

1926



გამოცემის წელი მესამე.

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

**№ 8**

ა ბ ვ ი ს ტ ო

1926



ტფილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიუმის გამოცემა

ტ ფ ი ლ ი ს ი

# მიიღება ხალის მოწერა 1926 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

## „თანამედროვე მედიცინა“

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

ჟურნალში შექმდები განყოფილებები:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრივი მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეზერვატივი, ბიბლიოგრაფია და ძრონია.

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

ჟურნალის ფასი: 1 წლით . . . . 10 მან.  
 $\frac{1}{2}$  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.  
15/VII—26. შუკ. № 8555/1389. მთავარლიტი № 1051. დაიბეჭდა 650.

გამოცემის წელი მესამე.

# თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალი

ფ. 215

№ 8

აგვისტო

1926



ცდილის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებლთა კოლეგიის განცემბა

ტფილისი



ზ ი ნ ა ა რ ს ი

1. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:

1. შუბლაძე ნ. ქ. ტფილისის გოგირდის წყლები და მათი სამკურნალო მნიშვნელობა, და ტფილისი, როგორც კლიმატიურ-საბალნეოლოგია მნიშვნელობის ადგილი . . . . .	561
2. დეკანოზიშვილი მ. კუმისის ტბის სამკურნალო ტალახი . . . . .	586
3. გეგეჭკორი ნ. Weisz-ის უროქრომოგენური რეაქციის და Matefy-ის რეაქციის შედარებითი შეფასების საკითხისათვის ტუბერკულოზურ ავადმყოფებზე . . . . .	597
4. ნანეიშვილი პ. ნაწილობრივი ხონდროდისტროფიის Chondrodystrophia partialis კაზუსტიკისათვის . . . . .	600
5. ყიფშიძე ს. და რუხაძე ა. ზედაკიდურის სიმპატიური ნერვული სისტემის სპაზმის სინდრომი და Leriche-ის ოპერაციის შედეგი ამ სინდრომის დროს . . . . .	612
6. გოცირიძე ა. სრულიად საკავშირო ფსიქიატრთა და ნევროპათოლოგთა პირველი კონფერენციის შედეგები . . . . .	622
7. ფარცვანიძე მ. Piroplasmosis caprae და pleuro-pneumonia infectiosa caprae საქართველოში . . . . .	632
8. ანთელავა ნ. ფილტვების ქლექის ქირურგიული წამლობის საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა . . . . .	636
9. ერქომაიშვილი ი. Leriche-ს ოპერაციის შედეგი კლინიკის მასალის მიხედვით . . . . .	643
10. ოთხმეზური ვ. Gastroenterostomia-ს შორეული შედეგის შესახებ . . . . .	652
11. ქრონიკა . . . . .	657



## ექიმი ნ. შუბლაქაძე.

ფიზიო-თერაპევტიული ინსტიტუტის ორდინატორი.

### ქ. ტფილისის გოგირდის წყლები და მათი სამკურნალო მნიშვნელობა, და ტფილისი, როგორც კლიმატიურ-საბალნეოლოგიურ მნიშვნელობის ადგილი.\*)

საერთოდ წყლით მკურნალობის მოკლე ისტორიული მიმოხილვა.

ფიზიკურ მეთოდით მკურნალობამ უკვე საპატიო ადგილი დაიკავა საექიმო მეცნიერებაში და შეუჩერებლად ფართოვდება მისი მნიშვნელობა მრავალ სხვა და სხვა ავადმყოფობათა საწინააღმდეგოთ. ჰაერი, წყალი, მზე, ელექტრონი, ტალახი—აი ბუნების მიერ კაცობრიობისათვის ნაჩუქარი განძეულობანი, რომლებიც დღეს საუკეთესო საბრძოლველ იარაღებს წარმოადგენენ ადამიანის მრავალ სენისაგან დასალწევად. ბუნების მკურნალ ძალებთან შორის ერთი საუკეთესოდ ადგილი უჭირავს დღეს წყალს. ამ განძეულის მეცნიერულად მოხმარებით დღეს მრავალი სნეულებანი ინკურნება და ხშირად სასწაულს ახდენს იქ, სადაც მეცნიერების მიერ გამოუმუშავებული ფარმაკოლოგიური საშუალებანი უძლურობას იჩენენ. წყლის გამოყენების ისტორია, როგორც სამკურნალო საშუალება, ადამიანის სნეულების წინააღმდეგ ისე ძველია, როგორც თვით კაცობრიობის ისტორია. ექიმი მარტინი ბალნეოლოგიის ისტორიაში ამბობს: „მას მერმედ, რაც ადამიანმა გააღმერთა ბუნების ზოგიერთი ძალები და ამრიგად ჩაუყარა საფუძველი სარწმუნოებას, პირველად ყოველისა წყალი გამოიყენა მან კულტის და მკურნალობის მიზნით“. ძველ დროიდანვე ცნობილი იყო წყალი, როგორც სამკურნალო საშუალება, მაგალითად, ძველათ საბერძნეთში არსებობდა მრავალი აგარაკები, სადაც მოიპოვებოდნენ ცხელი წყაროები, მაგ. ჰიმერა (სიცილიაში) და თერმოპილესი. ამ აგარაკებს მრავალი ავადმყოფები ეტანებოდნენ სხვადასხვა სენისაგან განსაკურნავად. რომაელების ცხოვრებაში წყლის აბაზანების მიღება ხდებოდა სათანადო ცერემონიით. იშვიათად ნახავდით რომაელის ოჯახს, რომ მათ არ ჰქონოდათ მოწყობილი აბაზანა არა მარტო ჰიგიენურ მიზნით, არამედ სამკურნალო მიზნითაც. საუბედუროდ, შემდეგში, პატრიცემა წყლისადმი და მისი გამოყენება სამკურნალო მიზნით დავიწყებას მიეცა, ხოლო საშუალო საუკუნის შემდეგ წყლით მკურნალობის საქმეს კვლავ მიეცა ყურადღება. მე-XVIII საუკუნეში უკვე იცოდნენ, თუ რა დიდი სამკურნალო მნიშვნელობა ჰქონდა ზღვის

\* ქართული ფიზ. თერაპევტ. და რენტგენოლოგია საზოგადოებაში.

თანამედროვე მედიცინა № 8—1926.





წყალს. მაგრამ ძველ დროის წყლით მკურნალობის სუსტ მხარეს შეადგენდა ის, რომ წყლით მკურნალობა არ იყო დაყენებული მეცნიერულად.

არ იცოდნენ სისწორით, თუ რომელ ავადმყოფობის დროს იყო ნაჩვენები, ისეთი სამკურნალო საშუალებების დანიშვნა, როგორც არის წყალი. ამით, რასაკვირველია, სარგებლობდნენ მრავალი, საექიმო დარგში უფიცი ხალხი, და წყლით მკურნალობას უნიშნავდნენ ყველანაირ ავადმყოფობის დროს. რასაკვირველია, ამით სარგებლობის მაგიერ, ხშირად ავადმყოფობის მდგომარეობის გაუარესებას იწვევდნენ და სახელს უტეხდნენ წყალს, როგორც სამკურნალო საშუალებას. მაგრამ, შემდეგში, რასაკვირველია, ნელის ნაბიჯით, მაგრამ მინც წყლისადმი ყურადღება კვლავ გამოცდილ ექიმების ხელში გადადის. მათ შექმნეს მთელი მოძღვრება წყლით მკურნალობის შესახებ, რომელთაც ბევრი მიმდევარი ჰყავდათ და ჰყავთ. თანამედროვე წყლით მკურნალობის მამამთავრებათ ითვლებიან პრის-ნიცი და კნეიპი.

ხოლო შემდეგში პროფ. Winterniz-მა თავის წიგნში: „Hydrotherapie auf physiologischer und clinischer Grundlage“ თი საფუძველი ჩაუყარა რაციონალურ ნიადაგზედ წარმოებულ წყლით მკურნალობას და ამით უჩვენა მან ახალი გზა, მეცნიერული, რომლითაც უნდა იაროს და დადის კიდევაც შემდეგში წყლით მკურნალობის საქმე.

### ბვილ. გოგიჩაძის წაღების გეოგრაფიკული მდგომარეობა.

ვინაიდან ჩვენი განხილვის საგანს წარმოადგენს ტფილისის გოგიჩაძის წყლები, ამიტომ ჩვენ აღვწერთ მხოლოდ წყლით მკურნალობის ერთ მხარეს—სახელდობრ მინერალურ თბილი წყლის—აბაზანას სახით გამოყენების შესახებ სხვა და სხვა ავადმყოფობის დროს. გოგიჩაძის თბილი წყლები მდებარეობენ ქალაქ ტფილისში, მის ძველ ნაწილში, საიდანაც ისტორიულ ცნობების მიხედვით დაიწყო თვით ქალაქ ტფილისის შენება. ეს იყო მე-5 საუკუნის მე 2 ნახევარში, ვახტანგ გორგასლანის მეფობის დროს. საქართველოს მეფის რეზიდენცია ვახტანგ გორგასლანამდე, ე. ი. 469 წლამდე იმყოფებოდა ქ. მცხეთაში. სახელოვან მეფეს ეკუთვნის ქ. ტფილისის გაშენება. ისტორიულ ცნობის მიხედვით ძველად, ქ. ტფილისის ადგილას, იყო ვაჟვალი ტყე. ამ ტყეში ნადირობის დროს მეფე ვახტანგ გორგასლანმა მიუტია ხოხობს ქორო და თვითონაც ცხენით გაეღვენჯა. ნახა, რომ ორივე ფრინველი ჩაეარდნლიყო და მოხარშულიყო ცხელ წყალში, ე. ი. ამ უამადაც არსებულ მთის ძირას გამომდინარე ცხელი გოგიჩაძის წყლებში. მეფეს მოეწონა ეს წყლები და შემოავლო მას გალავანი და ამრავალ ჩაუყარა საფუძველი ქ. ტფილისის გაშენებას. ქ. ტფილისის გოგიჩაძის წყლების სამკურნალო მნიშვნელობა დიდი ხანია ცნობილია ჩვენში. საქართველოს მეფეების მიერ, რომელთა სატახტო ქალაქად და სარეზიდენციო ადგილათ ითვლებოდა ქ. მცხეთა, ხშირად ჩამოდიოდნენ ამ გოგიჩაძის წყლებზე და ლებულობდნენ მას აბაზანების სახით. ამ მიზნით მათ გოგიჩაძის წყლების გამოსავალ ადგილას გაშენებული ჰქონდათ ციხე-დარბაზები. გოგიჩაძის წყლები გაკვრით აღწერილი აქვს აგრეთვე თავის გეოგრაფიულ აღწერაში ვახუშტ ბატონიშვილს.

მეცნიერული გამოკვლევანი ტფილისის გოგირდის წყლებისა ეკუთვნის აბი-  
ხის კომისიას, რომელმაც დაწვრილებით შეისწავლა გოგირდის წყლების მიდა-  
მოს გეოლოგიური მხარე: 1909 წელში კავკასიის სამთო სამმართველოს დავა-  
ლებით, როდესაც გოგირდის წყლები მიჩნეული იქნა საზოგადოებრივი მნიშვნე-  
ლობის წყლებათ, სამთო ინჟინერ კონიუშევსკის და მარკშეიდერ კარნიცის  
მიერ შემუშავებული იქნა ტფილისის გოგირდის წყლების რაიონის დაცვითი  
გეგმა. გოგირდის წყლები, რომლებიც გამომდინარეობენ მტკვრის მარჯვენა მხა-  
რის მიდამოებიდან, შეადგენენ გამოსავალთა მთავარ 3 ჯგუფს. მათ შორის ყვე-  
ლაზე მეტი წყაროთა რაოდენობით და წყლის დებიტიითაც, უკავია ჩრდილო  
აღმოსავლეთით მიმართულ მოედანს, რომელიც გაჭიმულია ორბელიანის და ხა-  
ლათოვის წყაროებთა შორის. მე-II ჯგუფს ეკუთვნის წყაროები, რომლებიც მდე-  
ბარეობენ სეიდაბადის მიდამოში, ხოლო მე-III ჯგუფს შეადგენენ თამაშევის  
აბანოების და ენფიაჯიანცის ეზოს წყაროები. ასეთი დაყოფა წყაროებისა არის  
წმინდა გარეგნული. იმავე აბიხის აღწერით, გოგირდის წყაროების მთავარი გა-  
მოსავალი ალაგები მდებარეობენ ეგრედ წოდებულ თერმალურ ღვედში, რომლის  
მიმართულება უდრის ჩრდილო აღმოსავლეთის 62° — სიგანით 30 საეენი. ძველად  
თერმალური ღვედი იყო უფრო ფართე, ვიდრე ამჟამად არის, რასაც ამოწმებს წინედ  
მომქმედ წყაროების მრავალი სადინარები, რომლებიც მრავლად გვხვდებიან ჩვენ  
ჩრდილო აღმოსავლეთით სეიდაბადის მალობების ფერდობებზე. ყოველ ექვს გა-  
რეშეა, რომ გადიქრას აღნიშნულ მალობების ფერდობები, სიღრმეში შეიძლება  
შეგვხდეს გოგირდის წყლების წყაროები. საერთოდ რომ ვსთქვათ, ერთის მხრივ,  
დაბახნის და მირზოევის ქუჩას და მეორე მხრივ, მდინარე მტკვარის და სეიდ აბადის  
მალობის ფერდობს შორის გაჭიმული მოედანი, წარმოადგენს თერმალურ  
რაიონს, სადაც შეიძლება გამოჩნხულ იქნეს გოგირდის წყლების მთავარი გამო-  
სასვლელი ალაგები.

