

1926



გამოცემის წელი მესამე

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

**№ 3**  
მ ა რ ტ ი  
1926



ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუზის გამოცემა

ტფილისი

# მიიღება ხალის მოწარა 1926 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

## „თანამედროვე მედიცინა“

ჟურნალი გამოვა იმავე პროგრამით, როგორითაც  
გამოდიოდა 1925 წ. განმავლობაში.

ჟურნალში შექმდევი განყოფილებები:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრი-  
ვი მედიცინა, მიმოხილვები, კოხლასკოლენციები, რევი-  
რები, ბიბლიოგრაფია და ჟრნიკა.

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწ.  
უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატო-  
რები, პროვინციელი ექიმები.

1 წლით . . . . .	10 მან.
ჟურნალის ფასია: 1/2 წლით . . . . .	5 მან.
ცალკე ნაშრომი . . . . .	1 მან.

ჟურნალის რედაქცია: { % მახარაძე, მ. მგალობლიშვილი, შ. მიქელაძე,  
პ. ქავთარაძე და ნ. ყიფშიძე.



გამოცემის წელი მესამე.

# თანამედროვე ბედიანა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 3

მ ა რ ტ ი

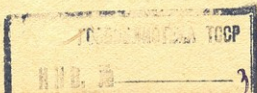
1926

F 2150



ტფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კლუბიდან გამოსცემს

ტ ფ ი ლ ი ს ი



I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

1. გ. ხეჩინიშვილი. ელენთის ელასტიურ ბოჭკოების მდგომარეობის შესახებ ქრონიკულ მალარიის დროს. . . . .	99
2. ნ. გიგეჟკორი. ტუბერკულოზის პრობლემა საქართველოში . . . . .	109
3. ი. გიგინეიშვილი და თ. კობიაშვილი. მისაღები მალარიის გაერცელების შესახებ დასავლეთ გურიაში . . . . .	119
4. ი. ჯავახიშვილი. ტუბერკულოზური ლიმფადენიტების იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობა და ჰემატოლოგიური ცვლილებები ამ მკურნალობის დროს. . . . .	125
5. მ. ტყავაძე. იდიოსინკრაზიის იშვიათი შემთხვევა . . . . .	139
6. ნ. ტურიაშვილი. გლიკოგენის არსებობა საშოს კედელში . . . . .	146
7. ი. ჩარკვიანი. საშვილოსნოს პერფორაციის ოთხი შემთხვევა . . . . .	156
8. გ. ფაველინიშვილი. სახსრების ათაშანგის საკითხისათვის . . . . .	165
9. მ. ფარცვანიძე. როგორ უნდა სწარმოებდეს მალარიასთან ბრძოლა სოფლად. . . . .	179

II. მიმოხილვა:

ა. ახვლედიანი. ბოროტმოქმედების საკითხისათვის . . . . .	187
--	-----

III. წერილი რედაქციის მიმართ . . . . .	205
IV. კორესპონდენციები . . . . .	212
V. ბიბლიოგრაფია . . . . .	230
VI. რეფერატები. . . . .	233
VII. ქრონიკა. . . . .	239



გვერდი 83

ბიბლიოთეკა

## ბ. ხაჩინიშვილი.

ასისტენტი.

### ელენთის ელასტიურ ბოჭკოების მდგომარეობის შესახებ ქრონიკულ მალარიის დროს.

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი.  
გამგე პროფ. გ. ჟღენტი).

ის საკითხი, რომელიც მე დავისახე ამ გამოკვლევის საგნად არის საინტერესო როგორც თეორეტიულად, აგრეთვე პრაქტიკულად.

ჩემთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში ელენთის როგორც ნორმალურ, აგრეთვე პათოლოგიურ მდგომარეობისას, სახელდობრ ქრონიკულ მალარიისას ჰისტოლოგიურ სტრუქტურისა და განსაკუთრებით ელენთის ელასტიურ ბოჭკოების შესახებ ამოწურვითი ცნობები არ მოიპოვება. მაგალითად, კულჩიციის შეხედულებით „ელენთის კაპსულა შესდგება კონებრივ შემაერთებელ ქსოვილისაგან, რომელშიაც შერეულია თითქმის ყოველთვის ელასტიურ ბოჭკოების და წყლთუ-კუნთოვან ელემენტების თვალსაჩინო რაოდენობა“. აქვე იგი განმარტავს, რომ ძალის ელენთაში განსაკუთრებით სჭარბობენ წყლთუ-კუნთოვანი უჯრედები, ამავე დროს „სხვა ცხოველების (ადამიანი, ბაქია), რომლებსაც კაპსულაში ცოტა კუნთები აქვთ, ხარიხების უმეტეს ნაწილს, წარმოადგენს შემაერთებელი ქსოვილი“... იგივე კულჩიცი ამბობს, რომ „როგორც ჩანს უკანასკნელ დაკვირვებებიდან კაპსულა და კაპსულარული ხარიხები ხანდისხან შეიცავენ მოქნილ ნივთიერების თვალსაჩინოდ განვითარებულ ბადურს... რამდენად მეტია კაპსულაში და ხარიხებში წყლთუ-კუნთოვანი ელემენტები, იმდენად უფრო მეტად არის განვითარებული მათში მოქნილი ბადური“. თუ როგორ არის განვითარებული ეს მოქნილი ბოჭკოები ადამიანის ელენთაში რაოდენობის მხრივ, ავტორი არ აღნიშნავს.

პოლიაკოვი კი მხოლოდ გაცვრით აღნიშნავს, რომ ელენთის კაპსულის შიგნითა ზედაპირიდან მისი ცენტროსაკენ მიიმართებიან ამ კაპსულის შემადგენელი ელემენტები, როგორც არის კოლაგენური, მოქნილი და აგრეთვე წყლთუ-კუნთოვანი ბოჭკოები, რომლებიც ჰქმნიან ევრედ წოდებულ ხარიხებს.

Krause სრულიად არ აღნიშნავს ელენთის კაპსულაში და ხარიხებში ელასტიურ ბოჭკოების არსებობას და ამბობს, რომ კაპსულა ადამიანის ელენთისა შესდგება უმეტეს ნაწილად შემაერთებელ ქსოვილისაგან, რომელშიაც ჩართულია წყლთუ-კუნთოვან ბოჭკოების მცირე რაოდენობა.



Kaufmann-ი თავის ცნობილ სახელმძღვანელოში აღნიშნავს მხოლოდ, რომ როგორც ელენთის კაპსულა, აგრეთვე ხარიხები „მდიდარი არიან ფიბროზულ მოქნილ ბოჭკოებით, რომლებშიც შერეულია ძლიერ მცირე რაოდენობა წყლოთ, კუნთოვან ბოჭკოებისა“.

როგორც ჩანს მოყვანილ ცნობებიდან ნორმალურ ელენთაში მყოფ მოქნილ ბოჭკოების შესახებ საკითხი ჯერ კიდევ ჯეროვანად ვერ არის შესწავლილი და ეს უმთავრესად ეხება ამ ბოჭკოების რაოდენობას. რაც შეეხება დაავადებულ ელენთის ელასტიურ ბოჭკოებს იგინი ნაკლებად არიან შესწავლილი და განსაკუთრებით ელენთის ელასტიური ბოჭკოები ქრონიკულ მაღარიის დროს ჩემთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურის მიხედვით სრულიად შეუსწავლელია. მთელი რიგი ავტორების, როგორც ნიკიფოროვი, პოუარისკი, Aschoff-ი Ribbert-ი Kaufmann-ი Ziemann-ი და სხვები სრული სიჩუმით გაუფიქრებლად ელენთის ელასტიურ ბოჭკოების მდგომარეობას მაღარიის დროს. ეს გარემოება რამოდენიმედ ართულებს ჩვენ მიერ დასახულ საკითხის შესწავლას. ამიტომ იძულებული ვხდებით დავეყრდნოთ მხოლოდ საკუთარ დაკვირვებებს.

ჩვენს მიერ ელენთის ელასტიური ბოჭკოების მდგომარეობა ქრონიკულ მაღარიულ სპლენომეგალიის დროს შესწავლილია გაკვეთილ გემებიდან აღებულ ელენთებზე, რომლებშიც, როგორც წინასწარ, — კლინიკურად, — აგრეთვე გასაკვეთ მაგიდაზე აღნიშნულია ეს თუ ის ფორმა მაღარიისა. ერთი შემთხვევის მასალას წარმოადგენს ელენთა, რომელიც მიღებულია ოპერაციის საშუალებით სიცოცხლის დროს. სულ შესწავლილია 15 შემთხვევა.

გადავალთ თვითეულ შემთხვევის ელენთის მიკროსკოპიულ გამოკვლევაზე გაკვეთის ოქმებიდან მოკლე ცნობების მოყვანით.

ყველა შემთხვევების ელენთებიდან აღებულია 2-3-4 ამონაკვეთები კაპსულიანათ. ზოგიერთი ამ ამონაკვეთებიდან გატარებულია ჯერ ფორმალინის 5% ხსნარში, და შემდეგ ჩვეულებრივი წესით ალკოჰოლში, ეთერში და გაჟღენთილია (ველულოიდით; ზოგიერთი ამონაკვეთების ფიქსაცია ნაწარმოებია 95% ალკოჰოლით და შემდეგ დამუშავებულია ზემოდმოხსენებულ წესით. ანათლების შესაღებავად ნახშირია შემდეგი მეთოდები: 1) Erlich-ის ჰემატოქსილინი და წყალ-ალკოჰოლში გაზავებული ეოზინი, 2) Erlich-ის ჰემატოქსილინი + Van-Gilson-ის საღებავი, 3) Orcein-ი, 4) Safranin-ი წინასწარ Erlich-ის ჰემატოქსილინით ბირთვების შეღებვით. დამზადებულ მიკროსკოპიულ პრეპარატების შესასწავლად ნახშირია E. Leitz-ის მიკროსკოპი, ტუბუსის სიგრძე 150 m. m. ocul. № 5 object. № 3 და № 7.

გარდა ნახსენებ 15 შემთხვევისა ჩვენ გავსინჯეთ ელასტიურ ბოჭკოების მდგომარეობის გამოსაკვლევად რამოდენიმე აღამიანის ელენთა, რომელშიც მაკროსკოპიულად და მიკროსკოპიულადაც აღსანიშნავი ცვლილებები არ იყო.

ელენთის ელასტიურ ბოჭკოებზე ლიტერატურაში გარკვეული ცნობების უქონლობის გამო ამ გამოკვლევის შედეგებმა შეგვიმსუბუქეს მსჯელობა დაავადებულ ელენთაში მყოფი ელასტიურ ბოჭკოების მდგომარეობის შესახებ უბრალო შედარების გზით.



შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა I.

გაკვეთის ოქმი № 352. 1923 წ. (ტფილისის I ქალ. საავადმყოფო).

ალ. მ-ლი, მამაკაცი 55 წლის: კლინიკური დიაგნოზი; Moribundus. Status typhosus. პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Bronchopneumonia lobi inferioris utriusque lateris. Tuberculosis lobi superioris pulmonis dextri. Hypoplazia et melanosis malarica lienis. Melanosis hepatis, Nephritis interstitialis chronica. Malaria chronica.

გვამის სისხლიდან გაკეთებულ ნაცხებებში აღმოჩნდა malaria tropica-ს პარაზიტები. ელენთის წონა 352,0.

აღინიშნება საერთოდ კაპსულის გასქელება ნორმისთან შედარებით, იგივე უნდა ითქვას კაპსულისაგან ელენთის პულპაში მიმართული ხარიხების შესახებ. როგორც კაპსულაში, აგრეთვე ხარიხებში აღსანიშნავია სპეციალურ შეღებვის შემდეგ ელასტიურ ბოქოვების რაოდენობის მომატება. ელასტიური ბოქოვები სივრცის და სიმსხვილის მხრივ ერთნაირი არ არის. ბოქოვები ვადახლართულია ერთ-მეორესთან. ელასტიური ბოქოვები მკაფიოდ შეიღება აგრეთვე სისხლის ძარღვების კედლებში. ელენთის ქსოვილში ბლომად არის მელანინის მარცვლები.

შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა II.

გაკვეთის ოქმი № 356. 1923 წ. (ტფილისის I ქალაქის საავადმყოფო).

ბავშვი, ედერობითი სქესის, 2 წლის, ეთერი უ-ნი. კლინიკური დიაგნოზი: Malaria. Enterocolitis chronica.

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: Atrophia fusca musculi cordis. Pleuritis adhaesiva chronica dextra. Hyperplasia et melanosis malarica lienis. Melanosis hepatis. Nephritis parenchymatosa. Colitis follicularis cruposa. Malaria chronica. ელენთის წონა—30,0.

მიკროსკოპიულ გამოკვლევის დროს ელენთის კაპსულა გვეჩვენება ზომიერად გასქელებული. შედარებით კაპსულასთან ელენთის ხარიხები უფრო მეტად არიან გასქელებულნი. როგორც კაპსულის, აგრეთვე ხარიხების უმეტეს ნაწილს წარმოადგენენ ნაზი შეხედულობის დაკლანკილი ბოქოვები, რომელნიც უთუოდ არიან ელასტიური ბოქოვები, რაშიაც ვრწმუნდებით მათი სპეციალურ შეღებვის საშუალებით.

იგივე ხასიათის ელასტიური ბოქოვები, მხოლოდ უფრო მსხვილები მოსჩანს სისხლის ძარღვების კედლებში. საერთოდ ელასტიურ ბოქოვების რაოდენობა, სისხლის ძარღვების კედლებში მყოფ ელასტიურ ბოქოვების გამოწკლისით, წარმოდგენილია მომატებულად. ელენთის ქსოვილში მოსჩანს მელანინის მარცვლების თვალსაჩინო რაოდენობა.



### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა III.

გაკვეთის ოქმი № 363. 1923 წელი. (ტფილისის I ქალაქის საავადმყოფო).  
 ა—ნი. კლინიკური დიაგნოზი: *Malaria tropica. Myocarditis.*

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: *Atrophia fusca musculi cordis. Pleuritis adhesiva chronica dextra. Bronchopneumonia disseminata lobi inferioris pulmonis utriusque. Hyperplasia et melanosis malarica lienis. Melanosis hepatis. Malaria chronica.*

ელენთის წონა—690,0

აღებულ ამონაკვეთებიდან ანათომების მიკროსკოპიულ გამოკვლევის დროს აღმოჩნდა შემდეგი: ელენთის კაპსულა ძლიერ მცირედ არის გასქელებული, ხარისხები თითქმის ცვლილებებს არ წარმოადგენენ (გასქელების მხრივ), ზოგიერთი ხარისხების გამონაკლისით, რომლებიც განიციდან თვალსაჩინო გასქელებას. ელენთის ქსოვილი შეიცავს ზომიერ რაოდენობის მელანინის მარცვლებს. როგორც კაპსულაში, აგრეთვე ხარისხებში მოსჩანს თვალსაჩინო რაოდენობა სხვადასხვა სისქის დაკლანკილი ელასტიური ბოქკოებისა; აქვე აღსანიშნავია ის, რომ კაპსულის პერიფერიულ შრეებში შედარებით მის ცენტრალურ შრეებთან ხედებიან შედარებით უფრო ნაზი დაკლანკილი ელასტიური ბოქკოები.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა IV.

გაკვეთის ოქმი № 364, 1923 წ. (ტფილისის I ქალაქის საავადმყოფო).  
 მამაკაცი 20 წლის ვ—ან ო.

კლინიკური დიაგნოზი: *Malaria chronica. Dysentheria.*

პათოლოგ-ანატომიური დიაგნოზი: *Hydrothorax bilateralis. Oedema pulmonum.*

*Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis dextri. Hyperplasia et melanosis lienis. Melanosis hepatis. Ulcera dysenterica coli (Dysentheria). Malaria chronica.*

ელენთის წონა—520,0

შემთხვევების მიკროსკოპიულ პრეპარატების გამოკვლევამ აღმოაჩინა ელენთის კაპსულის და ხარისხების თვალსაჩინო გასქელება. როგორც კაპსულაში, აგრეთვე ხარისხებში სპეციალური შეღებვის საშუალებით მოსჩანს თვალსაჩინო რაოდენობა მოქნილი, ბოქკოებისა, რომლებიც არ არიან ერთგვარ მოყვანილობის. მოქნილ ბოქკოების რაოდენობა მომატებულია. აღინიშნება მელანინის მარცვლები.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა V.

გაკვეთის ოქმი № 366. 1923 წ. (ტფილისის I ქალაქის საავადმყოფო).  
 მამაკაცი 45 წლის.

კლინიკური დიაგნოზი: *Malaria tropica? Enterocolitis.*





პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი: *Atrophia fusca cordis. Pleuritis adhaesiva chronica bilateralis. Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis dextri. Hyperplasia et melanosis malarica lienis. Melanosis hepatis. Ulcera coli (Dysenteria). Malaria chronica.*

ელენთის წონა—230,0

მიკროსკოპიული სურათი თითქმის იგივე, რაც მე-IV შემთხვევის, მხოლოდ აღსანიშნავია შემდეგი: როგორც კაპსულა, აგრეთვე ხარისები შედარებით მე-IV შემთხვევასთან უფრო მეტად გასქელებულია; ამასთანავე მოქნილი ბოქოების რაოდენობა გაცილებით მეტია, ვიდრე მე-IV შემთხვევაში.

#### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა VI.

გაკვეთის ოქმი № 368. 1923 წ. (ტფილისის I ქალაქის საავადმყოფო) დედრობრითი სქესისა ბავში 15 წლის.

კლინიკური დიაგნოზი: *Malaria tropica. Typhus. abdominalis. Dysenteria.*

პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი: *Atrophia fusca musculi cordis. Pleuritis adhaesiva chronica dextra. Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis utriusque. Degeneratio caseosa glandularum peribronchialim lymphaticarum. Hyperplasia lienis et hepatis. Nephritis parenchymatosa chronica. Tuberculosis intestini ilei (ulcera tuberculosa), Ulcera dysenterica coli (Dysenteria). Malaria chronica.*

ელენთის წონა—215,0

აღნიშნული შემთხვევის მიკროსკოპიული სურათი იგივეა, რაც მე-V შემთხვევაში,

#### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა VII.

გაკვეთის ოქმი № 164 (ტფილისის I ქალაქის საავადმყოფო). მამრობითი სქესის 3 წლის შავში, კ. ა—კო.

კლინიკური დიაგნოზი: *Malaria chronica. Bronchitis acuta. Entero—colitis acuta.*

პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი: *Hydrops pericardii. Atrophia totalis strati subepicardii. Dilatatio passiva ventriculi sinistri cordis. Pleuritis adhaesiva chronica bilateralis. Bronchitis. Hyperplasia glandularum peribronchialium. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Hyperlasia et melanosis malarica lienis. Degeneratio parenchymatosa renum. Entero—colitis ulcerosa (Tuberculosa) Tabes mesoraica. Inanitio. Ascites gravis medii. Meningitis chronica fibrosa. Oedema et hyperaemia piae matris. Oedema substantiae cerebri Hydrocephalus internus et externus. Malaria chronica et kachexa malarica.*

ელენთის წონა—115,0

მიკროსკოპიულმა გამოკვლევამ ამ შემთხვევის პრეპარატებისა აღმოაჩინა იგივე სურათი, რაც მე-VI შემთხვევაში, მხოლოდ აღსანიშნავია ის, რომ მოქნილი ბოქკოები კაპსულაში უფრო მეტია მისი ცენტრალურ შრეებში, ე. ი., კაპსულის იმ ნაწილებში, რომელიც ეხება თვით ელენთის ქსოვილს.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა VIII.

გაკვეთის ოქმი № 53. 1923 წ. (სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი). მამაკაცი 60 წლის, პ. პ—ც.

კლინიკური დიაგნოზი: Malaria tropica.

პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი: Hyperplasia pulpae lienis acuta (malaria tropica). Melanosis lienis et hepatis. Bronchopneumonia bilateralis, Emphysema pulmonis. dextri. Myocarditis chronica fibrosa. Nephritis interstitialis. Hypertrophia prostatae. Haemorrhagiae punctatae cerebri et cerebelli.

ელენთა არ აწონილა

მიკროსკოპის ქვეშ ელენთის კაპსულა მოსჩანს ოდნავ გასქელებულად; ეს გასქელება არათანაბარია ყველა ნაწილებში. ხარიხები შედარებით კაპსულასთან მეტ გასქელებას წარმოადგენენ. როგორც კაპსულის, აგრეთვე ხარიხების სპეციალურ შეღებვის შემდეგ დაერწმუნდით, რომ მათში დიდი რაოდენობაა მოქნილი ბოქკოებისა. ელენთის ქსოვილში გვხვდება თვალსაჩინო რაოდენობის მელანინის მარცვლები.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა IX.

გაკვეთის ოქმი № 57. 1923 წელი (სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ—ანატომიური ინსტიტუტი). მამაკაცი 38 წლის, ალექსანდრე ფ—ვი.

კლინიკური დიაგნოზი: Malaria tropica.

პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი: Hyperplasia pulpae lienis acuta et chronica (malaria). Melanosis lienis, hepatitis et substantiae corticalis cerebri. Haemorrhagiae punctatae et oedema cerebri, cerebelli.

ელენთა არ აწონილა.

მიკროსკოპიულად ელენთის კაპსულა ზომიერად გასქელებულია. ხარიხები კი შედარებით უფრო მეტად. სპეციალურ დამუშავების საშუალებით ირკვევა, რომ კაპსულაში და აგრეთვე ხარიხებში მოქნილ ბოქკოების მომატებული რაოდენობაა, ელენთის ქსოვილში აღინიშნება მელანინის საკმარისი რაოდენობა.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა X.

გაკვეთის ოქმი № 60. 1923 წ. (სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი). დედაკაცი 38 წლის, თ. კ—ძე.

კლინიკური დიაგნოზი: Nephritis perenchymatosa.

Malaria chronica.



პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი: Tumör lienis chronicus (malaria). Nephritis interstitialis. Melanosis lienis, hepatis et substantiae corticalis cerebri. Anaemia universalis.

ელენთა არ აწონილა.

აღნიშნული შემთხვევის მიკროსკოპიულ პრეპარატების მიხედვით გამოირკვა შემდეგი: კაპსულა გასქელებულია არათანაბრად ყველა თავის ნაწილებში. აგრეთვე გასქელებულია ხარიხებიც. როგორც კაპსულაში. ისე ხარიხებში დიდი რაოდენობაა სხვადასხვა სიგრძის და სხვადასხვა სისქის მოქნილი ბოქვოებისა. მელანინი ელენთაში ძლიერ ცოტაა.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა XI.

გაკვეთის ოქმი № 79. 1923 წ. (სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი). ძამაკაცი 22 წლის, ა. ლ—ვი.

კლინიკური დიაგნოზი: Malaria tropica. Nephrosis. Status maniacalis.

პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი: Hyperplasia pulpae lienis chronica. Malaria. Perisplenitis chronica adhaesiva. Enteritis ulcerosa.

ელენთის წონა—310,0.

მიკროსკოპიულად სხვადასხვა ადგილებიდან ამოკრილი ნაჭრები ერთგვარ სურათს არ წარმოადგენენ: ზოგიერთ ამონაკვეთებში ელენთის კაპსულა და ხარიხები თვალსაჩინოდ გადიდებულია, დანარჩენ ამონაკვეთებში კი პირიქით კაპსულა და ხარიხები ზომიერ გასქელებას განიცდიან. რაც შეეხება კაპსულაში და ხარიხებში მოქნილ ბოქვოების რაოდენობას, ივინი თვალსაჩინოდ მომატებულია. ყურადღებას იპყრობს კიდევ ის, რომ კაპსულაში მოქნილი ბოქვოები მოთავსებულია განსაკუთრებით ცენტრალურად. მელანინის ვხვდებით თვალსაჩინო რაოდენობით.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა XII.

გაკვეთის ოქმი № 23. 1923 წ. (სახელმწიფო უნივერსიტეტი პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი). ძამაკაცი 40 წლის, ა. ი—ვი.

კლინიკური დიაგნოზი: Malaria chronica. Ascites.

პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი:

Tumor lienis chronicus (malaria). Perisplenitis chronica fibrosa. Abscessus paranephrii dextri lateris et renis dextri, inde peritonitis serofibrinosa universalis. Hyperplasia lymphoglandularum mesenterialium.

Bronchitis purulenta.

ელენთის წონა—1020,0

ამ შემთხვევიდან დამხადებულ მიკროსკოპიულ პრეპარატებიდან აშკარავდება, რომ ელენთის კაპსულა თვალსაჩინოდ არის გასქელებული, აგრეთვე ხარიხები. კაპსულაში და ხარიხებში შედის მოქნილი ბოქვოები, რომლების რაოდენობა საგრძნობლად მომატებულია. აღსანიშნავია, რომ კაპსულაში მოქნილი



ბოჭკოები მოთავსებული განსაკუთრებით პულპის მახლობლად. მელანინი წარმოდგენილია თვალსაჩინო რაოდენობით. ყურადღებას იპყრობს ელენთის ქსოვილის ამილოიდური გადაგვარება.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა XIII.

გაკვეთის ოქმი № 73. 1923 წ. (სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი), მამაკაცი 40 წლის, ი. ა—ვი.

კლინიკური დიაგნოზი: Peritonitis tuberculosa, Ascites. Grrrhosis hepatis.  
 პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი:

Splenitis chronica, Peritonitis adhaesiva chronica diffusa. Abscessus incapsulati regionum subdiaphragmatici dextri lateris, hypogatrici utriusque lateris.

ელენთა არ აწონილა.

კაპსულა ზედიწვევით გასქელებულია, მხოლოდ არათანაბრად სხვადასხვანაწილებში, ხარიხები ძლიერ გასქელებულია. რაც შეეხება მათ შემადგენლობას, სათანადო სპეციალურ შეღებვის საშუალებით ირკვევა, რომ ივინი შეიცავენ ძლიერ ბევრ მოქნილ ბოჭკოებს, რომლებიც კაპსულაში დალაგებულია მისი ცენტრალურ ნახევარში, ხარიხებში კი საერთოდ ყველგან. მელანინი საკმაო რაოდენობით გხვდება მხოლოდ ზოგიერთ პრეპარატებში.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა XIV.

გაკვეთის ოქმი № 86. 1923 წ. (სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიური ინსტიტუტი). დედაკაცი ლ—ვა.

კლინიკური დიაგნოზი: Psychosis praesentis. Inanitia.

პათოლოგ—ანატომიური დიაგნოზი.

Atrophia universalis. Tumor lienis chronicus.

ელენთა არ აწონილა.

მიკროსკოპიულად ელენთა წარმოადგენს შემდეგ ცვლილებებს: კაპსულა საკმაოდ გასქელებულია არათანაბრად ყველა თავის ნაწილებში, აგრეთვე გასქელებულია ხარიხებიც. როგორც პირველის, აგრეთვე უკანასკნელების შემადგენლობაში საკმაოდ ბლომად შედიან მოქნილი ბოჭკოები, აღსანიშნავია, რომ მოქნილ ბოჭკოების დალაგება არ არის ერთგვარი კაპსულის სხვადასხვა ნაწილებში. მელანინი არის წარმოდგენილი თვალსაჩინო რაოდენობით.

### შ ე მ თ ხ ვ ე ვ ა XV.

I ქალაქის საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ოპერაციის საშუალებით ამოკვეთილი ელენთა.

კლინიკური დიაგნოზი: Splenomegalia. აღნიშნული შემთხვევის მიკროსკოპიული გამოკვლევის საშუალებით ირკვევა, რომ ელენთის პატრონი არის შეპყრობილი ქრონიკული მალარიით, რის გამო, როგორც კასულა, აგრეთვე ხარბები განიცდიან საგრძნობელ გასქელებას, გარდა ამისა კასულა წარმოადგენს კვანძოვან გასქელებას. კასულის ცენტრალური შრეები და ხარბები საერთოდ შეიცავენ მოქნილ ბოჭკოების თვალსაჩინო რაოდენობას. ელენთის ქსოვილში ბლომად არის მელანინი.

როგორც ჩანს მოყვანილ შემთხვევების ელენტების მიკროსკოპიულ სურათიდან ელენტაში ქრონიკულ მალარიის დროს მოქნილ ბოჭკოების რაოდენობა მოპატებულია თვალსაჩინოდ. ბოჭკოების რაოდენობა იმდენად უფრო მეტია, რამდენადაც მეტია ელენთის საერთო წონა; ამაში გვარწმუნებს შემთხვევები XII, III, IV, V. ამასთანავე უნდა აღვნიშნოთ, რომ თუმცა ელენთის წონა არ აღემატება 30,0 (შემთხვევა II) მოქნილ ბოჭკოების რაოდენობა მაინც მომატებულია თვალსაჩინოდ.

ამ მოქნილ ბოჭკოების რაოდენობის მოპატებას უნდა ჰქონდეს, რასაკვირველია, ერთგვარი მიზანშეწონილება, რომელიც, ვფიქრობთ, გამოიხატება იმაში, რომ აღნიშნული მოქნილი ბოჭკოები მათთან ერთად მყოფ წყლეთ—კუნთოვანი უჯრედები აწარმოებენ მალარიისაგან გადიდებულ ელენთის დაპატარავებას შესაფერი შემთხვევების დროს.

ამნაირად დასაშვებია, რომ მოქნილ ბოჭკოების ზრდა-გამრავლებას ელენთის გადიდებასთან ერთად ქრონიკულ მალარიის დროს აქვს მჭიდრო კავშირი მისა შემდეგში დაპატარავებასთან. გარდა ამის, უნდა ვფიქრობთ, აგრეთვე, რომ ამ მოქნილ ბოჭკოების გამრავლება ხელს უწყობს გადიდების დროს ქლენთის მთლიანობის შენახვას. დაახლოებით შეიძლება ვავატაროთ ანალოგია ამ მოვლენის, ესე იგი, მოქნილ ბოჭკოების ზრდა-გამრავლების და ორსულობის დროს საშვილოსნოს გადიდების და შემდეგში მისი ნაყოფისაგან განთავისუფლების შემდეგ უკუქცევითი განვითარების შორის. მხოლოდ ჩვენი მასალა გვრწმუნობით საშუალებას არ გვაძლევს ვსთქვათ, თუ რამდენად იცვლება ქრონიკულ მალარიის დროს გამრავლებულ მოქნილ ბოჭკოების რაოდენობა და საერთო სტრუქტურა ელენთის უკუქცევითი განვითარების (დაპატარავების) დროს. ეს საკითხი წარმოადგენს განუწყვეტლივ გაგრძელებას ჩვენს მიერ გარჩეულ საგნისა და მოითხოვს სპეციალურ გამოკვლევებს, რაც დასახული გვაქვს ჩვენ შემდგომისათვის.

დასასრულ ვაღიბებულად ვსთვლი ჩემს თავს, გულწრფელი მადლობა გამოუცხადო ჩემს მასწავლებელს ღრმად პატივცემულ პროფესორ ვლადიმერ ჯღენტს, რომელმაც მომცა წინადადება ამ საკითხის დამუშავების შესახებ და სათანადო დახმარება აღმომიჩინა მისი შესწავლის დროს. ღრმა მადლობას ვუძღვნი აგრეთვე ჩემს მეგობარს და ამხანაგს ეკიმ იოსებ ტიტინიძეს ჩვენს მიერ დამუშავებულ მასალის ნაწილის მოწოდებისათვის.

ეს შრომა შესრულებული იყო ჩემს მიერ 1923—24 წლების განმავლობაში ჩემი სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტთან ანისტენტის თანამდებობაზე მუშაობის დროს და ჩემდამი დამოუკიდებელ მიზეზების გამო დღემდინ არ იყო მოხსენებული და გამოქვეყნებული.

## ლიტერატურა:

1. Aschoff. Pathologische Anatomie 1919.
  2. Kaufmann E. Lehrbuch der speciel. Patholog. Anatomie. 1911.
  3. Krause R. Курс нормальной гистологии. С. Петербургъ 1913 г. стр. 224, 225.
  4. Кульчицкий. Основы гистологии животных и человека. Харьков 1912 г. стр. 197.
  - Максимов. Основы гистологии ч. II. Петроград 1915 г. стр. 176. г.
  6. Никифоров. Основы патологической анатомии. 1924 г.
  7. Пожариский I. Основы патологической анатомии 1918-1919 г.
  8. Поляков. П. Основы гистологии и эмбриологии человека и позвоночных 1914 г. Харьков. стр. 385, 220.
  9. Ribbert N. Lehrbuch der allgem. Path. und Path. Anat. 1919.
  10. Ziemann N. Malaria und Schwarzwasserfieber. Dritte Auflage-1924. Leipzig. S.S. 219, 240.
-



მძ. 5. გეგეჰკორი.

ტუბერკულოზის პრობლემა საქართველოში. \*)

საკმაო დროის უქონლობის გამო, დღევანდელი ჩემი მოხსენება საესებით ვერ ამოწურავს ყველა იმ საკითხებს, რომლებიც ტუბერკულოზის პრობლემას შეეხებიან. მე ნებას მივსცემ ჩემს თავს მხოლოდ მოკლედ შევეხო ტუბერკულოზის გავრცელებას საერთოდ და კერძოდ საქართველოში, მის განვითარების ფორმებს, მისი გავრცელების მიზეზებს საქართველოში და საზოგადოებრივი პროფილაქტიკის პრინციპებს. ამასთან ერთად შევეცდები აღვნიშნო ის გზა, რომლითაც თანამედროვე მეცნიერული აზროვნება მიემართება ტუბერკულოზთან ბრძოლის საშუალებათა გამოსანახავად.

ყველა კულტურულ ქვეყნებში, ტუბერკულოზის გავრცელება საერთოდ ცნობილია. მსხვერპლთა რაოდენობის მხრივ ტუბერკულოზი ბევრად აღემატება ყველა ებიდემიურ და ინფექციურ სნეულებებს და მთელ კულტურულ კაცობრიობას მუსრს ავლებს. თანახმად Göttstein-ის მიერ შედგენილ ცნობებისა გერმანიის დიდ ქალაქებში გადამდებ სნეულებათა და ტუბერკულოზისაგან გარდაცვალებულთა რაოდენობა 10.000 მცხოვრებზე მოდიოდა:

წელიწადი	Scarlatina	წითელა,	ტიფი,	დიფტერიტი	იხ.	სულ
1905 წ.	13,8	16,8	6,4	22,6	222,6	1856
1906	15,4	23,6	6,1	22,9	207,7	1747
1907	15,9	17,8	4,7	23,4	197	1705
1908	17,9	18,6	5,1	25,1	192,5	1707.

ამგვარად ტუბერკულოზისაგან გარდაცვალებულთა რაოდენობა სამჯერ აღემატება ზემოაღნიშნულ ინფექციურ სნეულებათაგან დახოცილთა რაოდენობას.

უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში დასავლეთ ევროპის სახელმწიფოებში ტუბერკულოზისაგან გამოწვეულმა სიკვდილიანობამ თვალსაჩინოდ იკლო, ასე, მაგალითად: 10,000 მცხოვრებზე ინგლისში ტუბერკულოზისაგან გარდაცვალებულთა რიცხვი უდრიდა 11,4, ჰოლანდიაში—12,7-ს, დანიაში—7,9-ს, გერმანიაში—13,21-ს და საფრანგეთში—27,7; უფრო მნიშვნელოვან ცნობებს იძლევიან Naegeli და Burkhard-ი. მათი ცნობებით პათოლოგ-ანატომიური სექციის

\*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა მე-3 კონგრესს.



დროს ტუბერკულოზი აღმოჩენილ იქნა 93<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ში. ეს განსაკვირვებელი ციფრები საჭიროებენ შესწორებას. Narta, Rösle და Oberndorfer-ის გამოკვლევათა მიხედვით, რომლებიც მათ უწარმოებიათ იმპერიალისტურ ომის დროს. ტუბერკულოზურ ცვლილებებს იგინი ამჩნევენ გაჭრილ გვამთა 35<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ში და ეს შოკლენა აიხსნება იმით, რომ მათ მასალას შეადგენდა ჯარში გაწვეული სოფლის ახალგაზრდობა. მიუხედავად ამისა Schip-ის უკანასკნელში, დეტალურმა გამოკვლევებმა დადასტურეს Naegelis მიერ გამოქვეყნებული ცნობები. პათოლოგ-ანატომების მიერ აღმოჩენილი მასალა არ შეიძლება საესებით სწორად ჩაითვალოს, ვინაიდან, Bartel, Spsen და Wolff-მა აღმოაჩინეს ლიმფურ ჯირკვლებში ტუბერკულოზის ვირულენტური ჩხირები, რომლებიც თუმცა იწვევდნენ სფეციფიურ ანატომიურ გადაგვარებას, მაგრამ მათ არსებობას მაინც არ შეეძლო არ გამოეწვია ორგანიზმის განსაკუთრებულ იმუნ-ბიოლოგიურ თვისებათა დამახინჯება. Pirquet-ის კანის სპეციფიკური რეაქცია Hamburger-ის და Mantii-ს ცნობებით, აუარებელ ბავშვთა მასალაზე იძლევა დადებით შედეგს. პირველ წლის 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ში, მე 12 წელს კი 90<sup>0</sup>/<sub>6</sub>. უკანასკნელ ხანებში, Baumgarten-ის მოძღვრება თანდაყოლილ ტუბერკულოზის შესახებ დადასტურებულია მთელ რიგ ავტორების მიერ, რომლებსაც შესაძლებლად მიაჩნიათ როგორც გერმიტატური, ისე პლაცენტარული გადასვლა ტუბერკულოზისა. და თუ ძუძუმწოვართა ჰასაკში ჩვენ ვხვდებით დადებითი Pirquet-ს რეაქციას როგორც გამონაკლისს, ეს აიხსნება ბავშვის ორგანიზმში იმუნიტეტისადმი თანდათანობითი განვითარებით ტუბერკულოზის ბაცილის შთაწერგვის შემდეგ, რის გამო საბავშვო ჰასაკის აღრეულ პერიოდში კანის რეაქციას არ ვლენებლობთ. ამგვარად, როგორც პროფ. კისელი ამბობს, არაჩვეულებრივ მოვლენად არ უნდა ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ ბავშვები, როგორც ძუძუმწოვართა ჰასაკისა, ისე საშუალო და მოზრდილ ჰასაკისა დასნეულებულნი არიან ტუბერკულოზით. ეს დებულება სწორია და შეეფერება კულტურულ ქვეყნების სინამდვილეს, მაგრამ იგივე არ შეიძლება ითქვას ველურ და ნაკლებად კულტურულ ქვეყნებზე. მთელი რიგი სამეცნიერო ექსპერიმენტებისა, როგორც, მაგალითად, მეჩნიკოვის და Burnet-ის კალმიკთა ველებში, Römer-ის—არგენტინაში და Deyke-ს ოსპალეთში—ამტკიცებენ, რომ ველურ ტომთა შორის ტუბერკულოზით დასნეულება მეტად იშვიათ მოვლენას წარმოადგენს. ისინი ავად ხდებიან ტუბერკულოზით მხოლოდ კულტურულ ქვეყნებში და ქალაქებში, მასთან სნეულება იღებს მწვავე და მძიმე მსვლელობას. ეს დებულება სრულიად დამტკიცდა საფრანგეთის შავკანიან ჯარის კაცებზე იმპერიალისტურ ომის დროს; მათი დავადება ტუბერკულოზის მწვავე ფორმით მოხდა საფრანგეთის ადგილობრივ ჯარებთან ურთიერთობის დროს.

რა მდგომარეობაშია ამ მხრივ ტუბერკულოზის საკითხი საქართველოში? სტატისტიკურ ცნობების განხილვის დროს ჩვენ ვრწმუნდებით, რომ მასალა, რომელიც შეეხება ტუბერკულოზის გავრცელებას საქართველოში სწორ რეგისტრაციას არ შეიცავს. იგი მაჩვენებელია მხოლოდ უწინდელი საექიმო პერსონალის დაუდევრობისა საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინტერესებისადმი. რუსეთის სახალხო ჯანმრთელობის 1912—1913 წ. ანგარიშიდან 10.000 მცხოვრებზე გატარებული იყო რეგისტრაციაში.



	1912 წ.	1913 წ.
ტფილისის გუბერნიაში	31,0	35,3
ქუთაისის „	36,3	34,6
ბათუმის ოლქი	17,1	21,7

ექიმ როზანოვის ცნობებით კი, რომლის მოხსენებაც მოსმენილ იქნა 1911 წ. ამიერ-კავკასიის ექიმთა ყრილობაზე რეგისტრაციაში გატარებულ 10.000 ავად-მყოფზე მოდიოდა:

ტფილისის გუბერნია	tbc.	Mal.	Pneum. crouposi.
	7,7	15,3	6,1
ქუთაისის	19,4	24,0	12,5
ბათუმის ოლქი	13,4	19,9	11,4.

სულ სხვას გვეუბნება ექიმი აბაკელიას ცნობები, რომლებიც მოყვანილია მის შრომაში „ტუბერკულოზი“. მას მოჰყავს საერთო რიცხვი 1910—1913 წლებს ტუბერკულოზით დაავადებულთა:

ტფილისის გუბერნია—19,326  
1913—1915 წ. ქუთაისის გუბ. 12,812.  
ყოველ 10.000 მცხოვრებზე

საქართველოს ჯანსახკომის ტუბსექციის ცნობებით ყოველ 10.000 მცხოვრებზე 1910—1914 წ. რეგისტრაციაში გატარებული იყო ტუბერკულოზურ ავად-მყოფთა შემდეგი რაოდენობა:

ტფილისის გუბერნიაში	37,8
ქუთაისის „	43,0
სოხუმის ოლქი	64,7
ბათუმის „	31,9

ქ ა ლ ა ქ ე ზ უ ი .

ტფილისი . . . . .	17
გორი . . . . .	12
ბორჯომი . . . . .	11
ახალციხე . . . . .	8
ახალქალაქი . . . . .	6

საქართველოს ჯანსახკომის მიერ შემუშავებულ ახალი ცნობებით ოგისტრაციაში გატარებულია ტუბერკულოზით დაავადებულნი:

აღმოსავ. საქარ.	დასავლ. საქარ.	ს უ ლ
1922 წ. 3.142	2.165	5.122
1923 „ 3.031	4.052	6.217
1924 „ 4.391	3.307	7.698



საქართველოს რკინის გზის ლიანდაგის სტატისტიკა. განყოფილება იძლევა შემდეგ ცნობებს. მოსამს. და მათ ოჯახის წევრთა რიცხვი.

1918	60,561	472
1919	75,000	171
1920	78,395	249
1921	64,000	164
1922	64,000	425
1923	78,822	1,690
1924	93,193	2,009

ზემოდ მოყვანილი სტატისტიკური ცნობები ერთი მეორეს არ ეთანხმებიან და საწინააღმდეგო ცნობებს შეიცავენ. ასე, მაგალითად, ჩვენ ვიცით, რომ დასავლეთ საქართველოში ტუბერკულოზი უფრო მეტად მძინვარებს, ვიდრე აღმოსავლეთ საქართველოში. ექიმი აბაკელიას ციფრები კი, პირიქით სულ სხვა, საწინააღმდეგო ცნობებს შეიცავენ.

ჯანსაღობის ტუბსექციის ცნობები საქართველოს ქალაქების შესახებ ისეთ მინიმალურ ციფრებს გვიჩვენებენ, რომ მრავალ კულტურულ სახელმწიფოებსაც კი ამ მხრივ შესწორდებოდათ ჩვენი კეთილდღეობა. ამიერ-კავკასიის რკინის გზის საქართველოს ხაზზე ტუბერკულოზით დაავადებულთა რიცხვის ზრდა აიხსნება რკ. გზის ჯანმრთელობის სამმართველოს მიერ ქ. ტფილისში დისპანსერის გახსნით, სადაც ამბულატორიის და უბნის ექიმები გზავნიან ავადმყოფებს ფილტვის ტუბერკულოზის დასაწყისშივე. ამგვარად ტუბერკულოზის სტატისტიკა უნდა ჩაითვალოს სრულიად დაუკმაყოფილებლად და ამ მხრივ, ჩვენ, ქართველ ერის ჯანსაღობით დაინტერესებულ, ექიმებს გვმართებს სათანადო ყურადღება მივაქციოთ ამ საქმეს და რეგისტრაცია მეცნიერულ სიმალემდე ავწიოთ.

ჩვენ შეეცებით ახლა ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმებს და მის ლოკალიზაციას სხვადასხვა ორგანოებში. საესებით დამუშავებული მასალა არც ამ საკითხში მოგვეპოება. ამ ურთულეს საკითხის გარკვევა კი ნათელყოფდა ტუბერკულოზის ხანგრძლივობას, ჩვენი ერის იმუნ-ბიოლოგიურ თვისებათა ხასიათს. პათოლოგო-ანატომიური კვლევა-ძიებანი და დაკვირვებანი აღნიშნავენ ტუბერკულოზის მწვავე ფორმის მინიმალურ პროცენტებს ჩვენში მოზრდილებ შორის და ტუბერკულოზის ქრონიკული ფორმის შედარებით მეტად გავრცელებას. ამ მხრივ ჩვენ კულტურულ ქვეყნებს არ ჩამოვრჩებით და მათთან ერთად მივდივართ. ლოკალიზაციის მხრივ ჩვენი პათოლოგ-ანატომების დაკვირვებით პირველი ადგილი უჭირავს ფილტვის ქლექს, რომელიც უდრის 90% შემდეგ კი ჯირკვლებისას, ძვლების, სასისრის და კანის.

ბავშვობის ჰასაკში ჯირკვლების ტუბერკულოზით დასნეულება მეტად ფართოდ არის გავრცელებული და ის უნდა აღწევდეს ალბად 90% ს. სამწუხაროდ ტუბერკულოზის ამ ფორმებს ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ. მაგ., ისეთი შედარებით ვრცელი შრომა, როგორცაა პროფ. ალადაშვილის რედაქციით გამოსული ექიმი აბაკელიას წიგნი „ტუბერკულოზი“ ამ საკითხს სრულიად არ ეხება. ამ მხრივ ინტერეს მოკლებული არ არის ექიმების ნაწიშიველისა და გოპაძე-კეზე-

არლის შრომა, რომელმაც Pirquet-ის რეაქციის საშუალებით ტფილისის სკოლების 500 მოწაფეზე 54% -ში დადებითი შემთხვევა მიიღეს. აქედან ცხადია, რომ საქართველოში ამ სენის ინფექციური გავრცელება სწარმოებს ბავშობის ჰასაკში აღრინდელ ხანიდანვე.

ეხლა გადავალთ იმ მიზეზთა გარჩევაზე, რომლებიც ტუბერკულოზის გავრცელებას ხელს უწყობენ საზოგადოდ და კერძოდ კი საქართველოში. ასეთი მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ინსოლიაციის ნაკლებეგანება, ცუდი კვება, საბინაო პირობები, წყალი, ცხოველთა ტუბერკულოზი, მალარია და მოდემითი კონსტიტუციის რთული თვისებები.

დიდი ხანია ექიმების მიერ აღიარებულია ლოზუნგი „რაც შეიძლება მეტი მზე და სინათლე“ ტუბერკულოზის პროფილაქტიკისათვის. მართლაც ტუბერკულოზის ბაცილების საწინააღმდეგო საუკეთესო და ნამდვილი სადენინფექციო საშუალებათ მზე ითვლება, მაგრამ ამასთანავე ჩვენ მეტად არ უნდა გვაზავიადოთ მზის მნიშვნელობა, როგორც ტუბერკულოზის ამაცილებელი ზომა. ცნობილია, რომ ფილტვების ტუბერკულოზი მძინვარებდა ძველ საბერძნეთშიაც, მიუხედავად იმისა რომ მათი მკვიდრნი ხმელთაშუა ზღვის მზიურ ბუნების კალთებ ქვეშ აწარმოებდენ და ანვითარებდენ ტან-ვარჯიშობის კულტურას.

ძველი არიელები თავის ჯოგებს პემირის მთებზე მწყესავდენ ულტრაიის-ფერ სხივებით მდიდარ ჰაერზე, მაგრამ მიუხედავად ამისა ტუბერკულოზი მათ შორის მაინც მძინვარებდა. ნისლიან ლონდონში და მუდამ ბურუსიან ჰამბურგში სოციალურ ზომების მიღების წყალობით ტუბერკულოზისაგან გარდაცვალებულთა რაოდენობა მინიმუმამდე იქნა დაყვანილი.

მაშასადამე, მარტო მზეს, რომლის სხივებით ასე უხვადაა ჩვენი ქვეყანა მოფენილი, არ შეუძლიან ჰქონდეს გადამწყვეტი მნიშვნელობა.

ექვს გარეშეა, რომ საქართველოში განსაკუთრებით გლახობა ვერ იმყოფება ბინისა და კვების მხრივ კარგ პირობებში.

ამ მომენტს ზოგიერთები გადამწყვეტ მნიშვნელობას აკუთვნებენ. ბევრი ცნობილი სტატისტიკოსი გვიმტკიცებს, რომ კარგი ჰიგიენური და დიეტური პირობები უკვე პროპორციონალური არიან ტუბერკულოზის სიკვდილიანობის ხარისხთან და მის მძიმე მსვლელობასთან. მაგრამ ამ დებულებას Herman Hayck-ის აზრით აბსოლუტური მნიშვნელობა არა აქვს, ვინაიდან შემზნეული ასი ათასობით ისეთი შემთხვევა, როდესაც მიუხედავად ცხოვრების ჰიგიენურ და დიეტურ სრულიად დამაკმაყოფილებელ პირობებისა მძიმე ტუბერკულოზური დაავადება მაინც ვითარდება.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა იქნეს ზოგიერთი ავტორების აზრით სასმელ წყალზე მიქცეული. ფრანგები დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ორგანიზმის დეჰინერაილიზაციის თვალსაზრისით წყალში კიროვან მარილის რაოდენობის არსებობას, რაც ტუბერკულოზის ხელშემწყობ პირობათ ითვლება.

დიდი სტატისტიკური შრომები პროფესიონალურ ტუბერკულოზის შესახებ ამტკიცებენ, რომ ის მუშები, რომლებსაც კირიან მტვერთან აქვთ საქმე, ნაკლებად ხდებიან ავად ტუბერკულოზით, პირიქით ზოგიერთ შემთხვევაში ასეთი ავადმყოფები მსგავს პირობებში ინკურნებოდენ კიდევ ტუბერკულოზისაგან. ფრანგ



ავტორების ცნობით განსაკუთრებით Bolin-ისა საფრანგეთის იმ რაიონებში, სადაც კირიან წყალს ხმარობენ სასმელათ, ტუბერკულოზით დაავადებით შემთხვევები ძირითადია. ამ მხრივ ჩვენში სასმელი წყლები საკმაოდ გამოკვლეული არ არის.

წარმოებული მცირე გამოკვლევანი აღნიშნავენ საქართველოში წყლის სიხისტეს  $10\%$ -დე, ხოლო ზუგდიდის მაზრის სოფ. მუხურში კი  $40\%$ -დე. წყლის ანალიზებს შეიძლება მიეყეს მნიშვნელობა იმდენად, რამდენადაც ორგანიზმის დეკალცინაცია და დემინერალიზაცია უწყობს ტუბერკულოზის განვითარებას.

თუმცა ტუბერკულოზის გამავრცელებელ მიზეზად ადამიანი ითვლება, მაგრამ მის გავრცელებაში ცხოველებს მცირე მნიშვნელობა არა აქვთ და განსაკუთრებით კი ოთხფეხ საქონელს. ამ დებულების დასამტკიცებლად უნდა ჩაითვალოს Bering და Calmet-ის აზრი, რომლებიც ამტკიცებენ, რომ უმეტეს შემთხვევაში ბავშვების დასნეულება ტუბერკულოზით ხდება, ტუბერკულოზიან ძროხის რძის საშუალებით. უკანასკნელი წლების, ამერიკელების სტატისტიკით,  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  ადამიანის ტუბერკულოზისა არის დაკავშირებული ცხოველების ტუბერკულოზთან. სამწუხაროდ უნდა ვილაპარაკოთ, რომ ჩვენ არ მოგვეპოება დაკვირვებანი საქართველოში.

საქონლის ტუბერკულოზის გავრცელების შესახებ, რამდენადაც ჩვენ შევძელით გამოგვეკვლია მიწადმოქმედების სახალხო კომისარიატის საბითალო განყოფილების, მუშაობა უმთავრესად მიმართულია ციმბირის წყლულისა და ქირის მკურნალობისა და მათ წინააღმდეგ გამაფრთხილებელ ზომების მიღებისაკენ, მაგრამ, საკმაო უფრადლება არა აქვს დათმობილი ტუბერკულოზით დასნეულებულ საქონლის რეგისტრაციას. მე ვფიქრობ, რომ საქონლის შორის ტუბერკულოზის გავრცელების რაოდენობითი გამოკვლევა ჩვენი რესპუბლიკის სხვადასხვა ნაწილებში, მოგვეცემა იმავე ნაწილების მცხოვრებთა ტუბერკულოზის დასნეულებით დახასიათებას. ტუბერკულოზისა და მალარიის ურთიერთ შორის დამოკიდებულების შესახებ, გარკვეული მეცნიერული დასკვნები არ მოგვეპოვება. ავტორების ერთი წყება ფიქრობს, რომ მალარია ნიადაგს ამზადებს, ჰქმნის პირობებს ტუბერკულოზისათვის, ხოლო მეორე ნაწილი განსაკუთრებით ფრანგი ექიმები, კოლონიებში, სადაც მალარიით ადგილობრივი მცხოვრებლები იყვნენ დაავადებულნი, ძვირად ნახულობდნენ ტუბერკულოზს. ამიერ კ. რკ. გზის სტატისტიკურ განყოფილების 1922—1923 წ. ცნობებით ფოთის, ქიურდამირის და ნახიჩევანის უბნები ერთიანად იყვნენ მალარიით დასნეულებულნი მაშინ, როდესაც ტუბერკულოზის გავრცელების მხრივ ფოთის უბანი გაცილებით ბევრად უფრო მალა სდგას ზემოაღნიშნულ დანარჩენ უბნებზე. უნდა გამოვტყდეთ, რომ ამ მხრივაც ძლიერ კოტა რამაა გაკეთებული და ჩვენ მალარიოლოგებთან ერთად გვმართებს საერთო კვლევა-ძიება ვაწარმოვოთ ამ ფრიად საინტერესო საკითხის შესასწავლად.

ტუბერკულოზის და აგრეთვე სხვა ავადმყოფობის ერთერთ მიზეზად ჩვენ უნდა მივიჩნიოთ აგრეთვე რასიულ კონსტიტუციაც. ანტროპოლოგია, რომელიც უახლოეს დრომდე ვაზომავს და რასების მორფოლოგიურ თვისებათა შესწავლას აწარმოებდა, დღეს განიცდის გადახრას რასების შესწავლისაკენ შინაგან სეგრეციის ჯირკვლების კორელიაციის თვალსაზრისით. ინგლისელი ბიოლოგი Keis-ი



ვერობიელების მაღალ ტანადობას უკავშირებს ჰიპოფიზს, Thyroideus-ის (ფარისებრი) ჰიპოფუნქციამ შექმნა მონგოლთა რასის ტიპი, ხოლო ზანგების რასას უკავშირებს glandulae Suprarenalis ჰიპოფუნქციას. ზოგიერთებს კონსტიტუცია აქვთ წარმოდგენილი როგორც ორგანიზმის ბიოლოგიურ განსაკუთრებულ თვისებათა ჯამი, რომლებიც გამოხატავენ ენდოკრინულ ჯირკვლების ამა თუ იმ კორელაციას. ზოგი მეცნიერთაგანი კონსტიტუციონალურ ტიპებს აფუძნებს ფუნქციონალურ ნიშნებზე. ასე, მაგალითად Tandler-ი ადამიანებს ჰყოფს ჰიპო და ჰიპერტოპიკებად თანახმად კუნთების მდგომარეობისა. ამასთანავე შენიშნულია, რომ ჰიპერტოპიკები ხშირად ხდებიან ავად ტუბერკულოზით. Eppinger და Hes-ი ადამიანებს ორ კონსტიტუციონალურ ტიპად ყოფენ: სიმპატიკოტონიკები და ვაგოტონიკები, უკანასკნელი უფრო უახლოვდება Habitus Asthenicus. Бурштейн-ის დაკვირვებით ტუბერკულოზის მსუბუქ მიმდინარეობის დროს არის სიმპატიკოტონია, ხოლო მძიმე ფორმების დროს — ვაგოტონია. არის კიდევ ფრანგ ავტორის Sigaud მიერ შეგუშავებული ოთხი კონსტიტუციონალური ტიპი ანატომიურ ნიშნების მიხედვით. კუნთოვანი რესპირატორული, დიგესტიური და ცერებრალური. აღნიშნულ ტიპებთან ყველაზე უფრო ტუბერკულოზით ავად ხდებიან რესპირატორული ტიპები. რასიული კონსტიტუციის არსებობის დასამტკიცებლად ჩვენ შეგვიძლიან დავასახელოთ ებრაელთა რასის წინააღმდეგობის უნარი, ტუბერკულოზისა და ინფექციურ ავადმყოფობათა მიმართ. პირიქით შენიშნულია ამ რასის კონსტიტუციონალური სისუსტე სპაზმოფილიის, დიაბეტის, საკის ავადმყოფობის, ჰემოფილიის და სულით ავადმყოფობისადმი. რომელ კონსტიტუციონალურ ტიპს შეიძლება მივაკუთვნოთ ქართველი? ამ კითხვაზე ვერ შევძლებთ დამაკმაყოფილებელ პასუხის მიცემას, მაგრამ ერთი რამ კი შეგვიძლიან ვთქვათ, რომ დასავლეთ საქართველოში ხშირია Habitus Asthenicus რომ სქესობრივ მომწიფების დროს მათ ხშირად ემჩნევათ ტუბერკულოზის პროგრესიული ფორმა. Kraus-ი Habitus Asthenicus ატავიზმის ნიშნად მიაჩნია, ხოლო Hayek — ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის შედეგათ. პროფ. Маслов-ის აზრით ასტენიკებში ხშირია ტუბერკულოზი, მაგრამ ასტენიის სიპტომები მათ შორის შესაძლოა არსებობდნენ ტუბერკულოზით დაავადებამდე. პროფ. Маслов-ის კლინიკაში ასტენიკებს აღმოაჩნდათ Pirquet დადებითი რეაქცია 41,6%-ში. ბიოქიმიურ თვალსაზრისით ასტენია შესწავლილია ჩემი ამხანაგის ექიმ მორევის მიერ. მან აღმოაჩინა ლიპოლიტური ფერმენტის შესამჩნევი შემცირება სისხლში (3,1 წინააღმდეგ 4,3). ეს დაკვირვება მით არის საინტერესო, რომ ლიპოლიტურ ფერმენტის შემცირება უნწყო პირობებში აყენებს ორგანიზმს ტუბერკულოზის ბაცილებთან ბრძოლაში. ამის გამო პროფ. Маслов-ის მოხერხებული სიტყვით ტუბერკულოზის ბაცილების ასტენიასთან დაკავშირება აისხნება ამ უკანასკნელთა შეუღლება-შეკავშირებით, ვინაიდან მათ შორის მჭიდრო მიდრეკილება არსებობს და ამ შეუღლების დროს ბაცილები ხშირად მდგომარეობის ბატონებად რჩებიან. თუ ვაგიზიარებთ იმ დებულებას, რომ პლევრით დაავადება ტუბერკულოზურ სხეულში არის ორგანიზმის დამცველობითი რეაქცია და ეს მაჩვენებელია იმუნიტეტის ძლიერების, ხოლო თანახმად ჩემი პირადი დაკვირვებისა აგარაკ ცენში ხუთი წლის მასალის მიხედვით, საქართველო-

F. 186



ში პლევრიტები ძლიერ ხშირია, მაშინ შესაძლოა ვიფიქროთ, რომ ჩვენს ერს საკმაო იმუნიტეტი აქვს გამომუშავებული ტუბერკულოზის ინფექციის მიმართ. დამტკიცებულია რომ ევროპაში პროგრესიულ ექსუდატიურ ფორმის ტუბერკულოზით დაავადებულნი საშუალო რიცხვით 3-ს წელიწადს ცხოვრობენ, ჩვენშიც მტკიცდება ეს და ხშირად უფრო მეტ გამძლეობასაც ვხვდებით.

ზემონათქვამიდან ცხადია, რომ ჩვენ მოვალენი ვართ ტუბერკულოზის შესწავლის დროს საქართველოში შევისწავლოთ რასიული კონსტიტუცია ენდოკრინულ ჯირკვლების სეკრეციათა კორელაციის, ვაგოტონიის და სიმპატიკოტონიის თვალსაზრისით. ბიოქიმიურ თვისებათა შესწავლის დროს უნდა იქნას გამორკვეული ფერმენტალური მდგომარეობა საქართველოს ყოველივე კუთხის მოსახლეობისა. ვფიქრობთ, რომ ზემოაღნიშნული თვისებათა წმინდა მეცნიერული შესწავლა საშუალებას მოგვცემს დაახლოვებით გამოვარკვიოთ ქართველ ერის გამძლეობა ამ სენის წინააღმდეგ. აქ ჩვენ არ შეგვხვებით საყოველთაოდ ცნობილ პროფილაქტიურ ზომებს, როგორც, მაგალითად, დეზინფექცია ავადმყოფების ნახველისა, ბინისა, ტანისამოსისა, მათი რეგისტრაცია, სანატორიუმების და დისპანსერების მნიშვნელობის საკითხს, მე ვადავალ ჩემის შეხედულებით უფრო საინტერესო მხარეზე, სახელდობრ—ტუბერკულოზის პროფილაქტიკაზე იმუნიტეტის თვალსაზრისით. ტუბერკულოზის პროფილაქტიკა ორ მიზანს უნდა ისახავდეს: 1) ჯანმრთელობის დაცვას განსაკუთრებით ბავშვებისა—მასიურ ინფექციისაგან უმთავრესად მძიმე ავადმყოფების მხრივ, და 2) გამაფრთხილებელ ზომების მიღებას ავადმყოფობის განვითარების წინააღმდეგ ტუბერკულოზური ინფექციის შემდეგ.

ამჟამად თითქმის ყველა ფიზიოლოგები აღიარებენ რომ კულტურული კაცობრიობა მოკლებულია ტუბერკულოზის ბაცილებისაგან თავდაცვის საშუალებას. ამითან ერთად მეცნიერებაში დიდად საინტერესო კითხვათ არის დაყენებული საკითხი, თუ რამდენად მოუტანდა სარგებლობას, განსაკუთრებით ბავშვებს, პროფილაქტიური ზომები ტუბერკულოზის ბაცილებისაგან თავდაცვის მხრით, ეინაიდან ცნობილია რა ტუბერკულოზის მიმართ იმუნიტეტი ადამიანის სხეულში არსებობს სანამ სხეულში იმყოფება ტუბერკულოზის ბაცილები. Römer-ის ცნობილი ცდები ვგიმტკიცებენ, რომ ტუბერკულოზის ბაცილების განსაზღვრული დოზით შეიძლება დაავადებულ იქნას მსუბუქად საქონელი, ხოლო დოზის გაძლიერებას მასიურ ინფექციის სახით მოყვება სიკვდილი. Römer-ის ცდები შეიძლება შემდეგ ფორმულაში ჩამოვყალიბოთ.

ტუბერკულოზისაგან სიკვდილიანობას და მის გავრცელების ხარისხის შორის არსებობს უკულმა პროპორცილობა, ე. ი. რამდენადაც ნაკლებადაა გავრცელებული ტუბერკულოზი, იმდენად სიკვდილის პროცენტი მეტია და პირიქით ეს კანონი მტკიცდება, როგორც ზევით მოგახსენეთ, სიკვდილიანობის შემთხვევების დიდი პროცენტი ქლექით დაავადებულ ველურ ტომთა შორის. ამგვარად პროფილაქტიკამ თავის მიზნად უნდა დაისახოს ბავშვებისა და მოზრდილთა იზოლიაცია ტუბერკულოზიან ოჯახიდან მასიურ ინფექციის და ავადმყოფობის მხრივ მსვლელობის დროს. მანვე უნდა დაისახოს მიზნად აგრეთვე ტუბერკულოზით მძიმე ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის დაქინებითი გატარება—როგორც ევრო-



პის კულტურულ ქვეყნებშია მიღებული. ტუბერკულოზის პროცესის გენერალიზაციის საწინააღმდეგო საშუალებათ ასახელებენ, მთის ჰაერს, მზეს, გაძლიერებულ კვებას, დამაკმაყოფილებელ საბინაო პირობებს და დისპანსერის ფართო ქსელის გამართვას. სამწუხაროდ თანამედროვე სოციალურ-ეკონომიურ პირობებში ძნელია ასეთი პირობების შექმნა ტუბერკულოზის წინააღმდეგ საბრძოლველად. ამჟამად უფრო მეტად მტკიცდება პრინციპი ტუბერკულოზის ადგილობრივი მკურნალობისა. ყოველგვარ კლიმატიურ პირობებში, ყოველ ცის ქვეშ, ამბობს Deyckhe, შესაძლებელია ტუბერკულოზის მკურნალობა. „ჰაეა არ არის საშუალება გაჯანსაღებისა და განკურნებისა. იგი მხოლოდ ხელს უწყობს სნეულების განკურნებას“.

ეს აზრიც საცხებით მიღებულ იქნა რუსეთის მეორე ტუბერკულოზურ ყრილობაზე. აქედან ცხადია, რომ მეცნიერული მედიცინის ამოცანას შეადგენს სწორი და ამავე დროს უფრო ხელმისაწვდომი საშუალება, რომლის პრაქტიკულად განხორციელება შესაძლებელი იქნება პროფილაქტიკისათვის სახელმწიფო მასშტაბით. ამის შესახებ თვალსაჩინო ლიტერატურაც არსებობს, მაგალითად წინასწარ გამაფრთხილებითი აცრა Friedman-ის., პერკუტანური მკურნალობა Petruschki და Calmet-ის იმუნისაციის წესებით. საექიმო და პროფილაქტიური მიზნით Friedman-იც გვიჩვენებს ვაწარმოვით ვაქცინაცია ცივისსხლიანთა ტუბერკულოზის ბაცილებით, სახელდობრ კუსი. ხსენებულ ავტორის და მის მიმდევართა აზრით ასეთი ვაქცინაცია ორგანიზმს იმუნიტეტს ანიჭებს და იცავს მას დაავადებისაგან. ამ მეთოდს Naufeld-ი სასტიკი კრიტიკით გამოეხმაურა 1922 წელს ელსტერში გამართულ თათბირზე ტუბერკულოზის შესახებ, სადაც განაცხადა რომ მან მიიღო უარყოფითი შედეგები ასეთი ვაქცინაციისაგან. Petruschki კანში შესახელი საშუალებათ ასახელებს თავის პრეპარატს tuberculinum linimentum. Hayek იზიარებს ამ პრეპარატის მნიშვნელობას და უწინასწარმეტყველებს მას ბრწყინვალე მომავალს. სამი წლის განმავლობაში საექიმოთ მას ჰყავდა 600-მდე ბავშვი და მიუხედავად მათი ცხოვრების ცუდი პირობებისა შეამჩნია წონის მომატება და ტუბერკულოზის ქრონიკული ინტოკსიკაციის ნიშნების მოსპობა. ამჟამად ჩვენ გვაქვს Calmet-ის მიერ წარმოდგენილი ტუბერკულოზის პროფილაქტიკის ახალი საშუალება. ის გვიჩვენებს ვაწარმოვით ცხოველების ვაქცინაცია ტუბერკულოზის ვირულენტური კულტურის საშუალებით. მათ მიერ მიღებულ იქნა ვირულენტური ბაცილა Typi bovis-ი გლიცერინით შერეული ხარის ნალველში მოხარშულ კარტოფილზე. 13 წლის განმავლობაში ისინი ყოველ ორკვირაში აწარმოებდნენ გადათესვას, რის შემდეგ ტუბერკულოზის ბაცილა გადაიქცა ავირულენტურად და დაჰკარგა უნარი საერთოდ ხორკლების შექმნისა. ჯერ-ჯერობით ვაქცინაცია დადებითი შედეგებით გაუკეთეს ბაჭიებს, საქონელს, მიწუნებს და 217 ახლად დაბადებულ ბავშვებს. დაბადების შემდეგ პირველ ცხრა დღეს ისინი აძლევენ ბავშვს 2 მილიგრამ BCC, უშმოზე. per os. ჩაის კოვხით, რადგანაც დამტკიცებულია, რომ ტუბერკულოზიან ოჯახში დაბადებულნი ბავშვები პირველ ორ წელიწადს იხორციებიან 50—67% შემთხვევაში. ამ წესის გატარების შედეგები უნდა იქნეს გამოქვეყნებული სულ მოკლე ხანში და მათი აზრით ასეთი ვაქცინაცია უნდა იქნეს გატარებული ახლად დაბადე-





ბულებზე და იმ შავკანიან ხალხზე, სადაც არ არსებობს ტუბერკულოზი. სხვა სოციალურ ავადმყოფთა შორის ტუბერკულოზი განირჩევა ფართო და იოლი გავრცელებით, რომლის გადადებისა და დასწეულებისაგან თითქმის შეუძლებელია თავის დაცემა. ამისათვის მთელი სანიტარულ-პროფილაქტიური საშუალებანი ამ ვერაც ავადმყოფობის წინააღმდეგ უღონოთ და უშედეგოდ რჩება. ტუბერკულოზი მოითხოვს სახელმწიფოდან აუარებელ ხარჯს, რომ სიკვდილიანობა საგრძნობლად შემცირდეს. აქედან ცხადია რომ უნდა იქნეს გამოძებნილი ახალი გზა ტუბერკულოზის წინააღმდეგ აქტიურ ბრძოლის საწარმოებლად სახელმწიფო მამულებით.

