

39  
1926/3 გამოცემის წელი მესამე.

№ 463

ეროვნული  
ბიბლიოთეკა

თანამედროვე

მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 5

მ ა ი ს ი

1926



ცფილისის უნივერსიტეტის უმცროს ბასწავლუბელთა კოლეგიუმის გაბოცება

ტ ფ ი ლ ს ი



ქართული  
თავის

# მიიღება ხელის მოწერა 1926 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

## „თანაბელროვა მედიცინა“

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

ჟურნალში შექმნილი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეზუმეები, ბიბლიოგრაფია და ძრონიკა.

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწ. უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატორები, პროვინციული ექიმები.

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

ჟურნალის რედაქცია: { ზ. მაისურაძე, მ. მგალობლიშვილი, შ. მიქელაძე, პ. ჭავთარაძე და ნ. ყიფშიძე.

ტფილისი ს. ს. მ. უ. ს. პოლიგრაფტრესტის 1-ლი სტამბა. პლენ. პრ. № 91.  
14/V—26. შეკ. № 7009/1170. მთავარი № 773. დაბეჭდა 650.

~~61(05)~~  
~~თ-20.~~

გამოცემის წელი მესამე.

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

499

**№ 5**  
მ ა ი ს ი  
1926

39  
1926 / 3



თბილისის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის კოლეჯის გამომცემი

თ ბ ი ლ ი ს ი

შ ი ნ ა ა რ ს ი.

I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:	38.
1. დემეტრაძე ნ. N. Depressor cordis ტოპოგრაფია და მისი ამოკვეთის ტექნიკა . . . . .	357
2. გრიგორაშვილი გ. Acromegalia-ს სამი შემთხვევა . . . . .	368
3. ანდრეევისა ს. ბუნებრივი და ხელოვნური მზით წამლობის პრობლემა . . . . .	380
4. კუპცისი რ. სასმელი წყლების რადიოაქტიუობა, როგორც შესაძლებელი ეთიოლოგიური მომენტი, ენდემიურ ჩიყვის წარმოშობაში . . . . .	393
5. მეჯვანაძე გ. ბრონქიალური ასთმის ქირურგიული მკურნალობა პროფ. Kümmel-ის წესით . . . . .	401
6. ბერეჟიანი დ. შემთხვევა პილორუსის შევიწროების და კუჭის გაგანიერების, როგორც საერთო ენტეროპტოზის ნაწილობრივი გამოხატვა . . . . .	419
7. შალამბერიძე ევგ. მასალები ქართველ ქალის მენჯის მცოდნეობისათვის . . . . .	427
8. არჯევანიძე მ. მომყოლის გამოძევება ექ. დ. აბულაძის წესით . . . . .	438
9. მამალაძე თ. ანხილოსტოპის წინააღმდეგ მებრძოლ ექსპედიციის მუშაობის მოკლე ანგარიში . . . . .	444
ii. კონგრესის ანგარიშები . . . . .	451

## 6. დეპრესია.

კათედ. ასისტენტი.

### N. Depressor cordis ტროპოგრაფია და მისი ამოკვეთის ტექნიკა.

(ტროპოგრაფიულ ანატომიის და ოპერატიულ ქირურგიის ინსტიტ. გამგე — პროფ. ნ. ს. კახიანი).

კისრის მიდამოს ნერვული სისტემა ამ ბოლო ხანებში ქირურგთა ჯგეროვან ყურადღებას იქცევს; როგორც მოგეხსენებათ კეთდება ოპერაციები ამ მიდამოს სიმპატიურ ნერვებზე, ცლომილ ნერვებზე, შუასაქვიდის ნერვებზე და სხვა.

როგორც მოხსენების სათაურიდან სჩანს დღევანდელი ჩემი ბაასი ცლომილი ნერვისაგან წარმოქმნილ n. depressor cordis ტროპოგრაფიას და მის ამოკვეთის ტექნიკას შეეხება, ხოლო საჭიროდ მიმაჩნია აღებულ თემის განმარტების წინასწარ მოკლედ შევხზო ამ ნერვის დანიშნულებას და იმ დაავადებას, რომლის დროსაც ეს ოპერაცია იწარმოება. მიზანშეწონილად მიმაჩნია აგრეთვე მოკლედ მოხსენებულ იქნას ამ ოპერაციის თანდათანობითი განვითარება და მისი თანამედროვე მდგომარეობა.

ფაისო

ცნობილ ფიზიოლოგ ვერიგოს ჩვენებით n. depressor 1866 წელში აღმოაჩინეს და აღწერეს **ლიუდვიგმა და ციონმა**. შემდეგში 1895 წ. ეს ნერვი გარკვევით და თვალსაჩინოთ იპოვა **დოგელმა**, რომელიც დადასტურებით ამბობს, რომ დებრესორი ცლომილი ნერვის ტოტია, გამოეყოფა მას კისრის მიდამოში, გულმკერდის ღრუმში მიღწევს და თავისი საბოლოო ტოტებით გულის სისქეში თავდება, — მაგრამ აქვე დასძენს: „ზვიად დებრესორი არც არსებობს როგორც გამოცალკევებული ნერვული ტოტი და მაშინ მისი ბოჭკოები ცლომილი ნერვის მთავარ ღეროში ჩაქსოვილათ უნდა ვიგულისხმოთ“. დებრესორის გადაკვეთილ პერიფერიულ ნაწილის ელექტრონის ნაკადით გალიზიანება არავითარ ზეგავლენას არ ახდენს გულის ფუნქციაზე, ხოლო ნერვის გადაკვეთილ ღეროს ცენტრალურ ნაწილის გალიზიანება კი იწვევს გულის ფუნქციის ცვალებადობას. შედეგად ასეთი გალიზიანებისა, ჩვენ მივიღებთ გულის ცემის შენელებას, პერიფერიულ სისხლ-ძარღვთა ვაგანიერებას და ამის გამო მათში სისხლის წნევის დაკლებას. ზემოხსენებულ ცნობათა მიხედვით შეიძლება ვსთქვათ, რომ დებრესორის გამაღიზიანებელი ფაქტორები თვით გულში წარმოიქმნებიან და ამ ნერვის საშუალებით იწვევენ უკვე ხსენებულ გალიზიანების შედეგებს.

ფიზიოლოგ Robert Tigerstedt-ის ცნობათა მიხედვით n. depressor ღიზიანდება მხოლოდ აორტაში ნორმას ბევრად გადაჭარბებულ სისხლის წნევის ზეგავლენით.

თ. ნამედროვე მედიცინა № 5 — 1926.

ნით, რომელიც ეწინააღმდეგება და ხელს უშლის პარკუჭების სისხლისაგან სწრაფ და სრულ განთავისუფლებას.

მაშასადამე, ამ უკანასკნელი ცნობის მიხედვით შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ დებრესორის აღიზიანებს არა მარტო გულიდან გამომდინარე მიხეხვები, არამედ გულთან ერთად მის ვალიზიანებაში მონაწილეობას ლებულობს აორტის სისხლის წნევის ანომალიაც.

1903 წელს Köster-ის და Tschermak-ის მიერ წარმოებულ ექსპერიმენტალურ ცდათა მიხედვით დამტკიცებულ იყო დებულება, რომ დებრესორის ვალიზიანებელი მოვლენანი არ გამომდინარეობენ გულიდან, არამედ მის ვალიზიანებელ ფაქტორათ აორტაში ნორმას გადამეტებული სისხლის წნევა უნდა ჩაითვალოს. ხსენებულ მკვლევართა მიერ წარმოებული ექსპერიმენტალური ცდების შედეგები არ ეთანხმება ძველ შეხედულებას დებრესორის დაბოლოების შესახებ, (როგორც ამას დოჯელი მოგვითხრობს, ვითომდა დებრესორი თვით გულის სისქეში ბოლოვდებოდეს), არამედ ისინი უკვე გარკვეულად და დაბეჯითებით ამტკიცებენ: „დებრესორი ბოლოვდება აორტის დასაწყისის კედლის სისქეში“.

მაშ დებრესორი არ არის გულის ცენტროპეტალური ნერვი, არამედ ის წარმოადგენს აორტის მგრძნობიარე ნერვს. ასეთია შეხედულებათა სხვადასხვაობა ამ ნერვის დანიშნულების და დაბოლოების შესახებ.

რაც შეეხება იმ დაავადებას, რომლის დროსაც კეთდება ამ ნერვზე ესა თუ ის ოპერაცია მისი სრული ამოკვეთით ან მარტო გადაკვეთით, ამის შესახებ შეიძლება ითქვას შემდეგი: ოპერაციას აწარმოებენ angina pectoris-ის დროს.

1900 წლის დასასრულს ფრანგის გამოჩენილმა ფიზიოლოგმა Franc-მა გამოსთქვა აზრი: თუ გადაკვეთილ იქნა angina pectoris დროს ერთის მხრივ გულისა და დიდ სისხლძარღვთა და მეორე თავის ტვინის და ზურგის ტვინთა შორის მყოფი მგრძნობიარე ნერვული ტოტები, შესაძლებელია მივიღოთ ამ სნეულების ექიმობაში დადებითი შედეგი თუ არა შეტევათა სრული მოსაზრების სახით, შემსუბუქებით მაინც.

ამ უკანასკნელ 10 წლის განმავლობაში პრაკის კლინიკისტმა Schmidt-მა იხელმძღვანელა Köster-ისა და Tschermak-ის მიერ წარმოებულ ექსპერიმენტალურ ცდათა შედეგით და შეუფარდა ის angina pectoris-ით სნეულთა კლინიკურ მოვლენებს.

აორტის კედლები უკიდურესი მტკივნეულ-მგრძნობელნი არიან და angina pectoris შეტევათა დროს ტკივილები გამომდინარეობენ აორტის კედლის ნერვულ წნეულთა ვალიზიანებისაგან და არა პირდაპირ და უშუალოთ გულის ამა თუ იმ ნაწილისაგან—ამბობს ცნობილი კლინიკოსი.

ამრიგად Köster-ის მიერ ექსპერიმენტალურათ განხორციელებული თეორიული მოსაზრებანი ფრანგ ფიზიოლოგ Franc-ისა მიიღო უკვე კლინიკამ Schmidt-ის მეთაურობით და angina pectoris-ით სნეულთა მკურნალობაში საყოფარღვებო ადგილი დაიჭირა.

იგივე კლინიკოსი Schmidt-ი ექვის თვალთ უტკერის ძველ შეხედულებას angina pectoris პატოგენეზის შესახებ. მისი აზრით angina pectoris-ით დაავადებულთა შეტევები გამოწვეულია არა გულის გვირგვინისებრ არტერიითა და-

ავადებით (სკლეროზი, სპაზმი და სხვა), არამედ აორტის დასაწყისის კედელთა პატალოგურ გადაგვარებით, რომელიც იწვევს აორტის კედელში მყოფ წნულის ნეკროზის ანუ ნეკროსს. ამას ამტკიცებს ხსენებულ კლინიკოსის მიერ წარმოებული პატოლოგო-ანატომიური დაკვარვებანიც.

როგორც მოხსენებულიდან ჩანს კლინიკოსი Schmidt-ი სავესებით უარყოფს ძველ ე. წ. „გულის გვირგვინისებრ სისხლ ძარღვთა“ თეორიას, როგორც angina pectoris გამომწვევ მიზეზთაგანს და აღიარებს ხოლო ახალ შეხედულებას, რომელიც მის გამომწვევ მიზეზათ აორტის დასაწყისის კედელთა გადაგვარებას და მისგან გამოწვეულ „აორტალგიას“ სთვლის.

ამრიგად წარმოიშვა ძველი თეორიის მოპირდაპირე ახალი ე. წ. „აორტალგიური“ თეორია, მაგრამ პროფ. რინდ ფლეიშის აზრით შეუძლებელია ამ ორ შეხედულების (ძველის და ახლის) ერთი მეორისგან განშორება. მას მხედველობაში აქვს ის სიმპტომები, რომელიც გულის გვირგვინისებრ სისხლ ძარღვთა ტრომბოზით და ემბოლიით არიან გამოწვეული და რომლებიც იძლევიან angina pectoris-თ დაავადების ტიპურ სურათს. ამისდა მიხედვით პროფ. რინდ ფლეიშს გამოჰყავს დასკვნა, რომ არც ერთი ან შეხედულებათაგანი სრულებით არ უარყოფს მეორეს, არამედ ისინი ერთი მეორეს ერთვიან და angina pectoris გამოწვევ მიზეზებთა სხვადასხვაობას სრულ ჰყოფენ და სავესებით ააშკარავენ.

თუ თვალს გადავავლებთ angina pectoris სამკურნალოთ მიღებულ ქირურგიულ სხვადასხვა ზომებს, ჩვენ ადვილად შევამჩნევთ, რომ ოპერატიულ დახმარებათა შორის ორი წესი არსებობს: ძველი და ახალი—თანამედროვე. ძველ წესს საფუძვლად ძველი შეხედულება უყავს და იმ მოსაზრებიდან გამომდინარეობს, რომელიც angina pectoris გამომწვევ მიზეზათ თვით გულის არსებაში და განსაკუთრებით გვირგვინისებრ სისხლის ძარღვებში მომხდარ ცვალებას სთვლის. (ასეთია ხსენებულ სისხლ-ძარღვთა სკლეროზი, სპაზმი და სხვა).

ცხადია, რომ ამ შეხედულების მიხედვით angina pectoris გამომწვევ მიზეზთა საწინააღმდეგო ოპერატიული დახმარებანიც თვით გულის არსებიდან და მის სისხლის ძარღვთა კედლებიდანვე გამომავალ მკრძნობიარე ნერვულ ბოქვებზე უნდა წარმოებულყო. როგორც უკვე ცნობილია, ასეთი ნერვი სიმპატიური ნერვია და ზემოხსენებულ მიზნისათვის საჭირო ოპერაციებიც თავდაპირველად ამ ნერვზე კეთდებოდა.

Angina pectoris სამკურნალო მიზნით ხმარებული პირველი ოპერაცია კისრის მიდამოს სიმპატიურ ნერვზე რუჟინეთის ქირურგმა jonnescო-მ აწარმოვა 1916 წელში. მან სიმპატიურ ნერვის კისრის ნაწილთან ერთად იმავე ნერვის გულმკერდის ღრუში მყოფი პირველი კვანძიც ე. წ. ganglion stellatum ამოკვეთა. როგორც აღწერილი ანატომიიდან და ფიზიოლოგიიდან ვიცით ეს კვანძიც დროს გადიკვეთებიან და კარგავენ თავიანთ დანიშნულებას. jonnescო-მ მიიღო მის მიერ წარმოებულ ოპერაციით სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგი angina pectoris დროს საჭირო ტკივილ დაღუმების მხრივ. გარდა ამისა როგორც Brünning-ი აღიარებს განსაკუთრებულ ყურადღება მისაქცევი ან ოპერაციის შემდგომ ის გარემოება, რომ სისხლ-ძარღვთა აღმატებული წნევაც საგრძნობლად კლებუ-

ლობს და ეს მოვლენა კი თავისთავათ ავადმყოფს უზრუნველყოფს აღმატებულ წინეაზე დამოკიდებულ ყოველივე გართულებისაგან.

მაშ მოხსენებულის და მიხედვით შეიძლება ითქვას რომ ქირურგი jonnesc-ო და მისი მიმდევრები იზიარებენ ძველ ე. წ. „გულის გვირგვინისებრ სისხლძარღვთა თეორიას“, რის მიხედვითაც სიმპატიურ ნერვზე აწარმოებენ ამა თუ იმ მანიპულიაციას.

ორ წლის წინად Eppinger-ის მეთაურობით აღინიშნა ამ ოპერატიულ დახმარების ახალი თანამედროვე გზა. ხსენებული ქირურგი ანგარიშს უწევს უკვე ზემოხსენებულ Küster-ის მიერ წარმოებულ ექსპერიმენტალურ ცდათა შედეგს და ფიქრობს რომ დეპრესორის დაბოლოება აორტის კედლის სისქეში იმყოფება. იგი საცხებით ეთანხმება პრაგის კლინიცისტ Schuidt-ის შეხედულებას angina pectoris გამომწვევ მიზეზთა შესახებ, სრულიად არ იზიარებს გვირგვინისებრ სისხლძარღვთა თეორიას და ფიქრობს რომ აორტის კედელში დაბოლოებული დეპრესორი აჩის გზა რომელიც გაატარებს ზურგისა და თავის ტვინისაკენ მიმავალ გალიზიანებას angina pectoris ღროს.

ამიტომ ის აწარმოებს არა jonnesc-ოს ტიპის ოპერაციებს, არამედ ამოკვეთს n. depressor-ს, რომელიც მისი აზრით ცდომილი ნერვის შემადგენლობის ნაწილთაგანია.

მაშ ჩვენ შეგვიძლია ვსთქვათ, რომ Eppinger-ის მიერ წარმოებულ ოპერაციებს საფუძვლად უდევს ახალი შეხედულება შესახებ angina pectoris პატოგენეზისა და „აორტალგიურ“ თეორიიდან გამომდინარეობენ.

ყოველ ზემოხსენებულის და მიხედვით ცხადია jonnesc-ოს და Eppinger-ის მიერ წარმოებულ ოპერატიულ დახმარებათა შორის განსხვავება, მაგრამ ჩვენ უკვე მოვიყვანეთ პროფ. რინდ ფლეიშის აზრი, რომელიც აღიარებს ყველასათვის მისაღებ და ფრიად ხელსაყრელ დებულებას; ეს დებულება შემდეგია: „ძველი შეხედულება შესახებ angina pectori გამომწვევ მიზეზებისა (ე. წ. გვირგვინისებრ სისხლძარღვთა თეორია) და ახალი (ე. წ. აორტალგიური) არც ერთი არ უარყოფს მეორეს, არამედ ისინი ერთვიან და აძლიერებენ ერთმანეთს“. ამ უკანასკნელ დებულების მიხედვით შეიძლება ითქვას, რომ მართალია და მიზანშეწონილი იმ თანამედროვე ქირურგთა მოქმედება, რომლებიც მოგვაწოდებენ თანაბარ ერთდოულ ამოკვეთის მეთოდს, როგორც დეპრესორის ნერვის ისე აგრეთვე სიმპატიური ნერვისაც. ასეთი მოქმედების მომხრეა ქირურგი Borchgart-ი. ვფიქრობთ რომ ეს უკანასკნელი მეთოდი მიზანს მიაღწევს და საყოველთაოდ მისაღები შეიქნება მით უმეტეს რომ ბოლო ხანს ბრიუნინგის მიერ გამოთქმულია აზრი „რომელიც ამტკიცებს რომ depressor-ი სიმპატიური ნერვის შემადგენლობისა და ამ უკანასკნელის თანაბარ მნიშვნელობის მგრძობიარე ბოკოებს შეიცავს.

კისრის მიდამოს სიმპატიური ნერვის პირველ ან ზედა კვანძს — gangl. super. n. sympathetic და იმავე მიდამოში ცდობილ ნერვისაგან წარმოქმნილ კვანძს ე. წ. gang. nodosum n. vagi შორის იმყოფება ფართო და მძლავრი ანასტომოზი — ადასტურებს ამ ბოლო ღროს გვაშე წარმოებულ გამოკვლევათა მიხედვით გერმანელი Fricki და დეპრესორიც ამ ანასტომოზის წარმომქმნელ



ნერვულ ბოჭკოთა კონას წარმოადგენს. კიდევ უძველეს დროის მკვლევარი Theil აღწერდა ანასტომოზს ცლომილი ნერვის ტოტისა და სიმპატიური ნერვის ზედა კვანძისაგან წარმოქმნილ გულის გრძელ ნერვს—*n. cardiacus longus* შორის. გერმანელი მეცნიერი Schumacheri 1892 წ. გამოსთქვამს აზრს, რომ თუ დებრესორი ნათლად და მკაფიოთ გამოსახული არ არის, როგორც ცალკე ნერვული ღერო, მაშინ ცლომილი ნერვის გულისათვის მიჩნეული ტოტები—*rami cardiacae n. vagi* დებრესორის ანალოგებათ უნდა ჩაითვალოს.

მაშ ძველი დროის—Teil-ის, შემდეგში Schumacher-ის და ამ ბოლო ხანს Frick-ის და Брjунинг-ის მიერ მოცემულ ცნობათა მიხედვით ნება გვეძლევა ვსთქვათ: დებრესორის ფუნქციის მატარებელი ბოჭკოები შესაძლოა იყოს ცლომილი ნერვისაგან წარმოქმნილ გულისათვის მიჩნეულ რომელიმე ტოტში; შესაძლოა ეს ბოჭკოები გაჰყვეს სიმპატიურ ნერვისაგან წარმოქმნილ და გულმკერდის ღრუსაკენ მიმავალ რომელიმე ტოტთაგანს, როგორც არიან: 1. კისრის მე-2 მალის დონეზე მყოფი სიმპატიურ ზედა კვანძისაგან წარმოშობილი გულის გრძელი ნერვი—*n. cardiacus longus*; 2. კისრის მე-6 მალის დონეზე მდებარე სიმპატიურ ნერვის შუა კვანძიდან წარმოქმნილი გულის მცირე ნერვი—*n. cardiacus parvus*, და 3. მე-7 მალის დონეზე მდებარე კისრის ქვედა კვანძისაგან წარმოქმნილი—*n. cardiacus magnus*.

გარდა ამისა, როგორც უკვე ხსენებულ იყო გულმკერდის ღრუში მყოფ სიმპატიურ ნერვის პირველი ანუ ე. წ. ვარსკვლავისებრ კვანძისაგან—*ganglion stellatum*—გულის მიმართულებით წარიდინება რამოდენიმე ნერვული ღერო; ყველა აღწერილ ნერვთა ღეროში შესაძლოა დებრესორის ფუნქციის მატარებელი ბოჭკოები ვიგულისხმოთ და თუ ეს ასეა *angina pectoris* საწინააღმდეგო ოპერაციის დროს ისინიც გადაკვეთილ უნდა იქნან.

ეს უკანასკნელი ანატომიური ცნობები და მათგან გამომდინარე მსჯელობანი სრულებით და საეხსებით ამართლებენ იმ ნაბიჯებს და ოპერატიულ ზომებს, რომლებიც მიღებულ და გატარებულ იყო ქირურგ—Borchgart-ის მეთაურობით.

ნორმალური ანატომია აღიარებს ზურგის ტენის კისრის ნაწილის ზედა ნერვებსა და სიმპატიურ ნერვთა შორის ანასტომოზს; ცნობილია ისიც, რომ კისრის ზედა სამ ნერვსა და ენის ქვედა ნერვის ქვედამავალ ტოტს შორის წარმოიქმნება კავშირი მარყუშის სახელწოდებით—*ansa n. hypoglossi*. როგორც ამ ბოლო ხანების ლიტერატურულ ცნობებიდან სჩანს შესაძლოა სიღრმიდან და უკანიდან ზერეღეთ და წინ მომავალმა საანასტომოზო კისრის ზედა ნერვთა ღეროებმა სიმპატიურ ნერვამდი მიაღწიოს, აქედან დებრესორის ფუნქციის მატარებელი ბოჭკოები თან წარიძღვანოს და მარყუშის შემქმნელ ღეროში ჩაქსოვილი ქვედამავალ ტოტს ჩაურთოს.

ესლა კი შევეხოთ თავდაპირველად დოკელის მიერ მოწოდებულ დებულებას. მოხსენებულის შემდეგ მის მიერ მოწოდებული დებულება, რომ დებრესორი ცლომილ ნერვის ტოტთა-შეურყველად უნდა ჩაითვალოს და საეულისხმიერო ანგარიში უნდა გაუწიოთ სიმპატიურ ნერვისაგან ცლომილ ნერვში გადმომავალ ანასტომოზებს. როგორც მოგახსენეთ ეს უკანასკნელი ცნობები შესახებ ნერვთა

შორის ანასტომოზისა ამ ბოლო ხანებში მოგვაწოდა საზღვარგარეთის ლიტერატურამ და მის მიხედვით საკითხი დეპრესორის დანიშნულებისა და ტოპოგრაფიისა საუფუძელიანად გადათვლიერებულ, გადასინჯულ და ექსპერიმენტარულ ცდათა მიხედვით ხელმეორედ შემოწმებულ უნდა იქნას. ამის მიხედვით ჩემი მოხსენება შესაძლოა წინასწარ მოხსენებად ჩაითვალოს, მაგრამ, ვინაიდან პროფ.

**6. კახიანი**ს კლინიკაში მის მიერ უკვე იყო წარმოებული ერთი ოპერაცია დეპრესორზე, რომლის შემდეგაც მე მომეცა წინადადება გვამთა დამუშავებით გამოიერკვია ამ ნერვის ტოპოგრაფია და მისი წარმოშობის სხვადასხვაობა, მეც ზედმეტად არ მიმაჩნია ორიოდ სიტყვა წარმოვსთქვა შესახებ იმ შედეგებისა, რომელიც მომცა დაახლოებით 20--23 გვამის დამუშავებამ.

გაკეთებულ პრეპარატთა შორის სადემონსტრაციოთ გამოსადგენი ამჟამად ტოპოგრაფო-ანატომიურ მუზეუმში იმყოფებიან, ხოლო მათგან გაკეთებული სურათი თვალწინ გვაქვს და მათ მიხედვით შესაძლო არის მსჯელობა ვიქონიოთ ხსენებულ ნერვის მდებარეობის და წარმოქმნის სხვადასხვაობაზე.

სურათი 3. აქ მე-4 № აღნიშვნით ნაჩვენებია ცდომილი ნერვის კისრის ნაწილის ზედა მესამედის დასაწყისისაგან გამოყოფილი n. depressor.

სურათი 1.— აქ მე 4 № აღნიშვნით ნაჩვენებია ცდომილი ნერვის კისრის ნაწილის შუა მესამედისაგან გამოყოფილი n. depressor.

სურათი 2. საყუარდლებო და მნიშვნელოვანია იმით, რომ აქ მე-13 № აღნიშნულია ნათლად გამოსახული ენის ქვეშა ნერვის ქვედამავალ ტოტისაგან გამოყოფილი ნაწილი, რომელიც მიემართება დასწვრივ და საძილე საერთო არტერიის ღეროს ლატერატურულათ მდებარე გულ მკერდის ღრუში ეშვება. შესაძლოა ქვედამავალ ტოტის ამ ნაწილს დეპრესორის დანიშნულება მივანიჭოთ, რადგანაც ნაჩვენებ სურათზე ცხადათ სჩანს, რომ ქვედამავალი ტოტი თავის საბოლოო ტოტებით დანერვავს მისთვის ჩვეულებრივ კუნთებს როგორც m. sternothyreoidus, ster. hyoidus და სხვა. ზემოხსენებული ნაწილი ნერვისა კი კუნთებს გვერდს უხვევს და საერთო საძილე არტერიის ადვენტიციაში შესული ქვემოდ ეშვება, მაგრამ იგივე სურათი მნიშვნელოვანია იმ მხრივ, რომ ცდომილი ნერვის ქვედა მესამედისაგან წარმოიქმნება უკვე დეპრესორისათვის ჩვეულებრივი მიმართულებისა და მისივე სისხოს მქონე ღერო № 4. ასე, რომ ამ შემთხვევაში ნება გვეძლევა ვითქვით შესახებ ანატომიურად ორმაგი, თუმცა ცალმხრივი, დეპრესორის არსებობისა. ასეთი შემთხვევის აღწერა ჩემ ხელთ მყოფ ლიტერატურაში არ შემხვედრია.

მაშასადამე დამუშავებულ პრეპარატთა და ამ სურათთა მიხედვით მე შემიძლია ვსთქვა:

1. შესაძლოა დეპრესორი ცდომილი ნერვის ზედა მესამედისაგან წარმოიშვას.
2. შესაძლოა ის შუა მესამედში გამოეყოს ცდომილ ნერვს.
3. შესაძლოა ეს ნერვი გამოეყოს ცდომილი ნერვის ქვედა მესამედს.
4. შესაძლოა დეპრესორი ენის ქვედა ნერვის ქვედა მავალ ტოტს—ram. desc. n. hyp. გამოეყოს.
5. შესაძლოა ეს ნერვი ორმაგი იყოს, თუნდა ცალმხრივ, როგორც მე-II სურათზეა ნაჩვენები.

6. გარდა ამისა სამთავე სურათი ნათლად გვიჩვენებს საუღლე შიგნი ვენასა და საერთო საძილე არტერიას შორის დებრესორის მდებარეობას.

7. დებრესორი საერთო საძილე არტერიის ადვეტიციაში აღწევს და მის დასწვრივ დაშვებული გულმკერდის ღრუს ზედა ხვრელში—*apertura thoracis superior* იმალება.

8. ჩემს მიერ დამუშავებულ გვამთა მიხედვით შემიძლია ვსთქვა, რომ N. depressor არამც თუ იშვიათ შემთხვევაში, არამედ ერთხელაც არ წარმოქმნილა ხორხის ზედა ნერვისაგან, როგორც ამას აღიარებს თითქმის ყველა ფიზიოლოგი და ანატომი.

9. N. depressor არა იშვიათ შემთხვევაში არც არსებობს როგორც განცალკევებული და მკაფიოთ გამოსახული ღერო. ეს უკანასკნელი ფაქტი მით უმეტეს გვაუჩიქრებინებს, რომ ამ შემთხვევაში დებრესორის ფუნქციის მატარებელი ნერვული ბოჭკოები უნდა ვეძიოთ ცდომილ ან სიმპატიურ ნერვისაგან გამოყოფილ და გულმკერდის ღრუსაკენ მიმავალ ნერვულ ღეროებში, ან და ენის ქვეშა ნერვის ქვედამავალ ტოტის შემადგენლობაში.

10. დამზადებულ სურათებზე ყურადღება მისაქცევია ენის ქვეშა ნერვის ქვედამავალ ტოტზე მარჯულის წარმოქმნა. როგორც ვიცით მარჯულის წარმოქმნილი კისრის მიდამოს ზურგის ტვინის მგრძნობიარე ტოტები არიან, ვიცით ისიც, რომ მათ ახლო კავშირი და ხშირი ანასტომოზი აქვთ სიმპატიურ ნერვთან და თუ დებრესორი სიმპატიურ ნერვის შემადგენლობის არის შესაძლოა ის ამ საანასტომოზო ტოტებმა თან წარიძღვანონ, ქვედამავალ ტოტამდი მიიტანონ და მის მსხვილ ღეროში გატარებული დებრესორი განშორდეს მას ქვედა ნაწილში, როგორც ეს მე-II სურათზე 13 ნომერის აღნიშვნით ნაჩვენებია. ვიმეორებ ყურადღებას იქცევს მარჯულის შემქმნელ ტოტთა რაოდენობა და მდებარეობა.

როგორც 1 და 3 სურათები გვიჩვენებს ეს ტოტები ორმაგი და ხშირად მეტიც არის, ისინი გამოდინ სიღრმიდან-ზერელეთ, უკანიდან-წინ მიმართულებით და საუღლე შიგნი ვენას და საძილე არტერიათა შორის არეში ერთვიან ქვედამავალ ტოტის ღეროს.

სურათი 2 გვიჩვენებს და გვამზე დაკვირვებანიც ამის სიხშირეს გვიდასტურებს, რომ მარჯულის წარმოქმნილი ერთ-ერთ ტოტთაგანი საუღლე შიგნი ვენასა და საძილე არტერიას შორის გაივლის და უერთდება ქვედა მავალ ღეროს. მეორე ტოტი კი საუღლე ვენის ლატელარულ კიდეს შემოვლის და პირველისაგან განშორებული ცალკე უერთდება ქვედამავალ ტოტის ღეროს. ამრიგად გამოდის, რომ საუღლე შიგნი ვენას გარს ახვევია მარჯულის წარმოქმნილი ნერვული ღეროები და თუ მათში ჩაქსოვილ დებრესორის ნერვის ბოჭკოებს წარშოვიდგენთ, მაშინ (ახალი იქნება ჩვენთვის ისიც, რომ ამ შემთხვევაში დებრესორის ამოკვეთისათვის საუღლე შიგნი ვენასაც ირგვლივ უნდა შემოუაროთ.

ასეთია საერთოდ დებრესორის წარმოქმნის, მდებარეობის და მსვლელობის სხვადასხვაობა.

რაც შეეხება დებრესორის ამოკვეთის ტექნიკას, თუ მარტო მისი ამოკვეთა ცნობილ იქნა მიზანშეწონილათ ჩემის აზრით ხელსაყრელი და უმჯობესია



ამოკვეთით ის მკერდლაიწდვრილოვანი კუნთის წინა კიდის გასწვრის გაყვანილ განაკვეთის გზით და არა ამ კუნთის უკანა კიდის გასწვრივ გატარებულ განაკვეთის გზით.

სანამ პირველი გზის უპირატესობის დასაბუთებას შეუდგებოდეთ ზედმეტი არ იქნება მოკლეთ გავითვალისწინოთ კისრის მიდამოს მთავარ სისხლ-ძარღვთა, ნერვთა, ფასციათა და ზოგიერთ კუნთთა შორის ტოპოგრაფიული ურთიერთობა.

ჩვენ ვიცით კისრის მიდამოში ორი ფასცია არსებობს: ზერელე და ღრმა *tascia colli superficialis et profunda*. ეს უკანასკნელი კისრის მალთა სხეულის წინა ზედაპირს გადაუჯლის და ფარავს ხსენებულ მალთა სხეულის წინა ზედაპირზე უშუალოდ და პირდაპირ მოთავსებულ კისრის ღრმა კუნთებს, როგორც არიან *m. rectus capitis anticus major et m. longus colli* და სხვა; იგივე ღრმა ფასცია წინიდან ფარავს ხსენებულ კუნთთა წინა ზედა პირზე მყოფ სიმპატიურ ნერვის კისრის ნაწილს მისი კვანძებით და მათგან წარმოქმნილ გული-სათვის მიჩნეულ ნერვულ ღეროებით; როგორც არიან *n. cardiacus longus, parvus et magnus*.

რაც შეეხება ზერელე ფასციას, ცნობილია მისი ორა ფირფიტა — *lamina superficialis et lamina profunda*.

მკერდლაიწდვრილოვანი კუნთის ლატერალურ კიდეს ოდნავ გარე დაცილებით ხსენებულ ფასციის ორი ფირფიტა არ არიან განცალკევებული, არამედ ერთშროვან ფიბროზულ წარმოქმნას წარმოადგენენ. მიაღწევს რა ეს ფასცია კუნთის გვერდო კიდეს, იყოფა აქ ორ ფირფიტად, ქმნის ბუდეს მკერდლაიწდვრილოვანი კუნთისათვის, ფარავს მის წინა და უკანა ზედაპირებს და მიაღწევენ რა კუნთის მედიალურ კიდეს ფასციის ფირფიტანი კვლავ უერთდებიან ერთმანეთს, წარმოქმნიან ცალფა კეცას, რომელიც მიაღწევს კუნთის მედიალურ კიდის გასწვრივ მდებარე ნერვ-სისხლ ძარღვოვან კონამდის. როგორც ვიცით ამ სისხლ-ძარღვოვან ნერვულ კონას დალაგება შემდეგია: ლატერალურად, ე. ი. კუნთის მედიალურ კიდის თითქმის გასწვრივ საუღლე შიგნი ვენა მდებარეობს, ვენას შიგნი კი საძილე არტერია იმყოფება და მათ შორის ცდომილი ნერვი თავსდება.

მიაღწევს რა კისრის ზერელე ფასციის აქ უკვე ერთ კეცოვანი ფურცელი საუღლე შიგნი ვენის ლატერალურ კიდეს, აქ კვლავ იყოფა ორ ფირფიტად, ქმნის აპონევროზულ ბუდეს კისრის სისხლ-ძარღვოვან ნერვულ კონისათვის, ფარავს მის როგორც წინა, ისე აგრეთვე უკანა ზედაპირებს და საძილე არტერიის შიგნი კიდეს მიღწეული ფასციის ორი ფირფიტა ხელახლა ერთმანეთს უერთდება, ერთკეცოვანი ხდება და კისრის შუა ხაზისაკენ გასწევს. ზოგიერთ ანატომთა აზრით კისრის ზერელე ფასცია სისხლ-ძარღვოვან ნერვულ კონას შემადგენლობის ელემენტათვის განცალკევებულ ბუდეს წარმოქმნის და ამ შემთხვევაში ჩვენ უნდა წარმოვიდგინოთ აპონევროზული სამი ცალკე ბუდე ვენისა, ნერვისა და არტერიისათვის.

ამგვარ ტოპოგრაფიულ ცნობათა აღწერის შემდეგ შესაძლებელია დავასაბუთოთ პირველი გზით დეპრესორის ამოკვეთის უპირატესობა მეორე გზასთან შედარებით.

თუ ნერვის ამოკვეთას მკერდლავიწდვრილოვანი კუნთის უკანა კიდის გასწვრივ გაყვანილ განაკვეთით (ანუ მეორე გზით) მოვისურვებთ, მაშინ ცხადია ჩვენ უნდა გავკვეთოთ კანი, კანქვეშა ცხიმში, *m. platysma mioides* და ამრიგად ჩავეშვათ სილრმეში. ამ მიმართულებით განაკვეთის წარმოების დროს ჩვენ გვერდით ჩაუვლით კისრის ნერვულ ზედა წნულს, რომელიც ხელუხლებელი და დაუზიანებელი რჩება, ხოლო პირდაპირ შევხვდებით და საქმე გვექნება საუღლე გარე უკანა ვენასთან.

აქ უნდა მოვიგანოთ და გავიხსენოთ ყოვლად ცნობილი და საერთოდ მიღებული შემდეგი ანატომიური ცნობანი: კისრის ვენები უსარქველონი არიან.

ისინი მოთავსებული არიან განსხვავებულ ანატომიურ პირობებში, რის გამოც მათი სანათური გადაკვეთას შემდეგ არ იხშობა, არამედ ღია დარჩება და ამიტომ გულმკერდის ღრუის უარყოფით წნევის ზეგავლენით ჰაერს ეძლევა საშუალება ღია ვენის ღრუში ჩაეშვას, გულამდი მიადწიოს, სისხლში აერიოს და ფილტვებში გადასულმა ჰაეროვანი ემბოლია გამოიწვიოს.

ამიტომ დაცულ უნდა იქნას ამ მდგომარეობის თავიდან ასაცდენად მიღებული შემდეგი დებულება. „კისრის მიდამოს ყოველივე ვენათაგანი თუნდა უმნიშვნელო სისხოსიც აღმოჩენილ გადასკვნილ და მხოლოდ შემდეგ გადაკვეთილ უნდა იქნას“. მაშ თქმულის მიხედვით საუღლე გარე უკანა ვენა ან უნდა აღმოვაჩინოთ და გვერდზე გადავსწიოთ დაუზიანებლად ან და ორი კვანძით გადავკვანათ და ხოლო შემდეგ გადავსქრათ. გარდა ამ ვენისა სიფრთხილეს და ყურადღებით მოქცევას მოითხოვს აქ მყოფი და მკერდ ლავიწდვრილოვანი კუნთის სისქის ზედა მესამედში გატარებული და შემდეგ მანდილისებრი კუნთის სისქეში გარდამავალი დამატებითი ნერვი ვილიზისა *n. accessorius Willisii*, შემდეგ ამისა სილრმეში ჩასული ჩვენ წამოვსწიეთ წინ მკერდ ლავიწდვრილოვან კუნთს, რომლის მედიალურ კიდესთან შეკავშირებულია სისხლძარღვ ნერვული კონის ბუდის წარმომქმნელი კისრის ზერეულ ფასციის ორი ფირფიტა; ცხადია ამ დროს ბუდის უკანა კედელიც წინ წამოიწევს და თან წარიდვანს მის წინა ზედა პირზე დალაგებულ სისხლ ძარღვებსაც და ცდომილ ნერვსაც მისივე ტოტებით. ამრიგად კისრის მიდამოში ჩვენ მივიღებთ ღრმა ქრილობას, რომელშიაც თითქმის შეუძლებელია წინ წამოწეულ ნერვთა აღმოჩენა. მოხსენებებიდან ცხადია, რომ ეს გზა მიზანშეწონილობას მოკლებულია.

თუ გავითვალისწინებთ მკერდლავიწდვრილოვანი კუნთის წინა კიდის გასწვრივ განაკვეთს და ამ წესით ნერვებზე მანიპულიაციის წარმოებას ჩვენ შევხვდებით შემდეგ გარემოებას: კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გაკვეთისთანავე ჩვენ გადავკვეთავთ კისრის მიდამოს კანქვეშა შუა და ქვედა ნერვებს, აქვე შევეყრებით საუღლე წინა გარე ვენასაც—*v. jugularis externa anterior*. ამის შემდეგ ჩვენ შევეყრებით მკერდლავიწდვრილოვანი კუნთის უკანა ზედაპირის შუის დონეზე გარდიგარდმოთ ბექუსპილონის კუნთს—*m. Omohioideus*, და დასასრულ გაიკვეთება კისრის მიდამოს სისხლ ძარღვოვან ნერვულ კონას ბუდის წინა კედელი, რის შემდეგაც აღმოჩნდება უკვე ხსენებული კონა, რომლის დეტალური დათვალიერება და მასზე მანიპულიაციები შესაძლებელი ხდება. აქვე უნდა ვსთქვათ, რომ არა იშვიათ შემთხვევაში საუღლე შიგნი ვენაში ეშვე-

ბიან სისხლ-ძარღვთა ბუდის წინა კედლის სისქეში გამავალი სახის წინა ვენები, როგორც ამ უკანასკნელ ვენათა, ისე აგრეთვე საუფლე წინა ვენის შესახებ დაცულ უნდა იქნას კისრის ვენათათვის ზემოაღნიშნული საერთო კანონი მათი გადასკვნისა და გადაკვეთის მხრივ.

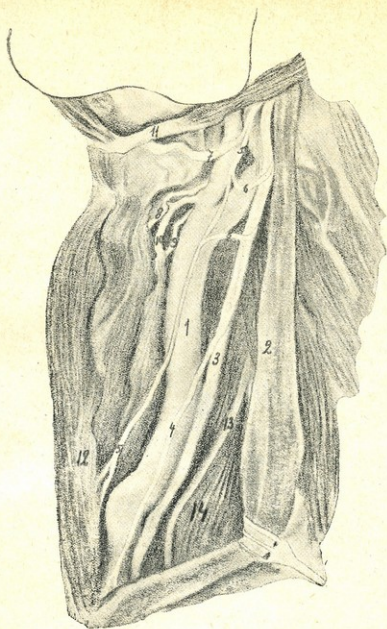
მოკისხენით კიდევ ამ გზის ერთი უპირატესობა. იმ შემთხვევისათვის, თუ დებრესორის შემადგენლობის ნაწილთაგანი ხორხის ზედა ნერვისაგან წარმოიშვა, მაშინ საძილე არტერიათა უკან გარდგადმოთ მიმავალი ხორხის ზედა ნერვი საგულისხმიერო მანძილზე უნდა აღმოჩნდეს, დათვლიერდეს და გაისინჯოს: ამ მიზნისათვის საძილე არტერიებიც წინ უნდა წამოვსწიოთ, რაც მოსახერხებელია ხოლო პირველი გზით წასვლით და არა მეორეთი. თუ ხსენებული არტერიები სკლეროზით გადაგვარებას განიცდიან შესაძლოა მდგომარეობის გართულება სისხლ-ძარღვთა კედლის დაზიანების და მათგან სისხლ-დენის მხრივ. ყოველივე მოხსენებულის შემდეგ უკვე შესაძლოა ვთქვათ რა უნდა იქნას ამოკვეთილი ამ მიდამოში *angina pectoris* საწინააღმდეგეთ ნაწარმოებთ ოპერაციის დროს.

უპირველეს ყოვლისა ამოკვეთება თუ კარგად არის გამოსახული 1—n. *depressor cordis*; 2—ამოკვეთებიან აგრეთვე *rami cardiacae n. vagi* რომლებიც შესაძლოა შეიცავდენ დებრესორის ფუნქციის მატარებელ ბოქკოებს. 3—ამოკვეთილ უნდა იქნას აგრეთვე *ramus dascendens n. hypoglossi*, რომლის მარჯუშში შესაძლოა კისრის და სიმპატიურ ნერვთა შორის საანასტომოზო ტოტმა დებრესორის ბოქკოები გაატაროს. 4—აღმოჩენილ და გათვალისწინებულ უნდა იქნას *n. laryngeus superios* რომლისგანაც შესაძლოა დებრესორის მთელ დებრესორს წარმოქმნა თუ არა მისი ნაწილის მაინც.

თუ მხედველობაში მივიღებთ პროფ. რინდ ფლეიშის აზრს და მასზე აგებული **ბორხგარდტის** მიერ წარმოებულ დებრესორის და სიმპატიურ ნერვის ერთდროულ ამოკვეთას განვიზრახავთ, მაშინ უნდა განვაგრძოთ ოპერაცია და გავკვეთოთ კისრის მიდამოს სისხლ ძარღვთა ბუდის უკანა კედელი, რომელიც წინიდან ფარავს კისრის ღრმა ფასციას; გაიკვეთება ეს უკანასკნელიც და მხოლოდ ამის შემდეგ მივალწევთ კისრის მიდამოს სიმპატიურ ნერვის მთავარ ღეროს, რომლის ამოკვეთაც სიძნელეს აღარ წარმოადგენს.

აქვე დავსძენ, რომ სისხლ ძარღვთა კონა საცვებით აღმოვაჩინოთ, ამიტომ საჭიროა მკერდლაღვიწფდრილოვანი კუნთის შიგნი ფეხი *crus sternalis* გადაკვეთილ და გვერდზე გადაწულ იქნას.

რასაკვირველია, ჩემს მიერ ზემოხსენებული გარდა აღწერილ ტოპოგრაფიის და ნერვის ამოკვეთის ტეხნიკისა, ჩემს სპეციალობას არ შეეხება. ყოველი კლინიკოსი ქირურგია იგი თუ ტერაპევტი და მით უმეტეს ფიზიოლოგი ცხადია კრიტიკის ქარცეცხლში გაატარებს რაც ჩემს სპეციალობის გარეშე ნათქვამია, თქმულს ბევრს დაუმატებს, შეასწორებს და იქნებ კიდევ გამოაკლოს, მაგრამ ჩემის აზრით გარდა მშრალი ტოპოგრაფიისა და ამოკვეთის ტეხნიკის განმარტებისა მე უნდა მეოქვა ის მცირე შესახებ ნერვის დანიშნულებისა და *angina pectoris* პათოგენეზისა, რაც მოვახსენეთ.



სურათი № 1.

1. საძილე საერთო არტერია—art. carotis communis.
2. საუღლე შიგნი ვენა—w. jugularis interna.
3. ცდომილი ნერვი n. vagus.
4. N. depressor.
5. ენის ქვეშა ნერვის ქვედამავალი ტოტი—ramus descendens n. hypogloss.
- 6—6. ენის ქვეშა ნერვის ქვედამავალი ტოტის მარჯუში—onsa n. hypoglossi.
7. ენის ქვეშა ნერვი—n. hypoglossus
8. ზორზის ზედანერვის შიგნი ტოტი—ramus internus n. laring. superior.
9. ზორზის ზედანერვის გარე ტოტი—ramus externus n. laringeus superior.
10. ფარისებრი ზედა-არტერია—art. thyroidea superior.
11. ორმუცელა კუნთის უკანა მუცელი—vent. post. musc. digast.
12. მკერდფარისებრი კუნთი—m. sterno thyroideus.
13. შუასაძგიდის ნერვი—n. phrenicus.
14. კიბისებრი წინა კუნთი—m. scalenus anticus.



სურათი № 2.

1. საძილე საერთო არტერია—art. carotis communis
2. საუღლე შიგნი ვენა—W. jugularis interna.
3. ცდომილი ნერვი—n. vagus.
4. N. depressor.
5. ენის ქვეშა ნერვის ქვედამავალი ტოტი—ramus descendens n. hypogloss.
- 6—6. ენის ქვეშა ნერვის ქვედა მავალ ტოტის მარჯუნი—ansan. hypogloss.
7. ენის ქვეშა ნერვი—n. hypoglossus.
8. ფარისებრი ზედა არტერია—art. thireoidea super.
9. ფარბეჭდისებო არტერია—art crico-thyreoidea.
10. ფარ-უპსილონის ტოტი—ram. thyreochoideus.
11. ორმუცელა კუნთის უკანა ნაწილი—venter post. m. digastrici.
12. მკერდფარისებრი კუნთი.—m. sterno thyreoideus.
13. ენის ქვეშა ნერვის ქვედა მავალ ტოტისაგან გამოყოფილი ნაწილი, რომელიც ჩამოგავს თავის მდებარეობით და მიმართულებით დეპრესორს.
14. მკერდ-ლაევიწდრილოვანი კუნთი—m. sterno cleido mastoideus.
15. კისრის ქვედა ანუ მზრის წლელი—plexus brachialis.





სურათი № 3.

1. საძილე საერთო არტერია—*art. carotis communis*.
2. საუღლე შიგნი ვენა—*w. jugularis interna*.
3. ცდომილი ნერვი—*n. vagus*.
4. *N. depressor*.
5. ენის ქვეშა ნერვის ქვედაშედალი ტოტი—*ramu descen. n. hyp.*
6. ენის ქვეშა ნერვის ქვედაშედალ ტოტის მარჯუში—*ans. n. hyp.*
7. ენის ქვეშა ნერვი—*n. hypoglos.*
8. ზორზის ზედა ნერვის შიგნი ტოტი—*ramus internus n. laring. super.*
9. ზორზის ზედა ნერვის გარე ტოტი—*ram. ext. n. laring. superior.*
10. ფარისებრი ზედა არტერია—*art. thyroidea superior.*
11. ორმუცელა კუნთის უკანა ნაწილი—*venter posterior m. digastr.*
12. მკერდ-ფარისებრი კუნთი—*m. stesno thyroideus.*
13. შუასაძგიდის ნერვი—*n. phrenicus.*
14. კიბისებრი წინა კუნთი—*m. scalenus anticus.*
15. ბეკ-უკსილონის კუნთი—*m. omohyoideusi.*

ნება მიბოძეთ უღრმესი მადლობა უძღვნა პროფ. კახიანს თანამედროვე თემის მოცემისათვის, რომლის დამუშავებაშიც მიწვედა დახმარებას, როგორც პირადი ხელმძღვანელობით, ისე ლიტერატურის და ბევრი რამ ახალი ცნობების მოწოდებით.

უდიდეს მადლობას ვსწირავ პატივცემულ პროფესორ ალექ. ნიკ. ნათი-შვილს, რომელმაც ყურადღებით გადაათვალიერა ჩემი მცირე შრომა, აღნიშნა მისი როგორც ნაკლი, ისე აგრეთვე დადებითი მხარენი.

### ლიტერატურა.

1. Основы физиологии человека и высших животных пр. Б. Ф. Вериго т. I.
2. Физиология человека пр. Robert Tigerstedt т. I.
3. Болезни сердца пр. Jan. Mackenzie.
4. Учебник нормальной анатомии пр. G. Broesike.
5. Руководство анатомии человека А. Раубера т. V.
6. Клиническая медицина, 1924 г. № 6.
7. Практический врач 1923 г. № 1.
8. Практический врач 1925 г. № 1—1.
9. Практич. врач 1923 г. № 2.
10. პროფ. ნ. ს. კახიანის ლექციები ტოპოგრაფიული ანატომიისა.

## მქ. ზ. ზრიგოლაშვილი.

კლინიკის ორდინატორი

### ACROMEGALIA-ს სანი შემთხვევა. \*)

(ჰოსპიტალური თერაპიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ს. ვირსალაძე.)

აკრომეგალია პირველად P. Marie-მ აღწერა 1886 წელს. მის შემდეგ ასეთი შემთხვევები მრავლად იქნა გამოქვეყნებული, მაგრამ აკრომეგალია მაინც უნდა ჩაითვალოს იშვიათ სნეულებათ და ამის გარდა, ვინაიდან შინაგან სეკრეციის ორგანოთა საკიბხმა მრავალი ახალი მოვლენები გააშუქა, აკრომეგალიამაც ხელახლად უნდა მიიქციოს მკვლევართა ყურადღება; ამიტომ ყოველი შემთხვევა უნდა იქნეს კლინიკურათ შესწავლილი და აღწერილი. P. Marie ს აზრით აკრომეგალიის გამომწვევი მიზეზათ უნდა ჩაითვალოს პატოლოგ-ანატომიური ცვლილება ტვინის დანამატისა, რომლის ნორმალურ ფუნქციას შეადგენს სისხლში მავნე ნივთიერებათა განეიტრალება. ამ აზრის დასტურისათვის ვითომდა საკმარისათ უნდა ჩაითვალოს ის მრავალი შემთხვევები პატოლოგ-ანატომიური ცვლილებადობის დანამატისა, რომლებიც ამ სნეულების დროს არის აღნიშნული (ადენომა, კისტოზური გადაგვარება, გლიომა, სარკომა და სხვა). განსაკუთრებით საყურადღებოა ავ-თვისებიან ხორცმეტების მიერ გამოწვეული აკრომეგალიის მწვავე შემთხვევები, რომლის დროსაც აშკარათ აღინიშნება კიდურების სწრაფი ზრდა. ასეთი ხშირი, თითქმის მუდმივი კავშირი აკრომეგალიასა და ჰიპოფიზისის სიმსივნეთა შორის დადასტურებულია მრავალ მკვლევართა მიერ: Turnivoli-ი ჰიპოფიზისის სიმსივნის 49 შემთხვევაში 47-ჯერ აკრომეგალიის სიმპტომებს აღნიშნავს. Starnberg-ი 47-დან 23-ჯერ, Hutchinson-ი 48—44, Modern-ი 70—65 ჰიპოფიზისის სიმსივნეს აღნიშნავს, სადაც აკრომეგალია მხოლოდ ნაწილობრივ არის გამოხატული. საინტერესოა Ficher-ის აზრი, რომელიც აღნიშნავს: აკრომეგალიის დროს დანამატის სიმსივნე უსათუოთ ადენომა უნდა იყოსო. Benda-ც ადასტურებს, რომ მის შემთხვევებში სიმსივნე ყოველთვის ადენომას წარმოადგენდა. მისი აზრით ზემოაღნიშნული შემთხვევები ავთვისებიან ხორცმეტებისა კი ნაყოფია შეცდომითი ჰისტოლოგიური დიაგნოზისა. ერთ დროს ასეთი დებულება აკრომეგალიასა და ჰიპოფიზისის სიმსივნეთა შორის არსებობისა ვითომდა შეირყა მით, რომ გაკვეთის დროს დანამატი ნორმალურ მდგომარეობაში იქნა აღმოჩენილი. Cantani-მ ასეთი 30 შემთხვევა შეკრიბა, მაგრამ Ergeim-ის

\*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მესამე კონგრესზე. 1925 წელს.