გოგირდის წყლების მთავარ საბუდარ ადგილის — სეიდ-აბადის მალობის  
ნიადაგი შესდგება უმეტეს ნაწილად ტუფოგენურ ჯიშიდან — ტუფოსილასა და  
ტუფოკონგლომერატისაგან. აბიხის აზრით, აღნიშნული ნივთიერებანი წარმოად-  
გენენ მალობების ზედაპირებზე ამოხეთქილ ძველ დროის ვულკანურ მასსებს.  
სეიდ-აბადის მალობის ტუფოსილასა და ტუფოკონგლომერატებს შორის გვხვდ-  
ება სლანცის თიხის ჯიშის 3 ფენა 2 - 4 საეენის სიმაღლით. სხვათა შორის უკა-  
ნასკენლ ფენის ზეეთა ნაწილი წარპოდგენილია შავი კირთიხოვან, ნაწილობრივ  
ზოლიბიან სლანცით, ძლიერი ბიტუმიწოზურ ხასიათის, რომელხედაც დარჩენი-  
ლია თევზების ანაბეჭდები.

გოგირდის წყლები ორნაირია: თბილი და ცივი. წყლის მინერალო-  
ბა, კონიუშევსკის აზრით, სრულიად დამოკიდებულია იმ ნიადაგიდან, რომ-  
ელშიაც გოგირდის წყლებს უხდება გავლა, ვიდრე ის დედამიწის ზედაპირზე  
ამოვიდოდეს. განსაკუთრებული თვისება ტფილისის გოგირდის წყლებისა მდგო-  
მარეობს იმაში, რომ ეს წყლები შეიცავენ გაზს „მეტანს“. ამ გაზს გოგირდის  
წყლები ღებულობენ ბიტუმიწოზურ ნიადაგიდან, როდესაც მის სისქეში აღნიშ-  
ნულ წყლებს უხდება გავლა. აბიხის ცნობით, გოგირდის წყლების გამოსავალ  
რაიონში, დაბახანის ბიტუმიწოზურ ჯიშის, ნიადაგი ბნელ-წითელ გახურების



შემდეგ, კარგავს 11,207% მჭროლავ ნივთიერებებს, რომელთა შორის ნიშნა „მყარალი გოგირდოვანი ორთქლი“. ცხელ გოგირდის წყლის მშრალი ნარჩენი ერთ ლიტრ წყალზე უდრის 0,3 გრამს. ამრიგად გოგირდის წყლები, გამოძინარე მტკერის მარჯვენა მხარეზე, ეკუთვნიან ინდიფერენტულ ტიპის თერმებს— ე. წ. გოგირდლტუტოვან ჯგუფს, ვინაიდან გოგირდის წყალში, განზავებული მარილებიდან, ყველაზე მეტი რაოდენობას შეადგენენ ქლორიანი, გოგირდოვანი და ნახშირმჟავას ნატრიუმები.

თუ როგორ წარმოიშვა გოგირდის წყაროები— ამის შესახებ არსებობს რამოდენიმე თეორია. ინჟინერ-გეოლოგს კონიუშევსკის მოჰყავს ორი მოსაზრება გოგირდის წყლების წარმოშობის შესახებ. პირველი მოსაზრება: რომ ვსთქვათ, თითქოს ქ. ტფილისის გოგირდის წყლები ვადოზოვურ (ე. ი. ზერულე ნაპირის დედა-მიწისა) წარმოშობის არის, მაშინ უნდა დაუშვათ ის მოსაზრება, რომ ატმოსფერული დანალექი, რომლიდანაც გოგირდის წყლები წარმოიშვება, იწრიტებიან ქ. ტფილისის გარეთ, სადმე პალეოზებში, 1000 მეტრის სიღრმეზედ, ვინაიდან ქ. ტფილისის გეოთერმიულ გრადიენტის საშუალო რაოდენობის და საშუალო წლიური ტემპერატურის დროს— (ქ. ტფილისის გეოთერმიული გრადიენტის საშუალო რაოდენობა და საშუალო წლიური  $t^{\circ} = 12,8^{\circ}\text{C}$ ) რომ წყალი გაცხელდეს  $48^{\circ}\text{C}$ , საჭიროა ამ წყლის უკანვე ამოსვლა სიღრმიდან იმდენივე მანძილით, რამდენიც მან განელო ზევიდან ქვევით სიღრმეში ჩასვლის დროს, ე. ი. 1000 მეტრი. გოგირდწყალბადის გაჩენას კი ხსნიან იმით, რომ ბიტუმინოზურ ნიადაგს აქვს თვისება აღადგინოს ნახშირწყალბადი, როდესაც მის სისქეში გადიან წყლები.

კონიუშევსკი კი ამბობს, — ტფილისის გოგირდის წყლების წარმოშობა რომ იყოს ისეთი, როგორც აღვნიშნეთ ზევით, მაშინ, იმის გამოისობით, რომ გოგირდის წყლები გზის გველ მანძილს გაიარებენ ხოლმე და იმავე დროს ხელს უწყობს მათ— ქ. ტფილისის მაღალი ტემპერატურა (წლიური გრადიენტი  $12,8^{\circ}\text{C}$ ) გოგირდის წყლების ბინერალიზაცია უნდა იყოს მეტი, ვიდრე აქამად არის მისი შემადგენლობა. დასამტკიცებლად ამ აზრისა, კონიუშევსკი ადარებს ცხელ გოგირდის წყლებს ციესას და ამბობს, თუმცა ქ. ტფილისის ნიადაგში შედარებით ცივი გოგირდის წყლების ცირკულიაცია ნაკლებია, მაინც ისინი შეიცავენ მეტ გახსნილ მარილებს, ვიდრე ცხელი გოგირდის წყლები. ყველაზედ უფრო მეტი ცივი გოგირდის წყაროებში არის გოგირდმჟავა კირი, კალციუმი და მაგნიუმი.

ამრიგად, პირველ მოსაზრებას კონიუშევსკი არ ეთანხმება.

მეორე მოსაზრება კონიუშევსკი ამბობს: თუ მივიღეთ მხედველობაში, რომ ქ. ტფილისის გოგირდის წყაროების გამოსავლის მიდამოებში და თელეთის მაღლობებზე ვნახულოთ ლაკოლიტებს ანდეზიტობაზალტურ ლავისა, რომელთა წარმოშობა არ უნდა ეკუთვნოდეს ძალიან ძველ ხანას და შესაძლებელია, რომ დაბახანის ძირის ქვეშ გხვდებოდეს ასეთივე ლავა, სრულიად სამართლიანი იქნება, თუ ჩავთვლით, რომ ტფილისის თერმები წარმოადგენენ უკანასკნელ ფაზას პოსტულკანურ პროცესებისა. დანამდვილებით ასეთი წარმოშობის არიან წყაროები, რომლებიც ავსებენ აბანოებს ყოფილ მირზოვეის, ბებუთოვეის და ერეკ-



ლეს სახელობისას, აღნიშნულ აბანოების წყაროები არიან ყველაზედ უფრო მა-  
ლალი— $1^{\circ}$ -ით და აგრეთვე მაღალი დებიტითაც, რაც შეეხება დანაირენ წყა-  
როებს, რომელთა თბიერება ნაკლებია შედარებით აღნიშნულ წყაროებთან, კო-  
ნიუშევსკის აზრით, ისინი შერეული წარმოშობის არიან. ასეთი წარმოშობის  
უნდა იყოს „აბანო ფანტაზიას“ წყაროები. იმავე აბიხის კომისიის დასკვნით  
მარჯვენა მხარეზე მტკვრისას გამომდინარე ყველა გოგირდის წყლების დებიტი,  
დღე ღამის განმავლობაში, უდრის დაახლოებით 113.000 ვედროს.  $1^{\circ}$  გოგირდის  
წყლებისა არის სხვა და სხვა—მხოლოდ არ აღემატება  $48^{\circ}\text{C}$ . მისივე დაკვირვე-  
ბით, დებიტი და  $1^{\circ}$  მთავარ გოგირდის წყაროების, უმნიშვნელოთ ცვალებადობს.  
მაგალითად: გოგირდის წყლები, რომლებიც კვებავენ ყოფილ მირზოვეის, ბებუ-  
თოვის და ერეკლეს აბანოებს, განსხვავება წყლის რაოდენობისა, უდრის დაახლო-  
ვებით 0,039—35 ვედროს წუთში. ტემპერატურის ქანაობა =  $1,2^{\circ}\text{R} - 5,2^{\circ}\text{R}$ ,  
პროცენტებში მივიღებთ, რომ დებიტის ცვალებადობა უდრის  $10\%$ ; თბიერების  
ცვალებადობა— $1^{\circ}\text{R}$ . გოგირდის წყლების ანალიზი და დაკვირვებანი მის ფიზი-  
კურ თვისებებზე, მოხდენილი იყო სხვა და სხვა ავტორების მიხედვით რამოდენ-  
იმეჯერ და დამტკიცებულ იქნა, რომ  $1^{\circ}$  და დებიტის ქანაობა გოგირდის წყლე-  
ბისა საერთოდ და ერთი-ერთმანეთთან შედარებით, არ აღემატებოდა ზემოაღ-  
ნიშნულ რიცხვებს. ამის გამოისობით შეიძლება ითქვას იმავე „ვახუშტი ბატო-  
ნიშვილის“ სიტყვით: ჩვენ გვაქვს ქ. ტფილისში „მარადის მონდინარე ცხელი  
წყალი“. დებიტის მხრივ გოგირდის წყლებს ქალაქ ტფილისისას უბირატესობა  
აქვს საზღვარ-გარეთის (პრუსიაში) Aachen—Burtscheid-ის კურორტის გოგირ-  
დის წყლებთან. ქიმიურ შემადგენლობის მიხედვით, ქალაქ ტფილისის გოგირდის  
წყლები ეკუთვნიან კურორტ Cauterets (საფრანგეთი), „ბერსუს-ს“ (პირენეიში);  
და ბატაგლიას—(იტალიაში) ჯგუფებს. Aachen-ში გოგირდის წყაროთა რაოდენ-  
ობა უდრის 10 ცალს, ხოლო Burtscheid-ში 25 ცალს; ქ. ტფილისის გოგირ-  
დის წყაროთა რაოდენობა უდრის 30 ცალს; ქიმიური შემადგენლობათა რაოდენ-  
ობის მხრივ Aachen-ის გოგირდის წყლის შემადგენლობა მეტია, ვიდრე ჩვენი  
გოგირდის წყლები, ხოლო თბიერების მხრივ ორივე ერთნაირია; ტფილისის გო-  
გირდის წყლების მშრალ ნარჩენში ერთ ლიტრ წყალზე ქლორიანი ნატრიუმის  
რაოდენობა უდრის 0,097—მაშინ, როდესაც Aachen-Burtscheid-ის გოგირდის  
ერთ ლიტრ წყალზე ქლორიანი ნატრიუმის რაოდენობა უდრის 2,6394. რაც  
შეეხება კურორტ Cauterets (საფრანგეთი) გოგირდის წყაროთა რაოდენობას, ის  
უდრის 24 ცალს;  $t^{\circ} = 14^{\circ} - 58^{\circ}\text{C}$ . ასე, რომ Cauterets-ი თითქმის გოგირდის წყლით  
წააგავს ქ. ტფილისის გოგირდის წყლებს, იმ განსხვავებით მხოლოდ, რომ აღნი-  
შნული კურორტი Cauterets-ი მოწყობილია საუკეთესოთ და ატარებს წელიწად-  
ში 22 ათასს ავადმყოფს.