ჩვენის აზრით არ ცდება ისინი, ვინც სოციალურ პროფილაქტიკას საფუძვლად უდებს ტუბერკულოზის იმუნიტეტის თვალსაზრის და იძლევიან წინადადებას აქტიურ იმუნოზაციის მეთოდის გამოსაძებნათ, როგორც ამას ვლებულობთ ყვავილის ატრის დროს. მე კი ვისურვებ, რომ ჩვენ, ექიმები, გავიმსჭვალოთ მდგომარეობის სერიოზობით, ვიმუშავოთ ამ მიმართულებით და ხელი შეუწყოთ ამ სენთან ბრძოლის წარმატებას. ამისათვის საჭიროა დაარსდეს ქ. ტფილისში საქართველოს სახელმწიფო ტუბერკულოზის ინსტიტუტი, სადაც უნდა იქნეს შესწავლილი ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმები და ქართველი ერის იმუნიტეტის მდგომარეობა. აგრეთვე აუცილებელ საჭიროებად უნდა იქნეს აღიარებული სახელმწიფო უნივერსიტეტში სპეციალურ კათედრის დაარსება სათანადო სპეციალურ მუშაკთა კადრის მოსამზადებლად.

ვათაებ რა ჩემს მოხსენებას, მივაქცევ სრულიად საქართველოს მე-III ექიმთა კონგრესის ყურადღებას იმ გარემოებას, რომ ტუბერკულოზს საქართველოში ისეთი ყურადღება არა აქვს დათმობილი, როგორსაც იგი საჭიროებს მის მასიურ გავრცელების გამო. აქამდე სახელმწიფოს წითელი ჯგერის საზოგადოების ყურადღება მიპყრობილი იყო მალარიასთან ბრძოლისაკენ და ამ მიმართულებით მიღწეული იქნა თვალსაჩინო შედეგები. ამავე დროს კი, გადამდებ თვისებათა გამო ტუბერკულოზს სხვა სენთა შორის პირველი ადგილი უკავია საქართველოში და იგი უნდა იქნეს აღიარებული ნაციონალურ თავდაცვის საკითხად.

## ი. გიზინეიშვილი და თ. კობიაშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

კლინიკის ორდინატორი.

### მასალები მალარიის გავრცელების შესახებ დასავლეთ ბურიაში.

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკის კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი.)

რადგანაც არსებულ ლიტერატურაში ძლიერ მცირე სტატისტიკური მასალა მოიპოვება მალარიის გავრცელების შესახებ საქართველოს სხვადასხვა რაიონში, ამიტომ, ჩვენის აზრით, ზედმეტი არ იქნება იმ ცნობების გამოქვეყნება, რომელიც ჩვენ შევავსოვეთ გასული წლის გაზაფხულზე გურიის ზოგიერთ სოფლებში.

უკანასკნელ წლებში (1920-21-22-23 წ.) მალარია საზოგადოდ სავრცობლად გახშირდა და გავრცელდა ისეთ ადგილებში, სადაც კი იგი წინად არ არსებობდა.

Добрыйцер-ი განიხილავს რა ამ მხრივ ყოფილი რუსეთის იმპერიის სხვადასხვა ნაწილებს აღნიშნავს, რომ კავკასიაში 1923 წელს ყოველ 10 ათას მცხოვრებზე მოდის 623,5 მალარიით დაავადებული.

Свенсон-ი და Клейн-ი თავის შრომაში ამბობენ, რომ საქართველოში 1921 წელს დაავადებული იყო მალარიით მთელი მოსახლეობის ნახევარი, მასთან შემზნეული იყო 300 ათასი პირველადი დაავადება. იგივე ავტორები აღნიშნავენ, რომ ექიმ ს. კანდელაკის ცნობებით, იმავე საქართველოში, ყველა მალარიით დაავადებულთა რიცხვი ერთი წლის განმავლობაში უნდა უდრიდეს 800 ათას კაცს, ე. ი. მთელი მოსახლეობის 33%-ს.

ექიმ ნ. რუხაძის ცნობით, გავრის რაიონში, 1922 წ. დაავადებულთა რიცხვი აღწევდა თითქმის 87%-მდე. მაგრამ ეს % მალარიის საწინააღმდეგო ზომების ზეგავლენით სავრცობლად შემცირდა.

„სახალხო ჯანმრთელობის კომისარიატის მოამბე“ იძლევა ზოგიერთ ცნობებს მალარიის მოძრაობის შესახებ საქართველოში. მაგრამ ეს ციფრები სინამდვილესთან შედარებით უნდა ნაკლები იყოს ზოგიერთ მაზრებისთვის მაინც. მაგალ., 1922 წელს ტფილისის მაზრაში ყოველ 1000 ავადმყოფზე 647,1 მოდის მალარიით დაავადებული; ტფილისში—411,5; სენაკის მაზრაში—654,3; ბორჩალოს მაზრაში—622,5; სიღნაღის მაზრაში—660; ოზურგეთის მაზრაში—568,9.



იგივე მოამბე გადმოგვცემს, რომ ტფილისში ერთი წლის განმავლობაში მალარიით ავად იყო 21,758 კაცი. მახრაში კი—12,978; ოხურგეთის მახრაში—26,196.

ექიმი ს. აბულაძე თავის შრომაში „მალარიის ზეგავლენა თელავის მაზრის მოსახლეობის მოძრაობაზე“ სწერს, რომ თელავის მაზრის ყველა საექიმო პუნქტზე ერთი წლის განმავლობაში აღრიცხულია 10,444 ავადმყოფი, ამათგან მალარიით დაავადებული იყო 6,158 კაცი, რაც შეადგენს ყველა ავადმყოფთა საერთო რიცხვის 59<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ს. ეს პროცენტი სინამდვილესთან შედარებით ნაკლებია, თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ ყველა ავადმყოფს არ მიუპარათავს ექიმის დახმარებისთვის სხვადასხვა მიზეზით. შემდეგ ავტორი გვაძლევს დაკვირვებას ახალ—გაყავის რაიონის 5 სოფლის შესახებ, სადაც გაგზავნილი იყო განსაკუთრებული ექსპედიცია. ამ რაიონში გასინჯული იყო 978 კაცი, ამათგან მალარიით დაავადებული აღმოჩნდა 79,2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ი. ელენთის ინდექსი უდრიდა 73,1; ინდექსი Ross-ისა—4,9.

გადავდივართ რა ჩვენი მასალის განხილვაზე, საჭიროდ ვთვლით მოკლედ დავახასიათოთ ის ადგილები, სადაც გვიხდებოდა მუშაობა. ჩვენი გამოკვლევა შეეხება სოფლების მთელ რიგს: ნიგვზიანი, ჯურჯეთი, ჩიბათი, ლესა და სხვ., რომლებიც ნაწილობრივ რკინის გზის ლიანდაგის მახლობლად მდებარეობენ, სადგურების ლანჩხუთის, ჯუმათის და სუფსის რაიონებში. როგორც ცნობილია, ეს რაიონი ნაწილობრივ დაბლობს წარმოადგენს, ალავ-ალა მეტად ქაობიანს. გარდა ამისა, ყანების მეტი წილი, ზემოაღნიშნულ სოფლებებს აქვთ რაიონის, სუფსის და სხვა მდინარეების ნაპირებზე, მასთან ქაობიან ადგილებზე, სადაც მოსახლეობას უხდება მთელი ზაფხულობით მუშაობა და, ამიტომ უნდა ვიფიქროთ, უმთავრესად აქ იქნენ ციებ-ცხელებას.

ჩვენი გამოკვლევა წარმოებული იყო სულ 1677 სულზე 6—16 წლამდე. ამ რაიონში ჩვენ მიერ ყველა სკოლა იყო დათვალიერებული. რადგანაც ჩვენ ვიცით რომ ამ კუთხეში თითქმის ყველა ბავშვი სკოლაში დაიარება, ამიტომ ჩვენი ციფრები მალარიის დაავადების შესახებ, გარკვეულ წლოვანების ფარგლებში, უეჭველია სინამდვილეს უნდა შეეფერებოდეს. რაც შეეხება ლანჩხუთს, ჩვენგან დამოუკიდებელ მიზეზების გამო, იქ ყველა ბავშვი ვერ ვაგვისინჯეთ.

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ყველა ჩვენ მიერ გასინჯული ბავშვი ერთგვარ მასალას წარმოადგენს: ყველა იქაური მკვიდრი მცხოვრებია, იქ დაბადებული და, დაახლოებით, ცხოვრების ერთსა და იმავე პირობებში მყოფი. მასალის გამოკვლევის დროს ჩვენ მხედველობაში გვქონდა ელენთის გადიდების ხარისხი (ელენთის ინდექსი) და აგრეთვე ანამნეზური ცნობები, რომელიც საკმარისად გარკვევით ვვიჩვენებდა, რომ ბავშვი ან მოზრიდელი ახლო წარსულში ავად ყოფილა მალარიით. ცნობებს პატარა ბავშვების ავადმყოფობის შესახებ ადასტურებდნენ ბედაგოვებ და მშობლები.

ჩვენი მასალა წარმოდგენილია დართულ ცხრილებში. პირველ ცხრილში აღნიშნულია ყველა ჩვენი შემთხვევები წლოვანობის მიხედვით. აქვე ნაჩვენებია წლოვანობა, გამოკვლეულთა რაოდენობა, რაოდენობა ავადმყოფებისა, ელენთის მდგომარეობა (მცირე გადიდება გულისხმობს, როცა ელენთა არ სცილდება ნე-



ქნა რკალს I თითის მეტს; საშუალო—2—3 თითით, დიდი—4 თითით და მეტი), ელენთის ინდექსი და დაავადების %—ი.

აღნიშნული ცხრილის განხილვა; სადაც წარმოდგენილია ყველა შემთხვევა 6—16 წლამდე, გვარწმუნებს, რომ დაავადების %—ი 6—14 წლამდე, საზოგადოთ, მცირე რყევას განიცდის, სახელდობრ 46%—58%, 14 წლიდან ეს %—ი სწრაფად იზრდება, სახელდობრ 14 წლიანებში გვაძლევს—59%-ს; 15 წლიანებში—63%-ს; 16 წ-ში—74%-ს.

დაავადების პროცენტის ამაირო ზრდა 13 წლიდან შეიძლება ავხსნათ იმ გარემოებით, რომ ამ წლოვანობის ახალგაზრდები უკვე მუშაობენ მინდვრად, ხშირად ისევე, როგორც მოზრდილები და იმავე ქაობიან ადგილებში. ალბად, ეს გარემოებაა, უმთავრესად, მათი დაავადების მიზეზი. ელენთის ინდექსიც 6-14 წლამდე მცირედ მერყეობს. მხოლოდ 14 წლიდან აღნიშნული ინდექსი იზრდება და 16 წლისთვის მაქსიმუმს აღწევს და უდრის 35-ს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ელენთის ინდექსი შედარებით არაა დიდი, რადგანაც მოსახლეობა შეგნებულია და დაავადებისთანავე მიმართავს ხოლმე ექიმს, რითაც ასე თუ ისე თავიდან იცილებს მძიმე დაავადებას. ყველა ზემონათქვამით შეიძლება აიხსნას ის გარემოება, რომ ელენთის ინდექსი დაბალია, ხოლო მალარიით დაავადების %—ი შედარებით დიდი. გურიის მცხოვრებთა შედარებით მაღალი კულტურული დონე, შემდეგ ის გარემოება, რომ იქ კარგად იცნობენ მალარიას და თითქმის მუდამ მიმართავენ საექიმო დახმარებას, იყო მიზეზი იმისა, რომ ცხრილებში ჩვენ ნაწილობრივ ისეთი შემთხვევებიც შევიტანეთ, სადაც დიაგნოზი მხოლოდ სრულიად სარწმუნო ანამნეზურ ცნობებზე იყო დამყარებული.

გვქონდა რა ხელთ საგრძნობლად დიდი მასალა მალარიის გავრცელების შესახებ მკვიდრ მცხოვრებლებში, ჩვენ არ შეგვეძლო არ მიგვექცია ყურადღება თუ რა მდგომარეობაში იყო იმუნიტეტი მალარიის წინააღმდეგ ერთ-ერთ ენდემიურ რაიონში. ეს საკითხი მით უმეტეს საყურადღებოა, რომ იგი თანამედროვე ლიტერატურაში სავსებით არ არის გარკვეული.

იმუნიტეტის შესახებ გამოკვლევა ჯერ კიდევ Koch-ით იწყება. ახალი გენიის მკვიდრ მცხოვრებლებზე წარმოებულ გამოკვლევით Koch—მა დაამტკიცა, რომ მალარიით დაავადებას უშუალო დამოკიდებულება აქვს წლოვანობასთან. მისი გამოკვლევით ბავშვები ორ წლამდე მაქსიმალურად შეპყრობილნი იყვნენ მალარიით, მასთან მათ 80—100%-ში აღმოაჩნდათ სისხლში პლაზმოდები; ნაკლებად ავად იყვნენ ბავშვები 2—5 წლამდე; კიდევ უფრო ნაკლებად—5-10 წლამდე; ბოლოს 10 წელზე მოზრდილებს, რომელთაც არ ეჩინოდა კლინიკური ნიშნები დაავადებისა, სრულიად არ აღმოაჩნდათ სისხლში პლაზმოდები. მიიღო რა მხედველობაში ზემონათქვამი და აგრეთვე კლინიკური და პარაზიტოლოგიური დაკვირვებანი მალარიისაგან თვითგანკურნების შესახებ, Koch—მა დაასკვნა, რომ ენდემიურ მალარიის ადგილებში მკვიდრი მცხოვრებლები ბავშობაშივე ავად ხდებიან მალარიით, რომლის შემდეგ ისინი იძენენ სრულ იმუნიტეტს. ამ სნეულების წინააღმდეგ Wellemann—მა ბენგალაში, Daniels—მა და Best—მა აფრიკაში Koch-ის დაკვირვების მსგავსად შეამჩნიეს უდიდესი პროცე-

ელენთის ინდექსი და დაავადების % -ტი წლოვანობის მიხედვით.

წლოვანობა.	გამოკვლეულთა რაოდენობა.	მათ შორის ავადმყოფი აღმოჩნდა.	ელენთის ოდენობა.				ელენთის ინდექსი.	დაავადების % -ტი.
			ნიორმალური.	მცირე გადაღება.	საშუალო ოდენობის.	დიდი ოდენობის.		
6	15	7	5	2	—	—	—	46
7	94	49	36	7	5	1	14	52
8	151	88	57	25	6	—	21	58
9	206	122	79	31	11	1	21	59
10	260	141	85	36	18	2	22	54
11	237	132	81	30	20	1	21	55
12	282	166	92	32	36	6	26	58
13	175	91	54	21	16	—	21	52
14	157	93	53	25	13	2	25	59
15	65	41	23	8	9	1	28	63
16	35	26	14	7	5	—	35	74

ცხრილი 2.

ელენთის ინდექსი და დაავადების % -ტი თემების მიხედვით.

	გამოკვლეულთა რაოდენობა.	მათ შორის ავადმყოფი აღმოჩნდა.	ელენთის ოდენობა.				ელენთის ინდექსი.	დაავადების % -ტი.
			ნიორმალური.	მცირე გადაღება.	საშუალო ოდენობის.	დიდი ოდენობის.		
ჯურჯეთი	345	199	117	49	31	2	23	57
ნიგვზიანი	316	198	107	59	31	1	21	62
ჩიბათი	546	299	184	66	44	5	20	53
ლანჩხუთი	223	113	78	11	19	5	16	50
სტფსა.	247	151	96	39	15	1	22	60



ნტი ელენთის გადიდებისა ბავშვებში 1—5 წლამდე და ელენთის გადიდების პროცენტის დაქვეა 10-15 წლოვან ბავშვებში.

მაგრამ ყველა შემდეგ დროინდელი დაკვირვებანი (Plehn, Riemann, Olvig, Gray და სხვა) ეწინააღმდეგება Koch-ის გამოკვლევებს. ეს მეცნიერი იმ აზრს იზიარებდა, რომ მალარიის დროს მტკიცე იმუნიტეტი არ არსებობს. თუმცა იგივე მეცნიერები საზოგადოდ ადასტურებენ Koch-ის აზრს მალარიით დაავადების შესახებ ბავშვობის ხანაში, მაგრამ ამასთანავე მივვითითებენ, რომ პარაზიტები არსებობს მოზრდილების სისხლშიც, ხოლო ზოგიერთი მათგანი ადასტურებს აგრეთვე, რომ სნეულება საგრძნობლად გავრცელებულია მოზრდილებს შორის (Hopa).

ამავე დასკვნამდე მივიდნენ რუსი მეკვლევარნიც, როგორც, მაგალ. Зидовский, რომლის გამოკვლევით მულანის რაიონში მალარიით დაავადებულთა პროცენტი დიდია მოზრდილებს და ხანშესულებს შორის.

საგულისხმოა ამავე დროს შეხედულება ეგრედ წოდებულ „ნაწილობრივ იმუნიტეტის“ და „ლაბილურ“ ინფექციის შესახებ. საქმე იმაშია, რომ ზოგიერთი პროტოზოული ავადმყოფობა (მაგალ. მალარია), მწვავე პერიოდის შემდეგ ქრონიკულად მიმდინარეობს. მაშინ, როდესაც, მიუხედავად პარაზიტების არსებობისა სისხლში ამ უკანასკნელებს და ორგანიზმს შორის ერთგვარი წონასწორობა მყარდება და ამგვარად ორგანიზმი კლინიკურად ჯანმრთელი რჩება. ორგანიზმის დასუსტების (ე. ი. წონასწორობის დაკარგვის) დროს შეიძლება მოხდეს რეციდივი. აქედან სჩანს რომ ორგანიზმს არ შეუძლიან შეჭმენას აბსოლუტური იმუნიტეტი.

ჩვენი გამოკვლევის შედეგები საზოგადოდ ეთანხმება ზემოხსენებულ ავტორების დაკვირვებას. დაავადების პროცენტი წლოვანობის მიხედვით იზრდება, როგორც იზრდება ამავე დროს ელენთის ინდექსი. მართლაც, ყოველივე ეს იმას მოწმობს, რომ გადატანილი ინფექცია არ იძლევა იმუნიტეტს.

მეორე ცხრილიდან (მასალა განაწილებულია სოფლების მიხედვით) სჩანს, რომ დაავადებულთა  $\frac{1}{10}$ -ი ოდნავ ირყევა 50-62%—შორის. ეს მცირე მერყეობა დაავადებულთა პროცენტისა ადგილად გასაგებია, ვინაიდან ჩვენი დაკვირვება ეხება მხოლოდ ერთ დაიონს, და მასთან სოფლების ტოპოგრაფიული მდებარეობა დიდათ არ განსხვავდება ერთი მეორესაგან. ელენთის ინდექსიც მცირეოდნად ირყევა. უნდა აღინიშნოს, რომ თუმცა ლანჩხუთი მეტად დაბალსა და მასთან ჰაობიან ადგილზეა გაშენებული, მაგრამ მიუხედავად ამისა დაავადების პროცენტი და ელენთის ინდექსი აქ შედარებით მცირეა. ეს უნდა მიიწეროს იმას, რომ საექიმო დახმარება აქაურ მცხოვრებლებში უკეთეს პირობებშია, ვიდრე სხვაგან (არსებობს საავადმყოფო, მასთან ამბულატორია და აქვე სტოვებობს რამოდენიმე ექიმი).

საინტერესოა აგრეთვე „ჯგუფური“ ან „ოჯახური“ დაავადება. არა ერთხელ მოვინახე შემდეგი სურათის ნახვა: ოჯახში მალარიით ავად ხდება რომელიმე წევრი (უფრო ხშირად მოზრდილი, ყანებში და ტყეში მომუშავე). რამოდენიმე ხნის შემდეგ, განსაკუთრებით თუ წამლობას ადგილი არ ჰქონდა, თითქმის მთელი ოჯახი ხდება ავად ციებ—ცხელებით. ამავე დროს მეზობელ მოსახ-



ლებობაში, რომელიც ხშირად დიდ მანძილზე არაა დაშორებული (ზოგჯერ არა უმეტეს 200-300 მეტრისა) მალარიით დაავადებას არა აქვს ადგილი.

როგორ უნდა აეხსნათ ეს მოვლენა? ჩვენი აზრით, საფიქრებელია, რომ კოლო Anopheles, რომელიც გურიაში ყველგან იმყოფება ცოტად თუ ბევრად, არ სცილდება იმ შენობებს და სახლებს, სადაც იგი ბუდობს და სადაც ცხოვრების პირობები მისთვის ხელსაყრელია. საკმარისია ოჯახში ვინმე პარაზიტების მქონედ შეიქნეს, რომ კოლოს მიეცეს საშუალება ამ ინფექციის ოჯახის ერთი წევრისგან მეორეზე გადატანისა. რასაკვირველია, ეს მხოლოდ მოსაზრებაა, რომლის დასამტკიცებლად საჭიროა ამ საგულისხმო მოვლენის უფრო დეტალური და ყოველმხრივი შესწავლა.

დასასრულ უღრმესი მადლობა ჩვენს მასწავლებელს, დიდად პატივცემულ პროფ. მ. წინამძღვრიშვილს ხელმძღვანელობისათვის.

### ლიტერატურა.

1. ექ. ს. აბულაძე. მალარიის ზეგავლენა თელავის მაზრის მოსახლეობის მოძრაობაზედ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 5. 1925 წ.
2. მედ. დოქტორი დ. ნაზაროვი. სარწყავი არხები და მათი გავლენა მალარიის გავრცელებაზე ქუთაისის მაზრაში. „თანამედროვე მედიცინა“ № 5 1925 წ.
3. ნ. რუხაძე. მალარია სოფელ უდეში. „თანამედროვე მედიცინა“ № 3 1924 წ.
4. ექ. დ. ახვლედიანი. საქართველოს მალარიული გეოგრაფია. 1925 წ.
5. Проф. Н. А. Свенсон и Д-р Б. И. Клейн. Малярия 1924 г.
6. Д-р мед П. Ф. Здродовский. Малярия в Азербайджане. Сборник статей „Малярия“, 1923 г.
7. Проф. Н. Е. Кушев. Лекции по малярии. 1925 г.
8. Вестник. Нар. Комис. Здравоох. С. С. Р. Грузии. 1923 г. и 24 г.

## იოს. ჯავახიშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

### ტუბერკულოზური ლიმფადენიტების იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობა და ჰემატოლოგიური ცვლილებები ამ მკურნალობის დროს.

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკური კლინიკიდან.  
გამგე—პროფ. შ. წინამძღვრიშვილი.)

ქლექის მკურნალობაში, როგორც მოგეხსენებათ, ამ ბოლო ხანს, ფართო ასპარეზი მოიპოვა ეგრედწოდებულმა არასპეციფიკურმა თერაპიამ.

ყველა საშუალებანი, ამ მიზნით ხმარებულნი, შეიძლება ორ ჯგუფად გაიყოს. პირველი ჯგუფის აგენტები მოქმედობენ მხოლოდ ადგილობრივ პროცესზე; ამ ჯგუფიდან იხმარებოდა იოდოფორმის ემულსია, 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-ნი კარბოლის მჟავას ხსნარი, Vasogen-ი, ol. terebinthinae, ქაფურ-ტიმოლი, jodi-ს ტინქტურა, გვაიაკოლი, ტრიპსინი და კიდევ მრავალი სხვა საშუალებანი.

მეორე ჯგუფის საშუალებებს მიზნათ აქვთ იქონიონ რეზორბციული გავლენა ორგანიზმზე და ამ მხრივ, რასაკვირველია, ადგილობრივ პროცესზედაც ამ ჯგუფის აგენტებიდან ხმარობენ კანტარიდინ—მჟავა კალიუმს, დარიჩინის მჟავას ჰეტოლ—ჰეტიკრეზოლს ინტრავენოზურად, მწვანე საპნის საღ კანში შეზღვევას, გვაიაკოლ—ეუკალიპტოლის კუნთებზეა შეშხაპუნებას და მრავალ სხვას, რომლიდანაც აღსანიშნავია აგრეთვე პროტიეონოთერაპია—რომელსაც საფუძვლად უდევს გამაღიზიანებელი მკურნალობის პრინციპები. უკანასკნელ ჯგუფს ეკუთვნის აგრეთვე იოდ—იოდოფორმის ემულსია, რომლის გავლენას, ტუბერკულოზურ ლიმფადენიტებზე, შეეხება დღევანდელი ჩემი მოხსენება.

იოდ-იოდოფორმის ემულსიით ტუბერკულოზის მკურნალობას უკანასკნელ ხანებში ფართო მასშტაბით აწარმოებენ რუსეთში; პროფ. გრეკოვმა დიდ მასალაზე აწარმოვა მკურნალობა და იმდენად კარგი შედეგი მიიღო, რომ მას იგი თითქმის სპეციფიკურ წამლად მიაჩნია. ამ მკურნალობის შედეგები პროფ. გრეკოვმა და მისმა თანამშრომლებმა რუსეთის ქირურგთა მე-XV ჯონგრესს მოახსენეს.

ამ მკურნალობის დასაბამი, გერმანიიდან მოდის.

\*) წაკითხულია მოხსენებად სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-III სამეცნიერო კონგრესზე 1925 წ. მაისს.



მკურნალობის თეორიული საფუძველი შემდეგში მდგომარეობს: როგორც კიციო, Fisinger-ის, Marie-ს და სხვების გამოკვლევების თანახმად, ელენთაში, ძვლის ტვინში და ლიმფურ ჯირკვლებში არსებობს ლიპოლიზური ფერმენტი.

Bergel-ი იმ აზრისაა, რომ ლიმფოციტები ან მათი დაშლითი პროდუქტები, ლიმფური ჯირკვლების სითხე, სითხე ელენთიდან, ტუბერკულოზური ჩირქი, ტუბერკულოზით გამოწვეული ექსუდატი შეზაბუნების ადგილზე-იწვევენ ცხიმის და ცვილის დაშლას. საღ ცხოველის მუცლის ღრუში, რომ ცვილით სავსე შუშის კაპილარი შევითანოთ, და მასთან ერთად სისხლი ან ექსუდატი, სადაც ლიმფოციტების ჭარბი რაოდენობაა-შედეგად მივიღებთ ცხიმოვანი სიმკვავების კრისტალებს. Bergel-ი აქედან დასკვნის, რომ ლიმფოციტები გამოიშუშავენ ლიპოლიტური ხასიათის ფერმენტს.

როგორც მოგვხსენებთ იმავე Fizinger-მა და Marie-მ ექსპერიმენტალურად დაამტკიცეს, რომ ლიპაზა, თუმცა მცირედნად, მაგრამ მაინც მოქმედობს tbc-ის ბაცილის გარსზე, რის გამოც ბაცილებში ხდება ზოგიერთი გადაგვარება, რაც მათ გათხელებაში და დამარცვლაში გამოიხატება. ზოგიერთმა მკვლევარებმა ისარგებლეს ამ აზრით და განიზრახეს, ამა თუ იმ საშუალების ზეგავლენით, სისხლში ლიპოლიზური. ფერმენტის მომატება. ასეთივე საფუძველი უდევს, სჩანს, ცხიმოვანი ნივთიერებების, როგორც თევზის ქონისა და სხვა ცხიმების tbc-ზის წინააღმდეგ ხმარებას.

პროფ. Hotz-მა, გამოაქვეყნა თვისი გამოკვლევა იოდის გავლენის შესახებ ცხოველებზე; რა გზითაც არ უნდა იყვეს შეტანილი ორგანიზმში იოდი, იქნება ეს კანით, კაქვეშ, კუნთებში, ინტრავენოზურად, თუ სასუნთქავი ორგანოებით, მას უეჭველად მოჰყვება შემდეგი ცვლილება სისხლის მხრივ: ლეიკოციტების რაოდენობა, როგორც Hotz-ი ამბობს, პირველ ორ დღეს მატულობს 30 დან 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ით, 3-დან მე-8 დღემდის მატულობს ძლიერ მცირედ, შემდეგ კი მათი რაოდენობა ეცემა; რაც შეეხება ლეიკოციტალურ ფორმულის ცვლილებას, პირველი ორი დღის განმავლობაში პოლინუკლეარების რაოდენობა იზრდება-მე-3-დან მე-8 დღემდის კი მატულობს ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობა, რომელიც აღწევს 40-დან-65<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-მდე. როგორც უკვე აღნიშნული იყო, ლიმფოციტების გამრავლებას მიხნათ აქვს გაადიდოს ლიპოლიტური ფერმენტი სისხლში.

თვით ჰისტოლოგიური სურათი ტუბერკულისა გვიჩვენებს, რომ სხვათა შორის, ლიმფოციტების საშუალებით ორგანიზმში ებრძვის fbc.-ურ ინფექციას და ამ დროს სისხლშიც აშკარა ლიმფოციტოზია გამოიხატება. კანეცკაიას გამოკვეყნებული აქვს თვისი დაკვირვება ჰემატოლოგიური ცვლილების შესახებ 10 ავადმყოფზე, სადაც იგი აღნიშნავს ლიმფოციტოზს გამოწვეულს იოდ-იოდოფორმის ემულსიის ზეგავლენით. რუსეთის ქირურგთა მე-XV კონგრესზე პროფ. გრეკოვის თანამომხსენებელი აღნიშნავენ ამისთანავე შედეგებს სისხლის მხრივ: ინფექციის პირველი ორი დღის განმავლობაში პოლინუკლეოზს, მესამე-მეათე დღემდის ლიმფოციტოზს. სხვადასხვა ავტორების აზრით, პოლინუკლეოზი გამოწვეულია იოდოფორმის ემულსიის ზეგავლენით, თვით იოდი-კი იწვევს ლიმ-

ფოციტოზს. ის შემთხვევები, სადაც მკურნალობის ზეგავლენით გაუმჯობესება არ ემჩნეოდა, მიმდინარეობდნენ პოლინუკლეოზის და ლიმფოპენიის სახით.

რაც შეეხება ამ მეთოდით და ზოგადად იოდით tbc-ზის მკურნალობის შეფასებას პროფ. კლემპერერი სრულიად უარყოფს იოდის 'გავლენას ტუბერკულოზურ პროცესზე, იგი ამბობს, რომ ის შემთხვევები, სადაც განკურნება მიღებული, ალბად, ლუეტურ ხასიათის დაავადებებს წარმოადგენდნენ; პირიქით რუსეთის ექიმები მკურნალობის კარგ შედეგებს აღნიშნავენ, კანცესკაიას ჰქონია 27 შემთხვევა და მათში ყველა გაჯანსაღებულია. ანტონოვს მკურნალობა გაუტარებია 35-სხვადასხვა ორგანოების tbc-ზით დაავადებულზე; მას თითქმის ყველა შემთხვევაში სრული გაჯანსაღება მიუღია.

ამ ძლიერ მოკლე ლიტერატურული მიმოხილვის შემდეგ გადავიდეთ საკუთარ დაკვირვებებზე, რომელიც, პროფ. მ. წინამძღვრიშვილის წინადადებით, მე ვაწარმოვე სახ. უნივერსიტეტის დიაგნოსტიკური კლინიკის და ნაწილობრივ პრობნემატიულ ქირურგიულ კლინიკის ამბულატორულ მასალაზე.

ჩვენ მიზნათ გვქონდა, გამოგვერკვია, ერთის მხრივ, თუ რამდენად მოქმედობს იოდ-იოდოფორმის ემულსია ლიმფური ჯირკვლების ტუბერკულოზზე, და მეორეს მხრივ კი მისი გავლენა სისხლის მორფოლოგიურ შემადგენლობაზე.

იმის გამოსარკვევად, თუ რა ხასიათის დაავადებასთან გვქონდა საქმე, ვარდა ჯირკვლების ზოგადი ცვლილებებისა, ესარგებლობდით აგრეთვე Pirquet-ს რეაქციით, რომელიც ყველა შემთხვევაში დადებითი აღმოჩნდა. იქ სადაც საექვო იყო lues-ი, სისხლი ისინჯებოდა Wassermann-ის რეაქციაზე.

მკურნალობა პროფ. გრეკოვის მეთოდით სწარმოვბდა. კვირაში ერთხელ, cavum-ischiorectalis-ში შეგვეყვდა 10%-ნი ხსნარი იოდ-იოდოფორმის ემულსიისა; ყოველ ახალი შეშხაპუნების დროს ემულსიის რაოდენობას თანდათანობით ვუმატებდით. კვირაში ორჯერ, ავადმყოფნი იოდის ტინქტურას ისვამდნენ ტანის სხვადასხვა ნაწილზე. მკურნალობის კურსი შესდგება ათი შეშხაპუნებისაგან, რის შემდეგ ავადმყოფი სწყვეტს მკურნალობას და ერთი-ან თვენახევრის დსვენების შემდეგ იგი კვლავ უბრუნდება მას.

სისხლის გამოკვლევის მეთოდიკა შემდეგში მდგომარეობდა: შეშხაპუნების წინ ვარკვევდით ავადმყოფის სისხლის მთლიან მორფოლოგიურ შემადგენლობას; ლეიკოციტების რაოდენობის და მათი ფორმულის გამოკვლევას ვახდენდით აგრეთვე შეშხაპუნების ნახევარი საათის შემდეგ, მეორე, მეოთხე ან მეხუთე, მეექვსე მერვე და მე-12-ტე დღეს; ესე იგი, ორი ინექციის შუა სისხლის გამოკვლევა სწარმოვბდა არა ნაკლებ ხუთისა, მკურნალობის განმავლობაში ვიკვლევდით რამოდენიმეჯერ სისხლის მთლიან მორფოლოგიურ შემადგენლობას, ვარკვევდით, თუ რა გავლენას ახდენდა წამლობა ჰემოგლობინზე და ერითროციტებზე.

სისხლის გამოკვლევის ტენიკაზე არ შევაჩერებ თქვენ ყურადღებას.

ჩვენ ვაწარმოვეთ დაკვირება სულ 16 ავადმყოფზე. ჰემატოლოგიური ცვლილებების გამოსარკვევად სისხლის გასინჯვას ვაწარმოვბდით სამ პერიოდთ: მკურნალობის წინ, მეხუთე ინექციის შემდეგ და მეთთე ინექციის შემდეგ.

დაკვირვების შედეგები წარმოდგენილია დართულ ცხრილებში.



ცხრილი № 1.

## ჰემატოლოგიური უმაღლესობის ცვლილება the Lym.

№№ დაკვირვ.	გვარი და სახელი	მკურნალობის წინ				
		Hb	Erz	F. ind	L	L : Erz
1	გ—ლი, ა.	72%	3.690.000	0.9	11.850	1:311
2	ჯ—ნც, ნ.	67%	3.820.000	0.9	7.400	1:516
3	ვკ—ლი, შ.	73%	3.840.000	0.9	6.600	1:582
4	კ—ძე, ვ.	87%	4.790.000	0.9	8.570	1:558
5	თ—ძე, ლ.	78%	4.650.000	0.8	9.150	1:508
6	კ—ძე, მ.	68%	4.100.000	0.8	6.600	1:621
7	ლ—ძე, მ.	60%	3.540.000	0.8	8.050	1:440
8	ყ—ნი, ე.	72%	3.950.000	0.9	7.100	1:556
9	ბ—ლი, ვ.	—	—	—	—	—
10	მ—ნია, ვ.	—	—	—	—	—
11	ბარ—ლი, ნ.	69%	3.650.000	0.9	7.500	1:487
12	ვ—ძე, მ.	72%	4.260.000	0.9	7.200	1:585
13	ს—ძე, ე.	72%	4.490.000	0.8	7.400	1:606
14	კ—ძე, მ.	—	—	—	—	—
15	ყ—ნი, ნ.	70%	3.950.000	0.8	7.100	1:556
		71,2%	4.183.000	0,85	6.434	1:527

phad. იოდ-იოდოფ-ემულსიით მკურნალობის დროს.

მე-9 ინექციის შემდეგ					მე-10 ინექციის შემდეგ				
Hr	Erz	F.ind	L	L:Erz	Hb	Erz	F.ind	L	L:Erz
78%	4.410.000	0.8	4.850	1:909	78%	4.175.000	0.9	5.550	1:734
75%	4.100.000	0.9	4.600	1:891	72%	3.710.000	0.9	6.500	1:577
79%	5.360.000	0.7	6.150	1:871	78%	4.900.000	0.8	8.300	1:590
89%	5.200.000	0.9	7.000	1:743	85%	5.960.000	0.7	8.250	1:725
67%	4.500.000	0.7	9.000	1:500	—	—	—	—	—
74%	5.510.000	0.7	8.350	1:660	78%	5.480.000	0.8	7.050	1:763
64%	3.850.000	0.8	6.000	1:642	—	—	—	—	—
77%	3.840.000	0.9	6.450	1:595	—	—	—	—	—
74%	5.090.000	0.7	5.400	1:942	76%	5.800.000	0.7	6.100	1:950
63%	4.170.000	0.7	6.500	1:641	73%	3.720.000	0.9	5.720	1:650
—	—	—	—	—	73%	4.280.000	0.7	7.200	1:595
70%	4.100.000	0.8	6.100	1:672	72%	4.200.000	0.8	5.800	1:724
—	—	—	—	—	79%	5.100.000	0.8	7.400	1:688
70%	4.300.000	0.8	6.300	1:682	82%	5.300.000	0.8	6.700	1:791
76%	4.000.000	0.8	5.750	1:695	—	—	—	—	—
73%	4.169.000	0.8	6.150	1:726	79%	4.997.708	0.8	6.779	1:708





რაც შეეხება ჰემატოლოგიურ შემადგენლობის ცვლილებას მკურნალობის გამო, ჩვენს შემთხვევებში, იგივე წარმოდგენილი ცხრილში №1, მაგრამ უფრო თვალსაჩინოთ დიაგრამა №1-ში.

როგორც ამ დიაგრამიდან ჩანს ლეიკოციტების რაოდენობა, რომელიც მკურნალობის წინ 6,000 და 11,000-ს შუა ირყეოდა იოდ-იოდოფორმის ზეგავლენით თანდათან ეცემა 4-დან 9 ათასამდე, ორთაშუა რიცხვით 6 ათასამდე მცირდება, მეათე შემხაპუნების შემდეგ კი იგი კვლავ მატულობს.

ერიტროციტების რაოდენობა, რომელიც მკურნალობის წინ სამსა და ოთხს მილიონს შუა ირყეოდა, ხუთი შემხაპუნების შემდეგ შემცირდა მცირეოდნად, ხოლო მეათე ინექციის შემდეგ—თვალსაჩინოთ მოიმატა, თითქმის ერთი მილიონით მეტი შეიქმნა თავდაპირველს რაოდენობაზე.

Hb-ის რაოდენობა, რომელიც წამლობის წინ უმეტეს ნაწილად სამოსცა და სამოცდა ცამეტს პროცენტს შორის ირყეოდა, მეხუთე შემხაპუნების შემდეგ მცირეოდნად მოიმატა და მეათე ინექციის შემდეგ კი თვალსაჩინოთ მოიმატა. და პირვანდელ ციფრზე, ორთაშუა რიცხვით, ათი პროცენტით მეტი შეიქმნა.

ლეიკოციტების და ერიტროციტების შორის შეფარდება დაბალი მკურნალობის წინ, აშკარად იმატა მეხუთე შემხაპუნების დროს და მკურნალობის დასასრულს იგი თითქმის იმავე დონეზე შედგა.

ამ გვარად ჰემატოლოგიური შემადგენლობის ცვლილება ჩვენს შემთხვევებში, სავსებით ეთანხმება სხვა ავტორების დაკვირვებებს.

ვინაიდან ამ მკურნალობის განმავლობაში უაღრესი მნიშვნელობა აქვს ლეიკოციტალურ მრუდეს და ლეიკოციტალურ ფორმულას, განსაკუთრებით კი ლიმფოციტების რაოდენობის ცვალებადობას, ჩვენ საჭიროდ ვცანით გამოგვეჩვენოთ, თუ რა გავლენას ახდენდა შემხაპუნება ერთის მხრით ლეიკოციტების რაოდენობაზე და მეორე მხრივ პოლინუკლეარების და ლიმფოციტების პროცენტულ შეფარდებაზე; ამიტომ ორი შემხაპუნების შუა, ლეიკოციტების რაოდენობის და მათი ფორმულის გამოყვანას შეიძლება ვაწარმოებდით: შემხაპუნების წინ, ინექციის ნახევარი საათის შემდეგ, ინექციის მეორე დღეს, მეოთხე ან მეხუთე დღეს, მეექვსე, მეშვიდე და ინექციის მეთორმეტე დღეს.

რაც შეეხება ლეიკოციტების რაოდენობის ცვალებადობას ორ შემხაპუნების შუა, შედეგების მიხედვით ავ-ფთა რიცხვი გაყოფილია სამ ჯგუფად, რომელთა ლეიკოციტალური მრუდე მოყვანილია დიაგრამა № 2-ში. ამ დიაგრამაში სწორი შავი ხაზით აღნიშნულია ლეიკოციტების მრუდე იმ ავ-ბისა, რომლებსაც ცოტა-ცოტა ბევრად გაუმჯობესობა დაეტყვოთ. ლეიკოციტების რაოდენობას შემხაპუნების წინ ორთა შუა რიცხვით 7 ათასს უდრის, შემხაპუნების  $\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ მატულობს მცირეოდნად და თანდათანობით დაახლოებით მე-6 დღეს მაქსიმუმის 9,5 ათასს აღწევს, რის შემდეგ იგი კვლავ კლებულობს და პირვანდელ ციფრამდე ჩამოდის.

შავი ნაწიკვტი ხაზით აღნიშნულია ლეიკოციტების მრუდე იმ ავ-ბისა, რომლებსაც მცირეოდენი გაუმჯობესობა დაეტყვოთ. ეს მრუდე უსწორ-მასწორო ხაზია და არაფერ დამახასიათებელს არ წარმოადგენს; ციფრები ამ მრუდისა 6-სა და 6 ათასს შორის ირყევა.

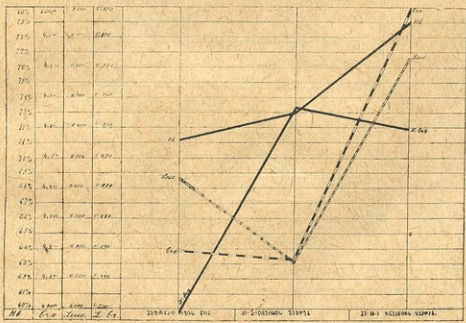






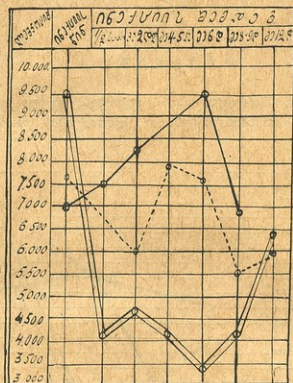
**დ ი ა ვ კ ა მ ა I.**

ჰემატოლოგიური შემადგენლობის ცვლილება ტუბერკულოზური ლიმფადენიტების იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობის დროს.



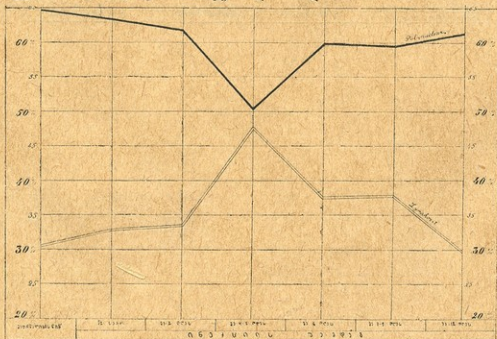
დ ი ა ზ რ ა მ ა II.

დეტალური სურათი ლეიკოციტების რაოდენობის რყევასა ორ ინექციის შუა ჩვენ შემთხვევათა. 1-ლ ჯგუფში, 2-რე ჯგუფში, 3-მე ჯგუფში.



დ ი ა ზ რ ა მ ა III.

პოლინუკლეარების და ლიმფოციტების %/0 ცვალებადობა tbc-ური ლიმფადენიტების იოდ-იოდფორმის მკურნალობის დროს.





აგ-ბის მესამე ჯგუფის ლეიკოციტალური მრუდე ორმაგი ხაზით აღნიშნული ძლიერ დამახასიათებელია იმ მხრივ, რომ შეშხაპუნების წინ არსებული ნორმალური რაოდენობა ლეიკოციტებისა დაახლოვებით 9 ათასი, ინექციის  $\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ მკვეთრად ეცემა 4 ათასამდე და დაახლოვებით მე-10-12 დღეს იგი ნორმალურ მინიმუმს აღწევს, ამ ხნის განმავლობაში კი იგი 3,5-5 ათასს შუა ირყევა. ძლიერ საყურადღებოა რომ ამ ჯგუფის ყველა ავადმყოფებს, რიცხვით სამს, მკათოდ გამოხატული ჰქონდათ იოდინზის მწვავე მოვლენები, სახელობრ, გულის რევა,  $t^{\circ}$  მომატება, ფლარათი, უმადობა და წონის დაკლება, მაშინ როდესაც პირველი ორი ჯგუფის ავად-ბს ან სრულიად არ ჰქონდათ გამოხატული ეს მოვლენები ან არა და ძლიერ სუსტად 1-2 კაცს ისიც მეორე ჯგუფიდან.

იოდინზის მოვლენები აღნიშნული აქვთ აგრეთვე სხვა ავტორებს, მაგრამ მიზეზი და თანმდევნი მოვლენები სისხლის მხრივ არსად არ არის აღნიშნული.

რაც შეეხება პოლინუკლეარებისა და ლიმფოციტების პროცენტულ შეფარდებას, როგორც მესამე დიაგრამიდან სჩანს პოლინუკლეარების რაოდენობა, რომელიც მკურნალობის წინ 58-სა და 65 $\%$ -ებ შორის ირყეოდა, ყოველ შემხაპუნების ნახევარი საათის შემდეგ ოდნავ მცირდება, 4-5 დღის შემდეგ კი თვალსაჩინოთ კლებულობს და თითქმის 20 $\%$ -ით ნაკლები ხდება პირვანდელ რაოდენობაზე; მე-6 დღიდან დაწყებული მე-12 დღემდე იგი ხელმეორედ მატულობს და თავდაპირველ ციფრს უბრუნდება.

ლიმფოციტების რაოდენობა, რომელიც მკურნალობის წინ, უმეტეს ნაწილად 26-დან-34  $\%$ -მდის შეადგენდა, ყოველი შემხაპუნების  $\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ მცირეოდნად მატულობს და მე-4-5 დღეს იგი აღწევს მაქსიმუმს, რომელიც ორთა შუა რიცხვით 48 $\%$  უდრის, და ეს ხდება იმ დროს, როდესაც პოლინუკლეარების რაოდენობა პირიქით მცირდება. მეექვსე დღიდან დაწყებული ლიმფოციტების რაოდენობა კვლავ განაგრძობს შემცირებას და მე-12 დღეს პირვანდელ ციფრამდე ეშვება.

ამგვარად ლიმფოციტების რაოდენობის ცვლილება ჩვენს შემთხვევებში ისეთივეა, როგორიც აღწერილი აქვთ სხვა ავტორებს.

უნდა შევნიშნოთ, რომ იოდ-იოდოფორმის შეშხაპუნება ჩვენს ზოგიერთ შემთხვევებშიც იწვევდა რეაქტულ მოვლენებს. პირველ ორ დღეს ავადმყოფს აძლევდა სიციხეს, რასაც თან სდევდა თავის ტკივილი, პირის ღებინება, ფლარათობა, უმადობა, უილაჯობა და წონაში დაკლება; ეს მოვლენები თანდათანობით კლებულობდა, მაგრამ ახალი ინექციის შემდეგ მეორდებოდა. ძლიერ მკათოდ გამოხატული იყო აღნიშნული რეაქცია იმ ავადმყოფთა შორის, რომელნიც შვიდ დღეში ერთხელ იღებდნენ წამალს ერთდროულად 8—10 გრამს.

საინტერესოა, რომ ყველა ამგვარ შემთხვევაში ხსენებულ მოვლენებს თან სდევდა აშკარა ლეიკოპენია, შედარებითი ლიმფოციტოზით. საკმარისი იყო, რომ ავადმყოფს წამალი უფრო ხანგრძლივი შესვენებით, სახელობრ ორ კვირაში ერთხელ მიეღო, რომ არავითარ უსიამოვნობას არ ჰქონოდა ადგილი და სისხლის მხრივაც მდგომარეობა გამოსწორებულიყო. ეს მოვლენა შეიძლება იმით აიხსნას, რომ გამაღიზიანებელი მკურნალობის სენსიბიზირია, ხოლო ვადა ორ შემხაპუნების შორის ხანმოკლე, ამიტომ ყოველი ახალი ინექცია მოქმე-

დებს იმ დროს, როდესაც ორგანიზმს ჯერ კიდევ არ შეუსვენია და ყოველი მძლავრი და ხშირი გაღიზიანება თანდათანობით ასუსტებს ორგანიზმის რეაქციის უნარს და მისი ფუნქციონალური მუშაობის გაძლიერების ნაცვლად ხდება მისი დასუსტება; ეს უკანასკნელი, სხვა მივლენებთან ერთად გამოიხატება სისხლის მზრიალად ლეიკოპენიით, რაიც გვიჩვენებს ძვლის ტვინის ფუნქციის დაქვეითებას.

რაც შეეხება ჯირკვლების ადგილობრივ რეაქციის უნდა აღვნიშნოთ, რომ იმ შემთხვევებში სადაც შეეტყო გამოკეთება შემდეგი რეაქცია სწარმოებდა: 3-4 შეშხაპუნების შემდეგ ჯირკვლები დიდდებოდნენ და მასთან რბილ კონსისტენციას იღებდნენ, რის შემდეგ ზოგი თანდათანობით ისევ მცირდებოდა, ზოგი კი მწიფდებოდა, თავისთავად ან ხელოვნურად იხსნებოდა და ხერვლიდან იწყებოდა ჩირქის დენა.

მაკუთო გაღიზიანება სწარმოებდა აგრეთვე კონიუნქტივიტებისა, რომელთაც ადგილი ჰქონდათ ჩვენ ორს შემთხვევაში.

მკურნალობის განმავლობაში ყოველი ავადმყოფის წონას თვალყურს ვადევნებდით. თითქმის ყველა ავადმყოფი, განსაკუთრებით კი იოდიზმის მოვლენებით, ინექციების დროს წონაში კლებულობდნენ, მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ კი მათი წონა პირვანდელ ციფრს უბრუნდებოდა. გადავდივარ შემთხვევების განხილვაზე.

ტენიკური პირობების გამო მოგვყავს მხოლოდ ზოგიერთი ავადმყოფების მოკლე ავადმყოფობის ისტორია.

**შემთხვევა 1.** ბ-ლი ანა, მოწაფე, 18 წლისა უჩივის კისრის ჯირკვლების შესივებას, რომელიც უკვე 4-5 თვეა გაუჩნდა. ავ—ფს 11 წლისას გადაუტანია ორივე ფილტვის კრუპოზული ანთება, 5 წლის წინ—გრები („ისპანკა“). ცხოვრების პირობები დამაკმაყოფილებელი აქვს; ქლექისადმი ჩამომავლობითი მიდრეკილებას უარყოფს.

St. praes. ავ—ფე მაღალი ტანისა, სხეული ნახი აგებულობისა. კანი მკრთალი, კანქვეშა ცხიმიანი ქსოვილი სუსტად გამოსახული; კისრის მარცხენა მხარეზე მოსჩანს ორი ლიმფატური ჯირკველი: ერთი ბატის კვერცხის და მეორე კაკლის ოდენა; მარჯვენა მხარეზე ისინჯება 9 წვრილი თხილის ოდენა ლიმფ. ჯირკვლები. ყველა მკვრივი კონსისტენციისა, უმტკიანო, თავისუფლად მოძრაონი კანქვეშ.

შინაგანი ორგანოების მხრივ აღსანიშნავია მხოლოდ მარჯვენა ფილტვის მწვერვალოზე expir. prolongata.

ქ. ნორმალ.

უკვე მეოთხე ინექციის შემდეგ ავ—ფს მსხვილი ჯირკველი შეუსივდა, შერბილდა იმდენად, რომ ფლუქტუაციას ვიღებთ; დანარჩენი ჯირკვლები ოდნავ შერბილდნენ. მსხვილი ჯირკვლიდან შპრიცის საშუალებით გამოღებულ იყო ჩირქი, რის შემდეგ შიგ ჩასხმულ იქმნა იოდ-იოდოფორმის ემულსიის 6,0. ორი კვირის შემდეგ ჯირკველს პირი შეეკრა. დანარჩენ ჯირკვლებზე, მათი ოდენობის და კონსისტენციის შეცვლის მხრივ, მკურნალობამ სუსტი შედეგი მოგვცა, ჯირკვლები თითქმის უცვლელი დარჩნენ.





იოდისმის მოვლენები მცირედ იყო გამოსახული. წონა 10/11—3 ფ. 23 გ.  
29/111—3 ფ. 20 გ.

ავ—მა მკურნალობის ერთი კურსი შეასრულა.

**შემთხვ. 2.** ვ—ძე ალექსანდრა, 25 წლისა, გათხოვილი, ჰყავს ორი ჯან-  
სალი შვილი.

ა—ვი უჩივის კისრის ჯირკვლების შესივებას. რომელიც მას ორი თვეა  
რაც გაუჩნდა. გადატანილი აქვს ორჯერ ფილტვების ანთება და მალარია.

ცხოვრების პირობები დამაკმაყოფილებელია. ქლექისადმი შთამომავლობი-  
თი მიდრეკილებას უარყოფს.

St. praes. ავ-ფი დაბალი ტანისაა, სხეული სუსტი აგებულობისა; კანი და  
ლორწოვანი გარსი მკრთალია; კანქვეშა ცხიმი საშუალოდ გამოსახული; მარჯვე-  
ნა ლავიწხედა ფოსოში ისინჯება ორი კაკლის და სამი მუხუდოს ოდენა ლიმ-  
ფატიური ჯირკვლები. კისრის მარცხენა მხარეზე 7 წვრილი თხილის ოდენა  
ჯირკვლები, მკერივი, უმტყინელო.

ფილტვების ნორმალურ საზღვრებში ყველგან ვეზიკალური სუნთქვის ხმა  
ისმის, ოღონდ მარჯვენა ფილტვის hylus-თან მოყრუებული ხმაა.

გულის საზღვრები N. ტონები წმინდა, პულსი 76—1'.

მუცლის ღრუს ორგანოების მხრივ აღსანიშნავია ელენთის ერთი თითის  
დადებით ნეკნთა რკალის ქვემოდ გამოცილება. 1' ნორმ.

ავ-ფმა მკურნალობის ერთი კურსი შეასრულა; ჯირკვლების ოდენობა და  
კონსისტენცია იგივეა, როგორც მკურნალობის დაწყებამდე.

სხეულის რეაქტიული მოვლენები იგივე, როგორც პირველ შემთხვევაში.

წონა—5.III.—3 ფ. 17 გ. 16.III.—3 ფ. 14,5 გ. 24.IV—3 ფ. 11 გ.

**შემთხვ. 3.** ჯ—ნც ნეტარ, 38 წლისა გათხოვილი, ჰყავს 12 წლის  
შვილი.

ავ-ფი უჩივის კისრის ჯირკვლების შესივებას; ავად არის 5 თვეა. წარ-  
სულში ავად არაფრით ყოფილა. შთამომავლობაში ქლექისადმი მიდრეკილებას  
უარყოფს. ცხოვრების პირობები ძლიერ ცუდი აქვს.

St. praes. ავ-ფი საშუალო ტანისაა, სხეული ნორმალური აგებულობისა;  
კანის, კუნთოვანი შრის და ძვლის სისტემის მხრივ არა ნორმალობა არა ეტყო-  
ბა რა. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საკმარისად გამოსახულია.

კისრის მარჯვენა მხარეზე გრძელი, მომკვრივო კონსისტენციის ვაჟკაცის მუშ-  
ტის ოდენა ჯირკველი სჩანს, მის უკან ყურის ძირში კაკლის ოდენა 5 ჯირკველი,  
იმავე მხარეს ქვედააბის ქვეშ კაკლის ოდენა 3 ჯირკველი ისინჯება.

ფილტვების საზღვრები ნორმალურია; ორივე მწვერვალოებზე—expir. pro-  
longata, დანარჩენ ადგილებში ვეზიკალური სუნთქვის ხმა ისის.

გულის საზღვრები N. ტონები წმინდა, ოდნავ მოყრუებული, პულსი 70-72-1'-  
ელენთა და ღვიძლი არ ისინჯება.

ქუქნაწლავის და საშარდე ორგანოების მხრივ ყველა ნორმის ფარ-  
გლებშია.

R. pirquet—დადებითია.

R. Wassermann-ისა უარყოფითი.

ჯირკვლებმა, მეტადრე დიდმა ძლიერ ნელა, მაგრამ აშკარად იკლო. დაჩირქება არ მომხდარა. ავ-მა 14 ინექცია მიიღო; ამ ხნის განმავლობაში წონაში დაიკლო საგრძნობლად.

ავ-ფი ყოველ კვირა იღებს ინექციას, იოდინზის მოვლენები ძლიერ მკაფიოდ გამოხატულია, რასაც თან სდევს სისხლის მხრივ ლეიკოპენია 2,5—4 ათასი ერთ კ. მ. მ. ამის გამო შემხაბუნება უკეთდება ორ კვირაში ერთხელ, რის შემდეგ რეაქცია ორგანიზმისა სუსტია და ლეიკოციტების რაოდენობაც ნორმალურია.

ერთი თვის დასვენების შემდეგ ავ-მა მეორე კურსი შეასრულა. მსხვილი ჯირკველი ოდენობაში განახევრდა, დანარჩენმა ჯირკვლებმაც საგრძნობლად იკლეს. ამ შემთხვევაში მივაღწიეთ ცოტად თუ ბევრად დამაკმაყოფილებელ შედეგებს.

**შემთხვ. 9.** ჯ-ია ვ. 22 წლისა, სტუდენტი.

ავ-ფი უჩივის კისრის ჯირკვლების შესივებას. ავად არის უკვე წელიწადნახევარია. მარჯვენა მხარეზე ერთი ჯირკველთაგანი მოღბა, მომწიფდა და შემდეგ ჩირქმა იწყო დენა. წარსულში მხოლოდ მალარიით ყოფილა ავად. თუთუნს არ სწევს, მაგარ სასმელებს არ ხმარობს. ცხოვრების პირობები დამაკმაყოფილებელი აქვს. მშობლები ჯანმრთელი ჰყავს.

St. praes. ავ. მალალი ტანისაა, სხეული სუსტი აგებულობისა. კანი თავისუფალი პათოლ. გამონაყარისაგან, ნორმალური ფერისაა; კანქვეშა ცხიმი ძლიერ სუსტად გამოსახულია; კუნთოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული. ძვლის სისტემის აგებულებაში არანორმალობა არ ემჩნევა.

მარჯვენა ლავიწზედა ფოსოში ისინჯება კაკლის ოდენა ლიმფ. ჯირკველი, რომლის ღია პირიდან ჩირქი დის. კისრის მარცხენა მხარეზე ისინჯება 5 მუხუღოს ოდენა ჯირკველი.

ავ-ფის გულმკერდის მოყვანილობა პარალიტიკურს წააგავს, ფილტვების საზღვრები ნორმალურია. მარცხენა ფილტვის მწვერვალზე ისმის ცვალებადი ხასიათის მცირე რიცხოვანი სუბკრეპიტული ხახინი. ფილტვების დანარჩენ ადგილებში ვეზიკალური სუნთქვის ხმა ისმის.

გულის საზღვრები N. ტონები წმინდა.

პულსი რითმული საშუალო გავსებისა, ოდნავ აჩქარებული 80-82—1'

ლვიძლის საზღვრები ნორმ.

ელენთის ქვედა კიდესთან რეზისტენტობას გრძნობს ხელი.

კუჭნაწლავის და საშარდე ორგანოების მხრივ ყველა ნორმის ფარგლებშია. t-<sup>0</sup> N.

მკურნალობის ერთი კურსის შემდეგ კისრის ჯირკვლები სრულიად არ ისინჯებიან.

ამ შემთხვევაში კლინიკური გაჯანსაღება მივიღეთ.

**შემთხვ. 16.** გაჩ-ძე, სტუდენტი 22 წლ.

უჩივის კისრის ჯირკვლების შესივებას, რომელიც მან 3 თვის წინად შეამჩნია.

ავად არაფრით არ ყოფილა. მშობლები ჯანმრთელი ჰყავს; ცხოვრების პირობები დამაკმაყოფილებელია.



St. prae. ავ-ფი საშუალო ტანისაა; კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად გამოსახულია; სუსტად განვითარებულია კუნთოვანი შრე; ძვლის სისტემის აგებულებაში არანორმალობა არა ეტყობა რა. ლორწოვანი გარსი ანემიურია.

კისრის მარჯვენა მხარეზე ისინჯება 4 თხილის ოდენა, მარცხნივ კი—შვიდი მოძრავნი, უმტკივნელო და მომკვრივო კონსისტენციის ჯირკვლები.

ფილტვების საზღვრები ნორმალურია,—ყველგან ისმის ვეზიკალური სუნთქვის ხმა.

გულის საზღვრები ნორმ. გულის მწვერვალოზე ისმის სისტოლიური შუილი ანემიური ხასიათისა, დანარჩენი ტონები წმინდაა. პულსი რითმიულია, საშუალო გავსებისა და სიმკვრივისა—72—1'.

ელენთა და ღვიძლი არ ისინჯებიან. კუჭნაწლავების და საშარდე ორგანოების მხრივ ყველა ნორმის ფარგლებშია. 1-ს ნორმ.

მეოთხე ინექციის შემდეგ ჯირკვლები შერბილდნენ და ზოგიერთმა მათგანმა მცირედ იკლო ოდენობაში, მაგრამ მკურნალობის დასასრულს ჯირკვლების მდგომარეობა იგივეა, როგორც მეოთხე ინექციის შემდეგ.

რაც შეეხება ჩენი შემთხვევების, ტუბერკულოზურ ლიმფადენიტების მკურნალობის შედეგს, 16 ავადმყოფიდან, რომლებზედაც ვაწარმოებდით დაკვირვებას, ოთხ ავ-ფის შესახებ მსჯელობა შეუძლებელია, ვინაიდან მათ მკურნალობის კურსი არ დაუსრულებიათ, თუმცა თვითფულმა მოილო 5-დან 7-დე შემსაბუნებამდე, ჯერ-ჯერობით უშედეგოდ.

ოთხს შემთხვევაში თვალსაჩინო გამოკეთება ვერ ვნახეთ, ისე რომ უშედეგოდ უნდა ჩათვალოს: ერთმა მათგანმა შეასრულა ერთი კურსი, 2-მა მიიღო თითომ 12-ტი შეშაბუნება, უკანასკნელმა კი შეასრულა მკურნალობის ორი კურსი, ე. ი. მიიღო 20 შეშაბუნება.

5-ს ავადმყოფს შორის, რომლებმაც თითო კურსი გაიარეს, უმნიშვნელო გამოკეთებას მივალწიეთ.

2-ს შემთხვევაში აშკარა გაუმჯობესება მივიღეთ, და ერთში კი კლინიკური გაჯანსაღება მკურნალობის ერთი კურსის განმავლობაში.

ლიტერატურაში გამოთქმული აზრი, რომ ლიმფოპენიით მიმდინარე შემთხვევებში მკურნალობა უშედეგოდ რჩება, ხოლო აშკარა ლიმფოციტოზით მიმდინარე კი მკურნალობის შედეგს კარგს იძლევა, ჩენი დაკვირვებებში სავსებით არ გამართლდა: იქ სადაც განკურნება მივიღეთ,—ლიმფოციტოზი ჩვეულებრივზე დიდი არ ყოფილა, პირიქით იმ შემთხვევებში სადაც სასურველ შედეგს ვერ მივალწიეთ,—ლიმფოციტოზი საკმარისად გამოსახული იყო.

ეს, თითქმის, ნიშნავს იმას, რომ ამგვარი მკურნალობის დროს გარდა ლიმფოციტოზისა, და მასთან დაკავშირებულ სისხლის ლიპოლიტური ფერმენტის გაძლიერებისა, უეჭველია, ორგანიზმის სხვა ძალებსაც უნდა ჰქონდეს არა ნაკლები მნიშვნელობა.

თუმცა დაკვირვებების რაოდენობა არ გვექონია დიდი, და ამიტომ საბოლოო აზრის გამოტანა შეუძლებელია მკურნალობის ამ მეთოდის ღირებულობის შესახებ, მაგრამ მაინც, შესაძლებლად მიგვაჩნია შემდეგი აზრის გამოთქმა:



1. სისხლის გასინჯვას, კერძოდ კი ლეიკოციტების განსაზღვრას მკურნალობის დროს, დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან მხოლოდ ჰემატოლოგიური სურათის საშუალებით შესაძლებელია რაციონალური მკურნალობის წარმოება.

2. იოდ-იოდოფორმის ემულსიის ყოველი განმეორებით შეშხაპუნება უნდა სწარმოებდეს, მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჰემატოლოგიური სურათი, კერძოდ ლეიკოციტების რაოდენობა და ლეიკოციტალური ფორმულა, დაუბრუნდება შეშხაპუნებამდრ არსებულ მდგომარეობას.

3. იოდ-იოდოფორმის ემულსიის ხშირი და დიდი დოზების ხმარება იწვევს ორგანიზმის ფუნქციონალურ თვისებების დასუსტებას, მოწამვლას, რომლის შედეგია, იოდიზმის სხვა მოვლენებთან ერთად, ლეიკოციტების რაოდენების აშკარა შემცირება, ლეიკოპენია.

4. საზოგადოდ უნდა ითქვას, რომ იოდ-იოდოფორმის ემულსიით t b c მკურნალობა, სხვა სახის მკურნალობასთან შედარებით, ჩენი აზრით, უპირატესობას არ უნდა წარმოადგენდეს.