წყალობით გამოირკვა, რომ გიპერბლაზიას განიცდიდა არა hypophysis-ის, არამედ მისი ემბრიონალური ნაშთი, რომელიც შეიძლება მოთავსებულ იყოს ან ხახის თაღში ან Canalis Craniopharigeus-ის მიმართ. შემდეგ ის შემთხვევები, რომ ხშირათ დანამატის სიმსივნეს აქვს ადგილი, აკრომეგალია კი არ ვითარდება, ერთგვარ გაუგებრობას ბადებს დანამატის ციტოლოგიურ მნიშვნელობის შესახებ ამ სნეულების დროს. ასეთი სიმსივნეებზე დანამატის აღწერა Rathan-იმ 32, Muller-მა—29, საიდანაც მხოლოდ 10 შემთხვევაში იყო აკრომეგალია გამოხატული. საყურადღებოა აგრეთვე შემთხვევა Vilams-ის, სადაც 47 წლის ქალს hypophysis-ის გუმოზური გადავარება ჰქონდა, ხოლო აკრომეგალია კი არ იყო გამოხატული. Kollarit-მა 52, Cantani-მ 68, Buschar-იმ 86 ჰიპოფიზისის სიმსივნეები აღწერეს, სადაც აკრომეგალია არ იყო განვითარებული. ეს ყველა იმის დასტურია რომ აკრომეგალიას იწვევს არა ყველა სიმსივნე ჰიპოფიზისისა, არამედ მხოლოდ მისი ჯირკვლოვან წინა ნაწილისა. P. Marie და მის მიმდევართა აზრით, აკრომეგალია შედგება ჰიპოფიზისის ჰიპოფუნქციისა ისე როგორც მიკედლემა გამოხატავს ჰიპოთირეოზს. თუმცა P. Marie-სთვისაც გაუგებარი იყო ის, რომ ორგანო, რომელიც ჰიპერბლაზიას განიცდიდა, რატომ უნდა მომხდარიყო მისი ფუნქციის შეფერხება. P. Marie-ს აზრით ვითომ აკრომეგალია იყოს შედეგი ჰიპოპიტუიტარული წარმოშობისა, საბოლოოდ უარყოფილია ფიზიოლოგიურ-ანატომიური თვალსაზრისით, რადგანაც ჰიპოფიზის სიმსივნეები, რომლებიც მის დაშლას იწვევს, არასოდეს არ ხასიათდება აკრომეგალიის სიმპტომებით. ექსპერიმენტალურათ დადასტურებულია, რომ ცხოველებს, რომელთაც ნაწილობრივ ან სრულებით ამოკვეთილი აქვთ დანამატი, არ უნვითარდებათ აკრომეგალიის ნიშნები. ამ ექსპერიმენტების დროს აღსანიშნავია მხოლოდ ის გარემოება, რომ მის შედეგათ ვითარდება საერთო სიმპტომი აკრომეგალიასთან, სახელდობრ სქესობრივ ორგანოთა ფუნქციის დაქვეითება.

Tamburi-მ P. Marie-ს საწინააღმდეგოთ ის დებულება წამოაყენა, რომ აკრომეგალია შედგება დანამატის ჰიპერფუნქციისა პირველ ხანებში, ხოლო კახექსიის ხანაში ამ ორგანოს დეგენერაცია და ჰიპოფუნქცია იწყება, გარდა Tamburin-ისა, მეცნიერთა უმრავლესობა იმის მომხრეა, რომ აკრომეგალია ჰიპოფიზისის გიპერფუნქციის შედეგია. რომ ეს აზრი უფრო მისაღები უნდა იყოს აკრომეგალიის ასახსნელათ, ისიც ადასტურებს, რომ 1916 წელს hypophysis-ის წინა ნაწილიდან გამოყოფილ იქნა განსაკუთრებული ხასიათის ქიმიური ნივთიერება, ეგრედწოდებული ტეტალინა, რომლის კანში შესხაპუნება, ქსოვილის ზრდას და საერთოთ მეტ ენერგიას ანიჭებს ორგანიზმს. ვითომ ტეტალინის შესხაპუნების შემდეგ, გაცილებით ადრე ხდება ქრილობათა შეხორცება და საერთოთ ყოველივე რეგენერაციული პროცესები, ვიდრე საკონტროლო ცხოველებზე. თუ ეს წინასწარი ცდები, ტეტალინის შესახებ დადასტურდა Немитлов-ის აზრით მეცნიერება მნიშვნელოვან საშუალებას შეიძენს საერთოთ ქსოვილის ზრდის პროცესისათვის. მეომარს, რომელიც ომში მიემგზავრება, შეიძლება გაუკეთდეს ტეტალინა, რომ შესაძლებელი ჰქონდებოდა მღვწეულობის მიღწევა. მეოჯახეს შეეულება ტეტალინის საშუალებით დააჩქაროს ზრდა პირუტყვისა და შით შეამკიროს მისთვის გამოუყენებელი ახალგაზრდა პირუტყვის შენახვა.



ყველა ზემო აღნიშნულის შემდეგ საბოლოოდ უნდა იქნას აღიარებული, რომ ჰიპოფიზისის დაავადება არის მიზეზი აკრომეგალიისა და სახელდობრ ის ფორმა დაავადებისა რაც მის წინა ნაწილის ჰიპერპლასტიურ ან ნეოპლასტიურ პროცესებში გამოიხატება. ხოლო რაც შეეხება იმას, თუ როგორ ჩავთვალოთ ეს დაავადება პირველად თუ შედეგათ სხვა შინაგან სეკრეციის ორგანოთა დაავადებისა, ეს საკითხი ჯერ კიდევ ვერ ჩაითვლება საბოლოოდ გადაჭრილათ. საზოგადოთ უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში მკვიდრდება ის აზრი, რომ შინაგან სეკრეციის ორგანოებს მჭიდრო კავშირი აქვთ ერთი მეორესთან და, რომ განკერძობული ფუნქციონალური მოშლილობა მხოლოდ ერთი რომელიმე ჯირკვლისა წარმოუდგენელია. იგივე ითქმის დანამატის ფუნქციის შესახებ აკრომეგალიის დროს. რაც უფრო ირკვევა და ღრმავდება საკითხი აკრომეგალიის ეთიოლოგიის შესახებ, მით უფრო საინტერესო და საჭირო ხდება ყოველი შემთხვევის აღწერა: ჯერ ერთი იმიტომ, რომ მოგროვდეს რაც შეიძლება მეტი მასალა, მეორეც, გადავილდეს სნეულების გამოცნობა, რომელიც შეიძლება არც ისე იშვიათი იყოს, როგორც ეს აქამდის მიგვაჩნდა. აკრომეგალიის შემთხვევები Sternberg-მა 1897 წლამდის შეკრიბა 210. რუსეთში 1900 წლამდის აღწერილ იქნა მხოლოდ 28 შემთხვევა. რესპუბლიკის ცენტრალურ კლინიკის ანგარიშების ვადათვალიერების დროს მხოლოდ ორი შემთხვევა იქნა აღმოჩენილი.

აკრომეგალია დამოუკიდებლად სქესისა ვითარდება იმ დროს, როდესაც ორგანიზმის ზრდა უკვე დამთავრებულია (ბავშობისას—გიგანტიზმი, მოზრდილობისას—აკრომეგალია). უქეტეს ნაწილათ სნეულება იწყება 20—30—40 წლებში. პირველ ხანებში ავადმყოფები განიცდიან სისუსტეს, სახსრებისა და კუნთების ტეხვას და ტკივილებს, რაც ხშირად რეუმატიზმს წააგავს. ადრევე იწყება სქესობრივი მოშლილობა, რაც ქალებს თვიურის შეწყვეტაში, ხოლო მამაკაცებს იმპოტენციაში გამოეხატებათ. ეცვლებათ აგრეთვე სახის საერთო შეხედულება, Habitus acromegalias, რომელიც აიხსნება იმით, რომ სახის კუნთების არა სიმეტრიული ზრდა ხდება, რასაც შემდეგში თვით ძვლების ზრდაც ემატებათ. კარგათ გამოხატულ შემთხვევაში ყურადღებას იქცევა ძალზე გამოზნექილი წარბს ზემო რკალი, შემსხვილებული ცხვირი, სქელი ტუჩები, უფრო მეტად ქვედა, დამახასიათებელი ქვედა ყბის წინ დგომა შედარებით ზედა ყბასთან. ქვედა ყბაზე კბილებს შუა არე მეტია, ვიდრე ჩვეულებრივ, ზოგიერთ შემთხვევაში ძალზე გადიდებული ენა, რაც ხშირათ ლაპარაკსაც უშლის. ყურადღებას იქცევს კიდურების შემსხვილება, როგორც რბილი ისე ძვალოვან ქსოვილისა. კიდურების შემსხვილება მხოლოდ მტევნისა და ტერფის ნაწილის ძვლებს ეხება. ზოგიერთ შემთხვევებში თავიდანვე იწყება სიმპტომები, რომლებიც ტვინის სიმსივნეს ახასიათებს. ასეთია თავის ძლიერი ტკივილები, თავბრუსხვევა, პირის ღებინება, მხედველობის მოშლილობა. სხვა სიმპტომებ შორის აღსანიშნავია ლიმფოციტოზი, Polyuria და glycosuria. რაც შეეხება ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლას აღსანიშნავია უმეტეს—ნაწილათ Ca და Cl მარილების შეთვისების გაძლიერება. წინააღმდეგ სათესლე ჯირკვლების ატროფიისა, გამოხატულია სპლანხნომეგალია. გარდა ამ საერთო ცნობილ სიმპტომებისა ჩვენს ორ შემთხვევაში ადგილი აქვს

ისეთ მოვლენას, რომელიც არ ყოფილა აღნიშნული აკრომეგალიის დროს, სახელობრ უნებლიეთ შარდის ქცევა—*incontinentio urinae*.

აღნიშნეთ რა მოკლეთ ავადმყოფობის დამახასიათებელი სიმპტომები, მოვიყვანთ ჩვენი შემთხვევების მოკლე ისტორიას.

შემთხვევა პირველი. ავადმყოფი ტატიანე სლ-ვა, 26 წლისა, რუსი, ქ. ტფილისის მოქალაქე. შემოვიდა კლინიკაში 7/X 24 წ. უჩივის ძლიერ თავის ტკივილს და საერთო სისუსტეს.

Anamnesis. ავადმყოფი პროფესიით ცირკში მოცეკვავე ქალი. ორი წლის წინად მისი ყურადღება მიიპყრო თავის ტკივილებმა, საერთო სისუსტემ, კიდურების და სახის შესივებამ, ამავე ხნიდან მას დედათა წესიც აღარ უნახავს. სამი წელი იქნება, რაც ქმარს ვაშორებია, ხოლო სქესობრივ ცხოვრებას ამ უკანასკნელ ხანამდის განაგრძობდა. ამჟამად უჩივის ძლიერ თავის ტკივილს, რომელიც პერიოდობით აუტანელი ხდება. აღნიშნავს აგრეთვე მესხიერების შესუსტებას. მაღა სრულებით არა აქვს, ძილი ცუდი. ავადმყოფი 12 წელია რაც გათხოვილია, შვილი არ ჰყოლია. უკანასკნელი წელიწადნახევარია რაც უნებლიეთ შარდის ქცევა დასჩემდა. აღნიშნავს ოფლიანობას. ათაშანგს და სხვა რაიმე მემკვიდრეობითი ავადმყოფობას უარყოფს. დედა ცოცხალი ჰყავს. მამის სიკვდილის მიზეზი არ იცის, სამი ძმა ჰყავს, სამივე ჯანსაღნი.

St. praesens. სიმაღლე 166 სანტიმეტრი, წონა 65 კილო. პირველი შეხედვისთანავე ყურადღებას იქცევს სახისა და კიდურების სიმსხო, სიდიდე. დიდი სახე, მოგრძო, ოვალური მოყვანილობის, რაც ქვედა ყბის წინ დგომით იხსნება. ძალზე მსხვილი ტუჩები და ენა, კბილები ქვედა ყბაზე შორი შორს სდვას, შემსხვილებული ცხვირი, მკაფიოდ გამოხატული წარბებს ზედა რკალი და ზედა ქუთუთოების ძალზე შეშუბება, რაც მთლიანთ *Habitus acromegalicus*-ის ტიპს ჰქმნის. კიდურების მხრივ საყურადღებოა თითების სიმსხო და ზედა-მეტი სიგრძე მათი „*mains en bafioir*“ ასევე არაჩვეულებრივი სიდიდისაა ქვედა კიდურები; სახელობრ ფეხის თითები და ფეხის გულის ქსოვილის შესქელება. (იხილე ცხრილი № 1). რენტგენის სურათზე აღსანიშნავია როგორც ძვლების, ისე თვით ქსოვილის გადიდება (იხილე რენტგენის სურათი კიდურებისა). შინაგან ორგანოების მხრივ აღსანიშნავია გადიდებული ელენთა და ღვიძლი. საჭმლის მომწელებელ ორგანოების ფუნქცია ნორმალურია. განავალში პათოლოგიური არაფერია. შარდის ბუშტის ფუნქციის მხრივ აღსანიშნავია უნებლიეთ შარდზე სვლა ძილში კვირაში ორჯერ-სამჯერ. ისე შარდის შეკავება დიდხანს არ შეუძლია. ხშირად შარდვას ვერ ასწრებს, ისე ექცევა. დღიური შარდის რაოდენობა 700—800 გრამს უდრის. ხვედრითი წონა 1030. თვისებითი რეაქცია ნორმა, მიკროსკოპში—გამომტან მილების ეპიტელიალური უჯრედები და ამორფიული შარდ მკაფა მარილები ბლომად. სასქესო ორგანოების მხრივ საშვილოსნო და დანამატი შესამჩნევ ატროფიას განიცდიან. სისხლის ანალიზმა შემდეგი მოგვცა:

წითელი ბურთულები . . . . .	3,870,000
თეთრი . . . . .	9,560
Hb. . . . .	70%
Färbeindex . . . . .	0,75

ლექსკოციტების ფორმულა.

ნეიტროფილები . . . . .	52 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
ბაზოფილები . . . . .	0,5 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
ეოზინოფილები . . . . .	3,5 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
მონონუკლეარები . . . . .	3,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
გარდაშავალი . . . . .	5,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
ლიმფოციტები დიდი . . . . .	28 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>
„ პატ. . . . .	8 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>

Bordet—Vassermann-ის სერორეაქცია დადებითი (+++++), Безредка უარყოფითი. Ca მარილები (ნიხელ ცხრილი № 2). გადაღებულ იქნა რენტგენით, თავის ქალას ფუძე. აღმოჩნდა 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> გადიდებული Sella Turcica.

ნერვული სისტემის მხრივ აღინიშნება შემდეგი: ნებისყოფითი მოძრაობა სიფართის და ძალის მხრივ მოშლას არ განიცდის, თავის ტვინის მამოძრავებელ ნერვების ცვლილება არაა. მესთა რეფლექსები ცოცხალია. პათოლოგიური რეფლექსები არ აღინიშნება. თვალის გუგას რეაქცია მოღუნებულია ორივე მხარეს. ოფტალმოსკოპიულმა გამოკვლევამ არავითარი ცვლილება თვალის ფსკერზე არ მოგვცა. მხედველობის სიმახვილე მოშლას არ განიცდის. მხედველობის ველი ნორმის საზღვრებშია.

ავადმყოფმა თითქმის ორი თვე დაჰყო საავადმყოფოში, ამ ხნის განმავლობაში აწუხებდა თავის ძლიერი ტკივილები, რის გამო იგი დაეინებით მოითხოვდა ოპერაციის გაკეთებას. 10/XII გაკეთებულ იქნა ოპერაცია. ნარკოზი საერთო ეთერ ზეთისა. დასჭირდა აკრეთე ინგალაციური მეთოდით 20,0 ხლოროფორმისა. ოპერაცია გაკეთებულ იქნა შუბლის საფეთქლის და თხემის მოსაზღვრე არეში. (regio frontotemporalis); ოპერაცია გაგრძელდა 2 საათს და 15 წუთს. ოპერაციის ექვსი საათის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა. მიკროსკოპიული სურათი გაკეთის შემდეგ: 1. ტვინის დანამატის სიმსიენე—Adenoma, 2. ფარისებრივი ჯირკველი struma colloidis, 3. მკერდ უკანა—Persistencia, 4. ლეიძლის ნაწილების შუა შემავრთებელი ქსოვილის რაოდენობის ზომიერი მომატება, 5. თირკმელები—ნორმალი 6. თირკმელს ზედა ჯირკველი—ზომიერი ჰიპერტროფია, 7. საკვერცხეები—ლირსშესანიშნავი არაფერი. მაკროსკოპიულათ კი წვირლ კისტოზური გადაგვარება.

მეორე შემთხვევა. ავადმყოფი მარიამ ბ-ლისა, 30 წლის, ქართველი, ქუთაისის მახრა. შემოვიდა კლინიკაში 21/X—1924 წ. უჩივის სახის და კიდურების შემსხვილებას, თავის ტკივილებს, მხედველობის შესუსტებას.

Anamnesis. ავადმყოფი სოფლის მეოჯახე ქალია, 8 წლის ვათხოვილია. პირველი ნიშნები სნეულებისა ოთხი წლის წინად შეამჩნია, უკანასკნელი მშობიარობის შემდეგ. მისი ყურადღება პირველად საერთო სისუსტემ და კიდურების გადიდება მიიპყრო. თითებს თავის ნებაზე ველარ ხმარობდა. ხშირად მათ კრუნჩხვას აღნიშნავდა. ერთი წლის შემდეგ ავადმყოფს იმდენათ გაუდიდა ენა, რომ ლაპარაკის დროს თავის ნებაზე ველარ ხმარობდა და ლაპარაკი გაურკვეველი ჰქონდა. მხედველობის მხრივ აშკარათ აღნიშნავს ერთგვარ ბუნდოვანო-

ბას. თავის ტკივილს არ აღნიშნავს, ხოლო ერთგვარ უხერხულობას და ყურებში მუდმივ შუილს უჩივის. მშობიარობის შემდეგ თვიური აღარ მოსვლია. ავადმყოფს სულ ხუთი ორსულობა ჰქონია, პირველი ორი ორსულობა სრულებით უმიზეზოთ მესამე თვეზე მოშლია. ბავშობაში ან მოზრდილს რაიმე სნეულება არ გადაუტანია. ორი წელი იქნება რაც უნებლიეთ შარდის ქცევა აქვს ძილში. უჩივის ოფლიანობას.

Stat. praesens. სიმაღლე 148 სანტიმეტრი, წონა 150 კილ. პირველ შეხედვისთანავე აღინიშნება ზურგში მოხრილობა, ძალზე აშკარათ გამოხატული წარბს ზედა რკალი და შეშუპებული ზედა ქუთუთოები, შემსხვილებული ცხვირი. შესქელებული ზედა ტუჩები. ქვედა ყბის წინ დგომა და არა ენის ჩვეულებრივი სიდიდე. ასევე ძალზე გადიდებულია კიდურები. რენტგენის სურათზე აღსანიშნავია როგორც ძვლის, ისე რბილი ქსოვილის გადიდება. შინაგან ორგანოების ანორმალობა არ აღინიშნება, გარდა იმისა, რომ ღვიძლი და ელენთა გადიდებული. დიდხანს შარდის შეკავება არ შეუძლია, ხშირად ძილში უნებლიეთაც გადის შარდზე. დღიური შარდის რაოდენობა 1.000—1.500 უდრის. ხვედრითი წონა 1023 მეკე რეაქციის. თვისებითი რეაქცია ნორმა, მიკროსკოპში შარდმკევა მარილები მრავლათ. ჩირქოვანი სხეულები 5—7, მხედველობის არეში. სასქესო ორგანოების მხრივ ატროფიული საშვილოსნო და დანამატები

## სისხლის ანალიზი.

წითელი ბურთულები . . . . .	4.200.000
თეთრი " . . . . .	6.000
Hb. . . . .	65.0/0
Färbeindex . . . . .	0,7

## ლევკოციტების ფორმულა.

ნეიტროფილები . . . . .	43 <sup>0</sup> /0
ბაზოფილები . . . . .	1 <sup>0</sup> /0
ეოზინოფილები . . . . .	5 <sup>0</sup> /0
მონონუკლეარები . . . . .	3 <sup>0</sup> /0
გარდამავალი . . . . .	8 <sup>0</sup> /0
ლიმფოციტ. დიდი . . . . .	36 <sup>0</sup> /0
" " პატარა . . . . .	4 <sup>0</sup> /0

სისხლში შაქარი 0,097. Ca მარილების დღიური რაოდენობა შარდში (იხილე ცხრილი № 2). Bordet—Vassermann-ის სერორეაქცია უარყოფითი შედეგისა. Безредка უარყოფითი, გადაღებულ იქნა თავის ქალას ფუძე რენტგენით. Sella Turcica ორჯერ გადაღებულია. მხედველობის მხრივ hemianopsia dext. ნერვული სისტემის მხრივ აღსანიშნავი მოვლენები არ აღინიშნება.

Gursus morbi: კლინიკაში ავადმყოფმა გადაიტანა Typhus abdominalis ოლი ფორმისა. 16/III ავადმყოფმა მიიღო რენტგენო-თერაპია, რაც განუმეორ-



და 19/III—21/III. რენტგენო-თერაპიის შემდეგ რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. თერაპიის ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფი უკეთ გრძნობს თავს. კიდურებს უფრო თამამათ ხმარობს, მხედველობაც ისეთი ბუნდოვანი აღარა აქვს. ენაც შესამჩნევად დაუბატარავდა. ლაპარაკი სრულებით თავისუფალია. უნებლიეთ შარდის ქცევა აღარ აქვს. (იხილე ცხრილი № 1 და № 2 კიდურებისა და Ca მარილების ცვლებადობა თერაპიის შემდეგ).

შემთხვევა მესამე. ავადმყოფი ვარსენიკ ტერ-ოგ—ვა, 32 წლისა, სომეხი, ქალ. ტუილისის მცხოვრები. შემოვიდა კლინიკაში 3/III 1925 წელს, უჩივის კიდურების შემსხვილებას და თავის ტკივილს. Anamnesis. ორი წელია რაც ავადმყოფის ყურადღება სახისა და კიდურების შესხვილებამ და ძლიერმა თავის ტკივილმა მიიპყრო. დრო გამოშვებით კიდურები იმდენათ უდიდდება, რომ შრომის უნარს სრულებით მოკლებულია. ერთი წელი იქნება, რაც მხედველობაც შეუსუსტდა, აწუხებს აგრეთვე რემატიული ხასიათის ტკივილები მთელ სხეულში და კიდურებში. უკანასკნელი ექვს წელში დიდ მაღიანობას აღნიშნავს. ორი წელიწადი იქნება რაც ბევრ წყალს სვამს, დაახლოებით დღეში 4 კილოგრამს. თვიური 17 წლისას მოსვლია. დედათა წესი უკანასკნელი მშობიარობის შემდეგ, რომელიც შვიდი წლის წინათ ჰქონია, აღარ უნახავს. ეხლა გამუდმებით აქვს თეთრად შლა, ზოგჯერ ამ დროს სისხლის ნიშნებსაც ამჩნევს. თვეში ერთხელ ძლიერ წელის ტკივილს და ძუძუდან რძის დენას აღნიშნავს, მშობიარობა ჰქონია სამჯერ. სქესობრივ ცხოვრებას განაგრძობს, ძილი ნორმაზე მეტი. ექვსი წლის წინათ გადაუტანია მაღარია. ხუთი წლის წინათ ფილტვების ანთება და შემბრუნებითი ტიფი.

Status praesens, სიმაღლე 152 სანტიმეტრი, წონა 65,5 კილოგრამში. პირველი შეხედვისთანავე საყურადღებოა სახის სიფართო, მსხვილი ტუჩები, შესქელებული ცხვირი და თვალის ქუთუთოები. ამ შემთხვევაში ისე აშკარად არ არის ქვედა ყბის წინ დგომა და კბილების დამახასიათებელი მდებარეობა. ენა გადიდებულია, მაგრამ ისე არა, როგორც პირველ ორ შემთხვევაში (იხილე ცხრილი № 1). რენტგენის სურათი კიდურებისა გვიჩვენებს უფრო მეტათ რბილ ქსოვილის ზრდას. საზოგადოთ ამ შემთხვევაში სიმსხოთი ზრდა უფრო აღსანიშნავია კიდურებისა, ვიდრე სიგრძითი, რაც პირველ შემთხვევაში კარგად იყო გამოხატული. შინაგან ორგანოების მხრივ საყურადღებოა მხოლოდ გადიდება ლეიძლისა და ელენთასი. შარდის დღიურის რაოდენობა 2.000—3.500 გრ. უდრის. ხვედრითი წონა 1.012—1.015. რეაქცია სუსტი მჟავე. შარდის თვისებითი რეაქცია ნორმა. მიკროსკოპში—თითო-ოროლა შარდის ბუშტის ეპიტელიუმში და ნახშირმჟავა კალციუმის მარილები. სასქესო ორგანოების მხრივ შესამჩნევი ცვლილება არ არის, საშვილოსნო და დანამატები ნორმალურ მდგომარეობაშია. მხედველობის მხრივ hemianopsia bitemporalis.

#### სისხლის ანალიზი

წითელი ბურთულები . . . . .	3.800,000
თეთრი „ . . . . .	7.000

ჰემოგლობინი . . . . .	72 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Färbendex . . . . .	0,9

### ლეიკოციტების ფორმულა

ნეიტროფილები . . . . .	47 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
ეოზინოფილები . . . . .	8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
მონონუკლეარები . . . . .	5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
გარდამავალი . . . . .	6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
ლიმფოციტები დიდი . . . . .	30 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ პატარა . . . . .	9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Bordet Wassermann-ის სერორეაქცია უარყოფითი შედეგისა, Безредка (++++) დადებითი.

შაქარი სისხლში 0,09<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Ca მარილები დღიური რაოდენობა (იხილეთ ცხრილი № 2). თავის ქალას ფუძე გადაღებულ იქნა რენტგენით. Sella turcica ორჯერ გადიდებულია, ნერვულ სისტემის მხრივ აღსანიშნავი არაფერია.

Cursus morbi, გატარებულ იქნა რენტგენოთერაპია 5/V—6/V—7/V, რაიმე ლირსშესანიშნავი შედეგები არ აღინიშნება (იხილეთ ცხრილი №1 და № 2).

მართალია, სამივე შემთხვევაში აკრომეგალიის სურათი იმდენათ ნათელია, რომ ზედმეტია დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური გარჩევა, მაგრამ, ვინაიდან აკრომეგალია ჰიპოფიზის დაავადებასთან ერთად გულსისხმობს მთელ ენდოკრინულ ჯირკველთა ურთიერთ კორელაციის მოშლას და მეორეს მხრივ, რომ აღწერილ შემთხვევებში გარდა ზოგიერთისა, აღინიშნება სხვა სიმპტომებიც, საჭიროთ მიგვჩინია მოვიყვანოთ ჰიპოთეზები, რომლებიც დღეს ამ საკითხის შესახებ არსებობს. აკრომეგალიის უშუალო გამომწვევ მიზეზათ ჰიპოფიზისის წინა ნაწილის ჰიპერფუნქცია არის მიჩნეული, ხოლო ამ ჰიპერფუნქციის მიზეზათ—სათესლე ჯირკვლების დეგენერაცია. Goldshtein-ი ჰიპოფიზისის და სათესლე ჯირკველთა შორის ასეთ დამოკიდებულებას ასახელებს. სათესლე ჯირკველზე ერთგვარ გაღიზიანებითი გავლენა აქვს ჰიპოფიზისის შუა ნაწილს. სათესლე ჯირკველს ჰიპოფიზისის წინა ნაწილის მოქმედების შემაფერხებელ თვისებას აწერენ აკრომეგალიის დროს ჰიპოფიზისის გადიდებული წინა ნაწილი აწვება და მითაფერხებს შუა ნაწილის გავლენას სათესლე ჯირკვლებზე, რაც იწვევს მის დეგენერაციას. უკანასკნელი კი ხელს უწყობს ჰიპოფიზისის წინა ნაწილის განვითარებას. ამრიგად ვლბებულობთ ერთგვარ circullum vitiosus. მაშასადამე სათესლე ჯირკვლებს უშუალო გავლენა აქვთ ჰიპოფიზისზე: მეორე მხრივ, ის სხვა შინაგან-სეკრეციის ორგანოების (Gl. thyroidea, parathyroidea et thymus) ზეგავლენითაც იწვევს აკრომეგალიისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებს მით, რომაფერხებს კიდურების ძვლების სისტემის ზრდას. რაც უფრო ადრე ხდება სქესობრივი მოწიფება, მით უფრო მალე თავდება ზრდა კიდურების ძვლებისა. (არაჩვეულებრივი სიგრძე კიდურებისა კასტრატებს). Stumm-ის აზრით აკრომეგალიის დასაწყისი სათესლე ჯირკვლების დაავადებაში უნდა ვეძიოთ: მეორეს მხრივ კი სათესლე ჯირკვლების დაავადება მხოლოდ მეორადი მოვლენაა. ამ

მხრივ საინტერესოა შრომა V. Falta-სი, რომელმაც თავის მოხსენება აკრომეგალიის ორი შემთხვევის შესახებ ბერლინის სამეცნიერო კონგრესზე გააკეთა 1923 წელს. მეორე შემთხვევა 1914. გამოქვეყნებული და ნაწილობრივ ჩვენი ერთი შემთხვევა. 1914 წელს ერთ ფრანგ მეცნიერს მოჰყავს ისეთი შემთხვევა, სადაც აკრომეგალიის მკაფიო მოვლენებით დაავადებულმა ქალმა სნეულების მეთოთხმეტე წელზე მოიმშობიარა. V. Falta, რომელიც თავის აკრომეგალიის შემთხვევას 20 წლის განმავლობაში თვალყურს ადევნებდა აღნიშნავს, რომ პირველ ხანებში ავადმყოფი განაგრძობდა სქესობრივ ცხოვრებას. ჩვენი ავადმყოფი ტეროგ—ვა თეთრათ შლის დროს სისხლის ნიშნებს აღნიშნავს და სქესობრივ ცხოვრებას დღესაც განაგრძობს. 7 წელია ავად არის და ორი წლის წინეთ მეორეთ გათხოვდა. ეს შემთხვევები არსებითათ შეუძლებელათ ქმნის Stumm-ის აზრს სათესლე ჯირკვლების დაავადების პირველ მნიშვნელობას აკრომეგალიის დროს. თუ ასეთი ორი საწინააღმდეგო დებულება არსებობს, რატომ არ უნდა იქნეს მისაღები ის აზრი, რომ რომელიმე შინაგან სეკრეციის ორგანო არა ერთ თვისებებთან გორმონს იმუშავებს არამედ მრავალს და სხვადასხვა გვარს, რომლებიც სხვადასხვა ხასიათის მოვლენებს გვაძლევენ. ზოგიერთების აზრით, თუ საკითხი hypophysis-ის და სათესლე ჯირკვლებს შორის დამოკიდებულების შესახებ აკრომეგალიის დროს სადავოა და ვერ არის საბოლოოდ ნათელი, მით უფრო გამოურკვეველია სხვა ჯირკვლეთა მნიშვნელობა ამ სნეულების დროს.

სხვა სიმპტომთა შორის აკრომეგალიის დროს აღსანიშნავია glycosuria et Polyuria, რაც შეეხება Polyuria-ს, რომელიც ჩვენ შემთხვევაში აშკარათ არის გამოხატული და რომელსაც ჰიპოფიზისის დაზიანებით ხსნიან. უნდა ითქვას, რომ ფრანგ მეცნიერთა Camius-ის და სხვების ტენნიკურის მხრივ უმწიკვლო პირობებში წარმოებულ ექსტრემენტების შემდეგ გადაჭრით ამტკიცებენ, რომ Syndrom adiposa genitalis et polyuria, გლიკოზურის ცენტროები იმყოფებიან ტუბერ ცინერუმში. Hypophysis-ის არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს ამ სიმპტომების მიმართ. Aschner-მა Tuber cinereum-ის ექსპერიმენტალური დაზიანებით გამოიწვია glycosuria et polyuria. Curchi-მ ისიც დაამტკიცა, რომ არა თუ უშუალო, არამედ უმნიშვნელო გავლენაც კი არა აქვს hypophysis-ის სეკრეციას Tuber cinereum-ზე ამ სნეულებათა გამოწვევაში. ამრიგად ზემოაღნიშნული სიმპტომები საერთოთ და კერძოთ Polyuria ჩვენ შემთხვევაში tuber cinereum-ის დაზიანებით უნდა აიხსნას. ხოლო ის მოსაზრება, რომ რატომ ერთი შედეგი გვაქვს tuber cinereum-ის დაზიანებისა და არა ყველა, ეს მით აიხსნება, რომ tub. cinereum-ში მოთავსებულია სხვადასხვა ცენტროები:

Noyaux suprachiasmatic	}	Distrophia adiposogenitalis
" supraoptic		
" paraventriculer	}	Polyuria et glycosuria
" propr tuber		

პირველ ორ შემთხვევაში აღსანიშნავია მოვლენა, რომელიც ვერ არ ყოფილა, შეიძლება შემთხვევით, აკრომეგალიის სიმპტომთა შორის, სახელდობრ უნებლიეთი შარდის ქცევა ბოლის დროს. ერთერთ მიზეზათ ასეთი მოვლენისა უნდა იყოს ის,

რომ Ca მარილები აქვეითებს კუნთის ქსოვილის ტონუსს. აკრომეგალიის დროს კი ვიცით და ჩვენ შემთხვევებშიც ადასტურებს, რომ Ca მარილები რბილ ქსოვილებშიაც გამოიყოფა, რაც გამოიწვევს კუნთების მოღუნებას. ამით აიხსნება საერთო მოღუნება აკრომეგალიით შეპყრობილთა, დამახასიათებელი კიფოზი, ერთ ჩვენ შემთხვევაში აშკარათ გამოხატული, და შარდის ბუშტის სფინქტერის მოღუნება.

როგორც ეთიოლოგიის, ისე თერაპიის საკითხიც ვერ არის საბოლოოდ გამორკვეული. ქირურგიული საშუალება, hypophysis-ის ამოკვეთა, მართალია ზოგიერთ შემთხვევებში ვითომ კარგ შედეგს იძლევა, მაგრამ ასეთი შემთხვევები იმდენათ მცირეა, რომ მით ხელმძღვანელობა შეუძლებელია. შემდეგ, ის, რომ ხშირად აკრომეგალიის დროს ჰიპოფიზისის სიმსივნე მდებარეობს არა ჩვეულებრივ ალაგას, არამედ, მაგალითად ხახის თაღზე ან Canalis Craniopharyngeus-ის მიმართ, და ისიც, რომ რენტგენის სურათიც არ გვიჩვენებს ხშირად Sella turcica-ს გადიდებას, რაც აუცილებელი ჩვენებად უნდა იყოს ოპერაციისა, უფრო მეტად ადასტურებს ქირურგიულ ჩარევის უარყოფით მხარეს.

ყოველ შემთხვევაში თუ ოპერაცია საჭირო იქნება აუცილებლად, არ უნდა იქნას დავიწყებული Status Thymico lymphaticus, რომელიც ხშირად თან სდევს აკრომეგალიას. ერთერთ კარგ თერაპიულ საშუალებათ ითვლება რადიოთერაპია. V. Falta-ს მოჰყავს ორი შემთხვევა რადიოთერაპიისა შედარებით კარგი შედეგით. მხედველობის არე ნორმალური დადგა და საერთოთ ყველა აკრომეგალიის მოვლენები ნაკლებათ აღინიშნებოდა, ვიდრე ეს თერაპიამდის იყო. კიდურების და ცხვირის სიმსხომ იკლო, სქესობრივი ცხოვრების უნარი დაუბრუნდა. თუ სამწუხაროთ, აღნიშნავს V. Falta-ი სრულიად განკურნება ვერ მივიღეთ, ექვს გარეშეა პროცესის შეჩერება და ამიტომ უფრო სისტემატიურათ უნდა იქნას ნაცადი რადიოთერაპია და ყოველთვის ოპერაციამდის, რომელიც მძიმე თერაპიულ საშუალებათ ითვლება, უნდა რადიოთერაპია იყოს ნაცადი.

ორ ჩვენ შემთხვევაში ჩვენ რადიოთერაპია ვიხმარეთ. პირველ ავადმყოფს უკვე ორი თვე იქნება რაც გაუკეთეთ, მეორეს კი—3 კვირა. ასე რომ მეორე შემთხვევაში რაიმე ეფექტის მიღებაზე ლაპარაკი ზედმეტია. პირველ შემთხვევაში ავადმყოფი აშკარად უკეთესობას აღნიშნავს, მხედველობა უფრო ნათელი აქვს, ენა შესამჩნევათ დაუპატარავდა, კიდურებიც დაუწვრილდა. უნებლიეთ შარდის ქცევა აღარ მოსდის, რასაკვირველია, რადიოთერაპიის ჩვენ დამთავრებულად არ ვთვლით და ამიტომაც აღნიშნულ გაუმჯობესობას ერთგვარი იმედით აღვნიშნავთ.

### დასკვნები.

1. ვინაიდან აკრომეგალიის ყველა მოვლენები საკმარისათ შესწავლილი და დასაბუთებული არ არის, ხოლო თვით სნეულების შესწავლა კიდევ ნოზოლოგიურ ხანაშია, სასურველია, რომ ჩვენში აკრომეგალიის თვითეული შემთხვევა იყოს აღწერილი კლინიკური და კონსტიტუციონალური თვალსაზრისით.

2. თანამედროვე შეხედულებისამებრ აკრომეგალიის გამომწვევ მიზეზათ უნდა ჩაითვალოს არა მხოლოდ ჰიპოფიზისის წინა ნაწილის დაავადება, სახელდობრ მისი ჰიპერპლაზია და ჰიპერფუნქცია, არამედ ეს სნეულება გულისხმობს მთელ ენდოკრინულ ჯირკველთა ურთიერთ კორრელაციის მოშლას, რომელთა შორის დიდი მნიშვნელობას სათესლე ჯირკველის დეგენერაციას აწერენ.

3. ჩვენი დაკვირვების მიხედვით Polyuria უნდა უარყოფილ იქნას, როგორც აკრომეგალიის ერთერთი დამახასიათებელი სიმპტომი.

4. აკრომეგალიის სიმპტომთა შორის უნდა აღინიშნოს incontinentia urinae—უნებლიეთ შარდის ქცევა, როგორც არა მუდმივი სიმპტომი.

5. ჩვენი შემთხვევების მიხედვით რენტგენო-თერაპიის შედეგებზე ჯერ ნაადრევი იქნება რაიმე დასკვნის გამოტანა.

	პროფ. Beur-ის სტატუსი.	ჩვენი შემთხვევები			
		ს-ვა	ბ-ლი	ტერ-ო-ვა	ბ-ლი ტერ-შემდეგ
1 ტანის სიმაღლე . . . . .		166,5	148,0	152,0	
2 თავის ქალას ირგვლივ ზომა (glabella os, temp. occipil.	52,0	60,0	53,0	55,0	
3 თავის ქალას სიგრძე (glabella protub occ ext	17,8	20,0	17,0	18,5	
4 „ „ სიგანე (გარდიგარდმო დიამეტრი tuber pariental. . . . .	14,0	15,0	14,5	15,5	
5 თავის ქალას სიმაღლე . . . . .	20,3	23,0	21,0	19,5	
6 სახის სიგრძე Sutura naso frontalis - ჭვედა ყბის შუა ხაზი	11,0	13,0	12,5	13,0	
7 სახის სიგანე (ამოდრეკილი ხაზი ორივე Os Zygomatic . . . . .	12,3	13,0	11,5	11,0	
8 ჭვედა ყბის სიგრძე . . . . .	9,0	13,0	10,5	9,5	
9 ენის სიგანე . . . . .	4,3	5,4	6,5	5,5	5,5
10 „ სისქე . . . . .	0,8	1,0	1,5	1,5	
<b>მარჯვენა ზევითა კიდური</b>					
1 მთელი კიდურის სიგრძე . . . . .	69,1	71,0	71,0	63,0	
2 Radius-ის . . . . .	21,4	23,1	22,0	21,0	
3 ხელის მტევანი . . . . .	18,0	19,5	17,0	18,0	
4 ნეზის ძვლების გარშემოწირულობა . . . . .	18,0	23,0	20,0	23,0	18,0
5 პირველი რიგის ფალანგები . . . . .	3,5-4,5	5-6	4-5	4-5	
6 მეორე „ „ . . . . .	2,-2,5	3-4	2-3	3-5	
7 მესამე „ „ . . . . .	1-2	1,5-3	1-1,5	2-2,5	
<b>მარჯვენა ქვედა კიდური</b>					
1 მთელი კიდურის სიგრძე . . . . .	78,5	93,0	78,0	74,0	
2 ტერფის სიგრძე . . . . .	22,5	28,0	26,0	27,0	
3 „ გარშემოწირულობა . . . . .	21,0	27,5	28,0	27,0	25,0

CaO მარილების შემადგენლობა შარდში ნორ. და ჩვენ შემთხვევებში Pro-die

	Norprodie	ს. ლზოვა	ბოკო-ლი	ტეროვა-ნეზ.
რენტგენოთერაპიამდე . . . . .	0,3	0,12	0,014	0,22
„ „ „ . . . . .	„-„	—	0,1	0,19
რენტ. თერაპიის შემდეგ. . . . .	„-„	—	0,165	0,23

## ს. ანდრეჟისა.

ორღინატორი.

### ბუნებრივი და ხელოვნური მზით წამლობის პრობლემა\*).

(ფიზიო-თერაპიული ინსტიტუტიდან. გამგე—პროფ. ლამბარაშვილი).

ბუნებრივი და ხელოვნური სინათლით თერაპიამ საპატიო ადგილი დაიკავა თანამედროვე მეურნალობაში. ამიტომ საჭიროდ ვთვლი მოგახსენოთ, როგორც თანამედროვე მეცნიერული შეხედულება, აგრეთვე ზოგიერთი პირადი დაკვირვება სინათლის ბიოლოგიური ბაქტერიოციდური და თერაპიული მოქმედების შესახებ. დღევანდელ კონგრესზე წამოყენებულია ტუბერკულოზის პრობლემა, რომელიც ამჟამად დიდ ყურადღებას იპყრობს საქართველოში. ტუბერკულოზი დიდი უბედურებაა, რომლის წინააღმდეგ ფარმაკოლოგიის არსენალში არ მოიპოვება სპეციფიკური საშუალება. ტუბერკულოზი—ზოგადი ავადმყოფობაა, და, როგორც ასეთის წინააღმდეგ ზოგადი დაავადების მომსპობი საშუალებაა საჭირო. უკანასკნელი უნდა იყოს მიმართული უჯრედის დარღვეული წონასწორობის აღდგენისაკენ. ასე რომ, თუ ჩვენ აღვადგინეთ უჯრედში დარღვეული წონასწორობა, მაშინ ჩვენ შეგვიძლიან მივალწიოთ ორგანიზმის მთლიანი ერთეულის გაუმჯობესებას.

ერთადერთ ნამდვილ საშუალებას ავადმყოფობის წამლობის საკითხში, როგორც prof. Hayem-ში ამბობს, წარმოადგენს ორგანიზმის სტიმულაცია ჰიგიენური საშუალებით; საჭიროა ფართო ფარგლებში დასვენება და მოძრაობა, კვების საკითხის მოწესრიგება, აგრეთვე ჰაერის, ჰაერის, ყველაფრის რაც კი ფიზიოთერაპიას შეადგენს. აი რას სთვლის ავტორი თანამედროვე მეურნალობის მკვიდრ საფუძვლად. (იხ. გვ. 4).

რასაკვირველია, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ჩვენ სრულიად უნდა უარვყოთ მედიკამენტოზური წამლობა, მაგრამ ჰაერი, სითბო და უპირველეს ყოვლისა სინათლე,—ძლევა მოსილი და მრავალგვარად მოქმედი სინათლე—აი ექიმისათვის სანდო იარაღი სხვადასხვა ავადმყოფობასთან ბრძოლის დროს, მეტადრე მაშინ, როდესაც ავადმყოფობა ქრონიკულია. ეხლა უფრო, მეტად ვიდრე ოდესმე, საკითხი სინათლით წამლობის შესახებ დაყენებულია არა ემპირიულ, არამედ სა-მეცნიერო ექსპერიმენტალური გაშუქება—შეფასების ნიადაგზე. ემპირიულად სი-

\*) მოხსენებულა სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-II კონგრესზე 1924 წ.

ნათლით წამლობას ხმარობდა ჯერ კიდევ ძველი საბერძნეთი. კლიმატო-თერაპიის მნიშვნელობა ემპირიულად 'კარგად იცოდნენ ძველმა გერმანელებმა, მაგრამ დღეს საკითხმა კლიმატოთერაპიის მნიშვნელობის შესახებ გამოიწვია განვითარება ახალი მეცნიერების კლიმატოფიზიოლოგიისა, რომლის ერთერთი მხურვალე მიმდევარს წარმოადგენს Prof. Loewi და ექ. Dorno დავოსში. დავოსში დაარსებულია მთის ფიზიოლოგიის ინსტიტუტი, რომლის მიზანია ამავე დროს ტუბერკულოზის შესწავლაც. ინსტიტუტის ობსერვატორიაში მუდმივად სწარმოებს შემდეგი დაკვირვება: მზის შუქის ინტენსივობაზე (რომელიც გამოიხატება კალორიების აბსოლიუტური რიცხვში), ასეთივე დაკვირვებანი სპექტრის-ულტრაწითელ და უ-სოსან ნაწილზე, ინსტიტუტის ტერიტორიის ქიმიურ განათებაზე, ქარის სიძლიერეზე, გარეთა ჰაერის და აივანის ჰაერის პარალელურ გაძლიერებაზე, მწუხრის სინათლეზე და სხვა. გამორკვეულია, რომ ბიოლოგიური ზეგავლენა მზის ენერჯიის არ აიხსნება მარტო-მარტო თერმიულ მოქმედებით, რომ ნაწილი ამ ზეგავლენისა, როგორც, მაგალითად, აღზნება ნერვულ და კუნთოვან ენერჯიისა დამოკიდებულია სინათლის შუქზე; ნაწილი კი, სისხლის შემადგენლობა. ბაქტერიციდური მოქმედება მზისა—უნდა მიეწეროს მოკლეულტრასოსან სხივებს. თანამედროვე მედიცინა მოითხოვს ფიზიო-მეტეოროლოგიისაგან მთელ რიგ საკითხების გაშუქებას, როგორც, მაგალითად, როგორია სითბო და სინათლის სხივების ინტენსივობა, როგორია როგორც მზის პირდაპირ სხივების, აგრეთვე მზის დაფანტული სინათლის ულტრასოსან სხივების ინტენსივობა, მათი გავრცელება სივრცეში და მათი ცვალებადობა როგორც წლის სხვადასხვა დროს, ისე სხვადასხვა საათში, სხვადასხვა ადგილას და სხვა. მაგალითი: დავოსში ზამთარში მზის მიერ გამოშუქებულ სითბოს რაოდენობა 3-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე პოსტდამში; ზაფხულში კი—თანაბარია. რაოდენობა ქიმიურად მოქმედ სხივებისა ზამთარში დავოსში 3-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე Mecklenburg-ში, თვით განათების ინტენსივობა იმავე დროს ზამთარში დავოსში 6-ჯერ უფრო მეტია. ეს ციფრები ნათლად ასურათებენ სინათლით გაშუქების უაღრეს კლიმატიურ მნიშვნელობას.

რასაკვირველია, ამასთანავე ერთად საჭიროა აღინიშნოს სხვა ფაქტებიც, რადგანაც ჰაეა რომელიმე ადგილისა წარმოადგენს ჯამს ყველა ტიპური ბუნებრივ მოვლენათა, როგორც ატმოსფერულ, ისე დედამიწის, რომლებიც უშუალოდ მოქმედებენ ჩვენს თვითგრძნობაზე. Prof. Loewi დაწვრილებით იკვლევს დედამიწის ატმოსფერის ზეგავლენას ადამიანის ორგანიზმზე.

ატმოსფერის ელემენტები ახდენენ უშუალო ზეგავლენას ჩვენი კანის მგრძნობიარე აპარატზე-კანში არსებულ სხვადასხვა მგრძნობიარე ნერვულ წერტილების საშუალებით, როგორიც არიან სითბოს, სიცივის და ატმოსფერის ზედაწოლის წერტილები. (Druckpunkte) დედამიწის ფაქტორები კი მოქმედობენ ერთის მხრივ არა პირდაპირ, იმდენად რამდენადაც ისინი ახდენენ გავლენას ატმოსფერის მოვლენებზე, ასეთია, მაგალითად, ზეგავლენა ნიადაგისა ჰაერის t°-ზე და ნაშიანობაზე, რეფრაქტიული განსხივება სითბოსი კლდეების, წყლის, და სხვა. მეორე მხრივ დედამიწა პირდაპირ ზეგავლენას ახდენს ადამიანზე, მის გრძნობათა აპარატზე (პირდაპირი მოქმედებით), ჰქმნის და აღრმავეს ადამიან-



ნის სულიერ განწყობილებას. ეს გარემოება კი თავის მხრივ მოქმედობს თვით ორგანიზმის ფუნქციებზე, სახელდობრ კარგი სულის განწყობილება, ფიზიკური გონება, იწვევს მუშაობის უნარის გაძლიერებას, ადიდებს კუნთების აქტიურ ძალას, რაც ახდენს უდიდეს ზეგავლენას გულზე და სუნთქვაზე.

რაც შეეხება ატმოსფერულ ზეგავლენას, —ის წინააღმდეგ დედამიწის ზეგავლენისა, — მოქმედობს უშუალოდ მხოლოდ ტანის ფუნქციებზე, კანის საშუალებით და მხოლოდ მეორედათ ახდენს ზეგავლენას სულიერ განწყობილებაზე. ასე, მაგალითად, ტანის გაციება იწვევს ცუდ სულიერ განწყობილებას და პირიქით, ზომიერი ვათბობა ტანისა იწვევს ადამიანში კმაყოფილებას და კარგ სულიერ განწყობილებას.

მაგრამ მაინც ნამიანობის ჰაერის 1<sup>0</sup>-ს ატმოსფერის გამჟვრავლობისა და სხვა ამგვარ ფაქტორების ზეგავლენა ადამიანის თვითგარძნობიერებაზე გაცილებით უფრო ნაკლები და მეორეხარისხოვანია. თუ ჩვენ შევადარებთ მათ იმ ზეგავლენასთან, რომელსაც ახდენს ასეთი ძლევამოსილი ფაქტორი, როგორც მზე არის.

ტიტველი ადამიანი, რომ კარგად გრძნობდეს თავს — ამისათვის საჭიროა, რომ გარეშე სითბო უდრიდეს დაახლოვებით 27—33°C. მაგრამ Davos-ში და Leysin-ში ზამთარშიაც ავადმყოფები უტანისამოსით ატარებენ დღეს, დარბიან თოვლზე ცივით (На лыжах), ეწევიან სპორტს და გრძნობენ თავს მშვენივრად. იმდენად ძლიერად რეფრაქტიული გასხივება სითბოსი თოვლის საფარის მიერ ჰქმნის მომეტებულ სითბოს შეგრძნებას. (თანახმად Dornი-სი — თოვლის საფარზე დაციემულ შუქების 3/4 განიცდის რეფრაქტიულ განსხივებას.

რაც შეეხება შუქის ბიოლოგიურ მნიშვნელობას ცოცხალ ორგანიზმის ეკონომიკაში — უნდა აღინიშნოს ის, რომ სხვადასხვა ავტორთა თვალსაზრისი ამა თუ იმ სხივების ქიმიური ან სპეციალური მოქმედების შესახებ დღემდე სხვადასხვანაირია.

გავიხსენებ, რომ ეს ნაწილი სპექტრისა, რომელსაც Sonne-მ „სითბოს სპექტრი“ უწოდა, შესდგება სამი სახის სხივებისაგან — მათ შორის ის ნაწილი, რომელთა ტალღების სიგრძეც უდრის 740  $\mu$ -დან — 400-მდე — მოქმედობს თვალისებრ გარსზე (რეტინაზე) — ეს არის ადამიანის თვალისათვის ხილული სხივები. უფრო გრძელი ტალღიანი სხივები (60.000  $\mu$ -მდე), შეადგენენ ულტრა წითელ ანუ „ბნელ თბილ“ სხივებს სპექტრს. ხილული ნაწილის მეორე ქიმიური მხარით მდებარეობენ ქიმიურად ულტრა-სოსანის სხივები; უმოკლესი ტალღა მათი არის 90  $\mu$  სიგრძისა. 75-დან იწყება უკვე ზონა რენტგენის სხივებისა.

რასაკვირველია, სხივების დაყოფა — სინათლის, სითბოს და ქიმიურად მოქმედ სხივებზე არ არის აბსოლუტური. აქ როგორც კანონი უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ ყოველი ენერგია, ექნება მას ხილულ სხივების, თუ ულტრა სოსანის სხივების სახე — საგანში შთანთქმის შემდეგ გადადის სითბოში. მეორეს მხრივ, თანახმად Grothus — Draper-ის კანონისა, სინათლის ქიმიური მოქმედება შესაძლებელია მხოლოდ იქ, სადაც ის შთანთქმება. Rubner-ის მიერ თავის დროზე იყო დაყენებული მეტად საინტერესო ცდები იმის გამოსარკვევად თუ რაოდენი კალორია სითბოსი შეუძლია აიტანოს ორგანიზმა მაშინ, როდესაც სხივებით გა-

ნათებულია 1 qcm. 1 წუთის განმავლობაში. აღმოჩნდა, რომ მზიან დღეში რაოდენობა გრამ-კალორიებისა თვითულ 1 qcm.-ზე უდრის 1 წუთში ენკენისთვეში—1 cal., დეკემბერში—0,576—და ორგანიზმი ამ რაოდენობას ადვილად და კარვად იტანს, მაშინ, როდესაც „ბნელი სხივებით“ განათების დროს—უკვე 0,3—0,4 Cal. თვითთველ 1 qcm. აუტანელად მუხრავალია. Sonne ამ ფაქტს ხსნის იმითი, რომ ბნელი სხივები არ ჩადის კანის ქვემოთ მდებარე ღრმა ქსოვილებში, ერთიანად რჩება კანში და აქ გადადის სითბოში, რომელიც მოქმედობს ნერვების სპეციალ დაბოლოვებაზე და იწვევს ტკივილის გრძნობას. ხილული სხივები კი სჭვალავენ კანს და შთაინთქმებიან ორგანიზმის ღრმად მდებარე ქსოვილებში—უმთავრესად სისხლში, რის გამოც სხივების სითბო ისე ძლიერად აღარ მოქმედობს კანის ნერვულ აპარატზე.

Sonne-ს აზრით სწორედ ამ გარემობას გამო შეგვიძლია ჩვენ ავიტანოთ ხილული სხივების დიდი რაოდენობა. Sonne-მ სპეციალურ ტერმო-ელემენტის საშუალებით გაზომა კახის 1<sup>o</sup> როგორც გაშუქების დროს, ისე შემდეგ. აღმოჩნდა, რომ გაშუქების დროს ხილული სხივები სწვდენ მხოლოდ კანის 1<sup>o</sup>—43,8<sup>o</sup>—მდე, ულტრა წითელი სხივები კი—45, 8—მდე. ამნაირად, მიუხედავად იმისა, რომ კანი „ხილული“ სხივებით გაშუქების დროს ღებულობს გაცილებით უფრო მეტს კალორიებს, კანის 1<sup>o</sup> აიწვევს ზევით გაცილებით უფრო ნაკლებათ. მაშინ კი, როდესაც Sonne-მ გაზომა ღრმად მდებარე ქსოვილების 1<sup>o</sup> სპეციალურად ამ მიზნისათვის მოწყობილ „ტერმო-ნემსით“ აღმოჩნდა, რომ აქ ხილული სხივების მოქმედების დროს 1<sup>o</sup> იწვევს 2<sup>o</sup> უფრო მაღლა, ვიდრე კანში; ულტრა-წითელ სხივების მოქმედების დროს კი სიღრმეში ქსოვილების 1<sup>o</sup> 2<sup>o</sup>-ზე უფრო ნაკლებია, ვიდრე კანში (აღამიანის კანის 1<sup>o</sup> სინათლის აბაზანების დროს არ იცვლება) (არ იწვევს ზევით), რადგანაც ორგანიზმი ახდენს 1<sup>o</sup>-ს რეგულაციას, როგორც აორთქლებით, ისე სითბოს განსხივების ტანისა (სინათლით გაუშუქებელ ადგილებიდან) ადგილობრივი გაშუქების დროს კი სისხლში 1<sup>o</sup> მატულობს და ამით აიხსნება ის მოვლენა, რომ ხილული სხივები ახდენენ სპეციალურ ზეგავლენას ღრმად მდებარე ქსოვილებში. ყოველ შემთხვევაში ჩვენ ხელთ გვაქვს უკვე მთელი რიგი დადასტურებული ფაქტებისა.. კვერცხის, ხიზილალის განვითარება, ამფიბიების მიერ დაკარგულ ნაწილების ნაცვლად ახალი ნაწილის გაზრდა მიმდინარეობენ უფრო სრულიად და სწრაფად სინათლეში, ვიდრე სიბნელეში. ჰემოგლობინის რაოდენობა სისხლში გაცილებით უფრო მატულობს სინათლეში. თვით Hb-ის ბრუდეს ზევით. აწვევა, (თანახმად Haeberნი-ის ხდება მზის განათებასთან პარალელურად, ძლიერდება აგრეთვე. თვით ჰემოპოეზი, რასაც Hobeit-ხსნის ძვლის ტვინის გაღიზიანებით, ოღონდ უნდა აღენიშნოთ რომ აუცილებლად საჭიროა მზის სინათლის მიზანშეწონილი და სასტიკად გამორკვეულ დოზების ხმარება ისე, როგორც ეს სავალდებულოა საზოგადოდ ყველა ფარმაკოლოგიურ ნივთიერებით ხმარების დროს (მაგალითად, ხელოვნურად გამოწვეული ანემიის დროს ცხოველისათვის საჭიროა პაუზები გაშუქების სიანსების შუა; უამისოდ ჩვენ მივიღებთ წინააღმდეგ ეფექტს: ანემიის გაძლიერებას (Hobert), კრუნჩხვას (Marg. Levy) და სხვა. Rothman-ის აზრით სინათლის ზეგავლენა გამოიხატება სიმპატიურ სისტემის ტონუსის დაწვევაში; მისი აზრით ასეთ ზეგავლენას ახდენს სი-

ნათლე, მეტადრე ულტრა-სოსანის სხივები; ისინი მოქმედობენ პირველად და იწვევენ კანის სიმპატიური აპარატის დადამბლაგებას, როგორც შედეგი ამ სი-  
 დამლისა ხდება სისხლ-ძარღვების გაგანიერება, სისხლის წნევის დაწევა, სისხლ-  
 ში შაქრის რაოდენობის შემცირება და დასასრული პიგმენტაცია.