**ბფილისის გოგირდის წყლის ანალიზი (რ. კუპცინით) ერთ ლიტრ წყალზე აღმონდა:**

ნატრიუმი N . . . . .	0,04903 გრამი.
ნატრიუმის ქანგი $\text{Na}_2\text{O}$ . . . . .	0,0293 „

კალიუმის	"	$K_2O$	0,0296	გრამი.
კალციუმის	"	$CaO$	0,0120	"
მაგნიუმის	"	$MgO$	0,029	"
ალუმინის	"	$Al_2O_3$	0,0002	"
რკინის ნაქანგი		$FeO$	0,0002	"
ქლორი		$Cl$	0,562	"
იოდი		$I$	0,00019	"
ბრომი		$Br$	კვალი	"
გოგირდი შეერთებული		$S$	0,087	"
გოგირდის სიმეავე		$SO_3$	0,0137	"
ნახშირმეავე შეერთებული		$CO_2$	0,0398	"
კაჟის სიმეავე		$SiO_2$	0,0430	"
სულ			0,28482	გრ.

ნახშირმეავე ნახევრად თავისუფალი	$H_2CO_3$	0,0560	გრ.
გოგირდწყალბადი	$H_2S$	0,0022	"
ნარჩენი მკვრივი ნივთიერებანი, გამხმარი $120^{\circ}C$		0,299	"
გახურების დროს დახარჯულ ნივთიერებათა რაოდენობა		0,032	"
ორგანიულ ნივთიერებათა		0,024	"
წყლის $t^{\circ} 41^{\circ}C$ .			
რადიუმექტიობა 0,26 მახეს ერთეულში.			

**აღნიშნული გოგირადის წყალი, ქიმიურ შემადგენლობით, ეთანაბრება ისეთ ხსნილს, რომლის 1 ლიტრი შეიცავს:**

იოდოვან ნატრიუმს	$NaS$	0,00022	გრ.	
ბრომიან ნატრიუმს	$NaBr$	კვალი		
გოგირდოვან ნატრიუმს	$Na_2S$	0,0212	გრ.	
ქლორიან ნატრიუმს	$NaCl$	0,0927	"	
ნახშირმეავე ნატრიუმს	$Na_2CO_3$	0,0501	"	
ნახშირმეავე კალიუმს	$Na_2KO_3$	0,0434	"	
ნახშირმეავე მაგნიუმი	$MgCO_3$	0,0061	"	
ნახშირმეავე რკინის ნაქანგი	$FeCO_3$	0,0003	"	
ნახშირმეავე კალციუმი	$CaCO_3$	0,0043	"	
გოგირდმეავე კალციუმი	$CaSO_4$	0,0233	"	
ალუმინის ჟანგი	$Al_2O_3$	0,0002	"	
კაჟის სიმეავე	$SiO_2$	0,0430	"	
სულ			0,28482	გრ.

ნახშირმეავე ნახევრად კრული	0,0560	გრ.
გოგირდმეავე თავისუფალი	0,0022	"



**ბაკილთა კომპონაცია, სადაც ნახშირმჟავა შენაერთები გამოაგზავრებულა, როგორც ორნახშირმჟავა შენაერთები 1 ლიტრა წყალში:**

იოდიანი ნატრიუმი NaJ . . . . .	0,00022 გრ.
ბრომიანი ნატრიუმი NaBr. . . . .	კვალი
გოგირდოვანი ნატრიუმი Na <sub>2</sub> S . . . . .	0,0212 გრ.
ქლორიანი ნატრიუმი NaCl . . . . .	0,0927 "
ორნახშირმჟავა ნატრიუმი NaHCO <sub>3</sub> . . . . .	0,0794 "
ორნახშირმჟავა კალიუმი K <sub>2</sub> HCO <sub>3</sub> . . . . .	0,0629 "
ორნახშირმჟავა მაგნიუმი Mg (HCO <sub>3</sub> ) <sub>2</sub> . . . . .	0,0106 "
ორნახშირმჟავა რკინის ნაქანგი Fe(HCO <sub>3</sub> ) . . . . .	0,0004 "
ორნახშირმჟავა კალკიუმი Ca (HCO <sub>3</sub> ) . . . . .	0,0069 "
გოგირდმჟავა კალიუმი K <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> . . . . .	0,0233 "
ალუმინის ქანგი Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	0,0002 "
კაქის ქანგი <sub>2</sub> SiO <sub>2</sub> . . . . .	0,0430 "
<b>სულ . . . . .</b>	<b>0,34082 გრ.</b>

გოგირდ წყალბადი თავისუფალი H<sub>2</sub>S . . . . . 0,0022 გრ.

გოგირდის წყალი ამოღებული იყო ანტ. ტალახის და გოგირდის წყლის სამკურნალოში 1924 წელში 27 ივნისს მაგისტრ ფარმაციის რ. კუბცისის მიერ ექ. ზანდუკელის თანდასწრებით. ანალიზი დამთავრებულ იქნა 17 ივლისს 1924 წელში, რომლის დედანი № 201 ინახება ამჟამად ტალახის და გოგირდწყლის სამკურნალოში.

**თანამედროვე შეხედულებანი სეპათოდ წყლის მოქმედებაზე ადამიანის ორგანიზმზე.**

ტფილისის გოგირდის წყლები თავიდანვე ემსახურებოდა ტფილისის მცხოვრებლებს, როგორც ჰიგიენური საშუალება. ამიტომ გაშენდა მრავალი აბანოები შეძლებისდაგვარათ მოწყობილი, როგორც ცალკე ნომრებით, ისე საერთო აუზით. ბოლო ხანებში, ამ გოგირდის წყლებმა, მიიზიდა ექიმების ყურადღება და ისინი ხშირად გზავნიდენ სხვადასხვა სნეულებით შეპყრობილ ავადმყოფებს. თანდათანობით, როდესაც მიიღეს დადებითი თერაპევტიული ეფექტი, ქრონიკული ავადმყოფობის დროს უფრო გაიზარდა გამოგზავნილ ავადმყოფთა რიცხვი. როგორ მოქმედობს გოგირდის წყლები ადამიანის ორგანიზმზე, რას აქვს ამ შემთხვევაში მნიშვნელობა, როგორც სამკურნალო ფაქტორს, გოგირდის წყლის ქიმიურ შემადგენლობას, თუ მხოლოდ მის თბიერებას, აი ის საკირობოროტო საკითხი, რომელიც დღემდე გადაჭრილათ არ ითვლება. საერთოდ ყოველგვარი წყლის მოქმედება ადამიანზე ხდება კანის საშუალებით. კანი უშვალოდ ეკვრის წყალს. ვინაიდან მთავარი არე, რომელზედაც სწარმოებს წყლის მოქმედება, წარმოადგენს ტანის ზედაპირი, ამიტომ წყლით მკურნალობას, თერაპიულ მიზნით, უნდა უყუროთ ჩვენ, როგორც ეპიდერმატულ მკურნალობას" ამბობს Win.

ქernitz-ი ჰიდროთერაპიის მამამთავარი თავის წიგნის შესავალში. „ყოველგვარი ჰიდროთერაპევტიული პროცედურა მოქმედებს ადამიანის ორგანიზმზე თერმულ და მექანიკურ გალიზიანებით და ამ ორ გამაღიზიანებელ ფაქტორთა ვარიაციებით, ყოველგვარ ჰიდროპათიურ პროცედურის დროს ორგანიზმზე ვლტულობით სხვადასხვა მოქმედებათა შედეგებს“. — ამბობს მისივე ასისტენტი Buxbaum-ი თავის დიდ სახელმძღვანელოში. ცივი და თბილი წყლის მოქმედება ადამიანის ორგანიზმზე ორ საწინააღმდეგო შედეგით თავდება. თბილი აბაზანების საშუალებით პირველად ყოვლისა ფართოვდება ორგანიზმის ყველა სისხლის ძარღვები, სისხლის წოლა ვარდება, გულის ცემა ჩქარდება, სუნთქვა ხდება მძიმე და იშვიათი. თუ თბიერებას გავადიდებთ, სისხლ-ძარღვთა კედლები ძალიან სუსტდებიან და ბოლოს და ბოლოს შეიძლება მათი სიღამბლავე მივიღოთ. ცივი წყლის აბაზანებით ჩვენ მივიღებთ შებრუნებითი (საწინააღმდეგო) მოქმედებას, ე. ი. სისხლის ძარღვები სიცივისაგან იკუმშებიან, სისხლის წოლა ძლიერ დიდდება. თუ სიცივე გავადიდებთ, სისხლის ცირკულიაცია სისხლ-ძარღვთა მილებში თანდათან შენელებება, შესაძლებელია სრულიად შედგეს და შეიძლება მივიღოთ ადგილობრივ ორგანოს სრული განგრენა. როგორც ვხედავთ თბილ და ცხელ აბაზანთა მოქმედება ადამიანის ორგანიზმზედ, ანტაგონურია. ორივეს მოქმედება ადამიანის ორგანიზმზედ ხდება რთული რეფლექტორული გზით, რასაკვირველია, კანში გაფანტულ ნერვულ ბოჭკოების დაბლოებათა საშუალებით. მაშასადამე, ამ ორ აგენტის მოქმედებით, ადამიანის ორგანიზმზედ ჩვენ შეგვიძლია, საჭიროების და მიხედვით, როგორც პასიური და აქტიური ჰიპერემია, აგრეთვე ანემია მივიღოთ. მთელი რთული მოქმედება თბილ და ცივი აბაზანისა ორგანიზმზედ შეიძლება მოკლედ დავახასიათოთ პროფესორ: Winternitz-ის სიტყვებით „თერმო-ჰიდროთერაპიით ჩვენ გვაქვს ძლიერი საშუალება ინერვაციის სამოქმედოდ. ჩვენის ნებით ვაწარმოებთ, როგორც ადგილობრივ, ისე საერთო ცირკულიაციას, რითაც ვახდენთ სისხლის რაოდენობის რეგულიაციას ორგანიზმის ყოველ ნაწილში გატარებით, აგრეთვე მოვქმედებთ სისხლის მიმოქცევის სისწრაფეზედ. ჩვენ ჩვენის ნებით შევცვლით გულის მოქმედებას. ჩვენივე ნებით შევცვლით სისხლის ძარღვთა სისტემაში, როგორც საერთოდ, ისე ნაწილობრივად წოლასა და დაძაბუნებათა შორის დამოკიდებულებას. რამდენადაც დამოკიდებულია შინაგან ორგანოთა ჯირკვლთა სეკრეცია და ექსკრეცია ნერვულ სისტემათა ინერვაციისაგან და სისხლის სისხლ-ძარღვთა სისტემაში მიმოქცევით — ჩვენ ხელთ არის აგრეთვე მათი მოქმედება — შეჩერება; ჰიდროთერაპიის საშუალებით ჩვენ შეგვიძლია ძლიერი გავლენა მოვახდინოთ ორგანიზმში თბიერების განაწილებაზე — რითაც საშვალება გვეძლევა აგრეთვე გავლენა მოვახდინოთ მნიშვნელოვან ორგანიულ პროცესებზე“.

სისხლის მიმოქცევა უმეველად მთავარი ფაქტორია ორგანიზმის კვების პროცესში. ამრიგად ცხადია, როდესაც ჩვენ გვაქვს საშუალება ვიმოქმედოთ სისხლის მიმოქცევაზე, ამით საშვალება გვეძლევა ვიმოქმედოთ აგრეთვე სხეულის ყველა ორგანოებზე, რომელთა ფუნქციონალური მოქმედება ჩვენ შეგვიძლია გავაძლიეროთ, შევანელოთ და საერთოდ გამოვიწვიოთ მისი ცვალებადობა საჭიროების და მიხედვით.



