

1926/3



გამოცემის წელი მესამე

№ 431

# თანამედროვე

# მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

**№ 6—7**

ივნისი—ივლისი.

**1926**



ცვილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიუზის გამოცემა

ცვილისი

# მიიღება ხალის მოწერა 1926 წლისათვის

ყოველთვიურ საქართველო სამეცნიერო ჟურნალზე

## „თანამედროვე მედიცინა“

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

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, მიმოხილვები, კურსსკონფერენციები, კაფიტაჟები, ბიბლიოგრაფია და ძრონიკა.

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

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

---

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

---

ტფილისი ს. ს. მ. უ. ს. პოლიგრაფტრესტის 1-ლი სტამბა. პლენან. პრ. № 91.  
14/VI—26. ჟეკ. № 7779/1280. მთავარი № 900. დაიბეჭდა 650.

გამოცემის წელი მესამე.

61(05)  
თ-20.

ეროვნული  
ბიბლიოთეკა

# თანამედროვე

# ბედიზინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამედიცინო ჟურნალი

№ 6—7

ივნისი—ივლისი.

1926

39  
1926/3



ტფილისის უნივერსიტეტის ექსპერტთა შასწავლებლთა კოლეგიუზის გამოცემა

ტ ფ ი ლ ი ს ი

497

## შ ი ნ ა ა რ ს ი

### I. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

|  |     |
|--|-----|
| 1. ცეცხლაძე ვ. რამოდენიმე ცდა ცხოველების დიდ ბადექონზე . . .   | 477 |
| 2. გეგეჭკორი ნ. ტუბერკულოზით დაავადებულთა სისხლში ლიპოლი-<br>ტიური ფერმენტის ურთიერთობა ლიმფოციტებთან და Pirquet-ს<br>რეაქციასთან . . . . .                            | 489 |
| 3. ხათრიძე ი. და ყიფშიძე ადამიანის ნ. კოკციდიოზის შემთხვევა —<br>Species isospora hominis . . . . .  | 497 |
| 4. მჭედლიშვილი ი. პერივასტრიტის დიაგნოსტიკისათვის . . . . .  | 504 |
| 5. წულუკიძე ა. თირკმლების ქლექის დიაგნოსტიკისათვის . . . . .   | 510 |
| 6. გაჩეჩილაძე გ. ჭიაყელა ნაწლავის დაავადების ზოგიერთი მასალე-<br>ბი ფაკულტეტის ქირურგ. კლინიკის 1923, 1924 და 1925 წ. პირ.<br>ველ სამი თვის მასალის მიხედვით . . . . . | 515 |
| 7. კანდელაკი ვ. საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესთეზია . . . . .  | 521 |
| 8. ფხალაძე გ. კაცის სუსუნატის თანამედროვე წამლობის შესახებ . . . . .   | 525 |

### II. საზოგადოებრივი მედიცინა

|   |     |
|---|-----|
| 9. ლორთქიფანიძე ი. ექიმები საქართველოში . . . . . | 537 |
| III. კორესპონდენციები . . . . .                   | 550 |
| IV. წერილები რედაქციის მიმართ . . . . .           | 553 |
| V. რეფერატები . . . . .                           | 554 |
| VI. ბიბლიოგრაფია . . . . .                        | 558 |
| VII. ქრონიკა . . . . .                            | 559 |

## ავტორთა საშუალებოდ.

რედაქცია ამით გადაჭრით აცხადებს, რომ მას არ შეუძლია დაბეჭდოს წერილები, რომელნიც 1 ფორმას (16 გვერდს) აღემატება. ასეთი წერილები უნდა წარმოადგენდეს გამონაკლისს, ჩვეულებრივი წერილების ზომა არ უნდა აღემატებოდეს 8—10 გვერდს.

რედაქცია არ დაბეჭდავს არც ერთ წერილს, რომელსაც თან არ ეხლება ამ წერილის მოკლე ავტორეფერატი (არა უმეტესი  $\frac{1}{2}$  გვერდის) რუსულ ენაზე.



## ვლადიმერ ცეცელაძე:

კათედრის ასისტენტი.

### რამოდენიმე ცდა ცხოველების დიდ ბადექონზე.\*)

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის ანატომიური ინსტიტუტიდან.

გამგე—პროფ. ალ. ნათიშვილი).

უკანასკნელ 3—4 წლის განმავლობაში პროფ. ალექსანდრე ნათიშვილის მონდობილობით ვაგროვებ მასალებს ადამიანის დიდი ბადექონის მორფოლოგიურ თვისებების შესახებ.

ამ მიმართულებით მუშაობის დროს ჩვენ წინ უნებურათ წამოიჭრა ბევრი ისეთი საკითხები, რომლების გაშუქება მოითხოვდა დიდი ბადექონის ფიზიოლოგიურ თვისებების გაცნობას და ამ ორგანოზე ლიტერატურაში დაგროვილ მასალების შემოწმებას. მშრალი, ანატომიური ფაქტების სისწორით გაგება მხოლოდ იმ შემთხვევაში იყო შესაძლებელი, როცა ეს ფაქტები შეუთანხმდებოდნენ როგორც მორფოლოგიურ, ისე ბიოლოგიურ ცნობებს დიდ ბადექონზე. როგორც ვიცით, უკანასკნელ დროს ანატომიურ დისციპლინებს უკვე აღარ უცქერიან როგორც სტატიურ რამეს, არამედ აქაც ფაქტები დინამიურ მოვლენების შედეგებს წარმოადგენენ, რომლებთაც აქვთ წარსული, აწმყო, მომავალი და ექვემდებარებიან საერთო განვითარების კანონს.

ამ მოსაზრებით—ანატომიურ შემთხვევების ზედმეტ გასაშუქებლად ანატომიურ ინსტიტუტში ჩვენ მოვახდინეთ რამოდენიმე ცდა ცხოველების დიდ ბადექონზე. ექსპერიმენტების შედეგები გარკვეულ ინტერესს წარმოადგენს სხვა ასეთივე მრავალ ნაწარმოებ ცდებთან ერთად.

ჩვენი ცდები შეგვიძლია დავყოთ VII ჯგუფად.

1 რიგი—მოხდენილი არის სამი ძალის დიდ ბადექონზე. შეეხება დიდი ბადექონის საფიქსაციო თვისების საკითხს, როცა პერიტონეუმის ღრუში მოხვდება მაგარი, მოუნელებელი, მაგრამ სტერილური სხეული.

2 რიგი—ბადექონის მონაწილეობა მუცლის ღრუს დაზიანებულ კედლების და ორგანოების აღდგენის დროს.

გაკეთებულია ძალებზე ოთხი ცდა.

\*) მოხსენება გაკეთებულია საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში 27 მაისს 1926 წელს. თანამედროვე მედიცინა № 6—1926.

3 რიგი -- ზოგადად დიდი ბადექონის მნიშვნელობა პერიტონეუმის ღრუში შეკრილ მოსანელებელ და ინფექციური სხეულების დროს. გატარებულია 5 ცდა: სამი ძალზე და ორიც ბაჰიაზე.

4 რიგი -- ეხება საკითხს, თუ რამდენად აგროვებს დიდი ბადექონი ხსნარებს და რა მონაწილეობას იღებს ის ხსნარების შეწოვების მხრივ.

გაკეთებულია ცდა ერთ ბაჰიას ბადექონზე.

5 რიგი -- ბადექონის მიერ კოლატერალური ვეზების შექმნას ისხლის მიმოქცევის შეფერხების დროს.

6 რიგი -- ეხება ბადექონის მოძრაობას მუცლის ღრუში იმ ადგილისაკენ, სადაც ის ჩვეულებრივად არ მდებარეობს.

7 რიგი -- ეხება საკითხს, თუ რას განიცდის მუცლის ღრუ, როცა ბადექონი ამოკვეთილია და შივ გარეშე სხეული არის ჩადებული.

ორი უკანასკნელი კითხვის გამოსარკვევად გატარებულია თითო ცდა, ორივე ძალღებზე.

ეხლა გადავალ ცდების აღწერაზე.

### ცდების 1-ლი რიგი.

დიდი ბადექონის საფიქსაციო თვისება.

#### ც და 1.

18/III 1925 წელს. მამალი ძალღი. დაძინებულია ქლოროფორმით. მარჯვენა თეძოს ფოსოს მიდამოში 5 სანტიმეტრის სიგრძეზე გაკვეთილია მუცლის წინა კედელი. თანდათან გაჰრილია კანი, კუნთები, პერიტონეუმი. In cavum peritonei ჩადებულია ნიგვზის ოდენა დაკუმშული სტერილური დოლბანდი. ჭრილობა შეკრულია სავსებით: ნაკერი პერიტონეუმზე, კუნთებზე, დაბოლოს-კანზე.

19/III. განაკვეთი ადგილი სუფთად არის, საჭმლის მალა ძალღს ნაკლები აქვს, წევს.

20 -- 25/III. ჩვეულებრივი ასეპტიური შეხვევა. ჭრილობა კანზედ თანდათან ივსება.

30/III. ჭრილობა შეერთდა per primam intentionem.

31/III. ძალღი მზიარულად არის. მალა კარგი. ჭრილობა სავსებით შეეზარდა.

4/IV. ძალღი მოიკლა ქლოროფორმით. გაკვეთამ აღმოაჩინა: ბადექონის ერთი ნაწილი გარს შემორტყმია დოლბანდის გორგალს. უკანასკნელი ყოველი მხრით დაფარულია. აქედან ბადექონის ნაწილი იქვე პარაიტალურ პერიტონეუმზე არის მიკრული. აქედანვე ბადექონის მორჩები გადასულა მეზობელ წვრილი ნაწლავის გრეხილზე და შარდის ბუშტზე, რომელთანაც შეზრდილია.

ცდიდან ჩანს, რომ დიდმა ბადექონმა გარეშე სხეულის გარშემო შექმნა კაპსულა. ამავე დროს ერთი მორჩით სახიფათო ადგილი მიაკრა იქვე პერიტონეუმს, მეორე და მესამე მორჩებით გარეშე სხეული ერთ ადგილას გააჩერა და მას მოძრაობის საშუალება მოუსპო.

ც ლ ა II.

18/III 1925 წ. მამალი ძაღლი. დაძინებულია ქლოროფორმით.

პერიტონეუმის ღრუში მარჯვნივ მუცლის კედლას გაკვეთის შემდეგ, რომელსაც სიგრძე 3 სანტ. ჰქონდა, ჩადებულია მოხარშული (სტერილური) თხილის ოდენა ხის ბურთულა.

ნაკერი პერიტონეუმზე, კუნთებზე, კანზე. ასეპტიური შეხვევა.

30/III. ჭრილობა კარგად შეიხარდა (per primam). ძაღლი კარგად არის.

4/IV. ძაღლი კარგად არის, ჭრილობა სავსებით შეზრდილია. ძაღლი მოიკლა ქლოროფორმით. შედეგი:

ბურთულა იმ ადგილას აღმოჩნდა, სადაც ოპერაციის დროს ჩაუშვით. მას გარს შემორტყმია ბადექონის ქსოვილის რამოდენიმე შრე ისე, რომ ბურთულა არც კი მოჩანს. აქვე ბადექონი შეზრდილია პერიტონეუმის პარიეტალურ ფურცელთან, რის გამო ბადექონით გარსშემორტყმული ბურთულა უმოძრაოთ არის ერთ ადგილას გამაგრებული.

ცდა 2 გვიჩვენებს, რომ დიდმა ბადექონმა აქაც მოახდინა გარეშე სხეულის ინკაპსულიაცია და ფიქსაცია, ესე იგი, მის გარშემო შექმნა მკვრივი ქსოვილი და ეს საშიშარი ადგილი მუცლის მეზობელ ადგილს მიამაგრა.

ც ლ ა III.

18/III 1925 წ. დედალი ძაღლი. დაძინებულია ქლოროფორმით.

გაიკვეთა მუცლის წინა კედელი თემოს მარჯვენა ფოსოს მიდამოში 5 სანტიმეტრის მანძილზე. გაიკვეთა კანი, ფასცია, კუნთები. როცა პერიტონეუმის ფურცლამდის ჩავედით, ის (პერიტ. ფურცელი) ფრთხილად მოშორებული იყო კუნთოვან შრიდან. მაგრამ პერიტონეუმის ფურცელი სამ ადგილას მაინც გაიხვრიტა. მივიღეთ საში ნახვრეტი, რომლებიც მოყვანილობით თითო პატარა ცერცვის ოდენა იქნებოდა. პერიტონეუმის და კუნთებს შორის ჩაიდვა ორ კაპეიკიანის ოდენობის მოხარშული (სტერილური) ხის ფოლაქი.

ნაკერი კუნთებზე, კანზე. ასეპტიური შეხვევა.

19—22/III. ცხოველი წევს, ეტყობა სისუსტე.

25/III. განაკვეთის ადგილზე მოსჩანს სისხივნი.

28/III. სიმსივნემ იმატა, არის ვაშლის ოდენა. მას ფლუქტუაცია ეტყობა.

29/III. სიმსივნე გაიხსნა, სითხე წამოვიდა.

30/III—4/IV. სიმსივნემ იკლო. ადგილი გახსნილია. ძაღლი მზიარულად არის.

5—7/IV. ძაღლი კარგად არის. სიმსივნემ ძლიერ იკლო. ადგილი 1/2 სანტ. მანძილზე გახსნილია.

8/IV. ძაღლი მოიკლა ქლოროფორმით. შედეგი: ბადექონის მარჯვენა ნაპირიდან გამოყოფილია ერთი გრძელი, ნაზი, ვიწრო მორჩი, რომელიც გრძელ გზას აკეთებს და მიიშართება იქ, სადაც ოპერაციის ადგილია. ეს მორჩი მიკერია შეიგნიდან ოპერაციის განაკვეთ ნაპირს. აქედან მორჩი მიდის ქვევით და შეზრდილია შარდის ბუშტთან.



ბადექონის დანარჩენი ნაწილი სრულიად თავისუფლად ძეგს მუცლის ღრუში: ის მიიმართება მარცხნივ და თავისუფლად თავდება ნაწლავების გრეხილებს და მარცხენა გვერდითი კედელს შორის.

ამავე დროს მარჯვენა კოლინჯის ჯორჯლიდან მიდის ერთი მორჩი სიგრძით 8 სანტ., სივანით 1 სანტ. ოპერაციის ადგილისაკენ და სავსებით ფარავს იმ ხერხელებს, რომლებიც ოპერაციის დროს წარმოიქმნენ პერიტონეუმის ფურცელში.

უდიდან № III ჩანს, რომ მორჩების გამოყოფის და შეხორცების უნარი აქვს, გარდა ბადექონისა, პერიტონეუმის სხვა წარმოქმნასაც, მაგ., ამ შემთხვევაში mesocolon-ის. ამასთანავე უნდა აღინიშნოს, რომ ერთგვარი ეკონომია და ქსოვილის დიფერენციროვკა ეტყობა ბადექონს მორჩების გამოყოფის, კაპსულების შექმნის და ქრილობების გამაგრების დროს, ე. ი. ფიქსაციის და ინკაპსულიაციას ახდენს არა ბადექონის მთელი მასა, არამედ მისი უსაჭიროესი ნაჭერი, რომელიც მთავარ მასას შორდება, შეხორცებას ახდენს და მხოლოდ განსაზღვრულ დანიშნულებას ემსახურება. ბადექონის მთავარი მასა კი ისევ თავისუფლად ძეგს მუცლის ღრუში.

#### ც დ ე ბ ი ს მ-2 რ ი ბ ი.

ბადექონის როლი მუცლის ღრუს დაზიანებულ კედლების და ორგანოების აღდგენის დროს.

#### ც დ ა IV.

18/III—25 წ. დედალი ძალღია. დაძინებულია ქლოროფორმით.

შუა ხაზის მიმართულებით გაიკვეთა მუცლის წინა კედელი 5 სანტ. მანძილზე. მუცლის ღრუში წვრილი ნაწლავის გრეხილზე მოშორებულია სეროზული გარსი დაახლოვებით ერთ კაპეიკიანი ოდენობის. ნაკერი პერიტონეუმზე, კუნთებზე, კანზე. ასეპტიური შეხვევა.

21/III. განაკვეთიდან გამოვიდა ერთი ჩაის კოფი სისხლ. სითხე.

3/IV. ძალი კარგად არის. ქრილობა შეიკრა.

4/IV. ძალი მოკლულია ქლოროფორმით. შედეგი:

იმ ადგილას, სადაც ნაწლავის გრეხილზე სეროზული გარსი იყო მოშორებული, შეზრდილია ბადექონის ნაჭერი. ნაწლავის დეფექტი ბადექონის მკვრივი ქსოვილის მიერ საკმაოდ აღდგენილია.

#### ც დ ა V.

3/IV—925 წ. მამალი ძალღია. დაძინებულია ქლოროფორმით.

გაიკვეთა მუცლის წინა კედელი 8 სანტ. მანძილზე. კოლინჯის ერთ ნაწილზე გაკეთებული არის ნემსით მსხვილი ნაჩხვრეტი, რომლიდანაც დაწოლით ხე-

ლოვენურად პერიტონეუმის ღრუში გამოვიყვანეთ ერთა წვეთი განავალის მასა. ნაწლავი ჩადებული არის თავის ადგილას. ნაკერი პერიტონეუმზე, კუნთებზე, კანზე. ასეპტიური შეხვევა.

9—13/IV. ძალი ძლიერ სუსტათ არის, წვეს.

15—17/IV. უკეთესობა ეტყობა, ჭამს, ღაღის.

20/IV. კარგად არის.

21/IV. მოკლულია ქლოროფორმით. განაკვეთი ადგილი შეზრდილია per primam intentionem. შედეგი:

ბაღეჭონიდან მიდის მარჯვნივ ერთი ნაჭერი, რომელიც პარიეტალურ ფურცელთან არის გასწვრივით შეზრდილი იმ ადგილას, სადაც განაკვეთის ნაპირია. ამ ადგილთან ავრეთვე შეზრდილია ნაწლავების გრებილი.

ნაჩხვრეტი, რომელიც მსხვილ ნაწლავზე იყო გაკეთებული, აღდგენილია ნაწლავის სეროზულ გარსის მიერ.

მე-5 ცდიდან ჩანს, რომ ბაღეჭონის ნაჭერმა გაამაგრა შიგნიდან ოპერაციის მიერ შექმნილი ჭრლობა, ხოლო მსხვილი ნაწლავის მცირე დეფექტის აღდგენაში (ნაჩხვრეტი) მას მონაწილეობა არ მიუღია, ვინაიდან ეს ადგილი მსხვილი ნაწლავის ვისცერალური გარსის მეზობელ ქსოვილმა გამოასწორა.

## ც ლ ა VI.

27/IV—925 წ. დედალი ძალი. დაძინებულია ქლოროფორმით. გაიკვეთა მუცლის წინა კედელი ჰიპის მარცხნივ. წვრილი ნაწლავის ერთ ადგილას ამოჭრილი არის ოვალური ფორმის სიგრძით  $1\frac{1}{2}$  სანტ. და სიგანით  $\frac{1}{2}$  სანტ. ნაწლავის კედლის ყველა გარსები. ნაწლავის სანათური როგორც თავისკენ (ორალური კიდე), ისე სწორი ნაწლავის გასავლისკენ (ანალური კიდე) გაწეული იყო მაკრატლის ყრუ ბოლოებით. ნაკერი პერიტონეუმზე, კუნთებზე, კანზე. ასეპტიური შეხვევა.

18/IV. ძალი სუსტათ არის.

19/IV. უკეთ არის.

20—23/IV. მოიკეთა.

23/IV. მოკლულია ქლოროფორმით. გაკვეთის შედეგი:

ბაღეჭონის ერთი ნაჭერი მიდის წვრილი ნაწლავის ხელოვნურ ხვრელთან და იქ მაგრათ არის შეზრდილი. ნაწლავის კედლის დეფექტი სავსებით გამოსწორებულია. ბაღეჭონის იმ ნაწილთან, რომელიც დეფექტს ფარავს, გარედან მიკრულია მეზობელ წვრილი ნაწლავის გრებილი ისე, რომ დეფექტი ჯერ დაიფარა დიდი ბაღეჭონის ქსოვილით, შემდეგ ახლობელ წვრილი ნაწლავის სეროზული გარსით. წვრილი ნაწლავების დანარჩენი ნაწილები სრულიად თავისუფალია.

ცდა 6 გვიჩვენებს, რომ ბაღეჭონმა სავსებით ამოაგსო წვრილი ნაწლავის დეფექტი, ხოლო ამავე დროს კედლის გამაგრებაში მონაწილეობა მიიღო ავრეთვე წვრილი ნაწლავის სეროზულმა გარსმა.

### ც დ ა VII.

23/IV 925 წ. დედალი ძალლი. დაძინებულია ქლოროფორმით. მარცხენა თედოს ფოსოს მიდამოში გაკეთებულია ლაპორატომია. გაჭრილი არის საშვილოსნოს მარცხენა რქა გასწვრივით 2—3 სანტ. სიგრძეზე.

ნაკერი პერიტონეუმზე, კუნთებზე, კანზე. ასეპტიური შეხვევა.

30/IV. განაკვეთი ადგილი შეიზარდა. ძალლი კარგად არის.

2/V. ძალლი მოკლულია ქლოროფორმით. შედეგი:

ბადექონის ერთი მორჩი მიდის იმ ადგილთან, სადაც მუცლის კედელი ოპერაციის დროს იყო გაკვეთილი და იქ შეზრდილია.

საშვილოსნოს მარცხენა რქასან, რომელიც ცდის დროს გაჭრილი იყო, შეზრდილია შარდის ბუშტის სეროზული გარსი. დეფექტი ამოსწორებულია.

ანნაირად, საშვილოსნოს რქის ჭრილობა გაამაგრა მეზობელი ორგანოს-შარდის ბუშტის სეროზულმა გარსმა. ბადექონი იქ აღარ მისულა. მან მხოლოდ მორჩით გაამაგრა მუცლის კედლის განაკვეთი ნაპირი.

### ც დ ე ა ი ს მ-3 რ ი ზ ი.

დიდი ბადექონის როლი ინფექციური ნივთიერების წინააღმდეგ და მისი გადამხარშველი უნარი.

### ც დ ა VIII.

5/V—925 წ. მამალი ძალლი. დაძინებულია ქლოროფორმით.

მარცხენა თედოს ფოსოს მიდამოში გაიკვეთა 8—10 სანტ. მანძილზე მუცლის კედელი: კანი, კუნთები, პერიტონეუმი. In cavum peritonei ჩადებულია გახრწნილი გვამის ლობიოს ოდენა ელენთას ნაქერი (ბავშვის). სამსართულიანი ნაქერი. ასეპტიური შეხვევა.

8—10/V. სუსტად არის. წევს. საკმელს უხალისოდ ეკიდება.

12. უკეთ არის, დგება, ჭამს.

13. დადის, უკეთ ჭამს.

14. თანდათან კეთულობს.

15. მოკლულია ქლოროფორმით. დიდი ბადექონის სხვადასხვა ადგილებში ვიპოვნეთ კვანძები, რომლებშიაც აღმოჩნდნენ ჩირქი და შიგ გვამის გახრწნილი ნაწილები. ნაწლავების სეროზული გარსი ჰიპერემიას განიცდის. ბადექონის კედლები რამოდენიმე ადგილას შეზრდილია აქა-იქ პარიეტალურ პერიტონეუმთან.

დასკვნა: ჩადებული გვამის ნაწილი დაიჭირა ბადექონმა, დაანაწილა, მათ გარშემოარტყა კავსულა და დაიწყო მისი შეწოვა.

ც ღ ა IX.

5/V—925 წ. მამალი ძაღლი. დაძინებულია ქლოროფორმით.

მარცხენა თემოს ფოსოს მიდამოში 8—10 სანტ. მანძილზე გაკვეთილია მუცლის კედელი: კანი, კუნთები, პერიტონეუმი. In cavum peritonei ჩადებულია მტრედის კვერცხის ოდენა გახრწნილი გვამის (ბავშვის) ელენტას ნაქერი. სამსართულიანი ნაქერი. ასეპტიური შეხვევა.

6—7—8/V. წვეს, მოწყენილია, ცოტას ჭამს.

9. მოკეთება ერყობა, ღვება.

10—12/V. უკეთ არის, გარეთა ჭრილობა შეიზარდა per primam.

14. კარგად არის.

15/V. მოკლულია ქლოროფორმით. მარცხნივ პერიტონეუმის ღრუში აღმოჩნდა ქათმის პატარა კვერცხის ოდენა ჩანთა (კაპსულა), რომლის გახსნის შემდეგ ჩანთიდან გამოვიდა მყრალი სუნიანი ნაცრის ფერი ჩირქი. ჩანთის კედელი ბადექონის ქსოვილის მიერ არის წარმოკმნილი. ჩანთის ღრუში სამი თითი თავისუფლად შედის. გარდა ბადექონის ქსოვილისა, ჩანთას ირგვლივ აკრავს წვრილი ნაწლავის გრებილი. უკანასკნელი ჩანთის კედელს ზედმეტად ამაგრებს და აჩერებს მას განსაზღვრულ ადგილზე. ამავე დროს მუცლის კედლის განაკვეთთან მიდის ბადექონიდან ერთი მორჩი, რომელიც იქ ჭრილობას შიგნიდან ავსებს. დასკვნა: ბადექონის ერთმა მორჩმა გარეშე სხეულის ირგვლივ შექმნა კაპსულა, გვამის ნაწილი დაშალა და ინფექციის განვითარება შეაჩერა. ნაწლავების სეროზულმა გარსმა უფრო გაამაგრა კაპსულას კედელი.

ც ღ ა X.

6/V—925 წ. დედალი ძაღლი. დაძინებულია ქლოროფორმით. Laparotomia. In cavum peritonei ჩასხმულია 4 გრამამდის ბალღამი, რომელიც ადამიანის ფლეგმონიდან არის ამოღებული. (ფლეგმონიდან მასალა მოგვცა ექიმმა ალექსანდრე მამულიაშვილმა). სამსართულიანი ნაქერი. ასეპტიური შეხვევა.

7—8—9/V. ძაღლი მძიმეთ არის, წვეს, ცოტას ჭამს.

12. უკეთ არის, დადის.

14—16. კეთულობს.

17. კარგად არის.

18/V. სიკვდილი ქლოროფორმით. პერიტონეუმის ღრუში რაიმე პათოლოგიური ცვლილება ვერ აღმოვაჩინეთ.

დასკვნა: მოხდა ჩირქის დაშლა და შეწოვება.

ც ღ ა XI.

დედალი ძაღლი. 3/VI 925 წ. დაძინებულია ქლოროფორმით.

Laparotomia. In cavum peritonei ჩაუშვით ავარ-ავარზე განვითარებული bac. plicajaneus-ის კულტურა ათ გრამამდის, რომელიც გადმოგვცა ექიმმა გიორგი ნათაძემ. ძაღლის სიცხე ოპერაციამდის იყო 39° C.

4/VI. სიცხე 40° C. მოწყენილა. წვეს, საქმელს ხალისიანად არ ეკიდება.

7—8—9/V. კეთულობს. სიცხე 39° C.

12/V. კარგად არის. მოკლულია ქლოროფორმით. ბადექონის ქსოვილში მრავალ ადგილას ვიპოვნეთ კვანძები, რომლებიც გარშემორტყმულია ბადექონის ქსოვილით. კვანძები იყვნენ თითო მარცვლის ოდენა. შიგ ალმოჩნდა აგარ-აგარის რამოდენიმეთ გარდაქმნილი ნივთიერება. ზოგიერთ ადგილას ბადექონის მორჩები მუცლის ღრუს კედელზე არის მიკრული.

დასკვნა: ბადექონმა შეაგროვა აგარ-აგარი b. plocjaneus-ის კულტურით. დანაწილა, შემოარტყა კაპსულა და ბაცილას განვითარება შეაჩერა.

### ც ღ ა XII.

27/II—926 წ. მამალი ძალლი. დაძინებულია ქლოროფორმით. ჰიპს ზევით თეთრი ხაზის მიმართულებით 10 სანტ. მანძილზე Laporatomia. ბადექონის ქსოვილში გახვეულია ქათმის  $\frac{1}{4}$  კვერცხის ნაჭერი. როგორც ცილას, ისე ყვითრის ნივთიერება ძაფით დამაგრებულია. სამსართულიანი ნაკერი. ასეპტიური შეხვევა.

28/II—1/III—2—4/III. ძალლი წვეს, მოწყენილია, საქმელს ხალისიანად არ ეკიდება.

4. ეტყობა მეტი მზიარულება, დგება.

5—10/IV. თანდათან კეთულობს, დადის, უფრო ჰამს.

15. კარგად არის.

17. მოკლულია ქლოროფორმით. აღმოჩნდა: ჩადებული კვერცხის ნივთიერების ირგვლივ შემოხვეული არის დიდი ბადექონი. ძაფები, რომლითაც დიდი ბადექონის ქსოვილი იყო დამაგრებული, არ მოჩანან. კვერცხის ყვითრი მაკროსკოპიულად არ მოჩანს, კვერცხის ცილა სანახევროდ შემციობებულია. მის კიდეებს ყოველ მხრივ მრავალი დეფექტები ეტყობა ჩალრმავეების სახით. ამ დეფექტებში შეჭრილია ბადექონის ქსოვილები. კვერცხის ნაწილის ირგვლივ ნათლად გამოხატულია ბადექონის ფურცლის სიმსივნე და ჰიპერერემია. ნივთიერებას გარედან აკრავს ბადექონის მიერ შექმნილი კაპსულა შედარებით მომაგრო, რომლის დარღვევისათვის საჭიროა ერთნაირი ძალა. მიკროსკოპიულად მოჩანს კვერცხის ყვითრი. მის სისქეში ბევრ ადგილას შეჭრილი არიან უჯრედები. აქ ვხვდებით: ენდოტელიუმის, ლიმფურ და დიდი ბადექონის სხვა უჯრედებს, რომლებიც ფაგოციტურ პროცესს აწარმოებენ. ნივთიერების ირგვლივ მიმდინარეობს ანთება. პრეპარატი მოჩანს რძის მაგვარი ხალი ენდოტელიუმის, ლიმფურ, მაკროფაგების და ბადექონის სხვა უჯრედებით.

### ც ღ ა XIII.

ასეთივე ცდა იყო მოხდენილი 25/III—926 წ. ბაჰიას ბადექონზე. შედეგი იგივე მივიღეთ.

დასკვნა: მიკრობების და ინფიციურ სხეულის პერიტონეუმის ღრუში შემოვარდნის დროს დიდი ბადექონი უპირველესად აგროვებს მათ თავის ქსოვილ-

ში, მათ ირგვლივ ქმნის კაპსულას, ქსოვილის უჯრედების საშუალებით შლის, ანაწილებს ამ ნივთიერებას. ეს არის ბადექონის ქსოვილის უჯრედების ბრძოლის, ასე ვთქვათ, პირველი ფაზა მიკრობებთან და მავნე გარეშე სხეულთან. ამასთანავე გამოყოფილი მორჩებით ბადექონი ამაგრებს ინფიცირებულ ბუდეებს მუცლის ღრუში განსაზღვრულ ადგილას.

ცდების მ-4 რივი.

დიდი ბადექონის შეწოვის უნარი.

ც დ ა XIV.

25/III—926 წ. მამალი ბაქია. დაძინებულია ქლოროფორმით.

ლაპორატორიის შემდეგ პერიტონეუმის ღრუში შეყვანილია 5,0 ტუში. ერთი საათის შემდეგ ბაქია მოკლულია. აღმოჩნდა:

ბაქიას ბადექონი გაშლილია. ტუშის უმეტესი ნაწილი ბადექონის ქსოვილშია, სადაც ვხედავთ ნათლად გამოხატულ წვრილ შავ ზოლებს, რომლებიც ქვევიდან ზევით კუქისაკენ მიიმართებიან. ტუშის კვალი მოჩანს დიაფრაგმის მყესოვან ნაწილში და მის ირგვლივ მიდამოში.

ტუშის სულ მცირე ნაწილი ჩანს წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ქსოვილში.

ტუშის ხსნარის უმეტესი ნაწილი შეაგროვა დიდი ბადექონის ქსოვილმა. ხსნარის სულ მცირე ნაწილი წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში გადავიდა. აქედან ჩანს, რომ ბადექონის ქსოვილს აქვს ძლიერი უნარი პერიტონეუმის ღრუდან გარეშე ხსნარის შეგროვების და შეწოვის. ასეთი უნარი, თუმცა ნაკლებათ აქვს წვრილი ნაწლავების ჯორჯალსაც.

ცდების მ-5 რივი.

დიდი ბადექონის კოლატერალური გზების შექმნის თვისება.

ც დ ა XV.

6/V—925 წ. დედალი ლეკვი.

დაძინებულია ქლოროფორმით. Laporatomia 6—8 სანტ. მანძილზე თეთრი ხაზის მიმართულებით. კუჭს ქვევით ასე 1 სანტიმეტრის მანძილზე დიდ ბადექონზე გარდი-გარდმით დადებულია რამოდენიმე ლიგატურა. ამნაირად ბადექონის ეს ქვედა ნაწილი მოშორებულია კვების მხრით ზედანაწილიდან. მუცლის კედლის გაკერვა. ასეპტიური შეხვევა.

7—8/V. სუსტად არის, წევს, მაღა ნაკლები აქვს.

10—12/V. მოკეთება ეტყობა, დადის. გარეთა კედლის ქრილობის შეზრდა კარგათ მიდის.

13—14/V. მოიკეთა, ქრილობა შეიზარდა per primam intentionem.

15/V. მოკლულია ქლოროფორმით. აღმოჩნდა: ზევითა მარჯვენა ნაწილში (ლიგატურის ზევით) კუჭის დიდი სიმრუდის ახლოს ბადექონის ქსოვილს დაუწყია განვითარება, გასქელებულა და იძლევა ერთ მოჩხს, რომელიც, ერთის მხრით, შეზრდილია მუცლის წინა კედლის ოპერაციის ადგილთან და ამავე დროს ამავე მოჩხის საშუალებით განახლებულა სისხლის მიმოქცევა ბადექონის ლიგატურის ზემო და ქვემო ნაწილებს შორის.

დასკვნა: სისხლის ძარღვების გადასკვნის შემდეგ დარჩენილმა ბადექონის სისხლ ძარღვებმა მცირე ნაწილმა მაინც დაიწყო განვითარება და შექმნა სისხლის მიმოქცევის ახალი გზა ნაწილებს შორის, რომელიც ლიგატურით ხელოვნურად შეწყვეტილი იყო. ამნაირად დიდ ბადექონს აქვს თვისება სისხლის ძარღვების განვითარებით შექმნას სისხლის მიმოქცევის კოლატერალური გზები.

### ც დ ე ბ ის მ-6 რ ი ზ ი.

ბადექონის მოძრაობა იმ ადგილისაკენ, რომელიც მისგან დაშორებულია.

### ც დ ა XVI.

2/VI 1926 წ. დედალი ძალი. დაძინებულია ქლოროფორმით.

თეთრი ხაზის მიმართულებით ჭიპს ზევით გაკვეთილია მუცლის წინა კედელი. *proc. xyphoideus* ის შიგნითა ზედაპირის მიდამოში დიაფრაგმის სტერნალურ ნაწილზე მიბმული არის დოლბანდი, რომელშიაც ლობიოს ოდენა ხის ბურთულა არის გახვეული. მასალა სტერილურია. ყრუ-სამსართულიანი ნაკერი. ასეპტიური შეხვევა.

4—6. ძალი სუსტად არის, მოწყენილია.

10. მოიკეთა. დადის, ჭამს.

12/VI. მოკლულია ქლოროფორმით: ბადექონის ერთი ნაჭერი კუჭს ქვევით და მიმართება ზევით, ძაგრად შემოკვრია ბურთულას და იქვე კედელზე მიუმკვრება. მეორე ნაჭერი ქვევით მიდის და წვრილი ნაწლავის ჯორჯალთან არის შეერთებული.

დასკვნა: მიუხედავად მანძილის სიშორისა, ბადექონის მორჩი მაინც წამოვიდა უცხო სხეულთან და ჩვეულებრივი ინკაპსულიაცია და საფიქსაციო მანიპულიაციები მოახდინა.

### ც დ ე ბ ის მ-7 რ ი ზ ი.

დიდი ბადექონის ექსტირპაციის შედეგი.

### ც დ ა XVII.

23/IV 925 წ. დედალი ძალი. დაძინებულია ქლოროფორმით.

Laparotomia თეთრი ხაზის მიმართულებით 10 სანტ. მანძილზე. კუჭის ქვევით

დიდ ბადექონზე დადებულია ლიგატურა და ეს თავისიყვალ კიდე ლიგატურის ქვევით ამოჭრილია. პერიტონეუმის ღრუში ჩაშვებულია მოხარშული თხილის ოდენა ხის ბურთულა. სამასართულიანი ნაკერი კედელზე და ასეპტიური შეხვევა.

24/IV. სუსტად არის, აქვს ლებინება, წვეს.

25/IV. სისუსტე. აღებინებს, განავალი სისხლით შეღებილი არის.

26/IV. ძალი მოკვდა.

გაკვეთამ აღმოაღინა: პერიტონეუმის ღრუში შეგროვილი არის ერთ ჩაის ქიქამდის სისხლნარევი სითხე. ჯორჯლები ჰიპერემიას განიცდიან. კუჭის დიდი და მცირე სიმრუდის გასწვრივ სისხლის ძარღვები გამობერილი არიან და აქა იქ მათში შეკრულ სისხლის გროვები მოხანან. კუჭის ლორწოვანი გარსი ძლიერ ჰიპერემიას განიცდის, მოხანან ღემორავიები. ელენთა გადიდებულია.

ბურთულა მდებარეობს წვრილი ნაწლავების ჯორჯლების ორ ნაჭერთა შორის, სუსტად შეკრულია ამ ჯორჯლების ქსოვილით. კაპსულა-ბურთულას ადვილად შორდება. ბურთულის ირგვლივ ბალღამი არის დაგროვილი.

ზემოაღნიშნულ ცდებიდან ცხოველების დიდ ბადექონზე ჩვენ შეგვიძლია შემდეგი დასკვნა გამოვიყვანოთ:

1. მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების დროს დიდი ბადექონი ჩვეულებრივ შეხორცების და დეფექტის აღდგენის პროცესში იღებს თვალსაჩინო მონაწილეობას.

2. იგი იჭერს მუცლის ღრუში შეტანილ გარეშე სტერილურ მაგარ სხეულს და მის ირგვლივ ქმნის კაპსულას. ამავე დროს მორჩებით ის კედლებს უმაგრებს და აჩერებს გარეშე სხეულს განსაზღვრულ ადგილას.

3. ზემოაღნიშნული თვისებები აქვს საზოგადოდ პერიტონეუმის ყველა ნაწილებს, კერძოდ ჩვენს შემთხვევაში, ბადექონს გარდა, ასეთი თვისებები გამოიჩინეს წვრილი ნაწლავების ჯორჯალმა, საშვილოსნოს განიერმა იოგმა და სხ. ამიტომ ისეთ შემთხვევებში, როცა პერიტონეუმის სხვა ნაწილი საჭიროების დროს საკმაო შეხორცებებს ქმნის, მაშინ შეიძლება დიდმა ბადექონმა შეხორცებებში მონაწილეობა არ მიიღოს.

4. შეხორცებების და კაპსულების წარმოქმნის დროს მონაწილეობას იღებს ბადექონის არა მთელი მასა, არამედ მცირე მისი ნაწილი მორჩის სიხცთ, რომელსაც ბადექონი გამოყოფს და თითქოს ასეთი სპეციალური დანიშნულებისათვის აგზავნის. აქ ჩვენ ვხედავთ ერთგვარ ეკონომიას ბადექონის მხრივ: გამოიყოფიან განსაზღვრული სიგრძის, სივანის და სიმაგრის მორჩები, ხოლო ბადექონის დანარჩენი მასა თავისიყვალ რჩება მუცლის ღრუში.

5. ინფექციის დროს დიდი ბადექონი განსაკუთრებულ როლს თამაშობს სხეულის თავდაცვის საქმეში. ის აგროვებს დაფანტულ ნივთიერებას, კვანძების შექმნით აჩერებს მას განსაზღვრულ ადგილას, შემდეგ ფაგოციტურ უჯრედების საშუალებით თანდათან არღვევს მანვნივთიერებას და აშორებს ორგანიზმს.

6. ბადექონს აქვს შეწოვის უნარი იმ შემთხვევაში, როცა პერიტონეუმის ღრუში იზოტონიური კონსისტენციის უფნებლო სითხე გროვდება. უკანასკნელის შეწოვა ხდება საკმარისი სისწრაფით და განსაკუთრებით დიდი ბადექონის მიერ.



7. დიდ ბადექონს აქვს სისხლის ძარღვების კოლატერალური გზების წარმოქმნის უნარი.

8. თუ მხედველობაში მივიღებთ ბადექონის მოძრაობას კუჭს ზევით, სადაც ჩვეულებრივიათ ის არ უნდა იყოს, უნდა ვიფიქროთ, რომ მას უნარი აქვს გაჩნდეს ისეთ ადგილასაც, რომელიც მანძილობრივ მისი მდებარეობის არეში არ იმყოფება.

9. პერიტონეუმის ღრუს ყოველგვარ გაღიზიანებაზედ მთავარი პასუხის მიცემა ორგანო მუცლის ღრუში დიდი ბადექონია. ზოგ შემთხვევაში მისი ინდეფერენტეობის და სისუსტის მიზეზი მოძებნილ უნდა იქნას.

ცდების დაყენების დროს რჩევით და პირადი მონაწილეობით დახმარებას მიწევდა ღრმათ პატივცემული ანატომის პროფესორი **ალექსანდრე ნათიშვილი**, რომელსაც ვუძღვნი გულწრფელ მადლობას.