დასასრულს სასიამოვნოდ მიმაჩნია გულწრფელი მადლობა უძღვნა ჩემს მასწავლებელს დიდად პატივცემულ პროფ. მ. წინამძღვარიშვილს მისი მუდმივი დარიგებისათვის და ხელმძღვანელობისათვის ამ დაკვირვებების გატარების დროს.

#### ლიტერატურა:

1. Ф. Клемперер.—Туберкулез легких.
2. Дейке.—Практическое руководство по туберкулезу.
3. Бакмейстер.—Болезни легких.
4. Злотогоров.—Учебник бактериологии.
5. Сборник Трудов XV Сезда Российских хирургов.
6. Каневская.—Русский врач 1914 г.
7. Антонов.—Врачебное дело 1924 г.
8. Голубчин.—Неспецифическая и протеиновая терапия.

## მ. ტაყაყაძე.

კლინიკის ორდინატორი.

### იდიოსინკრაზიის იზვიათი შემთხვევა. \*)

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროპედ. ქირურგიული კლინიკიდან.  
გამგე—პროფ. კახიანი.)

ჩემი მოხსენება, საკითხის არსებითად ახსნა-გაშუქებისთვის, არავითარ ახალ დებულებას არ შეიცავს. აქ არის მხოლოდ ზოგადი განმარტებები და, უმთავრესად, უბრალო ინფორმაცია უფროსი ამხანაგებისა იმ იშვიათი შემთხვევის, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ჩვენს კლინიკაში მიმდინარე აკადემიური წლის დასაწყისში.

მიუხედავად ამისა, ვფიქრობთ, იგი მაინც არ იქნება მნიშვნელობას მოკლებული, მით უფრო, რომ, ჯერ ერთი, ასეთი შემთხვევა, რამდენადაც ჩვენ ვიცით, ჯერ არსად ყოფილა ლიტერატურაში აწერილი, და მეორე, საკითხი ერთნაირად ეხება როგორც დოსტაქარს, ისე თერაპევტს, როგორც ვენეროლოგს, ისე გინეკოლოგს, რადგან თითოეული მათგანი შეიძლება წააწყდეს მას თავის ყოველდღიურ პრაქტიკასა თუ კლინიკურ ცხოვრებაში.

საქმე შეეხება იდიოსინკრაზიას ვერცხლის ნიტრატის (argent. nitricum.) მიმართ.

იდიოსინკრაზია, საზოგადოდ, როგორც თქვენ მოგვხსენებათ, არ არის ახალი აღმოჩენა. მის შესახებ ჯერ კიდევ ძველ სახელმძღვანელოებში იპოვიოთ ცნობებს. მიუხედავად ამისა, არსებითად იგი, ისე როგორც იმუნიტეტისა და ანაფილაქსიის პრობლემები, დღესაც სიბნელითაა მოცული და არ არის საბოლოოდ მეცნიერულ ფორმებში ჩამოყალიბებული. ვიცით, რომ იდიოსინკრაზია მომეტებული გრძნობიარობაა, ზედმეტი ინდივიდუალური განწყობილებაა ზოგი ორგანიზმისა სხვადასხვა ნივთიერების მიმართ. აწერილია შემთხვევები, როცა ადამიანს ვერ გადაუტანია ოპიუმისა, ქინაქინისა, ანტიპირინისა და სხვათა უმნიშვნელო დოზები; ვიცით, რომ ზოგჯერ ადამიანის სიცოცხლე ხიფათში ჩავარდნილა არა მარტო ფარმაცევტიული პრეპარატებით, არა მარტო სხვადასხვა მიკრობის უმნიშვნელო შხამით — უბრალო, ყოველდღიურ საკვებ ნივთიერებითაც კი, როგორცია, მაგალითად, ვაშლი, მარწყვი, კიბო, ხაჭო და სხვ. ამ ნივთიერებათა მიღების შემდეგ ადამიანს ავარდნია პირისღება, ფალარათობა, კა-

\*) მოხსენდა ტფილისის სახ. უნივერსიტეტის დოსტაქართა კონფერენციას 1924 წ. დეკემბრის სხდომაზე.



ნის გამოყრილობა და სხ. ვიცით ისიც, რომ ეს ინდივიდუალური თვისებანი, რომელნიც, საერთოდ, უჩვეულოა და უჩინარი, შეიძლება ადამიანის ორგანიზმს ან მუდამ თან ახლდეს, ან მხოლოდ ზოგიერთ განსაკუთრებულ მდგომარეობაში გამოაჩნდეს. მაგალითად, ქალს ორსულობისა, მშობიარობისა, menses-ისა თუ კლიმაქტერიუმის პერიოდებში; ვაქს-სქესობრივი სიმწიფის დასაწყისში, რაიმე ფსიქიური აფექტისა თუ სხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს და სხ. ყველა ეს ჩვენ ვიცით, როგორც ლიტერატურიდან, ისე ყოველდღიურ დაკვირვებებიდან. მაგრამ საიდან და რისაგან წარმოიშობა ეს განსაკუთრებული განწყობილება? არსებობს თუ არა რაიმე საშუალება ამ მოვლენის წინასწარ გამოსაცნობათ და შეიძლება თუ არა რაიმე ზომების მიღება იმისათვის, რომ არ განვითარდეს, არ წარმოიშვას იგი? ამ კითხვებზე დღესაც მუნჯია და უძლური ღრმა სამკურნალო მეცნიერება და ბიოლოგია. არის მხოლოდ ცდები, ზოგადი მოსაზრებები, უკვე წარმოშობილი და განვითარებული ფაქტების ანალიზები. გავიხსენოთ ზოგი. Кравков-ის მოყავს სხვადასხვა პათოლოგიურ პირობათა ცხრილი, რომელთა ფარგლებში შეიძლება სხვადასხვა რიგად იმოქმედოს ორგანიზმში სხვადასხვა ფარმაცევტიკულმა პრეპარატმა, სხვადასხვა რიგად შეიწრუთოს, გაიხსნას და გამოიყოს იგი და ამ ნიადაგზე საბაბი მიეცეს ამა თუ იმ იდიოსინკრაზიულ მოვლენის წარმოშობას. ასეთი პირობაა, მისი აზრით, პირველად ყოველისა, ორგანიზმის საერთო ტემპერატურის ანორმალობა; შემდეგ, კუჭ-ნაწლავთა მხრივ—მათი ლორწოვანი გარსების ანატომიური და ფუნქციონალური მთლიანობის დარღვევა, მათი მამოძრავებელი ნერვული აპარატის მოშლა, მათ ჯირკველთა სეკრეციის რაოდენობითი და შემადგენლობითი არანორმალობა და სხ.; კანის მხრივ—სხვადასხვა გამოყრილობა, წყლულები, შეშუპებები და სხ.; სისხლის მიმოქცევის მხრივ—უკომპენსაციო გულის მანკი; გამომყოფ ორგანოთა მხრივ—მათი სხვადასხვა გვარი დაავადება, თირკმლების ანთებითი პროცესები და სხ.; შემდეგ, დაზიანება და დაავადება იმ ორგანოთა, რომელთაც, სხვათა შორის, დაკისრებული აქვთ სხვადასხვა ეკზოგენური და ენდოგენური შხამის გაბათილება, გარდაქმნა (მაგ. ღვიძლი.) და სხ. კლინიკისტები, გარდა ამისა, დიდ მნიშვნელობას აძლევენ ინდივიდუუმის ასაკს, ანატომიურ სისტემათა განვითარებას, კონსტიტუციას (სიმსუქნე, სიმკლევე და სხ.).

იმავე დროს, Кравков-ის აზრით, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ნივთიერებათა მოქმედება იდიოსინკრაზიის დროს განსხვავდება მათი ჩვეულებრივი მოქმედებისაგან, ნორმალ პირობებში რომ სწარმოებს, არათვისებრივით, არამედ რაოდენობრივით. ე. ი. ის უარყოფს იდიოსინკრაზიის ისეთ შემთხვევას, როცა ამა თუ იმ მედიკამენტს ან სხვა ნივთიერებას გამოეჩინოს სულ სხვა რაიმე თვისება, ვიდრე ის, რომელიც მას საერთოდ ახასიათებს. მაგალითად, ქინაქინა არ მოგვცემს ისეთ მოვლენებს, როგორსაც დიგიტალინი, ან ქლორალი ისეთს, როგორსაც სტრახნინი და სხ.

ექიმმა Ивашов-მა, პეტროგრადის სამხედრო სამკურნალო აკადემიის ასისტენტმა, კიდევ ერთი ახალი სხივი შესთავაზა ამ საკითხის ბნელ ლაბირინტს. თავის სადისერტაციო შრომაში, „ორგანიზმზე შხამების გავლენის შესახებ ცენტრალურ ნერვულ სისტემის სხვადასხვა მდგომარეობასთან დაკავშირებით“—მან



წამოაყენა დებულმა ნერვული სისტემის ფაქტორობისა იდიოსინკრაზიის ზოგიერთ ფორმის დროს. ეს აზრი მან მიიღო და გამოაქვეყნა მხოლოდ მთელ რიგ საეულ-სნმო ექსპერიმენტალ ცდათა შემდეგ. სხვადასხვა მდგომარეობაში მყოფი რთული და, იმავე დროს, მწყობრი ნერვული აპარატი სხვადასხვა რაოდენობითი სიძლიერითა და სახით გამოჩენიებს თავის ჩვეულებრივ თვისებებზე ფარმაკეტიულ და სხვა ნივთიერებას, ადამიანის სხეულში რომ შეიჭრაო—ამბობს იგი დაახლოებით. სხვა მხრივ რომ ორგანიზმი სრულიად ფიზიოლოგიურ და ანატომიურ მთლიანობას წარმოადგენდეს—ამტყიცებს ექიმი იენაოვი-იგი მაინც არაა დაზღვეული, ამა თუ იმ ნივთიერების მიღების შემდეგ, რაიმე მოულოდნელ შემთხვევისაგან თუ კი მისი ნერვული წონასწორობა, რაიმე მიზეზისა გამო, დარღვეულია.

Mayer-მა და Gottlieb-მა იდიოსინკრაზია იმუნიტეტს დაუპირდაპირეს და თუ უკანასკნელის დასაბუთებაში მათ, ნაწილობრივ მაინც, მხარი დაუჭირეს Erlich-ის ცნობილ იდეას მოწინააღმდეგე სხეულთა შეჯახებისას და შედეგებისას ადამიანის ორგანიზმში, პირველის (იდიოსინკრაზიის) ასახსნელათ მათ სინერგიზმის თეორია წამოაყენეს. მაგალითად, ნათი აზრით, ზოგი ადამიანის განსაკუთრებული გრძნობიარობა კოკაინის მიმართ აიხსნება მით, რომ მისი ორგანიზმის სიმპატიური სისტემა წინდაწინ აღზნებულ მდგომარეობაშია საკუთარი ადრენალინის მეოხებით და საკმარისია კიდევ ახალი, სულ მცირე, გალიზიანება, ტონუსის ზომატება, რომ მან მღელვარე სიმპტომები გამოიწვიოს.

ასევე აზროვნობენ Eppinger-ი და Hess-ი, როცა ისინი ზოგი ადამიანის არაჩვეულებრივ გრძნობიარე განწყობილებას პილოკარპინის მიმართ ხსნიან Vagus-ის წინასწარ გადიდებულ ტონუსით რომელიმე ვაგოტონური გორმონის მეოხებით. შემდეგ, იგივე Meyer-ი და Gottlieb-ი ზოგ ინდივიდულთა განსაკუთრებულ განწყობილებას მორფეუმისა, მარწყვისა, კიბოსა და სხვა ნივთიერებათა მიმართ პროტოლაზმებისა და ქსოვილთა გამონაყოფების (სითხეების, წველების) ერთგვარ ქიმიურ შერეულობას აწერენ.

გადავიდეთ ახლა ჩვენს შემთხვევაზე.

ავადმყოფი ქალი, ალექსანდრა გუკალოვისა, 40 წლის, შოფერის ცოლი, მეოჯახე, ეროვნებით რუსი; შემოვიდა კლინიკაში 1924 წ. 2 ოქტომბერს. უჩივის ტკივილებს მუცლის მარჯვენა და ქვედა ნაწილში. ტკივილებს მოვლითი ხასიათი აქვს: აღეძრება ერთბაშად მარჯვენა თეძოს ფოსოში და სწრაფად ვითარდება მუცლის მთელ მიდამოში. ავადმყოფს ამ ხანაში თუხუხე დგომაც არ შეუძლია და იძულებულია ლოგინათ ჩაწვეს. მისცემს სიცხეს (38-39°-მდი), ასტკივა თავი, წელის მიდამო, აუტყდება ყვედრება, გულისრევა და, ზოგჯერ, პირის-ლებაც. ასეთი მდგომარეობა გასტანს ხან რამოდენიმე საათს, ხან კი მთელ დღე-ღალამეს, რის შემდეგ შეტევა თანდათან ნელდება და რამდენიმე დღის თითქმის უძრავად ყოფნის შემდეგ სრულიად სწყდება. რჩება მხოლოდ ერთგვარი ყრუ ტკივილების შეგრძნობა პირველ დასაწყისის არეში, რომელიც ძლიერდება ან სუსტდება იმისდა მიხედვით თუ როგორი საკმეელი მიიღო ავადმყოფმა, ან როგორი ამინდი იყო (სიცივე, სუსხი თუ მზიანი), ან ბევრი ღარა და იმუშავა თუ ცოტა. თავდაპირველი მიზეზი ავადმყოფობისა არ იცის. ავადაა სულ 6-7

წელი. ამ ხნის განმავლობაში ჰქონდა 4 შეტევა. უკანასკნელი — კლინიკაში შე-  
 მოსვლის 1 $\frac{1}{2}$  თვის წინ, რომელიც წინა მოვლებზე უფრო მსუბუქი იყო.

გარდა ამისა ავადმყოფი უჩივის ხშირ ყაბზობას და გულის ძვრას. უკანასკნელი ემართება ხან პატარა მიზეზით და ხან სრულიად უმიზეზოთაც. ავად-  
 მყოფი აღნიშნავს კიდევ საერთოდ ნერვულობას: მას სულ უმნიშვნელო რამეზე  
 გული მოსდის. საკმარისია პატარა უსიამოვნება რომ ტირილი აუვარდეს და წი-  
 ნაღმდევ, უბრალო სასიამოვნო მოვლენა მთელ მხიარულებას მოჰკვრის, თუმცა  
 როგორც ერთი, ისე მეორე მდგომარეობა დიდხანს არ გაყვება.

იგი ქმარშვილიანია, რომლებიც ჯანსაღები არიან. ორი შვილი მკვდა-  
 რი ყავს საბავშვო საინფექციო ავადმყოფობებით. Menses დაწყება მე-16 წელ-  
 ზე, რომელიც პირველ ხანებში უწყსო ხასიათს ატარებდა, ხოლო შემდეგ თან-  
 დთან განორმალდა. 4-ჯერ გაუქეთებია ხელოვნური მუცლის მოშლა.

განვიღო ავადმყოფობათა შორის, საბავშვო საინფექციო სნეულებათა გარ-  
 და, უნდა აღინიშნოს მალარია და საშვილოსნოს ანთება. პირველით დიდხანს  
 იყო დაავადებული; მეორე ახლაც გაუხსენებს დროგამოშვებით, თუმცა თავის  
 დროზე მის წინაღმდეგ სპეციალ მკურნალობასაც აწარმოებდა რკინის გზის სა-  
 ავადმყოფოში. ვენერიულ სნეულებას თავის მხრივ უარყოფს, ქმარს კი წინედ  
 სუსუნატი სჭირებია

შთამომავლობაში პათოლოგიური არაფერია.

ცხოვრების პირობები ამჟამად დამაკმაყოფილებელი აქვს. ავადმყოფი საშუ-  
 ალო ტანისაა, იწონის 4 ფუტს. საერთო მოყვანილობა და აგებულობა ნორმა-  
 ლური აქვს. ყველა ანატომიური სისტემის განვითარება დამაკმაყოფილებელია  
 კანზე აქა-იქ წამოწოვილებული ადგილებია, რომელიც უბან-უბანაა გაფანტული  
 მთელ ტანზე და, რომელიც თქვენი თვალის წინ ქრება და ნორმალში ვადადის.  
 დასანახი ლორწოვანი გარსები ვარდის ფერისაა. ლიმფური ჯირკვლები ოდნე  
 ვადიდებულია სახარდულის მიდამოებში. ადგილობრივი ტემპერატურა ზომიერ-  
 რია. გულმკერდის ყაფაზის გარეგანი სახე არ შეიცავს რაიმე პათოლოგიურს.  
 Apertura thoracis inf. ცოტა გაშლილია. მახვილისებრი მორჩის კუთხე აღემატე-  
 ბა 90°-ს. ლავიწზედა და ქვედა ფოსოები ოდნეავათაა გამოხატული. ნეკნთაშუა  
 სივრცეები ამოვსებულია. ბეჭების მდებარეობა სიმეტრიულია. სუნთქვის ექსკურ-  
 სია ნორმალურია და თანაბარი. საერთო პერკურსია გულმკერდის ყაფაზისა რა-  
 იმე ანორმალობას არ აჩენს. ფილტვების საზღვრები ორივე მხრივ ნორმებს არ  
 სცილდება. აუსკულტატურათ, მარჯვნივ ამოსუნთქვა. ხიხინი არაა. გულის საზღ-  
 ვრებიც ნორმებშია. მწვერვალში მოთავსებულია მე-V ნეკნთაშუა სივრცეში, მარ-  
 ცხენა დვრილის ხაზს შიგნით 1 $\frac{1}{2}$  სანტიმეტრით. ტონები სუფთაა, მაგრამ არა  
 ყოველთვის თანაბარი ინტერვალების, დროგამოშვებით აჩქარებისა და გამკ-  
 რივების შთაბეჭდილებას სტრავებენ. შუილი არ ისმის.

მუცლის ღრუს გარეგანი სახე ჩვეულებრივია. წინა კედელი ძალიან მოთენ-  
 თილია. ჰიპს ქვეშ მრავალი stria gravidaria. კუჭის დიდი სიმრუდე მოთავსებუ-  
 ლია ჰიპს ზევით ერთი თითის დადებაზე. აქ, პალპაციის დროს გამოხატულია plexus  
 Hypocrati. ტკივილები არ არის. ლეიძლი, ელენთა თირკმლები არ ისინჯება და  
 არც მტკივნეულია მათი არეების პალპაციისა და ამოკაყუნების დროს. მარჯვენა



თემოს ფოსოს გასინჯვა არკვევს მკაფიოდ გამოსახულ ქრონიკულ, კატარალურ appendicitis-ის ნიშნებს. გამოხატულია თითქმის ყველა უმთავრესი სიმპტომი: Волкович-ი, Mack-Burney, Zonnenburg-ი, Rovsing-ი და სხ. საშვილოსნოსა და საშარდე ბუშტის მიდამოში ხელით დაქერით ცოტა ტკივილებია. უკანა ტანის მიდამოში-varices haemorrhoidales externa. საშოდან გასინჯვის დროს-ტკივილები ოვით საშოში და საშვილოსნოს ყელის ირგვლივ. საშვილოსნოს მდებარეობა ანტეფლექსურია.

ნერვულ სისტემაში უნდა აღინიშნოს მუხლისა და ტერფის რეფლექსების ძლიერად გამოხატვა, კონიუნქტური რეფლექსების სრული გამოუსახობა და მეტად მკაფიო წითელი დერმოგრავიზმი. შარდისა და კუჭის წვენიის ლაბორატორიული გასინჯვა არ გვიჩვენებს მათ რაიმე მნიშვნელოვან ცვლას. Diagnosis: Appendicitis chronica; Hystero-neurosthenia; Parametritis; Varices haemorrhoidales exter. მოწვეულ ხეიროპათოლოგმა და გინეკოლოგმა დაადასტურეს ჩენი დიაგნოზი.

7/X-ს Operatio-appendectomy ქლოროფორმის ზოგადი ნარკოზის ქვეშ, Mack-Burney-ს ჩვეულებრივი ირიბი ვანაკვეთით. შეხორცებები არ არის Appendix-ი გარეგნობით მოკლე, მსხვილი, ოდნავ დაკლანილი; ვანავლის კენჭები, ლორწოვანი გარსის გადავარება, აქა-იქ პატარა ეროზიები.

13/X ძაფების მოხსნა. შეხორცება per primam intentionem. მშრალი ნახვევი.

17/X გაწერა გვინდა. უკანანასკნელი შეხვევის დროს ქრილობის ხაზის ქვედა მე-1/4-ში, ასე ერთი სანტიმეტრის სიგრძეზე, შევამჩნიეთ ოდნავ სხვა ადგილზე უფრო ამოწეული წითელი ნაწიბური, რის გამო მას ბამბიანი ჩხირით ვერცხლის ნიტრატის (Arg. Nitr.) 10<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-ხსნარი წაუფსვი, მაშინ როცა სხვაგან ვანაკვეთის ხაზზე იოდი ვიხმარეთ. 2 წამის შემდეგ საშინელი, პირდაპირ ისტერიული ყვირილი, ხმა მაღალი ტირილი და ჩივილი ტკივილებზე ვანაკვეთის მიდამოში. მაჯა ჩქარი. ქრილობის გასინჯვისას, აღმოჩნდა: ვანაკვეთი და მის ირგვლივ მთელი არე საოცრათ წამოწითლებულია და ეს სიწითლე თვალწინ ვითარდება წითელი ქარის მსგავსად; ოდნავ ხელის მიკარებაც საშინელ ტკივილებს იწვევს. ვანაკვეთის თვით ის ადგილი, სადაც ვერცხლის ნიტრატი ვიხმარე გოგირდის ფერათ გამოიყურება და ყველაზე მეტად მტკიენეულია. ფიზიოლოგიური ხსნარით გაქლენთილი ბურთულებით ქრილობის მოწმენდამ ავადმყოფს მდგომარეობა შეუმსუბუქა. შემდეგ ქრილობაზე დაიფინა ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული დოლბანდი.

18/X. მთელი ღამე ავადმყოფს ტკივილები ჰქონდა. დღეს მათ აღარ უჩივის, მაგრამ აღნიშნავს, რომ ქრილობის მიდამოში მას რალაც სწვავს. t<sup>0</sup> N, მაჯა 90. ვანაკვეთის ხაზის ირგვლივ, ასე 4 სანტიმეტრის მოშორებით, ოვალური რკალის მავვარათ შემომწკრივებულია თხილის კაკლის ოდენა სითხით საესე ბუშტულები. მათგან ვაკვეთის შემდეგ, გადმოიღვარა მოყვითალო ფერის ექსუდატიური სახის სითხე და სამაგიეროდ სხვადასხვა სიდიდის წყლულები დარჩა. ავადმყოფს ქრილობაზე შეცდომით წაესვა მიკულიჩის მალამო, რომელშიაც, როგორც ცნობილია ვერცხლის ნიტრატიც შედის.\*)

\*) მიკულიჩის მალამო; Arg. Nitr. 0,5. Bals peruv. 5,0 Vaselini 30,0.

როცა ავადმყოფს წინაღობის მსგავსი შეწუხება გაუჩნდა, კანის აშკარა ანალი გალიზიანება შევამჩნიეთ. ამ მეორე მოვლენამ კიდევ უფრო მეტი საფუძვლიანობა მისცა წინააღობით საექვეთ გამოთქმულ აზრს იდოსინკრაზიის შესახებ ვერცხლის ნიტრატის მიმართ.

21/X ავადმყოფი კლინიკიდან ეწერება, მოვლენები კანის მხრივ მთლად დამცხრალი არ არის.

წინაღ ამ ავადმყოფს და მის ახლობლებს არავითარი ამის მსგავსი არ ჰქონიათ.

ამგვარად, ჩვენის აზრით, ჩვენ აქ საქმე გვქონდა აშკარა იდოსინკრაზიასთან, უმთავრესად მის ადგილობრივ ტიპთან.

იბადება კითხვა, რატომ უნდა გამოეწვია ვერცხლის ნიტრატს იდოსინკრაზია?

ჩვენ ვიცით Kравков ის განმარტებებიდან, რომ ამა თუ იმ ნივთიერების-სადმი იდოსინკრაზია მდგომარეობს მისივე თვისებების (ამ ნივთიერების) რაოდენობრივ განსხვავებაში და აქაც ასეა სწორედ: ის რაც ბუნებრივად ნორმალობის ფარგლებში უნდა მომხდარიყო, ე. ი. უბრალო გალიზიანება ქსოვილებში და უმნიშვნელო წუთიერი ტკივილები სუბიექტისა, როგორც ეს ჩვეულებრივად ხდება სხვებზე ამ პრეპარატის ხმარების დროს, აქ იგი 10 ჯერ და შესაძლოა 100 ჯერაც გადიდდა და შედეგად მივიღეთ იშვიათი სიმწვავისა და სახის სუბიექტიური და ობიექტიური მოვლენები. უკეთ, მივიღეთ იდოსინკრაზია, მისი ერთი აშკარა ტიპი.

იბადება კითხვა: თანდაყოლილია იგი თუ შექმნილი? არც ავადმყოფის ცხოვრებაში, არც მის ახლობლებში და არც მის შთამომავლობაში ანალოგიურ რაიმე მოვლენას ადგილი არ ჰქონია. პირიქით მისი ქალიშვილი, G-onorei-ს ნიადაგზე დღესაც მკურნალობს სწორედ ვერცხლის ნიტრატით. მეორეს მხრივ, ჩვენ ვიცით რომ ჩვენი ავადმყოფი, გარდა ჭიკყელა დანამატის ქრონიკული ანთებითი პროცესისა, დაავადებული იყო კიდევ ქალური სნეულებით (Parame-tritis.) და, რაც უმთავრესია, ისტერო-ნევროსტენიით. საფიქრებელია, რომ ჩვენი მოვლენების წარმოშობასა და განვითარებაშიაც სწორედ ამ ნერვული სისტემის წონასწორობის დარღვევა უდევს სარჩულად. ექიმ Иванов-ის შრომა, რომელიც მან გამოაქვეყნა მთელ რიგ ლაბორატორულ ცდათა შემდეგ და, რომელიც ჩვენ ზევით მოვიხსენიეთ, ამ აზრს საკმაო სიმამრეს აძლევს.

დასკვნა:

1. Ag. No<sub>3</sub>-სა და მისი სხვადასხვა მოდიფიკაციის ხმარების დროს უსათუოდ საჭიროა ერთგვარი სიფრთხილე.

2. ამ პრეპარატის ხმარების წინ, პირველ რიგში, ყურადღება უნდა მიექცეს ავადმყოფის ნერვულ სისტემას.

3. ნევროსტენიისა და ისტერიის დროს უმჯობესია სრულიად თავი შევიკავოთ Ag. No<sub>3</sub>-ის ხმარებისაგან, განსაკუთრებით, ადგილობრივად, როცა იგი გაშიშვლებულ ქსოვილს უნდა დაეცხოს უშუალოდ.

დასასრულ, უღრმესი მადლობა ჩემს მასწავლებელს-პროფ. ნიკ. კახიანს თემის მონღობისა და საერთო ხელმძღვანელობისათვის და აგრეთვე დი-





დათ პატივცემულ პროფესორებს ვ. მოსეშვილს და ი. ქუთათელაძეს, რომელთაც წიგნების ნათხოვრობით თუ პირადი დარიგებით, დიდი დახმარება გამიწიეს მოხსენების დამუშავებაში.

ლიტერატურა:

1. П. Кравков. Основы фармакологии. 1 ნაწ. 1917 წ. გამოცემა.
  2. L. Lewin. Побочное действие лекарств. მე—2 გამოცემა.
  3. Dr. Meyer და Dr. R. Gottlieb. Экспериментальная фармакология, как основа лекарственного лечения.
  4. Н. М. Соколов. К учению о всасывании кож. некоторых лекарственных веществ при втирании мазью. (Диссертация).
  5. П. Иванов. О действии ядов на организм в зависимости от различн. состояния нервной системы. (Диссертация). 1901 წ.
-

## 6. ბურიაშვილი.

კლინიკის ასისტენტი.

### გლიკოგენის არსებობა საშოს კედელში.\*)

(ტფილისის უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკიდან. ვამგე—პროფ.  
გ. ღამბარაშვილი.)

ქალის თეთრ შლის შესასწავლად ღიდი მნიშვნელობა აქვს საშოს კედელში მყოფ გლიკოგენს.

ვიდრე გლიკოგენის აღწერას შეუდგებოდეთ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია გვეცნოთ თეთრ შლის შესახებ არსებულ თანამედროვე ლიტერატურას.

Schweitzer-მა შეაგროვა მასალა საშოს ფლორის შესახებ და დაამტკიცა, რომ ამ ფლორის სიმინდისათვის საჭიროა:

1. საშოს მიკრობების ანტაგონიზმი და
2. მკაფე რეაქცია, რომელიც ხელს უწყობს ჩხირების გამრავლებას და კოკების მოსპობას.

რაც შეეხება ლეიკოციტოზს ქსოვილისას, რომელიც შეიცავს ბაქტერიოციდინებს, ეპიტელის მოცილებას და მკაფადის ნაკლებობას, ამათ ნაკლები მნიშვნელობა ჰქონია. სხვათა შორის ამ მკაფე რეაქციის უქონლობით Zweifel-ის ხსნის ინფენქციის განვითარებას და ამით გამოწვეულ იმ სიკვდილის შემთხვევებს, რომელიც ხდება haematocolpos, haematometra-ს და haematosalpinx-ის დროს და გვიჩვენებს, რაც შეიძლება მალე და ბეჯითად იყოს საშოდან გამოწვენილი ტუტე რეაქციის მქონე სისხლი, ავადმყოფს გაუკეთდეს მკაფე ვანები და შოს რეცხვა  $1 \frac{0}{100}$  რძის სიმკაფით.

Loeser-მა—დაწერილებით შესწავლა საშოს ფლორა და მიკრობები გაყო 4 ჯგუფად:

- 1 სიმინდის ხარისხი უწოდა ფლორას, რომელშიაც არიან:
  1. bacillus vaginalis vulgaris (plumpe form).
  2. " " ordinarius (lange mittelform).
  3. " " minor (schlanke form).

\*1 ეს შრომა წაკითხული იყო ამ ორი წლის წინად ქართველ ექიმთა საზოგადოების სხდომაზე, გლიკოგენი აღმოჩენილი იქნა ახალ, არსებულ მსოფლიო თანამედროვე ლიტერატურაში ჯერ არ აღნიშნულ ფორმებში, რის დასამტკიცებლად იქვე ნაჩვენები იყო შეღებილი პათოლოგო—ანატომიური ნათლები ეკრაზე epidiascop-ის საშუალებით. ამ ორი წლის განმავლობაში ვცდილობდით ეს უსაჭიროესი ნაწილი შრომისა (ფერადი მიკროსკოპული სურათები) მომეთავსებინა, მაგრამ ვერ მოვახერხე; ამის გამო იძულებული ვარ შრომა უსურათებოთ გამოვკეთ



მე II სიწმინდის ხარისხი, რომელსაც ვხედავთა სტენიურ status ის, შიგნით სეკრეციის მოშლის, genitali-ების ჰიპოპლაზიის—ქლოროზის, lupus-ურ კონსტიტუციის და სხვა ამგვარ სნეულების დროს:

1. კოკო-ბაცილები.
2. მცირე რიცხვი bacilus vaginalis vulgaris,
3. ფორმები bacilus circularis et capitatus-ის ტიპისა,
4. comma variable,
5. Thetoides-ს ფორმები.
6. Staphylococ-ები.
7. Vaginalcoc-ები.

მე-III სიწმინდის ხარისხი; ამას ვხედავთ ყელის ისეთ კატარის დროს, რომელსაც თან ახლავს erosio:

1. სტაფილოკოკები.
2. ფსევდოდოფტერიული ფორმები.
3. tetragenus-ფორმები.
4. Sacharomices.
5. Anaerobe streptococ-ები.
6. vaginalcoc-ები.

მე-IV სიწმინდის ხარისხი, რომელსაც colpitis granularis-ის დროს ვხედავთ.

1. სტაფილოკოკები.
2. vaginal—კოკები.
3. staphylococcus intestinalis;
4. „ anaerobius;
5. streptococcus
6. Thetoides—ფორმები.

ამ ბიო-ქიმიურ სტატუსის გამო ფლორის გაუარესება შეიძლება გამოწვეულ იყოს აგრეთვე ადგილობრივ სნეულებით: მაგალითად, ნაწლავების დაავადებით, ფალარათით, ქიებით, საშარდე ბუშტის ანთებით, საშვილოსნოს და მის დანამატების ანთებით, ავთვისებიან სიმსივნით, coitus-ით, erosio-ს გაჩენით, მშობიარობით, საშვილოსნოს ადგილ ცვლით, მასტურბაციით, დიდ ხანს რეცხვით; მაშასადამე ორგვარ მიზეზს შეუძლიან საშოს ფლორის შეცვლა გამოიწვიოს:

1. საზოგადო კონსტიტუციონალურ სნეულებებს და
2. უცხო, არა საშოს ნორმალ ფლორის, მიკრობების შეჭრას.

ნორმალურად საშოში იმყოფება სველი, მოთეთრო, მკაფე რეაქციის მქონე ნამცეცები, რომლებიც შესდგება მოცილებულ საშოს ეპიტელიდან, ცოტა ლეიკოციტებიდან და საშოს ბაცილების წმინდა კულტურიდან. ამ ნამცეცებს აქვს დადებითი გლიკოგენის რეაქცია (იოდით და lugol-ის ხსნარით).

თუ საშოში ნორმალური ფლორა არ არის, მაშინ შეუძლებელია მისი ნორმალი ფუნქცია და თუ სიწმინდის I ან მე-II-ე ხარისხი არ არის, მაშინ საშო დაავადებულად უნდა ჩაითვალოს.

თუ საშოს დიდხანს რეცხვისაგან გლიკოგენი მცირდება, მაშინ წარმოიშვება კოკოვორმები და ანაერობები, ჩხირები კი ან ნაკლებად, ან სრულებით არ იზინჯება.

ხოლო, თუ მიკრობებს საშოში შევიტანთ გარედან, მაშინ მიუხედავად გლიკოგენის ხელუხლებლობისა პირველ დღეებში ფლორა უარესდება სიწმინდის მე-III-და მე-IV ხარისხამდე.

თუ საშოს სიმკვავებით ან შაქრით რეცხვის დროს გლიკოგენი ცოტაა, მაშინ შაქრის დუღილის გამო იმდენი სიმკვავე ჩნდება, რომ ნორმალ—ფლორასაც კი ჰსპობს, თუ კიდევ გლიკოგენი საკმარისად არის, მაშინ სიმკვავის ხარისხი ერთ სიმაღლეზე რჩება, როგორც ეს ნორმალ ფლორას ეფარდება. სხვათა შორის ამ მკვავე რეაქციის ნეიტრალიზაცია შეუძლიან აგრეთვე საშვილოსნოს ყელიდან გამოსულ ლორწოს.

ამ საკითხის გამოსარკვევად იმავე Loeser-მა მოაწყო ცდები ისეთ მიკრობის გამოსაძებნათ, რომელიც საშოს ნორმალ სიმკვავეს და ქიმიურ შემადგენლობას შეუნარჩუნებდა. აღმოჩნდა, რომ ყველა საშოში შეტანილი მიკრობი ისპობოდა, გარდა ნაწლავებში მყოფ რძის სიმკვავის ბაცილისა, რომელიც ძალიან კარგად მრავლდებოდა საშოში. ამ ტაბლეტკებით მომზადებულ კულტურას მან bacilosan-ი უწოდა. ეს კულტურა უნდა შეტანილი იქნეს საშოში შემთხვევის მიხედვით 4 დღეში ერთხელ ან უფრო ხშირად, რასაც მოსდევდა რძის სიმკვავის და vaginal—ბაცილების გამრავლება, რომელნიც უკვე 10 დღის განმავლობაში სპობენ, როგორც კოკებს, აგრეთვე anaerobi-ებს. პირველ დღეებში შლა იმატებს, მერე გამჭვირვალე ხდება და შემდეგ ძალიან მცირდება. ამ კარგი შედეგის მიღწევა შეიძლება მაშინ, როდესაც შლა გამოწვეული იყო გარეთა მიზეზებით. თუ მიზეზი შინაგანია, მაშინ შლა მოიკლებს მხოლოდ დროებით.

Lahman-მა გამოარკვია, რომ საშოს სიწმინდის-I და მე-II ხარისხის დროს ქალს უსათუოდ შეუძლიან დაორსულება, ამ დროს მკვავე რეაქცია ნაკლებათ აჩერებს spermatozoid-ებს, ვიდრე ტუტე რეაქცია ჩირქოვან ყელის კატარების დროს, რომელთა დროს სიწმინდე მე-III ან მე-IV ხარისხს უდრის; ამ მხრივ, დასძენს Lehman-ი, გლიკოგენის რაოდენობის და ვაგინალ-ფლორის გამოკვლევა იქნებ ზოგიერთ შემთხვევებში საშვილოსნოს გარეთ ორსულობის დროს დიფერენციალ დიაგნოზისათვის გამოადგეს.

Wolfring-მა მოაწყო bacilosan-ით წამლობა და იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ  $\frac{3}{4}$  საშოს ანთებიან ქალებისა კარგად ხდებოდა.

Laschke-მ თავი მოუყარა მთელ ამ გვარგამო კვლევებს და აღნიშნა:

1. თუ საშოს სეკრეტი გარედან შეკრილ მიკრობებით გატუქუქიანდება, მაშინ ამას მოჰყვება თეთრი შლა.

2. რომ საშოს ნორმალ ფლორა დამოკიდებულია ბიოლოგიურათ ხელუხლებელ საშოს კედლიდან.

3. რომ საშოს გლიკოგენი არის ძირითადი ნივთიერება, რომელიც ჰქმნის რძის სიმკვავეს, ხელს უწყობს საშოს ბაცილების და ხელს უშლის მათე მიკრობების გაჩენას.



საშოსბაცილების და სხვა ნორმალ საშოს ბაქტერიების უმთავრესი სიცოცხლის თვისებაა რძის სიმჟავის წარმოშობა და ამ სიმჟავის განსაზღვრული ტიტრი ჰსპობს გარედან შესულ მავნე მიკრობებს; ეს საშოს თვით გაწმენდა ყოველთვის არ ხდება, სახელდობრ მაშინ, როცა:

1. ან ერთბაშად ძალიან ბევრი მიკრობი შეიჭრება,
2. ან და საშოს ნიადაგი ვერ ასწრობს იმდენ სიმჟავის დამზადებას, რამდენიც ეს საშოს ნორმალ ვაკინალ-ბაცილების გამარჯვებას ესაჭიროება.

ამიტომაც bacilosan-ით ვერ მოხერხდა ხანგრძლივი უკეთობა ისეთ შემთხვევებში, სადაც საშოს კონსტიტუციონალურ გადაგვარების გამო მისი სუნსტრატი ბიოლოგიურად უვარგისი აღმოჩნდა.

სიწმინდის I ხარისხს უნდა ეფარდებოდეს რძის სიმჟავის უმაღლესი ხარისხი, ხოლო მე-IV ხარისხს უმცირესი. მაგრამ ეს ასეა თეთრი შლის მხოლოდ მცირე შემთხვევებში; მრავალ შემთხვევებში კი წინააღმდეგია. იგი აღნიშნავს ზოგიერთ საშოს შლით და უშლით, კეთილი და ცუდი ფლორით, გლიკოგენის საწინააღმდეგო რაოდენობას. მაგალითად: ქალს, რომელსაც თეთრი შლა ჰქონდა, გლიკოგენი ბევრი აღმოაჩნდა. პირიქით, რომელსაც შლა სრულიად არ ჰქონდა, ცოტა გლიკოგენი აღმოაჩნდა. ქალს, რომელსაც კეთილთვისებიანი ფლორა ჰქონდა ცოტა გლიკოგენი აღმოაჩნდა, პირიქით, რომელსაც ცუდი ფლორა ჰქონდა—ბევრი. ზოგიერთ შემთხვევებში საკითხი ისე იყო აბნეული, რომ ავტორი იძულებული იყო თეორეტიულ ახსნით დაკმაყოფილებულიყო; მაგალითად, უმცირესი სიმჟავის ტიტრი 0,005% აღმოჩნდა ერთ შემთხვევაში, როდესაც საშოს კედელში ბევრი გლიკოგენი იყო. მეორე შემთხვევაში რძის სიმჟავის რაოდენობა უდრიდა 0,32%-ს, სიწმინდის მე-II ხარისხის დროს, თუმცა გლიკოგენი ძალიან ცოტა აღმოჩნდა. ამგვარ ზოგიერთ საწინააღმდეგო შემთხვევის გამო, მას ნაადრევად მიაჩნია საკითხის სისტემატიზაცია და ბიოლოგიურ საფუძველზე აგებული თერაპია.

გლიკოგენის შესახებ არსებობს რამოდენიმე დასკვნა:

1. მისი რაოდენობა დამოკიდებულია: ა/საერთო კონსტიტუციაზე; ბ/საკვერცხის cyclus-ზე: minimum-ი ovulatii-ის დროს და maximum-ი მენსტრუაციის დროს.
  - გ) ძალიან მცირეა, საკვერცხის ფუნქციის დაწყებამდე, მის ფუნქციის შემცირების (Hypofunctio) და climax-ის დროს.
  - დ) იმატებს ორსულობის დასაწყისში და იკლებს მის მიწურულში.
2. ექვს ცვლილება გლიკოგენის რაოდენობისა ვაგენას ახდენს საშოს ნიადაგზე და მის ფლორაზე, ამცირებს, ან ამრავლებს სიმჟავის რაოდენობას. იწვევს, როგორც ფლორის გაუარესებას და თეთრ შლას, აგრეთვე ფლორის გაწმენდას:
  - ა) კონსტიტუციის ანომალიების დროს.
  - ბ) მოწიფულობამდე და climax-ის შემდეგ.
  - გ) სასქესო ორგანოთა ჰიპოპლაზიის დროს.
  - დ) ციკლიურ რყევის დროს.
  - ე) ორსულობის დროს.

## საკუთარი ღაკვიკვიანი:

ჯერჯერობით თანამედროვე მსოფლიო მეცნიერებაში ყველა ეს დებულება დამტკიცებულად არ ჩაითვლება და ვინაიდან საკითხი დიდმნიშვნელოვანია, ამიტომ პროფესორ ღამბარაშვილის წინადადებით გინეკოლოგიურ კლინიკაში ჩემს მიერ გაკეთებულ იყო ცდები 56 ქალის საშოდან ამოკვეთილ ნაჭრებზე. მასალით ესარგებლობდი, როგორც მწოლიარე, აგრეთვე ამბულატორიაში მოსიარულე ქალებიდან, მათი თანხმობით. ვინაიდან გლიკოგენის ყოფნა საშოში სხვადასხვა ნაირია, მაგალითად, საშოს წინა არეში (vestibulum) გლიკოგენი სრულიად არ არის, ამიტომ ნაჭრებს ვიღებდით ერთ და იგივე მანძილზე 6—7 c/m შიგნისკენ სასქესო ბაგეთა უკანა კავშირიდან, რათა გლიკოგენი არ დამდნარიყო, ავადმყოფს ნაჭრის აღებამდე, არავითარ ხსნარით არ ვრეცხავდით, არამედ საშოს ვწმენდით შპრალ სტერიულ მარლით, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ინფენქციის გვეშინოდა, იქ აბსოლუტურ სპირტში დასველებულ ბანჯით; ამოკვეთილ ნაჭერს ვდებდით აბსოლუტურ სპირტში; შედეგ ჩვეულებრივ წესით ცელოიდინში, მერე ვაკეთებდით 6—12 მიკრონიან ნათლებს, რომლებსაც ვღებავდით Ehrlich-ის haematoxilin-ით, შემდეგ Best-ის წესით, მერე ვდებდით ol. bergamot-ში, xylol-ში და კანადის ბალზამში. გლიკოგენს ჰქონდა მცხინვარე წითელი ფერი. ქსოვილის წითლად შეღება არ ნიშნავს, რომ იგი გლიკოგენია, აგრეთვე Langans-ის jod-ით შეღება (მუქ ყავისფრად). დიფერენციალ დიაგნოზისათვის ჩვენ, Schmorl-ის თანხმად, ნერწყვით ცდა მოვაწყეთ, რომელიც თავის ფერმენტით (diastasa) ნახშირ წყალს, მასასადამე გლიკოგენს ხსნის. ამისთვის ნათლები ჩავალაგეთ ზოგი ნერწყვში, ზოგი კონტროლისათვის გამოხდილ წყალში და ერთ საათის შემდეგ შევღებეთ Best-ის წესით. აღმოჩნდა, რომ ნერწყვში მყოფი ნათლები წითლად არ შეიღება, წყალში მყოფი კი შეიღება, ამით დამტკიცდა ამ ნივთიერების ნახშირ წყალური ხასიათი.

გლიკოგენი მთელ საშოს სივრცეზე ყოფილა, თვით საშვილოსნოს portio vaginalis-ის საფარშიაც-კი, გარდა წინა არესი (პრეპარატები № 10, 56). ლორწოვან გარსის ნაოჭების სიღრმეში უფრო მეტი გლიკოგენი აღმოჩნდა, პრეპარატი № 33, ვიდრე columnae rugarum-ის შემალლებებში. (პრეპარატები № 8, 15, 16, 18).

სადაც ეპიდერმის მეტი სიგანე ჰქონდა, იქ გლიკოგენი თითქმის stratum germinativum-ის ბაზალურ წყება უჯრედებამდის აღწევდა, სადაც ნაკლები, იქ stratum granulosum, ხან მხოლოდ stratum lucidum და str. corneum-ით ისახლებებოდა, პრეპარატები № 1, 4, 6, 8, 9, 23.

მასასადამე გლიკოგენის რაოდენობა დამოკიდებული ყოფილა ეპიტელიალურ საფარის სიმაღლეზე, პრეპ. № 28, 29, 35; თუმცა არის ისეთი შემთხვევებიც, სადაც კარგად განვითარებულ საშოს კედლის ეპიდერმისში გლიკოგენი მხოლოდ str. corneum-ში (პრეპ. № 24, 26, 27, 38, 42) იმყოფება და მხოლოდ ზოგ ალაგას გადადის როგორც str. lucidum-ზე, აგრეთვე str. granulosum და str. germinativum-ის პერიფერიულ ნაწილზე (№ 17, 24, 31, 38).

ჩვეულებრივ str. germinativum-ის უჯრედებში გლიკოგენი არ იშინჯება. გარდა phoetal-ურ და ორსულთა ვაგინისა (პრეპარატები № 2, 8, 18), სადაც გლი-



კოგენი არის, არა მარტო ეპიდერმისის შემალეებებში, არამედ მის ნაოკების სიღორმეშიაც-ი.

საშოს კედელში გლიკოგენი სხვადასხვანაირ სახით იმყოფება:

- 1) ავსებს უჯრედების მხოლოდ მთელ სხეულებს (პრეპარატები № 2, 8, 13).
- 2) მხოლოდ ტიხრებშია, ვიწრო ზოლივით, ისე რომ კედელი ბაღეს წაავსებს, რომლის სანათურებში ბირთვები იმყოფება (პრეპარატები № 7, 26, 3).
- 3) ავსებს, როგორც უჯრედებს, აგრეთვე ტიხარებს (პრეპ. № 7, 14, 24, 51.)
- 4) ბირთვების გარშემო მცირე, გამჭირვალე ვაკუოლა, დანარჩენი ნაწილი, როგორც უჯრედთა სხეულისა, აგრეთვე ტიხარისა გლიკოგენით გავსილია. (პრეპარ. № 7, 52).

5) გლიკოგენი იმყოფება ბირთვების მხოლოდ მარცხნივ ან მარჯვნივ. (პრეპარატები № 5, 23, 25, 30, 35, 34, 39, 50.)

(გლიკოგენის წარმოშობა იწყება str. granulosum-ში, და რაც უფრო str. lucidum-ს და corneum-ს უახლოვდება, მით უფრო მეტია, სადაც ჩვეულებრივ ერთბაშად წითელ ზოლს წარმოადგენს. ალაგ-ალაგ str. corneum-ი თავის ფუძეს მცილდება და საშოს სიერტეში გადადის, (პრეპარატები № 1, 14, 15, 26, 28).

სულ სხვა სურათია ზოგიერთ ქალების საშოს კედელში, როგორც climax-ის, აგრეთვე სხვა შემთხვევებში: ეპიდერმისის სიგანე შემცირებულია ნორმის 1/4 დე. Str. germinativum-ი ზოგ ალაგას ან სრულიად არ ჩანს (პრეპარ. № 31.), ანდა 2 წყება უჯრედებიდან შესდგება, აგრეთვე str. granulosum-ი წითლად ღნანს მხოლოდ str. corneum და str. lucidum-ი, რაც (პრეპარატები № 1, 6, 9, 31) საერთო საშოს კედლის ატროფიით უნდა იხსნებოდეს.

ახლად დაბადებულთა საშოს კედელში ძალიან განიერი epidermis-ი ყოფილა: გლიკოგენით გამოვსილია თვით str. germinativum-ი ბაზალურ უჯრედებამდე მხოლოდ ერთი ან ორი რიგი ამ უკანასკნელის ბაზალურ უჯრედების არ შეიცავს გლიკოგენს (პრეპ. № 41).

თითქმის ასეთივე სურათს ვხედავთ პირველ თვეებში მყოფ ორსულთა საშოს კედელში იმ განსხვავებით, რომ ეპიდერმისი ნაკლებად განიერია და უჯრედთა შუა ტიხრები უფრო განიერია, ვიდრე არაორსულთა შემთხვევებში (პრეპ. № 18, 35, 43).

როცა ჩვენი მასალის მიხედვით შევადარეთ სხეულის სხვადასხვა მდგომარეობის გავლენა გლიკოგენის რაოდენობაზე აღმოჩნდა შემდეგი: ამასთან ნორმით ჩავთვალეთ ნორმალ შუა ხნის ქალის გლიკოგენის რაოდენობა.

11 ორსულობის პირველ თვეებში მყოფ ქალიდან 2-ს აქვს ძალიან ბევრი გლიკოგენი, 3-ს საშუალო და 3-ს ცოტა. ამ უკანასკნელ სამთა შორის ორს ეპიდერმისის ატროფია ემჩნევა, მესამე კულ პირობებში სცხოვრობდა და საკმელო აკლდა; მასასადამე, ორსულობის პირველ თვეებში მყოფ ქალებს, რომელთა ეპიდერმისი ატროფიას არ განიცდის, გლიკოგენი ნომატებული აქვთ საშუალოდან ძალიან ბევრამდე. ცოტა აქვთ მხოლოდ იმათ, ვისაც საერთო შემცირებული

\* 1) ტიხრებში გლიკოგენი აღმოუჩენია მხოლოდ Loeser-ს, 2. 3 და 4; ამ პრეპარატებში აღმოჩენილ ფორმაში გლიკოგენი როგორც თანამედროვე ლიტერატურიდან ჩანს, ჯერ არავეს არ აღმოუჩენია.

№ შემთხვევა	მდგომარეობა და გლიკოზი	ძალიან ცოტა	ცოტა	საშუალო	ბევრი	ძალიან ბევრი
6	Graviditas 3 $\frac{1}{2}$ mens . . . . .		1			
8	" 2 " . . . . .					1
9	" 4 " et descensus vaginae .		1			
12	" 2 " " " " . . . . .			1		
14	" 2 " . . . . .					1
19	" 2 " . . . . .			1		
20	" 2 " . . . . .				1	
35	" 3 " et Fibroma uteri . . . . .				1	
36	" 2 " . . . . .				1	
37	" 2 " . . . . .			1		
45	" 2 " . . . . .		1			
40	" 6 " . . . . .				1	
43	" 6 " . . . . .					1
15	Abortus incompletus 1 $\frac{1}{2}$ m . . . . .			1		
18	" " 2 m . . . . .					1
31	" " 2 m . . . . .				1	
34	Abortus incompletus 2 mens et myoma uteri			1		
50	" " " 2 " . . . . .				1	
2	Descensus vaginae . . . . .				1	
4	Prolapsus uteri totalis . . . . .	1				
7	Descensus vaginae . . . . .			1		
13	Rectocele et descensus vaginae . . . . .				1	
16	Descensus vaginae et endometritis chronica			1		
17	" " " " . . . . .			1		
29	Descensus vaginae . . . . .			1		
52	" " Retroversio et Ammenorrhoea			1		
5	Sterilitas . . . . .			1		

№ შემთხვევის	მდგომარეობა და გლიკოგენი	ძალიან ცოტა	ცოტა	საშუალო	ბევრი	ძალიან ბევრი
24	Sterilitas et Ammenorrhoea . . . . .	1				
25	„ . . . . .			1		
54	Ammenorrhoea . . . . .		1			
55	Ammenorrhoea Endometritis chronica . . .	1				
22	Sterilitas, dismenorrhoea . . . . .			1		
23	„ et endometritis chronica . . . . .			1		
28	„ „ „ et dysmenor.					
30	Cancer colli et vag. inoper. cum pelveo-perit.	1				
33	Cystadenoma . . . . .		1			
51	Cysta vag. posterior, Endometr. chronica .			1		
11	Endometr. chronica . . . . .		1			
42	Piometra . . . . .	1				
38	Metrorrhagia, salp-oophoritis . . . . .	1				
47	„ „ „ et perimetritis .		1			
1	Endometr. haemorrhagica . . . . .		1			
39	Pruritus, descensus uteri atrophici . . . . .	1				
32	Pruritus vaginae, colpitis, descensus vag.					არც ვეიდერმისი, არც გლიკოგენი არ აღმოაჩნდა.
27	Retroversio uteri atrophici . . . . .	1				
53	Climax, virgo . . . . .					თითქმის არ აღმოაჩნდა.
39	Lues, Endometritis, obesitas . . . . .			1		
48	Elephantiasis . . . . .	1				
46	Osteomalacia . . . . .			1		
44	Scorbut . . . . .				1	
41	Foetus . . . . .					1



კვება ან და ეპიდერმისის ატროფია ემჩნევათ, რაც საერთოდ მიღებულ ჰიპოტეზას ეთანხმება. ორი ექვსი თვის ორსულიდან, ერთს აქვს ბევრი, მეორეს კი ძალიან ბევრი, რაც არსებულ ჰიპოტეზას ეწინააღმდეგება. 5 დაუშთავრებელ მუცლის გაცულებიდან (*abortus incompletus*) ორს აქვს საშუალო რაოდენობა, ორს ბევრი და ერთსაც ძალიან ბევრი, პირველ ორიდან № 15-ს აქვს *epidermis*-ის *hypoplasio* და № 34 *myoma vesicae urinariae*; მაშასადამე დაუშთავრებელ მუცლის გაცულების resp. ორსულობის პირველ თვეებში გლიკოგენი ბევრია და საშუალოა მხოლოდ იქ, სადაც ან *epidermis*-ის ჰიპოპლაზია ან და მეზობლად სიმსივნე იმყოფება.

7. *descensus*-იდან 2-ს ბევრი, 4-ს საშუალო და ერთს ძალიან ცოტა აქვს. ამ უკანასკნელის ეპიდერმისში *str. germinativum*-ი და *str. granulosum*-ი თითქმის არ იზინჯება, გარდა ზოგიერთ ადგილისა; მაშასადამე *descensus*-ის დროს გლიკოგენი არის საშუალო, ან ბევრი რაოდენობის.

3 *ammenorrhoea*-დან 2 შემთხვევაში ძალიან ცოტა და ერთში ცოტა გლიკოგენი აღმოჩნდა. პირველ ორ შემთხვევაში *epidermis*-ი ატროფიას განიცდიდა, მესამეში *hypoplasio*-მდგომარეობაში იმყოფებოდა. მაშასადამე *ammenorrhoea*-ს დროს უკუგანვითარებას განიცდის, როგორც ეპიდერმისი, აგრეთვე გლიკოგენის რაოდენობა.

5. *sterilitas*-ის დროს 4 შემთხვევაში საშუალო და 1-ში ძალიან ბევრია, რაც *Niderehe*-ს სტატისტიკას ეთანხმება; *cancer inoperabilis* დროს ძალიან ცოტა, *cystadenom*-ის დროს ცოტა და *cysta vaginae*-ს დროს გლიკოგენის საშუალო რაოდენობა აღმოჩნდა. მაშასადამე მეზობელთა მდებარე სიმსივნე ცოტად თუ ბევრად ხელს უშლის გლიკოგენის დაგროვებას, თუმცა *epidermis*-ი საკმაოდ განვითარებულია.

სამ *endometritis* დროს ცოტაა, *piometra*-ს დროს ძალიან ცოტა აღმოჩნდა. სამ *metrorrhagi* ის ორ შემთხვევაში ცოტა და ერთში კი ძალიან ცოტა გლიკოგენი აღმოჩნდა. *Pruritus*-ით ზედ დართულ *descensus uteri atrophici*-ს დროს გლიკოგენი ცოტა აღმოჩნდა.

*Pruritus*-ით ზედ დართულ *colpitis* და *descensus vaginae*-ს დროს, არც ეპიდერმისი, არც გლიკოგენი არ აღმოჩნდა; *corium*-ი მრგვალ უჯრედოვან ინფილტრაციას და დანაწიბურებას განიცდიდა. ეს შემთხვევა სხვათა შორის საინტერესოა იმით, რომ 7 წლის განმავლობაში არსებული *pruritus*-ი ნაჭრის ამოკვეთის შემდეგ გაქრა, თუმცა ეს Webster-ის აზრს ეწინააღმდეგება. *Reversio uteri atrofici*-ის დროს გლიკოგენი ძალიან ცოტა აღმოჩნდა. ეპიდერმისიც ატროფიაში იმყოფებოდა.

*Virgo*-ს *climax*-ის დროს გლიკოგენი თითქმის არ აღმოჩნდა და მისი *epidermis*-იც ატროფიას განიცდიდა. *Lues-obesitas-endometritis* დროს გლიკოგენის საშუალო რაოდენობა აღმოჩნდა.

*Elephantiasis*-ის დროს გლიკოგენი ძალიან ცოტა აღმოჩნდა და *epidermis*-ი ატროფიას განიცდიდა.

*Osteomalaci*-ს დროს გლიკოგენის საშუალო რაოდენობა აღმოჩნდა და *epidermis*-ი *hypoplasio*-ს განიცდიდა.

ცინგის დროს გლიკოგენი ბევრი აღმოჩნდა.

Foetus-ს (ე. ი. ნაყოფს) ძალიან ბევრი გლიკოგენი აღმოჩნდა. ამავე შემთხვევებიდან მტკიცდება, რომ გლიკოგენის რაოდენობა პირდაპირ დამოკიდებულია საშოს კედლის epidermis-ის განვითარებაზე, რაც უფრო იგი განვითარებულია, მით უფრო გლიკოგენი მეტია, რაც უფრო epidermis-ი უკუგანვითარებას განიცდის, მით უფრო გლიკოგენი ნაკლებია (პრეპარატები № 22, 24, 32, 38, 53, 54, 55).

13 ორსულის შემთხვევაში გლიკოგენი აღმოჩნდა (პრეპარატები № 22, 24, 30, 32, 38, 53, 54, 55).

ცოტა.	საშუალო.	ბევრი.	ძალიან ბევრი.
23 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	23 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	31 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	23 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

მაშასადამე არც ერთ ორსულს ძალიან ცოტა გლიკოგენი არ ჰქონია.

დასასრულ მაღლობას უხედი პროფესორ ლამბარაშვილს, როგორც მასალის გადმოცემისათვის, აგრეთვე იმ დახმარებისათვის, რომელიც მან გამიწვია ამ საკითხის დამუშავების დროს.



## იოსებ ჩაკვიანი.

განყ. ორდინატორი.

### საშვილოსნოს პერფორაციის ოთხი შემთხვევა.\*)

აპარისტანის მთავარი საავადმყოფოს გინეკოლოგიური განყოფილებიდან.  
გამგე—ექიმი რ. შუშანია.

ჩვენი მოხსენება შეეხება საშვილოსნოს პერფორაციის ოთხ შემთხვევას, რომლებიც ჩატარდა პირველად საბჭოთა საავადმყოფოში უკანასკნელი ორი წლის მუშაობის დროს. მათ შორის ერთ შემთხვევას ადგილი ქონდა თვით საავადმყოფოში, დანარჩენი სამი კი მივიღეთ გარედან.

უკანასკნელ დროს ხელოვნური აბორტის გავრცელების გამო ლიტერატურა მრავლად გვაწვდის სხვადასხვა გართულებებს, რომლებიც ამ ოპერაციის თან ყვებიან.

ამ გართულებათა შორის საშვილოსნოს პერფორაციას პირველი ადგილი უჭირავს.

თუ რამდენად ხშირია საშვილოსნოს პერფორაცია ამის გამორკვევა ძნელია ერთი იმისთვის, რომ ასეთი შემთხვევები ოპერატორის მიერ ყოველთვის არ მკლავდება, და მეორე ისიც, რომ ხშირად ასეთი გახევა თვით ოპერატორისთვისაც შეუმჩნეველია. ყოველ შემთხვევაში საშვილოსნოს გახევა იშვიათი მოვლენა არაა.

Гунарев-ი მიგვითითებს შემთხვევებზე, როცა პერფორაცია მომხდარა საზღვარ-გარეთელ პირველ-ხარისხიან კლინიკებში თანაც გამოჩენილი დოსტაქრების ხელში, რომელთაც ოპერაციის დროს ეს დაშავება ვერ შეუმჩნევიათ; პერფორაცია გამოცნობილი ყოფილა მხოლოდ რამოდენიმე თვის შემდეგ, როცა ხელახალი გამოთხევის დროს საშვილოსნოდან გამოუღიათ ბადექონის ქსოვილი, რომლის ბოლოც პირველ ოპერაციის დროს გამოთრეული ყოფილა საშვილოსნოს პერფორატიულ ადგილიდან და ახლა კი ყოფილა სისხლის დენის მიზეზად და ოპერაციის განმეორების ჩვენებით.

Lansen-ის, Weie-ის და Strazmann-ის სტატისტიკით ხელოვნური აბორტის დროს საშვილოსნოს პერფორაციის რიცხვი უდრის  $0,8\%$ .

Завялов-ის ცნობით ქალთა სამედიცინო ინსტიტუტის სამშობიარო გინეკოლოგიურ კლინიკის ანგარიშის მიხედვით საშვილოსნოს პერფორაცია ხელოვნუ-

\* მოხსენდა აპარისტანის ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების პირველ სხდომაზე—14 ნოემბერს 1925 წელს.



რი აბორტის დროს უდრის  $0,5\%$ . 1545 ხელოვნური მუცლის მოშლის შემთხვევაზე, რომელიც გაკეთებულა 1921 წელში (დეკრეტის ძალით) მოსკოვის შრობი-არეთა დამხმარე დაწესებულებებში, საშვილოსნოს პერფორაცია, როგორც გვაცნობებს ექიმი თიედერი, მომხდარა ექიმების მიერ შეიღვეურ, რაც შეადგენს  $0,45\%$ . Липман-ის ცნობით—პერფორაცია ხელოვნური აბორტის დროს თითქმის  $2\%$  უდრის.

საჭიროა აღვნიშნოთ, რა გარემოების დროს ხდება საშვილოსნოს გახევა და დანაშაულია თუ არა ამაში ყოველთვის ექიმი?

საკმაოდ ცნობილია, რომ არ არის ისეთი გინეკოლოგი, რომელიც მოხუცებულიყოს ისე, რომ ერთხელ მაინც არ მოსვლოდეს საშვილოსნოს პერფორაცია. აქედან ცხადია, რომ ამ შემთხვევაში ყოველთვის ექიმი არ არის დანაშაული, პერფორაციის მიზეზი ზოგჯერ საშვილოსნოს კედლების მდგომარეობაში უნდა ვეძიოთ, ზოგჯერ კი—ოპერაციის ტექნიკასა და მეთოდში.

საშვილოსნოს პერფორაცია შეიძლება უბრალო ზონდის ხმარების დროსაც კი მოხდეს. გახევის მიზეზად ყოველთვის არ შეიძლება ჩავთვალოთ უხეში ძალის ხმარება, ან ოპერატორის გამოუცდელობა. არის საშვილოსნოები, რომელთა კედლები იმდენად მოღუნებული და რბილია, რომ იარაღი ცოტა ძალდატანებით ან და სრულიად ძალდაუტანებლად გადის კედელში ისე, როგორც კარაქში (Брауде). ასე ხდება, მაგალითად, ორსულობის დროს, რომელსაც თან ახლავს სექსისი, სარკომა, კირჩხიბი და საშვილოსნოს კუნთებისა და სისხლის მილენის ჰიალინური გადაგვარება კონსტრუქციონალური დაავადების ნიადაგზე. საშვილოსნოს პერფორაცია შეიძლება მოხდეს ამ ორგანოს ღრუში ყოველნაირი მანიპულაციის დროს ყოველი იარაღით და თითოთაც კი. Stumpf-ის (ლიჩკუსისიდან) მოკაყვას ლიტერატურიდან 178 შემთხვევა საშვილოსნოს გახევისა; მათ შორის კიურეტკით გახევა მომხდარა 119 შემთხვევაში— $(63\%)$ , ზონდით და საშვილოსნოს კატეტერით 30 შემთხვევაში— $(30\%)$ , გაფართოებული იარაღებით—19 ში  $(10,8\%)$ , კორნცანგით შეიღვეურ, თითოთ 2-ჯერ და ერთხელ საშვილოსნოს ირიგატორის ბოლოთი.

Stumpf-ის მოყვანილ 178 შემთხვევაში საშვილოსნო გახეულა კიურეტკით 50-ჯერ, ზონდით 8-ჯერ, კორნცანგით 6-ჯერ, დილატატორებით 5-ჯერ და თითოთ 2-ჯერ.

Heuman-მა შეაგროვა ლიტერატურაში საშვილოსნოს არა ორსულთ პერფორაციის 65 შემთხვევა. ეს დაშვებანი გამოცნობილია მხოლოდ შემდეგში რაიმე ოპერაციის, ან გვამის გაკვეთისას. ამათში—25 შემთხვევაში საშვილოსნო გახეულია ზონდით, 20 შემთხვევაში კიურეტკით და დანარჩენი სხვადასხვა იარაღებით.

საშვილოსნოს პერფორაცია უმეტეს ნაწილად ხდება ხელოვნური მუცლის მოშლის დროს და ორსული საშვილოსნოდან არასრული აბორტის შემდეგ დარჩენილი ნაწილების გამოღების დროს.

პერფორაციის თავიდან ასაშორებლად საჭიროა ოპერატორმა კარგად იცოდეს საშვილოსნოს მდებარეობა და სიგრძე. თუ საშვილოსნოს ღრუში შევეცდებით შევიტანოთ იარაღი იმ დროს, როცა ყელის მილი საკმაოდ გაფართოებული არ არის, ცოტა ძალდატანება იარაღზე გვიქადის საშვილოსნოს გახევისას.

სახელობრ იმ ალავას, სადაც მდებარეობს მისი ფიზიოლოგიური გადაღწევა. თუ საშილოსნო იმყოფება Anteflexio-ს მდებარეობაში ვახვევა ხედება მის უკანა კედელს—ჩვეულებრივად შიგნითა პირის ცოტა ზევით. თუ იგი იმყოფება Retroflexio-ში—იხვევა წინა კედელი, თუ საშილოსნო Lateroflexio-ს განიცდის იხვევა გვერდითი კედელი. ეს განსაკუთრებით ადვილად ხდება იმ შემთხვევაში, თუ საშილოსნოს ყელი საკმაოდ არ არის ჩამოწეული და კუთხე საშილოსნოს ყელსა და ტანს შუა დაყვანილი ბლავამდე ან სრულიად გამკრალი.