თერმოულ და მექანიკურ გაღიზიანების შედეგია შემდეგში სისხლის მორფოლოგიური და ქიმიური ცვლილებანი. დამტკიცებულია, რომ თბილ აბაზანებით ორგანიზმში ჩვენ ვიწვევთ თეთრ ბურთულების რაოდენობის, გემოგლობინისა და სისხლის წნევის შემცირებას, რაც შეეხება სისხლის ხვედრითი წონას, მისი რაოდენობა არ იქნა აღნიშნული. მიზეზი აღნიშნულ ცვლილებადობისა სისხლში, რომელსაც ჩვენ ვიღებთ წყლის ორგანიზმზედ მოქმედებით, გამორკვეული არ არის, ხოლო გამოთქმულია ზოგიერთი მოსაზრებანი: სისხლის თეთრი ბურთულების რაოდენობის შემცირებას პროფესორი Brieger-ი ხსნის შემდეგნაირად: თბილი წყლის აბაზანების მოქმედებით ხდება ერთ და იმავე დროს, როგორც გარეგან კანის, ისე შინაგან ორგანოების სისხლის ძარღვების გაფართოება, ორგანიზმის შიგნით სითბოს შეკავებით, ამიტომ პერიფერიის სისხლის ძარღვებში ფორმიანი ელემენტები იკრებებიან ნაკლებ რაოდენობით. ცივი წყლის აბაზანის მოქმედებით პირდაპირ საწინააღმდეგო შედეგებს ვღებულობთ: ფორმიანი ელემენტების რაოდენობა და გემოგლობინისა დიდდება, მატულობს სისხლის ხვედრითი წონა და წნევა. ვინაიდან ეს ცვლილება სისხლის ფორმიან ელემენტებისა სწრაფია და გარდამავალი, გამოითქვა აზრი, რომ ამ შემთხვევაში არ ხდება ახალ ფორმიან ელემენტების გამრავლება, არამედ მნიშვნელობა აქვს ვაზომოტორულ მოქმედებას: ვინაიდან ცივ აბაზანის გამოისობით, ჯერ ხდება მოკლე ხნით კანქვეშა სისხლის ძარღვების შევიწროება, ხოლო შემდეგში მათი გაფართოება, ამ მოქმედებით ორგანიზმი სცდილობს ალადგინოს კანში დაკარგული სითბო და ამ გაფართოებით უმჯობესდება სისხლის ძარღვების მიმოქცევა, მრავალი ფორმიანი ელემენტები მიეშურება ამ გაფართოებულ სისხლის ძარღვებში, რომლებიც იყვნენ შინაგან ორგანოების სისხლის ძარღვებში დაბანაკებულნი (Brieger):

მოკლედ რომ ვსთქვად, ცხელ აბაზანების დროს ( $1^{\circ} 30^{\circ} - 34^{\circ}R$ )  $1^{\circ}$  ტანისა მატულობს, გულის მოკუმშვა ჩქარდება, სუნთქვა ხშირდება, სისხლის წნევა ეცემა და ოფლის დენა მატულობს, მატულობს აგრეთვე გაზური გაცვლა-გამოცვლა, ცხიმოვან ნივთიერებათა დაწვა და ცილოვან ნივთიერებათა დაშლა. ტანის წონა კლებულობს, კუჭ-ნაწლავის მოქმედება დუნდება, ხშირად შეიძლება ყაბზობა გამოვიწვიოთ.

$1^{\circ} 16^{\circ} - 22^{\circ}R$  - ცივი აბაზანები - ამით გულის მოქმედება ენერგიულია, სისხლის წნევა მატულობს, სისხლის ძარღვთა შევიწროების გამოისობით, სუნთქვა ხშირდება და გაზური გაცვლა-გამოცვლა ძლიერდება. კუნთებს ძალა ემატება, დიურეზი მატულობს, სხეულის წონა ეცემა.

$1^{\circ} 25^{\circ} - 29^{\circ}R$  - ეს აბაზანები ეკუთვნიან ინდიფერენტულს და ძლიერ მოქმედებას ადამიანის ორგანიზმზე არ იჩენენ.

ის, რაც ითქვა უბრალო წყლის ცხელი, თბილი და ინდიფერენტულ აბაზანებზე, მათ მოქმედებაზე ადამიანის სხეულზე, რასაკვირველია, იგივე ეკუთვნის და იმდაგვარ მოქმედებას მივიღებთ ადამიანის სხეულზე იმის და მიხედვით, თუ როგორი  $1^{\circ}$  მივსცივთ ორგანიზმს გოგირდის წყლის აბაზანეზე. გოგირდის წყლის ნაკლებ  $1^{\circ}$  ის მისაღებათ ჩვენ ვანახავებდით მას უფრო ცივ გოგირდის წყლით. თუ კი იგივე მოქმედებას მივიღებთ ჩვენ უბრალო წყლის აბაზანის და-

ნიშნით, მაშ რით უნდა ჰქონდეთ გოგირდის წყლებს უპირატესობა სხვა უბრალო წყალთან. რაში ვეძიოთ მისი დადებითი თერაპევტიული მოქმედება სხვადასხვა ქრონიკულ ავადმყოფობათა დროს, რომელ ფაქტორს აქვს ამ შემთხვევაში მნიშვნელობა, რაზედაც შეიძლება დაყრდნობა და ამრიგად გამოვყოთ ის, როგორც განსაკუთრებული მნიშვნელობის წყალი სხვა უბრალო წყლებისაგან? ჩვენ ვიცი, რომ ტალახის მოქმედების შესახებ ადამიანის ორგანიზმზე არსებობს მრავალი თეორიები. თითქმის ყველა წამოყენებული თეორიები, მცირედენი განსხვავებით, ტალახის მოქმედების შესახებ, შეიძლება მივაკუთვნოთ აგრეთვე გოგირდის წყლების მოქმედებას ადამიანის ორგანიზმზე, ე. ი. გოგირდის წყლების, ისე როგორც ტალახის კომპრესების მნიშვნელობა, გამოიხატება ადამიანის სხეულზედ თერმიულ, მექანიკურ და ქიმიურ მოქმედებაში. თერმიულ მოქმედების შესახებ უკვე ზევით იყო აღნიშნული. ისეთი ავტორები, როგორც არიან Braun-ი, Leichtenstern-ი და სხვები, გვიჩვენებენ ბოლოს და ბოლოს დავიფიქსოთ გოგირდის წყლებზე და საერთოდ მინერალურ წყლებზე წამოყენებული უსაფუძვლო ჰიპოტეზები მათ რაღაც უხილავ და სპეციფიკურ მოქმედების შესახებ. მათი აზრით, თერაპევტიული ეფექტი ერთი იქნება, თუ ავადმყოფებს დაუნიშნავთ უბრალო წყლის აბაზანებს, გაცხელებულს სათანაოდ გრადუსამდე. რასაკვირველია, არსებობენ იმავე დროს სხვა ბალნეოლოგები, რომლებიც მოყვანილ მოსაზრებებს არ ეთანხმებიან. მათ საშუალება ჰქონდათ ჩაეტარებინათ მრავალი ავადმყოფები უბრალო წყლის აბაზანების დანიშნებით მალღობ და მხატვრულ ადგილებში, ხოლო შედეგი არაოდეს არ მიუღიათ ისეთი, როგორც აქ რატოთერმების დანიშნისას. ასეთი დაკვირვებები აწარმოვა, მაგალითად, Waltenhofen-მა. მას ბევრი ცნობილი ავტორები—ბალნეოლოგები მაგ. Segen-ი, Lehman-ი, და Coch-ი ეთანხმებიან.

Glax ის აზრით ყოველგვარ ბუნებრივ თერმალურ წყაროების შეფასების დროს მხედველობაში უნდა გვქონდეს მიღებული თვისება თერმალურ წყლებისა, შეინარჩუნონ თბიერების მუდმივობა, იმ მიზეზით, რომ ბუნებრივი წყალი ამოდის მიწიდან მუდმივ თბილი და ახალი. რაც შეეხება მექანიკურ მოქმედებას—ამის უარყოფა ყოველად შეუძლებელია. მექანიკური მოქმედების თეორიის მომხრე ტალახისა იყო Peters-ი. თავის ჰიპოტეზას საფუძვლად დაუდვა მან ტალახის მაღალი ხვედრითი წონა და, მისი აზრით, ტალახის აბაზანა აქარბებს წყლის აბაზანას ორგანიზმზე დაწოლით, მხოლოდ 2% ატმოსფერულ წოლისა. Liebelis-ის აზრით, რაც შეეხება ტალახის დაზღვევითი მოქმედებას, ჩვეულებრივ ქარის მოქმედება ადამიანის ორგანიზმზე, უფრო დაზღვევითია, ვიდრე ტალახისა. საჩკიოვ-სერაჟინი წყლის დაწოლითი მოქმედების შესახებ ამბობს: „როდესაც ავადმყოფი ჩაეშვება აბაზანში, თუნდ მაშინაც, როდესაც წყლის t° ინდიფერენტულია, აღსანიშნავია წყლის მასის დაწოლა ორგანიზმზე. სუნთქვა გაძნელებდა, სასუნთქავი კუნთები ძლიერ იკუმშებიან, დიდდება ნაწლავებიდან გაზების გამოყოფა, წყლის მასის დაწოლის გამოისობით, კანის სისხლის ძარღვებიდან იდევნება სისხლი, რაც იწვევს შინაგან ორგანოებში სისხლის წოლის აწევას. თუ კი წყალს ეიხმართ სხვადასხვა დეკუსის (рука) სახით, ამ დროს დაწოლითი და დაზღვევითი მოქმედება წოლისა ორგანიზმზედ, უქველად დიდია. წყლის სვეტის ყოველი ცემა



შეიძლება შევადაროთ სუსტ მასაეს. წყლის დეჟუმი იწვევს სისხლის და წრბოლის გაძლიერებულ ცირკულაციას, დაშლითი ნივთიერებათა ვაკვლა-გამოცვლას. დეჟუმის გამოისობით ძლიერ იგზნება მთელი ნერვული სისტემა და ძლიერ რეაქციითაც უბასუხებს ორგანიზმი. წყლის მექანიკურ მოქმედების საშუალებით კანს სცილდება ეპიდერმისის მკვდარი ნაწილები და შორდება სეკრეტი, რომლებიც იცხებიან კანის გამოსასველელ ჯირკვლათა სადინარები. მინერალურ აბაზანების მიღების დროს მთავარი მოქმედება, **ლოზინსკის** აზრით, გამოიხატება დალილობაში—იგივე მოქმედებას **ლოზინსკი** აწერს ტალახის აბაზანებს. ეს დალილობა გრძელდება დიდხანს აბაზანის მიღების შემდეგ, რაც იწვევს ძილისადმი მიდრეკილებას და ხშირად ხანგრძლივ ძილს. ასეთი მოგომარეობა აღინიშნება, მისი აზრით, უბრალო წყლის აბაზანის მიღების შემდეგ და უფრო ძლიერია ეს მოქმედება მინერალური წყლის აბაზანის მიღების შემდეგ. ამ შენთხვევაში **ლოზინსკი** მიზეზად სთვლის ქიმიურ შემადგენლობას, მარილებს, რომლებიც მინერალურ წყალში გახსნილია და, რომლებიც იწვევენ კანის ძლიერ გაღიზიანებას. დალილობის შედეგი არის ორგანიზმში გაჩენილი კენოტოქსინები, რომლებიც სწამლავენ ადამიანის სხეულს ხოლო, ამბობს **ლოზინსკი**, „კენოტოქსინთა საწინააღმდეგოთ ორგანიზმი სცილიობს შეინარჩუნოს თავის Status Praesens-ი, ამიტომ ის (ორგანიზმი) მთელი თავის ძლიერებით სცილიობს დაიცვას თავისი მთლიანობა, ამ დროს ყოველგვარი სასიცოცხლო პროცესები სწრაფად ცხოველდებიან, ორგანიზმში თითქოს ჩნდება ახალი სასიცოცხლო ცეცხლი, რომელიც აძლევს განახლებულ ორგანიზმს ზედმეტ ძალებს ავადმყოფობასთან საბრძოლველად. ძველი ავადმყოფობა, რომელიც დიდხანს და მაგრად სცილიობდა შეინარჩუნებინა თავისი Status quo ძლიერი მოქმედი საშუალებით უკვე დამრულია თავის სიკვდილის წერტილიდან. ექსპერიმენტალურად დამტკიცებულია, რომ, როგორც ტალახის, ისე ყოველგვარ მინერალურ წყლის შემადგენელი ნაწილის შესვლა კანიდან ადამიანის ორგანიზმში, თუ კანი დაზიანებული არ არის, შეუძლებელია.