პიგმენტაციის საკითხის გაშუქება და მისი შეფასება დაიწყო ლიტერატუ-  
 რაში მას შემდეგ, რაც სინათლით წამლობამ მოიპოვა უღაო თეორეტიული  
 დასაბუთება. საინტერესოა საკითხი: საჭიროა თუ არა პიგმენტაცია ფოტო-  
 დინამიური ეფექტის მისახვედრად? Yoshua და Wiener, რომელთაც ექვთონით  
 გამოკვლევა ულტრა სოსანის სხივებით გამოწვეული ცილოვან და პურინის ნივ-  
 თიერებათა გაცვლა-გამოცვლის შესახებ 1924 წ. მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ  
 აზოტის და ფოსფორის გაცვლა-გამოცვლის ასაწევად არ არის აუცილებლად  
 საჭირო პიგმენტაცია

Wulpus et Lenke, თანახმად მათი Rost-იც არ აწერენ მაინც და მაინც დიდ  
 მნიშვნელობას პიგმენტაციას. Lenkee-ს აზრით ის მავნებილებიც კი უნდა იყოს. ყო-  
 ველ შემთხვევაში, ავტორთა დიდი უმრავლესობა, რომლის სათავეში სდგას Rol-  
 lier და Yessioneck-ი სთვლიან პიგმენტაციას კარდინალურ მნიშვნელობის მოვლენ-  
 ნათ. მათი აზრით, თერაპეუტიული ეფექტი ძნელად მოსალოდნელია იმ შემთხ-  
 ვევაში, სადაც პიგმენტაცია აღარ ხდება. პიგმენტი წარმოიშობა მხოლოდ ეპი-  
 დერმის ბაზალურ უჯრედებში, უმთავრესად პროპიგმენტიდან, რომელიც წარ-  
 მოადგენს ცილოვან (კერძოდ ამინო-სიმეკავების) გაცვლა-გამოცვლის პროდუქტს,  
 თანახმად Bloch-ისა ეს ნივთიერება არის ტიროზინის მონათესავე (Dioxyphen-  
 nilalanin) ბაზალურ უჯრედებს შეუძლიან ამინო-სიმეკავების თავისკენ მოზიდვა  
 და სინათლისა და საკუთარი სეკრეტის ხმარებით მათი მელმანინათ—გადაქცევა.  
 საინტერესოა შეხედულება იმ ავტორებისა, რომლებიც ამტკიცებენ რომ დამუ-  
 შავება პიგმენტის მომეტებული რაოდენობისა, რომლისათვის საჭიროა იგივე  
 ამინო-სიმეკავები, როგორც საჭიროა ადრენალინის პროდუქციისათვის, იწვევს  
 Hypoadrenalinia-ც რაც თავის თავად არის მიზეზი ზემოდ აღნიშნულ კლინი-  
 კური მოვლენებისა (სისხლის წნევის და სისხლის შაქრის რაოდენობის დაწევის  
 და სხვა), და რაც საერთოდ დამახასიათებელია თირკმლის ზედა-ჯირკვლების  
 ფუნქციონალურ შესუსტებისათვის. ამნაირად აქ აშკარადება კავშირი კანისა  
 და შინაგან სეკრეციის ორგანოთა შორის. იგივე Yessioneck-ი კიდევ უწოდებს  
 კანის tstr., basale-ს „სინათლის ორგანოს“ სთვლის მას „ადამიანის ბიო-ქი-  
 მიურ სინათლის ურთი-ერთობის ორგანოთ“, რომელიც ემსახურება არა მარტო  
 სინათლის მიღების პროცესს, არამედ მის ასსიმილიაციისაც. ეს არის ორგანო  
 სეკრეტორული დანიშნულებისა, რომელიც უნდა შეფასებულ იქნეს შინაგან  
 სეკრეციის ჯირკვლების თანაბრად. Yessiodnek-ი ამბობს: „გაჯანსაღების ის  
 მოვლენები, რომლებიც გამოწვეულია სინათლით, უნდა იყოს შედეგი სინათლით  
 გამოწვეული გაცვლა-გამოცვლის გაძლიერებისა.

ორგანიზმში ქიმიურ პროცესებზე სინათლის ზეგავლენა ყოველ ექვს გარე-  
 შვა და გამოხატება მიელ რიგ ახალ გამოკვლევებთა ულტრა-სოსანის სხივების  
 შესახებ. აღდგენის და დამეკავების დაშლის და სინტეზის პროცესები მიმდინა-  
 რეობენ გაცილებით უფრო ინტენსიურად სხივების ზეგავლენის ქვეშ. ამნაი-

რადვე მოქმედობს სინათლე ფერმენტატიულ პროცესებზედაც. პროტეინთა ნივთიერების გაცვლა-გამოცვლის გაძლიერება ხასიათდება შარდში შარდ-მჟავას და აზოტის რაოდენობის შემცირებით, რომელთა სამაგიეროდ მატულობს რაოდენობა მჟაუნ-მჟავას როგორც დაშლის საბიოლოგო პროდუქტისა.

ეს კი ამტკიცებს რომ დაშლითი პროცესი ხდება უფრო სრულად. მაინც ამ გაღრმავებულ გაცვლა-გამოცვლის გაძლიერების დროს ჩვენ ვერ ვხედავთ გამოყოფილ N და Ph რაოდენობის მომატებას, რაიც იქნებოდა უჯრედების დაშლის მომასწავებელი ფაქტი.

ცილის დაგროვება ორგანიზმში, რომელიც აღნიშნულია სინათლის წამლობის დროს, კლინიკურად გამოიხატება ავადმყოფის წონის მომატებაში. რამდენად შევძლებთ ჩვენ ამ გაძლიერებულ გაცვლა გამოცვლის გამოყენებას, მაგალითად, ფურინის ჯგუფის ნივთიერებათა ორგანიზმიდან გამოყოფის შარდმჟავა დიატეზის დროს, შარდში და სისხლში შაქრის რაოდენობის შესამცირებლად დიაბეტის დროს—ამას გვიჩვენებს მომავალი გამოკვლევანი.

სინათლის მოქმედება ფერმენტებზე, მატულობს ეოზინის და სხვა ფლუორესცენციის უნარის მქონე ნივთიერებათა ინექციის შემდეგ, აღნიშნული ნივთიერებანი მოქმედობენ როგორც სენსიბილიზატორები.

მათი ზეგავლენის ქვეშ ორგანიზმის ქსოვილებს ემატებათ სხივის ენერჯის-ქიმიურ სასარგებლო ენერჯიაში გადაყვანის უნარი.

Gyorgy b Gottlieb-რანით დაავადებულ ბავშვების სინათლით წამლობის დროს აძლევენ ეოზინს per os და ადასტურებენ, რომ ეოზინის ხმარება ორჯერ მაინც ამოკლებს განკურნებისათვის საჭირო ვადას (ეოზინის ხმარება წინააღმდეგ ნაჩვენებია Tetanii-ს და Spasmophilii-ს დროს). ამ უკანასკნელ დროში Calcium-თერეიციას მიერ დიდი ინტერესის გამოწვევის გამო უნდა აღვნიშნოთ კიდევ ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი თვისება სინათლისა, კალციის ფიქსაცია საერთოდ ყველა და მეტადრე მოზარდ ორგანიზმის ქსოვილებში, რითაც იხსნება სარგებლობა სინათლისა რახიტის და Spasmophilii-ს არამ თუ წამლობისათვის, არამედ პროფილაქტიკისათვის. ორივე ეს ავადმყოფობა ხასიათდება Calcium-ის ნეგატიურ ბალანსით, Hamburger, Amstadt, Rohr, Gulden-ი, და ვედიატრთა უმრავლესობა მშვენიერ შედეგებს იღებენ rachiti წამლობის დროს არამთუ მზის სინათლის ხმარებით, არამედ ულტრა-სასან სხივებით წამლობის დროსაც. Rohr-ი, მაგალითად, ცერებრალურ ფორმის რახიტის დროსაც კი აღნიშნავს გაჯანსაღებას. მეტად საინტერესოა ფაქტი, აღნიშნული Picard-ის მიერ რომ ძვლოვან სისტემის დესტრუქტიურ პროცესებით (ტუბერკულოზი, Osteomyelitis) დაავადებულ სისხლში—კალციუმში ჩვეულებრივ ნორმაზე მეტი იმყოფება, სინათლის ზეგავლენის ქვეშ კი კალციუმის მომეტებული რაოდენობა მცირდება და ნორმას აღწევს. Rabi-ი ამ მოვლენას ხსნის იმით, რომ სინათლის ზეგავლენით სისხლი და ორგანიზმის ყველა სითხეები განიცდიან სიმჟავას მომატებას; ეს კი, თავის მხრივ ხელსუწყობს კალციუმის ხსნარში გადასვლის უნარს.

დასასრულ სინათლის ბოსლოიურ მოქმედების განხილვისა, აღვნიშნავთ კიდევ მის ბაქტერიციდურ მნიშვნელობას "Last not least"—"უკანასკნელი, მაგრამ მნიშვნელოვანი"—ამბობენ ინგლისელები.

არა მარტო Sreptococ-ები, sfaphbylococ-ები და დანარჩენი ინფექციის მეორადი გამომწვევი ბაქტერიებიც ილუპებიან სინათლის ზეგავლენით.

მის დამილუპველ ძალას თავს ვერ დააღწევს ვერც მეტად გამძლე ტუბერკულოზის ინფექციის ჩხირიც კი.

დაფანტულ სინათლეში ისინი ილუპებიან მე-5 მე-ნ დღეს. მზეზე კი ბულიონის კულტურა ილუპება 2 საათში; ეს მაშინ, როდესაც სინათლისაგან დაფარულ ადგილებში ისინი 22 დღემდე სძლებენ.

Yousset-მა უწოდა მზის სინათლეს „ტუბერკულოზის ჩხირების საწინააღმდეგო სანდო და ენერგიული დეზინფექციური საშუალება“. აღნიშნავთ რომ სინათლის ბაქტერიციდური მოქმედების ზეგავლენა არ არის დამოკიდებული ტემპერატურისაგან, სამაგიეროდ მეტად მძლავრად გამოხატულია მოკლე (280  $\mu$ ) სხივების ზეგავლენის არეში, ესე იგი, გარეთა ულტრა-სოსანის სხივების ჯგუფის არეში. სხივების წამლობა რბილი ქსოვილების და ჯირკვლების, ესე იგი, ზერელე მდებარე ტუბერკულოზის დროს თითქმის ყველგან არის მიღებული.

რომ ტუბერკულოზის ჩხირი ილუპება ღრმად მდებარე ქსოვილებში სინათლის ზეგავლენის ქვეშ, ეს იყო დადასტურებული Nagelschmidt-ის მიერ. დაბოლოს დამტკიცდა რომ ქუჩის მტვერში მზის ზეგავლენის ქვეშ რაოდენობა ბაქტერიებისა მცირდება.

ულტრა-სოსან ჩხირების ბაქტერიციდური თვისებაზე აგებულია ახალი წესი წყლის სტერილიზაციის თვით წყალ-სადენში, რომელსაც უკვე რამოდენიმე ამერიკის და საფრანგეთის ქალაქი ხმარობს, სპეციალურად მოწყობილ ულტრა-სოსანის ლამპრის საშუალებით.

მთაში, ულტრა-სოსან სხივების არსებულ მომეტებულ რაოდენობის ზეგავლენამ ორგანიზმზე, წარმოშო მთის მზის სპექტრის შექმნის იდეა სხვადასხვა ლამპრების სახით.

ეს სინათლე, ეგრედ წოდებულ „ხელოვნური მთის მზის სინათლეს“, (Bach-ის სიტყვით ვიღებთ ჩვენს დრიკალის ლამპრების (Finsen-ის წესი), Quartz ლამპრების, UViol და სხვადასხვა ამაირ ლამპრების საშუალებით — დამყარებულია ულტრა-სოსანის სხივების გამოყენებაზე — რადგანაც თითქმის დღევანდელ დღემდე ულტრა-სოსანის სხივებს აკუთვნებდნენ მხოლოდ ქიმიურ მნიშვნელობას; დღეს უკვე ნათელია, რომ ხელოვნურ მზის სხივებს არა აქვს ყველა ის თვისებები, რომლითაც მდიდარია მთის სინათლე; ესე იგი ყველა ის თვისებები, რომლებიც დაკავშირებულია ფიზიო-კლიმატიურ ხასიათის პირობებთან. მიუხედავად ამისა, ხელოვნურ მთის მზის ხმარებას აქვს სერიოზული დასაბუთება; უპირველეს ყოვლისა ის, რომ მათი ხმარების დროს ფიზიოტერაპევტი სარგებლობს სინათლის ისეთ აგენტით, რომლის თვისებები წინ და წინვე უკვე არის შესწავლილი, რომელიც იძლევა ერთ და იმავე სახის და რაოდენობის ენერგიას, რაც აადვილებს გარკვეულ დოზებით ენერგიის სარგებლობას.

შემდეგ ისიც, რომ შესაძლებელია თერაპევტიული მიზნით მისი ხმარება დედა-მიწის ყველა კუთხეებში, მთელი წლის განმავლობაში, ავადმყოფის მიერ თავის ჩვეულებრივ მუშაობის შეუწყვეტილ. ყველა ეს გვაძლევს ჩვენ უფლებას

ულტრა-სასონის სხივების თერაპიაში შემოღება ვალიაროთ სასურველ და მიზან-  
 შეწონილ საშუალებად.

სულ უკანასკნელ დროში Picard-მა შემოიღო ეგრე წოდებული Inhalations  
 Camera-ში ინტენსიური განათება, ელიპსოიდურ ლითონის კამერაში სპეციალუ-  
 რად დამაგრებულ Spectrosol-ურ ლამპების საშუალებით, რაც უფრო აძლიე-  
 რებს სინათლის ზეგავლენას და ადიდებს გაცვლა-გამოცვლის ინტენსიუობას.

სინათლის საერთო მკურნალობის შესახებ, აღვნიშნავთ, რომ გარდა ზემო  
 აღნიშნულ რბილ ქსოვილების tbc, რახიტის და სხვა, როგორც ბუნებრივი, ისე  
 ხელოვნურ სინათლით წამლობა ფართოდ მიღებულია აგრეთვე ქირურგიულ  
 tbc-ის დროსაც და რიცხვი ასეთი წამლობის მომხრეებისა დღითიდღე უფრო  
 და უფრო მატულობს. Poncet და Leriche ამბობენ: „Tbc-ურ პერიტონიტის  
 დროს სასწაულს ახდენს სინათლე“. Rohr-ის აზრით სინათლე იძლევა განკურ-  
 ნებას პერიტონიტის 70% შემთხვევებში. იგივე Poncet ამბობს: „ჩვენ ვაკეთებთ  
 ამბუტაციას მხოლოდ იმ იშვიათ გამონაკლის შემთხვევებში, სადაც სამი თვის  
 განმავლობაში ინსოლიაცია და იმობილიზაცია არ მოგვცა არავითარი შედეგი“.

ჩვენება რეზეტციისადმი უფრო და უფრო კლებულობს. რეზეტცია Coxae  
 თითქმის სრულიად მიტოვებულია, როგორც Koenecke აღნიშნავს Goettingen-ში  
 ამ უკანასკნელ 10 წლის განმავლობაში არ ყოფილა არც ერთი შემთხვევა რე-  
 ზეტციის.

Bier-ს მოჰყავს 1650 შემთხვევა tbc-ისა, რომლებსაც ის წამლობდა Hoheuly-  
 chen-ში. ამ ავადმყოფთა შორის 52 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა პროცესის გან-  
 მეორებითი გამწვავებას, 25 შემთხვევაში—მენინგიტს. 15—პლევრიტს, აქედან  
 Bier-ი დაასკენის, რომ ტვინის გარსი და პლევრა არიან სხვა ორგანოებთან  
 შედარებით გაცილებით უფრო ნაკლებ დაცული tbc-ს ინიფექციისაგან, დანარჩენ  
 ავადმყოფებთა შორის აღვნიშნავთ ნევრალგიებს, ქრონიკულ კატარებს, თვალის  
 და დერმატოლოგიურ სნეულებათა რიგს. არის გამოქვეყნებული მეტად საინტერე-  
 სო დაკვირვებანი: გაუმჯობესება Lymphogranulomatosis, Hodgkin-ს ავადმყოფო-  
 ბის დროს და რეუმატიზმის და Erysipelas-ის წამლობის შესახებ.

დასასრულ აღვნიშნავთ აგრეთვე სინათლით წამლობას ფილტვის tbc-ის  
 დროს, რაიც დღემდე მეტად სახიფათოთ ითვლებოდა და რაც მოითხოვს დიდ  
 სიფრთხილს. უკანასკნელ დროში მას უკვე შედარებით ხშირად მიმართავენ,  
 ვიმეორებ, რასაკვირველია, სათანადო სიფრთხილით Muhlheim-ში Schürer-მა გა-  
 ატარა 63 შემთხვევა ფილტვის ქლექისა—ინსოლიაცია ხდებოდა სახურავზე. ნა-  
 წილი ავადმყოფებისა იყო ძიმე მდგომარეობაში. 13-ს ანანეზსში აღნიშნული  
 ჰქონდათ Hemoptoe. მზის წამლობის შემდეგ სისხლის დენა აღარ განმეორებუ-  
 ლა, დანარჩენ ავადმყოფს კი Haemoptoe სრულიად არ ჰქონიათ. ახალ ბუდის  
 გაჩენას, პროცესის აქტივაციას ამ 63 შემთხვევებში ადგილი არ ჰქონია.

ოღონდ საჭიროა დაუმატოთ რომ, მიუხედავად ამისა, რომ ტენიკა მეტად  
 მარტივია, არამთუ წამლობა ხელოვნური მზით, არამედ ბუნებრივი მზითაც მის  
 მრავალგვარ ზეგავლენით—არის რთული და საპასუხისმგებლო. თერაპევტიული  
 საშუალება, რომელიც მოითხოვს, როგორც ზევით უკვე იყო აღნიშნული, უპირ-  
 ველესად ყოვლისა, კლიმატო-ფიზიოლოგიურ ფაქტორების დეტალურ შესწავლას.

თვით ეს მეცნიერება ამერიიდან ფართოდ უნდა იყოს დაყენებული საქართველოში, მზიან საქართველოში, რომელიც ბუნებისაგან ასე უხვად არის დაჯილდოებული. ჩვენი საავადმყოფოებში შეძლების დაგვარად უკვე ხმარობენ ხელოვნურ მზეს. მაგრამ, სამწუხაროდ, ბუნებრივი მზის სიმდიდრის გამოყენება და სარგებლობა არ არის ჯერ ფართოდ დაყენებული. იმ დროს როდესაც ჩვენში აუარებელი რიცხვია ტუბერკულოზით დაავადებულთა, ჩვენ თითქმის სრულიად არ მოვუვებთ სანატორიუმები, სადაც ტარდებოდეს სინათლით წამლობა, — არა მარტო მზის აბაზანების სახით, რომლებიც მოქმედობენ 3-4 თვის განმავლობაში, არამედ ის წამლობა, რომელსაც Malgat უწოდებს: „მზეზე ცხოვრებას“. ამ მზეზე ან ჰაერზე ცხოვრების განსაკუთრებული პირობები საჭიროა ეხლავე შესწავლილი იქნეს ჩვენი სპეციალისტების მიერ, თანახმად დასავლეთ Europe-ის გამოცდილებისა, სადაც ტუბერკულოზთან ბრძოლამ მიიღო სოციალური ხასიათი. „სადაც მზე არ შედის, იქ დადის ექიმი“ — ასეთია იტალიური თქმულება. მეც ვიტყვი: „სადაც არ შედის მზე, იქ შედის ტუბერკულოზის ჩხირი“.

მაშინ რაღა საქართველოში მთელი მის მშვენიერ კლიმატიურ პირობათა სიმდიდრით, ასე მკვიდრათ გაიკეთა ბუდე ტუბერკულოზის ჩხირმა?

ჩვენი კოლეგები, რომლებიც ადგილობრივ მუშაობენ და ჩემზე უფრო კარგად არიან ვაცნობილი ცხოვრების ადგილობრივ პირობებთან — ალბად ჩემზე უკეთ გააშუქებენ ამ საკითხს, მაგრამ მეც მიმივლია საქართველო და არა მარტო ფართოდ გზებით — მეც არ შემიძლია არ აღვნიშნო ის, რამაც უნებლიედ მიიქცია ჩემი ყურადღება. დარში თუ ავდარში, ზაფხულში თუ ზამთარში, მე მუდმივად ვხედავდი აკვანში ჩაკრულ ბავშვებს, სინათლე ჩამოფარებულებს, რომელთაც ამნაირად აკლდებოდათ სინათლეს და ჰაერიც. მე ვხედავდი ბავშვებს, რომლებიც არც სახლში და არც გარეთ არ იზორებდენ თავიდან თბილ ქუთბებს. მე ვხედავდი სახლებს, რომელთა დახურული აივნები არ უშვებდნენ საცხოვრებელ ოთახებში მზის სხივებს — და ასეთ ოთახებში ცხოვრობენ ქლეკიანები!! ამ ოთახებში გროვდება მათი ნახველი!! მოვიგონებ, რომ Mignesco, ერთი დღე-ღამის განმავლობაში ქლეკიან ავადმყოფის ნახველით გასვრილ ტანსაცმელის ინსოლიაციის შემდეგ, ვეღარ პოულობდა ამ ნახველში ტუბერკულოზურ ჩხირებს; ამ ნახველიდან გაკეთებულ იმულსიის ზღვის ლორში შეშაპუნება — მის დაავადებას არ იწვევდა.

ჩემის აზრით, შესაძლებელია, რომ მზიან საქართველოში უმზეოთ ცხოვრება არის ჩვენში ტუბერკულოზის ასე ფართოდ გავრცელების ერთერთი მიზეზი. ყოველ შემთხვევაში საჭიროა დაუყონებლივ, რაც შეიძლება ფართოდ იქნას დაყენებული პროპაგანდა, როგორც ჰიგიენისა, ისე სინათლით წამლობისა. ექვს გარეშეა, საქართველოში უნდა გაშენდეს სანატორიუმები და სინათლის წამლობის სადგურები. ვიმედოვნებ რომ ეს არის ახლო მომავლის საქმე. მაგრამ, ვიდრე განხორციელდებოდეს ეს დიდი საქმე, რომელიც მოითხოვს დიდ ხარჯს და შრომას, საჭიროა ეხლავე ყველა საავადმყოფოებში და საექიმო დაწესებულებებში მოწყობილ იქნას მარტივი ტიპის სოლარიუმები.

და დღეს კი დღევანდელი დღის ამოცანად, უნდა გახდეს მოწყობა ბავშვთათვის დღიური სანატორიუმებისა, როგორც ამას გერმანიაში აქვს ადგილი. ამ სანატორიუმებში სუსტი და ქრონიკულ დაავადებულ ბავშვებს მიეცემათ საშუალება 3—4 საათის განმავლობაში ტანაუცემლად ითამაშონ და ივარჯიშონ: დარში—ბაღებში და აივნებზე, ავდარში დარბაზში და ოთახებში. იქ გაძლიერდება ორგანიზმის თავდაცვითი ძალების განვითარება, იქ ბავშვები თვალსაჩინოთ გამოცოცხლდებიან,

ასეთი სანატორიუმები „Halbtägige Luftkuren“ არ მოითხოვენ დიდ ხარჯს—მაგალითად, ბერლინში მოწყობილი ასეთი ამბულატორია ჯირკვლებით დაავადებულ ბავშვებისათვის ძველ სამხედრო ბარაკებში. მაგრამ ამნაირი სანატორიუმების მოწყობამ რომ კიდევ მოითხოვოს დიდი ხარჯი, ნუ დაგვავიწყდება, რომ სამაგიეროთ საგრძნობლად შემცირდება საავადმყოფოების შესანახი ხარჯები. შესაძლებელია ეს დღიური სანატორიუმები გადაიქცეს სინათლით წამლობის და საერთოთ სინათლის მნიშვნელობის ფართო პროპაგანდის ბუდეთ, სადაც ეს პროპაგანდა გატარდება ბავშვთა და საზოგადოდ მთელ მოსახლეობის შორის, როგორც სიტყვით, ისე საქმითაც.

ნებას ვაძლევ ჩემ თავს წამოვაყენო შემდეგი დებულებანი:

1. თანამედროვე თერაპიაც საზოგადოდ უნდა იყოს დამყარებული დაავადებულ უჯრედებში ნორმალურ პროცესების აღდგენაზე.

2. ბუნებრივი სტიმული უჯრედის გამაჯანსაღებელ პროცესებისა არის სინათლე—მთელი მისი დიდმნიშვნელოვანი და მრავალგვარი ზეგავლენით.

3. სინათლე არის არა მარტო თერაპიული არამედ აგრეთვე პროფილაქტიური ფაქტორი, როგორც დაავადებულ, ისე ჯანსაღ ორგანიზმისათვის, ამიტომაც სინათლეს უნდა ვსთლიდეთ გარდა თერაპიული, აგრეთვე როგორც სოციალურ ფაქტორად.

4. ბრძოლა tbc-სთან და რახითთან, როგორც სოციალურ სწრაფობასთან უნდა სწარმოებდეს ყოველი საშუალებით და მათ შორის უპირველეს ყოვლისა, სინათლით, როგორც მთავარ სპეციფიურ იარაღით მათ წინააღმდეგ.

5. წამლობის ვადის შემოკლების და მაშასადამე წამლობის ხელმიწდომის მხრივ ხელოვნური სინათლე ნაცვლად ბუნებრივი მზის სინათლისა არის სრულიად მისაღები ფაქტორი.

6. როგორც პირველი ნაბიჯი საქართველოში სინათლით წამლობის ფართოდ დაყენებისა, ვიდრე განხორციელებული იქნებოდეს ფართო ქსელი სანატორიუმებისა და სინათლით წამლობის სადგურებისა—უნდა დაარსებულ იქნეს ყველა საავადმყოფოებში და სხვა სამკურნალო დაწესებულებებში მიზან-შეწონილად მოწყობილი სოლარიუმები.

7. ქალაქებში დაუყოვნებლივ უნდა გაიხსნას მარტივი ტიპის დღიური სანატორიუმებისა, სადაც სუსტი და ავადმყოფი ბავშვები შესძლებენ რამოდენიმე საათით დღეში ისარგებლონ ჰაერით და სინათლით—ეს უნდა იყოს ცნობილი უახლოესი დღეების ამოცანად.

8. თანამედროვე მეცნიერული შეხედულება სინათლით წამლობაზე უნდა ფართოთ იქნეს შეტანილი მცხოვრებელთა მასებში.



9. საჭიროა სათანადოთ შესწავლილ იქნეს საქართველოს კლიმატო—ფიზიოლოგია, რადგანაც ის არის წესიერათ დაყენებულ სინათლით წამლობის საფუძველი.

10. სინათლით წამლობის ფართოთ დაყენება საქართველოში წარმოადგენს ეროვნულ ამოცანას.

### ლიტერატურა.

(1917 წ. შემდეგ)\*.

#### A.

Amstadt—Die Heliotherapie d. nicht tbc. Affectionen (Schw. m. W. 1922)

#### B.

Baur—Die Grundlagen d. mediz. Klimatologie (Kl. W. 1923)

Baumann—Ub. Veränder. d. Weissen Blutkörper. n. Bestr. m. künstl. Höhensonne (1920)

Bier—Gymnastik als Vorbeugungs u. Hilfsmittel (d. m. W. 1922)

Beust—L. Frage d. Lichtherapie d. Tetanus (M. m. W. 1922).

#### C.

Czepa—Behandlung d. Erysipels m. d. Quarzlampe (W. kl. W. 1922)

Prof. Caspari—Weiteres z. biolog. Grundlage d. Strahlenwirkung (Strahlentber. 1924)

#### D.

Delille—Traitment de la tuberc. chir. p. l'heliotherapie

#### E.

Edinger—Halbtägige Luftbadkuren f. Kinder. (D. m. W. 1922)

Engel—Die Rachitis in. d. Grossstädten. (kl. W. 1923)

#### F.

Falkenheim u. Gyorgy—Bestralungstherapie d. Tetanie (D. m. W. 1924).

Feldmann—La leucodermie solaire (Derm. W. 1925).

Ferri—Sur le traitement des syndromes spasmophiles p. les rayons u. violets, (citè Pr. Med. 1925).

\*) ლიტერატურა, რომელიც მოყვანილია Rollier და Мезерницкий-ს შრომაში აქ არ არის მოხსენებული.

G.

- Georgy et: Gottlieb—Verstärkung d. Bestrahlungstherapie d. Rachitis.  
 (kl. W. 1923)  
 Gulden—Die Strahlentherapie in d. Kinderheilstätte... (Strther. 1922)

H.

- Haberlin u. a.—Die Heilwirkung d. Nordseeklimas (kl. W. 1923)  
 Hansen—Ub. d. physiol. Wirkung d. Lichtes.  
 Hill—On the physiol. Principles of tbc. institutions.  
 Hilse—Beitrag z. konserv. Behandl. d. Knochen und. Gelenktbc (Libau 1921).  
 Hobert—Ub. Blutregeneration... Mäuse im Dunklen, im Licht, (kl. W. 1923).  
 Huldchinski—Die Behandl d. Rachitis m. u.—v. Licht (1919)  
 Influence—des radiations luminenses sur la teneur en Ca d'un organisme normal. (Pr. med. 1924)  
 Ishido—Ub. d. Einfluss d. u—viol. Lichtes a. d. avitaminose Störungen  
 (kl. W. 1923)

K.

- Kawashima—Ub. d. Einfluss strahlender Energie a. d. Zirkulation (Strther. XVII)  
 Kestner—u. a. Die Einwirkung d. Strahlung a. d. Menchen (kl. W. 1923)  
 Klemperer.—ub. d. Wirkung d. u.—v. Lichtstrahlen,  
 Kish—Ambulatorium f. chir. Tuberk. (kl. W. 1922)  
 Koennecke—Konserv. od. oper. Behandl. d. chir. Tuberkulose (Ther. d. Geg. 1922)  
 Keller.—Ub. d. Wirkung d. u—v. Lichtes auf die Haut... Dosierung.

L.

- Loewy—Neueres a. d. Klimatophysiologie (kl. W. 1923)  
 Levy—Ub. Blutregeneration d. u—viol, Lichtes. (Strther. 1923)  
 Liebe—Lichtbehandlung in. d. deutsch. Lungenanstalt. Leipg. 1921).

M.

- Мезерницкий—Фототерапия (ფართო ლიტერატურა).  
 Malgat—La cure solaire,  
 Mirmond de la Roquette—Sur l' erythème solaire et la pigmentation  
 (1912)  
 Monteuis.—Les bains d'air, de lumière et de soleil.  
 Mosse—Beh. d. neurog. Ekzem m. Höhensonne (D. m. W. 1924)

## P.

- Pech—Les radiations en biologie (Pr. med. 1924).  
 Picard Intensiv—Bestrahlung und Inhalations—kammier (Strther. 1923).

## R.

- Reh—Weitere Indikationen z. Höbensonnen-therapie (Strther. 1922).  
 Rohr—Künstl. Höbensonne und Kinderheilkunde (Th. d. G. 1922).  
 Rohden—Ltschr. f. Path. und. Ther. 1920.  
 Rollier—Str. 1914.  
 Rothmann.—Untersuch. ub. Phys. d. Lichtwirkung.  
 Rothmann—und Callenberg (kl. W. 1923).  
 Rish—Therapie d.—Rachitis (d. m. W. 1923).  
 Ротштейн—Лечение тbc перитонита рт.—к. лампой (А. кв. и Эксп. М. 1924).  
 Рудницкий—К теории действия рт. кв. лампы при тbc. (1924).  
 Рудницкий—Кварцевая лампа (1924).

## S.

- Sonne—Strther 1924.  
 Shibuya—Ub. d. sensibil. Wirkung d. Porphyrine (1922).  
 Schantz—Das Gehant d. Lichtes an Ultraviolet (1920).  
 Schmidt—Kompendium d. Lichthebandlung (1921).  
 Schürer—Ub. intensive Behandl. d. Lungentub. (d. m. W. 1923).  
 Schwarz—Strahlenbiologische Untersuchungen (Strther. 1924).

## T.

- Tbc—as a factor of Depopulation (Lancet 1920).  
 Tbc—the effect on the Length of Life (Lancet 1920).  
 Tryfus—(kl. W. 1923).

## W.

- Vollwer—Z. Biologie d. Haut (kl. W. 1913).  
 Weiser—Heliotherapie im Tieflaud (Strther. 1920).  
 Weiss—Klinik. d. Hodgkinschen Krankheit (M. kl. 1923).  
 Wiener—Wirk. d. u.—v. a. d. menschl. Eiweiss—(kl. W. 1924).  
 Yoshua—Einfluss d. u—v. Lichtes a. d. Eiweiss—Stoffwechsel. (Strther. 1924).  
 Yessionek—Heliotherapie und. Pigment. (1915).

რ. კუპცისი.

**სასმელი წყლების რადიოაქტიურობა, როგორც შესაძლებელი ეთიოლოგიური მომენტი, ენდემიურ ჩივიის წარმოშობაში — \*).**

(საქართველოს ჯანსაჩქომის ქიმიურ ლაბორატორიიდან. გამგე რ. დ. კუპცისი).

(წინასწარი ცნობა).

სვანეთში მილინებისას, მინერალურ წყლების გამოსაკვლევად, ამისთანავე ერთდროულად მომიხდა, ქვედა სვანეთის სოფლებში არსებულ უმთავრეს სასმელ წყალ-საცავების რადიოსკოპიული გამოკვლევის წარმოება.

აღნიშნულ სასმელი წყლების გამოკვლევა მე მომიხდა, გასული წლის ოქტომბრის პირველ რიცხვებში, ერთობ არა ხელსაყრელ მეტეოროლოგიურ პირობებში (ატმოსფერის დაბალი t. ხშირი წვიმები და სხვ), მიუხედავად ამისა შეესძლებელი აღმენიშნა, — გამოსაკვლევ რაიონის ყველა სასმელი წყლები, ცოტად თუ ბევრად რადიოაქტიულნი რომ არიან.

ამავე დროს, როდესაც ადგილობრივად მომუშავე ექ. არღევ. ახვლედიანის ქვედა-სვანეთში ჩიყვით დაავადებულთა შესახებ სტატისტიკას რომ ვეცნობოდი, მივაქციე ყურადღება, შესანიშნავ კანონიერ თანდევნას, ჩიყვიანობის და სასმელი წყლების რადიოაქტიულ ხარისხთა შორის; — ამასთანავე თანაშეფარდება აღნიშნულ მოვლენათა შორის, პირდაპირ პროპორციონალური არის — ჩიყვიანობის რაოდენობა იქ მეტი აღმოჩნდა, სადაც წყლებში რადიოაქტიურობა მაღალი იყო.

ჩემი ნათქვამი ნათლად მტკიცდება, აქვე მოყვანილ ტაბულებით, — (იხ. № 1, 2, 3 და 4 ტაბულები).

ინტერესს მოკლებული არ არის ისიც, რომ რადიოსკოპიული გამოკვლევა იმერეთის ზოგიერთ სოფლების სასმელ წყალსაცავთა ადასტურებენ დამოკიდებულებას, ენდემიურ ჩიყვით დაავადებულთა რაოდენობის და სასმელი წყლების რადიოაქტიურობის ხარისხს შორის.

რადგანაც ამჟამად ხელთ არ მაქვს, სწორი ციფრობრივი ცნობები, ამ მხარეში ჩიყვით დაავადებულთა რაოდენობის შესახებ, მოკლებული ვარ საშუალებას, ჩემს მიერ ზემოდ თქმული, შესაფერ ციფრებით დავამტკიცო. — მოყვანილ დაკვირვებათა შედეგები ძალა-უნებურად გვიბადებს აზრს — სასმელი წყლების რადიოაქტიურობა, ხომ არ წარმოადგენს ჩიყვიანობის მიზეზს, თუნდაც მხოლოდ, ჩემს მიერ გამოკვლეულ მხარეში?

\* ) რუსულიდან თარგმნილი ექ. გრიგოლ კუნჭულიას მიერ.

ტაბულა № 1.

## ლ ა შ ხ ე თ ი ს თ ე მ ი.

სოფლის სახელწოდება.	სასმელი წყლის წყალსაცავის სახელწოდება.	რადიოაქტივობა მახეს ერთეულებში რ. კუპცისის თანახმად.	ჩიყვით დაავადებულთა $\frac{0}{0}$ მჭ. არდ. ახელედინის მასალის მიხედვით.	შენიშვნა.
მებეცი . . . . .	წყარო გველდი	1,70	24,1 $\frac{0}{0}$	
სოსაში . . . . .	ღელე მეშელიდურა წყარო ბინული " ცანაში	1,68 2,08 0,59	15,3 $\frac{0}{0}$	ამ სოფლის მეტი წილი სასმელად წყარო ცანაშის წყალს ხმარობს.
ნაცული . . . . .	წყარო	2,06		
ლუჯი . . . . .	ღელე ქეშკურა ღელე ლუჯის-ღელე	1,58 2,25	35 $\frac{0}{0}$	
ჯახუნდერი . . . . .	წყარო	2,31		35 $\frac{0}{0}$
ლეღვანი . . . . .	წყარო ჟიღებერარე	2,64		
ლემზაგორი . . . . .	წყარო	2,68	40 $\frac{0}{0}$	
ჩუკული . . . . .	წყარო გაკყვი " ჩუკული	2,87 2,78	44 $\frac{0}{0}$	
გობი . . . . .	წყარო გობშური	3,33		44,5 $\frac{0}{0}$
ჩებარეში . . . . .	წყარო ნიციში " კუკული	2,67 4,23	39,2 $\frac{0}{0}$	
მაზაში . . . . .	წყარო	4,44		47 $\frac{0}{0}$
მელე . . . . .	კირილეს წყარო წყარო	4,19 5,01	50 $\frac{0}{0}$	
ლეკოსანტი . . . . .	ღელე	5,28		49,6 $\frac{0}{0}$

ჩ რ ლ უ რ ი ს თ ე მ ი.

სოფლის სახელწოდება.	წყლსაცავის სახელწოდება.	რადიოაქტივობა რ. კუბ. ცისის თანახმად (მახეს ერთეულებში).	ჩიყვით დაავადებულთა რაოდენობა ექ. არ. ახელედინის მასალის მიხედვით.	შენიშვნა.	
თეკალი . . . . .	წყარო სარაგველა ღელე ტფიბრა მდ. ცხენისწყალი	0,66	38,6%	ჩიყვით დაავადებულთა უფრო მეტი რიცხვი სოფ. ღვეშერში არის.	
ღვეშერი . . . . .		0,83 0,67			5,69
ზემო ქველიერი . .	წყარო სარაგა ღელე აკიუპი	4,28	43,8%		
ქვემო ქველიერი . .		3,92			7,01
მუცდი . . . . .	წყარო	2,18	29,4%		ეს სოფლები ერთიმერტსთან ძლიერ ახლოს არიან; მუცდი მთაზედ არის გაშენებული, ბულეში კი ამ მთის ძირას.
ბულეში . . . . .		4,54	46%		
ჩველი . . . . .	წყარო	3,84	43,3%		
სადხარი . . . . .	ღელე	3,92	42,2%		



## ლ ე ნ ტ ე ხ ი ს თ ე მ ი .

ადგილების დასახე- ლება.	წყალსაცავების დასახელება.	რადიოაქტი- ვობა მახეს ერთეულებში რ. კუპცისის თანახმად.	ჩიყვიანების ‰/‰ ექ. არდ. ახველდიანის მასალის მი- ხედვით.	შენიშვნა.
რცხემელური . . . . .	წყარო	0,71	15 <sup>0</sup> /‰	ლენტეხის წყლების გამოკვლევის დროს წვიმა მოდიოდა და 1 დაბალი იყო.
ლასკადურა . . . . .	„	1,23	21,4 <sup>0</sup> /‰	
კახურა . . . . .	„	1,24	21,4 <sup>0</sup> /‰	
მელურა . . . . .	„	1,92	39 <sup>0</sup> /‰	
ლესკურა . . . . .	„	1,97	36,3 <sup>0</sup> /‰	
ხელედი . . . . .	ღვლე ხელედი	2,66	54 <sup>0</sup> /‰	
ცანაში . . . . .	წყარო	2,83		
ხედა-პაკი . . . . .	„	2,56		
ქვედა-პაკი . . . . .	წყარო ლეხუდარეში	4,16		

ტაბულა № 4.

## ლ ე ჩ ხ უ მ ი .

ადგილების დასახე- ლება.	წყალსაცავების და- სახელება.	რადიო-აქტი- ვობა მახეს ერთეულებში რ. კუპცისის თანახმად.	ჩიყვიანების რაოდენობა.	შენიშვნა.
ქალ. ცაგერი . . . . .	წყარო ონკანის- წყალი	ნაშთი	სრულიად არ არის.	
	მურიის წყარო	არ არის.	არ არის.	
ქვედა-ლუხვანო . . . . .	ბაბუეთსანის წყარო	3,25	ბევრია.	სწორი სტატის- ტიკური ცნობები ხელთ არა გვაქვს.
	წყარო კაშანი	4,60		
	წყარო ცივიწყალი	1,51		
ხემო-ლუხვანო . . . . .	წყარო	3,0	ბევრია.	

ასეთ მიზეზობრივ დამოკიდებულებას, როგორც ეს შემდეგ, ადგილობრივ ხნიერ მკვიდრთა გამოკითხვით გამოირკვა, ზოგიერთმა თვით ადგილობრივმა მცხოვრებმაც კი მიაქცია ყურადღება.

ასე მაგ., სოფ. სოსაშის მცხოვრებმა, მსწავლეებელმა არსენ ონიანმა ვად-მომცა, რომ წყარო ბინულის (ლაშხეთის თემი) წყლის, აუღულარაღ ხანგრძლი-ვი ხმარება, ჩიყვით დაავადებას იწვევს; წინასწარი მისი აღულება კი ამ ავა-დმყოფობისაგან გვიფარავს.

აღნიშნული მოვლენა, აქვე მოყვანილ გამოკვლევასთან ერთად გვიჩვენებს, რომ ჩიყვის ნაგულისხმევი გამომწვევი მიზეზი, თუ, რასაკვირველია, გამორიცხუ-ლი იქნება ორგანოვანი არსება, ექვს გარეშეა, წარმოადგენს გაზის მავნარ ამქრო-ლად ნივთიერებას, ასეთი კი, როგორც ჩვენ ვიცით, რადიუმის ემანაცია არის, რომელიც, როგორც ამქროლადი ნივთიერება, წყლის დუღილის დროს ორთქ-დება და მას სრულიად შორდება. ჩვენი დაკვირვებანი ამ საკითხის შესახებ, შე-საფერ ლიტერატურაშიაც პოულობს დამტკიცებას.

ხოლოვეგელმა ავტორმა Ebbel-მა, ჩიყვით დაავადებულთა რაიონებში, რა-დიოაქტიულ კოლოიდალურ რკინის არსებობა აღმოაჩინა, რაც მისი აზრით, ჩიყ-ვის წარმომშობი მიზეზი არის.

შვეიცარიელმა ექიმმა ბირხერმა, თავისი ცდებით დაამტკიცა, რომ ჩიყვი მთის წყლების ხმარებით წარმოიშობა, რომელნიც ერთგვარ გეოლოგიურ ფენე-ბში მიმდინარეობენ და აქედან ამოკრებენ, ამ სნეულების გამომწვევ მიზეზთ.

ასეთ გეოლოგიურ ფენებიდან წყალი არა მარტო სხვადასხვაგვარ მინერა-ლურ ნივთიერებას ამოკრებს, არამედ—რადიოაქტიულ ემანაციასაც; ამასთანავე, როგორც ჩვენ Gockel-ის გამოკვლევებიდან ვიცით, კლდის ქანები რადიუმის იმ-დენ რაოდენობას შეიცავენ, რამდენიც სრულიად საკმარისია, წყლის ემანაციის საყოფად.

Leckel-ის თანახმად კლდის ქანების 1000 კილოგრამი, რადიუმის შემდეგ რაოდენობას შეიცავენ:

ტაბულა № 5.

მარცვლიდები	1,3—3,5—4,4—10	ათას მილიგრამისას (+10— <sup>12</sup> გრამ).
ძოწირები	1,3—7,3—26,1	„ „ „ „ „
სიენიტები	3,7—9,3	„ „ „ „ „
ჰეოები	0,44—0,81	„ „ „ „ „
სილაქვები	0,4—3,5	„ „ „ „ „
თიხები	0,3—1,8	„ „ „ „ „
ქვაკირები	0,2—3,2	„ „ „ „ „

Simmersbach-ის მიხედვით მარცვლიდები, სიენიტები, ძოწირები და მე-ლაფირები, საგრძნობ რაოდენობის რადიოაქტივობის მატარებელნი არიან; აქ-ვე უნდა აღვნიშნო, რომ ქვემო-სვანეთში, მოხსენებულ რადიოაქტიული კლდის ქანები, ერთობ მრავალი არის.



უკვე დიდი ხნიდან Mac-ი Clelland-ი, Bircher-ი და კიდევ სხვა მეცნიერები, ჩიყვიანობის მიზეზს განსაზღვრულ გეოლოგიურ ფორმაციებში ეძებდნენ; სხვა მეკლევარნი კი (Плиний, Kircher, Wilms, Gaylord და სხვ.) ამტკიცებდნენ, რომ ჩიყვიან რაიონებში სასმელი წყალი წარმოადგენს ამ ავადმყოფობი სწარმოშობ მიზეზს.

ამ ნიადაგზე წარმოიშვენ შესაფერი მეცნიერული თეორიები, ჩიყვის წარმოშობის შესახებ; ასეთი არის—გეოლოგიური და სასმელი წყლის თეორია.

მაგრამ მაინც, არც ერთ აქ მოხსენებულ თეორიას არ ძალუძს ნათლად გვიჩვენოს ჩიყვის აღმძრელი განსაზღვრული მიზეზი.

თუ მივიღებთ მხედველობაში იმ ფაქტს (თუ კი ეს შემდეგში საბოლოოდ დამტკიცდა), რომ ენდემიურ ჩიყვის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს სასმელი წყლების რადიოაქტივობა, მაშინ სავესებით გასაგები გახდება ზემოდ მოყვანილი ორთავე თეორიები.

თუ გამტკიცდა წინადადება, რადიოაქტივობის შესახებ, როგორც ჩიყვის წარმოშობა ეთიოლოგიურ მომენტზე, მაშინ ორივე თეორია შეერთდება და ერთი იმარაგანი (სახელდობრ სასმელი წყლის თეორია) მეორეს—(გეოლოგიურ თეორიის) შედეგი გახდება.

და მართლაც, მიწის, ქვეშ არსებული წყლები (resp. სასმელი) მიმდინარეობის გზით, ეხებიან რა სხვადასხვაგვარ კლდის ქანებს, ცოტა თუ ბევრ რადიოაქტივობას ითვისებენ, იმისდა მიხედვით, თუ რამდენად მდიდარია აღნიშნული კლდის ქანები, რადიოაქტიულ შეერთებებით.

გადავდივარ რა ფარისებრ ჯირკვლზე ემანაციის გავლენის განხილვაზე, უნდა ვიფიქროთ, რომ ამ შემთხვევაში, ემანაცია შედის რა ორგანიზმში სასმელ წყალთან ერთად, და რადგანაც ის სრულიად არ წარმოადგენს, მისთვის ინდიფერენტულ ნივთიერებას, წარმოშობს მასში (resp. ფარისებრ ჯირკვლში), განსაზღვრულ დაკანგვითი და მექანიკურად გაღიზიანებითი პროცესებს, რომელნიც თავის მხრივ, მათი გადაჭარბებული გაძლიერებისას, ორგანიზმში იწვევენ სხვადასხვაგვარ დაავადებითი ვადანბრას და პათოლოგიურ აშლილობას.

ერთი შეხედვით, ასეთი წარმოდგენა, შესაძლოა ახირებულად იქნას მიჩნეული, შეიძლება დაიბადოს საკითხი—შეუძლიან თუ არა სასმელ წყალს, რომელიც ამ შემთხვევაში, სულ რაღაც რადიუმის ემანაციის რამოდენიმე მახეს ერთეულს შეიცავს, გამოიწვიოს რაიმე საგრძნობი დარღვევანი ორგანიზმში. ამ კითხვაზე მე არ შემიძლიან კატეგორიულად გავსცე პასუხი; მაგრამ, ამასთანავე, ვხელმძღვანელობ რა წმინდა თეორიულ ხასიათის მსჯელობით, არ შემიძლიან არ შევნიშნო, ამდაგვარ წინადადებას, ყოველივე ექვს გარეშე, განსაზღვრული მეცნიერული ნიადაგი რომ აქვს.

რადიუმის ემანაცია, ორგანიზმში შესვლის შემდეგ, მისგან ერთბაშად არ გამოიყოფა, მისი საგრძნობი ნაწილი ორგანოებში და ქსოვილებში ილექება და რჩება ორგანიზმში განსაკუთრებულ ნალექების (რადიუმის A, B, C, და სხვ.) სახით, რომელნიც შეუწყვეტლივ გამოსცემენ ალფა, ბეტა და გამა სხივებს, რომელთაც ძალუძთ, ამა თუ იმ დაშლითი პროცესების წარმოშობა.

მოსხენებულის უფრო ნათელსაყოფად, ნებას მივცემ ჩემს თავს, აქვე მოვიყვანო ტაბულა, რომელშიაც ნაჩვენებია იქნება, ნახევრად დაშლითი პერიოდები (Halbwertzeit), აღნიშნულ რადიოაქტიულ ელემენტათვის.

ტაბულა № 6.

	ს ხ ი ე ვ ბ ი	ნახევრად დაშლითი პერიოდი
რადიუმის ემანაცია . . . . .	α	3.85 დღე
რადიუმი A . . . . .	α	3, წუთი
„ B . . . . .	β γ	26,8 წუთი
„ C . . . . .	β, α γ	19,5 „
„ D . . . . .	β, γ	16 წელი
„ E . . . . .	β, γ	5 დღე.
„ F . . . . .	α	136 „

როგორც ეს მოყვანილ ტაბულიდან ჩანს, ორგანიზმში შესული ემანაცია და მისი დაშლითი პროდუქტები, სხეულიდან სრულიად გამოყოფა მოუხსრებელივ, შემდეგ მიღებულ რადიოაქტიულ სასმელი წყლის ჯერით, სულ ახალ და ახალ ემანაციის განტვირთვის ღებულობენ, რომელნიც თავდათანობით ემატებიან, წინაღ მიღებულ ჯერებს, აძლიერებენ ორგანიზმში დაგროვილ რადიოაქტიულ ელემენტებს და წარმოშობენ ერთგვარ მარავს, აღჭურვილს თავისებურ კუმულიატურ თვისებით.

ამდაგვარ კუმულიატურ მოქმედების სასარგებლოდ კიდევ შემდეგი ფაქტი ლაპარაკობს.

საქმე იმაშია, რომ სტატისტიკურ ცნობათა მიხედვით, სვანეთში დედაკაცები გაცილებით უფრო ხშირად ავადმყოფობენ ჩიყვით, ვიდრე მამაკაცები. ასეთი მოვლენა მით აიხსნება, რომ სვანელი ქალი, თითქმის მთელი თავის სიცოცხლეს, მხოლოდ სვანეთში ატარებს, სვანი მამაკაცები კი, მრავლად გადაიან საქართველოს სხვა კუთხეებში, სამუშაოს საშოვნელად.

ამის გამო, სვანელი დედაკაცები იძულებულნი არიან მთელი თავიანთი სიცოცხლეში, რადიოაქტიული სასმელი წყალი იხმარონ, წინააღმდეგ მამაკაცებისა, რომელნიც დროებით მაინც შორდებიან ამ მავნე ფაქტორს; და ამრიგად, მათი ორგანიზმი, დაგროვილ რადიოაქტიულ ელემენტების ზეგავლენის ქვეშ, განუწყვეტლად იმყოფებიან.

ჯერ კიდევ, Albert Caan-მა გვიჩვენა, ადამიანის ორგანიზმის რადიოაქტივობა, წლოვანობის მიხედვით, ცვლილებას რომ განიცდის.

ძუძუმწოვარ ბავშვთა ორგანიზმი, სრულიად მოკლებულია რაიმე რადიოაქტიულ თვისებას; ხანში-შესულ ადამიანთა ორგანიზმი—კი, პირიქით, შედარებით მდიდარია მით.

Caan-ი, ხანში შესულთა ემანაციით ასეთ სიმდიდრეს, განსაკუთრებით, საკვებ ნივთიერებათა და სასმელ წყლების ხმარებას აწერს.



შემდეგ ჩვენ ვიცით კიდევ ემანაციის მცირედი დოზები, სხეულში ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის პროცესს, რომ აძლიერებენ—ის ასე ვსთქვათ, ააქტივებს ცოცხალ ორგანიზმის ფერმენტებს და ხელს უწყობს მათ გაძლიერებულ მოქმედებას. (Aschoff).

ამასთანავე დამტკიცებულია (Lasarus), რომ ზოგიერთი ორგანოები, მაგ., ძვლის ტვინი, ლიმფური ჯირკვლები, ელენთა და სხ., განსაკუთრებით მგრძობიარენი არიან რადიოაქტიულ ემანაციის მოქმედებისადმი.

მე არ ვიცი, თუ რამდენად მგრძობიარეა ფარისებრი ჯირკველი რადიოემანაციისადმი, თუ რანაირი ბიოლოგიური პროცესები წარმოიშობიან მასში ემანაციის მოქმედების დროს; მაგრამ მიუხედავად ამისა, ვფიქრობ, რომ, ისეთ მგრძობიარე ორგანოს, როგორც ეს ფარისებრი ჯირკველია, როგორც ორგანიულ, ისე არაორგანიულ სამსალათა მთელი რიგისადმი, არ შეუძლიან დარჩეს ინდფერენტული, მასზედ ხანგრძლივად მომქმედ, რადიოაქტიულ ელემენტების მიმართ.

შეიძლება სწორედ ასეთ რადიოაქტიულ ნივთიერებათა ხანგრძლივ ზეგავლენის მეოხებით სწარმოებდეს იოდტირეოგლობულინის არანორმალური გამო-მუშავება.

თუ რამდენად მართალი ვარ ამ ჩემს მოსაზრებაში, და თუ რამდენად გამართლდება ჩემი ამგვარი მსჯელობა, შემდეგი შესამოწმებელი დაკვირვებანი დაგვანახვებს, რაც წარმოებული უნდა იქნას, ამ საკითხის სპეციალურად გამოკვლევისათვის.

