში	8	546
სარაჯიშვილი პ. ნებითი მოძრაობათა პრობლემისათვის ნევროპათოლოგიაში	12	746
ფხალაძე გ. Epididymitis gonorrhoeica-ს gonovaccina-თი წამლობის შესახებ	6— 7	419
ქავთარაძე პ. ნერვულ სისტემის ათაშანგი საქართველოში კლინიკის მასალების მიხედვით	8	556



ლამბარაშვილი გ.	რენტგენის სხივების ე. წ. გამაღიზიანებელ თვისების შესახებ	9	487
„	რენტგენის სხივების ბიოლოგიური მოქმედების შესახებ	12	721
„	ტალახის აბაზანებით მკურნალობის საკითხი- სათვის	5	521
ყიფშიძე ნ.	Balantidium coli და მისი პათოლოგიური მნიშვნე- ლობა	5	283
ყიფშიძე ს.	ბიოლოგიური რეაქციების მნიშვნელობა ნევროპა- თოლოგიაში	10—11	649
შენგელაია გ.	წარმატებით მავალ სიღამბლავის თერაპია	10—11	593
ჩახავა ვ.	მომყოლის და გარსების ნაწილების ჩარჩენა და მათი თერაპია	12	756
ცეცხლაძე ვ.	შემთხვევა ადამიანის დიდი ბადეკონის (omentum majus) ანატომიურ ძდებარეობის თავისებურობისა	10—11	563
წინამძღვრიშვილი მ.	ფილტვის კავერნის ამოსაცნობ ფიზიკურ საშვალებათა დიაგნოსტიკური ღირებუ- ლება	3—4	161
ჭიჭინაძე ვ.	Poyrroea alveolaris	8	533
ხმალაძე ა.	დასავლეთ საქართველოს რკინისგზელთა საბინაო პირობების სანიტარულ დახასიათებისათვის	10—11	627
ხუციშვილი გ.	აპენდიციტების შემთხვევები კლინიკის მასაღე- ბის მიხედვით	9	534
„	ჭიაყელისებრივი დანამატის ტუბერკულოზი	3—4	201
ჯავრიშვილი ა.	ორი ფრიად იშვიათი შემთხვევა პირის ღრუს ლორწოიანა გარსის კონდილომებისა	1	54
„	სიფილისი და მასთან ბრძოლის თანამედროვე მე- თოდები	10—11	620
ჯიბუტი გ.	თირკმლების კენჭებით დაავადება და მისი გავრცე- ლება საქართველოში	10—11	65

საზოგადოებრივი მედიცინა.

აბულაძე ს.	მალარიის ზეგავლენა თელავის მაზრის მოსახლეობის მოძრაობაზე	5	327
თიკანაძე ი.	მუცლის მოწყვეტა სამკურნალო და საზოგადოებ- რივი თვალსაზრისით	1	57
ნაზაროვი დ.	სარწყავი არხები და მათი გავლენა მალარიის გავრ- ცელებაზე ქუთაისის მაზრაში	5	319
ოქროპირიძე შ.	ბრძოლა მალარიის წინააღმდეგ საქართველოში	2	136
ქავთარაძე პ.	პროფესორი შარკო	6—7	V
ყიფშიძე ს.	შესავალი ლექცია	12	683

„სეკარის სიტხე“

ორგანო-თარგმანული ლაბორატორია

„გალენ-მოსკვა“

დამზადებული პროფესორ ბიუხნაჩის მიერ
სახქესო ჯირკვლების ახალი თესლისაგან, ნებადართულია ჯან-
საღკომის მიერ, № 8362

დარიგება წამლის მიღების შესახებ:

ყოველგვარი ნევრასტენია

დაღლილობა, სიბერის გავლენა, მძიმე ავადმყოფობის შემდეგ ორ-
განიზმის სისუსტე, - ტიფის, ინფლუენცას, სიფილისის, მშობიარო-
ბის შემდეგ ავადმყოფობა, არტერიოსკლეროტიული ცვლილებანი მი-
ლებისა. კონსტიტუციონალური ავადმყოფობანი: სისხლნაკლებობა,
ქლექი, დიაბეტი, ხერხემლის გახშობა. ადვილად ითვისებს ყველა.
არავითარი ზიანი არ მოაქვს ამ წამლის ხმარებას. ერიდეთ სიყალ-
ბეს. უსათუოდ მოითხოვეთ მწვანე ბენდეროლით, წარწერით: „კონ-
ტროლ“. სეკარის სიტხე, გენერალური წარმომადგენლობა ამიერ-
კავკასიაში — თბილისი, თავისუფლების მოედანი, № 2 იყიდება სახ-
მედვაჭრობის ყველა აფთიაქების მაღაზიებში, სააფთიაქო სამმარ-
თველოებში და წითელი-ჯვრის აფთიაქებში ამიერ-კავკასიის რეს-
პუბლიკებში. იგზავნება ფოსტითაც, ღირებულების 20 პროც. ბეს
მიღებისთანავე, არა ნაკლებ 4 ფლაკონისა.