გადავლდეთ იმ შემთხვევებზე, რომლებსაც ადვილი ქონდა ბათომის საავადმყოფოში. უკანასკნელ ორ წლამდე ამ საავადმყოფოში საშილოსნოს ვახვევას ადვილი არ ქონია. აგრეთვე არ ყოფილა აღნიშნული პერფორაციის შემთხვევები ქალაქში—კერძო მუშაობის დროს. ეს ვარემოება, შეიძლება ავსხნათ იმით, რომ ხელოვნური აბორტის ოპერაცია უკანასკნელ ხანში ძლიერ გავრცელდა. შესაძლებელია ისიც, რომ ოპერატორები პერფორაციას ვერ ამჩნევდნენ, როგორც ეს ლიტერატურაშია ნაჩვენები, ანდა არ ამქლავებდნენ. შეიძლება პერფორაციის შემთხვევების ამ ბოლო დროს ვახშირება მიეწერებოდეს აგრეთვე ადამიანის ორგანიზმის დასუსტებულ მდგომარეობას, ნაწილობრივ საშილოსნოს კედლების ქსოვილის მოღუნებასა და შესუსტებას; შესაძლოა ეს დაუკავშიროთ ორგანიზმის არა საკმაო კვებას.

### ავადმყოფთა ისტორიები

1. ავადმყოფი ჩ.—ნი, 24 წლის, სომეხი, ბათომში მცხოვრები, შემოვიდა 8 აგვისტოს 1924 წელს—ხელოვნური აბორტისთვის.

გათხოვდა შვიდი წლის წინად. იმშობიარა ორჯერ, ორივე ცოცხლეობა. ხელოვნური აბორტი—ოთხი. უკანასკნელი თვიური სამი თვის წინად. ცუდი კვების, რიგიანი აგებულობის, თუალის ქუთუთოების ლორწოვანი გარსები და კანი მკრთალი ფერის. მარცხენა ფილტვის მწვერვალზე ქრონიკული ანთების მოვლენები. გული ნორმალური. ორი ხელით გასინჯვით ენახულობთ ორივე ნახევრის ორსულობას. იმავე დღეს გაუკეთდა ხელოვნური აბორტი, რის დროსაც მოხდა საშილოსნოს ვახვევა. კორნცანგით დაჭერილი იყო წვრილი ნაწლავის მარჯულში, რომელიც გამოვარდნილიყო საშილოსნოს ღრუში; ამასთან ნაწლავს ჯორჯალი მოგლეჯა. იმ წუთშივე შეწყვეტილ იქნა გამოფხეკა. ნახევარ საათს შემდეგ პერფორაციის მომენტიდან ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია—Laparotomia—გაკეთდა თეთრ ხახზე, აღმოჩნდა, რომ მუცლის ღრუში ჩაქცეულია, დაახლოებით ერთი დიდი ჭიკა სისხლი. საშილოსნოს ძირზე ინახება ნახვრტი 3 სანტიმეტრის სიგრძეზე დაგლეჯილი კიდევით. ნახვრტი ამოესებულია ნაწლავის მარჯულში. ნაწლავი გაღურჯებულია. იგი ამოღებულ იქნა საშილოსნიდან. პერფორაციის ალავი ვაკერილია. მონახულ იქნა მუცლის ღრუში ნაწლავის მომტანი გადანაჭერი. გაკეთებულ იქნა ნაწლავის რეზექცია. მუცლის ღრუ ამოიკვრა ყრუთ. გამოფხეკა დათავებულია.

11. ავადმყოფი ქ. 21 წლის, ქართველი, ბათომში მცხოვრები. 18 იანვარს ა/წ., დღით 11 საათზე ხელოვნური აბორტის მიზნით ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია ქალაქში—კერძოდ, ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ. ორსულობა ორი თვის. გამოფხეკის დროს ექიმმა შეინიშნა მუცლის ღრუში კორნცანგის შესვლა და გამოქაჩა საშილოსნიდან—Appendix epiploica—თუ ბადექმანი (ოპერატორის სიტყვებით). ზონდით დარწმუნდა რა პერფორაციაში, ექიმი აკეთებს საშოს ტამპონაციას. საღამოს შვიდ საათზე ავადმყოფი მოიყვანეს საავადმყოფოში სასწრაფო ოპერაციის გასაკეთებლად. ავადმყოფის განზილვამ გვაჩვენა: მაჯა:—120, ძლიერ სუსტი, ქუთუთოების ლორწოვანი გარსები და კანი ნაშეშანი მკრთალი ფერისაა. მუცელი რბილი, მაგრამ მგრძნობიარე. განსაკუთრებით მარჯვნივ ორი ხელით არ გასინჯულა. იმავე დღეს, საღამოს 8 საათზე

ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა ოპერაცია Laparotomia. მუცლის ღრუში აღმოჩნდა ბლომად ჩაქცეული სისხლი, S. R.—ის ჯორჯალი დაზიანებულია. დეფექტებიდან სისხლის დენა. ჯორჯალი ცოტად მოვლევლია ნაწლავიდან. საშვილოსნოს ძირზე აღმოჩნილია დეფექტი დაგლავლი კიდევებით, რომელიც მიყენებულია ბლაგიე იარაღით. საშვილოსნოს დეფექტიდან მცირე სისხლის დენა. ჯორჯალი და საშვილოსნოს დეფექტი ამოიკერა ნაკერით—საშვილოსნოს დეფექტის ალაგას დაფარებულია ბადექონის თავისუფალი ნაფლეთი და მიმაგრებულია რამდენიმე კეტუტის ნაკერით. 29/1 იწერება ჯანსაღად.

III. ავადმყოფი 3-იანი, სიმები, 18 წლის. ბათომში მცხოვრები. მოიყვანა საავადმყოფოში ექიმმა 27 ნოემბერს 1924 წელს, დილით თერთმეტ საათზეცკით საშვილოსნოს გახვავებ. აღნიშნული დაზიანება მომხდარა ორი თვის ორსულობის ხელოვნური ამორტის დროს—ექიმის კაბინეტში. ავადმყოფი გასირჯულ იქნა; ეჭვი გამართლდა. საშვილოსნოს ღრუში გამოვარდნილია ბადექონის ნაკერი, რომელიც გაჭრილია საშვილოსნოს გარეთა პირში. გამოვარდნილ ნაკერს წყისვა ოლი. ორი წელიწადია, რაც გათხოვილია. იმშობიარა ერთხელ—ერთი წლის წინ. ექიმის სიტყვებით, ყელი გაფართოებული იყო ჰეგარის მეთოდ ნორმალის, რის შემდეგაც კიურეტის ღრუში შეტანისთანავე, გარეთა პირიდან გამოვარდა ბადექონის ნაწილი. ნახევარ საათის შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია—Laparotomia. გაცვეთა განზე—ფანენსტილის მეთოდით. პერფორაცია აღმოჩნდა საშვილოსნოს უკანა კედელზე—შიგნითა პირის ცოტა ხვეით, უკანა დუგლასში ჩაქცეულია ორი-სამი სუფრის კოვზი სისხლი. დეფექტი სიდიდით უდროს ორ სანტიმეტრს. მას აქვს ჩანასობი კრილობის ტიპი. მისი კიდევები სწორია. ნაწლავები მთელია. Ruptur-ის ადგილზე საშვილოსნოს დადებული აქვს ხუთი აბრეშუმის ნაკერი. მუცლის კრილობა ამოკერილია ყრუთ. ოპერაციის შემდეგი პერიოდი სრულიად ნორმალური, ნაყოფის ნაწილაკები საშვილოსნოდან თავისით გამოვიდა, სისხლის დენა არ ქონია. 8/XII. საშვილოსნოს გარეთა პირი სრულიად დახურულია. იგი მკერივი და დაპატარავებულია. სისხლის-დენა არა აქვს.

9/XII იწერება სრულიად ჯანსაღად.

IV. ავადმყოფი ს-ნიდი, 22 წლის, ზერძენი, ბათომის მცხოვრები; მოყვანილია საავადმყოფოში 4 ავისიტოს აწ. დილის 10 საათზე, საშვილოსნოს გახვეით, რაც მომხდარა ხელოვნური ამორტის ოპერაციის დროს, კერძო კაბინეტში, ერთი საათის უკან. ექიმის სიტყვით, რომლის ხელშიც დაზიანება მოხდა, საშვილოსნოს გაფართოება წარმოებდა ჰეგარებით და იყო დაყვანილი თორმეტ ნორმალდე, შემდეგ ამისა ექიმი შევიდა საშვილოსნოს ღრუში კიურეტით—და ორი სამი წუთის მანიპულაციის შემდეგ ყელის გარეთა პირიდან გამოვარდა ნაწლავის ყულფი. ექიმი დარწმუნდა, რომ მას მოუხდა პერფორაცია, შესწყვიტა ოპერაცია და დაუყოვნებლივ წამოიყვანა ავადმყოფი საავადმყოფოში—შესაფერი დახმარების აღმოსაჩენად. ავადმყოფმა იმშობიარა ორჯერ. მუცლის მოშლა არ ქონია. უკანასკნელი თვიური ორი თვის წინად. ავადმყოფს ემწევა ძლიერ სიმკრთალე ქუთუთოების ლორწოვანი გარსებისა და კანისა. 1<sup>0</sup>—37, მაჯა 120. მუცელი რბილი, მაგრამ მგრძობიარე, სისხლისდენა genital-დან არ ემწევა. ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა Laparotomia. აღმოჩნდა შემდეგი: წინა დუგლასში ჩაქცეულია, დაახლოებით 5 სუფრის კოვზამდე სისხლი, უკანა დუგლასში ბლომად სისხლის ნაკეთები. პერფორაცია საშვილოსნოს წინა კედელზე შიგნითა პირის ცოტა ხვეით. დეფექტი 2—3 სანტიმეტრის სიდიდისა; კიდები სწორი. კრილობიდან მოყვანეს სისხლი. ნაწლავები დაზიანებული არაა. ჩაქცეული სისხლს ამოშრობის შემდეგ, ამოკერილია პერფორაციის ნახევრეტი ოთხი კეტუტის ნაკერით, რომელიც გატარებულია საშვილოსნოს ყელის მთელ სისქეში. მოკვეთილია ბადექონის ნაწილი და გადაწეულია საშვილოსნოს დეფექტის ადგილზე, სადაც იგი მიმაგრებულია კეტუტის ნაკერებით. დეფექტზე მეშაობის დროს ემწევა შეუჩერებელი სისხლისდენა. ნაკერების ალაგებიდან. მუცლის ღრუ ამოკერილია ყრუთ.

5/VIII—1<sup>0</sup> 38. საშვილოსნოს მიდამოებში ტკივილები. მუცელი რბილი.

5/VIII—1<sup>0</sup> 39.5 პლახზოდიები არ აღმოჩნდა. მაჯა=120.

11/VIII—1<sup>0</sup> 37,5. სისხლის ანალიზის შედეგი: ლეიკოციტოზი=14—600.

ლეიკოციტარული ფორმულა—ნორმალურ ფარგლებში.

12/VIII—1<sup>0</sup> ნორმალური. მოვსენით ნაკერები. შეხორცება—პირველი მოკემით.



18/VIII—1<sup>0</sup> ნორმალური. აუტყდა ძლიერი პირის ლებინება.

14—15/VIII იგივე. ლებულობს კოკაინის მიკსტურას, ყინულს. მუცელზე კომპრესია.

16/VIII—1<sup>0</sup> ნორმალური აქვს. გაისინჯა ზიმანუალურათ: გარეთა პირი დაკეტლია; საშვილოსნოდან დენა არა აქვს. პერიმეტრიუმზე ემჩნევა ცოტა ინფილტრატი. პირისღება და გულის რევა გრძელდება.

17/VIII—1<sup>0</sup> ნორმალური. მუცელი რბილი. გულის რევა და პირისღება შეწყდა. საშვილოსნოს ყელი დახურული. თაღები თავისუფალი. ინფილტრაცია აღარ ემჩნევა. ავადმყოფი იწერება ჯანსაღად. ორი კვირის შემდეგ ავადმყოფი ხელ-ახლა გამოცხადდა განყოფილებაში და მას გაუკეთდა საშვილოსნოს გამოფხეკა არა სრული აბორტის გამო, რომელსაც ლაპარატომის დროს არ შევხებებართ.

ამრიგად პირველი ორი შემთხვევა უნდა ჩაითვალოს ფრიალ მძიმე და რთულ შემთხვევათ, რადგან მათ თან ახლდა მუცლის ღრუს სხვადასხვა ორგანოების დაზიანება, მაგალითად, ნაწლავებისა და S. R-ის ჯორჯალის დაზიანება, რაიცა შესაძლო იყო ავადმყოფის სიკვდილით გათავებულყო. მეორე ორი კი შედარებით უფრო მსუბუქ დაზიანებათ, რადგან აქ საქმე ეხებოდა მხოლოდ საშვილოსნოს წინა და უკანა კედლის გახევას და დუღლასის არეში მცირე სისხლის ჩაქცევას.

გადავდივართ თითოეული ჩვენი შემთხვევის ახსნა-განმარტებაზე. შეიძლება დაბეჯითებით ვსთქვათ, რომ პირველი პერფორაცია მოხდა არა საშვილოსნოს ყელის გაფარათობის დროს, არამედ კორნცანგით მუშაობის დროს, სახელდობრ ამ იარაღით ნაყოფის გამოღების ცდის მომენტში. ამ მოსაზრებას ადასტურებს ის ფაქტი, რომ ჭრილობა საშვილოსნოს ძირზე დაგლეჯილი კიდეებით იყო, რაც დამახასიათებელია კორნცანგით პერფორაციისათვის (Epayare). მეორეც ის, რომ პერფორატიული ნახერეტი მდებარეობს ორთვე ნახევარი ორსული საშვილოსნოს ძირზე, როცა საშვილოსნოს სიგრძე შედარებით დიდი და ჰვარებით, რომლების სიგრძეც ბრტყელ ბოლოს გარდა, უდრის დაახლოებით თორმეტ სანტიმეტრს, შეუძლებელია, ასე შორს მიდგომა და საშვილოსნოს ძირის გახევა.

მეორე შემთხვევის პერფორაციის მექანიზმი იგივეა, როგორც პირველის. განსხვავება მხოლოდ იმაშია, რომ აქ ნაწლავის მაგიერ დაჭერილია S. R-ის ჯორჯალი, რომელიც ძლიერ დაზიანებულია. მასზე დეფექტები და დიდი სისხლის დენაა. იგი ნაწლავისაგან მოგლეჯილია. გასაკვირველია, რომ ამ შემთხვევაში ნაწლავები არაა დაზიანებული. ჩვენთვის ხელმისაწვდომი ლიტერატურის ცნობით, იშვიათი შემთხვევაა, რომ კორნცანგით საშვილოსნოს პერფორაციის დროს ნაწლავი არ დაზიანებულიყოს. დაგლეჯილი კიდეებიანი ჭრილობა საშვილოსნოს კედელში—კორნცანგით დაზიანების დამახასიათებელია. ოპერატორი შლის იარაღს ნაყოფს გამოსაღებათ იმ მომენტში, როცა იარაღი გაჩრილია საშვილოსნოს კედლის პერფორატიულ ნახერეცში. იარაღის გაშლის დროს საშვილოსნოს კედელი იხევა კიდე უფრო მეტ მანძილზე და ეხლა პერფორატიული ნახერეტი ბევრად მატულობს, შედარებით თავის პირველყოფილ სიდიდისა. ამწაირად ვლებულობთ ჭრილობას დაკბილული, დაგლეჯილი კიდეებით.

მესამე შემთხვევაში Ruptura—უკანა კედელშია,—შეგნითა პირის ზევით. საშვილოსნო Anteflexio-შია. მისი ყელის ჰვარებით 10 ნომრამდე გაფართო-

ების შემდეგ, ოპერატორი შედის კიურეტკით და ამ უკანასკნელის პირველადე უკან გამობრუნების დროს, თან ვარდება ბადექონის ნაწილი. ოპერატორის სიტყვებით—ყელის გაფართოება ძლიერ ძნელი იყო. უნდა დაუშვათ, რომ საშვილოსნო გახეული იყო გაფართოების მომენტში შემდეგნაირად: რადგან ყელის გაფართოება ძნელი იყო, ოპერატორმა იარაღს მიაყენა ზედმეტი ძალა. ამ ძალამ სძლია ყელის შიგნითა პირის წინააღმდეგობა, მაგრამ ეს ძალა დროზე ვერ იყო შეჩერებული—და იარაღი იმავე ძალით დაეტაკა საშვილოსნოს უკანა კედელს, რომელიც გაიხა. თან უნდა ვიგულისხმოთ, რომ ყელი საშვილოსნოში საკმაოდ არ იყო ჩამოწეული და კუთხე საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შუა არ იყო გასწორებული. კრილობის კიდევები სწორია, რაც დამახასიათებელია ჰევარებისათვის.

მეოთხე შემთხვევა: საშვილოსნო Retroflexio-შია. პერფორაცია წინა კედელზეა. ექიმის სიტყვებით, ყელის გაფართოება ძლიერ ადვილი იყო და ძალდაუტანებლად ჰევარების ათ ნომრამდე. აქ უნდა ვიფიქროთ, რომ პერფორაცია წარმოიშვა კიურეტკით; აქ არ იყო გასაფართოებლად ნახშირი დიდი ძალა, ე. ი. არ იყო მომენტი, რომელიც ხელს უწყობს ჰევარებით პერფორაციას. მეორეც ის, რომ ნაწლავის მარჯუში განიჭნდა კიურეტკით საშვილოსნოს ღრუში სამი წუთი მანიპულაციის შემდეგ, პერფორაცია რომ ჰევარებით წარმოშობილიყო ნაწლავის ნაწილი გამოეარდებოდა კიურეტკის პირველ შეტანისთანვე, ან კიდევ უფრო ადრე. Ruptura-ს ტიპი, სწორი კიდევებით, არაფერს არ გვეუბნება, რადგან იგი შეიძლება წარმოიშვას, როგორც ჰევარით, ისე კიურეტკით.

ამნაირად ზემოაღნიშნული ოთხი პერფორაციის შემთხვევაში, ორი მათგანი მოხდა კორნცანგით ორსული საშვილოსნოს დაცარიელების დროს. ამასთან პერფორაციას თან დაერთო მძიმე გართულება, როგორიც არის მუცლის ღრუს ორგანოების ნაწლავისა და ჯორჯალის დაზიანება; ერთი შემთხვევა მოხდა კიურეტკით და ერთიც ჰევარით. ჩვენი პირველი შემთხვევა ნაწლავების თანდაზიანებით საინტერესოა კიდევ იმ მხრით, რომ მიუხედავად ნაწლავის დაზიანებისა ოპერაციას მაინც კარგი შედეგი მოყვა. ამას ხელი შეუწყო იმ გარემოებამ, რომ პერფორაცია საავადმყოფოში მოხდა და შესაძლებელი იყო ოპერაციის დაუყოვნებლივ გაკეთება.

ლიტერატურაში აწერილია ასეთი და კიდევ უფრო მძიმე გართულება ამ პატარა ოპერაციის გაკეთების დროს.

ბრაუდენ აღწერს შემთხვევას, სადაც საშვილოსნოს კორნცანგით პერფორაციის გამო, მას 1913 წელში გაუკეთებია ლაპარატომია. ამ შემთხვევაში მოხდარა ნაწლავებისა და ჯორჯალის დაზიანება, ბადექონის მოგლეჯა, ნაწლავების მოგლეჯა ჯორჯალისაგან, საკვერცხის და ჰიაყელა-ნაწლავის მოგლეჯა. ამ ავადმყოფისათვის არასრული აბორტის გამო ექიმს გაუკეთებია გამოფხეკა, და მას კორნცანგით, ნაყოფის მაგიერ გამოუღია ჰიაყელანაწლავი. დარწმუნებულს პერფორაციაში, ავადმყოფი წამოუყვანია კლინიკაში, სადაც ორი საათის შემდეგ—გახევის მომენტიდან, გაუკეთებიათ ლაპარატომია. საშვილოსნოს ბოლოში აღმოჩენილა ნახერტი, რომელიც თავისუფლად უშვებდა თითს,

დაგლეჯილი კიდევებით. უკანა დუგლასში ნაყოფის ნაწილები. Jleum-ის ქვედა ნაწილში სამი კრილობა; ერთ ალაგას ნაწლავი მთლად გაგლეჯილი გარდიგარდმოდ ნაწლავის შინაგანი ჩაქცეულა მუცლის ღრუში. ამოკვეთილია საშვილოსნო, დაზიანებული საკვერცხე და ქიაყელა-ნაწლავის დარჩენილი ნაწილი. ავადმყოფი გადაარჩენილა.

Vertheim-ის ცნობით, პერფორაციის დროს შარდსაწვეთი მოგლეჯილა, როგორც თირკმელიდან, ისე საშარდე ბუშტიდან. Franke-ს კორნცანგით პერფორაციის დროს უნახავს შემთხვევა „კონცხის ნაჭერის მოგლეჯისა.—

Губаев-ი აღწერს შემთხვევას, სადაც საშვილოსნოს კედელში, Ruptura-ს ნახერტში კორნცანგით გამოტანილი იყო წვრილი ნაწლავის მარყუში. ეს უკანასკნელი გაგლეჯილიყო და მისი პერიფერიული ბოლო გაჩრილიყო საშვილოსნოს ყელში და ჩამოკიდებულიყო საშოში. მეორე ცენტრალური ბოლო ნაწლავისა დარჩენილიყო მუცლის ღრუში. ექიმი, რომელსაც ეს უბედურება შეემთხვა არ დაბნეულა. ავადმყოფი იმ წუთში კლინიკაში წამოუყვანია, სადაც გაუკეთებიათ ლაპარატომია. ამოუკვეთიათ საშვილოსნო და რეზექცია უქნიათ მასში გაკვებებული ნაწლავისათვის. ავადმყოფი გადაარჩენილა. ეს შემთხვევა დაშავების ხასიათით ანალოგიურია პირველ ჩვენ შემთხვევასთან. მაგრამ ჩვენი შემთხვევა უფრო საინტერესოა იმით, რომ იმავე ხასიათის ნაწლავის დაშავებასთან და იმავე ინფექციის საშიშროებასთან ჩვენს ავადმყოფს საშვილოსნო შეენახა. Губаев-ის შემთხვევაში კი საშვილოსნო ამოკვეთილია.

Bekmann-ის ცნობით ფრომეს სტატისტიკიდან, რომელიც შესდგება 322 შემთხვევისაგან სჩანს, რომ კორნცანგით, საშვილოსნოს პერფორაციის დროს წარმოსდგება ნაწლავების ფრიალ მძიმე დაშავებანი. იმ დროს, როცა კუთრეტიტ-საშვილოსნოს პერფორაციის 193 შემთხვევაში, მხოლოდ ხუთჯერ იყო გამოღებული ბადეკონი და ერთხელ—ნაწლავის მარყუში, აქ ნაწლავების დაჭრა აღნიშნულია კორნცანგით საშვილოსნოს პერფორაციის 41 შემთხვევიდან—40 შემთხვევაში.

შემოაღნიშნული სტატისტიკისა და საკუთარი დაკვირვების მიხედვით მიწანშეწონილად მიგვაჩნია ვახელმძღვანელოთ შემდეგი წესით: აბორტის დროს—კორნცანგი იქნეს შორს. რაც შეეხება აბორტცანგს, იგი აუცილებელი საჭირო იარაღია დაგვიანებული აბორტების დროს—და გამოცდილ ხელში ხსენებული იარაღი არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს.

ექიმი Волков-ი შრომაში „К казуистике искусственного выкидыша“ უარყოფს აბორტის დროს კორნცანგის ხმარების საშიშროებას. ავტორი ამბობს: „იარაღი კი არ არის საშიში, არამედ ხირურგი, რომელიც მას ცუდად ხმარობს“ო. ჩვენის შეხედულებით ეს აზრი არაა სავსებით მართალი. მართალია, პერფორაცია, კორნცანგს გარდა, სხვა იარაღებითაც წარმოიშობა, და ამ შემთხვევაში დანაშაულად სწორედ ოპერატორის ტუნჩიკა უნდა ჩაითვალოს, თუ კი გამორიცხულ იქნება, რასაკვირველია, საშვილოსნოს კედლების სხვადასხვა ანორმალური მდგომარეობა. მაგრამ ჩვენთვის თვით პერფორაციის ფაქტი კი არ არის, შედარებით, იმდენად საშიში, არამედ საშიშია პერფორაციასთან თანდართული გართულებანი, როგორც არის მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება—და ეს



უკანასკნელი კი სწორედ წარმოიშობა, მხოლოდ და მხოლოდ კორნცანგის ხმა-რების დროს. გამოცდილი ხირურგების ხელშიაც კი სტატისტიკა ამას გვიმტკიცებს და ჩვენს მცირე დაკვირვებანიც ამას მოწმობს.

პერფორაციის უმთავრეს პროფილატიურ საშუალებათ უნდა ჩაითვალოს სოციალური პროფილაქტიკა. ეს არის ამორტების რიცხვის შემცირების საკითხი. თუ 100 ამორტზე ხდება ორი პერფორაცია, და თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ რუსეთში ყოველწლიურად კეთდება ასეული ათასი ამორტი, მაშინ უნდა ვთქვათ, რომ პერფორაცია აღარაა „კაზუსტიკა“, არამედ ჩვეულებრივი მოვლენა.

ტენიკური პროფილაქტიკა შემდეგში გამოიხატება:

1. საშვილოსნოს მდებარეობის სწორედ გამოსარკვევათ საქირთა ავადმყოფი გაისინჯოს თვით ოპერაციის წინ. თუ საქირთება მოითხოვს გაისინჯვა წარმოებდეს ნარკოზის ქვეშ.

2. ყელი უნდა ჩამოწეულ იქნას, რაც შეიძლება მეტად, რომ გაქრეს კუთხე საშვილოსნოს ყელსა და ტანს შუა.

3. ყელი უნდა გაფართოებულ იქნას სრულიად საქმაოდ.

4. კიურეტი შეყვანილ იქნას ფრთხილად „რბილი ხელით“. კიურეტი შეიძლება გამოვიღოთ ენერგიულად; მისი გამოღების მომენტში არ არსებობს პერფორაციის საშიშროება.

5. ორ თვემდე საქირთა მუშაობა სწარმოებდეს მხოლოდ კიურეტით; 2—3 თვემდე საქირთა ვიხმაროთ ამორტცანგი. კორნცანგი სრულიად არ უნდა იხმარებოდეს.

6. ოპერაციის წინ, განსაკუთრებით, 2—3 თვემდე, საქირთა ავადმყოფს კანქვეშ გაუკეთდეს ერგოტინი. მაშინ საშვილოსნო ოპერაციის დროს მკვირვდება. ყელზე ერგოტინი ნაკლებად მოქმედობს. ავადმყოფები ამ საშუალებით ცოტა სისხლს კარგავენ. პერფორაციის საშიშროებაც ნაკლებია.

რაც შეეხება საშვილოსნოს პერფორაციის მკურნალობას, იგი აუცილებლად უნდა იქნეს ოპერატიული. გამონაკლისი შეიძლება იმ შემთხვევაში, თუ გამოვარდნილია ბადექონის ნაწილი, რომელიც მალე გაქრა ოპერატორის თვალიდან, ე. ი. დაერწმუნდებით, რომ იგი გაბრუნდა უკან მუცლის ღრუში და თუ ამავე დროს არ არის შიგნითა, ან გარეთა სისხლის დენის მოვლენები, ამ შემთხვევაში შეიძლება ვისარგებლოთ კონსერვატიული თერაპიით: მოსვენება, ყინული, ოპიუმი. ამ დროს არ უნდა დავივიწყოთ, რომ უოპერაციობა ავადმყოფისთვის დიდ ხიფათსა და რისკს წარმოადგენს. აქ ჩვენ არ ვლაპარაკობთ კორნცანგით წარმოშობილ „პერფორაციებზე“. ამ შემთხვევაში მუცლის ღრუს ორგანოების დაზავება ექვს გარეშეა, ამიტომ უოპერაციობაზე ლაპარაკიც არ შეიძლება. ჩვენ არ გვაქვს გარანტია იმისი, რომ კონსერვატიული თერაპიის დროს არ იფეთქებს გარეთა ან შიგნითა სისხლის დენა. აგრეთვე ჩვენ არ შეგვიძლია დავრწმუნდეთ იმაში, რომ პერფორატიულ ნახერტში არ არის გაქედილი ბადექონის ნაწილი, რომელიც შეიძლება არ გაბრუნდეს მუცლის ღრუში და მოგვეცეს მომავალში საშვილოსნოდან ხანგრძლივი სისხლის დენა. შესაძლებელია აგრეთვე პერფორატიულ ნახერტში გაიქედოს ნაწლავის მარყუში, რომლის გამოცნობა ჩვენ-

თვის უოპერაციოთ შეუძლებელია. ამას მიუმატოთ კიდევ ის გარემოება, რომ მკრელი კიურეტი პერფორაციის დროს, სრულიად წარმოსადგენია მოხდეს ნაწლავების დაზიანებაც თავისი მძიმე შედეგებით.

მართალია, ლიტერატურაში აღწერილია საშვილოსნოს პერფორაციის შემთხვევები, რომლებიც გამოცნობილი იყო შემდეგ, რაიმე ოპერაციის დროს და საშვილოსნოს ქრილობა შეხორცებული გაურთულებლათ, მაგრამ უნდა ვაღვიაროთ, რომ ეს იშვიათი ბედნიერი შემთხვევაა და თუ მივიღებთ მხედველობაში ყველა ზემოჩამოთვლილ გარემოებებს, მივალთ იმ დასკვნამდე, რომ „პერფორაციის“ დროს უმჯობესია დაუყოვნებლივ ოპერაციის გაკეთება.

დღეს საკამათო არ არის, რომ დღევანდელ ასეპტიკის პირობებში ოპერაცია საზოგადოდ არავითარ საშიშროებას არ წარმოადგენს.

ვლებულობთ რა მხედველობაში ყველა ზემოაღნიშნულს მივდივართ შემდეგ დასკვნამდე:

1. საშვილოსნოს კორნცანგით პერფორაციის დროს თითქმის ყოველთვის მივიღებთ მძიმე გართულებას, როგორც არის მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება.

2. კიურეტი პერფორაციის დროს მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება იშვიათი მოვლენაა.

3. აბორტის დროს კორნცანგის ხმარება უარყოფილი უნდა იქნეს.

4. პერფორაციის მოვლენების დროს ოპერატიული ჩარევა თითქმის ყოველთვის საჭიროა.

5. ექიმს, რომელიც ხელს კიდებს გამოფხეკას უნდა შეეძლოს ლაპარატომის გაკეთება და მუცლის ღრუს ორგანოებზე მუშაობა.

7. პერფორაციის გამოცნობის მომენტის შემდეგ—საშვილოსნოს ღრუში—ყოველნაირი მანიპულაცია შეწყვეტილ უნდა იქნეს. საშვილოსნოს შინაარსი გამოწმენდილ უნდა იქნას ლაპარატომის გაკეთების შემდეგ.

### ლიტერატურა.

1. Брауде. Прободение матки—профилактика и лечение.
2. Живатов Г. К. „К профилактике и терапии перфорации матки„. 2-ой с'езд хирургов Одесской губернии—1925 г.
3. Проф. Губарев. Медицинская Гинекология изд. 1922 г.
4. Волков К. В. „К казуистике искусственного выкидыша. Врачебная газета 1924 г.
5. Цомакион Г. Ф. О некоторых последствиях операции выскабливания матки на ранних месяцах беременности. 2-ой с'езд хирургов Одесской губ. изд. 1925 г.



## შპ. გიორგი ფავლენიშვილი.

კლინიკის უმცროსი ასისტენტი.

### „სახსრების ათაშანგის საკითხისათვის“ \*

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკიდან.  
გამგე—პროფ. გ. მუხაძე.)

დღევანდელი ჩვენი მოხსენების საგანს შეადგენს ათაშანგით გამოწვეულ დაავადებათა ერთ—ერთ ფრიად საინტერესო ფორმის, ქირურგიული თვალსაზრისით განხილვა, სახელდობრ ლუეტური არტრიტებისა. სახსრების ათაშანგს დიდი ხანია ჰქონდა მიქცეული თვალსაჩინო ყურადღება. ჯერ კიდევ მე-XV საუკუნეში საფრანგეთის მეცნიერმა Pierre Martyr-მა აღნიშნა არტროპათიები, გამოწვეული ლუეტური ინფექციით. მთელი რიგი ექიმებისა სხვადასხვა ქვეყნებში, დაწყებული იმ დროიდან, სწავლობდა ამ საკითხს. ამ ავტორთა რიცხვში ჩვენ უნდა აღვნიშნოთ ისეთი დიდი მეცნიერები როგორც Virchow-ი, Volkmann-ი, Fournier, Hutschinson ი, Bäumlere, Max Schüller-ი, Falkson-ი, Landerer-ი, Finger-ი, Jules Voisin-ი, Güterbock-ი, Nelaton-ი, Lancereaux, Levin-ი, Ghassaigne-ი, Lücke, Taylor-ი, K. Koch-ი, Risel-ი, Bergh-ი, Erlich-ი, Parrot და სხვა; რუსულ ავტორებში კი Китаевский-ს, Монастырский-ს, და Тарновский-ს გარდა, ძლიერ ვრცლად შეეხო ამ საკითხს და საფუძვლიანად დაიშუშა აკადემიკოსმა Вельяминов,-მა. საზოგადოდ უკანასკნელ წლებში მეცნიერებამ დიდი ნაბიჯები გადასდგა წინ ათაშანგის შესწავლის საკითხში; სახელდობრ, მის შემდეგ, რაც ერთი მხრივ Schaudinn-მა Hoffmann-თან ერთად 1905 წ. აღმოაჩინა ათაშანგის გამომწვევი მიკროორგანიზმი—Spirochaeta pallida s. Treponema pallidum და მეორე მხრივ, Мечников-მა და Py-მ დანამდვილებით დაავიწყებეს ცხოველებზე ათაშანგური ინფექციის გადატანის შესაძლებლობა, ამ ორმა გამოკვლევამ, რომელთაც ვვიჩვენეს აღნიშნულ პარაზიტის ეთიოლოგიური მნიშვნელობა ათაშანგისათვის, შეჰქმნეს სრულიად ახალი და მკვიდრი საფუძველი ათაშანგის შესახებ მოძღვრების მეცნიერულად დაბუშავენისათვის. ამ ნაირად, გარდა კლინიკური დაკვირვებისა და აგრეთვე იმ თვალსაჩინო შედეგებისა, რომელიც მიღებული იყო ბიოპსიის და აუტოპსიის გზით, ჩვენ ხელთ გვაქვს კიდევ ორი ახალი მეთოდი, სახელდობრ, ათაშანგის გამომწვევ მიზეზის არსებობის დამტკიცება და ცდები ცხოველებზე.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ მე-XVI საუკუნეში ბევრი ავტორები აღნიშნავენ სახსრების დაავადებას ათაშანგის ნიადაგზე, მე-XIX საუკუნის პირველ ათეულ წლამდე ლიტერატურაში არსებული ცნობები ლუეტური არტრიტების შესახებ მინც აშკარად ზერელე ხასიათისაა. თუ წინად Ricord-ი ამბობ-

\* მოხსენდა საქ. ექიმთა მესამე სამეცნიერო კონგრესს 26/V—1925 წ.



და, რომ სახსრების სიფილიტიური დაავადება უნდა ჩაითვალოს იშვიათ მოვლენათ, რომ ეს სნეულება ჩნდება ათაშანგით დაავადებულ პირთა შორის მხოლოდ სხვადასხვა ვარიანტების დროს, დღეს საფრანგეთის მეცნიერი *Sergent-ი*, ეხება რა სახსრების ათაშანგს, ამბობს: „*la syphilis est une maladie, qu'il faut savoir chercher*“ (ე. ი. ათაშანგი არის ისეთი ავადმყოფობა, რომლის აღმოსაჩენათ საჭიროა ცოდნა მისი მოძებნისა). მართლაც, თუ მივიღებთ მხედველობაში ბევრ ისეთ შემთხვევებს, როცა ავადმყოფი ან განკურნებული იქნება სიფილით დაავადებულია, (*siphilis ignota*), მაშინ დავრწმუნდებით, რომ მხოლოდ მოხერხებულად მოკრეფილ ანამნეზს, წესიერად ნაწარმოებ კლინიკურ გამოკვლევას, ზოგიერთ შემთხვევისათვის სავალდებულო რენტგენოსკოპიას და *Wassermann-ის* რეაქციას, მხოლოდ სუყველას ერთად შეუძლიანთ გვიხსნან შეცდომისაგან ამა თუ იმ არტრიტის ეთიოლოგიურ მომენტის გამოკვლევის დროს; მაშინ დავრწმუნდებით, რომ სახსრების ათაშანგი არც ისე იშვიათი ფორმაა, როგორც ამას ამბობდა *Ricord-ი* და ბევრი ისეთი არტროპათიები, რომელიც პრაქტიკული ექიმების მიერ აღნიშნულია, როგორც ვაცივებისაგან წარმომდგარი არტრიტი, ან არარევმატიული არტრიტი, ან როგორც *arthritis deformans*, ან როგორც უმიზეზო არტრატი, ნამდვილი ეთიოლოგიური მიზეზის აღმოჩენის შემდეგ, გამოირკვევა ხოლმე, რომ ბევრ ასეთ შემთხვევაში ჩვენ გვაქვს საქმე მხოლოდ *arthritis syphilitica-თან*. მაშინ, რა თქმა უნდა, რომ ათაშანგით გამოწვეული სახსრების დაავადებათა რიცხვი იმატებს საგრძნობლად. ამით აიხსნება აგრეთვე ის ყურადღება მეცნიერების მხრივ, რომელიც მიიპყრო სახსრების ათაშანგმა უკანასკნელ 50 წლის სხვადასხვა ქვეყნების ლიტერატურაში.

რომ მივიღოთ მხედველობაში უკანასკნელ წლებში წამოყენებული სახსრების სნეულებათა კლასიფიკაცია, აშენებული ეთიოლოგიურ მომენტზე, მაშინ ლუეტური არტრიტები ტუბერკულოზურთან ერთად მოექცევა იმ ჯგუფში, რომელიც აღნიშნულია როგორც არტრიტები, გამოწვეული ქრონიკული ინფექციური სნეულებებით. აქვე საჭიროდ მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ საზოგადოდ სახსრების სნეულებათა კლასიფიკაცია უნდა დამყარებული იყვეს დაავადებათა ეთიოლოგიურ პრინციპზე და არა პათოლოგო—ანატომიურ ან კლინიკურ სურათებზე. ისეთი დიდი მეცნიერი, როგორც *Landerer-ი*, ჯერ კიდევ 1889 წ. თავის სახელმძღვანელოში აღნიშნავს ასეთი კლასიფიკაციის დიდ მნიშვნელობას. მავალითად, როცა ის შეეხო სახსრების წყალმანკს (*Gelenkwassersucht*), მან მაშინ პირდაპირ სთქვა: „სანამ თქვენ იქნებით კმაყოფილი მხოლოდ უბრალო ანატომიური დიაგნოზით, მანამდის თქვენ დარჩებით მხოლოდ ზერეღე მოაზროვნეთ“. ამიტომ სახსრების კლასიფიკაცია, აშენებული მხოლოდ უმთავრესად ანატომიურ ცვალებებზე, რომელიც შეგვხდება ძველი ავტორების სახელმძღვანელოებში, როგორც *Tillmann-ის*, *König-Hilderbrandt-ის*, *Lexer-ის* და სხვების, უნდა ჩაითვალოს დაძველებულად და დღეს ჩვენთვის სრულიად მიუღებლად. ამ ახალი კლასიფიკაციის მოძღვრად, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ახალი კლასიფიკაციის შექმნის ცდას *Landerer-ის*, *Hoffa-ს* *Wollenberg-ის*, *Heckmann-ის* მხრივ, უნდა ჩაითვალოს აკადემიკოსი *Вельяминов-ი*, რომელმაც ჯერ კიდევ

1895 წ. წამოაყენა თავისი კლასიფიკაცია სახსრების დაავადებისა, აშენებული სნეულების ეთიოლოგიურ პრინციპზე; ეს კლასიფიკაცია შემდეგში შევსებულ იყო პროფ. Тиле-ს მიერ. ცხადია, რომ ძველი კლასიფიკაციის მიზანშეუწონლობა სულ უბრალო მაგალითით შეგვიძლიან დავამტკიცოთ. ძველი ავტორები *lipoma arborescens* ათავსებდნენ იმ ჯგუფში, სადაც იყვნენ სინოვიალური წყალბუშტები, სახსრების ეხინოკოკი და საზოგადოდ სახსრების მეტხორცები. ეს სრულიად მალეველია დღევანდელი კლინიკისთვის აზროვნებისათვის. აქ, რა თქმა უნდა, იბადება არევიდარევა და გაუგებრობა. არის ლაპარაკი ნამდვილ *lipoma*-ზე, რომელიც, მართლაც, შეიძლება განვითარდეს სინოვიალური გარსის ქვეშ მდებარე ცხიმით მდიდარ ბადურისაგან, თუ *synovitis villosa*-ს შედეგზე, რომელიც ხშირად, პროფ. Вельяминов-ის აზრით, ათაშანგის ნიადაგზე წარმოიშობა ხოლმე. მართლაც, *lipoma arborescens* არ არის ცალკე ავადმყოფობა, ცალკე ნოზოლოგიური ერთეული, არამედ მხოლოდ ცალკე ანატომიური ფორმა სინოვიალური გარსის ანთებითი ფორმათა შორის.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ სახსრების ათაშანგი წარმოადგენს ამ სნეულების ლოკალიზაციის არც ისეთ იშვიათ ფორმას. სხვა ქირურგიულ ავადმყოფობათა საერთო რიცხვთან შედარებით, სიფილიტიურ არტრიტების რიცხვი შეადგენს საშუალოდ 5% სხვადასხვა ქირურგიულ კლინიკების და ქირურგიულ ამბულატორიების მასალების მიხედვით. აღნიშნულია ის გარემოება, რომ სახსრების ათაშანგი გვხვდება დედაცაცთა შორის უფრო ხშირად, ვიდრე მამაკაცთა შორის, *Arthritis syphilitica* უფრო ხშირია 21 წლიდან 50 წლამდე და ძლიერ იშვიათია მოზუცებულობის ხანაში. სხვა ორგანოებთან და სისტემებთან შედარებით სახსრების ათაშანგს უჭირავს მე-4 ადგილი % % მიხედვით ნერვულ სისტემის, კანის და ძვლების შემდეგ. სხვადასხვა სახსრებთან შორის მუხლის სახსარს (*gonitis syphilitica*) ათაშანგის ნიადაგზე დაავადების სიხშირის მხრივ უჭირავს პირველი ადგილი (საშუალო რიცხვი 81 %). იმის საპასუხოდ, არსებობს თუ არა ათაშანგის ნიადაგზე წარმოშობილი სიმეტრიული არტრიტები, უნდა აღვნიშნოთ, რომ მას შეეხედებით როგორც გამონკლის საერთო წესიდან და ისიც მხოლოდ თითქმის მუხლის სახსრების დაავადების დროს. უმეტეს შემთხვევაში დაავადებულია ხოლმე ერთი სახსარი (მონარტრიტი), 2 და 3 სახსარი ერთად დაავადებულია მხოლოდ იშვიათად, ქრონიკული პოლიარტრიტები ხომ ათაშანგის ნიადაგზე წარმოადგენენ უიშვიათეს მოვლენას. ყველაზე ხშირად დაავადებას განიცდის მუხლის სახსარი, შემდეგ წვივ-კოჭის, მხრის, იდაყვის და მალჯის სახსრები. ასე აღნიშნავს ცნობილი სიფილიდოლოგი პროფ. H. v. Zeissl-ი. რაც შეეხება მენჯ-ბარძაყის სახსრის დაავადებას ათაშანგის ნიადაგზე, იგი ამბობს, რომ მთელ თავის მდიდარ პრაქტიკაში ჰქონია მხოლოდ ერთი ასეთი შემთხვევა. პროფ. Вельяминов-ს კი მუხლის სახსრის შემდეგ უფრო ხშირად შეხვედრია *arthritis cubiti* (16%), *arthritis talo-cruralis* კი მხოლოდ 12%. იმ საკითხის შესახებ, როდის უფრო ხშირია სახსრების დაავადება % % მიხედვით თანდაყოლილ თუ შეძენილ ათაშანგის დროს, ამაზედ მაგ. H. v. Zeissl-ი გამოსთქვამს თავის პირად მოსაზრებას, რომ თანდაყოლილი ათაშანგი თითქმის უნდა იძლეოდეს უფრო მეტ რიცხვს არტრიტებისას.



სახსრების ათაშანგის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა დამყარებულია საქმარისად გარკვეულ კლინიკურ სიმპტომოკომპლექსზე.

ასეთ სიმპტომებს ეკუთვნის: დაავადებულ სახსარში ფუნქციის შენარჩუნება, მიუხედავად იმისა, რომ სახსარში უკვე მომხდარა საქმარისი პათოლოგია—ანატომიური ცვლილებები, კლინიკურათაც კი ზოგიერთი ადვილად შესამჩნევი, როგორც მაგ. სასახსრე პარკის განკალკევებული ექსუდატიური ფორმის გამობერილებანი synovitis syphilitica-ს დროს, შემდეგ სახსრის დრუს ზოგიერთი წიაღების ანუ ჯიბეების მკვეთრად დაჭიმვა, რომელიც არ შეეფერება სასახსრე დრუსში არსებულ სითხის რაოდენობას და სხვა—ეს არის, შეიძლება ვთქვათ, ერთი ფრიად დამახასიათებელი ნიშანი arthritis syphilitica-სი. შემდეგი კლინიკური სიმპტომი, რომელსაც ჩვენ შევხვდებით სახსრების ათაშანგის თითქმის ყველა შეთხვევებში—არის დამ-რამეობით სახსარში ტკივილები—dolores osteocopi nocturni „ავტორებისა“; ეს მოვლენა იმდენად ახასიათებს სახსრების ათაშანგს, რომ ბევრი ავტორი პირდაპირ ამბობს—„ubi dolores osteocopi nocturni, ibi lues“. მთელი დღის განმავლობაში ავადმყოფი არა გრძნობს არავითარ ტკივილებს, მაგრამ საღამოთს, როგორც კი დაწვევა ლოგინში, მას აწუხებს ტეხვითი ხასიათის ტკივილები ძვლებში ან სახსარში. ეს ტკივილი თანდათან მატულობს და იმდენად გაძლიერდება ხოლმე, რომ ბევრი ავადმყოფი მას ადარებს კბილის ტკივილს. მერმე ტკივილები უცბად შეჩერდება და ავადმყოფი თითქმის ღამის მეორე ნახევარს მოსვენებით იძინებს. მაგრამ, რასაკვირველია, ყოველ ამ კლინიკურ სიმპტომს ლუეტური არტრიტებისას აქვს მნიშვნელობა ნამდვილი დიაგნოზისათვის და პროგნოზისათვის მხოლოდ მაშინ, თუ მივიღებთ მხედველობაში საერთოდ ავადმყოფობის მსვლელობის ხასიათს, მისი გამოხატულების ფორმას, ავადმყოფის საერთო ჯანსაღობას და ყოველ ამ გარემოებას შევადგინებთ და გაუწევთ წესიერ ანგარიშს.

მაგალითად, Billroth-ი (Allg. chir. Pathologie und Therapie, 1880, IX Aufl) იქ, სადაც ეხება სახსრების დაავადებათა კლინიკურ დიაგნოსტიკას, ამბობს შემდეგს: „სახსრის დაავადება ექიმს უნდა წარმოედგინილი ჰქონდეს, როგორც მთლიანი რამ, და თუ ის ვალდებულია იცოდეს, სახსრის რომელი ნაწილები არის დაზიანებული, ეს იქნება მხოლოდ ნაწილი მის მიერ დახარჯულ გონებრივი მოქმედებისა.“ მართლაც რომ გადავთვალთხოთ სახსრების დაავადებათა შესახებ ლიტერატურა, ჩვენ დავრწმუნდებით, რომ არტრიტების დიაგნოსტიკისათვის და მკურნალობისათვის საჭიროა ყოველი შემთხვევის ინდივიდუალიზაცია იმიტომ, რომ ინდივიდუულის პათოლოგიური ცხოვრება ერთი და იგივე ეთიოლოგიურ მიზეზის დროს, შეიძლება გამოიხატოს სულ სხვადასხვა სურათებში, მაგრამ ჩვენ უნდა გვახსოვდეს, რომ ისეთი დიაგნოზი სახსრების დაავადებისა საზოგადოდ და კერძოდ სახსრების ათაშანგისა, რომელიც დამყარებული იქნება მარტო ავადმყოფის კლინიკურ სიმპტომებზე, (მეტადრე ეს ითქმის ზოგიერთ რთულ, კლინიკურად შერეულ ფორმებზე) არ შეიძლება ჩაითვალოს დანამდვილებით უეჭველად და თანამედროვე კლინიციისთვის დამაკმაყოფილებლად. ყველა შემთხვევებში საჭიროა ე. წ. დამატებითი ლაბორატორული გამოკვლევა, როგორც პათოლოგია-ანატომიური, ბაქტერიოლოგიური და ბაქტერიო-





სკობიული, აგრეთვე რენტგენოსკოპია. მეტადრე სერო და ვაქცინო-დიაგნოსტიკამ ამ უკანასკნელ წლებში მიიღო სულ უფრო და უფრო ფართო გავრცელება, რენტგენოსკოპიამ კი, ათაშანგის სნეულებათა მოძღვრებაში შეჰქმნა ახალი ხანა. Wassermann-ის რეაქცია წარმოადგენს ძვირფას დამხმარე დიაგნოსტიურ საშუალებას, როგორც საზოგადოდ ათაშანგის გამოკვლევის დროს, ისე კერძოდ ქირურგიული ათაშანგის დროს. Wassermann-ის რეაქციის დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობის გამო, რადგანაც ის ეხება ისეთ გავრცელებულ და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის ავადმყოფობას, როგორც არის ათაშანგი, მან, წამოყენებულმა ათაშანგის სეროდიანგოსტიკის მიზნით და დამუშავებულმა Wassermann-ის, Neisser-ის, და Bruck-ის მიერ, სულ რამოდენიმე წლის განმავლობაში მოიპოვა შეურყეველი მნიშვნელობა და ვახდა ათაშანგის დიაგნოსტიკაში ფრიად პოპულარულ მეთოდათ. რენტგენოსკოპიაც იძლევა ბევრს, როგორც გამოკვლევის დამხმარე მეთოდი, არტრიტების დიაგნოზისათვის და თვით სახსრების დაავადებათა არსებობის მოვლენების შესწავლისათვის. ამისათვის საჭიროა, რა თქმა უნდა, ამ მეთოდის მოხერხებულად გამოყენება და რენტგენოგრაფების წესიერად წაკითხვა. რენტგენის სურათი, რასაკვირველია, გამოხატავს მხოლოდ იმ პათოლოგო-ანატომიურ ცვლილებებს, რომელიც მომხდარა რომელიმე ეთიოლოგიურ მომენტის ზეგავლენით ამა თუ იმ სახსრის ანატომიურ ნაწილის არქიტექტურაში. საზოგადოდ luet-იურ არტროპათიების დროს ძვლებში ევრავითარ ატროფიულ პროცესებს ვერ ვამჩნევთ. ხანდისხან სახსრის ახლო ჩვენ ვამჩნევთ ხოლმე პერიოსტალურ ნაფენებს, აგრეთვე ამ სნეულებისათვის დამახასიათებელ ძვლოვან ქსოვილის პროლიფერაციას და ებურნეაციას სეკვესტრების და ჩირქგროვების წარმოუშობლად. არის, რა თქმა უნდა, ისეთი შემთხვევებიც წმინდა სახსრების დაავადებისა ათაშანგის ნიადაგზე, როდესაც ძვლები დაზიანების პროცესში არავითარ მონაწილეობას არ იღებს, მაშინ, რასაკვირველია, ათაშანგის დიაგნოზის დასმა შეიძლება მხოლოდ დაყრდნობით Wassermann-ის რეაქციაზე. პირიქით ძვლების ატროფია შექმნილი სასახსრე ხაზებით, რენტგენის სურათზე გამოსახული, ტუბერკულოზს ახასიათებს.

აღნიშნულია სხვადასხვა პათოლოგო-ანატომიური პროცესები ათაშანგით დაავადებულ სახსრებში. გუმოზურ ათაშანგის დროს არჩევნად უბრალო სინოვიტს (*sinovitis simplex s. irritativa*) და სპეციფიკურს. *Sinovitis simplex* ანატომიურად ჯერ არ არის გამოჩვენებული. კლინიკურად კი მას ახასიათებს მხოლოდ ის, რომ სპეციფიკური წამლობის შემდეგ ჰქრება. ათაშანგური სინოვიტების დროს ჩვენ შევხვდებით პირიქით მკაფიოდ გამოხატულ ანატომიურ ცვლილებებს: მოდებული გუმოზური ინფილტრაცია სინოვიალურ გარსში და მის ქვეშ მდებარე ქსოვილებში, ხან კი განცალკევებული გუმოზური კვანძები სხვადასხვა ოდენობისა და ფორმისა. საზოგადოდ ათაშანგის დროს განვითარებული პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებები გამოიხატება ან უბრალო ანთებითი პროცესებში, რომელთა ჰისტოლოგიური სურათი არ წარმოადგენს რაიმე დამახასიათებელს ათაშანგისათვის, ან კიდევ ათაშანგი აგრეთვე, როგორც ტუბერკულოზი, გამოიხატება ხოლმე ინფექციურ გრანულემის სახით ქსოვილის ანთებითი ჰიპერპლაზიებში. მეტად დამახასიათებელია ათაშანგისათვის მისგან გამოწვეულ პრო-

ცესში სისხლისა და ლიმფური ძარღვთა მიერ ძლიერი მონაწილეობის მიღება; ამ მონაწილეობაზე მოწმობს ბუდოვანი გროვები მჭიდროდ შეჯგუფებულ, თითქმის ერთმანეთს შეეხებ ლიმფოიდური ტიპის უჯრედებსა. მიკროსკოპის ქვეშ კაპილარები, ისე როგორც მსხვილი სისხლის ძარღვები, წარმოდგენილია შესქელებულად და ეს შესქელება დამოკიდებულია მათი intima-ს ჰიპერპლაზიაზე (მაგ. arteriitis obliterans syphilitica), აგრეთვე ნაწილობრივ მათი კედლების უჯრედოვან ინფილტრაციაზე. საგულისხმოა, რომ ბევრ ამისთანა ინფილტრაციების ადგილებში ჩვენ უნდა შევხვდეთ Schaudinn ის spirocheta pallida-ს მთელ გროვებს, მაგრამ ამისათვის საჭიროა უკვე ობიექტის სპეციალური დამუშავება, როგორც, მაგალითად, ნათალის შეღებვა Lavaditi-ს მეთოდით, რაც ჩვენ სამწუხაროდ ვერ ვაწარმოეთ, ზოგიერთი საღებავების უქონლობის გამო. ათაშანგის მიმდინარეობის დასასრულ სტადიუმში ჩვენ შევხვდებით უკვე განვითარებულ, გრანულაციურ ქსოვილისაგან აშენებულ, ერთგვარად თავისებურ ხორკლებს, რომელთაც ჰქვიათ საზოგადოდ gumma. მიკროსკოპის ქვეშ გვუმა წარმოდგენს მრგვალ უჯრედების დიდ რაოდენობას, რომელთა შორის შუამდებარე ნივთიერება სუსტად არის განვითარებული; აქაც შევხვდებომა, რასაკვირველია, სისხლის ძარღვები მათში განვითარებულ ენდოგასკულიტით, პერი და საზოგადოდ დიფუზური ვასკულიტებით, რითაც gumma განსხვავდება მეორეგვარ ინფექციურ გრანულემისაგან, წარმოშობილ უკვე ტუბერკულოზის ნიადაგზე. გუმები წარმოდგენილია ხოლმე ან პატარა კვანძების სახით, რომელთაც ფეტვების შავვარი შეხედულემა აქვთ, ასეთია სწორედ მილიარული გუმები ათაშანგური ხასიათისა, რომელნიც ხშირად შეგვხვდებიან ბავშვებთა შორის თანდაყოლილ lues-ის დროს და ძლიერ იშვიათად მოხრდილთა შორის, ან და რაც უფრო ხშირია, გუმოზური კვანძები კაკლის და ხანდისხან ქათმის კვერცხის ოდენობისა ან არის ხოლმე. უკანასკნელ შემთხვევებში ასეთი დიდრონი კვანძები წარმოსდგება მცირე კვანძების შეერთებისაგან. მართალია ეპიტელიოიდური ტიპის და გიგანტური უჯრედები შეგვხვდება ათაშანგის დროსაც, მაგრამ ეს ძლიერ იშვიათი მოვლენაა ტუბერკულოზთან შედარებით. მეტად დამახასიათებელია გუმისათვის შემაერთებელ ქსოვილის გაჩენა გუმას პერიფერიულ სარტყელის არეში. ამავე დროს ის სისხლის ძარღვები (როგორც არტერიები, აგრეთვე ვენები), რომელნიც საზღვრავენ გუმას, წარმოდგენენ არა ნაკლებ თავისებურ, ათაშანგისათვის დამახასიათებელ სურათს, მათი შიგნითა გარსის ძლიერი პროლფქციული ჰიპერპლაზიისა. ამრიგად გუმის ქსოვილის გადაგვარებასთან ერთად, რომელიც იწყება ცენტროდან, მისი პერიფერიულ ზონაში ხდება შემაერთებელი ქსოვილის ენერგიული, პროგრესიული განვითარება და ეს შემაერთებელ ქსოვილოვანი სარტყელი სულ ახლო მომავალში გარდაიქცევა ხოლმე ნაწიბურათა. მართალია კლინიკურად დიაგნოზი შეიძლება სხვაგვარ ინფექციურ გრანულემებთან, არა ტუბერკულოზური ხასიათისა, სადაო არც იყო, მაგრამ ჩვენ არ შეგვიძლიან გაკვირით მაინც არ მოვიხსენიოთ პათოლოგო—ჰისტოლოგიური დიფერენციაცია სხვა ინფექციურ გრანულემებისა, წარმოშობილ უკვე სულ სხვა ავადმყოფობათა ნიადაგზე, როგორც, მაგალითად, lepra, rhinoscleroma, malleus-ი და აქტინომიკოზი. ამ შემთხვევაში საკმარისად დამახასიათებელ მოვლენათ



ათაშანგისათვის უნდა ჩაითვალოს შემდეგი: იმ დროს, როცა გუმის ცენტროში ხდება ზაქოსებური გადაგვარება, მის პერიფერიულ ზონაში ჩვენ ვამჩნევთ შემართებელი ქსოვილის პროდუქციული განვითარების პროცესს, და ეს ქსოვილი შემდეგში შეიძლება გარდაიქცეს ან ნაწიბურათ, ან და დედა-ნიადგისათვის დამახასიათებელ შემართებულ ქსოვილის რომელიმე სახეში.

სიფილიტიურ სინოვიტებს ერთგვარი მიდრეკილება აქვთ სინოვიალურ ბუსუსების გაზრდა გამრავლებისადმი, რაც იძლევა სურათს (*synovitis villosa*), რომელიც, პროფ. Вельяминов-ის აზრით, უმეტეს შემთხვევაში ათაშანგის შედეგია. ზოგიერთ ჯერ კიდევ დღემდე გამოურკვეველი პირობების ძალით სინოვიალურ ბუსუსების ჰიპერპლაზია უკიდურეს საზღვარს აღწევს ხოლმე, და მაშინ ჩვენ წინ არის სურათი—*lipoma arborescens siphilitica*, როგორც ეს იყო ჩვენს პირველ შემთხვევაში (ავადმე. როსიტაშვილი). ზოგიერთი გუმოზური სინოვიტების დროს ხდება სინოვიალური გარსის შიგნითა (*stratum internum*) და შუამდებარე (*stratum intermedium*) შრეების ძლიერი ჰიპერპლაზია, გრანულაციურ ქსოვილის გაჩენა და შედეგათ ამისა სასახსრე პარკის ძლიერი შესქელება—*synovitis hyperplastica*, ზოგიერთი ავტორების—*synovitis granulosa*. თუ შემდეგში სინოვიტს შეეცყო მიდრეკილება ნაწიბურების გაჩენისადმი, მაშინ მივიღებთ იმ ფორმას, რომელსაც პროფ. Вельяминов-მა უწოდა—*synovitis cicatricans*. თუ პროცესში ჩათრეულია სასახსრე ღრტილი, მაშინ ჩვენ გვაქვს საქმე *chondritis syphilitica*-სთან. როგორც გამოჩენილი სიფილიდოლოგი პროფ. Neumann-ი აღნიშნავს, სახსრების დაავადებანი, განვითარებული ათაშანგის მეორად პერიოდში, ჩვეულებრივად, გამომდინარეობენ სახსრის რბილ ნაწილებიდან, სასახსრე ღრტილები და ძვლები ზიანდებიან უფრო იშვიათად და დაავიანებით; პირიქით, ათაშანგის მესამედ პერიოდში სახსრების დაავადების პროცესი იწყება ღრმად მდებარე ნაწილებიდან, როგორც ძვლები, ძვლის ზედაკანი და სხვა, და აქედან უკვე შემდეგში ვრცელდება პერიფერიისაკენ. ზართალაც, როგორც გვიჩვენებენ დაკვირვებანი Lancereaux-ს, Schüller-ის, Virchow-ის, Panas-ის და სხვების, ერთ შემთხვევებში ჩვენ გვაქვს საქმე გუმოზურ პროცესებთან, რომელნიც უმთავრესად და თავდაპირველად აზიანებენ სასახსრე პარკს ან იოგოვან აპარატს, მეორე შემთხვევებში კი—გუმებთან ან გუმოზურ ოსტეომიელიტის პროცესებთან განვითარებულ სახსრის ძვალოვან ნაწილებში.

ათაშანგის დროს ღრტილში არსებული პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებანი გამოიხატება მის ბოქკობათ დარღვევაში გარდიგარდმო სიბრტყის მიმართ, პარალელურად ღრტილის სიბრტყესთან, და არა მის პერპენდიკულარულად, რომელიც ახასიათებს ე. წ. „ავტორების *arthritis deformans*“. ხანდისხან დაავადებულ ღრტილში წარმოიშობება დეფექტები უსწოროდ შექმნილი კიდვებით, რომელიც შემდეგში შემართებული ქსოვილით დაიფარება ხოლმე. ხანდისხან დიდი დეფექტები შემართებული ქსოვილით დაფარვას ვერ ასწრებს, მაშინ პროცესი მიდის ძვლის გატიტვლებამდე. როგორც ფიქრობენ Schüller-ი, Gangolphe-ი, Rach-ი და სხვები, ჩვეულებრივად ზონდრითიან ერთად ჩვენ გვაქვს პანარტიტის სურათი, რადგანაც ღრტილის გარდა დაზიანების პროცესში ჩათრეულია როგორც სინოვიალური გარსი, აგრეთვე ძვლებიც; რასაკვირ-



ველია, არის შემთხვევებიც, როცა არტრიტი გამოწვეულია მარტო ღრტილის დაზიანებით, მაშინ ჩვენ გვაქვს საქმე წმინდა ხონდრიტთან. საზოგადოდ უნდა აღინიშნოს, რომ ღრტილის დაავადება წარმოადგენს, შეიძლება ითქვას, ყველაზედ ხშირს და დამახასიათებელს სახსრების ათაშანგისათვის ანატომიურ სურათს. აღწერილია ხონდრიტის დროს ღრტილის ადგილობრივი შებერვა, ბუშტების მსგავსად, ღრტილის ატკეცა და ღრტილის ქვეშ ეპიფიზარული გუმბების წარმოშობა. ღრტილის ატკეცის ადგილზე ჩნდება ხოლმე ღრტილში ვარსკვლავისებური ნაწიბურები. შესაძლებელია დაუშვათ ის მოსაზრება, რომ ადგილობრივი გუმბები იჭრება ღრტილში ძვლიდან და ანგრეეს მას, წარმოშობილი დეფექტები კი იფარვის არა ღრტილით, არამედ ახლად განვითარებულ შემაერთებელ ქსოვილით. ასეთი ფორმა ხონდრეტისა აწერილია როგორც თანდაყოლილ ათაშანგის დროს ბავშვთა შორის 3—14 წლამდე, აგრეთვე შექნილ lues-ის დროს. მეორე ფორმა ხონდრიტისა დაჩირქებით სახსრის ძვლის მკამელას სახით, (caries ossis) აღწერილია Virchow-ის მიერ. ამ შემთხვევებში ღრტილი ისპობა უფრო ფართო მანძილზე, თითქოს სრულიად და რბილი ქსოვილის შემწეობით ხდება შეზრდა სასახსრე ზედაპირებისა. ეს პროცესი, გამოწვეული მოდებული გუმოზური ოსტეომიელიტით, იწვევს სახსრის დასახიჩრებას ხშირად ანკილოზის სახით.

ძვლოვან სისტემის ყოველ ნაწილს შეუძლიან მიიღოს მონაწილეობა ათაშანგით გამოწვეულ დაავადებაში. გუმოზური ოსტეიტის სახით სიფილიტიური დაავადება ძვლებისა აღწერილია როგორც თანდაყოლილ, აგრეთვე შექნილ ათაშანგის დროს. ძვლების დაავადება სხვადასხვა დაბოლოებით და შემდგომი გართულებებით, რომელიც აღწერილია მოზრდილთა შორის შექნილ ათაშანგის დროს, შეგვხვდება კიდევ როგორც მოზრდილ ბავშვთა შორის, აგრეთვე ნაადრევ თანდაყოლილ lues-ის დროს. საზოგადოდ უნდა აღვნიშნოთ, რომ თანდაყოლილ ათაშანგისათვის დამახასიათებელი ძვლების დაავადებანი გამოიხატებიან ბავშვის ძვლოვან ჩონჩხის ნორმალური ზრდის მოშლილობაში, რაზედაც მოწმობს ძვლოვან და ღრტილოვან ქსოვილების ატროფიული მდგომარეობა. რა თქმა უნდა, რომ ძვლების დაავადება ათაშანგის ნიადაგზედ შეიძლება განვითარდეს სრულიად დამოუკიდებელი სახსრის სხვა ანატომიურ ნაწილების დაზიანებასთან, ხან კი მასთან ერთად განვითარებულია ხონდრიტი და გუმოზური სინოვიტი, რაც წარმოშობს სიფილიტიურ პანარტრიტს, რომელიც უფრო ხშირია სახსრების ათაშანგით დაავადების დროს.