მე ამ ჩემ შრომით, მხოლოდ ერთადერთი მიზანი მაქვს—მივაქციო ექიმების ყურადღება ობიექტიურად დამტკიცებულ ფაქტზე—ჩიყვით დაავადებულთა რაოდენობის და სასმელი წყლების რადიოაქტივობის ხარისხის ურთიერთ კავშირზე.

#### ლიტერატურა.

1. Bircher. Aethiologie d. end. Kropfes.
2. E. Rutherford. Die Radioaktivität 1907.
3. Albert Caan. Über Radioaktivität menschlicher Organe 1911.
4. M. P. Curie. Die Radioaktivität 1912.
5. Soddy. Die Chemie der Radio-Elemente 1912.
6. Loerenthal. Grundriss der Radiotherapie 1912.
7. Фаянс (перевод Шпольского) Радиоактивность 1922.
8. Julius Schütz. Grundzüge der Heilquellenlehre 1919.
9. V. Aschoff. Die Radioaktivität und ihr Antheil an deren therapeutischer Wirkung 1925.
10. Ebbel. Münch. Med. Wochenschrift. 1925. № 44, стр. 1898.
11. Пондоев. Современное учение об эндемическом зобе.

მწ. ზ. ა. მუხანაძე.

ორდინატორი

## ბრონქიალური ასთმის ქირურგიული მკურნალობა პროფ. Kümmel-ის წესით.

(ტფ. სახ. უნ-ტის პროპედევტიული კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ნ. ს. კახიანი).

არც ისე დიდი დრო გასულა მას შემდეგ, რაც ცნობილმა ფიზიოლოგმა ი. პავლოვმა თვისი ნოხსენება „უმთავრესი კანონები ცენტრალურ ნერვთა სისტემისა პირობითი რეფლექსების შესწავლის დროს“ 15/III 1912 წ. რუს ექიმთა საზოგადოების სხდომაზე შემდეგი სიტყვებით დაიწყო: „ჯერ კიდევ მრავალი საიდუმლოების და გაუგებრობის წყვედიადით არის მოცული საკითხი მის შესახებ, თუ რას წარმოადგენს ნერვული პროცესი, მაგრამ იგივე ითქმის თვით ცენტრალურ ნერვთა სისტემაზეც, რადგან აქაც და იქაც პროცესი ერთი და იგივე არის. ბევრი კვლევა-ძიება სწარმოებს და მრავალი დებულებანია წამოყენებული მის შესახებ, თუსად არის ესა თუ ის ცენტრა, მაგრამ თუ საკითხს არსებითად შეეხებათ, ის ჯერ ძლიერ ცოტაა შესწავლილი. სხვადასხვა სისტემათა გამტარებელ გზების შესახებ საკითხი მხოლოდ ამ უკანასკნელ 10-20 წლებში წამოიჭრა და მუშავდება“. მართლაც, ცენტრალურ ნერვთა სისტემის არსებითად შესწავლის საკითხი თუ ჯერ კიდევ მეცნიერებაში გადაუჭრელია და მოითხოვს მომავალში დიდ მოთმინებას და შრომას, ეს უნდა აიხსნას იმ გარემოებით, რომ დღემდე გაუგებრობისა და საიდუმლოების ბურუსშია გახვეული თვით სიცოცხლის პრობლემა.

პროფ. Kümmel-ის ოპერატიული მკურნალობა ბრონქიალური ასთმისა საინტერესო და მნიშვნელოვანია არა მარტო მით, რომ ის ზოგიერთ შემთხვევებში იძლევა კარგ შედეგებს, არამედ მითაც, რომ ქირურგის დანა უკვე რეალურად ჩაერთა ჯერ კიდევ საიდუმლოებით მოცულ ნერვულ პროცესის შესწავლა-გადაწყვეტის საკითხებში.

ბუნებრივია ის დიდი ინტერესი, რასაც ამ უკანასკნელი ორი-სამი წლის განმავლობაში იჩენს სამკურნალო მეცნიერება საერთოდ და ქირურგიული კი კერძოდ პროფ. Kümmel-ის ოპერაციის მიმართ. აქაც ისე, როგორც მეცნიერულ მრავალ სხვა დარგში პირველობა გერმანელებმა იკისრეს. რუსეთში Kümmel-ის

ოპერაციას 1923 წელს პირველად მიმართეს პროფ. ჰესემ და პეტროვიმა. საქართველოში კი ამ 6-7 თვის წინად ჩვენმა პროფ. ნ. კახიანმა. ჩვენს კლინიკას ხსენებულ დროს განმავლობაში აქვს რამოდენიმე საკუთარი დაკვირვება, მაგრამ სანამ ჩვენს შემთხვევებზე ვიტყვოდეთ რასმე, საჭიროდ მიგვაჩნია ზოგიერთი თეორეტიული მოსაზრებანი მოვიყვანოთ თანამედროვე ლიტერატურიდან, როგორც ბრონქიალური ასთმის შესახებ, ისე თვით ვეგეტატიურ ნერვთა სისტემაზეც ქირურგიულ ჩარევის საკითხის დასაბუთების გარშემო.

პირველად 1889 წელს Francois Franck-ის მიერ იქნა წამოყენებული მოსაზრება სიმპატიური ნერვის ამოკვეთისა კისრის მიდამოში, ნერვის გულის მიმართ გამაღიზიანებელ გზების მოსპობის მიზნით გულის ხუნაგის გამო. 1916 წელს, ეს წინადადება პირველად იქნა გატარებული ცხოვერებაში Jonnesco-ს მიერ გულის ხუნაგით დაავადებულ ავადმყოფებზე, სადაც მან მიიღო მშვენიერი შედეგები. შემდეგ საფრანგეთში იმავე ოპერაციას მიმართა პრ. Toff-იმ. ამერიკაში Pleth-იმ და Coffe-იმ, გერმანიაში კი 1923 წ. პრ. Brüning-მა, ხოლო ბრონქიალური ასთმით დაავადების გამო პრ. Hesmans Kümmel-მა 1923 წლიდან ყველა ავტორები ავციწერენ ოპერაციების შემდეგ მიღებულ სასურველ შედეგებს.

სიმპატიური ნერვის ამოკვეთა სხვადასხვა დაავადების გამო, როგორც არის მაგ. Angina pectoris, Morb. Basedovi, Glaucoma, Arthralgia, Epilepsia. Astma bronchialae და სხვ. უკვე აწერილი და ნაწარმოებია 400-ზედ მეტ შემთხვევებში და ეს ციფრი ჩვენ საქმად მიგვაჩნია იმის შესახებ, რომ ერთგვარი დასაბუთებული დასკვნა გამოტანილ იქნას Sympathectomy-ის გარშემო და ამ შემთხვევაში კი ბრონქიალური ასთმის გამო.

როგორც ვიცით, სასუნთქავ აპარატთან უმთავრესად, პირდაპირ დამოკიდებულებაშია ფიზიოლოგების აზრით ორი—მამოძრავებელი და მგრძობიარე ნერვები. ესენი განლაგებულ ცდომილი ნერვი (N. Vagus) და სიმპატიური ნერვი (N. Sympaticus). ჩვენ ვიცით, რომ სუნთქვის უმთავრესი რეგულიატორი ცდომილი ნერვია, მაგრამ ჩვენ ისიც ვიცით, რომ სიმპატიურ ნერვს არა თუ დიდი დამოკიდებულება აქვს სისხლის მიმოქცევ ორგანოებთან და ჭურჭლებთან, არამედ თვით სუნთქვასთანაც. ამავე დროს ცდომილი ნერვი და სიმპატიური ნერვი მჭიდროდ ეკავშირებიან ერთიმეორეს თავიანთი ანასტომოზებით. პროფ. Fin kellburgi-ის აზრით „სიმპატიური ნერვის ვაზო-მოტორული თვისებებით უნდა იქნას ახსნილი მთელი რიგი სულიერი დაავადებისა, (ჰისტერია, ნევრასტენია), აგრეთვე ე. წ. ანგიონევროზები, Schullze-ს აკროპარესტეზიები, Quinqu-ეს კანის განსაზღვრული შეშუპება და Raynaud-ის ე. წ. ერთბოლო-მელალპია.

როგორია ძველი ფიზიოლოგიური შეხედულებანი ვეგეტატიურ ნერვთა სისტემაზე? ამდენხანს ფიზიოლოგია ცდომილი და სიმპატიური ნერვებისა გავსწავლიდა, რომ თუ გავალიზიანეთ Vagus-ი, უნდა მივიღოთ ბრონქების შევიწროება, Sympaticus-ის გალიზიანება კი იძლევა მათ გაფართოებას! „ეს რომ სინამდვილეში პრ. ჰესეს სიტყვით ყოველთვის ასე იყოს, მაშინ სიმპატიური ნერვის ამოკვეთა პირდაპირ ბრონქ-მოქმედებათ უნდა ჩათვლილიყო, რადგან გადაჭრის შემდეგ ჩვენ მივიღებდით ბრონქების, ანუ უარეს ხუთავითი მოვლენებს და ადამიანის სიკვდილსაცო! სინამდვილეში კი ხდება პირიქით. ე. ი.

ამოკვეთის შემდეგ ავადმყოფს უადვილდება სუნთქვა, ცხაღია, უნდა მომხდარიყო ბრონქების და საერთოდ სასუნთქავ მილების სათანადო გაფართოება. პრ. Vitzel-ი იღებს ბრონქიალების მთელ პრესმათი მოცულობით და უწოდებს მას „Glottis bronchialis“, მისი აზრით ჰაერის ოპტიმალური შემოსვლის რეგულიატორი არის ვეგეტატიური ნერვთა სისტემა. უკანასკნელი, Vitzel-ის აზრით, ქმნის ერთგვარ ნახევარ რკალს, რომლის ორი შტო—n. Vagus და n. Sympaticus ხედება ერთი მეორეს მოგრძო ტვინში, იქ სადაც არსებობს სუნთქვის ცენტრო. ამ ცენტრიდან წამყვანი, ანუ გამტარებელი გზა არის Vagus-ის შტო, მომყვანი ცენტროსადმი კი—n. Sympaticus-ი. კვანძები ამ უკანასკნელისა კი არის კარიბჭენი, რომლებიც ხედმეტ გამოიზიანებულ ფაქტორებისათვის (რაც პერიფერიიდან ეტანება ხოლმე ცენტრს (თავი, კისერი, კანი, გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ორგანოები) დაკეტული უნდა იყოს ნორმალურ პირობებშიო. გამოდის რა ამ ძირითად მოსაზრებიდან, Vitzel-ი აღიარებს ბრონქიალური ასთმის ეთიოლოგიით სიმპატიური ნერვის თანყოლი ფუნქციონალურ მანკიერობას. ამავე მოსაზრებით ის ამართლებს Kümmel-ის ოპერაციის მიზანშეწონილობას, რადგან დაავადებული ნერვის კვანძების ამოკვეთით ისპობა ხედმეტი გალიზიანების საშუალება Glottis bronchiolis-ა.

თვის შემთხვევებში, უმეტესად ახალგაზრდებზე, Vitzel-ი ხშირად ნახ-ულობდა ქვედა და შუა ნერვის კისრის კვანძებს ძალზე დაპატარავებულებს, ანდა ერთმათვანს სახ. შუა კვანძს ის სრულიადაც ვერ ხედავდა ხოლმე, სწორედ იმ შემთხვევებში როცა ასთმის ეტიოლოგია მისი აზრით მეტი საეჭვო იყო მემკვიდრეობის მხრივ.

ანატომო-პისტოლოგიურად ჩვენ ვიცით, რომ ბრონქების, ბრონქიოლების ისე როგორც ფილტვების წილების ალვეოლების კედლებში იმყოფება ხაღა კუნ, თები, რომელთა შეკუმშვა-გაფართოება იწვევს სუნთქვის პროცესის მიმდინარეობას. სიმპატიური და ცთომილი ნერვის სისტემის ხსენებულ კუნთებში არსებობა დამტკიცებულია მრავალი ფიზიოლოგიური ცდებით. სიმპატიური ნერვის ვაზოპოტორული ძაფების არსებობა სასუნთქავ აპარატის სისხლის ძარღვების ადვენტიციაში, იმავე ფიზიოლოგიური ცდებით დღეს დამტკიცებულია. გადაჭრა სიმპატიური ნერვისა კისრის მიდამოში იწვევს თავის არეზე სისხლის ძარღვების გაფართოებას; თვალის გუგაზე კი—მის (გუგის) შევიწროებას. კლოად ბერნარმა და ბროუნსეკარმაც იმავე ნერვზე იგივე შედეგები მიიღეს. Gang. c erv sup-ის გადაჭრამ იგივე სისხლის ძარღვების გაფართოება გამოიწვია ფიზ. გედონის ცდებით. იმავე გედონის სწავლებით, თუ გადაჭრის შემდეგ ნერვის დარჩენილ ღეროს ფარადიული ნაკადით გავალიზიანებთ, მივიღებთ სისხლის ძარღვების შევიწროებას. დასტრას და მოროს ცდებით სიმპატიური ნერვის გალიზიანება კისრის ძირში იწვევდა კატაზე ყურის სისხლის ძარღვების გაფართოებას, გალიზიანება უფრო ქვემოდ კი სისხლის ძარღვების შევიწროებას. ეს ცდაც ამტკიცებს მას, რომ ხსენებულ ნერვი ფუნქციონალურად არ არის ერთმაგი ძაფებისაგან შემდგარი, რომ მისი თვითეული ნაწილი ცალ-ცალკე და დეტალურად არის შესასწავლი.

პროფ. Brüning-ი ეკამათება რა ფიზ. Schilf-ს აღიარებს, რომ „ძალიან ხშირად ცხოველებზე მიღებული ექსპერიმენტალური ცდების შედეგები უმეტესად ნაწარმოებია ვეგეტატიური ნერვების სისტემაზე, ადამიანებზე გაღატანილი აღარ მართლდებაო.“ ამის შემდეგ სრულიად არ არის გასაკვირი პროფ. Finkellburg-ის დასკვნა, რომ „სიმპატიური ნერვის სისტემის სრული ფუნქციონალური თვისების შესწავლა ჯერ კიდევ არ მოხერხდა და მიღებული ცდების შედეგები ხშირად ერთიმეორეს რადიკალურად ეწინააღმდეგებაო.“ ფიზ. გედონის აზრით ცთომილი ნერვი, შესდგება ჩამსუნთქავი და ამომსუნთქავი, ნერვული ძაფებისაგან. აღზნება ამ ძაფებისა ფილტვებიდან აწესრიგებს სუნთქვის რითმიანობას.  $O_2$ ,  $CO_2$ , რომელიც იმყოფება სისხლში, გედონის აზრით აღიზიანებენ ცთომილი ნერვის ფილტვებში არსებულ ძაფებრივ შტოებს, რაც მიზეზია ფილტვების სუნთქვითი მოძრაობის. ჰერიცისა და ბრეიერის ცდებით (ფილტვების გაბერვა აზოტით) დამტკიცდა ეს მოსაზრება და გამოტანილ იქნა ასეთი დასკვნა: ჩასუნთქვა (ე. ი. ჟანგბადის შეტანა) აღიზიანებს ამომსუნთქველ ნერვულ ძაფებს, ხოლო ამოსუნთქვა კი ჩამსუნთქავ ძაფებს. მართლაც Vagus-ების გადაჭრის შემდეგ ხსენებული რეფლექსები მიღებული აღარ იქნა.

პროფ. Fick-მა დაამუშავა ვეგეტატიური ნერვები ტოპოგრაფო-ანატომიურად 28 ახლად გადაცვალებულზე. ის დაინტერესდა უმათავრესად ამ ნერვების ურთიერთ დამოკიდებულებით, მათი ძაფების მსვლელობით; გაჰყვა მათ ვიდრე Foramen iugulare-მდე და აღმოაჩინა მჭიდრო ანასტომოზი ცნობილი ნერვის Gang. nodosum ისა და Sym. icus-ის gang. cerv. Superior-ს შორის. ეს კავშირი გრძელდება 0,5—1,5 სანტიმ-მდე. სიმპატიური ნერვის ძაფები შედიან gang. nodosum-ში, ვითომც დამოუკიდებლად გადაეხლართვიან იქ ერთიმეორეს და განაგრძობენ კვლავ მსვლელობას N. Vagus-ში. Fick-ის აზრით gang. nodosum-ის ქვემოთ Vagus-ი უნდა იყოს უკვე შერეული ფუნქციების მატარებელი ნერვი, რომლის სიმპატიური ძაფები გადადიან უკვე გულისათვის მიჩნეულ მგრძნობიარე შტოებში, როგორც არის მაგ. N. Depressor-ის.\*

პროფ. Brüning-იც N. Depressor-ს დაჟინებით უწოდებს არა პარასიმპატიურს არამედ სიმპატიურ ნერვს. (რა თქმა უნდა ფუნქციონალურად და არა ანატომიურად). ფიზიოლოგების და ანატომების ძველ შეხედულებას ვეგეტატიურ ნერვთა სისტემაზე, კერძოდ N. Accelerantes და N. depressor-ის შესახებ ის აღარ იზიარებს და აღიარებს, რომ „ცხოველებზე ნაწარმოები ექსპერიმენტები ადამიანზე ხშირად არ მართლდებაო“. ის გადაჭრით ამბობს, რომ „N. Vagus-ის და Sympaticus-ის გარდა (ე. ი. ამ ორი გზის გარდა) არ არის სხვა გზა, რომლითაც ტკივილები გულიდან ცენტრალურ ნერვულ სისტემას გადაეცესო.“ Brüning-ი კატეგორიულად აღიარებს, რომ „Sympatic-ური ნერვი შესდგება ბრწყინების შემვიწროებელ ძაფებიდან და სწორედ ამ ნერვის ფუნქციონალური მოშლა იწვევს ბრონქიალური ასთმის შეტევითი მოვლენებსო.“ პრ. მიულერიც იზიარებს ხსენებულ ნერვულ გზებით გაღიზიანების გამტარებლობას, იმპულსების სხვადასხვა ადგილებიდან წარმოშობას, მაგრამ მიაწერს კი მათ უმათავრესად პარასიმპატიურ ნერვთა სისტემას.

პროფ. Vitzel-ი, რომელიც უკვე აქვეყნებს 40 სიმპატექტომიას ბრონქიალური ასთმის გამო, სადაც მას არც ერთ შემთხვევაში არა სასურველი შედეგი არ მიუღია, აღიარებს, რომ „Kummel-ის ოპერაცია ჩვენს მიერ მთელი წლის ინტენსიური შესწავლით და დაკვირვებით, მართლდაც, ერთი მტკიცე და ძირითადი რგოლია ბრონქიალური ასთმის მკურნალობის საქმეში, მაგრამ საჭიროა დოსტატარმა იცოდეს ამ ოპერაციის გამოყენება იქ, სადაც ის საჭირო ხდება, ე. ი. მან უნდა შესძლოს ავადმყოფების სათანადო შერჩევა“. თვით პროფ. Vitzel-ს მართლდაც ყველა შერჩეული ავადმყოფი ჰყოლია ოპერაციისათვის. პროფ. Kummel-იც თავის „52 სხვადასხვა სიმპატექტომიებით ავადმყოფზე დაკვირვებაში“ გვეუბნება, რომ „ოპერაციას უნდა მიემართოს ისეთ შემთხვევებში, როდესაც საჭირო გამოკვლევანი ნაწარმოებია სპეციალისტების მიერ და ბრონქიალური ასთმა, როგორც ვეგეტატიური სისტემის ფუნქციალური მოშლის შედეგი სრულიად თუ არა, საკმაოდ მაინც დასაბუთებული არის“.

პროფ. ჰესე, აგვიწერს თავის 6 შემთხვევას Kummel-ის ოპერაციით მკურნალობისას, ახაზუთებს ოპერაციის მიზანშეწონილბას ასეთი მოტივებით, რომ პილოკარპინის შეშხაუნებით, რაც ოპერაციამდე იწვევდა ბრონქიალურ ასთმის შეტევებს, ოპერაციის შემდეგ მას ეს სრულიად არ მიუღია. იგივე ავტორი თვისი გამოცდილებით ამტკიცებს, რომ „მთელ რიც შემთხვევებზე ცნობილი პრეპარატები როგორც არის Atropini, Adrenalini, მორფიუმი და სხვები არავითარ შედეგათს არ აძლევს ბრონქიალურ ასთმით დაავადებულებს. ხშირია შემთხვევა როცა ადრენალინი, რომელიც არავითარ გავლენას არ ახდენდა ავადმყოფზე ოპერაციამდე, ოპერაციის შემდეგ კი იმოქმედა მასზე“. ჩვენი კლინიკის მასალებიდანაც სჩანს, რომ Kummel-ის ოპერაცია მეტი მიზანშეწონილია სწორედ მაშინ, როდესაც ბრონქიალური ასთმის ნიადაგი საექვო ავადმყოფის მემკვიდრეობის მხრივ. მართლდაც ერთ შემთხვევაში ჩვენ გვექონდა ასეთი საექვო ნიადაგი, სადაც კარგი შედეგი მივიღეთ, ერთ შემთხვევაში კი ეს ნიადაგი მეტი საექვო იყო tbc-ეს მიერ სასუნთქავ აპარატის დაზიანების მხრივ და აქ შედეგიც სასურველი ჩვენ ვერ მივიღეთ. ამრიგად ჩამოთვლილ ფაქტებიდან ნათლად უნდა სჩანდეს ის გარემოება, Kummel-ის ოპერაციამ ერთგვარი რეველიუცია მოახდინა ძველ ფიზიოლოგიურ დებულებებში ვეგეტატიური ნერვთა სისტემის ფუნქციონალურ მოძღვრების გარშემო. ჰამბურგის შკოლა Moüllendorf-ის მეთაურობით ამტკიცებს, რომ „n. Vagus. n. Sympaticu სიძალიან მკიდრო კავშარს ქვნიან ურთი-ერთ შორის ბრონქების მიდამოში. ორივეში ვადის ხოლმე შერეული ძაფები სიმპატიური და პარასიმპატიური ნერვთა სისტემისა, ისე რომ რაიმე კერძოდ განცალკევებულ ნერვულ ერთეულზე აქ ლაპარაკიც ზედმეტი არის.“

ხსენებული შკოლის აზრით „n. Vagus-ი და Sympaticus-ი უნდა აღიარებულ იქნან შერეულ ფუნქციათა მატარებელ ნერვებათო“.

ამრიგად, ეს დებულებაც უსათუოდ ამართლებს Kummel-ის ოპერაციის მიზანშეწონილბას ბრონქიალური ასთმის მკურნალობის საქმეში. გარდა ამისა არის ნათქვამი 40 შემთხვევა ერთი წლის ინტენსიური დაკვირვებით Vitzel-ის მიერ, მისი მტკიცებით კარგი შედეგებით, 6 შემთხვევა ჰესესი, (ერთი ორივე თანამედროვე მდიცინა № 5 - 1926.



მზრივი სიმპატიკტომით) 14—პრ. Kümmeli-სა, 8—Haess-ის, 8—Ringier-ის, 4—Fölscken-ის, 3—Aebum-სა 3—Brüning-ისა, 1—Heil-ესი, 1—Kappis-ის და 3—პრ. კახიანისა, საერთო რიცხვით შეადგენს 94 ოპერაციის თვისი შედეგებით: 80 კარგი შედეგებით, 6 უკეთესობით და 8 უშედეგო, რაც პროცენტებით გამოიხატება: 85,07% კარგი შედეგებისა, 6,38% უკეთესობისა და 8,51% უშედეგობა ამტკიცებს იგივე მოსაზრებას, რომ მართლაც Kümmel-ის ოპერაცია ერთ-ერთ მიზანშეწონილ ქირურგიულ დახმარებათ უნდა იქნას აღიარებული და ხმარებული ოპერაციისათვის სათანადო პირობებში.

ლიტერატურული წყაროები და ჩვენი კლინიკის პრაქტიკული დაკვირვებაც ამტკიცებს ხაზგასმით იმ გარემოებას, რომ Kümmel-ის ოპერაცია უნდა იხმარებოდეს სწორედ იმ შემთხვევაში, როცა სიმპატიკო-ვაგოტონიკომა ავადმყოფზე უკვე საკმარისად დამტკიცებული იქნება. ამ მიზნით ჩვენ შეგვიძლია მივმართოთ ცნობილ Aschner-ის თვალგუჯის სიმპტომს, აგრეთვე Vago-Symptom-საც და სხვებს.

ვიცით რა მთელი რიგი ფარმაკოლოგიური-ფიზიოლოგიური თვისებანი ატროპინისა, პილკარპინისა, ადრენალინისა, მუსკარინის, ფოზოსტიგმინის და სხვების ჩვენ შეგვიძლია ვეგეტატურ ნერვულ სისტემაზე ვაწარმოოთ სათანადო ცდები.

მაგ. ასეთი ცდების შედეგია Langleg-ს დასკვნა, რომელმაც ადრენალინის შეშხაპუნებით მიიღო სიმპატიური ნერვის სისტემის აღზნება სათანადო კლინიკური მოვლენებით (შაქარი შარდში, შეწითება პირის სახის, კანკალი, სისხლის წნევის აწევა და სხვ) და განმარტა, რომ ვაგოტონიკუმი საკურობენ ადრენალინის შედარებით უფრო დიდ დოზას, რომ გამოწვეულ იქნას სიმპატიური ნერვის საჭირო რეაქციაა“. ჩვენ გვყავს ამჟამად ერთი ავადმყოფი ვაგოტანიკი, რომელსაც ასტმალური მოვლები დღე-ღამეში მოსდის 5—8 ჯერ. ყოველ მოვლის დროს ის იშხაპუნებს  $\frac{1}{2}$ -1,0 გრ. ადრენალინს. 4-6, გრამი ადრენალინი, მოგებს-სენებათ სასიკვდილოდ უნდა მოქმედებდეს ავადმყოფზე, მაგრამ ეს ასე არ ხდება. როგორც სჩანს Langleg ამ მზრივ მართალი უნდა იყოს.

Zondeks-იმ აწარმოვა დაკვირვება კალიუმის და კალციუმის პრეპარატებით გულის მუშაობაზე. მისი ჩვენებით აღმოჩნდა, რომ კალიუმი იძლევა გაძლიერებულ დიასტოლას, ხოლო კალციუმი კი—გაძლიერებულ სისტოლას. იმავე დასკვნამდე მივიდა Loelii, Veitsicker-ი Kanschends-იც, Römer-ის დაკვირვებით სიმპატიურ და პარასიმპატიურ სისტემის გალიზიანებით აღმოჩნდა, რომ პირველის დროს სისხლში ნორმაზე ნაკლები კალციუმის მარილებია, მეორეს გალიზიანებით პირიქით ბევრია კალციუმის მარილები. თვით სისხლი პარასიმპატიური სისტემის გალიზიანებით იძლეოდა მტუტოვან რეაქციას, სიმპატიკოტონიკების კი—სწავე რეაქციას არსებობს აგრეთვე ე. წ. ცდები რძეზე. უწარმოებიათ არ. Glaeser-ს და მის უფრ. ორდინატორს Buschmann-ს.

სიმპატიკო-ვაგოტონიკომის დასამტკიცებლად ცდები ხდებოდა 160 პაციენტზე. დილას, უზნად აძლევენ ავადმყოფებს 200 გრ. რძეს. შემდეგ არკვევენ სისხლს ლეიკოციტების და ერიტროციტების რაოდენობაზე—რძის მიცემამდე და მიცემის 20 წამის განმავლობაში. აღმოჩნდა შედეგები: პაციენტები, რომლებ-

ბიც დაავადებულნი იყვნენ ლვიძლით თითქმის ყველაზე დამტკიცებულ იქნა სიმპატიკო-ვაგოტონიკაში. სიმპატიკო-ტონიკები იძლეოდნენ 2000—6000 მდე მეტ ლეიკოციტების რაოდენობას ერიტროციტების მომატებასაც 2 მილიონამდე. ხოლო ვაგოტონიკები კი პირიქით ლეიკოპენიას თითქმის იგივე რაოდენობით. ერიტროციტების რიცხვი კი ეცემოდა 2.000.000-მდე. სალი ლვიძლიანები კი ამ სიმპტომებს არც ერთი არ იძლეოდა.

მართალია, ხშირად დიაგნოზი იმდენად ნათელია, რომ წინასწარ შეიძლება თქმა, თუ რას მიიღებთ ჩამოთვლილ ცდებიდან, მაგრამ ხშირია ისეთი შემთხვევები, როცა შედეგები არ ეთანხმება ფარმაკოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ ცნობებს და მთელი ინტერესი ვეგეტატიურ ნერვთა ფიზიოლოგიურ ფუნქციათა ჯერ კიდევ მრავალ საიდუმლოებით მოცულ საკითხების შესახებ სწორედ ამაში მდგომარეობს.

არის აწერილი, მაგ. პროფ. Böttner-ის მიერ სამი შემთხვევა. ერთი მთავანი 54 წლის ავადყოფი. ყოველგვარი მკურნალობითი საშუალება უხმარია მას, ავად არის ბავშობიდანვე. არც ერთი კურორტი არ დაუტოვებია. სისტემატიურად უჭეიმებია კალციუმით, რენტგენით, დიატერმიით, ტუბერკულინით, პროტეინოთერაპიით, აუარებელი ნარკოტიკებით და სხვა, მაგრამ შეტევები უფრო და უფრო გაუხშირდა. გაუკეთდა Kümmel-ის ოპერაცია. ბრონქიალური ასთმის შეტევები სწრაფად გაქრნენ. აღმოჩნდა მხოლოდ Horner-ის სიმპტომი. (Enophthalmi ლი, Miosis, Ptosis, Hypodrosis) 10 დღის შემდეგ შეტევები ხელახლა გაუცხოველდა ძველი-ყოფილი ძლიერებით. საჭირო იყო 5—8 გრამი (!) აღრენა-ლინასა დღეში. ერთი წლის განმავლობაში ავადმყოფს ექიმობდნენ პეტრონებით (კანქვეშ შეშხაუნებით) პროფესორის დამოწმებით, ის სავსებით განიკურნა ხუთთვისისაგან. დანარჩენი ორი შემთხვევაც დაახლოვებით ისეთივე ყოფილა, მაგრამ იქ კი შეღავათი მიუცია მხოლოდ ტუბერკულინს. ჩვენის აზრით, Böttner-ის ავადმყოფები ვაგოტონიკები ყოფილან. მათთვის არ ამოუკვეთიათ N. depressor cordis (რომლის სიმპატიკური თვისება დასაშვებია) და მასთან არ მოუხდენიათ ხსენებულ რეციდივის შემდეგ მეორე მხრივი ოპერაცია. ამიტომ განმეორებითი ხუთთვეები შესაძლოა ამ გარემოებით იქნას ახსნილი.

ზედმეტია ლაპარაკი აგრეთვე მასსზეც, რომ ავადმყოფი არ უნდა იყოს შეპყრობილი tbc-ეს მწვავე ფორმებით, აგრეთვე პლევრიტებით, ბრონქიტებით და გულის მანკებით კომპენსაციის მოშლით. სანამ ავადმყოფი ხსენებულ სნეულებებიდან არ განთავისუფლდება, Kümmel-ის ოპერაცია არ უნდა იხმარებოდეს. პროფ. Freg გვიჩვენებს ამ სნეულების ქირურგიულ მკურნალობის მიზნით გადაჭრილ იქნას ერთის მხრივ N. Vagus-ი. მას მოჰყავს ორი შემთხვევა, რომლებიც მისი სიტყვით განკურნებულა ამ სენიდან და არ უარყოფს რა Kümmel-ის ოპერაციას, როგორც ერთ-ერთ საფუძვლიან დახმარებითი წესს, გვითითებს თავის შემთხვევებზეც. ეს გარემოება ერთხელ კიდევ ამტკიცებს ვეგეტატიურ ნერვთა სისტემის, შერეულ ფუნქციებს და ცხადია, რომ მეტი ინტენსივობით უნდა იქნას ეს ნერვები შესწავლილი მომავლისათვის. ერთგვარი უბედურება ბრონქიალური ასთმის ამა თუ იმ მტკიცე წესით მკურნალობის შესახებ იმაშიც მდგომარეობს, რომ ჯერ-ჯერობით არ გვაქვს ამ დაავადების ეთიოლოგია და

პათოგენეზი ურყველად და მტკიცედ შესწავლილი. დაწყებული უძველეს დროიდან დღემდე არსებობს მრავალგვარი თეორიები ასთმის ეთიოლოგიის შესახებ. მაგრამ ახალი ლიტერატურის მიხედვით ყველაზე მეტი საფუძველი, შეიძლება მიეკუთვნოს ე. წ. „ბრონქო-სპაზმის“ თეორიას. პროფ. გოლუბევი, უყეტებს რა ანალოზს ყველა ძველ ეთიოლოგიურ თეორიებს, გვითითებს ასთმის ხუთნაირ ტიპიურ ფორმებზე.

პირველი ტიპი: მისი აზრით არის „ილოპათიური“ ტიპი ბრონქიალური ასთმისა. ეს არის წმინდა ნევროზულ ნიადაგზე აღმოცენებული სნეულება, რომელიც გამოდინარეობს ცენტრ. ნერ. სისტემიდან და იძლევა მთელ თავის შეტევითი შედეგებს ბრონქების ვალიზიანების გამო. ასეთი სუბიექტები ასთმატიურ შეტევებს წინასწარვე გრძნობენო, (თავისებური „aura“ მათ წინ უძღვის). ასეთი ფორმის დაავადების დროს შესაძლოა ლორწოვანი გარსების მზრივ არავითარი მოვლენები არ გვექონდეს, და არც ანგიო-სეკრეტორული ფუნქციები იყოს დაძლეული. შეტევები ხშირია, მაგრამ არც ისეთი ძლიერი. ჩვეულებრივი Scharcot-h-ის კრისტალები, Cürschman-ის ხვეულები და ეოზინოფილები თიქმის ყოველთვის, (უმეტესად შეტევის დროს) სჩანს ნახველში და სისხლშიო“.

მეორე ტიპი: ეს არის „ბრონქო სპაზმური ფორმა“. გოლუბევის აზრით ეს ხდება N. Vagus-ის მიერ არანორმალურად გამოწვეულ ბრონქების კუნთების შეკუმშვის გამო. აქვე დაერთვის ვაზომოტორული და სეკრეტორული მოვლენანი, ასეთი სუბიექტები ხშირად დაავადებულნი არიან ბრონქიტებით, სასუნთქავ გზების კატარალური მოვლენებით, მაგრამ ექვი არ არის, რომ ბრონქიტის მიზეზი კი არ არის თვით ასთმა, არამედ შემოხსენებულ ცენტრების არანორმალობაში უნდა ვეძიოთ ხუთთვის მიზეზებიო“.

მესამე ტიპით, გოლუბევის მოჰყავს ე. წ. წინასწარი სპეციფიური ცვლილებანი ბრონქების ლორწოვან გარსებში, რაც წინამორბედი ბრონქიალური ასთმისა. იგივე კატარალური მოვლენანი ლორწოვანი გარსებისა, ბრონქიტები, (უმთავრესად გაცივების ნიადაგზე) შესაძლოა შეიქნან ასთმის წინამორბედი. ასეთი სუბიექტის ნახველში და სისხლშიც აღმოჩნდება აუარებელი კრისტალები, ხვეულები, ეოზინოფილები, მაგრამ თვით ასთმა კი შეიძლება არ იყოს, განვითარება კი მისი შესაძლოა მოხდესო“.

მეოთხე ტიპი—არის „ისეთი ასთმატიური შემთხვევები, რომლებიც ჩნდებიან რეფლექტორული გზით. მთელი რიგი არანორმალობა სრულიად სხვა ორგანოებისა, როგორც არის მაგალითად, საშვილოსნო, თირკმლები, ცხვირის ლორწოვანი გარსი და სხვა, თუ მათგან რეფლექტორული გზით გადაცემულია ვალიზიანება სასუნთქავ აპარატზე, ესეც იწვევს ასთმატიურ მოვლენებსო“. მას მოჰყავს ერთი შემთხვევა, როდესაც არავითარმა ლონისძიებამ არ გასკრა ბრონქ. ასთმის მკურნალობის მიზნით და „უბრალო გინეკოლოგიური საშვილოსნოს გამოფხვიის შემდეგ სრულიად დაიკარგა ასთმატიური მოვლენანი“.

გინეკოლოგიიდანაც ჩვენ ვიცით მთელი რიგი შემთხვევები, რომ უბრალო ზონდის წვერის შეხებას საშვილოსნოს ფსკერთან არაერთხელ გამოუწვევია ეპილექტიური შეტევანი. Voltlinis-ს და Haenisch-ერის ცნობებით, „ბრონქიალური ასთმა გაუფლიდა ხოლმე ავადმყოფს, როდესაც მას ცხვირიდან პოლიპებს“.

ამოკრიდენ და ხელმეორედ უბრუნდებოდა წმინტელები, როცა პოლიპები კვლავ წამოიზრდებოდნენ“.

Frankoi-s Franck-ის და hi zarur-ის ექსპერიმენტალური ცდებით (ეს ცნობები მოჰყავს თავთ გოლუბებს) დამტკიცდა, რომ ცხვირის ლორწოვან გარსის გალიზიანებით ცხოველებზე მათ არაერთხელ მიუღიით ბრონქ. ასთმატიური შეტევები.

მეხუთე ტიპი--ბრონქ. ასთმისა გოლუბების აზრით არის ყველა დაავადებანი, რაც ხდება ე. წ. წმინდა ვაზო-მოტორულ და სეკრეტორულ ფუნქციათა აშლილობის ნიადაგზე სასუნთქავ გზებში.

ჩვენ არ შეგვიძლია ყველა ამ ფორმებს და ტიპებს ბრონქიალური ასთმით დაავადებისას, ეთიოლოგიის შესწავლის დროს, ანგარიში არ გაუწიოთ, მაგრამ მთელი ამ ხსენებულ, ფრიალ სინტერესო შრომიდან ერთი რომ არის დაუმთავრებელი, ეს უნდა იყოს სწორედ ნერვული საფუძველი ასთმის ეთიოლოგიაში და ვადაქრით ეს დასკვნა თუნცა გოლუბებს არ გამოყავს, მაგრამ მთელი მისი მოსაზრებანი სწორედ აქეთვე არკვევს გზებს და იგივე პროფ. გოლუბევი აგვიწერს ერთ 9 წლის ბავშვს, რომელსაც მოსკოვში ცხოვრების დროს არასდროს არ გამოჩენია ბრონქიალური ასთმა, მაგრამ წავიდოდა თუ არა კოსტრომის გუბერნიასში, შევიდოდა რა იმ ფაბრიკაში სადაც სცხოვრობდნენ მისი მშობლები, დაუყონებლივ აუტყდებოდა საშინელი ასთმატიური მოვლენები, რაც მოსკოვში დაბრუნების შემდეგ კვლავ გაუვლიდაო!“

თვით პროფ. Van-Hemont-ი, რომელიც შეპყრობილი იყო ასთმით, მივიდა თუ არა ბრიუსელში, უსათუოდ დაემართებოდა ბრონქ. ასთმაც. შეტევები. ამ ქალაქიდან მოშორებული ის თავისუფალი იყო ხსენებულ შეტევებიდანო. ასეთი კაზუსიტაკური და ხშირად გაუგებარი შემთხვევები მრავალია აწერილი ლიტერატურაში, მაგრამ სწორედ ასეთა შემთხვევებია ჩვენის აზრით, უნდა იქნას ახსნილი უფრო ნერვული ნიადაგით. რამდენად მტკიცე იქნება ნიადაგი ნერვული „ბრონქო-სპაზმის“ თეორიისა, პრაქტიკით დასაბუთებული და შეურყეველი, იმდენად მეტი საფუძველი უნდა მიეცეს ვეგეტატიურ ნერვთა სისტემაზე ოპერატიულ მუშაობას. ამ უკანასკნელად ე. წ. ნეიროგენური თეორია შედარებით ფართოდ არის წამოყენებული Biermer-ის მიერ და პროფ. ტელიატნიკოვის აზრით საკმაოდ მუშავდება. ამ თეორიით ბრონქიალური ასთმის პათოგენეზი ავადმყოფის Vago-და Sympatonicო-ბაში უნდა ვეძიოთ. ხსენებულ ნერვების დაავადება იწვევს გალიზიანებას სასუნთქავ მილებში; n. Vagus-ი თვისი ნერვული ძაფებით ახდენს სადა კუნთების არანორმალურ შევიწროებას, ხოლო Sympaticus-ი იმავე ბრონქების ლორწოვან გარსის გალიზიანებით იწვევს იგივე ხუთვითი მოვლენებს. (პროფ. Kümmel-ის სიტყვით, „ეს დებულება უკვე დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს“). ცნობილი ფიზიოლოგები Epinger ი და Ness-ი (1908—1909 წ. შრომებით) ბრონქიალურ ასთმის მიზეზს ხედავენ ვაგოტონიკობაში, რაც მათი აზრით შედეგია ენდოკრინულ ჯირკვლების ჰიპოფუნქციისა. (თირმკვლზედა ჯირკვლები). მაგრამ ნამდვილი ჩვენება იმ მიზეზისა თუ რა ნიადაგზე დაავადება ხოლმე თავის n. vagus-ი, პროფ. ტელიატნიკოვის სიტყვით „ჯერ ახსნილი არავის მიერ არ არის“. თვით ტელიატნიკოვს გამოუტყვევია ამ მიზეზით 13

ავადმყოფი და თავის დაკვირვებით გვეუბნება, რომ თითქმის ყველაზე მან შეამჩნია ნერვო-პათიური, ან და ტუბერკულოზური ნიადაგი ბრონქიალურ დაავადებისა. რეფლექტორულ თეორიას პროფ. ტელიატნიკოვი უარყოფს და მეტი მომხრეა ბიოლოგო-ქიმიური ნიადაგისა. პროფ. Kämmerer-ის მიერ შენიშვნაში „Münch med. Wochensst.“. „Die Bedeutung d. acuten infectionen der Respirationsorgane“. გამოთქმულია აზრი, რომ ამ უკანასკნელად მთელ რიგ ნერვულ, ბრონქიალურ, ასთმატიკურ შემთხვევებთან ერთად გვაქვს აგრეთვე მრავალი შემთხვევები რაც გვიჩვენებს, რომ ეს დაავადება შეიძლება მივაწეროთ ზოგიერთ პროტეინებისადმი ვანსაკუთრებულ მგრძობიარობასო. (რძე, კვერცხი, თევზ, ცხენის თმა) „Überempfindlichkeit gegen Proteinen“—ამბობს ის ტექსტში. უმათერეს მიზეზად მას მიაჩნია tbc-ეს ჩხირებში მყოფი ცილოვანი ნივთიერებანი, რაც „იწვევს ორგანიზმის ანაჟილაქსიასო“. პროფ. ტელიატნიკოვიც იზიარებს ამ მოსაზრებას და მართლაც მას ასეთივე დასკვნები გამოჰყავს თავისი შრომის ბოლოში. პროფ. Kümmel-ი სრულიად უარყოფს ლორწოვან გარსების რეფლექტორულ ძველ გალიზიანების თეორიას და მხარს უჭერს „ბრონქო-სპაზმის“ თეორიას ნერვულ ნიადაგზე.

პროფ. Curschmann-ი, აღიიერებს რა ძლიერ სამწუხარო მოვლენათ მას, რომ მეცნიერებას დღემდე არ აქვს გამოკვლეული ბრონქიალური ასთმის ნამდვილი ეთიოლოგია-პათოგენეზი, მხარს უჭერს ნერვული ნიადაგით დაავადების მიზეზობრივ ახსნას, მოყავს მთელი რიგი მოსაზრებანი ავტონომიურ ნერვების სისტემის გალიზიანებისა ენდოკრინულ დაავადების ნიადაგზე და გვაწვდის „ანაჟილაქტიურ შოკის“ თეორიასაც, რისთვისაც მას მოყავს რამოდენიმე ავადმყოფი-ტყავულობისა და მატყლეულობის მღებრებისაგან ბრონქ. ასთმით საღებავ მასალებიდან დასნეულებანი. ასეთი ავადმყოფები, მისი სიტყვით, „მოცილებდნენ რა თავიანთ სახელოსნოებს და ფაბრიკა-ქარხნებს, დაუყონებლივ იკურნებოდნენ ამ სენიდან, დაბრუნებისას კი ისევ ავად ხდებოდნენ“.

ყველა აქ ჩამოთვლილი თეორეტიული მასალები მოვიყვანეთ იმიტომ, რომ ხაზი გაუსვათ იმ მდგომარეობას რაც დღეს გვაქვს მეცნიერებაში ბრონქიალური ასთმის ეთიოლოგია-პათოგენეზის კვლევა-ძიების საკითხის გამო.

### პროფ. Kümmel-ის (ძიუმილის) ოპერაციის ტექნიკა.

ჩვენ ვაწარმოებდით ოპერაციებს კანის გაკვეთით მკერდ-ლაიფ დერილოვან კუნთის (musc. st. el. mast. int) წინა, ან უკანა კიდის გასწვრივ. უკანა კიდის გასწვრივი განაკვეთი ხელსაყრელია იმით, რომ სისხლის ძარღვები და მათი ტოტები ხელს არ გვიშლიან. უკანა კიდის გასწვრივ შევხვდებით N. accessorius Willis-ს, (XI წყ.), რომელსაც ჩლუნგი გზით ამოვარჩენთ და გადავსწვეთ გვერდზე ამ გზით სიმპატიური ნერვის ამოჩენა ადვილია იმ შემთხვევაში თუ ავადმყოფს გრძელი კისერი აქვს. მოკლე კისრიან ავადმყოფებს კი musc. sternocleidomastoidei-ს მოკლე და განიერი აქვთ და სიმპატიური ნერვის პირველი კვანძის ამოკვეთა ამით რთულდება. თუ კუნთის წინა კიდით ვახდენთ გაკვეთას, იმ შემთხვევაში ჩვენ ვამჯობინებთ საძილე არტერიისა და შიგნითა საუღლე ვენის შუა გასვლას.

სიმპატიური ნერვის ტოპოგრაფიული მდებარეობა ასეთი არის: ის გაყვება შიგნითა სერთო საძილე არტერიას (art. car. com. int.) ზევით და გარეთ საძილე არტერიას გვერდით. ქვევით ნერვი არის მოთავსებული ხსენებულ არტერიების უკან; არტერიებს და ნერვის შორის არის ღრმა კისრის ფასკია. ამ ფასკიის გაკვეთის შემდეგ ადვილად აღმოჩნდება კისრის განიერი კუნთი და თავის დიდი სწორი კუნთი. ამ კუნთთა ღარში მოთავსებულია სიმპატიური ნერვის მთავარი ღერო.

პირველი კვანძის (gang. cerv. superios) ამოკვეთის დროს ჩვენ ვხელმძღვანელობთ ორმუცელა კუნთის უკანა მუცლით, სწორედ ამ კუნთის დონეზე იქნება მოთავსებული პირველი კვანძი.

პირველი კვანძის ზემო პოლიუსთან გადაჭრის შემდეგ, მას ავიღებთ ანატომიურ პინცეტით და ვანთავისუფლებთ შემეერთებელ ქსოვილებისაგან, რომელიც მას თან ახლავს.

მეორე კვანძის (gang. cerv. medius) აღმოსაჩენათ ვხელმძღვანელობთ ნათლად გამოხატულ კისრის მე-VI მალის გარდიგარდმო მორჩით და ამ დონეზე მდებარე ფარისებრი ჯირკველის ქვედა არტერიის რკალით, (art. thyroid. inf.) ამ რკალის უკან, ან იშვიათად მის წინ მოთავსებულია სიმპატიური ნერვის შუა კვანძი.

მესამე კისრის კვანძი მოთავსებულია (gang. cerv. inf.) იქ სადაც ხერხემლის არტერია (art. vertebralis) შედის კისრის მალეების გარდიგარდმო მორჩების ძვალოვან მილში (არხში). ამ არტერიის წინა გვერდითი ზედაპირზე მოთავსებულია მესამე, კარგად გამოხატული კვანძი.

Canglion Stelatum (ვარსკვლავისებრი კვანძი) ანუ გულმკერდის პირველი კვანძი არის Arteria subclavia (ლაფიწქვეშა არტერია) უკან. მანძილი მესამე კვანძსა და მის შუა ძლიერ პატარა არის. ამ უკანასკნელ კვანძის აღმოსაჩენათ ვხელმძღვანელობთ შემდეგი წესით: მე-III კისრის კვანძიდან ქვევითი მიმართულებით მიდის წვრილი ნერვი, რომელიც წინიდან იჯვარედინება art. subclavia-ს და შედის I გულმკერდის კვანძში, ეს არის ansa Viisseni. მის მიმართულებით ვნახულობთ ვარსკვლავისებრ კვანძს, რომელიც აგრეთვე იკვეთება. ამრიგად მთელი სიგრძე ნერვისა პირველი კვანძის ზედა პოლიუსიდან დაწყებული ვიდრე ვარსკვლავისებრი კვანძის თანწყეოლებით საცხებით ამოკვეთილ უნდა იქნას.

გულმკერდის მეორე კვანძი, (gang. thorac secunda) რომელსაც პროფ. ჰესე უმეტეს შემთხვევაში სწყვეტს ხოლმე, ჩვენ არასოდეს არ ამოვივცილია, არა ტენიკური შეუძლებლობის გამო, არამედ ჩვენის აზრით ვარდა ზედმეტი ტრავმის მიყენებისა ამ გზით ჩვენ ავადმუყუს არას მოუტანთ. ჩვენ ვიცით, რომ ეს კვანძი მოთავსებულია ღრმად თითქმის თვით პლევრის გუმბათებზე. არც პროფ. Kümmel-ი და არც კახიანი ამ კვანძის ამოწყვეტას მნიშვნელობას არ აძლევენ მკურნალობითი შედეგის მხრივ.

პროფ. Fick-იც კატეგორიულად წინააღმდეგა ასეთი მანიპულაციის, რადგან მისი განპარტებით gang. nodosum n. vagi და gang. cerv. superior n. sympathici ძლიერ ხშირად ერთი მეორესთან არა თუ ძალზე ახლო არიან, არამედ შე-

ეზრდებიან კიდევ და ცხადია, „ამგვარი მათი გათიშვით შესაძლოა არასასიამოვნო ზიანი მივაყენოთ სასუნთქვე აპარატს“. თვით გაკვეთას პროფ. Kümmel-ი უმეტეს შემთხვევაში აწარმოებს მარცხენა მხრით და არა მარჯვნიდან, როგორც მაგ. პროფ. ჰენს და ნ. კახიანი. უკანასკნელი ამ გარემოებას ხსნის მით, რომ ვეგეტ. ნერ. სისტემას მეტი მჭიდრო და რთული კავშირი აქვს გულთან მარცხნით ვიდრე მარჯვენა მხრიდან. ჩვენის შესწავლით, ოპერაციის შემდეგ რაიმე ხეროიზულ ფენქციონალურ გართულებებს ადგილი არ აქვს. ავადმყოფს ამოაჩნდება ხოლმე ე. წ. Hörner-ის სიმპტომები. (enoptalmia, Miosis, ptosis, და hypodrosis) აღინიშნება აგრეთვე სისხლის წნევის დაცემა შედარებით 10—15 მ. მ.რით და აიწვეს ოდნავ ოპერაციის მხრით ტემპერატურა (0,5 მენაკით. ყველა ამ სიმპტომების უმეტესი ნაწილი მოკლე ხნის განმავლობაში სრულიად გაივლის. ზოგიერთი კი რჩება ხანგრძლივ. Kümmel-ის სიტყვით, ეს სიმპტომები სრულებით უნდა დაიკარგოს რამოდენიმე თვის განმავლობაში. ეხლა ნება მომეცით პირდაპირ გადავიღე ჩვენი კლინიკის მასალებზე.

### შემთხვევა პირველი.

ავადმყოფი ფ. დ.—სკი, 33 წლისა, ცოლიანი, პროფესიით მენაქანე. აღინიშნება მამა მისი დაავადება ნერვიულ ნიადაგზე, გარდაცვლილა ფსიქიატრულ საავადმყოფოში. ავად არის 1905 წლიდან. ბავშობისას გადატანა წითელა ყველირება. ქლმთრუშა. ფილტვების ანთება. დანარჩენ სნეულებებს არ აღინიშნავს. სულის ხუთვა დაუწყო შემოდგომის თვეებში. პირველად იშვიათად მოსდიოდა—1—2 ჯერ 2—6 თვის განმავლობაში, შემდეგ კი უფრო მოუზნირათევი ერთჯერ და ორჯერაჯ. მეტის ინტენსივობით ხუთვა ემართება ზაფხულის და შემოდგომის თვეებში, აგრეთვე ზამთრობითაც, მაგრამ შედაჩებით უფრო იოლათ, ხუთვა მოსდის დამდამობით. გრძელდება 1—3 სათამდე, ხანდისხან მთელი დღეობითაც. შეტევები გაუზნირდა უმეტესად უკანასკნელი 3—4 წლის განმავლობაში, თითქმის ყოველ დღე მას მოსდის ხუთვა 5—8 ჯერ. უსარგებლია ყოველგვარი საშუალებებით: კურორტებით, სხვადასხვა მედიკამენტებით, მაგ. ატროპინით, მორფიუმით და სხვადასხვა. ობიექტური გამოკვლევით აღმოჩნდა: ფილტვები ემფიზემატოზური. წინ და უკანა საზღვრები დაშვებულია 2—3-ითით. პერკუტორული ხმა ყველგან კოლოფისებური. სუნთქვა სუსტი ვეზიკალური, მარჯვენა მწვერვალზე გაურკვეველი ამოსუნთქვაც. მარცხენა გვერდით 5—7 ნეკების არეებში წვირის ბუტოვანი და ფშტენავი ხიხინი. გულის საზღვრების ამოჩენა პერკუტორულად შეუძლებელია. ტონები ყველგან მოყრუებულნი. დანარჩენი ორგანოების მხრივ არაფერი პათოლოგიური არ აღინიშნება.

Aschner-ი (უარყოფითი) Vago-simpatici-ი ოდნავ დადებითი. 14/X—რენტგენმა მოგვცა შემდგომი სურათი: ფილტვების ორივე მწვერვალები შემღვრეული და შეზღუდული. საერთოდ მარმარილოს-ქალღისებრი სურათი. მარჯვენა ფილტვის ზედაწილის შემღვრევატ. შუა-საბჭიდის მოძრაობის შეზღუდვა.

21/X—გაუკეთდა ოპერაცია. პროფ. Kümmel-ის წესით: Sympathectomia dextra. იქნა ამოღებული სიმპატიური ნერვის ყველა კვანძები—gang. cerv. sup.—ით ვიდრე gang. stellatum-ითვე. ოპერაცია გაკეთდა ზოვადი ნარკოზის ქვეშ. მეორე დღესვე მას კარგად აქვს გამოხატული Horner-ის ყველა სიმპტომები. მაჯა—96. ტ<sup>1</sup>—37,5. სუნთქვა 20.

27/X—მოიხსნა ძაფები. შეზორცება ner primam ivtestiovnem.

29/X—აღინიშნა ხუთვითი შეტევა 2x,—მაგარამ მსუბუქათ.

1—4—XI—ხუთვა 2x.—ერთხელ გაგრძელდა 3 წამი, მეორეჯერ კი—1 წ. მაჯა—72, ტ<sup>1</sup>—36.

5/XI—გაეწერა თავისი სურვილით. 1925 წ. აპრილში ავადმყოფმა ხელშეკრულ მოგვმართა, ჩივილებით, რომ მას მოსდის შეტევები ძველებურად. იკეთებს კანქვეშ, ყოველი შეტევის

დროს აღრენალინის, რაც სწრაფ დახმარებას უწყვეს მას, ხელმეორედ გამოკვლევის შემდეგ ჩვენ მას უარი უთხარით მეორე მზრივი ოპერაციაზე, რადგან მისა ფილტვები ძალზე დაზიანებულია ქრონიკული ბრონქიტით და Tbc-ით.