---

ექიმი ნ. გვამავაძე.

## ტუბერკულოზით დაავადებულთა სისხლში ლიპოლიტი- ურ ფერმენტის ურთიერთობა ლიმფოციტებთან და Pir- quet-ის რეაქციასთან.

(ტფილისის რკ. გზის საავადმყოფოს მე-II თერაპიული განყოფ. გამგე).

რკინის გზის ჯანმრთელობის განყოფილების შიერ 1923 წელს მე ვიყავი წარვლინებული ლენინგრადის სამხედრო საექიმო აკადემიაში სამეცნიერო მუშაობის მიზნით. პროფ. ს. ი. ზლატოვროვის დავალებით და ხელმძღვანელობით, ინფექციურ სნეულებათა კლინიკაში მე შევეცადე გამოემრკვია სისხლში ფერმენტების მდგომარეობა ინფექციურ სნეულებების დროს. ფერმენტების სისხლში ამოცნობის წესს ვსწავლობდი ექსპერიმენტალურ მედიცინის ინსტიტუტის ბიო-ქიმიურ განყოფილების გამგის, აწ განსვენებულ პროფ. ბ. ი. სლოვცოვის მეტყველებით. მუშაობის წარმოების დროს ვსარგებლობდი სამხედრო საექიმო აკადემიის ვადამდებ სნეულებათა კლინიკის და პროფ. ფილატოვის სახელობის ბავშთა კლინიკის მასალებით. სისხლისა და შრატის გასინჯვა წარმოებულ იქნა 47 ავადმყოფზე სხვადასხვა ინფექციის დროს: წითელა—15, ქუნთრუშა 13, პარტახტიანი ტიფი—15 და წითელი ქარი—4. წითელით, ქუნთრუშით და წითელი ქარით დაავადებულთა ფერმენტები ორ-ორჯერ იქნა გასინჯული ინფექციის უკიდურეს განვითარებისა და სიცხის დავარდნის შემდეგ. 9 პარტახტიან ტიფით დაავადებულებს გაესინჯათ ორ-ორჯერ, 6 ავადმყოფს კი სამ-სამჯერ ავადმყოფობის სხვადასხვა ხანაში. ისინჯებოდა შემდეგი ფერმენტები: ლიპაზა, კატალაზა, პროტეაზა და ანტიტრიფსინი. ლიპოლიტურ ფერმენტის განსაზღვრა ხდებოდა წმინდა, განუზავებელ შრატში Hanriot-ის წესით.

ვინაიდან მონობუტირინის შოვნა ძნელი იყო ლენინგრადში, პროფ. ბ. ი. სლოვცოვის რჩევით ვღებულობდით განზავებას მონობუტირინისას (1:500). კატალაზა და პროტეაზას განსაზღვრა ხდებოდა ბაზ—ის წესით, ანტიტრიფსინის კი Gross-fuld-ის წესით. ჩემ მიერ წარმოებულ მუშაობის შესახებ მე წავიკითხე მოხსენება ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის ექიმთა სამეცნიერო სხდომაზე, ხოლო მოხსენების ავტორეფერატი დაიბეჭდა „Брачевная газета“-ას 1924 წ. 10—11 ნომერში.

მოხსენების დასკვნები იყო შემდეგი:

1. შრატის და სისხლის ფერმენტების მდგომარეობა ინფექციურ სნეულებების დროს უეჭველად იცვლება ნორმასთან შედარებით.

2. ყველა ინფექციურ სნეულების დროს ლიპაზა კლემულობს და ეს უფრო თვალსაჩინოა პარტახტიანი ტიფის უკიდურეს განვითარების დროს დაავადების 9—12 დღეებში.

3. ლიპაზის დაკლება ბავშვის ასაკში წითელას დროს ქუნთრუმასთან შედარებით შესამჩნევად გამოხატულია.

4. მოზრდილების წითელას დროს ლიპაზა ცოტათი იცვლება ნორმასთან შედარებით.

5. კატალაზის და პროტეაზის რყევაში ვერ აღინიშნეთ გარკვეული კანონი და საშუალოდ ცოტათი იცვლება და იძლევა ნაირ-ნაირ რყევას ავადმყოფობის განვითარების დროს.

6. პროტეაზის განსაზღვრა Bach-ის წესით ჩემს გამოკვლევებში არ იძლევა გარკვეულს შედეგებს.

პროტეაზის გამოკვლევა Sobling-ის წესით წარმოებულ იქნა ჩვენ მიერ მხოლოდ რამოდენიმე შემთხვევაში. აღნიშნულ წესით მუშაობა ძნელია კლინიკურ პირობებში, თუმცა უფრო ნამდვილ სურათს იძლევა.

7. ანტიტრიპსიული ინდექსი წითელას და ქუნთრუმის დროს ცოტაოდნად მატულობს.

8. ანტიტრიპსინის მკვეთრი მომატება აღნიშნულია პარტახტიანი ტიფის დროს.

9. ინფექციურ სნეულებათა კლინიკაში ფერმენტების განსაზღვრას დაავადების დროს პროგნოზის მხრივ აქვს განსაზღვრული მნიშვნელობა.

ჩემი დებულებები საესებით ეთანხმება სხვა ავტორთა დებულებებს და ამ მხრივ არაუფრო ახალი, ორიგინალური არ იყო მიღებული. თუ მხედველობაში არ მივიღებთ დაკვირვებებს პარტახტიან ტიფით დაავადებულებზე, რომელიც ფერმენტოლოგიის თვალსაზრისით მხოლოდ ჩვენ მიერ იქნა წარმოებულ პირველად. ფერმენტების მდგომარეობის კვლევა-ძიების პროცესში ინფექციურ სნეულებების დროს, სხვათა შორის, ჩვენ შევეცადეთ გამოგვეკვლია ლიპოლიტიურ ფერმენტის ურთიერთობა ტუბერკულოზით დაავადებულთა სისხლში ლიმფოციტებთან და Pirquet-ის კანის რეაქციასთან დაკავშირებით. როგორც მოგხსენებათ, ყოველი ცოცხალი ქსოვილი, ქიმიურ რეაქციის და სასიცოცხლო პროცესისათვის სარგებლობს ერთგვარი ნივთიერებით, ფერმენტებით, რომლებიც შლიან რთულ ორგანიულ შენაერთებს უფრო მარტივ შემადგენელ ნაწილებზე. ქიმიური შემადგენლობა ფერმენტებისა მეცნიერებამ ჯერ-ჯერობით არ იცის, ვიცით მხოლოდ მათი მოქმედების შესახებ. Ненцикн, Halliburton-ი ფერმენტებს სთვლიან ნუკლეოპროტეიდებათ და მათ მიერ გამოყოფილ ფერმენტებში ნახულობენ ფოსფორს შეკავშირებული სახით; ასე, მაგალითად, პეპსინის მოლეკულა შეიცავს ლეციტინს, ფოსფორს, ქლორს და რკინას. პროფ. Б. И. Словцов-ის აზრით ფერმენტები ორგანიული ხასიათისაა, ზოგჯერ შეიცავენ N, S, P. ან რკინის და მანგანუმის მარილებს, და ზოგჯერ ცილოვან რეაქციასაც კი იძლევიან. Stern-ი თავის გა-



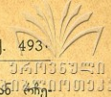
მოკვლევებში ფერმენტების შესახებ ამბობს: „Din fermente sind tipische Colloide“ ფერმენტები—ტიპური კოლოიდებია. მცენარეთა და ცხოველთა აპკთა დიალიზის ისინი სხვადასხვანაირად უპასუხებენ. ფაიფურის და თიხის ფილტრში ფერმენტები ხშირად დაუბრკოლებლად გადიან იმის მიხედვით, თუ რა დამოკიდებულებაშია ფერმენტთა ჯგუფი კაოლინთან ან რკინის გიდროქსილთან, ამჟამათ არჩევენ სხვადასხვა ფერმენტთა დატვირთულების სხვადასხვა სახეს—ელექტროდადებითს და ელექტროუარყოფითს. ფერმენტების მთავარ თვისებად უნდა ჩაითვალოს მათი არაჩვეულებრივი სპეციფიკობა. ასე, მაგალითად, ფერმენტი ლიპაზა შლის მხოლოდ ცხიმებს, ტრიფსინი—ცილას, დიასტაზა კი—ნახშირწყალს. E. Fischer-მა თავის გამოკვლევებით დაამტკიცა, რომ ფერმენტის სპეციფიკობა იმდენად შორს მიდის, რომ მას შეუძლიან იმოქმედოს ნივთიერების იზომერიულ ფორმებზე და როგორც გასაღები ალებს განსაზღვრულ შენობის ბოქლომს, ისე ფერმენტი მოქმედობს მხოლოდ განსაზღვრულ სუბსტრატზე. ფერმენტაციის დროს ფერმენტების ოდენობა რცველად რჩება და ამიტომ საკმარისია ფერმენტების ცოტაოდენი რაოდენობა, რომ ერთი და იგივე რეაქცია იქნას განმეორებული რამოდენიმეჯერ. შაქრის რაოდენობა, რომელსაც შლის სპეციფიური ინვერტაზა 200,000 ჯერ მეტია დამშლულ ნივთიერებაზე, ე. ი. ინვერტაზაზე. ფერმენტების მეორე დამახასიათებელ თვისებას წარმოადგენს (ტერმოლაბილობა) მათი დამოკიდებულება ტემპერატურასთან, მათი დაშლის უნარიანობა  $70^{\circ}/_{10}$ — $100^{\circ}$  ტემპერატურის დროს: თუმცა გრამინციკი (პროფ. კრაკოვის ლაბორატორიიდან) აღიარებს ფერმენტის რეგენერაციას განსაზღვრულ პირობებში და განსაზღვრულ დროს შემდეგ. ფერმენტების საუკეთესო მოქმედება ვითარდება განსაზღვრულ ოპტიუმის დროს სახელდობრ  $35^{\circ}$ — $50^{\circ}$  ტემპერატურას შორის. მშრალი ფერმენტები იტანენ გაცილებით უფრო მეტ  $t^{\circ}$ , ვიდრე გახსნილი. ამ მხრივ არსებობს ერთგვარი შეხედულება, რომ ზოგჯერ ფერმენტის მშრალ ფხვნილის გაცხელება  $160^{\circ}$ -მდე არ უკარგავს მას მოქმედების უნარს.

ფერმენტებს Abderhalden-ის აზრით ინფექციურ სნეულებების დროს აქვს დიდი მნიშვნელობა და წარმოადგენს ყურადსაღებ საკითხს არა მარტო ფიზიოლოგიური, არამედ აგრეთვე პათოლოგიური თვალსაზრისით. Bruch და Schittenhelm-ი ფიქრობენ, რომ პოდაგრასაც საუფუძვლად უდევს დამახინჯება განსაზღვრული ფერმენტატული პროცესისა, რომელიც განაგებს ნუკლეინურ გაცვლას. მთელი რიგი სადისერტაციო შრომებისა, რომლებიც წარმოებული იყო ექსპერიმენტალურ მედიცინის ინსტიტუტის ბიოქიმიურ განყოფილებაში, რომლის გამგედ იყო ზიბერ-შუმოვისა, მაგალითად, შრომები, Алешин-ის, Гринев-ის, Гроссман-ის, Тимошк-ის, Морутаев-ის Вольтер-ის და სხვების ცხადყოფენ ფერმენტების გაძლიერებას და შესუსტებას სხვადასხვა ავადმყოფობის დროს. ნაწილი ავტორებისა თავის დებულებებში გატაცებით ამტკიცებენ, რომ ფერმენტების ცვალებადობას კლინიკაში აქვს დასაყრდნობი მნიშვნელობა პროგნოზის საკითხში. ცალმხრივობა და დიდი გატაცებათ იქნებოდა იმის მტკიცება თითქოს მარტო ფერმენტული რეაქციები შეუძლიან გადაწყვიტოს უჯრედის სიცოცხლის პრობლემა, ფერმენტების შესწავლას კლინიკის გარდა უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს ბიოლოგიის თვალსაზრისით.

ამ მოხსენებაში მე მინდა თქვენი ყურადღება შევაჩერო ლიპოლიტიური ფერმენტის დახასიათებაზე. ლიპაზა გიდროლიტიური ფერმენტია, რომელიც შლის ცხიმებს გლიცერინსა და ცხიმოვან მჟავებზე.

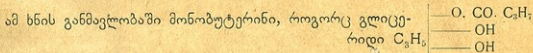
1896 წელს Hanriof-მა აღმოაჩინა სისხლის შრატში ფერმენტი, რომელიც შლიდა ცხიმებს დაუწოდა ლიპაზა. ლიპაზა გავრცელებულია, როგორც ცხოველთა, ისე მკენარეთა თესლებში, დაბალ საფეხურების ორგანიზმში, ბაქტერიებში, როგორც ადამიანის თითქმის ყველა ორგანოებში, ისე ცხოველებშიც. ღვიძლი, თირკმლები, პანკრეასი შეიცავენ ლიპოლიტიურ ფერმენტის შედარებით მეტ რაოდენობას, სხვები კი როგორცაა ელენთა, *gl. suprarenalis* და *Testis* ხასიათდებიან ნაკლები რაოდენობით. Harniof და Битный-Шляхто ლიპაზას აკუთვნებენ, როგორც ხელოვნური ისე ბუნებრივი ცხიმების გიდროლიზის უნარს, და მასთან ერთად სინტეზის თვისებასაც. ამრიგად ლიპოლიტიური ფერმენტის სისხლის შრატში არსებობას ის მნიშვნელობა აქვს, რომ იგი განაგებს ადამიანის სხეულში ცხიმოვან ნივთიერების რეგულიაციას.

აქამდე საესებით არ არის გამოკვლეული, თუ რომელი ორგანო იძლევა ლიპაზას, ცნობილია რომ ერთბოლოვნად და პოლინუკლეარებს მის წირმოქმედებაში არ აქვს მნიშვნელობა. Pancreas-ის ამოკვეთა არ მოქმედობს სეროლიპაზის რაოდენობაზე სისხლის შრატში, Bergel-ის (პროფ. Bier-ის კლინიკიდან) გამოკვლევით ლიპოლიტიურ ფერმენტს გამოყოფენ მხოლოდ ლიმფოციტები. Ch. Carnier-მა აღმოაჩინა სეროლიპაზის შემცირება ქრონიკულ ტუბერკულოზით დაავადებულთა სისხლში, მისი საგრძნობლად დაცემა ჩირქოვან პლევრიტიანებ შორის და აღდგენა ნორმამდე სათანადო მედიკურ მკურნალობისა და საერთოდ გაუმჯობესების დროს. მწვავე ინფექციის ტიფი, ქუნთრუშა და წითელი ქარით დაავადების დროს დაკვირვებამ ცხადყო ლიპაზის შესამჩნევი დაკლება რაიც აღმოჩნდა ცუდი პროგნოზის მაჩვენებლად. გრინიოვმა აღნიშნა ლიპაზის საგრძნობი დაკლება ზღვის გოჭების ორგანოებში ტუბერკულოზის კულტურის შემზაპუნების შემდეგ. Fischer და Marie-ს გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, რომ ლიპაზას შეუძლიან გახსნას ტუბერკულოზის ჩხირის ცვილისებრი გარსი და გარდაქმნას ის უფრო წვრილად და მარცვლოვანად. ამ მხრივ საინტერესოა მეტალნიკოვის ცდები პროფ. გენიკოვის ლაბორატორიიდან. ფუტკრის ჩორჩილის ქიები *Galleria melana* ჩნდება საფუტკრეში, მათ აქვთ იმუნიტეტი ტუბერკულოზის ჩხირის მიმართ. ხსენებულ ავტორის ცდებით ზემოაღნიშნული ქიები უვნებლად იტანენ ადამიანის ტუბერკულოზური შხამის დიდ რაოდენობას, რომელიც შეყავდათ სისხლში ნაზ ემულსიის სახით. ისინი ჩქარა ილუპებოდენ იქ მყოფ ლიპოლიტიურ ფერმენტის ზეგავლენით. განსაკუთრებით დამახასიათებლად უნდა ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ მეტალნიკოვმა ნახა, რომ ქიებს *Galleria melana*-ს თევზის ტუბერკულოზის მიმართ არ აქვთ იმუნიტეტი. განსაკუთრებით ამ ცდების შემდეგ კლინიკისტებმა დაიწყეს თვალყურის დევნა ამ ფერმენტის სისხლში არსებობის შესახებ ტუბერკულოზის დროს. ცხიმების ზეგავლენით ლიპოლიტიური ფერმენტი უძლიერდებოდა ცხოველებს, მაგრამ ტუბერკულოზის მიმართ ისინი არ იჩენდენ განსაკუთრებულ წინააღმდეგობას საკონტროლო ცხოველებთან შედარებით. ერთი რამ აშკარაა: ლიპაზა სისხლში კლებულობს ტუბერკულოზის მიმე შემთხვევებ-



ში (პისნიანევისკი, ვოლტერი), მაგრამ მისი ურთიერთობა იმუნიტეტთან ბა ლიად.

მე ვულებდი სისხლს იდაყვის ვენიდან, როგორც ჯანმრთელებს, ის ტუბერკულოზით დაავადებულთ, ავადმყოფობის სხვადასხვა პერიოდში. სულ წარმოებულ იქნა 47 გამოკვლევა. ლიპაზას ვიკვლევდით სისხლის შრატში Hanriof-ის წესით. ამ მიზნით მე ვღებულობდი შრატის 1 კუბიკს, რომელიც თავისუფალი იყო გემოგლობინისაგან და მიუმატებდი 10 კ. ს. 1% მონობუტერინის ხსნარს ერლენმეიერის კულაში. ამასთან ერთად შრატის 1 კუბიკი თბებოდა 60° წყლის აბაზანზე ხუთი წუთის განმავლობაში ფერმენტის ინაქტივაციისათვის და უმატებდით 10 კ. ს. 1% მონობუტერინის საკანტროლოდ. ორივე ერლენმეიერის კულას ესღებოდით 37°-იან ტერმოსტატში დღე-ღამის განმავლობაში.



ნაწილდებოდა გლიცერინზე და ცხიმოვან მეთავეებზე. 24 საათის შემდეგ უმატებდით phenol-phtalei-ს 1% ხსნარის რამოდენიმე წვეთს და ვაწარმოებდით ტიტრაციას  $\frac{1}{100}$  N ხსნარი NaOH. სანამ არ მივიღებდით ვარდის ფერს, რომელიც არ ქრებოდა 5 წუთამდე. NaOH კუბიკის რიცხვი, რომელიც იხარჯებოდა ცხიმოვან სიმთავეთა ნეიტრალიზაციისათვის, არკვევს სისხლის შრატში ლიპოლიტიურ ფერმენტის ენერგიას. ჯანმრთელებზე მივიღეთ 12—13 ციფრი. ტუბერკულოზის მძიმე შემთხვევებში ექსუდატიურ და დეკომპენსაციურ ფორმების დროს ლიპოლიტიური ინდექსი ეცემოდა 6—3-მდე. იმ შემთხვევებში, როდესაც ლიპოლიტიური ფერმენტი მკვეთრად ეცემოდა, მაშინ ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფობა ლეტალურად თავდება. ამასთან ერთად ვაწარმოებდით Pirquet-ის კანის რეაქციას. უკანასკნელს ვაწარმოებდით იდაყვის ნაწილის გარეთა ზედაპირზე, ვაწვეთებდით წმინდა 100% ტუბერკულინს, 30%, 10%, 3% და კანტროლს, რომელიც შეიცავს 0,75% მარილის ხსნარის ორ ნაწილს და მასთან კარბოლის მეთავეს 5% ხსნარს გლიცერინში. ამავე ხსნარში ეხსნიდით Alt tuberculin Koch Hoechst. პირველ სამ დღის განმავლობაში ვაკვირდებოდით კანის რეაქციის გამოჩენას და მის ინტენსივობას. Pirquet-ის კანის რეაქცია ხასიათდებოდა კანის გაძლიერებულ რეაქციით, მოდუნებით ან და სრული არყოფნით. ჩვენ, როგორც ციროტიულ, პროდუქტიულ და კომპენსაციურ, სტაციონალურ ხასიათის შემთხვევებში ვღებულობდით, როგორც ეხლა მიღებულია მეცნიერებაში, ალერჯიის მდგომარეობას. მძიმე ექსუდატიურ და დეკომპენსაციურ ფორმების დროს ჩვენი დაკვირვებით აღმოჩნდა მოდუნება და რეაქციის სრული არყოფნა ეგრედ წოდებული უარყოფითი ანერგია Hayek-ის ტერმინოლოგიით. მაღალი ლიპოლიტიურ ფერმენტის აღმოჩენა სისხლის შრატში იძლეოდა ალერჯიას, დაბალი კი ანერგიას. ვინაიდან Pirquet-ის კანის რეაქცია წარმოადგენს სხეულის უნარიანობის საზომს ტუბერკულოზის ინფექციასთან ბრძოლაში და რადგანაც ეს რეაქცია Pirquet-Schich-ის აზრით არის ადამიანის ანტიხეულის ანტიგენთან შეერთების შედეგი ამავე დროს იგი ნამდვილად სპეციფიკურია—ამიტომ იბადება კითხვა ამ რეაქციის დროს ლიპოლიტიურ ფერმენტის როგორც ანტიხეულის



შესახებ. ეს მით უფრო დასაშვებია იმის შემდეგ, რაც Zieler-მა კანის პაპულეში Pirquet-ის კანის რეაქციის შემდეგ სპეციფიური ტუბერკულოზური ქსოვილი გისტოლოგიურად აღმოაჩინა. ამ უკანასკნელში, როგორც ვიცით, იმყოფება გარდა გიგანტური, ეპიტელიალური უჯრედებისა, ლიმფოციტებიც, რომლებიც წარმოქმნიან ლიპოლატიურ ფერმენტს Bergel-ის დაკვირვებით. ამ შემთხვევაში, ლიპოლიტიური ფერმენტი შესაძლოა თამაშობდეს ანტისხეულის როლს, რადგანაც მას შეუძლია დაშალოს ტუბერკულოზის წვეთში მყოფ ტუბერკულოზის ჩხირების ნაწილი. ამ აზრს ადასტურებს ის, რომ წითელას დროს ლიპოლიტიური ფერმენტი საგრძნობლად ეცემა, ჩემის დაკვირვებით, შედარებით სხვა გადამდებ სნეულებასთან ბავშვების ასაკში, სისხლში ვნახულობთ Hecker-ის გამოკვლევებით ლიმფოპენიას და ჩვენ გვაქვს ხშირად ანერგია, ესე იგი უარყოფითი Pirquet-ის რეაქცია.

რაც შეეხება ლეიკოციტალურ ფორმულის ცვლილებებს Steffen, Walkins, Duperie და Колесницкий-ს გამოკვლევები გვიჩვენებენ ტუბერკულოზის დასაწყისის პროდუქტიულ ფორმებში ლიმფოციტოზს, ექსუდატურ ფორმების დროს კი დეკომპენსაციის მოვლენებით წინააღმდეგ—ლიმფოპენიას, რომელიც 15—7%-მდე დაიწევა ხოლმე, ნეიტროფილები კი რაოდენობით მომატებულია. ჩვენი დაკვირება უმრავლეს შემთხვევაში ეთანხმება ზემოაღნიშნულ ავტორთა დებულებებს და იქ სადაც ვეჭვონდა ლიმფოციტოზი ერთდროულად ვლენულობდით მაღალ ლიპოლიტიურ ინდექსს და ალერგიას, ექსუდატიურ და დეკომპენსაციურ ტუბერკულოზის მსვლელობის დროს ლიმფოპენია, დაბალი ლიპოლიტიური ინდექსი და Pirquet-ის კანის რეაქციის მოდუნება ან უარყოფითი ანერგიას. ლიტერატურულ მასალაში, რომელიც ჩვენ ხელთ იყო, ჩვენ არ შეგვხვედრია ისეთი დაკვირვებანი სადაც ტუბერკულოზიანი დაავადებულებზე ერთდროულად გაცისნიჯათ ლიპოლიტიურ ფერმენტის ურთიერთობა ლიმფოციტებთან და Pirquet-ის კანის რეაქციასთან დაკავშირებით იმუნბიოლოგიური თვალსაზრისით.

#### მოხსენებების დებულებები:

1. ლიპოლიტიური ფერმენტი საგრძნობლად ეცემა ტუბერკულოზის ექსუდატიურ და დეკომპენსაციურ ფორმების დროს.
2. ტუბერკულოზის პროდუქტიულ ფორმების დროს თუ ის ხასიათდება კომპესიურ ბუნებით Pirquet-ის კანის რეაქციის წარმოებისას ვლენულობთ ალერგიას, მძიმე ექსუდატიურ ფორმების დროს კი რეაქციის მოდუნებას და ანერგიას.
3. ტუბერკულოზის პროდუქტიულ კომპესიურ ფორმებში ყველა სტადიებში ექიმ ტურბანის კლასიფიკაციით ჩვენ შემთხვევებში მივიღეთ ლიმფოციტოზი, ექსუდატიურ-დეკომპენსაციურ ფორმებში უმეტეს შემთხვევაში ლიმფოპენია.
4. ლიპოლიტიურ ფერმენტის ურთიერთობის ამოცნობა ლიმფოციტებთან და Pirquet-ის რეაქციასთან დაკავშირებით დამოკიდებულია უმრავლეს შემთხვევაში ტუბერკულოზით დაავადების მიმდინარეობის ხასიათზე და მათ ერთდროულ შესწავლას შეუძლია გამოარკვიოს სხეულის იმუნბიოლოგიური მდგომარეობა ტუბერკულოზურ ინფექციის მიმართ.



კლინიკურად ჯანსაღნი.

| № №   | გ ვ ა რ ი.                  | ლიპოლიტი-<br>ური ფერმენ. | Pirquet.<br>რეაქცია. | ლიმფოც.<br>რაოდენობა. |
|---|-----------------------------|--------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1   | გემეპკორი . . . . .         | 12                       | მკვეთრი              | 45                    |
| 2   | გვეორქიანი . . . . .        | 12                       | "                    | 36                    |
| 3   | აბზახვა . . . . .           | 11,8                     | "                    | 37                    |
| 4   | პაპუკიანი . . . . .         | 12                       | "                    | 40                    |
| 5   | მაჭავარიანი . . . . .       | 12,3                     | "                    | 44                    |
| 6   | ძანბაშვილი . . . . .        | 11,0                     | საშუალო              | 25                    |
| 7   | ძაგანია . . . . .           | 14,3                     | მკვეთრი              | 32                    |
| 8   | მეზილაძე . . . . .          | 13,5                     | "                    | 45                    |
| <b>პლევრით დაავადებული ნორ-<br/>მალურ ტემპერატურით.</b> |                             |                          |                      |                       |
| 1   | ბაკურია . . . . .           | 12,5                     | მკვეთრი              | 37                    |
| 2   | წიწმარიშვილი . . . . .      | 11,2                     | "                    | 36                    |
| 3   | ხაჩატუროვი . . . . .        | 11,8                     | "                    | 50                    |
| 4   | კარტოზია . . . . .          | 10,9                     | "                    | 30                    |
| 5   | რუხაძე . . . . .            | 9,8                      | საშუალო              | 28                    |
| 6   | მილორავა . . . . .          | 9,5                      | მოდუნ.               | 32                    |
| <b>კომპენსაციური ფორმა.</b>                             |                             |                          |                      |                       |
| 1   | შახოვა . . . . .            | 13                       | მკვეთრი              | 57                    |
| 2   | ბესიაშვილი A I . . . . .    | 9,5                      | "                    | 36                    |
| 3   | ბერიძე . . . . .            | 12,3                     | "                    | 38                    |
| 4   | მარშანია . . . . .          | 12,3                     | საშუალო              | 41                    |
| 5   | ნიძია . . . . .             | 13,3                     | მკვეთრი              | 43                    |
| 6   | კუპრავა . . . . .           | 9,8                      | "                    | 32                    |
| 1   | გოგიძე . . . . .            | 11,4                     | მკვეთრი              | 41                    |
| 2   | აბრამოვი A II . . . . .     | 11,7                     | "                    | 35                    |
| 3   | წითლიძე . . . . .           | 13,1                     | "                    | 46                    |
| 1   | გაგუა . . . . .             | 10,2                     | მკვეთრი              | 25                    |
| 2   | ზაპაროუცევა A III . . . . . | 11,6                     | საშუალო              | 35                    |
| 3   | ხუციშვილი . . . . .         | 10                       | მკვეთრი              | 32                    |



## სუბკომპენსაციური და დეკომპენსაციური.

| №  | გ ვ ა რ ი.                   | ლიპოლიტ.<br>ფერმენტი. | * Pirquet.<br>რეაქცია. | ლიმფოცი-<br>ტების რაოდენობა. |
|----|------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|
| 1  | კლოკოვი . . . . .            | 10,4                  | საშუალო                | 32                           |
| 2  | ერმოლოვი B II . . . . .      | 9,6                   | "                      | 31                           |
| 3  | ბოკუჩაეა . . . . .           | 10,6                  | "                      | 32                           |
| 1  | კორნეევი . . . . .           | 10                    | მოდუნებ.               | 19                           |
| 2  | ჯიქია . . . . .              | 6,4                   | "                      | 23                           |
| 3  | ასლანოვი B III . . . . .     | 8,8                   | "                      | 24                           |
| 4  | გონჩაროვი . . . . .          | 10,5                  | საშუალო                | 25                           |
| 5  | გაბელაია . . . . .           | 12,3                  | მკვეთრი                | 27                           |
| 1  | ფერაძე . . . . .             | 5,5                   | მოდუნებ.               | 14                           |
| 2  | მარტარიანი . . . . .         | 8,0                   | "                      | 24                           |
| 3  | კობზიანიძე . . . . .         | 4,5                   | "                      | 25                           |
| 4  | კორნილოვი . . . . .          | 3,5                   | "                      | 22                           |
| 5  | კაკლიაშვილი . . . . .        | 6,3                   | "                      | 25                           |
| 6  | კეიტკოვსკაია C III . . . . . | 4,1                   | ანერგია                | 18                           |
| 7  | ბონდარენკო . . . . .         | 3,3                   | "                      | 21                           |
| 8  | პალადიევი . . . . .          | 4,3                   | "                      | 16                           |
| 9  | ბარდვანიძე . . . . .         | 3,1                   | "                      | 13                           |
| 10 | მნაცაკანოვი . . . . .        | 5,9                   | "                      | 20                           |

მე. ი. ხატორიძე და მე. ნიკ. ჟიფშიძე.

ტ. კ. ი. ლაბორანტი.

უფროსი ასისტენტი.

## ადამიანის კოკციდიოზის შემთხვევა SPECIES ISOSPORA HOMINIS

(შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალური კლინიკიდან. გამეგ - პროფ.

ბ. ვირსალაძე.)

ადამიანის კოკციდიოზით დაავადება ფრიად იშვიათი შემთხვევაა. მსოფლიო სამედიცინო ლიტერატურაში არის აწერილი სულ 70 შემთხვევა ამიტომ ჩვენ საინტერესოდ მიგვაჩნა ჩვენი შემთხვევის აღწერა. *Isospora hominis* არის კოკციდია, ის ეკუთვნის Doflein-ის კლასიფიკაციით პარაზიტების სამეფოს protozoa-ს განყოფილებას plasnodromata ს. phylum Telosporidia-ს seve (თანამედროვე ლიტერატურაში) Eimerinea Poch ესისა, შედის Coccidiomophae-ბის ჯგუფში და ეკუთვნის Disporocystidae ბის გვარს, წარმოადგენს tetrazoidae-ბს seve quartasporozoidae ბს.

ეს კლასიფიკაციური სახსრობა უკვე შეიცავს იმს თუ რა და რა დამახასიათებელი ნიშნები აქვს *Isospora hominis*-ს. სხვადასხვა ავტორები სხვადასხვანაირ სახელს უწოდებენ ამ პარაზიტს. არის მთელი რიგი სინონიმები: *Psorosperwien Virchow*-ისა 1860 წ., იგივე *Leuckart*-ისა 1863 წ., *Eimeria*, *Coccidium perforans Eimer*-ისა და *Leuckart*-ისა 1870 და 1879 წ., *Coccidium bigeminum varietatis hominis Reilliet*-ისა და *Lueet*-ისა 1894 წ. და სხ. *Dobell*-ის აზრით არც ერთი მათგანი არ არის ისე სწორედ აღწერილი, რომ თანამედროვე მეცნიერების თვალსაზრისით შეეფერებოდეს ეხლა ცნობილ პროტოზოებს, ამიტომ ყველა მეცნიერებმა საჭიროდ სცნეს დაერქვათ 1878 წელში *Rivolt*-ის მიერ აღმოჩენილ და აღწერილ პარაზიტს სახელი *Dobell*-ის მიერ 1918 წელში მიცემული *Isospora hominis*.

კოკციდიოზით დაავადებულ ადამიანის განავალში ჩვეულებრივად ჩვენ ვხვდებით ოოციტებს. ოოციტები *Isospora hominis*-ისა არიან ოვოიდურ ფორმისა, აქვთ ორი ბოლო ბლაგვიანი და მოვიწროებული; ეს ბოლო ცოტათი ერთ ადგილას შევიწროებულია. სიგრძე აქვს 25-33 m. m., სიგანე 12-16 m. m. მოდიდო ადგილას. თვით ცისტის კედელი თხელია, სუსტია, უფერულია და ძლიერ რეზისტენტულია ფიქსატარების და სხვა რეაგენტების წინააღმდეგ. შესდგება ორ გარსიდან, შინაგანი თხელია, მემბრანაფორმიული, გარეთა მკაფარი და

პორცელანის მსგავსი. ხანდისხან ვიწრო ბოლოში ძლივს ჩანს პაწაწინა მიკროპილე, ე. ი. შესაძრომი ადვილი მიკროგამეტისტოვის.

ახალ განავალში, პირველ ექვს საათში, თითქმის ყოველთვის გვხვდებიან მრავლად ოოციტები, მეტადრე ლორწოში; მათ პროტოპლაზმაში სეგმენტები არ სჩანს, იგი არის ბურთის მსგავსი, საცხე ძალიან გამჭვირვალე მარცვლებით სხვადასხვა ზომისა. ერთ ადგილას მოსჩანს ბირთვი, როგორც დიდი და ნათელი ლაქა. რაც შეეხება ოოციტის შიგნით გაპრავლებას, ჩვენ ვატარებდით არა ტერმოსტატში, არამედ ლაბორატორიის სითბოში 25° აერობულ პირობებში და ამიტომ მთელ გამრავლების გათავებამდე უნდებოდა 4—5 დღე. ბურთის მსგავსი პროტოპლაზმა ჯერ იყოფოდა ორ ნაწილად და ამნაირად იქცეოდა ორ სპორობლასტად, საკუთარი გარსით იმკობოდნენ, ე. ი. ორ სპოროციტებად იქცეოდნენ და მხოლოდ ამის შემდეგ სპორების პროტოპლაზმა შიგნით იყოფებოდა ოთხ სპოროზოიტად; მცირე ნაწილი მისი რჩებოდა გაუყოფარი, ე. ი. იყოფებოდა ქიის მსგავს 4 სპოროზოიტებზედ და Rest-Cörper-ზედ.

ადამიანის განავალში სხვა ოოციტებიც არიან ნახულნი, მაგრამ ყველა ისინი შესამჩნევად განირჩევიან *Isospora hominis*-საგან. *Eimeria Wenioni*-ს ოოციტები ზომით პატარა არიან 20 m. გარეთა გარსი უხეში აქვთ, ნაოკებიანი და შიგნით შეიცავენ 4 ოვალურ სპორებს, თვითეულ სპორას აქვს ორი უფრო ახლო ქიის მსგავსი სპოროზოიტები, რომლებიც ერთი მეორეს ეკვრებიან-მომსხო თავი, ბირთვიანი, მომწვრილო თავს. თითქმის ამგვარივე სახე აქვთ *Eimeria oyspora*-ს და *Eimeria Snijdersi*-ს, ასე, რომ ყველა ზემოაღნიშნულ *Eimeriae*-ბს აქვთ ოთხ-ოთხი სპორა ორ-ორი სპოროზოიტებით. რაც შეეხება ადამიანის სხვა კოკციდიებს, მაგალ., ღვიძლის კოკციდიები-*Coccidium hepatis*-ს, მეცნიერები არა სცნობენ ამგვარ კოკციდიას, არც შესწავლილია და დანამდვილებით არც ნახულია რაიმე ფორმა. ლიტერატურაში ამ კოკციდიის სურათი და აღწერა არ არის მოყვანილი.

ტენიკა განავალის გაშინჯვისათვის ამ პროტოზოაზედ არის იგივე რაც საერთოდ პროტოზოათა სხვა წარმომადგენლებზედ. შედარებით ადვილია ნახვა ოოციტებისა განავალში, ერთ პლატინის ყურში რამოდენიმე ათეული მოიპოვება. ფიქსაცია და შეღებვა-კი, როგორც Hartmann-ი და Dobell-ი აღნიშნავენ დიდ სიძნელეს წარმოადგენენ. არც შენახვა per se ეელატინა-გლიცერინ ფენოლის მეხვე ხსნარში და არც გლიცერინში ერთ დღეზედ მეტი არ შეიძლება იმის მიზნით, რომ ცისტის გარეთა გარსს აქვს სხვანაირი თვისებები ვიდრე სხვა პროტოზოებს. საუკეთესო მეთოდი არის რიცხვის მომატების მეთოდი Anreicherungs-Metod, რომელიც შესდგება შემდეგში: განავალი იხსნება ფიზიოლოგიურ ხსნილში, ცისტები ხსნილში რჩებიან, სხვა ნაწილები-კი განავალისა ილექებიან. შემდეგ ამას ვხსნით  $\frac{3}{10}$  ნაწილში Aq. destil., ცენტრიფუგაში ვატარების შემდეგ ნალექში ვიღებთ აუარებელ ცისტებს და ცოტა ბაქტერიებს. თუ ამას შემდეგ დავუმატებთ  $\frac{4}{10}$  ხსნილს Kalium bichromicum, მაშინ ბაქტერიები ილუპებიან და შემდეგი ცენტრიფუგით გარეცხვა Aq. destil.-ში გვაძლევს საშუალებას მივიღოთ ოოციტები, რომლებიც ჩვენთვის ხელშეუწყველია, მიკროსკოპის მხე-

დეელობის არეში გვაძლევენ საშუალებას დავინახოთ ცვლილებები ციკლიურ ზრდისა სპოროზოიტებადღე.

რაც შეეხება რიცხვს აღმოჩენისას, *Isospora hominis* მსოფლიო ლიტერატურაში არის აღწერილი 70 შემთხვევა, ამ რიცხვიდან სამი ცოტა საექვო აღწერილია 1900 წლამდე და დანარჩენი 67 1915 წლის შემდეგ, როდესაც Wenyon-მა მიაქცია ყურადღება ამ პარაზიტებს, რომელნიც ნახულნი იყვნენ მის მიერ სხვადასხვა ფრონტიდგან დაბრუნებულ ჯარის-კაცების განავალში, უმეტესი ნაწილი მათ რიცხვში ნახული იყო ბალკანეთში, მაკედონიაში, გალიპოლში. სალონიკაში, ეგვიპტეში, სუმატრაში, სენეგალიაში და ფილიპინის კუნძულებზე.

როგორც ზემოაღნიშნულიდან სჩანს ადამიანის კოკციდიოზი ფრიად იშვიათი შემთხვევაა. ცხადია რომ ავადმყოფობა, რომელიც მსოფლიო ლიტერატურაში სულ რამოდენიმე ათეული შემთხვევებით განისაზღვრება და სადაც პათოლოგო-ანატომიური გაკვეთები იშვიათად მომხდარა, კლინიკურად უნდა იყვეს ნაკლებად შესწავლილი. ამით აიხსნება, რომ ისეთ დიდ სახელმძღვანელოებში, როგორც არის Castelliani, Brumpt, Verdun, Hartmann, Giari კოკციდიოზის შესახებ საერთოდ მხოლოდ ორი-სამი გვერდია დაბეჭდილი, რაც შეეხება კლინიკას აქ აღწერა განისაზღვრება რამოდენიმე სტრიქონით.

კლინიკურად არსებობს ორი ფორმა კოკციდიოზისა-ლვიძლის კოკციდიოზი და ნაწლავების კოკციდიოზი. ერთ ღროს ფიჭრობდნენ, რომ ამ ორი ავადმყოფობის გამოწვევა შეუძლიან ერთ და იგივე protozoa-ს, რომ ნაწლავის დაავადებას შეიძლება მოჰყვეს შემდეგ ლვიძლის დაავადება, მაგრამ ამჟამად ამ აზრს უკვე აღარ იზიარებენ და მიღებულია ის აზრი, რომ ამ ორ ავადმყოფობას იწვევს ორი სხვადასხვა მოდგმა კოკციდიებისა და შესამჩნევად განირჩევიან როგორც ეთიოლოგიის მხრივ აგრეთვე კლინიკური მსვლელობით.