პათოლოგო—ანატომიური ცვლილებანი გუმოზური ოსტეიტის დროს გამოიხატება ხოლმე ეპიფიზებში ზერელე ოსტეოპერისტიტების და ძვლის ღრუბლისებრი ნივთიერებაში გუმოზური ინფილტრაციის და შემოფარგლულ ღრმა გუმბების სახით. მხოლოდ Wegener-ის, Waldeyer-ის, Köbner-ის, Parrot-ის, Charin-ის, Veraguth-ის, Taffant-ის, და Pellizzari-ს შრომებმა მოგვცა საშუალება დეტალურად გავვეცნო ის უწვრილესი პათოლოგო-ჰისტოლოგიური ცვლილებანი, რომელსაც იწვევს ათაშანგი ძვლებში. მიკროსკოპიული გამოკვლევა გუმოზური ოსტეიტის დროს იძლევა შემდეგს: ძვალ-ღრტილის საზღვარზე ახალგაზრდა ტვინოვანი სივრცეები გავსებულია გრანულაციური ქსოვილით, რომელიც შესდგება მცირე მორგვალეებულ და მოგრძო უჯრედოვან ელემენტებისა-

გან, შეერთებულ ერთმანეთთან მორჩების საშუალებით. საზოგადოდ აღნიშნულია, რომ გუმოზური პროცესები იწვევენ ძვალში მის პროლიფერაციას, ამიტომ ხშირია ძვლის ზედაკანის ქვეშ ოსტეოფიტების გაჩენა, თვით spongiosa-ში მიხივანიანების გამო წარმოიშობება გუმის გარშემო სკლეროტიული ოსტეოტი. ამასთან ერთად გუმოზური ზუდეები შეიძლება დაიშალოს, რასაც შედეგათ მოჰყვება ან ნეკროზობიო ძვალში (osteitis gummosa cariosa) ან კი თვით ნეკროზი (osteitis gummosa necrotica), მხოლოდ თუ თვით გუმოზური ზუდე დაჩრქვდა ჩრქვადი მიკროორგანიზმების ვარედან შექრის გამო, მაშინ გვექნება მთელი სახსრის დაჩრქება—oste—arthritis syphilitica purulenta. ზოგი ავტორები აღნიშნულ ნეკროზოტიულ და ნეკროტიულ პროცესების მიზეზად ასახელებენ ოსტეობლასტების, ე. ი. დიდი პოლიმორფულ უჯრედების რაოდენობის ზედმეტად შემცირებას, რომელთაც, როგორც ეს აღნიშნული იყო Waldeyer-ის, Gegenbauer-ის მიერ, აქვთ უშუალო კავშირი გაძვლების პროცესთან. ნორმალურ ძვალში ოსტეობლასტები დალაგებული არიან ეპიტელიუმის მსგავსათ, აქ კი ცალ-ცალკე არიან მოთავსებული და ამავე დროს ეტყობათ სუსტი განვითარების ნიშნები. ზოგიერთ მკაფიოდ გამოხატულ შემთხვევებში ოსტეოფიტების ვაჩენასთან ერთად ეპიფიზების ქვედა კიდეების მახლობლად ხდება ძვლის შიგნით ძვალოვან ტენის ძლიერი გაზრდა, რასაც შედეგად მოჰყვება ძვლის მიერ სიმპარის და ფუნქციონალური უნარიანობის დაკარგვა (ostitis rarefaciens). სახსრების დაავადებათა ანატომიურ ფორმებს შორის, გამოწვეულ ათაშანგით, გუმოზური სინოვიტის, ხონდრიტის და ოსტეიტის გარდა უნდა აღინიშნოს აგრეთვე arthritis deformans, რომელიც აღწერა Mericamp-მა, „როგორც“ arthrite detormans syphilitique. ამ ავტორმა და აგრეთვე ბევრმა მისმა მიმდევარმა იგი ჩასთვალა გუმოზური ოსტეოპერიოსტიტების შედეგათ. რომელიც ჩვეულებრივად იწვევენ ეპიფიზების დეფორმაციას. პროფ. Вельяминов-ის აზრით, arthritis deformans syphilitica არის ტროფონეიროზი, გამოწვეული ათაშანგური ტოქსინების მოქმედებით სახსარზე ნერვული სისტემის ზეგავლენით და ძლიერ მოგვაგონებს ტაბეტიურ ნევროპატიას.

ათაშანგის ნიადაგზე სახსრების დაავადება შეიძლება განვითარდეს ათაშანგის მიმდინარეობის, როგორც მეორედი, ისე მესამედი პერიოდში. შესაძლებელია თუ არა რომ პარასიტიული დაავადება განვითარდეს სახსრებში, ჯერ-ჯერობით კიდევ უნდა ჩათვალოს გამოურკვეველ საკითხად. ახლა მინდა მოკლედ შევეხებო პროგნოზს და წამლობას სიფილიტიურ არტროპათიების დროს. პროგნოზი quo ad vitam კარგია, quo ad functionem—დამოკიდებულია სახსრის დაავადების ანატომიურ ფორმაზე. პროგნოზი მაშინ არის საზოგადოდ ცუდი, როცა ჩვენ გვაქვს საქმე syphilis gravis შემთხვევასთან. წამლობა luet-იურ არტროპათიების დროს უმთავრესად მიმართულია ათაშანგის წინააღმდეგ. სულ მძიმე შემთხვევათა რომ გვექონდეს სახსრის დაავადებისა ათაშანგის ნიადაგზე, თუ მხოლოდ დიაგნოზი სწორედ იქნება დასმული და დროზედ ნაწარმოები სპეციფიკური წამლობა, შეიძლება შედეგად მივიღოთ განკურნება. ისეთი შემთხვევებიც კი, როცა საჭიროა სერიოზული ოპერატიული ჩარევა, როგორც რეზექციე-



ბი და ამბუტაციები, ისინიც თავდება მცირე გამონაკლისის გარდა განკურნებებით. თუ ავადმყოფი კვდება მხოლოდ მეორადი გართულებების გამო.

ამ მოკლე მიმოხილვის შემდეგ, გადავდივარ ჩენი საკუთარ შემთხვევების აღწერაზე.

ავადმყ. როსიტაშვილი ილია, 33 წლის, ქართველი, ცოლიანი, პროფესიით მიწის მუშა, ჩამოსული სიღნაღიდან, მიღებულია კლინიკაში 1 ნოემბერს 1924 წ. ავადმყ. ვადმოყვანილი იყო ჰოსპიტალურ თერაპიულ კლინიკიდან. იგი უჩივის შესიებას და ტკივილებს ორივე მუხლის სახსრებში. მისი სიტყვით ტკივილები ჩხვლეტივით ხასიათისა და ავდარში უფრო მატულობს; გარდა ამისა ტკივილებს გრძნობს წელის მიდამოში; სიარული უჭირს. პირველად ჩხვლეტისებრი ტკივილები ავადმყოფმა იგრძნო ერთი წლის წინად; რადგანაც ტკივილები თანდათან მატულობდა და მუხლების შესიებამაც იმატა, ავადმყ. ჩაწვა ლოგინში სამი თვით, წარსულში ათაშანგს უარყოფს.

St. praesens. ავადმყ. მალაღი ტანისაა, სწორი აგებულების, სუსტი კეებისა; კანი და ლორწოვანი გარსი მკრთალი ფერისაა; ლიმფური ჯირკვლები არსად არ ისინჯება გარდა საზარდულისა. ფილტვების საზღვრები N, სუნთქვა ვეზიკულარული; გული ნორმალურ საზღვრებში; ტონები ოდნავ მოყრუებულია; მუცლის ღრუს ორგანოთა მხრივ ცვლილებები არ ემჩნევა.

დაავადებულ სახსრების მიდამოში ობიექტიურმა გამოკვლევამ მოგვცა შემდეგი: ორივე მუხლის სახსარი, რომელიც ავადმყოფს აქვს შესიებული, განიცდიან დეფორმაციას, ზედაბირი უსწორ-მასწორო, კონსისტენცია ელასტიური, გარს-შემოხაზულობა მარჯვენა მუხლის სახსარისა 54 cm., მარცხენასი კი — 56 cm. Patella ორივე მხარეზე მოძრავი არ არის, იგი შესამჩნევად გაბრტყელებულია და გასქელებულია პერიფერიაზე.

ორივე სახსრებიდან იყო გამოშვებული სითხე: მარჯვნიდან 200 კუბ. cm. მარცხნიდან კი 800 კუბ. cm. სითხე აღმოჩნდა გამჭვირვალე, ქარვის ფერისა;  $\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ იგი შედედდა ელეს კონსისტენციამდე. სითხის გამოშვების შემდეგ შეზაპუნებული იყო იოდოფორმის ემულსია. სისხლი იყო აღებული გასასინჯათ Wassermann-ის რეაქციაზე, რომელმაც მოგვცა მკაფიოდ დადებითი შედეგი (+++). რენტგენოსკოპიამ მოგვცა შემდეგი: არსებობს შეცვლა სახსრების ბოლოების როგორც ბარძაყისა, ისე დიდი წვივისა; რენტგენოგრაფიაზე გამოხატულია ძვლების სახსრებო ბოლოებზე კონტურების შეცვლა, გამოწვეული ძვლოვანი ნივთიერების ჰიპერპლაზიით, არსებობს აგრეთვე სკლეროტიული ოსტეიტი, რომელიც მკაფიოდ გამოხატულია ბარძაყის ძვლის ქვემო მესამედში.

რადგანაც ნაწარმოები Wassermann-ის რეაქცია და რენტგენოსკოპია თავისი შედეგებით მიგვითითებდა ლუეტურ არტრიტზე, მით უმეტეს, რომ კლინიკური სიმპტომებიც არ ეწინააღმდეგებოდნენ ათაშანგურ ეთიოლოგიას, ამიტომ ჩვენ შევჩერდით დიაგნოზზე — arthritus syphilitica. სპეციალური წამლობის გასატარებლად ავადმყოფი გადაყვანილი იყო კანის და ვენერიულ კლინიკაში, სადაც Neosalvarsan-ით და Mirion-ით წამლობის შემდეგ მან იგრძნო ცოტაოდენი უკეთობა, აგრეთვე ტკივილებსაც სიარულის დროს უფრო ნაკლებად გრძნობდა, მხოლოდ სახსრების შესიება და დეფორმაცია თითქმის იგივე დარ-



ჩა, რაც იყო ვენერიულ კლინიკაში გადაყვანამდე: გარსშემოხაზულობა მარჯვე-  
ნა სახსრისა 46 cm., მარტენასი—44 cm.

რა თქმა უნდა, რომ, რადგანაც სპეციფიკურ წამლობამ მოგვცა შედარე-  
სით სუსტი შედეგი, ამიტომ ჩვენ გავჩერდით იმ აზრზე, რომ დაზიანებულ სახ-  
სრის სტრუქტურაში მომხდარა უკვე საკმარისად მვიდრი ანატომიური ცვლი-  
ლებანი, რომელთა წინააღმდეგ სპეციფიკური წამლობა, როგორც ესეთი, უკვე  
უძლეობდა. სიფილიტიურ არტრიტების ასეთ შემთხვევებში ნაჩვენებია უკვე ოპე-  
რაციული ჩარევა, რომელიც შეიძლება გამოიხატოს სახსრის პუნქციაში მისი  
შემდგომი გამორეცხვით, არტროტომიაში, რეზექციაში და ამპუტაციაში. რადგა-  
ნაც უფრო კონსერვატიული ხასიათის ოპერაციულმა მეთოდებმა ჩვენთვის და-  
მაკმაყოფილებელი შედეგები ვერ მოგვცა, ამიტომ ჩვენ მივმართეთ უფრო რა-  
დიკალურ ოპერაციულ საშუალებას, სახელდობრ რეზექციას, რასაც თვით ავად-  
მყოფი მოითხოვდა დაჟინებით. 17/XII ავადმყოფს ხერხემლის ტვინის ანესტე-  
ზიის ქვეშ გაუკეთდა მარჯვენა მუხლის სახსრის ნაწილობრივი რეზექცია.

სახსარში მომხდარი პათოლოგო—ანატომიური ცვლილებანი გამოიხატებო-  
და შემდეგში: მაკროსკოპიულად სასახსრე პარკი ძლიერ გასქელებულია, მისი  
სინოვიალური გარსი განიცდის გადაგვარებას, მასზედ ბლომად არსებობენ ვი-  
ლოზური წარმოქმნები, რომლებიც ავსებენ თითქმის სასახსრე ღრუს. სასახსრე  
ხაოების ჰიპერპლაზია მისულია უკიდურეს საზღვრებამდის, ისე რომ ჩვენ შემთ-  
ხვევაში იყო სურათი, რომელიც ცნობილია lipoma arborescens სახელით. აგრე-  
თვე ღრტილშიც არსებობდა მცირე დეფექტები, ამოგსებული შემეერთებელი  
ქსოვილით მკვეთრად ამოჭრის კიდებით.

ვაწარმოეთ აგრეთვე პისტო-პათოლოგიური გამოკვლევა, რომელმაც სრუ-  
ლიად დაგვარწმუნა იმაში, რომ ჩვენ გვაქვს საქმე arthritis syphilitica-სთან. მი-  
კროსკოპიული პრეპარატების ობიექტად აღებულია ქსოვილის ნაჭერი მუხლის  
სახსრის პარკიდან და აგრეთვე ცხიმოვან გადაგვარებაში მყოფ, თავისებურად  
გაზრდილ და გამრავლებულ, სასახსრე ხაოებიდან. პრეპარატების დამუშავების  
მეთოდი: გაკლენთვა ცელოდინით, შეღებვა ორნაირად—van. gieson-ით და  
Erhlich-ის haematoxylin-ით და eosin-ით. მიკროსკოპის ქვეშ ვხედავთ შემ-  
დეგს: ძირითადი ქსოვილი ატიბიურათ არის აშენებული, რაც გამოხატულია  
ზედმეტად გამოსახულ ცხიმოვან გადაგვარებაში. ტუბერკულოზური ცვლილებე-  
ბი არა სჩანს, სახელდობრ განვითარებულ ტუბერკულოზურ ხორკლის დამახა-  
სიათებელი სურათი არა გვაქვს. ე. ი. ეპიტელიოდურ ხასიათის უჯრედების დი-  
დი რაოდენობა თავისი პერიფერიული სარტყელით, შემდგარ მრგვალ ლიმფოი-  
დურ ტიპის უჯრედებიდან. ვერ ვხედავთ აგრეთვე ტუბერკულოზისთვის დამახა-  
სიათებელს Langhans'-ის გიგანტიურ უჯრედებს; არ არის აგრეთვე სურათი  
ხაქოსებური გადაგვარებისა, რომელიც წარმოადგენს ტუბერკულოზურ ინფექ-  
ციის ყველაზე ხშირ და ნამეტნავად დამახასიათებელ გამოსავალს და, რომელიც  
გამოწვეულია ხოლმე როგორც გრანულემის არა საკმარისი კვებისაგან სისხლ-  
ძარღვთა უქონლობის გამო, აგრეთვე თვით ტუბერკულოზური ბაცილების ძლიე-  
რი ტოქსიური პროდუქტების მოქმედებისაგან.

სამაგიეროდ ჩვენს პრეპარატებში გამოხატულია პროდუქციული ანთება, თვით ინფილტრატი და აგრეთვე სისხლ-ძარღვში არსებული ჰისტო-პათოლოგიური ცვლილებანი ენდოარტერიტების (arteriitis obliterans syphilitica), პერი და საზოგადოდ დიფუზური ვასკულიტების სახით უფრო ათაშანგური ხასიათისაა.

თუ ეს პირველი შემთხვევა ათაშანგური gonitis-ა თავისი კლინიკური სიმპტომოკომპლექსით არ იყო მეტად დამახასიათებელი ათაშანგისათვის და მხოლოდ სეროლოგიურმა, პათოლოგო—ანატომიურმა და რენტგენოსკოპიულმა გამოკვლევებმა დაგვარწმუნეს, რომ ეს სახსრის დაავადება გამოწვეული იყო lues-ით, სამაგიეროდ მეორე შემთხვევაში კლინიკური სურათი არტრიტისა იყო უფრო ტიპიური ათაშანგური ეთიოლოგიისათვის.

მე-11-ე შემთხვევა. ავადმყ. მურუსიძე, ვალერიანე 33 წლისა; პროფესიით მოანგარიშე; ქართველი; ცოლიანი; რაჰის მახზრიდან; შემოვიდა კლინიკაში 27 აპრილს 1925 წ.

ავადმყ. უჩივის მარჯვენა მუხლის შესიებას და ტკივილებს. ავადმყოფობა დაეწყო ნახევარი წლის წინად, უეცრივ, რაც გამოიხატებოდა წვაში ღამ-ღამეობით განსაკუთრებით (dolores oteocopi nocturni). სიარულის დროს ავადმყოფს მაინცდამაინც დიდი ტკივილები არა ჰქონია. პატარა ტრავმას ადგილი ჰქონია ორჯერ, რის შემდეგ ტკივილებს და სიმსიენეს მოუმატნია ხსენებულ სახსარში. 13 წლის წინად ჰქონებია სუსუნატი და ulcus durum, გაუტარებია წამლობა დაახლოვებით 5-ს კურსისა. ცოლი ჰყავს, შვილები არ გასჩენია. ჩამომავლობის მხრივ აღნიშნავს ტუბერკულოზს. მის მამას ჰქონია spondylitis, როგორც სიანს ტუბერკულოზური ხასიათისა. ორი ძმა გარდაცვლილა ფილტვების ტუბერკულოზისაგან. დანარჩენს წნიშენელოვანს არაფერს აღნიშნავს.

St. praesens. ავადმყ. საშუალო ტანისაა; სწორი აგებულების, კანი სველი, ელასტიური, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და კუნთოვანი სისტემა საშუალოდ აქვს განვითარებული; ლორწოვანი გარსები ანემიურია; ლიმფური ჯირკვლები ყბის-ქვეშა მიდამოში ორივე მხრივ ოდნავ გადიდებულია, მარცხენა საზარდულის ლიმფური ჯირკვლები წვრილი ლობიოს ოდენობისაა, მარჯვნივ კი ძლიერ გადიდებულია და ნაწილობრივით შეზრდილი არიან ერთმანეთთან; ხელით შეხების დროს მტკიენეულია, ნუშისებრივი ჯირკვლებიც ორთავე მხარეზე გადიდებულია. შინაგანი ორგანოები ნორმალურ მდგომარეობაშია, გარდა ფილტვებისა; სახელობრ, მარჯვენა ფილტვის მწვერვალოში არის მოყრუება, მთელ ზემო ნახევარში ისმის მკვრივი სუნთქვა გაძლიერებული ამოსუნთქვით.

ობიექტიური გამოკვლევამ დაავადებული სახსრისა მოგვცა შემდეგი: მარჯვენა მუხლის სახსრის მოცულობა შედარებით მარცხენასთან გადიდებულია, შეხების და დაწოლის დროს ძვლების სასახსრე ბოლოების ლატერალური როკები მტკიენეულია. კვირისტავი მოძრავია. მოძრაობა სახსარში როგორც პასიური, ისე აქტიური შენახულია; უკანასკნელის დროს გრძობს ტკივილებს შიგ სახსარში. აღნიშნულ სახსარში კიდური მხოლოდ სწორ კუთხემდის იღუნება, გაშლით თავისუფლად იშლება.



შარდის გამოკვლევამ არავითარი პათოლოგიური ცვლილებანი არ მოგვცა. Wassermann-ის რეაქციამ მოგვცა (++++), Pirquet-ს რეაქციაც იძლევა დადებით შედეგს. გადაღებულ რენტგენოგრაფიაზე აღმოჩნდა ბარძაყის ძვლის ქვემო ეპიფიზის ლატერალურ როკთან მცირე მანძილზე osteoporosis, გამოწვეული ძვალოვან ხარისხების ატროფიით. ამეზბად ავადმყოფი გადაყვანილია კანის და ვენერიულ კლინიკაში სპეციფიურ წამლობისათვის. როგორც გვაცნობეს, წამლობის შემდეგ ავადმყოფი ბევრად უკეთა გრძნობს თავს.

ეს მეორე შემთხვევა არტრიტისა უკვე, როგორც დამატებითი ლაბორატორული გამოკვლევებმაც დაგვიმტკიცეს (Wassermann-ის რ. და dolores osteocopi nocturni მოწმობენ lues-ზე, Pirquet-ს რ., რენტგენოსკოპია (osteoporosis), ფილტვების და ლიმფურ სისტემის მდგომარეობა კი—ტუბერკულოზზე), ჩვენ წინ არის ფრიად საინტერესო შემთხვევა სახსრის შერეული დაავადებისა ერთდროულად ტუბერკულოზის და ათაშანგის ნიადაგზე. ე.წ. gonitis syphilitico—tuberculosa. აქ არის შერეული ფორმა სახსრის დაავადებისა ის, რომლის შესახებაც Sergent-ი ამბობს: „ce n'est pas franchement de la syphilis, ni franchement de la tuberculose, c'est quelque chose d'hybride“.

ყველა ზემოდ ნათქვამიდან ჩვენ შეგვიძლიან გამოვიყვანოთ მოკლედ შემდეგი დებულებები:

1. ჩვენი შემთხვევები სახსრის დაავადებისა, როგორც კლინიკურად, ისე პათოლოგო—ანატომიურად და სეროლოგიურად წარმოადგენენ: gonitis syphilitica ს პირველ შემთხვევაში და gonitis syphilitico-tuberculosa-ს მეორე შემთხვევაში.

2. Arthritis syphilitica წარმოადგენს ამ სნეულების ლოკალიზაციის არც იაშვიათ ფორმას. ამიტომ საჭიროა მეტი ყურადღება პრაქტიკული ექიმების მხრივ ამ ფორმისადმი სახსრების დაავადებათა კლინიკაში.

3. სახსრების ათაშანგის რთულ შემთხვევებში დიფერენციალური დიაგნოსტიკა უნდა დადასტურებული იქმნეს, როგორც Wassermann-ის რეაქციით, ისე რენტგენოსკოპიით და, სადაც შესაძლებელია, ჰისტო—პათოლოგიური გამოკვლევით.

4. სახსრების დაავადება შეიძლება განვითარდეს ათაშანგის როგორც პირველადი, ისე მეორადი პერიოდში, რასაც აქვს მნიშვნელობა, როგორც მკურნალობისათვის, ისე პროგნოზისათვის.

5. მკურნალობა arthritis syphilitica-ს დროს გამოიხატება უმთავრესად ათაშანგის წინააღმდეგ მიმართულ სპეციფიკურ წამლობაში, ოპერატიული დახმარება კი უნდა წარმოადგენდეს წამლობის ultimum refugium.

დასასრულ დიდ მადლობას უცხადებ ჩემს მასწავლებელს, ღრმად პატივცემულ პროფ. გ. მუხაძეს, თემის მოცემისათვის და მის დამუშავების დროს ხელმძღვანელობისათვის.



## ლიტერატურა.

1. Wollenberg. D. med. Woch. 1907.
  2. König. contrabl. f. chir. 1913.
  3. Bardenheuer. Münch. med. Woch. 1898.
  4. Gelenksyphilis. Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr 50. 1913.
  5. W. Huzar (Wien) Akute syphilitische Polyarthritits im Spätstadium der Syphilis. Deutsche Medicinische Wochenschrift. Nr 35. Den 1913.
  6. Академик Н. А. Вельяминов. Учение о болезнях суставов с клинической точки зрения, 1924.
  7. Архангельский. К вопросу о сифилисе суставов. Хирургия. Том XXXIV № 211 Июль 1914.
  8. Цейсль. Учебник венерических болезней. 1912 г.
  9. Медицинская бактериология Г. Габричевскаго 1909 г.
  10. Schmaus. Основы патологической анатомии. Том I и II 1923 г.
  11. Проф. К. Ludloff. Диагностика заболеваний коленного сустава 1912 г.
  12. Проф. Neumann. Сифилис внутренних органов. „Практическая медицина“ 1902 № 9 (сентябрь).
  13. Проф. E. Lesser (Berlin). Лечение сифилиса в свете новейших данных научного исследования. „Новое в медицине“ № 15. 1907.
  14. Проф. Борнгаупт. Повреждения и заболевания бедра и тазо-бедренного сустава. Русская хирургия\* 1906 г. Выпуск 17-й отдел VI.
  15. Вельяминов. Классификация заболеваний суставов. Русск. врач. 1908. г. № 10.
  16. Прив.-доц. С. А. Кричевский (Харьков). К вопросу об arthritis deformans. Врачебное дело. №№ 3—5. 1925 г.
  17. Проф. С. М. Рубашев. Симптом боли при туберкулезных артритях. „Врачебная газета“ 1925 г. № 6.
-

მიხეილ ფარცვანიძე.

## როგორ უნდა სწარმოებდეს მალარიასთან ბრძოლა სოფლად?

„სჯობს ერთი მალარიანის მორჩენა, ვიდრე 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში კოლოების და  
მათი მატლების გამავრცელებელ ბუდეების მოსპობა“.

Swellengrebel.

ესლა, როდესაც გადმოსროლილია ზევიდან დევიზები: „პირით სოფლისა-  
კენ“ — „მთელი ყურადღება სოფელს“, მოვალენი ვართ მივუღვეთ ჩვენც ამ სა-  
კითხს უფრო ახლოს, ვიდრე აქამდე, და ჩავუვდეთ საფუძველი იმ საბედისწერო  
მალარიასთან ბრძოლას, რომელსაც, ჩვენის აზრით, უნდა ჰქონდეს ადგილი  
სოფლად. საქმე იმაშია, რომ ამ უკანასკნელ ხანაში როგორც ჩვენში, ისევე საზ-  
ღვარ გარეთ, ძლიერ მიქცეულია ყურადღება, საერთოთ, პროფილაქტიკაზე და  
ამყარებენ დიდ იმედებს გადამდებ ავთიმყოფობათა წინააღმდეგ ბრძოლაში დის-  
პანსერულ მეთოდებზე.

ასეთ შეთოდს უკვე ჰქონდა ნაწილობრივ ადგილი სამეგრელოში 1924  
წელ. სამეცნიერო სამალარიო ექსპედიციის მუშაობის დროს, რომელსაც განა-  
გებდა პატივცემული პროფესორი ვორონინი.

ეს იშვიათი კაბინეტის მუშაკი უნდა გახდეს ბრწყინვალე მაგალითად ჩვე-  
ნი დიდი და პატარა მალარიოლოგებისათვის, რომ მათაც ხანდისხან თავის კა-  
ბინეტებიდან გადადგან ფეხი თვით მალარიის საშინელ ბუდეებში და პირისპირ  
გაეცნონ იქ ჩვენი მალარიის სინამდვილეს, აღმოცენებულს ქართულ ნიადაგზე.  
პროფესორი ვორონინი არ ზოგავდა ღონეს და ძალას და, თავის თანამ-  
შრომლებთან ერთად, დიდის ენერჯით, სიყვარულით და ახალგაზრდული გა-  
ტაცებით იკვლევდა ავადმყოფების მდგომარეობას, ამბულატორიის გარეშე, იმ  
შემადრწუნებელ პირობებში, რომლებშიაც იმყოფებოდნენ დაზარალებულნი; იკ-  
ვლევდა კოლოების და მათი მატლების გამავრცელებელ ბუდეებს ათეულ ვერსე-  
ბის მანძილზე რადიუსში იმ ადგილიდან, სადაც ბინადრობდა ექსპედიცია; აღა-  
მებდა და თვალყურს ადევნიდა ქაობებს და დამდგარ წყლებს, მოფრინდებოდნენ  
იქ თუ არა ადამიანის ბინებიდან კოლოებში, რადგანაც შემჩნეული იყო ამ ბინე-  
ბიდან სალამოობით კოლოთა ფრენა და რამოდენიმე ხნის შემდეგ საიდგანაც  
დაბრუნება მათი უკან...

და თუ მიფრინავდნენ ქაობებზე—რისთვის და რა მიზეზით? იკვლევდა მოწყობილს სოფლად ლაბორატორიაში პირობებს, რომლებიც ხელს უწყობდა თუ უშლიდა კოლოების მატლების კვებას. იკვლევდა თვით კოლოების ბიოლოგიას და სხვა და სხვა... და დასასრულ, მკურნალობდა კიდევ. ხალხმა დააუფასა პროფ. ვორონინი და შეიყვარა ის მოკლე ხანში. მან გააკვირა ხალხი თავისი სიმდაბლით, ზრდილობიანი მოპყრობით, თავაზიანობით, ინტელიგენტობით, როგორც დიდთან, ისე პატარასთან, როგორც მდიდართან ისე ღარიბთან.

ხშირად გაიგონებდით: „ეხლა გავიგეთ, რა ყოფილა პროფესორი-“ო. ასეთ პირობებში ჩვენი ყურადღება მიიქცია ერთმა რამ. სოფლის განაპირა ჭბინებში ღარიბ-ღატაკნი 95% ში იყვნენ შეპყრობილნი მალარიით. უმეტესი ნაწილი მათგან „ეყარნენ“ უქვეშსაგებოთ ტიტველ ტანტებზე, სოფლის ეგ. წოდ. სუფრებზე და ნიადაგზედაც. ამ მოსახლეთა ავლა-დიდება ადვილად წარმოსადგენია თქვენს წინაშე: ტიალ ეზოში სდგას პირდაპირ მიწაზე ფიცრული ქოხი, რომელიც მოგაგონებთ უფრო ყუთს, ვიდრე ადამიანის ბინას. ეს ბინა გადახურულია ბურულით (ისლით), არა აქვს მას არც ქერი, არც იატაკი, არც ფანჯარა: სინათლე შედის კედლების ნაპრალებიდან და დაპირისპირებულ კარებიდან, რომლებიც ზამთარ-ზაფხულს მუდმივ ღიათ არიან და ჰქმნიან სახლში ორპირ ქარს. ბინის მოწყობილობას და ავეჯეულობას შეადგენს ერთი ან ორი მიქედილი კედელზე ორფეხა სოფლის ტახტი, დაფარებული ქილოფით. ზემოხსენებული სუფრა, კერია (შუაცეცხლი) თავის საკიდელი—ნაჭათი, ზედ ღომის თუჯის ქვაბი, რამდენიმე კეცი და თიხის ქვაბი. არც ქვეშ-საგები, არც ზედსახურავი, არც ტრადიციული ზანდუკი... იშვიათათ შეიმჩნევეთ ხოლმე კედელზე ჩონგურს.. სახლთან ხანდისხან, თუ დაინახავთ, პატარა მიდგმულ ფარდულს ცალი ხარისთვის ან უჯიშო ძროხისათვის; იქვე მოთავსებულია პაწაწინა საჭათე.

სამეურნეო ინვენტარს შეადგენს: კავი, თოხი, ნიჩაბი, ნაჯახი და უღელი... ურემი მისთვის ხომ არ მიუცია ღმერთს არასოდეს! ერთის სიტყვით, ცოტათი თუ გადამეტებული იქნება ამ ოჯახის წევრმა რომ სთქვას: „Omnia mea mecum porto“, რის მიზეზათ უნდა ჩაითვალოს მხოლოდ ენდემიური მალარია.

ჩვენს კითხვებზე:

— რითი ხართ ავად, დიდი ხანია ავად ხართ, ქინაქინს ჩვენგან ხომ იღებთ?.. გვიპასუხებდნენ—

— გვაციებს რამდენიმე თვე (თუ წელიწადი), წამალი კი არა გვაქვს.

— რაშია საქმე, რატომ არ დადიხართ ჩვენთან ამბულატორიაში, ხომ იცით რომ ჩვენ აქ, თქვენს სოფელში, დიდი ხანია ვმუშაობთ, ვწამლობთ ავადმყოფებს და წამალსაც უფასოდ ვარიგებთ.

— რა მოგახსენოთ, ბატონო, ერთი რომ—გერცხვენთან ჯარში (ე. ი. ხალში) ტიტველ-შიშველა გამოსვლა ჰინტებში (ძონძებში) და მეორე ის, რომ თითქმის ყველანი ოჯახში ავად ვართ და ვერავენ დაგვიტოვებია მომვლელად ავადმყოფებთან. ქენით მაღლი და მოგვეცი თქვე ხინა და დავგარიგეთ, თუ როგორ მოვქცეთ... ასეთ სცენებს და დიალოგებს ფართოდ ჰქონდა ადგილი წინა ექსპედიციების მოქმედების დროსაც, რომლებსაც განვაგებდით ჩვენ, 1922 და 1923



წლებში იმერეთში და სამეგრელოში—იქ, სადაც კი ფეხი შესდგა ექსპედციონერებმა განაპირა უბნებში და სოფლის ღარიბ-ღატაკთა ოჯახში.

ებლა, თუ მოვიგონებთ მას, რომ სამეგრელოში 1924 წელ. 1000-ზე მეტ ჩემს მიერ გაკვეთილ ანოფელისში მხოლოდ ერთ კოლოს აღმოაჩნდა მალარიის პარაზიტები (М. Парцванидзе. „Зараженность комаров в Мингрелии“. Труды 3-го маляр. С.,езда в Москве, 1925 г.), რომ ეს გამოკვლევანი დადასტურებულია ასეთივე გამოკვლევების შედეგებით, რომლებიც მიღებული იყო 1924 წელს ივე პროფ. რეინგარდის და მისი ასისტენტების მიერ ქალაქ ეკატერინოსლავში და მის მიდამოებში, სადაც გაკვეთილი იყო სამი ათასი ანოფელესი (Проф. Рейнгарт. „Биологические наблюдения над комарами и их зараженность“. Труды 3-го Маляр. С.,езда в Москве, 1925 г.), რომ ჩვენში მკაფიოთ არის გამოხატული ყველა სამალარიო ფაქტორები—ხალხის საგრძნობლად დიდი დაავადება მალარიით, დამდგარი წყლების სიუხვე, დაჰობინება და მათთან დაკავშირებული ანოფელესების დიდი რაოდენობა,—უნდა მივიღეთ იმ დასკვნამდე, რომ ამ დროის პირობებში უმთავრეს საშუალებათ მალარიისთან ბრძოლაში უნდა იყოს მიღებული გაუფერებლება მალარიის პარაზიტების ნამდვილი და, შეიძლება, პირველი წყაროსიკ—თვით ავადმყოფი ადამიანისა, სახელდობრ, გამეტთა მატარებლებისა.

რაც შეეხება დანარჩენ ზომებს—კოლოებთან და მათ მატლებთან ბრძოლას, ეს უნდა ჩავთვალოთ ჩვენთვის და ჩვენი დროისთვის, როგორც ეს სჩანს პროფ. ვორონინის შრომიდან (Проф. Воронин. „Результаты Мингрельской Малярной экспедиции НКЗ Грузии 1924 г.“ Труды 3-го Мал. С.“езда в Москве—25 г.) მეორე ხარისხიან საკითხად და მათი ცხოვრებაში გატარება უნდა დაევალოს, როგორც ამას გვიკარანახებს პროფ. ნიკანოროვი თავის შრომაში: Проф. Никаноров. „Опыт показательной противомаларийной работы в деревне“ Труды 3-го Мал. С.“езда в Москве, 1925 г.—ჯერ ჯერობით სოფლის სხვა და სხვა საზოგადოებრივი ელემენტებს... მხოლოდ რაც შეეხება ფართო სახელმწიფოებრივ ჰიდროტექნიკურ ზომებს—ეს უნდა ჩავთვალოთ, ნიკანოროვთან ერთად, შორეულ მომავლის საქმედ.

ებლა, რაში უნდა გამოიხატებოდეს სამკურნალო ბრძოლა მალარიისთან როგორც სამართლიანად აღიარებს იგივე ნიკანოროვი, მალარიისთან ბრძოლაში სისხლის მიკროსკოპიულად გაშინჯვას დიდი ყურადღება არ უნდა ჰქონდეს მიქცეული: მის შემთხვევებში, სარატოვის გუბერიაში, კლინიკურად ავადმყოფთა, რომელთა რიცხვი უდრიდა 15.000-ს, მიკროსკოპიულად გაშინჯულ სისხლში იყო აღმოჩენილი მალარიის პარაზიტები მხოლოდ 40%-ში, ჩვენის ცნობებით—1922 წ. იმერეთში, 1923 წ. სენაკის და ზუგდიდის მაზრებში და 1924 წ. ზუგდიდის მაზრაში, სამალარიო ექსპედციების მოქმედების დროს, 5000-მდე მალარიანებიდან—აშკარად დაავადებულებიდან და ქრონიკებიდან—აღებულ სისხლში, როგორც ჩვეულებრივ განაცხებებში, ისევე სქელ წვეთებში, აღმოჩნდა მალარიის პარაზიტები, სერთოთ, მხოლოდ 25%-ში (ავტორი). რაც შეეხება ქრონიკებს-მათ სისხლში იყო აღმოჩენილი პარაზიტები მხოლოდ 10%-ში (ნიკანოროვი) აქედან თქვენ დაინახავთ ნათლად, თუ რა პრაქტიკული ღირებულება უნდა ჰქონდეს



განყოფილებებშიაც, უმთავრესად, მოხვდებიან ისეთივე უზრუნველყოფილი ელემენტები, როგორც ამბულატორიებში.

5. ვინაიდან ჩვენს სამალარიო პერსონალს უნდა ევალუბოდეს, გარდა მალარიისა, ბრძოლა კიდევ სხვა ე. წ. ტროპიკულ სენებთან, როგორც არის ქიის ავადმყოფობანი (ანკილოსტომიაზი, ანგვილულოზი), ამებიანი, ბაცილარული დიზენტრია, ბავშვთა, დღემდე გამოურკვეველი, ებიდემიური კოლიტები („მუცელბატონები“), მალტიური ციებ-ცხელება, კალა-აზარი და სხვა, ე. ი. ის, რაც ამჟამად აინტერესებს და უნდა აინტერესებდეს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტს, საჭიროა სამალარიო სადგურები გადაქმნილ იქმნან ტროპიკულ სადგურებად, სადაც განსაკუთრებული ყურადღება უნდა ჰქონდეს მიქცეული ლაბორატორულ მუშაობას, დამუშავებას ხსენებულ ებიდემიებთან მებრძოლ პერსონალის მასალისა და საერთო ხელმძღვანელობას მაზრის ფარგლებში.

6. რადგანაც ხსენებულ ებიდემიებთან ბრძოლა დიდს და სერიოზულ საქმეს წარმოადგენს, სამალარიო პერსონალს სავსებით უნდა აღეკრძალოს კერძო პრაქტიკა.

7. ტროპიკულ სადგურების გამგეებისთვის დროგამოშვებით უნდა მოწყობილ იყოს ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტში განმეორებითი კურსები, მხოლოდ ფართო პრაქტიკული ხასიათისა.

8. მორიგი მალარიის საწინააღმდეგო ამოცანათ უნდა იყოს დასახული სოფლად სამალარიო პერსონალის გადიდება და აგრეთვე:

- ა) მალარიის იზოლაცია კოლოებიდან, მალარიისგე ბინაზე,
- ბ) ზამთარ-ზაფხულში ბრძოლა კოლოსთან მალარიის ბინაზე,
- გ) საჭიროა ქინაქინის და სხვა სამკურნალო მასალების საკმაო რაოდენობის მარაგის დროზე შექმნა.

9. დროა საბოლოოდ დავიწყებული იყოს მალარიანებისთვის გაცემა ქინაქინის ლურჯი (მეტილ-ლილიანი) ხსნარისა და მის მაგიერ შემოღებულ იყოს ქინაქინის ტაბლეტები, რომელსაც ავადმყოფები დიდს ხალისით და სიამოვნებით იღებენ ხოლმე (ასეთი ტაბლეტები 1923-ში დარიგებული იყო ჩემ მიერ სამეგრელოში 16 კილო და ეხლახან ურიგდება რესპუბლიკის სანაპირო ჯარს). რაც შეეხება ქინაქინის ხსენებულ ხსნარს—ა) მას სვამს ავადმყოფი დიდს ზიზლით, რის შედეგია ხშირად პირიდან საქმება, ბ) ხშირად შემჩნეულია ამ ხსნარით ქალების მიერ შეღებვა სარეცხისა, სხვადასხვა შინამრეწველობის ხელსაქნარისა—დარაიისა, აბრეშუმის წინდებისა, თავსაფრებისა და სხვა; აგრეთვე ხშირად ამშვენებს ბუზრის თაროს, სადაც არა ერთხელ გვინახავს ხოლმე ეს ხსნარი ხელუხლებლივ. ბავშვთა-მალარიანებისთვის უნდა შექმნილი იყოს Euchenin-ი და ქინაქინიანი შოკოლადი.

10. უნდა მიექცეს ხალხის გათვითცნობიერებას, პერსონალის მიერ, დიდი ყურადღება, რომ ბოლოს და ბოლოს თვით ხალხმა გამოუცხადოს სასტიკი ომი მალარიას და მით მოსპოს იგი.

11. რადგანაც ჩვენს სოფლებში (უმთ. დასავლეთ საქართველოში) დიდ მანძილზეა დაცილებული ერთი ოჯახი მეორედან, და ამ პირობებში ბევრისათვის ძნელია მუშაობა და ფეხ და ფეხ სიარული, საჭიროა ოჯახების ჩამოვლის დროს



მიჩნეული ჰქონდეს საექიმო პერსონალს რაიმე გადამზიდველი საშუალება (ხარის ან ცხენის ურემი, ეტლი ან ცხენი).

ძნელი და ეკლიანი იქნება ჩვენ მიერ ნაკარნახევი გზა, მაგრამ მძიმეა პასუხისმგებლობაც მკურნალისა ხალხის წინაშე, რომელიც შეგუებებს თქვენ, სოფლის ტროპიკულ სენებთან მებრძოლებს, როგორც ამ ქვეყნის ღმერთს... და ჩემი გულწრფელი სურვილია, თვითეულ თქვენთაგანს დაემსახურებინოს ხალხში „ღვთისნიერი ექიმის“ ეპიტეტი, როგორც ეს უწოდა პროფ. ვორონინს ერთმა ღარიბმა მეგრელმა.

M. Parzwanidse.

### Schlussfolgerungen u. Zusammenfassung.

Im Sommer des Jahres 1924 wurde vom Volkskommissariat der Gesundheitspflege eine wissenschaftliche Expedition nach Mingrelien unter Prof. W. Woronin's Leitung veranstaltet. An der Expedition nahmen unter anderem die Aerzte K. Dschaparidse und Tschcholaria, der Geologe K. Tatarischwili, der Entomologe L. Kalandadse und der Bakteriologe M. Parzwanidse Anteil.

Die Expedition stellte sich die Aufgabe, die allgemeine Epidemiologie der Malaria in Mingrelien, u. besonders die Biologie der Anophelesmücke und die Ernährungsbedingungen ihrer Larven zu studieren, was auch in den entsprechenden Arbeiten zum Ausdrucke gekommen ist (siehe Sammlung des georg. trop. Instituts, № 2, 1926, Tiflis).

In dem Ambulatorium für Malariker wurde nebst der Behandlung der Kranken der Dispanserisation in der Familie derselben grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Es stellte sich heraus, dass nur verhältnismässig wohlhabende Einwohner den Ratschlägen des Ambulatoriums folgten und sich planmässig behandeln liessen, während unbemittelte u. dürftige, gleichzeitig aber von stolzer Natur, lieber starben, als dass sie sich an die Aerzte wendeten, da sie sich schämten, im Ambulatorium in ihrer armseligen Kleidung zu erscheinen.

In Anbetracht dieser u. anderer Umstände schießt der Autor seine Arbeit mit folgenden Schlussfolgerungen.

1. Unsere Malariabekämpfer auf dem Lande sollen das Hauptgewicht nicht auf das Malarikerambulatorium legen, sondern auf die Dispanserisation in der Familie, deren Mitglied an Malaria erkrankt ist.

2. Es soll auf die Entdeckung, Dispanserisation und Ungefährlichmachung sowohl der Kranken als auch der Gametenträger, d. h. der in der letzten Jahren durch Malaria betroffenen Personen, ein grosser Wert gelegt werden.

3. Der existierenden ständigen als auch fliegenden Ambulatorien bedienen sich hauptsächlich verhältnismässig bemittelte Bevölkerungselemente, die sich jedoch nicht planmässig kurieren lassen; für dieselben muss man in den Landapotheken, im Ambulatorium des Bezirkshauptkrankenhauses, auf den

medizinischen Landpunkten u. selbst in Landkooperativen eine grosse Vorratsmenge von Chinin zu annehmbaren Preisen halten.

4. Dadurch würde die Neueinrichtung stationärer Abteilungen zu den existierenden Malariastationen zweck—und bedeutungslos sein, da diese Abteilungen vorzugsweise dieselben wohlhabenden Anwohner benutzen würden, wie es mit den Ambulatorien der Fall ist.

5. Da unser Malariabekämpfungspersonal verpflichtet sein soll, ausser Malaria noch andere sog. Tropenkrankheiten zu bekämpfen u. zwar Krankheiten, veranlasst durch die Würmer (Ankylostomiasis, Anguillulosis) Amöbiasis, Bazillendysenterie, die bis heute noch nicht aufgeklärte Kinderkolitis (georgisch=Muzel-Batonebi), Maltafieber, Kala-Azar u. and. d. h. solche, welche augenblicklich das Institut für Tropenkrankheiten interessieren wäre es empfehlenswert, sämtliche Malariastationen in tropische umzuwandeln, in welchen auf die Arbeit im Laboratorium und Bearbeitung des von den Bekämpfern der oben angeführten Epidemien gesammelten Materials eine besondere Aufmerksamkeit gerichtet werden müsste.

6. Da die Bekämpfung der angegebenen Epidemien uns eine grosse und ernste Pflicht auferlegt, muss dem Malariabekämpfungspersonale private Praxis ganz und gar verboten werden.

7. Für die Leiter der tropischen Stationen müssen in dem Institut für Tropenkrankheiten jedes Jahr Wiederholungskurse eingerichtet werden, dabei soll der Gegenstand mehr in eingehenden, praktischen Uebungen behandelt werden.

8. Zur Bekämpfung der Malaria soll vor allen Dingen das Malariabekämpfungspersonal auf dem Lande vermehrt werden und ist ausserdem noch folgendes zu empfehlen:

- a) Isolierung des Malarikers von den Mücken in seiner Wohnung;
- b) Mückenbekämpfung in der Wohnung des Malarikers sowohl im Sommer als auch im Winter.
- c) Rechtzeitiges Beschaffen der nötigen Menge von Chinin und anderer Materialien.

9. Es ist die höchste Zeit, endgültig auf Darreichung von Methylenblau zu verzichten und anstatt dessen Chinintabletten einzuführen, welche die Kranken geru einnehmen (solche Tabletten habe ich in einer Menge von 16 Kilo verteilt und noch heute werden sie den Grenztruppen gegeben). Es ist jedem bekannt, dass der Kranke die Methylenblaulösung mit Widerwillen trinken, in folgedessen tritt nicht selten Erbrechen ein. Auch hat man beobachtet, dass die Frauen mit dieser Lösung verschiedene Hausgeräte u. Kleidungsstücke (seidene Strümpfe, Kopfhücher, Wäsche) färben und oft dient die Flasche mit derselben als Zierde des Kaminbrettes.

Für die malariakranken Kinder soll Euchinin u. Chininschokolade angeschafft werden.

10. Auch muss das Volk darüber orientiert werden, welchen Schaden die Malaria anrichtet damit es selbst die Bekämpfung der Krankheit energisch in die Hand nimmt und sie vernichtet.

11. Da in Westgeorgien die Häuser weit von einander stehen und dadurch dem medizinischen Personal der systematische Besuch der Kranken zu Fuss erschwert ist, so muss man dem Personal unbedingt irgend-welches Transportmittel (Pferde, Wagen) zur Verfügung stellen.

---



# ბ ი ბ მ ხ ი ლ ვ ა.

მკითხველს. ახვლედიანი.

## ბოროტმოქმედების საკითხისათვის.\*)

ბოროტმოქმედების საკითხით დიდი ხანია დაინტერესებულია არა თუ მართო ფსიქიატრები და იურისტები, არამედ მთელი განათლებული კაცობრიობაც. მიუხედავად იმისა, რომ მის შესამცირებლად ყველა განათლებული ქვეყნები დიდ ენერჯიას და ფულს ხარჯავენ, ის მაინც არ კლებულობს, პირიქით, ყველგან დღითი დღე მატულობს. ავიღოთ მაგ. შეერთებული შტატები — Flint-ის გამოანგარიშებით ბოროტმოქმედების მსვლელობა აქ შემდეგი ყოფილა:

წელი	ტუსალთა რიცხვი	მკვიდრისადმი დამოკიდებულება
1850	6.737	1:3,442
1860	19.086	1:1,647
1870	32.981	1:1,171
1880	58.609	1: 855
1890	82.399	1: 757
1900	130.790	1: 653
1910	191.125	1: 586

ასევე მატულობს ბოროტმოქმედება სხვა ქვეყნებშიც, თუ რა მდგომარეობაშია ბოროტმოქმედების საკითხი რუსეთში და ჩვენში, სამწუხაროდ, ჩვენ ბევრს ვერას ვიტყვით მასალების უქონლობის გამო. ცხადია, რომ ეს მოვლენა აქაც საშინლად არის გავრცელებული. ძველი სტატისტიკური ცნობებით სატუსალოების მთავარ გამგეობის ანგარიშით 1910 წ. ყველა საპყრობილეში ტუსალთა ყოველდღიური საშუალო რიცხვი ყოფილა 100,913 — აქედან მამაკაცი 91.337, დედაკაცი 9.576.

პროფ. **ოზეროვის** სტატისტიკით 100,000 მცხოვრებლებზე გაუსამართლებიათ 108 მამაკაცი და 14 დედაკაცი.

**ე. ტარნოვსკის** გამოკვლევით რუსეთში ბოროტმოქმედების საერთო შეფარდებითი რიცხვი ისე მცირეა, რომ შესაძლოა მისი შეფასება, როგორც მუ-

\*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას 1920 წ.

დმივისა, მაგრამ ამასთანავე ცალკე ჯგუფების განხილვის დროს ირკვევა, ბოროტმოქმედების აბსოლუტური რიცხვი პიროვნების წინააღმდეგ თანდათან მატულობს, საკუთრებისა კი (ძარცვა-გლეჯა)—კლებულობს.

ამრიგად რუსეთშიაც ბოროტმოქმედება დიდად ყოფილა გავრცელებული, რაც უციფროდაც ცხადია. აქ აუარებელი ხალხია მომწყვედელი სატუსაღოებში, ციხეებში და სხ.

რაშია საქმე? რაა ბოროტმოქმედების მიზეზი? რაში მდგომარეობს ფსიქიური და ფიზიკური აგებულების დამახასიათებელი თვისებები? არსებობს თუ არა დამოუკიდებელი ბოროტმომქმედი ტიპი, როგორც ცალკე ინდივიდუალური სხვაობა?

აი საკითხები, რომლებზედაც საჭიროა პასუხის გაცემა.

სანამ შევუდგებოდეთ ამ საკითხების პასუხის მიცემას, მოვიგონოთ, როგორ ვითარდებოდა მეცნიერებაში ბოროტმოქმედების იდეები.

მეცნიერები დიდი ხანია შეუდგენ ბოროტმოქმედების შესწავლას, მაგრამ ბოლო დრომდე სწავლობდნენ მხოლოდ სოციალური თვალსაზრისით. დეკარტის სწავლით საზოგადოებაში გავრცელებული იყო ის აზრი, რომ ადამიანის სული და სხეული სხვადასხვა იყო, სული არსებობდა ცალკე, სხეული ცალკე—მათ არავითარი კავშირი არ ჰქონდათ. ამის გამო, ბოროტმოქმედების შესწავლისას არ აქცევდნენ ყურადღებას ფსიქიურ და ფიზიკურ აგებულებას. ბოროტმოქმედებაში ხედავდნენ ბინძურ ნების რაღაც ბედითს, ავს, საზიზარას—დაწვრილებით იკვლევდნენ ბოროტმოქმედების სხვადასხვა სოციალურ მიზეზებს, პიროვნება კი უკუგდებული იყო. იურისტები სულ იმის ცდაში იყვნენ, გამოეგნათ ისეთი ზომები, რომელიც დაიცავდა საზოგადოებას ბოროტმომქმედი პირებისაგან, გამოეგნათ სხვადასხვა სასჯელი, მეთოდები და გამოყენებით ბოროტმოქმედების სოციალური მიზეზები. მხოლოდ წარსული საუკუნის მიწურულში მეცნიერნი დაადგნენ სულ ახალ გზას, მათ შეიგნეს, რომ ამ საკითხის გაშისარკვევად საჭიროა ბოროტმომქმედის შესწავლა როგორც ფსიქიური, ისე ფიზიკურის მხრივ, დაიწყეს კვლევაძიება და მალე დაარსეს ახალი მეცნიერება „სისხლის სამართლის ანტროპოლოგია“. „მკვლევარები მეცნიერების ლამპარით შეიჭრენ, ამბობს დე ბაეტი, ბნელეთ სამყაროში, სადაც უკანასკნელ დრომდე თარეშობდნენ სასტიკი სასჯელით და შეუბრალებელი რებრესიებით“.

ახალი სწავლის დამაარსებლად ყველანი ერთხმად ასახელებენ ტურინის უნივერსიტეტის სასამართლო მედიცინის პროფესორს ცეზარე ლომბროზოს.

სანამ ამ მეცნიერის სწავლის განხილვას შევუდგებოდეთ, მეტი არ იქნება, გადავავლოთ თვალი, როგორ მდგომარეობაში იყო ბოროტმოქმედების საკითხი მის შრომების გამოქვეყნებამდე.

უწინარეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ ახლად დაარსებულ ანტროპოლოგიურმა სკოლამ სრულებით უკვაგდო აბსტრაქტული მსჯელობის ძველი მეთოდი და დაადგა ბუნებით მეცნიერების გზას. ეს სკოლა დაწვრილებით იკვლევს ბოროტმოქმედების ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ თავისებურებას, ირკვევს ცხოვრების პირობებს, რომელნიც ხელს უწყობენ მის განვითარებას და ამასთანავე განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს, თუ რა დამოკიდებულება აქვს ბო-

როტმოქმედებას სულით დაავადებასთან. აქედან ცხადია თანამედროვე სისხლის სამართლის ანტროპოლოგია დიდად განირჩევა სისხლის სამართლის ძველი მიმართულებისაგან. აი რას ამბობს ამის შესახებ ცნობილი პროფ. პრინსი თავის შრომაში „ბოროტმოქმედება და რეპრესია“:

„სისხლის სამართლის მიხედვით, მთავრობები, აღჭურვილი კეთილშობილ გრძნობებით როგორც გასწორონ ბოროტმოქმედი, ამდიდრებენ დამსჯელ სისტემას სასჯელის ახალი სახეებით და ხარჯავენ აუარებელ ფულს, ამ დროს კი ბოროტმოქმედთა რიცხვი სრულებით არ კლებულობს, პირიქით მატულობს. ყოველივე ამის მიზეზი ისაა, რომ ჩვენ ვცხოვრობთ რაღაც ფიქციაში. მის მავიერ რომ გამოიკვლიოს ნამდვილ სამყაროს ხეეულები, თანამედროვე მართლმსაჯულება განცალკევებულად დგას განყენებულების მწვერვალოზე. ის გვერდს უხვევს აღმოფთვებულ კაცობრიობის ტრალიკულ სიდიადეს და ძველ მითოლოგიურ ფემიდასავით, თვალ ახეული განჩრებულია ერთ ადგილას. მართლმსაჯულება გვერდს უხვევს ცხოვრებას, ცხოვრება კი თანდათან შორდება მას. შეუჩნველად მართლმსაჯულება იცვლება ფორმალზმით, რომელიც ზერეულედ ეხება საკითხს და ძალა აღარ შეწევს ჩაიხედოს მის სიღრმეში“.

პირველი, ვინც შეეცადა ბოროტმოქმედების შესწავლას მეცნიერულად, იყო ექიმი **დესპინი**. მან 1868 წ. გამოაქვეყნა შრომა „Psychologie naturelle“, სადაც, სხვათა შორის, ბევრს ლაპარაკობს სულის სხვადასხვა ანომალიებზე და ირკვევს ბოროტმოქმედების საკითხსაც. დესპინის აზრით, ადამიანის ალლოთი ბუნების თავისებურება დამოკიდებულია აგებულების თავისებურებაზე— ბოროტმოქმედება დამოკიდებულია ალლოთი ბუნების ცუდ თავისებურებაზე და დიდათ ჩამოაგავს სულით ავადმყოფობას; ეს უკანასკნელი იმითაც მტკიცდება, რომ ბოროტმოქმედთ ხშირად ეტყობათ ფსიქოპათიური მეგვიდრეობა. დესპინმა პირველმა აღნიშნა, რომ ბოროტმოქმედნი მოკლებული არიან ზნეობრივ გრძნობას, ამ ანომალიის გამო, ისინი ჩლუნდებიან, რევენდებიან და იმპულსურად ჩადიან საშინელ ბოროტებას.

დესპინის შემდეგ ექიმმა **ტომსონმა** გამოაქვეყნა თავის დაკვირება პერტის სატუსალოების ტუსალებზე. ამის დასკვნაც იმგვარივეა, როგორც დესპინისა. იგი ამტკიცებს, რომ უნდა არსებობდეს ფსიქიურ და ფიზიკურ თავისებურებით აღჭურვილი ბოროტმოქმედი კლასი. ამ კლასის წარმომადგენენი, მისი აზრით, ეკუთვნიან დაბალ კაცობრიობის ტიპს და წარმოადგენენ ვადაგვარების და რეპრესიის შედეგს.

ამგვარივე დასკვნამდე მივიდნენ ექიმები **ნიკოლსონი** და **ვერიდელი**.

**უილსონმა** გამოიკვლია 464 ბოროტმოქმედი და მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ ქურდებს თავის ქალას ზომა, განსაკუთრებით წინა ნაწილისა, უფრო ნაკლები ჰქონიათ, ვიდრე ნორმალურ, პატოსან ადამიანებს.

ბოროტმოქმედების შესწავლის საქმეში ყველაზე უფრო დიდი ღვაწლი მიუძღვის **ლომბროსოს**, რომელიც, როგორც აღნიშნული იყო ზემოდ, სამართლიანად ითვლება სისხლის სამართლის ანტროპოლოგიური სკოლის დამაარსებლად. ლომბროსო თავის დაკვირვებას აწარმოებდა სხვადასხვა გვარ ბოროტმოქმედებზე, მისი მიზანი იყო დაწვრილებით გამოეკვლია ბოროტმოქმედის ანატომიურ—ფიზიო-



ლოგიური თავისებურება, მემკვიდრეობის მნიშვნელობა, ჰაეის, სოციალურ პირობების, გეოგრაფიკის, ხელობის, სქესის, ჰასაკის, ცივილიზაციის, ალკოჰოლიზმის და სხვა მოწამლის გავლენა ბოროტმოქმედებაზე; მან მრავალ ბოროტმოქმედთ ვაჯღომა სიმაღლე, წონა, გულ-მკერდის მოცულობა, თავის ქალა და კიდურები. მათ ვეამებზე შეისწავლა ქალას და ტვინის თავისებურება და სხ. შედეგი დაკვირვებისა გამოაქვეყნა თავის შესანიშნავ შრომაში „ბოროტმოქმედი ადამიანი“. ვინაიდან ეს შრომა ითვლება დედაბოძათ სისხლის სამართლის ანტროპოლოგიური პოზიტიული მიმართულებისა, ცოტათი ჩვენც შევჩერდეთ იმაზე. წიგნი იყოფა სამ ნაწილად—პირველი შეიცავს ბოროტმოქმედების ემბრიოლოგიას. აქ განხილულია ცხოველთ, ველურთ და ბავშთა ბოროტმოქმედება, მეორე—ბოროტმოქმედის ანტროპოლოგია და ანტროპომეტრიას, მესამე—მის ბიოლოგია და ფსიქოლოგიას.

ლომბროზის აზრით ზოოლოგიურ კიბის დაბლა საფეხურებზე მდგომ ინდივიდულებსაც კი ეტყობათ ბოროტმოქმედების ჩანასახი. ზოგიერთი ცხოველები ჯერ კიდევ ახალგაზრდობაშივე იჩენენ ცუდ ინსტინქტებს. გასინჯვისას ყველა მათ შეგიძლიათ უნახოთ ქალას და ტვინის ავებულების სხვადასხვა ანომალიები. მაგ., ცხენის ზოგიერთ ჯიშში მოინახება იმგვარი ტიპი, რომლის მოჩვევა ყოვლად შეუძლებელია, გაუგონარია, ავი ზნის და ყოველივე ცალკე შემთხვევაში ცდილობს რაიმე ზიანი მიაყენოს ადამიანს ან სხვა რომელიმე ცოცხალ არსებას. ადამიანის ბოროტმოქმედება შეიძლება სულ სხვადასხვა გვარის და ხასიათის იყოს: აქ ჩვენ ვნახულობთ ბოროტმოქმედებას პიროვნების წინააღმდეგ, საკუთრების წინააღმდეგ; ვხვდებით ბევრ მაგალითს შურის ძიებისა, მრუშობისა, სიცრუისა, ქურდობისა, სიზარმაციისა, ლოთობისა—ამ ნაწილში ლომბროზო ავეიწერს როგორც თავის, ისე სხვების დაკვირვებას. როგორც გამოიჩქვა, ყველა ეს ფაქტები არ გამართლდა, მაგრამ ზოგიერთი იმდენად საგულისხმოა, რომ მეტი არ იქნება მათი აქ აღნიშვნა.

ერთი დიდი ძალი, რომელსაც მთელი დღე ალიკაპი ჰქონდა წამოცმული, ღამე ახერხებდა მოეხსნა ის, ვარბოდა ცხვრის ფარაში, ახრჩობდა ცხვარს; ძღებოდა მისი ხორცი, მერმე მირბოდა წყალზე, იბანდა გასისხლიანებულ პირს, ბრუნდებოდა თავის ალაგს და ისევ იდებდა ალიკაპს. დილით, როდესაც პატრონს დაინახავდა, ლაქუცი თ ვეგებოდა, ვითომ ეუბნებოდა: „მე არა ვიციო“. სიმულიაციის მაგალითებიც არა იშვიათია ცხოველებს შორის: ერთ მაიმუნს ავადმყოფობისას მეტი ყურადღებით უვლიდნენ, მას ეს კარგად უგრძენია. ამის გამო, შემდეგში, როდესაც პატივი მოაკლდებოდა, ყოველთვის ავადმყოფობას მოიგონებდა. შემჩნეულია, ფუტკრებს ძალიან უყვართ არაყი—მაღე ითვრებიან, შემდეგში ზარმაცდებიან, იწყებენ ქურდობას და ძარცვას (თავს ეცემიან სკებს). მცენარეებიც კი იტაცებიან ხოლმე, Roscolis და Drosera, როდესაც მათ მიუახლოვდებით რომელიმე მწერი, ფართოდ შლიან თავიანთ ფოთლებს, იტაცებენ მათ და სჭამენ.

ლომბროზო ბევრს ლაპარაკობს ველურ ხალხებზე, ამტკიცებს, რომ ისინი არ აფასებენ სიციცხლეს, ხშირად უმიზეზოდ ხოცვენ ადამიანებს. სამხრეთ ამერიკის ზოგიერთი მკვიდრი განგებ ხოცვენ ბალებს და ავლებენ მინდვრათ ლო-

მების მოსახიდავად, ავსტრალიელი ველურები დიდრონ თევზების დასაჭერად ნაკუწ-ნაკუწად ჭრიან ბალღებს და აგებენ ანკესზე. ზოგიერთ ველურ ქვეყნებში დედაკაცებს აკრძალული აქვთ ჰს წლამდე მშობიარობა, ამ ხანამდე თუ დიორსულდენ, ვალდებული არიან ან დაისახირონ თავი, ან და მოიშალონ ბუცელი. ზოგიერთი ველურები ძალიან ეტანებიან გარდაცვალებულის ხორცს, ზოგს ადათათ აქვს შემოღებული, წელიწადში ერთხელ მაინც სჭამოს ვინმე გულად კაცის გული და დალიოს მისი სისხლი, ვითომდა გულის ქამით და სისხლის დაღვეით თან ჩაჰყვებათ სიმამაცე და გულადობა. ხანდახან ველურები განგებ უცხადებენ ერთი მეორეს ომს, რათა გაძღენ ადამიანის ხორცი.

ლომბროზო ამბობს, ჩვენი უძველესი წინაპარი ზოგიერთ თვისებით ბევრად არ ჩამოუვარდებოდა ცხოველებსო. აქედან მას ის დასკვნა გამოჰყავს, რომ ბოროტმოქმედება ველურების აუცილებელი თვისებაა ბუნებრივი და ყოველივე საზოგადოება თავის ცხოვრების დაწყებით ხანაში განირჩევა სისასტიკით, ზარმაცობით, უზნეობით და გარყვნილობითო.

აქვე ლომბროზო ლაპარაკობს ბაღლებზე და ამტკიცებს, რომ ისინი დიდათ გვანან ველურებს: ჯიუტობენ, ზარმაცობენ, სასტიკობენ, ცხარობენ, ბრაზობენ და სხვ.

მეორე ნაწილში ლომბროზოს მოჰყავს თავის, ანტროპოლოგიური და ანტროპომეტრიული გამოკვლევა. როგორც ამ გამოკვლევებიდან ჩანს, ბოროტმოქმედებს, განსაკუთრებით ქურდებს შედარებით საღ ადამიანებთან ქალა და მისი ტევა ნაკლები ჰქონია, მკვლელებს კი ცოტა მეტი. აღსანიშნავია, როგორც ლომბროზოს, ისე სხვა მეცნიერების აზრი, თავის ქალა მით უფრო მეტს იტევს, რაც უფრო ადამიანი განათლებული და განვითარებულია. საზოგადოდ, ბოროტმოქმედებს, ლომბროზოს გამოკვლევით, თვალის ქუთუთოები დიდი ჰქონიათ, წარბები შეერთებული, ლოყის ძვლები გამოწეული ზუბლი უკან გადახრილი, ცხვირ-ტუჩი ჩამსხვილებული, ხახა დაწეული, ქალას ძვლები გაკაეებული, პირისახე გამრუდებული, ყურები წინ წამოწეული და კბილები უსწორ-მასწორი. რასაკვირველია, ყველა ბოროტმოქმედს არ ეტყობა ყველა შემომოყვანილი უსწორ-მასწორობა, მაგრამ 40%-ი მაინც ამ ტიპისაა. აქედან ლომბროზოს ის დასკვნა გამოჰყავს, რომ უნდა არსებობდეს ეგრედ წოდებული „ბოროტმოქმედი ტიპი“.

ლომბროზოს აუწონია მრავალი ბოროტმოქმედის ტვინი და შეუძინევია, რომ ბევრი მათგანი პატარა წონის ყოფილა, ხვეულები სუსტად ჰქონიათ გამოხატული, შეხედულებით მაიფუნების ტვინს გვანებიან, ბევრ ტვინს ავადმყოფობის ნიშნებიც აღმოსჩენია: ანთების, ვაწყლიანების, გარბილების, სისხლის ჩაქცევის, ტვინის გარსების გასქელების და სხ. შინაგან ორგანოებშიაც ბევრს დიდი ცვლილება ჰქონიათ. სიმაღლით ავაზაკები უფრო მაღალი გამომდგარან, ქურდები შედარებით პატარა ტანისა, მკვლელები—საშუალოსი.

მესამე ნაწილში ლომბროზო განიხილავს თანშობილი ბოროტმოქმედის ბიოლოგიას და ფსიქოლოგიას, დიდი ყურადღებით ჩერდება ტანის აღბეჭკვლაზე. აღბეჭკვდა ისე ყვარებათ ბოროტმოქმედებს, როგორც ინდიოლებს, ტაიტის და იუჯის ველურებს. ამათ მეტად უყვართ გახსნილი ადგილების—ხელის, გულის

აქრელება, ტკივილის გრძნობიერება ბოროტმომქმედთა დაჩლუნგულმა ჰკობიანმა აგრეთვე ყურთა სმენა, მხედველობა, ყნოსვა, გემოვნება, ბევრი მათგანი ცაცია ყოფილა, რადგან მარჯვენა ტვინი სხეულის მარცხენა მხარეს ამოძრავებს, ლომბროზოს აზრით ბოროტმომქმედთა უფრო განვითარებული უნდა ჰქონდეთ მარჯვენა ტვინი—აქვე მას მოჰყავს აფორიზმი „პატიოსანი ადამიანი უფრო მარცხენა ტვინით მუშაობს, ვიდრე მარჯვენათით“.

1908 წ. ლენინგრადის ფსიქონევროლოგიურ საზოგადოებაში პროფ. ბესტერევა მუჩენა მენდელეევის ტვინი, საიდანაც აშკარად ჩანდა, რომ მარცხენა ტვინი უფრო განვითარებული იყო, ვიდრე მარჯვენა, ხეულები უფრო ღრმა და მკაფიოდ გამოხატული.