ამჟამად წამლობს აღრენალინით, ოპერაციის ასეთ უწევდგობას ჩვენ ვსხნია ფილტვების ხსენებული დაავადებით.

### შემთხვევა მეორე.

ავადმყოფი კ. კ.—ე, 32 წლის, ქართველი, სტუდენტო. 18 წლამდე ის არავითარ დაავადებას არ აღნიშნავს. ყოფილა ძლიერ ჯანმრთელი კაცი. მეშვიდრეობის მზრივ აღინიშნება: მამა გარდაცვლია ფილტვების ანთებით, ერთი და კი გარდაცვლია ქლქით 17 წლისა, ღვიძლი ბიძა გარდაცვლია სწორედ ასეთივე ბრონქიალური ასთმით. არავითარ ვენერიულ ავადმყოფობას ის არ აღნიშნავს. ავად არის 10 წელი. პირველი ხუთეტი მოვლენები ჰქონია 1914 წ. ღამით, ოაც გაგრძელებულა დილის ხუთ საათამდე. იმავე წელში ერთხელ მთელი 3 კვირის განმავლობაში გაუგრძელდა ხუთვა. წინასწარ  $\frac{1}{2}$  საათით მას შეუძლია იგრძნოს მომავალი შეტევები.

1915 წელს ხუთეტი მოვლენები უფრო მსუბუქად მოსდიოდა, რადგან ექიმების რჩევით თავს უფრო უვლიდა და თან აქობადა დარიშხანით, რკინის წვეთებით, პაპიოლის და ლეინის სმა შესწევითა. იმავე წელში გაიკეთა ცვირის ოპერაცია ჰოლიპების გამო და ამანაც მას შეღავათი მისცა, წაიგდა სოხუმში, მაგრამ ხუთეტი მოვლენები მაინც გოძელდებოდა.

1916 წელს სულის ხუთეტი მოვლენები შედარებით 1914—და ნაწილობრივ 15 წლებთან უფრო ნაკლები ინტენსივობით მოსდიოდა.

1917 წ.—სულის ხუთეტი მოვლენები მოსდის მეტის ინტენსივობით. ასეთივე ხუთვა მას გაუგრძელდა 1918, 19, 20. 21 წლებშიც. 1922 წ. ის წასულა ერთი თვით აბასთუნანში, სადაც მას არც ერთხელ არ მოსვლია ხუთვა მიუხედავად იმისა, რომ თავს აო უვლიდა, პაპიროს წვედა და ხშირად თერებოდა კიდევ. წამოვიდა ოა აბასთუნანიდან, გზაშივე თოსვლია ხუთვა. 1925 24 წ. საშინელი ინტენსივობით მოსდიოდა ხუთეები თითქმის ყოველ დღე. გრძელდებოდა მთელა დღეობით და კვირაობითაც. არაერთხელ გადაუწყვეტია თავის მოკვლა. ასეთი ჩვილებით მოგვართა ჩვენ 30/XI 1924 წ.

ობიექტიური გამოკვლევა: ფილტვები ემჟიემატოზური, ქვემო სახლვრები ძალზე დაწეულია. ყველგან კოლაფის ხმა. სუნთქვა—სუსტი ვეზიკალური. გულის ტონები ნოყუბული; სახლვრების პოვნა შეუძლებელია. რესტგენით არ გამოიჩნულა. შარდის გასინჯვით აღმოჩნდა: თეთრი ჩალისებრივი: d=1.018. ცილა —, შაქარი—ოვაქცია მცავე, დიაზო-რეაქცია უარყოფითი.

გაუკეთდა ოპერაცია 2/XII. Sympathectomia cervicalis dextra. ხუთეტი მოვლების დროს. თვით საოპერაციო მაგიდაზე შევამჩნიეთ სავსებით თავისუფალი სუნთქვა.

ამოკვეთილ იქნა სიმპ. ნოვის კისრის მიდამოზე ყველა კვანძები—gang. cerv. sup. ვიდრე gang. stelatu-მით ავადმყოფმა საკვადმყოფოში დაჰყო 7 დღე; აოც ერთხელ მას მოვლა არ ჰქონია. აღმოჩნდა მხოლოდ Horner-ის სიმპტომი, ოაც ნაწილობრივ დღემდე შერჩა მას. მას შემდეგ აოც ერთხელ მას შეტევები არ მოსვლია. დაკირება გრძელდებოდა ერთი წელი და 2 თვე დღემდე. ე. ო. 1/II 1926 წ.

### შემთხვევა მესამე.

ავადმყოფი თ. კ.—ლი, 36 წლ. დედაკაცი, ქართველი, ქმარშვილიანია.

ავად არის 1913 წლიდან. გადმოყვანილი იქნა თერაპ. განყოფილებიდან დიაგნოზით Astma bronchialae. ხუთვა მოსვლია შემოდგომის თვეებში, ღამით. მოსდიოდა 1—3 თვეში ერთჯერ; გრძელდებოდა 1—2 საათი, ხშირად მეტიც. უკანასკნელ 20—24 წლებში მას მეტი ინტენსივობით მოსდის. თვეში ორჯერ. თითქმის დღეებიც კი აქვს დანიშნული (ხუთშაბათი და პარასკევი) mainser დროს ხუთეტი მოვლენები უფრო ინტენსივობით. მეშვიდრეობაში აღინიშნება, რომ მამიდა და მისი ძმის პატარა ქალი 4—5 წლის ყოფილან ასეთივე სნეულებით ავად



მთელი ხნის განმავლობაში თერაპევტიულ წამლობას მისთვის თითქმის არავითარი შედეგით არ მიუტყია. შეტვის დროს იკეთებდა მორფიუმს კანქვეშ, რითაც მას ვეღვე საშუალება ძილისა და რიჯორც ამბობს გამოლითებისაც ის შეტევას აღარ გრძნობდა. „ასე ძილში გამივილის“<sup>\*)</sup> თბიჭქიური გამოკვლევა: ფილტვები ემფიზემატოზური, სახლერები დაწული. სუნტეკა ზოგან ვეზიკულური და ზოგან უმეტეს მარცხნივ-გვერდით—6—7—8 ნეკების არგზე მკერივი ან გაურკვეველი. პერსუტარულათ ყველგან კოლოფის ხმა. გულის ტინები მოყრუებულია. სახლერები კარგად არ აღინიშნებიან, შთაბეჭდილება არის, რომ მარჯვნივ გული გაფართოებული უნდა იყოს. გრძნობს კარდიალიურ ტკივილებს, სხვა ორგანოების მხრივ არაფერი პათოლოგიური არ აღინიშნება. მაჯა დაწოლილზე—72, დამჯდარი—90. ფეხზე ამდგარი—112—123.

8/IV-ს—გამოკვლევით: Aschner-ი,—Voosimptom-ი (ოდნავ დადებითი—68—56). სისხლის L-რალი ფორმულა: №—40%, Li—14%, პატარა—42%, ერთად—56%, ეოზინოფილები—4%. წითელ ბურთულები—2.580.000., თეთრი—4.500. დამოკიდებულება—1:573. terb. nd.—0,7.

9/IV—ნახველის ანალიზი: Schacot—heqdeni-ს კრისტალები ბევრი; Cürschman-ის ხვეულების დარღვეული ფორმები, ეოზინური ლეიკოციტები, მრავალი სტრეპტოკოკები და ლიმპოკოკები.

ნაწარმოებია ცდები ადრენალინზე პილოკარპინზე და ატროპინზე, რითაც დამტკიცდა მისი სიმპატო-ვაგოტონიკობა.

პილოკარპინით გამოწვეული იქნა ასთმატური შეტევები, რაც გაუგრძელდა 30—35 წინი. შარდში აღმოჩნდა შაქარი ბლომად. ცილაც, შარდ-მეჯავ მაროლები, თეთრი ბურთულები 5—10 მხედველობის არეში.

14/IV—გამორკვეული იქნა ხელმეორედ სისხლი. წითელი ბურთულები—4.600.000. თეთრი—4.500, Hb.—76%. Ferbid—0,8.

L—რული ფორმულა: № 30%, L—4%, L—52%, ერთად—56%, E.—14%, Bas.—0,8% გარდ. g—1,6%. ნახველში—ეოზინოფილური ლეიკოციტები, srharrof-soqder-ის კრისტალები, Cursch. man-ის ხვეულები არ არის. ლეიკოკოკები და სტრეპტოკოკები ბევრი.

რენტგენით მივიღეთ შემდეგი სურათი: მწვერვალოები ოდნავ შემლერულია. საერთო ემფიზემა უმეტეს ქვემო ნაწილებსა. სჩანს 5—10-მდე ორივე მხრივ ფეტვის მარცვლის ან პატარა თხილის კაკლის ოდნავ გაკერული ადგილები. დიაფრაგმის მოძრაობა შესულდულია. ქილუსის სურათი ნათლად არის გამოხატული. ასწერივი ნაწილი აორტისა იძლევა მარჯვნივ გაფართოებას, იქითკენვე გადაწულია გულიც.

გაშინჯული იქნა სისხლი და ზურგის ტინი WR. და პლევოციტოზზე, მაგრამ იქაც და აქაც R—კლინიკაში ყოფნის დროს მას მოევიდა ხუთვა ორჯერ. რითაც გართულებანი მალე ვსლიეთ. შეტევები მალე გაქრა. კრილობა მეორადი შეხორცებით დამთავრდა. 20/V მეორეჯერ გაესინჯა შარდი, სადაც შაქარი სრულიად აღარ აღმოჩნდა. გაუარა აგრეთვე კარდიალიურმა ტკივილებმაც.

წასვლის წინა დღით, კლინიკაში მას სხვა ავადმყოფებთან შეხვედა უსიამოვნება. (დაახლოებით მე-30 დღეს ოპერაციის შემდეგ) ის ზედმეტად აღელდა და შეამჩნია 1—3 წამის განმავლობაში სუნთქვის დაქერა მარცხნა მხარეს, რაც მალე დაიკარგა. ერთი თვის შემდეგ ის გაეწერა კლინიკიდან კმაყოფილი ოპერაციით. \*)

მესამე ავადმყოფი თ. ჭ—ლი. დაბრუნდა კვლავ კლინიკაში ხუთთვითი მოვლებით მე-V—VI თვეზე ოპერაციის შემდგომ. მაგრამ ამ შემთხვევაში მას ხუთვა მოსდიოდა უკვე (თავისივე სიტყვით) არა მარჯვენა ნახევრიდან, არამედ სუნთქვას უჭერდა მხოლოდ მარცხნივ. ჩვენ ის ხელმეორედ გაეწინჯეთ, ურჩიეთ მეორე მხრივი ოპერაცია, მაგრამ არ დავეთანხმა და მის შემდეგ აღარ გვინახავს.

\*) ესარგებლობ რა შემთხვევით, რომ ეს შრომა იბეჭდება დაგვიანებით, (ჩემგან დამოუკიდებელ მიზეზების გამო) აუვე ვართავ რამოდენიმე დამატებას ანავე ავად. ჭ—შვილის შესახებ და აგრეთვე ჩვენი კლინიკის სხვა მასალებსაც შედარებით ხანგრძლივი დაკვირვებით გ. მ

### შემთხვევა მამოტმა:

ავად. მ. კ., 29 წლის. გახდა ავად ქ. ბათუმში ზღვაში ბანაობის შემდეგ. 29/IX 1923 წ. 1923 წ. მას ჰქონია შეტევები 3 ჯერ. 1924 წ. ზუთვა ემართებოდა ერთხელ თვეში. 1925 წ. მარტიდან ზუთვითი შეტევებმა უზმოვს 2-3 ჯერ თვეში. I/VI შეტევები მეტ ინტენსიური იწყებდა საღამოს და გასტანს 1/3-3 საათამდე. აღნიშნავს ტვინის დაავადებას ასეთივე სნეულებით. ექიმობადა მთელი ამ ხნის განმავლობაში თერაპევტებთან. ადრენალინით, კალციუმით, ატროპინით. ადრენალინი მას მეტ შედეგს უწყევდა, ვიდრე ატროპინი. (ეს გარემოება კლინიკაში ჩვენც შევამჩნიეთ) კლინიკაში ყოფნის დროს მას ზუთვითი მოვლები ჰქონდა ყოველ დღე. ობიექტ. გასინჯვით აღმოჩნდა: ემფიზემა, გულის ტონები მიყრუებული, საზღვრების ნახვა ძნელია. ისმის წერილბუშტოვანი ხიზინი მთელი ფილტვების არეზე.—ბრონქიალური სუნთქვა. რენტგენით აღმოჩნდა ფილტვების ორივე მწვერვალოების შემღვრევა. ნათლად-ქილიუსი-სებრი სურათი. შუასაძგიდის მოძრაობის შეზღუდვა. ვეგეტატიური სისტემის ცდებით მტკიცდება მისი ვაგო-სიმპატიკობა. სისხლში აღმოჩნდა ეოზინოფილები 14%, ნეიტროციტები 25%, ლიმფოციტები ყველა ფორმის 44%. Waserman-ის რეაქცია უარყოფითი. შარდში შაქარი არ აღმოჩნდა. Aqchner-ის, Vago-Symptom-ის, სათანადო მკურნალობის შემდეგ 14/IV მას გაუკეთდა მარცხენა მხრით Lymphathectomia sinistra. სიმპ. ნერვის კისრის მიდამოს ყველაკანმებთან ერთად მას ამოეკვეთა აგრეთვე N. depressor cordis. არავითარ გართულებას ადგილი არ ჰქონია. მე-10 დღეს ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან საესეებით კმაყოფილი ოპერაციით. მას შემდეგ გავიდა 8-9 თვე და მას მოვლენები აღარ ჰქონია.

### შემთხვევა მისუთი:

ავად. ი. ვ. 37 წლისა. სოხუმიდან, რუსი, ავად გახდა 1919 წელს ფრონტზე დამარბობელ ჰაირის გამო, როცა ის უგრძობლად დაეცა. გრძობაზე მოსვლისას მან იგრძნო სულის ზუთვაც ახლოებულ ლახარეთში ერთი საათის განმავლობაში. მას შემდეგ დასჩნდა ზუთვითი მოვლები 1-2 საში თვის განმავლობაში პირველ ორ წელს და შემდეგ კი უფრო მოუხშირა. 1925 წელს მას შეტევები მოსდოდა 2-3-ჯერ კვირაში. უკანასკნელად ზუთვაც მოსდის ყოველ დღე, გრძელდება 1-3 საათამდე. შეტევები ემართება უმთავრესად ღამით. ხშირად შეტევა გრძელდება მთელი დღეებია. ამნაირ მდგომარეობაში, სათანადო მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფი იქნა გადმოყვანილი ჰოსპის. თერაპ. კლინიკიდან ჩვენს კლინიკაში. ანამნეზში შესანიშნავი არაფერია. ობიექტიურად აღმოჩნდა: ემფიზემა ფილტვების. გულის ტონების მოყრუება, დიფუზური ბრონქიტი, სისხლის წნევა 125 მ. მ. საგრძობი დერმოგრაფიზში, რეფლექსების აწევა და ნისტაგმი ორივე თვალზე. რენტგენსაც არაფერი შესანიშნავი არ მოუცია. აშნერი გაუკლმართებული. V.-Scrp. ოდნავ დადებითი. მთელი თვით ავადმყოფი განაგრძობს ჩვენთან მკურნალობას ყველა საშუალებით. სისხლში აღმოჩნდა 14% ეოზინოფილებისა. შარდში შაქარი არ იყო. ნახველში კოხის ჩიბრები არ აღმოჩნდა. შარკოლეიდენის კრისტალები კი ბლომათ.

6/XII 1925 წ. გაუკეთდა Limphathectomia dextra. ნაჩვენებ კანმებთან ერთად ამოკვეთილ იქნა n. depressor cordis. გართულება არავითარი. ოპერაციის შემდეგ ის კლინიკაში დარჩა ერთ თვეს, რის განმავლობაში მას ზუთვა სრულეობით არ მოსვლია. გაეწერა კმაყოფილი. (Hörne-ის სიმპტომი იყო გამოხატული ძლიერ სუსტად)

ყველა ზემოდ ჩამოთვლილ მასალებისაგან და საკითხის ზოგიერთ მხარეთა დამუშავებისაგან გამოგვეყავს შემდეგი დასკვნანი:

1. ბრონქიალური ასთმის ქირურგიული გზიდ მკურნალობის შესახებ უკვე დაგროვდა ამ უკანასკნელ 2-3 წლ. განმავლობაში საკმაო ლიტერატურული მასალა (თეორეტიული და პრაქტიკული) ახალი გამოკვლევების სახით, რაც ასაბუთებს პროფ. Kümmel-ის ოპერაციის მიზანშეწონილობას, როგორც ხსენე-

ბულ დაავადების ერთ-ერთ მკურნალობითი წესს ავადმყოფთა სათანადოდ შერჩეულ პირობებში.

2. რადგანაც მეცნიერებაში დღემდე არ არის ურყეველი შეხედულება, დამტკიცებული ბრონქიალური ასთმის ეთიოლოგიის და პათოგენების შესახებ, ამგვ დროს არ ვიცით სავსებით ვეგეტატიურ ნერვთა სისტემის ყველა ფიზიოლოგიური ფუნქციები უმეტესად სასუნთქავ აპარატის მიმართ, ამიტომ პროფ. Kümmel-ის ოპერაციას, როგორც ქირურგიულ დახმარებითი წესს, უნდა მიმართოს დოსტაქარმა მხოლოდ მის შემდეგ, როცა მის მიერ წინასწარ გათვალისწინებული იქნება შემდეგი პირობები:

ა) პაციენტი არ უნდა იყოს შეპყრობილი სასუნთქი აპარატის რომელიმე ანთებითი დაავადებით (პნევმონიები, პლევრიტები, ბრონქიტები, Tbc თვისი მწვავე ფორმებით, მალალი I<sup>o</sup>, კავერნები) და აგრეთვე გულის მხრივ არ უნდა აღინიშნებოდეს მანკები და სხვა სერიოზული დაზიანებანი კომპენსაციის მოშლით.

ბ) ავადმყოფი წინასწარ უნდა იქნას გასინჯული და შესწავლილი სიმპატიკო და ვაგოტორულ სიმპტომებზე.

(ცდები ადრენალინით, პილოკაპინით, ატროპინით და სხვა) ნახველი Schorcot-Leyden-ის კრისტალებზე და Cürschman-ის ხედელებზე, აგრეთვე ეოზინოფილებზედაც, რასაც მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს. სისხლი L-რულ ფორმულაზე, სადაც მეტი ყურადღება ეოზინოფილიას უნდა მიექცეს შარდი შაქარზე და მის რაოდენობაზე დღე და ღამეში.

ვ) ოპერაციამდე საჭიროა ავადმყოფის გულმკერდის რენტგენით გაშუქება და სურათის გადაღებაც, რაიც აადვილებს დიაგნოზს და ნათლად წარმოადგენს ფილტვების მდგომარეობას.

3. ავადმყოფის გამოკვლევა-შესწავლა უნდა ხდებოდეს არა მარტო თერაპევტებსა ნერვ-პათოლოგებთან შეთანხმებით, არამედ უმეტეს შემთხვევებში საჭიროა თერაპევტიულ და ნერვულ მკურნალობის შემდეგაც, როცა ავადმყოფი საკმაოდ მოღონიერდება ოპერაციისათვის, თუ წინასწარ მკურნალობამ მიზანს ვერ მიაღწია.

4. ოპერაციას შეიძლება მივმართოთ არა მარტო სიმპატიკოვგოტონიკობის და დაახლოვებით ამ ნერვულ ნიადაგის მიზეზით ბრონქიალური ასთმის გამოწვევის დასაბუთების შემდეგ, არამედ მარტო ვაგოტონიკობის დამტკიცების შემდგომაც, მაგრამ ამ შემთხვევაში ჩვეულებრივ Sympathectomia-სთან ერთად ამოკვეთილი უნდა იქნას N. depressor ც.

5. ტენიკა სიმპატიკტომიისა არ არის ძნელი. კისრის მარჯვენა ნხარზე ამოკვეთილი უნდა იქნას სიმპატიკური ნერვი დაწყებული gang. cervicalis sup-დან ვიდრე gang. thorac I-S. Stelatum-დე. (ამ უკანასკნელის შეტანებით). რეციდივის დროს საჭიროა მეორე მხრივი sympathectomia.

6. რომ ფუნქციონალურ გართულებებს ხსენებულ ოპერაციის შემდეგ ადგილი არ აქვს, ეს მტკიცდება დღემდე ნაწარმოებ უკვე 400-მდე სიმპატიკტომიებით რაც აწერილი, ან ნაწარმოებია როგორც ქირურგეული ჩარევა მრავალი ავტორების მიერ (Jonescu, Brünig, Epinger და Hofer, Gece, Kümmel, Hess, Vitzel, კახიანი და სხვა, სხვადასხვა დაავადების გამო (Angina pectoris, Astma



კისრის მარჯვენა მხარეს ტოპოგრაფია\*).

1—Art. car. com. 2.—V. jugularis int. 3—N. Vagus. 4.—gang. cerv. sup. n. symp.  
5—Fr. n. symp. 6—gang. medius n. sympat. 7—gang. inferior n. sympatici 8—gang.  
stellatum (s. g. thorac. prima). 9—Ansa Viesseni. 10—n. laring. inf. 11—art. anonima.  
12—art. subclavia. 15—art. vertebralis. 16—v. vertebralis. 17—n. Phrenicus. 18—n. hy-  
poglossus. 20— n. laringeus superior. 21—n. accessor. Villisii. 22—art. thyroid. inf. 23—  
n. lingualis. 28—Venter posterior musc. digastrici.

(სიპპატიური წერვის კვანძები: 4—5—6—7—8—ივეთება სრულად).

\*) დანარჩენი ანატომიური ახსნა ზედმეტად მოკვანია. გ. შ.



branchialae, glaucoma, Arthralopa. Morb. Basedovi, Epilepsia და სხვა). ამ უკანასკნელი 2-3 ათეული წლების დაკვირვებით. ავადმყოფს აღმოაჩნდება ხოლმე ეგრედ წოდებული Hüsner-ის სინდრომი (Enophthalmia, Ptosis, Miosis, Hypodrasis). აგრეთვე ტემპერატურის აწევა ნაოპერაციები მზრით და სისხლის წნევის დაწევაც რაც მოკლე ხნის განმავლობაში გაივლის.

7. ოპერაციის მეტი ნაყოფიერი შედეგისათვის და მისი განმტკიცებისათვის, როგორც ერთ-ერთი ქირურგიული მკურნალობითი წესის საჭიროა მეტი ინტენსიური კვლევა-ძიება სწარმოებდეს ფიზიოლოგების—თერაპევტების—ნერვოპათოლოგების, ჰისტოლოგების და ანატომების მზრივ—ბრონქიალური ასთმის ეთიოლოგიის და ვეგეტატიური ნერვთა სისტემის სრული შესწავლის გარშემო.

8. თვით Kümmel-ის ოპერაციის ინტენსიური შესწავლა უნდა გაგრძელდებულ იქნას მომავალში მეტი პრაქტიკულ მასალების და შედეგების მიხედვით. ამ საკითხის გადაჭრა შედარებით გაადვილდება თუ ქირურგები თავის მოქმედებას შეუთანხმებენ თერაპევტებს, ფიზიოლოგებს და ნერვო-პათოლოგებს ავადმყოფობის შესწავლა მკურნალობის მზრივ; აგრეთვე, თუ თერაპევტებიც თავის მზრივ მათი შემთხვევების გაცნობა-შესწავლისა და მკურნალობის შემდეგ საოპერაციო ავადმყოფებს თავის დროზე ვადაუზღავნიან ქირურგებს.

დასასრულ, მოვალეთ ვსთვლი თავს უღრმესი მადლობა უძღვნა პატივცემულ მასწავლებელს, პროფ. ნ. კახიანს, რომელმაც გადნომცა რა მასალები, თავისი ხალისიანი მზრუნველობით და ხელმძღვანელობით გამამბედინა კიდევ, ამ რთულ შრომის დამუშავებას შეესდგომოდი. მადლობას ვუძღვნი აგრეთვე ტოპოგრ. ანატ. ასისტენტს ექ. ნ. დემეტრაძეს, რომელმაც დახმარება გამიწია კისრის ტოპოგრაფიის და მის მიდამოს ვეგეტატიური ნერვთა სისტემის შესწავლა-დამუშავებაში. მადლობას უცხადებ ექ. მანს გერმანული ლიტერატურის მოწოდებისათვის, მადლობას ვუძღვნი დიაგ. კათედრის ასისტენტს გიორგი რუსიშვილს ლაბორატორ. გამოკვლევებში და ავადმყოფების შესწავლაში დახმარებისათვის.

### ლიტერატურა.

1. Пр. И. П. Павлов. „Главнейшие законы деятельности центр. нер. системы, как они выявляются при изучении условных рефлексов“. Журнал „Русский врач“ 1912 г. № 38.
2. Пр. Е. Гедон. „Учебник физиологий“ 1922 г. 10-ое издание. Киев.
3. Prof. Krause. „Руководство клинической диагностики внутр. бол.“ მასშივე—„Частная диагностика нервных болезней“—Finkelburg (Бонн.) 1912 г.
4. Пр. Доц. акад. Гесе. „К вопросу о хир. леч. Angina pat. и As. bronch“. Врачеб. газ. № 13-14. 24 г.
5. Пр. Н. Θ. Голубев. „О бронхиальной астме и ее лечении“ 1905 г.
6. Пр. Телятников. „К вопросу о патогенезе бронх. астмы“. Жур. „Врачебное дело“ № 5—№ 6. 25 г.

7. Pr. H. Kümmel. „Die operative Heilung des Astma bronchialae“ „Klin. Wochen.“ 1923 j-r № 40.
  8. Pr. H. Kümmel. „Beobactungen und Erkranchungen an 52 Sympat-  
hectomie.“ „Zentsobl“ 1923 j-r № 38.
  9. Pr. Vitzel. „Simpat. operation bei Astma bronchialae.“ „Clinisch.  
Vochensch.“. 1925 j-r № 10.
  10. Pr. Brüning. „Über operation an dem Herznerven bei ung. pect.“  
„Devf. M. Woch.“ 23 j-r № 29.
  11. Pr. Brüning. Und doz. O. Stolt—„die physiologie des veget. nerve-  
systems.“ „Devf. M. Voch.“—24 j-r № 11.
  12. Pr. Veil. „Vagotonie und sympathicotonie“ „Deut. Med. Vochen-  
schrif“. 1924 j-r № 16.
  13. Pr. Müller „Die. Bedevt. des. aut. Nervesist.“ „Med. Voch.“ 1923  
j-r № 37.
  14. Pr. Glasser. und d-r Büschmann—„die“ Vagotonische Leicopenie  
bei fundt. Nervosen“ „Deutsche Medjcin. Wochen“. 1923 j-r № 8.
  15. Pr. Frey „Herznerven. chirurg. Beat. des Astma Bronch.“ „Med.  
Voch.“ 924 j-r № 19.
  16. Pr. Fick.—„Anatomie Veget. Nervesistems“ „Klin. Voch.“ 1924 j-r  
S—1355.
  17. Pr. Curschman. „Klinische und Experim. über das anaflyiaxzedo  
Bronchialastma der Feilfärber“. „Med. Voch.“ 1921 j-r № 7.
-

## დ. გერაქიანის ასული.

კლინიკის ორდინატორი.

### შემთხვევა პილორუსის ფევიწროების და კუჭის გაგანიერების, როგორც სანათოქ ნენტროპოპოზის ნაწილობრივი გამოსახტვა.

(ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ა. შაჰავარიანი).

ავადმყოფი ქალი N. N. 29 წლ., ქართველი, გაუთხოვარი, ვადმოყვანილი იქნა ფაკულტეტის თერაპიულ კლინიკიდან 27/1 1924 წ. ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკაში შემდეგი მოვლენებით: ტკივილები კუჭის მიდამოში, სიმძიმის შეგრძნება მაშინვე ჭამის შემდეგ; ტკივილები ერთ საათიდან 12 საათამდე გრძელდება, ყრუ ხასიათისაა, იშვიათად ნკვეთრი; ეს მოვლენები მას დაეწყო 6—7 წელიწადია, მაგრამ უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში შესამჩნევად გაუძლიერდა. ავადმყოფი მოგვითხრობს, რომ მან უპირველეს ყოვლისა შეამჩნია სიმძიმის შეგრძნება, რასაც მალე დაერთო ტკივილები გულის კოფთან, გულძმარვა; ავადმყოფი ამჩნევდა რომ სითხის, მაგალითად, წყლის დალევისას, მას ძლიერ ებერებოდა მუცელი და სიმძიმის შეგრძნება ტკივილებით დართული უძლიერდებოდა. ამ უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში ავადმყოფს ჭონდა 9—10-ჯერ ღებინება, ამოაღებინებდა ნაწილობრივ გადახარშულ საქმელს, რომელიც 1—2 დღის წინად ჭონდა მიღებული. არც ტკივილები, არც ღებინება, საქმელის თვისებაზე არ იყო დამოკიდებული; მას ახსოვს, რომ ერთხელ ერთმა მარწყვის მარცვალმა გამოუწვია ღებინება და საშინელი ტკივილები. ერთხელ კიდევ მოხარშულმა ქათმის ხორცმა. როგორც კი წამოაღებინებდა, მაშინვე თითქმის გაუვლიდა ტკივილები და თავს კარგად გრძნობდა. უკანასკნელი შეტევა ტკივილებისა და ღებინების ჭონდა 13 ოქტომბერს 1923 წ. ამ ტკივილებს თან დაჟდა ფაღარათობა, ხანდახან კი აღნიშნავს ძლიერ ყაბზობას, 2—3 დღე მოქმედება არ აქვს ხოლმე და ოყნითაც ვერ იწვევს. სისხლით ღებინებას, განავალში სისხლს ავადმყოფი არ აღნიშნავს. კუჭის წვენის გასინჯვამ ორი წლის წინად აღმოაჩინა მომეტებული სიმკვავე; აქიმობდა ბორჯომში უშედეგოდ. ამჟამად ავადმყოფს აქვს ძლიერი ბერვა, სიმძიმის შეგრძნება ჭამის შემდეგ, ტკივილები კუჭის არეში და ჭიბის ირგვლივ, გულძმარვა, ყაბზობა, ენაზე თითქმის ყოველთვის გადაკრული აქვს. ერთადერთი საშუალება, რომელიც ცოტად თუ ბევრად შეელოდა ტკივილების დროს—იყო ზურგზე დაწოლა და ცხელი სათბურის დადება მუცელზე. აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ეს ტკივილები და ბერვა მას დაეწყო

რუსეთში ყოფნის დროს, სადაც ის რამოდენიმე წელიწადი ცხოვრობდა შვეიცარიულ პირობებში როგორც მოსწავლე ქალი; მანამდე კი ხსენებულ მოვლენებს არ ამჩნევდა. ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ მოწაფეობიდანვე აქვს ჩვეულება-სადილის შემდეგ 1—2 საათით ზურგზე დაწოლისა. კითხვაზე, თუ რატომ დაეჩვია ამას, ის იძლევა პასუხს, რომ ასე ისვენებდა.

ავადმყოფი დაბადებულია 7 თვისა, დაბადებიდანვე დაჰყვა ამოვარდნილობა მენჯ-ბარძაყის სახსრისა, გაზრდილია დედის რძით, ბავშობისას უხდია წითელა, ყვიანაზელა, ქუნთრუშა, 10 წლის წინად მისი სიტყვიტ ქონდა ნაწლავების ანთება, 6 წლის წინად დიზენტერია, ყოველთვის აწუხებს ყაბზობა; 5 წლის წინად ქონდა ინფლუენცა, გასულ წელს პარტახტიანი ტიფი, ზოგჯერ უციები; თვითონ მოსვლია პირველად ათი წლისას და 1923 წლამდე მოსდიოდა 3—4 თვეში ერთხელ, უმტკივნელოდ მცირე რაოდენობის, 1923 წლიდან კი სწორედ დაუდვა. მშობლები და ახლო ნათესავები ჯანსაღი ყავს, შთამომავლობითი სნეულებას უარყოფს. ვენერიულ სნეულებას უარყოფს. თამბაქოს არ ეწევა, ღვინოს არ ეტანება. საერთოდ ყოველთვის იყო სუსტი და გამზდარი. ცხოვრების პირობები საშუალო აქვს.

St. praesens. ავადმყოფი საშუალო სიმაღლისაა, ნაზი აგებულობის, გამზდარი, სიმაღლით 156 სანტ. წონით 2. ფ. 23 გირვ. კანი მკრთალი, კიმიდი, სახეზე მრავლად ქორფლი, სახე თითქოს ნაღვლიანი, კანქვეშა ცხიმი სუსტად განვითარებული, კუნთების კიმიდობა შესუსტებულია, ლორწოიანი გარსები ანემიური, ლიმფური ჯარკვლები კისრისა და მარჯვნივ ილღის ფოსოში ოდნავ გადიდებული, მტკივნეული. ლავიწ ზემო და ქვემო ფოსოები მკაფიოდ გამოხატული. გულის ყაფაზის მოყვანილობა პარალიტიური, ნეკნთა შუა არე გაგანიერებული, ნეკნები აღმაცერად სდგანან, მე-10 ნეკნი ორთავ მზარეზე თავისუფლად არის. გარშემოწირულება გულის ყაფაზისა—მე-4 ნეკნის დონეზე 75 სანტ.

მე-10 ნეკნის დონეზე 62 სანტ.

დვრილთა შორის ხაზი 19 „

Leugof-ის ინდექსი—80.

ეპიგასტრიუმის კუთხე მახვილი, ხერხემალი წელის მიდამოში შებრუნებულია მარცხნივ (Scoliosis), მთელი ტანი მოხრილია მარჯვნივ.

გულის აბსოლუტური საზღვრები:

ზევიდან მე-3 ნეკნის ქვედა კიდე,

მარჯვნივ os stern. შუა ხაზზე.

გულის შედარებითი საზღვრები:

ზევიდან—მე 4 ნეკნი,

მარჯვნივ—მარცხენა sternal-ური ხაზის ოდნავ შიგნით,

მარცხნივ—მამილ. ხაზის შიგნით ერთი თითის დადებით.

ტონები სუფთა, გულის საძგერა მე-5 ე ნეკნთა შუა არეში.

მაჯა რითმიული სინქრონიული გულის ცემა სან. 11—85—87.

ფილტვების ექსპურსია თავისუფალი, საზღვრები ფილტვებისა შეფარებულია. პერკუტორულად—ყველგან მაღალი ფილტვის ხმა, აუსკულტატიურად



მარჯვენა მწვერვალოზე ისმის გაძლიერებული სუნთქვა ამოსუნთქვით, დანარჩენ ფილტვის არეზე ვეზიკალური სუნთქვა.

ენაზე გადაკრული, ნუშისებრი ჯირკვლები გადიდებული არ აქვს, ყლავა თავისუფალი; მუცელი შებერილი ქიპის ქვემო ნაწილში, მოგრძო მოყვანილობისა, რბილი, პალპაციის დროს მჭკინეული mesogastrium-ის არეში, ღვიძლის ქვედა კიდე გამოსულია ნეკნთა რკალის ქვემოთ ორი თითის დადებით, ხელს ხვდება მომაგრო კონსისტენციის მისი ზედა საზღვარი მე-6 ნეკნთა შუა არეში.

ელენთა ნორმალურ საზღვრებშია, ხელს არ ხვდება, მარჯვენა თირკმელი ხელს ხვდება; პერკუტორულად კუჭნაწლავის არე ტიმპანიური ხმისაა ქიპის ირგვლივ გარდა ზედა ნაწილისა ვლებულობით შხაპუნს პალპაციის დროს; processus vermicularis არ იშინჯება, S. Romanum-ი შემსხვილებულია, უმჭკინელო, შარდ-სასქესო ორგანოების მხრივ ანორმალობა არ აღინიშნება.

ნერვული სისტემის მხრივ აღინიშნება ადვილი აღზნებულება, სწრაფად ბრაზიანდება, ხშირად უმიზეზოდ ტირის; რეფლექსები კანის, მყესის, ძვლის ოდნავ მომატებული, დერმოგრაფიზმი წითელი.

სავალალო მიდამო: ქიპის არეს ქვემოთ ამობერილია, ქიპის ზემოდ ჩავარდნილი, პერკუტორულად კუჭის ქვედა საზღვარი—*curvatura major* ისინჯება ქიპის ქვემოთ—ბოქვენის სახსრის ოდნავ ზემოდ, კუჭის გაბერვისას კი *curvatura major* ებჯინება *symphysis ossis pubis*; *curvatura minor* ისახება ქიპის ქვემოთ 1 სანტ. გარდიგარდმო კუჭი თითქმის მთელ მუცლის სიგანეს იკავებს, გარეთა მუცლის ვერტიკალური ხაზებს გარედ ძვეს, ხსენებულ არეზე ვიღებთ ტიმპანიურ ხმას, შხაპუნს, წელის მიდამოში 1—2 წლის მალის მარცხნივ აღინიშნება მტკივანი წერტილი. მსხვილი ნაწლავების გაბერვამ მოგვცა დაშვება *colon transversum*-ისა, რომელიც V მოყვანილობისაა.

კუჭის წვენის გასინჯვა Evald-ის საუზმის მიცემის შემდეგ:

საქმელი ნაკლებად გადახარშული.

თავისუფალი სიმეავე 0,08%.

საერთო სიმეავე 24.

უფელმანის რეაქცია უარყოფითი.

Weber ის რეაქცია უარყოფითი.

მიეცა საცდელი ვახშამი—8 საათის შემდეგ საქმელი ისევ კუჭში იყო.

Saloi-ის რეაქცია: პირველი ნიშანი სალიცილის სიმეავის შარდში გამოყოფისა იყო 2 $\frac{1}{2}$  საათის შემდეგ, უკანასკნელი—35 საათის შემდეგ.

რენტგენის სხივებმა მოგვცა ძლიერი დაშვება კუჭისა (მე-III ხარისხისა), გარდიგარდმო გაგანიერება და თითქოს შევიწროება პილორუსისა; გული წვეთოვანი (капельное сердце), შევიწროებული აორტა.

#### შარდის განიხჯვა:

ფერი გამსჭირვალე ბაცი ჩაღის.

ხედრითი წონა 1015.

ცილა, შაქარი—არ არის  
 ნალველის პიგმენტები არ არის  
 ინდიკანი, ურობილინი—N  
 სისხლი - არ არის.

დიაზორეაქცია უარყოფითი  
 ნალექი სუფთა

განავალში აღმოჩნდა *Ascaris lumbricoides*-ის კვერცხები.

### სისხლის განიჯვა:

Hb	82 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Neits	62 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
Er	4.910.000	ლიმფოც. დ.	8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	მონოციტ
			3. 17 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Rieder
				4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Z	6.400	ეოზინოფ.	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	
		ბაზოფ.	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	

21/II 1924 წ. ozaena-ს გამო ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია Vitmagi-ის წესით, ხოლო 11/IV იმავე წელს წინასწარი მომზადებით—რაც გამოიხატა ორი დღის განმავლობაში ზეთის მიცემაში ორჯერ 30,0, ორჯერ კუჭის გამორეცხვაში და ორჯერ ოყნის გაკეთებაში,—გაუკეთდა ოპერაცია gastroenterostomosis — Petersen-ის წესით, ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ. (Sol. Novocaini 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—45,0). ოპერაციის დროს აღმოჩნდა შემდეგი:

კუჭი ძლიერ დაშვებული იყო, გაგანიერებული, მისი კედლები მოღუნებული, პილორუსთან იყო რგოლისებრივი შემკვრივება მღუნე ანაგობისა, გასიჯვით შიგ გადიოდა ნეკის მე-3 ფალანგი.

ოპერაციის მესამე დღეს ავადმყოფს დაერთო ფილტვების ანთება, რამაც გაართულა ოპერაციის შემდეგი პერიოდი, 1<sup>0</sup> აღწევდა 39,2<sup>0</sup>. მღე. ოპერაციის შემდეგ მე-10 დღეზე 1<sup>0</sup> დაიწყო ლიტეურად დაშვება, კრილოზის გართულება არ ქონია მე-9 დღეზე მოეხსნა ნაყერები, შეხორცება პირველადი. გულის რევა და ლებინება ქონდა პირველ სამ დღეს ოპერაციის შემდეგ. მე-10 დღეზე გაუკეთდა ოყნა, მოქმედება კარგი ქონდა. 7/V იმავე წელს გაეწერა კლინიკიდან. აქვს სისუსტე, კუჭი არ აწუხებს, მოქმედება ყოველდღე ოყნით. გაგზავნილი იქნა სააგარაკოთ ბორჯომში. ტკივილები არ აწუხებს, აგარაკზე ხშირად მოქმედება კუჭისა თავისთავად ქონდა. საერთოდ გრძნობს შეღავათს.

ოპერაციის გაკეთების 5 თვის შემდეგ ავადმყოფი კვლავ უჩივის ბერვას, სიმძიმის შეგრძნებას, იცავს ფარეზობას, ტკივილი და გულ-ძმარვა არა აქვს.

აღნიშნული შემთხვევა ყურადსაღებია, როგორც gastroptosis constitutionalis.

Gastroptos-ი არის მექანიკური და კონსტიტუციონალური. მექანიკურ და ამავე დროს შეძენილ გასტროპტოზს გამოიწვევს: 1. მუცლის წნევის და შიგ მუცლის ღრუში მდებარე ორგანოების წონასწორობის დარღვევა ამა თუ იმ მიზეზის გამო; 2. სიმსივნეები, რომელიც მდებარეობენ კუჭის ახლო და აწუხებენ მას, რის გამოც კუჭი ვერ უწევს წინააღმდეგობას და ეშვება ქვემოთ; 3 პერი-



გასტრიული შეწებებანი, რომელიც სწევნ კუჭს და ხელოვნურად უცვლიან მას მდებარეობას. 4. ხორცკეტები თვით Pylorus-ისა, რომლებიც გამოიწვევს Pylorus-ის არეში შევიწროებას და შეზღუდვას საჭმელის გადასვლისა და საჭმელის დაგროვების გამო, გამოწვეული სიმძიმით სწევს კუჭს დაბლა (ამას ერთვის გაგანიერება) 5. ყოფილი წყლულის ნაწიბურები Pylorus-ის არეში, რომლებიც იწვევენ აგრეთვე მექანიკურ დაბრკოლებას კუჭიდან საჭმელის გადასვლისას, რასაც შედეგად მოყვება კუჭის დაშვება და გაგანიერება.

კონსტიტუციონალური გასტროპტოზი თან დაყვება საერთო ასტენიურ მდგომარეობას მთელი აგებულობისა, უმთავრესად Astenia universalis stiller-ის დროს და ის ითვლება შედეგად კონსტიტუციონალური წონასწორობის დარღვევისა.

კლინიკური სურათი გასტროპტოზისა ძნელად განირჩევა კუჭის წყლულის კლინიკური სურათისაგან და უფრო ადვილად შედარებით კუჭის კირჩხიბისაგან, თუმცა, შესაძლებელია, რომ მთელი ნიშანთგროვა კუჭის კირჩხიბისა მოგვეცეს gastroptos-მა.

ექ. Чельцова (პეტროგრადის ინსტიტუტის დიაგნოსტიკური კლინიკიდან) ამბობს, რომ მას გაუტარებია ავადმყოფები, რომელთაც აღენიშნებოდა hypo ან anaciditas, რძის მთავა კუჭის წვენიში, სისხლი და სხვა დისპეპსიური მოვლენები, რომლის საშუალებით შეიძლებოდა კუჭის კირჩხიბის დიაგნოზის დასმა, მაგრამ 1. გაუმჯობესება ავადმყოფობის წოლის დროს, 2. ყველა მოვლენების ნორმაზე მიახლოება და მომატება ავადმყოფის წონაში აქიმობის გავლენით, 3. სისხლზე რეაქციის არა ერთნაირობა გამოკვლევის სხვადასხვა დროს და სინსიგნის არ ყოფნა gastroptos-თან ერთად აძლევდა მას საშუალებას უარი ეყო კუჭის კირჩხიბის დიაგნოზზე და შეჩერებულიყო gastroptos-ზე.

კუჭის წყლულიდან უფრო საძნელოა გარჩევა მით უმეტეს, თუ გაქვს stiller-ის აგებულებასთან საჭმე. თითქმის არ შეიძლება დაბეჯითებით განისაზღვროს კლინიკურად ეს ორი სნეულება მით უმეტეს, რომ კუჭის წყლულს თან დაყვება dilatatio ventriculi და gastroptos-ი უმთავრესად მაშინ, როცა წყლული უკვე ნაწიბურდება.

ამ შემთხვევაში ექ. Чельцова-ს აზრით ერთი ნიშანი ნაწილობრივ გვშველის. Ortner-ის და Alfred Alexander-ის ნიშანი, რომელიც შემდეგში გამოიხატება: gastroptos-ის და წყლულის დროსაც სუფევს მტკივანი წერტილები, როგორც Boas-ის და სხვა. აღნიშნულია აგრეთვე ტკივილი გულის კოჯთან, Epigastrium-ში უცვლელი და ყველა შემთხვევაში, როგორც წყლულის, აგრეთვე gastroptosis const. დროს. ხსენებული ტკივილი gastroptos-ის დროს იწვევა Plexus solaris აორტაზე დაჭირის გამო, ვინაიდან დაშვებული კუჭი სცილდება Pl. solaris, რომელიც epigastrium-ის არეში ედება აორტას და ამის გამო ხელი აწეება ამ არეში pl. solaris-ს და აორტას—და იწვევს ტკივილს. თუ ეს ტკივილი არის გამოწვეული gastroptosis constitutionales-ით, მაშინ როცა მუცლის შინაგან ორგანოებს სახელდობრ—კუჭს—ხელით ან არტაშანით ავსწევთ მაღლა, ეს მტკივნელობა ქრება, კუჭი ხელოვნურად აწეული თავის ნორმალურ მდებარეობაში იცავს ხსენებულ ნერვების წნულს და აორტას, თუ კუჭის წყლულთან გვაქვს

საქმე მაშინ ეს ნიშანი ეფექტს არ მოგვცემს. უფრო უტყუარ ცნობებს და გამოცნობის საშუალებას კუჭის მდგომარეობისას გვაძლევს რენტგენის სხივები კლასიკურ ნიშანთგროვასთან ერთად.

კლინიკური ნიშანთგროვა gastroptos-ისა საესე და მდიდარია. იგივე ექ. Чельцова-ს გაუტარებია ოთხმოცი შემთხვევა gastroptos-ისა და ამბობს, რომ 1. სეკრეტორული ფუნქციის მხრივ უმეტეს შემთხვევაში 50,7%, აღინიშნება დაწეული სიმკვავე, 30,7% ნორმალური და 15%—აწეული სიმკვავე. თავისუფალი მარილ-მკვავეც უმეტეს შემთხვევაში დაწეული არისო. ხშირად კი ცვალებადობაა სიმკვავის რაოდენობაში.

2. მოტორულ ფუნქციის მხრივ უმეტეს შემთხვევაში ცვლილება და ანორმალობა არ ემჩნევა, 25% მოტორული ფუნქცია დაწეული იყო ანატომიურ მდებარეობის მხრივ; შესაძლოა იყოს: 1. gastroptos-ი pyloroptos-ით. მაშინ იქნება ვერტიკალურად მდებარე კუჭის სურათი მარჯვნივ მყოფ კავით, 2. gastroptos-ი მხოლოდ—მაშინ კუჭს ვერტიკალური მდებარეობა აქვს, მხოლოდ ნაწილი პილორუსისა უფრო გრძელია და მალა მიმართული, 3. gastroptos-ი დართული dilatatio ventriculi-თ, ეს უფრო ხშირი შემთხვევებია, როგორც constitutional-ურ, აგრეთვე მექანიკურ გასტროპტოზის დროს.

მთავარი ჩივილები gastroptosis-ის დროს არის უმთავრესად დამოკიდებული ნერვების დაბოლოებების და განგლიების გალიზიანებაზე და საერთო ნერვოპათიულ აგებულებაზე კონსტიტუციონალური გასტროპტოზის დროს; ამასთანავე gastroptosis დროს ხშირად არის ძლიერი ჰიპერესტეზია კუჭის ლორწოვან გარსისა, რითაც აიხსნება ტკივილები და ღებინება მცირედი მიზეზითაც. საერთოდ აღსანიშნავია, რომ მექანიკურ gastroptosis-ის დროს დისპეპტიური და ნერვული მოვლენები დამოკიდებულია ვისცერალურ ნერვების და განგლიების გალიზიანებაზე და ტკივილების სიმპტომები უნდა ვეძიოთ პერიფერიულ ნერვების დაავადებაში, კონსტიტუციონალურ გასტროპტოზის დროს კი ყველა მოვლენები კუჭისა დამოკიდებულია ნერვოპათიულ ანაგობაზე.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ყველა მოვლენები gastroptosis constitutionalis-ის დროს—ტკივილი, ღებინება, ბოყინი, გულის ძმარვა, სიმძიმე, ბერვა და სხვა, მცირედებაან წოლის დროს, ხან კი სრულიად ქრებიან. სისხლის ღებინება, რომელსაც ხშირად აქვს ადგილი gastroptosis constitutionalis-ის დროსაც გამოწვეულია კუჭის არანორმალური მდგომარეობის გამო ვენოზურ შეგუბებით, ლორწოვან გარსის ჩაკეცივით; ამავე მიზეზის გამო ხშირია წყლულის წარმოშობა იმ ადგილზე კუჭის ლორწოვან გარსისა, სადაც თავისუფალი სისხლის მიმოქცევა ირღვევა. Gastroptos-ს ხშირად თან დაყვება Coloptos-ი, რის შედეგად ყოველთვის არის შესამჩნევი ყაბზობა. მკურნალობა gastroptos-ისა შეიძლება პროფილაქტიური, თუ დაშვება კუჭისა და თანდაყოლილი მოშლილობანი არ არის ძლიერ განვითარებული, და თუ არის ხსენებული დაავადება დამოკიდებული ისეთ მიზეზებზე, რომლის აშორება შეიძლება, მაგ. გახდომა, მუცლის წნევის მოშვება, კორსეტის ტარება და სხვა. არის აწერილი შემთხვევა Noorden-ის რომელმაც დაამტკიცა რენტგენის სხივებით გადაღების საშუალებით კუჭის ქვედა სახლვარის მალა აწევა გაძლიერებული კვების შემდეგ; ხმარობენ აგრეთვე



კუჭის ტონუსის გასაძლიერებლად მუცლის მასაჟს, ვარჯიშობას, ელექტრონი აქიმობას. უმთავრესი ყურადღება უნდა მიექცეს ნერვულ სისტემას. რასაკვირველია, ზედმეტია ლაპარაკი აქ ანორძალურ ანატომიურ მდებარეობის გასწორებაზე.

ქირურგიულ მკურნალობას ხსენებულ სნეულებისა მიმართავენ მაშინ, როცა კუჭის დაშვება თავის მოვლენებით საგრძნობელია და პროფილაქტიკა უღონოა.

Gastroptosis-ის დროს აწარმოებენ gastropexia-ს,—კუჭის წინა კედელს ამაგრებენ მუცლის წინა კედლის შიგნითა ზედაპირზე რამოდენიმე კვანძოვანი ნაკერით.

Bier-ი კი lig. hepato-gastricum-ს ამოკლებს რამოდენიმე ნაოჭის გაკეთებით. აკეთებენ აგრეთვე gastroenterostomia-ს, რომელსაც უფრო კარგი შედეგები მოსდევს, რადგან კუჭი უკვე მოკლებული მოტორულ ფუნქციის სიძლიერეს უფრო თავისუფლად ცარიელდება ხვლოვნური გასავლის საშუალებით და არ ზდება უკვე ჩაგუბება საქმლისა კუჭში.

აწერილ შემთხვევას მე ვხსნი კონსტიტუციონალურ gastroptos-ათ დართული გაგანიერებით შემდეგი მოსაზრებით.

ჩვენი ავადმყოფი არის ასტენიურ ავებულობისა (Astenia universalis Still-er-ის): ნაზი, ნალვლიანი გამომეტყველება, გრძელი კისერი, გამზდარი, 7 თვის დაბადებული, პარალიტიური გულ-მკერდი, თავისუფალი მე-10 ნეკნი (cost decima fluctuens) სუსტად განვითარებული კუნთები, მისი საყრთო ზომები ტანისა, ინდექსი, ნერვიულობა და მრავალი სხვა ნიშნები, რომელნიც ავადმყოფობის ისტორიაში არის აღნიშნული, ამაზე მიგვიითხებს და გვიმტკიცებს. ანამნეზიდან და კლინიკაში დაკვირვებიდან სჩანს, რომ ავადმყოფს მოვლენები არა ერთნაირი აქვს, ხან უძლიერდება მისი მდგომარეობის მიხედვით, აქიმობა ძლიერ უმსუბუქებს ტკივილებს. თუ ის იწვა და უმეტეს ხანს მწოლიარე იყო მოვლენები ყველანი უმცირდებოდა, თავს გაუმჯობესებას ატყობდა, წონაშიც იმატებდა, თუ ის, მოყვებოდა სიარულს და მუშაობას, მოვლენები უძლიერდებოდნენ; ყველა სიმპტომებს და მოვლენებს არ აქვს ერთნაირი ხასიათი; ისინი ცვალებადი იყვნენ დროს და მდგომარეობის მიხედვით, ხან კი ერთ და იმავე პირობებში სხვადასხვანაირად გამოიხატებოდა დაავადების სურათი; Ortner-ის და Alfred Alexander-ის სიმპტომი მკაფიოდ არის გამოხატული; თვით ავადმყოფი არ ახდენს შთაბეჭდილებას კუჭის წყლულით დაავადებულისას; მართალია რენტგენის სხივები, როგორც უტყუარი საშუალება იძლევა gastroptos-ის გარდა მის გაგანიერებას და pylorus-ის შევიწროვებას; ოპერაციის დროსაც კი აღმოჩნდა pylorus-ში ნაწიბური, მაგრამ ამ ნაწიბურს გამოწვეულს წყლულისაგან, რომელიც იყო შემდეგი მოვლენა და არა თვით gastroptos-ი შედეგი წყლულისა. წყლულს რომელსაც არ ქონდა ადგილი, უნდა ვსთვლიდეთ წარმოშობილს, კუჭის დაშვების გამო Pylorus-ის არეში 1) ჩაკეცილ ლორწოვან გარსისა და 2) სისხლის მიმოქცევის დარღვევისა ლორწოვან გარსში.

პირვანდელ წყლულს და შემდეგი განვითარებას gastroptos-ის dilatatio ventriculi-თ აქ არ უნდა ქონდეს ადგილი, რადგანაც, თუ გავიხსენებთ ანამნეზიდან, მას უპირველესად ყოვლისა დაეწყო კუჭის მოღუნების ნიშნები და სიმ-

ძიმის გრძნობა,—რასაც შემდეგში მოყვა ტკივილი, ღებინება; უმთავრესად კი ავადმყოფის კონსტიტუცია, საერთო პტოზი ღვიძლის, მარჯვენა თირკმელის, გარდიგარდმო კოლინჯი მადღევს უფლებას ხსენებული შემთხვევა მივაწერო gastroptosis constitutional-ის რიგს და არ მივყვე გართულების ეტიოლოგიურ წარმოშობას ხსენებულ დაავადებისას ამ განცალკავებულ შემთხვევაში.

---

191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300

### 633. შალამბარიძე.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

## მასალები ქართველ ქალის მენჯის მცოდნეობისათვის.\*)

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე—პროფ.  
ი. თიკანაძე).

ამ მ წლის წინეთ დიდათ პატივცემულ პროფ. ი. თიკანაძემ დამავალა ქართველ ქალის მენჯის ნაციონალურ ხასიათის შესწავლა, როგორც ანტროპოლოგიურ, ისე სამედიცინო თვალსაზრისით. მაგრამ ეს ფრიალ საინტერესო იდეა მე ვერ გავახორციელე, რადგანაც ამ მიზნისთვის საჭირო იყო, თანაედროვე მეცნიერების მოთხოვნების მიხედვით, არა ნაკლებ 50 დაჩონჩხებულ მენჯისა, რის შოვნა ტფილისში, ჩემგან დამოუკიდებელ მიზეზის გამო შეუძლებელი გახდა.