— ფასი 2 მან. და 50 კ. ფლაკონი —

წერილები, შეკვეთები და ფული უნდა გამოიგზავნოს შემდე-
გი მისამართით:

კოოპერატივ გალენის ამიერ კავკასიის წარმომადგენლობას, თბი-
ლისი, თავისუფლების მოედანი (ყოფ. თამამშ. პასაჟი) № 2, მე-
ორე სართული, განყ. 30.

Гл. эк. для СССР: Кооператива ГАЛЕН-Москва. Москва ул.
Герцена № 5 отд. 30.





ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА
„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“
в 1926 г.

(XII год издания)

Как и в 1925 г. „Журнал“ будет выходить ежемесячно, книжками в 112 стр. каждая, но, благодаря вновь избранным шрифтам, количество печатаемого материала в каждой книжке будет увеличено в $1\frac{1}{2}$ раза.

В „Журнале“ принимают участие профессора и преподаватели Казанского Университета, Казанского Института для усовершенствования врачей и др. высших школ медицинских С.С.С.Р.

Отв. Редактор проф. *В. С. Труздев.*

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА: на год—6 р., на $\frac{1}{2}$ года—3 р. 50 коп., с пересылкой и доставкой. Для годовых подписчиков допускается рассрочка в 2 (при подписке 3 руб. и к 1 июня 3 р.) и 3 (при подписке 2 р., к 1 апреля 2 р. и к 1 августа 2 р.) срока.

Стремясь возможно облегчить подписку на 1926 год, редакция обращает внимание гр. гр. подписчиков на **ГРУППОВУЮ ПОДПИСКУ** на следующих условиях: 1) групповой считается подписка на количество экземпляров не менее 3; 2) каждый участник группы вносит по 1 рублю в месяц в течение 6 месяцев со дня подписки уполномоченному группой лицу из ее участников; 3) уполномоченный группы пересылает редакции деньги и адреса подписчиков (деньги—ежемесячно) и ведет всю переписку с редакцией; 4) «Журнал» будет высылаться каждому участнику группы отдельно (по желанию в адрес уполномоченного лица).

Требования и деньги направлять по адресу редакции

Г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.

Проспекты высылаются по требованию бесплатно.

38 / 15

ფასი 1 მან.

ქურნალის ფასადი: 1924 წლის სრული კომპლექტი 5 მანეთი.	
ცალკე ნომერი	1 მანეთი
თბმაგი ნომერი	1 მანეთი 50 კაპ.

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველთვიურად დაახლოებით 70-80 გვ. ქურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური წერილები თეორიულ, კლინიკურ და საზოგადოებრივი მედიცინიდან, მიმოხილვები, რეფერატები სამკურნალო მეცნიერების ყველა დარგიდან, სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანგარიში, კორესპონდენციები, ბიბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ქურნალში არ დაიბეჭდება. წერილები უნდა იყოს დაწერილი ერთ გვერდზე ზედმიწევნით გარკვეული ხელით ან მანქანაზე გადაბეჭდილი. რედაქცია იტოვებს უფლებას ხაჭიროების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

რედაქცია სთხოვს პროვინციის ამხანაგებს გამოაგზავნონ ცნობები და კორესპონდენციები პროვინციის სამკურნალო ცხოვრების გასაშუქებლად.

რედაქციის მდივანია—ექიმი **პ. ჭავჭავაძე**—(ყორღანოვის ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რედაქციის და ქურნალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მიიღოს. ქურნალის იანვრის ნომერი უკვე იბეჭდება.

ქურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები—მკურნალნი, საქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში—დ. ჩიჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 41), ბათუმში—პ. გვიგინიშვილი, ლანჩხუთში—ვ. ბარამაძე, სენაკში—ი. ჩხეტია, ხაშურში—გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი)—ა. გრიგოლია, ზუგდიდში—ანთელავა, რომელთაც ქურნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციულ ამხანაგებმა.