ამ წყლის შემადგენელ ნაწილებს ექუთვიან წყალში გახსნილი ყველა მინერალური მარილები. გამონაკლის ამ შემთხვევაში წარმოადგენენ ხსნილები, რომელთაც აქვთ თვისება დაარღვიონ კანის ეპიდერმისი, მაგალითად, სალიცილის და კარბოლის სიმჟავეები, სალოლი და სხვა. აგრეთვე მჭროლავი ნივთიერებანი, როგორც არის ეთერი, სპირტი, ქლოროფორმი და სკიპიდარი. აღნიშნული ნივთიერებანი, მკირე რაოდენობით, შეიძლება გავიდენ მთელ კანში და შესრუტულ იქნეს მათთან ერთად ამ ნივთიერებებში გახსნილი სუბსტანციები. მაგრამ აღნიშნულ ნივთიერებებს ჩვევ ვერც ერთ მინერალურ წყლების მკვირვ ნაშთში ვერ ვიპოვით. კანში ქიმიურ ელემენტების გასვლის საკითხი დამუშავებული აქვს პროფ. Filehn-ს. მისი თქმით, კანი დაფარულია რქოვან გარსით, რომელიც გაუღენთილია ქოლესტერინით—(ლანოლინით). ზედაპირი ამ რქოვან გარსისა დაფარულია კანის თხელ ცხიმით. რქოვანი გარსი, დაჩრეტელია ოფლის და ცხიმის მილაკებით, აგრეთვე თმით. ამ ნაჩრეტებში შესაძლებელია შესრუტულ იქნეს ენერგიული წაცხებით ზოგიერთი ნივთიერებანი, როგორც ამას ვშვებით სინდიყის პრეპარატების კანში შეყვანის დროს, რქოვან გარსში, Filehn ის

აზრით, შესაძლებელია შესრუტულ იქნას ის ნივთიერებები, რომლებიც გახსნიან კანის და აგრეთვე კანის რქოვან გარსში გაქვნილ ცხიმს, ე. ი. ლანოლის. ლანოლისში კარგად იხსნებიან S, HgCl, Pb, J, FeSO<sub>4</sub> და რკინის ქანგი. იმავე ავტორის დაკვირვებით, კანის თმა, რომელიც გაქვნილია გარედან ცხიმით, შეიძლება გაიქვნიოს მარილების ხსნარით, თუ ამ თმებს დავყოფთ რამოდენიმე საათით აღნიშნულ ხსნარში.

ყოველ შემთხვევაში, იგივე ავტორი ამბობს, ძნელია მივიღოთ ანგარიში ამდაგვარად შესრუტული მინიმალური რაოდენობა გახსნილ ნივთიერებისა, თითქოს ისინი, შესრუტვით კანქვეშ, იწვევენ რევლექტორულ გზით მოქმედებას ადამიანის ორგანიზმზედ. გამოთქმულია აზრი, რომ მინერალურ აბაზანების მიღების შემდეგ, ადამიანის კანზედ რჩება წვრილი მარილების ნაწილები, რომლებსაც წყლის აორთქლების შექმდე შეუძლია ერთგვარი ფიზიკური მოქმედება გამოიჩინოს ორგანიზმზე, სახელდობრ, შეამცირონ კანის აორთქლება და თბიერების გაცემა და ხელი შეუწყოს კანის სისხლის ძარღვებში სისხლის ჰიპერემიას.

როგორც აღნიშნეთ წინეთ, ტფილისის გოგირდის წყლებში მკურნალობის შემთხვევათა რაოდენობა ერთ ლიტრ წყალში უდრის 0,34082. ჩვენს სამკურნალოში ყველა ავადმყოფებს, რომლებიც მოითხოვენ გოგირდის წყლით მკურნალობას, უნიშნავთ ნახევარ აბაზანას, რომელიც შეიცავს დაახლოებით 30 ვედრო წყალს, მასასადამე თითო ავადმყოფის აბაზანში გახსნილია დაახლოებით 102,2460 გრამი სხვადასხვა მარილების ხსნილები. რასაკვირველია, ეს რაოდენობა ცოტაა, მაგრამ, როდესაც ავადმყოფი ზედიზედ მიიღებს დაახლოებით 20 აბაზანს, მაშინ მარილთა რაოდენობის ხსნარის ჯამი დიდდება. თუმცა ჩვენ გოგირდის წყლებში და საერთოდ ყველანაირთერმებში გახსნილ მარილთა რაოდენობა, როგორც ამჟამად აღნიშნეთ ცოტაა, მაგრამ ის ფაქტი (ვამბობ პროფ. გოლუბინის აზრს), რომ აღნიშნული მარილები არიან თერმებში დისოციაციურ მდგომარეობაში, ე. ი. კატიონის და ანიონის სახით, აგრეთვე დაუმატეთ ოსმოტიური მოქმედება მინერალურ წყლებისა და ადამიანის ორგანიზმთან შეხების დროს ელექტრონულ მოვლენების წარმოშობას—შესაძლებელია ამ მოყვანილ ფაქტორებს ჰქონდეს რაიმე გადამწყვეტი მნიშვნელობა საერთოდ თერმების ფარმაკოდინამიურ მოქმედების საკითხში. რაც შეეხება რადიომაქტიობას ტფილისის გოგირდის წყლებისას, ამაზე ჩვენ ვერაფერს ვიტყვი, ვინაიდან ასეთის რაოდენობა ჩვენს წყლებში ძალიან ცოტაა.

რომელ სნეულების დროს ნაჩვენებია გოგირდის წყლის აბაზანების დანიშვნა.

1. პირველ რიგში ყველა სახსართა დაავადებანი, გარდა ლუეტიურ და გონორიულ ნიადაგისა, ე. ი. Poliarthritis Rheumatica chr, და Arthritis urica, Myositis როგორც ობიექტიურ, ისე სუბიექტიურ მოვლენებით. მაგალითად, სახსართა შეშუქებანი, ხრიალი, ტკივილები მოძრაობის დროს. აღნიშნული მოვლენანი მე-10—15 გოგირდის აბაზანების მიღების შემდეგ უმეტეს შემთხვევაში ქრებოდა, ან დიდ გაუმჯობესებას ჰპოულობენ. რასაკვირველია, იყო შემთხვევები, როდესაც არავითარი თერაპევტიულ ეფექტს ავადმყოფი არ ლეულობდა.

2. კანის ავადმყოფობანი: „Prurigo, Sycosis, Pityriasis, Versicolor, Psoriasis, Eczema Sicca. აღნიშნული ავადმყოფობანი ხშირად დიდ გამძლეობას იჩე-



ნენ ფარმაკოლოგიურ საშუალებათა წინააღმდეგ და ხშირად აქ გოგირდის მინერალური წყალი დადებით შედეგს იძლევა იმ მხრივ, რომ ხშირი გოგირდის აბაზანების დანიშვნით, ვიწვევთ კანის ძლიერ მაცერაციას, რაც ხელს უწყობს მკვდარ ეპიდერმისის აქირცვლას და ახლის რეგენერაციას. ჩვენ ვიცით, რომ გოგირდი ხშირად შედის სხვადასხვა მალამოს შემადგენლობაში, რომლებიც კარგად მოქმედობენ კანის სხვადასხვა გამოწყარზე. ამ ანალოგიით შეიძლება აეხსნათ ის დადებითი შედეგები, რომელსაც ჩვენ ვღებულობთ გოგირდის წყლის დანიშვნით ავადმყოფებზე. უნდა ვაღიაროთ, რომ პირადი დაკვირვებანი სამკურნალოში კანის ავადმყოფებზე ჩვენ არ გვიწარმოებია, ვინაიდან სათანადო განყოფილება ჯერჯერობით მოუწყობელი არის. მოგახსენებთ მხოლოდ ლიტერატურულ ცნობებს.

3. სიფილისით დაავადებისას: უმეტეს ნაწილად, იმ შემთხვევაში, როდესაც სპეციფიკურ სინდიკით წამლობას ვატარებთ ავადმყოფზე, ე. ი. სასარგებლოა მეთოდური სპეციალურ წამლობის კურსების შორის, ჩავატაროთ გოგირდის აბაზანების წამლობის კურსი. საქმე იმაშია, რომ ჩვენ ხშირად ვღებულობთ ორგანიზმის მოწამვლას სინდიკით მკურნალობის დროს. გოგირდის აბაზანების დანიშვნით ჩვენ ეგ შიში აღარ გვაქვს, ვინაიდან დამტკიცებულია, რომ გოგირდის აბაზანების დანიშვნით, ცხოველდება სინდიკის გამოყოფა შარდში და ნერწყვში. გარდა ამისა აღინიშნება ავადმყოფების ფრჩხილების ძირებში შავი მთვარის მზგავსი მოხაზულებანი. აგრეთვე ვნახულობთ რუხ პიგმენტაციას სხეულის კანის იმ ადგილას, სადაც ვაწარმოებდით სინდიკის შეყვანას. პიგმენტაციის ალაგას შემჩნეულია სინდიკის დანალექი, — თითებზე, ზემოაღნიშნული მოხაზულებანი, და კანზე დანალექი ნივთიერებანი, შედეგია სინდიკის გამოყოფის ორგანიზმიდან, რომელიც ძლიერდება გოგირდის აბაზანების საშუალებით. (ეკ. ხმირნოვი). გარდა ამისა გოგირდის აბაზანების მიღებით ჩვენ ვამზადებთ კანს საცხების უკეთესად წარმოებისათვის.

4. Neurasthenia-ის დროს — როგორც აღნიშნეთ მინერალური გოგირდის წყალი შეიცავს SH, რომლის მცირეოდენი რაოდენობა შესუნთქული მოქმედობს დამამშვიდებლად. ავადმყოფები, რომელთაც დიდი ხნის უძილობა ჰქონდათ და მათზე დამაძინებელი ფარმაკოლოგიური საშუალებანი ნაკლებ მოქმედობდნენ, დაახლოებით 9—10 გოგირდის აბაზანის მიღების შემდეგ (ხშირად ადრეც) — აღნიშნავდნენ, რომ მათ უკვე თავისუფლად სძინავთ. <sup>10</sup> გოგირდის წყლისა არ აღმატებოდა 28°—29°R, რომელსაც ჩვენ უნიშნავდით ნევრასტენიკებს. ეტყობოდათ აგრეთვე საერთო მოცოცხლება და მუშაობის უნარის აღდგენა.

5. ზურგის ტვინის დაავადების დროს Tabes-ი. ამ შემთხვევაში არსებობს დაკვირვებანი პროფ. ანდროპოვის კურორტ პიატიგორსკში №22 Tabes-ით შეპყრობილ ავადმყოფებზე. მის აზრით, სასარგებლოდ შეიძლება დაუნიშნოთ გოგირდის მინერალურ წყლის აბაზანებით მკურნალობა Tabes-ის დაწყებით ხანაში, ე. ი. პირველ პერიოდში, როდესაც გვაქვს ძლიერი მჩხვლეტავი ტკივილები სახსრებში. ამ შემთხვევაში დადებითი სარგებლობა გამოიხატებოდა იმაში, რომ ავადმყოფს ტკივილები მალე უყუჩდებოდა. გოგირდის წყლის აბაზანებს კარგად იტანდნენ კარგი კვების და Tabes-ით შეპყრობილნი ავადმყოფები. სუსტი, სისხლ-



ჩაკლები და იმავე დროს Tabes-ით შეპყრობილი ავადმყოფების გოგირდის წყლის აბაზანებით მკურნალობა უშედეგოთ და ხშირად გაუარესებითაც თავდებოდა.

6. Neuralgia — ხშირად კარგი შედეგით თავდებოდა გოგირდის აბაზანებით.

7. Nephritis chron როდესაც საჭიროა ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის განიტენიება — ძალიან კარგი შედეგებით უნიშნავთ გოგირდის წყლის საშუალო თბილ ტემპერატურის აბაზანებს.