მართალია, მენჯის ხასიათის, ე. ი. მის ფორმის და შენების შესწავლა დაჩონჩხებულ მენჯზე უფრო შესაძლებელია, ვინემ ცოცხალ ქალის მენჯზე, მაგრამ, Prochovnik-ის აზრით, დაჩონჩხებულ მენჯის ანტროპოლოგიურ გამოკვლევასთან ერთად უნდა სწარმოებდეს ცოცხალ ქალის მენჯის ზომების სამედიცინო გამოკვლევებიც, რომ ზოლოს ვიჭინოთ შეხედულება, თუ რამდენად დამოკიდებულია მენჯის განვითარება ინდივიდუუმისაგან. ამიტომ წლეულს ჩვენ დავისახეთ მიზნად, სანამ ქართველ ქალების დაჩონჩხებულ მენჯის საჭირო რიცხვს შევიძენდეთ და გამოვიკვლევდეთ, მანამდის შეგვესწავლა ქართველ ქალის მენჯის ნაციონალური ხასიათი სამედიცინო თვალსაზრისით.

როგორც Филатов-ის შრომიდან ჩანს, Vrolik-ს 1826 წელს სხვადასხვა ერის მენჯთა ზომებში პირველად აღმოუჩინია ნაციონალური განსხვავება. იგი აღარებს ევროპიელ მენჯთა ზომებს შავკანიანის (3), მალაიკის (3) და ბუშმენის (1) ქალთა მენჯების ზომებთან და დაასკვნის, რომ ევროპიელ ქალის მენჯი თავის განვითარებაში უკვე დამთავრებულიაო. მაგრამ Schroeder-ი არა მარტო სხვადასხვა ეროვნების მენჯთა შორის ხედავს განსხვავებას, არამედ ერთის და იმავე ერის, ზოლო სხვადასხვა კუთხის მცხოვრებთ მენჯებშიაც (Филатов-ი). მართლაც, Филатов-ის და Рымша-ს გამოკვლევებში, როგორც ამას ქვემოთ დავინახავთ, მიუხედავად იმისა, რომ ესენი იკვლევენ ერთ და იმავე ერის-რუსის ქალის მენჯს, მაინც არსებობს უთანხმოება, ე. ი. მათ არ გამოჰყავთ მათემატიკური სისწორით მენჯის ერთისა და იმავე ზომის საშუალო ოდენობა. ასეთ განსხვავებას Рымша ხსნის ადგილობრივ ფაქტორის ზეგავლენით. ის ამბობს: „მთელი საუკუნის განმავლობაში სხვადასხვა კლიმატიურ და სოციალურ პირო-

\*) მოხსენდა სრულიად საქართველოს ექიმთა კონგრესს მაისში 1925.

ბების და აგრეთვე რუსის ნაციონალიზმის სხვადასხვა მეზობელ ერის შერევის გამო არ შეიძლება, რომ ყოველივე ამას რუსის მენჯის ფორმის მოდიფიკაციაში თავის ზეგავლენა არ ჰქონდეს.“

ყველა ავტორი, ვისაც ანტერესებს მენჯის ნაციონალური ხასიათი, ეძებს ტიპიურს, ამათუ იმ ერის დამახასიათებელ მენჯს, ე. ი. იკვლევს მენჯის თითოეულ ზომის საშუალო ოდენობას. Филатов-ი, რომელსაც ანტერესებს რუსის ქალის ნაციონალური ხასიათი, თავის მიზნითვის სარგებლობს 50 დაჩონჩხებულ და 197 მშობიარეთა მენჯების ზომებით და იკვლევს ამ მენჯების გარეგან და შინაგან ზომების საშუალო ოდენობას, როგორც ანტროპოლოგიურ, ისე სამეანო თვალსაზრისით. მისი გამოკვლევები ცოცხალ ქალების მენჯებისა უდრია:

D. Spin. 23,7 ct-ს, Dist. Crist. 27,5 ct-ს, Conj. ett. 19,4 ct-ს და D. Troch. 31,2 ct-ს. ამ დისტანციათა საშუალო ოდენობას Филатов-ი ადარებს ევროპიელ ქალების მენჯთა იმავე ზომების საშუალო ოდენობასთან და ამბობს, რომ მის მიერ მიღებული D. Sp. და D. Crist (23,7 და 27,5 ct.) ნაკლებია გერმანელ ქალის ამავე ზომებზე, ხოლო ფრანგ ქალის ეს დისტანციები თითქმის თანაბარია. რუსის ქალის მენჯის ამ ორ დისტანციათა შორის განსხვავება უდრის 3,8 ct-ს, ხოლო გერმანელ და ფრანგ ქალების დისტანციათა შორის განსხვავება კი უდრის 3,0 ct-ს.

Филатов-ი თავის გამოკვლევებს აძლევს აგრეთვე პრაქტიკულ მნიშვნელობას. იგი ქეშპარიტ კონიუგატის მისაღებად ცოცხალ ქალის გარეგანი კონიუგატს აკლებს 9,2 ct-ს იმ მოსაზრებით, რომ მისი გამოკვლევით, მენჯის უკანა კედლის სისქე დაჩონჩხებულ მენჯზე უდრის 7 ct-ს, ზოქვენის-სისქე 1,2 ct-ს და რბილი ნაწილისა 1 ct-ს.

Рымша-მ 363 რუსის მშობიარეთა მენჯების საშუალო ოდენობა გამოიკვლია სამეანო თვალსაზრისით და მიიღო D. Sp.-ის საშუალო ოდენობა 24,5 ct-ი, D. Crist-ის—27,7 ct-ი, Conj. ett-სი—19,1 ct-ი, Con. Diag.-ის 12,4 ct-ი და D. Troch-სი—31,0 ct-ი. ამ ზომებს Рымша ადარებს Рунге-ს მიერ დაჩონჩხებულ მენჯებზე მიღებულ იმავე ზომების საშუალო ოდენობასთან და ამბობს, რომ მისი ზომები უფრო ახლოს სდგანან Рунге-ს მიერ მიღებულ ზომებთან, ვინემ Филатов-ის ზომებთან. თუმცა D. Crist (27,2 ct.) ნაკლებია Рунге-ს მიერ მიღებულ ამავე ზომებზე 0,1 ct-ით, მაგრამ D. Sp. (24,5) და Con. ext. (19,1) სრულიად თანაბარია მის მიერ მიღებულ ზომებთან. ამ შემთხვევაში Рымша, თანახმად Филатов-ის მიერ გამოკვლევისა, Рунге-ს დაჩონჩხებულ მენჯის ზომებს D. Sp. და D. Crist-ს უმატებს 1,1 ct-ს და Con. diag. 1,0 ct-ს რომ მიიღოს ცოცხალი ქალის მენჯი.

ამით ვათავებ რუსის ქალის მენჯის ზომების შესახებ საუბარს და გადავადვარ ქართველ ქალების მენჯებზე.

ვენახით რას წარმოადგენს ქართველ ქალის მენჯი.

ჩემს განკარგულებაში იყო ტფილისის სემეანო კლინიკის 5 წლის მასალები. აქედან ამოვარჩიე მხოლოდ მართმადიდებელ ქართველ ქალების 1414 მენჯი. ამ მასალებში აღარ შედის არც კათოლიკე და არც მუსულმან ქართველ-



ბის მენჯები. რათა შემდეგში არ მოხდეს გაუგებრობა ამ მასალების სარგებლობის შესახებ, აქ მე მინდა მკითხველის ყურადღება მივაქციო ერთ გარემოებას, რომელიც *Филатов-ს* მოყაეს თავის შრომაში. *Martin-ს*, გერმანელ ქალის მენჯის მკვლევარს, თავის შრომისთვის უსარგებლია, გარდა 50 დამონჩხებულ და თავის ხელით გაზომილ 50 ცოცხალ ქალების მენჯებისა, ბერლინის კლინიკის 800 მეხჯით, უკვე სხვის მიერ გაზომილებით. *Филатов-ი* ამ 800 მენჯთა ზომებს არ უყურებს როგორც სამეცნიერო მასალას, რადგან მან არ იცის ვის მიერ და რანაირად იყვენ ეს მენჯები გაზომილი. *Филатов-ის* აზრით, მასალები მისაღებია მხოლოდ მაშინ, როცა გაზომილია ერთი მეთოდით და მასთან აღნიშნულია ის წერტილებიც, რომელთა შუა იყო გაზომილი ეს მასალები. *Филатов-ის* ასეთი შენიშვნა *Martin-ის* მასალების შესახებ შეიძლება ვინმემ ჩვენს მასალებსაც გაუკეთოს. მართალია, ჩვენი მასალები, გარდა პირად ჩემ მიერ შეკრებილ მასალებისა, არ არის ერთისა და იმავე მეანის მიერ გაზომილი და ამიტომ მათ ზომებში შესაძლებელია დაეუფუვათ სუბიექტიური რყევა. მაგრამ ესეც უნდა აღვნიშნოთ, რომ სამეანო კლინიკაში მენჯის გაზომვის წესი და მენჯსაზომი (*Martin-ის*) ყველა მეანისთვის ერთი და იგივე იყო. ყველა ეს მასალები გაზომილია მხოლოდ მეანების და არა ბებია ქალების და სტუდენტების მიერ. ამიტომ *Филатов-ის* მოთხოვნილება მასალების სარგებლობის შესახებ კლინიკაში სასცებით იყო დაცული. გარდა ამისა, კლინიკაში არსებულ წესით და იმავე მენჯსაზომით გაზომვმ პირადად მე 100 ცოცხალმენჯები და როცა ვაღარებ ამ მენჯების საშუალო ოდენობას კლინიკაში მიღებულ ამოდენისავე მენჯის ზომების საშუალო ოდენობასთან, ვრწმუნდები, რომ მათს შორის დიდი განსხვავება არ არის, ისეთ მცირე განსხვავებას კი, როგორც არის *D. Sp-ის* 0,7, *DCr. 0,36 ct.*, *Con. ext.* 0,19 ct. და *D. troch.* 0,96 ct. (იხილ. ტაბულა № 1.), ჩემის აზრით, არ შეუძლია არსებითი ცვლილებები შეიტანოს მენჯის ხასიათის გამოკვლევაში. მით უფრო, რომ თანამედროვე მეცნიერებას არ მოუცია ისეთი მეთოდი, რომელიც სხვადასხვა მეანის ხელში არა მარტო სხვადასხვა მენჯებზე, არამედ ერთსა და იმავე მენჯზე არ იძლევა მათემატიკური სისწორით ერთსა და იმავე ზომებს. ამ აზრისაა *Павлов-იც*. *Яковсон-ი* ამბობს, რომ ნორმალური მენჯის ზომები არიან საშუალო ოდენობის ზომები და განიციდან რყევას 1 ct.-დის. მაგ. *D. Sp.* 25—26 ct., *D. Crist.* 28-29 და სხვა. ამიტომ უნდა ვიფიქროდ, რომ სხვა ეროვნების მენჯთა ზომების საშუალო ოდენობაც არ არის თავისუფალი ამ სუბიექტიურ რყევის ზეგავლენისაგან.

ჩვენი გამოკვლევის ობიექტს შეადგენს: 1) თემოს ძვლების ზემო წინაწვეტთა შუა მანძილი (*D. Spin.*), 2) თემოს ძვლების ქედთა შორის უდიდესი მანძილი (*D. crist.*), 3) ციბრუტთა შუა მანძილი (*D. Troch.*) და 4) ბოქვენის სახსრის ზემო ნაპირიდან მძივის ქვემო მდებარე ფოსომდის მანძილი (*Con. ext.*). *Conjug. Diagon.* იშვიათ შემთხვევაში ვზომავდით და ისიც მაშინ, როცა ვიწრო მენჯთან გვკონდა საქმე იმიტომ, რომ მისი გაზომვა შეუძლებელი იყო ან ქვემო მცირე მენჯში ნაყოფის თავის ჩამოშვების ან კონიუგატის სიდიდის გამო. *Conjug. Diagon.* გაზომვის შესახებ *Филатов-ი* ამბობს: „დავანალური კონიუგატა ყოველთვის კი არ შეიძლება გაიზომოს,—ეს დამოკიდებულია უწინარეს ყოვლისა

მის სიდიდებზე: რაც უფრო დიდია კონიუგატა, მით უფრო ძნელად მივალწვეთ კონცხს; მაგრამ, გარდა ამისა, კარგად გაზომვა დამოკიდებულია შორისის სირბილებზე; როცა შორისი ძალიან რბილი იყო, ვახერხებდენ გამომეკვლია გარეგანი კონიუგატა 12 ct-ზე მეტი, ხოლო როცა შორისი მკვრივი იყო, კონცხს ვერ მივალწვედით 11 ct. კონიუგატის დროსაც. ამიტომ პირველ მშობიარეთა კონიუგატის გაზომვა უფრო ძნელია და თავის ქვემოლ ჩამოშვების დროს კი მთლად შეუძლებელიცაა.\*

რაც შეეხება მენჯის გასავლის და პირდაპირ ზომებს, ამის შესახებ უნდა აღვნიშნოდ, რომ კლინიკაში ამ დისტანციებს აღარ ვზომავდით იმიტომ, რომ მშობიარეზე ამ დისტანციების მიღება მეტად ძნელია: ყველა ის მენჯსაზომის დასაყრდნობი წერტილები უმეტეს შემთხვევაში ან ძნელი მოსაძებნია, ან ძლიერ მტკივნეულია (მაგ. Sig. arcuata-ს ქვემო ნაწილი); თვით გაზომვის მეთოდიც არაა ჩამოყალიბებული: ზოგი გვირჩევს კუკუბოების აღნიშვნას ფანქრით და მერე Oseonder-ის მენჯსაზომით გაზომვას (Schaeeder-ი), ზოგიც გვირჩევს სანტიმეტრით გაზომვას. ზოგი მეანი მენჯის გასავლის ზომებს დიდ მნიშვნელობას აძლევს (Массен) და ზოგისთვის კი ამას არავითარი მნიშვნელობა აქვს (Рымша). მაგ. Рымша-ს, რომელსაც გამოუკვლევი 200 ქალის მენჯი, თავის შრომაში სრულიად არ აქვს მოყვანილი მენჯის გასავლის პირდაპირი ზონა და თუ აქვს გარდიგარდმო ზომა, ისიც ვიწრო მენჯებისა.

რაც შეეხება მენჯის გაზომვის წესს, ეს წესი, როგორც ყველა რუსის და გერმანიის კლინიკებში (Побединский, Бум, Губарев), ისე ტფილისის სამედიკალინური კლინიკაშიაც ერთნაირია. როგორც D. Spin-მის მისაღებად, ისე ყველა გარდიგარდმო ზომების მისაღებად მშობიარეს ვაწვევთ გულაღმა, ფეხები გამართული და ერთმანეთზე მაგრად მიდებული აქვს. მენჯსაზომის წვერებს ვადებთ თქმის ძელების ზემო წინა წვეტთა გარე ნაპირების სიმეტრიულ წერტილებზე, სადაც აიერძის კუნთი იწყება. D. Crist.-მის გაზომვის დროს მენჯსაზომის წვერებს ვადებთ ქედთაგარე ნაპირთა წერტილებზე. Dist. Troch.-ის გამოსაკვლევად მენჯსაზომის წვერებს მოვათავსებთ ციბრუტების წამოწეულ წერტილებზე. გარეგანი კონიუგატას ან ბოდლოკის ზომის მისაღებად მშობიარე გვერდზე წევს.

მენჯსაზომის ერთი წვერს ვათავსებთ ბოქვენის სახსრის წინა ნაპირას, მეორეს წელის უკანასკნელ მძივის ქვემოძებარე ფოსოში. ყველა ზემოხსენებულ თითოეულ შემთხვევაში მენჯსაზომის ბოლოზე მოათავსებული ისარი გვიჩვენებს ამ ზომების ოდენობას. Con. Diagn.-ის მისაღებად სალოკი და შუა თითი შეგვაქვს საშოს უკანა თაღში და როცა თითი კონცხს მიალწვეს, შეტანილ თითზე მეორეს ხელით აღვნიშნავთ იმ ადგილას, სადაც ის ბოქვენის სახსრის ქვემო ნაპირას ეხება. შემდეგ ამ აღნიშნულ წერტილიდან შუა თითის ბოლომდის მენჯსაზომით აღვნიშნავთ მანძილს.

როგორც უკვე ვსთქვით, ჩვენის შრომის მიზანს შეადგენს გამოვიკვლიოთ ქალის მენჯის ნაციონალური ხასიათი, ამ მიზნისათვის, როგორც Филатов-ი, Рунге, Рымша, Павлов-ი და სხვები, ისე ჩვენც ვეძებთ მენჯის თითოეულ ზომის ნორმას ან საშუალო ოდენობას, რომელიც ახასიათებს ტიპიურ მენჯს. თუმცა მართა საშუალო ოდენობა, რომელსაც ვღებულობთ მთელ რიგი ციფრებიდან, Рун-

re-ს საკმარისად არ მიაჩნია. მისი აზრით საშუალო ოდენობა გვიჩვენებს მხოლოდ იმას, თუ სად უნდა ვეძიოთ ამ ნორმის საზღვარი და მას აძლევს მნიშვნელობას მხოლოდ მაშინ, როცა გამოკვლეულია აგრეთვე მისი მოსალოდნელი რყევის საზღვარიც. ამ მიზნისთვის Pyhre სარგებლობს Stieda-ს შესაძლებლობის თეორიის მეორე ფორმულით რომელიც გვიჩვენებს თითოეულ ციფრის დამოკიდებულებას საშუალო ოდენობასთან და რომელსაც  $P_{\text{YMH}} \alpha$  ამნაირად აღწერს:

ცხრილი № 2.

$$r = 0,8453 \frac{sd}{n}, \text{ სადაც}$$

d = თითოეულ ზომის გადახრას საშუალო ოდენობისაგან (M.)

s = ყველა განსხვავების ჯამს.

n = თითოეული ზომის საერთო რიცხვს.

ამნაირად ეს ფორმულა გვიჩვენებს ყველა თითოეული ზომის გადახრას ან დაშორებას საშუალო ოდენობისაგან, რომელიც უნდა შევეართოთ და გავყოთ თითოეულ ზომის საერთო რიცხვზე და შემდეგ ვავამრავლოთ 0,8453, რომელიც მუდმივი ოდენობაა და არ განიცდის რყევას. ამის შემდეგ მივიღებთ r-ს, რომელსაც აქვს ისეთი თვისება, რომ ერთ რომელსავე რიგში ხდება იმდენი გადახრა, რომელიც არის მეტი r-ზე, მაგრამ ზოგჯერ ხდება იმდენივე გადახრაც, რომელიც r-ზე ნაკლებია.

ამ ფორმულის მიხედვით გამოვიკვლიეთ, სამეანო თვალსაზრისით, 1414 მშობიარეთა და მელოგინეთა მენჯების ზომების საშუალო ოდენობა და მათი რყევის საზღვარიც და გამოირკვა, რომ ქართველ ქალის მენჯის Dist. Spin. უდრის 24,65 ct-ს, Dist. Crist.=27, 71 ct-ს, Dist. Troch.=30,03 ct-ს, და Con. ext.=19, 96 ct-ს, (იხ. ტაბ. № 4). მაგრამ, როცა ვაკვირდებით ამ ჩვენს მიერ მიღებულ ოდენობას, ვხედავთ, რომ არც ერთს მათგანს ჩვენს მასალებში ერთხელაც არ ჰქონია ადგილი (იხ. ტაბულა № 3.). მაგ. Dist. Spin. რიგში „25“ რიცხვი ყველაზე უფრო მეტჯერ მეორდება, ვინემ სხვა დანარჩენი ციფრები, ე. ი. DSP-ის რიგის 25 მეორდება მთელ ჩვენს მასალებში 481 ჯერ. ამიტომ ქართველ ქალის მენჯის Dist. Spin. საშუალო ოდენობა უნდა ყოფილიყო 25 და არა 24,65 ct-ი, რომელიც ჩვენ მივიღეთ. ასეთ მოვლენის შესახებ Филатов-ი ამბობს, რომ თუმცა ის ოდენობა, რომელიც უფრო მეტჯერ მეორდება რიგში არის საშუალო ოდენობის გამოხატველი, მაგრამ შესაძლებელია, რომ სინამდვილეში საშუალო ოდენობას ერთხელაც არ ჰქონდეს ადგილი. მიუხედავად ამისა, მისი აზრით, საშუალო ოდენობა არის იდეალური ოდენობა და ეს ოდენობა უფრო ახლოს სდგას იმ ოდენობასთან, რომელიც ყველაზე უფრო მეორდება რიგში. ამიტომ ქართველ ქალის ტიპური მენჯის D. Spin.-ის საშუალო ოდენობა 24,65 ct-ი, როგორც იდეალური ოდენობა, უფრო ახლოს სდგას 25 ციფრთან, ვინემ ამ ზომის სხვა ოდენობა. ამგვარივე დამოკიდებულებაში იმყოფებიან დანარჩენი დისტანციების საშუალო ოდენობაც იმ ციფრებთან, რომელთაც თავიანთ რიგში თავის რაოდენობით პირველი ადგილი უჭირავთ (იხ. ტაბულა № 3.). აგრეთვე ჩვენი გამოკვლევის შედეგად

გვიჩვენებს, რომ ქართველ ქალის ტიპიურ მენჯის Dist. Spin. და Dist. Crist. შუა მანძილი უდრის 3,06 ct.-ს. სხვა ავტორებიც იმ აზრისანი არიან, რომ ნორმალურ მენჯის Dist. Crist.-ში ყოველთვის მეტია D. spinar.-ზე არა ნაკლებ მ სანტიმეტრისა, ხოლო რაქიტიულ მენჯში კი D. Sp. და D. Crist. შეიძლება იყვენ თანაბარი ანდა Dist. Crist. იყოს ნაკლები D. Spinar.-ზე (Филатов-ი). უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ მიერ მიღებულ ქართველ ქალის მენჯის საშუალო ოდენობა, რომელიც გამომდინარეობს 1414 მენჯის ზომებიდან; ჩემის აზრით, ერის ტიპიურ მენჯის ხასიათს უფრო ატარებს, ვინემ ის საშუალო ოდენობა, რომელიც გამომდინარეობს 100—200 მენჯის ზომებიდან. ცხადია, რომ როგორც ტიპიური, ისე ატიპიური მენჯი 1414 მენჯში უფრო მეტჯერ შეგვხვდება, ვინემ 100—200 მენჯში.

როცა ვადარებთ ქართველ ქალის მენჯს ჩვენს მიერ მიღებულ ზომების საშუალო ოდენობას რუსის ქალის მენჯს ამავე ზომებთან, ვხედავთ, რომ ქართველ ქალის D. Sp. (24, 65 ct.-ი) მეტია Филатов-ის მიერ მიღებულ იმავე ზომაზე 0,95 ct.-ით და Рымша-ს მიერ მიღებულ იმავე ზომაზე—0,15 ct.-ით. აგრეთვე ქართველ ქალის D. Crist. (27, 71 ct.) მეტია Филатов-ის მიერ მიღებულ იმავე ზომაზე 0,21 ct.-ით და Рымша-სი—0,01 ct.-ით. ქართველ ქალის მენჯის D. Spin.-ის და D. Crist.-ის შუა მანძილი (3,06 ct.) ნაკლებია Филатов-ის მიერ მიღებულ ამავე მანძილზე (3,8 ct.)—0,74 ct.-ით და Рымша-ს 0,14 ct.-ით. ქართველ ქალის con. ext. (19,96 ct.) მეტია Филатов-ის მიერ მიღებულ ამავე ზომაზე 0,56 ct.-ით და Рымша-ს მიერ მიღებულ ამავე ზომაზე 0,86 ct.-ით. ხოლო ქართველ ქალის მენჯის Dist. Troch. (30,03 ct.) ნაკლებია ზემოხსენებულ ავტორების მიერ მიღებულ ამავე ზომაზე 1 ct.-ით (იხ. ტაბ. № 5).

აგრეთვე, როცა ვადარებთ ქართველ ქალის მენჯის ზომების საშუალო ოდენობას Martin-ის მიერ მოყვანილ ევროპიელ ქალის იმავე საშუალო ოდენობასთან, აღნიშნულს Филатов-ის შრომაში, ვხედავთ, რომ ქართველ ქალის მენჯის D. Sp. და D. Crist. საშუალო ოდენობა ნაკლებია გერმანელ და ინგლისელ ქალების ამავე ზომებზე (0,65—1,95 ct.-ით და 0,59—2,09 ct.-ით) და გაცილებით მეტია ფრანგ ქალების ამავე ზომებზე 1, 65 ით. ქართველ ქალის D. Spin.-ის და D. Crist.-ის შუა მანძილი (3,06 ct.) შედარებით გერმანელ ქალის ამავე ზომასთან თითქმის თანაბარია, ხოლო ინგლისელ ქალის ამავე დისტანციათა შუა მანძილზე ნაკლებია 1, 14 ct.-ით. ქართველ ქალის მენჯის გარეგანი კონიუგატა (19,96 ct.) მეტია ყველა ევროპიელ ქალის მენჯის გარეგანი კონიუგატაზე (გერმანელ ქალის კონიუგატაზე 0,66 ct.-ით, ინგლისელ ქალის კონიუგატაზე—0,96 ct.-ით და ფრანგ ქალის კონიუგატაზე 1,06-ცთ.), (იხ. ტაბულა № 5).

რაც შეეხება ქართველ ქალის მენჯის ფორმას, ამის შესახებ ჩვენ გადაჭრით ვერაფერს ვერ ვიტყვი, რადგანაც არ ვიცი ქართველ ქალის მენჯის რბილი და მაგარი ნაწილის სისქე რას უდრის და აგრეთვე არ ვიცი მცირე მენჯის შესავლის გარდიგარდმო ზომაც, რაც აუცილებელი საჭიროა მენჯის ფორმის გამოსარკვევად. მაგრამ იმ მოსაზრების მიხედვით, რომ ქართველ და გერმანელ ქალთა მენჯების ყველა ზომები ერთი-მეორისაგან განსხვავდებიან თითქმის 0,66 ct. ით და აგრეთვე იმ მოსაზრების გამო, რომ ამ ორ ერთა მენ-

ჯების დისტანციათა შუა მანძილი ერთი-მეორის თანაბარია, შეგვიძლიან დაახლოებით ვსთქვათ, რომ ქართველ ქალის მენჯის ფორმა უფრო ახლოს სდგას გერმანულ ქალის მენჯის, ვინემ რუსის და სხვა ევროპიელ მენჯის ფორმასთან.

ამნაირად, ზემომოყვანილ მასალების მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ ქართველ ქალის ტიპურ მენჯის D. Sp. და D. Crist. მეტია რუსის და ფრანგ ქალების ამავე ზომებზე, ხოლო ნაკლებია გერმანულ და ინგლისელ ქალებსაზე. ქართველ ქალის დისტანციათა შორის განსხვავება ნაკლებია რუსის და ინგლისელ ქალების ამავე მანძილზე, ხოლო თანაბარია გერმანულ ქალის ამავე დისტანციათა შორის არსებულ მანძილზე.

ქართველ ქალის კონიუგატა კი მეტია ყველა, როგორც რუსის, ისე ევროპიელ ქალის გარეგანი კონიუგატაზე.

თუმცა ქართველ ქალის ვიწრო მენჯის საკითხი ჩემს შრომის საგანს არ შეადგენს და ამიტომ არსებითად მას ვერ შევხები, მაგრამ მაინც ჩვენი მასალების მიხედვით მინდა აღვნიშნო თუ რამდენად ხშირია საქართველოში ქართველი ქალის ვიწრო მენჯები. ვიწრო მენჯის გამოსაკვლევად ზოგიერთ კლინიკებში და სამშობიარო სახლებში სარგებლობენ მენჯის გაოყვანი კონიუგატით და თუ, თანახმად Leopold-ის, Рейн-ის, Новицкий-ის, Виридарский-ს და სხვების შეხედულებისა, როგორც ამას ვხედავთ Якоинсон-ის შრომაში, მივიღებთ ვიწრო მენჯად ისეთ მენჯს, რომელსაც გარეგანი კონიუგატა აქვს 18 სმ-ის და ნაკლები, მაშინ ჩვენს მასალებში ვიწრო, ე. ი. 1414 მენჯში ვიწრო მენჯი შეგვხვდება 112 ჯერ, რაც შეადგენს 7,9%-ს. მაგრამ უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს გარეგანი კონიუგატა 18 სმ-ი არის რუსის ქალის ვიწრო მენჯის საზღვარი და თუ მივიღებთ მხედველობაში კლინიკურ დაკვირვებებს, რომ ქართველი ქალი თითქმის ბუნებრივად რჩება მაშინ, როცა მას გარეგანი კონიუგატა 18 სანტ. აქვს, მაშინ ცხადია, რომ ქართველ ქალის ვიწრო მენჯის საზღვარი უნდა იყოს 18-სმ-ზე უფრო ნაკლები და არა 18 სმ-ი, რაც შეადგენს 1,9%-ს. სამწუხაროდ მე აქ არ მაქვს კლინიკური ცნობები რომ დავასაბუთო ჩემ მიერ მოყვანილი შეხედულება ქართველი ქალის ვიწრო მენჯის შესახებ, ამისთვის საჭიროა ნაყოფის წონის და თავის ზომების საშუალო ოდენობა, მაგრამ ვიმედოვნებ, რომ ამ ფრიად მნიშვნელოვან საკითხს ახლო მომავალში მე თუ არა, სხვა მაინც საბუთებით ხელში უფრო გააშუქებს. ქართველ ქალის ვიწრო მენჯის საზღვარს დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს, ყველა მებანემ უნდა იცოდეს თავის ერის ვიწრო მენჯის საზღვარი რომ თავის უდროო ჩარევით მშობიარობა არ გაართულოს.

თ ე ზ ი ს ე ბ ი :

- 1) ქართველ ქალის მენჯი რუსის და ფრანგ ქალების მენჯთან შედარებით უფრო განვითარებულია, ხოლო ინგლისელ და გერმანულ ქალებისაზე ჩამორჩენილი.
- 2) ქართველი ქალის მენჯი თავის ზომით უფრო ახლოს სდგას გერმანულ ქალის, ვინემ სხვა ევროპიელ ქალის მენჯთან.
- 3) ქართველი ქალის მენჯი Con. ext-ის მიხედვით უფრო მომზადებულია ნაყოფის მოსამშობიარებლად, ვინემ ევროპიელ და რუსის ქალების მენჯები.

4) მენჯის ფორმის სავსებით შესწავლა შეიძლება მხოლოდ ანტროპოლოგიურ გზით დაჩონჩხებულ მენჯზე.

დასასრულ ჩემს თავს მოვალედ ვსთვლი უღრმესი მადლობა გამოუცხადო პროფ. ივ. თიქანაძეს, რომელმაც ნება დამართო მესარგებლა ამ კლინიკური მასალით და ხელმძღვანელობა გამიწია მის დამუშავებაში. აგრეთვე მადლობას ვსწირავ ყველა იმ ექიმებს, რომლებმაც დახმარება გამიწიეს მასალების დამუშავებაში.

### ლიტერატურა.

1. Г. Рунге. К учению о форме таза взрослой женщины. Таз Русской женщины С. Петер. 1888 г.

2. А. П. Попов. К учению о величине и форме таза взрослой женщины. Таз польской женщины. Журнал акушер. и женск. болезней 1895 г.

3. Массен В. Результаты измерения выхода таза женщины. Журнал акушерства и женских болезней. 1895 г. № 1.

4. А. Филатов. Материалы для определения формы и средней величины Русского женского таза. Москва 1877 г.

5. Д.Д. Попов. Терапия родов при узком тазе. 1912 г.

6. В. Л. Якобсон. Узкий таз. С. Пет. 1911 г.

7. А. Рымша. К учению о нормальном и узком тазе Русской женщины. Журнал акушерства и женских болезней. 1892 г. № 7—8.

8. Проф. Е. Витт. Руководство к изучению Акушерства.

9. Проф. А. П. Губарев. Акушерское исследование наружное и внутреннее. Москва. 1898 г.

10. Н. И. Побединский. მეანობის მოკლე სახელმძღვანელო თარგმანი ზოგიერთი დამატებით, პროფ. ი. თიქანაძის 1921 წ.

11. Prochownik-ის Рунге-ს შრომიდან.

ცხრილი № 1.

ქართველ ქალის მენჯის საშუალო ოდენობა, მიღებული ჩემ მიერ გაზომილ 100 ცოცხალ ქალის მენჯზე.\*)

სად წარმოებდა გაზომვა და ვის მიერ	D. Spin	D. Crist	D. Troch	Con. ext	Con. Diag
კლინიკაში ორდინატორ. მიერ გაზომილი . . . . .	25,1	27,5	30,85	20	—
ჩემ მიერ გაზომილი . . . . .	25,8	27,86	31,81	20,19	12,67
განსხვავება. . . . .	0,7	0,36	0,96	0,19	—

ცხრილი № 4.

ქართველ ცოცხალ ქალის მენჯის ზომების საშუალო ოდენობა.

ზ ო მ ე ბ ი.	საშუალო ოდენობა.	რყვეის საზღვარი +	მისი ხწორობა + V.
Dist. Spinar. ant. . . . .	24,65	1,01	0,85
„ Crist. lab. ext. os. ilei. . . . .	27,71	0,96	0,03
Con. ext. . . . .	19,96	0,76	0,62
Dist. Troch. . . . .	30,03	1,13	0,85

\*) ამასთან 100 ქართველ ქალის მენჯის ზომები ჩემ მიერ გაზომილი და ამოდენივე კლინიკის ორდინატორების მიერ გაზომილი მოხსენების დროს წარმოდგენილ იყო, მაგრამ ტენიკურ მიზეზების გამო ვერ იბეჭდება.

ქართველ ცოცხალ ქალთა დიამეტრების საშუალო ოდენობა  
 (სამეანო კლინიკა)\*)

Sp. JI.		Cr. JI.		Con. ext.		Troch.	
min.	20	min.	21	min.	15	min.	24
med.	28	med.	30	med.	20,25	med.	31,5
max.	36	max.	39	max.	25,5	max.	39,6
20	4	21	1	15	1	24	1
20,5	5	22,5	1	15,5	1	25,5	3
21	6	23	2	16,5	1	27	6
21,5	2	24	19	17	12	27,5	4
22	26	25	21	17,5	12	28	19
22,5	7	25,5	20	18	85	28,5	6
23	97	26	133	18,5	35	29	95
23,5	25	26,5	33	19	250	29,5	10
24	233	27	344	19,5	37	30	492
24,5	18	27,5	96	20	580	30,5	52
25	481	28	342	20,5	60	31	309
25,5	58	28,5	72	21	225	31,5	43
26	228	29	180	21,5	34	32	208
26,5	38	30	94	22	55	32,5	25
27	109	29,5	17	22,5	9	33	76
27,5	18	31	11	23	12	33,5	7
28	36	31,5	4	23,5	1	34	30
28,5	6	32	2	24	1	35	12
29	8	32,5	1	25	2	35,5	1
30	5	33	4	25,5	1	36	6
31	1	30,5	12			36,5	1
36	1	38	2			37	4
		38,5	1			38,5	1
		39	1			39	3

\*) მოხსენების დროს ამასთან წარმოდგენილ იყო 1414 ქართველ ქალთა მენჯის ზომები რომლებზედაც ემყარება ეს ტაბულა, მაგრამ ტენნიკურ მიზნების გამო ვერ იბეჭდება.



ივარკიძე, აქსის მხ ქართვილ ცოცხალ ქაღმის მონქთა ღმამბდაბის სუხალს ოღმოსის უღმარეველი ცხარი.

ა ბ გ ვ ზ ე.	მასლა.	სად წარმო- ებდა ვახო- ვა.	Sp. os. il. ant. Sup.	Crist. os. il. labt. ext.	Conj. ext.	Conj. Diag.	Trochant.	Con. Vern.
გერმანული . . . . .	—	—	25,3	28,3	19,3	—	—	11,2
ინგლისელი . . . . .	—	—	26,6	30,8	19.	—	—	10,3
ფრანგი . . . . .	—	—	23.	—	18,9	—	—	11.
ა. ფილატოვი . . . . .	197	ზოსკოვნი.	23,7	27,5	19,4	—	31,2	—
ა. რომა . . . . .	363	კეტრო- გრაფნი.	24,5 + 0,05 v = + 0,86	27,7 + 0,05 v = + 0,87	19,1 + 0,03 v = + 0,03	12,4 + 0,02 v = + 0,42	31. + 0,04 v = + 0,73	—
ვვ. შულამბერიძე . . . . .	1414	ტფილისნი.	24,65 + 1,01 r = + 0,85	27,71 + 0,96 r = + 0,03	19,66 + 0,76 r = + 0,62	—	30,03 + 1,12 r = + 0,85	—

## მ. არჯვანიძე.

ასისტენტი.

### მომყოლის გამოკვება ემ. დ. აბულაძის წესით.\*)

(ტფილისის უნივერსიტეტის სამედიცინო კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ი. თიკანაძე).

ბავშვის დაბადებას უნდა მოყვეს მომყოლის დაბადებაც, რაც უმეტეს ნაწილად თავისით ხდება სხვადასხვა დროს განმავლობაში (ხუთი წამიდან რამოდენიმე საათის შემდეგ).

მომყოლის ხანის ჩატარებას მენობის ისტორიაში სხვადასხვა მიმართულება ჰქონდა. უძველეს დროიდან მიღებული იყო მომყოლის გამოკვება მაშინვე, ბავშვის დაბადების შემდეგ, რის გამოც ხშირად ცოტად დაგვიანებულს მომყოლის დაბადებას სხვადასხვა დახმარებას უწევდნენ (ქიპლარის გამოზიდვას, მოლოგინებულის შენძრევას და სხვა), ხშირად ხელითაც შედიოდნენ საშვილოსნოში და გამოქონდათ მომყოლი.

ბოლოს და ბოლოს სხვა წესებმა ადგილი დაუთმეს Credè-ს წესს, რომელსაც აწარმოებდნენ მშობიარობის არა უგვიანეს 4—5 წამისა. ამგვარ აქტიურ წესების მიმდევრებს გაუჩნდათ მოწინააღმდეგეები, რომელია შორის უფრო თვალსაჩინო ადგილი დაიჭირა Alfeld-მა, რომელიც მომხრე იყო უკიდურეს მოცდისა და მომყოლის ბუნებრივ დაბადებისა.

ცხოვრება კი გვიჩვენებს, რომ, თუ მომყოლის ხანაში რაიმე გართულებამ არ იჩინა თავი (მაგ., სისხლის დენა ან სხვა), არც ძლიერ აჩქარებული აქტივობა და არც გადაჭარბებული ლოდინი საერთოდ გამოსადეგი და სასურველი არ არის.

აჩქარებულ მოქმედებას თანყვება ისედაც გალიზიანებულ საშვილოსნოსი ძლიერი გალიზიანება, რაც თავის მხრივ გადაჭარბებულ მოკუმშევებს, შევიწროვებას (სტრექტურებ.), აგრეთვე გარსების და მომყოლის ნაწილობრივ მოგლეჯას და საშვილოსნოში ჩარჩენას იწვევს.

ზედმეტ მოცდის დროს მშობიარობის მსვლელობა ხანგრძლივდება, როცა ამას საჭიროება არ მოითხოვს, მშობიარე დიდ ხანს ვერ სტოვებს ვასკრილ და სისხლით სავსე დასველებულ საწოლს, მშობიარობის დროს დამხმარე პირი ტყუილ-უბრალოდ ჰკარგავს ბევრს დროს ცდით (Грушев). გარდა ამისა, ტფილისის სახ. უნივ. სამედიცინო კლინიკაში და, ალბად, ყველა ამგვარ დაწესებულე-

\*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა მე-3 კონგრესზე.

ბაში, მშობიარეთა რიცხვის შესამჩნევ მომატების გამო—სამშობიარო ოთახის სამი მოსამშობიარებელი საწოლი ხშირად საკმარისი არ არის და ამის გამო მორიგე ექიმი იძულებული ხდება ლოგინობის ხანა კოტად მიინც შეამოკლოს. მომყოლის ხანა ორ ნაწილისაგან შესდგება: მომყოლის მოცილება საშვილოსნოს კედლისაგან და მოცილებულ მომყოლის გარედ გამოძევება.

ბუნებრივად ნაყოფის დაბადების შემდეგ მომყოლი (საშვილოსნოს ღრუში წნევის შეცვლის გამო) სცილდება კედელს Retroplacentar-ულ ჰემატომის ან სხვა სახის საშუალებით. ამ დროს ხელახლა საშვილოსნო იწყებს მოკუმშვებს, რომლებიც გრძელდებიან იქამდე, სანამ მომყოლს საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში, ყელში ან საშოში არ ჩამოსწევენ; ამის შემდეგ მოქმედობს თვით მომყოლის სიმძიმე და, უმთავრესად, მუცლის ღრუს წნევა (მუცლის პრესი).

Schaut-ი ამტკიცებს, რომ 100 შემთხვევიდან 99-ში მას მომყოლი უნახავს სამშობიარო მილში პირველ 30 წამის განმავლობაში.

იმის ამოსაცნობად, მოსცილდა თუ არა მომყოლი საშვილოსნოს კედელს—სხვადასხვა დამხმარე წესები გვაქვს: პირველი ის, რომ ბავშვის დაბადების შემდეგ, ჩვენ მიერ გადაფსკენილი ქიპლარი, გარეთა სასქესო ნაწილების უახლოეს ადგილზე, მომყოლის მოცილების დროს იწევს ქვევით. გაზომვა ქიპლარის ამ ჩამოწეულ ნაწილისა გვიჩვენებს მომყოლის წინმსვლელობას; მეორე, თუ მსუბუქად დაეკერთ ხელს საშვილოსნოს ფსკერს და დაეკვირდებით ქიპლარის გადაფსკენილ ადგილის ზემო ნაწილს, როცა მომყოლი არ არის მოცილებული, ჩვენ ვიგრძნობთ სისხლის ტალას ქიპლარის ენაში. დაეინახეთ ქიპლარის ნაოქების გადასწორებას და ქიპლარის გარდვიარდმო ზომის მომატებას (Strassman-ი).

Küstner-ის წესით—საშვილოსნოს ფსკერზე მსუბუქად ხელით დაწოლის დროს ქიპლარი იწევს ქვევით; ხელის გაშვების შემდეგ, თუ ქიპლარი აიწია ზევით, ჩანს, მომყოლი არ არის მოცილებული.

Schreder-ით მომყოლის მოცილება შეიძლება ამოვიცნოთ იმით, რომ მოცილების შემდეგ საშვილოსნო პრტყელდება (წინა უკანა ზომებით) და იწევს ძლიერ ზევით (კიპს ზემოდ და მარჯვნივ).

არის კიდევ ერთი სუბიექტიური ნიშანი მოცილებისა, როცა მშობიარე გრძნობს სიმძიმეს—წნევას სწორ ნაწლავზე.

იზვიათ შემთხვევებში ბავშვის დაბადების შემდეგ არც სისხლის დენაა და არც მომყოლი იბადება ძლიერ დიდი ხნის განმავლობაში. აღწერილია Варнек-ის შემთხვევა, სადაც მომყოლი დაიბადა მშობიარობის 50 დღის შემდეგ; Скупецк-ის შემთხვევა, როდესაც მომყოლი საშვილოსნოში იყო სრული ორი თვე.

მომყოლის შეჩერების მიზეზები მრავალნაირია, მათ შორის—მომყოლის სრული, ან ნაწილობრივი მოზრდა-მიმაგრება საშვილოსნოს კედლებზე, დანამატანი მომყოლი, plac. membranacea და pl. marginata. მოცილებულ მომყოლის შეჩერებას კი იწვევენ ხშირად: შარდის ბუშტის აცება, ხანგრძლივი მშობიარობა ვიწრო მენჯების დროს, დიდ-ნაყოფიანი მშობიარობა, ხშირი გასინჯვა მშობიარისა, ენერგიული, უდროოდ და არა lege artis ნაწარმოები Credè-ს წესით—ყველა ეს მიზეზები იწვევენ საშვილოსნოს კედლების ზედმეტად გაღიზიანებას, რასაც თანყვება სტრიქტურები, როგორც ყელის შიგნითა პირის, აგრეთვე ფა-

ლოპუსის მიღების მიმაგრების მიდამოებში და ამით დიდხნობით ფერხდება მოცილებული მომყოლის საშვილოსნოდან გამოძევება.

სახელმწიფო ზნივერსიტეტის სამიანო კლინიკაში შემოღებულია შემდეგი წესი მომყოლის ხანის ჩატარებისა:

1. როცა სისხლის დენა მომატებულია, ჩვენ კატეტრით ვცლით შარდის ბუშტს და ვხმარობთ ექ. აბულაძის წესს. ამ წესის უშედეგობის შემდეგ მიემართავთ Credé-ს წესს და, როცა ეს უკანასკნელიც შედეგს არ იძლევა, სისხლის დენა კი გრძელდება, ვხმარობთ კანქვეშ მორფიუმს. მორფიუმის მოქმედების შემდეგ ვიმეორებთ ექ. აბულაძის ან Credé-ს წესებს და მხოლოდ ამის შემდეგ საშვილოსნოში ვაცილებთ და გამოვავაქვს მომყოლი.

2. როცა სისხლის დენა არა გვაქვს, ჩვენ ვიცდით ნახევარ საათს, რის შემდეგ ვიკვლევთ—მოცილებულია თუ არა მომყოლი საშვილოსნოს კედლისაგან. თუ მოცილებულია, მაშინ ვცლით შარდის ბუშტს და ვხმარობთ ექ. აბულაძის წესს. ამ წესის შემდეგ Credé-ს წესს და ამ წესთა უშედეგობის შემდეგ ვხმარობთ მორფიუმს და ვიმეორებთ კიდევ ზემოდ ჩამოთვლილ წესებს. თუ მომყოლი მოცილებული არ არის, ვიცდით ნახევარ საათს, შემდეგ აბულაძის, Credé-ს წესებს და ამით უშედეგობის გამო, კიდევ ვიცდით სამს საათს, რის შემდეგ ხელით ვაცილებთ და გამოვავაქვს მომყოლი. თითქმის ასი წლის უკან Делоне-მ წარმოადგინა მიმაგრებულ მომყოლის მოსაცილებლად—ტიპლარის ვენაში ძმრის შეშხაბუნება. ამგვარი წესი სხვებსაც უხმარიათ კარგი შედეგებით და სხვადასხვა სითხეებით ძმრის მაგიერ.

თუ მომყოლი მოცილებულია ექ. აბულაძის წესი ათითქმის 90%-მდე დადებითი შედეგებს იძლევა.

1907 წელს ჟურნალის „Акушерство и женские болезни“ მე-9 ნომერში ექ. დ. აბულაძემ გამოაქვეყნა თავისი ძლიერ მარტივი მომყოლის გამოძევების წესი, რომელიც შემდეგნაირად სრულდება: საშვილოსნოს დაზღვევის (მასაჟის) შემდეგ, ორივე ხელებით, სიგრძით, თეთრი ხაზის პარალელურად დაიჭერენ მოდუნებულ მუცლის წინა კედელს ნაოჭში და აჭინთებენ შშობიარეს. ვაჭინთავ იწვევს შუასაძგიდეს დაჭიმვას, მუცლის ღრუს წნევის მომატებას, ე. ი. მუცლის პრესის მოქმედებას საშვილოსნოს კედლებზე და ამით მომყოლის გამოძევებას. ამ პირობებში მთელი ძალა საშვილოსნოს კედლების წნევაზე იხარჯება, რადგანაც მუცლის მოდუნებული კუნთები, მოთავსებულნი დამხმარის ხელში რჩებიან წნევის გარეშე და ამრიგად ჭინთვის ძალა სრულიად არ იკარგება ამ ქსოვილთა გასაგანიერებლად. ეს წესი ექ. დ. აბულაძეს შემოუღია 1900 წლიდან კიევის უნივერსიტეტში ორდინატორად ყოფნის დროს, აუწერია კი 1907 წელს. ხსენებულ ჟურნალში ამ წესის აღწერას მხოლოდ ერთი გვერდი უჭირავს.

14 წლის შემდეგ—1921 წელს ამერიკაში საექიმო ჟურნალში (Journal of the Amer. medicin. assoc. 1921 № 9) გამოქვეყნდა იგივე წესი, როგორც Josef Baer-ის წესი. ეს შრომა ჩვენ ვერ ვიშოვეთ, მაგრამ მის შესახებ ცნობებს ვაძლევს K. Burger-ის სტატია (Zentralblat Gynäkologie № 20—1924 წ.) და

მასთან ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ში მოთავსებული რეფერატი K. Burger-ის სტატიისა 1921 წ. № 3.

Baer-ის წესის შემოღების დასაბუთება და ხმარების ტექნიკა არაფრით არ განირჩევა ექ. დ. აბულადის მიერ 1907 წელს გამოცხადებულ წესისაგან.

ეს წესი, როგორც ექ. დ. აბულადის წესი შეტანილი აქვს პროფ. Груздев-ს თავის Kurs акуш. и женск. бол. часть II. К.

Акуш. т. 1 1922 წ. ბერლინი

ჩვენს კლინიკაში ამ წესის ხმარება დაიწყო 1924 წლის აპრილის 26. 1925 წლის დაბეჭდილ მშობიარეთა ფურცლებში ეს წესი—აბულადის სახელწოდებით უკვე შეტანილია—მომყოლის ხანის აღსანიშნავ ნაწილში.

შესაძლებელია, რომ ექ. Baer-ს თავის დღეში არც კი გაუგონია ექ. აბულადის გვარი და მის მიერ გამოქვეყნებული წესი, თავისი შრომით და დაკვირვებით იმანაც იგივე შედეგი მიიღო, რაც აბულადემ, მაგრამ სიმართლის აღსადგენად ჩვენ ვალდებული ვართ ჩავერიოთ ამ საქმეში და დავიცვათ ჩვენი თანამემამულეს—ექ. აბულადის პრიორიტეტი.

ექ. Baer-ს ეს წესი გამოუცდია 300 შემთხვევაში და შეუნიშნავს, რომ საერთოდ 89% ეს წესი კარგ შედეგს იძლევა, კერძოდ კი უფრო კარგია განმეორებით მშობიარებზე მოქმედების დროს (სადაც დადებითია 94%-ში). პირველ მშობიარეთა შორის მას მიუღია მხოლოდ 84%-ში დადებითი შედეგები, რასაც ის იმით ხსნის, რომ პირველად მშობიარობის დროს ამ წესს ხელს უშლის მომშობიარებულ საშვილოსნოს ძლიერი ტკივილები და მასთან რბილ ქსოვილთა მეტი წინააღმდეგობა, ვიდრე განმეორებით მშობიარობის დროს.

ჩვენს კლინიკაში 1924 წლის ექვსი თვის განმავლობაში ეს წესი ნაწარმოები ყოფილა 27-ჯერ, 1925 წლიდან კი მხოლოდ 4 თვის განმავლობაში უხმაირაით 34 ჯერ.

ამ 61 შემთხვევიდან I para ყოფილა 20, multi p. 41; დროული მშობიარება ჰქონიათ 57, ნაადრევი მხოლოდ 4; წლოვანების მიხედვით 2 ყოფილა 17 წლისა—4 კი 38 წლისა, საერთოდ კი 20 წლამდე ყოფილან 16, 20-ის შემდეგ—45. თუმცა ჩვენი მცირე მასალის მიხედვით ძნელია გადაჭრილი დასკვნები გამოვიტანოთ, მაგრამ თუ დავიხმარებთ Baer-ის ციფრებსაც (I p.—132, m. p. 168) შეგვიძლიან ვიფიქროთ, რომ განმეორებით მშობიარობის დროს უფრო ხშირია ის მიზეზები, რომლებიც იწვევენ ჩვენს დახმარებას მომყოლის გამოსაძევებლად (მუცლის კედლების მეტი სიღუნე და სხვა). უნდა მოგახსენოთ, რომ ექ. აბულადის წესს ყოველ შემთხვევაში მივმართავდით ჩვენ მხოლოდ გართულების დროს, უმთავრესად მომეტებულ სისხლის დენის დროს ჩომყოლის ხანაში. უმცირესი დრო ნაყოფის დაბადების შემდეგ, როცა ჩვენ ეს წესი გვიხმარია—ყოფილა 5 წამი—3 ჯერ; დაგვიანებულად მივვიმართავს ერთჯერ 55 წამის შემდეგ; საშუალოდ კი, ყველა ჩვენი შემთხვევების მიხედვით, ეს წესი ნაწარმოები ყოფილა 21,4 წამის შემდეგ.

9 ჯერ ეს წესი უშედეგო აღმოჩენილა და Credé-ს წესი დავიხმარებია. მათში 1 ჯერ Credé-ც უშედეგო ყოფილა, ამგვარად უშედეგობა ყოფილა 14,7%

ანუ კარგი შედეგები მიგვიღია საერთოდ 85,3% -ში. 1 para დადებითი 85%, multi p. 86,5%.

ჩვენს და Baer-ის მიერ მიღებულ შედეგებს შორის დიდი განსხვავება არ არის.

ჩვენს შემთხვევებში მომყოლის ნაწილების ჩარჩენა საექვოდ ყოფილა 2 ჯერ, მათში 1 ჯერ აბულადის წ. შემდეგ უხსარიათ Crede. ეს გვაძლევს 1,5%.

გარსები ყოფილან საექვო 6 ჯერ, მათში ერთი Crede-ურევია. აქედან ჩვენ ვიღებთ 81%, სულ კი 9,6% გართულებისას. ექ. აბულადის და Crede-ს წ. წარმოების შემდეგ გართულების შედეგების შესადარებლად მოვიყვან პროფ. Ульяхновский-ს მიერ ნაანგარიშებ ცნობას, სადაც მას Credé-ს წესის შემდეგ მხოლოდ გარსების ჩარჩენის % ნაანგარიშები აქვს 31% (სხვათა შორის ეს პროცენტი სხვა მკვლევართა ციფრებთან შედარებით უფრო ნაკლებია).

როცა ჩვენ იძულებული ვართ მივმართოთ აბულადის წესის სისხლის დენის გამო, მაშინ ჩვენ არ ვარჩევთ მოცილებულია, თუ არა მომყოლი, რის გამოც, რასაკვირველია, ჩნდება შესაძლებლობა გარსებისა და მომყოლის ნაწილების ჩარჩენისა თუმცა გაცილებით უფრო ნაკლებ % -ში ვიდრე Credé-ს წესის დროს.

ექ აბულადის წესის ხმარების დროს, რაიმე გართულებას, ამ დახმარებისაგან გამოწვეულს, ჩვენ შემთხვევებში ადგილი არ ჰქონია. თავის წესის დასაცველად ექ. აბულადის ის მოსაზრებაც აქვს წამოყენებული, რომ არა გამოცდილ პირის მიერაც შეუძლებელია ამ წესის ხმარების დროს საშვილოსნოს გამოვარდნა-გადმობრუნება გამოიწვიოს, რასაც Credé-ს შემდეგ ამგვარ მოვლენას ადგილი ჰქონია.

61 შემთხვევიდან სიცხე ჰქონიათ:

1-ჯერ 5 (3-ჯერ მშობიარობის შემდეგ პირველ დღის განმავლ. და 2-ჯერ ძუძუების გამო).

2 ჯერ 2 (sine localisatione)

3-ჯერ 1 Colpitis levis) ბევრჯერ 3 malaria tertiana, influenza, Bronchitis acuta) ასე რომ სიცხის აწვევაც არ ყოფილა გამოწვეული ამ წესის ხმარებით.