ლომბროზოს გამოკვლევით, ბოროტმომქმედნი სიყვარულის გრძნობასაც არ ყოფილან მოკლებული, მაგრამ მათი სიყვარული სულ სხვანაირი ყოფილა: ეგოისტური, სასტიკი, მატყუარი, უხასიათო და გარყვნილი. ბევრი ბოროტმომქმედი დიდად ამაყობს თავის ბოროტმომქმედებით, ბევრი გულგრილად ეყრება თავის მსხვერპლს—ამის დასამტკიცებლად მას მოჰყავს ალტონის ისტორია. ალტონმა შეიტყუა პატარა ქალი, დაკლა, ნაქუწ-ნაქუწად აქცია, მერმე დაიბანა ხელები და ჩასწერა თავის დღიურში: „დღეს მოვკალი პატარა ქალი, ამინდი მშვენიერია, ჰაერი წმინდა, კარგ გუნებაზე ვარ“.

როგორც სატუსალოების ანგარიშებიდან ჩანს, ბოროტ მომქმედთა 80% „რომელიც სასჯელის შესრულების შემდეგ, დაბრუნებულან სახლში, ისევ შესდგომია ძველ ხელობას. აქედან ლომბროზოს ის დასკვნა გამოჰყავს, რომ ბოროტმომქმედნი ზნეობრივად ისე დაცემულნი არიან, რომ მათი გასწორება არავითარ სასჯელს არ შეუძლიანო.

რაც შეეხება ინტელექტუალურ სფეროს, ლომბროზოს აზრით, ის შესაძინევად შეზღუდულია. ავტორი აწარმოებდა ცდებს ბოროტმომქმედებზე და საღადამიანებზე ხიპის ფსიქომეტრით და აღმოჩნდა, რომ პირველთა შესუსტებული ჰქონდათ სმენის და მხედველობის შთაბეჭდილების რეაქცია. გარდა ამისა, მისი შეხედულებით, ბოროტმომქმედნი მოკლებული არიან ბევრითი შრომის უნარს, ზარმაცობენ, უყვართ უსაქმოდ ყოფნა და ცოტას ფიქრობენ თავის მომავალზე.

სხვადასხვა ბოროტმომქმედების გარჩევისას ლომბროზო წარმოსთქვამს აზრს, რომ სხვადასხვა გვარ ბოროტმომქმედების წარმომადგენელნი ხშირად ეკუთვნიან საზოგადოების სხვადასხვა კლასს, აქვთ სპეციფიური ფიზიონომია, ასე, მაგ. ქალის პატრიანების ამხდელნი შავი, სქელთმიანი არიან, სქელ ტუჩიანი, ღია თვალებიანი, ჩახრინწულ ხმიანი. ამ კატეგორიას ეკუთვნის ბევრი განათლებული ადამიანიო.

ქურდები სხვებზე უფრო ნაკლებ განათლებული არიან, მშვიდარნი, უყვართ ღია ფერის ტანსაცმელი, მკვლევები—მშვიდი, გულშემატკივარი, თავაზიანი. მომწამლველები—განათლებული, მოდარბაისლე, წყნარი, მრავალი მაგალითით ლომბროზო გვიმტკიცებს, რომ ბოროტმომქმედება უფრო გავრცელებულია განათლებულ საზოგადოებაში, ვიდრე მდაბიო ხალხში. ეს აიხსნება იმით, რომ განათლებულ ადამიანს მეტი საშუალება ეძლევა ბოროტმომქმედების სისრულეში მოყვანის, ვიდრე გაუნათლებელსო. ამ ნაწილს ლომბროზო ათავებს ზნეობრივ



ქუაშვილის და თანდაყოლილი ბოროტმოქმედების შედარებით. მათ შორის დიდი მსგავსება არის, ხშირად ბოროტმოქმედი ბნელიანს მიაგავს. ბნელიანს მოსდის ტვინის სამოძრაო ადგილების გაღიზიანებით, ბოროტმოქმედს კი — შუბლის ტვინის ზოგიერთი წერტილების.

აქედან ის ჩანს, რომ ლომბროზოს სწავლით, ბოროტმოქმედის აგებულებას ეტყობა ერთის მხრით ატავიზმის ნიშნები, მეორეთი — ზნეობრივ ქუაშვილიზმის და ბნელიანს.

ლომბროზოს სწავლა მალე გავრცელდა ევროპაში. ბევრმა მეცნიერმა მიიღო იგი, ბევრი შეუდგა მისი სწავლის დამტკიცებას, ბოროტმოქმედების შესწავლას. დაარსეს სისხლის სამართლის ანტროპოლოგიური ჟურნალები იტალიაში, საფრანგეთში, გერმანიაში, ინგლისში, რუსეთშიაც კი დაიწყეს წერა ბოროტმოქმედის შესწავლაზე.

ლომბროზოს სწავლამ დიდი ნაყოფი გამოიღო — თუმცა ყველა მისი აზრი არ გამართლდა, მაგრამ დედა აზრი მაინც უტყუარი აღმოჩნდა და დღეს თუ რაიმე ვიცით ბოროტმოქმედზე, ვიცით მისი მეოხებით: ბოროტმოქმედ ადამიანის სულის და სხეულის შესწავლამ ღრმად მოიკიდა ფეხი მეცნიერებაში. ეს-ლა თამამად ამბობენ, ბოროტმოქმედი უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფია, ამ ავადმყოფს შობარუნებს სასჯელი კი არა, წამლობა, ყურადღება და საქმის ღრმა სიყვარული.

როგორც აღვნიშნეთ, ლომბროზოს სწავლას ბევრმა მისცა ხმა. მალე ექიმ-მა **გაროფალომ** გამოიკვლია 300 ბოროტმოქმედი. მისი შეხედულებით ყველა ესენი განიყოფიან ორ კატეგორიად: შემთხვევით და ალლოთი — პირველნი ხასიათდებიან გარეგან იმპულსისადმი წინააღმდეგობის უნარის უქონლობით, გაღიზიანებით და შეჩერებითი ცენტრის განვითარების მოღუწებით, მეორენი — ზნეობრივი გრძნობების შერყენილობით, ძლიერი ეგოიზმით და სისასტიკით.

გარდა ამისა გაროფალი ჰყოფს ბოროტმოქმედთ ოთხ კლასად: 1) მკვლელები, 2) ძალდაპატანი, 3) უპატონი და 4) ცინიკები.

**ფერის** აზრით ბოროტმოქმედნი განიყოფიან: 1) ბოროტმოქმედნი სულით ავადმყოფნი, 2) დაბადებითი ან გაუსწორებულნი, 3) ჩვეულნი, 4) შემთხვევითი და 5) ენებითი.

**მაუდსლეი** ჩვეულთ ჰყოფს სამ კატეგორიად: 1) ზოგიერთს ფსიქიურ სფეროში ეტყობა დეფექტი ზნეობრივ გრძნობისა, რის გამო ხშირად იჩენენ თავის შერყენილ ალლოთი ბუნების ცხოვრების ხელსაყრელ პირობებშიც კი, 2) მეორენი ხდებიან ბოროტმოქმედებათ იმის გამო, რომ მათზე მოქმედობს ცუდი გარემოებანი და 3) განწყობილნი არიან ბოროტმოქმედებისადმი, მაგრამ შეუძლიანთ თავი შეიკავონ, თუ კი მოხვდებიან კარგ პირობებში და საზოგადოებაც შეუწყობს ხელს რომ ზნეობრივად აღიზარდოს.

**ნეკეს** აზრით ბოროტმოქმედნი სამი ტიპისა არიან: 1) შემთხვევითი, 2) ენებითი და 3) ჩვეულნი.

**დალემანით** 1) პროფესიონალური და 2) შემთხვევითი.

**ლორანი** საზოგადოდ წინააღმდეგია გრძელი კლასიფიკაციებისა და მხარს უჭერს დოლემანს.

**ტროცკის**, ვარშავის სატრუსალოგში შეუსწავლია 360 ბოროტმომქმედი—ამათში 165 აღმოჩენია ტვინის ავადმყოფობა, 124 რეფლექსების გაძლიერება, 67 ავი ზნე. ბევრს მათგანს თავის ქალა უსწორ-მასწორი ჰქონია, უკან გადახრილი. „უეჭველია, ამბობს ტროცკი, ყველა ბოროტმომქმედთ ეტყობა ტვინის და ქალას დეგენერაციის ნიშნებით“.

**ბაჟენოვის** დაკვირვებით, ბოროტმომქმედთ უფრო გამობურთული ჰქონიათ კეფის ძვლები, ვიდრე შუბლისა.

**ტარნოვსკის** ქალს გაუზომია 200 ბოროტმომქმედი, გამოუკვლეია მათი მხედველობა, სმენა, ყნოსვა, ტკივილის გრძნობა, რეფლექსები, ფიზიკურ გადაგვარების ნიშნები და მისულა იმ დასკვნამდე, რომ ყველას მხედველობა, ყნოსვა და სმენა შევიწროვებული ჰქონიათ, გემოვნება დაჩლუნგული (ჭურღებს და როსკიპებს), ტკივილის გრძნობა შესუსტებული (მკვლელებს), რეფლექსები გაძლიერებული (როსკიპებს და ჭურღებს).

**ბელილოვსკი** ამტკიცებს, ბოროტმომქმედნი არ განირჩევიან სხვა ადამიანებისაგან არც სულით და არც სხეულით, ისინი მხოლოდ გადაგვარების გზაზე დგანან. ავტორის სიტყვით, ბოროტმომქმედი ტიპი არ არსებობს, თუ ვინმე ბოროტმომქმედობს, ბოროტმომქმედობს საზოგადოების მოუწესრიგებლობის გამო, ადამიანი ცხოვრობს დედა-მიწაზე და არა ცაზე. დედა-მიწაზე კი „მბეცობა“ არ მოისპობაო.

**პროფ. ჩიჟის** გამოკვლევით ბოროტმომქმედნი ხასიათდებიან ნების სისუსტით, მუყაითი შრომის უნარის უქონლობით, ყურადღების დაჩლუნგებით, ამის გამო მათ შეგნების ტევადობა უფრო ნაკლები აქვთ, ვიდრე საშუალო ადამიანს.

რომში **რონკორინმა** შეისწავლა 25 ავზნიანის, 11 დაბადებით და 8 შემთხვევით ბოროტმომქმედის ტვინი და აღმოაჩინა, რომ როგორც ავზნიანებს, ისე ბოროტმომქმედთ, ეს ორგანო ძლიერ შეცვლილი ჰქონიათ: შუბლის ნაწილის უჯრედები დაპატარავებული, სისხლის მილები შევიწროებული, თვით ტვინი გარბილებული, ტვინის გარსი გასქელებული—ამ მხრივ შესანიშნავია მკვლელ შნიდერის ტვინის აღწერა. მან ბევრი ბოროტმომქმედება ჩაიდინა: ბევრი გაძარცვა, ბევრს დედაკაცს ახადა ნამუსი, ბევრს გამოსჭრა ყელი და ნაკუწ-ნაკუწად აქცია. გასამართლების შემდეგ ჩამოახრჩვეს. გამოიკვლიეს მისი ტვინი და აღმოჩნდა: ქალა იტევდა 1600,0, ტვინი იწონიდა 1390,0, ლერიეს ხვეულები-ღარები სრულიად მიღებული ჰქონდა, ძვლები გაკაჟიანებული, შემაერთებული ხაზები გაჭლესილი.

1880 წ. პარიზში ჩამოახრჩვეს 19 წლის მენესკლე—მან შეიტყუა 4 წლ. ბაღლი, ახადა ნამუსი, მერმე დაახრჩო და ნაწილ-ნაწილად დაჭრა. ექსპერტებმა—ფსიქიატრებმა **ლაზევი**, **ბრუარდელი** და **მოტემ**, მიუხედავად იმისა, რომ მას ბევრი ნიშნები ჰქონდა გადაგვარებისა, ჯანსაღად იცვნეს და მიუსჯეს გილიოტინა. ტვინის გამოკვლევისას ანტროპოლოგიურ ინსტიტუტში აღმოჩნდა, რომ ტვინის შუბლის ორივე ნაწილი, საფეთქელის პირველი და მეორე ხვეულები და ნაწილი კეფისა გარბილებული ჰქონდა.

როგორც ამ მაგალითებიდან ჩანს, ბოროტმომქმედთა ტვინის აგებულებაში დიდი ცვლილებები ყოფილა—რასაკვირველია, ჯერ-ჯერობით ძნელია იმის თქმა,

აქვთ თუ არა ყველა ბოროტმოქმედთ ამ ორგანოში რაიმე განსაკუთრებული ცვლილება, მაგრამ, როდესაც გააუფიქრებებენ ეხლანდელ მიკროსკოპს, შეიძლება ყველას მათ უნახონ თავისებური ტვინის ცვლილება. საფრანგეთში დაკანონებულია, გამოკვლეულ იქნეს ყველა სიკვდილით დასჯილი ბოროტმოქმედი. ამ გამოკვლევისას ტვინში ხშირად ნახულობენ ამა თუ იმ ცვლილებას. უეჭველია, ეს ცვლილება დადასტურებული რომ ყოფილიყო სიცოცხლეში ნევრო-პათოლოგიის მიერ, დამნაშავეს, ადვილი შესაძლებელია, სიკვდილს სიცოცხლე შეუცვლიდნენ. „ამრიგად, ამბობს პროფ. სიკორსკი, სადაც ექსპერტიზას ვერა უთქვამს რა სიცოცხლეში, წარმოუთქვამს დასჯის შემდეგ, მართლმსაჯულება ხშირად ბოროტმოქმედება არისო.

ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ ლომბროზოს სწავლით, ბოროტმოქმედი ხშირად ჩამოვავს ველურ ადამიანს, ე. ი. განიცდის ატავიზმს. ეს აზრი როგორც შემდეგში გამოირკვა, საგსებით არ გამართლდა. ბევრი ამტკიცებდა ლომბროზო არაა მართალი, როდესაც ამტკიცებს, რომ მკვლელობა, ძარცვა, ქურდობა და სხვა ბოროტმოქმედება ჩვეულებრივ მოვლენად უნდა ჩაითვალოს გაუნათლებელ ხალხების ცხოვრებაში. პირიქით, „აუარებელი დაკვირვებით შეგვიძლიან, თამამად ვსთქვათ, რომ ზოგიერთი პირველყოფითი ხალხები ზნეობით უფრო მალა დგანან, ვიდრე განათლებულები“-ო (ტარტიე). დასამტკიცებლად იმისა, რომ ლომბროზოს შეხედულება არ იყო მართალი, მოჰყავდათ ისიც, რომ მან თავის „ბოროტმოქმედების ტიპის“ დაარსებისას აიღო და შეაერთა იმგვარი ნიშნები, რომლებიც ხედებოდა სხვადასხვა გვარ ბოროტმოქმედთ. **მანუგარი** ამტკიცებდა, შეუძლებელია ვალიართ ბოროტმოქმედის ერთი საერთო ტიპის არსებობა ისე, როგორც ერთი საერთო მახინჯი ან პათოლოგიური ტიპისა; არსებობენ მხოლოდ მახინჯთა სხვადასხვა გვარებიო. ბოლოს და ბოლოს ატავიზმის თეორია უკუაგდეს და ბოროტების შესწავლისას ხელი მიჰყვეს ფსიქიურ ავებულებას, მექვიდრობას, დეგენერაციას, ფსიქიურ დაავადებას და სხვ.

**მაუდსლეი** ამბობს, რომ ის პირნი, რომელნიც არ ვარგანან საზოგადო ცხოვრებისათვის, როგორც მოკლებული უნარს მის კანონების დაქვემდებარებისა, ხშირად წინაწყობილი არიან ჭკუით შეშლისა—ბევრი ბოროტმოქმედი ადვილად აიღვზნება, ბევრს იცავს ღამის შიში, შერყენილი აზროვნება და ბოდვითი იდეა. ზოგიერთ მათგანს ემართებათ ბნედა, ზოგიერთი ჭკუიდან იშლება, გარდა ამისა **მაუდსლეი** ამტკიცებს, რომ ხეტიალობა, გარყვნილობა, ალლოთა შერყვნილობა ძალიან ხშირად გვხვდება ჭკუაშეშლილთა ანამნეზში; მისი აზრით „მხოლოდ საზოგადოებრივ ცრუმორწმუნეობას შეეძლო დაემყარებია საზღვარი მანკისა, ბოროტმოქმედების და ჭკუაშეშლილობის შორის, ბოროტმოქმედების და უჭკუობის შორის, განაგრძობს მაუდსლეი, გადის ნეიტრალური ზოლი, ერთ მის კიდებზე მოთავსებულია ჭკუაშეშლილობის პაწია ნაწილი და ბევრი შერყვნილობა, მეორეზე—შერყვნილობა უმნიშვნელოა, არსებობს ჭკუაშეშლილობა“. მანკი და ბოროტმოქმედება ამბობს **ფერი**, ხშირად დამოკიდებულია ნევროზებზე და განსაკუთრებით ჭკუაშეშლილობასა, ბნედასა და ფიზიურ სიმახინჯეზე. ეს გარემოება დამამტკიცებელია იმისა, რომ ბოროტმოქმედება უნდა გაითვალისწინოთ პათოლოგიურ თეორიით და არა ატავისტურისა. ჩვენ უკვე ზემოდ აღვნიშნეთ;



რომ ბოროტმოქმედთა, პირველი მკვლევაი დესპინი, ტომსონი და ნიკოლსონი დიდ კავშირს ნახულობდნენ ბოროტებასა, სულით დაავადებასა და გადაგვარების შუა.

ტომსონის გამოკვლევით 6.000 ბოროტმოქმედზე 12% აღმოჩნდა სულით ავადმყოფნი (ქკუანაკლებნი, ბნედიანები).

ამ საკითხის გამორკვევას განსაკუთრებით დიდი ღვაწლი დასდო საფრანგეთის ცნობილმა ფსიქიატრმა **მორელმა**, რომელმაც შეისწავლა ფსიქიური მხარის სხვადასხვაგვარი მიქცევა ნორმიდან, ბევრი პათოლოგიური მოვლენანი შეუფარდა ჩამომავლობის შემკვიდროებით ფსიქიურ გადაგვარებას და პათოლოგიურ პირების გაჩენას. მორელის აზრით, გადაგვარების ნიადაგზე წარმოიშევიან იმგვარი პირები, რომელთაც აღარ შესწევთ ძალა და უნარი ნორმალურად შეასრულონ თავიანთი მოვალეობანი ცხოვრებაში. ამ გადაგვარების საბაზი უნდა ექნით თვით ინდივიდუუმის აგებულებაში. ბოროტმოქმედების მოვლენის შესწავლისას, მორელი ამყარებს უახლოეს ბიოლოგიურ ნათესაობას მანკისა და გადაგვარების შორის—მისი აზრით, გადაგვარების გზაზე მდგომნი წარმოადგენენ აუარებელ უხნო და გაველურებულ არსებებს, რომელთა დამახასიათებელ თვისებას შეადგენს მათი ალღოს ადრეული შერყვნა, სიზარმაცე, უტოლვილება ხეტილისადმი, ინტელექტის დაბრმავება—ამგვარი ტიპები წარმოადგენენ ნამდვილ ბოროტმოქმედთ და შეადგენენ სატუსალოების მეტ წილ მოსახლეობას. ამ ჯგურის ბოროტმოქმედნი ბევრია ქალაქებში და განსაკუთრებით სარწმუნო ცენტრებში.

**დრილიც** თავის შრომაში „მცირეწლოვანი ბოროტმოქმედნი“ ამტკიცებს, რომ გადაგვარებასა და ბოროტმოქმედების შუა დიდი კავშირია. ბოროტმოქმედების ფსიქო-ფიზიურ მიქცევათა ანალიზის შემდეგ ავტორი ამტკიცებს, რომ ზოგიერთი მიქცევანი განსაკუთრებით უწყობენ ხელს ბოროტმოქმედების განვითარებას. ამ მიქცევას ეკუთვნიან: 1) ნერვულ სისტემის მანკიური კვება და 2) სქესობრივ გრძნობიერების რაოდენობითი და თვისებითი შერყვნილობა. მთელი რიგი სასტიკი მხეცობისა და უცნაური მკვლევლობისა შეუვნებელი რჩება, თუ არ გავითვალსწინებთ სქესობრივ გრძნობიერების მიქცევას.

მეორე შრომაში „ბოროტმოქმედება და ბოროტმოქმედნი“ დრილი განსაკუთრებული ყურადღებით არკვევს მათ გადაგვარების ნიშნებს; მისი აზრით, უმეტესი მათი ნაწილი სრულ გადაგვარების გზაზე მიეჩანება. აქვე აღნიშნავს, რომ გარემოცულ პირობებსაც დიდი გავლენა აქვს ბოროტმოქმედებაზე.

**პროფ. ბენედიქტმა** სისხლის სამართლის ანტროპოლოგიურ ყრილობაზე ქ. ანტვერპენში, წარმოსთქვა შემდეგი აზრი, ბოროტმოქმედება ვრცელდება ნევრასტენიის ნიადაგზე, ნევრასტენიკები, რომელნიც ბავშობიდანვე მოკლებულნი არიან უნარს წინააღმდეგინ გატაცებას, ყველაზე უფრო ხშირად ხდებიან ბოროტმოქმედებათ. როგორც ყველა დანარჩენს, იმათაც უნდათ ისარგებლონ ცხოვრებით, მიიღონ სიამოვნება, დასტკბენ, მაგრამ ფიზიური ნევრასტენია ნებას არ აძლევს, ყოველივე ეს მოიპოვონ შრომით, რის უნარი სრულიად არ შესწევთ მათ. ეს გარემოებაა, რომელიც სარჩულად უდევს ბოროტმოქმედების ორგანიულ ლტოლვილებას. ასეთი ნევრასტენიკები ხშირად ხდებიან ბო-

როტმოქმედებათ: ხეტიალობენ, ქურდობენ, კლავენ ადამიანებს და სხვ. ბენე-  
დიქტით—ბოროტმოქმედებაში გამოიყოფება ფსიქიური სფეროს დაავადება, ჩემის  
აზრით, ამბობს ის, მეცნიერებამ უნდა უარყოს სიტყვა „სიკვდილით დასჯა“,  
და ვალდებულია მოითხოვოს სამკურნალო კლინიკებთან ერთად დაარსებული  
იყოს კრიმინალური კლინიკებიც“.

**ბერტილიონმაც** უარჰყო ლომბროზოს „ბოროტმოქმედი ტიპი“ და მიემხრო  
გადაგვარების თეორიას.

ბოროტმოქმედების გავრცელებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს მემკვიდრეო-  
ბასაც. ამ მხრივ ლომბროზოს შეუსწავლია 104 ბოროტმოქმედი, ამათში 74  
აღმოჩენია მემკვიდრეობითი ვავლენა, ყველა ამათ მშობლებს ჰქონიათ ესა თუ ის  
ნაკლი, ზოგი ლოთი ყოფილა, ზოგი ქურდი, ზოგი მკვლელი და სხვ.

**მაროს** გამოანგარიშებით ბოროტმოქმედთა მშობლები ხშირად იხოცებიან  
ტენის ავადმყოფობით, 53% მკვლელთა მშობლები 40 წელს გადასულ ყოფი-  
ლა, ხანში შესულ მშობლებს ხშირად უჩნდებათ ბოროტმოქმედი შვილები.

**პენტას** გამოუყვლეფია 184 ბოროტმოქმედი და მათში მხოლოდ 4% აღ-  
მოჩენია ჯანსაღი მშობლები. ბოროტი თვისების მემკვიდრეობით გადაცემის  
მაგალითები ბევრია აწერილი ლიტერატურაში. ასე მაგ., ცნობილი ბანდიტი გა-  
ლეტო, რომელიც გასამართლეს მკვლელობის გამო, შვილიშვილი იყო არა  
ნაკლებ ცნობილ ორსოლინოსი, რომელიც დასაჯეს სიკვდილით იმის გამო, რომ  
მოკლა რამოდენიმე გასათხოვარი ქალი და მათ ხორციდან გააკეთა ძეხვი.

ლომბროზო მოგვითხრობს ფოსსეს ოჯახზე, სადაც ხუთი ძმა და ერთი ცო-  
ლის ძმა სიკვდილით დაუსჯიათ ძარცვა-გლეჯისათვის, მათი პაპა და მამა ჩა-  
მოუხრჩვიათ ერთი ოჯახის ამოხოცისათვის, ორი ბიძა და ერთი ძმისწული ცი-  
ხეში გაუსამართლებიათ ქურდობისათვის.

ბოროტმოქმედების მემკვიდრეობით გადაცემის საუკეთესო მაგალითს წარ-  
მოადგენს იუკეს ოჯახის ისტორია, რომელიც მოყვანილია **დეგდალის** შრომაში  
„Le crime“. ეს ოჯახი ცხოვრობდა ამერიკაში და სახელი მისი გადაიქცა ყოველი-  
ვე ბოროტების და გარყენილობის სინონიმად. ამ ოჯახის წინაპრები იყვნენ ადა  
ვალკი—ქურდი და ლოთი და იუკე—ხელობით მეთევზე. სიბერისას დაბრმავდა  
და ყვანდა აუარებელი შთამომავლობა: კანონიერი 540 და უკანონო 164—ამ  
შთამომავლობიდან გამოუყვლეფიათ 700, რომელთაგან უმეტესი ნაწილი ყოფი-  
ლან მკვლელები, მოხეტიალე, როსკიები და ქურდები; ქალების 3/5 ყოფილან  
როსკიები, მოხეტიალე, მათხოვრები, 142 ყველა ამათ ხატუსალომებში გაუტარ-  
ებიათ 116 წელიწადი, 734 ინახებოდენ საზოგადოების ხარჯზე. 85 წლის გან-  
მავლობაში საზოგადოებას მათ შესანახად დაუხარჯა 5 მილიონი ფრანკი.

**ფერის** გამოანგარიშებით 8227 მცირე წლოვან ბოროტმოქმედთაგან 2,575  
ე. ი. 30, 50%-ს აღმოჩენია მემკვიდრეობითი ბოროტმოქმედება, ყოლით —25%-ს.

ყველა შემომოყვანილიდან ჩანს, რომ ბოროტმოქმედების სწავლას ბოლო  
დროს შესამჩნევად წაუწევია წინ და მისი მიმართულება დიდად განირჩევა წი-  
ნა დროის მიმართულებისაგან. წინად სრულიად არ აქცევდენ ყურადღებას ბო-  
როტმოქმედს პიროვნებას, ყოველივე ბოროტმოქმედებაში ნახულობდენ მხო-  
ლოდ ბინძურ ნების გამოხატულებას. ლომბროზოს შემდეგ პიროვნება შესწავ-

ლის უმთავრესი საგანი შეიქნა: სწავლობენ აგებულობას, ფსიქიურ და ფიზიურ თვისებებს. კლასიფიკაციის განხილვიდან ჩანს, რომ ეს უკანასკნელი მეტად მრავალრიცხოვანია—თითქმის ყველა ავტორი თავის საკუთარს იძლევა, მაგრამ თუ შევაჯგუფებთ ყველა იმ პრინციპებს, რომლებზედაც აგებულია ეს კლასიფიკაციები, შეგვიძლიან ყველა ბოროტმოქმედნი დავეყოთ სამ კატეგორიად: (ბებტერევი, სიკორსკი, ჩიჟი, კირნი) პირველ კატეგორიას ეკუთვნიან ბოროტ-მოქმედნი შემთხვევითი, მეორეს—პროფესიონალური ან ალლოთი, ბუნებითა და მესამეს—სულით ავადმყოფნი.

შემთხვევით ბოროტმოქმედათ ითვლება ის, ვინც ბოროტმოქმედობს რომელიმე უბედურ შემთხვევის გამო. შესაძლებელია ეს პიროვნება დიდი პატიოსანი, ღირსეული კაცი იყოს, შეიძლება ამის ცხოვრებას არავითარი ჟარყოფითი მხარე არ ეტყობოდეს. როდესაც ამგვარი ადამიანი ბოროტმოქმედობს, ბოროტმოქმედობს პათოლოგიურ აფექტის გავლენით. აფექტი წარმოადგენს სულის იმგვარ ძლიერ მღელვარებას, რომელიც არღვევს წარმოდგენის ნორმალურ მსვლელობას, იწვევს ტენში იდეების არეგ-დარეგვას, ძალდატანებითი მიდრეკილებას, ამით ვიწინებთ იზღუნება, მოქმედების გამორჩევის თავისუფლება იკარგება, ადამიანი ამგვარ მდგომარეობაში საშინლად იგზნება, ვეღარ აძლევს ანგარიშს თავის თავის მოქმედებას და ხშირად ჩადის საშინელებას; აგზნების შემდეგ ეშვება როგორც ფიზიურად, ისე ფსიქურად, ვეღარ იგონებს, თუ რა ჩაიდინა მან, როგორ და რისთვის. აფექტის დროს სრულიად იცვლება ფსიქიური სფერო: ადამიანს იტაცებს მხოლოდ ერთი იდეა, ერთი მისწრაფება, ეკარგება გარემოცულ სინამდვილის შეფასება; აგზნება აღწევს სიგიჟის მდგომარეობამდე. მძაფრი მოძრაობითი რეაქციის შემდეგ სხეული იფიტება, ადამიანი ეშვება, ეცემა ძილად ანდა განიცდის სულის სიცარიელეს. გარეშე მაყურებელი რომელმაც არ იცის თუ რა პათოლოგიური აფექტთან აქვს საქმე, ასეთ ადამიანს უყურებს, როგორც ბოროტმოქმედს, მაგრამ ეს ხომ უვიცობაა! აფექტისადმი განსაკუთრებით განწყობილნი არიან ის პირნი, ვინც დაავადებული არიან ნერვული ავადმყოფობით—ნევრასტენია, ისტერია, ბნედიო. მომატებული გაღიზიანების გავლენის გამო ასეთი ნევროპატები ხშირად განიცდიან პათოლოგიურ აფექტს, რის გამო ჩადიან საშინელ ბოროტმოქმედებას. იგინი შემთხვევითი ბოროტმოქმედები არიან, მათი ბუნება თავისუფალია ბოროტი ელემენტებისაგან, თუ არ შეუფერებელი გარემოცული პირობა, ბოროტებასაც არ ჩაიდენდნ.

შემთხვევითი ბოროტმოქმედნი ბევრია ცხოვრებაში. ლიტერატურაში ზოგიერთ მგოსანს საუცხოოდ აქვს აწერილი შემთხვევითი მკვლელის ტიპი. მაგალითად, რეგვიძლიან დაეასახლოთ „ოტელო“ შექსპირისა, „პოზინიშევი“ ტოლსტოისა. რა საუცხოოდ, ფსიქოლოგიის ღრმა ცოდნით აგვიწერს შექსპირი ოტელოს სულის კვებებას, როდესაც ეს უკანასკნელი აპირებს დეზდემონას მოკვლას—რადაც საშინელებას წარმოადგენს ოტელო. „და მინც საშინელი ხარ ოტელო!“ შეშინებული ხმით ეუბნება დეზდემონა. „დამლუპველი ხარ, როდესაც ასე ატრიალებ თვალებს... როგორ საშინელი ხარ... რისთვის იკბენ ტუჩებს? რადაც სისხლის ღელვა ათრთოლებს შენს არსებას. საშინელებას მოასწავებს, მაგრამ მინც ვიმედოვნებ, რომ მე არ უნდა შევიქმნე მისი მსხვერპლი“. ერთი



სიტყვით ოტელო გიჟდება, მივარდება დეზდემონას და აღჩობს მას. ამნაირად ის ბოროტმოქმედია, მკვლელი, მაგრამ ამასთანავე, როგორც ვიცით, ის-ღირსეული, პატიოსანი და კეთილშობილი მავრი იყო, მთელი ჯარის სიამაყე, მკვლელობის შემდეგ ოტელო იფიქრება როგორც ფიზიურად, ისე ფსიქიურად, ეშვება ღონე მიხდელი, მას აღარ ახსოვს, თუ რა ჩაიდინა და რისთვის: სწორედ ეს არის დამახასიათებელი იმ ადამიანთათვის, რომელთაც მძლავრი აფექტის შემდეგ ასეთ მდგომარეობაში ჩაყვინდებიან ხოლმე.

პოზნინშევმაც პათოლოგიური აფექტის ზეგავლენით ჩაიდინა საძაგელი ბოროტება და, ეპეით შეპყრობილმა, დააღრჩო თავის საყვარელი ცოლი.

შემთხვევით ბოროტმოქმედთა რიცხვი შედარებით ნაკლებია ცხოვრებაში. მათი ცხოვრება და ალღო, ამბობს პრინსი, სწორია; ანაზღეული ვნება, მოუფიქრებელი სიფიცხე, ნების წარმავალი დასუსტება დროებათ იტაცებენ მათ ბოროტებისკენ, მაგრამ მოკვლის შემდეგ, ნელდებათ და ისევე განავარაუბრებენ ნორმალურ ცხოვრებას, ასეთ ბოროტმოქმედთ, თანამედროვე მართლმსაჯულება ბრალს აღარ სდებს და ანთავისუფლებს სასჯელისაგან.

მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ, როგორც ირკვევა ეხლა, სრულიად ჯანსაღ ადამიანსაც, სხვადასხვა ფაქტების ზეგავლენით შეუძლიან ჩაიდინოს ბოროტება. ამგვარ ბოროტმოქმედთ რასაკვირველია, არავითარი პათოლოგიური ნიშნები არ ემჩნევათ. ბოროტმოქმედთა მეორე ჯგუფს შეადგენენ ალლოთი ან პროფესიონალური ბოროტმოქმედნი. ბოროტმოქმედების შესწავლისათვის ეს კათეგორია უფრო დიდი მნიშვნელოვანია და მკვლევართა ყურადღებაც სწორედ მათვე არის მიმართული. ამ საკითხის შესასწავლად საჭიროა გადაიჭრას საკითხი: არსებობს თუ არა დამოუკიდებელი ტიპი ალლოთი ბოროტმოქმედისა და აქვს თუ არა მას რაიმე სპეციფიური თავის აგებულებაში?

ჩვენ ზემოდ უკვე აღვნიშნეთ, როგორც ლომბროზოს, ისე სხვა ავტორების აზრით, ასეთი ტიპი უნდა არსებობდეს, მაგრამ შემდეგში ბევრმა არ გაიზიარა ეს და დაიწყო მტკიცება იმისა, რომ ბოროტმოქმედს არავითარი დამახასიათებელი ნიშნები არა აქვს გარდა გადაგვარებისა, ბევრ შემთხვევაში ის ძლიერ მიაგაყს წენობრივ ქვით შეშლილსო. უეჭველია, ბოროტმოქმედება უნდა ვითარდებოდეს გადაგვარების ნიადაგზე. როდესაც ვუკვირდებით ლომბროზოს ბოროტმოქმედ ტიპს, ვამჩნევთ, რომ მას არავითარი სფეციობა არ ეტყობა. ლომბროზოს მიერ მოყვანილი ნიშნები უმეტესს შემთხვევაში დამახასიათებელია დეგენერატისათვის: პირისახის ასიმეტრია, არანორმალური განვითარება ყურებისა, კბილებისა, ხახასა და სხ. გარდა ამისა ცნობილია, რომ ნერვულ სისტემის დეგენერატიულ ნიადაგზე ხშირად ვრცელდება სხვადასხვა ნერვული და სულით დაავადებანი: ამ ნიადაგზევე ვითარდება ბიწიერი მისწრაფება, რომლის ზეგავლენით ადამიანი ჩადის ამა თუ იმ ბოროტებას, როგორც აღნიშნული იყო ზემოდ, ბორელმა დიდი ხანია დაამყარა, რომ ბიწიერებას დიდი კავშირი აქვს გადაგვარებასთან.—მისი აზრით, გადაგვარების გზაზე მდგომთა შორის ბევრია უზნეო და გავლურებული, რომლებიც უნდა ჩაითვალოს ნამდვილ ბოროტმოქმედებათ. მორელი თავის შრომაში ატარებს იმ აზრსაც, რომ ბიწიერი მიდრეკილებანი, რომლებიც ემჩნევათ დეგენერატებს, შედგება მათი

აგებულებისა და არა აღზრდის და გარემოცული პირობებისა. ამგვარი დეგენერატები ბავშობიდანვე განირჩევიან ბიწიერი მიდრეკილებით; არავითარ კეთილ შთაგონებას არ ემორჩილებიან, ვერ ითვისებენ ზნეობის ელემენტარულ წესს, აევი არიან, შურის მძიებელნი, ზნეობრივი მახინჯი—დაბალი ალღოსი და ბიწიერი სურვილის დაუკმაყოფილებლობისას ველურებივით სწრაფად განრისხდებიან და ბრახდებიან. ფსიქიატრებმა დიდი ხანია აღნიშნეს, რომ ზოგიერთ ადამიანს ჭკუა-გონების სწორ განვითარებასთან ერთად ემჩნევათ ზნეობრივ გრძნობის სიჩლუნგეც. **პრიჩარდმა** პირველმა აღწერა (1835 წ.) ფსიქიურ სფეროს ეს ანომალია და უწოდა მას სახელად ზნეობრივი ჭკუის სისუსტე, ანუ, ზნეობრივი სირეგგენე; ზნეობრივ სიბრმავის გამო, ამბობს **კრაფტ-ეზინგი**, მთელი კაცობრიობის კულტურა, მთელი საზოგადოებრივი და სახელმწიფოებრივი წესყობილება ლოდნავით აწევბა მათ და ნებას არ აძლევს ითარეშონ თავისუფლად. მათი ხელობაა—ხეციალობა, უსაქმოდ თრევა, მათხოვრობა, ქურდობა, მუშაობა ძალიან სძულთ და ყოველთვის გვერდს უხვევენ მას“.

ბევრი მკვლევარი ამტკიცებს, რომ ბოროტმომქმედთა შორის ხშირად ვხვდებით სულით ავადმყოფთ, ლოთებს; მათი მშობლები ხშირად სულით ავადმყოფნი არიან. ყოველივე ეს გვაფიქრებინებს, რომ ბოროტებისადმი ალღოთი მიდრეკილება დამოკიდებული უნდა იყოს ფსიქიურ სფეროს პათოლოგიურ მდგომარეობაზე.

ამგვარი ანორმალობა დამოკიდებულია ერთის მხრივ თანდაყოლილი აგებულებისაგან, მეორესი—გარემოცულ პირობათა ზეგავლენით.

შეუძლებელია გვერდი აუვხვიოთ იმ გარემომებას, რომ როგორც პაუპერიზმის (სიღარიბეს), ისე თანამედროვე ცხოვრების პირობებს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ბოროტმომქმედების გავრცელებაში. პროლეტარიატი საშინელ პირობებში ცხოვრობს, იძულებულია ლუკმა პური იშოვნოს ხანგრძლივი და მძიმე შრომით, მოკლებულია უნარს თვალყური ადევნოს თავის შვილებს აღზრდა-განათლებას, ამის გამო ისინი უმეტეს ნაწილს ატარებენ ქუჩაში და აქ კი გარდა ცუდი მაგალითებისა ვერას ხედავენ.

„შიაქციეთ ურადლება, ამბობს **პრინსი**, ჩვენი დროის მუშათა კლასს. ეს საწყლები მომწყვდელი არიან სარდაფებში, სადაც მატერიალური კეთილდღეობის სხივიც კი არ აღწევს, მათ სწყურიათ ბედნიერება, მაგრამ ეს ლანდით თუ მოეჩვენებათ ხოლმე; ბევრი მათგანი როგორც სიცოცხლეს, ისე საკუთრებას არავითარ ფასს არ სდებს. ბევრი მათგანი სულ ტანჯვაში ატარებს თავის სიცოცხლეს, ქლექდება და კვდება—ისე, რომ წარმოდგენაც არა აქვს, თუ რა ბედნიერებაა ადამიანისათვის სიცოცხლე. გაბინძურებულ ანტიპოიგენურ ბინებში, რომელიც მოკლებულია მზის სხივებსაც კი, ბოროტ მოქმედება სწრაფად ვრცელდება—როსკიბი, მოხეტიალე, ლოთების უკანონო, ღვთის ანაბარად მიგდებული შვილები, რასაკვირველია, ამრავლებენ ბოროტმომქმედთა არმიას. ყველა ესენი, ვინაიდან ბავშობიდანვე მოკლებული არიან ყოველგვარ დადებითი პრინციპებს, ჰკარგავენ ზნეობას, ირყვნებიან და ამიტომ ხშირად ჩადიან საშინელ ბოროტებას.

ზოგიერთის აზრით, ღარიბ-ლატაკნი დიდად ჩამოჰკავს მოხეტიალეს. ეს კი ახლო უდგას ბოროტმოქმედს. ხეტიალი ცხოვრება დიდად უწყობს ხელს ბოროტმოქმედების გავრცელებას მუშა კლასის წრეში. სიღარიბე და სიღატაკე ურღვევს კვებას, უშლის ნერვულ სისტემას და, უეჭველია, დიდ ნიადაგს უმზადებს ბოროტებას, განსაკუთრებით, როდესაც ადამიანი აღჭურვილია მექვიდრობით დევგენრატული კონსტიტუციით, არასაკვირველია, არ შეიძლება იმის მტკიცება, რომ ყოველი ადამიანი, რომელიც იმყოფება ასეთ პირობებში, ბოროტმოქმედდება, მაგრამ არ შეიძლება იმის უარყოფაც, რომ ბევრი მათგანი ამგვარ პირობებში რომ არ ყოფილიყვნენ, ბოროტმოქმედათ არ გადაიქცეოდა.

აქვე უნდა მოვიხსენიოთ, რომ ლოთობასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ბოროტმოქმედების გავრცელებაში. აუარებელი ბოროტმოქმედება ხდება ალკოჰოლის ზეგავლენით, რომელიც, როგორც ვიცით, დიდ გავლენას ახდენს ადამიანის ფსიქიურ სფეროზე. ზოგიერთი სტატისტიკოსების გამოანგარიშებით 50% ბოროტმოქმედებისა ალკოჰოლიზმის შედეგია. ლოთობას და ბოროტმოქმედების შუადამოკიდებულება დიდი ხანია შექმნილია და ბევრი ავტორის დაკვირვებაც ამას გვეუბნება, რომ რამდენადაც მატულობს ლოთობა, იმდენად იზრდება ბოროტმოქმედებაც. პროფ. ხიკორხის აზრით, „სატუსალოთა ცხრა მეათედი დაცალიერდებოდა, რომ შესაძლო იყოს კაცობრიობის გამოფხიზლება.“

ანაირად ექვს გარეშეა, ბოროტმოქმედების გავრცელება. განვითარებას ხელს უწყობს, როგორც წრე, ისე ცხოვრების პირობები. როგორც აღვნიშნეთ, დაღმანი ბოროტმოქმედებს ჰყოფს ჩვეულ და თანდაყოლილად—მისი აზრით, ჩვეული ბოროტმოქმედი ნორმალურ ფსიქიურ აგებულებისა და თუ ბოროტმოქმედებს, მხოლოდ ცუდი პირობების გავლენის გამო; თანდაყოლილი ბოროტმოქმედი კი ნორმალური აგებულებისა და როგორ პირობებშიც არ უნდა ჩავაყენოთ იგი, მაინც არ ასცდება ბოროტმოქმედებას.

მიუხედავად ამისა, განსხვავება მათ შორის მაინც არც ისე მძაფრია როგორც ეს, შეიძლება, ბევრს ეჩვენოს. როგორც პირველის, ისე მეორეს ბოროტმოქმედება არის ორი ფაქტორის შედეგი: ანატომო-ფიზიური აგებულების და სოციალური წესწყობილების ზეგავლენისა. თანდაყოლილ ბოროტმოქმედს უფრო ეტყობა ფიზიურ აგებულების გავლენა, ჩვეულს გარემოცულ წრის და ცხოვრების პირობების, მაშასადამე, ამათ შორის განსხვავება უფრო რაოდენობითია, ვიდრე ვითარებითი. ზემოდ ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ ბოროტმოქმედება თითქმის ყოველთვის გადაგვარების ნიადაგზე ვრცელდება. ზოგიერთი მეცნიერი, მაგ; დაღმანი, ფიქრობს, რომ გადაგვარების დროს ადამიანს პირველ ყოვლისა ეტყლება ის, რაც მისთვის მიუცია ცივილიზაციას, კულტურის, ე. ი. ზნეობის უმაღლესი პრინციპები და აბსტრაქტიული წარმოდგენა—ბოროტმოქმედებისა კი, როგორც ვიცით, ზნეობრივ პრინციპების დაჩლუნგვაა. აი რას გვეუბნება ამის შესახებ დამოჩენილი რუსი მწერალი—ბელეტრისტი დობტოვსკი: „პირველივე შესხედეთ შეგეძლოთ შეგემჩნიათ რაღაც თავისებური ამ განცალკევებულ ოჯახში... საზოგადოდ, ყველა ესენი, გარდა რამოდენიმე მხიარულ ადამიანისა, რომელნიც ყველას სძაგდა, წარმოადგენდნენ დაღვრემილ, ხარბ, მკვებარა, ფორმალისტ ხალხს. მათ არასფერი არ აოცებდა, არასფერი არ აკვირებდა, ასეთი



მოვლენა ითვლებოდა უმაღლეს ხარისხად. ყველა გამსჭვალული იყო მხოლოდ იმ აზრით, როგორ დაეკავებინათ თავი გარეგნულად. მათში იყვნენ იმისთანები, რომელთაც უბრალოდ ექირათ თავი, მაგრამ ამისთანავე, უკიდურესობამდე ამაყობდნენ. საზოგადოდ, ამაყობას და გარეგნობას პირველი ადგილი ექირა. ბევრი მათგანი საშინლად გარყვნილი იყო, ჭორიკანობას ბოლო არ უჩანდა-ეს იყო ჯოჯოხეთი, ბნელეთი. რამოდენიმე წლის განმავლობაში მე არ შევხვედრივარ იმისთანა ადამიანს, რომელსაც გამოეთქვა შენანება ან ჩაფიქრებულყო თავის ბოროტმოქმედებაზე, უმეტესი ნაწილი—არ სცნობდა თავის დანაშაულობას და ბავშვივით იმართლებდა თავს. ამოდენა ხნის განმავლობაში შესაძლო იყო შემემჩნია მათში რაიმე გულის ტანჯვა, რაიმე წუხილი, მაგრამ ამას ადგილი არ ჰქონია... პატიმართ სინიღისის ქეჯნა ვერ შევაჩნეი“.

ეს სიტყვები საკმარისად გვისურათებენ, თუ რა უარყოფითი თვისებებით ყოფილა შემკობილი ბოროტმოქმედების აგებულება. მესამე კატეგორიას შეადგენს სულით დაავადებულ ბოროტმოქმედთა ტიპი. ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ ძნელია გამოცნობა, სად თავდება ბოროტმოქმედება და სად იწყება სულით დაავადება. მაგრამ მიუხედავად ამისა ბოროტმოქმედს ბევრ შემთხვევაში მინც ეტყობა სულით დაავადების ნიშნები, ამის მაგალითებიც ბევრია აწერილი ლიტერატურაში—მაგ. იონისიმე („მოძღვარი“ ალ. ყაზბეგისა) ძალდატანებითი იღვების გამო მოკლა თავის ბავშობიდან საყვარელი მაცყალა. ამ იღვებისვე გავლენით გაბრიელმა მოკლა თავის ბატონი დათიკო („გლახის ნამბობი“ ი. ჭავჭავაძისა) და გავარდა ყაჩაღი. დიდი გავლენა აქვს ბოროტმოქმედებაზე სქესობრივ გრძნობის შერყენილობასაც. ბევრი მაგალითია აწერილი, საიდანაც ჩანს, თუ რა სისაძაღვლეს ჩადის ადამიანი სქესობრივ სურვილის დასაკმაყოფილებლად. ცნობილი ბერტნარი („სქესობრივ გრძნობის შერყენა“ ვ. ტარნოვსკისა) სტკებოდა მხოლოდ მაშინ, როდესაც მიცვალებულზე ასრულებდა სქესობრივ აქტს და მერმე სჭრიდა ნაკუწ-ნაკუწად. ერთი პეტერბურღელი გრაფი სტკებოდა იმით, რომ ქირაობდა გარყვნილ ქალებს, ატიტვლებდა, ათამაშებდა, მერმე ასრულებდნებდა ბუნებრივ საჭიროებას და... რომანისტებსაც მეტად ლამაზად აქვთ აწერილი ამგვარი ბოროტმოქმედება—ჟაკ-ლანტიეს („ადამიანი—მეცი“ ზოლასი) გულგრილად არ შეეძლო ქალის დანახვა, დანახვისთანავე მას აღევზნებოდა ვულნერებელი სურვილი ხანჯლის ან დანის ჩაკვრისა ყელში“. რა მშვენიერად აქვს აწერილი ზოლას ჟაკის სულის მღვამარეობა, როდესაც იგი აპირებს თავის მსხვერპლის მოკვლას. „ჟაკმა გაუხსნა პერანგი ფლორას—უცბად შეჩერდა და გაულმვა ხელიდან, სწრაფად შეიპყრო რალაც სიგიჟემ, სისხლის წყურვილმა, დიწყო იარაღის ძებნა. დახვეულ თოქში შეამჩნია მაკრატელი, აღვზნებულმა სტაკა ხელი, უნდოდა ჩაეკრა ქალის გულში, მაგრამ უცბად შეჩერდა, რალაც ჟრუნტელმა გაურბინა სხეულში და გავარდა გარედ, როგორც გიეი. როდესაც ჟაკი ახალგაზრდა იყო, ხანდახან რალაც ხმა ჩასძახოდა „მოკალ, მოკალ ქალიო“, იგი გრძნობდა რალაც გიეურ სურვილს კაცის სისხლის დაქცევაში. სხვა ახალგაზრდა ყმაწვილები დავაეკაცებისას გრძნობენ ქალის დაახლოვების სურვილს, ის კი გიეურად ელოდა; დამტკბარიყო ქალის უკანასკელი ფანცქალით, აგონიით—ღმერთო! რა მემართება? ეკითხებოდა თავის თავს. მის აგონდებოდა ნა-

ცნობი დედაკაცები, იზიდავდა მათთან მას მხოლოდ სისხლის წყურვილი... ერთ-  
ხელ გაღესა დანა, უნდოდა ჩაეკრა ერთი ქალის კისერში, რომელიც ხშირად  
ჩამოვილიდა ხოლმე მის თანჯარასთან. იმ ქალს ლამაზი კისერი ჰქონდა, ყურის  
ქვემოდ პატარა ხალი; აი ამ ხალში უნდოდა ჩაეკრა დანა“. მეორე ადგილს ზო-  
ლამ მოგვითხრობს: „ის კაცი, რომელიც ნახა ჟაკმა, ვერ შეაშინა მიზნის მიღწე-  
ვამ, მან მოჰკლა და გააქარწყლა სისხლის წყურვილი. რა ბედნიერებაა თავის  
მშობრობის დამარცხება! რა ბედნიერად უნდა გრძნობდე თავს, როდესაც ხან-  
ჯალს ჩაჰკრავ გულში. ის კი იტანჯებოდა ხუთი წელი ტყუილი სურვილით“.  
რომანის ბოლოს ჟაკმა იგრძნო ბედნიერება—მოჰკლა თავის საყვარელი სევერინა.

არა ნაკლებ საინტერესოა სულით ავადმყოფი ბაბუცა („სისხლით დაფუ-  
ფა“ ვ. ბარნოვისა). „ქიქიკომ მიაყუდა წალდი ბუხართან და მიწვა. მკვდარივით  
და მაშვრალს—ძილში თავი გადაუგორდა მუთაქიდან და ყელის ნაკეები დაე-  
ჭიმა, თეთრი ზოლები დააჩნდა ყელზე. დედაკაცი მისჩერებოდა მძინარე ქმარსა  
და თვალეები ცეცხლივით უღვივოდნენ. ქალი ხედავდა გადაწეულ ყელის ძარ-  
ღევებში სისხლის მოძრაობას, ესმოდა სისხლის ნაკადულების ხმა, გრძნობდა თბი-  
ლი სისხლის სუნს—კისერი წაიგძელა და სმენად გადაიქცა, თითქო, რამ ხმაუ-  
რობა შემოესმა, მაგრამ არა. ყურმა მოატყუილა, ჩამი-ჩუმი არსად იყო, მიუახ-  
ლოვდა მძინარეს, დანა გამოუსვა ყელში და სურვილით დაეწაფა შადრევანს“.  
არა ნაკლებ საინტერესოა სულით ავადმყოფ ბოროტმოქმედის ვნახულობთ დოხ-  
ტოვესკის ცნობილ რომანში „დანაშაული და სასჯელი“. ფსიქოპათი—დეგენე-  
რატი რასკოლნიკოვი იმპულსიურ იდეების ზეგავლენით კლავს ადამიანს, თუმცა  
აგებულებით სრულიად საღი იყო.

ბნელით, პარანოიით და სხვ. სულით დაავადებულნიც ხშირად სჩადიან ბო-  
როტებსა. ბნელიანები ხშირად ბოროტმოქმედობენ შეგნების დახშობით, საზინე-  
ლი ვალიუტინაციების და ილიუზიების ზეგავლენით, პარანოიანები—დეგენის ბოდ-  
ვითი იდეების სხვა ავადმყოფნი—ჰკლავენ, ძარცვავენ ინტელექტის განუვითა-  
რებლობის გამო—ზოგიერთი სულით ავადმყოფი ძალიან მალე აღიგზნება და  
ოდნავი მოცილეობა აყენებს პათოლოგიურ აფექტის მდგომარეობაში, რის გამო  
ხშირად ხდებიან ბოროტმოქმედნი.

რასაკვირველია, ასეთი ბოროტმოქმედნი მოთავსებული უნდა იყვნენ ფსი-  
ქიატრულ საავადმყოფოებში და არა ციხეებში და „ოსტროგებში“, მაგრამ სამ-  
წუხაროდ, ამას ბევრი არ უწევს ანგარიშს.

ამნაირად, ჩვენ დროს მეცნიერება ითვალისწინებს ბოროტმოქმედებს არა  
როგორც განყენებითი შეგნებას და ცალკე დანაშაულს, რომელიც დამოკიდებუ-  
ლია ავ ნებაზე, არამედ როგორც გამონატულებას ადამიანის მთელი სხეულისა.

აი როგორ ახასიათებს ძველი სისხლის სამართლის სისტემის მიმართუ-  
ლებას ცნობილი იურისტი, კონი: „ძველ სისხლის სამართლის სისტემას არ  
შეეძლო, ან უკედ რომ ვთქვათ, არ უნდოდა გამოეკვლია ბოროტმოქმედება,  
როგორც სულის ერთგვარი მოძრაობა. ცოცხალი ადამიანი თავის ინდივიდუა-  
ლობით უცხო იყო იმისთვის, მას არ უნდოდა მისი გაცნობა და ყოველნაირად  
ცდილობდა არ შეხვედროდა მათ. დანაშაულობას სწონიდა მექანიურად, უპრავ-  
ლეს შემთხვევაში დაინტერესებული იყო საქმის № და არა თვით ადამიანის ბუ-

ნებით, საქმის გარჩევის შემდეგ დამნაშავე შემოჰყავდათ იმისთვის კი არა, ნება მიეცათ სიტყვის წარმოთქმისა, თავის გამართლებისა და დაცვისათვის, არამედ მორჩილებით დადგენილების ხელის მოსაწერად. იგი წარმოადგენდა რაღაც განდგომილს, რომელსაც არ ჰქონდა არც სხეული და არც სისხლი, კაცთა მიერ განყენებულს გამოუტანდნენ განყენებულ სასჯელს“.

ფსიქიატრიამ დიდი სარგებლობა მოუტანა ამ ცოცხალ კაცს—იგი დაღი-  
 დებს, რომ ბოროტების წამლობა ისეთივე უნდა იყოს, როგორც სულით ავად-  
 მყოფისა. მას შენდებ, რაც გამოჩენილმა პინელმა ბორკილი ახადა სულით ავად-  
 მყოფებს, მათ შორის მორჩენილთა რიცხვმაც ძლიერ იმატა. ყველასთვის ცხადი  
 უნდა იყოს, რომ მათი წამლობა უფრო დაიცავს საზოგადოებას მავნე ელემენ-  
 ტებისაგან, ვიდრე ციხეები და სატუსალოები, რომლებიც, შექველია, ბოროტ-  
 მოქმედების ნამდვილ ბუდეთ უნდა ჩაითვალოს. ჩვენი ცხოვრების პირობები  
 თანდათან იცვლება და ჩვენც უნდა ვიმედოვნოთ, რომ ბოროტმოქმედის ხვედ-  
 რიც სასურველად შეიცვლება.



## წერილი რედაქციის მიმართ.\*)

პატივცემულო ბატონო რედაქტორო!

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ში № 1-2, 1926 წ., მოთავსებული პროფ. ბერიტაშვილის წერილი, რომელშიაც იგი ცდილობს უარყოფითად დახასიათებას, როგორც ჩემი სამეცნიერო მოღვაწეობის, აგრეთვე ჩემი პიროვნების. ნაწილი მისი წერილისა წარმოადგენს კრიტიკულ ანალიზს ჩემი ორი სამეცნიერო შრომის, დაბეჭდილი გერმანულ ჟურნალში „Zeitschrift. f. Biologie“, Bd. 83, 1923 წ. და მეორე ნაწილში, ბ-ნი ბერიტაშვილი აღნიშნავს ჩემს „მეცდომებს“, ეთიკური ხასიათისა, დაშვებულთ ჩემგანთ აღნიშნული შრომების ვითარც მისი სახელით დაბეჭვდით.

ჩემს პასუხში მე შევეხები მხოლოდ ამ წერილის სამეცნიერო ნაწილს, რადგანაც ეთიკური ხასიათის საკითხებზედ ბ-ნი ბერიტაშვილთან კამათის გამართვას ზედმეტად ვცნობ შემდეგი მოსაზრებებით: 1. ამგვარი ხასიათის საკითხები საკმაოდ გარკვეული იყო და გაშუქებული იმ კომისიის მიერ, რომელიც დაინიშნა ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამგეობის განკარგულებით გამოსაძიებლად იმ მიზეზების, რომელთაც ავკიძულეს როგორც მე, აგრეთვე დანარჩენი ფიზიოლოგიის კათედრის თანამშრომლები უარი გვეთქვა ბ-ნი ბერიტაშვილთან ერთად მუშაობაზედ. 2. ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საბჭოს და გამგეობის სხდომების ოქმები 1925 წლისა მოწმობენ, რომ ბ-ნი ბერიტაშვილს არაერთხელ გაულაშქრებია თავის ყოფილ თანამშრომლების წინააღმდეგ სრულიად უსაფუძვლო ბრალდებებით. ერთ-ერთ საბჭოს სხდომაზედ მას საჯაროთ უსაყვედურეს, რომ ამგვარი უსაფუძვლო გამოსვლები ნაკარნახევია მხოლოდ შურისძიებით და მოსთხოვეს ასეთი დევნის მოსპობა.

ერთი ახალი გარემოება არის მხოლოდ ბ-ნი ბერიტაშვილის წერილში, ეს — მისი განცხადება, რომ ჩემი ზემოხსენებული შრომები მე დავებეჭდე მისი სახელით. ჩემი შრომების ამონაბეჭდები მოიპოვება უნივერსიტეტის მთავარ წიგნთსაცავში და „თანამედროვე მედიცინის“ რედაქციაში და ყველას შეუძლიან დარწმუნდეს, რომ ჩემ შრომებში არავითარი ხსენება ბ-ნი ბერიტაშვილის სახე-

\*) კოლეჯიუმის გამგეობის თხოვნით რედაქცია აცხადებს, რომ ასისტენტი ცქიმიანური უნივერსიტეტიდან დათხოვნილი არ იყო.

ამ წერილის მოთავსებით — კამათს ვსაობთ პროფ. ბერიტაშვილის და ექ. ცქიმიანურის შორის. რედაქცია აცხადებს, რომ შემდეგში ჩვენი ჟურნალის ფურცლებზედ აღარ ექნება ადგილი ისეთ კიდოთი დაწერილ წერილებს, როგორც იყო დაწვებული ეს სამეცნიერო კამათი.

ლის არ არის. ჩემი შრომები მე ვავგზავნე დასაბუქდათ შემდეგი წარწერით სა-  
 თაურის ქვეშ: „ტფილისის სახელწიფო უნივერსიტეტის ფიზიოლოგიის ლაბო-  
 რატორიის ასისტენტი.“ ამის ქვეშ მოთავსებულია თარღი რედაქციის მიერ,  
 როდესაც ეს შრომები მიღებული იყო „პ თებერვალი 1925 წ.“ ამ დროს მე  
 გახლდით ასისტენტად სწორედ ფიზიოლოგიის კათედრის, ამისთანა წარწერა  
 განა გულისხმობს ბ-ნ ბერიტაშვილის რაიმე მონაწილეობას ჩემს შრომებში?  
 სრულიადაც არა, რადგანაც ცნობილია ის ფორმა რომლითაც აღნიშნავენ სა-  
 მეცნიერო დაწესებულების გამგის მონაწილეობას შრომაში, სახელდობრ, აღ-  
 ნიშნავენ დაწესებულების და მისი გამგის სახელებს სათაურშივე. მართალია  
 ჟურნალის რედაქციას, თავის ინიციატივით, აღუნიშნავს ჟურნალის სარჩევში,  
 და ამონაბუქედების ყდაზედ, რომ შრომები შესრულებულია ფიზიოლოგიის ლაბო-  
 რატორიაშით, მაგრამ არც ეს გარემოება უთითებს უქვევლად ბ-ნ ბერიტაშვილ-  
 ლის მონაწილეობაზედ ჩემს შრომებში. რადგანაც ფიზიოლოგიის კათედრა და  
 ლაბორატორია უნივერსიტეტებში შეიძლება ორიც იყვეს, როგორც ამჟამად  
 ჩვენს უნივერსიტეტშია. ამის გარდა, მე სრულიად არა ვარ დაინტერესებული  
 ჩემს ორიგინალურ ნაწარმოებში ბ-ნ ბერიტაშვილის მონაწილეობა იგულისხმონ.  
 რომ მომესპო ნიადაგი ამგვარი ექვეებისათვის მე ვაუგზავნე ჟურნალის რედაქ-  
 ტორის წერილი, რედაქციის მიერ დაშვებულ შეცდომის შესახებ და ვსთხოვე  
 განცხადება, რომ შრომები დამუშავებულია და დაბუქდილი ჩემს მიერ სრულიად  
 დამოუკიდებლად. ამ წერილის რედაქცია შემუშავებული იყო ბ-ნ ბერიტაშვილ-  
 თან შეთანხმებით. მე ვფიქრობ, და პატივცემული მკითხველიც დამეთანხმება,  
 რომ ამით ბ-ნი ბერიტაშვილი უნდა დაკმაყოფილებულიყო, მაგრამ აშკარაა ამ  
 შემთხვევაშიაც ბ-ნ ბერიტაშვილის უსაფუძვლო გამოხვლას ჩემს წინააღმდეგ სარ-  
 ჩულად უდევს იგივე შურისძიება, რომელზედაც მას საჯაროდ უსაყვედურეს  
 საბჭოს სხდომაზედ.

ჩემი სამეცნიერო მოღვაწეობის უარყოფითი შეფასებაც ნაკარნახევი აქვს  
 ბ-ნ ბერიტაშვილს ალბად ამგვარივე მოტივებით, რადგანაც მისი კრიტიკა ჩე-  
 მი შრომებისა ფრად სუსტი და უსაფუძვლოა: არც ერთი საკუთარი დაკვირ-  
 ვება მას არ მოჰყავს თავის წერილში, არც ერთი ჩემ შრომებში მოყვანილი  
 ცდებიდან მას არ გაუშეორებია. ჩემს დასკვნებს რომელთა ორიგინალობას თვი-  
 თონ სცნობს, კრიტიკას უწევს უფაქტებოთ, მხოლოდ თავის ცარიელ მოსაზ-  
 რებებით. ზოგს მნიშვნელოვან დაკვირვებას ჩემს შრომებში იგი გვერდს უხვევს,  
 არ იხსენიებს. მაგალითად იგი სწერს: „რომ ვაგუსის შემკავებელი ფუნქცია (უ-  
 დდება წყოიწადის თბილ დროში და უკეთესდება ცივ დროს—ზამთარში ეს  
 დიდი ხანია ცნობილია ფიზიოლოგიის პრაქტიკაში“. რამდენი ხანია და ვისგან  
 არის ეს დაკვირვება მოხდენილი ბ-ნი ბერიტაშვილი არ ასახელებს. ნუ თუ და-  
 იფიწყდა მას, რომ ვაგუსის შემკავებელ მოქმედების ჩვენება ლექციებზედ სტუ-  
 დენტებისათვის ზამთრობით გვიხდებოდა და არც ერთხელ ეს შეკავება არ  
 მიგვიღია და არც მიზეზი იცოდა ბ-ნ ბერიტაშვილმა ვიდრე მე აღმოვაჩენდი,  
 რომ ზამთარში შეკავების მიღება შეიძლება მხოლოდ ძალიან მცირე სიხშირის  
 ნაკადით? ნუ თუ დაავიწყდა ბ-ნ ბერიტაშვილს, რომ უკანასკნელად ეს ცდა ლექ-  
 ციაზე ჩემი მეთოდით იყო ჩატარებული და კარგად გამოვიდა?