საინტერესოა, როგორ ხდება ადამიანი ავად კოკციდიოზით. უნდა ვთქვათ, რომ იმავე გზით, როგორც ეს ხდება ჩვენში ძალიან გავრცელებულ protozoa-თა მეორე წარმომადგენელის-ამებისა კუჭ-ნაწლავის საშუალებით. საქმელის საშუალებით და აუღულარი წყლის ხმარებით, რომელიც შეიცავს სპორების მქონე კოკციდიებს. ეს კოკციდიები მოხვდება საქმელში ადამიანის განავალიდან. ამ ორ ავადმყოფობათა შორის ძალიან მძიმე ავადმყოფობათ ითვლება ლვიძლის კოკციდიოზი. ეს ავადმყოფობა ნაკლებად არის შესწავლილი, რადგან 1900 წლამდე სულ იყო მსოფლიო ლიტერატურაში 5 შემთხვევა. ამას შემდეგ ლვიძლის კოკციდიოზი არ ყოფილა აღწერილი. პირველი შემთხვევა აღწერა Gubler-მა 1858 წელს. მას ჰყავდა ავადმყოფი მუშა 45 წლისა, რომელსაც ჰქონდა ტკივილები ლვიძლის მიდამოში, ლვიძლი გადიდებული და ერთ ადგილას ემჩნეოდა სიმსიენე, რომელიც იძლეოდა ფლუქტუაციას. მან დასვა დიაგნოზი ლვიძლის ეხინოკოკისა. ავადმყოფი გარდაიცვალა პერიტონიტით გართულების გამო და მხოლოდ სექციაზე აღმოჩნდა, რომ ეს პროცესი გამოწვეული იყო კოკციდიოზით. ამის შემდეგ Salter-ს ჰქონდა შემთხვევა ვენაში, აგრეთვე სექციის დროს მან აღმოაჩინა ცვლილებები ლვიძლში გამოწვეული კოკციდიებით. Silkok-ს ჰყავდა ერთი ავადმყოფი 50 წლის ქალი, რომელსაც ლვიძლი ძალიან გადიდებული ჰქონდა. საერთო კახეკისის გამო ავადმყოფი გარდაიცვალა და მან ლვიძლში აღმოაჩინა.

ნა ბუდეები რომლებიც განიცდიდნენ ხაქოსებრივ გადაგვარებას და მრავლად შეიცავდნენ კოკციდიებს.

საერთოდ ყველა ავტორებს მოჰყვათ ის აზრი, რომ ღვიძლის კოკციდიოზის დროს ღვიძლი მრავლად შეიცავს კვანძებს საესე ჩირქოვანი ნივთიერებით და კოკციდიებით. ამ სიმსივნეების გარშემო ღვიძლის უჯრედები განიცდიან ატროფიას, ღვიძლის ფუნქცია განიცდის ღრმა ცვლილებებს და ავადმყოფი იღუპება პერიტონიტის განვითარების გამო ან საერთო კახექციით. Brumpt-ი ჰფიქრობს, რომ ღვიძლის კოკციდიოზი უფრო ხშირი მოვლენა უნდა იყვესო, მაგრამ მისი აზრით პათოლოგო ანატომებს ხშირად ეშლებათ კოკციდიოზის ამოცნობა და კოკციდიოზით გამოწვეულ ცვლილებებს ხსნიან ტუბერკულოზით.

სიმპტომატოლოგია ღვიძლის კოკციდიოზისა არ არის საესეებით გამორკვეული. როდესაც ღვიძლის სიმსივნესთან გვაქვს საქმე და ფფიქრობთ კოკციდიოზედ უნდა გავატაროთ დიფერენციალური დიაგნოსტიკა მთელ რივ ავადმყოფობისა: ღვიძლის ენინოკოკთან, გუმასთან, აბსცესთან, კირჩხიბთან და სხ. თუ სიმსივნე ხელს არ ზედება და გვაქვს ღვიძლში ალაგ-ალაგ პატარა კვანძები, მაშინ დიაგნოსტიკა ძნელია. ზოგიერთ შემთხვევებში განავალის ანალიზით, ამბობს Verdun-ი, შეიძლება დაესვათ დიაგნოზი, მაგრამ ამ აზრს ამჟამად არ იზიარებენ და იგი არ არის შესწავლილი. უკანასკნელ შემთხვევებში ავადმყოფი იღუპება საერთო კახექსიით. ნაწლავების კოკციდიოზი შედარებით ღვიძლის კოკციდიოზთან უფრო ხშირი მოვლენაა, კლინიკურად მიმდინარეობს უფრო ადვილად და ავადმყოფისათვის ნაკლებად საშიშოა. აღწერილია სულ 70 შემთხვევამდის. დღევანდლამდის არ არის ერთი გარკვეული აზრი *Isospora hominis* პათოლოგიურ მნიშვნელობის შესახებ. ზოგს მიაჩნია იგი პათოგენური პროტოზოათ, ზოგს კი არა. Brumpt-ი ჰფიქრობს, რომ მათი არსებობა ხელს უწყობს სხვა პარაზიტების მიერ ნაწლავთა დაზიანებას. Guiart-ის აზრით *Isospora hominis* არის პათოგენური protozoa, რომელიც იწვევს მძიმე დიარეას. Wenyon-ს ჰქონდა შემთხვევა დიზენტერიის მსგავსი ავადმყოფობისა, რომელიც გამოწვეული იყო მისი აზრით, მხოლოდ *Isospora hominis*-ით, მან სხვა პარაზიტები განავალში ვერ აღმოაჩინა. ჰამბურგის ტროპიკულ ინსტიტუტის პროტისტოლოგიურ განყოფილების გამგემ Eduard Reichenow-მა 1925 წელს გამოაქვეყნა ერთი შრომა კოკციდიოზის შესახებ, სადაც ექვ გარეშე ჰყოფს მისი პათოგენურ მნიშვნელობას, მაგრამ მის შემთხვევაში განავალში *Isospora hominis*-თან ერთად იყო აგრეთვე *Lambliia intestinalis* და *Amoeba histolytica*, Castellani საშუალო გზას ადგია, მისი აზრით *Isospora hominis* იწვევს მსუბუქ მალე გამვლელ ინფექციას. Verdun-ი ნაწლავის კოკციდიოზს იმდენად მძიმე ავადმყოფობათ სთვლის, რომ მისი აზრით იგი ხშირად იწვევს საერთო კახექსიის გამო ავადმყოფის დაღუპვას. Raillér-მა პარიზის მახლობლად ერთ ქალს და მის ბავშვს აღმოუჩინა განავალში *Isospora hominis*, მათ ჰქონდათ ფაღარათი. Guiart-მა პარიზში აღმოუჩინა ერთ ავადმყოფს ეს პარაზიტი, მას ჰქონდა Appendicitis.

ეს კოკციდიები იმყოფებიან წვრილ ნაწლავებში, აქ მრავლდებიან, არღვევენ ეპიტელიალურ უჯრედების მთლიანობას და საზრდოობენ ამით. დამახასიათებელია უსიამოვნო გრძნობა კუჭ-ნაწლავის მილში და ფაღარათი. ავადმყოფობა



*Species Isospora hominis.*

1. ოოცისტა განავალიდან, 2. სეგმენტაცია, 3. გაყოფვა ბირთვისა, 4. გაყოფილი ბირთვებით  
 5. სპორობლასტი, 6. 7. სპოროზოიტების დაწყებითი ხანა, 8. სპოროზოიტები.

გასტანს 4—5 თვეს და ხშირად თავის თავად რჩება ავადმყოფი. ზოგიერთი ავტორები გვირჩევენ ვინმაროდ Calomel-ი და სხვადასხვა საფლარათო წამლები, აგრეთვე Emetin-ი, რომ ამ საშუალებით გაეანთავისუფლოთ ავადმყოფი პარაზიტებისაგან. დიაგნოზი შედარებით ადვილია, განავალში პარაზიტის პოვნა ამ მხრივ გადამწყვეტ პასუხს იძლევა.

ავადმყოფი ყამარაული მარიამ, 50 წლისაა, ქართველი, მცხოვრები ს. ყაზბეგში, დუშეთის მაზრა. იგი მუდმივ ცხოვრობდა ყაზბეგში, მხოლოდ იშვიათად წასულა სადმე მახლობელ სოფლებში, რომდენიმეჯერ იყო 2—3 დღით კავკავში. ავადმყოფი უჩივის მუცლის გაბაგრებას და ტკივილებს მუცლის სხვადასხვა ადგილში უფრო კი ქიბის ქვემოთ. ეს ტკივილები არ არის დამოკიდებული საქმლის მიღებასთან, არც მის რაოდენობაზე და ხარისხზე, უფრო თვითონ ერიდება მძიმე საქმელს, თუმცა არ შეუმჩნევია, რომ ამის გამო ტკივილები უფრო გამწვავებულიყოს; ტკივილებს აქვს ყრუ ხასიათი, მოვლები მას არ აქვს, მაგრამ ყოველთვის გრძნობს უსიამოვნობას მუცელში. საქმლის მიღების შემდეგ სიმძიმეს გრძნობს გულის კოვზთან, მშვიერი უკეთ გრძნობს თავს. ბოყინს, კუჭის წყას, გულის რევას ან პირის ღებას არ უჩივის ავადმყოფი. აქვს მას სიყაზზე. მუცელი მოქმედობს 4—5 დღეში ერთხელ, უფრო ხშირად მიმართავს ხოლმე ოყენებს, მაგრამ საფლარათო წამლებსაც ხშირად სვამს იგი. ფლარათობა არასოდეს არ ჰქონია მას, სისხლი ან ლორწო განავალში არ შეუმჩნევია. ამ ავადმყოფობით იგი შეპყრობილია უკვე 7 თვე. მაისში ამის გამო წავიდა კავკავში, იგი სწამლობდა თავს ექიმებთან 6 კვირის განმავლობაში, უთხრეს მას, რომ აქვს ჩუმი ციებ-ციხლება, აძლევდნენ წამალს, მაგრამ რაკი უკეთ ვერ იგრძნო თავი, ამიტომ წამლობას თავი დაანება და დაბრუნდა ისევ ყაზბეგში. რადგან ტკივილები მაინც აწუხებდნენ, ამიტომ იგი იძულებული შეიქმნა წამოსულიყო ტფილისში. აქ ოთხი თვის განმავლობაში დადიოდა სხვადასხვა ექიმებთან, მიიღო ბევრი წამლები, მაგრამ უკეთობა მაინც ვერ იგრძნო. ამ წამლების დროს ავადმყოფს არავითარი ანალიზები არ ჰქონდა ვაკეთებულნი. მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც უფრო დასუსტდა, ვახდა, იგი იძულებული შეიქმნა დაწოლილიყო კლინიკაში საწამლავად. ავადმყოფმა 15 წლის წინედ გადაიტანა რალაც მძიმე ავადმყოფობა, არ ახსოვს რა. ბავშობისას არ ახსოვს რით იყო ავად. სუსუნატს და ათაშანგს უარყოფს. ღვინოს და არაყს სვამდა ზომიერად, თამბაქოს არ ეწევა. მემკვიდრეობა სალი აქვს. ჰყავს ქმარი სალი, 6 ქალი და 3 ვაჟი, ყველა ცოცხლები. პირობები ცხოვრებისა დამაკმაყოფილებელი, ბინა სალი, კვებაც კარგი.

### ოპიეტიური გამოკვლევა.

ავადმყოფი სწორი მოყვანილობისაა, საშუალო ტანისა, ძვალთა სისტემა ნორმალურად განვითარებული, მოძრაობა საღსრებში თავისუფალი. კუნთები და კანქვეშა ქსოვილები საშუალოდ აქვს განვითარებული. ლორწოვანი გარსი ოდნავ ფერკმრთალი, ლიმფატიური ჯირკვლებიდან ისინჯება ოდნავ გადიდებული ილიის ჯირკვლები, უმტკივნელო, ენა სველია, ოდნავ თეთრად მოღებული.



პულსი 64 წუთში, რითმიული, საშუალო მოცულობის და დაკვირვების. სისხლის პერიფერიული მილები ოდნავ გამკვრივებული. გულის საძვგერი იშინჯება მე-4 ნეკთა შუა არეში. გულის საზღვრები ნორმალურ ფარგლებშია, ტონები ოდნავ მოყრუებული. ფილტვების მხრივ ემჩნევა მოყრუება პერკუტორული ხმის მარჯვენა მწვერვალში, ბეჭის თავზედ ამოსუნთქვა გაძლიერებული. მარცხნივ ბეჭის ქვედა კუთხესთან ისმის წერილ ბუშტოვანი ხიხინი. დანარჩენ სიცრცხედ ყველგან ისმის ვეზაყულარული სუნთქვის ხმა. მუცელი ოდნავ შებერილია, იგი ზერეულ პალპაციით უმტკივნეოა, ღრმა პალპაციით კი ოდნავ მტკივნეულია ჰიპის არეში, კუჭი ჩამოწეულია 4 თითის დადებით, ჰიპის ქვევით იყოფება *Curvatura major* ი. ლეიდი გამოდის ნეკთა რკალიდან ორი თითის დადებით, ოდნავ მტკივნეულია. აგრეთვე ელენთაც გამოდის ნეკთა რკალიდან ერთი თითის დადებით, უმტკივნელოა. ისინჯება მარჯვენა თირკმელი, ღრმა სუნთქვის დროს ხელს ხვდება მისი ზეეთა სევმენტი.

ნერვული სისტემის მხრივ აღმოაჩნდა შემდეგი: თვალის ქუთუთოების, ენის და გაშვარილი თითების კანკალი, გამოხატული დერმოგრაფიზმი, მუხლის რეფლექსები ცოცხალია.

#### ანალიზები: Wasserman-ი უარყოფითი.

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| ერიტროციტები: . . . . .       | 4,200,000 |
| ლეიკოციტები: . . . . .        | 5,400     |
| ჰემოგლობინი . . . . .         | 75%       |
| ფერადი კოეფიციენტი . . . . .  | 0,8       |
| ნეიტროფილები . . . . .        | 58%       |
| ეოზინოფილები . . . . .        | 2%        |
| მონონუკლეარები . . . . .      | 2%        |
| გარდამავალი ფორმები . . . . . | 6%        |
| ლიმფოციტები დიდი . . . . .    | 20%       |
| პატარა . . . . .              | 12%       |

კუჭის წვენის: საერთო სიმკვავე—74%, თავისუფალი HCL—0,14; შვერთებული HCL 0,1. რეაქცია სისხლზედ უარყოფითი, დანალექში ლორწო და სახამებლის მარცვლები ბლომად, ცხიმოვან წვეთები ზომიერად, ბაქტერიები აქა იქ.

განავლის: თხელი კონსისტენციისა (სასაქმებელის შემდეგ), ფერი მუქი, სუნი ჩვეულებრივი, ურევია ლორწო და მცირე რაოდენობა სისხლისა 3—4 მხედველობის არეში. ბლომად ოოციტები species *Isospora hominis*-ა\*) და ცისტები *Amoeba histol.*

შარდის: ხვედრითი წონა—1025. რეაქცია—მკვავე, ფერი—ჩალის, გამსქვირეალობა—ღვრიე, დანალექი ზომიერი. ცილა—(ცირე ნიშნები, შაქარი არ არის. ინდიკანი ტ ურობლინი N. ნალველის პიგმენტები—არ არის. დანალექში აღმოჩნდა 2—3 თეთრი ბურთული, პრტყელი ეპიტელიუმის უჯრედები ზომიერად, ურატები.

\*) პრეპარატები გაზაფხული იყო ჰამბურგში პროფ. Reichenow-თან, რომელმაც აგრეთვე აღიარა, რომ არის Species *Isospora hominis*-ი.



წამლობის მხრივ ჩვენ უმთავრესად ვხმარობდით კანქვეშ Emetin. muriat. 0,06.

ათი ინიექციის შემდეგ თუმცა განავალში მთლად არ გამქრალან Species Isospora hominis პარაზიტები, მაგრამ მაინც უკეთობა დაეტყო ავადმყოფს, მუცელში ტკივილები ნაკლებად ჰქონდა, განავალში პარაზიტების პოვნა ბევრად ძნელი იყო.

როგორც ზევით მოვახსენეთ ადამიანის კოკციდიოზის კლინიკური სურათი ნაკლებად არის შესწავლილი, ვინაიდან მცირე შემთხვევებია აღწერილი ლიტერატურაში. მით უმეტეს ნაკლებ მასალას გვაძლევს ამ მხრივ ჩვენი შემთხვევა, რადგან იგი შერეული შემთხვევაა. ავადმყოფს აქვს ჩამოწეული კუჭ-ნაწლავი, მარჯვენა თირკმელი, გადიდებული ღვიძლი და ელენთა, ამებები განავალში, ქრონიკული სიყაბზე. უკვე თვითნებულ ამ მოვლენას შეუძლიან მოგვცეს ის სურათი ავადმყოფობისა, რომელიც აქვს ჩვენს ავადმყოფს, ე. ი. ტკივილები და უსიამოვნო გრძნობა წვრილ ნაწლავების გასწვრივ, მაგრამ მიუხედავად ამ შერეული შემთხვევისა მაინც ღირსშესანიშნავია ეს ავადმყოფობა, როგორც იშვიათი შემთხვევა, მით უმეტეს, რომ ნაწლავების კოკციდიოზის პათოლოგიურ მნიშვნელობის შესახებ აზრთა სხვადასხვაობაა.

ჩვენი შემთხვევის შესწავლა გვაძლევს გამოვიტანოთ ერთი დასკვნა. ნაწლავების კოკციდიოზის დროს ფალარათი, როგორც აწერილი აქვს ზოგიერთ ავტორებს, არ უნდა ჩაითვალოს პათოგნომონიურ სიმპტომად. არის შემთხვევები, როდესაც განავალში მრავლად იმყოფება პარაზიტები, მაგრამ ავადმყოფს აქვს სიყაბზე. ჩვენი შემთხვევა უფრო ამართლებს Guiard-ის აზრს, რომ კოკციდიოზი ნაწლავებისა არ არის საშიში ავადმყოფობა და თუ გვაქვს ღია რეა უნდა ვეძებოთ მასთან ერთად სხვა პარაზიტებიც.

### ლიტერატურა:

1. Brumpt. Precis deparasitologie 1922 წ.
2. Dobell. The intestinal protozoa of man 1922.
3. Nouveaux treté de medecin V B. 1924.
4. Якимов. Патогенные protozoa 1924.
5. Guart. Precis de parasitologie 1922.
6. Castellani. Manual of tropical medicine 1924.
7. Hartmann and Schilling. Protozoen 1917.
8. Archiv f. schief. und Trop.—Hyg. 1925 B. 29 H. 4.

## ი. გჰედლიზვილი

კლინიკის ასისტენტი.

### პერიგასტრიტის დიაგნოსტიკისათვის.\*)

(შინაგან სნეულებათა ჰოსპიტალურ კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ს. ვირხალაძე.)

საკითხი პერიგასტრიტის დიაგნოსტიკისა იპყრობს ჩვენს ყურადღებას ჯერ ერთი იმისთვის, რომ იგი ნაკლებად არის გაშუქებული ლიტერატურაში, ამის გარდა იმიტომაც, რომ კლინიკა უყენებს პერიგასტრიტის დიაგნოსტიკას იმ მოთხოვნილებას, რათა შეხორცებები იქნენ გამოცნობილი არა მარტო მაშინ, როდესაც მისი მიზეზი გამომდინარეობს კუჭიდან, არამედ მაშინაც, როდესაც კუჭთან ახლო მდებარე ორგანო დაავადდება და ხდება მისი შეხორცება ამ ორგანოსთან. ამ საკითხში გამოჩენილი სპეციალასტები კუჭის პათოლოგიაში **Boas**-ი, **Riegel**-ი, **Conheim** ი, **Zweig**-ი თითქმის ერთნაირად აზროვნობენ. **Rosenheim**-ით პერიგასტრიტის გამომწვევ მიზეზად ხშირად უნდა ჩაითვალოს კუჭის წყლული. ამ ავტორის აზრით, ზონარები და შეხორცებები, რომელნიც ჩნდებიან ამგვარ სნეულების დროს იძლევიან ისეთ მოვლენებს, რომელთა სწორი გამოცნობა განსაკუთრებით სიძნელეს წარმოადგენს—მათი გამოცნობა ხშირად შეუძლებელია, — აღნიშნავს იგი. მისი აზრით ავადმყოფი განიცდის ძლიერ ტკივილს მარცხენა რკალის ზევით აწევისას, თუ ამ ადგილას შეხორცებები ჩნდება.

შემდეგ პერიგასტრიტის დროს მტკივნეული არის 1 და მე-2 წელის მალეები და მარცხნივ მდებარე ადგილები. ამ სიმპტომებთან ერთად **Rosenheim**-ით ამ სნეულების არსებობას ადასტურებენ ჯერ ერთი თუ კუჭის წყლულის დროს სწორედ გატარებული თერაპია შედეგს არ იძლევა, მეორე, თუ კუჭის მოძრაობითი ფუნქციის დარღვევის დროს მექანიურ წამლობისას ჩვენ გაუმჯობესობას ვერ ვღებულობთ.

**Boas**-ს მოჰყავს დიაგნოსტიკური ნიშნები უკვე **Rosenheim**-ის მიერ აღნიშნული. მიმართავს იგი აგრეთვე **Marklen**-ს, რომლის მიხედვითაც ტკივილები, როგორც პერიგასტრიტის აგრეთვე წყლულის დროს საქმლის მიღებასთან არიან დაკავშირებული, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ წყლულის დროს საქმლის ხარისხს აქვს მნიშვნელობა, პერიგასტრიტის დროს კი მის რაოდენობას. მაგრამ ყველა ეს ნიშნები **Boas**-ის აზრით საშუალებას ვვაძლევს მხოლოდ საეგვიპო დიაგნოზი დავსვათ. სნეულების დაბეჯითებითი გამოცნობა შესაძლოა და ისიც

\* ) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მეორე კონგრესზე მაისში 1924 წ.

ხელსაყრელ პირობებში იმ შემთხვევებში, როდესაც გვაქვს სიმსივნის მაგარი პერიგასტიტი, რომელიც ხელით ისინჯება—უმტებს იგი.

**Zweig-ითაც** პერიგასტიტის დიაგნოსტიკა ძნელია. მხერტავი ტკივილი სიღრმეში, კუჭის საქმლით გავსებისას კარდილეგია, ტკივილები კუჭის მიდამოში განავალზე გასვლის წინ და შემდეგ, ნეკნათა რკალის აწევისას ტკივილები კუჭის არეში უთანასწორო მოყრუება, უშედევო შინაგანი თერაპია—ყველაფერი ეს მისი აზრით პერიგასტიტის შესახებ აზრს გვიბადებს.

არც **Conheim-ი** უყურებს ალტაცებით ამგვარ სნეულების გამოცნობის შესაძლებლობას. „საეგებისო დიაგნოზის დასმა ხშირად შესაძლოა,“ აღნიშნავს იგი. „სრულებით დარწმუნებია კი არასოდეს.“ ამ ავტორის აზრით შესაძლოა, რომ პერიგასტიტი მრავალ წლების განმავლობაში ლატენტურად მიმდინარეობდეს. ხანგამოშვებით ანთებითი პროცესი მწვავედება და ეპიგასტრიუმში ხანგრძლივ მხერტავ და მჩხვლეტავ ტკივილს იწვევს. ტკივილებს აძლიერებს სხეულის მოძრაობა, მუცლის საფარის დაქივვა, ხველება, დაცხინება, ტვირთის აწევა და უკან გადახრა, აღნიშნავს იგი. მიმართავს იგი **Pariser-ს**, რომლითაც გულმკერდას აწევა საგანგებო ტკივილებს იწვევს. **Konheim-ი** დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას აკუთვნებს აგრეთვე რენტგენის სხივებით გამოკვლევას.

**Лифшиц-ს** მოყავს ზოგიერთი ზემოაღნიშნული სიმპტომები; გარდა ამისა მისი აზრით ცალ-ცალკე ორგანოებთან შეხორცებას შეუძლიან თავისებური ნიშნები მოგვცეს. მაგალითად, ის მიმართავს **Gerhardt-ს**, რომელიც ელენტასთან შეხორცებისას ყრვოლას აღნიშნავს. შემდეგ **Лифшиц-ით** ლეიძლთან შეხორცება ტკივილს იწვევს მარჯვენა მხარში. ის, როგორც შეხორცებების ნიშანს, მიუთითებს ტკივილს, რომელიც წარმოიშობა და იცვლება ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლით.

ამ უქანასკნელი გარემოებით სარგებლობს **Давыдов-ი** პერიგასტიტის ტიპურ დიაგნოსტიკისათვის.

**Колодний-კი** განსაკუთრებულ მნიშვნელობას რენტგენო-დიაგნოსტიკას აკუთვნის. ჩვენ არ შევხებით ზემოდმოყვანილ პერიგასტიტის ნიშნების და რენტგენო დიაგნოსტიკის კრიტიკულ შეფასებას. ჩვენ მხოლოდ იმ მეთოდებზე შევჩერდებით, რომლებითაც ვსარგებლობდით და ვსარგებლობთ ახლაც ამდაგვარი სნეულების გამოსაცნობად.

შეხორცებათა მექანიკურ დაქივვის გამოყენება დიაგნოსტიკის მიზნით შედარებით დიდი ხანია რაც არსებობს. ასე **Westphalen-ის** და **Fick-ის** მაერ აღწერილია შემთხვევები ამ საშუალებით დასმულ დიაგნოზისა. ერთ შემთხვევაში კუჭის წყლულის და მის მოტორულ ფუნქციის დაღვევის გამო **pyloroplastica** იქნა გაკეთებული და მალე ოპერაციის შემდეგ თეთრი ხაზის თიაქარი წარმოიშვა. მარცხენა გვერდზე დაწოლისას ავადმყოფს თიაქარის ადგილას და **pylorus-ის** მიდამოში ერთ და იგივე დროს ტკივილები მოსდიოდა. თიაქარის მსუბუქი აწევა **pylorus-ის** მიმართულებით ტკივილებს იწვევდა. მოსაზრებული იყო შეხორცებანი თიაქარის და **pylorus-ის** შორის. ვინაიდან ამის გარდა **pylorus-ის** მექანიკური მეორად შევიწროება მოხდა, ოპერაცია იქნა გაკეთებული, რომლის დროსაც მოსაზრება სრულიად გამართლდა. მეორე შემთხვევაში (**ulcus ven-**

tricoli) იყო დასმული საეგებო დიაგნოზი შეხორცებებისა გარდიგარდმო კოლინჯისა კუქთან იმ მოსაზრებით, რომ განავალზე გასვლის წინ და შემდეგ ავადმყოფი ტკივილებს განიცდიდა, გამოწვეული, როგორც ჩანს, პერისტალტიკით, რომლის დროსაც ხდებოდა დაჭიმვა შეხორცებებისა კუქის და გარდიგარდმო კოლინჯის შორის.

ამდაგვარი დაკვირვება Westphalen-ს და Kelling-ს\*) უკვე ჰქონდათ ამ შემთხვევამდე. მხოლოდ იქ შეხორცებული იყო გარდიგარდმო კოლინჯი ღვიძლთან.

შემდეგ ზემოაღნიშნული ნიშნები—ტკივილები პერიგასტრიტის დროს გამოწვეული ხველებით, მოძრაობით, მდებარეობის ცვლელადობით და სხვა შეხორცებების მექანიურ დაჭიმვაზე არიან დამყარებული.

სწორედ ეს გარემოება დიაგნოსტიკის მიზნით ჩვენც გამოვიყენეთ. მხოლოდ ამ მიზნით კუქის გაბერვას და მის დატვირთვას მივმართეთ. ლიტერატურაში, რომელიც ჩვენ ხელთ არის, ნახსენებ მეთოდებით პერიგასტრიტის გამოცნობა არ აღინიშნება.

კუქის გაბერვას ჩვეულებრივ მხოლოდ მის მდებარეობის და ფორმის გამოსარკვევად იყენებენ, ამ მიზნით, როგორც მოგეხსენებათ, ორმაგ ბუშტაროს საშუალებით კუქის ჰაერით გაბერვას ან შუშუნა შეზავებას მიმართავენ. შუშუნა შეზავებით გაბერვისათვის Boas-ი გვირჩევს ვიხმაროთ 4,0—5,0 ტარტარის სიმეჯვისა  $\frac{1}{2}$  ჭიქა წყალზე და ორნახშირმეჯავა ნატრიუმისა ასეთივე რაოდენობა წყლის იმავე რაოდენობაზე. Ziemsen-ი\*\*) ხმარობს ვაქებისათვის ორნახშირმეჯავა ნატრიუმისა 7,0 და ტარტარის სიმეჯვისა 6,0, ქალებისათვის კი—6,0 ორნახშირმეჯავა ნატრიუმისა და 5,0 ტარტარის სიმეჯვისა, Meinert-ი კი\*\*\*) ორნახშირმეჯავა ნატრიუმისა 8,0 და ტარტარის სიმეჯვისა 6,0. შეზავების უკანასკნელი რაოდენობა Hirschfeld-ით ნახშირმეჯავას 3 ლიტრს იძლევა. კუქის ტეობა კი ამ ავტორით  $1\frac{1}{2}$  ლიტრს უდრის.

კუქის ტეობის შესახებ სხვადასხვა ავტორთა აზრი შესამჩნევად განირჩევა, მაგალითად:

|                 |                 |        |         |
|-----------------|-----------------|--------|---------|
| Ewald-ით*)      | ტეობა . . . . . | 1680,0 | აღწევს. |
| Lusschka-თი*)   | „ . . . . .     | 2000,0 | „       |
| Schüren-ით*)    | „ . . . . .     | 2430,0 | უდრის.  |
| Beneke-თი*)     | „ . . . . .     | 3000,0 | „       |
| Brinton-ით*)    | „ . . . . .     | 3130,0 | „       |
| Soemmering-ით*) | „ . . . . .     | 5500,0 | აღწევს. |
| Henle-თი*)      | „ . . . . .     | 5500,0 | „       |
| Boas-ით         | „ . . . . .     | 3000,0 | „       |

Hussneaul-ი\*) კი 2500 cm<sup>3</sup> ტეობას ღიდათ სთვლის. ჩვენ ტეობას  $1\frac{1}{2}$  ლიტრის ოდენობით ვიღებთ, რათა თავიდან ავიცილოთ ჩვენ მიერ ხმარებულ

\*) Westphalen-ით.

\*\*) Boas-ით.

\*\*\*) Hirschfeld-ით.

მეთოდების დროს თანამყოლი გავლენები. ამ მოსაზრებით ჩვენ ელემენტობით  $1\frac{1}{2}$  კიჭა წყალზე 4,0 ორნასშირმეჯავა ნატრიუმს და იმავე რაოდენობის წყალზე 4,0 ტარტარის სიმეჯავეს იმ ანგარიშით, რომ შეზავების ეს რაოდენობა ნახშირმეჯავას დაახლოებით  $1\frac{1}{2}$  ლიტრს იძლევა. ამგვარი რაოდენობა ჩვენ მიერ მიღებულ ტეობას ეთანაბრება.

ჩვენ კუჭის გაბერვისათვის შუშუნა შეზავებას უპირატესობას ვაძლევთ იმის გამო, რომ ჰაერით გაბერვისათვის საჭიროა კუჭში ზონდის ჩაყვანა, რაც ავადმყოფისათვის არასასიამოვნოა; შემდეგ ამ უკანასკნელ მანიპულაციის დროს შეუძლებელია ჩასულ ჰაერის რაოდენობის აღრიცხვა და მისი მოხდენა უფრო რთულია. შუშუნა შეზავებით გაბერვას ჩვენ ვაწარმოებდით წინასწარ კუჭნაწლავის გაწმენდით.

ვინაიდან კუჭის გაბერვამ ზოგიერთ შემთხვევებში არ მოგვცა საშუალება გამოვიცნოთ შეხორცებანი, ჩვენ დამატებით საშუალებას მივმართეთ, სახელდობრ კუჭის დატვირთვას, რასაც აგრეთვე უზმოზე ვახდენთ ხოლმე წინასწარ კუჭნაწლავის გაწმენდით.

წინააღმდეგი ჩვენებანი ამ მეთოდების ხმარებისას ეთანაბრებიან იმავე წინააღმდეგ ჩვენებებს, რომელნიც არსებობენ კუჭში ზონდის ჩაყვანის დროს.

დატვირთვას ვაწარმოებთ ჩვეულებრივ ცივ, გადაღულებულ წყლის საშუალებით. ავადმყოფს ვაძლევთ მას ფინჯნით რომლის ტეობაც წინასწარ გამოკვეულით, იგი წყალს ზედიზედ სვამს და ტკივილების დაწყებისას სმას სწყვეტავს. ჩვეულებრივ  $1\frac{1}{2}$  ლიტრაზე მეტ წყალს არ ვაძლევთ. თუ ასეთი რაოდენობა აწუხებს ავადმყოფს ზონდის საშუალებით წყალს უკანვე ამოვიღებთ.

ზოგიერთ შემთხვევებში უკვე წყლის 550 cm<sup>3</sup> ტკივილებს იწვევდა. წყლის უკან ამოღებისას ზონდით ტკივილი მალე ქრებოდა.

იმისათვის, რომ გამოვრეცხოთ სისხლმდენი წყლული, წინასწარ კუჭის წვეინის ანუ პირნალების, აგრეთვე განავლის გამოკვლევას ვახდენთ ფარულ სისხლდენაზე. გამოკვლევის წინ ავადმყოფს საფალარათო ეძლევა, რათა შეძლების დაგვარად გამოვდენოთ საქმლის ჩარჩენილი სისხლის პიგმენტები. საფალარათო ეძლევა მას აგრეთვე განავლის გამოკვლევების მთელ დროის განმავლობაში, რომ თავიდან ავიცილოთ ხელოვნური სისხლის დენა თვით დეფეკაციის დროს. გამოკვლევების მოხდენას ვიწყებთ არა უახლოვეს ერთი კვირისა უკანასკნელად მიღებულ ხორცეულ საქმლის შემდეგ, განსაკუთრებულ ყურადღებას ვაქცევთ განავლის გამოკვლევას (Boas-ი, Иванов-ი). გარდა კუჭის წვენის ანუ პირნალების გამოკვლევისა ფარულ სისხლდენაზე, ჩვენ განავლის გამოკვლევას ამავე მიზნით ვახდენთ ზედი ზედ საშუალოდ 4 დღის განმავლობაში. იმ შემთხვევაში თუ, კუჭის გაბერვისას ან დატვირთვისას ავადმყოფი ტკივილს აღნიშნავს, განავლის გამოკვლევას სისხლზე საფალარათოს შემდეგ ვაწარმოებთ ზედი ზედ კიდევ ორსამ დღის განმავლობაში, რათა დავრწმუნდეთ, რომ ტკივილი არ არის გამოწვეული ამ მეთოდების გამო წყლულის გაღიზიანებით და შემდეგი სისხლის დენით ანუ სისხლის მილის დაზიანებით მეტადრე თუ ისინი სკლეროზს განიცდის.

ჩვენ არ ვკმაყოფილებდით განავლის ერთი რომელიმე ნაწილით, არამედ სხვადასხვა ნაწილებიდან მის რამოდენიმე ნაწილს ვიღებთ და ყველაზე უფრო

მგრძობიარე რეაქციას—ბენზიდინისას ვახდენთ. O. და R. Adler-ების ცდას Boas-ის მოდიფიკაციით ვახდენთ.

კუჭის წვენს და პირნალებს გვაიაკის დანაყენით var. Deen-Weber-ის მეთოდით ვიკვლევთ, ჩვენ მიერ რამოდენიმედ შეცვლილს. რათა რეაქციის მგრძობიარობა გავაძლიეროთ ჩვენ ეთერის და კუჭის წვენის თანაბარ რაოდენობას კი არ ვლდებულობთ, არამედ ეთერის ნახევარ რაოდენობას მიღებულ ხსნარის კონცენტრაციის გაძლიერებისათვის.

უკანასკნელ დროს ამ მიზნითვე ჩვენ გვაიაკის ნაყენის სუსტ ხსნარს ვამზადებთ (Иванов).

ჩვენ ბენზიდინის მგრძობიარე სინჯს მივმართავთ, რადგან Boas-ის აზრით განავალი სისხლზე უნდა გამოკვლეულ იქნას მგრძობიარე რეაქტივებით (ბენზიდინით ან ფენოლფტალეინით).

მართლაც ფარულ სისხლდენისას სისხლის რაოდენობა შედარებით განავალის მასასთან იმდენად მცირეა, რომ მისი აღმოჩენა შესაძლოა მხოლოდ მგრძობიარე სინჯებით. ავტორები (Boas-ი, Иванов-ი) გვირჩევენ განავალის გამოკვლევა ვაწარმოოთ ზედი ზედ 3—6—7 დღის განმავლობაში.

ჩვენ გამოვიყენებთ ნახსენებ მანიპულაციების ღირებულების გამოსარკვევად მხოლოდ ის შემთხვევები, სადაც ოპერაცია იყო ვაკეთებული. გადაყვანულ იქნა საოპერაციოთ ქირურგიულ ჰოსპიტალურ კლინიკაში 18 ავადმყოფი. მათ შორის 16-ს გაუქეთა ოპერაცია პროფ. გ. მუხაძემ, ერთ შემთხვევაში პროფ. ფეოდოროვმა და ერთ შემთხვევაში კლინიკის ასისტენტმა მ. ცხაკაიამ.

18 ავადმყოფთა შორის 5 შემთხვევაში პერიგასტრიტის გამოცნობის მიზნით ჩვენ მივმართეთ მხოლოდ კუჭის გაბერვას ზემოდ აღნიშნულ წესით, მაგრამ 2 შემთხვევაში ნახსენებ მანიპულაციამ გვიმტყუნა—ოპერაციის დროს ამ შემთხვევებში აღმოჩნდა შეხორცებები, მიუხედავად იმისა, რომ გაბერვით ვერ დავადასტურეთ შეხორცებების არსებობა. მიზეზი უარყოფითი შედეგებისა ამ შემთხვევებში აიხსნება, ჩვენი აზრით, მით, რომ ერთ შემთხვევაში (წყლული კუჭის მცირე, სიმრულეზე, შეხორცებანი Pancreas-თან) გაბერვით არამც თუ არ მივალწიეთ შეხორცების, დაჭიმვას, პირიქით გამოვიწვიეთ შეხორცებულ ორგანოების (კუჭის და Pancreas-ის) ერთიმეორესთან დაახლოვება—ანატომიური მდებარეობა ნახსენებ ორგანოებისა ადასტურებს ასეთ შესაძლებლობას. მეორე შემთხვევაში კი სადაც აღმოჩენილ იქნა წყლულის შემდეგი ნაწიბური კუჭის გასავალ ნაწილში და შეხორცებანი ღვიძლთან და ნაღველის ბუშტთან, შესაძლოა, შეუხუნა შეზავების რაოდენობა კუჭის გაგანიერების გამო არასაკმარისი იყო შეხორცებების დაჭიმვისათვის.

ამის გამო დანარჩენ 13 შემთხვევაში ჩვენ მივმართეთ გარდა გაბერვისა აგრეთვე კუჭის დატვირთვას. შედეგები მივიღეთ შემდეგი: 12 შემთხვევაში კუჭის დატვირთვისას ჩვენ მივიღეთ დადებითი შედეგი (ტკივილი), ერთ შემთხვევაში კი უარყოფითი. მართლაც უკანასკნელ შემთხვევაში ოპერაციის დროს შეხორცებები აღმოჩენილ არ იქნენ, დანარჩენ შემთხვევებში კი პერიგასტრიტის არსებობა დადასტურებული იყო ოპერატიულად. კუჭის გაბერვამ ამავე 13 შემთხვევიდან 6 შემთხვევაში (მათ შორის 5 შემთხვევაში შეხორცებები არსე-

ბობდენ) მოგვცა უარყოფითი შედეგი. მაშასადამე, ჩვენი მასალის მიხედვით კუჭის დატვირთვას პერიგასტრიტის გამოცნობაში უპირატესობა უნდა მიეცეს.

შეხორცებების გამოწვევებზე მიზეზად ერთ შემთხვევაში იყო ნალველის ბუშტის ქრონიკული ანთება, ერთში ლეიქოსის ეხინოკოკი, დანარჩენ შემთხვევებში კი წყლული (კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის ან *ulcus pyloroduodenale*).

დასასრულ ჩვენ გამოგვყავს შემდეგი დასკვნები:

I. რამდენათაც ნებას გვაძლევს ჩვენი არა საკმარისად დიდი მასალა, ჩვენ შეგვიძლიან გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ კუჭის დატვირთვის და მისი გაბერვის საშუალებით გაცილებით ადვილი ხდება კუჭის და მის ახლო მდებარე ორგანოების შორის შეხორცებების გამოცნობა.

II. პერიგასტრიტის გამოცნობაში კუჭის დატვირთვას უნდა ეძლეოდეს უპირატესობა.

III. ჩვენ მიერ გატარებულ მეთოდებით სარგებლობის დროს, მიღებულ შედეგების სწორ გამოყენებისათვის აუცილებელია კუჭის დაავადებების ზედმიწევნითი ცოდნა, რათა შესაძლებელი იყოს მათი გამოორიცხება, თუ არსებობენ არა კუჭიდან გამომდინარე შეხორცებები.

დაბოლოს მოვალედ ვსთვლი თაყს უაღრესი მადლობა უძღვნა ბ-ნ პროფ.

ბ. ვირსალაძეს მუდმივი ხელმძღვანელობისათვის.

### ლიტერატურა:

1. Th. Rosenheim. Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten. D. M. W. 1895 წ.
2. I. Boas. Диагностика и терапия болезней желудка. მე-11 ნაწ. 1914 წ.
3. F. Riegel. Die Erkrankungen des Magens 1897 წ.
4. P. Conheim. Болезни пищевода, желудка и кишек 1913 წ.
5. А. Колодный. Ulcus ventriculi et duodeni. Врач. обоз. Март 1922. წ.
6. Г. Лифшиц. Круглая язва желудка.
7. H. Westphalen und W. Fick. Ueber zwei Fälle von Perigastritis adhesiva (pylorica). D. M. W. 1899. წ.
8. F. Hirschfeld. Смещение брюшных органов и сердца.
9. В. Иванов. О клинич. и диагност. знач. скрыт. желуд. кровотеч. Вр. Дело 1924. № 1—2.
10. Давыдов. Характеристика болей при язве желудка и возможн. топ. диагност. сращения при язве желудка. Врач. газ. 1924 № 3.
11. J. Boas. Значение скрытых желудочнокишечных кровотечении для хирургии полости живота. Клинич. медиц. 1921 сентябрь (რეფერატი).