დაზღვეულთა ანტალის ტალახის და გოგირდის წყლის სამკურნალოში ჩატარებული ავადმყოფები სპეციალურად მხოლოდ გოგირდის წყლის აბაზანების დანიშნებით:

№ რიგზე.	Diagnosis.	ავადმყოფთა რიცხვი.	განკურნა.	შესამჩნევი უკეთობა.	უკეთობა.				
						შეშლ.	გაცულ.	° აბაზანის.	წუთ.
1	Poliart. chr. Rheu. . .	95	6	38	39	10	2	30°R—32°R	20 წ.
2	Arthrit urica.	30	—	15	13	2	—	" "	" "
3	Neurastenia.	19	2	6	6	4	1	28° „—30° „	10—15 წ.
4	Nephritis chr.	9	—	2	4	3	—	30° „ —	20 „
5	Myositis . .	6	1	2	3	—	—	30° „—32° „	" "
6	Arthrit def. .	2	—	—	2	—	—	" "	" "
7	Jschias . . .	5	1	4	—	—	—	" "	" "
8	Neuralgia .	7	1	4	2	—	—	" "	" "
9	Myelitis luet.	4	—	—	4	—	—	" "	" "
სულ . . .		177	11	71	73	19	3		
			6%	41%	41%	10%	1%		

ორიოდე სიტყვით ზედმეტი არ იქნებოდა გველაპარაკა ბალნეოლოგიურ პროცედურით მკურნალობის დროს ავადმყოფის ე. წ. ადგილობრივ რეაქციის მოვლენებზე, რომლებსაც ჩვენ ხშირად ვღებულობთ ტალახის, ან და გოგირდის აბაზანების დანიშნით. დღეს დღეობით სამწუხაროდ უნდა ითქვას, რომ არაერთი სწორი უტყუარი წარმოდგენა და მეცნიერული დასაბუთება არა გვაქვს ჩვენ, რომ აეხსნათ ამ ადგილობრივ რეაქციის ბუნება და მისი მნიშვნელობა. ტკივილების გაძლიერება ტალახის, ან და გოგირდის აბაზანების მიღების შემდეგ, არ შეიძლება ჩავთვალოთ კანონათ, ე. ი. რომ აღნიშნული მოვლენა ყველა ავადმყოფებს ემართებოდათ. ხშირია შემთხვევა, როდესაც ავადმყოფი ჩაატარებს მთელ ბალნეოლოგიურ მკურნალობის კურსს და თავიდანვე მისი ავადმყოფობა სწრაფად მიმდინარეობს განკურნებისაკენ. მაგრამ ვერ უარყოფთ იმასაც, რომ ხში-

რად 4-5 ტალახის კომპრესიის მიღების შემდეგ, ხანდისხან კიდევაც შეტანილი და ან, გოგირდის მე-8-10 აბაზანის შემდეგ, ავადმყოფი შემოიწვილებოდა ტკივილების გაძლიერების შესახებ, სიარული უძნელდებოდა, სიცხესაც აძლევდა. ამ ადგილობრივ რეაქციის მომატებას უფრო ვაშინედი იმ ავადმყოფებზე, რომლებიც ღებულობდნენ ტალახის კომპრესებს. რასაკვირველია, ასეთივეს მოწამე ვიყავით ჩვენ გოგირდის აბაზანების მიმღებ ავადმყოფებზედაც. **ლოზინსკი** ამ ადგილობრივ რეაქციას უყურებს, როგორც სასარგებლო ნიშანს, რომელიც მაჩვენებელია იმის, რომ ავადმყოფი უსათუოდ განიკურნება ბალნეოლოგიურ პროცედურით. გარდა ადგილობრივ რეაქციისა, რომელიც გამოიხატება ტკივილების გაძლიერებაში, **ლოზინსკი** აღნიშნავს აგრეთვე ბალნეოლოგიურ გალიზიანების შედეგათ ორგანიზმის საერთო რეაქციას. პირველი ნიშანი ამ საერთო რეაქციას ვახლავთ „დაღლილობა“, რომელიც მან საფუძვლად დაუდგა თავის ვიპოტენზის ტალახის და საერთოდ მინერალურ წყლების მოქმედებაში. „ვინაიდან ავადმყოფობისაგან განსაკურნავად მიუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს, ამბობს **ლოზინსკი**, აღნიშნულ 2 რეაქციის აღმოჩენა ავადმყოფის მკურნალობის მიმდინარეობაში, ე. ი. საერთო და ადგილობრივ რეაქციებისა, მაშინ ჩვენ უნდა მივიღეთ იმ დასკვნამდე, რომ თუ ეს ორი რეაქციები ვერ მივიღეთ ავადმყოფზე, წინასწარ უნდა ვივიქროთ უშედეგო მკურნალობაზე“. ადგილობრივ რეაქციის უქონლობა გვიჩვენებს იმას, რომ ქრონიკული პროცესი არ შეიძლება გავამწვავოთ. აქედან, განაგრძობს **ლოზინსკი**, ყოველ ბალნეოლოგს შეუძლია დასკვნა გამოიყვანოს, რომ პროცესის მორჩენა შეუძლებელია და რომ სრულიად უსაფუძვლოა დამქანცავი მკურნალობის გაგრძელება, რომელიც იწვევს მკაცრ საერთო რეაქციას ერთ და იმავე დროს უადგილობრივ რეაქციით, რომელიც ყოველთვის უნდა ითვლებოდეს მომავალ განკურნების წინამორბედათ, ან და ყოველ შემთხვევაში ქრონიკულ პროცესის უკეთობისა“. უკვე ის ფაქტი, რომ ხშირად ყოფილა შემთხვევა ჩვენს სამკურნალოში, როდესაც ავადმყოფობა თავიდანვე მიმდინარეობდა განკურნებისაკენ და არავითარ ადგილობრივ რეაქციას არ ჰქონია ადგილი, ამბობს ამ ზემოღმოყვანილ **ლოზინსკის** მოსაზრების უსაფუძვლობაზე. თითქოს ადგილობრივი რეაქციის მოვლენა ავადმყოფობის მიმდინარეობაში უნდა იყოს ერთად ერთი საზომი, რომლითაც უნდა მიუდგეთ ყოველგვარ პროცედურის (ბალნეოლოგიურის) შედეგების გადასაწყვეტად. სიმართლე გითხრათ, მე ამ საკითხმა ძლიერ დამაინტერესა და ჩვენს სამკურნალოში, მე განსაკუთრებით აღენიშნავდი ავადმყოფის ისტორიის ფურცლებში ყოველგვარ ტკივილების მომატების შესახებ. ამ დაკვირვებამ მაჩვენა, რომ 100 ავადმყოფებში, რომლებიც გაეწერნენ სამკურნალოდან ისტორიის ფურცლებში აღნიშნით „მნიშვნელოვანი გაუჯგობრებებით“, მხოლოდ 24 ავადმყოფს აღმოაჩნდა ტკივილების მომატება, ზოგს სუსტი, ან საშუალო, ან და ძლიერი ხასიათის ტკივილები. დანარჩენ ავადმყოფთა მკურნალობა ჩატარდა ყოველგვარ ადგილობრივ რეაქციის გარეშე, ე. ი. როგორც **ლოზინსკის** ესმის ტკივილების გაძლიერებანი ავადმყოფებს არ ქონიათ. ამ 24 ავადმყოფს, რომელიც ეხლა აღენიშნე, ტკივილები გამოაჩნდათ 4 აბაზანის და 12 შუა. არ შემიძლია აქვე არ აღვნიშნო ორ ავადმყოფზე შეჩინებული აბორტიულ ხასიათის ადგილობრივი რეაქციის შეწყვე-



ტა. საერთოდ, რომ ესთქვათ, ადგილობრივი რეაქცია მიმდინარეობდა შემდეგნაირად: ტკივილები (ტუხვა) ძლიერდებოდა ამა თუ იმ სახსარში, ან და ყველა სახსარებში. მოძრაობანი ძნელდებოდა და მტკივანიც იყო. ავადმყოფს უხდებოდა ხშირად ყავარჯნით სიარული სამკურნალოში მე-4—მე-12 აბაზანების შემდეგ. მაგრამ ჩვენ ავადმყოფს ვაიმედდებით, რომ ტკივილების გაძლიერება ვარადა-ვალია და მკურნალობას არ უწყვეტავდით. მართლაც, რამოდენიმე დღის შემდეგ, ტკივილები თანდათან ცხრებოდა და ავადმყოფი სიხარულით განაგრძობდა მკურნალობას. მაშასადამე, ადგილობრივ რეაქციის თანდათანობითი გაძლიერება და მისი თანდათანობით დაცხრომა იყო ჩვეულებრივი მიმდინარეობა ავადმყოფობაში მკურნალობის დროს. ხოლო ორ ავადმყოფს, ჩემ შემთხვევაში, ჰქონდა არაჩვეულებრივი გადასვლა ადგილობრივ რეაქციის მიმდინარეობაში. ერთ უკიდურობისაგან მეორე უკიდურესობაში მოხდა ხტომით გადასვლა, ე. ი. ამ 2 ავადმყოფს ადგილობრივი რეაქცია დაეწყო ჩვეულებრივ ერთს, მე-4 ტალახის კომპრესზე და მეორეს, მე-7 ტალახის კომპრესზე. როდესაც ტკივილებმა მიიღო უკვე ძალიან მწვავე ხასიათი, ასე, რომ ავადმყოფი ძლივს-ლა დადიოდა ერთს მე 15 ტალახის, ხოლო მეორეს მე-20 ტალახის კომპრესის შემდეგ ტკივილები უცბათ დაუცხრათ. ავადმყოფები მეორე დღეს სიხარულით მიაშობდნენ ამ მოვლენას. როგორც ესთქვი, ეს იყო მხოლოდ 2 შემთხვევა და ეს იმდენათ ჩემთვის პარადოქსალური იყო, რომ არ შემეძლო მისი არ აღნიშვნა. რასაკვირველია, ჩვენ აქ არ შეუდგებით გარჩევას ამ 2 ვითომდა პარადოქსალურ მოვლენას ადგილობრივ რეაქციის მიმდინარეობაში, ვინაიდან, საერთოდ, ადგილობრივი რეაქციის ბუნება და მნიშვნელობა უსათუოდ რთულ საკითხს წარმოადგენს და მოითხოვს უთუოდ დიდ დაკვირვებას მრავალ ავადმყოფებზე და ავადმყოფის გასინჯვას ყოველმხრივ კლინიკურ პირობებში. თვით **ლოზინსკი** ადგილობრივ და საერთო რეაქციაზედ ამბობს შემდეგს: „ჯერ-ჯერობით არ არის გაკაფული ერთი სწორი გზა ბალნეოლოგიაში, რომელსაც შეეძლო მიეყვანეთ ქეშმარიტების კარებამდე“. ჯერ-ჯერობით კი უდავოა ახსნა ამ ადგილობრივ და საერთო რეაქციის შესახებ: საერთო რეაქცია (ე. ი. ცვლილება სისხლში, ნივთიერებათა გაცვლი-გამოცვლა და სხვა) ბალნეოლოგიურ მკურნალობაში იწყება პირველ მინერალურ აბაზანების დანიშვნის შემდეგ. მხოლოდ ადგილობრივი რეაქცია, ე. ი. საპასუხო რეაქცია ორგანიზმის დაავადებულ ნაწილისა, ხდება რამოდენიმე აბაზანების და ტალახის კომპრესების დანიშვნის შემდეგ.

ქალაქის ცენტრში გვაქვს ისეთი ბუნებრივი სიმდიდრე, რომლის გამოყენება სამკურნალო მიზნით არა ერთ ქართველს დაჰპაღებია; სამწუხაროდ უნდა ითქვას, რომ დღესაც დარჩენილია ეს საკითხი სათანადო სისწორით გადაუჭრელად. ტფილისის გოგირდის წყლების დებიტი უდრის, როგორც აღვნიშნეთ, 113.000 ვედროს დღე-ღამის განმავლობაში. ამ დებიტით, ჩვენ გოგირდის წყლები სრულიად თავისუფლად შეგვეძლო გამოგვეყენებინა უმთავრესად სამკურნალო მიზნით. ამიტომ საჭიროა, რომ ტფილისის გოგირდის წყლის მიდამოში აიყაროს ყველა შენობები და გაშენდეს საბალნეოლოგიო სადგური, სადაც მოთავსებულ უნდა იქნას ავადმყოფთა ყველა დარგის ფიზიკურ მეთოდით მკურნალობა. უკვე ჩვენს ხელში არის მ დიდი ფიზიკურ მეთოდით მკურნალობის ფაქტო-



რი, რომლებიც სრულ უფლებას ვეძღვევ გამოვიყენოთ ისინი გავრცელებული შედეგით კარგად მოწყობილ ბალნეოლოგიურ სადგურში. ეს გახლავთ ტფილისის ჰავა, ტფილისის მ თვალა მზე (პოეტის გამოაქმით) და ტფილისის გოგირდის წყლები. ამას დაუმატებთ ახლო მდებარეობა ქ. ტფილისთან მინერალურ-სატალახო ცენტრების, როგორც არის ახტალა. ტფილისი, როგორც ცალკე ბალნეოლოგიური ერთეული, შეტანილია ერთ ერთ ავტორის მიერ დიდ გამოცემაში, სადაც აღნიშნულია ევროპის და რუსეთის ყველა გამოჩენილი კურორტები. ეს გახლავთ ბალნეოგრაფია პროფ. Glax-ისა.

მოსხენების წინა ნაწილში აღვნიშნეთ მნიშვნელობა ტფილისის გოგირდის წყლებისა მკურნალობის მხრივ, განვიხილოთ ეხლა ამავე ქალაქის სხვა ბუნებრივი სიმდიდრენი, რომლებიც სრულ უფლებას ვეძღვევ ჩავთვალოთ ქ. ტფილისის ბალნეოლოგიურ მნიშვნელობის სადგურათ. საერთოდ ცნობილია, როდესაც გვინდა შევათასოთ ესა თუ ის ადგილი კლიმატიურ მნიშვნელობის მხრივ, აუცილებლად მხედველობაში უნდა მივიღოთ დაინტერესებულ ადგილის ჰავის  $t^{\circ}$ , სიმკვრივე და წოლა ჰაერის, მისი სისუფთავე, სინესტე, წვიმიან და მზიან დღეთა რაოდენობა, აგრეთვე რაოდენობა ატმოსფერულ ნალექისა. ამ მხრივ უნდა ითქვას, რომ ტფილისი საუკეთესო პირობებშია და ქვემოთ მოყვანილ მეტეოროლოგიურ ცნობებით აშკარად სჩანს ტფილისის ჰავის სიმდიდრე.