რატომ უხევეს ამ ფაქტს ბ-ნი ბერიტაშვილი გვერდსა? შემდეგ იგი განაგრძობს თავის კრიტიკას: „დაკვიშირება ვაგუსის შემკავებელი ფუნქციისა თბილ და ცივ დროსთან ექიმ ცქიმანაშორის შრომებში ორიგინალურია, მაგრამ უსაფუძლოა“. რომ ჩემი დასკვნა საფუძვლიანი არის ამას ვამტკიცებ მთელი წლის განმავლობაში სისტემატიურად ჩატარებულს ექსპერიმენტალური გამოკვლევის შედეგებით და ბ-ნი ბერიტაშვილი კი ამ დასკვნის გაბათილებას ცდილობს მხოლოდ ამისთანა ფრაზებით: „ტფილისის მიდამოებში და ყველგან ევროპაში აპრილსა და მაისში უფრო გრილა ვიდრე აგვისტოს და სექტემბერში, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, აპრილ მაისში ვაგუსი შეაკავებს გულს გაცილებით უფრო ნაკლებ ვიდრე აგვისტო სექტემბერშიო“. ვისი დაკვირვებაა ეს; რატომ არ ასახელებს ბ-ნი ბერიტაშვილი, ან ასეთი მეტეოროლოგიური ცნობები საიდან მიიღო? ევროპაში ასეთი დამეტრულად მოწინააღმდეგე პოლიუსებია ჰაეის მხრივ, როგორც მაგალითად სკანდინავია და იტალია, არხანგელსკი და ნიუცა-ნეაპოლი. ამ პუნქტებიდან ჰავით არც ერთი არ წააგავს ტფილისს. აშკარაა ბ-ნი ბერიტაშვილს არც საკუთარი დაკვირვება აქვს და არც სხვა ფაქტები იცის ამ საკითხის შესახებ. ჩემი ცდებიდან კი ნათლად სჩანს, რომ რამდენადაც ტფილისში საშუალო t-<sup>0</sup> გაზაფხულისა უახლოვდება შემოდგომისას, იმდენად, მართლაც, ვაგუსის შემკავებელი ფუნქცია თანაბარია გაზაფხულზე და შემოდგომაზედ. იხ. კარდოიგრამები I a., I b., I c., მიღებული 2 მაისს და III a, III b., III c მიღებული 18 აგვისტოს 1925 წ. ამ საკითხის ლიტერატურული წყაროებიდან ბ-ნი ბერიტაშვილს მოჰკავს მხოლოდ კარლ კორის გამოკვლევა. მეორე, მისგან მოყვანილი, ავტორების დავეირვებები, ტრედელენბურგისა და ვორონცოვისა, აღნიშნულია ჩემს პირველ შრომაში და ბ-ნი ბერიტაშვილი აქ ახალს არაფერს ანბობს. მხოლოდ ბ-ნი ბერიტაშვილი შეცდომას აკეთებს და ამტკიცებს, რომ ოპტიმალური სიხშირე ვაგუსის გაღიზიანებისა გულის შესაკავებლად, 30 წუთში, პირველად ვორონცოვის მიერ იყო დადგენილიო. სრულიადაც არა! პირველი ავტორი, რომელმაც დაადგინა ვაგუსის გაღიზიანების ოპტიმალური რითმი გულის შესაკავებლად, 10—30 წუთში, იყო მორატი, 1894 წ., იგივე შედეგები მიიღო 1902 წ. ტრედელენ-ბურგმა და 1909 წ. ბუსკეტმა. ამას ვორონცოვიც აღიარებს თავის შრომაში. ვორონცოვმა იგივე შედეგები მიიღო თავის გამოკვლევის დროს 1913 წ., მხოლოდ მან აღნიშნა, რომ მცირე სიხშირის (5 წუთში) და დიდი სიხშირის (100 წუთში) გაღიზიანების რითმი აგრეთვე აკავებს გულს, მაგრამ უფრო ძნელად, ვიდრე საშუალო რითმის გაღიზიანება (30 წუთში). ჩემი გამოკვლევის მასალებიდან კი აღმოჩნდა, რომ გულის შესაკავებლად ვაგუსის გაღიზიანების რითმის ოპტიმუმი ცვალებადობს სეზონის მიხედვით. ზამთრობით ეს რითმი მცირდება იმდენად, რომ ზაფხულის ოპტიმალური რითმი, დადგენილი ზემოდ მოყვანილი ავტორებისაგან, ან სულ არ აკავებს გულს ან და გაცილებით უფრო ძნელად, ვიდრე ასეთი მცირე რითმი, როგორც 1—3 კვეთება წუთში. (იხილე კარდოიგრამები ჩემს შრომაში V. a, V b, V c.) ასეთია ამ საკითხის ფაქტიური მხარე. ბ-ნი ბერიტაშვილი კი ამტკიცებს, რომ ეს მოვლენა დიდი ხანია ცნობილია ფიზიოლოგის პრაქტიკაშიო. ეს იმიტომ რომ იგი სუსტად იცნობს ამ საკითხის ლიტერატურას. მაგალითად, კარლ კორის დაკვირვებების მოყვანის დროს



ბ-ნი ბერიტაშვილი შემდეგ შეცდომას აკეთებს. იგი სწერს: „კარლ კორიმ დაამტკიცა, რომ შეიძლება ზაფხულის ბაყაყზედ ჩვეულებრივი მძლავრი შეკავებაც მივიღოთ თუ რომ სიმპატიკუსის მოქმედება რამენაირად შევასუსტეთ, მაგალითად ერგოტამინით ან ფიზოსტიგმინით მოწამვლით“. ერგოტინის პრეპარატები და ფიზოსტიგმინიც სიმპატიკუსზე კი არ მოქმედებენ, არამედ ვაგუსზე. პატარა დოზებით ვაგუსის აღზნებას იწვევენ და გული ადვილად კავდება, დიდი დოზები კი ვაგუსის დაბლოკვების დამბლას იწვევენ და გულის მუშაობა სიმპატიკუსის გავლენით აჩქარდება. (კობერტი 1893, დოგელი 1895, კრავკოვი. აქედან კარლ კორიმ დაასკვნა, რომ ზაფხულის ბაყაყის გული ნაკლებად შეკავდება იმიტომ, რომ სიმპატიკუსი სჭარბობს ვაგუსის მოქმედებას, და ვაგუსის მოქმედება, რომ გავაძლიეროთ ერგოტამინით ან ფიზოსტიგმინით, მაშინ შეკავება ისევ ადვილად ხდებაო. კარლ კორის დასკვნები ჩემ დასკვნებს არ ეწინააღმდეგება. მე, ჩემ შრომაში, არ ვიკვლევ რა მიზეზით ხდება გულის ფუნქციონალური მდგომარეობის გაუმჯობესება. კარლ კორი მიზეზად სთვლის სიმპატიკუსის მოქმედების გაძლიერებას შედეგად ფარისებრივი ჯირკვლის შინაგანი სეკრეციისა. შეიძლება ეს მართალი მოსაზრებაც იყოს. მაგრამ ჩემ შრომაში, კარდოგრაფები II a, II b, II c. ამტკიცებენ, რომ შეიძლება ზაფხულშიაც შევკავოთ გული მძლავრი ნაკადით ორივე ვაგუსების ერთდროულად გალიზიანებით. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ სიმპატიკუსის მოქმედება რომ სჭარბობდეს ზაფხულის ბაყაყზედ ვაგუსისას, ეს მძლავრი ნაკადი უფრო იმოქმედებდა სიმპატიკუსზე და შეკავების მაგივრად აჩქარებას მივიღებდით. რაც შეეხება ფარისებრი ჯირკვლის სეკრეტის გავლენას სიმპატიკუსზე შეიძლება ითქვას, რომ გორმონული თეორიის თვალსაზრისით ცენტრალური ნერვული სისტემის გულზე გავლენის ახსნა—ეს ახალი მიმართულებაა ფიზიოლოგიაში, ჯერ ნაკლებად გაშუქებული და იმდენად სადაო, რომ ხშირად გამოჩენილ ფიზიოლოგებსაც კი, ერთი და იგივე მეთოდით გამოკვლევის დროს, მიუღიათ მოწინააღმდეგე მნიშვნელობის შედეგები. მაგალითად ო. ლევიმ 1922 წ. ფრიალ მნიშვნელოვანი დაკვირებანი გამოაქვეყნა. იგი აღიზიანებდა ხან ვაგუს, ხან სიმპატიკუსს და ამავე დროს ბაყაყის გულში ატარებდა რინგერის ხსნარს. შემდეგ ამ შეგროვილ ხსნარებს გაატარებდა საკონტროლო გულებში, და უკვე ამ ნერვების გალიზიანებლად იღებდა ისეთსავე შეკავებას და განჩარებას, როგორც ამ ნერვების გალიზიანების დროს. აქედან მან დაასკვნა, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის გავლენა გულზე გორმონული ხასიათისა არის. 1923 წ., მეორე გამოჩენილმა ფიზიოლოგმა, აშერმა, გაიმეორა ო. ლევის ცდები, მაგრამ განაცხადა, რომ მან ვერ მიიღო ისეთივე შედეგები და გამოსთქვა აზრი, რომ ამ ცდებს კიდევ ესაჭიროება გამეორებაო.

მეორე ჩემი შრომის შედეგების კრიტიკა ამგვარივე სუსტი არგუმენტაციით არის ჩატარებული. მაგალითად, ბნი ბერიტაშვილი სწერს: „დიდი ხანია ექვს გარეშედ არის ცნობილი, რომ ბაყაყის ცთომილი ნერვის შედარებით სუსტი გალიზიანება ზოგჯერ იწვევს გულის მოქმედების აჩქარება—გაძლიერებას. მრავალნაირი ცდებით იყო დამტკიცებული, რომ ეს გავლენა სიმპატიურ ბოჭკოების გავლენას უნდა მიეწეროს, რომელნიც ცთომილ ნერვს უერთდებიან gangl.“

Juglar-თან. „რატომ არ ასახელებს ბ-ნი ბერიტაშვილი ამ „მრავალნაირი ცდების“ ავტორებს? სხვა რომ არა იყოს რა, ეს უხერხულიცაა, რადგანაც მკითხველი შეიძლება შეცდომაში შევიდეს და იფიქროს, რომ ამ „მრავალნაირი ცდების“ ავტორი თვითონ ბ-ნი ბერიტაშვილი არის. ბოლოს ბერიტაშვილს მოჰყავს „მრავალი წყაროებიდან“, ერთი ავტორი, სკრამლიკი. მართალია, არსებობს სკრამლიკის მეთოდი სიმპატიკუსის გამოსაყოფად, გულთან ახლოს ვაგო-სიმპატიკუსის ტოტიდან. „გამოყოფილ სიმპატიკუსის ბოჭკოებს სკრამლიკი აღიზიანებდა და მხოლოდ გაჩქარებას იღებდაო, და იქვე ბოჭკოთა სხვა კონების გაღიზიანება მხოლოდ გულის შეკავებას იძლეოდაო“. ბ-ნი ბერიტაშვილი წერილის ბოლოში აკრიტიკებს იმ მეთოდს, რომლითაც მე ვსარგებლობდი ვაგუსის ცალკე გაღიზიანებლად მოგრობ ტვინში, მისი ცენტრიდან. იგი სწერს, რომ 2-მილიმეტრის სიშორეზედ სიმპატიკუსი უერთდება ვაგუსს და აჩქარება იმას უნდა მივაწეროთ. სკრამლიკის მეთოდით გაღიზიანების დროს ორივე ნერვის ბოჭკოები ისე მჭიდროდ არიან გადახლართულები, რომ რა როდის ღიზიანდებოდა სკრამლიკის ცდის დროს ეს ისევე ბ-მა ბერიტაშვილმა გადაწყვიტოს. როგორც ჩემი პრაქტიკიდან ვიცი, სკრამლიკის მეთოდით სიმპატიკუსის გამოცალკევება ისეთ რთულ ოპერაციას წარმოადგენს, ამ დროს პრეპარატი იმდენად ზიანდება და სისხლით იცლება, რომ მასზედ მიღებული შედეგები საეკვოდ რჩება. სკრამლიკის მეთოდი ფიზიოლოგიაში არ არის ამის გამო მიღებული და მხოლოდ ისტორიულ ინტერესს წარმოადგენს. რაც შეეხება ბ-ნ ბერიტაშვილის შენიშვნას, რომ, თანახმად სკრამლიკისა, სიმპატიკურ ბოჭკოების საშუალებით გულის მოქმედების აჩქარებისათვის ერთი ორად ნაკლები გამაღიზიანებელი ძალა საჭირო, ვიდრე შემკავებელი ტოტებით გულის მოქმედების განულებისათვის, აქ შეიძლება ითქვას, რომ ბ-ნი ბერიტაშვილი სკრამლიკის დასკვნას ჩქარობს მიემხროს მხოლოდ ჩემს გასამტყუნებლად. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი აღვილად მოსძებნიდა მთელ რიგ ავტორებს იმ მოწინააღმდეგე შეხედულობის ამ საკითხზე, რომელიც მიღებულია ფიზიოლოგიაში, როგორც კანონი. ეს კანონი აღიარებს, რომ სიმპატიკუსის ეფექტის მისაღებად გულზე საჭიროა ვაცილებით მძლავრი ნაკადის ხმარება, ვიდრე შემკავებელ ნერვის—ვაგუსის ეფექტისა და, როდესაც ორივე ნერვი ერთად ღიზიანდებიან, მულად შეკავების ეფექტი სჭარბობს. აი ამ შეხედულების ავტორების სახელები: ბოვდიჩი 1873, ბაქსტი 1875, ბემი 1875. ყველაზე ვრცელი გამოკვლევები ამ საკითხში ეკუთვნის ბაქსტს, 1875 წ. ეს დაკვირვება არაყის არ შეუცვლია და მიღებულია დღევანდლამდის. მკითხველს შეუძლიან დარწმუნდეს ამაში შემდეგი ავტორებიდან: დოგელი 1895, 1905 წ. ვერიგო, ვორონცოვი 1913 წ. და თვითონ ბ-ნი ბერიტაშვილის მასწავლებელი პროფ. ვედენსკის წერილი (Русский Врач 1913 г. № 51).

ამაინარად, ბ-ნი ბერიტაშვილი, ამ ფრიად მნიშვნელოვან საკითხს, ვაგუსის მიერ გულის ცემის აჩქარების შესახებ სწყევტამს მხოლოდ სკრამლიკის დაკვირვებებით, რომელნიც არ არიან არაყისაგან ცნობილნი და ეწინააღმდეგებიან მთელ რიგ გამოჩენილ ფიზიოლოგთა დაკვირვებებს, ბოვდიჩი 1873, ბაქსტი 1875. ბემი 1875 და სხვები).

უკანასკნელი არგუმენტი ჩემი შრომის შედეგების გასაბათილებლად ბ-ნ ბერიტაშვილის განცხადებაა, რომ ცთომილი ნერვის მიერ გულის აჩქარების საილუსტრაციით მოყვანილს შრომაში პირველ ორს კარდიოგრამებზე ეს აჩქარება არ სჩანსო. აქ სრულიად აშკარადდება ბ-ნი ბერიტაშვილის ტენედენცია ვინდა თუ არა ჩემი გამტყუნებისა. ეს რომ არ იყოს, მაშინ ბატონი ბერიტაშვილი ან-გარიშს გაუწევდა ჩემ დასკვნებს, სადაც მე აღვნიშნავ, რომ ვაგუსით გამოწვეული გულის ცემის რითმის აჩქარება ჩვეულებრივ მნიშვნელოვანი არ არის და, რომ ეს აჩქარება უდრის ჩემს ცდებში 10-15 სისტოლაზე, 1 სისტოლას. ბ-ნი ბერიტაშვილი კი დაყენებით მოითხოვს, რომ აუცილებლივ გაზომილი იყოს 5 სისტოლა. საქმე იმაშია, რომ ცთომილი ნერვის გავლენით გულის აჩქარება თანდათან მატულობს, ამიტომ, ცხადია, რამდენიც მეტ ნორმულ სისტოლებთან იქნება შედარებული სისტოლები აჩქარების ფაზაში, იმდენად აჩქარება მეტი გამოვა. ეს შექვევლია ბ-ნმა ბერიტაშვილმა იცის, მაგრამ თავის პოზიციის გასამაგრებლად იგი გვერდს უხვევს ჩემს დასკვნებს და თავის ზომას იძლევა. მართალია ჩემ კარდიოგრამებზე ნორმულ სისტოლების რიცხვი 10-ზე ნაკლებია, რადგანაც რედაქციამ მთხოვა მათი შეკვეცა ჟურნალის ფორმატის მიხედვით, მაგრამ მე ვიღებ პირველ კარდიოგრამაზე 8 სისტოლას, ეს 8 სისტოლა მოდის 13,5 დროს აღსანიშნავ სიგნალის ტალღის განმაილობაში, შემდეგ, 13,5 ტალღის ვილებ ცირკულით გალიზიანების ხანაში და ამ 13,5 ტალღაზე მოდის 8+ გულის მრუდე+პაუზა და სისტოლა მე-9 მრუდისა. სისტოლის ხანგრძლივობა, როგორც მიღებულია ფიზიოლოგიაში იზომება პერპენდიკულიარით, ჩამოშვებული მრუდის წვეროდან ფუძეზე. ამ პერპენდიკულიარის მარცხნივ იქნება სისტოლა და მარჯვნივ დიასტოლა პაუზით. მეორე კარდიოგრამაზე 6 სისტოლა მოდის 8 ტალღაზე და ამ 8 ტალღის განმავლობაში მოდის გალიზიანების ხანაში 6 მრუდე და მეშვიდე მრუდის პაუზა და სისტოლა. რაც შეეხება მე-3 კარდიოგრამას, აქ ოთხ სისტოლაზე მოდის გალიზიანების ხანაში სრული ერთი მრუდე პაუზით და სისტოლა-დაისტოლით. მაშასადამე, თუ 8-10 წუთში მოდის ერთი სისტოლა და მეტიც აჩქარება, ერთ წამის განმავლობაში აჩქარება უდრის 4-ს სისტოლას და ასეთი აჩქარება ცთომილი ნერვის გავლენით გულის ცემის რითმისა და ამასთან ერთდროულად წინაგულების ამპლიტუდის შემცირება—ეს მნიშვნელოვანი ნოვლენაა. ეს მოვლენა აშკარადებს ცთომილი ნერვის გულზე მოქმედების ბუნებას. ამ მოვლენაზე აქ ამჟამად უადგილოა დაწვრილებით ლაპარაკი, ახლო მომავალში კი, როდესაც მოხსენებას გადავკეთებ ჩემს უკანასკნელ გამოკვლევებზე, ცთომილი ნერვის გულზე გავლენის მექანიზმის შესახებ, მაშინ წარმოვადგენ ამ საკითხზე უფრო უღავო ფაქტებს. მაშინ მიეცემა ბ-ნ ბერიტაშვილს საშუალება მობრძანდეს მოხსენებაზე და მიიღოს უფრო ვრცელი პასუხები თავის ავტორიტეტულ მოსაზრებებზე.

აი ასეთი სუსტი სამეცნიერო რესურსებით, სრულიად მოუმზადებლად იმ სამეცნიერო საკითხებში, რომელთაც ეხება ჩემი აღნიშნული შრომები, ბ-ნი ბერიტაშვილი შედის შეფასებაში ჩემი სამეცნიერო მოღვაწეობისა. მას არც კი შეუწუხებია თავი უკედ გასცნობოდა იმ პატარა ფაქტიურ მასალას მიანც, რომ ლითაც იგი სარგებლობს ამ თავის წერილში და შეუწყნარებელ შეცდომებს



აკეთებს. უეჭველია თვითონ ბ-ნი ბერიტაშვილიც გრძნობს ამ შემთხვევაში თავის პოზიციის სისუსტეს, მაგრამ მას აბედვინებს გამოლაშქრებას ორი გარემოება: 1 ცრუ რწმენა, რომელსაც იგი აშკარად აღიარებს, რომ ანგარიშის გამწვევი მას, როგორც მეცნიერს, ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში არავინ ჰყავს და 2. ის გრძნობა, რომელიც აპოკმედებდა მას ყოველთვის თავის ყოფილ თანამშრომლების წინააღმდეგ გამოსვლების დროს: შურის ძიება.

**ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფარმაცოლოგიის  
და ფიზიოლოგიის ასისტენტი ექ. გიორგი ცქიშანაური.**

## ქორეისკონდაენსიებო.

ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების წლიური კრება.

10 დეკემბერს შესდგა კრება ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებისა. თავმჯდომარედ კრებისა არჩეულ იქნა პროფ. ა. ალადაშვილი, მდივნად ექ. ივ. გველესიანი.

წაკითხულ იქმნა: 1) წლიური მოხსენება გამგეობისა ექ. კ. ტყეშელაშვილის მიერ, 2) ანგარიში მოლარისა ექ. ელ. ჩიჯავაძის მიერ (და 3) მოხსენება სარგ-ვიზიო კომისიისა ექ. მ. მგალობლიშვილის მიერ.

ექ. ნ. ყიფშიძე — იძლევა წინადადებას, რომ ეს ანგარიშები სრულიად დაიბეჭდოს ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ში და აგრეთვე ამონაბეჭდების სახით დაურიგდეს სხვა და სხვა დაწესებულებათ და პირთ.

წინადადება ექ. ნ. ყიფშიძისა ერთხმად იყო მიღებული.

პროფ. ა. ალადაშვილი — აღნიშნავს, რომ რამდენი წელიწადია ესწრება წლიურ კრებებს და ასეთი ნაყოფიერი მუშაობა საზოგადოებისა არასდროს არ ყოფილა. ეხება საზოგადოების მეცნიერულ მუშაობას და აგრეთვე ფინანსიურ მხარესაც და დასძენს, რომ დღევანდელი მოხსენებები მაჩვენებელია საზოგადოების მომწიფების და წინსვლადობისა. დასასრულ იძლევა წინადადებას, რომ მხურვალე მადლობა გამოეცხადოს ძველ გამგეობას (ხანგრძლივი ტაში).

შემოდის წინადადება, რომ ეთხოვოს ძველ გამგეობის მიერ შემადგენლობას კვლავ განავრძოს მუშაობა.

პროფ. ა. ნათიშვილი — გამგეობის სახელით მადლობას უძღვნის საზოგადოებას და აღნიშნავს, რომ გამგეობის მთლიანად ხელმეორედ არჩევა არ არის სასურველი, რადგანაც საქმიანობის გაცხოველებისათვის საჭიროა აუცილებლად გამგეობის შეცვლა და იძლევა წინადადებას არჩეულ იქნეს ახალი პირნი. პირადადთ მას არ შეუძლიან დარჩეს გამგეობის წევრად, ვინაიდან არც დრო და არც ჯანმრთელობა არ აძლევს ნებას პირნათლად შეასრულოს კვლავ ეს მოვალეობა.

ექ. ტყეშელაშვილი და ექ. ჩიჯავაძე — სრულიად იზიარებენ პროფ. ნათიშვილის განცხადებას და უარს აპიბობენ კვლავ დაიხიენ გამგეობის წევრებად.

ექ. ნ. ყიფშიძე — სთვლის, რომ პროფ. ნათიშვილას განცხადება სამართლიანია და მისაღები, მაგრამ საჭიროდ მიიჩნია რომ ახალ გამგეობაში უშუალოდ უნდა შედიოდეს ერთი ძველი გამგეობის წევრიც.

დასასრულ არჩეულ იქნა ახალი გამგეობა შემდეგის შემადგენლობით:

1. პროფ. ა. ალადაშვილი (თავმჯდომარე),

2. ექ. კ. ტყეშელაშვილი,
  3. პროფ. ვ. ჟღერტი,
  4. დოც. ს. ყიფშიძე
  5. ექიმი მ. მგალობლიშვილი. მათ კანდიდატებად ექ. მ. უგრელიძე და ექ. სვ. კანდელაკი.
- სარევიზიო კომისიაში: პროფ. მ. წინამძღვრიშვილი, ექ. ნ. ყიფშიძე და ექ. კ. ცომაია.
- არჩევნებში მიიღო მონაწილეობა 71 წევრმა.

### 1924/1925 წ. წლიური ანგარიში.

საანგარიშო წელი დაიწყო გასულ წლის 15 ნოემბერს. ამ დღეს მოხდა საზოგადოების წლიური კრება, რომელზედაც არჩეულ იქმნა ახალი გამგეობა შემდეგი შემადგენლობით: პროფესორები ალ. ნათიშვილი და გრ. მუხაძე, ექიმები ელ. ჩიჯავაძე, მიხ. კილოსანიძე და კონსტ. ტყეშელაშვილი. მათ კანდიდატებად იქნენ არჩეული ექ. კონიაშვილი და ოქროპირიძე; სარევიზიო კომისიაში: პროფ. ი. თიკანაძე, ექიმები მგალობლიშვილი და ნ. ყიფშიძე.

პირველ თავის სხდომაზე, რომელიც სარევიზიო კომისიის წევრთა თანადასწრებით მოწვეული იყო 21/XI, გამგეობის წევრთა შორის თანამშრომლობა განაწილებულ იქმნა შემდეგის სახით: თავმჯდომარე პროფ. ნათიშვილი, ამხანაგად პროფ. მუხაძე, მდივნებად ექიმი ტყეშელაშვილი და კილოსანიძე და მოლარედ ექიმი ჩიჯავაძე.

მუშაობის დაწყების პირველ დღეებშივე გამგეობა გაეცნო ძველი გამგეობიდან მიღებულ მასალებს და საჭიროდ დაინახა პირველ ყოვლისა გაერჩია საზოგადოების მთელი რვა წლის არქივი, ამოეკრიბა იქიდან საჭირო ცნობები და წლებისა მხედვეთი დაეწყო გადარჩეული მასალა; გამგეობამ საჭიროდ დაინახა აგრეთვე აღედგინა საზოგადოების წევრთა ვინაობა და რაოდენობა, მოეწესრიგებინა საწევრო ფულის შემოტანის საკითხი, გამოეკვლია საზოგადოების ნივთიერი მდგომარეობა, ლაბორატორიის საკითხი და სხვა.—ეს წინასწარი მუშაობა აუცილებელ საჭიროებად იქმნა აღიარებული და პირველ დღეებიდანვე გააძეგა შეუდგა დასახელებულ საკითხების მოწესრიგებას.

სამწუხაროდ, უნდა ვაღიაროთ, რომ საზოგადოების არქივი საშინელ ქაოტურ მდგომარეობაში აღმოჩნდა და მისი სასურველად დაწყება ყოვლად შეუძლებელი შეიქნა. მთელი ეს მასალა ერთი მეორეში იყო არეულ-დარეული, ბევრ დოკუმენტს დატაც არ ქონდა, ბევრი მოხსენება ხელმოუწერილია ავტორის მიერ; საბუთებიდან ნათლად არა სჩანდა, როდის იწყება საანგარიშო წელი, ან როდის თავდებოდა იგი. არ სჩანდა, ვინ იყო პრეზიდენტის შემადგენლობაში, იყო თუ არა სარევიზიო კამისიები და სხვა.—მიუხედავად ამისა, ჩვენ შევეცადეთ, რამდენადაც ეს შეეძლო, გაგვეჩრია გადმოცემული მასალა და დაახლოვებით რიგზე დაგვეწყო იგი.

სამაგიეროდ, ჩვენმა გამგეობამ ბევრად თუ ცოტად მოახერხა სხვა საკითხების მოწესრიგება. მოკლე ხანში მან აღადგინა ჩვენი საზოგადოების წევრთა



ვინაობა, შეადგინა მათი სია ალფავიტზე დაწყობილი, სადაც ყოველ ასოს შემდეგ დატოვებულია საკმაო ადგილი ახალი წევრების ჩასაწერად, ამ სიებში ნაჩვენებია საზოგადოებაში ამა თუ იმ წევრის მიღების დრო, წელი საწევრო ფულის გადახდისა; აქვე აღნიშნულია სათანადო ნიშნით გარდაცვალებულ წევრთა სახელი და გვარი. სიები ვადაღებულია ორ ეჭმამლიარად, რომელთაგან ერთი ინახება მდივანთან და მეორე მოლარესთან.

საწევრო ფულების შემოტანის შესახებ დადგენილ იქმნა შემოეტანათ ძველ წევრებს უკანასკნელი ორი წლის ხვედრი გადასახადი, ახლებს კი უნდა შემოეტანათ მხოლოდ იმ წლის, რომელ წელშიაც ისინი საზოგადოების წევრებად იქნებოდნენ მიღებული. ეს დადგენილება, საზოგადო კრების 4/XII თარიღით დადასტურებული, გატარებულ იქნა ცხოვრებაში.

ლაბორატორიის საკითხი დიდ თავსამტვრევ საკითხად გარდაიქცა. ლაბორანტი ტიტენიძე წერილობით მოგვმართავდა განგვეთავისუფლებია ის დაკისრებულ მოვლეობისაგან, სხვები მოითხოვდნენ ჯამაგირებს და მიმდინარე ხარჯების დაფარვას; ერთმა ყოფილმა თანამშრომელმა, ალექსანდრე ალავიძემ, სასამართლოს განაჩინიცი-კი წარმოგვიდგინა, რომლის ძალით საზოგადოებას 84 მანეთი უნდა გადაეხადა და ჩვენ იძულებული გავხდით ეს ფული დაუყოვნებლივ მიგვეცა.—გამგეობამ საჭიროდ სცნო დაენიშნა კომისია, რომელშიაც სხვათა შორის, შედიოდა სარევიზო კომისიის წევრი ნიკოლოზ ყიფშიძე. ამ კომისიამ აღდგომრივ დაათვალიერა ლაბორატორია, გამოიკვლია მისი მდგომარეობა და ჯერ გამგეობაში და შემდეგ საზოგადოებაში 18/XII წარმოადგინა მოხსენება, რომლის შემდეგ გადაწყდა ლაბორატორია დახურულიყო. გამგეობამ ჩაიბარა ლაბორატორიის ქონება, გადაიტანა იგი სახელმწიფო უნივერსიტეტის ნორმალურ ანატომიის შენობის ერთ ერთ სარდაფში, ყველაფერი აღნუსხა და ინახება დღემდე.

ჩვენ მუშაობას რომ შემთხვევითი ხასიათი არ მისცემოდა, რომ ჩვენი მუშაობის მთლიანი სურათი გადასცემოდა მომავალს და საქმის წარმოებაში შეგვეტანა ერთგვარი სისტემა, საჭიროდ დაეინახეთ შეგვეძინა წიგნები როგორც გამგეობის და საზოგადო კრებების ოქმებისათვის, ისე მოლარისათვის; საჭიროდ ვცანით შეგვეძინა საზოგადოების სახელობის ბეჭედი, სხვა და სხვა საჭირო ბლანკები, უწყებები, დაგვეწყა საქმე, სადაც მოთავსებულია ყველა შემოსული და გასული ქაღალდები (ასლი) და სხვა, ასე რომ ჩვენ შეგვიძლია მომავალ გამგეობას გადაეცეთ საზოგადოების და მისი გამგეობის მთელი წლის მუშაობის სურათი.

რაც შეეხება საზოგადოების ნივთიერ მდგომარეობას, ამის შესახებ დაწერილებითი მოხსენებას წარმოგიდგინებ ჩვენი მოლარე. აქ კი საჭიროდ ესთვლი აღვნიშნო მხოლოდ შემდეგი: წლის დასაწყისში ყოფილ მოლარესაგან ჩვენმა გამგეობამ მიიღო ფული ხუთი მანეთი, ვალი კი 400 მანეთამდე იყო.—ამ გვარ ნივთიერ მდგომარეობაში მყოფი ჩვენი საზოგადოება, რასაკვირველია, ფართო მიზნებს ვერ დაისახავდა და გამგეობა შეეცადა რაიმე საღსარი გამოენახა. ამ მიზნით, თანახმად საზოგადოების ერთ-ერთ კრების დადგენილებისა, მან მიმართა ჯანმრთელობის კომისარიატს მემორანდუმით, მაგრამ, როგორც მოგეხსენებათ, ეს მიმართვა უშედეგოდ დარჩა.—საზოგადოების საარსებო ერთად ერთ წყაროდ

ისევ საწვერო გადასახადი შეიქნა.—სიამოვნებით უნდა აღინიშნოს, რომ მხოლოდ ამ შემოსავლის საშუალებით ჩვენ შევძელით საანგარიშო წლის განმავლობაში ვალების გასტუმრება, ყოველი მიმდინარე ხარჯების გასწორება და ამას გარდა ჩვენ ღარიბ კასაში დღეს დღეობით ცოტა რამ კიდევაც ინახება.

ჩვენ მეტსაც ვიტყვით. საზოგადოებას საშუალება არ ჰქონდა შეექმნა თავის საკუთარი სამეცნიერო ორგანო, ამიტომ გამგეობა შეუთანხმდა უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმის ორგანოს („თანამედროვე მედიცინა“-ს) რედაქციას თავის შემოსავლის 25% გადახდით დაებეჭდათ პერიოდულათ ჩვენი კრებების ოქმები და, თანახმად ამ შეთანხმებისა, ჩვენმა გამგეობამ გადასცა კიდევ რედაქციას 150 მანეთი.

საქიროა აღინიშნოს აქვე ერთი ნაბიჯი, რომელიც გადადგმულ იქნა უკანასკნელ ხანებში საზოგადოების ნივთიერ მდგომარეობის გასამავრებლად და უფრო კი დასახელებულ ჟურნალის დასახმარებლად—ეს იყო გაგვემართა კონცერტი, რომელმაც წმინდა შემოსავალი მოგვცა 592 მან. და რომლიდგანაც რედაქციას გადაეცით 400 მანეთი.—საზოგადოების ერთ დიდ მიღწევად უნდა ჩათვალოს მისი თაოსნობით სრულიად საქართველოს საექიმო სამეცნიერო მესამე კონგრესის მოწვევა ამა წლის მაისში, რომელიც ესოდენ ნაყოფიერად და მნიშვნელოვანად ჩატარდა. ამ კონგრესის შრომები აგრეთვე იბეჭდება დასახელებულ ორგანოში.

უადგილო არ იქნება მოვიგონოთ ის, რომ წლის დასაწყისში გამგეობამ გამოიყიდა და გაეზავნა პროფ. ROUX-სთვის დამზადებული სიგელი, რომლისგანაც, როგორც ეს საზოგადოებას მოხსენდა, მიღებულია კიდევ სამადლობელი ბარათი.

საანგარიშო წლის განმავლობაში ჩვენმა საზოგადოებამ მიიღო მიპატივება შემდეგ ყრილობებზე და თათბირებზე მონაწილეობის მისაღებათ: პირველი აპრილის თათბირი ჯანმრთელობის კომისარიატის ფარმაცევტიულ ქვეგანყოფილებისა; შვიი ზღვის ნაპირების და დასავლეთ კავკასიის მზარეთნობის მოღვაწეთა მეორე ყრილობა; სრულიად საქართველოს ჯანინსპექტორების და უბნის ექიმების ყრილობა; ამიერ-კავკასიის ქირურგთა და აზერბეიჯანის ტერაპევტთა ყრილობა; სახელმწიფო საგემო კომისიის თავმჯდომარის მალარიასთან ბრძოლის საპერსპექტივო გეკვის გასასინჯავად მოწვეული თათბირი; სრულიად საქავშირო ტრანსპორტის სანიტარულ ექიმთა ყრილობა ტფილისში; კბილის ექიმთა ყრილობა და სხვა.

საზოგადოებამ გარამოებისა მიხედვით შესძლო ზოგიერთ დასახელებულ ყრილობაზე გაეგზავნა თავისი წარმომადგენელი; ზოგიერთზე ეს არ მოხერხდა. ასეთია, მაგალითად, ბათომში ქართველ ექიმთა საზოგადოების დაარსებაზე მიწვევა, სადაც, სამწუხაროდ, წასვლა არ მოხერხდა და მისალმების დეპეშა იქნა გაგზავნილი.

საანგარიშო წლის დაწყებისას საზოგადოებას ყოლია 315 წევრი. წლის განმავლობაში შემოსულა ახალი წევრი—48. ასე რომ ამჟამად ირიცხება სულ 363 წევრი.

წვერთა შორის ექიმებია . . . . .	327	} (იყო ექვსი—ორმა გაათავა საექიმო ფაქულტეტი)
ამ რიცხვში პროფესორი . . . . .	10	
დოცენტი . . . . .	1	
ბუნებისმეტყველი . . . . .	22	
პროფესორი . . . . .	5	
კბილის ექიმი . . . . .	4	
ბეითალი . . . . .	1	
ინჟინერი . . . . .	2	
ქიმიკოსი . . . . .	1	
მეურნე . . . . .	1	
ანტროპოლოგი . . . . .	1	} არა ექიმი სულ—36

აღნიშნულ საზოგადო რიცხვიდან გარდაცვლილა სხვა და სხვა დროს—23 წევრი. აქედან ამ წელში გარდაცვლილა ორი—მაჩაბელი რეზო და ელიავა გრიგოლი.

წლის განმავლობაში გამგეობას ქონია 14 სხდომა, საზოგადოებას კი 23. თანახმად მიღებული გადაწყვეტილებისა, ეს უკანასკნელი სხდომები უნდა გამართულიყო ორ კვირაში ერთხელ, მაგრამ ხშირად იმოღეწა მასალა იყრიდა თავს, რომ ჩვენ იძულებული ვიყავით ეს კრებები ვაგვემართა ყოველ კვირას.

23 კრებიდან მორიგი კრება ყოფილა 22 და ერთიც საგანგებო.

საზოგადო რიცხვი კრებებს დასწრებია სულ 1655 წევრი და 949 სტუმარი. შუათანა რიცხვით თვითოეულ კრებაზე მოსულა 72 წევრი და 41 სტუმარი. დიდ უმეტეს შემთხვევაში კრებების სავანს შეადგენდა მეცნიერული მოხსენებები. სულ წაკითხულია 40 მეცნიერული მოხსენება.

1) 4/XII ექ. თევზაძე—„ბრმა ნაწლავის და მისი დანამატის არა ნორმალური მდებარეობის შემთხვევები, აღმოჩენილი ოპერაციის დროს“.

მომხსენებელი აგვიწერს ნაწლავების ემბრიონალურ განვითარების მომენტებს, როდესაც არა იშვიათია მუცლის აპკის ანთების შემთხვევები ემბრიონის სხეულში და რომლის შედეგი შეიძლება შეიქმნეს შეწყბებების განვითარება და სხვა და სხვა მანკის გაჩენა. ფრეილისის კლასიფიკაციის მიხედვით არჩევს ბრმა ნაწლავის და მისი დანამატის მდებარეობას თიაქრის პარკში აგვიწერს ჰოსპიტალურ ქირურგ. კლინიკის თიაქრას აპენდიციტის ექვს შემთხვევას.

2) ექ. ზუციშვილი—„ჭიაყელა დანამატის ტუბერკულოზი“.

პათოლოგო-ანატომიური და კლინიკური სურათების მიხედვით მომხსენებელი უკეთებს ტუბერკულოზ. აპენდიციტებს კლასიფიკაციას, ასახელებს თავის შემთხვევებს და გამოყავს დასკვნები ა) ტუბერკ. აპენდიციტი შედარებით ხშირი მოვლენაა 2) ჭიაყელისებრივი დანამატის ამოკვეთა მხოლოდ მაშინ შეიძლება თუ იგი თავისუფლად მდებარეობს და სხვა ორგანოებთან მჭიდროდ არ არის შეხორცებული. 3) თუ მუცლის ღრუში მართო ტუბერკულოზ. დანამატის პროცესია, უნდა ამოიკეთოს რაც შეიძლება მალე რადგან დაკვირვება გვეუბნება სხვა ორგანოებში პროცესის გაუმჯობესებას ამ გვარ აპერაციის შემდეგ 4) აპერაციის დროს სჯობია შეუშვათ მუცლის ღრუში 10—20, 21,0 იოდოფორმ-გლიცერინის 10% ემულსია.



3) 18/XII ექ. წულუაძე — „ცისტო-ურეტერო-პიელოგრაფია, როგორც დი-  
აგნოსტიური საშუალება საშარდე ორგანოების დაავადების დროს“.

მომხსენებელს მოყავს საკითხის მოკლე ისტორია, დაწვრილებით ავგიწერს  
აპერაციის ტენიკას, რომლის საშუალებით ბუშტში, შარდსაწვეთებში და თირკ-  
მლების მენჯში შეყავთ 25% ხსნარი *Natr. brom.*-ისა და იღებენ სურათს რენტ-  
გენის საშუალებით. მისი აზრით ამ მეთოდის საშუალებით შეგვიძლია აღმოვა-  
ჩინოთ დასახელებული ორგანოების სხვა და სხვა ანომალიები და მათში მომხდა-  
რი პათოლოგიური ცვლილებები.

4) ექ. ვარლ. ჭიჭინაძე — „გრონულომ. კისტომები, როგორც შედეგი კბი-  
ლების დაავადებისა და მათი წამლობა ოპერატიული გზით“.

დასახალბულ დაავადების დროს ხმარობენ სამ გვარ ოპერაციას 1) კბილის  
ბუდეებში და მის ახლო-მახლო ქსოვილებში ალვეოლის ნაწილის რეზექცია 2)  
რეზექცია კბილის ფესვის მწვერვალისა, რომელმაც რეზორბცია განიცადა ქრო-  
ნიკული დაავადება დაჩირქიანებისაგან და 3) რეპლანტაცია კბილისა. აღწერს  
დაავადების წარმოშობის მიზეზებს და დაწვრილებით უჩვენებს როდის უნდა გა-  
კეთდეს ზემო ჩამოთვლილი ოპერაციები და როდის არა. ჩამოთვლის კლინიკურ  
ათ შემთხვევას.

8/1 25 წ. ექ. გ. ლორთქიფანიძე — „თანდაყოლილი წვივის ძვლის გადა-  
ტეხილობის შემთხვევა“ ავადმყოფის დემონსტრაციით. ბავშვს გადატეხილი აქვს  
დიდი წვივის ძვალი, სრულიად არ აქვს განვითარებული მცირე წვივის ძვალი,  
არც უკანა ტერფის შვიდი ძვალი გარდა *Calcaneus*-ის ჩანასახისა. ძვალს ემჩნევა  
კორძები და მათი მიხედვით მომხსენებელი ფიქრობს, რომ ძვლის გადატეხვა  
მოხდა ნაყოფის საშვილოსნოში ყოფნის დროს. ნაწიბურები მომხსენებლის აზ-  
რით შედეგია გადანატეხ ძვლის მახვილი ნაწილისაგან ნაზი ქსოვილების და-  
ზიანებისა.

ექ. გ. ლორთქიფანიძე — მახინჯი ბავშვის „ციკლოპია“-ს დემონსტრაცია, რო-  
მელსაც სახე პრტყელი აქვს, არ აქვს განვითარებული ცხვირი, აქვს ერთი თვალი.  
წარბთა შუა არეში, რომელიც იკავებს მთელ *glabella*-ს ეს თვალი თავისებურია,  
დიდია, ქუთუთოები არ ჰფარავენ თვალის ბირთვის. თვალის ზევით მოთავსებუ-  
ლია ლულის მავგარი ხორცივანი დანამატი 5 სანტიმეტრი სიგრძისა, ფიქრობს  
რომ ეს არის განუვითარებელი ცხვირი.

ექ. გიგინეიშვილი — „ქალთა სასქესო ორგანოების ორმაგისი სიმახინჯის  
კაზუსტიკისათვის“. მომხსენებელი მოგვითხრობს ქალთა სასქესო ორგანოების  
ემბრიონალურ განვითარების პროცესის შესახებ და ამა თუ იმ სიმახინჯის გან-  
ვითარების სურათს. მოჰყავს შემთხვევები 1) *uterus bicornis unicolis cum va-  
gin. solig* 1) *uterus pseudodidelfuss cum vagina sep.*, 3) *uterus bicularis bi-  
cervicalis cum vag. duplici* და 4) *uterus in cornu rudimentar. cum atresia  
canalis cervicalis*.

ექ. ჯავრიშვილი — „კანის ტუმბერკულოზურ ფუნგოზურ დაავადების შესა-  
ხებ“ ავადმყოფის დემონსტრაციით, რომელსაც მარჯვენა ტერფზე და წვივ  
ტერფის საღსარის მიდამოებზე და აქვს სოკოსებრივი შეზრდილობანი როგორც

ანამნეზის ისე პათოლოგო-ანატომიური და კლინიკური სურათის მიხედვით უარყოფილია Blarto mycosis, sporotrychosis, syphilis, vegeg. და სხვა.

17) 26/III ექ. ვარაზაშვილი — „ცენტრალური ნერვიული სისტემა მალარიის დროს“.

მომხსენებელს გამოკვლევა უწარმოებია ისეთ მასალაზე, რომელსაც სუფთა მალარიის ხასიათი ქონია და სხვა სნეულების ზეგავლენა უარყოფილი ყოფილა ავგიწერს დიდი ტვინის აპკაში, ტვინის სუბსტანციაში და კაპილარებში, ნეირონებში ნახულ პათოლოგიურ ცვლილებებს და ამ ცვლილებების მიხედვით მისი დასკვნა ასეთია: მალარიით დაავადების დროს ტრომბოზს კი არ აქვს ადგილი, არამედ დაავადებულ ერიტროციტებით გამოწვეულ ემბოლიას აწერს თავისებურ გლიალურ კვანძებს, რომელიც ახალგაზრდა ნაწიბურები ხასიათი აქვთ.

2/IV ექ. ტაყეშელაშვილი — კრებას უჩვენებს ავადმყოფ ქალს, რომელსაც მეტად იშვიათი ფრჩხილების დაავადება აქვს ევრედ წოდებული Koilonychia, სადაც ერთის მხრივ ფრჩხილის ცენტრი გაწყდა და ჩაღრმავდა ატროფიის და მეორე მხრით პერიფერიებზე გიპერტროფია და ამოწეული — უარყოფს კლინიკ. და ლაბ. კანის დიაგნოზს. ფიქრობს რომ ტროფო-ნერვიული ზეგავლენის შედეგი უნდა იყოს.

ექ. ანთაძე — *Treponema morsus muris* კულტურის მიღების შემთხვევები-სათვის ტვილისში“.

მიუღია სუფთა კულტურა Sodok-ის სპირობეტების ავადმყოფიდან, რომელიც ყოფილა ტვილისში და რომლისთვისაც უკმენია ვირთავგას. ეს კულტურა მას მიუღია ანაერობულ პირობებში შაქრის შრატის 1:5 ფიზიოლოგიურ ხსნარით გამზადებულ ნიადაგზე 37° ტერმოსტატის დგომის მეშვიდე დღეს უპოვია თეთრი თავისი ექტოპარაზიტებიც.

პროფ. ვირსალაძე — „თანამედროვე მეცნიერული მიმართულება გერმანიაში (პროგრესიული და ტაბო-პარალიზების ინფექციური მკურნალობა).“

მომხსენებელი კრებას გადასცემს თავის შთაბეჭდილებას გერმანიაში მეცნიერული მუშაობის შესახებ, რომელსაც ის ზედმიწევნით დამაკმაყოფილებლათ სთვლის. ჩამოთვლის სამკურნალო დარგების მიერ რიგს, რომელთა სფეროში განსაკუთრებულად სწარმოებს მუშაობა. კერძოდ ეხება და დაწვრთლებით ახასიათებს პროგრესიულ და ტაბო-პარალიზების ინფექციურ მკურნალობის საკითხის მდგომარეობას მალარიის და შებრუნებითი ტიფის საშუალებით და გამოსთქვამს დიდ იმედებს. ავგიწერს ტენიკას და კლინიკურ მიმდინარეობას. მოყავს სტატისტიკური ცნობები.

9/IV პროფ. ვირსალაძე — „შთამომავლობითი და კონსტიტუციონალური მიდრეკილება ავადმყოფობაში“.

კონსტიტუციის და შთამომავლობის მოძღვრებანი ახალ მეცნიერულ მიმართულებად არის აღიარებული გერმანიაში და ევროპაში. ამ მოძღვრების მამამთავრად ითვლება Friedrich Martus-ი, რომელმაც 1914 წ. გამოაქვეყნა თავისი თხუხულები ამ საკითხის შესახებ. ამ მოძღვრებაში ხაზ-გასმით არის გატარებული ის აზრით, რომ ავადმყოფობას იწვევს არა ერთი ან ორი მიზეზი, არამედ მრავალგარემოებათა ზეგავლენა და ამის გამო საჭიროა შესწავლილ იქნას ცოც-

ხალი სხეული ბიოლოგიურ, ავებულობრივ და შთამომავლობის თავისებურებათა მხრივ. ამ ახალ სამეცნიერო დარგს მიზნად აქვს დასახული არა მხოლოდ უჯრედი და ორგანო და მათი ფუნქცია, არამედ მთლიანი ადამიანი.

**ექ. მათვევი.**—„Pharyngi mycosis leptotrica“. მომხსენებელი უჩვენებს კრებას ავადმყოფს, რომელსაც აღმოაჩნდა ლეპტოტროქსით დაავადება. აგვიწერს კლინიკურ ნიშნებს და ასახელებს მიკროსკოპიულად დამახასიათებელ თვისებებზე და სხანამებლის რეაქციას იოდზედ და მოღუწულ ჩხირს, რომელიც არას დროს არ იყოფა შტოებათ.

**ექ. ვალ. კანდელაკი**—„საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზია“. მომხსენებელს საშვილოსნოს ანესტეზიის მიზნით უწარმოებია Colett-ის მიერ შემუშავებული მეთოდი და მიუღია დამაკმაყოფილებელი შედეგები. ამ მიზნით იგი საშვილოსნოს თაღებში უშხაბუნებს 1% ნოვოკაინის ხსნარს.

**15/I პროფ. თიკანაძე**—მუცლის მოშლა სამკურნალო და საზოგადოებრივი თვალსაზრისით

სტატისტიკური მასალების მიხედვით ამტკიცებს, რომ მუცლის მოწყვეტა ძლიერ გავრცელებულია საზოგადოდ და განსაკუთრებით რუსეთში აღნიშნავს იმ საშიშ შედეგებს, რომლებიც ხშირად მოყვება მუცლის მოწყვეტას. აყენებს დებულებებს, რომელთა მიხედვით ეს მოვლენა უნდა შეზღუდულ იქნას კანონმდებლობით. კრებამ მიიღო დებულება, რომლის მიხედვით აბორტის წარმოება უნდა იქნას დაკანონებული შეზღუდვითი ფარგლებში. აიორჩია კომისია დებულებათა გამოსამუშავებლათ.)

**5/II ექ. გვაგუკორი**—„სისხლში შაქრის რაოდენობის აღმოჩენის მარტივი წესი“ მომხსენებელს გამოუყვია სისხლიდან ცილა და საღებავი ნივთიერება გოგირდ-ნატრიუმის მასალის საშუალებით და მიღებული ხსნარი უდრის იმ დიალიზებს, რომელსაც დებულობენ გალეილოს მეთოდით (სამხ.—საექიმო ავად. ფიზიოლოგ. ქიმიის ასისტენტი) ამ მეთოდის ხმარების დროს საჭიროა სულ ერთი საათი და მთიი სარგებლობა შესაძლებელია სულ უბრალო პირობებში.

**პროფ. ამირაჯიბი და გქ. ნათაძე**—„შრომის პირობები ქიათურის მალაროებში“ to მალაროებში ყოფილა გამოკვლევის დრო 14—15 C. ვარეთ-კი 0—3ს C. სინამე აბსოლუტური 12,5

„ შედარებითი 150<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

ნახშირ ორჟანგის (Cor.) რაოდენობა ყველაზე ნორმაზე მეტი—1.8—8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> მტვერს თითო მუშა ერთ საათის განმავლობაში შეისუნთქაქს 228-210 T. ყუ. ვენტლიატი, წონა, კვრა.

**19/II—ვარლ. კიკინაძე**—„პიორეა და მისი ქირურგიული წამლობა“ ნოპერაციები ავადმყოფს დემონსტრაციით.

ეხება სხვა და სხვა ეთიოლოგიის შესახებ, რომელიც საბოლოოდ არ არის გამოკვლეული, აგვიწერს დაავადებას კლინიკურ და პათოგო-ანატომიურ სურათს და აღწერს ოპერაციის ტექნიკას.

**ექ. სვიმ. კანდელაკი**—„მალარიისთან ბრძოლის საკითხები, ბრძოლა უნდა წარმოებდეს ორი გზით: ორგანიზმის სრული განთავისუფლება პლაზმოდიებისაგან ე. ი. მისი გაჯანსაღება და ბრძოლა ანოფილებთან ე. ი. ადგილების



გაჯანსაღება. დაწვრილებით აღწერს ნიადაგის გაჯანსაღების და მკურნალობის მიზნით იტალიაში წარმოებულ მუშაობას აღნიშნავს ჩვენში წარმოებულ მუშაობის ნაკლოვანობას.

19/III პრ.ფ. ამირეჯიბი „ხუნავის ასარიდებელი აცრა“.

ექ. ნ. ელიაშვილი „Kubitschek-ის და Komnitzer-Josefh“-ის ორსულობის ამოსაცნობ რეაქციითა შესახებ.

Kubitschek-ის წესით 10<sup>5</sup> გამოკვლევა უწარმოებია, Kumnitfchke-ის წესით 122 გამოკვლევა და გამოჰყავს ის დასკვნა, რომ ყველა ამ რეაქციებს ჯერ-ჯერობით ისეთივე სათუო მნიშვნელობა აქვს, როგორც დღემდე არსებულ ორსულობის სხვა სათუო ნიშნებს და მათზედ დამყარება მხოლოდ ნაწილობრივ შეიძლება.

26/III პრ.ფ. ვორონიჩი „სამეგრელოს მალარიის ეპიდემიო-ლოგიისთვის“. სამეგრელოს მკვიდრთა ნაწილი დავადებული აღმოჩენილა მალარიით, მეორე ნაწილი ადრე ყოფილა მალარიით ავად, ამ ჯამად ელენთა აქვს გადიდებული მხოლოდ ამ ავადმყოფებს. მომხსენებელი ამ მეორე ჯგუფს სთვლის ისეთ ლატენტურ იმუნიტეტში მყოფ ჯგუფად, რომელიც ახასიათებს მალარიას. არსებობის დიდი კორელატიული კავშირი ერთის მხრივ ავადმყოფობის გავრცელების და ელენთას გადიდების და მეორე მხრივ კოლოების რიცხვის შორის, რაც მოწამეა იმის, რომ ყოველ ავადმყოფთა შორის ელენთას გადიდება შედეგია დასნეულებულ კოლოების მიერ განმეორებითი დაკენისა.

ექ. ზ. მაისურაძე — „თირკმლების ანომალიები“ პრეპარატების დემონსტრაციით. წარმოდგენილა ხუთი პრეპარატი თირკმლებისა, რომელთაგან თვითოული განიროჩევა აშკარად გამოხატული თავისებურობით ანომალიის მხრივ. მომხსენებელი აღწერს ამ ანომალიებს და განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს თირკმლების ზემო ბოლოების შეერთებას და ორი თირკმელი.

21 16/VI ექ. ჯიბუტი „თირკმლების კენკების ჰოსპიტალურ ქირურგ. კლინიკის მასალის მიმოხილვა“

7080 ავადმყოფზე კლინიკაში ყოფილა 18 ნეფროლიტიანი. სიდიდის მხრივ ყოფილა კენკი 14<sup>5</sup>,0 გრამი წონა. ეთიოლოგია გამოურკვეველია. არსებობს თეორიები ფიზიკო-ქიმიურ-ფიზიოლოგიური და ინფექციური. დიაგნოსტიკას ეხმარება ცისტოსკოპია, შარდსაწვეთების კატეტერიზაცია პიელი და ურეტრო-გრაფიის და რადიოგრაფიის შემოღება.

ექ. მგალობლიშვილი — „საშვილოსნოს ფიბრომიომების ეთიოლოგიის საკითხის შესახებ“.

ეხება საშვილოსნოს ფიბრომიომების ეთიოლოგიას და ჰისტოგენეზის საკითხს. ფიბრომიომის წარმოშობა-განვითარებას ეთიოლოგიურ მომენტად ავტორი ფიქრობს აღიაროს.

საკერცხის ფუნქციის აშლილობა. ცვლილებები გამოწვეულია ხოლმე საკერცხეს დიზფუნქციით, მისი შინაგანი სეკრეცია აშლილია და ეს დიზფუნქცია თანდაყოლილია და წარმოადგენს საზოგადო კონსტიტუციონალური ანომალიის ერთ მხარეს. როდესაც საკერცხოს დიზფუნქცია ისპობა ხდება ხორცმეტის ზრდის შეჩერება ან კიდევ დაპატარავება.

22 35/IV — ექ. კ. ტყეშელაშვილი — აკეთებს მოხსენებას პროფ. Wassermann-ის სსონის აღსანიშნავად. და აღნიშნავს იმ ღრმა ცვლილებებს რომელიც Wassermann-ის რეაქციამ შეიტანა სიფილიდოლოგიაში. დაწვრილებით ეხება იმ საკითხებს, რომლებიც თავსამტვრევ და გაურკვეველ საკითხებად იყო აღიარებული და რომლებიც W-ის რეაქცია დახმარებას ძლიერ განმარტავდნენ: მომხსენებელი გამოსთქვამს რწმენას რომ ის მძლავრი იდეა, რომელიც ასეთი ნიჭია ჩაქსოვილი ამ რეაქციის წარმოებაში უკვდავი დარჩება საექიმო მეცნიერებაში ისე, როგორც ამ იდეის პირველი მატარებელი, განსვენებული W-ი.

პროფ. ამირაჯიბი — V<sup>7</sup>-ის სსონისათვის. მომხსენებელი ეხება საზოგადოდ W-ის მოღვაწეობას, მის მეცნიერულ შრომას, რომელთა რიცხვი ასამდე აწევს და რომელთა წყალობით ამ ჟამად გაშუქებულია ბევრი საკითხი.

პროფ. ვირსალაძე — „ამებიაზის პრობლემა“ აღწერს კლინიკურ და პათოლოგო-ანატომიურ სურათს, დაწვრილებით ეხება საკითხის თანამედროვე მდგომარეობას და სნეულების თერაპიას,

ექ. შათილოვი — „Hirschberg-ის სსონისათვის“ აცნობს კრებას განსვენებულის მოკლე ბიოგრაფიას და მის მოღვაწეობას და მეცნიერულ შრომებს ოქტოლოლოგიაში.

ექ. ანთაძე. „ცხოველებზედ Treponema Sodloka-ს გატარებულ ცდების შედეგები“.

Treponema Sodoku ს ვირულენტობის შესამოწმებლად პუტორს აუღია კულტურა და აუცრია თეთრი ვირთავებისთვის და სპიროხეტები. უნახავს ამ ვირთავებიდან შეკრებილ რამოდენიმე ექტოპარაზიტებში. მაშინ როდესაც იმ ექტოპარაზიტებში, რომლებიც ისეთ ვირთავიდან იყო აღებული, სადაც ცდა არ ყოფილა ნაწარმოები, სპიროხეტის მატარებელი ტკიპა ვერ უზოვნია.

ექ. ანთაძე — „ფილტვების ქლექის ქირურგიული წამლობა“.

37 18/VI პროფ. თიკანაძე — პროფ. ბუმის სსონისათვის“ ნაღველას ბუშტის ემპიემას გამო განსვენებულს გაუკეთდა ოპერაცია, რომლის შესამე დღეს ის გარდაიცვალა ის აწერს მის მოღვაწეობას და მეცნიერულ შრომებს გინიკოლოგიურ და მეანობის დარგში).

38 ექ. ახმეტელი — „ლენინგრადში მომხდარ ქირურგიულ ყრილობის შესახებ“)

39 ექ. კაკიშვილი — შარდ საწვეთების ანოზოლიები“ პრეპარატების დემონსტრაცია.

მოიყვანა სხვა და სხვა თეორიები შარდ საწვეთების გაორადების და გაორკაპების ენბრიონალურ განვითარებას შესახებ და დაყო ეს ანოზოლიები შემდეგ ნაირად 1) რიცხვის მხრივ 2) მიმართულების მხრივ 3) შარდსაწვეთების ზემო და ქვემო ნაწილას სხვა და სხვა სახით დაბოლოების მხრივ 4) სიგრძის მხრივ და 5) სანათურის მხრივ.

40 8/X ექ. ვ. ჭიჭიაძე — „Atrophia alveolaris praecox აგვიწერს კლინიკურ სურათს, რომლის დამახასიათებელია ნაადრევად ალვეოლარული მორჩის კიდების ატროფია-შესრუტებაში. ეთიოლოგია გამოურკვეველია. ფიქრობენ, რომ ნეირასტენია იწვევს და საზოგადოდ ტროფო-ნერვულ. აშლილობა იწვევს.

41 პროკ. მუხაძე—ე. ქიქინაძის 30 წლის იუბილეს შესახებ, სადაც ის აწერს იუბილიარის 30 წლის მოღვაწეობის შესახებ და ამ მოღვაწეობას საკმაო საბჭუთად სთვლის, რომ აღძრულ იქმნას შუადგ. დაუბრუნდეს მას ს. ქოლევში ჩამორთმეული მამული).

42 29/X—ექიმები ხათრიძე და ნ. ყიფშიძე—

შემთხვევა ადამიანის კოკციდიოზისა—Species *Jospora hominis*. (შინაგან სნეულებათა პოსპიტალურ კლინიკიდან). ადამიანის კოკციდიოზით დაავადება ფრიად იშვიათი შემთხვევაა. მსოფლიო სამედიცინო ლიტერატურაში არის აწერილი მხოლოდ 70 შემთხვევა Species *Jospora hominis*-ის. აქამდის აწერილი შემთხვევა უმთავრესად იყო გალიპოლში, პალესტინაში, მაკედონიაში. კლინიკურად არის ორი ფორმა კოკციდიოზისა—ნაწლავების კოკციდიოზი და ღვიძლის კოკციდიოზი, მოჰყავთ დაწვრილებითი ისტორია ავადმყოფისა, რომელიც მუდმივად სცხოვრობდა სოფ. ყაზბეგში და უჩივის უსიამოვნო გრძნებას ნაწლავების მიდამოში. ფალარათი ავადმყოფს არ აქვს. სწამლობდნენ Emetin. muriaf. და მას შემდეგ განავალში ნაკლებად მოიპოვებოდა პარაზიტები. თუმცა ეს შემთხვევა არის შერეული (*Jospora hominis* გარდა აგრეთვე *Amoeba histolyt.* აღმოაჩნდა ავადმყოფს), მაგრამ ავტორები პათოგენურ მნიშვნელობას ამ პარაზიტისას მაინც არ უარყოფენ.

14/IV დოც. ასათიანი. „უსიხოპატიური კონსტიტუციები“.

ექ. წულუკიძე „დიდი ბადექონის ზოგიერთი დამცველობითი თვისებანი“.

11/IV დოც. ასათიანი „Charco-ს ხსოვნისთვის“.

ექ. კოკჩაშვილი „*Leothoracopagus monosylmetros tribrachius thöpas*-ის შემთხვევა“.

ავიწერს სიმბინჯის საკუთარ შემთხვევას, სადაც ყოფილა ერთი მთლიანი ტორსი, მასზედ ორი კისერი და თავი, სამი ზემო და სამი ქვემო კიდურები. მახინჯს ჰქონია ორი გული, ოთხი ფილტი, ორი სასულე, ორი საყლაპავი მილი, მუცლის ღრუში უზარ-მაზარი ღვიძლი და სხ.

პროფ. ვირსალაძე—„ზოგიერთი ახალი ქემო და ფარმაკო-თერაპევტიული მიღწევანი გერმანიაში“.

ექ. არღევან ახვლედიანი—რადიოაქტიული ემანაცია ჩიყვის ეთიოლოგიაში.

ექ. ფარცვანიძე—*Strongyloides stercoralis* ფილარიის მაგვარი მორფოლოგიური ცვლილებანი კობრუკულტურაში.

ექ. თაღაძე—„შარდსადინარის ფისტულის წამლობა“.

ექ. იახელიანი—„მასალები სპონდილიტის ნაადრევი დიაგნოსტიკისთვის“.

ექ. ცქიმიანაური—„ცენტრალური ნერვიული სისტემის გავლენის თავისებურება გულზე“.

ჩამოთვლილ მოხსენებათა გარდა საზოგადოებამ მოისმინა პროფ. თიქანაძისაგან წაკითხული მეცნიერული და იმავე დროს საზოგადოებრივი ხასიათის ერთი მოხსენება თემაზე „მუცლის მოშლა სამკურნალო და საზოგადოებრივი თვალთსაზრისით“ და ექ. ი. ახმეტელისაგან—ლენინგრადში მომხდარ დოსტოქართა ყრილობის ანგარიში.



უნდა აღინიშნოს დემონსტრაციები; რძმლებიც წარმოდგენილი იყა(საზო-  
 გადობაში როგორც იშვიათი შემთხვევანი შემდეგი ექიმების მიერ:

- 1) ექ. ლორთქიფანიძე—მახინჯი ბავშვის გვაში „ციკლოპი“.
- 2) ექ. ტყემლაშვილი—უიშვიათესი ხასიათის შემთხვევა ფრჩხილების და-  
 ავადებისა ისე წოდებულ—Koilonychia.
- 3) ექ. ჯავრიშვილი—შემთხვევა მრავალ რიცხოვანი მაგარი შანკრისა.
- 4) ექ. ვაშაიძე დომნა—მახინჯი ბავშვის რენდგენოგრაფია.
- 5) ექ. გაგუა—Sarcoma Humeri.

ჩვენ საზოგადოებაში ადგილი ჰქონდა აგრეთვე ამა თუ იმ გამოჩენილ მეც-  
 ნიერის სსოვნის აღსანიშნავად გაკეთებულ მოკლე მოხსენებებს და სიტყვებს,  
 პროფ. Wassermann-ის გარდაცვლების გამო იყო ორი მოხსენება—პროფ. ამ-  
 რაჯიბისა და ექ. ტყემლაშვილისა; Bum-ის გარდაცვლების გამო—პროფ. თი-  
 კანაძისა. Hirschberg-ის სსოვნისათვის—ექ. შატილოვისა და Gharc-ის სსო-  
 ვნისთვის—დოცენტი ასათიანისა. აქვე უნდა აღინიშნოს ჩვენი საზოგადოების  
 დავალებით პროფ. Gharc-ის სსოვნისთვის პარიზში გამართულ ზეიმში ჩვენი  
 წარმომადგენლის მონაწილეობა.

8/X სხდომაზე ადგილი ჰქონდა საიუბილეო მისალმებას, რომლის დროს  
 თავმჯდომარის ამხანაგმა პროფ. მუხამეე სიტყვით მიმართა ჩვენი საზოგადოების  
 ძველ წევრს, პატივცემულ ვარლამ ქიქინაძეს და მოკლედ დაახასიათა მისი 30  
 წლის მოღვაწეობა.

საგანგებო კრების მოწვევა, რომელიც შესდგა 15 ოქტომბერს, გამოწვეულ  
 იყო ჩვენი საზოგადოების რეორგანიზაციის საკითხის წამოყენების გამო. რო-  
 გორც მოგვხსენებთ, ამ კრებაზე საზოგადოებამ მიიღო შესაფერი რეზოლიუცია.  
 აირჩია ხუთი პირისგან შემდგარი კომისია და დაავალა მას გამოემუშავებია სა-  
 თანადო პირობები, მაგრამ შექმნილ გარემოებათა მიხედვით ეს მუშაობა ჯერ-  
 ვერობით არ დამთავრებულა.

გარდა ლაბორატორიისა საზოგადოებამ აქვს პატარა ბიბლიოთეკა, რომე-  
 ლიც შემოუწირავეთ ექიმებს ბურდულს, გ. მაღალაშვილს, გ. დ. გაბაშვილს და  
 რომლისთვისაც 1917 წელში ბინა და შკაფი დაუთმია თავის საავადყოფოში  
 ექ. ნ. მელიქიშვილს.

ეს ბიბლიოთეკა ჩვენ ვნახეთ თვალის სნეულების კლინიკაში, შევადგინეთ  
 წიგნების და ჟურნალების სია, გადმოვიტანეთ და მოვათავსეთ ლაბორატორიის  
 ქონებასთან ერთად ნორმალურ ანატომიის შენობაში და დღემდე იმყოფება  
 იქ.—როგორც სჩანს, გადარჩენილია ბიბლიოთეკის ნაწილი და ამ ეამად აქ არის  
 ორმოცდაათამდე წიგნი და ათიოდე წლის სამკურნალო დარგის ხასიათის ჟურ-  
 ნალები. წიგნების უმეტესი ნაწილი მშვენიერ ყდაშია ჩასმული, კარგადაა შენა-  
 ხული და წარმოადგენს ერთ გვარ ღირებულებას. ყურადღებას იქცევს ქართუ-  
 ლი ჟურნალები. მოამბე 1903, 1904 და 1905 წლ., საქართველოს კალენდარი  
 1903, 1904 და 1905 წლ., კრებული 1897 და 1908 წლებისა. განთავიდი 1915  
 წლისა.

დასასრულ ჩვენი წლიური ანგარიშისა არ შეგვიძლია არ აღვნიშნოთ ორ-  
 გვარი ნაკლი. რომელიც ასე აშკარად ჩენილობს თავს ჩვენი საზოგადოების

ცხოვრებაში. ეს-ერთი ზოგიერთი წევრების საზოგადო პასივობა საზოგადოების ყოფაცხოვრებისადმი და კერძოდ საწევრო ფულის თავის დროზე გადუხდელობა. წევრების სიამ რომ თვალი გადაავლოთ, თქვენ დაინახავთ, რომ ბევრია ისეთი წევრი, რომელიც ცხოვრობს ტფილისში, მაგრამ საანგარიშო წელს ერთხელაც არ შემოუხედაია საზოგადოებაში, ბევრია ისეთები, რომლებიც რამოდენიმე წელიწადია ირაცხება საზოგადოებაში, მაგრამ არც ერთი წლის ფული არ აქვს გადახდილი.—19 მარტის კრების დადგენილების თანახმად ჩვენ ორჯერ დავარიგეთ სპეციალურად გამზადებული უწყებები, მიემართეთ მათი საშუალებით ყველა ექიმს და გავაფრთხილეთ შემოეტანათ უკანასკნელი ორი წლის გადასახადი, თუ სურთ დარჩენ საზოგადოების წევრად. ზოგზე იმოქმედა ამ მიმართვამ, ზოგისთვის კი იგი უშედეგოდ დარჩა.