ჩვენი და Baer-ის მასალების მიხედვით შეიძლება შემდეგი დასკვნები გამოვატანოთ:

I. მომყოლის გამომამკვეებელ წესთა შორის უფრო უწყინარი, მარტივი და ფიზიოლოგიურის მსგავსია ექ. დ. აბულადის წესი, რომელიც ეხლა საზღვარ-გარეთელ ლიტერატურაში გამომზტურებულია, როგორც ექ. Baer-ის წესი; 66

II. ექ. დ. აბულადის წესის ხმარების დროს იმ გართულებებს, რომლებიც Crede-ს წესს ხშირად დაყვებიან, იშვიათ შემთხვევებში შევხვდებით;

III. ვინაიდან სასურველია, რომ ჩვენ თანამემამულეთა სხვა შრომებსაც არ ეწიოს ისეთივე ბედი, როგორც ექ. აბულადის წესს, უნდა მივიღოთ მხედველობაში ეს შემთხვევა და ყველა ჩვენს მიერ გამოქვეყნებულს შრომებს ქართულ ენაზე დავეუმატოთ გარდა სათაურის თარგმანისა კიდევ მოკლე შინაარსი ან დებულებები რომელიმე საზღვარ გარეთელ ენაზე, როგორც ეს შემოღებულია რუსულ ჟურნალში „Гинекол. и Акушерство“-ში.

დასასრულ მადლობას უძღვნი დიდად პატივცემულ პროფ. ი. თიკანაძეს ამ შრომის დამუშავების დროს დახმარებისა და ხელმძღვანელობისათვის და ექ. ანდრეევს დახმარებისათვის.

ლიტერატურა.

1. Д. Абуладзе. К технике выведения последа Журн. акушер.и женск. бол. № 9 1907 года.
2. Л. В. Ульяновский. Медицинский отчет диссерт. 1911 года.
3. K. Burger. Die Behandlung der Nachgeburts periode nach Baer-s Verfahren Zentrale f. Gynökol. № 20 1924.
4. თანამედროვე მედიცინა—რეფერატი K. Burger-ის სტატიისა № 3 1924 წ.

D-r D. Abuladze B. Verfahren zum entfernen der Placenta.

1. Von allen Methoden die zur Lösung der Placenta dienen die unschädlichste einfachste und dabei den physiologischen verhaeltnessen am besten angefasst, ist d-r Abuladze-s methode, welche neulich in der ausländischen literatur beschrieben ist als d r Baer-s verfabren.

2. Etwaige Complicationen welche beim Crede-s Verfabren vorkommen kommen warbreud der Lösung nach D-r Abuladze höchst selten vor.

3. Esist-daher wünschenswert dass wir, damit unsere werke das schicksal von D-r Abuladze-s Methode nicht treffen konnte—unzerer werke Tifel kur den Inhalt und derer Tbsen in über setzung an unsere Ausgaben ausschliessen.

მე. თ. მაგალაქი.

### ანხილოსტომის წინააღმდეგ მებრძოლ ექსპედიციის მუშაობის მოკლე ანგარიში.\*)

ტროიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის შუამდგომლობის გამო სახალხო ჯანმრთელობის კომისარ. სან.—ეპიდემიურ განყოფილების მიერ გაგზავნილი ექსპედიცია გავიდა ტფილისიდან შედარებით გვიან, ე. ი. 19/XI—25 წ. თუმცა საექსპედიციო მუშაობის დაწყება გადაწყვეტილი იყო ჯერ კიდევ მიმდინარე წლის ივნისში, მაგრამ უსახსრობის და სხვა მიზეზების გამო ეს თავის დროზე ვერ მოხერხდა.

საექსპედიციო მუშაობის მიზანი იყო შეძლებისდაგვარად ახალი ადგილების აღრიცხვა ანხილოსტომიასის გავრცელების მხრივ, მისი %—ლი განსაზღვრა, დაავადებულ მოსახლეობის თერაპია შესაძლებლობის ფარგლებში, აღრიცხულ ადგილებში ანხილოსტომის გავრცელების მიზეზები (წყალი, ნიადაგი, ფეხისალაგები, ბოსტნეულობის ხმარება, ფეხმიშვლობა და სხვა). და აგრეთვე ზოგიერთი წმინდა მეცნიერული საკითხების კვლევა ძიების გაგრძელება, უმთავრესად სისხლის ცვლილებების მხრივ, რომელიც დაწყებული იყო ჩვენ მიერ შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალურ კლინიკაში (ეოზინოფილია, ფერადობის მრიცხველი, ჰემოგლობინის რაოდენობა, ლეიკოციტოზი და აგრეთვე Charco-Leyden-ის ბრიულეების დიაგნოსტიკური მნიშვნელობის შესახებ). მუშაობის საერთო გეგმა ჩვენ ტროიკულ სნეულებათა ინსტიტუტიდან მივიღეთ, ტენხიკური მხარე კი მუშაობისა ადგილებზე შევიმუშავეთ, როგორც ამას გვიკარანახებდა ადგილობრივი პირობები. მოსახლეობასთან კავშირი სკოლების საშუალებით დავიკავეთ და სხვაფრთვ შეუძლებელიც იყო. საზოგადოდ კი უნდა ითქვას, რომ სოფლებში მოწაფრთა ჰელმინტოლოგიური და სხვა ეპიდემიურ სნეულებათა ინდექსი ამავე დროს მაჩვენებელია მოსახლეობის მდგომარეობისა. ამას ამტკიცებს, მაგალ, ნოხტი მაღარის გავრცელების შესახებაც. კერძოდ ეს დებულება უფრო სამართლიანია ანხილოსტომიასის გავრცელების მიმართ, ვინაიდან პირობები საერთოა, როგორც ოჯახისათვის, აგრეთვე იქიდან გამოსულ მოწაფეთათვის.

რასაკვირველია, უმთავრესად ჩვენ საქმე გეჭონდა განავლის მიკროსკოპიულ გამოკვლევასთან—ე. წ. ჰელმინტოფოკობიასთან, რომელიც მთავარია ჰელმინტო-დიაგნოსტიკაში და რომელიც შემოღებული იყო პირველად Davain-ის მიერ. ამ მიზნისათვის ზოგიერთ შემთხვევებში საჭირო არის განავლის განსაკუთრებული

\*) მოხუნდა ს. ჯ. კომის. ტროიკულ სნეულებათა ინსტიტუტის საბჭოს 3/1—1926 წ.





ამუშავდება. თანამედროვე ე. წ. ჰელმინტოკოპროლოგიაში არსებობს სხვადასხვა მეთოდი, რომლის უპირატესობა განისაზღვრება პრაქტიკული სიადილის თვალსაზრისით და ავრთვე მეცნიერული ღირებულებით. ამ მხრივ უნდა აღინიშნოს თითქმის ყველას მიერ მიღებული ე. წ. „გამდიდრების მეთოდი“ (метод. обогащения), ე. ი. კვერცხების კონცენტრაცია განსაზღვრულ სივრცეზე. ამ მეთოდის ხმარების დროს სარგებლობენ კვერცხების ფიზიკური თვისებებით, განსაკუთრებით მათი ხვედრითი წონით. იმისდა მიხედვით თუ როგორ ვისარგებლეთ აღნიშნულ ფიზიკურ თვისებებით არჩევენ მეთოდს დალაქვისას (Sedimentation) და მეთოდს აკურვისას (Fotation). პირველ შემთხვევაში განავალი უნდა გაიხსნას სითხეში, რომლის ხვედრითი წონა ჰქაიათა კვერცხების ხვედრითი წონაზე ნაკლებია და მაშინ კვერცხები იძირება; მეორე შემთხვევაში კი კვერცხები ამოცურდება სითხის ზედაპირზე. ყველას მიერ ცნობილი ტელემანის მეთოდი უბრალოა, მაგრამ სოფლად მთიი სარგებლობა მოუხერხებელია, თუ ექსპედიცია ფართოდ არ არის მოწყობილი. ამიტომ ჩვენ საჭირო შემთხვევებში ვსარგებლობდით ჩვეულებრივ მარილის დაყურსებულ ხსნარით, როგორც უფრო ხელმისაწვდომი და კარგი საშუალებით. ეს რეაქტივი შემოღებულია კოპროლოგიაში Rofoid-ის და Barber-ის მიერ Euleborn-ის მოდიფიკაციით და მდგომარეობს იმაში, რომ ჭურჭელში, რომლის მოცულობა უდრის 200,0 კ. ს. სდებენ განავალს და ასხამენ მას ოცჯერ მეტს ჩვეულებრივ მარილის დაყურსებულ ხსნარს.

შემდეგ კარგად მოურევენ და სტოვებენ სრულიად უმოძრაოდ  $1/2 - 3/4$  საათის განმავლობაში, რომლის შემდეგ ქიების კვერცხები ამოცურდებიან ზემოდ სითხის ზედაპირზე. ყველაზე უფრო ადრე ამოცურდება Ankylostom-ის კვერცხები. აღწერილი მეთოდი იოლაა და ჩვენ გამოვიყენეთ აგრეთვე ნიადაგის გამოსაკვლევადაც. ამ უკანასკნელის გამოსაკვლევად შემოღებული იყო უფრო რთული მეთოდი და მარილის ხსნარი არავის უხმარია. ჩვენ ვაშრობდით ნიადაგს, ვსრესავდით მას საშუალო ზედაწოლით და შემდეგ გავსნიდით მარილის ხსნარში. Ankyl. კვერცხები  $1/2$  საათის უფრო ადრე ამოცურდება სითხის ზედაპირზე.

თუ ეს მეთოდი გამართლდა შემდეგ დაკვირებებზე, იმ შემთხვევაში გვექნება ძლიერ კარგი და იოლი საშუალება ნიადაგის გამოსაკვლევადაც, რომელსაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს.

რაც შეეხება სისხლის გამოკვლევას ჩვენ ვსარგებლობდით Shal-ის ჰემოგლობინომენტით, Bürker-ის სათელელი კამერით და Giems-ის საღებავით. ეს-ლა გადავიდეთ ექსპედიციის მუშაობის მსვლელობაზე.

უპირველეს ყოვლისა ჩვენ გავემგზავრეთ ქიათურაში მუშაობის საერთო ორიენტაციის გამოსაკვლევად შორაპნის მაზრისათვის. იქ ჩვენ შემთხვევით დავსწარით შორაპნის მაზრის ექიმთა სამეცნიერო კონფერენციას, რომელზედაც გავაკეთეთ მოხსენება Ankylostomiasis-ს შესახებ, თანახმად შორაპნის მაზრის ჯანმრთელობის ინსპექტორის თხოვნისა.

ადგილობრივ ექიმებთან მსჯელობაში გამოირკვა, ქიათურის შავი ქვის გვირაბებში მომუშავეთა შორის ანხილოსტომიაზე გავრცელებული არ არის და დამარწმუნეს რომ იქ მუშაობა ღირს, ვინაიდან ზამთრობით ძლიერ ცუდი პირობებია უბინაობის გამო. სრულიად შესაძლებელია, რომ ქიათურის შავი ქვის

გვირაბებში მომუშავეთა შორის Ankylostomos-ის ენდემია არ იყოს მიუხედავად იმისა, რომ მათ მუდამ მიწასთან აქვთ საქმე. ამის მაგალითს წარმოადგენს პროფ. სკრიაბინის ჰელმინტოლოგიური ექსპედიცია, რომელიც მოწყობილი იყო ღონ-ბასის სამთამადნო ადგილებში მომუშავეთა შორის Ankylostomos-ის გავრცელების გამოსარკვევად, რომელზედაც ექვი ეპარებოდათ.

აღნიშნულმა ექსპედიციამ  $1\frac{1}{2}$  თვის განმავლობაში გასინჯა 30000 მეტი მუშა და Ankylostoma ვერ იპოვა.

ექ. გამრეკელის და ჭიჭინაძის რჩევით ჭიათურადან ჩვენ გავემგზავრეთ ს. კიცხის თემში, რომელიც ხორაგოულის რაიონს ეკუთვნის და რომელიც დაშორებულია მისგან ცხრა-ათი ვერსის მანძილზე. აღნიშნული თემი საკმაოდ დიდია და შესდგება ცხრა სოფლისაგან.

(ს. ვარძია—450 კომლი, ს. წყალაფორეთი—45 კომლი, ჩალხეთი—45, ხონი—67 კომლი, ბორი—117 კ. ს. საქარეკეთი—85 კ. ივრეთი—37 კ., ს. ხიდრა—314. კ. ს. ლახუსტარ—159 კ.) ნიადაგი აქ უმთავრესად ჭაობიანია მოსახლეობა ეტანება მევენახეობას, ბოსტნეულობას. თვით კიცხში მოთავსებულია სკოლები, შვიდწლელი და ახალი სასოფლო-სამეურნეო სკოლა, სადაც თავმოყრილია 450 მოწაფე, ჩვენ დავიწყეთ მუშაობა ამ სკოლაში. წინასწარ გავაცანით მოწაფეები საქმის ვითარებას და შემდეგ მივეცით წინადადება მოეტანათ განავალი გასასინჯად. ვინაიდან უმეტეს შემთხვევებში მოდიოდნენ ავადმყოფობის გამო დაინტერესებული პირები, ამიტომ ძნელი იყო დაავადების  $\frac{1}{10}$ -ტული განსაზღვრა. (მოსახ.). მოწაფეების შემდეგ მოსახლეობამაც იწყო დენა. ს. კიცხის თემში ჩვენ დავყვეით თვრაშეთი დღე, ამ დროს განმავლობაში გასინჯა 425 კაცი, ამათ შორის ანხილოსტონა უპოვეთ 230 კაცს. წლოვანობის სტატისტიკა არ იქნება მართალი, ვინაიდან უმთავრესად ისინჯებოდა მოსწავლე ახალგაზრდობა სქესის მიხედვით კი 125 მამაკაცი, 105 — დედაკაცი იყო. რასაკვირველია ჩვენ აქ არ ვლაპარაკობთ სხვაგვარ ჭიებზედ, რომელთაც ფართო გავრცელება აქვთ Asc. l., Trich. d., f. solium oxyuris verm.).

მუშაობის პროცესში თანდათან გამოიჩინა, რომ კიცხის თემის ყველა სოფლებში ძლიერ ფართოდაა გავრცელებული აღნიშნული ავადმყოფობა. უმთავრესად დაავადებულია სკოლის ბავშვები. სხვათა შორის უნდა ითქვას, რომ სკოლები ყოველ მხრივ მოუწყობელია: ჩანტვრეული ფანჯრები, შეუქეთებელი ბუხრები და სხვა. სანიტარია და ჰიგიენა პირველყოფილ მდგომარეობაშია. ს. კაცხში, მაგალ., ოთხას ორმოცდაათ მოწაფეთათვის საერთო ფეხის ალაგი არსებობს.

ფეხისალაგს ორმო არა აქვს და სიბინძურე თავისუფლად ვრცელდება მინდორში. ფეხისალაგის ცოტა მოშორებით არსებობს საერთო სახმარი წყალი, რომელიც სრულიად ღიაა ყველა ჯურის ცხოველებისათვის. თუ მივიღებთ მხედველობაში იმას, რომ ჩვენ აღმოვაჩინეთ ანხილოსტომის კვერცხები ს. კაცხში ღორის განავალშიაც, ადვილი წარმოსადგენია ამ ცხოველის მიერ აღნიშნულ სახმარ წყლის გაბინძურება და აქედან ეპიდემიის გაძლიერება. ფეხისალაგიდან აღებულ განავალში ანხილოსტომის კვერცხები ბლომად იყო ნახული. აქედან ადვილი წარმოსადგენია აღნიშნულ სანიტარულ პირობებში თუ, რა საშიშრობას უშაბდებს კიცხის თემს მოწაფეთა კონცენტრაცია.



ცია, ამ სოფელში მილიონობით გამოდიან ანხილოსტომის კვერცხები განავალთან ერთად და შემდეგ გაზაფხულზე სათანადო ხელშეწყობით თერმული პირობებში იჩეკება ბოყოები, რომლებიც სწრაფად ედება წყალს, ნიადაგს და მეურნეობის პრიმიტიულ წესის გამო (ბოსტნების დამუშავება თოხით, ხელით) ვადადის ადამიანზე. ბოსტნეულების ნაწარმოების ხმაირბაც და ფხვნიშვლობა ძლიერ კარგი საშუალებაა ანხილოსტომის გავრცელებისათვის. საკმარისია შეხვიდეთ და თვალი გადაავლოთ მოწაფეობას, რომ დარწმუნდეთ ანხილოსტომის გავლენაში მათზე: საშინელი ფერმკრთალნი, ისინი ცოცხალ გვამებს მოგვაგონებენ. მათი ჩივილი ჩვეულებრივია: გულის ღონება, შრომის უნარის დაკარგვა; მუცლის ბერვა, გულის რევა და პირწყალი—აი კომპლექსი იმ მოვლენათა, რომლითაც ნაწილობრივ ხასიათდება აღნიშნული სნეულება. ამგვარივე სურათს შეხედებით ხშირად მოსახლეობაშიაც. ხშირია ავადმყოფები აღნიშნულ სნეულებით, რომელნიც აუცილებლად საჭიროებენ სტაციონალურ მოვლა-პატრონობას. წინააღმდეგ შემთხვევაში მათი მორჩენა შეუძლებელია. ჩვენ ზოგიერთ მათგანს დავ პირდით შეძლებისდაგვარად მოთავსება ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტში, დანარჩენებს ღრიგებდით thymol-ს—თითოს რვა გრამს და მასთან გასაწმენდ წამალს. კიციხის დაავადებულ მოსახლეობას ჩვენ დაურვივთ კილოზე მეტი თიმოლისა. რასაკვირველია, წამლის რაოდენობა შეზღუდული იყო. საზოგადოდ კი, როგორც ირკვევა, საქართველო საჭიროებს თიმოლის დიდ რაოდენობას ანხილოსტომის წინააღმდეგ ბრძოლაში. გარდა კიციხის თემისა ანხილოსტომა გავრცელებულია აგრეთვე კლდეეთის თემში, სადაც ჩვენ ვერ მოვხვდი დროს უქონლობის გამო. ს. კიციხეში ჩვენ ვაწარმოვეთ აგრეთვე სისხლის გამოკვლევა, რომლის შედეგებზე შემდეგ მოვახსენებთ. კიციხიდან ჩვენ დავბრუნდით ხორაგოულში, მოწაფეთა გასასინჯათ თვით ხორაგოულის ბუნება თავდები იყო იმისა, რომ ამ ანხილოსტომიაზის მასიურ მოვლენას ვერ ვნახულობდით. სახმარი წყალი ხორაგოულში ძლიერ კარგი თვისებისა და ნიადაგიც არ არის ქაობიანი. რომ ეს ფაქტორები არ იცავდნენ ხორაგოულს, მაშინ აქაც გავრცელებოდა ანხილოსტომა, როგორც ს. კიციხის მოსაზღვრე ადგილში. ხორაგოულში არსებობს ცხრა წლელი, სადაც 600-მდე მოწაფეა. ჩვენ აქაც გავმართეთ ბაასი ანხილოსტომის შესახებ. ძლიერ კარგი შთაბეჭდილება დასტოვა ხორაგოულის მოწაფეობამ თავიანთი მიზანშეწონილი და გონიერი შეკითხვებით ბაასის შედეგ. მოწაფეთა გასინჯვამ დაგვარწმუნა, რომ თვით ხორაგოულში ანხილოსტომიაზი არ არსებობს, თუ არ ვიანგარიშებთ რამოდენიმე მოწაფეს, რომელთაც ანხილოსტომა აღმოაჩნდა. უკანასკნელნი ჩამოსულნი არიან ს. საბედან, რომელიც ხორაგოულის თემს ეკუთვნის და, რომელშიაც ანხილოსტომა გავრცელებულია. ხორაგოულში გაისინჯა ასი კაცი. მათ შორის ანხილოსტომა აღმოაჩნდა 7-ს.

აქედან ჩვენ გავემზავრეთ სად. ძირულაში. აქ არსებობს ცეცხლის მძლე აგურის ქარხანა, სადაც ზაფხულობით მუშაობს რამოდენიმე ასი მუშა. ეხლა კი მუშების რიცხვი საგრძნობლად შემცირებულია ქარხნის ტექნიკურად გაუმჯობესებისა და გაფართოების მოლოდინში. თიხა ზემოსხენებულ ქარხნისათვის ჩამოაქვთ ს. ქანდარადან, რომელიც მოთავსებულია ძირულიდან რვა ვერსის მანძილზე. ვინაიდან ანხილოსტომიაზით დაავადება ხშირია კრამიტებისა და აგურების

გამომწვევლთა შორის, ამიტომ ჩვენ გადავწყვიტეთ ქარხნის მუშების გასინჯვაც. გასინჯა ასი მუშა, რომელთაგან ანხილოსტომის მატარებელნი აღმოჩნდა რვა, უახლოვეს სოფლებიდან (შრაშა). მათ კლინიკურად ანხილოსტომიაში გამოსახული არ ჰქონდათ. ამით ვათავება ჩვენი მუშაობა შორაპნის მაზრაში, მაგრამ, რასაკვირველია, ეს საკმარისი არ არის. აუცილებელიე საჭიროა კლდეეთის თემის დაწვრილებითი გამოკვლევა, რომელიც ჩვენ ვერ შევძელით უდროობის გამო; იქ კი ანხილოსტომა, ზოგიერთ ფაქტების მიხედვით საკმაოდ გავრცელებული უნდა იყოს.

შორაპნის მაზრაში ძლიერ მძიმე და ცუდ პირობებში მოგზაურობის შემდეგ ჩვენ გავემგზავრეთ ქუთაისის მაზრაში.

აქ გვაინტერესებდა წყალტუბოს და ცხუნკურის თემები.

გზა ქუთაისიდან წყალტუბოსაკენ არა ჩვეულებრივ სანახაობას წარმოადგენს. იქ მოგზაურობა ცხენზედაც სახიფათოა. დიდის ვაი-ვაკლახით მივასწიეთ წყალტუბოს და აქედან ამგვარივე პირობებში გავემგზავრეთ ს. ცხუნკურში.

ცხუნკურის თემი რვა სოფლისაგან შესდგება, სადაც 1120 კომლი ცხოვრობს (ს. ცხუნკური—390 კომლი, ს. ყუმისთავი 201 კ., გ. ჩენეში—122 კ., ძეძილეთი—111 კ., გვაშტიბი—71 კ., ბესიური—111 კ., მოლავერი—63 კ., უძღური—63 კ.) მისი ტოპოგრაფიული მდებარეობა ძლიერ წაავსებს კიციხისას, რომელზედევ ზემოდ ვილაპარაკეთ. ის ჩავარდნილია მთებს შორის და უმთავრესად ქაობიანი ადგილია. როდესაც უცხო კაცი შეხვალთ ცხუნკურში და თვალს გადაავლებთ მოსახლეობას თქვენ იგრძნობთ, რომ ავადმყოფ ხალხში ხართ.

საცოდავ შთაბეჭდილებას ახდენენ ბავშვები: დასევდიანებულ-დაღვრემილნი, ფერმკრთალნი, მომწვანო ჩარბებით. მათი მომავალი ერისა და კაცობრიობის სასარგებლოდ ძლიერ საეჭვოა. აქ თითქმის მიკროსკოპიც არ არის საჭირო, ისე მკაფიოდაა გამოსახული ხალხის დაავადება ანხილოსტომიაშით. აქ მოვასწარით 112 კაცის გასინჯვა, ამათგან 59 შეპყრობილი იყო აღნიშნულ სნეულებით. ზემო ჩხუნკურში მთელი გვარეულობა დაავადებული მძიმე ანხილოსტომიაშით.

სხვათა შორის უკვე დიდი ხანია, რაც შემჩნეულია ცხუნკურის მცხოვრებლებში მიწის ქამიაობა. მიწას სქამენ მოზრდილები და უმთავრესად ბავშვებიც. როცა ერთ ავადმყოფ ქალს მე დაეინებით გამოვკითხე, თუ რატომ სქამს ის მიწას მან მიპასუხა, რომ მიწის ქამის მოთხოვნილება მასში იმდენად ძლიერია, რომ ის დასთმობს ყველაფერს ისე, როგორც თამბაქოს მწვეველი თამბაქოსათვის. ამ ავადმყოფს განავალში ბლომად აქვს ანხილოსტომის კვრცხები. მიწის ქამა დაუწყია ხუთი წლის უკან, მაშინ მას ჯანმრთელი ადამიანის ფერი ჰქონია, ეხლა კი ის საშინელი ფერმკრთალია ანხილოსტომიაზის ზევაკლენით.

მიწის ქამიაობის საკითხი საინტერესო საკითხია. ამ საარაკო მოვლენის მიზეზი გამოუჩვენებელია. ძველი ავტორები ანხილოსტომიაზს—გეოვავას უწოდებდნენ.

(lyephaiyie—მიწის ქამდაობა), ვინაიდან შემჩნეული იყო მიწის ქამის ჩვეულება ამ ავადმყოფობის დროს. დღესაც ზოგიერთები დარწმუნებული არიან იმაში, რომ მიწის ქამის მოთხოვნილების მიზეზი ანხილოსტომაა.



ჩვენის აზრით საქმე სხვაფერ უნდა იყოს. მიწის ჭამის მოთხოვნილება ეს არის გემოვნების გაუკუღმართება ფსიქიურ დევენერაციის ნიადაგზე. ამგვარ მოვლენებს ხშირად შეხედებით ხალხში. (ნახშირის ჭამა, ჭიქის, საინის და მინის ნატეხების ჭამა, შარდის დაღვეა და სხვა).

ამგვარ ფსიქიურ დევენერაციის მიზეზი კონსტიტუციის საკითხი უნდა იყოს. მიწის ჭამაობა კი, როგორც ფსიქიურ დევენერაციის შედეგი, ძლიერ კარგი საშუალებაა ანხილოსტომის შთანერგვის ორგანიზმში. ამგვარად მიწის ჭამით ადამიანი დაავადდება ანხილოსტომიაზით და არა ანხილოსტომიაზი იწვევს მიწის ჭამის მოთხოვნილებას. ამით აიხსნება ის გარემოება, რომ ანხილოსტომიაზი ხშირია აგურებისა და კრამიტების გამომწველთა (მკეთებელთა) შორის, ვინაიდან მათ მუდამ მიწასთან აქვთ საქმე.

ამგვარად ცხუნკურის თემი მთლიანად შეპყრობილია ანხილოსტომიაზით და აქ ეს ავადმყოფობა ძლიერ მძიმე და ინტენსიურ ხასიათს ღებულობს. რა არის ამის მიზეზი?

თუ კი ვინმეს ოდესმე ეჭვი ეპარებოდა იმაში, რომ ანხილოსტომა ვრცელდება უმთავრესად მოუწყობელ წყლის, მოუწყობელ ფეხისალაგის და ჭაობიან ნიადაგის საშუალებით, იქ ცხუნკურში მისთვის ნათელი იქნება ამ ფაქტორების მნიშვნელობა ანხილოსტომიის გავრცელებაში.

ცხუნკურის თემში სახმარი წყლები ძლიერ ცუდი თვისებისა და სრულიად მოუწყობელია. ცუდი თვისება სახმარ წყლებისა აიხსნება იმით, რომ აქ ზედმიწევნით ჭაობიანი ადგილებია და მასთან წყლები ღია ყველა ჯურის ცხოველებისათვის. ფეხისალაგათ კი გადაქცეულია მინდვრები, საიდანაც უსუფთაობა თავისუფლად ვრცელდება.

აღმასკომის ბინის ახლო არსებობს სკოლა, რომელსაც ერთი ფეხისალაგი აქვს და ისიც უორმო. სიბინძურე ამ ფეხის ალაგიდან თავისუფლად ვრცელდება აქვე მინდორში, ან გადააქვთ ღორებს. ძლიერ ახლო არსებობს ფართოდ სახმარი წყალი, რომელიც სრულიად დაუფარავია ცხოველებისათვის. ფეხისალაგის ახლო აღებულ ნიადაგში ჩვენ აღმოვაჩინეთ ანხილოსტომის კვერცხები. როგორც ვხედავთ საქირთა მხოლოდ სითბო, რომ მილიონობით გამოიჩეკოს ბოქოები და გავრცელდეს მინდვრებში და სახმარ წყლებში.

ზემო ცხუნკურში ცხოვრობენ ჯიმშელეიშვილები, რომლებიც თითქმის ყველა დაავადებულია ანხილოსტომიაზით და, რომლებსაც სახმარი წყალი ამგვარივე მდგომარეობაში აქვთ. თანაბარი ფაქტორები ანხილოსტომიაზის გავრცელებისა ჩვენ მიერ აწერილი იყო ს. კიცხის თემისათვისაც. ამგვარად ცხუნკურის თემი ენდემიური კუთხეა ანხილოსტომის გავრცელების მხრივ და ხალხი სრულ გადავარებისაკენ მიდის. წყალტუბოს თემი ესაზღვრება ცხუნკურის თემს და მისი ნიადაგი და წყალი იმგვარივე თვისებისაა, როგორც ამ უკანასკნელის. ჩვენ აქ, წყალტუბოში, გავმართეთ ბაასი სკოლის ბავშვებთან და აგრეთვე გავაკეთეთ მოხსენება თემის მცხოვრებთა კრებაზე რევოლიუციის ოცი წლის თავზე ანხილოსტომიაზის შესახებ. მოწაფეების და მოსახლეობის გამოკვლევის მიხედვით წყალტუბოს თემის თითქმის ყველა სოფლებში გავრცელებულია აღნიშნული სნეულება—და ამ თემის ბედ-იღბალი არ სცილდება ცხუნკურისას. აქ გაისინჯა

207 კაცი — მათ შორის დაავადებული აღმოჩნდა 96. ამგვარად საექსპედიციო მუშაობის მივლინებაში ჩვენ დავეყავით 40 დღე. ამ ხნის განმავლობაში გაისინჯა 944 კაცი. მათ შორის დაავადებულია ანხილოსტომიაზით 425 (305 — მამაკაცი, 120 — დედაკაცი). სოფლებსა და მიხედვით ზემოდ მოგახსენეთ როგორი სურათი იყო. წლოვანობის სტატისტიკა არ იქნება მართალი, ვინაიდან უმთავრესად ისინჯებოდნენ მოსწავლე ახალგაზრდები. სხვა ქიებიდან დიდი გავრცელება აქვს *Asc. trich. d. oxuris verm.*

აგრეთვე საკმაო რაოდენობა *t. solium*. იყო ორი შემთხვევა *Balantidium Coli*, რომელნიც დავიბარე კლინიკაში. ორივე მაზრებში დეგარივით  $2\frac{1}{2}$  კილო თიმოლი და საჭირო რაოდენობა *Natr. Sulfuricum*-ისა. მხოლოდ ს. კიცხში მქონდა საშუალება შემეგროვებინა რამოდენიმე ათეული ქიებისა წამლობის შემდეგ. სისხლის სინჯვა ჩვენ შეეძლოთ ს. კიცხში, სხვა ალაგას პირობები ხელს არ გვიწყობდა. სისხლი გაესინჯა 21 არჩეულ ავადმყოფს.

ნაჩვენებ შემთხვევაში *maximum*-ი ეოზინოფილიისა უდრიდა  $23\frac{3}{10}$ -ს, მინიმუმი კი  $12\frac{1}{10}$ . სუფთა შემთხვევა ძლიერ იშვიათი იყო: მუდამ საერთო ჰელმინტიკაზთან გვექონდა საქმე და ეოზინოფილიაც, რასაკვირველია, არ შეიძლება მივაწიროთ მართო ანხილოსტომიაზს. ესევე ეხება სისხლის სხვა დანარჩენ ცვლილებასაც.

უმაღლესია ლეიკოციტოზი 13,000. ტიპურ შემთხვევებში Hb — მუდამ დაბალი იყო: *maximum*-ი უდრიდა  $34\frac{1}{10}$ -ს, *minimum*-ი  $15\frac{1}{10}$ .

ფერადობის მრიცხველი *maximum*-ი 0,6, — *minimum*-ი 0,4 წითელი ბურთულების *maximum*-ი 2.500.000, *minimum* 950.000. Charko-Leyden-ის კრისტალებს იშვიათად ვნახულობდით და ვერავითარი მქიდრო კავშირი ანხილოსტომიაზსა და ხსენებულ კრისტალების არსებობის შორის ჩვენ ვერ შევამჩნიეთ. ეს არის მოკლე ანგარიში იმ აუტანელ მოგზაურობისა, რომელიც ჩვენ გასწვიეთ.

თქვენ ხედავთ, რომ ერის გადამგვარებელ ფაქტორთა შორის ანხილოსტომიაზს არ უჭირავს უკანასკნელი ადგილი. ხალხი საჭიროებს მიზანშეწონილ და სასწრაფო დახმარებას. ეს დახმარება საექიმო ორგანიზაციის და ექიმების ხელშია.

ყველაზე უფრო ეხება ეს საკითხი ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტს და სწორედ ამ დაწესებულებამ უნდა აიღოს თავის ხელში ენდემიურ კუთხეების კვლევა-ძიება, მათი მიზანშეწონილი თერაპია-თიმოლიზაცია და სათანადო პროფილაქტიკის ორგანიზაციული განხორციელება.

## სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-IV კონგრესის ანგარიშები.

1926 წელს მაისის 21 რიცხვს დღის 12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> საათზე ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მთავარ შენობაში გაიხსნა სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-IV კონგრესი.

პირველი—საზეიმო სხდომა გახსნა საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარემ პროფ. ალექსანდრე ნათიშვილმა, რომელმაც კონგრესს მიმართა შემდეგი სიტყვებით:

„სრულიად საქართველოს ექიმთა წარსულ მე-III კონგრესის დადგენილების თანახმად საორგანიზაციო კომიტეტის მოვალეობას შეადგენდა: აღნიშნული კონგრესის მუშაობის ჩამოყალიბება, მისი შრომების გამოცემა ცალკე წიგნათ და დღევანდელ უკვე მე-IV კონგრესის წინასწარ საორგანიზაციო მუშაობის გატარება.

მე-III კონგრესის სალაროს პირველი მიზნის განსახორციელებლათ ჰქონდა შემდეგი თანხები:

შემოსავალი: წითელი ჯვრიდან დახმარება . . . . .	200 მან.
„ჩემოდან“ . . . . .	300 „
დამზღვევ სალაროდან . . . . .	200 „
ამიერკავკასიის რკინის გზის ჯანმთ. განყ. . . . .	100 „
საწვერო გადასახადი 304 წევრისა . . . . .	608 „

ს უ ლ . . . . . 1408 მან.

საორგანიზაციო კომიტეტი კონგრესის დამთავრების შემდეგვე შეუდგა კონგრესზედ წაითხულ მოხსენებების მოწესრიგებას და ბეჭდვას.

არჩეული იყო პასუხისმგებელი სარედაქციო კოლეგია და „თანამედროვე მედიცინას“ სარედაქციო კოლეგიასთან ხელშეკრულების თანახმად წერილები აღნიშნულ ჟურნალში მოთავსდა და შემდეგ დღევანდელ კონგრესისათვის შრომების კომპლექტი გამოვიდა ცალკე კრებულის სახით.

მხოლოდ რედაქციაში წარმოდგენილი იყო 47 შრომა, მათ შორის კონგრესის კრებულში შევიდა მხოლოდ 29 შრომა.

დანარჩენი შრომები ავტორების მიერ დაბეჭდილია სხვა ჟურნალში, ან მათი დაბეჭვდა შეუძლებელი გახდა, რადგან შრომები არ იყო სავსებით მომზადებული, წესიერათ შედგენილი და დაწერილი.

მომეტებული ნაწილი კონგრესის თანხებისა კრებულს მოხმარდა დასაბეჭ-  
დათ ასე, რომ გასავალის ანგარიშმა ასეთი სახე მიიღო:

გასავალი: მე-III კონგრესის მოსამზადებელი წინასწარი ხარ- ჯები . . . . .	271 მ. 92 კ.
„თანამედროვე მედიცინას“ კრებულის გამოსაცემათ . . . . .	1100 მ. კ.
<hr/>	
სულ . . . . .	1371 მ. 92 კ.

ამრიგად საორგანიზაციო კომიტეტის სალაროში დარჩა 1408 მან.—  
1371 მ. 92 კ.=36 მ. 08 კაპ. ეს ნაშთი 36 მ. 08 კაპ. გადატანილია მე IV კონ-  
გრესის თანხებში.

მე-IV კონგრესის თანხები:

მესამე კონგრესის თანხების ნაშთი . . . . .	36 მ. 08 კ.
ჯანსახკომისარიატის დახმარება . . . . .	300 მ. კ.
სახ. განათ. კომისარ. „ . . . . .	300 მ. კ.
წითელი ჯვრის „ . . . . .	150 მ. კ.
გაყიდული პროგრამები „ . . . . .	45 მ. 80 კ.
საწვერო გადასახადი „ . . . . .	888 მ. კ.
<hr/>	
სულ . . . . .	1719 მ. 88 კ.

მე-IV კონგრესის სამუშაო საგანს ხუთი საპროგრამო საკითხი შეადგენდა.  
ვინაიდან ეს საკითხები მეცნიერული გაშუქებისათვის მასალების ხანგრძლივ წი-  
ნასწარ დაგროვებას მოითხოვდენ, ამიტომ საორგანიზაციო კომიტეტმა გადას-  
წყვიტა აერჩია ყოველ საკითხისთვის ძირითადი მომხსენებელი, რომელსაც დაე-  
ვალა საკითხის სრული გაშუქებისათვის თანამომხსენებლების შერჩევა. ამის  
გარდა წელს პირველათ იყო ნაცადი საორგანიზაციო კომიტეტის სახელით ან-  
კეტების დაგზავნა საჭირო მასალების შესაკრებათ. ასეთი ანკეტები სპეციალუ-  
რათ გამოშუქებული „ამებიანის“ საკითხისათვის და დაგზავნილი იყო ყველა სა-  
ავადმყოფოებში და რესპუბლიკის სამკურნალო დაწესებულებებში 400 მეტი ცა-  
ლი. შეესებული ანკეტები დაბრუნდა მხოლოდ 70 შემთხვევაში, რაც ამტკიცებს  
იმას, რომ ბევრ საექიმო დაწესებულებებში ნაწლავთა დაავადების რეგისტრაცია  
წყვიტა არ სწარმოებს. თუმცა ამ მიზეზის გამო ჩვენს მუშაობის შედეგს მეც-  
ნიერული სრული ღირებულება რამოდენიმედ ეკარგება, მაგრამ ყოველ შემთხვე-  
ვაში მიღებული ანკეტების ციფრები მაინც მეტად საინტერესო სურათს იძლევა  
საქართველოში ნაწლავების დაავადების საკითხში. ასეთივე რთული საკითხები  
არის რესპუბლიკის მოსახლეობის, ალკოჰოლიზმის და კვების შესახებ სტატისტი-  
კური ცნობების შეკრება და სამართლიანი სურათის მიღება. ამ მხრივაც ნაწარ-  
მოებმა მუშაობამ მოგვცა გარკვეულად თუმცა არა სრული შედეგები და კონგრესს  
ეჩნება საშუალება განოსტქვას თავისი აზრი, როგორც ღღვეანდელ მდგომარეო-  
ბაზე, ისე მომავალ პერსპექტივების შესახებ.



დღევანდელ კონგრესისათვის საპროგრამო საკითხების შესახებ წარმოდგენილია 62 მოხსენება. ამ რიგათ ყველა დღეები უკვე დაკავებულია და არა საპროგრამო საკითხებისათვის, რომელთა შესახებ ზოგი მოხსენებები ფრიად საყურადღებო ხასიათის და შინაარსისაა, გამოყოფილია 2 სასექციო სხდომა. 11 მოხსენება სრულიად არ შევიდა პროგრამაში დროის უქონლობის გამო და დაგეიანებით წარმოდგენის მიზეზით“.

ამის შემდეგ თავმჯდომარემ სიტყვა მისცა პროფ. მ. წინამძღვრიშვილს, რომელმაც წარმოსთქვა საზეიმო სიტყვა: „კონსტიტუციის პრობლემა“.

შემდეგ დაიწყო კონგრესის მისალმებები.

წაკითხულ იქნა მისალმება:

1. ამიერკავკასიის ცენტრალურ კომიტეტის თავმჯდომარის მიხა ცხაკაიას მიერ გადმოგზავნილი ტელეფონოგრამით:

„სრულიად საქართველოს ექიმთა მეოთხე სამეცნიერო კონგრესს“.

მოგიძღვნით მხურვალე სალამს და გულწრფელად გისურვებთ ნაყოფიერ მუშაობას თქვენი დღის წესრიგის მეტისმეტად საყურადღებო საკითხების მეცნიერულად და პრაქტიკულად გადაწყვეტაში. მე ღრმა ჩემს რწმენას გამოვსთქვამ, რომ როგორც ამ ყრილობაზე, ისე მუდმივ თქვენ საზოგადოებრივ—სახელმწიფოებრივ მოღვაწეობის დროს იმუშავებთ მხოლოდ და მხოლოდ მშრომელთა მასების გასაჯანსაღებლად და მით კულტურულად მათი აღსამაღლებლად,—რომ მით, მართლაც, შესძლონ ერთად ერთ ჭეშმარიტ დემოკრატიულ ფარგლებში—სოციალისტურ საბჭოთა რესპუბლიკაში—გაერთიანება სოფლისა და ქალაქის ერთეულ სოციალისტურ საზოგადოებად და დღემდე ბედკრულ კაცობრიობის ყველა ხალხთა შორის კომუნიზმის განსახორციელებლად.

გაუმარჯოს სრულიად საქართველოს მეოთხე სამეცნიერო ექიმ კონგრესს! გაუმარჯოს საქართველოს სოციალისტურ საბჭოთა რესპუბლიკას! გაუმარჯოს მის ძმურ შეერთებას ამიერკავკასიის ხალხებთან—ამიერკავკასიის ფედერაციას!

გაუმარჯოს სოციალისტურ საბჭოთა რესპუბლიკების დიდ კავშირს!

გაუმარჯოს დედა-მიწის ზურგზე ყველა ხალხების გასაბჭოებას—მარქსიზმ—კომუნიზმ—ლენინიზმის ხელმძღვანელობით!

გაუმარჯოს ყველა ხალხების მეცნიერთა და მათ შორის ექიმთა გაერთიანებულ ბრძოლას წარსულ წყეულ დროიდან შეძენილ სხვადასხვა სწეულებასთან!

კიდევ განმეორებით ვუძღვნი მხურვალე სალამს სრულიად საქართველოს მეოთხე სამეცნიერო ექიმთა კონგრესს და ბოდიშს ვუცხადებ მას, რომ უქეიფობისა გამო პირადად ყრილობის გახსნაზე დასწრებას ვერ ვახერხებ.

ამიერკავკასიის ცაკის თავმჯდომარე მ. ცხაკაია.

2. სახელმწიფო უნივერსიტეტის რექტორის პროფ. ივანე ჯავახიშვილის წერილი.

„სრულიად საქართველოს ექიმთა მეოთხე სამეცნიერო კონგრესს.

გულწრფელი სიხარულით სალამს ვუძღვნი მეოთხე სამეცნიერო კონგრესს ტფილ. სახელმწ. უნივერსიტეტის სახელითა და პირადადაც და ვუსურვებ მას

თანამედროვე მედიცინა № 5—1926.

კვლავინდებურათ ნაყოფიერ მუშაობას მეცნიერებისა და ჩვენი საყვარელი ერის საკეთილდღეოდ.

ეწუხება, რომ ავადმყოფობამ საშუალება მომისპო პირადათ ვხვდებით მისალმებისათვის და „ძველ საქართველოში კვების“ შესახებ პატარა მოხსენების წაკითხვით პატარა წვლილის შეტანის შესაძლებლობაც იმ დიად საქმეში, რომელსაც კონგრესი ემსახურება, წამართვა.

ტფ. სახ. უნ. რექტ. ივ. ჯავახიშვილი“.

3. კონგრესს მისალმებითი სიტყვით მიმართა სრულიად საქართველოს ცენტრალურ კომიტეტის აღმასრულებელი კომიტეტის თავმჯდომარემ ამხ. ფილიპე მახარაძემ.

თქვენი კონგრესი, სთქვა ამხ. ფ. მახარაძემ, არის მეცნიერული ყრილობა, რომლის მიზანს შეადგენს მეცნიერული ცოდნის დამუშავება და მისი ცხოვრებაში გამოყენება. თუმც ასეთ ყრილობას არ უნდა ჰქონდეს პოლიტიკური ხასიათი, ვინაიდან ის წმინდა მეცნიერული კრება არის, მაგრამ ამ შემთხვევაში მას დიდი პოლიტიკური მნიშვნელობა აქვს.—თქვენ ალბათ ხშირად გსმენიათ, რომ მმართველ-ბოლშევიკურ პარტიას ეძახიან მგრეველებს, რომლებიც თითქოს მეცნიერების და კულტურის წინააღმდეგ მოქმედობდნენ. მაგრამ, თუ ჩვენ ამ კერძო შემთხვევას ავიღებთ, ესე იგი, რომ საქართველოში საბჭოთა მთავრობის დროს მხოლოდ 5 წლის განმავლობაში იმართება ექიმთა მე-IV სამეცნიერო ყრილობა, ეს გარემოება მოწმობს, თუ რამდენად ხელს უწყობს ჩვენი პარტია მეცნიერულ მუშაობას. მართლაც, ჩვენ ვიცით, რომ უწინ რუსეთში მხოლოდ Пирогов-ის საზოგადოება იკრიბებოდა, ისიც რამოდენიმე წლების შემდეგ. დღეს კი სულ მცირე ხნის განმავლობაში აქ, საქართველოში, იმართება ექიმთა მე-IV კონგრესი და ამავე დროს, როგორც გახუთიდან ჩანს, ლენინგრადში უნდა შესდგეს რენტგენოლოგების და რადიოლოგების ყრილობა, მოსკოვში მოწვეულია გინეკოლოგების და რენტგენოლოგების ყრილობა, რომელიც მიზნათ ისახავს კიბოს შესახებ საკითხების გამოკვლევას, 23 მაისიდანვე იხსნება ფიზიოლოგების ყრილობა და აგრეთვე ახლო მომავალში მოსკოვში შესდგება ქირურგების, ტერაპევტების და ბავშვთა სნეულებათა ექიმების ყრილობა. როგორც ხედავთ, სულ მცირე ხნის განმავლობაში საბჭოთა რესპუბლიკებში ჩვენ მივიღეთ რამოდენიმე სამეცნიერო ყრილობა, რაც წინეთ შეუძლებელი იყო. ამიტომ თქვენს, მე-IV სამეცნიერო კონგრესს, აქვს პოლიტიკური მნიშვნელობა იმ აზრით, რომ ის მოწმობს, თუ რამდენად ხელს უწყობს მმართველი პარტია და საბჭოთა ხელისუფლება მეცნიერების მუშაობას.

მაგრამ, ერთი რამ უნდა აღვნიშნოთ თქვენი კონგრესის შესახებ: აქ მე ვერ ვხედავ სხვა ეროვნებების ექიმებს. მეცნიერებას არ უნდა ჰქონდეს ადგილობრივი-ვიწრო ხასიათი, მეცნიერულ საკითხების დამუშავებაში ყველა ექიმები უნდა იღებდნენ მონაწილეობას განურჩევლად მათი ეროვნებისა. პროფ. წინამძღვრიშვილის სიტყვებიდან ჩანს, რომ ავტორი ერთნაირად სარგებლობდა როგორც ინგლისური, ისე ფრანგული, გერმანული და რუსული გამოკვლევებით.

ექიმებს პირდაპირი დამოკიდებულება აქვთ ადამიანის სიცოცხლესთან და სიკვდილთან. ამიტომ ისინი ყველა პროფესიის მოხელეთა უფრო დაინტერესე-

ბული უნდა იყვნენ მცხოვრებლების კეთილდღეობით. სამუშაოთ, უნდა აღე-  
 ნიშნოთ, რომ ექიმების ჯმეტესი რიცხვი რესპუბლიკის ცენტრებში რჩება და  
 სოფლები კი ამ მხრით საეჭიო დახმარებას მოკლებულია. საჭიროა, რომ ექიმე-  
 ბი სოფლებშიც მიდიოდნენ და იქ სოფლის მცხოვრებლებს დახმარებას უწევდნენ.  
 მთავრობას შეუძლია აიძულოს ექიმი და ის სოფელში გაგზავნოს, მაგრამ ასეთი  
 განკარგულება საქმისათვის სასურველი არ იქნება: ექიმი თავის ნებით უნდა მი-  
 დიოდეს სოფელში და იქ ხალხში ეწეოდეს იმ დიდ მოვალეობის შესრულებას,  
 რომელიც მასზე ძვეს.

დასასრულ მე გამოვსთქვამ იმედს, რომ ექიმთა მე IV კონგრესის მუშაობის  
 შედეგები არ დარჩება კაბინეტში, არამედ მას ექნება პრაქტიკული ხასიათი. ც.  
 ის გადავა ხალხში და იქ სათანადოთ გამოყენებული იქნება. მეცნიერება და  
 ცხოვრება მკიდროთ უნდა იყოს ერთმანეთთან შეკავშირებული, მეცნიერება, ასე  
 ვთქვათ, უნდა გახალხოსდეს.

გამარჯოს მეცნიერების და ცხოვრების კავშირს.

4. წაკითხულ იქნა წითელი ჯვრის ცენტრალურ კომიტეტის თავმჯდომარის  
 ექ. პ. კიკაღიშვილის მისაღმება.

5. წაკითხულ იქნა წერილობითი მისაღმება ქ. I საავადმყოფოს ექ. კ.  
 ლორთქიფანიძის მიერ.

6. წაკითხულ იქნა აფხაზეთის ჯანსახკომის კომისარიატის მთავარ საკუ-  
 რორტო სამმართველოს და აფხაზეთის მთავარ კურორტის მისაღმება.

7. ქუთაისის ექიმთა სექციის ბიუროს დებეშა.

8. ქუთაისიდან ექიმ ნაზარაშვილის დებეშა.

9. ამიერ-კავკასიის საეჭიო საზოგადოების სახელით კონგრესს ესაღმება  
 ექ. პონდოვი.

10. ტფილისის რუსულ ოდონტოლოგიურ საზოგადოების სახელით ესაღმე-  
 ბა საზოგადოების თავმჯდომარე ექიმი მალიშვესკი.

11. ტფილისის ქართულ ოდონტოლოგიურ საზოგადოების სახელით—ექ.  
 ვ. კიკინაძე.

თავმჯდომარე მოახსენებს კრებას, რომ კონგრესზე მოხსენებათა შორის  
 შეტანილი იყო ტფილისის რექტორის პროფ. ივანე ჯავახიშვილის მოხსენება  
 კვების შესახებ, მაგრამ მისი ავადმყოფობის გამო მოხსენება ვერ შესდგება.  
 კონგრესი მუშაობით აღნიშნავს პროფ. ივანე ჯავახიშვილის ავადმყოფობას  
 და გამოსთქვამს გულწრფელ სურვილს, რომ ის ადრე გაჯანსაღებულიყოს.

ამის შემდეგ საორგანიზაციო კომიტეტის მდივანმა ექ. ვლადიმერ ცეცხ-  
 ლაძემ წაიკითხა საორგანიზაციო კომიტეტის მიერ შემუშავებული რეგლამენტი:

1. კონგრესის სხდომები იწყება დილის 11-სა და საღამოს 7 საათზე.

2. მთავარ მომხსენებელს საპროგრამო საკითხში ეძლევა 40 წუთი, თანა-  
 მომხსენებელს 15 წუთი.

3. ერთსა და იმავე საკითხის შესახებ მოხსენებები იქნება წაკითხული  
 ზედი-ზედ და კამათი მათ შესახებ იქნება საერთო. მოკამათეს ეძლევა 5 წუთი.

4. არსებითი მსჯელობის გარეშე შეკითხვები მოსპობილია. საბოლოო  
 სიტყვისთვის მომხსენებელს ეძლევა 10 წუთი.

5. კამათისათვის თვითეულს ეძლევა 5 წ. მხოლოდ ერთხელ.

6. ავადმყოფობის ისტორიები შეიძლება დაშვებულ იქნეს მხოლოდ საერთო რეზიუმეს სახით.

7. მოხსენება წაკითხვის წინ უნდა გადაეცეს კონგრესის მდივანს.

8. კამათში მონაწილემ თავისი სიტყვა უნდა სხდომის დამთავრებამდე გადასცეს მდივანს წერილობით.

კონგრესი ამტკიცებს რეგლამენტს.

თავმჯდომარის წინადადებით კონგრესი ირჩევს პრეზიდიუმს და სეკრეტარიატს.

კონგრესის თავმჯდომარეთ არჩეულია პროფ. სვ. გოგიტიძე.

კონგრესის მთავარ მდივანთ—ექ. ვლ. ცეცხლაძე.

პრეზიდიუმის წევრები:

1. ჯანმრთელობის კომისარი გრიგოლ კუჭაიძე. 2) მისი მოადგილე—ვ. აბზიანიძე. 3) წითელი ჯვრის ცენტრ. კომიტეტის თავმჯდომარე—ექ. პ. კიკაღიშვილი. 4) პრ. აღ. ნათიშვილი. 5) პრ. აღ. ალადაშვილი. 6) პრ. გ. მუხაძე. 7) პრ. სპ. ვირსალაძე. 8) პრ. მ. წინამძღვრიშვილი. 9) პრ. ვლ. ულენტი. 10) პრ. ი. თიქანაძე. 11) პრ. სვ. ამირეჯიბი. 12) პრ. ა. მაქავარიანი, 13) ექ. სვ. კანდელაკი. 14) ექ. კ. ლორთქიფანიძე. 15) ექ. ევ. ლოვაზაშვილი. 16) ექ. ნ. რუხაძე. 17) ექ. ა. ინგოროყვა 18) ექ. ელიოზიშვილი. 19) ნ. ექ. ჯანდიერი. 20) ექ. ი. მუჯირი.

მდივანთ: 1) ექ. ა. ქავთარაძისა. 2) ექ. ა. მამულაიშვილი. 3) ექ. გ. დიდებულიძე. 4) ექ. ი. პარმა. 5) ექ. მ. კოკჩაშვილი. 6) ექ. გ. ნათაძე. 7) ექ. ი. გიგინეიშვილი. 8) ექ. ა. რუხაძე. 9) ექ. გ. ფხალაძე. 10) ექ. ნიკოლაიშვილი. 11) ექ. კ. ვეფხვაძე. 12) ექ. გ. ფავლენიშვილი. 13) ექ. ლ. ელიაშვილი. 14) ექ. ა. უხტიაშვილი. 15) ექ. ი. ასლანიშვილი. 16) ექ. ი. ლორთქიფანიძე.

კრება დაიხურა ნაშუადღევს 3 ს. 40 წ.

### პარასკევი 21/V სალამო.

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.

სხდომა გაიხსნა სალამოს 7 ს. 40 წ.

თავმჯდომარე პროფ. სვ. გოგიტიძე.

მდივანები: ექ. ი. ლორთქიფანიძე, ექ. ი. პარმა.

წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. სპ. ვირსალაძე: „ამებიაზის კლინიკის პრობლემა: 1. პათოგენურ ამებების ევოლუციის ფორმები. 2. ეტიოლოგია და პათოგენეზი. 3. პათოლოგიური ანატომია. 4. კლინიკური სურათი. გართულებანი. 5. თერაპია“. (40 წ.).

2. ექ. ი. ხათრიძე: „ამებების სხვა პარაზიტებისაგან ინფექცია და ამებები როგორც პარაზიტოფაგები“.

3. ექ. გორდაძე: „სისხლის სურათი ქრონიკულ ამებიაზის დროს“.

4. ექ. თ. მამალაძე: „სისხლის ცვლილებებისათვის ქრონიკულ ამებიაზის დროს“.

5. ექ. ა. მამულაიშვილი: „კუჭის სეკრეტორული ფუნქცია ამებიზის დროს“.

6. ექ. ტიტინიძე: „Feces-ის მორფოლოგია კოლიტების დროს“, პრეპარატების დემონსტრაციით.

კრება დაიხურა ღამის 11 ს. 55 წ.

### შაბათი 22/V დილა.

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.

სხდომა გაიხსნა დილის 11 ს. 15 წ.

თავმჯდომარე პროფ. სპ. ვირსალაძე.

მდივნები: ექ. ა. ქავთარაძისა, ექ. გ. დიდებულიძე.

წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. სვ. კანდელაკი: ამებიზის გავრცელება და მასთან ბრძოლა საქართველოში“. (40 წ.).