## ა. წულუკიძე.

კლინიკის უფროსი ასისტენტი.

### თირკმელების ზღვიის დიაგნოსტიკისათვის.

(ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკიდან. გამგე—პროფ. გ. მუხაძე).

სრულიად საქართველოს ექიმთა მეორე ყრილობაზე პროფ. მუხაძის მიერ გაკეთებული იყო მოხსენება თირკმელების ტუბერკულოზის შესახებ საერთოდ, ჩვენ კი გვსურს შევეხოთ კერძოდ თირკმელების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკას.

სრულიად უდავოა ის, რომ საქართველოში მეტად გავრცელებულია საზოგადოდ ტუბერკულოზი სხვადასხვა ფორმით.

აქამდე არსებულ ჩვენში სტატისტიკურ ცნობების მიხედვით თირკმელების ტუბერკულოზი თითქოს იშვიათი მოვლენა უნდა იყოს—ასეთია საერთო შეხედულება. ჩვენ გვაქვს საბუთი ვიფიქროთ, რომ ეს აზრი არ უნდა იყოს სავსებით სამართლიანი. რომ შევადაროთ საერთო რიცხვი ქლექით დაავადებულთა საქართველოში თირკმელების ქლექის რაოდენობას, აღმოჩნდება რომ უკანასკნელი იძლევა ზედმეტად მცირე  $\frac{1}{10}$ , რაც თავისთავად იწვევს ეჭვს არსებულ ცნობების სამართლიანობაზე.

თვით ის დებულება, რომ თირკმელების ტუბერკულოზი ჩნდება მეორად, რომ მისი გადატანა ხდება ჰემატოგენური გზით, ჩვენ ეჭვს ადასტურებს.

ამას უნდა დაუმატოთ კიდევ ის, რომ საქართველოში დღემდე თითქმის არ იხმარებოდა სათანადო მეთოდები დიაგნოსტიკისათვის, რომლებიც აუცილებლად საჭიროა თირკმელების ქლექის ამოსაცნობად.

როგორც ქვემოთ დავინახავთ და ყველასათვის ცნობილია, ამ დაავადების უმთავრესი ნიშნები აღინიშნებიან შარდის ბუშტის მხრივ. შარდის ბუშტის ყოველგვარი დაავადება კი ჩვენში დღემდე ვენეროლოგების მზრუნველობის ხელქვეშაა.

თირკმელების ტუბერკულოზის დროს ჩვეულებრივად ჩვენ ვიღებთ ცისტიტს შარდბუშტისას და აი სწორედ ამ უკანასკნელის წამლობას აწარმოებენ ვენეროლოგები, ნუ იქნება მათვის საწყენად ნათქვამი, შედარებით ტრაფარეტულად, მაგრამ ამასაც აქვს თავისი ახსნა: ძნელი ამოსაცნობია და ხანდისხან შეუძლებელიც ცისტიტების ნამდვილი მიზეზი და მათი ხასიათი, თუ არ მივმართეთ ისეთ საშუალებას, როგორიც არის ცისტოსკოპია. ამ უკანასკნელს კი სამწუხაროდ ჩვენში იშვიათად მიმართავენ ხოლმე. შარდის გასინჯვა კი თავისთავად



ტუბერკულოზის ჩხირებზე ყველა შემთხვევაში დადებითი შედეგს არ იძლევა. სუბიექტიური ნიშნები თირკმელების მხრივ ამ ორგანოს ტუბერკულოზით დაავადების დროს სხვადასხვანაირია და ზოგჯერ ნაკლებად გამოსახულიც. შარდში აღმოჩენილი კოხის ჩხირები კიდევ არ აძლევს ექიმს საჭირო საბუთს მის შესახებ თუ რომელი თირკმელი არის დაავადებული.

ყოველივე ეს გვაძლევს უფლებას ვიფიქროთ, რომ ვიდრე არ იქნება შემოღებული სათანადო დისციპლინები საშარდე ორგანოების საერთოდ და კერძოდ თირკმელების გასინჯვისა, მანამ ყოველთვის შეგვიძლია ექვის თვალით შევხედოთ იმ მცირე % თირკმელების ქლექისა, რომელიც აქამდე გამოქვეყნებულია.

თირკმელების ტუბერკულოზი ზოგჯერ არ იძლევა სხეულის მხრივ აშკარა ცვლილებებს: ჩვენ შეგვიძლიან შევხედეთ თირკმელების ქლექის დროს როგორც სრულიად გამობატულ საერთო status phthisicus-ს, აგრეთვე გარეგნულად სრულიად ჯანმრთელ ინდივიდუმს, რომლის ქლექით დაავადებაში ექვის შეტანაც კი ძნელია.

მთავარი სუბიექტიური სიმპტომები, რომელიც ამ დაავადების დროს აღინიშნება—არის ნიშნები უმთავრესად შარდის ბუშტის და თირკმელების მხრივ.

შარდის ბუშტის მხრივ ცვლილებები შეიძლება იქნეს ორნაირი: შარდის დაქცევის ნორმის დარღვევა და შარდის შემადგენლობის შეცვლა. შარდის დაქცევის მხრივ ავადმყოფობის დასაწყისში მხოლოდ მცირეოდენ ცვლილებებს ვნახულობთ. პირველ ხანაში აღინიშნება შარდის ღამ-ღამით შეუკავლებობა, შემდეგ ხშირად სვლა და მერველ კი თანდათანობით გამოიმუღავენებული ნამდვილი ცისტითი თითქმის მისი ყველა ფორმებით.

შარდის დაქცევის სიხშირეს თან მიყვება შარდის ბუშტის ტეკობის თანთანობითი შემცირება, ზოგჯერ ბუშტის ტეკობა შეიძლება დავიდეს 10—15 კუბიკურ სანტიმეტრამდე.

საყურადღებოა ისიც, რომ, მიუხედავად ცისტიტის სათანადო წამლობისა, შარდის დაქცევის სიხშირე არ კლებულობს და შარდის ბუშტის ტეკობა არ მატულობს.

შარდის შემადგენლობის მხრივ აღსანიშნავია შემდეგი ცვლილებები: სისხლი, მკავე რეაქცია, პიურია, ცილა და კოხის ჩხირების არსებობა.

ტუბერკულოზით თირკმელის დაავადების დროს სისხლი შარდში აუცილებელ რამეს არ წარმოადგენს, მაგრამ დაავადების დასაწყისში შეიძლება ამ მოვლენას ადგილი ჰქონდეს. უფრო გავრცელებულ თირკმელის ქლექის დროს შესაძლებელია მკაფიოდ გამობატული ჰემატურია, რაც თირკმელის (ღრმა) დაზიანების მაჩვენებელია. საზოგადოდ სისხლი გამოდის შარდის დაქცევის ბოლოს, ან კიდევ თვით შარდში პატარა-პატარა ნაკვეთებით.

დიდ უმრავლეს შემთხვევებში, შარდის რეაქცია არის მკავე და ეს ფაქტი თავისთავად ყურადსაღებია, მით უფრო მაშინ, როდესაც შარდი მღვრივე ჩირქოვანია და შიგ სხვა ბაქტერიების არსებობა არ აღინიშნება. ასეთ გარემოების დროს შარდის მკავე რეაქცია იწვევს ექვს ტუბერკულოზზე. ჩირქიანი შარდი, რომელშიაც არ აღმოჩნდება ჩირქის გამოჰწვევი ბაქტერიები, არის აგრეთვე დამახასიათებელი და ერთერთი ნიშანი თირკმელის ქლექისა.



ცილა ამ დაავადების დროს შარდში მცირეოდენია და იშვიათად ვხვდებით 1,0—1,5 ‰-ს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს შარდში კოხის ბაცილების პოვნას, თუმცა შესაძლებელია საღი თირკმელების დროს უკანასკნელის აღმოჩენა.

თირკმელების წხრივ სუბიექტური შეგრძნობა შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი. ხშირად ავადმყოფი გრძნობს ტკივილს დაავადებულ მხარეზე. ტკივილები ხან მუდმივი და ჩლუნგი ხასიათის არის, ხან კი მათ აქვთ შეტევიითი ხასიათი და აქვთ მსგავსება თირკმელების კენჭების შეტევასთან. ხანდისხან ტკივილებს გრძნობენ (კიდევ) მეორე თირკმელის არეში, ხან კი რეფლექტორულად იწვევს ტკივილს შარდბუშტისას.

იშვიათ შემთხვევებში პალპაცია აღმოაჩენს დაავადებულ თირკმელის ცვლილებას—მის გადიდებას. ხელის დაქერა კი უფრო ხშირად იძლევა ტკივილებს სათანადო (დაავადებულ) მხარეზე. ჰოსპიტალური ქირურგიული კლინიკის უროლოგიური განყოფილება თირკმელის ქლექის აღმოსაჩენად ხელმძღვანელობს შემდეგი მეთოდებით: ცისტოსკოპია, თირკმელების ფუნქციონალური გამოკვლევა (chromocystoscopy), რენტგენოგრაფია, და კერძოდ ურეტეროპიელოგრაფია, შარდის დაწვრილებითი გამოკვლევა კოხის ბაცილებზე და თუ უკანასკნელი აღმოჩენილი არ იქნა კეთდება ექსპერიმენტი ზღვის გოჭზე შარდის ნალექის შესხაპუნებით.

ცისტოსკოპიური სურათი, რომელსაც ჩვენ ვიღებთ თირკმელების ქლექის დროს სხვადასხვა ფორმისაა, იმისდა მიხედვით არის თუ არა უკანასკნელი ძალად განვითარებული, მხოლოდ სპეციფიურია თუ არის გართულებული მეორადათ რომელიმე ჩირქოვანი პროცესით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ტუბერკულოზური ცისტითი ახალი დაწყებულია და არ არის გართულებული სხვა ინფექციით, შარდის ბუშტის კედელი, უმთავრეს თავის ნაწილში ნორმალური სახის არის, დაავადებულ თირკმელის მხარეზე, შარდსაწვეთის გარეთა ხერხელის ირგვლივ ვხვდებით ჰიპერემიას და წვრილ მარცვლოვან, მოყვითალო ფერის შეპაღლებებს, შემოფარგულს წითელი ზონარით.

გარდა ამისა შარდის ბუშტის კედელზე, ნორმალურ ფონზე შეიძლება იქნეს რამოდენიმე უსწორ-მასწორი და დაკბილული ნაპირებით წყლული მოყვითალო ფსკერით (ძირით) ფიბროზულ ლაქით მოფენილი.

მძიმე შემთხვევებში ეს სურათი უფრო მკაფიოდ არის გამოხატული: მრავლად წყლულები, მთელი საშარდე ბუშტის ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია და ხანდისხან სურათი ბულოზური ცისტიტისა.

დაავადებულ თირკმელის შარდსაწვეთის ხერხელი შეცვლილია: იგი უფრო პირლია, კიდები ხან უსწორ-მასწორია და დაწყლულებული, ხან კიდევ მისი ლორწოვანი გარსი ამოხნილი და გადმობრუნებული. დაავადებულ მხარეზე შარდსაწვეთი მოადუნებულია, იშვიათად იკუმშება და ერთგვარ პარეტიულ მდგომარეობას განიცდის.

ზოგიერთ შემთხვევაში ზემოდაღწერილი ნიშნები (ტუბერკულოზურ მარცვლების არსებობა) იმდენად კარგად არის გამოხატული, რომ შესაძლებელია ამ სიტუაციის მიხედვით სწორი დიაგნოზის დასმა. ამას ხშირად ემატება მეორე



ცისტოსკოპიური სურათიც—დაავადებულ თირკმელიდან ჩირქის, ან ჩირქოვან შარდის გამოვსლა.

ხრომოცისტოსკოპიას ჩვენ ვაწარმოებთ ინდიგო-კარმინის ხსნარის ვენაში უშხაუნებით. დაავადებული თირკმელი გამოყოფს ან ნორმაზე (7 წუთი) უფრო გვიან ან კი შედარებით საღ თირკმელთან შეგვიანებით.

დადასტურება დაავადებულ თირკმელის დიაგნოზისა შეუძლიან უბრალო რენტგენის სურათსაც: მასზე ნათლად მოსჩანს თირკმელში მდებარე ჩირქით ამოვსებული ღრუები და თვით თირკმელის ფორმის შეცვლაც. უფრო მნიშვნელოვანი არის ურეტეროპიელოგრაფია, რომელიც იძლევა საშუალებას უფრო დაწვრილებით შევისწავლოთ, როგორც თვით თირკმელი, აგრეთვე შარდსაწვეთიც.

თირკმელის ქლექის დროს შეცვლილია, როგორც თირკმელის მენჯი, აგრეთვე უმთავრესად მისი ფიალები და უკანასკნელი ხანდისხან ისე ნათლად არის გამოხატული, რომ მხოლოდ მით შეიძლება სწორი დიაგნოზის დასმა. ფიალების ნორმალური ფორმა და კიდეები უსწორ-მასწორო და შეცვლილია, საკონტროლო სითხის გადასვლა დერილებში ნათლად მოსჩანს რენტგენის სურათზე.

რასაკვირველია, უფრო ტლანქი და ნათელია ის სურათი, რომელსაც ჩვენ ვიღებთ თირკმელში კაფერნების და ღრუების არსებობის დროს. საკონტროლო სითხე ასეთ ადგილებში იძლევა შეგუბებას მოგროვებას და ღრუს კონტურების შემოფარგვლას.

ურეტეროგრაფიის დროს ჩვენ ვიღებთ შემდეგ სურათს: შარდსაწვეთის ზედა და ქვედა ნაწილში ნორმალურად არსებული რკალები—მოღუნულობა, აღარ აღინიშნება; შარდსაწვეთი წარმოადგენს ზონარს, რომელიც ვერტიკალურად ეშვება ბუშტისაკენ და ჩაიოსწვევს ქვემოდ თირკმელის მენჯსაც.

თირკმელების ტუბერკულოზის საბოლოო დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა კოხის ბაცილების აღმოჩენა, როგორც საერთო შარდში, ისე ცალ-ცალკე ორთავე მხრივ გამოღებულში. თუ რამდენად ხშირად თირკმელის ტუბერკულოზის დროს შარდში შეიძლება აღმოჩენილი იყოს ტუბერკულოზური ჩიბირი სტატისტიკა იძლევა შემდეგ ცნობებს: ზოგიერთ ავტორს აღმოუჩენია 40% და ზოგს კი 80—85% ში.

სტერილურად გამოღებულ შარდში კოხის ბაცილის პოვნა და აგრეთვე სათანადო ცვლილებების ცისტოსკოპიურად დადასტურება საკმაოა ხანდისხან ამა თუ იმ თირკმელის ტუბერკულოზით დაავადების დიაგნოზისათვის. მაგრამ თუ რაიმე ეჭვი იბადება, თუ რომელი თირკმელია დაავადებული, მაშინ საჭიროა ორივე თირკმელიდან ცალ ცალკე შარდის გამოღება და მათში კოხის ბაცილების მოძებნა. იმ შემთხვევაში, როდესაც არც საერთო და არც ცალ-ცალკე აღებულ შარდში კოხის ბაცილების პოვნა არ ხერხდება, საჭიროა ექსპერიმენტის მოხდენა ზღვის გოჭზე.

ამ ექსპერიმენტს ჩვენ ვაწარმოებთ შემდეგნაირად: გამოღებულ შარდის ნალექს მიღებულს ცენტროფუგიდან უშხაუნებით კუბიკურ სანტიმეტრს ზღვის გოჭს ბარძაყის ზედა მესამედში. 21 დღის განმავლობაში კოხის ბაცილები იძლევიან სპეციფიურ ტუბერკულოზურ ლიმფადენიტს.

ამრიგად, ჩვენ ვხედავთ, რომ თირკმლების ქლექის სრული დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა ტრიალის არსებობა: ჩირქი, ფუნქციის მოშლა და კოხის ბაცილების აღმოჩენა. პირველი ორი მოვლენის გამორკვევა შეიძლება ცისტოსკოპით, კოხის ბაცილების აღმოჩენა კი უნდა სწარმოებდეს ზემოდ აღნიშნულ მეთოდით. ტიპიურ შემთხვევებში უტყუარ დიაგნოზის დასმა შესაძლოა მარტო ცისტოსკოპის საშუალებითაც, რენტგენოგრაფია და ურეტეროპიელოგრაფია არის მხოლოდ დამხმარე საშუალება დეტალების გამოსარკვევად.

თუ რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს ზემოაღნიშნულ დიაგნოსტიურ მეთოდებს ჩვენ დავინახავთ ჩვენი კლინიკის მცირეოდენი მასალის განხილვიდან. 1925 წლამდე, 6 წლის განმავლობაში, კლინიკაში ყოფილა მხოლოდ 11 თირკმლის ტუბერკულოზით დაავადებული, 1925 წლის პირველ ნახევარში კი ჩვენ გავატარეთ კლინიკაში 13 ასეთი შემთხვევა.

აღსანიშნავია ის, რომ 1925 წლამდე თირკმლის ტუბერკულოზის დიაგნოზი წინასწარ ან სრულიად არ ისმებოდა ან კიდევ მხოლოდ ეჭვი იყო მასზე. მას შემდეგ კი რაც ჩვენ მიემართეთ ზემოაღნიშნულ მეთოდებს t. b. c. დიაგნოზი თითქმის ყველა შემთხვევაში წინასწარ სწორედ იყო დასმული. წარმოდგენილ მასალის მიხედვით ჩვენ არ გვსურს რაიმე დასკვნების გამოტანა, მხოლოდ აღნიშნული რიცხვი გვარწმუნებს, რომ ჩვენ შემდეგში შევძლებთ უფრო მეტი მასალის გამოკვლევას.

როგორც თავში ვთქვით, ჩვენი მოხსენების მიზანია მივაქციოთ ექიმების ყურადღება იმ ვარემოებას, რომ სათანადო დიაგნოსტიურ მეთოდების ხმარება თირკმლების ქლექის ამოსაცნობად უნდა იყოს საჭირო სიმალეზე დაყენებული. ცხადია რომ ნაადრევი აღმოჩენა თირკმლების ქლექით დაავადებისა მოგვცემს საშუალებას თავის დროზე აღმოუჩინოთ ავადმყოფს რადიკალური დახმარება და მივიღოთ შედარებით დიდი  $\frac{1}{6}$  განკურნებისა.

ამიტომ ჩვენ ვხედავთ ასეთი დებულებების წამოყენებას:

1) თირკმლების ქლექის დიაგნოსტიკა უნდა იყოს დამყარებული სამ მოვლენის არსებობაზე: ჩირქი, ფუნქციის მოშლა და კოხის ბაცილების შარდში აღმოჩენაზე.

2) თუ რომელი თირკმელია დაავადებული ამ საკითხს სწყვეტს მხოლოდ ცისტოსკოპია.

3) შარდის ბუშტის და შარდსაწვეთის დაზიანების გარდა ცისტოსკოპიის საშუალებით შეიძლება გამორკვეულ იქნეს თირკმლების ფუნქციაც.

4) ყოველივე ქრონიკულ ცისტიტების დროს დიაგნოსტიურ მიზნით საჭიროა ცისტოსკოპია.

5) საკონტრალო ცისტოსკოპია უნდა კეთდებოდეს წამლობის მერმე ცისტიტის კლინიკურად განკურნების შემდეგ.

## 8. გაცივილაქი.

ორდინატორი.

### პიაყელა ნაწლავის დაავადების ზოგირითი მასალაჲი უაქულტების ქირსუბ. კლინიკის 1923, 1924 და 1925 წლე- ბის პირველ 3 თვის მასალის მიხედვით.

(ფაკულ. ქირურ. კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ა. მაქავარიანი).

ფაკულ. ქირურგ. კლინიკაში 1923, 1924 და 1925 წ. 3 თვის განმავლო ბაში გაუფლიათ 390 ავადმყოფთ, რომლებიც დაავადებულნი იყვნენ ქიაყელა ნაწლავით. როგორც მასალიდან ჩანს, 1923 წელში ყოფილა 142 შემთხვევა, 1924 წ. კი 198, ე. ი. 56 ავადმყოფით მეტი. რაც შეეხება 1925 წელს, აქ ჩვენ ხელთ გვაქვს მხოლოდ 3 თვის მასალა; ის შეიცავს 50 შემთხვევას; საერთოდ ამ წელშიაც ავადმყოფთა რიცხვმა შედარებით იმატა. ასეთი ყოველწლიური პროგრესიული ზრდა აპენდიციტიან ავადმყოფთა რიცხვისა შემჩნეულია არა მარტო ჩვენს ქვეყანაში, არამედ სხვა ქვეყნებშიაც. მიზეზი ამ უკანასკნელი გარემოების მრავალია და ამის გამოკვევას ჩვენ აქ არ შეუდგებით, რადგანაც ის არ შეადგენს ჩვენი მოხსენების პირდაპირ მიზანს. 390 ავადმყოფიდან, რომლებიც იყვნენ გატარებულნი ფაკ. ქირურგ. კლინიკაში ოპერატიული დახმარება ქონდათ აღმოჩენილი 374 ავადმყოფს, ხოლო 16 ავადმყოფი კონსერვატიული წამლობის შემდეგ თავისი სურვილით გაიწვირენ კლინიკიდან უოპერაციოდ, თუმცა ოპერაციის საჭიროებაზე გაფრთხილებული იყვნენ.

ავადმყოფობის კლასიფიკაციის მიხედვით ქრონიკული დაავადება ქიაყელა ნაწლავისა (Append. chr.) გვხვდება საერთო რიცხვიდან (390) 325 შემთხვევაში (83%), მწვავე ანთება ქიაყელა ნაწლავისა (Append. acuta simpl.) 50 შემთხვევაში (12,3%), პერფორატიული და განგრენოზული Append. perforat. et gangrenosa 16 შემთხვევაში (4,6%). სქესის მიხედვით მამაკაცები უფრო იშვიათად დაავადდებიან ხსენებულ სნეულებით ვიდრე ქალები, რაიც ჩანს შემდეგი რიცხვებიდან მამაკაცთა რიცხვი, რომლებიც იყვნენ დაავადებულნი ქიაყელა ნაწლავით იყო 101, ქალების რიცხვი კი აღწევდა 289, ე. ი. ქალები ჩვენი მასალით 2,8-ჯერ უფრო ხშირად არიან დასნეულებულნი ქიაყელა ნაწლავით ვიდრე მამაკაცები. აპენდიციტის სხვადასხვა ფორმები სქესის მიხედვით ასე ნაწილდება: ქრონიკული ანთებით დაავადებული იყო 75 მამაკაცი ე. ი. მათი საერთო რიცხვის 75%; მწვავე ანთებით—16 ე. ი. 16%; პერფორატიული და განგრენოზული ფორმით—10 ე. ი. 10%, რაც შეეხება ქალებს, ქიაყელას ქრონიკული დაავადება აღინიშნა 249 ე. ი. მათი საერთო რიცხვის (289) 85,6%-ში; მწვავე ანთებით 32 ე. ი. 11%-ში, პერფორატიული და განგრენოზული ფორმით 8 ე. ი. 2,7%-ში. როგორც გათხოვილები, ისე გაუთხოვრები

ერთნაირად არიან დაავადებული ამ სნეულებით, რაც ჩანს შემდეგი რიცხვებიდან: საერთო 289 რიცხვიდან გათხოვილებს ეკუთვნის 143, ხოლო გაუთხოვრებს 146, ე. ი. პირველთ 49% და მეორეებს 51 %, აქედან ცხადია, რომ ჰიაყელა ნაწლავის დაავადების პირდაპირი დამოკიდებულების ქალთა სასქესო ორგანოების დაავადებასთან გამოკვლევა მეტად ძნელია, რადგანაც ჩვენი მასალის მიხედვით, გაუთხოვარი ქალები, რომლებსაც სასქესო ორგანოების დაავადების ნიშნები არ ქონიათ, თითქმის უფრო მეტ რიცხვს დაავადებისას იძლევიან, ვიდრე გათხოვილი ქალები, რომელთა შორის ზოგიერთებს ქონდათ სასქესო ორგანოების დაავადება. ასეთი შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფს ქონია ერთ და იმავე დროს სასქესო ორგანოების და ჰიაყელა ნაწლავის დაავადება, აღნიშნულია ბევრგან, მაგრამ თითქმის ყველგან ეს დაავადებანი განცალკევებულად იყვნენ გამოცნობილნი. ანამნეზის და ობიექტური გამოკვლევის საშუალებით ასეთია, მაგ., I შემთხვევა № 93 1924 წელს. ავადმყოფი 23 წლისა, გათხოვილი, რომელიც ავად არის ჰიაყელა ნაწლავით 6 თვე, აქვს ტკივილები წელის ცეკალურ მიდამოში, აქვს უფრო ხშირად სიყაბზე, თუმცა ხანდახან ფალარათობაც ემართება, გულის რევა, პირსაქმება, უშლის სიარულს, აქვს მარცხენა დანამატის ანთება. დიაგნოზი კლინიკური: *append. chr. et salpingooforitis sinistra*. ოპერაციის დროს ჰიაყელა ნაწლავში აღმოჩნდა ქვები და წყლული.

II. შემთხვევა ეკუთვნის 28 წლის ქალს, გათხოვილს, ისიც ავად არის 6 თვეა. ისეთივე მოვლენები, მხოლოდ შეტევის დროს სიცხე 39° ქონია და დიდი სიყაბზე აქვს *salpingooforitis sin. Mc. Burney*-ს წერტილი მტკივნეული, *Rovsing*-ის სიმპტომი მკაფიოდ გამოხატული; ოპერაციის დროს ჰიაყელა ნაწლავში აღმოჩნდა სისხლის ჩაქცევა, ექიმოზები.

III. შემთხვევა № 233—1924 წ. ავადმყოფი 38 წლისა, გათხოვილი, რომელსაც ქონდა აპენდიციტის გარდა *retro-versio-retroflexio uteri*. ვაუკეთდა ერთ და იმავე დროს ორთავე ოპერაცია განაკვეთი *Pfanenstiel*-ის წესით. ჰიაყელა ნაწლავის ამოკვეთა და საშვილოსნოს მიმაგრება მუცლის წინა კედელზე. ჰიაყელა ნაწლავში აღმოჩნდა განავალი, განავლის ქვა, სისხლი და ექიმოზები.

როგორც ზემოდ გვქონდა აღნიშნული, ქალები თითქმის სამჯერ უფრო ხშირად არიან დაავადებულნი აპენდიციტით, ვიდრე მამაკაცები, მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით ქალები შედარებით უფრო დაავადების იოლ ფორმებს იძლევიან, ვიდრე მამაკაცები; ეს ჩანს შემდეგ რიცხვებიდან: უბრალო ქრონიკულ აპენდიციტით ქალები დაავადებულნი არიან მათი საერთო რიცხვის 85% -ში, მამაკაცები კი 74% -ში; პერფორატიული და განგრენოზული ფორმები 2,8% -ში, კაცები კი 11% -ში. ის მოვლენა, რომ მამაკაცთა შორის განგრენოზული და საერთოდ მძიმე ფორმები აპენდიციტისა უფრო მეტ პროცენტში გვხვდება, აიხსნება იმ გარემოებით, რომ მამაკაცთა ჰიაყელა ნაწლავი იკვებება უმთავრესად (თუ მხედველობაში არ მივიღებთ მცირეოდენ ანასტომოზებს ბრმა ნაწლავის სისხლის ძარღვებიდან) *art. appendicularis*-ით, ხოლო ქალთა ჰიაყელა ნაწლავი გარდა *art. apendicularis*-ის, იკვებება აგრეთვე *art. appendiculo-ovaricum*-ით. ძველ დროში ამ უკანასკნელი გარემოებით ხსნიდენ იმ მოვლენას, რომ რადგან ქალთა ჰიაყელა ნაწლავი კვების უფრო უკეთეს პი-



რობებშია ჩაყენებული, ამიტომ ქალები უფრო იშვიათად იყენენ დაავადებულნი აპენდიციტით ვიდრე მამაკაცები. მაგრამ ჩვენი მასალის მიხედვით ქალები უფრო ხშირად არიან დაავადებული აპენდიციტით, ვიდრე მამაკაცები და ეს საუკეთესო პირობები ქალთა აპენდიქსის კვებისა სწულალებას აძლევს ქალებს ხშირად თავიდან აიცილოს აპენდიციტის უმძიმესი ფორმები დაავადებისა, როგორც არის განგრენა და პერფორაცია ქიაცელასი და არა თვით აპენდიციტი აქედან ცხადია, რომ მამაკაცებისათვის art. appendicularis ის ტრომბოზი ან ობლიტერაციული ენდოარტერიტი ქმნას საუკეთესო და ხანდახან აუცილებელ პირობებს დანამატის ნეკროზისა და განგრენისათვის, ხოლო ქალთათვის ამ შემთხვევაში ქიაცელას კვების უარესად მოშლისა, შეიძლება ააცილოს მეორე არტერიამ art. appendiculo-ovaricum-მა და კვება დანამატისა აღდგენილ იქნას და ამ მხრივ არ მოხდეს განგრენა. რაც შეეხება ასაკის მიხედვით აპენდიციტის სიხშირეს იგი გვხვდება 15 წლამდის 7% ში. 15 წლიდან 20 წლამდე 17%-ში, 20 წლიდან 30 წლამდის 49%-ში, 30 წლიდან 40 წლამდის 20%-ში და 40 შემდეგ 7%-ში, ასე რომ აპენდიციტი ყველაზე ხშირად ემართებათ 20-დან 30 წლამდის, შემდეგ 30-დან 40-მე და 15--20 წლამდის; ყველაზე იშვიათად აპენდიციტი ემართებათ ბავშვებს და მოხუცებულებს. რაც შეეხება appendectomy-ს შემდეგ სიკვდილიანობას, ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით გამოიხატება ასე: საერთო სიკვდილიანობის პროცენტი არის 1,2%, ე. ი. სულ გარდაიცვალა 5 ავადმყოფი (1-append. chr. 4 append. purulenta cum peritonitidem difusam purul.) (ვალკე ქრონიკული აპენდიციტის შემდეგ სიკვდილიანობა გამოიხატება 0,3% ეს ერთი შემთხვევა სიკვდილიანობისა ეკუთვნის იმ ავადმყოფს, რომელსაც ქიაცელა ნაწლავი მიმართული ქონდა ზემოდ ლეიქსისაქენ, სადაც იგი მკიდროდ იყო შეხორცებული, რის გამოც ოპერაცია გაუკეთდა საერთო ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ. ეს იშვიათი შემთხვევა იყო ქლოროფორმისადმი იდიოსინკრაზიისა, რამაც ავადმყოფის სიკვდილი გამოიწვია. ასეთი მკირე პროცენტი 1.2% სიკვდილიანობისა ჩვენს კლინიკაში აიხსნება იმით, რომ უმრავლეს შემთხვევაში (83%) იყო უბრალო ქრონიკული აპენდიციტი. როდესაც რუსეთის და ევროპის საავადმყოფოების სტატისტიკა მსოფლიო ომამდის appendectomy-ის შემდეგ სიკვდილიანობა უდრიდა 6,8% ეს რიცხვი პროცენტებისა იყო გამოანგარიშებული 22½—წლის განმავლობაში 1904 წლამდის, ხოლო შემდეგ, როდესაც შემოღებულ იქნა ნადრევი ოპერაცია აპენდიციტის გამო და Ren-ის ახალი წესი პერიტონიტების წამლობისა, სიკვდილიანობის პროცენტმაც საგრძნობლად იკლო და 1910 წელს იგი უდრიდა მხოლოდ 2,2%. რასაკვირველია აპენდექტომიის შემდეგ სიკვდილიანობის შემცირება შეიძლება ნაწილობრივ მივაწეროთ ნადრევ ოპერაციის შემოღებას, მაგრამ უმთავრეს მიზეზად კი უნდა ჩავთვალოთ ის გარემოება, რომ რაც დრო და ხანი გადის ხალხი უფრო ყურადღებით ეკიდება თავის ავადმყოფობას და დროზე იკეთებს ოპერაციას, ვიდრე ჯერ გართულება არ მოჰყოლია უბრალო ქრონიკულ აპენდიციტს. სწორედ ამით აიხსნება ის გარემოებაც, რომ ნადრევი ოპერაციის შემდეგ % სიკვდილიანობისა გერმანეთში Kümmel-ს გამოჰყავს 0,5%, როდესაც Цейлер-მა მიიღო 22 ნადრევ ოპერაციაზე ერთი შემთხვევა სიკვდილიანობისა

ე. ი. 4,5%, ხოლო Грекова-მა უფრო დიდ მასალაზე 7,95%, თითქმის 8%, ასეთი დიდი განსხვავება აიხსნება თვით მასალის ხასიათით, რომელსაც ობუხოვის საავადმყოფო უფრო მეტ მძიმე უიმედო შემთხვევებს იძლევა, ვიდრე ჰამბურგის ან ბერლინის რომელიმე საავადმყოფო. ჩვენ თუ გადავხედავთ ნაადრევ ოპერაციის შემდეგ ფაკულტეტის ქირურგ. კლინიკის მასალის მიხედვით დავინახავთ რომ ქრონიკულ აპენდიციტების გამო გაკეთებულ ოპერაციის შემდეგ სიკვდილიანობა უდრის 0,3%; რაც შეეხება მწვავე აპენდიციტების გამო პირველ 24 საათში (14 შემთხვევა) გაკეთებულ ოპერაციის შემდეგ სიკვდილიანობა უდრის 0%, მიუხედავად იმისა, რომ ამ 14 შემთხვევაში იყო 2 append. perforat. 2 append. gangr. და დანარჩენი 10 შემთხვევა კი იყო უბრალო კატარალური აპენდიციტი. რაც შეეხება მე-3, მე-4 და მე-7 დღეზე მოყვანილებს, გაუკეთდათ 5 ავადმყოფს (ყველა გართულებული იყო დიფუზური პერიტონიტით) და სიკვდილიანობა უდრის 80%, ჩვენი მასალის მიხედვით ქრონიკულ აპენდიციტის კლინიკურ სურათის მხრივ უპირველესი ალაგი უჭირავს ტკივილებს, რომელიც უმთავრესად აიძულებს ხოლმე ავადმყოფს მიმართოს ექიმს. ტკივილები უმთავრესად გამოხატულია ილეო-ცეკალურ მიდამოში; ასეთი ტკივილების ლოკალიზაცია არის 95%-ზე მეტ შემთხვევაში. გარდა ამ მიდამოსი ტკივილების ირადიაცია ხდება სხვადასხვა მიდამოებისაკენ, ასე, მაგალითად, კუჭისაკენ ტკივილები აღინიშნება 23%-ში, კიბისაკენ 12,5%-ში, წელისაკენ 7%, მარჯვენა ფეხისაკენ 11,5%, მარცხენა ილიაკალურ მიდამოსაკენ 1,4%, მთელი მუცლის არეში ტკივილების გავრცელება 8%-ში; ტკივილების გამო სიარულის შეზღუდვა აღინიშნა 13%-ში. სიყაბზე ქრონიკულ აპენდიციტის დროს ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით აღნიშნულია 50%, განმეორებითი მწვავე შეტევები 56%, პირსაქმება და გულის რევა ქრონიკულ აპენდიციტის დროს, თუ სნეულებას გამწვავება არ ემჩნევა, იშვიათია, ხოლო მწვავე აპენდიციტის დროს კი იგი აღნიშნულია 48%-ში, სიცხის აწევა მწვავე აპენდიციტის დროს 45%-ში; ეს  $t^{\circ}$ -ის აწევა სხვადასხვა სიმაღლისა და ხანგრძლივობისაა, და შეიძლება გაგრძელდეს რამოდენიმე საათიდან რამოდენიმე კვირამდე. სიმაღლე  $t^{\circ}$ -ისა 37°—40°-დე, უფრო ხშირად 38°—39°. ფაღარათობა ქრონიკულ აპენდიციტის დროს არც ისე ხშირია, იგი აღნიშნულია 6%-ში. როგორც ზემოდ იყო აღნიშნული, ერთად ყველა აპენდიციტისათვის დამახასიათებელი მოვლენები ყველას არ ქონია, მაგრამ იყო ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ავადმყოფს წარსულში არც ერთი ასეთი დამახასიათებელი მოვლენათაგანი არა ქონია და ერთ მშვენიერ დღეს მას მოსდის უმძიმესი ფორმის გართულება. ასეთი შემთხვევები იყო მაგ. №163—1924 წ. ავადმყოფი 32 წლისა პირველად მოუვიდა მძიმე ფორმის შეტევა აპენდიციტისა და იმავე დღესვე ღამით გაუკეთდა ოპერაცია, რამაც დაადასტურა მთლიანი განკურნა ჭიკაყვალსი. ავადმყოფი გაეწერა განკურნებული. ასეთივე შემთხვევა იყო № 286—1924 წ. ავადმყოფს 34 წლისას პირველად მოუვიდა შეტევა და ოპერაციის დროს აღმოჩნდა პერფორატიული ჩირქოვანი აპენდიციტი. ასეთივე შემთხვევაა № 12—1924 წ. 23 წლის ქალი, რომელსაც უცბად მოუვიდა შეტევა ღამე დეფეკაციის შემდეგ და გამოდგა განგრენოზული ფორმა აპენდიციტისა, გართულებული დიფუზური პერიტონიტით, რის გამოც ავადმყოფი





მიუხედავად ოპერაციისა, დაიღუპა. ყველა ზემოდ ჩამოთვლილი აპენდიციტების შემთხვევები გვიჩვენებენ იმას, რომ არსებობს ეგრედ წოდებული ჩუმი ფორმა აპენდიციტისა (append. larvata Ewald), რომელიც თავისთავად არავითარ სიმპტომებს არ იძლევიან, ვიდრე ერთ მშვენიერ დღეს არ მოგვეცემენ ისეთ სერიოზულ ფორმის ვართულებას, რომელიც ხშირად ღუპავს ავადმყოფს, როგორც ეს იყო შემთხვევა № 12-ში. ყურადსაღებია ამ შემთხვევებისათვის ის გარემოება, რომ ავადმყოფები აღნიშნავენ წარსულში კოლიტის ნიშნებს, მაგ. ყაბზობას, მეტეორიზმს, ხანდახან ლორწოს გამოყოფას განავალთან ერთად, ხანგამოშვებით მოულოდნელ ფაღარათობას, რომელიც ისევ ყაბზობით იცვლებოდა.

ოპერაციის დროს ნახული პათოლოგო-ანატომიური სურათი ქრ. აპენდიციტის დროს მაკროსკოპიულად ასეთ სურათს იძლევა: შეხორცებანი ქიყელასი ირგვლივ ქსოვილებთან 34%/-ში; პერფორაცია და ნაწილობრივი განგრენა ნაწლავის კედლისა 4,7%/-ში. უბრალო აპენდიციტი appendicitis simpl. 83%/-ში აქედან წმინდა კატარალური (ლორწოიანის ჰიპერემია, ჰიპერალბია, ლორწოს დაგროვება, თხელი განავალი) 27%/-ში. განავლის ქვები 18%/-ში, ჰემორაგიული ექსუდატი 5%/-ში, ჩირქოვანი ექსუდატი 15%/-ში, უცხო სხეული (თმები, კბილის ჩოთქის ბეწვები და ენალის ნატეხი) 1%/-ში (სულ 4 შემთხვევა), ქიები 15%/-ში, ობლიტერაცია ქიყელასი 2%/-ში, წყულულოვანი აპენდიციტი (append. ulcerosa) 10%/-ში და პერფორაცია და განგრენა 5%/-ში. გარდა ამისა იყო ერთი შემთხვევა თვით ქიყელას ავთვისებიან სიმსივნისა, სახელდობრ ეპიტელიუმისა, რაც დადასტურებული იყო მიკროსკოპიული გამოკვლევით პათოლოგო-ანატომიური ინსტიტუტის მიერ. მეორე შემთხვევა შეეხებოდა სიმსივნეს, რომელიც იყო მოთავსებული წვრილ და მსხვილ ნაწლავების შესართავთან, ნაწლავის შიგნითა მხარეზე. ეს სიმსივნე ნაწლავის სანათურს ავიწროებდა საგრძნობლად. კლინიკურად ეს შემთხვევა იძლეოდა ყველა სიმპტომებს აპენდიციტისა, თუმცა ქიყელა მას ნორმალური აღმოაჩნდა. სიმსივნე კლინიკურად ვერ იყო გამოცნობილი, რადგან პალპაციის დროს იგი იძლეოდა მოგრძო ფორმის ინფილტრატის შთაბეჭდილებას, გარდა ამისა ორჯერ იყო შეცდომით დასმული დიაგნოზი ქრონიკული აპენდიციტისა და ოპერაციის დროს კი აღმოჩნდა პირველ შემთხვევაში ტუბერკულოზური პერიტონიტი და მეორეში კი შემოსაზღვრული ბრმა ნაწლავის ტუბერკულოზი, მძლავრად განვითარებულ შეხორცებებით ირგვლივ ქსოვილებთან-ორთავე შემთხვევაში ოპერაცია Laparotomia გაკეთებულ იქნა; პირველი ავადმყოფი, რომელსაც ტუბერკულოზური პერიტონიტი ქონდა დაიღუპა შეხორცებული კვილობით ერთი თვის შემდეგ ოპერაციისა; მეორე ავადმყოფი მორჩა და ყველა ძველ მოვლენებმა გაუარეს. ამგვარად შეცდომით დიაგნოზის დასმა იყო მ შემთხვევაში, რომელთა შორის ერთი შეეხებოდა ბრმა ნაწლავის სიმსივნეს, ორი კი ნაწლავთა ტუბერკულოზს. მაშასადამე პროცენტურულად შეცდომით დიაგნოზი იყო 1%/-ში.