მეორე ჩვენი პატარა ამხანაგური საყვედური შეეხება ზოგიერთ მომხსენებელს. ჩვენ არა ერთხელ მოგვიმართაკს თქვენთვის და გვითხრვია მოხსენებისას, ან ორი სამი დღის შემდეგ მაინც, წარმოგედგინათ მოკლე აუტორიფერატი და მოგეცათ საშუალება და თავის დროზე შეგვეტანა ოქმში და გადავეცა ჟურნალში დასაბეჭდავად მოხსენებების მოკლე შინაარსი, ჟრომლისოდ ოქმი კარგავს მნიშვნელობას: მაგრამ ძალიან იშვიათია ისეთი მომხსენებელი, რომელსაც ეს თხოვნა შეესრულებიოს. დიდ უმეტეს შემთხვევაში ჩვენ გვიხდება მომხსენებლის ძებნა, ხვეწნა-მუდარა, რაც საშინლად ართულებდა მუშაობას და ქმნიდა მრავალგვარ უხერხულობას. ბევრი აუტორიფერატი დღესაც არ არის წარდგენილი და ოქმების წიგნში ნაკარაუდათ დატოვებული თეთრი ფურცლები შეუვსებლათ არის დარჩენილი.—და დღეს, როდესაც ჩვენ ვარღვევთ ჩვენ წლიურ ანგარიშს, ჩვენი გულწრფელი სურვილია, რაც შეიძლება მალე განიდევნოს ჩვენი საზოგადოების ცხოვრებიდან ყოველივე ნაკლი რომელიც, ოდნავ არის მაინც, ხელს შეუშლის და დააბრკოლებს საზოგადოებისადმი დაკისრებულ მძიმე მოვალეობის ასრულებას, მის აღორძინებას და აყვავებას.

### ქ. ე. და ბ. მ. საზ. სარევიზიო კომისიის მოხსენება.

წაკითხული საზოგადო კრებაზე 10 დეკემბერს 1925 წ. ქირ-დ. მიხეილ მაგალობლიშვილის მიერ.

სარევიზიო კომისიამ ორ სხდომაზე (21 XII და 61 XII) დაწვრილებით განიხილა საზოგადოების გამკეობის მიერ წარმოღვენილი ანგარაშები და საბუთები და ნახა, რომ ყველაფერი რიგზე და სწორედ ნაწარმოებია.

საანგარიშო წელში საზოგადოების სალაროში შემოსულა 1281 მ. 68 კ. სახელდობრ,—საწევრო გადასახადისაგან—688 მან, ბოლოდროს გამართულ კონცერტიდან—592 მან. 63 კ. და ძველი გამკეობიდან მიუღია—5 მან.

ამ თანხიდან სხვადასხვა საქმისთვის დახარჯულა 907 მან. 51 კ., ასე რომ რევიზიის დროს სალაროში ნაღდ ფულად სწორედ აღმოჩნდა 374 მ. 17 კ. ყველაზე მეტი ხარჯი გამკეობას გაუწევია ქართველ ექიმთა მე III კრილობის შრომების დაბეჭვდაში. თანახმად წინასწარ შეთანხმებისა ამ მიხენი ჟურნალ, თანამედროვე მედიცინა“ ს რედაქციას უყვე მიუღია 550 მან. ამის გარდა გამე-



ობას გადაუხდია ძველი ვალი—174 მან. და წვრილმანი საკანცელარო, საფოსტო და სხვაში დაუხარჯავს—178 მან. 51 კ.

როგორც შემოსავალს, ისე გასავალზე წარმოდგენილია უდაო საბუთები და სწორე ანგარიშები და ყველაფერი ეს სათანადო წიგნებშია გატარებული.

კომისია დიდის სიამოვნებით აღნიშნავს იმ გარემოებას, რომ საზოგადოების საქმიანობის ტენიკური მხარე საერთოდ ზედმიწევნით კარგად არის დაყენებული. გამგეობას აქვს მეტად სუფთად შენახული წიგნები გამგეობის და საზოგადოების სხდომების ოქმებისათვის ცალ-ცალკე, საქეთარო და სალარო-წიგნი და სხვა. კომისია ფიქრობს, რომ ზედმეტი არ იქნებოდა გამგეობას შეეძინა აგრეთვე სარეგისტრაციო წიგნი; სადაც რიგზე ჩაიწერებოდა საზოგადოების და გამგეობის მიწერ-მოწერის ყველა ქალაღდები. მართალია, ასეთი შიწერ-მოწერის ქალაღდები აკონძული და დანომრილია, მაგრამ ეს არ კმარა, რადგან საბუთის დაკარგვის შემთხვევაში, რაც შესაძლებელია ოღდსმე მოხდეს,—მისი აღღდენა ძნელი საქმე იქნება.

ამის გარდა საჭიროა ქონების დავთრის წარმოებაც სადაც ჩაწერილი უნდა იქნეს საზოგადოების მთელი ქონება, წინასწარ შეფასებული. სიებით ამ ქონების აღწუსება, არ არის მიზან-შეწონილი.

აღსანიშნავია, რომ გამგეობას ბევრი შრომა და ენერგია გაუღია ძველი, მეტად არეულ არქივის აღღდენაში და რამდენათაც შეიძლებოდა კიდევაც მოუწესრიგებია იგი. მართალია, ცოტა, რომ კიდევ არის გამოსარკვევი, მაგრამ საეკვოა, რომ მეტი რამეს გაკეთება შეიძლებოღდეს. სარევიზიო კომისიამ უკურადღდებოღდ არ დატოვა კონცერტის შემოსავალ—გასავალი, განიხილა წარმოდგენილი ანგარიშები და იმ დასკვნამღდე მივიღა, რომ ასეთი კონცერტების გამართვა ხელ-საყრელია და სრულიად მიზან-შეწონილია; ამის გამო ასეთი ნაბიჯის გადაღმას საზოგადოება შემღდეგშიაც არ უნდა გაეკცეს. შემოსული კონცერტიდან მთელი თანხა უღდრიდა 863-მან-65 კაპ. გასავალი ყოფიღდა მხოლოღდ 270 მან 97 კ. ამ რიგად წმინდათ დაღრჩენიღდა 522 მან. 68 კ.

ამეამად თანახმად წარმოდგენილ სიისა საზოგადოებაში ირიცხება 315 წევრი—ეკიმები და ბუნებისმეტყველები. 1925 წელში შემოსულა 48 ახალი წევრი. სამწუხარო მოვლენად უნდა ჩაითვაღდოს ის გარემოება რომ საზოგადოების წევრთა საკმაო რიცხვი თურმე გაურბის საწევრო გადასახადის შემოტანას; ამ წვერთა უმრავლესობა ბინად ტფიღდისშია და არც ისე ხელ ნაკლულია, ზოგი საზოგადოების სხდომებსაც სისტემატიურად ესწრება. წინა წლებს რომ არ შევეხოღდ, 1924 წღდის საწევრო გადასახადი 314 წევრიდან შემოუტანია მხოლოღდ 133 პირს, 1925 წღდისს კი 95, გამგეობას არა ერთხელ მიუმართავს მათვის ვახსენებით,—სიტყვიერად თუ წერიღდობით,—მაგრამ სასურველ შეღდევისთვის ვერ მიუღწევიღდა. სარევიზიო კომისია დაჯინებით მოითხოვს რომ იქნეს ყოველკვარი ზომები მიღებული ამ საქმის სასწრაფოდ მოსაგვარებღდაღდ. დღეს ეს მით უფრო საჭიროა, რადგან როგორც ვიცით განზრახულია საზოგადოების რეორგანიზაცია, რომ განზოციღდების დროს შესაძლებელია ამ ნიადღაზე არა სასურველ გაუგებრობას ექნეს აღდგილი. კომისია დიდის კმაყოფიღდებით, თუ შეიძლება ითქვას, სიხარულით ხაზს უსვამს იმ ფაქტს, რომ საანგარიშო წელში საზოგადოე-





ბას ქონია 23 სხდომა, რომელზედაც სხვადასხვა შინაარსის მეცნიერულ საკითხზე წაკითხულა 42 მოხსენება. წევრთა კრებებზე დასწრობა, კამათში მონაწილეობის მიღება, საერთოდ მათ მიერ მუშაობისადმი ინტერესის გამოჩენა ყოფილა დიდი, ასე რომ ამ მხრივ თითქმის არაფერია სასურველი. ექვს გარეშეა, ასეთი ინტერესის განმტკიცებას ხელს უწყობდა უპირველეს ყოვლისა გამგეობის მთელი შემაღგენლობის დაულალავი, დინჯი მუშაობა, მისი გამოცდილება, საქმის სიყვარული და მოვალეობის სრულიად სწორედ გაგება.

- სარევიზიო კომისიის წევრები
- 1. პროფ. ი. თიანაძე
  - 2. ნ. ყიფშიძე
  - 3. ქირ. დოქ. მიხეილ მგალობლიშვილი

1925 წლის ანგარიში.

**მოღარეს ანგარიში** 1925 წლის 15 ნოემბერს როცა იყო არჩეული ახალი გამგეობა საზოგადოებას სალაროში ჰქონდა 5 მანეთი.

- ამავე დროს საზოგადოებას ემართა — 444 მან. 79 კაპ.
- აქედან ლაბორატორიის ვალი უდრიდა 349 მ. 79. კ.
- რადგანაც ექიმ ტიტენიძემ, ექიმ კუნჭულიამ და სტუდენტ ქარუზნიშვილმა უარი განაცხადეს ამ ფულის მიღებაზე ლაბორატორიის ვალი შემცირდა 84 მანეთამდე.
- „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქციის საზოგადოებას ემართა 35 მან. ექიმ გ. გ. ელიავასი, E. Roux-ს დიპლომის დასამზადებელი 60 მ.
- ამრიგად გადასახდელი იყო 179 მანეთი.

1925 წ. შემოსავალი	მან.	კაპ.	1925 წ. გასავალი	მან.	კაპ.
სალაროში იყო . . . . .	5		მიცა ვალში . . . . .	179	
1924 წ. საწევრო გადასახადი			მიცა „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქციას . . . . .	550	
შემოიტანა 133 წევრმა . . . . .	399		საკანცელარიო ხარჯები . . . . .	87	41
1925 წ. საწევრო გადასახადი . . . . .			საფოსტო ხარჯები . . . . .	21	60
შემოიტანა 95 წევრმა . . . . .	285		გასამრჯელო დარაჯს . . . . .	60	
კონცერტიდან შემოვიდა . . . . .	529	68	ლაბორატორიის ნივთების გადატანა . . . . .	9	50
<b>ს უ ლ . . . . .</b>	<b>1281</b>	<b>68</b>	<b>ს უ ლ . . . . .</b>	<b>907</b>	<b>51</b>

დღევანდლამდინ სალაროში იყო — 374 მან. 17 კაპ.  
 დღეს შემოვიდა კიდევ — 36 მან.  
 ამჟამად სალაროში არის — 410 მან. 17 კაპ.

მოლარე ელ. ჩიჯავაძე.

## ზუგდიდის სამაზრო საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების 1925 წ. მუშაობის ანგარიში.

ვაქვეყნებ რა ამ ანგარიშს ზუგდიდის სამაზრო საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილების 1925 წ. განმავლობაში მუშაობისა, მე არ ვქმნი ილუზიებს, რომ გამოცდილი დოსტაჰარი იპოვის მასში რაიმე საინტერესო და მისაბადს. მე მასულდგმულებს მხოლოდ სურვილი დავხატო სურათი და პირობები, რომელშიაც უხდება დოსტაჰარს მუშაობა პროვინციაში, სათანადოდ მოწყობილ კლინიკა-საავადმყოფოებიდან დაშორებით, უკანასკნელი დროის ყოველგვარ სინაკლებესთან ერთად, როგორც არის საჭირო თანხის უქონლობა, საკმაო შესახვევ მასალის, ავადმყოფის მოსავლელ სავნების შესაძენად გაფუჭებული ინსტრუმენტების შესაკეთებლად, ახალის შესაძენად და სხვა და სხვა.

ყველა ამ მძიმე პირობებს ემატება ისიც, რომ პროვინციაში დოსტაჰარს უხდება მუშაობა უფრო მოუმზადებელ მასაში, რომელიც ვერ ერკვევა მისგან (დოსტაჰარისაგან) დამოუკიდებელ და არა სასურველ შედეგებში და მოითხოვს ყოველ ოპერაციის წარმატებით დამთავრებას. ცხადია, რომ ამგვარ მძიმე მუშაობის პირობებში დოსტაჰარს უხდება ბევრი სულიერის ტანჯვის გადატანა და მასთან დიდ ძალი ენერგიის დახარჯვა იმაზედ, რომ დაიმსახუროს ხალხის ნდობა და დააყენოს ქირურგიული მკურნალობა სათანადო სიმაღლეზედ.

ზუგდიდის მაზრა ქირურგიული სამუშაო პირობებით სხვა მაზრებთან შედარებით ბევრს ვერ დიკვეხნის. ქირურგიული მოთხოვნილება ჩვენს მაზრაში ერთობ დიდია და გამოძახილს პოულობს მხოლოდ ჩვენს სამაზრო საავადმყოფოში, რომელიც ფაქტიურად ემსახურება არა მარტო ზუგდიდის, არამედ მეზობელ სვანეთს, სენაკის, სამურზაყანოს მაზრებსაც.

თავის არსებობის ისტორიას საავადმყოფო ითვლის 1919 წლიდან, როდესაც შავი ზღვის რკინის გზის ლიკვიდაციის შემდეგ საავადმყოფო მთელი ინვენტარით გადავიდა ზუგდიდის სამაზრო ერობის ხელში და ამით გახდა ფართო მასისათვის ხელმისაწვდომი. საავადმყოფო პირველ ხანებში იყო ათი საწოლიანი, მავრამ შემდეგ საწოლების რიცხვი თანდათან გადიდა და ამ ემად საავადმყოფოს აქვს მოწყობილი 30 საწოლი, რომელიდანაც 50-55% დაკავებულია ქირურგიული ავადმყოფებით. ავადმყოფთა შორის 30-40% არიან დაზღვეულნი და მათი ოჯახის წევრნი, დანარჩენი კი გლეხები.

ვიტყვი ორიოდ სიტყვას საავადმყოფოში მუშაობის ხასიათზე და მისი საერთო მოწყობალობაზე.

ავადმყოფი ოპერაციის ვაკეთებამდე კლინიკურად ისინჯება ადგილობრივ პირობების მიხედვით შესაძლებლობის ფარგლებში. უკანასკნელ დროში ამუშავდა ლაბორატორია. ოპერაციის დროს მეხმარება ორი ექიმი.

საერთო ნარკოზს ვხმარობთ chloroform-aeth-sul. ან წმინდა Aeth. sulf., რომელსაც აძლევენ ამისათვის მომზადებული ორი ფერშლები. ოპერაციათა უმრავლესობას ვაკეთებთ ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ novocaini-ს საშუალებით.

საოპერაციო არეს მომზადება ხდება გროსიხის მეთოდით. მუშაობის ხასიათის მიხედვით გვიხდება ოპერაციის გაკეთება არა მარტო საერთო ქირურგიის ფარგლებში, არამედ გინეკოლოგიის და საშინაო სფეროშიაც. გვიხდება ერთი და იმავე დღეს ოპერაციის გაკეთება როგორც წმინდა ისე დაჩირქებულ შემთხვევებისა, მაგრამ მავნე გავლენა წმინდა ოპერაციის შედეგებზე არ გვქონია. ექიმობას დაჩირქებულ კრილოზის უმეტეს ნაწილისას ვაწარმოებთ უტამპონოთ. შთაბეჭდილება ამ მეთოდის სასარგებლოდ გამოგვაქვს, რომ არ ესთქვათ იმაზედ, რომ ხშირად ავადმყოფები იცილებენ თავიდან ტკივილებს, რომელიც თანასდღეს ყოველგვარ ტამპონაციას.

საანგარიშო წლის განმავლობაში იქმნა გაკეთებული 250 ოპერაცია, აქედან დიდი და ღრუის ოპერაციები 40, საშვალო 98, მცირე 112.

თუ ჩვენ შევადარებთ იმ ციფრებს წინა წლებისას, დავინახავთ, რომ მუშაობა გაორკეცებულა ამ წელში, ასე რომ

1923 წ.	იქმნა გაკეთებული დიდი ოპერ.	11	საშვალო	45	მცირე	67
1924 " "	" " " "	23	"	50	"	96
1925 " "	" " " "	40	"	98	"	112

ოპერაციათა რიცხვი 1925 წ. იქნებოდა მეტიც, რომ სამი თვის განმავლობაში არ ყოფილიყო შეჩერებული მუშაობა, მათგან ორი თვე ჩემი ავადმყოფობის გამო და ერთი თვე საავადმყოფოს ნაწილობრივი რემონტის გამო.

დაჩირქება წმინდა ოპერაციის გაკეთებულ შემთხვევებში ჩვენ მივიღებთ 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ში. სიკვდილიანობითი პროცენტი უდრის 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ს. ეს უკანასკნელი ძალიან მცირეა თუ მივიღებთ მხედველობაში ავადმყოფებისათვის მიმოსვლის სიძნელეს გამოწვეულ გზების უვარგისობით მაზრის მივარდნილ კუთხეებიდან და აგრეთვე იმ ფაქტს, რომ ექიმბაშები ხშირად აჩერებენ ავადმყოფებს და ამიტომ ისინი საავადმყოფოში მძიმე, დავიანებული დი უნუგეშო მდგომარეობაში მოდიან.

აქ საჭიროდ მიმაჩნია შედარებითი დაფასებისათვის მოვიყვანო ცნობები მეზობელი მაზრების საავადმყოფოების ქირურგიული დარგიდან, მაგრამ, სამწუხაროდ, მივიღე მხოლოდ ოზურგეთის საავადმყოფოდან ცნობა, რომელსაც აქვე ვაქვეყნებ.

1925 წლის განმავლობაში იქ ყოფილა გაკეთებული დიდი ოპერაციები 19, საშვალო 38 და მცირე 67.

რაც შეეხება თვით საავადმყოფოს მომარაგებას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ კიდევ ვერ მოვახერხეთ საცვლების საჭირო კომპლექტის, ავადმყოფთა მოსავლელ საგნების და ქირურგიულ არ-ქონებულ იარაღების შექმნას:

მართალია, არის იარაღები თითქმის ყოველგვარ ოპერაციებისათვის, საავადმყოფოს აქვს ორი ავტოკლავი, ერთი ორი წნევის ქვეშ, მაგრამ ბევრს ესაჭიროება განახლება და შეცვლა.

გვიხდება დიდ ეკონომიის დაცვა, როგორც შესახვევ მასალაში, ისე საწამლო ნივთებში.

ზემოაღნიშნულ მუშაობის დამაფერხებელ პირობებს ერთობ უწყობს ხელს ავით ჩვენი საავადმყოფოსათვის შეუფერხებელი შენობა.



არც ერთი განყოფილება, შენობის უვარგისობის გამო, არ არის ისე მოწყობილი, როგორც ამას მოითხოვს თანამედროვე მედიცინა.

საავადმყოფოს შენობის საკითხი არა ერთხელ იყო დასმული სამაზრო აღმასკომში, მაგრამ დღემდე არ გადაჭრილა დადებითად.

რასაკვირველია, დამნაშავეა ამაში მაზრის სიღარიბე, რომელსაც დამოუკიდებლად არ შეუძლია მოავდაროს საქმე, მაგრამ აღმასკომს ამ საქმეში უნდა დაეხმაროს ცენტრი და განსაკუთრებით ცენტრალური დამზღვევთა სალარო, რომელიც დაინტერესებულია იმაში, რომ მუშა-მოსამსახურეთა მკურნალობის საქმე მაზრებში სათანადო დონეზედ იყოს დაყენებული და ამით მოახდინოს თბილისის ცენტრალურ საავადმყოფოების განტვირთვა. საჭიროა აგრეთვე გამოწახულ იქნას საშვალეობა რენტგენის აპარატის შესაძენად.

როდესაც ეს ყველა დეფექტები იქნება გამოსწორებული ჩვენი საავადმყოფოს მუშაობა ჩქარი ნაბიჯით წაიწევეს წინ და მაშინ შესაძლებელი იქნება ამიერკავკასიის დოსტაქართა პირველ ყრილობის ლოზუნგის „დანით სოფლისაკენ“ განხორციელება, წინააღმდეგ შემთხვევაში არსებულ პირობებში ყველა დოსტაქარი ვერ აიტანს მაზრაში მუშაობას.

ექ. ანთელავა.

## ბ ი ბ ლ ი ო გ რ ა ფ ი ა .

B. Aschner. Die Konstitution der Frau und ihre Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. München. 1924 J.

Aschner-ის წიგნი ქალის კონსტიტუციის შესახებ უაღრესად მნიშვნელოვანია არა მარტო სპეციალისტებისთვის, არამედ იმათისაც, ვისაც სურს ახლად წამოჭრილ კონსტიტუციის საკითხების დაწვრილებით შესწავლა და მათში გარკვევა.

თანამედროვე შეხედულებით კონსტიტუციის მომენტების მნიშვნელობა პათოლოგიაში იმდენად აშკარა და უდავოა, რომ თითქმის მეტია, ჩვენის აზრით, იმაზე ლაპარაკი, თუ რამდენად დასაფასებელია ასეთი ხასიათის და შინაარსის წიგნების და შრომების გამოქვეყნება. ავტორს უამრავი ლიტერატურულ მასალით—თავის ქვეყნისა და საზღვარ-გარეთის—უსარგებლია, მას ამ საკითხის გასაშუქებლად არ გამოორჩენია თითქმის არც ერთი პატარა შრომაც სხვა და სხვა დროს გამოცემული. ცხადია, ეს გარემოება დიდათ ასწევდა გამოცემულ წიგნის ფასს და ვახდოდა მას ზედმიწევნით შინაარსიანს. ასეც არის. Aschner-ის შრომა წარმოადგენს არა უბრალო სახელმძღვანელოს, არამედ ძლიერ ფართოდ შედგენილ, შინაარსით მდიდრს, საჭირო დეტალებით შემკობილ ცნობარს, რომლის გადაკითხვის და შესწავლის შემდეგ მკითხველი სულ ადვილად ერკვევა კონსტიტუციის, როგორც მარტივ, ისე რთულ საკითხებში. ეს წიგნი ერთადერთია, რომელიც ეგრე საფუძვლიანად არკვევს ქალის კონსტიტუციას, თუმცა არ ტოვებს უყურადღებოდ მამაკაცის კონსტიტუციის საკითხებსაც, როდესაც ეს დასახულ მთავარ მიზნის გამოსარკვევად საჭიროა.

წიგნი შეიცავს 887 გვერდს, მოხდენილად არის დაყოფილი მრავალ სხვა და სხვა თავებზე და დაწერილია ლიტერატურულ, მაგრამ უბრალო, ადვილად გასაგებ ენით. ის შესდგება ორი ტომისაგან, რომელთა შორის მკიდრო ლოლიკური კავშირია.

**პირველ ტომში** ავტორი ზოგად შენიშვნების შემდეგ შესავალში აღნიშნავს კონსტიტუციის მოძღვრების თანამედროვე მდგომარეობას მედიცინაში, მის მნიშვნელობას, ამოცანებს და მიზნებს. შემდეგ ცალ-ცალკე თავებში ვრცლად აგვიწერს კონსტიტუციის საფუძვლებს—სქესი, კომპლექსია (კანის, თმის და თვალის პიგმენტი), ტემპერამენტი, ტონუსი და სხვა,—გადმოგვცემს სრული ობიექტივობით კონსტიტუციის შესახებ არსებულ თეორიებს, რომელთა შორის არც ერთს არ სცნობს საესეებით დამაკმაყოფილებლად, და ბოლოს გამოსთქვამს აზრს, რომ საჭიროა ახალი კორელაციების გამოძენა, რომ საბოლოოდ გამო-

ირკვეს კონსტიტუციის ნამდვილი ტიპებიო; ამას სწორი პროგნოზისა, პროფილაქტიკის და განსაკუთრებით თერაპიისთვის დიდი მნიშვნელობა ექნებოდა.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს წიგნის მესამე თავი, სადაც ავტორი კონსტიტუციის ანომალიებს და კონსტიტუციის ავადმყოფობათ ეხება და ერთ-მანეთისაგან საზღვრავს. ის დიდ როლს აკისრებს თანამედროვე ჰუმორალურ პათოლოგიაში სისხლის ჯირკვლებს (Blutdrüsen) და მათ დაავადებას (Dyskrasie); ეხება რა ცალ-ცალკე შინაგან სეკრეციის ყველა ჯირკვლებს, უყურადღებოდ არ ტოვებს, როგორც საზოგადო, ისე ადგილობრივი თერაპიის საკითხსაც მათი დასწეულების დროს.

საკმაოდ აქვს გაშუქებული ნივთიერებათა გაცვლის პროცესების აშლილობათ გამოწვეული დაავადებანი (სისუქნე, დიაბეტი, ნიკრისი და სხ.), მათი უშუალო დამოკიდებულება სისხლის ჯირკვლებთან და საჭირო წამლობა. დაუმატებთ, რომ ამ მეტად საყურადღებო საკითხის გამორკვევაში ავტორს თითქმის არაფერი არ გამოჩინია.

აღსანიშნავია კიდევ პირველ ტომში ნეოპლაზმების კონსტიტუციაზე დაკავშირების საკითხი და აგრეთვე ავტორის შეხედულება ხორცმეტების ეტიოლოგია-წამლობაზე. ეტიოლოგიის შესახებ ავტორი იმ აზრისაა, რომ გარდა მექანიურ, ქიმიურ თუ ტერმული ფაქტორებისა დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის კონსტიტუციას, მის სიხვეთა მდგომარეობას და ნივთიერებათა გაცვლას. ხუთი წლის დაკვირვების თანახმად კიბოს ნახულობდა ის მხოლოდ მუქი მიხაკის ანუ შავ-თმიან პირების ორგანიზმში, არც ერთხელ ღია ფერის თმიანებში; ავადმყოფების უმრავლესობა თავიდანვე სისხლ-სრული, ფართო მხარ-ბეჭიანი Habitus-ის მქონე იყვნენ, მხოლოდ ერთხელ შეხვდა ასტენიური Habitus-ით. ამისდა მიხედვით კიბოს წამლობა არ უნდა განისაზღვრებოდეს მხოლოდ ოპერაციით ან განსხივებით, არამედ საჭიროა გამორკვევა აგრეთვე არა პირდაპირი მიზეზებისა, რომ მათ წინააღმდეგ სათანადო ზომები იქნეს მიღებული—სისხლის გამოშვება, მარილოვანი სასაქმებლების მიწოდება, Resolventia, კანის გაღიზიანება და სხვა. Aschner-ი სწერს: „Habitus-ის და ჰუმორალურ პათოლოგიის მოძღვრება მოვლინებულია არა მარტო კვლევა-ძიების ახალი გზების აღმოსაჩენად, არამედ შედეგიანი წამლობის გასატარებლად ავ-თუ კეთილთვისებიან სიმსივნეების წინააღმდეგ“.

**მეორე ტომში**—წიგნის სპეციალ ნაწილში ავტორი მიზნად ისახავს ნორმალ კონსტიტუციის ტიპების, კონსტიტუციის ანომალიის და კონსტიტუციის ავადმყოფობათა მოძღვრება გამოიყენოს იმ მოვლენათა და მდგომარეობათა ასახსნელად, რომლებიც გინეკოლოგიის და მენაობის შინაარსის საგანს წარმოადგენენ. აქ ის, სრული სურათის დასახატავად, იძულებულია ზოგიერთი დებულება გაიმეოროს და ზოგიერთ საყურადღებო ფაქტებს რამოდენიმეჯერ შეეხოს, რომელთა შესახებ ზოგადი ნაწილში საკმაოდ იყო თქმული, მაგრამ მიუხედავად ამისა ეს გამეორება მინც მიზანშეწონილობას მოკლებული არ არის და ამის გამო ზედმეტი ბარგად არ შეიძლება ჩაითვალოს.

პირველად ავტორი არკვევს სქესობრივი ფაზების და კონსტიტუციის ურთ-ერთ შორის დამოკიდებულებას, სახელდობრ ეხება ცალ-ცალკე ყმარწვილობას,



მენსტრუაციას, ოვულაციას და კლიმაქტერიუმს. ამის შემდეგ აწერილია აგრეთვე განცალკევებით გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების კონსტიტუცია და მათი ანომალიები როგორც მორფოლოგიური, ისე ფუნქციონალური, (საკვერცხე-კვერცხსავალი, საშვილოსნო, ვულვა, საშო და სხვა). საკმაო ადგილი აქვს დათმობილი ავადმყოფობათა სიმპტომების გაშუქებას და აგრეთვე ზოგიერთ ინფექციურ ავადმყოფობათა მნიშვნელობის გამორკვევას (Gonorrhée, Lues).

ორიგინალური და მეტად საყურადღებოა ორსულობის, მშობიარობის აქტის, ლოგინობის და ლაქტაციის ხანის კონსტიტუციაზე დაკავშირება. ორსულობის ტოქსიკოზები—Hyperemesis gravidarum, ორსულობის თირკმელა, ორსულობის ლეიქლი და ეკლამპსია, მშობიარობის ანომალიები—სამშობიარო ტკივილების სისუსტე, მომყოლის წინასწარ მოშორება, placenta praevia, სანაყოფო წყლის დაღვრა, ბუშტ-ნამკერი, ატონიური სისხლის დენა და სხვა და სხვ.—ყველა ეს ახსნილია კონსტიტუციის მომენტებით, ურომლისოდ სხვა უკვე ცნობილ გარეგან მიზეზებს არ ძალუძს მართოდ მათი გამოწვევა.

დაბოლოს ავტორი საკმაოდ ნათლად აშუქებს მენჯის ფორმების სხვადასხვაობას საერთო Habitus-ის მიხედვით და ამასაც კონსტიტუციას უკავშირებს. მისი აზრით, დიაგნოსტიურ თვალსაზრისით მშობიარობის ჯგოფიდან ჩასატარებლად მენჯის ადგილობრივ ცვლილებებს იმდენი მნიშვნელობა არა აქვს, რამდენიც საერთო Habitus-ის მდგომარეობას. ჩვენ მართა „ძვლების სპეციალისტები“ კი არ უნდა ვიყოთ, არამედ დიდი ყურადღება უნდა მივაქციოთ აგრეთვე სამშობიარო ტკივილების და რბილი ნაწილების გახსნის წესსაც, რადგან ეს უაღრესად მნიშვნელოვანია. მაშინ ორსულობის და მშობიარობის პერიოდში ვიწრო მენჯით გამოწვეული სხვადასხვა ანომალია-გართულებანი (თავის მაღლაღვობა, წინ დაშვებული და მწვერვალომთეული, ნაყოფის პათოლოგიური მდებარეობა, არა ნორმალური სამშობიარო ტკივილები, სანაყოფო ბუშტის ნაადრევად გასკდობა, ნაყოფის ჰიპლარის და წვრილი ნაწილების გამოვარდნა და სხვ.) საზოგადო კონსტიტუციის მდგომარეობის გათვალისწინებით უმეტეს შემთხვევაში ადვილად წარმოსადგენი იქნება და თავის დროზე უფრო მიზანშეწონილად ჩატარებული.

ამრიგად უბრალო დასახელებაც კონსტიტუციის პრინციპებისა და მასთან დაკავშირებულ ზოგიერთ ფაქტებისა,—რაც ჩვენ მიზნად დავისახეთ,—ცხადყოფენ იმ ჰემპარიტებას, თუ რამდენად ძნელია ორიოდ სიტყვით აღნიშნული წიგნის თუ გინდ მოკლე შინაარსის გადმოცემაც. ამიტომ ყველა დაინტერესებულთ კონსტიტუციის მოძღვრების შესწავლით ჩვენ ვურჩევდით ორიგინალს უშუალოდ გაცნობოდა. მაშინ ყველასათვის აშკარა იქნება, თუ რა მნიშვნელობის განძს სამართლიანად წარმოადგენს Aschner-ის შრომა.

ტფილისის სახელმწ. უნივ. გინეკოლოგიური კლინიკის უმფროსი ასისტენტი  
 პირ. დოქტ. მიხეილ მგალობლიშვილი.

## ს ა მ რ ა ს ი ბ ი ბ ი.

Dr. Niko Machwiladse. (Tiflis). Material zum Studium der morphologischen Veränderungen des Blutes bei Pellagra. (Aus der medizinischer Klinik der Staatsuniversität Georgien, Director Prof. A. Aladaschwili), 123 Seite mit Beilage von 3 Photographien von Pellagrakranken und einer Karte der geographischen Verbreitung von Pellagra in Georgien. Im georgischer Sprache. 1925. J.

Autor untersuchte das Blut bei 46 Pellagrakranken. Von diesen kranken waren 39 ganz reine Pellagrafälle ohne anderseitige klinisch nachweisbare Komplikationen, 6 zeigten gleichzeitige Erkrankung mit verschiedene Malariaformen und 1 Fall war mit Lungentuberkulose kompliziert.

Blutuntersuchung wurde vorgennomen vor dem Beginn der Behandlung m acuten Stadium der Erkrankung, wo alle charakteristische Symptome (pellagröses Erythem, gastro-intestinale und nervöse Erscheinungen) klar ausgedrückt waren. Es wurde festgestellt: 1) die Zahl der Erythrocyten, 2) der Leukocyten, 3) der Bizzozeroschen Scheibchen (nach Fonio), 4) der Procentgehalt von Hämoglobin (nach Sahli, Corr.). 5) die leucocytäre Formel des Blutes (nach V. Schilling). Auserdem wurde bei allen Kranken nach dem Vorhandsein von Bandwürmern geforscht (Methode Theleman und Martinet). In 16 Fällen wurde Wassermannsche Reaction angestellt, die in allen Fällen negativ ausgefallen ist. Zur Kontrolle wurde die gleiche Blutuntersuchung noch bei 18 gesunden Personen vorgenommen.

Die Ergebnisse seiner Studien brachte den Autor zu folgenden Schlüssen: Im acuten Stadium der Pellagra lassen sich im Blute klar ausgesprochene, für diese Krankheit ziemlich charakteristische, morphologische Veränderungen feststellen, die sich in folgendem ausdrücken:

1) Die Zahl der Erythrocyten ist immer reduciert.—Die Zahlverminderung der E. hängt nicht direct von der Dauer der Erkrankung ab, sondern hauptsächlich von der schwere des Falles, oft auch von den individuellen Eigentümlichkeiten des Kranken.

2) Der Procentgehalt von Hämoglobin ist in den meisten Fällen (84,24%) vermindert, seltener (15,6%) normal. Der Färbeindex ist oft (71,68%) vergrößert, seltener (25,60%) zeigt er normale Werte und nur ausnahmsweise (2,56%) ist er vermindert.

3) Die Leucocytenzahl ist in den meisten Fällen (64%) vermindert, seltener (23,04%) näherte sie sich der unteren Grenze der Norme, noch seltener (12,8%) ist sie völlig normal.

4) Die Zahl der Bizzozeroschen Scheibchen ist meistens (75,70%) vermindert und nur selten (24,08%) normal. Die Veränderungen der B. Scheibchenzahl bei Pellagra geschieht unabhängig von der Veränderungen der anderen Formelemente des Blutes. So trifft man oft bei ziemlich schwerer Anämie eine normale B. Scheibchenzahl und umgekehrt starke Verminderung dieser bei leichter Anämie. Ähnliche Erscheinungen wurden auch betreffs des Zusammenhanges der Bizzozerosch. Scheibchenzahl mit der Leucocytenzahl beobachtet.

5) Die Procentwerte der Neutrophilen waren in den meisten Fällen (66,7%) herabgesetzt, seltener (37%) normal, ausnahmsweise (2,56%)—etwas vermehrt. Die absolute Neutrophilenzahl war fast immer (92,16) vermindert und sehr selten (7,68%) beinahe normal. Hypoleucocytose und Leucopenie geschieht bei Pellagra auf Rechnung der Neutrophilen.

6) Der Procentgehalt der Lymphocyten ist meist (71,84%) vermehrt, seltener (25,6%) normal und nur ausnahmsweise (2,56%) vermindert. Die absolute Lymphocytenzahl ist meist (66,56%) normal, beinahe in einem Drittel der Fälle (28,16%) etwas vermindert, selten (5,12%) kann sie etwas vermehrt sein.

7) Der Procentgehalt der Eosinophilen ist meist normal, manchmal bei starker Anämie fehlen sie ganz. Die Vermehrung des Procentgehaltes, manchmal auch der absoluten Eosynophilenzahl, wurde im acuten Stadium der Pellagra nur dann beobachtet, wenn gleichzeitig Darmparasiten (Würmer) gefunden wurden. Bei Pellagrössem Erythem folgt beim Abweisenheit der Darmparasiten keine Eosynophilie.

8) Der Procentgehalt und die absolute Zahl der basophilen Leucocyten ist gewöhnlich normal. Selten (7,68%) wurde eine Vermehrung beider beobachtet.

9) Der Procentgehalt der Monocyten ist meist (84,59%) normal, viel seltener (12,85%) etwas vermehrt, noch seltener wurde eine Verminderung beobachtet. Nur in durch Malaria complizierten Fällen wurde bemerkenswerte Vermehrung des Procentgehaltes der Monocyten beobachtet.

10) Das Neutrophile Blutbild zeigt als Regel (90,88%) durch die junge und stabkernige Formen bedingte Linksverschiebung. Die Verschiebung ist mässig und ihre Intensität ist keineswegs mit der Veränderung der Neutrophilen—und Leucocytenzahl verbunden.

11) Die Erythrocyten färben sich gut. Macroanisocytose kommt vor. Polychromatophile und blaupunktierte Erythrocyten sind seltene Erscheinungen.

12. Die Verminderung des Gesamtgehaltes der Formelemente, das Auftreten von Leucocyten mit vacuolisierter Protoplasma, die grosse Zahl



zerstörter Leucocyten, das eventuelles Auftreten der Türk's. Reizzellen und der Riederschen Formen, sowie das Auftreten der Myelocyten in peripheren Blute weisen nun darauf hin, dass das Blut und die Bluterzeugenden Organe bei Pellagra unter der Eiwirkung von Toxinen stehen, die eine Ausartung der Blutformel verursachen können. Dieser Blutformel nach zu urteilen, können solche Toxine sowohl infectiöser als auch nicht infectiöser Natur sein; aber die Blutveränderungen bei Pellagra gleichen keineswegs denen, die gewöhnlich bei Protozoaerkrankungen angetroffen werden, worauf die Vertreter der Protozoenätiologie (Sambon) hingewiesen haben.

Der Autor führt unter anderem auch die Blutformeltabellen von 4 Kranken an, deren Blut in verschiedenen Perioden der Krankheit im Laufe eines Jahres mehrmals untersucht wurde. Es wurde festgestellt, dass die Blutformel sich der Norm näherte, sobald eine Verbesserung der klinischen Erscheinungen eintrat.

Die Vermehrung der Neutrophilen (Komplikationen ausgeschlossen) muss als günstiges Anzeichen betrachtet werden und umgekehrt—die Verminderung der N, und eine intensivere Linksverschiebung begleiten eine Verschlimmerung der Krankheit. Dabei führt Autor einen Fall an, der nicht ganz ohne Interesse ist: Ein 23 jähriges Mädchen das seit 10 Jahren an Pellagra litt, bekam am Frühling des Beobachtungsjahres kein Pellagröses Erithem. Es stellen sich bloss die Klagen über ein allgemeines Uebelbefinden ein und nahm das Gewicht etwas ab. Objective Klinische Veränderungen waren nicht festzustellen. Das Blutbild aber zeigte veränderungen im Sinne der eben erwähnten Verschlimmerung. Bei der Behandlung der Patientin wurde nur die Nahrung verbessert. Medicamentöse therapie wurde nicht angewendet.

In Georgien trifft man chronische und subchronische Formen der Pellagra (nach Robert's Klassification). Die Nahrung aller Kranken vor dem Eintritt in die Klinik war meistens ungenügend und bestand aus Maisbrot. Es wurden aber einige Fälle beobachtet, wo die Krankheit bei verhältnismässig guter Ernährung auftrat. 2/3 der beobachteten Kranken waren Frauen. Der Autor hat seit 1919 im ganzen 75 Fälle von Pellagra beobachtet.

#### Selbstreferat.

**D-r Niko Machwiladse und D-r G. Didebulidse.** Über die endemische Ankylostomiasis in Georgien. (Aus der medizinisch. Klinik der georgischen Staatsuniversität in Tiflis. Director Prof. D-r Aladashwili). Vorgetragen in der „Georgischen Medizinischen Gesellschaft am 24/II 1923. und am II Aderzekongress Georgiens 24/1924.

Am Erühling 1923 haben die Autoren eine Kranke mit schwerer Anämie chlorotischen Typus demonstriert, bei welcher im Fäces Ankylostomaeiern gefunden wurden. Durch wiederholte Thymolgaben gelang es von der Patientin 820 Parasiten wegzutreiben, nach welchen der Zustand der Kranken sich so beträchtlich verbesserte, dass sie im 1 1/2 Monate 21 pf. zugenommen hat.

Aus demselben Ort von wo die Patientin stammte, kurze Zeit darauf sind in der Klinik noch 2 Kranken eingetreten, die ebenfalls sich als Ankylostoma-träger erwiesen. Nach diesen Fällen unternommene kurze Observation der betreffenden Ortes (georgiesche Prowinz „Guria“) stellte heraus die Anwesenheit der zweifellosen Ankylostomaherden in Guria. (Es muss hier beigefügt werden, dass vor diesen Fällen Ankylostomiasis in Georgien und sogar in ganzen Kaukasus eine ganz unbekante Krankheit war).

Aus der 123 an dem Orte auf Ankylostoma untersuchten Kranke 53 ergaben sich als Ankylostomaträger. Man traf die Familien die total durch Ankylostoma infiziert waren. Man beobachtete schwere anaemische, gastro-intestinale Formen, sogar kam Infantilismus vor. Da aber über die wahre Natur der Krankheit vor dieser Observation niemand die richtige Vorstellung hatte, behandelten sich die Kranken gewöhnlich gegen Malaria, die in der betreffender Gegend ebenfalls sehr stark verbreitet und endemisch ist. Nachher sind in der Klinik noch 26 Ankylostomafälle durchgeführt worden, die aus verschiedenen Orten des Westgeorgiens stammten. (Mingrelia, Imeretia). Autoren demonstrierten die Ankylostomaeiern, die aus diesen nach Fülleborns Methode gezüchtete Larwen und auch die von der Kranken herausgetriebene erwachsene Parasiten.

Morphologisches Strudium der Parasiten ergab, dass in Georgien beide Gattungen der Parasiten-Ankylostoma duodenale und Nekator americanus-vorkommen.

Klimatische und soziale Verhältnisse sehr vieler Orten des Kaukasus haben mit deren des Westgeorgiens sehr viel Gemeinschaftliches und dieser Umstand gibt der Anlass eine viel grössere Verbreitung der Ankylostoma im ganzen Kaukasus zu vermuten.

Deshalb wäre es dringend erwünscht mehrere länger dauernde Expeditionen im verschiedene Orten des Georgiens zum Strudium des Ankylostomiasis zu senden, was in der Resolution des Kongresses der Georgischen Aerzte auch ausdrücklich betont wurden.

**Selbstreferat.**

Значение исследования вегетативной нервной системы в клинике. В. В. Фокина. Врачебное дело № 2, 1926 г.

ავტორი აღნიშნავს მრავალ ავადმყოფობას, სადაც ევგეტატიური ნერვიული სისტემის მონაწილეობა ექვს გარეშეა, პათოგენების გამოსარკვევად და სათანადო მკურნალობისთვის, საკუროთ მიაჩნია ვ. ნ. ს. გამოკვლევის ცოდნა. ვ. ნ. ს. ტონუსის გამოსაკვლევად ავტორი სარგებლობდა Danielopolu-ის და Carniol-ის მიერ მიღებულ მეთოდით—ატროპინის ენაში შეყვანით. ავტორმა გაატარა თავისი დაკვირვებანი 300 ავადმყოფზე, ამთში 211 შედიოდა ავადმყოფნი ნაწილობრივ ენდოკრინალურ ჯირკვლების დაავადებით და სხვა სნეულებებით, სადაც ვ. ნ. ს. იღებდა მონაწილეობას. ვ. ნ. ს. ტონუსის მდგომარეობა, ავტორის მოყვანილ 9 შემთხვევაში, რომელიც იყვნენ დაავადებული ფარისებრივი ჯირკვლებით, განსხვავდება სხვა და სხვა შემთხვევაში, ჯირკვლის ფუნქციის მიხედვით. იმ შემთხვევებში, სადაც აღინიშნებოდა ჰიპერფუნქცია, მომატებული იყო სიმპატიკუსის ტონუსი და კლინიკურად აღინიშნებოდა მოვლენები სისხლის ძარღვის სისტემის. 2 შემთხვევაში, სადაც გამოხატული იყო exophthalmus-ის მოვლენები, ავტორმა აღმოაჩინა n. vagus-ის ტონუსის აწევა. იქ კი, სადაც კლინიკური სურათის მიხედვით

აღინიშნებოდა ჰიპოფუნქცია აღმოჩნდა სიმპატიური ნ. ტონუსის დაწვევა. ორ ავადმყოფზე დაავადებულნი ერთი გლ. hypophysis-ით და მეორე დიაბეტიკი აღმოჩნდა ვაგოტონია. საკვრცხეების ფუნქციის ჰიპოფუნქციის დროს, ავტორი თავის შემთხვევებში აღნიშნავს როგორც ჰიპოტონია-ტიკოტონიას და ამფოტონიას (სისხლის წნევის დაწვევით), აგრეთვე ტონუსის მომატებას (ტახიკარდია, წნევის მომატება და ნ. ს. აღსება).

ამრიგად ავტორი აღნიშნავს ერთგვარ დამოკიდებულებას გ. ნ. ს. ნდოკორინალურ ჯირკვლებთან, და მითი ცვლილებანი, არამც თუ ანატომიური, არამედ ფუნქციონალურიც კი იწყებენ გ. ნ. ს. წონასწორობის მოშლას. გულის და ნაწლავების სხვა და სხვა ნევროზებით შეპყრობილი ავადმყოფნი იძლეოდნენ vagotonus-ს და ხმარებული იყო აღნიშნულ შემთხვევებში ატროპინი, ხოლო იმ შემთხვევებში, სადაც კლინიკური სურათი იყო ვაგოტონიის (ბრადიკარდია, ოფლის დენა, დერმოგრაფიზმი, ვიწრო გულგები) სინამდვილეში კი ტონუსის დაკლებას განიცდიდა სიმპატიკუსი. აქ ხმარებული იყო სტრინინი. ორ შემთხვევაში gangrenae arterioscleroticae, სადაც მისალოდნელი იყო სიმპატიკურ ს. გაღიზიანება, ავტორი აღნიშნავს vagus-ის ტონუსის მომატებას, ერთში კი სიმპატიკუსის ტონუსის დაკლებას. ავტორს მოყვას რამოდენიმე თეორია სხვა და სხვა ავტორების, რომელნიც ხსნიან შეტევებს ბრონხიალურ ასტმის დროს, მაგრამ ხაზს უსვამს გ. ნ. ს. მნიშვნელობას და მისი წონასწორობის მოშლას ამ სინდრომის წარმოშობაში. მის უწარმოებია გამოკვლევა გ. ნ. ს. ბრონხიალურ ასტმით შეპყრობილ ავადმყოფებზე და აღნიშნავს რომ 74% vagus-ის ტონუსი მომატებული აღმოჩნდა 7 შემთხვევაში 23-დან, ე. ი. 32% სიმპ. ტონუსი დაკლებული.

2. შემთხვევაში 23-დან სიმპ. ტონუსი აწეული vagus-ის ტონუსთან ერთად. ამრიგად ავტორი ხაზს უსვამს, რომ ასტმით შეპყრობილ ავადმყოფებს—vagus-ის ტონუსი სკარბობს სიმპატიკუსის ტონუსს, რაც უნდა იყოს მიღებული მხედველობაში სათანადო მყურნალობისთვის, ე. ი. vagotonus-ის დროს მიზანშეწონილია ატროპინის დიდი დოზების ხმარება 3—5 mg. დღეში. ჰიპოსიმპატიკოტონიის დროს კი ადრენალინი. რაც შეეხება ქირურგიულ მეთოდს სიმპ. კვანძების ამოკვეთას, აქ თუ მიღებული იყო კარგი შედეგი, მისი ახრით აიხსნება იმით, რომ სიმპ. ერთათ ამოიკრება ხოლმე vagus-ის ტოტები, მისი ტონუსი კლებულობს, ისობა შედეგებით, ან და კვანძებზე მიყენებულ ტრავმით სიმპატიკუსი დაზიანდება.

ავტორს მოყვას გ. ნ. ს. გამოკვლევის შედეგები (ulcus ventriculi, hyperaciditas, და ulcus duodeni), და აღნიშნავს აუცილებელ დამოკიდებულებას გ. ნ. ს. აღნიშნულ ავადმყოფობასთან. hyperaciditas-ის დროს ვაგუსის ტონუსი მომატებულია ყველა 100% იგივეს აღნიშნავს წყლულის დროსაც, ხოლო 37 შემთხვევაში—72-დან ე. ი. 60% დაწეული იყო სიმპატიკუსის ტონუსი; აქაც ავტორი აღნიშნავს, რომ vagus-ის ტონუსი სკარბობს.

კუჭის კიბოს დროს კი vagus-ის ტონუსის დაკლებას აქვს ადგილი; ავტორი იკვლევდა აგრეთვე ატროპინის საშუალებით გ. ნ. ს. გავლენას სისხლის ძარღვების ტონუსზე, და აღნიშნავს, რომ სისხლის წნევა როგორც მაქსიმალური, ისე მინიმალური ზატულობს, რადგანაც vagus-ის მოქმედება სისხლ-ძარღვთა გამაფართოებელი ატროპინით ისობა და რჩება მარტო ანტაგონისტის მოქმედება.

თ. ზ.

Проф. Н. А. Попов и прив.-доц. М. М. Аммосов.

О расстройстве дыхания при эпидемическом энцефалите (журн. Невропатологии и Психиатрии № 3—4 1926 г.)

ავტორებს მოყვით ორი შემთხვევა სუნთქვის მოშლისა ეპიდემიურ ნენცეფალიტის დროს. დაავადება ორივე შემთხვევაში თავის კლინიკურ მიმდინარეობით არ ყოფილა იდენტური. პირველ შემთხვევაში ავადმყოფობა დაწყებულია სუნთქვის მოშლით (micropnoe, dyspnoe), რაც პირველ ხანებში მხოლოდ ისტერიულ მოვლენად ყოფილა მიღებული, მაგრამ სამი წლის შემდეგ ავადმყოფობას დართია აშკარა ნიშნები პარკინსონიზმისა. მეორე შემთხვევაში სუნთქვის მოშლა (apnoe, polypnoe, tachypnoe) და ეპიდემიურ ნენცეფალიტის სხვა დამახასიათებელი ნიშნები განვითარებულია ერთდროულად ავადმყოფობის ქრონიკულ პერიოდში. ვარდა საკუთარ ამ ორ შემთხვევისა მათ მოყვით ლიტერატურული ცნობანი შესახებ სუნთქვის მოშლისა (mic-



topnoe, dyspnoe, apnoe, tachypnoe და სხვა) ეპიდემიურ ენცეფალიტის დროს (Vincet et Bernard, P. Marie, Pardee, Chiray et Lafourcade და Cuxob).

დაბოლოს ამ მოვლენათა ასახსნელად ავტორებს მოყავთ მხოლოდ ჰიპოთეზა, რადგან პათოლოგო-ანატომიური შემთხვევა მათ არ ქონიათ. მათი აზრით სუნთქვის მოშლა ეპიდემიურ ენცეფალიტის დროს უნდა ჩაითვალოს ე. წ. სუნთქვის სტრანჯულეარულ გზის (tract Christiani) გაღიზიანებით ან დამბლით thalamus-ის, nucl. striatus-ის, ან nucl. ruber-ის—ვეგეტატიური ცენტრთა—არეში, რის გამოც ხდება გაძლიერება, ან შენელება სუნთქვითი შემაკავებელ იმპულსებისა, რასაც, ცხადია, უნდა მოყვეს სუნთქვის მოშლა.

ა. რ-იე.

Гипноз при родах и операциях Д-ра А. П. Николаева (Киев) (Казанский Медицин. Журнал 1926 г. № 1). ავტორი ეხება ჰიპნოზით მშობიარობის უმტკივნელოდ ჩატარების საკითხს და მოყავს მრავალი სათანადო მაგალითები (200-მდე), როგორც სხვების, ისე მის მიერ წარმოებულ ცდებიდან. მშობიარობა ჰიპნოზის ქვეშ ნორმალურ მშობიარობიდან განირჩევა მხოლოდ უმტკივნელობით. სხვა მხრივ მშობიარობის პერიოდებს ან საშვილსნას კინტვას არაერთარი ცვლილება არ ემჩნევა. ავტორი უფრო რაციონალურად სვლის მშობიარეს—რომოდენიმე ხნით წინდაწინ მომზადებას—რომლის შემდეგ მშობიარობა შეიძლება ჩატარდეს დაუძინებლად, წინდაწინ კმნილ ჰიპნოზის ქვეშ. ავტორი აღნიშნავს აგრეთვე, რომ ოპერატიული დახმარებაც ასეთ მშობიარობის დროს ნარკოზს არ თხოულობს. უერთოლეს ზელოვანურ ჩარევასაც კი—წინდაწინ კმნილ ჰიპნოზის გამო—მშობიარე სრულიად უმტკივნელოდ იტანს.

დასასრულ ავტორი ხაზს უსვამს იმას, რომ აქამდე არ არის ნახული არც ერთი ფარმაკოსაშუალება, რომელიც მშობიარობასაც უმტკივნელოდ ატარებდეს და ამავე დროს ნაყოფი და დედისათვისაც უვნებელი იყოს. მისი აზრით, ჰიპნოზი საშუალებას გვაძლევს ამ ამოცანის გადასაწყვეტად.

ა. თედორაძე.

Einseitige Stauungs papille und Hirntumor von H. Oloff (Kiel) Bericht über die 44. Lusammenkunft der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg 1924. გვ. 256—258. (ცალმხრივი შეშუპებული დვრილი და ტვინის ხორცმეტი). გადასაწყვეტად საკითხისა, აქვს თუ არა რაიმე მნიშვნელობა ტვინის ხორცმეტის ალაგის გამოსაცნობად მხედველობის ნერვის დვრილის ცალმხრივ შეშუპებას, Oloff-ს გადუსინჯავს 10 წლის მასალა Kiel-ის ნერვული კლინიკისა, მას აქვს მხედველობაში მხოლოდ სექციით დამტკიცებული შემთხვევები და ისიც მხოლოდ ცალმხრივები. ამნაირი შემთხვევა აღმოჩენილა 53. ამ 53-დან 37 ყოფილა შეშუპებულ დვრილიანი. ცალმხრივი შეშუპება 15. მათ შორის 10 იმავ მხარისა, რა მხარეზედაც ხორცმეტი იყო, 5 მოპირდაპირე მხარეზე. ცალმხრივ შეშუპებულ დვრილიანებმა ისეთი შთაბეჭდილება იქონიეს; რომ მეორე მხარეზეც განვითარდებოდა შეშუპება ავადმყოფებს მეტი დრო, რომ ეცოცხლათო. 2 შემთხვევაში თხემის და საფეთქლის ხორცმეტების და იმავე მხარის შეშუპების აღმოჩნდა. თანახმად Horsley-ს მოძღვრებისა ბადებრივი გარსის სისხლ ჩაქცევანი. მესამე შემთხვევაში საფეთქლის წილას ხორცმეტისა დვრილის შეშუპება და ბადებრივი გარსში სისხლის ჩაქცევა იყო მოპირდაპირე მხარეზე. ნათხემის ხორცმეტების დროს დვრილი მუდამ ორივე მხარეზე იყო შეშუპებული ერთგვარად. ამ გვარად შეშუპებულ დვრილის ცალმხრივობას დიდი მნიშვნელობა არ ქონია. ყურადღების მისაქცევა, რომ დვრილის ცალმხრივი შეშუპების დროს ხორცმეტი მეტი წილად, და არა ყოველთვის ეკავა დიდი ტვინის წინა ნაწილები.

ა. შ.

## ქ რ მ ნ ი კ ა.

ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატის ცნობებით საქართველოში ამჟამად ირიცხება 1.382 ექიმი. ამ რიცხვიდან ტფილისში იმყოფება 818 ექიმი, მათ შორის 300 უმუშევარია. ეს რიცხვი ექიმებისა არ არის საკმარისი თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ საქართველოს მცხოვრებთა რიცხვი უდრის 2.497.000. ექიმების განაწილება ქალაქსა და სოფელს შორის არ არის სწორი. 502.000 ქალაქის მცხოვრებზე მოდის 1.211 ექიმი (87,5%), 2 მილიონი სოფლის მცხოვრებზე — ექი 171 ექიმი (12, 5%).

კბილის ექიმები რესპუბლიკაში ირიცხება 321, აქედან ქალაქში 308, სოფელში 13. ექიმის თანაშემწენი—436, აქედან ქალაქში 266, სოფელში—150; ბებია ქალები—408, ქალაქში 349, სოფელში—59.

უმცროს მასწავლებელთა კოლეგიუმმა თავის უკანასკნელ სხდომაზედ აირჩია ახალი ვამფეოვა, რომელსაც შედიან ასისტენტები მ. მგალოლიშვილი, ა. წულუკიძე, ვ. ყიფშიძე და ორდინატორები რუხაძე და ტყაყაძე.

უნივერსიტეტის საბჭომ ერთხმად აირჩია პროფ. წერეთელი დამსახურებულ პროფესორად მისი 30 წლის მუშაობის შესრულების გამო ამ ასპარეზზედ.

მთავარი საკურორტო სამმართველო მომავალ სეზონში გახსნის სანატორიუმებს აბასთუმანში, წალეგრში, ბორჯომში და ცემში 600 საწოლზედ. სულ გაივლის სანატორიუმებში 2.000 ავადმყოფი. ადგილები უკვე აღებული აქვთ დამსუღვე სალოარებს. კერძო ავადმყოფთათვის სანატორიუმებში ვერცერთი თვეში აბასთუმანში—230 მან. ერთი ადგილი, ბორჯომში 235 მან., წალეგრში და ცემში—225; პროფ.-კავშირთა წევრებისთვის-კი თვეში ბორჯომში 175 მან., აბასთუმანში—170 მან. და წალეგრში—165 მან.

მთავარი საკურორტო სამმართველო მიიღებს ავადმყოფებს მომავალ სეზონში აგრეთვე წყალტუბოში და ახტალაში. წარსულ ზაფხულს ახტალაში გაიარა 3.000 ავადმყოფმა. წყალტუბოში—12.000. წელს უფრო მეტს რიცხვს ავადმყოფებისას მოვლიან, ვინაიდან წყალტუბოს გზატკეცილი უკვე დამთავრებულია.

პარიზის უნივერსიტეტის საექიმო ფაკულტეტმა აირჩია პროფესორებად (honoris causa) სამხედრო—საექიმო აკადემიის პროფესორი ივ. პ. პავლოვი და როფელერის ინსტიტუტის პროფ. Noguchi.

მორიგი საერთაშორისო კონგრესი ტუბერკულოზის შესახებ წელს შესდგება ვაშინგტონში 27 ენკენ.—2 ოქტომბ.

გერმანელი რენტგენოლოგების კონგრესი წელს შესდგება ბერლინში 11-13 აპრილს. საპროგრამო საკითხებად გამოცხადებულა: 1) ნალეულას ბუშის გაშუქება Röntgen-ით (Pribram, o. straus—მომხსენებლები); 2) ტუმუს ჯირკვლის რენტგენოზიცია ოპერაციის შემდეგ კირჩხიბის შესახებ და მიღებული შედეგები (Holfelder, Jüngling); 3) თანამედროვე მდგომარეობა რენტგენოლოგიის საკითხისა.

ბადენ-ბადენში 17—19 აპრილს შესდგება პირველი კონგრესი გერმანიაში ფსიქოთერაპიის საკითხის გასაშუქებლად. პროგრამაში შემდეგი საკითხებია დასმული: 1) ფსიქოთერაპია; როგორც მეთოდი წამლობისა მედიცინის სხვადასხვა დარგებში, 2) კონსტიტუციის პრობლემები; 3) ტრავმატიული ნევროზები.

აპრილში ან მაისში ლენინგრადში შესდგება IV ყრილობა რენტგენოლოგებისა და რადიოლოგებისა. ყრილობაში მიიღებენ მონაწილეობას, როგორც საერთაშორისო ცენტრების წარმომადგენლები, აგრეთვე უცხოეთიდან მოწვეული მეცნიერები.



მედსანშრომის ცენ. კომ. განმარტა, რომ შემდეგში არ უნდა დაუშვან კლინიკებში და საავადმყოფოებში სჯაყის მისაღებად მომუშავე ექიმები მუქტად.

რუსეთში ჯანმრთელობის კომისარიატთან არსებულმა საექიმო საბჭომ აუკრძალა ექიმებს კერძოდ სახლში წამლობა ჰიპნოზით. ამის გამო ფსიქო-ნევროლოგიურმა აკადემიამ და ტენის შესასწავლად დაარსებულმა ინსტიტუტმა აღძრეს შუამდგომლობა რათა ეს აკრძალვა გაუქმებულ იქნეს, ვინაიდან ჰიპნოზი მათ მიანიჭათ ისეთ წამლობის მეთოდად, რომელსაც შესაძრწევი სარგებლობა შეუძლიან მიუტანოს ავადმყოფს თუ მას აწარმოებენ ნევრო-პათოლოგი, აკადემიას მიანიჭა აგრეთვე საჭიროდ, რომ ყველა საექიმო უმაღლეს სასწავლებლებში იყოს დაარსებული სპეციალური კათედრა, რომელზედაც საგანგებოდ გააცნობენ მსმენელებს ჰიპნოზით წამლობის მეთოდიკას.

მედსანშრომის ცენ. კომ. აღძრა შუამდგომლობა, რათა მომავალ აკადემიურ წელს კავშირის უმაღლეს საექიმო სასწავლებლებში მიღებულ იქნას 400 ფერშალი გამოცდების ჩაუბარებლად. ამ შუამდგომლობას მხარს უჭერს ჯანმრთელობის კომისარიატი.

მორიგი ყრილობა (XVIII) რუსეთის ქირურგებისა შესდგება მოსკოვში 27—30 მაისს. საპროგრამო საკითხები: 1) პროფ. ა. ვ. მარტინოვი-თიაქრის რადიკალური ოპერაციები და მათი შორეული შედეგები; 2) პროფ. პ. ა. გერცენი—ელენთას დაავადებანი დამოკიდებული სპლენეკტომიის ჩვენებაზე და მისი შორეული შედეგები; 3) პროფ. ს. პ. ფედოროვი-ობტურაციული სიყვითლის ქირურგიული წამლობა.

მიუნენში გარდაიცვალა ცნობილი ანატომი Emil Rosenberg, 83 წლის.

ბერლინში გარდაიცვალა ცნობილი ოტო-რინო-ლარანგოლოგი პროფ. Adolf Pas-sow.

იტალიაში გარდაიცვალა ცნობილი პათოლოგო-ანატომი პროფ. Camillo Golgi.

რუსეთში გარდაიცვალა პროფ. ა. ვ. გოლუბევი.

კოპენჰაგენში გამოდის ახალი ჟურნალი „Acta Tuberculosa Scandinavica“ პროფ. Bang-ის რედაქტორობით, რომელშიაც წერილები იბეჭდება, თანამხად ავტორის სფრვილისა გერმანულ, ინგლისურ ან ფრანგულ ენებზე.

უკანასკნელი მსოფლიო ომის დროს შვერთებულმა შტატებმა დაკარგეს 80,000 კაცი. ამავე ხნის განმავლობაში იქ გარდაიცვალა კირჩხიბისაგან 180,000 და ტუბერკულოზისაგან 150,000. კოლუმბიაში სიკვდილიანობან ფილტვის ტუბერკულოზისგან იმატა. 1904 წელს 100,000 მცხოვრებზედ მოდიოდა 75,15 სიკვდილიანობა, 1921 წელს კი—160,64. ამის მიზეზად ასახელებენ ტუდ ჰიგიენურ პირობებს და საავადმყოფოების სიცოტავებს.

ამერიკაში ამჟამად იმყოფება 145,966 ექიმი. 1924 წელს გარდაიცვალა 2,486, რაც შეადგენს ათასზედ 17,37. მარტო ტუბერკულოზისგან გარდაიცვალა 1924 წ. 95 ექიმი.

ნიუ-იორკში ირიცხება ამჟამად 8,769 ექიმი, ამ რიცხვიდან საავადმყოფოებში მუშაობენ 3,232 ექიმი, ე. ი. 36, 8/10. საავადმყოფოები არის ძირილ პატარა:

665 საავადმყოფო შვიკავს მხოლოდ ათ-ათ საწოლს, 2—301, 10—25 საწოლს, 1—744, 25—30 საწოლს, მხოლოდ 451—საწოლები არის 300 მეტი.

ამერიკის საავადმყოფოებში მუშაობა შეუძლიანთ აწარმოვან არა მარტო შტატის ექიმებს, არამედ აგრეთვე შტატ-გარეშე. იქ კერძო ექიმს შეუძლიან დააწვიონ თავისი ავადმყოფი საავადმყოფოში და თვითონ გაუკეთოს ოპერაცია. შვერთებულ შტატებში არის 7370 საავადმყოფო 813, 926 საწოლით.

1 რუსეთის უროლოგების ყრილობა შესდგება მაისში 1926 წელს.

გერმანული 4 უროლოგების ყრილობა შესდგება ვენაში სექტემბრის ბოლოში.

საფრანგეთის უროლოგების ყრილობა შესდგება ოქტომბრის პირველ რიცხვებში.

გარდაიცვალა ცნობილი მეცნიერი სამხედრო-საექიმო აკადემიის პროფესორი ნ. ი.

ჩისტოვინი.





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. Луздеб.*

**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.

ჟურნალის ფასია: 1925 წლის სრული კომპლექტი	10 მან.
ცალკე ნომერი . . . . .	1 მანეთი
ლრმაგი ნომერი . . . . .	1 მანეთი 50 კაპ.

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“ გამოვა ყოველთვიურად და-  
ახლოვებით 70-80 გვ. ჟურნალში მოთავსებული იქნება ორიგინალური  
წერილები თეორიულ, კლინიკურ და საზოგადოებრივი მედიცინიდან,  
მიმოხილვები, რეფერატები სამკურნალო მეცნიერების ყველა დარგიდან,  
სამედიცინო საზოგადოების სხდომების ანგარიში, კორესპონდენციები, ბი-  
ბლიოგრაფია და ქრონიკა.

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების  
ცალკე ამონაბეჭდი.

წერილები უკვე სადმე დაბეჭდილი ჟურნალში არ დაიბეჭდება. წე-  
რილები უნდა იყოს დაწერილი ერთ გვერდზე ზედმიწევნით გარკვე-  
ული ხელით ან მანქანაზე გადაბეჭდილი. რედაქცია იტოვებს უფლე-  
ბას საქორების მიხედვით წერილები შეამოკლოს.

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

რედაქციის მდივანია — ექიმი პ. ქავთარაძე — (ყორღანოვის  
ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რე-  
დაქციის და ჟურნალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მიიღოს.  
ჟურნალის აპრილის ნომერი უკვე იბეჭდება.

ჟურნალი „თანამედროვე მედიცინა“-ს წარმომადგენლები — მკურნალნი, სა-  
ქართველოს ქალაქებში: ქუთაისში — დ. ჩეჩელაშვილი (ნინოშვილის ქ. № 41),  
ბათუმში — პ. ვიგინიშვილი, ლანჩხუთში — ვ. ბარამაძე, სენაკში — ი. ჩხეტია, ხა-  
შურში — გ. ციციშვილი, სოხუმში (აფხაზეთი) — ა. გრიგოლია, ზუგდიდში — ანთე-  
ლავა, რომელთაც ჟურნალის საქმეების გამო უნდა მიმართონ პროვინციულ  
ამხანაგებმა.