ქალაქი ტფილისი მდებარეობს  $41,5^{\circ}$  სივანეზე და  $62,5^{\circ}$  სიგრძეზე; გაქიმულია მდინარე მტკვრის ორივე ნაპირების ვიწრო ხეობაში. ქ. ტფილისის სიმაღლე შავი ზღვის დონესთან შეფარდებით უდრის  $404$  მეტრს. ტფილისი გაშენებულია ამფითეატრად მთების ფერდობებზედ.

დავიწყოთ ქ. ტფილისის ჰავის აღწერიდან. (იხ. ცხრილი № 1).

ცხრილი № 1.

ქ. ტფილისის მრავალწლიური საშუალო ტემპერატურები (ჩრდილში)

1871—1923 წ.

	იანვარი.	თებერვალი.	მარტი.	აპრილი.	მაისი.	ივნისი.	ივლისი.	აგვისტო.	სექტემბერი.	ოქტომბერი.	ნოემბერი.	დეკემბერი.	წელიწადი.	Amplituda.
საშუალო . . .	0.8	2.5	6.8	12.1	17.4	21.3	24.5	24.2	19.4	13.9	7.5	3.1	12.8	24.6
საშუალო.														
max. . .	5.8	5.9	10.3	17.0	20.6	24.6	26.9	26.2	22.5	17.0	10.2	6.8	14.0	29.4
min. . .	-4.1	-7.4	2.0	9.4	15.0	19.5	22.7	22.3	17.1	10.3	4.4	-3.6	11.7	19.0
საშუალო . . .	9.9	7.3	8.3	7.6	5.6	5.1	4.2	3.9	5.4	6.7	5.6	10.4	2.3	10.4
Amplit.														

თანამედროვე მედიცინა № 8—1926.

F 2110



ცნობები მიღებულია ქ. ტფილისის ობსერვატორიიდან. ქ. ტფილისის მრავალწლიური საშუალო ტემპერატურები დაწყებული 1871 წლიდან 1923 წლამდე. ამ ნიშნებიდან ჩანს, რომ საშუალო თვიური  $t^{\circ}$  ქ. ტფილისში maximum-ს აღწევს აგვისტოში— $24,5^{\circ}$ , მინიმუმს იანვარში— $0,8^{\circ}$ ; ყველაზედ მისაღები საშუალო სითბო ჰაერისა იწყება ენკენისთვიდან ( $19,4^{\circ}$ )—ვიდრე იანვრამდე  $0,8^{\circ}$ ; საშუალო სითბო აღნიშნულ სასეზონო თვეებში უდრის 8,9;

საშუალო წლიური სითბო ობსერვატორიის გადმოცემით 52 წლის განმავლობაში, ე. ი. დაწყებული 1871—1923 წლამდე უდრის  $12,8^{\circ}\text{C}$ . ტფილისის სიმაღლე, როგორც ვსთქვით 404 მეტრია.

საშუალო maximum-ი— $14,0^{\circ}$ —საშუალო minimum-ი  $11,7^{\circ}$ . საშუალო აბსოლუტუდა, საშუალო წლებიდან გამოანგარიშებული, უდრის დაახლოვებით  $2,3^{\circ}$ . ეხლა რომ შევადაროთ ქ. ტფილისი, ისეთ გამოჩენილ კურორტებს, როგორიც არის Montreux, Meran-ი, აღმოჩნდება:

ცხრილი № 2.

Montreux. (შვეიცარია).	$t^{\circ}$ ჰაერის 15 წლის დაკვირვება.
საშუალო თვიური $t^{\circ}$ Cels.	
იანვარი . . . . .	0,82 $^{\circ}$
თებერვალი . . . . .	3,84 $^{\circ}$
მარტი . . . . .	5,12 $^{\circ}$
აპრილი . . . . .	10,65 $^{\circ}$
მაისი . . . . .	15,01 $^{\circ}$
ოქტომბერი . . . . .	10,47 $^{\circ}$
ნოემბერი . . . . .	5,11 $^{\circ}$
დეკემბერი . . . . .	5,54 $^{\circ}$
	საშუალო წლიური= $10,5^{\circ}\text{C}$ .

Meran—ტიროლი ავსტრიაში.		t° ჰავის 10 წლის დაკვირვება.
საშუალო თვიური t° Cels.		
იანვარი . . . . .	0,18°	
თებერვალი . . . . .	3,02°	
მარტი . . . . .	7,5°	
აპრილი . . . . .	13°	
მაისი . . . . .	16,4°	
ივნისი . . . . .	19,8°	
ივლისი . . . . .	21,6°	
აგვისტო . . . . .	21,3°	
სექტემბერი . . . . .	17,7°	
ოქტომბერი . . . . .	12,6°	
ნოემბერი . . . . .	6,1°	
დეკემბერი . . . . .	2,2°	
		საშუალო წლიური t° = 11,8°C.

ამ ცხრილიდან ვხედავთ, რომ ჰავის t° მზრივ, მცირეოდენი განსხვავებით თითქმის თანაბარნი არიან. Montreaux-ს საშუალო წლიური t° 10,5°C. ზღვის დონეზე სიმაღლე კურორტ Montreaux-ის უდრის 380 მეტრს. აღნიშნული ჰავის საშუალო t° გამოანგარიშებულია 15 წლის განმავლობაში. მხოლოდ Meran-ის საშუალო წლიური t° უდრის 11,8°C. სიმაღლე ზღვის დონეზე 319 მეტრი. გამოანგარიშებულია 10 წლის განმავლობაში. შეიძლება ითქვას, რომ ტფილისის საშუალო წლიურის ჰავის t° უფრო უკეთესია, ვიდრე აღნიშნულ ბალნეოლოგიურ სადგურებისა.

ესა განვიხილოთ მე-2-ე მნიშვნელოვანი ფაქტორი. ეს გახლავთ ჰავის შეფარდებითი სინესტე.

ცხრილი № 3.

## შუზადღებითი სინესტა იანვარ-ივნისი %—ბ-ში.

1882—1891 წ. წ.	ტფილისი.	Montreux.	Meran-ი.
იანვარი . . . . .	74,9%	81,8%	
თებერვალი . . . . .	72,6 „	78,9 „	
მარტი . . . . .	63,5 „	78,8 „	
აპრილი . . . . .	64,6 „	73,5 „	
მაისი . . . . .	65,4 „	72,4 „	
ივნისი . . . . .	60,7 „		
ივლისი . . . . .	54,7 „		
აგვისტო . . . . .	55,6 „		
სექტემბერი . . . . .	63,6 „		
ოქტომბერი . . . . .	71,2 „	81,5%	
ნოემბერი . . . . .	76,5 „	81,0 „	
დეკემბერი . . . . .	76,2 „	82,9 „	
საშუალო წლ. . . . .	66,6%	79,5%	65,25%

ტფილისის საშუალო წლიური სინესტე უდრის 66,6%, დაკვირვებანი ნაწარმოებია 1882 წლიდან 1891 წლამდე.

Montreux-ს ჰაერის სინესტე უდრის 79,5%, Meran-ის 65,25%—ასე რომ, ეს სადგურები ჰაერის სინესტით თითქმის ეთანებრებიან ერთმანეთს, ჰაერის სინესტეს დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, ის სრულიად დამოკიდებულია ჰაერის სინესტაზე. ჰაერის სინესტე ხელს უწყობს, ან და შეაკავებს ადამიანის ორგანიზმიდან კანის და ფილტვების საშუალებით წყლის აორთქლებას, რაც თავის თავად ძლიერ გავლენას ახდენს სისხლის მიმოქცევაზე, ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლაზე და აგრეთვე ნერვულ სისტემის მოქმედებაზე.

რაც შეეხება ატმოსფერულ დანალექთა სიმაღლეს, აღინიშნება, რომ საშუალო ატმოსფერულ დანალექთა სიმაღლე ქ. ტფილისისა დაწვეებული 1844 წლიდან 1924 წლამდე უდრის 506 მილიმეტრს, ე. ი. 50,6 სანტიმეტრს თვეების მიხედვით ყველაზედ მეტი ატმოსფერული დანალექის სიმაღლე აღინიშნება აპრილში, ყველაზედ ნაკლები იანვარში. (ცხრ. № 4).



**მრავალწლიური საშუალო რაოდენობა ატმოსფერულ დანალექთა მილიმეტრაჟში ქ. ტფილისში.**

წ ე ლ ი.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	წ ე ლ ი.
1844—1924 წ.	იანვარი.	თებერვალი.	მარტი.	აპრილი.	მაისი.	ივნისი.	ივლისი.	აგვისტო.	სექტემბერი.	ოქტომბერი.	ნოემბერი.	დეკემბერი.	
	15 მ.	2)	28	58	81	73	46	38	51	41	34	22	503 მ.

**რაოდენობა დღეებისა დანალექებით.**

1844—1924 წ.	6 დღ.	7 დღ.	9 დღ.	12 დღ.	15 დღ.	12 დღ.	9 დღ.	8 დღ.	9 დღ.	9 დღ.	8 დღ.	7 დღ.	110 დღ.
--------------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

1862—1924 წ.	ზამთარი.	გაზაფხული.	ზაფხული.	შემოდგომა.
	57 მ.	168 მ.	157 მ.	126 მ.

ამ ბრუნდეს მიხედვით, დაწყებული იანვრის თვიდან მაისამდე ხაზი იწვევა ზევით, ამ ოვეში ატმოსფერულ დანალექთა სიმაღლე აღწევს უმაღლეს წერტილს—რაოდენობით 81 მილიმეტრს. ივნისიდან იანვრამდე ატმოსფერულ დანალექთა სიმაღლის რაოდენობა ეცემა. დღეების მიხედვით რომ გამოვიანგარიშოთ, აღინიშნება, რომ ყველაზედ მეტი დღეები, როდესაც წვიმები მოდის, ეცემა მაისის თვეს. (15 დღე დაახლოებით). ყველაზედ ნაკლები იანვარში—6 დღე, თებერვალში—7 დღე, ენკენისთვეში—9 დღე, ოქტომბერში 8 და დეკემბერში 7 დღე.

1862 წლიდან 1924 წლამდე საშუალო წლიურ ატმოსფერულ დანალექების სიმაღლეთა გამოანგარიშებით აღმოჩნდა, რომ ყველაზედ ნაკლები ატმოსფერულ დანალექთა სიმაღლე აღინიშნება ზამთრის და შემოდგომის თვეებში. ზამთრის თვეებში 57 მილიმეტრი, შემოდგომის 126 მილიმეტრი. ხოლო ყველაზედ მეტი ამ დანალექთა სიმაღლისა აღინიშნება გაზაფხულისა და ზაფხულის თვეებში. ზაფხულში უდრის 168 მილიმეტრს, ხოლო გაზაფხულში 157 მილ. მაშასადამე ამ ციფრებიდან ნათლად ჩანს, რომ ატმოსფერულ დანალექთა სიმაღლე ზამთარში და შემოდგომის თვეებში ყველაზედ ნაკლებია.

რაოდენობა ნათელ დღეების, ნახევრად ნათელის და ღრუბლიანი დღეებისა, (იხილეთ ცხრ. № 5).

	1913 წ.			1914 წ.		
	ნათელი.	ნახევრ. ნათელი.	ღრუბლიანი.	ნათელი.	ნახევრად ნათელი.	ღრუბლიანი.
იანვარი . . . . .	4 დღე.	17 დღე.	10 დღე.	4 დღე.	17 დღე.	10 დღე.
თებერვალი . . . . .	2 „	14 „	12 „	8 „	13 „	7 „
მარტი . . . . .	13 „	11 „	7 „	4 „	18 „	9 „
აპრილი . . . . .	4 „	11 „	15 „	3 „	16 „	11 „
მაისი . . . . .	3 „	17 „	11 „	5 „	19 „	7 „
ივნისი . . . . .	12 „	13 „	5 „	2 „	15 „	13 „
ივლისი . . . . .	11 „	16 „	4 „	4 „	25 „	2 „
აგვისტო . . . . .	15 „	14 „	2 „	14 „	15 „	2 „
სექტემბერი . . . . .	12 „	15 „	3 „	9 „	15 „	6 „
ოქტომბერი . . . . .	12 „	13 „	6 „	8 „	13 „	10 „
ნოემბერი . . . . .	3 „	15 „	12 „	2 „	14 „	14 „
დეკემბერი . . . . .	10 „	17 „	4 „	3 „	12 „	16 „

საშუალოდ გამოდის, რომ 1923 წლის სასეზონო თვეებში ე. ი. ენკენის-თვიდან იანვრამდე ნათელ დღეთა რიცხვი = 8 დღეს.