დ ა ს კ ვ ნ ა .

1. აპენდიციტი არის ფრიად გავრცელებული სნეულემა.
2. ეს სნეულემა ემართებათ უფრო ხშირად ასაკში შესულ პირებს, იშვიათად ბავშვებს და მოხუცებულებს.
3. აპენდიციტით ქალები უფრო ხშირად არიან დაავადებულნი, ვიდრე მამაკაცები.
4. აპენდიციტი გათხოვილ და გაუთხოვარ ქალებს ერთნაირი სიხშირით ემართებათ.
5. 34%-ში დაავადებულ ქიაცელა ნაწლავში შემჩნეულია სკორისებრი ქვები, ჭიები და ზცხო სხეულნი.
6. ქრონიკული აპენდიციტის დროს ხშირად ემჩნევათ ავადმყოფებს კოლიტის ზოგიერთი ნიშნები.
7. მამაკაცები უფრო მეტ % მძიმე აპენდიციტისას იძლევიან, ვიდრე ქალები.
8. ნაადრევი ოპერაცია საგრძობლად ამცირებს რიცხვს მძიმე ფორმის აპენდიციტებისა და მაშასადამე სიკვდილიანობის %.

დასასრულ გულწრფელ მადლობას ვუძღვნი ჩემს მასწავლებელს პროფ. ა მაქავარიანს თემის მოცემისათვის და პირადი ხელმძღვანელობისათვის.

### 3. დ. კანდელაკი.

ორდინატორი.

## საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზია\*)

(სამედიცინო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტიდან. დირექტორი. ე. სოხესციანკი).

თავიანთ შრომაში, მუცლის ქვეითა ნაწილის ნერვულ კვანძების შესახებ, საიდანაც საშვილოსნო ღებულობს თავის ინერვაციას, A. Latarjet-მ და Ph. Rochet-მა გამოსთქვეს აზრი, რომ შესაძლებელია გაკეთება საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზიისა, ფართე იოგების ძირში ანესტეზიური ხსნარის შეშხაპუნებით. მხოლოდ, სანამდი შეუდგებოდეთ საშვილოსნოს ადგილობრივ ანესტეზიის აღწერას, ჩვენ ნათლად უნდა წარმოვიდგინოთ სურათი ამ ორგანოს ინერვაციისა. ჩვენ ვიცით, რომ ნერვული სისტემა დედაკაცის შინაგან სასქესო ორგანოებისა გადახლართულია ერთი მეორეზე და უკავია განსაკუთრებული ალაგი ადამიანის სხეულში. დედაკაცის სასქესო ორგანოები იღებენ ნერვებს, როგორც ხერხემლის ტვინის ნერვებიდან, ისე სიმპატიურ ნერვულ სისტემიდან; საზოგადოთ, ყოველ სასქესო ნერვში, ანასტომოზების გამო, ჩახლართულია ძაფები ორთავე სისტემისა. საშვილოსნოს ინერვაცია არ არის გამორკვეული სავსებით, მაგრამ ჩვენ ვიცით, რომ როგორც მუცლის, ისე ხერხემლის ტვინის ცენტრები, ასე თუ ისე შეერთებულია ამ ორგანოსთან.

საშვილოსნოს ნერვები შეადგენენ ორ ჯგუფს: მთავარი ჯგუფი და მცირე ჯგუფი. როგორც მთავარი, ისე მცირე ჯგუფის ნერვები შეერთვის საშვილოსნოს, ყელის ზემო ნაწილში.

საშვილოსნოს მთავარი ნერვული ჯგუფი შესდგება მუცლის ქვედა ნაწილის ჯგუფის ნერვებიდან; შეერთვის გავა საშვილოსნოს იოგის წინა და ზევითა ნაწილს და შეადგენს ნერვულ ხაზს, რომელიც მიემარება გარეთა ნაწილს ამავე იოგისას; ეს ნერვები შედიან უკანა და გვერდითი მხარეებიდან საშვილოსნოს ყელში.

მცირე ჯგუფი შესდგება იმ ნერვების ძაფებიდან, რომლებიც იწყებენ მსვლელობას შარდის ბუშტის და საშოს ნერვებიდან; შედიან ზევითა და წინა მხარეებიდან საშვილოსნოს ყელში. ამ მცირე ჯგუფიდან აღსანიშნავია ერთი ნერვი, რომელიც არ შედის საშვილოსნოს ყელში; ის ცალკე აწყვება საშვილოსნოს არტერიას და შემდეგ შეერთვის საშვილოსნოს ტანს.

\*) მოხსენდა ქართველ ექიმათა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას 1925 წ. აპრილში.

ლიონის უნივერსიტეტის პროფესორი G. Cotte 13 იანვარს 1923 წელს. Presse Médicall-ში აღნიშნავს: „A. Latarjet და Ph. Rochet მართლაც და საუფიქლოანათ ამტკიცებენ, რომ ასეთი ტოპოგრაფიული მდებარეობა ნერვებისა ძლიერ უწყობენ ხელს იმას, რომ მოვახდინოთ ადგილობრივი ანესტეზია ამ ორგანოსი; მართლაც და ანესტეზიური ხსნარის შემხაპუნებით განიერ იოგების ძირში, ექიმმა თამამად უნდა მიიღწიოს ამ მიზანს“:

ამასთან G. Cotte ვერ უარყოფს იმასაც, რომ წინადაც ქირურგები მიმართავენ მცირე ოპერაციის დროს საშვილოსნოს ადგილობრივ ანესტეზიას. Pauchet ი, Sourdat-ი და Labat-ი თავიანთ შრომაში სათაურით, „საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზია“, გვამცნობენ ინექციის ტენიკას ფართე იოგების ძირის როგორც G. Cotte აღნიშნავს ისინი ამით ცდილობდნენ მხოლოდ საშოს და შორისის ანესტეზიას.

1922 წ. ივნისიდან G. Cotte-ს გაუკეთებია 14-ჯერ საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზია: 11-ჯერ საშვილოსნოს ყელის გაფართოვებისა და გამოფხეკის მიზნით, 1-ჯერ საშოდან ცერვიკალური მიომის ამოკვეთის და ორჯერ მენჯის ნევრალგიის გამო. G. Cotte ძლიერ კმაყოფილია ადგილობრივი ანესტეზიით საშვილოსნოს ყელის გაფართოების და მის ღრუს გამოფხეკის დროს და სრულიად უარყოფს საერთო ნარკოზს ამ ოპერაციების დროს.

ამასთან ერთად G. Cotte აღნიშნავს, რომ მას თითქმის ყველა შემთხვევაში საქმე ქონდა გარბილებულ საშვილოსნოსთან, ჩარჩენილ მომყოლის ნაწილებით. მას არც ერთხელ ჰქონია შემთხვევა ფიბრომატოზურ საშვილოსნოსა, რომლის ყელის გაგანიერების და ღრუს გამოფხეკის დროს ჩვეულებრივად დიდი ტკივილებია.

ტენიკა საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზიისა, რომელიც მოგვაწოდა G. Cotte-მ გამოიხატება შემდეგში: მაშების შემწეობით საშვილოსნოს ყელის ჩამოწევის შემდეგ უზნაპუნებთ 30,0—40,0 1% ნოვოკაინის ხსნარს თაღებში, საშვილოსნოს ყელის ირგვლივ. ეს კეთდება ათ გრამიან შპრიცით, წვრილი და გრძელი ნემსით, რა თქმა უნდა, წინასწარ გასტერილებულს. ინექცია ხდება მარჯვენა და მარცხენა თაღში, შემდეგ უკანაში და ბოლოს წინა თაღში. მარჯვენა და მარცხენა თაღებში ნემსი შეგვაქვს ყელის დაშორებით 1/2 სანტიმეტრზე, და არა უღრმეს 1 სანტიმეტრისა; როგორც მარჯვნივ, ისე მარცხნივ უზნაპუნებთ ათ-ათ გრამს, უკანა თაღშიც ამდენივეს. (წერტილი ინექციის ალაგისა აქ აღინიშნება იმ ნაოკით, რომელიც საზღვრავს საშვილოსნოს ყელს თაღთან). წინა თაღში შარდის ბუშტის და საშვილოსნოს შორის შეგვაქვს მხოლოდ რამოდენიმე გრამი იმავე ხსნარისა. ინექციის შემდეგ ოპერაციის დაწყება ხდება არა უადრეს ხუთი წუთისა.

ჩვენ განვიძრახეთ G. Cotte-ს მეთოდის გასინჯვა და ამისათვის გამოვიყენეთ სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტის შემთხვევები. ორი თვის განმავლობაში ჩვენ ვაწარმოებდით ამ ინექციას, როგორც პატარა ოპერაციების, ისე ხელოვნური მუცლის მოშლის დროს. ეს მეთოდი გატარდა სულ 20 შემთხვევაში. აქედან საშვილოსნოს ყელის გაფართოვების Discisio და მის ღრუს გამოფხეკის დროს 12-ჯერ და ხელოვნური აბორტის დროს (Abortus artificialis) 8-ჯერ; ყვე-

ლა შემთხვევაში საკმე ეხებოდა ძლიერ მგრძნობიარე ავადმყოფთ; ზოგიერთს წინად გაკეთებული პატარა ოპერაციებიც ჩაუტარებიათ საერთო ნარკოზის ქვეშ.

მოვიყვანო მოკლედ რამოდენიმე ავადმყოფის ისტორიას:

1. ბ. გ., 24 წ., შემოვიდა ინსტიტუტში 5/X 24 წ. დიაგნოზით Endometritis chronica, საშვილოსნოს ღრუს გამოსაფხვკად. ორსულად არ ყოფილა. ექვსი თვის წინად გაუყეთებია ასეთივე ოპერაცია, მხოლოდ, როგორც აღნიშნავს ავადმყოფი, ოპერაცია ჩატარებულია ძლიერი ტკივილებით, რომელიც გავრძელდება  $\frac{1}{2}$  საათის განმავლობაში ოპერაციის შემდეგ. შეუშხაპუნეთ 25,0 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ნოვოკაინის ხსნარისა. შვიდ-შვიდი გრამი მარჯვენა, მარცხენა და უკანა თალებში და 4,0 წინა თაღში.

ავადმყოფი სრულიად არ უჩიოდა ტკივილებს, როგორც ოპერაციის დროს, ისე მის შემდგომ ხანაში.

2. გ. ა. 26 წ., შემოვიდა ინსტიტუტში 15/X 24 წ. დიაგნოზით Graviditas 2 m., ხელოვნური მუცლის მოსაშლელად, რადგანაც შეპყრობილია ფილტვების ტუბერკულოზით. მოუშხაპუნებია ორჯერ: სამი თვის წინად ჩვენე ინსტიტუტში გაუყეთეთ მას ასეთივე ოპერაცია, რომელიც ჩატარდა ძლიერი ტკივილებით. შეუშხაპუნეთ 25,0 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ნოვოკაინის ხსნარისა: რვა-რვა გრამი მარჯვენა და მარცხენა თალებში და 9,0 უკანა თაღში. ავადმყოფი აღნიშნავს მცირე ტკივილებს საშვილოსნოს ყელის გაფართოების დროს.

3. დ. პ. 30 წ., შემოვიდა ინსტიტუტში 23/X 24 წ. დიაგნოზით Endometritis Haemorrhagica, საშვილოსნოს ღრუს გამოსაფხვკად; მოუშხაპუნებია ერთ-ჯერ, ორჯერ გაუყეთებია Abrasio ხელოვნური მუცლის მოშლის მიზნით. უკანასკნელი მუცლის მოშლა გაუყეთებია ერთი წლის წინად, მხოლოდ, როგორც აღნიშნავს ავადმყოფი, ოპერაცია ჩატარებულია დიდი ტკივილებით. შეუშხაპუნეთ 30,0 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ნოვოკაინის ხსნარისა. რვა-რვა გრამი მარჯვენა; მარცხენა და უკანა თალებში. და 6,0 წინა თაღში, ავადმყოფი სრულიად არ ჩივის ტკივილებს, როგორც ოპერაციის დროს, ისე მის შემდეგ ხანაშიაც.

4. გ. ტ., 25 წ., შემოვიდა ინსტიტუტში 2/XI 24 წ. დიაგნოზით Collum conicum et Endometritis chronica. რვა წლის გათხოვილია და ორსულად ჯერ არ ყოფილა. გაუყეთეთ Discisio colli et abrasio Cavi uteri; წინასწარ შეუშხაპუნეთ 30,0 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ნოვოკაინის ხსნარისა: რვა-რვა გრამი მარჯვენა, მარცხენა და უკანა თალებში და 6,0 წინა თაღში. ავადმყოფი აღნიშნავს სულ მცირე ტკივილებს საშვილოსნოს ღრუს გამოფხვკის დროს.

5. ბ. ა., 32 წ., შემოვიდა ინსტიტუტში 9/XI 24 წ. დიაგნოზით Graviditas 2 $\frac{1}{2}$  m., ხელოვნური მუცლის მოსაშლელად, რადგანაც შეპყრობილია თირკმელების ანთებით. ორსულობა პირველია. შეუშხაპუნეთ 32,0 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ნოვოკაინის ხსნარისა: ცხრა-ცხრა გრამი მარჯვენა, მარცხენა და უკანა თალებში და 5,0 წინა თაღში. ავადმყოფი აღნიშნავს მცირე ტკივილებს საშვილოსნოს ყელის გაფართოების დროს.

ჩვენი დაკვირვებანი საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზიის შესახებ საერთოდ შემდეგია:

1. შეშხაპუნება 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ნოვოკაინის ხსნარისა ზემონაჩვენებ ალაგებში მცირე ოპერაციების გაკეთების დროს იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგებს.

2. ადგილობრივი ანესტეზიის ზოგჯერ შეუძლია საერთო ნარკოზის მაგირობა გასწიოს.

3. ასეთი ანესტეზიის დროს ავადმყოფები, უმეტეს შემთხვევაში, თითქმის სრულიად არ გრძნობენ ტკივილებს, როგორც ოპერაციის, ისე მის შემდგომ პერიოდში.

4. ქიმიური დოზა 40,0 – 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ნოვაკაინისა საკმაოა ადგილობრივი ანესტეზიისათვის.

5. აუცილებელია ცოდნა ინექციის ტექნიკისა, რადგან არსებობს საშიშროება საშვილოსნოს მსხვილი სისხლის მილების დაზიანებისა.

6. რადგან ავადმყოფები სხვადასხვაგვარად ითვისებენ ნოვაკაინს, ამისათვის უმჯობესია დოზა შეფარდებული იყოს ავადმყოფის წონასთან და მის მდგომარეობასთან, მაგალითად: სისხლნაკლებობა, საერთო სისუსტე, ისტერია და სხვა.

დასასრულ უნდა მოვახსენოთ, რომ პროფესორი G. Cotte ს მეიოდმა საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზიის შესახებ დაიკავა სათანადო ალაგი მუშაობაში და გინეკოლოგიაში; საჭიროა შემდეგში უფრო მეტ მასალაზე იქნეს ის გასინჯული ამხანაგ-სპეციალისტების მიერ, რომ შესაძლებელი იყოს საბოლოოდ უფრო გადამჭრელი დასკვნის გამოტანა.

## ბ. მ. ფხალაძე.

თრღინატორი.

### კაცის სუსუნატის თანამედროვე წამლოგის შესახებ.\*)

(კანის და ვენერიულ სნეულებათა კლინიკიდან).

სუსუნატის წამლობაში სწორსა და ნამდვილ დიაგნოზს მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს. „Urethritis“, როგორც ამას ხმარობენ დღემდე ზოგიერთი ექიმები, არის დაუმთავრებელი დიაგნოზი იმდენად, რამდენადაც არ შეგვიძლიან გავიგოთ ნამდვილ გონორეასთან გვაქვს საქმე, თუ სხვა რომელიმე უბრალო ანთებისთან. გონორეათ უნდა ჩაითვალოს მილის ისეთი ანთება, რომელიც გამოწვეულია Neisser-ის გონოკოკებისაგან. მილის მრავალი სხვაგვარი ანთება, რომლის მიზეზი ხშირად არის სხვა სახის კოკები, ნივთიერებათა არანორმალური გაცვლა-გამოცვლა ორგანიზმში (მაგალ. ფოსფატურია, ოქსალურია, შაქრის ავადმყოფობა და სხვა) და გადაჭარბებული და უწყესო წამლობა, არის Urethritis simpl. ანუ urethritis non gonorrhoea.

უკანასკნელის წამლობა იმ მეთოდით და წესით, როგორც საქიროა გონორეასთვის, იძლევა ანთებითი პროცესის არამც თუ გაუმჯობესობას, არამედ ვნებს და ართულებს მას.

მაკროსკოპიული სურათი ამ ორი სნეულებისა თითქმის ერთნაირია. ამიტომ როგორც შარდი, ისე მილისა და ჯირკვლების გამონადენი მრავალჯერ უნდა იქნეს გაშინჯული მიკროსკოპიულად და ბაქტერიოლოგიურად. ვინც ამ წესს არ დაადგება და უბრალო ურეტრიტებს დაუწყებს წამლობას ვერცხლის პრეპარატებით, რასაკვირველია, უფრო გაართულებს საქმეს და მისთვის „მოუჩენელი სუსუნატი“ იქნება ჩვეულებრივი მოვლენა.

„თუ ჩვენს შემცენებაში ღრმად გაიდგამს ფეხს წამლობის დროს შარდის ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური განმეორებითი განოკვლევის აუცილებლობა, რასაკვირველია, შემთხვევები მოუჩენელი სუსუნატისა გადიქცევა იშვიათ მოვლენად. მოუჩენელი სუსუნატის უმთავრეს მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ავადმყოფის შეუფერებელი ყოფაქცევა ან ექიმის მიერ შეუძლებლობა ნამდვილი დიაგნოზის დასმისა“-ო, ამბობს პროფესორი Фрошштейн-ი და განაგრძობს შემდეგ „მკაცრი განსხვავება უბრალო ურეტრიტისა-ნამდვილ გონორეასაგან, აი ამაში ძვეს მომავალი წარმატება სუსუნატის წამლობისა“-ო.

\*) მოხსენდა სრულ. საქ. ექიმთა სამეცნ. მესამე კონგრეს 28, V-25.

### აბორტიული წამლობა.

მის შემდეგ, რაც სუსუნატის გამომწვევი მიკრობი იქნა აღმოჩენილი Neisser-ის მიერ, აბორტიულმა წამლობამ საკმარისად გაიძვრა ფეხი და დააღწა უფრო სხვა გზას, ვიდრე ის ადგა ბაქტერიალურ ეპოქამდე.

კარგი შედეგი ამნაირი მეთოდით წამლობისა მკიდროდ არის დაკავშირებული იმაზე, თუ როდის ვიწყებთ წამლობას. Finger-მა, Bumm-მა და Wertheim-მა დაამტკიცეს, რომ გონოკოკები მესამე დღეს post infection. იბუდებენ არამც თუ Littre-ს ჯირკვლებში, არამედ მიდიან ღრმად თვით შემაერთებელ ქსოვილამდე.

ამიტომ აბორტიულ წამლობას კარგი შედეგი მხოლოდ მაშინ მოყვება, როცა ის იქნება დაწყებული ადრე, როცა გონოკოკები არიან მოთავსებული ლორწოვან გარსის ზედაპირზე, როცა კლინიკური ნიშნები გამოიხატება მხოლოდ მილში ქავილით, ოდნავი ლორწოვანი გამონადენით და როცა მიკროსკოპიული სურათი გვიჩვენებს ჯერ მხოლოდ ერთეულ ლეიკოციტებს და მკირერიცხოვან გონოკოკებთან ერთად მოთავსებულ ეპიტელიუმის უჯრედებს (პროფეს. M. Joseph, Хольцов, Ган)

პროფ. Аш-ი არის წინააღმდეგი აბორტიული მეთოდისა, ვინაიდან ამ მეთოდის ხმარების დროს კარგი შედეგი მას არას დროს არ მიუღია. პირიქით, მას ხშირად ჰქონია საქმე იმ ავადმყოფებთან, რომლებსაც უწამლიათ აბორტიული მეთოდით სხვა ექიმებთან და გაშინჯვის დროს აღმოუჩენია გონოკოკები, გალიზიანება მილისა, სტრიქტურა და სხვა. „ცხადია რომ ამნაირი მდგომარეობა მილისა ძალიან აძნელებს შემდეგში წამლობას“, ამბობს იგი. მიუხედავად ამისა, მას ძალიან მოსწონს აბორტიული წამლობისათვის არგროლის (ცილეული შენაერთი ვერცხლისა) ხსნარი 2,5:25,0 (5 წამით). Ган-ის, Joseph-ის და სხვების აზრით მიზეზი აბორტიულ წამლობის ცუდი შედეგისა არის წამლობის გვიან დაწყება. მათივე აზრით კარგი შედეგები, რომლებიც მიიღეს Ahlström-მა, Neisser-მა, Blaschko-მ, Vossidlo-მ და სხვებმა აიხსნება მხოლოდ იმით, რომ ისინი წამლობას იწყებენ არა უგვიანეს 48 საათისა. პროფ. M. Иосиф-ი აბორტიული წამლობისათვის ხმარობს Albargin-ს, წინასწარ 2%-იანი ეუკოინის ხსნარით მილის მოღუნების შემდეგ. გამორეცხას აწარმოებს ყოველი 1-2 საათის განმავლობაში ჩვეულებრივი სპრინცოვკით (წამალს აჩერებს 5-10 წამამდე) ან Janet-ის მეთოდით.

აღნიშნული ავტორი მის მიერ მიღებულ შედეგებს სამ კატეგორიად ყოფს: პირველში გონოკოკები სრულიად გამქრალან 24 საათის შემდეგ და ორი-სამი დღის განმავლობაში ალბარგინით წამლობისა ავადმყოფები საცხებით გაჯანსაღებულან, მეორე კატეგორიაში გონოკოკები გამქრალან 2-3 დღის შემდეგ. აქ ის წამლობას აგრძელებს 8-10 დღე და თუ სეროზული დენა მილიდან ცოტათი მაინც არის, ათავენს K. hypermang-ის ხსნარის გამორეცხით. ავტორის დაკვირვებით ამნაირი წამლობით გამომთელებულან 50% ავადმყოფებისა. მესამე კატეგორიაში ის ათავსებს იმ შემთხვევებს, როცა 2-3 დღის შემდეგ გონოკოკები არ გამქრალან და დენას მილიდან მოუმატია. ამიტომ აქ ის ჩვეულებრივ წამლობაზე გადადის და გამოსთქვამს აზრს, რომ „ცუდ შედეგიანი აბორტიული



წამლობა სრულებით არ ვნებს ავადმყოფს, პირიქით, ამოკლებს შემდეგ ჩვეულებრივ წამლობას“-ო.

Luth-ი უპირატესობას აძლევს Hegoion-ს. დასნეულების პირველ დღეს ის ხმარობს 3%-იან ხსნარს და წამლობას ათავებს 1-2 დღეში. დასნეულების მეორე დღეს იწყებს იმავე ხსნარით, მხოლოდ შემდეგ გადადის 1/2%-იან ხსნარზე დღეში ჯერ სამჯერ, მერე კი ორჯერ. თუ ავადმყოფი გამოკნაბდა 3-5 დღის შემდეგ დასნეულებისა, მაშინ გამორეცხას აწარმოებს 3% ხსნარით პირველი 2 დღის განმავლობაში; შემდეგ თვით ავადმყოფი ირეცხავს დღეში სამჯერ 1/4%-იან ხსნარით. H. Loeb-ი 10 წამით ხმარობს მილის წინასწარი გამორეცხისათვის და ანესტეზიისათვის შეერთებულ ხსნარს, მაგალ. ნ. ს. ს. 5% კოკაინს+5 ს. ს. 10% პროტორგოლს+5 ს. ს. Aq. destil. შემდეგ ამისა ის გადადის პროტორგოლის 10% ხსნარით გამორეცხაზე, 10-15 წამით აჩერებს მას მილში და იქვე კუნთებში უშხაპუნებს 0,5 არტიგონს. ამნაირი მეთოდით ავტორმა შესძლო მიედო სრული გამომთელება 41%-ში, მხოლოდ 24%-ში სავარძნობლად შეამოკლა ჩვეულებრივი წამლობა.

Lilienthal, j. Cohn-ი და პროფ. Фроштейн-ი ურჩევენ ამორტიულ წამლობისათვის იხმარონ 4-5% პროტორგოლი 3 დღის განმავლობაში, მხოლოდ Neisser-ი იმავე ხსნარს უკეთებდა დღეში ერთხელ.

უკანასკნელ დროს დაიწყეს წამლობა Neosilbersalvarsan-ით (0,6:200,0 ჩვეულებრივი სპრინცოვკით და ზოგიერთი ავტორების დაკვირვებით ვითომც კარგი შედეგი უნდა იყოს მიღებული.

ამა წლის მარტის ჟურნალში (Врач. Дело № 5) ექ. Сирота-ს აქვს მოთავსებული წერილი სუსუნატის წამლობის შესახებ 40% უროტროპინის ხსნარით. აღნიშნულ ხსნარს ავტორი ასხამდა ვენაში 5 ს. ს. ორ დღეში ერთხელ და შემდეგ რეცხდა მილს Janet-ის მეთოდით დღეში ორჯერ. 23 ავადმყოფში (гон. а. с. 18, гон. chr. 5) 21-გამომთელდა საცხებით 15 დღის განმავლობაში, ორს კი გაუხსენა სენმა ორი თვის შემდეგ.

რასაკვირველია, ამ მეთოდს არაფერი საერთო არა აქვს ამორტიულ წამლობასთან, მაგრამ როგორც ნაადრევი წამლობა საყურადღებოა.

ჩვენს კლინიკურ მასალაში, რომელიც შეიცავს 505 შემთხვევას, არ შეგხვედრია იმისთანა ავადმყოფი, რომელზედაც შეიძლებოდა ამორტიული წამლობის გატარება. მიზეზი ამისა გახლდათ ის, რომ ავადმყოფები მოდიოდნენ მაშინ, როცა სუბექტიური და ობიექტიური ნიშნები მკაფიოდ იყვნენ გამოხატული და ამორტიული წამლობა უკვე ნაგვიანედად უნდა ჩაგვეთვალა. რაც შეეხება უროტროპინის 40% ხსნარის შესხმას ვენაში, ჩვენ ამას ამჟამად ვაწარმოებთ და ჯერ-ჯერობით არავეითარი საიმედო შედეგი არ მიგვიღია. ყოველ შემთხვევაში საბოლოო დასკვნა ჯერ ნაადრევია\*).

\*) ეს წერილი დაწერილი და წაკითხული იყო კონგრესზე, როცა აგვისტოს თვის მოსკოვის ჟურნალ „Вестник Дерматол.“ № 6 გამოქვეყნდა ანგარიში სრულიად რუსეთის ვენეროლოგთა მეორე ყრილობისა, სადაც ყრილობამ გამოსთქვა უარყოფითი აზრი ექ. Сирота-ს მოხსენებაზე—40% უროტროპინის ხსნარის შესახებ.

**შინაგანი წამლობა.** გადავდივარ რა სუსუნატის ჩვეულებრივ წამლობაზე, უნდა შევაჩერო თქვენი ყურადღება წამლობაზე per os. ამ მეთოდის უმთავრესი დანიშნულება არის წამლების საშუალებით ვიმოქმედოთ დაავადებული მილის ლორწოვან გარზე და შევამციროთ სუბიექტიური და ობიექტიური მოვლენები (ტივილები, დენა მილიდან, ანთება, გალიზიანება და სხვა).

ამ მიზნით ხმარობენ ბალზამიურსა და საღებნიფექციო ნივთიერებას. მართლაც ბალზამიური პრეპარატები ზოგიერთ ობიექტიურ და სუბიექტიურ სიტომებს ამცირებენ, მაგრამ, ისინი, იმავე დროს, იწვევენ თირკმლების და კუნაწლავეების სხვადასხვა ხასიათის გალიზიანებას. ამიტომ მათი ხმარება სფერობილით უნდა სწარმოებდეს.

**პროფ. Хольцов-ი** თუმცა დიდ მნიშვნელობას არ აძლევს ბალზამიურ ნივთიერებას, მაგრამ მაინც ურჩევს მის ხმარებას ადგილობრივი წამლობის დაწყებამდე.

**ექ. Ган-ი** წინააღმდეგია ბალზამიური ნივთიერების ხმარებისა საკუთარი დაკვირვების მიხედვით. „მიზეზი ამისა, - ამბობს ის, - არის უარყოფითი ცდები, რომლებმაც დამარწმუნეს იმაში, რომ ეთერ-ბალზამიური ზეთები არ მოქმედობენ არც მილზე და არც თვით გონოკოკებზე. თუმცა რომ აღვიაროთ ბალზამიური პრეპარატების ბაქტერიოციდული თვისებები, მაინც ვერ ვურჩევ მათ ხმარებას, ვინაიდან ზიანი აღემატება სარგებლობას“-ო.

**პროფ. Аш-ის** აზრით ბალზამიურ პრეპარატებს შეუძლიათ იმოქმედონ ლორწოვან გარსზე მხოლოდ მაშინ, როცა ისინი გაივლიან მილში შარდვის დროს.

„თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ სალი ბუშტის მქონე ავადმყოფი შარდავს დღეში 6-ჯერ და თითო შარდვა გრძელდება არა უმეტეს ნახევარი წამისა, მაშინ წამლის მოქმედება დღეში განისაზღვრება სამი წამით“-ო ამბობს ის. ამიტომ მათ დიდ მნიშვნელობას არ აძლევს მილის წინა ნაწილის დაავადების დროს, მით უფრო, რომ ძალიან მცირე ნაწილი ზეთისა შედის შარდში.

**დოცენტი A. Perutz-ი** არ ხმარობს ეთერ-ბალზამიურ ზეთებს pe ros ნაწლავეების გალიზიანების გამო. ამიტომ, ექსპერიმენტალური ცდების შემდეგ ის ხმარობს Aq. Santali-ს (Emuls. ol. santali 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>-წყალზე). ემულსიას ავტორი სუსუნატის სპრინცოვკით შეუშვებს ხოლმე შარდსადინარ მილში და იწვევს ადგილობრივ მოქმედებას. ეთერ-ბალზამიური პრეპარატები ჩვენ ავადმყოფებზე არ გეშინჯავს. საღებნიფექციო პრეპარატებს (Natr. salicyl. sololi, Urotropin).

მე მინდა მივაქციო ყურადღება ერთ გარემოებას. საქმე იმაშია, რომ ჯერ კიდევ 1866 წ. Lsb-ემ შეამჩნია ductus spermaticus-ის ანტიპერისტალტიური მოძრაობა, რომელიც დიდ როლს თამაშობს დანამატის დასნეულებაში. იგივე დამტკიცა Akutsu-მ ზღვის გოქებზე. დოცენტმა Perutz-მა და Taigner-მა შესძლეს papaverin. muriat. საშუალებით (0,05-0,03) ductus spermaticus-ის წყლთუკუნთების დამბლის გამოწვევა და, მაშასადამე, დანამატის ანთების შემცირება. ამიტომ Perutz-ის აზრით papaver. mur. რომელიმე საღებნიფექციო ნივთიერებასთან მიცემული იძლევა კარგ შედეგებს. (Rp. Papav. mur-0,05+Urotropin 0,5 Ds. 4-ჯერ დღეში).

ფართოდ ვხმარობდით და უნდა აღვნიშნოთ, რომ ისინი დიდ დახმარებას უწყვენ ავადმყოფებს ღებნიფექციის მხრივ.

**სუსუნატის ჰიგიენა.** სუსუნატის მოძღვრების თერაპიის სხვადასხვა ეპოქაში ადგილობრივ წამლობასთან ერთად არა ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ ავადმყოფის დიეტას, ყოვაქცევას, მისი ცხოვრების პირობებს ანუ, სხვანაირად რომ ვსთქვათ, სუსუნატის ჰიგიენას.

ავადმყოფს, მეტადრე მწვავე სნეულების დროს, უნდა აეკრძალოს მაგარი სასმელები, მარილიანი და მჟავე საჭმელები—მღოგვი, პილპილი და ყველა ის, რასაც შეუძლიან გამოიწვიოს გაღიზიანება დასნეულებული მილისა. ტუტოვანი წყლები, განსაკუთრებით უკანა ნაწილის ანთების დროს, სასტიკად არის აკრძალული (Ган), ვინაიდან მათ შეუძლიათ შარდის სიმკვების დამცირება. მაკარი და ლუდი არის ყველაზე უფრო მავნებელი, ვინაიდან ისინი იწვევენ ფულს.

სუსუნატის ჰიგიენაში დიდი ყურადღების ღირსია Coitus-ი, პოლიუციები და ერექციები. პირველი მათგანი კატეგორიულად უნდა აეკრძალოს ავადმყოფს. მეორე და მესამეს საწინააღმდეგოდ ხმარობენ camph. monobr. Natr. bromati, trionali, veronali, antipirini და სხვა...

ზოგიერთი ექიმი ცოტა ყურადღებას აქცევს კარგ სუსპენზორიუმს.

„კარგი სუსპენზორიუმის საშუალებით ჩვენ შეგვიძლიან ხშირად ავიციდინოთ დანამატის ანთება“-ო ამბობს პროფ. Аш.-ი. თუ სუსპენზორიუმი ცუდად იქნა გაკეთებული, მას ვნებაც შეუძლიან მოუტანოს ავადმყოფს.

ამ მხრივ მისივე აზრით კარგია ბერგმანის სუსპენზორიუმი.

ჩვენი დაკვირვების მიხედვით სუსუნატის ჰიგიენას მართლაც დიდი მნიშვნელობა აქვს. როცა ავადმყოფები არ ერიდებოდნენ ლითობას, ყოველნაირ გამაღიზიანებელ საჭმელებს, coitus-ს და სხვას, მათი მდგომარეობა უფრო რთულდებოდა. საკმარისი იყო მათ დროებით მაინც აესრულებიათ ჩვენი დარიგება და ისინი უკვე გამოთელების გზაზე ადგებოდნენ. განსაკუთრებული ყურადღება მიიპყრო ჩვენთან ორმა ავადმყოფმა, რომელთაც ექვსი-რვა თვის განმავლობაში შარდი არ დაეწმინდათ და გონოკოკები მუდამ ჩირქში ჰქონდათ. ჩვენს შეკითვაზე, „აქვს თუ არა მათ coitus-ი ქალთან“, მუდამ უარყოფით პასუხს ვღებულობდით. მხოლოდ გვიან გავიგეთ, რომ თავის საკუთარ ცოლთან მათ მუდამ coitus-ი ჰქონდათ; თურმე ფიქრობდნენ, რომ ჩემი შეკითხვა ეხებოდა სხვა ქალებს და არა მათ ცოლებს. ამრიგად, ისინი მუდამ ახალ გონოკოკებს ღებულობდნენ და, რასაკვირველია, წამლობის შედეგი ცუდი იყო.

პოლიუციებისა და ერექციების წინააღმდეგ ძალიან კარგი შედეგები მოგვცა Camphora monobrom. 0,3+ Natr. bicarbon. 0,2; Natr. bromat 1,0 თითო თხენილი ძილის წინ.

მაშაკაცის შარდსადინარი კლინიკურად გაიყოფა ორ ნაწილად: pars anter. et pars poster. ამათ დაყოფას აქვს დიდი მნიშვნელობა სუსუნატის თერაპიაში. წესიერი წამლობით ჩვენ შეგვიძლიან წინა ნაწილიდან უკანაში არ გადაუშვათ პროციკი და ავიციდინოთ მრავალნაირი გართულებანი.

წინა ურეტრის წამლობისათვის მიღებულია Neisser-ის, Finger-ის, Ehrman-ის და Jodasson-ის დროიდან სპრინცოვკა, რომლის საუკეთესო ნიმუშით უნდა ჩაითვალოს რუსი მეცნიერის პროფ. Тарновский-ს სპრინცოვკა.



უკანასკნელის თვისებას და ხმარებას მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს წახლობისათვის.

კარგ სპრინცოვკას წვერი არ უნდა ჰქონდეს ბასრი, მოცულობა მისი უნდა უდრიდეს ურეტრის მოცულობას და დღეში ისე უნდა იყოს მორგებული, რომ არ უშვებდეს სითხეს უკან.

მართალი არის, რომ სპრინცოვკის ხმარებას აქვს დიდი წარსული, მაგრამ უკანასკნელ დროში ის თანდათან ჰკარგავს მეტადრე რუსეთში თავის მნიშვნელობას და მის ადგილს იკავებს Janet-ის მეთოდით გამორეცხვა. „მრავალი წლობით გამოცდილებამ დამარწმუნა იმაში“, — ამბობს თვით Jane — „რომ ჩემი მეთოდი არის საუკეთესო საშუალება; უპირატესობა მისი იმაში მდგომარეობს, რომ ლორწოვანი გარსი საფუძვლიანად ირეცხება; ყველა ნაკეცი და პატარა „ლაკუნები“ იშლება-სწორდება და შეიძლება როგორც წინა, ისე უკან ნაწილის და თვით ბუშტის გამორეცხვა“-ო.

პროფ. Аш-ს მოყავს შედარება იმის შესახებ, თუ რომელი მეთოდი იძლევა უფრო კარგ შედეგს. მისი დაკვირვებით სპრინცოვკით წამლობა იძლევა უკანა მილის ანთებას (30-40%) პროსტატის და ეპიდიდიმის ანთებას (10-15%) და 70% ყველა ავადმყოფებისა ორი თვის შემდეგ კვლავ უბრუნდებოდნენ წამლობას სენის განახლების გამო. Janet-ის მეთოდით გამორეცხვამ შემდეგი შედეგი მისცა; 7% უკანა ურეტრიტისა, არც ერთი ეპიდიდმიტი, 63% გამომთელდა პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში და მხოლოდ 7% არ მორჩა ორი თვის განმავლობაში. მასვე ურეტროსკოპიამ დაუმტკიცა Janet-ის მეთოდის უპირატესობა სპრინცოვკის წინაშე.

პროფ. Хольцов-ი ამბობს, „მრავალი ავტორების აზრით, რომელსაც ვეკუთვნე მეც, ჩემი პირადი დაკვირვებით და გამოცდილების მიხედვით, გამომთელდება მილისა Janet-ის მეთოდით უფრო ადრე ხდება, ვიდრე სპრინცოვკით. მე ვთვლი Janet-ით გამორეცხვას გონორეის წინააღმდეგ საუკეთესო საშუალებათ, ვხმარობ მას ყოველთვის, როცა საჭიროა ადგილობრივი წამლობა და მივმართავ სპრინცოვკას მხოლოდ მაშინ, როცა გარეშე მიზეზების გამო Janet-ით გამორეცხვა არ შეიძლება“.

მაგრამ ყველაზე უფრო გადაჭრით სპრინცოვკის წინააღმდეგ ილაშქრებს პროფ. Фронштейн-ი. ის ამბობს: „გამორეცხვა მილისა Janet-ის მეთოდით თანდათან დევნის და უნდა განდევნოს კიდევ სპრინცოვკა და ამაშია Janet-ის დიდი მნიშვნელობა“-ო.

რაში მდგომარეობს მოქმედება Janet-ის მეთოდისა? ამის შესახებ მშვენიერ განმარტებას იძლევა პროფ. Фронштейн-ი „მთავარი დანიშნულება ამ მეთოდით გამორეცხვისა მდგომარეობს არა Kallium hypermanganicum-ში, რომელიც ძალიან შეუყვარდა ექიმებს, არამედ სითხის ზედაწოლაში, რომელიც რეცხავს გონოკოკებს და მათ ტოქსინებს ლორწოვანი გარსის ნაოკებიდან. შემდეგ დიდი თერაპევტიული მნიშვნელობა აქვს თბილი სითხისაგან გამოწვეულ ლორწოვანი გარსის ჰიპერპლაზიის და შეშუპებას, რომელიც ხელს უწყობს სისხლის შრატის ადგილობრივ ბაქტერიოციდულ თვისების ამატებას“ და შენდევ განაგრძობს: „შევნება, რომ გონორეის უმთავრესი წინააღმდეგობის პრინციპი მდგომარეობს: „შევნება, რომ გონორეის უმთავრესი წინააღმდეგობის პრინციპი მდგომარეობს“.

შარობს არა ბაქტერიოციდულ პრეპარატებში, არა შემაწებებელ ნივთიერებაში, არა ინსტრუმენტებით წამლობაში, არამედ მილიდან ჩირქისა და გონოკოკების და მისი ტოქსინების გარედ გამორეცხაში; ეს არის უმთავრესი მოპოება გონორეის თანამედროვე თერაპიისა“.

მეორე წყება ავტორებისა: შეფერი, Zieler-ი, Perutz-ი, Никольский და სხვა, თუმცა მთელ წამლობას არ ამყარებენ Janet-ის მეთოდებზე, მაგრამ განსაკუთრებით სპრინცოვკაზე არ ჩერდებიან. მათი აზრით უმჯობესია ორივეს ხმარება.

როგორც ხედავთ უმრავლესობა ავტორებისა დღეს დღეობით ტარნოვსკის სპრინცოვკას დაძველებულად სთვლის.

ამ საკითხში ჩემი დაკვირვება ორ ნაწილად იყოფა: პირველი ეკუთვნის ოდესის ვენეროლოგიურ ინსტიტუტს, მეორე ჩვენს კლინიკას. ორივე გამოცდილებამ დამარწმუნა Janet-ის მეთოდის დადებით მხარეებში. ჩვენს მასალაში 45 ავადმყოფს ჰქონდა Epididymit. ac. და მათ შორის მხოლოდ 2 მიიღო ის ჩვენ კლინიკაში. დანარჩენი მოვიდა უკვე დანამატის ანთებით. უმრავლესობა მათგანისა თურმე სპრინცოვკით იყვნენ ნაწამლი.