2. ექ. ი. ჯავახიშვილი: „პათოგენური ამება ჯანსაღ ადამიანებს შორის“.

3. ექ. ნ. ყიფშიძე: „უმარტივესი ცხოველები ადამიანის ნაწლავებში—ლამბლიოზი“.

4. ექ. რუხაძე: „რამოდენიმე შემთხვევა ამებიზის და ლამბლიოზის Stovarsol-ით ექიმობისა“.

გაიმართა კამათი ამებიზის შესახებ წაკითხულ მოხსენებების გარშემო. (კამათი დაბეჭდილი იქნება კონგრესის შრომებში).

კრება დაიხურა შუადღის 3 ს. 45 წ.

### შაბათი 22/V საღამო.

საქართველოს მუზეუმის აუდიტორია.

კრება გაიხსნა საღამოს 7 ს. 30 წ.

თავმჯდომარე პროფ. სვ. ამირეჯობი.

მდივნები: ექ. ა. მამულაიშვილი, ექ. ი. გიგინეიშვილი.

წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. ალ. ალადაშვილი: „მასალები საქართველოს მოსახლეობის კვების შესახებ“. (40 წ.).

2. ექ. გ. ნათაძე: „მასალები საქართველოს მცხოვრებთა კვების შესასწავლად“.

3. ექ. ა. ახვლედიანი: „ქვების საკითხი ქვემო სვანეთში“.

4. ექ. ი. პარმა: „უმთავრესი სანოვაგეების ფალსიფიკაცია ქ. ტფილისში“.

5. ექ. გ. ნათაძე: „ვიტამინები და ავიტამინოზი“.

შესდგა კამათი.

კრება დაიხურა ღამის 11 ს. 30 წ.

## კვირა 23/V დილა.

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.

კრება გაიხსნა დილის 11 ს. 20 წ.

თავმჯდომარე ექ. პ. კიკელიძე.

მდივნები: ექ. გ. ნათაძე, ექ. ა. რუხაძე.

წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. სვ. ამირეჯიბი: „ალკოჰოლიზმის საკითხი ჩვენში“ (40 წ.).
  2. პროფ. მ. ასათიანი: „ალკოჰოლიზმის სახეები საქართველოში“.
  3. იგივე—„ალკოჰოლიზმი სენათში“.
  4. ექ. ნ. ვეშაძე: „თეთრი ცხელების შემთხვევები ფსიქიატრიულ კლინიკის და ფსიქონევროლოგიურ ინსტიტუტის მასალების მიხედვით“.
  5. ექ. გ. შენგელია: „ფსიქოპათიები და ფსიქონევროზები, როგორც ალკოჰოლიზმის წარმოშობის ნიადაგი“.
  6. ექ. ი. მჭედლიძე: „ალკოჰოლიზმი და კუჭის სნეულებანი“.
- შესდგა კამათი.
- კრება დაიხურა დღის 3 ს. 30 წ.

## კვირა 23/V საღამო.

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.

კრება გაიხსნა საღამოს 7 ს. 20 წ.

თავმჯდომარე პროფ. მუხაძე.

მდივნები: ექ. ფხალაძე, ექ. ნიკოლაიშვილი.

წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. ვლ. ჟღენტი: „სიმსივნეების მოძღვრების თანამედროვე მდგომარეობა“ (40 წ.).
  2. ექ. ი. ტიტინიძე: „სიმსივნეები ტფილ. სახ. უნივერ. პათოლოგო-ანატომიურ ინსტიტუტის და ქალაქის 1 საავადმყოფოს პროზექტურის მასალების მიხედვით“.
  3. ექ. გ. ფავლენიშვილი: „სიმსივნეები შედარებით პათოლოგისათვის“.
  4. ექ. გ. ხეჩინაშვილი: „მუცლის აპკის ჰსეოდომიქსომის საკითხებისათვის“.
  5. ექ. ვ. მერებაშვილი: „Dawis'-ის რეაქცია კირჩხიბით დაავადების დროს“.
- კრება დაიხურა ღამის 11 ს. 30 წ.

## ო.რ.შაბათი 24/V დილა.

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.

კრება გაიხსნა დილის 11 ს. 15 წ.

თავმჯდომარე პროფ. ვლ. ჟღენტი.

მდივნები: ექ. კ. ვეფხვაძე, ექ. გ. ფავლენიშვილი.

წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. გ. მუხაძე: „სიმსივნეები ტფილისის ცენტრალურ კლინიკურ ინ-სტიტუტის მასალების მიხედვით“. (40 წ.).
  2. ექ. მ. ფურცელაძე: „სარძეო ჯირკვლების სიმსივნეები“.
  3. ექ. ნაცვლიშვილი: „ხორხის სიმსივნეები“.
  4. ექ. ლ. ელიაშვილი: „სისხლის წნევა ფიბრომიომის დროს“.
  5. ექ. გ. გოგოლაძე: „სისხლის ზოგიერთი ცვლილებები მანე თვისებებთან სიმსივნეების დროს“.
- კამათი სიმსივნეების შესახებ მოხსენებათა გარშემო.  
 კრება დაიხურა 3 ს. 40 წ.

**ორშაბათი 24/V საღამო.**

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.  
 კრება გაიხსნა საღამოს 7 ს. 30 წ.  
 თავმჯდომარე ექ. ე. ლოხაზერიძე.  
 მდივნები: ექ. ლ. ელიაშვილი, ექ. ა. უსტიაშვილი.  
 წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. პროფ. ი. თიკანაძე: „მუცლის მოწყვეტა საერთო სახელმწიფოებრივ თვალსაზრისით“. (40 წ.).
  2. დოც. ბ. ლოლობერიძე: „აბორტის საკითხი თანამედროვე პირობების მიხედვით“.
  3. ექ. ი. მუჯირი: „აბორტი სოფლად“.
  4. ექ. ს. ბერინოვა-კუჭაიძე: „მუცლის მოწყვეტა ტფილისში სამეანო კლინიკის მასალის მიხედვით“.
  5. ქირ. დოქტ. მ. მგალობლიშვილი: „ზოგიერთი მოსაზრებანი ხელოვნური აბორტის და მის ჩვენებათა შესახებ“.
  6. ექ. ი. ლორთქიფანიძე: „ორსულობის ხელოვნური მოშლის გავლენა დედაკაცის ორგანიზმზე“.
- კრება დაიხურა საღამოს 12 საათზე.

**სამშაბათი 25/V დილა:**

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.  
 კრება გაიხსნა დილის 11 ს. 20 წ.  
 თავმჯდომარე პროფ. ი. თიკანაძე.  
 მდივნები: ექ. ლ. ელიაშვილი, ექ. უსტიაშვილი.  
 წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები:

1. ექ. ე. შალაშვილი: „Dührssen-ის ოპერაცია, როგორც მუცლის ხელოვნური მოწყვეტის მეთოდი“.
2. ექ. ჩარკვიანი: „სამედიკინოს გარეშე ორსულობა და აბორტი“.
3. ექ. გ. ხეჩინიშვილი. Ruge II-ის და Philipp-ის რეაქციის მნიშვნელობა სექსტური აბორტის დროს“.

4. ქირ. დოქ. მ. მგალობლიშვილი: „ცხელებიან აბორტის წამლობის საკითხისათვის.“

5. ექ. ა. ინგოროყვა: „აგარაკი ბახმაროს მოწყობის შესახებ“.

კამათი აბორტის შესახებ მოხსენებების გარშემო.

კრება დაიხურა დღის 4 საათზე.

სექციის მეორე სხდომა არა საპროგრამო საკითხებზე.

კრება გაიხსნა დღის 11 ს. საქართველოს მუზეუმის აუდიტორიაში.

თავმჯდომარე პროფ. ა. ალადაშვილი.

მდივნები: ექ. ა. მამულაიშვილი, ექ. კ. ვეფხვაძე.

წაკითხულ იქნა შემდეგი მოხსენებები.

1. ექ. ა. რუხაძე: „*Gambusia affinis* და მისი შესაძლებელი როლი მალარიასთან ბრძოლაში“.

2. ექ. ბ. ოქროპირაძე და მ. პარკაძე: „მალარია საქართველოს კურორტებზე: ბორჯომი, წყალტუბო, ახტალა“.

3. ექ. ბ. ოქროპირაძე: „მალარია და ანოფელესი სვანეთში“.

4. შინ. მედ. დოქტ.—ი. აბაკელია: „შერეული ინფექცია ტუბერკულოზის დროს“.

5. ექ. მ. მუჯირი: „ქიების ინვაზია საქართველოში რკინის გზის მოსწავლეების წინასწარ გამოკვლევების მიხედვით“.

კამათი.

სხდომა დაიხურა დღის 3 საათზე.

#### საშუაბათი 25/V საღამო.

მუშათა სასახლის დიდი დარბაზი.

სხდომა გაიხსნა საღამოს 8 საათზე.

თავმჯდომარე—პროფ. სვ. გოგიტიძე.

მდივანი—კონგრესის მდივანი ექ. ვლად. ცეცხლაძე.

კონგრესმა მიიღო რეზოლუციები: 1) ამებიაზის შესახებ, 2) კვების შესახებ, 3) ალკოჰოლიზმის შესახებ, 4) სიმსივნეების შესახებ, 5) აბორტის შესახებ, 6) ბახმაროს შესახებ, 7) მალარიის შესახებ, 8) ნაწლავების ქიების შესახებ, 9) აჭარისტანში ჩიყვის შესწავლის შესახებ.

თავმჯდომარე სვამს საკითხს მომავალი სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V კონგრესის მოწვევის ადგილის და დროს შესახებ. იკითხება დებუშები გამოვხანელი: 1) აჭარისტანის საექიმო საზოგადოების თავმჯდომარის—ინგოროყვას და 2) აჭარისტანის სახელმწიფო საგეგმო კომისიის თავმჯდომარის. სულაბერიძის მიერ, რომლებიც შუამდგომლობენ კონგრესის წინაშე, რომ მე-V კონგრესი შესდგეს ქ. ბათუმში.

კრება ადგენს: სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-V კონგრესი გაიხსნას 1927 წელს ოქტომბერში ქ. ბათუმში. ამასთანავე კონგრესმა მომავალ მე-V კონგრესის საპროგრამო საკითხათ მიიღო:



1. კუქის წყლულის კლინიკა და თერაპია.
2. კოლიტების ეტიოლოგია და მათი მკურნალობა.
3. მოსახლეობის მოძრაობა საქართველოში.

პრეზიდიუმის მიერ წარმოდგენილ წინადადებით კონგრესი ადგენს, რომ მე-V კონგრესზე გამოცხადებულ საპროგრამო საკითხების შესახებ, სახელდობრ: 1) კუქის წყლულის კლინიკის და თერაპიისათვის საკითხისათვის დაინიშნოს ორი მთავარი მოხსენება, ერთი თერაპევტიული და მეორე ქირურგიული დარგიდან და ორიც თანამოხსენება ამავე საკითხში, 2) დანარჩენი ორი საპროგრამო საკითხების შესახებ შესდგეს თითო მთავარი მოხსენება და ორიც თანამოხსენება,

გარდა საპროგრამო საკითხებისა, კონგრესზე ფართო ადგილი დაეთმობა მოხსენებებს საექიმო მეცნიერების ყველა დარგიდან.

შემდეგ კონგრესმა ამოირჩია მე-V კონგრესის მომწვევი საორგანიზაციო კომიტეტი შემდეგი შემადგენლობის:

**სახალხო ჯანმრთელობის კომისარიატიდან:**

1. ჯანმრთელობის კომისარი—ექ. გრიგოლ კუჭაიძე.

**რესპუბლიკის წითელი ჯვარიდან:**

2. წითელი ჯვრის ცენტრალურ კომიტეტის თავმჯდომარე ექ. პ. კიკალეი-შვილი.

**საპარტოვალო სექციონო საზოგადოებიდან:**

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 3. პროფ. ალ. ალადაშვილი.       | 7. ექ. კ. ლორთქიფანიძე.           |
| 4. პროფ. მიხ. წინამძღვრიშვილი. | 8. ქირ. დოქტ. მიხ. მგალობლიშვილი. |
| 5. პროფ. ვლ. ჟღენტაი.          | 9. ექ. ვლად. ცეცხლაძე.            |
| 6. პროფ. სვ. ამირეჯიბი.        |                                   |

**სახელმწიფო უნივერსიტეტიდან:**

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 10. პროფ. სვ. გოგიტიძე.  | 13. პროფ. გრ. მუხაძე.      |
| 11. პროფ. ალ. ნათიშვილი. | 14. პროფ. ალ. მაჭავარიანი. |
| 12. პროფ. სპ. ვირსალაძე. |                            |

**რკინის გზიდან:**

15. ექ. სერგო ზედგინიძე.

**აზარისტანიდან:**

16. აპარისტანის ჯანსახკომის წარმომადგენელი.
17. აპარისტანის წითელი მთვარის საზოგ. წარმომადგენელი.

18. აკარისტანის ექიმა და ბუნების მეტყველთა საზოგადოებისაგან—თავმჯდომარე ექ. კ. ინგოროყვა.  
19. რესპუბლიკის მთავარი სააუადმყოფოს წარმომადგენელი ექ. რ. შუშანია.

**აზხაზეთიდან:**

20. ჯანსახკომის წარმომადგენელი ექ. ნ. რუხაძე.  
21. ექ. ა. გრიგოლია  
22. წით. ჯვრის წარმომადგენელი.

**სამხრეთ ოსეთიდან:**

- 23 ექ. ფირალოვი.

**ჭუთაინიდან:**

24. ექ. ე. ლოსაბერიძე. 25. ექ. დ. ნაზარაშვილი.

**გორიდან:**

26. ექ. ე. გვერდწიფელი. 27. ექ. ელიოზიშვილი.

**თელავიდან:**

28. ექ. ჩიკვაძე.

**სიღნაღიდან:**

29. ექ. დარჩიაშვილი.

**მესხეთ-ჯავახეთიდან:**

30. ექ. ი. ასათიანი.

**ჭიათურკიდან:**

31. ექ. ა. ნინუა. 32. ექ. კ. გამრეკელი.

**ახალსენაკიდან:**

33. ექ. გ. ჯორჯიკია.

**ფშგდილიდან:**

34. ექ. ი. მუჯირი.

**ოფურგეთიდან:**

35. ექ. ასათიანი.

ღიჯსუმიდან:

36. ექ. ა. ახვლედიანი.

რახიდან:

37. ექ ა. ბაქრაძე.

კრება ირჩევს მე-V კონგრესის მომწვევე საორგანიზაციო კომიტეტის თავმჯდომარეთ პროფ. სვ. გოგიტიძეს, მდივნათ ექ. ვლ. ცეცხლაძეს.

მე-IV კონგრესის სახელით თავმჯდომარე მადლობას უცხადებს ყოფილ საორგანიზაციო კომიტეტს, მის თავმჯდომარეს პროფ. ალ. ნათიშვილს და მდივანს ექ. ვლ. ცეცხლაძეს. აგრეთვე კონგრესი მადლობას უცხადებს პროფ. ვლ. ულენტს და მის თანამშრომლებს კონგრესზე მოწყობილი პათოლოგ-ანატომიური პრეპარატების გამოფენისათვის.

ღამის 12 ს. 15 წ. საქ. ექ. მე-IV კონგრესი დახურულად გამოცხადდა.

## რ ე ზ ო ლ ი უ ც ი ე ბ ი.

### 1. ამეზიანის შესახებ.

1. თუმცა ოფიციალურ სტატისტიკაში ამეზიანი გამოყოფილი არ ჰრის და ჩვენ არ გვაქვს სწორი ცნობები ამეზიანის გავრცელების შესახებ საქართველოში, მაგრამ ამ დაბოლო ხანებში ნაწარმოებ დაკვირვებებისა და გამოკვლევების მიხედვით დანამდვილებით შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში გავრცელებულ სოციალურ სახალხო სნეულებათა შორის ამეზიანს მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ერთად უჭირავს მნიშვნელოვანი ადგილი და თავისი ფართო გავრცელებით ხსენებულ სნეულებებთან ერთად გადაგვარების გზაზედ აყენებს საქართველოს ხალხს.

2. ამეზიანთან ერთად ძლიერ გავრცელებულია საქართველოში აგრეთვე ნაწლავების სხვა პროტოზოული სნეულებანი, როგორც არის ლამბლიოზი, ბალანტიდიოზი, ტრიხომონადები და სხვა, რომელთა შესწავლა და რომლებთანაც ბრძოლა აგრეთვე სავალდებულო და საქიროა, როგორც ამეზიანთან.

3. ამეზიანით და სხვა პროტოზოებით გამოწვეულ ნაწლავთა დაავადების გავრცელებას ჩვენში ხელს უწყობენ ადგილობრივი, შედარებით თბილი, სუბტროპიკული ჰავა, ჩვენი ცხოვრების თავისებურებანი, ეკონომიური და კულტურული ჩამორჩენილობა, სანიტარული მოუწყობლობა და შესაფერი სამკურნალო წამლების უქონლობა.

4. მალარიასთან, ტუბერკულოზთან და ჩვენში გავრცელებულ სხვა სოციალურ სნეულებებთან ერთად ამეზიანი უნდა იქნეს აღიარებული უდიდეს სოციალურ სნეულებათ, რომლის წინააღმდეგ უნდა იქნეს გატარებული რაციონალურ ბრძოლის საშუალებანი:

ა) უნდა გამომუშავდეს ერთი საყოველთაო სარეგისტრაციო ფურცელი ნაწლავთა პროტოზოოლ სნეულებათათვის ისე, როგორც ეს არსებობს მალარიისთვის.

ბ) დაუყონებლივ უნდა იქნეს სავსებით დაკმაყოფილებული ხალხის საჭიროება ამებიანის საწინააღმდეგო წამლების—ემეტინის, იატრენის და სტოვარსოლის საკმაო რაოდენობით და მისი სათანადო განაწილებით საქართველოს ყველა კუთხეებში.

გ) უნდა მიეცეს ყველა მოპრაქტიკე ექიმს საშუალება ლაბორატორიუმის დახმარებით კოლიტების ეტიოლოგიის ადრეულ დიაგნოსტიკისათვის, რაც აუცილებელია თერაპიისთვისაც; ამისთვის არსებული ექვსი სამალარიო სადგური უნდა გაფართოვდეს პროტოზოოლოგიურ განყოფილებით და მათი რიცხვიც გამრავლდეს ამ ახლო მომავალში ოცამდე მაინც.

დ) უნდა მიეცეს ექიმებს საშუალება დახელოვდნენ ტროპიკულ მედიცინაში და პროტოზოოლოგიაში სპეციალურად ტროპიკულ ინსტიტუტში და ტფილისის სხვა სამეცნიერო დაწესებულებებში.

ე) ამებიანთან, ისე როგორც მალარიასთან და სხვა სოციალურ სნეულებებთან ბრძოლაში, დიდ როლს თამაშობს პროფილაქტიკური შეგნება, რომელიც უნდა იქნას შეტანილი ხალხში, რისთვისაც არსებული ტფილისის პროფილაქტიკური მკურნალობის სკოლა უნდა იქნეს ფართოდ გამოყენებული ამ საქმეში.

ვ) უნდა შედგეს სპეციალური კომისია ამებიანის ადგილობრივ მიზეზთა გამოსარკვევად და შესაფერ საბრძოლველ ზომების გამოსანახად. ამ მიზნით ჯანმრთელობის კომისარიატთან არსებული ცენტრალური სამალარიო კომიტეტი უნდა გადაკეთდეს ცენტრალური ტროპიკული მედიცინის კომიტეტად და იქ უნდა დაარსდეს სპეციალური სექციები, როგორც ამებიანის, ისე სხვა ჩვენში გავრცელებულ ტროპიკულ სნეულებათათვის.

## 2. კვების შესახებ.

1. საქართველოს ყველა კუთხეების და ყველა წრეების კვება ხასიათდება მისი ნაკლები საკმარისობით, როგორც რაოდენობით ისე თვისებითაც.

2. მეტადრე აღსანიშნავია ცილების და ცხინების ნაკლებობა.

3. კონგრესი სცნობს რა, რომ მუდმივ არა საკმაო კვებას ერის არსებობისათვის მომავალში მძიმე შედეგები შესაძლოა მოჰყვეს, აუცილებელ საჭიროებათ სცნობს საქართველოს მოსახლეობის კვების მდგომარეობის მეცნიერულად შესწავლისათვის მუშაობა გაგრძელებულ იქნას და ამგვარად შეკრებილი მასალა საფუძვლად დაედოს კვების გაუმჯობესებისათვის გამომუშავებულ გეგმებს.

4. კონგრესი საჭიროდ სცნობს ამ მიზნის განსახორციელებლად სპეც. მეცნიერულ პრაქტიკული დაწესებულების მოწყობას სახელმწ. მასშტაბით.

## 3. ალკოჰოლიზმის შესახებ.

1. საქართველოს მოსახლეობის შორის ალკოჰოლის მეტი ხმარების ფართო გავრცელება ფაქტად უნდა ჩაითვალოს.

2. ალკოჰოლიზმის ფართო გავრცელება საქართველოში, მოსახლეობის დაწეულ კვებასთან და მისი ცხოვრების და შრომის არაღამაკმაყოფილებელ პირობებთან დაკავშირებით, წარმოადგენს ფაქტორს, რომელსაც შეუძლიან საქართველოს მოსახლეობის გადაგვარების გზაზე დაყენება.

3. საქართველოს ალკოჰოლიზმის მიზეზები, მხოლოდ უმცირეს შემთხვევაში ხალხის ნევროფსიქიური დაავადების გამომხატველია, უმთავრესად კი დაკავშირებულია მძიმე სოციალურ-ეკონომიურ პირობებთან, როგორცაა ყოფა-ცხოვრების და შრომის პირობები, ე. ი. წარმოადგენს ისეთ სოციალურ სენს, რომლის საწინააღმდეგოთ შესაძლებელია და საჭირო მთელ რიგ საზოგადოებრივ პროფილაქტიკურ და სამკურნალო ზომების გატარება.

4. ჟღერესი ყურადღება მიექცეს პროფილაქტიკურ ზომებს, რომლებიც გამოიხატება მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიურ პირობების გაუმჯობესებაში და სასანიტარო განათლების გავრცელებაში.

5. პირველად ყოვლისა ყველა საექიმო ორგანიზაციები და საექიმო დარგში მომუშავენი და შემდეგ ყოველი მოქალაქე უნდა აქტიურად შეებრძოლოს ალკოჰოლიზმს, რათა შეცვლილ იქნეს ხალხის ყოფა-ცხოვრების მანერე ჩვეულებები და ღვინის და არაყის „ზომიერი“ მოხმარების წინააღმდეგაც ბრძოლა იყოს გამოცხადებული.

6. განსაკუთრებული ღონისძიებანი უნდა გატარდეს ბავშვების და მოზარდ თაობის ალკოჰოლიზაციის წინააღმდეგ, რისთვისაც გამოყენებული უნდა იყენენ ოჯახი, სკოლა, მოწაფეთა ყველა ორგანიზაციები და მათი ხელმძღვანელები.

7. ასეთივე ყურადღებით დაყენებულ უნდა იქნეს ალკოჰოლიზმთან ბრძოლის, იდეების შთანერგვა და გავრცელება რესპუბლიკის წითელ არმიელთა შორის, რაც მოგვიწადებს მომავალში აქტიურ მებრძოლთ სოფლის ალკოჰოლიზაციის წინააღმდეგ.

8. ალკოჰოლიზმთან ბრძოლა მხოლოდ მაშინ იქნება ნაყოფიერი, როდესაც მასში მონაწილეობას მიიღებენ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების გარდა, მთავრობის და საზოგადოებრივობის სხვა დაწესებულებები, რითაც ფართო მასების ბრძოლაში ჩაბმა უზრუნველყოფილი იქნება.

9. ზემოხსენებულ დაწესებულებათა ალკოჰოლიზმთან ბრძოლისათვის გაერთიანების ინიციატივა და სისტემატიური ხელმძღვანელობა საზოგადოებრივობასთან კონტაქტით, ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატმა უნდა იკისროს. მან უნდა დასვას დღის წესრიგში საკითხი ალკოჰოლიზმის პრობლემის მეცნიერულად შესწავლის და მის საწინააღმდეგო ზომების გამოძუშავეების შესახებ საქართველოს რესპუბლიკის კონკრეტულ პირობებში.

10. სახელმწიფომ უნდა გაიღოს სპეციალური თანხები ამ ზომების განმრთელობის სახალხო კომისარიატის მიერ ცხოვრებაში გატარებისათვის. პირველად ყოვლისა უნდა დაარსებულ იყოს ნევროფსიქიატრიული დისპანსერი. მხოლოდ დისპანსერებით და სამკურნალო დაწესებულებათა დისპანსერული მეთოდებით მუშაობა არის თავადები ალკოჰოლთან მკურნალობის და ალკოჰოლიზმის საწინააღმდეგო ბრძოლის ნაყოფიერებისა.

#### 4. სიმსივნეების შესახებ.

I. 1. სწორი ცნობების შესაკრებად და საჭირო მასალების დასაგროვებლად შემოღებულ იყოს ცალკე სარევისტრაციო ფურცელი, რომლის აკრებაც სავალდებულო უნდა იყოს ყველა სამკურნალო დაწესებულებისათვის.

2. როგორც სწორი ცნობების შესაკრებად, აგრეთვე ავადმყოფთათვის თავის დროზე სათანადო დახმარების აღმოსაჩენად, საჭიროა დაარსდეს სპეციალი ლაბორატორია, რომელიც რესპუბლიკის ფარგლებში დაწესებულებათა და ექიმების მოთხოვნებით აწარმოებს უფასოთ სიმსივნეების გამოკვლევას.

3. ქალაქებში და აგრეთვე სოფლებში, სადაც საექიმო პუნქტები არსებობს, საჭიროა ყოველ მიცვალებულის შესახებ ექიმის მიერ იყოს შემოწმებული სიკვდილის მიზეზი და, სიმსივნის შემთხვევაში, შევსებული იყოს სარევისტრაციო ფურცელი.

II. ამას გარდა, ფრიად სასურველად და საჭიროდ ჩაითვალოს შემდეგი:

4. ავთვისებიან სიმსივნეებთან ანუ კიბოსთან ბრძოლა ცნობილ იქნას სახელმწიფოებრივ მნიშვნელობის საქმეთ.

5. ავთვისებიან სიმსივნეებთან ბრძოლა გაერთიანდეს მთელ საქართველოს რესპუბლიკაში.

6. ამ ბრძოლის გაერთიანებისათვის საჭიროა შექმნა ჯანმრთელობის კომისარიატთან განსაკუთრებული, ავთვისებიან სიმსივნეებთან მებრძოლი, ორგანოს, ე. ი. საბჭოს, რომელშიც უნდა შედიოდეს ჯანსახკომის, უნივერსიტეტის, წითელი ჯვრის, ტფილისის ქალაქის ჯანმრთელობის განყოფილების, დამზღვევი სალაროს, საქართველოს ექიმთა საზოგადოების და სხვა, სიმსივნეებთან ბრძოლაში დაინტერესებული დაწესებულებები და ორგანიზაციების წარმომადგენელი.

სიმსივნეების შესწავლისა და მათთან ბრძოლის წარმოებისათვის საბჭოს მოვალეობად უნდა ითვლებოდეს:

ა) ფართო მასების გაცნობა სიმსივნეებთან, განსაკუთრებით სიმსივნეების პროფილაქტიკასთან და სიმსივნეების ნაადრევ ექიმობის საჭიროებასთან, პოპულარ სპეციალ წიგნაკების, გაზეთების, ლექციების და სხვა შესაჯერისი ღონისძიებების საშუალებით.

ბ) საქართველოში სიმსივნეების გავრცელების სისტემატიური შესწავლა წლიდან-წლამდე.

გ) სიმსივნეების ეტიოლოგიის, პათოგენეზის და მკურნალობის შესწავლა. ამ უკანასკნელი საკითხების, ე. ი. ეტიოლოგიის, პათოგენეზის და მკურნალობის შესასწავლად, და აგრეთვე ამ მკურნალობის განსახორციელებლად, საჭიროა ტფილისში დაარსდეს სპეციალი ინსტიტუტი სათანადოთ მოწყობილი ლაბორატორიით, თანამედროვე სიმსივნეების სამკურნალო საშუალებებით და ქირურგიული კლინიკური განყოფილებებით.

## 5. აბორტის შესახებ.

1. მუცლის მოწყვეტა საქართველოში გავრცელებულია როგორც ქალაქად, ისე სოფლად და ალაგ-ალაგ კი ებიდემიურ ხასიათს იღებს, იზრდება რიცხვი, როგორც ხელოვნური, ისე ზედმეტად ფარული აბორტისა.

2. აბორტის ლეგალიზაციის შემდგომ ოდნავ იკლო სექტიურ აბორტთა რიცხვმა და ქალის ამ ნიადაგზედ სიკვდილიანობამ, ხოლო აბორტის საერთო რიცხვს არამც თუ დაუკლია, არამედ კიდევ მკვეთრად უმატია, განსაკუთრებით უმატია ფარულ აბორტს და სოციალურ ჩვენებით ვაკეთებულ ლეგალურ აბორტს.

3. მუცლის მოწყვეტა, როგორც ჩარევა, მიმართული სახელმწიფოსათვის დიდი ღირებულების ჩასახულ არსების წინააღმდეგ, არის მოქმედება როგორც მორალურად, ისე იურიდიულად დაუშვებელი და ამ მხრივ ნაყოფი, როგორც ცოცხალი არსება, მოითხოვს სახელმწიფოს მფარველობას.

4. აბორტის ლეგალიზაციამ ვერ გადასჭრა სავსებით ეს მძიმე და რთული საკითხი. აბორტი არა თუ კლებულობს, პირიქით მატულობს, რაც საქართველოს ისედაც მცირე რიცხოვან მოსახლეობისათვის ძლიერ სახიფათო და მავნებელია, და იღებს რა მხედველობაში იმ გარემოებას, რომ თვით მთავრობას უკვე შეაქვს ცვლილებანი და შესწორებანი აბორტის შესახებ არსებულ კანონმდებლობაში, კონგრესი გამოსთქვამს სურვილს, რომ საქართველოსათვის ეს კანონმდებლობა რაც შეიძლება ადრე იქნას გადასინჯული და ამ ზეთი წლის მისი მოქმედებისაგან გამოძღინარე შედეგების მიხედვით შეცვლილი და შესწორებული.

5. აბორტი უნდა კეთდებოდეს სამკურნალო ჩვენებით, როცა ორსული ქალის ჯანმრთელობას ამ მდგომარეობის გამო შიში მოეღის, უნდა კეთდებოდეს გამოცდილ. შესაფერ სტაჟის მქონე ექიმის მიერ. აბორტის აუცილებლობის შესახებ დასტურის მიცემა უნდა ხდებოდეს არა ნაკლებ ორი ექიმის (ამთავან ერთი უნდა იყოს მეან-გინეკოლოგი) შემოწმების შემდეგ.

6. ევგენიკის ჩვენებით (სულით ავადმყოფობა) აბორტი დაშვებული უნდა იყოს.

7. აბორტი უნდა კეთდებოდეს სახელმწიფო და საზოგადოებრივ სამკურნალო დაწესებულებაში ყველასათვის უფასოდ.

8. სამშობიარო თავშესაფარში და კერძო დაწესებულებებში აბორტის ვაკეთება დაშვებულია, თუ მე-5 § ამ რეზოლიუციისა შესრულებულია.

9. ვინაიდან სოციალურ ჩვენებით აბორტის ვაკეთების მსურველთა რიცხვმა საგრძნობლად იმატა, და ვინაიდან აბორტის ვაკეთებას არა იშვიათად მოყვება ისეთი გართულებანი, რომელიც არა იშვიათად ქალს ასახირებს და ზოგჯერ ნაყოფიერებას უსპობს, ამიტომ ასეთი ჩვენებით აბორტის ვაკეთება პრინციპიალურად უარყოფილი უნდა იქნას; მხოლოდ განსაკუთრებულ მძიმე შემთხვევისათვის ცალკე დებულება უნდა იქნეს მთავრობის მიერ შემუშავებული.

10. დედობა უნდა აღიარებულ იქნას როგორც სოციალური ფუნქცია და სოციალური დახმარება დედის და მრავალ ბავშვიან ოჯახისადმი უნდა მიჩნეულ იქნას სახელმწიფოს ერთ-ერთ უმთავრეს ამოცანად, რომ სოციალური დახმარე-

ბა ეძლეოდეს გლენებს და დაუზღვეველებსაც; რომ მრავალ ჴვილიან (3 ჴვილზე მეტი) ოჯახს ეძლეოდეს დახმარება პენსიის სახით.

11. მუცლის მოწყვეტის შესამცირებლად-საუკეთესო საშუალებათ უნდა ჩაითვალოს ახალი სოციალური აღმშენებლობის რაც შეიძლება მალე და გონივრულად ფართო მასშტაბით გატარება.

12. ფართო მასშტაბით ადგილობრივ ექიმების და ქალთა განყოფილების საშუალებით სისტემატიურად ჩატარებულ იქნას პროპაგანდა აბორტის მავნებლობის შესახებ, რომ ქალს შეეგანებოთ, რომ ორსულობა, მშობიარობა და ძუძუს წოვა მისი ბუნებრივი დანიშნულებაა, რომლის აუსრულებლობა, როგორც მისთვის, ისე სახელმწიფოსათვის საზარალოა, რომ ახალი არსების წარმოქმნაზე დამოკიდებულია მისი ოჯახის და სახელმწიფოს მომავალი.

13. უნდა მოეწყოს ორსულთა სახლები და კონსულტაციები სადაც სხვა შესაფერ დარიგებასთან ერთად უნდა სწარმოებდეს პროპაგანდა აბორტის წინააღმდეგ.

14. გაძლიერებული უნდა იქნას რეპრესიული ჴომები იმ პირთა მიმართ, (ექიმი ა იგი თუ ბებია) რომელიც კერძო პრაქტიკის სახით აბორტ-ბაშობას ეწევიან; ამ მხრივ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კერძო ბინებს.

15. უნდა გაძლიერებულ იქნას სამედიცინო-გინეკოლოგიური დახმარების საქმე სამაზრო ქალაქებში და სოფლებში, სადაც საავადმყოფოების ქსელი სამშობიარო განყოფილებით უნდა ვაფართოებული იქნას.

**შენიშვნა:** სანამ არსებობს სოციალური ჩვენებით მუცლის მოშლის ნებართვის გაცემა, უნდა მოეთხოვოს არსებულ ორგანოებს მეტი სისასტიკით და გულმოდგინეთ მოეპყრან ნებართვის გაცემის საქმეს.

## 6. ბახმაროს შესახებ.

1. ეთხოვოს მთავრობას დაჩქარებულ იქნას ბახმაროს შარა-გზის გაყვანა იმ გეგმით, რომელიც უკვე მოწონებულია მთავრობის მიერ და შეტანილია გეგმაში და კონგრესსაც მიაჩნია საუკეთესოთ: ოზურგეთ-ვაკიჯვარ-ბახმაროს მიმართულებით.

2. გავრცელებულ იქნას ბახმაროზე ყველა ის სანიტარული წესები, რომლებიც სხვა საქართველოს კურორტებზე არსებობენ.

3. მოწყობილ იქნას აგარაკი თანახმად არსებულ საკურორტო წესებისა და პირველ ყოვლისა უნდა მოხდეს აგარაკის ახალი დაგეგმვა.

4. მიღებულ უნდა იქნას განსაკუთრებული ჴომები ბახმაროს ფიქვ-ნაძენარის დასაცავად და მის აღსადგენათ, ამისათვის აუცილებლად საქიროა აგარაკის შემოღობვა.

## 7. მალარიის შესახებ.

1. მალარია ჩვენში ძლიერ გავრცელებულია და საქიროა მასთან ყოველგვარი ბრძოლა. სხვა ჴომებთან ერთად სასურველია ჩვენში გავრცელებულ იყოს



კოლოების ქიების მოსასპობლად ჭაობებში თევზები *Gambusia affinis*. მაგრამ, ვიდრე გამოკვლეული არ იქნება მისი მავნებლობის ხარისხი თევზულობის მრეწველობაში, ეს გავრცელება უნდა მოხდეს ალაგ-ალაგ ცდების სახით.

II. მალარიის ენდემიური ბუდეები არის, როგორც ახტალაში, ისე წყალტუბოში. ავადმყოფების აქ გაგზავნის დროს ეს გარემოება უნდა იყოს მიღებული მხედველობაში. საჭიროა მიღებულ იქნას ზომები წყალტუბოს და ახტალას გაჯანსაღებისათვის. რაც შეეხება ბორჯომს, მალარიის მხრივ ის არ წარმოადგენს მოავარაკესათვის საშიშროებას.

### 8. ნაწლავების ჰიქსის შესახებ.

დაკვირვებებიდან ჩანს, რომ ჩვენში ძლიერ გავრცელებულია ნაწლავების სხედასხვა სახის ქიები, რომლებიც დიდ ზიანს აყენებენ საქართველოს მოსახლეობას. განსაკუთრებით ეს ეხება *Ankylostoma duodenalis* ს. საჭიროა მათ წინააღმდეგ საბრძოლველად მიღებულ იქნას ყველა ცნობილი ზომები.

### 9. აზარისტანში ჩიყვის შესწავლის შესახებ.

კონგრესი საჭიროდ სცნობს აღიძრას აზარისტანის სახკომსაბჭოს წინაშე შუამდგომლობა, რათა მან გამოიღოს მატერიალური დახმარება ექსპედიციის მოსაწყობათ აზარისტანში ჩიყვის შესასწავლად.

## სრულიად საქართველოს მე-IV კონგრესის წევრთა სია.

ა.

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. ამირეჯიბი სვიმონ. პროფ.        | 17. ასათიანი ივანე (ახალციხე)      |
| 2. ამირეჯიბი ნინო.                | 18. ალადაშვილი ლიუბოვ.             |
| 3. ალადაშვილი ალექსანდრე პრ.      | 19. ალაგიძე მიხეილ.                |
| 4. ანთაძე ვლადიმერ.               | 20. ანანოვი გიორგი.                |
| 5. ახვლედიანი ალექსანდრე.         | 21. ასათიანი კლემენტი. (ოზურგეთი)  |
| 6. ასლანიშვილი იოსებ.             | 22. არჯევანიძე ანდრია.             |
| 7. აბაკელია იოსებ.                | 23. აღასოვი შაქრო.                 |
| 8. ალექსიძე ნინა.                 | 24. ანდრიძე ნიკოლოზ.               |
| 9. აბრამიძე ვეფალია.              | 25. აბაშიძე ნიკოლოზ.               |
| 10. ახვლედიანი არდეგან. (სვანეთი) | 26. აბულაძე სარა.                  |
| 11. ასათიანი რ. (ლენჩხუმის მაზრა) | 27. არჯევანიძე მიხეილ.             |
| 12. აბულაძე ერმალოზ.              | 28. ასათიანი გრამიტონ. (ფასანაური) |
| 13. ასათიანი მიხეილ.              | 29. ასათიანი დავით.                |
| 14. აბზიანიძე ალექსანდრე.         | 30. აბულაძე ელენა.                 |
| 15. ანთელავა ნიკოლოზ. (ზუგდიდი)   | 31. ანდრეევა სოფიო.                |
| 16. ახმეტელი ილია.                |                                    |

## ბ.

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 32. ბაქრაძე-დედაბრიშვილი მარიაშ. | 41. ბაქრაძე ალექსანდრე (რაქა). |
| 33. ბაქრაძე აკაკი.               | 42. ბახტაძე გიორგი.            |
| 34. ბეზირგანიშვილი ივანე.        | 43. ბოკერია ნინო.              |
| 35. ბალაშვილი ელენე.             | 44. ბეთანელი ელენე.            |
| 36. ბარათაშვილი მარიაშ.          | 45. ბეთანოვა თამარი. (ბათომი)  |
| 37. ბერეჟიანი დარია.             | 46. ბერიშვილი იასონ.           |
| 38. ბერიშვილი ელისაბედ.          | 47. ბალარჯიშვილი ალექსანდრე.   |
| 39. ბურღლა მარგარიტა.            | 48. ბერინოვა-კუჭაიძე სუსანა.   |
| 40. ბერიძე მარიაშ.               | 49. ბურდორუ ვლადიმერ.          |

## გ.

- |  |  |
|--|--|
| 50. გვარამაძე ნინო.                      | 72. გურგენიძე კონსტანტინ.                    |
| 51. გრიგორაშვილი გრიგოლ.                 | 73. გაბეჩვაძე იონა.                          |
| 52. გოგოლაშვილი მიხეილ.                  | 74. გუნია ვალერიან.                          |
| 53. გაბრეჩიძე ემილიან.                   | 75. გოგინაშვილი ბარბარე.                     |
| 54. გიგოლოვი ზიხეილ.                     | 76. გოგობერიძე ბორის. პროფ.                  |
| 55. გორდაძე გიორგი.                      | 77. გვაზავა ნინო.                            |
| 56. გრიგოლია ლილია.                      | 78. გოსნეცკი ფელიქს.                         |
| 57. გოთოშია მინადორა.                    | 79. გიორგაძე ონისიმე (გორ. მაზ.<br>მეჯრხევი) |
| 58. გვახარია იოსებ (სილ. მაზრა)          | 80. გაბისონია დავით. (სენაკი)                |
| 59. გუბელაძე ვლადიმერ (ქუთაისი)          | 81. გურგენიძე მელიტონ.                       |
| 60. გოგორაშვილი შალვა (კოდოლი<br>კახეთი) | 82. გურგენიძე ალექსანდრე. (გორის<br>მაზრა)   |
| 61. გოცირიძე ავაფონ (რაქა)               | 83. გურგენიძე ვასილი.                        |
| 62. გოცირიძე კაკი (გორის სადგური)        | 84. გობეჩია ვლადიმერ.                        |
| 63. გოგიტიძე ივანე.                      | 85. გიგინეიშვილი-ნანეიშვილი<br>ქსენია.       |
| 64. გერსამია ვლადიმერ.                   | 86. გოცირიძე ლეონტი.                         |
| 65. გოგოლაძე გერვასი.                    | 87. გამბაშიძე შალვა.                         |
| 66. გაჩეილაძე ვლადიმერ.                  | 88. გიორგაძე გრიგოლ (ორპირი)                 |
| 67. გუდიაშვილი ბარბარე.                  | 89. გოგობერიძე გიორგი.                       |
| 68. გოგიტიძე სიმონ. პროფ.                | 90. გერსამია ალექსი.                         |
| 69. გაბუა გრიგოლ.                        | 91. ლამბაშიძე სარა.                          |
| 70. გელოვანი გიორგი.                     |  |
| 71. გიორგაძე ნიკოლოზ (გომი)              |  |

## დ.

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 92. დიასამიძე ალექსანდრე.               | 95. დგებუაძე ანდრია. (ზუგდიდი) |
| 93. დონჯაშვილი თამარ.                   | 96. დემურია ივანე.             |
| 94. დონჯაშვილი იოსებ. (სადგური<br>გორი) | 97. დავითაშვილი მიხეილ.        |

ე.

- |                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 98. ელიაშვილი ივანე.                  | 101. ეჯიბერია ალექსანდრე. |
| 99. ელიოზიშვილი კონსტანტინე<br>(გორი) | 102. ერისთავი ნინა.       |
| 100. ელიაშვილი ლეონტი.                | 103. ელჩიევა რუზანა.      |
|                                       | 104. ებანუიძე ალექსანდრე  |

ვ.

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 105. ვირსალაძე სპირიდონ. პროფ.              | 108. ვერულაშვილი დომენტი. |
| 106. ვეფხვაძე მარიამ.                       | 109. ვადაჭკორია არსენ.    |
| 107. ვაცაძე ლევან, ჩხეიძე მიხეილ<br>(წალკა) | 110. ვართაზაროვა ევგენია. |

ზ.

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| 111. ზაქარაია ფერემ.   | 113. ზანგურიძე-სერედა ოლლა. |
| 112. ზანდუკელი მიხეილ. |                             |

თ.

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 114. თიკანაძე ივანე პროფ. | 117. თაქთაქიშვილი ივანე. |
| 115. თუმანიშვილი იოსებ.   | 118. თოფურიძე კლემენტი.  |
| 116. თოფურიძე ილია.       | 119. თოღაძე ერმოლოზ.     |

ი.

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 120. იმნაიშვილი ელისაბედ.               | 123. იოსავა ორესტ (ზუგ. მაზ.) |
| 121. იოსელიანი მარიამ.                  | 124. ინსარიძე მარიამ (გორი)   |
| 122. ინგოროყვა ავთანდილ (ოზურ-<br>გეთი) | 125. იოსელიანი დავით.         |

კ.

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 126. კილოსანიძე მიხეილ.                     | 137. კანტელანი სიმონ.              |
| 127. კვეზერელი-კოპაძე ევგენია.              | 138. კობიაშვილი თეოფანე.           |
| 128. კანდელაკი ალექსანდრე.                  | 139. კახიანი ნიკოლოზ. პროფ.        |
| 129. კაკუბაძე გრიგოლ (ლეჩხუმის მა-<br>ზრა). | 140. კახიანი ტერეზა.               |
| 130. კოკორაშვილი მიხეილ.                    | 141. კოსტავა ქსენია.               |
| 131. კალანდაძე გ.                           | 142. კანდელაკი ვარლამ.             |
| 132. კაკოიშვილი ვალერიან.                   | 143. კონიაშვილი ივანე.             |
| 133. კალანდარაშვილი მოსე.                   | 144. კახიძე გრიგორ.                |
| 134. კანდელაკი ვარლამ.                      | 145. კელენჯერიძე გაბრიელ (ქუთაისი) |
| 135. კალანტაროვა თამარა.                    | 146. კაკაბაძე-შენგელია ვერა.       |
| 136. კანდელაკი მემონ.                       | 147. კანდელაკი ევგენია.            |

## ლ.

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 148. ლორთქიფანიძე ივანე.      | 151. ლოსაბერიძე ევსეი (ქუთაისი)   |
| 149. ლორთქიფანიძე ილია.       | 152. ლოგილავა იასონ. (ზუგდ. მაზ.) |
| 150. ლორთქიფანიძე კონსტანტინ. |                                   |

## მ.

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 153. ჭუხაძე გრიგოლ პროფ.                            | 170. მახვილაძე ნიკოლოზ.           |
| 154. მუსხელიშვილი ვახტანგ პროფ.                     | 171. მერაბიშვილი ვახტანგ.         |
| 155. მაჩაბელი ვასილ. (სიღნაღის მა-<br>ზრა, მაჩხათი) | 172. მრეველიშვილი ნიკოლოზ.        |
| 156. მელიქიშვილი ნიკოლოზ.                           | 173. მჭავანაძე გედეონ.            |
| 157. მალალაშვილი ალექსანდრე.                        | 174. მაკავარიანი ქსენია.          |
| 158. მგალობლიშვილი მიხეილ.                          | 175. მაყაშვილი ელენე.             |
| 159. მაყაშვილი მელიცა.                              | 176. მარგოლავა გიორგი.            |
| 160. მუჯირი. (ზუგდიდი).                             | 177. მამალაძე თადეოზ.             |
| 161. მკედლიძე ნიკოლოზ.                              | 178. მაქარაშვილი კოტე.            |
| 162. მამულაიშვილი ალექსანდრე.                       | 179. მაკავარიანი ალექსანდრე პროფ. |
| 163. მკედლოვა ანნა.                                 | 180. მეგრელიშვილი ნოე.            |
| 164. მარუაშვილი მინა.                               | 181. მუჭია მიხეილ.                |
| 165. მამფორია იოსებ.                                | 182. მირიანაშვილი ქეთო.           |
| 166. მანდენოვი მიხეილ. (გორი)                       | 183. მენაბდე აკაკი.               |
| 167. მიქელიაშვილი იოსებ.                            | 184. მეფისაშვილი იაკობ.           |
| 168. მესხი თამარა.                                  | 185. მგელაძე დავით.               |
| 169. მალავეი ვართაშეს.                              | 186. მაჩაბელი მაკა.               |

## ნ.

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 187. ნათიშვილი ალექსანდრე პროფ. | 194. ნემსაძე პანკრატ.                          |
| 188. ნემსაძე მიხეილ.            | 195. ნაზარიშვილი გიორგი.                       |
| 189. ნარსია მარიამ.             | 196. ნაცვლიშვილი გიორგი.                       |
| 190. ნათაძე გიორგი.             | 197. ნიკურაძე სილოვან. (საჯავახო<br>ქუთ. მაზ.) |
| 191. ნემსაძე კორნილ (ქუთაისი)   | 198. ნებეირიძე ნინა.                           |
| 192. ნიკოლაიშვილი ტარასი.       | 199. ნანეიშვილი თამარა.                        |
| 193. ნანეიშვილი პიმენ.          |  |

## ო.

- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 200. ოქროპირიძე თამარ. | 202. ოთხმუხური ვასილი. |
| 201. ოქროპირიძე ბესო.  | 203. ომაძე ალექსანდრე. |

ბ.

204. პაპიტაშვილი დავით. (ცისი)  
205. პარკაძე მარიამ.

206. პაპიტაშვილი ალექსანდრე (გურ-  
ჯაანი კახეთი)

ქ.

207. ქლენტი ვლადიმერ. პროფ.  
208. ქვანია ლავრენტი.

209. ქლენტი ანნა.

რ.

210. რუხაძე ნიკოლოზ. (სოხუმი)  
211. რუსიშვილი გიორგი.  
212. როგავა ანდრია. (ოზურ. მახ.)  
213. რუხაძე ალექსანდრე.

214. რეკვავა გიორგი.  
215. რომიტაშვილი კონსტანტინე.  
216. რატიშვილი გაბრიელ.

ს.

217. სარაჯიშვილი პეტრე.  
218. საყვარელიძე თამარა.

219. სტანიშევსკი ვასილი.  
220. საჯაია კალე.

ტ.

221. ტყეშელაშვილი კონსტანტინე.  
222. ტატიშვილი თამარა.  
223. ტყემალაძე მიხეილ.

224. ტიტკინიძე იოსებ.  
225. ტერჯანიან ალექსანდრე.  
226. ტყემალაძე კლავდი.

უ.

227. უგრელიძე მარიამ.  
228. უშვერიძე ანდრია.

229. უსტიაშვილი ალექსი.

ფ.

230. ფაულენიშვილი გიორგი.  
231. ფაულენიშვილი თამარა.  
232. ფანჯაკიძე აკაკი. (რაჭა)

233. ფარცვანიძე მიხეილ.  
234. ფალავა დავით.  
235. ფურცელაძე მათე.

## ქ.

- |                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| 236. ქავთარაძე პეტრე.   | 240. ქაჯაია ილიკო (სამტრედია) |
| 237. ქოჩიაშვილი ილია.   | 241. ქუთათელაძე ალექსანდრე.   |
| 238. ქიქოძე სიმონ.      | 242. ქებაძე პალინა. (ქუთაისი) |
| 239. ქორქია ალექსანდრე. | 243. ქავთარაძე ანნა.          |

## ყ.

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 244. ყიფშიძე სიმონ.   | 246. ყიფიანი ლავრენტი.  |
| 245. ყიფშიძე ნიკოლოზ. | 247. ყურაშვილი კვიროსი. |

## შ.

- |                                  |                               |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 248. შატილოვი ალექსანდრე.        | 251. შუმანია რაქდენ. (ბათომი) |
| 249. შავერდოვი გრიგოლ. (სიღნაღი) | 252. შალამბერიძე ევგენი.      |
| 250. შიუკაშვილი თამარი.          |                               |

## ჩ.

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 253. ჩირაძე ვლადიმერ. (ბორჯომი)                     | 259. ჩხენკელი მიხაილ.          |
| 254. ჩხეიძე ნინა.                                   | 260. ჩოხელი ივანე.             |
| 255. ჩიჩუა კონსტანტინ (ნაგომარი<br>ოზურგეთის მაზრა) | 261. ჩახუნაშვილი სერგო.        |
| 256. ჩიგოგიძე ივანე.                                | 262. ჩიგოგიძე ვერა.            |
| 257. ჩხეიძე ვალერიან.                               | 263. ჩარკვიანი იოსებ. (ბათომი) |
| 258. ჩირაძე ნადეჟდა.                                | 264. ჩიჯავაძე ელენე.           |

## ც.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 265. ცეცხლაძე ვლადიმერ.                      | 267. ცაბაძე ალექსანდრე.  |
| 266. ციციშვილი გრიგოლ. (ხაშური<br>გორ. მაზ.) | 268. ცხაკაია მიხეილ.     |
|  | 269. ცქიმიანაური გიორგი. |

## წ.

- |                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 270. წულუკიძე ალექსანდრ.        | 274. წერეთელი თეიმურაზ. (ქიათურა) |
| 271. წინამძღვრიშვილი მიხეილ პრ. | 275. წულეისკირი ვასილ.            |
| 272. წინამძღვრიშვილი მელანია.   | 276. წივწივაძე ტ.                 |
| 273. წერეთელი ვასილი.           |                                   |

კ.

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 277. ქუმბურიძე ნინო (ქუთაის. მახ.) | 281. ქიქინაძე კონსტანტინე. (სადგურის შორაპანი) |
| 278. ქუმბურიძე მიხეილ (ქუთ. მახ.)  | 282. კაბუხნიშვილი რევაზ.                       |
| 279. ჭანტურია ისიდორე.             |  |
| 280. ქილაძე მიხეილ.                |  |

ხ.


- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| 283. ხუნდაძე სერგო. (ქუთაისი). | 287. ხათრიძე ისააკ.          |
| 284. ხუციშვილი მარიამ.         | 288. ხარაბიძე ივან. (დუშეთი) |
| 285. ხუსკივაძე ზაალ.           | 289. ხატისოვი ნიკოლოზ.       |
| 286. ხიჩინაშვილი გიორგი.       |                              |

ჯ.

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 290. ჯანდიერი ნიკოლოზ.    | 294. ჯავახიშვილი თამარა. |
| 291. ჯავახიშვილი დიმიტრი. | 295. ჯაფარიძე თამარა.    |
| 292. ჯიბუტი გერმან.       | 296. ჯაფარიძე ნიკოლოზ.   |
| 293. ჯაფარიძე ანნა.       |                          |

---

საქართველოს  
საქართველო



# მეიმ ე. ნიჭავჭავაძის კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კაბინეტი

## ილუგს გემოსაკვლავად:

**სიხხლს:** Wassermann-ის, Weinberg-ის, Widal-ის, Weil –Felix-ის და ანტიტრიპსიული რეაქციები, სრული კლინიკური გამოკვლევა და სხვა.

**შარდს:** ქიმიურ-მიკროსკოპიული, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევანი.

**ნახველს, განავალს, კუქის სითხეს, ხერხემლის ტვინის სითხეს (Nonne-Appelt), ლორწოს (Loeffler-ის ბაცილები), ჩირქს, თმას და სხვა.**

## ამჟაღებს ავტოგენური ვაქცინას.

მასალა მიიღება: მთელი დღის განმავლობაში; კვირაობით და უქმე დღეს 10—1 ს. პირადი ნახვა შეიძლება დღის 9—10 საათაღდის.

**მისამართი:** ლენინის (ძღღგს) ქუჩა, გეგანთ უხეს-ვევი (მელიქ-ჯგარიანის სასლის პირღაკირ) № 3.





# „სეკარის სიტხა“

ო.განმ.-ბეკაპეტიული ლაბორატორია

## „გალენ-მოსკვა“

დამზადებული პროფესორ ბიუსნერის მიერ  
სახქესო ჯირკვლების ახალი თესლისაგან, ნებადართულია ჯან-  
სალკომის მიერ, № 8362

დარიგება წამლის მიღების შესახებ:

## ყოველგვარი ნევრასტენია

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

## — ფასი 2 მან. და 50 კ. ფლაკონი —

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

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

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

ქურნალის ფასი: 1925 წლის სრული კომპლექტი	10 მან.
ცალკე ნომერი . . . . .	1 მანეთი
ორმაგი ნომერი . . . . .	1 მანეთი 50 კაპ.

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომები ცალკე ამონაბეჭდი.

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

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

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

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