ეს და აგრეთვე პროფ. Аш-ის მიერ გატარებული დაკვირვება (იხილე ზე-ვით) ნათლად ეწინააღმდეგება ზოგიერთ ავტორის აზრს, რომ ვითომც Janet-ის მეთოდით გამორეცხა უფრო მეტ ანთებას იძლევა მილის უკანა ნაწილისას, ვიდრე სპრინცოვკა.

როდის უნდა დავიწყოთ ადგილობრივი წამლობა?

ძველად არსებობდა „მოცდითი მეთოდი“, ე. ი. ავადმყოფს უნიშნავდენ დიეტას და შინაგან წამლებს. როდესაც acme პროცესისა გაივლიდა—დაიწყებდენ ადგილობრივ წამლობას სპრინცოვკით.

დღესაც ზოგიერთი სპეციალისტები ადგილობრივ წამლობას პირველი დღიდანვე არ იწყებენ იმიტომ, რომ მწვავე ანთებიან მილს გამორეცხა, ვითომც, უფრო ვნებს. ეს ჩვენი დაკვირვებით სავსებით არ გამართლდა. ყოველთვის, როცა კი შესაძლებელი იყო გამორეცხა მილისა, ჩვენ პირველი დღიდანვე ვიწყებდით Janet-ის მეთოდით გამორეცხას და ამან დაგვარწმუნა იმაში, რომ რაც ადრე იქნება ადგილობრივი წამლობა დაწყებული, მით უფრო მალე თავდება წამლობა. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მილში ტკივილები ან orific. extren. სიმსივნე ძალიან იყო გამოხატული, ვუტყდიდით პროცესის დაცხრომას და შემდეგ გადავდიოდით ადგილობრივ წამლობაზე.

რაც შეეხება წამლებს, რომლებიც იხმარება გონორეის წინააღმდეგ, „აქ ნამდვილი სპეციფიური antigonorrhoea ჩვენ არ გვაქვს“—ამბობს დოკენტი Perutz-ი.

„მართალი არის, რომ Siebert-მა დაამტკიცა დიდი ბაქტერიოციდული თვისება ვერცხლის პრეპარატებისა, „მაგრამ,—ამბობს ასისტენტი Дякоб“-ი,—სხვა ავტორების ცდებმა უფრო სხვანაირი შედეგები მოგვცა ამავე საკითხის შესახებ და გონოკოკი, როგორც ჩანს, უფრო შეუპოვარი უნდა იყოს, ვიდრე ჩვენ ეს გვგონია“-ო. აღნიშნული ავტორი დიდ მნიშვნელობას აძლევს ბუნების ძალას დუკანის გალიზიანებას გონორეის წამლობის დროს, ვიდრე თვით ვერცხლის პრეპარატებს.

მთავარი დანიშნულება ვერცხლის პრეპარატებისა ის არის, რომ მათ უნდა ჰქონდეთ არა მარტო ბაქტერიოციდული თვისება, არამედ არ უნდა დაახინონ ლორწოვანი გარსი და არ მოუმატონ ანთებას. ამიტომ ისინი იხმარება სუსტი ხსნარის სახით პირველად და შემდეგში შეიძლება კონცენტრაციის მომატება.

გამორეცხა მილისა Janet-ის მეთოდით ან სპრინცოვის ხმარება სწარმოებს ჩვეულებრივად ერთხელ, ორჯერ, სამჯერ ან ოთხჯერ დღეში იმისდა მიხედვით, თუ როგორი თვისების არის მილი და თვით პროცესი როგორ მიმდინარეობს. ხშირია იმისთანა შემთხვევა, როცა სამჯერ გამორეცხა უფრო ენებს მილს, ვიდრე ერთხელ და წინააღმდეგ.

Gonorrh. ac. poster. დროს უმრავლესობა ავტორებისა ადგილობრივ წამლობას აწარმოებენ Janet-ის მეთოდით და როდესაც შარდი გაიწმინდება Gujion-ის კატეტერთა და შპრიცით იწყებენ მოწვას Sol. Arg. Nitr.  $\frac{1}{4}\%$ — $2\%$ . პროფ. Аш-ი იმავე ხსნარს ხმარობდა  $2\%$ — $5\%$ -მდე და ამბობს: „ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფი  $5\%$  ხსნარს უფრო კარგად ითვისებს, ვიდრე  $2\%$ -ნსო“.

გარდა ადგილობრივი გამოარეცხისა, უმრავლესობა ავტორებისა, უკანა მილის მწვავე ანთების დროს დასვირებას და ზოგად წამლობას აქცევენ დიდ ყურადღებას. მაგალითად, ბალზამიურ ნიეთიერებას, საღებინფიქციო და შარდის მღერ პრეპარატებს, სათბურ კომპრესს, ცხელს ( $28-32^{\circ}$ ) აბაზანებს,\* დიეტას და სხვა.

Janet-ით გამორეცხისათვის ხმარობენ Kal. hypermang. გამორეცხას იწყებენ ხსნარით 1:10.000 და უმატებენ კონცენტრაციას 1—1000-მდე. ჩვენ დაკვირვება გაგვტარებთ Kal. hypermang. და Protargol-ზე. გამორეცხას ვიწყებდით 1—10.000-ან და უმატებდით კონცენტრაციას 1—1000-მდე. ამ დაკვირვებამ დაგვარწმუნა იმაში, რომ ის ჯგუფი ავადმყოფებისა, რომლებიც ღებულობდენ გამორეცხას ორივე წამლით რიგ-რიგად ერთის მხრივ, და მუდამ ერთი და იგივე სიმავრის ხსნარს, ე. ი. 1—6000, მეორე მხრივ, უფრო მალე გამომთელდა.\*\* იყო იმისთანა შემთხვევა, როცა Protargoli ან Kal. hypermang. ცალკე ხმარებული არ წმენდდა შარდს და საკმარისი იყო ერთი პრეპარატი მეორეთი შეგვეცვალა და შარდი მოკლე ხანში იწმინდებოდა. გაიწმინდება თუ არა შარდი ჩვენ გადავიღვართ მოწვაზე, რომელსაც ვიწყებთ Sol. Arg. Nitric.  $\frac{1}{4}\%$  და უმატებთ  $2\%$ -მდე Gujion-ის მეთოდით.

ვინაიდან აშნაირმა წამლობამ საეცებით დაგვაკმაყოფილა, ამიტომ ზოგიერთი ავტორის აზრს  $5\%$  ხსნარით დაწვის შესახებ, ჩვენ არ ვიზიარებთ.

იმ შემთხვევაში როცა პროსტატა, სათესლე ჯირკვლი თავის დანამატით, საშარდე ბუშტი და სხვა არიან ჩათრეული პროცესში, მაშინ რასაკვირველია, მილის უკანა ნაწილის წამლობა შესწყდება ვიდრე პროცესი არ დაცხრება. აქ ზოგად წამლობას, როგორც ზევით მოვახსენეთ, უნდა ჰქონდეს საპატიო ად-

\* უხდება როგორც უკანა, ისე წინა ნაწილის ანთების და ყველა გართულების დროს.

\*\* შემჩნეული იყო აგრეთვე ის, რომ ხსნარის 1—500 და უფრო ძაგარი (1—400, 1—2000, 1—1000) იწვევდა მილის გაღიზიანებას და გაწმენდილი შარდი კვლავ იმღეროდა ხოლმე (ზოგიერთი გამოჩაკლისით).

ვილი. გარდა ამისა დასაშვებია წინა ნაწილის სპრინცოვკით (სიფრთხილ) წამლობა.

პროსტატიტის და ორხო-ეპიდიდმიტის\*) დროს ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა გონოვაქცინა, რძე და Autohemoterapia. უკანასკნელ ორ საშუალებას მართალია დიდი ხნის ისტორია არა აქვს შედარებით გონოვაქცინასთან, მაგრამ საკმარისი მასალა დაგროვდა დღემდისაც იმის შესახებ, რომ გონოვაქცინას, რძეს და Autohemoter. ერთ დონეზე აყენებენ ზოგიერთი ავტორები მათ მიერ მიღებული შედეგების მიხედვით.

ჩვენს კლინიკას საკმარისი დაკვირვება აქვს გონოვაქცინაზე, რძეზე და Autohemoterapia-ზე. რძესა და გონოვაქცინას დანამატისა და პროსტატის მწვავე ანთების დროს მართლაც, ერთნაირი შედეგი მოაქვს. გონოვაქცინას ჩვენ უშხაპუნებთ დუნდულში 0,2—0,3—0,5 (ე. ი. 40, 60, ან 100 მილიონ დახოცილ ბაქტერიებს), და რეაქციის მიხედვით ვუმატებთ დოზას ერთი ან ორი დღის შემდეგ\*\*) რძესა უშხაპუნებთ დუნდულში გაწურვისა და 5—10 წამის დუღილის შემდეგ. ინექციას ვიწყებთ 1,0—ან და ვუმატებთ 5 გრამამდე 1—2 დღის გამოშვებით რეაქციის მიხედვით.\*\*\*)

რაც შეეხება Autohemoterapia-ს (იდაყვის ვენიდან ვილებთ სისხლს და იმავე შპრიცით უშხაპუნებთ დუნდულში) ჩვენ ის ვინმარეთ დანამატის და წინმდებარე ჯირკვლის ანთების დროს. შეშხაპუნებას ვიწყებდით 1 გრ. 10 გრამამდე ორგანიზმის რეაქციის მიხედვით 2—3 დღის გამოშვებით.

ჩვენი კლინიკის (ექ. პ. მაგლობლიშვილი) დაკვირვების მიხედვით Autohemoterapia კარგად მოქმედობს სუბიექტიურ მოვლენებზე და მათ შემცირებაზე. ამიტომ 2 ან 3-ჯერ სისხლის გადასხმის შემდეგ გონოვაქცინაზე ან რძეზე გადასვლა მიზანშეწონილად უნდა ჩაითვალოს. ყოველ შემთხვევაში უკანასკნელი საკითხი დამუშავებას და დაკვირვების გაგრძელებას საჭიროებს.

როდესაც მოვლენები მწვავე გართულებისა და უკანა ურეტრიტისა დაცხრება, მაშინ შეიძლება ადგილობრივ წამლობაზე გადავიდეთ. ამისათვის, როგორც ზევით მოგახსენეთ, Janet-ის მეთოდს, ულცმანის და გუიონის კატეტრებსა და შპრიცს ვხმარობთ.

რაც შეეხება ქრონიკულ სუსუნატის წამლობას, ის უმრავლეს შემთხვევაში, არის ხანგრძლივი და ექიმისა და ავადმყოფისაგან თხოულობს დიდ მოთინებას.

პათოლოგიური ანატომიიდან ჩვენ ვიცით, რომ რაც ხანგრძლივია სენი მით უფრო მეტია ანატომიური ცვლილება დაზიანებულ მილში. „ამიტომ ქრონიკული სუსუნატის დროს restitutio ad integrum შეუძლებელია“-ო ამბობს პროფ. Хольцов-ი.

\*) ეპიდიდმიტის დროს პროფ. Аш-ი ხმარობს ელექტროლოკალის შესხმას დანამატში (1—2 გრამს), რომელიც ხშირად იწვევს ტკივილებს საზარდულის არეში. რამოდენიმე შესხმის შემდეგ დანამატის ტკივილები ისპობა და უბრუნდება ნორმას.

\*\*) იხილეთ „თანამედროვე მედიცინა“ № 6—7 1925 წ. Epidid. gonorrh. gonovaccin-ით წამლობის შესახებ.

\*\*\*) იმ შემთხვევაში როცა გონოვაქცინა არ იწვევს რეაქციას (t<sup>0</sup>) და პროცესი გრძელდება, უმჯობესია ვინმაროთ შერეული თერაპია (gonov. + რძე).



გამოდიან რა ამ მოსაზრებიდან, უმრავლესობა ავტორებისა ქრონიკულ და აგრეთვე მწვავე სუსუნატის წამლობის დროს მიზნათ ისახავენ მილის არა ანატომიურად აღდგენას, არამედ შარდის გაწმენდას, დილაობით წვეთის შეწყვეტას, შარდში ძაფებისა და უმთავრესად, გონოკოკების მოსპობას და სხვას.

პროფ. Фроштейн-ი უფრო შორს მიდის და ამბობს: „ძაფებს შარდში, წვეთს დილაობით მილში და მღვრია შარდს არა აქვს მნიშვნელობა“. ყურადღების ღირსია, მისი აზრით, მხოლოდ ის, რომ მათში, და აგრეთვე ჯირკვლების ნაღენში, მრავალჯერ გაშინჯვის შემდეგ, არ იქნეს აღმოჩენილი გონოკოკები და ნორმაზე მეტი ლეიკოციტები.

ქრონიკულ სუსუნატის დროს ხშირად მილის ჯირკვლებში არაან დაბუდებული გონოკოკები, რის გამო შარდი ყოველთვის შეიცავს ძაფებს და ლორწოს. ამის მოსასპობად კვირაში ორჯერ ან სამჯერ ვაკეთებდით მილის მასაქს მეტალურ ბუჟზე (რასაკვირველია საცხე ბუშტით) და დაჰაკმაყოფილებელი შედეგები მივიღეთ.

მეტად დიდი ყურადღების ღირსია სიფიროვე ან ინფილტრატი მილში, რომელსაც იწვევს ხშირად ან თვით პროცესი ან უწყესო წამლობა. (მაგალითად, მწვავე ანთების დროს მავარი ხსნარები, ინსტრუმენტის გატარება მილში და სხვა). საზოგადოდ ურეტროსკოპის საშუალებით ხდება შევიწროვებული ადგილის ან ინფილტრატის ადგილმდებარეობის აღნიშვნა მილში. ჩვენ კი ამავე მიზნით ვხმარობდით ელასტიურ თავიან ბუჟს. ის ნუმერი უკანასკნელისა, რომელიც გაივლის სიფიროვეს ცოტაოდენი დაბრკოლებით იქნება მაჩვენებელი მეტალიური ბუჟის ნუმრისა, რომლითაც ვიწყებთ მილის გაფართოვებას და შემდეგში თანდათან გადავდივართ ბუჟის მსხვილ ნუმერზე. ბუჟის ჩატარება უნდა ხდებოდეს კვირაში ორჯერ ან სამჯერ საცხე ბუშტით და, რასაკვირველია, მილის დაზიანებას და სისხლის დენას უნდა ვევიდოდით.

გამომთელების საბოლოოდ დასამტკიცებლად უნდა იყოს ნახმარი პროვოკაცია. პროვოკაციისათვის ხმარობენ მექანიურ, ქიმიურ და სეროლოგიურ გალიზიანებას მილისას. ვარდა ამისა პროფ. Аш-ი ურჩევს ავადმყოფებს დათრობას ლუდით და ზედიზედ მრავალჯერ coitus-ს condom-ის საშუალებით.

მექანიური პროვოკაციისათვის იხმარება მეტალიური ბუჟებით გალიზიანება მილისა. ქიმიური პროვოკაციისათვის ხმარობენ მავარ ხსნარებს (გონოკოკების ლორწოვან გარსის ზედაპირზე ამოსვლისათვის). მაგალითად, Neisser-ი ხმარობდა სულემას 1—20000, შემდეგ Protargol-ს 1—1 $\frac{1}{2}$ %. Blaschko ხმარობდა ოთხჯერ გახსნილ Lugol-ის ხსნარს 12—15—c. c. პროფ. Аш-ი, Хольцов-ი და სხვები ხმარობენ 3 $\frac{1}{6}$ —4 $\frac{1}{6}$  Arg. Nitr. და ყოველივე ამის შემდეგ გამოსულ ჩირქს ისინი სინჯავენ მრავალჯერ მიკროსკოპიულად.

რაც შეეხება სეროლოგიურ მეთოდს აქ იხმარება უმთავრესად gonovaccin. დიდი დოზა და შემდეგ დაკვირვება გამონადენზე და ტემპერატურაზე.

პროვოკაციისათვის ჩვენ ვხმარობდით Sol. Ar. Nitr. 3—4 $\frac{1}{6}$  მოწვას და დათრობას ღვინით, ლუდით\*) და მაქრით. თუ ამის შემდეგ გონოკოკები არ

\*) ლუდი და ცხელ ვანას (1 $\frac{1}{2}$  საათით) პროვოკაციისათვის (3 დღის შემდეგ ანალიზი) არის კარგი მეთოდი.





აღმოჩნდებოდა და ლეიკოციტები ნორმას არ აღემატებოდა--ავადმყოფი გამო-  
მთვლებულად ითვლებოდა.

ამნაირი წამლობის შედეგათ ჩვენ მივიღეთ: 66% ავადმყოფებისა გი-  
norrh. ac. მორჩა 5—6 კვირის განმავლობაში, 34% კი 6—8 კვირაში:\*\*)

78% ავადმყოფებისა (gon. chr.) მორჩა 2—3 თვეში, 22% 3—4 თვის  
განმავლობაში.

95% ავადმყოფებისა ვინც წესიერად წამლობდა და ექიმის რჩევა-დარი-  
გებას ასრულებდა გამომთვლდა სუსუნატისაგან. მხოლოდ 5% კი ვერ მორჩა.  
მათში მიზეზი გართულებისა იყო: ორ შემთხვევაში მუღმივი coitus-ი ცოლთან,  
რომელიც ქმარს ასრულებდა ყოველთვის. ერთ შემთხვევაში რენტგენის სხივე-  
ბით გაშუქებით აღმოჩნდა თირკმლებში ქვა. ვფიქრობთ, რომ გონოკოკები თირ-  
კმლებში იყვნენ დაბუდებული, როგორც პროფ. Фронштейн-ის შემთხვევაში.\*)

ვათავებ რა ჩემს მოხსენებას, გადაჭრით უნდა ითქვას, რომ სუსუნატი სა-  
ვსებით მოსარჩენი ინფექციური სენი არის. მიუხედავად ამ საიმედო დასკვნისა  
სუსუნატი არის საშინელი სოციალური სენი თავის გართულებით და შედეგე-  
ბით. ყველასათვის ცხადია, რომ დიდი უმრავლესობა ქალთა სნეულებისა, რომ-  
ლის შესახებ პირველი და უკანასკნელი სიტყვა გინეკოლოგებს ეკუთვნის, არის  
გამოწვეული სუსუნატის ნიადაგზე.

ამ მხრივ ზოგიერთი მეცნიერის აზრით, რომ „ქალისათვის უმჯობესია ორ-  
ჯერ სიფილისით გახდეს ავად, ვიდრე ერთხელ სუსუნატი“ მართალი არის.  
პროფ. Фронштейн-ის აზრით 80% ქალთა სნეულებისა არის სუსუნატისაგან გა-  
მოწვეული. Neisser-ის აზრით 10 კოლიან კაცში 8-ს ქორწინებადღე ჰქონია სუ-  
სუნატი. თუ დავეყრდნობით ამ ციფრებს და დავეთანხმებით ზოგიერთი ავტო-  
რის აზრს ვითომც სუსუნატი მოუარჩენელი სენია, მაშინ უნდა მივიღეთ იმ დას-  
კვნამდე, რომ „ქორწინება და სუსუნატი ქალისათვის სინონიმები უნდა უყოს“.  
მაგრამ ეს ასე არ არის. Шварц-მა გასინჯა რიმოდენიმე ასეული ვათხოვილი  
ქალი საავადმყოფოში სხვადასხვა სნეულების გამო მოსული და აღმოაჩინა, რომ  
10 ქალში მხოლოდ ორს ჰქონდა წარსულში ან მაშინ აღმოაჩნდა სუსუნატი“.

„თუ შევადარებთ Neisser-ისა და Шварц-ის ციფრებს,—ამბობს პროფ.  
Фронштейн-ი დავინახავთ, რომ 10 კოლიან კაცში 8 აქვს ანამნეზში სუსუნატი,  
10 ვათხოვილ ქალში 2 აქვს ანამნეზში სუსუნატი“ „ამიტომ,—განაგრძობს ის  
უნდა მივიღეთ იმ დასკვნამდე, რომ სუსუნატი მოსარჩენი სენია“ ო.

და მართლაც ბუნების ძალით, ორგანიზმის თავდაცვითი თვისებისა და  
ჩვენი სხვადასხვა წესიერი თერაპევტიული ზომების დახმარებით, გონოკოკები  
ორგანიზმიდან იდევნებიან და ადამიანი უბრუნდება ჩვეულებრივ ნორმალურ  
ცხოვრებას.

დასასრულ, ლიტერატურისა და ჩვენი მასალის მიხედვით, შეიძლება შევ-  
ჩერდეთ შემდეგ დებულებებზე:

\*) ეს სინამდვილესთან მით უფრო ახლოს არის, რომ ყოველგვარი მოვლენები სუსუნა-  
ტისა იმ ავადმყოფს გაუჭრა ოპერაციის შემდეგ.

\*\*) მხედველობაში არის მიღებული მხოლოდ ის ავადმყოფები, რომლებიც წესიერად  
დადიოდნ და ჩვენს დარიგებას ასრულებდნ.

1. ჰიგიენა სუსუნატისა უნდა იყოს დაცული ავადმყოფის მიერ.
2. შინაგანი წამლობა უნდა სწარმოებდეს ადგილობრივ წამლობასთან ერთად.
3. რაც ადრე იქნება დაწყებული სუსუნატის ადგილობრივი წამლობა, მით უფრო ადრე იქნება გამომთელება.
4. ხსნარი Kal. hyperm. 1—6.000 უფრო ადრე იწვევს ჩირქის დენის შეწყვეტას და შარდის დაწმენდას, ვიდრე 1—10.000-დან დაწყებული და მერე მომატებული.
5. Janet-ის მეთოდით გამორეცხვა კარგ შედეგებს იძლევა.
6. უროტროპინის 40% ხსნარს ჯერ-ჯერობით ჩვენთვის საიმედო შედეგი არ მოუტია.
7. გონოვაკცინა და რძე დანამატის მწვავე ანთების დროს ერთნაირ შედეგებს იძლევა, Autohematerapia კი იძლევა, მხოლოდ სუბიექტიური მოვლენების შემცირებას.
8. უმჯობესია რამოდენიმე პრეპარატით გამორეცხვა მილისა რიგ-რიგობით, ვიდრე ერთი პრეპარატით მუდამ.
9. ავადმყოფი სუსუნატისაგან გამომთელებულად უნდა ჩაითვალოს მაშინ, როცა პროვაკციული მეთოდის ხმარებით და 2—3 ვასინჯვის შემდეგ შარდში, მილის და ჯირკვლების ნაცხებში გონოკოკები არ აღმოჩნდება.
10. ძაფები და ლორწო შარდში და წვეთი დილაობით მილში არ არის საშიში, თუ მათში გონოკოკები არ აღმოჩნდა და ლეიკოციტების რიცხვი ნორმა იქნა.
11. სუსუნატი, როგორც სოციალური სენი, განსაკუთრებით ქალებისათვის, საფილისზე არა ნაკლები სენია თავისი მძიმე გართულებით და შედეგებით.
12. სუსუნატი სავსებით მოსარჩენი სენია.

მამიძე ი. ლორთქიფანიძე.

## მამიძეები საქართველოში.\*

(მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა).

სტატისტიკა ჩვენში საერთოდ ახალი საქმეა. ყოველდღიური დაკვირვება ცხოვრების სხვადასხვა მხარეებისა და ამ მასალის შეკრება მთელ სახელმწიფოში ფეხს ეხლა იკიდებს. რაღაც ორი-სამი წელია, რაც ეს მუშაობა წესიერ კალაპოტში ჩაღვა. მთავრობამ შექმნა ცალკე დაწესებულება, რომლის პირდაპირი მოვალეობაა სტატისტიკური მასალის დამუშავება. კერძოდ სასანიტარო სტატისტიკის საქმე მხოლოდ ამ ბოლო დროს მოგვარდა. ჯანსაღკომთან დაარსებულია სტატქვევანყოფილება. გამომუშავებულია და დარიგებულია მთელ რესპუბლიკაში სხვადასხვა ფორმა ამა თუ იმ მასალის შესაკრებად. კვირეული ანგარიშები მკვეთრ გადამდებ სნეულებათა შესახებ, თეიური და წლიური ანგარიშები დაავადების შესახებ, საექიმო-სასანიტარო დაწესებულებათა რაოდენობა და მათი ზრდა, საექიმო პერსონალის რიცხვი — იმ მასალის მიხედვით, რომლის შეკრებაც ჩვენს პირობებში შეიძლება ცოტა დაგვიანებით (მცირე შტატი სტატქვევანყ.) მაგრამ სისტემატიური დამუშავების პროცესშია. სტატისტიკის მუშაობას ჩვენს დარგში ბევრი დაბრკოლება აქვს, რომლის გადაულახავად ვერ მივიღებთ აბსოლუტურად სწორ ცნობებს. საექიმო პუნქტების სიცოტავე ყველაზე უფრო გვიშლის ხელს. მანამდის ვიდრე თითო თემში არ გვეყოლება ერთი ექიმი მაინც, სწორს, უტყუარ ცნობებს ვერ მივიღებთ. საჭიროა დრო იმისათვისაც, რომ საექიმო პერსონალმა შეიგნოს თავისი მოვალეობა სტატისტიკურ დარგში, შეიგნოს, რომ ცნობები სწორი და სრული იყოს, ვინაიდან საექიმო-სასანიტარო სტატისტიკის მასალები — საფუძველია ჯანმრთელობის დარგში მუშაობისათვის. გარდა ამისა საჭიროა ცენტროში კარგი მოძრავი საინსტრუქტორო აპარატის შექმნა. მანამდის კი ჩვენ ფრთხილად მოვეპყრობით იმ ცნობებს, რომლებიც გვაქვს და შეიძლების დაგვარად გაუკეთებთ მათ ანალიზს. დღეს ჩვენ გვინდა საზოგადოების ყურადღება შევაჩეროთ ერთს პატარა ცხრილზე, რომელიც დამუშავებულია სტატქვევანყოფილების მიერ და, რომლის გაცნობასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს მომავალი მუშაობისათვის ხალხის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში (ცნობები 25 წლის ცნობებს შეიცავს და ნაკლიც აქვს, მაგრამ არც ისეთი, რომ საერთო სურათით ვერ მივიღოთ). დამუშავებულია ცნობები საქართველოში მყოფ საექიმო პერ-

\* მოხსენდა ქართულ ექიმთა საზოგადოებას, მიმდინარე წლის გაზაფხულზე.



სონლის რაოდენობისა, მისი განაწილება ეროვნების მხრით, სოფლებსა და ქალაქებში განაწილებაა სტაქის, სქესის, სპეციალობის მიხედვით. მთელ რესპუბლიკაში არის 1382 ექიმი (ცხრილი № 1). უკანასკნელი ცნობების მიხედვით საქართველოში ირიცხება 2.497.552 მცხოვრები. ამგვარად რესპუბლიკის საზომით თითო ექიმზე მოდის 1807 სული. ჩვენი ექიმების რაოდენობა, რომ სწორედ იქნეს განაწილებული შედარებით კარგ მდგომარეობაში ვიქნებოდით. საბჭოთა ნედიცინის იდეალია, რომ ერთი საექიმო პუნქტი მოდიოდეს 7-8.000 სულზე— ჩვენში კი თითქო ვაცილებით ნაკლებზე. ეს მშვენიერი სურათი ქრება თუ განვიხილავთ, როგორ არიან განაწილებული ექიმები სხვადასხვა მაზრაში ან სოფელსა და ქალაქში. საქართველოს ქალაქებში და ქალაქის ტიპის დასახლებულ ადგილებში (ყოფილი დაბები) ითვლება 502.268 მცხოვრები. ამავე დროს ქალაქებსა და ქალაქის ტიპის დასახლებულ ადგილებში ცხოვრობს 1.211 ექიმი, ან ექიმთა რიცხვის 87,63%, ხოლო სოფლებში, რომლებშიაც ირიცხება 1.995.284 სული, არის მხოლოდ 171 ექიმი ან 12,37%; როგორც ხედავთ მდგომარეობა მეტად უნუგეშოა, მაშინ როდესაც ქალაქში 414 მცხოვრებზე მოდის ერთი ექიმი, სოფელში ერთს ექიმზე მოდის 11.668 სული. ამ მხრივ ჩვენ ჩამოვრჩით რუსეთს. იქ 1924 წლ. ცნობებით ქალაქებში მცხოვრებ ექიმთა რიცხვი უდრის 81%, სოფელში 19% სცხოვრობს. 1911 წლ. ცნობებით ექიმთა 70% ცხოვრობდა ქალაქებში და 30% სოფელში (ცხრილი № 2). ტფილისის და დანარჩენ სამაზრო ცენტრების ექიმების რიცხვი, რომ ცალკე ვიანგარიშოთ, გამოდის, რომ სოფლის ექიმთა რიცხვს მიემატება მხოლოდ 41 ექიმი, რომლებიც ცხოვრობენ ქალაქის ტიპის დასახლებულ ადგილებში. აშკარაა, რომ ექიმები სოფლად ცოტანი არიან და არის რაღაც პირობები, რომელიც ხელს უშლის ექიმის სოფლად წასვლას. მაზრების მთელ რიგში თითო ექიმზე მოდის: ბორჯალოს—20.233, დუშეთის—14.962, ზუგდიდის—25.145, სამხრეთ-ოსეთის—26.155, რაჭა—18.134. ყოვლად წარმოუდგენელია ერთმა ექიმმა მოუაროს და ისიც ჩვენი ქვეყნის ტოპოგრაფიულ პირობებში ამოდენა ხალხს. უკეთეს მდგომარეობაშია რამოდენიმე მაზრა: ტფილისის. სიღნაღის, თელავის, სადაც თითო ექიმზე მოდის 6—8 ათასი მცხოვრები. როგორც ხედავთ, ცალკე მაზრები და, რაც სავალალოა, მაზრების უმრავლესობა მეტად უნუგეშო მდგომარეობაში არიან. 1.211 ექიმიდან (ქალაქებში მცხოვრებნი) 818 ექიმი ცხოვრობს დედა-ქალაქში, ე. ი. საქართველოს ექიმთა ნახევარზე მეტი ცხოვრობს 233.958 მცხოვრების შემცველ დედა-ქალაქში.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ტფილისში ითვლება სამასხურში 576 ექიმი, პროვინციაში კი—497 ექიმი. მთლად საქართველოში ითვლება უმუშევარი ექიმები 200 მეტი. თითქმის ყველა უმუშევარი ტფილისელია. საინტერესოა ვიცოდეთ, როგორ არის განაწილებული სავადმყოფოს საწოლები ქალაქსა და სოფელს შორის. ქალაქებში ჩვენ გვაქვს 3.417 სხვადასხვა სპეციალობის საწოლი, სოფლებში კი—392. თითო საწოლი ქალაქში მოდის 147 მცხოვრებზე, ქართულ სოფელში 1 საწოლი მოდის 5.090 მცხოვრებზე. რუსეთში კი ქალაქებში თითო საწოლზე მოდის ცოტა მეტი, ვიდრე ჩვენში: საგუბერნიო ქალაქებში 1 საწოლზე მოდის 152 მცხოვრები, სამაზრო ქალაქებში კი—160. რუსეთის სოფელში კი მდგომარეობა უკეთესია, ვიდრე ჩვენში: 1 საწოლზე მოდის—2,148

მცხოვრები. რუსეთთან შედარებით ჩვენი სოფელი დაკმაყოფილებულია მხოლოდ 42,2%<sup>0</sup>. ასეთივე მდგომარეობაა, თუ განვიხილავთ დანარჩენ საქეიმო პერსონალის განაწილებას. კბილის ექიმთა რიცხვი რესპუბლიკაში უდრის 321 სულს, მათ შორის მხოლოდ 13-ია სოფელში, 308 კი ქალაქებშია. ამთავან 252 ცხოვრობს ტფილისში, თითქმის  $\frac{2}{3}$  (კბილის ექიმებზე საერთოდ და კბილის საქეიმო განათლებაზე მე ვფიქრობ ცალკე მოვილაპარაკო როდესმე). საშუალო პერსონალი: ექიმთა თანაშემწეები რესპუბლიკაში არის 436, მათ შორის სოფელში მუშაობს 150, ქალაქებში 286, ტფილისში კი 177. ბებია ქალების რაოდენობა უდრის 408; მათ შორის ტფილისში ცხოვრობს 296, საერთოდ ქალაქებში 349, სოფელში კი სულ 59. აღსანიშნავია, რომ ფერშლების რიცხვი ჩვენში ნაკლებია, ვიდრე რუსეთში. ფერშლები ჩვენში, ექიმებთან შედარებით, შეადგენენ 31,5%<sup>0</sup>, რუსეთში კი—50%<sup>0</sup> მეტია. ამ ცნობებიდან ერთი უდავოა: ჩვენი სოფელი საქეიმო პერსონალით, როგორც ექიმებით, ისე საშუალო პერსონალით, დაკმაყოფილებული არ არის. ქალაქებში და ქალაქის ტიპის დასახლებულ ადგილებში, როგორც დავინახეთ, ექიმთა რიცხვი საკმარისია. შეიძლება მხოლოდ ლაპარაკი, რომ ზოგიერთ ქალაქში, მიუხედავად ექიმთა სიმრავლისა, გვაკლია სხვადასხვა დარგის სპეციალისტები. სპეციალისტების მომზადება დიდ სიძნელეს არ წარმოადგენს. სოფელი, რომ შევავსოთ ექიმების საჭირო რიცხვით, ამისათვის უნდა მივღებულ იქნეს საგანგებო ზომები; ადგილობრივ უნდა შეიქმნეს პირობები ექიმის მუშაობის სრული უზრუნველყოფისა; ჯამაგირი, რომელიც დღეს ეძლევა ექიმს, სრულიად საკმარისი არ არის. ზოგიერთ მხარეში ექიმს ეძლევა მხოლოდ 46 მან. მედსანშრომის ცენტრ. გამგებობის გამოანგაროვებით ექიმები საერთოდ იღებდნენ ომამდე არსებულ ხელფასის 37%<sup>0</sup>. ცხადია, თუ ეს მდგომარეობა გაგრძელდა, ის მცირერიცხოვანი ექიმთა კადრიც კი, რომელიც დღეს სოფელში გვყავს—დაგვეკარგება. ასეთი სამწუხარო ნიშნები უკვე არის. თუ ამ ერთი წლის წინად სოფლის საქეიმო წერტების რიცხვი, სადაც არ იყო ექიმები, არ აღემატებოდა 15, ესლა ასეთი წერტები 60 მეტია. ჯამაგირის გარდა ექიმს სოფლად უნდა ჰქონდეს ბინა, ამის შესახებ უკვე არის სათანადო ორგანოების დადგენილება. საჭიროა მხოლოდ ამ დადგენილებების ცხოვრებაში დაუყოვნებლივ გატარება. ექიმს უნდა მიეცეს სოფლად გადამზიდავი საშუალება (ცხენი), რომლის გარეშე მისი მუშაობა სოფლად ვერ იქნება ნაყოფიერი, ვინაიდან უღარიბესი ნაწილი სოფლისა დარჩება უექიმოდ. განსაზღვრული დროის შემდეგ სოფლის ექიმს უნდა ჰქონდეს გარანტია, რომ ის გადაყვანილი იქნება კულტურულ ცენტრში. მანამდე კი ხან გამოშვებით უნდა იგზავნებოდეს მეცნიერულ ცოდნის გასახლებლად და გასაღრმავებლად. ამ საქმის მოგვარება ცენტრალური მთავრობის და ადგილობრივი ხელისუფლების მოვალეობას შეადგენს. ფორმალურად ეს საკითხიც გადაჭრილია, საჭიროა მისი ცხოვრებაში ვატარება. ექიმის უფლებრივი მდგომარეობაც თანდათანობით გამოკეთებული, მტკიცედ და ურყევად უნდა დაცვან, როგორც ხელისუფლებამ, ისე საკავშირო ორგანოებმა. ეს მისცემს ექიმს საშუალებას გარდა პირდაპირი თავისი მოვალეობისა, ჩაებას სოფლის კულტურულ მუშაობაში. მაგრამ მართო ამ ზომებით არ ამოიწურება ამ საკითხის სიმწვევე და არ მოგვარდება ის. საჭიროა, რომ ჩვენმა ინტელიგენ-

ციამ შეიგნოს, რომ მის სიყვარულს ხალხისადმი განაღდება უნდა. ცალკეობით ტყეებით ფონს ვერ გავალთ. საერთოდ ჩვენი ნასწავლი ხალხი გაურბის სოფელს; აუარებელი სპეციალისტი, რომელიც სოფლისათვის თანდასულებელი მუშაკი იქნებოდა, ზის ქალაქში გადასწერის ან უბრალო მოხელის ადგილზე და ღონეს კარგავს. როდესაც ასეთ ხალხს ვკითხავთ, რად არ მიდიხართ სოფელშიო, პასუხი ერთადერთია: კულტურულ ცხოვრებას მოეწყდებითო. ეს მართალია. ჩვენი სოფელი ჯერ-ჯერობით ღარიბია კულტურულ ინტელიგენტურ ძალებით. ეს მდგომარეობა გაგრძელდება დიდხანს, თუ არ მივეყარეთ სოფელს. თუ ექიმი, აგრონომი, მასწავლებელი არ დაიზარებს და გაიჭირვებს ცოტა ხანს, თანდათანობით სოფელშიაც თავს მოიყრის საკმაო დიდი რიცხვი ინტელიგენტები და. საკავშირო ორგანოებმა უნდა დასვან ეს საკითხი დღის წესრიგში და შექმნან საზოგადოებრივი აზრი, რომ აუცილებელია ჩვენი ხალხის კეთილდღეობისათვის, კერძოდ მისი გაჯანსაღებისათვის, მისი ჯანმრთელობის დაცვისათვის ექიმების სოფლად წასვლა. თუ არ შეიძლება ლაპარაკი ექიმის სოფელში იმულებით ვაგზავნაზე, მორალური ძალდატანების მიყენება ხომ საზოგადოების უფლებაა. ამ საკითხის გადაჭრის დაყოვნება არ შეიძლება. მიუღებელია, რომ შედარებით ინტელიგენტით მდიდარ საქართველოში სოფლებს ჰყავდეს თითქმის 1.400 ექიმიდან, მხოლოდ 171 ექიმი. მდგომარეობა, როგორც ვხედავთ, სოფლისათვის დღეს-დღეობით მძიმეა, მაგრამ შედარება წარსულთან გვიჩვენებს, რომ ამ 10—15 წლის განმავლობაში ძლიერ მოვლინიერდით. თუ დღეს საქართველოში საერთოდ მოდის ერთ ექიმზე 1807 მცხოვრები, 1910 წელში 1 ექიმზე მოდიოდა—6.545 მცხოვრები, 1913 წელში—6.045. ახლა ქალაქში მცხოვრებ ერთს ექიმზე მოდის 414 მცხოვრ., 1910 წელს—1.693 მცხოვრები, 1913 წლ.—1.655 მცხოვრ., სოფელში საშუალოდ 1910 წელს ერთ ექიმზე მოდიოდა 26.208 მცხოვრები, 1913 წელს—24.044 მცხოვრები, 1925 წელს კი 11.668. ექიმთა საერთო რიცხვი 1910 წელს იყო სულ საქართველოში 389, 1913 წელს—462, 1925 წელს—1.382 ექიმა, სოფელში 1910 წელს ცხოვრობდა 77 ექიმი, 1913 წელს—91, 1925 წელს კი 171. ზრდა მეტად დიდია და სასიხარულო. (ცხრილი № 3). მოსახლეობა ერგევა საექიმო დახმარებას. საჭიროდ სთვლის მას, ამასთანავე უნდა კვალიფიციური საექიმო დახმარება. ეს ჩანს იქიდან, რომ ფერშალთა რიცხვი ზრდის მაგივრად კლებულობს; თუ ჩვენ ავიღებთ ექიმთა რიცხვის ზრდას და წარმოვიდგინოთ, რომ ასევე უნდა გაზრდილიყო ფერშალთა ოჯახი, მაშინ დღეს უნდა გვყავდეს 1.500 ფერშალი. 1925 წელს კი აღრიცხული გვყავდა 436 ექიმთა თანაშემწე, 1910 წელს იყო 400, 1913 წელს—480. ამ ციფრებიდან ჩანს, რომ ფერშელიზმის სრულიად მოსპობა ჩვენში ახლო შობავლის საქმეა.

სულ სხვანაირად არის ბებია-ქალთა რიცხვის ზრდის საქმე. მშობიარეთა დახმარებისათვის აუცილებელია განსაკუთრებული ბებია-ქალი ინსტიტუტი. ჩვენში ეს საქმე თანდათან წინ მიდის. თუ 1910 წელს 198 ბებია-ქალი იყო, 1913 წელს—215, 1925 წელს საქართველოში 408 ბებია-ქალი და 193 ბებია-ექიმის თანაშემწე. ნათლად ჩანს, რომ დიდი მატება არის. მთავარი გადასაქრელი ამოცანაა (საექიმო პუნქტების საჭირო იარაღების მოწყობის გარდა) ექიმთა რიცხვის გამრავლება სოფლად. რამდენი ექიმი საჭირო ჩვენი სოფლისა-

თვის. შეიძლება, რასავივრეველია, სხვადასხვა საზომის მიღება. ჩემის აზრით, არის ერთი უტყუარი საზომი. ეს არის თემი, როგორც კულტურულად, ისე ეკონომიურ ადმინისტრატიულ ერთეულად მიჩნეული. ამ სისტემამ სხვადასხვა ცდის შემდეგ (რაიონების შემოღება) მოიპოვა მტკიცე ურყევი ნიადაგი. საქართველო დაყოფილია 513 თემად. ვიანგარიშით ნაკირე რიცხოვანი თემების გამოკლებით 500 თემი, საშუალოდ თითო თემში უნდა ვიანგარიშით 4.000 სული (სოფლის მკვიდრთა რიცხვი - 2.000.000 მდგა). ერთი საექიმო პუნქტისათვის და ერთი ექიმისათვის ეს რიცხვი მიზანშეწონილი იქნება. რუსეთ-უკრაინის ნორმა ერთ საექიმო წერტზე 8—10.000 სულის მიწერა ჩვენში მიუღებელია. წერტის ნორმალ მუშაობისათვის გარდა მცხოვრებთა რაოდენობისა აქვს დიდი მნიშვნელობა როგორც სივრცეს, რომელზედაც მდებარეობს თემი, აგრეთვე ადგილ-მდებარეობას. მთავარი რელიეფი ქვეყნისა უსათუოდ გადამჭრელი ფაქტორი უნდა იქნეს საექიმო წერტის შექმნის დროს. მაშინ თემი 4.000 მცხოვრებით დაახლოვებით იქნება ნორმა ერთი ეკიმის მოღვაწეობის რადიუსისა, ერთს თემში, ერთს საექიმო წერტზე აუცილებელა ერთი ეკიმი. მაშასადამე, ჩვენს სოფელში უნდა ყოფილიყო დღესვე 500 ეკიმი, გვყავს კი მხოლოდ 171, საჭიროა კიდევ 329 ეკიმი. რასაკვირველია, დღეს-დღეობით ამდენი ეკიმი არ გვეკირდება, ვინაიდან, სანამდის ეკიმს გავაგზავნით თემში, მას იქ უნდა შეეუქმნათ პირობები წესიერ-ნაყოფიერი მუშაობისათვის. ყველა თემში კარგად მოწყობილი საექიმო წერტების გახსნა მომავლის საქმეა. ჯერ-ჯერობით კი ის ეკიმები, რომელნიც აკლიათ უკვე არსებულ საექიმო წერტებს უნდა მოინახონ. დღეს გვაკლია დაახლოვებით 70 ეკიმი. უმშუვარ ეკიმთა რიცხვი ჩვენში კი 200-ზე მეტია. ყოველი ღონე უნდა ვიხმაროთ, რომ არსებული საექიმო ქსელი დაკმაყოფილებულ იქნეს ეკიმთა საკმაო შტატით.

ზემოდ აღენიშნეთ, რომ თითო თემში ერთი ეკიმი რომ გვყავდეს, საჭიროა კიდევ 329 ეკიმი. მხედველობაში თუ მივიღებთ, ერთი, რომ ეკიმთა ოჯახს ყოველ წელს აკლდება საკმაოდ დიდი ნაწილი თავისი წევრების (სიკვდილი, ინვალიდობა, მოხუცობა), მეორე მხრივ, მოსახლეობა მოიმატებს და შეიძლება თემების რიცხვებმაც მოიმატოს და ბოლოს, რომ საბჭოთა მედიცინამ წამოაყენა ლოზუნგი „თითო საექიმო წერტზე უსათუოდ ორი ეკიმი“, მაშინ დაგვირდება 1.000 ეკიმზე მეტი. მომავალში განიხილავთ სასანიტარო საქმე, სკოლის ეკიმებიც გამრავლდებიან, დედის და ბავშვის დაცვის საქმეც მოითხოვს ახალ მომუშავეებს, ისე რომ სულ ახლო მომავალში 1.000 ეკიმი დაგვირდება.

შეიძლება დაწვრილებით მოგახსენოთ და, მგონია, ეს საინტერესოც იქნება, თუ რამდენი ეკიმი დაგვირდება მომავალ 10—15 წლის განმავლობაში. როგორც ვნახეთ, თითო ეკიმი, რომ ვიანგარიშით წერტზე, დაგვირდება 329 ეკიმი. თუ წესიერად გვინდა მოვაწყოთ სამკურნალო საქმე სოფელში აუცილებელი იქნება თითო საექიმო წერტზე 2 ეკიმიც, რომელთა შორის ერთი იქნება სანიტარის და პროფლაქტიკის ეკიმი. ცხადია, ამ დარგშიაც დაგვირდება 500 ეკიმი. დიდი დაყოვნება არც აქ შეიძლება, ვინაიდან ჩვენი ქვეყანა მედიკო-პროგრესიულად სრულიად არ არის შესწავლილი და კეთილ-მოწყობის საკითხები: წყალი, ბინა და სოფლების დაგეგმვა, სანგანათლება, საერთო სანიტარული

ზედამხედველობა — უეჭიმოდ ვერ გადაწყდება. ერთი ექიმი, რომელიც მკურნალობასაც ვერ ასდის, ამ საქმეებს ვერ მოაგვარებს. თვითეულ მაზრაში საჭიროა ერთი სამოსამართლო-საექსპერტიზო ექიმი, სულ დაგვირდება 19 ექიმი. მაზრაში უნდა გვექონდეს ორი სადენზინფექციო კამერა, ერთი მოძრავი, ერთიც სტაციონარული, ორსავე კამერას მოუვლის ერთი ექიმი. სულ საჭიროა 19 ექიმი. სკოლის ექიმები ახლა გვყავს 46. საქართველოში მოწაფეთა რიცხვი სხვადასხვა სასწავლებლებში უდრის 264.411. 500 მოწაფეზედ ერთი ექიმი, რომ ვინაგარიშოთ, დაგვირდება კიდევ 87 ექიმი და თუ მივიღებთ მხედველობაში მოწაფეთა რიცხვის ყოველწლიურ ზრდას, ამ 10—15 წლის განმავლობაში, დაგვირდება არა ნაკლებ 100 ექიმისა. ფიზკულტურა, რომ არ გადაიქცეს ხალხის საზიანო ჯომარდობად, საჭიროა თითო მაზრაში ერთი ექიმი მაინც ამ დარგშიაც. სულ საჭირო იქნება 19 ექიმი.

ჩვენს აგარაკებზე დღეს დღეობით მუშაობს 50 ექიმი. საჭიროა სპეციალისტი ექიმები, მუდმივ აგარაკებზე მცხოვრებნი, (ბალნეოლოგები, ფიზიო-თერაპევტები, სანატორიუმების გამგენი, ორდინატორები). რა მდგომარეობაში ჩავარდა კურ.-სამმ. წელს ყველამ ვნახეთ. ამ საკითხის მცოდნე პირთა აზრით, თუ საქურორტო საქმე იმ ტემპით განვითარდა, როგორც აქამდის, 10—15 წლის განმავლობაში საჭირო იქნება არა ნაკლებ 150 ექიმისა. სამკურნალო ფაკულტეტის მომავალი ზრდა (კლინიკების გაფართოვება, ახალი კათედრის გამოყოფა და სხვა) მოითხოვს ახალ ექიმებს ამ დარგშიაც. ეხლა სამკურნალო ფაკულტეტზე დაახლოვებით 100 მეტი ექიმი მუშაობს, მომავალში დაგვირდება 50 კაცის მიმატება მაინც. გამოანგარიშება იმისა თუ რამდენი სოფლის საავადმყოფო დაგვირდება, ჯერ ჯერობით არ შეგვიძლიან, არ არის გამოუმუშავებული რადიუსი ასეთი საავადმყოფოს მუშაობისა (ეს მუშაობა მხოლოდ ეხლა სწარმოებს). თეორიული გამოანგარიშებით იმ მაზრების ცნობების მიხედვით, სადაც არის ამჟამად სოფლის საავადმყოფოთა ქსელი, შეგვიძლიან შემდეგი დავასკვნათ. თუ თითო თემს 4.000 მცხოვრ. დაახლოვებით რადიუსი 5—7 კილომეტ. უნდა ჰქონდეს — ერთი საექიმო წერტი, ჩვენის აზრით, ერთი საავადმყოფო იქნება 15—20 ათასი მცხოვრებზე, ე. ი. 4—5 თემის საექიმო წერტიზე. ასეთ საავადმყოფოში იქნება 30 სხვადასხვა სპეციალობის საწოლი და დასჭირდება 7 ექიმი: უფროსი ექიმი, თერაპევტი, ქირურგი, მეანი, თვალის, ვენერიული და პედიატრი. ეს საავადმყოფო იქნება აგრეთვე ცენტრო სოციალ სენებთან ბრძოლისა და ბავშვთა დაცვის საქმეში. 500 თემს დასჭირდება 100 საავადმყოფო, ასე, რომ ამ საავადმყოფოებისათვის დაგვირდება 700 ექიმი. წესიერად მოწყობილ საავადმყოფოს უნდა ჰქონდეს პატარა ლაბორატორიუმი, ექიმ ბაქტერიოლოგის გამგეობით. სულ საჭირო იქნება 100 ექიმი. მაზრის ცენტრებში მოწყობილ უნდა იქნეს მთელი მაზრისათვის ქიმიო-ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიუმი სამი ექიმის შემადგენლობით — სულ 57 ექიმი. უნდა მივიღოთ მხედველობაში ისიც, რომ ყოველ-წლიურად ერთ  $\frac{1}{10}$ -მდე მაინც სიკვდილის თუ ინვალიდ-მოხუცებულობის გამო გამოგვაკლდება ექიმები. რუსეთის ცნობების მიხედვით ყოველწლიურად რუს-ექიმთა ოჯახს აკლდება სიკვდილის გამო 0,99 $\frac{1}{10}$ , თუ მივიღებთ მხედველობაში სიკვდილის პროცენტს ჩვენ მოსახლეობაში 0,92 $\frac{1}{10}$ , ვითქვით, რომ სიკ-





ვილის პროცენტული რაოდენობა ექიმთა შორის მეტი იქნება, ვინაიდან ამ მხრივ სხვა პროფესიასთან შედარებით ექიმებს ერთი პირველთაგანი ადგილი უჭირავთ. რასაკვირველია, ყველაფერი ეს გაცეხდება, როდესაც ეკონომიურად ძლიერ მოვლონიერდებით და ამ უამრავი ექიმების და სამკურნალო დაწესებულებების შენახვას შეეძლებოდა.

ჩვენ უნდა გვახსოვდეს ერთი უტყუარი დებულება, რომ დღეს საქართველოში ექიმები გაცილებით ნაკლები გვყავს, ვიდრე გვჭირდება. დარწმუნებული ვართ, რომ აღორძინების და წინსვლის გზაზე დამდგარი ჩვენი ერი, განავითარებს თავის საწარმოო ძალებს, შექმნის საკმაო დოვლათს კულტურული ცხოვრებისათვის. ამ თავითვე უნდა ვემზადოთ, რომ თანდათანობითი მოთხოვნილება ჩვენი ერის ჯანმრთელობისა და ცივის საქმეში სინამდვილედ ვაქციოთ, ცხოვრებაში გავტაროთ. გვეგმების შედგენა, რადიუსის გამონახვა, დაწესებულებების მოწყობა — ეს ჯანმრთელობის და ცივის ორგანოების საქმეა, ჩვენმა სამკურნალო ფაკულტეტმა კი უნდა იზრუნოს, რომ ყოველ წლივ მინიმუმ 100 ახალი მომზადებული ექიმი მოგვეცეს, რომ 10—15 წლის განმავლობაში შევავსოთ ის დანაკლისი, რომელიც ეხლა ჩვენთვის აშკარაა. 1.800 ექიმი — აი პროგრამა სამკურნალო ფაკულტეტისათვის ორი ათეული წლის განმავლობაში. ახალი ექიმი გვჭირდება იმისათვისაც, რომ ქართულ სოფელს მივცეთ მის ენაზე მოლაპარაკე ექიმი, ასეთებს კი მოგვეცემს ჩვენი სამკურნალო ფაკულტეტი. უმუშევართა იმედი არ უნდა გვქონდეს, ვინაიდან უმრავლესობამ არ იცის ქართული ენა და სოფელშიც არასოდეს არ წავა.

სქესის მიხედვით ექიმები განაწილდებიან ასე: 1382 ექიმიდან ქალების რიცხვი უდრის 364 ანუ 26,33%, მათ შორის ტფილისში ცხოვრობს 294 (სამსახურშია 210 ქალი) თითო-ორილა გამონაკლისით, დანარჩენები ცხოვრობენ სხვადასხვა ქალაქში.

როგორ არიან განაწილებული ექიმები სტაჟის მიხედვით. ეს ფრიად საინტერესო საკითხია. რამდენად მეტი კვალიფიციური ან კლინიკური ან საავადმყოფოს სტაჟი ექნება ექიმს, მით უკეთესი იქნება მოსახლეობისათვის და მეცნიერებაც უფრო წაიწვეს. ცალკე ჯგუფად უნდა გამოიყოს ექიმები, რომელთაც აქვთ სამეცნიერო ხარისხი, ამ ჯგუფში შედიან სამკურნალო ფაკულტეტის პროფესორები და მედიცინის დოქტორები. პროფესორები გვყავს 19, მათში 16 ქართველი და 3 რუსი. ყველანი ცხოვრობენ ტფილისში, შეადგენენ 1,4% ექიმთა ოჯახისა; მედიცინის დოქტორები არის 39 ექიმების საერთო რიცხვისა. ეროვნების მიხედვით ასეთი სურათია: 10 ქართველი, 8 სომეხი, 11 რუსი, 7 ებრაელი, 3 გამოურკვეველი. ყველანი ცხოვრობენ ქალაქებში, დიდი უმრავლესობა ტფილისში ცხოვრობს, ექიმების რიცხვთან 2,8% (ცხრილი № 4).

სტაჟი კლინიკური და საავადმყოფოში მუშაობის ვერ გამოვარკვეთ ჯერჯერობით, ვინაიდან ასეთი ცნობები სამუშაოდ არ მოგვეპოვება. ერთად ერთი კრიტერიუმი უნივერსიტეტის გათავების დროა. ამ ცნობების მიხედვით ასეთი სურათი იქნა მიღებული და ისიც მხოლოდ სამსახურში მყოფი ექიმების შესახებ. 1.382 ექიმიდან სამსახურში ითვლება 1.073 ექიმი ან 77,6%, მათ შორის ქართველი 54,5%, სომეხი — 21%, რუსი — 12,7%, ებრაელი — 6,7% და და-

ნარჩენი 5,1%. უნივერსიტეტ გათავებული სამ წლამდე არის 354 ან 33%, ეროვნების მიხედვით: ქართველი—61%, სომეხი—21,2%, რუსები—9,3%, ებრაელი 6,5%, დანარჩენი—2%. უნივერსიტეტ გათავებულნი 3—5 წლამდე 61 ექიმი ან 5,7%. მათ შორის 62,3%—ქართველი, 19,7—სომეხი, 13,1—რუსი, 3,3—ებრაელი, 1,6—დანარჩენები. 5—10 წლამდე 201 ექიმი ან 18—7,1%. მათ შორის ქართველი—50,2%, სომეხი—19,9%, რუსი—13,9%, ებრაელი—9,5%. დანარჩენი 6,5%. 10—20 წლამდე უნივერსიტეტ გათავებულნი 276 ან 25,7%. მათ შორის ქართველი—52,9%, სომეხი—21,4%, რუსი—13,8%, ებრაელი—5,8%, დანარჩენი—6,1%. 20—30 უნივერსიტეტ გათავებულნი 103 ან 9,6%. მათ შორის ქართველი—45,6%, სომეხი—20,4%, რუსი—17,5%, ებრაელი—8,7%, დანარჩენი 7,8%. 30 წელზე მეტი 42 ან 3,9%. მათ შორის: ქართველი—33,3%, სომეხი 38,1%, რუსი—16,7%, ებრაელი—2,4%, დანარჩენი 9,5%. გამოურკვეველი 36 ან 3,4%. როგორც ხედავთ სამსახურში მყოფი ახალგაზრდა ექიმები 5 წლამდე წარმოადგენენ ფრიად დიდ ნაწილს ექიმთა საერთო რიცხვისას, თითქმის 40%. ეს % მეტად დიდია და აიხსნება მით, რომ მხოლოდ ამ ბოლო წლებში პირველად მივიღეთ ქართველი ექიმი ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტიდან. ამითვე აიხსნება ის მოვლენაც, რომ ქართველები ახალგაზრდა ექიმებში დიდ % შეადგენენ, 60—62%. მათ შორის რასაკვირველია, უმრავლესობას არ აქვს კლინიკური და საავადმყოფოს სტაჟი და საჭიროა ზომების მიღება მათი კვალიფიკაციის ასაწევად. (ცხრილი № 5) სტაჟის გარდა საინტერესო არის გამორკვევა, თუ როგორ არიან განაწილებულნი ექიმები სპეციალობის მიხედვით. არის თუ არა სპეციალისტები ამ სიტუციის და ცნების ნამდვილი მნიშვნელობით, თუ ჩვენში დღესაც აღემატება „ერობის ტიპის ექიმი“.

რომ ეს ასეა, ჩანს № 7 ცხრილიდან.

1382 ექიმიდან თერაპევტიკა 530 ან 38,5%, დოსტაქარი 98 ან 7,1%, მეანი 26 ან 1,9%, გინეკოლოგი 83 ან 6%, კანის-ვენეროლოგი 100 ან 7,2%, პედიატრი 43 ან 3,1%, ბაქტერიოლოგი 62 ან 4,5%, რენტგენოლოგი 6 ან 0,4%, თვალის 21 ან 1,5%, ფსიქიატრი 16 ან 1,2%, ყელი, ცხვირი, ყურის 18 ან 1,3%, ჰიგიენა 3 ან 0,2%. დანარჩენი 99 გამოურკვეველი სპეციალობის და ისეთები, რომელთაც აქვთ ორისამი-ოთხი სპეციალობა. მაგ., პედიატრი, შინაგანი, ვენერიული ან და შინაგან-დოსტაქარი. ასეთები და გამოურკვეველი ერთად შეადგენენ 361 ან 26,0%.

უნდა მიექცეს ყურადღება, რომ გამოურკვეველი და რამოდენიმე სპეციალობის ექიმები ჩვენ ექიმებში დიდ ნაწილს შეადგენენ. რომ შინაგან ავადმყოფობათა ექიმებში არ არის სპეციალიზაცია ქლექის, მალარიის, გულის, კუჭ-ნაწლავის და სხვა. პედიატრები, რენტგენოლოგები, ნერვო-პათოლოგები ძალიან ცოტანი არიან. განსაკუთრებით აღსანიშნავია, რაც წინასწარ უნდა გვცოდნოდა, რომ ჰიგიენისტი ექიმები სულ 3 კაცი გვყოლია. ჰიგიენისტებთანაც რომ ჩვეთვალთ სანიტარული ექიმები 6 ექიმი, გამოვა სულ 9 კაცი (ცხრილი № 6).

როგორცა ჩანს ექიმები სპეციალობის მიხედვით ძლიერ უსწოროთ არიან განაწილებული. ექიმთა უმრავლესობას წაზრდადგენენ თერაპევტები და რამო-

დენიმე სპეციალობის მქონენი. რაც შეეხება სოციალ სენებთან მებრძოლ, პროფილაქტიკურ ფართო მნიშვნელობით, მედიცინის მუშაკები თითქმის არა გვყავს.

ზავშთა დაცვის საქმეში მომუშავე ექიმი, საერთო ჰიგიენის მკოდნე სანიტარული ექიმები ისე ცოტანი არიან, რომ ჩვენი საზრუნავი საკითხია ახლო მომავალში მოვამზადოთ ამ დარგებში სამუშაოთ გამოსადეგი ხალხი. საერთოდ უნდა ითქვას, რომ ექიმების „გასპეციალისტებას“ ჯეროვანი ყურადღება უნდა მიექცეს.

დაბოლოს საინტერესოა ამ ცხრილის განხილვა, თუ როგორ განაწილდებიან ექიმები ეროვნების მიხედვით. ჩვენი ცხრილიდან ნათლად ჩანს ცარიზმის პოლიტიკის სახე. უნივერსიტეტის არ ქონობა ტფილისში ძლიერ აფერხებდა ქართველი ხალხის მიერ შვილების აღზრდას რუსეთის საუნივერსიტეტო ქალაქებში, ამის გარდა აუარებელი ახალგაზრდობა ილუპებოდა რუსეთში, ვერ იტანდნენ ჩრდილოეთის ცივ ჰაერს. ქართველთა რიცხვი მოსახლეობის მიხედვით უღრის სოფელში 77,9%, საერთოდ ქალაქთან ერთად მთელ რესპუბლიკაში — 71.5%, ქართველ ექიმთა რიცხვი შეადგენს 50,8%, ექიმთა საერთო რაოდენობის.

ჩვენი უნივერსიტეტის მოვალეობაა, რაც შეიძლება, მალე აავსოს ეს დანაკლისი, რასაკვირველია ხელისუფლების და კერძოდ ჯანსახკომის დახმარებით. სიმებთა რიცხვი მოსახლეობაში აღწევს 10,8%, ექიმებში კი — 21,6%, რუსები ექიმებში შეადგენენ 13,9%, მოსახლეობაში კი — 3,4%, ებრაელები მოსახლეობის 1,1% შეადგენენ, ექიმებში კი — 8,2%, რაც შეეხება დანარჩენ ეროვნულ უმცირესობათ საქართველოში (აფხაზები, ოსები,) იმათ სამწუხაროდ ჰყავთ მხოლოდ თითო-ოროლა ექიმი (ცხრილი № 7).

ამ ცხრილის განხილვიდან შეიძლება გავაკეთოთ ორი დასკვნა: პირველი, რომ ქართველ ექიმთა რიცხვმა უნდა მოიმატოს 20—25%, რათა დაიკავოს შესაფერისი ადგილი ექიმთა ოჯახში, მეორე და უმთავრესი ჩვენს სოფელს აკლია ექიმი, უნდა მივაწოდოთ დაჩქარებით, გვახსოვდეს, რომ სოფელი ჩვენი რესპუბლიკის ფუძეა. სოფელი იძლევა  $\frac{9}{10}$  ეროვნულ შემოსავლისა, სოფელი მთავარი კერაა ცოცხალი ძალის, რომლითაც იკვებება და მრავლდება ქალაქი. უდიდესი ყურადღება ჩვენს სოფელს. გვახსოვდეს, რომ თითქმის 80% ჩვენი ხალხისა ცხოვრობს სოფელში, ზრუნვა მის ჯანმრთელობაზე, ეს ზრუნვაა მთელი სახელმწიფოსათვის, მთელი ერისათვის. ჩვენ ვფიქრობთ საქართველოს ინდუსტრიალიზაციისათვის, მისი სამრეწველო პროტენციის გაღვივებისათვის საპირობევი რამე, მაგრამ, თუ არ გვეყოლება ცოცხალი ძალა, ეს უძლიერესი ფაქტორი მრეწველობის შექმნისა, ვერაფერს გავხდებით. ჩვენი ქალაქის მუშა-პროლეტარიატი მცირერიცხოვანია, ახლო მომავალში ის ვერ მოგვეცემს ისეთ ძლიერსა და მრავალრიცხოვან შთამომავლობას, რომ დააკმაყოფილოს ჩვენი ქვეყნის მოთხოვნილება ამ დარგში. ისევ სოფლის იმედი უნდა გვექონდეს, სოფელი მოგვეცემს თავის შვილებს ქალაქის მუშებად. რაც უფრო ძლიერი, ჯანსაღი, ძვალმკვრივი, კუნთ-მავარი იქნება სოფელი, მით უკეთესი მოსახლეობა გვეყოლება ქალაქებში. თანამედროვე ქალაქი ათასგვარად აღიზიანებს თავის მოსახლეობის ფიზიო-ფსიქურ სფეროებს. განსაკუთრებით კი იმათ, ვინც მოვიდა პრიმიტიულ ცხოვრებას მიჩვეული სოფლიდან. როგორც ჩანს ჩვენი ეკონომიკის განვითარე-



ბა ალორძინების საქმე მჭიდროდ არის დაკავშირებული სოფლის ჯანმრთელობასთან. ჯანმრთელი სოფელი იმრავლებს წესიერად-ნორმალურად და შეიძლება თავიკ დავახწიოთ ჩვენს ისტორიულ ტრადედიას, ჩვენი ერის მცირერიცხოვნობას. სოფლის ჯანმრთელობა ეს სიკვდილ სიცოცხლის საკითხია. მთელი ჩვენი ყურადღება, რათა შეიქმნეს ჯანსაღი სოფელი, უპარველეს ყოვლისა იქითკენ უნდა იყოს მიმართული, რომ სოფელში იყოს ხელმძღვანელი, გზის მაჩვენებელი, რჩევის მიმცემი, გამფრთხილებელი ზომების მიმღები მკურნავი. ასეთია ჩვენს დროში განათლებული ხალხის მოყვარე ექიმი. თითო თემში ერთი ექიმი — აი უახლოესი დროის ლოზუნგი. ერთი ორი წლის განმავლობაში შევსდლოთ ჩვენს ცხრილში ჩაეწეროთ, რომ საქართველოს სოფლებში 1925 წელს იყო 171 ექიმი და 1928—29 წელს კი იქნება 500 ექიმი და 15 წლის შემდეგ საქართველოში გვეყოლება 3.000 ექიმზე მეტი.

### დ ა ს კ ვ ნ ე ბ ი:

1. საქართველოს მთლიანად და განსაკუთრებით მის სოფელს აკლია ექიმები.

2. სოფლისათვის ახლო მომავალში დაეკვირდება არა ნაკლებ 500 ექიმისა, ხოლო 10 თუ 15 წლის განმავლობაში 1.800 ექიმამდე.

3. ქართველ ექიმთა რიცხვი უნდა გამრავლდეს და შეადგენდეს შესაფერო პროცენტს მოსახლეობასთან შედარებით. ეხლანდელი პროცენტი 50,8-დან უნდა გადიდდეს 71,6 მაინც. უნდა გადიდდეს აგრეთვე ზოგიერთი ეროვნული უმცირესობის პროცენტი, მაგალითად, აფხაზების, ოსების.

4. ახალ ექიმებს, სოფელში მომუშავეს, ქართულ ენის მცოდნეს მოგვეცემს მხოლოდ ტფილისის უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტი, კოველწლიურად ექიმთა ოჯახს უნდა შეემატოს არა ნაკლებ 100 ახალი ექიმისა.

5) ვინაიდან თითქმის 40<sup>0</sup>/<sub>6</sub>-მდე ახალგაზრდა ექიმებია, საჭიროა ზომების მიღება, როგორც მათი კვალიფიკაციის ასაწევად, ისე მცოდნე სპეციალისტების მოსამზადებლად.

6. აუცილებელია სოფელში ექიმის ნორმალური მუშაობისათვის შესაფერო პირობების შექმნა: ეკონომიური მდგომარეობის გაუმჯობესება, (საკმაო ჯამაგირი, ბინა, ტრანსპორტი, უფლებრივი მდგომარეობის განმტკიცება, მივლინება კვალიფიკაციის ასაწევად და საექიმო წერტის მოწყობა, რიგიანი ხელსაწყო და სხვა).

7. სოფელში მომუშავე ექიმებს, რომლებიც გამოიჩენენ ნიჭს, მომზადებას და სამეცნიერო მუშაობის უნარს, უნდა ჰქონდეთ იმედა, რომ ექნებათ უნივერსიტეტის დახმარებით სამეცნიერო მუშაობის საშუალება.

8. ექიმთა ფართო მასებმა უნდა შეასრულოთ თავისი მოვალეობა ხალხისადმი სოფელში სამსახური, სადაც თავისი სპეციალური მუშაობის გარდა მჭიდრო კავშირი უნდა ჰქონდეთ სოფლის საზოგადოებრივ ელემენტებთან.



ექიმების რაოდენობა და მოსახლეობის რიცხვი, რომელსაც  
მოსახურება თვითრეული მათგანი.

|                              | 1923-24 წლ.         |  | 1924-25 წლ.         |  |   |
|------------------------------|---------------------|--|---------------------|--|---|
|                              | ექიმების<br>რიცხვი. | ერთ ექიმ-<br>ზე მოდის<br>მოსახლე-<br>ბა. | ექიმების<br>რიცხვი. | ერთ ექიმ-<br>ზე მოდის<br>მოსახლე-<br>ბა. |   |
| საქართველოს ს. ს. რ. . . . . | —                   | —  | 1382                | 1807                                     | ერთ საწოლზე<br>მოდი ს მ ც ხ ვ რ.<br>ქალაქ. სოფელ. |
| ს. ს. რ. კ. . . . .          | 24030               | 6900                                     | 33869               | 3900                                     |   |
| საქართველოს ს. ს. რ. . . . . | —                   | —  | —                   | —  | 147,0 5090,0                                      |
| რ. ს. ფ. ს. რ. . . . .       | —                   | —  | —                   | —  | 160,0 2148,0                                      |

‰ შუზარდობა ქალაქად და სოფლად მცხოვრებ ექიმების.

|                                       | ქალაქად მცხოვრებ<br>ექიმების ‰ | სოფლად მცხოვრებ<br>ექიმების ‰ |
|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| საქართველოს ს. ს. რ. 1925 წლ. . . . . | 87,63                          | 12,37                         |
| რ. ს. ფ. ს. რ. 1924 წ. . . . .        | 81,90                          | 19,0                          |
| რუსეთი 1921 წ. . . . .                | 70,0                           | 30,0                          |

ექიმების რიცხვი სპარტოვალში ეროვნების მიხედვით.

|                         | ექიმების<br>საერთო რი-<br>ცხვი საქარ-<br>თვ. 1925 წ. | მ ა თ შ ი რ ი ს. |        |      |         |         |
|-------------------------|--|------------------|--------|------|---------|---------|
|                         |  | ქართვ.           | სომეხი | რუსი | ებრაელი | დანარბ. |
| აბსოლ. რიცხვი . . . . . | 1.382  | 702              | 298    | 192  | 114     | 76      |
| ‰ . . . . .             | 100  | 50,8             | 21,6   | 13,9 | 8,2     | 5,5     |

სპარტოვალს მოსახლეობა ეროვნების მიხედვით 1922-23 წ. აღწერა.

|                         | მოსახლ.<br>საერთო რი-<br>ცხვი. | მ ა თ შ ი რ ი ს. |        |       |         |         |
|-------------------------|--------------------------------|------------------|--------|-------|---------|---------|
|                         |                                | ქართვ.           | სომეხი | რუსი  | ებრაელი | დანარბ. |
| აბსოლ. რიცხვი . . . . . | 2438940                        | 1743761          | 264063 | 83524 | 27388   | 320259  |
| ‰ . . . . .             | 100                            | 71,5             | 10,8   | 3,4   | 1,1     | 13,2    |

მოსახლეობის და საეკონომიკური კვალიფიკაციის რიცხვი საქართველოში.

|                              | მოსახლეობა. | გენების რიცხვი. | ერთ გენზე მოდის მოსახლეობა. | % მიმართება სოფლად და ქალაქ. მცხოვრედ გენების. | შენიშვნა. |
|------------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|--|-----------|
| <b>1910 წლ.</b>              |             |                 |                             |  |           |
| ქალაქებში . . . . .          | 528262      | 312             | 1693                        | 80,20  |           |
| სოფლებში . . . . .           | 2018054     | 77              | 26208                       | 19,80  |           |
| ს ღ მ . . . . .              | 2546316     | 390             | 6545                        | 100  |           |
| <b>1913 წლ.</b>              |             |                 |                             |  |           |
| ქალაქში . . . . .            | 614137      | 371             | 1655                        | 80,30  |           |
| სოფლებში . . . . .           | 2188040     | 91              | 24044                       | 19,70  |           |
| ს ღ მ . . . . .              | 2802177     | 462             | 6045                        | 100  |           |
| <b>1925 წლ.</b>              |             |                 |                             |  |           |
| ქალაქებში . . . . .          | 502268      | 1211            | 414                         | 87,63  |           |
| სოფლებში . . . . .           | 1905284     | 171             | 11668                       | 12,37  |           |
| ს ღ მ საქართველოში . . . . . | 2497552     | 1382            | 1807                        | 100  |           |

ო. ლავროვიჩიანიძე.

მიწები სასხაურში, კარფსორაკში და მდინიციის მიწები

|                                  | ქართული.         | სომეხი.    | რუსი.      | გერმანელი. | დასახლებული.    | ლ. მ. მ. მ. | % 1982.           | % 1991.      | შ ე ნ ი შ ვ ე ა .   |
|----------------------------------|------------------|------------|------------|------------|-----------------|-------------|-------------------|--------------|---|
| სამსახურში მდ. გვიმ. . . . .     | 585              | 225        | 136        | 72         | 55              | 1073        | 77,6              | 77,1         |   |
| პროფესორები. . . . .             | 16 <sup>1)</sup> | —          | 3          | —          | —               | 19          | 1,4 <sup>2)</sup> | 1,4          | 1) ამ რიცხვ. 4 პროფ. არ არის გატ. რ.<br>2) " " 0,3 მილის 4 პროფეს-ზე. |
| მედიკონ. გვიმები . . . . .       | 10 <sup>3)</sup> | 8          | 11         | 7          | 3 <sup>4)</sup> | 39          | 2,8               | 2,8          | 3) " " 4 მედ. გვ. არ არის გატ. რ.<br>4) " " " " " " " " " " " " "     |
| დრო პრაქტ. და უმუშევრები . . . . | 99               | 65         | 42         | 35         | 19              | 260         | 18,8              | 18,7         | 5) საერთო გვიმების რიცხვი გადააშ. 1382-9 კაცილ=0,6 %.                 |
| <b>ს უ მ . . . . .</b>           | <b>710</b>       | <b>298</b> | <b>192</b> | <b>114</b> | <b>77</b>       | <b>1391</b> | <b>100,</b>       | <b>100,0</b> | <b>1382 გვ. 25 წ. ცნობება.</b>  |

მიწები საქართველოში.

## პირესკონდენსიები.

ნევრო-პათოლოგთა კონფერენცია.

ამა წლის 8 ივლისს უნივერსიტეტის ნერვულ სნეულებათა კლინიკაში მოწვეული იყო სამეცნიერო კონფერენცია. კონფერენციას დაესწრენ ნევროპათოლოგები, ფსიქიატრები, საგანგებოდ მოწვეული პირები და სხვა და სხვა სპეციალობის ექიმები. კონფერენციის გახსნამდე სტუმრებმა დაათვალიერეს ნერვული სნეულებათა კლინიკა, მისი ლაბორატორია და ფიზიო-თერაპევტიული კაბინეტი. კონფერენცია გახსნა დღის 1 საათზე დოც. ს. ყიფშიძემ, რომელიც მოკლედ შეეხო კონფერენციის მიზანს და მნიშვნელობას. შემდეგ წარმოდგენილი იყო მთელი რიგი მოხსენებებისა, ამავე კლინიკის თანამშრომლების მიერ.

პირველი მოხსენება გააკეთა კლინიკის ორდინატორმა **ზანგურიძე—სერგ-დამ**. მის მიერ იყო წარმოდგენილი ორი შემთხვევა მოგრძო ტვინის დაზიანებისა რეტრო-ოლივიარული სინდრომით, ერთ შემთხვევაში აღნიშნული სინდრომი ყოფილა შედეგი მოგრძო ტვინში სისხლის ჩაქცევის. ხოლო მეორე შემთხვევის შესახებ წინასწარ იყო გამოთქმული აზრი სიმსიენის არსებობის ნათებ-ხიდის და მოგრძო ტვინის კუთხის არეები. აუტოპსიამ გაამართლა გამოთქმული დიაგნოზი, როგორც პროცესის, ისე ლოკალიზაციის მხრივაც. წარმოდგენილ ტვინის პრეპარატიდან ნათლად სჩანდა, რომ სიმსიენე იყო შეზრდილი ტვინის ღეროში და არღვევდა მგრძობელობის გზებს, ზოგიერთ პერიფერიულ ნერვებს და corpora restiformia-ს.

მომხსენებლის აზრით ორივე შემთხვევაში ნევრო-პარალიტიურ კერატიტის განვითარების მიზეზათ უნდა ჩაითვალოს თვალის—სიმპატიურ ტროფიკული დაფების დაზიანება.

ექიმ **ბახტაძის** მიერ წარმოდგენილი იყო ორი იშვიათი შემთხვევა ავადმყოფების დემონსტრაციით: პირველი წარმოადგენდა პარაპლეგიას ფლექსიით—Paraplegie en flexion. ავადმყოფ ქალს 35 წლისას ორი თვის განმავლობაში თანდათანობით დადამბლებია ორივე ქვემო კიდურები და უკვე ექვსი თვეა ლოგინად არის ჩავარდნილი. სხვადასხვა საინტერესო კლინიკური მოვლენების ანალიზით და ეხლახან შემოიღებულ ლიპიოდოლის ცდის საშუალებით დასმული იყო დიაგნოზი: Tumor medullae spinalis. შემთხვევა საოპერაციოდ არის ცნობილი, სიმსიენის ადგილ-მდებარეობა გამოკვლეულია და თუ სათანადო ოპერაცია გაურთულებლივ იქნება ჩატარებული, იმედი არის ავადმყოფის სრული განკურნებისა.

მეორე შემთხვევა წარმოადგენდა ჰემიპლეგიას ფლექსიით—Hemiplegie en flexion, რაც იმით არის საინტერესო, რომ ძლიერ იშვიათია და მისი კლინიკური სურათი და მით უმეტეს პათოგენეზი ჯერ კიდევ არ არის შესწავლილი. მომ-



ხსენებელმა გააცნო დამსწრეთ თავისებური, საინტერესო კლინიკური სურათი ავადმყოფისა და აღნიშნა, რომ ზოგიერთი კლინიკური მოვლენების მიხედვით შესაძლებელია ამ ტიპის ჰემიპლევგიის განვითარებაში ერთგვარი როლს თამაშობდეს ქერქქევმა კვანძების დაზიანებაო, კერძოდ მხედველობის ბორცვი.

მესამე მოხსენება შეეხებოდა ეპიდემიურ ენცეფალიტის—encephalitis epidemica-ს საკითხს. მომხსენებელმა, კლინიკის უფროსი ასისტენტმა ექ. ქავთარაძემ წარმოადგინა ერთი შემთხვევა ამ სნეულებით შეპყრობილ 16 წლის ავადმყოფისა, რომელსაც თვენახევრის წინ ქონია დაბალი t° რამოდენიმე დღე და მხედველობის გაორება. დღეს კი აქვს ოდნავი ნერწყვის მომეტებული დენა და მიოკლონური შეკუმშვები მუცლის არეში. მომხსენებელი ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ეს შემთხვევა მკვეთრი ეპიდემიური ენცეფალიტის წარმოადგენს და მით კიდევ ერთხელ მტკიცდება კლინიკის მიერ გამოთქმული აზრი, რომ ამჟამად საქართველოში ადგილი აქვს ეპიდემიური ენცეფალიტით დაავადების ახალ შემთხვევებს, რაც ძლიერ სამწუხარო მოვლენაა და სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს. მომხსენებლის ვადმოცემით იმ უკანასკნელ თვეში ლიტერატურაში აღწერილია ეპიდემიური ენცეფალიტით დაავადების ახალი შემთხვევები, როგორც რუსეთში, ისე სხვა ქვეყნებშიაც, რის შესახებ არ ყოფილა ცნობა მაშინ, როდესაც ორი თვის წინად კლინიკამ გამოსთქვა აზრი საქართველოში ეპიდემიური ენცეფალიტის არსებობის შესახებ.

ექიმ პარკაძის მიერ წარმოდგენილი იყო 18 წლის ვაჟი, რომელიც დაავადებული იყო ეპიდემიური ცერებრო-სპინალური მენინგიტით—meningitis cerebro-spinalis epidemica. წმინდა შეტხვევით და სათანადო თერაპიით სავსებით განიკურნა.

საინტერესო იყო ექიმ ფვანიას მიერ წარმოდგენილი შემთხვევა lues cerebri-ით შეპყრობილი ავადმყოფისა იმ მხრივ, რომ ამ ავადმყოფის ხერხემლის სვეტში არსებული დესტრუქციული მოვლენები იმდენად არაჩვეულებრივია, რომ თქმა რენტგენის სურათის სიფილიტიური ტუბერკულოზური თუ სხვა რაიმე პათოლოგიური პროცესით არის გამოწვეული ასეთი დესტრუქცია ყოველად შეუძლებელია. კამათში მონაწილეობა მიიღეს რენტგენოლოგებმა და ქირურგებმა, მაგრამ საკითხი ისევ სათუოდ დარჩა ეთიოლოგიის მხრივ.

ყოველი აღნიშნული მოხსენების შესახებ საჭირო და მოკლე ახსნა განმარტებას იძლეოდა კონფერენციის ხელმძღვანელი დოც. ს. ყიფშიძე. მეტად საინტერესო, მაგრამ იმავე დროს მეტად რთული იყო, შემთხვევა წარმოდგენილი დოც. ყიფშიძის მიერ. საქმე ეხებოდა სუბტალამური სინდრომის მქონე ავადმყოფს, რომლის შრავალფეროვანი კლინიკური სურათის განხილვაში და პათოლოგო-ანატომიური ცვლილებების საკითხმა დიდი ინტერესი გამოიწვია სპეციალისტ ნერვოპათოლოგთა შორის.

სამეცნიერო მოხსენების დამთავრების შემდეგ დოც. ს. ყიფშიძემ მოკლედ გააცნო დამსწრეთ ნერვ. სნეულ. კლინიკის ჩასახვის, განვითარების და დღევანდელი მდგომარეობა. 1920 წელში ფსიქიატრიული საავადმყოფოსთან 10 საწოლის გამოყოფით ჩაეყარა საძირკველი ნ. ს. კლ. 1925 წლის სექტემბრამდის ნერვ. სნ. კლ. ზრდა გამოიხატებოდა მისი ვადმოტანაში ფსიქიატრიული საავად-

მყოფოდან მთავარ საავადმყოფოში და საწოლების რიცხვის 30-დის გადიდებაში. აღნიშნულ დროიდან კლინიკის გაფართოება მოწყობის საქმე მიდის წინ სწრაფი ნაბიჯით. საწოლთა რაოდენობა დღეს უდრის უკვე 60. ცენტ. კლინ. ინსტ. არსებული ფიზიო თერაპევტიული კაბინეტი გადმოვიდა კლინიკის განკარგულებაში, და დამატებით მოეწყო ფართოდ ახალი მეთოდი წამლობისა—იონო-თერაპია. დღეს უკვე კლინიკას აქვს აგრეთვე საქმაოდ კარვად მოწყობილი ლაბორატორია სადაც მუშაობა უკვე დაწყებულია და თანდათანობით ფართოვდება და მრავალფეროვანი ხდება. ლაბორატორიის მოსაწყობი და ფიზიო-თერაპევტიულ კაბინეტისათვის საჭირო აპარატები შეძენილი იყო დოცენტი ყიფშიძის მიერ მისი საზღვარ-გარეთ ყოფნის დროს. მომხსენებელი მადლობას უძღვნის იმ პირთ და დაწესებულებებს რომელთა მორალური და ფინანსური დახმარებით, შესაძლებელი შეიქნა დღევანდელი მდგომარეობის მიღწევა და იმედს გამოსთქვამს, რომ არც შემდეგში იქნება უაღრესად დიდი დატოვებული მათ მიერ, რა თქმა უნდა იმ პირობით, თუ ამას დაიმსახურებს კლინიკა ბეჯითი მუშაობით საზოგადოების სასარგებლოდ და მეცნიერებაში თავისი წვლილის შეტანით. თავისი მოკლე სიტყვაში პროფ. გოგიტიძემ კმაყოფილებით აღნიშნა, რომ ნერვ. სნეულებათა კლინიკის დათვალიერებამ მასზე სასიამოვნო შთაბეჭდილება მოახდინა. საქმე რომ მართო გარეგნული მოწყობილებას არ ეხება, და იმავე დროს ადგილი აქვს მეცნიერულ მუშაობას, ამბობს პროფ. გოგიტიძე, ამის მაჩვენებელია მთელი რიგი საინტერესო მოხსენებებისა. როგორც კლინიკის მოწყობას ისე მეცნიერული მუშაობის გაჩაღებას ის აწერს დოც. ს. ყიფშიძის დაუშრეტელი ენერგიას, საქმისადმი სიყვარულს და საქმის ცოდნას, უსურვებს მას აღნიშნული გზით განუწყვეტლივ წინ სელას. დაბოლოს გამოთქმული იყო სურვილი, რომ ასეთი კონფერენციები ხშირად იმართებოდეს.

გ. ბ—ძე.

## წერილი რადიკალური მიმართ.

ჟურ. „თ. მ.“ მე-3 ნომერში ვქიმი გ. ცქიშანაური პროფ. ბერიტაშვილის საპასუხო წერილში სწერს: „...რომელთაც გვაძულეს როგორც მე, აგრეთვე დანარჩენი ფიზიოლოგიის კათედრის თანამშრომლები უარი გვეთქვა ბ—ნ ბერიტაშვილთან ერთად მუშაობაზე“-ო. ამ სიტყვებიდან შეიძლება საზოგადოებაში ისეთი დასკვნა გამოიყვანოს, რომ პროფ. ბერიტაშვილთან მუშაობა ყველასათვის შეუძლებელი იყოს. ჩვენ კი ამით ვაცხადებთ, რომ პროფ. ბერიტაშვილი, მასთან მუშაობის დროს, ყოველთვის გვიწვედა დახმარებას და სათანადო ზღვრულფენობას და ჩვენ შორის უკმაყოფილობას ადგილი არ ქონია.

დოცენტი სიმ. ყიფშიძე. (ყოფილი ასისტ. ფიზიოლოგიის) გ. ვაწაძე—ფიზიოლოგიის კათედრის ასისტ., მ. ცხაკაია—ჰოსპიტ. ქირურგ. კლინ. ასისტენტი. დ. იოსელიანი—ოპერატიული ქირურგ. ასისტენტი, პ. სარაჯიშვილი—ნერვული განყოფ. გამგე რკინის გზის საავადმყოფოში.

ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინა“-ს რედაქციას ესთხოვ მისცეს ადგილი აღნიშნულ ჟურნალში შემდეგ ჩემს განცხადებას:

ჩემს წერილში, დაბეჭდილს ბ. ბერიტაშვილის წერილის საპასუხოდ „თანამედროვე მედიცინა“-ს № 3, როდესაც მე ვლაპარაკობ, რომ ბ. ბერიტაშვილი ცუდად ეპყრობოდა თავის თანამშრომლებს, რის გამოც თანამშრომლების მთელი რიგი იძულებულნი იყვნენ თავი დაენებებინათ ფიზიოლოგიის ლაბორატორიაში სამეცნიერო მუშაობისათვის, მე ვგულისხმობ მხოლოდ იმ ამხანაგებს, რომელნიც ამ კათედრაზედ შევიდნენ მუდმივად სამუშაოდ ფიზიოლოგიაში სამეცნიერო მომზადების მიზნით, რომელთაც დაჰყვეს 2—3 წელიწადი და ამ კათედრის არსებობის აქტიური მონაწილენი იყვნენ.

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფარმაცოლოგიის და ფიზიოლოგიის ასისტენტი ვქ. გიორგი ცქიშანაური.

## რ ე ზ ე რ ა ტ ე ბ ი.

Austauschbeziehungen zwischen Blut, Liquor und Gehirn. Von R. Bieling und K. Weichbrodt. Deutsch. Med. Wochenschrift № 14 1925 №.

ავტორები აღნიშნავენ, რომ გზა Liquor-იდან ან თვით ტვინის ნივთიერებიდან სისხლსაკენ ადვილი გასაცვლილია, როგორც გახსნილი ნივთიერებისათვის, ისე მიკროორგანიზმებისათვისაც კი, მაშინ როცა სისხლიდან ც. სპ. სითხეში გადასვლა ძალიან გაძნელებულია თვით გახსნილ ნივთიერებისათვისაც კი, რაც შეეხება ანტიხეულეებს, საჭიროა ძალიან დიდი დაგროვება მათი სისხლში, რომ ისინი ც. სპ. სითხეში გამოჩნდნენ. ექსპერიმენტებიდან გამორკვეულია, რომ სითხეში გადადის მარტო  $\frac{1}{10000}$  ან  $\frac{1}{100000}$  ნაწილი სისხლში დაგროვილი ანტიხეულეებისა, რასაც არავითარი პრაქტიკული მნიშვნელობა არა აქვს. მაგრამ თუ ტვინის გარსები ვანიციდან ანთებას, ისინი ადვილად უშვებენ ქიმიურ ნივთიერებებს. ამ გარემოებას იყენებენ დიაგნოსტიკური მიზნისათვის. მაგრამ დოზას აქაც დიდი მნიშვნელობა აქვს. ასე, მაგ., თუმცა ენდოგენური პსიხოზის დროს, გარსების ანთება არ არის, მაგრამ ამისთანა შემთხვევაში რამოდენიმეჯერ აღმოუჩინათ ავტორებს liquor-ში natr. salicyl., როცა ეს ნივთიერება 2,0 ყოფილა შეყვანილი სისხლში. როგორც მენინგიტი, ისე მალარია, პარტახტიანი ტიფი და შებრუნებითი ტიფი იწვევენ გარსების მომეტებულ გამავლობას. ამიტომ არის, რომ პროგრესიული სიღამბლის დროს ავადმყოფს ხელაფრად ხდიან ავად შებრუნებითი ტიფით, რომ ამ დროს სისხლში შეყვანილი Salvarsan-ის პრეპარატები გადავიდეს ტვინში. სალვარსანის პრეპარატებიდან დარიზსანის ძალიან მცირე ნაწილი გადადის ტვინში და liquor-ში. თუ ამ პრეპარატების თერაპეუტიული დოზებია ნახმარი, თუ დოზები დიდი. მაშინ ბევრად მეტი გადადის. აქედან ავტორები დასკვნაიან, რომ სითხეში ამა თუ იმ ნივთიერების გადასვლისათვის სისხლიდან გადაწვევები მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ამ ნივთიერების კონცენტრაციას სისხლში. ამ გარემოებას ისინი სხვათა შორის ამტკიცებენ თავის გამოკვლევებით, წამლობის მიზნით მიცემული ბრომის და იოდის გამოყოფის შესახებ ც. სპ. სითხეში. ავადმყოფებს ეძლეოდა თითქმის ერთნაირი დოზები ამ ორი მონათესავე ნივთიერებებისა. ბრომი აღმოჩნდა ყველა შემთხვევის liquor-ში ( $27-73\frac{1}{10}$  სისხლის კონცენტრაციისა), მაშინ როცა იოდი liquor-ში არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა ნახული; ამავე დროს სისხლში ბრომის კონცენტრაცია, რამოდენიმეჯერ მეტი იყო, ვინემ იოდის, რადგან ეს უკანასკნელი ძალიან მაღლ გამოიყოფა ორგანიზმიდან. თუ იოდის კონცენტრაციას ავწევთ სისხლში იმ დონემდე, როგორც იყო ბრომის, რაც ავტორებმა მოახერხეს ექსპერიმენტში, მაშინ იოდის გადასვლა liquor-ში ისევე ადვილი ხდება, როგორც ბრომის. აქედან ცხადი ხდება, რომ სისხლიდან ამა თუ იმ წამლის გადასვლისათვის ტვინის ნივთიერებაში ან liquor-ში, აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ამ წამლის საკმარისი კონცენტრაციის დაგროვება სისხლში. პრაქტიკული დასკვნები აქედან თავის თავად გამომდინარეობენ.

3. 6.

Zeitschrift für Kinderheilkunde. Ist die Rachitis eine gemischte (B+C) Avitaminose (Reyher)? von D-r Walther Schmidt.

არის თუ არა რახიტი ვიტამინების B და C ნაკლებობის შედეგი, როგორც ამას ატკიცებს Keyher-ი? ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად ავტორს მოყავს 18 რახიტიანი ავადმყოფების ისტორია. ზოგიერთი მათგანის რენტგენოგრაფია კი არის მოთავსებული. პირველი 12 შემთხვევაში იყო ნაცადი ჯერ ვიტამინური თერაპია და მერე, როცა ეს თერაპია არ იძლეოდა სასურველ შედეგს, ავტორი მიმართავდა ხოლმე კვარცის ლამპას (მთის მზე). მარტო პირველ

3 შემთხვევაში ვიტამინებით თერაპიას მოუტია კარგი შედეგი, მაგრამ ამ შემთხვევებში თავიდანვე ყოფილა მიდრეკილება მორჩენისაკენ. დანარჩენ შემთხვევებში კი თერაპევტიული ეფექტის მისაღებად ავტორს ყოველთვის დასჭირებია კვარცის ლამპისთვის მიმართვა. ამ უკანასკნელს 5—6 კვირაში ყოველთვის მოუტია დიდი გაუმჯობესება, როგორც კლინიკური, ისე რენტგენოლოგიური ცვლილებების. რადან Reyher-ი კვარცის ლამპის კარგ შედეგებს აწერს ვიტამინების გადელენას, რადან კვარცის ლამპით წამლობის დროს ავადმყოფების დეტა ჩვეულებრივად გაუმჯობესებულნი არიან. ავტორს (Schmidt-ს) მოყავს ორი შემთხვევა, სადაც ის განგებ აძლევდა კვარცის ლამპით წამლობის დროს უფიტამინო საკმელს (Tobler-milch-კონსერვით) და მიუხედავად ამისა 5—6 კვირაში აღნიშნულია დიდი გაუმჯობესება კარგად განვითარებული რახიტისა. დანარჩენ ოთხი შემთხვევიდან საინტერესოა ტყუპები M. და K. Gerling, ორივეს ჯონდა კარგად განვითარებული რახიტი. პირველ მათგანს ეძლეოდა Tobler-milch-ი (უფიტამინო) და კვარცის ლამპით წამლობა, მეორეს კი მარტო ვიტამინებით მდიდარი საკმელი. პირველს მალე დაეტყვა გაუმჯობესება და თითქმის მორჩა 5—6 კვირაში, მეორეს კი სანამ მეექვსე კვირაზე არ დაუწყეს კვარცის ლამპით გაშუქება არავითარი უკეთესობა არ ეტყობოდა.

საერთოდ ავტორს ის დასკვნა გამოჰყავს, რომ მისი მასალა არავითარ საბუთს არ იძლევა რახიტის ავტამინოზად ჩასათვლელად, მაშინ როცა პროფილაქტიკური და თერაპევტიული ღირებულება მთის მხით გაშუქებისა რახიტის დროს ეტეს გარეშე არის.

3. 6.

О методике десенсибилизации больных бронхиальной астмой помощью диатермии селезенки. Р. Я. Гасуль (Ленинград. Врачебное дело № 7 1926 г.)

F. Coké აღნიშნავს მრავალგვარ ვესტრაქტებს, რომელთა საშუალებით კანის რეაქციით ასტმატიკთა შორის აღმოჩენილი იყო ესა თუ ის ანაფილაქტოგენი (სენსიბილოგენი) Spillmann და de Lavergne თეთრ ლენოში (petit vin blanc) აღმოაჩინეს კიდევ ერთი ანაფილაქტოგენი. Astma bronchiale, აღნიშნება, როგორც სასუნთქავ აპარატის (ცენტრალურ ან პერიფერიულ) გადაჭარბებულ მგრძობიარობის სინდრომით მრავალგვარ გამაღიზიანებელთა მიმართ. ანაფილაქსია გამოხატავს საერთო დამცველ ბრძოლას განიხილ იმუნ ანტისხეულების, ანტიგენის წინააღმდეგ (Bauer). ასტმის თერაპიისთვის საჭიროა სენსიბილოგენის აღმოჩენა, რომელიც თუ გამოძევებული იქნა სხეულიდან ან მის ირგვლივ მყოფ გარემოდან, მაშინ ასტმის შეტევები შეჩერდებიან. როდესაც, გამოძევება შეუძლებელია ამ შემთხვევაში მიმართავენ აქტიურ დესენსიბილიზაციას (იმუნოზაციას) ანაფილაქტოგენების კანზე აცრით Walker, Dronet v. Leewen, Coké. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ასტმატიკები ძლიერ მიზიდულნი არიან ფიზიკურ, ქიმიურ და ფსიკურ გაღიზიანებაზე, რომლის დროსაც მათ მოსდით შეტევები. ამისდა მიხედვით საჭირო შეიქნა რაიმე საშუალების გამოძებნა ანტისხეულების პროდუქციის საერთო გასაძლიერებლათ, ე. ი. ანტი-ანაფილაქტოგენების და მით ასტმატიკების დესენსიბილიზაცია ყოველ ანაფილაქტოგენის წინააღმდეგ. ანტიგენთან ერთად ანტისხეულების წარმოშობა მთავარ აპარატს წარმოადგენს ელენთა Pfeifer, Marx, v. Vassermann. ელენთის აქტიური არტერიალური ჰიპერემია აძლიერებს ამის თვისებას Achoff Kuczinsky. ამ მოსაზრებით 1924 წ. ავტორს უწარმოებია ასტმატიკის ელენთის Diatermia.

დაკვირვება ყოფილა 13 შემთხვევაზე. ამჟამად ავადმყოფთა რიცხვი აღწევს 50. Diatermia ითვლება ფიზიოლოგიურ საშუალებათ აქტიურ ჰიპერემიით წამლობისას. შესაძლოა ამის ხმარება იმ დროს, როდესაც რენტგენოთერაპია წინააღმდეგ ნაქვენებია, ან როდესაც სხვა საშუალებები შედეგს არ იძლევა.

ექ. მ. 3—ტე.

„Клиника и патогенез белого дермографизма при скарлатине“. В. И. Молчанов. Ртсская клиника № 9 1925 г.

ავტორს შეუსწავლა თვითი დერმოგრაფიზმი თავის ქუთრთუშის 215 შემთხვევაში. 210-ში ეს რეაქცია ყოფილა დადებითი. ყველაზე მკაფიოდ რეაქცია ყოფილა ზურგზე, ბარძაყებზე და მუცელზე. რეაქციის სიძლიერე, ავტორის დაკვირვებით, დამოკიდებულია ავადმყოფის ასაკზე და თვით ავადმყოფის სიმძიმეზე და ხანაზე. ყველაზე ადვილად რეაქცია მიიღება 6—12

წლამდე. საშუალო და იოლი შემთხვევების მე-4—15 დღე დე. მძიმე შემთხვევებში ქუნთრუსა-  
 ზი თეთრი დერმოგრაფიზმი მარტო გამომთვლების ხანაში აქვს აღნიშნული ავტორს. თეთრი  
 დერმოგრაფიზმი მას უნახავს წითელას, დიფტერიტის მსგელოლობის დროსაც, რაც დიაგნოსტიკუ-  
 რი მნიშვნელობას ამ რეაქციისას ამკირებს. პროვოზსტიული მისი მნიშვნელობა კი ავტორის  
 აზრით ექვს გარეშეა. თუ მივიღებთ მხედველობაში, რომ მძიმე შემთხვევებში რეაქცია მარტო  
 გამომთვლების ხანაში აღინიშნება. თავის დაკვირვებების მიხედვით ქუნთრუსის დროს თეთრი  
 დერმოგრაფიზმს ავტორი არ თვლის სიმატიკოტონიის გამომხატველად და უყურებს მას, რო-  
 გორც უშუალო რეაქციის ანთებიდან გაფართოებული სისხლის მიღებისა მექანიკურ გალი-  
 ზიანებაზე.

J. 3.

„К вопросу о клинической классификации скарлатины“ Гальцов П. С. Русск. кли-  
 ника № 9 1925 г.

თუ ვიკონიებთ მხედველობაში 3 ფაქტორს ქუნთრუსისას: 1) ადგილობრივი და-  
 ზიანებას, 2) ამონაყარს, 3) ნერვულ სისტემის გალიზიანებას, ავტორი აღნიშნავს 3 ტიპს: scl  
 (scarlatina localis), sce (scarlatina exanthem) და sci (scarlatina cum intoxication)—  
 იმის და მიხედვით, თუ რომელი ამ ფაქტორებიდან სკარბობს, მომეტებულ შემთხვევაში  
 გზდება კომბინაცია ძირითადი ფორმების ქუნთრუსის. უკვე თვით სახელი scl, sce  
 მიგვიჩივებს კლინიკური სურათს, რაც შეეხება sci-ს, ეს გვაძლევს მოვლენებს როგორც ცენ-  
 ტრალურ სისტემის მხრივ (ალფოთებას, პირისღებინებას, კრუნჩხვას, მაღალ <sup>1</sup>), აგრეთვე ვე-  
 გეტატიურის მხრივ (თეთრი დერმოგრაფიზმი, ტახიკარდია). უპირველეს ყოვლისა მნიშვნელობას  
 ავტორი აძლევს თეთრ დერმოგრაფიზმს, რომელიც ითვლება მდმივ სიმპტომად ქუნთრუსის  
 დროს და არის შედეგი მოქმედებისა ვეგეტატიური სისტემაზე ან პირდაპირ ან შინაგანი სეკ-  
 რეციის საშუალებით. ყველა ზემოაწერილი ფორმებისაგან გაცილებით უფრო კარგ თვისებანი  
 არის sce, რომელიც იშვიათად იძლევა გართულებას, მაშინ როდესაც scl დროს ხშირია ოტი-  
 ტები, ლიმფადენიტები, sci—ნეფრიტები; სწორედ sci გვაძლევს მომეტებულ <sup>1</sup>/<sub>10</sub> სიკვდილიანო-  
 ბის. თავის კლასიფიკაციას ავტორი სთვლის სქემად, რომელიც მოათხოვს შემდეგში დამუშა-  
 ვებას.

J. 3.

О кровяном давлении при скарлатине у детей. Р. С. Рапсорт. Русск. клиника  
 № 9 1925 г.

ავტორს შესწავლია სისხლის წნევა ქუნთრუსის დროს. სულ მას ყოლია 249 ავადმყო-  
 ფი 3—15 წლ. მათში ყოფილან, როგორც ადგილი, ისე მძიმე და საშუალო სიმძიმის შემთ-  
 ხვევები. 70% საშუალო სიმძიმის შემთხვევებიდან I-ელ კვირაში აღნიშნულია სისხლის წნევის მო-  
 მატება, მომატება იმრნევა აგრეთვე მე-VI და მე-VII კვირაში (გამომრთვლების ხანა: მე-II, მე-VI  
 კვირამდე კი წნევა N, ან დაწეული, მომეტებულად მე-II კვირაში. მძიმე, ინტოქსიკაციით  
 მიმდინარე შემთხვევებში სისხლის წნევა დაწეულია 40% ყველაზე დიდი დაწევა არის მე-II  
 კვირაში, გამომრთვლების ხანაში კი მე-VI და მე-VII კვირაში სისხლის წნევა აქაც აწეულია.  
 ასეთ გართულებებს, როგორც ოტიტები, ლიმფადენიტები და სხვა, არ აქვთ გავლენა სისხლის  
 წნევაზე, ხაშინ როცა ნეფრიტები 82% შემთხვევებისა იწვევენ წნევის მომატებას, და რაც საინ-  
 ტერესოა დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით რამოდენიმე დღით უფრო ადრე, ვინც კლინიკური  
 სიმპტომები ნეფრიტისა გამოჩნდებიან. ეს სისხლის წნევის მომატება გრძელდება 6—8 კვირა  
 ხანდაზან თვეებიც, მაშინ როცა შარდის ცვლილებები უკვე აღარ არსებობენ. ურემული შეტე-  
 ვის წინ სისხლის წნევა განსაკუთრებულად იწვევა ზევით.

J. 3.

Zur Aetiologie des erythema nodosum. Von Herbert Koch. Zeitschrift für Kinderhei-  
 lkunde Band 40, Heft 5. Dezember 1925.

ავტორი სვამს საკითხს, თუ რამდენად მისი დაკვირვებების თანახმად მართლდება შეზე-  
 დულება Erythema nodosum-ზე, როგორც რემატიულ დაავადებაზე. ეპიდემიოლოგიურად  
 მისი Erythema nodosum-ის შემთხვევების 76% აღნიშნულია იანვრიდან ივნისამდე, დანარჩენი

24% ილისიდან დეკემბრამდე, მაშინ როცა polyarthritis-rheumatica თანაბრად არის განაწილებული მთელი წლის განმავლობაში. არც ერთ შემთხვევაში Erythema nodosum-ის აეტორს არ უნახავს სახსრების მხრივ რაიმე ცვლილება, რაც არ ეთანხმება Hegler-ის, დიდებზე აღნიშნულ, დაკვირვებებს. მაგრამ მოზრდილების ასაკში პოლიართრიტი საზოგადოდ ხშირია და ადვილი შესაძლებელია, რომ ის Erythema nodosum-ის დროსაც შეგზდეს. ტკივილები, რომელიც Erythema nodosum-ის დროს გვხვდება, სრულიად არ წააგავდა რევმატიზმის ტკივილებს. Erythema nodosum-ის ტკივილების მიზეზი პერიოსტიტი უნდა იყოს, ამბობს აეტორი და ამას ასაბუთებს ტკივილების ადრე დაწყებით სიღრმეში, სანამ კანზე ცვლილებები იქნება შემჩნეული და აგრეთვე ჰისტოლოგიური გამოკვლევით პერიოსტეუმისა ერთ შემთხვევაში, როცა Erythema nodosum-ის ჯავლის შემდეგ (1 თვე) ყოფილა ფეხზე ოპერაცია გაკეთებული. საერთო დასკვნა აეტორისა არის, რომ Erythema nodosum-ს არავითარი საერთო არ უნდა ჰქონდეს რევმატიზმთან.

### 3. 6.

მელოგინეთა სექტიური ცხელების წამლობა ალკოჰოლის დიდი დოზებით. (Zentralbl. f. gynek. 1926 წ. № 19 priv. Doz. Cüstner)

აეტორს 10 შემთხვევა გაუტარებია ალკოჰოლით წამლობის შემდეგნაირად: ავადმყოფისათვის უძღვეია დღეში დაახლოებით 1 1/2 ბოთლი პორტვინი და 1/2 ბოთლი კონიაკი, მხოლოდ რაოდენობას უფარდებდა ავადმყოფის ინდივიდუალურ მდგომარეობას, — სახელდობრ: თერაპევტიულ ზომით სთვლიდა იმ დოზას, როდესაც ავადმყოფი საკმარისად მთვრალი იყო.

8 განიკურნა, 2 მოკვდა; იმ უკანასკნელთ ვერ იტყუეს ალკოჰოლი, წინასწარვე წინააღმდეგი იყვნენ დაღვეის და თუ სვამდნენ უკან ამოსდიოდათ პირსაქმების სახით.

მისი აზრით ალკოჰოლი ამ შემთხვევაში კვების ბადლობას ეწვეა.

გარდა ამისა მას გაუკეთებია საშინჯით მიკრობებზე დაკვირვება: 6—8 საათის თერაპიულ სტატიში ყოფნის შემდეგ სტრუპტოკოკების რაოდენობა კონტროლ ბულიონში 1 cmm უდრიდა 10,000 ჩანასახს, 16 საათის შემდეგ 15,000 ჩანასახს; 24 საათ. შემდეგ იგივე 30,000 ჩანასახს. ე. ი. სტრუპტოკოკები უფრო გვიან მრავლდებიან. ამიტომ მას მიზანშეწონილად მიაჩნია ასეთი ცდების გაგრძელება.

### 6. ტურიაშვილი.

## გიგლიოზრახვის.

В. А. Шаак и Л. А. Андреев.—Местное обезболевание в хирургии. Ленинград 1926 г.

უკვე 40 წელიწადზე მეტია, რაც ქირურგიაში შემოღებულა ადგილობრივი ანესტეზია, რომელიც უწყვეტ კონკურენციას ზოგად ნარკოზს და ბევრ შემთხვევაში განდევნა კიდევ იგი. არ მოიპოვება ეზლა დედამიწის ზურგზე ისეთი კლინიკა, სადაც არ ცდილობდნენ, რაც შეიძლება გააფართოვონ ჩვენებანი და სფერო ადგილობრივი ანესტეზიის გამოყენებისა. არსებობს კლინიკები, სადაც 80% ყველა ოპერაციებისა ტარდება ადგილობრივი ანესტეზიით. ჩვენი კლინიკაშიაც იგი თანდათან ამცირებს ზოგადი ნარკოზის ჩვენებას და 1925 წლის განმავლობაში 65% ყველა ოპერაციებისა ჩატარდა ადგილობრივი ანესტეზიით. თანამედროვე დოსტაქრები ზოგადი ნარკოზს მიემართათ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, სადაც ადგილობრივი ანესტეზიის გატარება ტექნიკურად ან სხვა საფუძვლიანი მოსაზრების გამო არ შეიძლება. ადგილობრივი ანესტეზიის სათანადოდ გასატარებლად და ავადმყოფების მიერ მისდამი და დოსტაქრისადმი ნდობის დამსახურებისათვის და გაძლიერებისათვის საჭიროა ექიმს ჰქონდეს საკმარისი თეორეტიული ცოდნა და ტექნიკური დახელოვნება. სწორედ ამ მოსაზრებით დიდი ყურადღების ღირსია პროფ. შააკის და მისი ასისტენტის ანდრეევის მიერ რუსულ ენაზე შედგენილი წიგნი ზემოაღნიშნული სათაურით. რუსულ ენაზე ძველად გამოცემული Бердяев-ის და Braun-ის წიგნის თარგმანი ამ საკითხის შესახებ დაძველდნ და სწორედ ამ ნაკლს ავსებს Шаак-ის წიგნი. იგი შეიცავს 220 გვერდს, მათ შორის 88 გვერდი სურათებს უკავია და ღირს 3 მან. 75 კაპ. სურათები მკითხველს უადვილებენ ტექსტის გაგებას, შეთვისებას და მისი მიხედვით მას შეუძლიან ცხოვრებაში სისწორით გაატაროს ესა თუ ის მეთოდი ადგილობრივი ანესტეზიისა. ავტორები თავიანთ წიგნში ეხებიან ადგილობრივი ანესტეზიის ყოველივე სახეს დაწყებული მარტივი ინფილტრაციული ანესტეზიიდან რთულ-ხერხემლის საკრალურ-პარასაკრალურ-პარავერტებრალურ და სხვა მეთოდებამდე. ვინც ქირურგიით დაინტერესებულია და სურს მოიპოვოს ავადმყოფების ნდობა—მისთვის ეს წიგნი აუცილებლად საჭიროა, რადგანაც მისი საშუალებით ახალგაზრდა ექიმსაც შეუძლიან სრულიად უმტკივნელოდ გაატაროს მრავალი ოპერაციები, როგორც მარტივი, ისე რთული.

მე პირადად არ ვეთანხმები ავტორებს ხერხემლის ტინის ანესტეზიის შეფასებაში. ეს ანესტეზია მათ მიაჩნიათ საშიში მეთოდით. ჩვენი პირადი დაკვირვება კი (ათას შემთხვევაზე მეტია) და სხვა ლიტერატურული წყაროები (მაგ., Юдин—о спинно-мозговой анестезии) გვიმოტკივებენ, რომ ეს მეთოდი სათანადოდ გატარებული ისეთივე მარტივი და არა სახიფათოა, როგორც ადგილობრივი ანესტეზიის სხვა გავრცელებული მეთოდები—ინფილტრაციული და რეგიონარული.

პროფ. გ. მუხაძე.



## ქ რ მ ნ ი პ ა.

■ ტფილისის უნივერსიტეტის რექტორად არჩეულია თედო ლლონტი. გამგეობის წევრებად პროფ. პ. მელიქიშვილი, გრ. მუხაძე, ა. რაზმაძე, კ. კეკელიძე, შალვა ნუცუბიძე; ლექტორები ივ. ყიფშიძე, ერქომაიშვილი, კ. სულაქველიძე, ი. თალაკვაძე, კანდიდატებად ექ. ნ. ყიფშიძე და ცხაკაია.

■ ტფილისის უნივერსიტეტის პრორექტორებად განათლების სახალხო კომისარიატის განკარგულებით დანიშნულნი არიან პროფ. კეკელიძე, პროფ. ნუცუბიძე და ი. თალაკვაძე.

■ ჯანმრთელობის კომისარის თავმჯდომარეობით ამჟამად მუშაობს საგანგებო კომისია უნივერსიტეტის საექიმო ფაკულტეტის რეორგანიზაციის შესახებ. ამ კომისიაში მონაწილეობას ღებულობენ პროფ. გრ. მუხაძე, პროფ. ა. ნათიშვილი და უმცროს მასწავლებლების წარმომადგენლები შ. მიქელაძე და ნ. ყიფშიძე.

■ ტფილისის უნივერსიტეტის პედაგოგიური ფაკულტეტის დეკანად დანიშნულია ლექტორი კ. სულაქველიძე, სოციალ-ეკონომიურის—ერქომაიშვილი.

■ უმცროს მასწავლებლების წარმომადგენლებად უნივერსიტეტის საბჭოში არჩეულნი არიან ამხ. შ. მგალობლიშვილი, ი. ლომაური, ა. წერეთელი, ივ. ყიფშიძე და ნიკ. ყიფშიძე.

■ მე-XII ინტერნაციონალური კონგრესი ფიზიოლოგებისა შესდგება სტოკჰოლმში. ოფიციალურ ენებად გამოცხადებულია გერმანული, ფრანგული, ინგლისური და იტალიური.

■ 1925 წლის პირველ ნახევარში სიკვდილიანობამ იკლო თითქმის ვეროპის ყველა ქალაქებში. ლენინგრადი იძლევა სიკვდილიანობის დაკლებას 7,2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, ტუბერკულოზისაგან სიკვდილიანობა ყველაზე ნაკლებია ამსტერდამში—101, ლონდონში—117, ყველაზე დიდია ბუდაპეშტში—343, ლენინგრადში—330, პარიზში—303 და მადრიდში—291.

■ ინფექციური ავადმყოფობანი რუსეთში 1925 წლის ანგარიშით კლებულობენ თანდათან. პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფების, შედარებით წინა წლებთან, შესამჩნევად ნაკლები შემთხვევებია. 1925 წელს პარტახტიანი ტიფით ავადმყოფთა რიცხვი ნაკლები იყო, ვიდრე 1923 წელს, შებრუნებითი ტიფი კი იძლევა ისეთივე რიცხვს, როგორც ომამდის. მუცლის ტიფი და ნაწლავთა ავადმყოფობანი უკანასკნელ წლებში არ მატულობს. შესამჩნევად იმატა ამ წელს წითელამ და ქუნთურუშამ. ყვავილი თანდათან კლებულობს. მთელ კავშირში იყო აღნიშნული გრიპის დიდი გავრცელება. მალარია მ იკლო შედარებით წინა წლებთან, მაგრამ მაინც საკმარისად დიდი რიცხვია ამ ავადმყოფებისა. იყო აგრეთვე აღნიშნული ხოლერა (როსტოვში) და შავი ქირი; ძრიელ იმატა ავადმყოფთა რიცხვმა ცოფიანი ცხოველებით ნაკებნმა.

■ ინჟინერმა კალინინმა გამოიგონა აეროპლანი სანიტარული მიზნების განსახორციელებლად. აეროპლანზედ არის ორი ადგილი ავადმყოფისთვის, ერთი ექიმისთვის, ავთიაქი, შესახვევი მაგიდა და ინსტრუმენტებისათვის ცალკე ადგილი. რუსეთის წითელმა ჯვარმა შეუკვეთა რამოდენიმე ცალი ასეთი აეროპლანებისა.

■ ხარკოვის სან.-ბაქტერ. ინსტიტუტის და ხარკოვის რენტგენ. აკადემიის მიწვევით პროფ. Lacassagne-მა (პარიზში Curie-ის ინსტიტუტის დირექტორის თანაშემწე) წაიკითხა რამოდენიმე მოხსენება რადიუმის მოქმედების შესახებ ორგანიზმზე. Lacassagne-ით ეპიდემიოლოგი კირჩხიბის წამლობა რადიუმით იძლევა ძრიელ კარგ შედეგებს (84% გაჯანსაღებისა), დანარჩენი შემთხვევები (casus inoperabilis) მისი აზრით იძლევიან 12<sup>0</sup>/<sub>100</sub> მორჩენილთა. Curie-ის ინსტიტუტს აქვს ამჟამად დიდი რაოდენობა რადიუმისა (8 გრამი), იქ ფართედ არის დაყენებული წამლობა, მხოლოდ წინასწარი ბიოასისის შემდეგ მიმართავენ ხოლმე რადიუმით წამ-

ლობას. პროფ. Lacassagne-ი არავითარ მნიშვნელობას არ აძლევს სეროლოგიურ მეთოდებს კირჩხიბის დიაგნოსტიკაში.

■ საქართველოში დაბრუნდა საფრანგეთიდან 1 წლის სამეცნიერო წარვლინების შემდეგ პრივ.—დოცენტი შ. მიქელაძე.

■ ამჟამად საფრანგეთში ხანგრძლივ სამეცნიერო წარვლინებაში იმყოფებიან: ჰიგიენის კათედრასთან დატოვებული გ. ელიავა, ლიბანის სანატორიუმის გამგე—ნ. გვეგეჭკორი, ყოფილი ორდინატორი ივ. გველესიანი. გარდა ამისა, ამჟამად მოკლე ვადიან წარვლინებაში არიან საფრანგეთში—პროფ. გ. ლამბარაშვილი, ლექტორი ვ. მუსხელიშვილი და ჭირურგის დოქტორი—ალ. წულუკიძე.

■ 1925 წელს ინგლისში იყო 1157 შემთხვევა სიკვდილიანობისა ეპიდემიური ენცეფალიტისაგან.

■ ბათომში თავი მოიკლა ცნობილმა ექიმმა კანდრატი მხეიძემ. განსვენებული ჯერ კიდევ არ იყო მოხუცებული. იგი დიდად ცნობილი ექიმი იყო დასავლეთ საქართველოში და უნდა აღინიშნოს, რომ იგი იყო პირველი ქართველი უროლოგი. მისი ნეკროლოგი იქნება დაბეჭდილი შემდეგ ნომერში.

■ გამოვიდა მკურნალ ი. ასლანიშვილის შემდეგი წიგნები: 1) ჩიყვი სვანეთში—მრცხელობითი მასალა, პროფ. ა. მაკეაურიანის წინასიტყვით, 35 სურათით. 64 გვ. ფ. 1 მან.. 2) Зоб в Сванетии—статистический материал с предисловием проф. А. Мачавариани. 35 рис. 64 стр. н. 1 р. 3) ექსპედიცია სვანეთში—მოგზაურობის მიმოხილვა, პროფ. ალ. ჯავახიშვილის წინასიტყვით და პ. დვალის „სვანეთის ბიბლიოგრაფიის“ დართვით; 80 სურათით, 140 გვ. ფ. 1 მან.





# 1925 წლ. სტატისტიკა.



შ ე ნ შ ე ნ ა

| სარეგისტრაციო პერიოდის დასაბუთების სახელი და პერიოდი | საბრუნავი უკან | საბრუნავი წინ | მთაწითე |         |         |     |              |    | % მთლიანი მოსახლეობის მიხედვით | % მთლიანი მოსახლეობის მიხედვით | საბრუნავი უკან | საბრუნავი წინ | საშუალო პერიოდის |      |      |      |      |      |      |      |
|--|----------------|---------------|---------|---------|---------|-----|--------------|----|--------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------|------------------|------|------|------|------|------|------|------|
|  |                |               | კარგად  | საშუალო | უკარგად | არა | დაზარალებული | ი  |                                |                                |                |               | ქალი             | კაცი | ქალი | კაცი | ქალი | კაცი | ქალი | კაცი |
|  |                |               |         |         |         |     |              |    |                                |                                |                |               |                  |      |      |      |      |      |      |      |
| 1. მთლიანი   | 65006          | 3             | —       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | 6                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 2737           | 9             | 2       | 4       | —       | —   | 1            | —  | —                              | 2                              | 3              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 2. მთლიანი   | 71812          | 5             | 2       | 2       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 10153          | 7             | 3       | 3       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 3. მთლიანი   | 60700          | 3             | 1       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 4591           | 4             | —       | 1       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 5112           | 3             | —       | 1       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 4. მთლიანი   | 171295         | 12            | 6       | 4       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 9236           | 17            | 11      | 4       | 2       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 7018           | 3             | 3       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 3913           | 5             | 4       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 4334           | 5             | 2       | 2       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 5. მთლიანი   | 56848          | 4             | 3       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 1540           | 4             | 1       | 1       | 2       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 6. მთლიანი   | 90892          | 14            | 6       | 2       | 3       | 1   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 9176           | 9             | 3       | 4       | 1       | 1   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 7. მთლიანი   | 134196         | 14            | 8       | 4       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 4192           | 7             | 2       | 4       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 5600           | 1             | 1       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 1523           | 2             | 2       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 8. მთლიანი   | 141204         | 33            | 16      | 1       | 1       | 1   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 23866          | 618           | 307     | 239     | 84      | 76  | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 1391           | 1             | 1       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 12044          | 5             | 5       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 10. მთლიანი  | 49241          | 4             | 4       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 1575           | 3             | 2       | 1       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 11. მთლიანი  | 125728         | 5             | 5       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 4225           | 7             | 6       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 908            | —             | —       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 12. მთლიანი  | 72538          | 4             | 3       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 3860           | 6             | 4       | —       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 13. მთლიანი  | 112249         | 7             | 6       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 7629           | 12            | 10      | 1       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 7077           | 1             | —       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 14. მთლიანი  | 125039         | 9             | 9       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 11356          | 11            | 4       | 5       | —       | 2   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 4324           | 9             | 8       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 729            | —             | —       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 15. მთლიანი  | 230331         | 25            | 26      | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 45290          | 57            | 54      | 1       | —       | 2   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 1947           | 3             | 5       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 6423           | 13            | 13      | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 1842           | 2             | 2       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 16. მთლიანი  | 175078         | 16            | 10      | 4       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 3243           | 6             | 6       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 4992           | 3             | 3       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 17. მთლიანი  | 71957          | 8             | 2       | —       | 5       | 1   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 63810          | 16            | 12      | 14      | 10      | 14  | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 18. მთლიანი  | 149297         | 11            | —       | —       | 6       | —   | 7            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 17436          | 64            | 7       | 3       | 28      | 8   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 2843           | 2             | —       | —       | 1       | 1   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 3909           | 5             | 2       | 2       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 330            | 1             | —       | —       | 1       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| 19. მთლიანი  | 78492          | 3             | —       | —       | —       | —   | —            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| საქართველო   | 4343           | 10            | 1       | 1       | —       | 5   | 2            | —  | —                              | —                              | —              | —             | —                | —    | —    | —    |      |      |      |      |
| სულ საბრუნავი  | 249732         | 1392          | 702     | 338     | 192     | 114 | 6            | 70 | 1307                           | 100%                           | 100%           | 321           | 439              | 408  | 193  | 35   | 274  | 16   |      |      |
| საქართველო   | 100024         | 171           | 111     | 19      | 21      | 6   | 1            | 13 | 1168                           | 1287                           | —              | 18            | 159              | 18   | 28   | —    | 7    | 13   |      |      |
| საქართველო   | 50228          | 1211          | 951     | 279     | 171     | 108 | 5            | 57 | 414                            | 9763                           | —              | 308           | 289              | 349  | 165  | 35   | 267  | 8    |      |      |

\*) აქვეან იხი აქვანი  
 \*\*) სახი  
 \*) ამ საბრუნავის მოსახლეობის საერთო რაოდენობის მიხედვით 1924 წელი.  
 \*) ამ საბრუნავის მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით საერთო რაოდენობის მიხედვით 1923 წელი.  
 \*) ამ საბრუნავის მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით საერთო რაოდენობის მიხედვით 1923 წელი.

\*) საქართველოს საბრუნავის რაოდენობის მიხედვით 1925 წლის მარტი.