ნაწილობრივ მოღრუბლული = 15 დღე.

მოღრუბლული . . . . . = 7 „

ე. ი. ამ ხნის განმავლობაში 23 დღე არის, როდესაც ცა სრულიად არ არის დახურული.

რაც შეეხება ტფილისის ქარებს, რომლებიც ითვლებიან მთავარ მიზეზად ამინდის სწრაფ ცვალებადობაში—ამ მხრივ ქ. ტფილისი უნდა მითვლილ იქნეს იმ ადგილთა რიცხვში, რომლებიც უხვად დაჯილდოვებული არიან ბუნებრივ სიმდიდრის პირობებით. მრავალი წლის მეტეოროლოგიურ დაკვირვებით აღნიშნულია, რომ ტფილისის ქარების მიმართულება არის ჩრდილო-დასავლეთი. ყველაზე მეტი ქარი იცის მარტის, აპრილის და ივნისის თვეებში. ქარის სისწრაფე არ არის დიდი და საშუალოდ არ აღემატება წუთში 5 მეტრს. ქარის ამოვარდნა შემჩნეულია ისიც ნაშუადღევის საათებში. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს გოგირდის წყლის გამოსავლის ადგილები, ე. ი. დაბახანის მიდამო, სადაც

მეტოროლოგიურ დაკვირვებით აღნიშნულია, რომ ამ მხარემ არ იცის სრულიად ჩრდილოეთის ქარი—არის მხოლოდ აღმოსავლეთის ქარი. ეს აიხსნება იმ გარემოებით, რომ დაბახანის მიდამო ჩრდილო მხარისაგან დაცულია სოლოლაკის გორაკებით. ამ მიზეზითაც შეიძლება აიხსნას ის მოვლენა, რომ ტფილისში მხოლოდ ბოტანიკური ბაღშია შესაძლებელი იზრდებოდეს და იზრდება კიდევაც ტროპიკული და სუბტროპიკული მცენარეები. მოყვანილ ციფრებით საფუძველი გვაქვს მივაკუთვნოთ ტფილისის ჰავა შემოდგომის და ზამთრის განმავლობაში საშუალო თბილ და საშუალო ნესტიან ჰავათა რიგს, ხოლო ზაფხულის ჰავა არის ცხელი და მშრალი.

ამრიგად ქ. ტფილისის ჰავის საშუალო სინესტე, ნათელ დღეთა სიუხვე და აგრეთვე სიუხვე მზის სხივებისა, განსაზღვრულ თვეებში, ნაკლები ქარიანობა, ბუნებრივი თბილი წყლები, საკმარისი დებიტით და სითბოთი, გვაძლევს ჩვენ საფუძველს ჩავთვალოთ ტფილისი კლიმატიურ—ბალნეოლოგიურ სადგურათ შემოდგომის და ზამთრის თვეების განმავლობაში, ისე როგორც ითვლებიან მსოფლიო მნიშვნელობის ბალნეოლოგიურ სადგურებათ Aachen—Burtscheid, Montreux, Meran-ი და სხვები.

ჯერ კიდევ 1870 წელში აბიხი „ტფილისის მინერალურ წყლების კომისიის ანგარიშში“ აღნიშნავდა, რომ როდესაც ტფილისს დაუახლოვდება რკინის გზის ლიანდაგის მთავარი ხაზი, იგი გადაიქცევა დიდ სამკურნალო მნიშვნელობის ადგილათ, როგორც არის „ტექლიცი“ ავსტრიაში, აახენი—გერმანიაში და Cotets საფრანგეთში. ამის თავედება ტფილისის ჰავა, ტოპოგრაფიული მდებარეობა და მისი ბუნებრივი გოგირდის წყლები. მას შემდეგ არა ერთხელ წაკითხულა სხვადასხვა პირთა მიერ მოხსენებანი ტფილისის გოგირდის წყლებზე და მისი გამოყენების შესახებ სამკურნალო მიზნით, მაგრამ მათი დღლადი რჩებოდა ხმად მღალადებისა უდაბნოსა შინა. ექიმები: ლუნკევიჩი, არტემიევი, ზანდუკელი, ეკონომისტი ნ. ნიკოლაძე, ხატისოვი, ბაბაევი—ი გვარები იმ მოღვაწეთა, რომლებმაც სხვადასხვა ადგილას მოხსენებებით, არა ერთხელ მიუმართათ მაშინდელ ხელისუფლებისათვის, რომ გოგირდის წყლების ადგილას გაშენებულიყო დიდი ბალნეოლოგიური სადგური. ამ იდეის ჩანასახათ უნდა ჩათვლილ იქნეს ტფილისის დაზღვეულთა სამკურნალო ქვეგანყოფილების მიერ ყოფილ „ერეკლეს სახელობის აბანოში“ მოწყობილი ტალახ-გოგირდის წყლით სამკურნალო, სადაც აუარებელი რიცხვი ავადმყოფებისა ლებულობენ განკურნებას გოგირდის წყლისა და ტალახის კომპრესების შემწეობით.

1924 წლის 1 ივლისიდან 1925 წლის 2 ივლისამდე აღნიშნულ გოგირდის წყლის და ტალახის სამკურნალოში გაიკა 27,710 ტალახის კომპრესი, ეს რიცხვი პირველი მაჩვენებელია იმის, თუ რამდენათ მიზანშეწონილი შეიქმნა აქ ტალახისა და გოგირდის წყლით სამკურნალოს გაშენება. მიუხედავათ იმისა, რომ აღნიშნული სამკურნალო ატარებს დღეში 250 ავადმყოფს, მაინც ავადმყოფთა რიგი არსებობს, რომელიც ხშირად გრძელდება თვე ან თვენახევარი. ეს ფაქტი იმის მაუწყებელია, რომ მოთხოვნილება დიდია და, რასაკვირველია, ჩვენი პატარა სამკურნალო ვერ დააკმაყოფილებს სრულ 100% მოთხოვნილებას, მიუხედავათ იმისა, რომ სამკურნალო შეუწყვეტილ მუშაობს დღის 10 საათიდან

სალამოს 9 საათამდე, ექიმთა და მოსამსახურე პერსონალთა რამოდენიმე შეცვლით.

მაინც უნდა ითქვას, რომ ეს სამკურნალო გახლავთ უთუოდ პატარა ტოტი იმ დიდ ხისა, რომლის დარგვას ასეთი გულმოდგინედ სცდილობდნენ ზემოაღნიშნული მოღვაწეები ტფილისის გოგირდის წყლის მიდამოში. უკვე დროა მიექცეს ყურადღება ტფილისის გოგირდის წყლებს და გამოიყენებულ იქნას ის ტანჯულ ავადმყოფთა განსაკურნავად.

დღეს ყველასათვის ცხადია, თუ როგორ გადიდა მეცნიერთა რიცხვი ჩვენს დედა ქალაქში. უკვე ტფილისი სამკურნალოების მხრივ წარმოადგენს ისეთ ცენტრს, რომელიც არ ჩამოუვარდება საბჭოთა კავშირის სხვა დიდ ქალაქებს და ფრიალ საჭირო და სასურველი იქნება ქ. ტფილისისათვის, რომელიც სამკურნალო მეცნიერებით ასე წინ მიისწრაფის შეუჭრებლივ, ჰქონდეს დიდი ბალნეოლოგიური სადგური, სადაც ტარდებოდეს ავადმყოფთა ყველა დარგის ფიზიკურ მეთოდით მკურნალობა.

დღეს ერთის დაკვრით ხორცი ესხმის ისეთ იდეებს, რომლებიც უწინ საკანცელარო მაგიდის მაუღების ქვეშა ადგილებს არ სცილდებოდა. დღეს უკვე ბალნეოლოგიურ სადგურის შენობის აშენება ქ. ტფილისში გოგირდის წყლების მიდამოში ისეთ სიძნელეს აღარ წარმოადგენს, როგორც ეს უწინ იყო. შეერთებულ თანხებით ქალაქისა, ჯანმრთელობის კომისარიატისა და მთავრობის დახმარებით, ამ იდეის განხორციელება, სრულიად ადვილად შესაძლებელია და მე მრწამს, რომ იმ ადგილას, სადაც ვახუშტი ბატონიშვილი ერთ დროს სწერდა: „ტფილისის სდის კლდიდამ მარადის თბილი მომდინარე წყალი და არს მით დიდ შენნი ავაზიანი“ ახალი საქართველოს გეოგრაფია უნდა დასწეროს: ტფილისის გოგირდის წყლების მიდამოში გაშენებულია დიდი საბალნეოლოგიო სადგურის შენობა უკანასკნელ ევროპულ გემოვნებით და სამკურნალო ტექნიკის მოთხოვნილებით.

ზემოაღნიშნულ მოხსენებიდან ჩვენ შეგვიძლია შემდეგი დასკვნა გავაკეთოთ:

1. ტფილისის გოგირდის წყლები თავის მუდმივ კიმიურ შემადგენლობით, მუდმივ დებიტით და 1°-ით ეკუთვნის გოგირდ ტუტოვან თერმებს და უქველად წარმატებით გამოიყენება სხვადასხვა ქრონიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის დროს.

გოგირდის და ახტალის ტალახით კომბინირებული მკურნალობით ტერაპევტიული ეფექტი უქველად იზრდება.

2. ტფილისის ჰავა ზამთრისა და შემოდგომის თვეებში საშუალოდ ნესტიანია და საშუალოდ თბილი.

3. ტფილისი თავის ბუნებრივ სიმდიდრით, ე. ი. ჰავით და გოგირდის წყლებით, უნდა მიეკუთვნოს საბალნეოლოგიო მნიშვნელობას ქალაქთა რიცხვს, ყველაზედ უფრო ტფილისი თავის ჰავით და წყლებით უახლოვდება საზღვარგარეთელ მსოფლიო საბალნეოლოგიო მნიშვნელობის სადგურებს, მაგ. Montreux, Cotarets, Meran და სხვა.

4. ტფილისში უნდა დაარსდეს გოგირდის წყლების მიდამოში საბალნეოლოგიო სადგურის შენობა, სადაც მოწყობილ უნდა იქნეს ყოველგვარი ფიზიკურ

მეთოდით მკურნალობა, უმთავრესად გოგირდის წყლების, ტფილისის ჰავის, მზის და სამკურნალო ტალახების გამოყენებით. აუცილებლად მოწყობილ უნდა იქნეს სტაციონალური საწოლები ყოველგვარ დაკვირვებ-ს საწარმოებლად, იმ პერსპექტივებით, რომ შემდეგში აქ მოეწყოს უნივერსიტეტის ბალნეოლოგიური კლინიკები, რომლებიც მოგვემენ ჩვენ კადრს ექიმებისას, გაწვრთნილებს ბალნეოლოგიაში, უფრო ნაყოფიერ მუშაობის საწარმოებლად მშობლიურ კურორტებზედ.

5. ტფილისის გოგირდის წყლების მიდამო წარმოადგენს საუკეთესო ადგილს აქ ბალნეოლოგიურ სადგურის გასაშენებლად. სახელდობრ: მომხიბლავი გორაკების კალთები; ძველი, ისტორიულ მნიშვნელობის დანგრეული ციხეები; ძველი ტფილისის საუცხოვო სურათი, რომელიც გადაიშლება მოსეირნე ავადმყოფთა თვალ წინ, ყველა ეს მკურნალობასთან დაკავშირებული დიდ დადებით გავლენას მოახდენს ავადმყოფის გაუმჯობესებაში. ამ მიდამოში არსებობა მხოლოდ აღმოსავლეთ ქარისა, ბოტანიკურ ბაღის სიახლოვესაც დიდი მნიშვნელობა აქვს. გოგირდის წყლების მიდამოს გორაკებზე მოწყობილი უნდა იქნეს სპეციალური დანიშნვის ბაღები, მოედნები, სოლარიუმები და სხვა, ერთი სიტყვით, ყველა ის, რაც დღეს ახასიათებს ევროპის გამოჩენილ კლიმატო-ბალნეოლოგიურ სადგურებს

მის. დეკანოზიშვილი.

## კუმისის ტბის სამკურნალო ტალახი.

კუმისის ტბა მდებარეობს ტფილისის მაზრაში, ტფილისის დასავლეთ-სამხრეთით, მოკლე გზით 10—12 ვერსის მანძილზე; რკინის გზით სადგურ ტფილისიდან სადგ. კუმისამდის 25 ვერსია, ხოლო ურმის გზით 23 ვერსი; ეს უკანასკნელი გზა ტფილისის თათრის მოედნიდან ეგრედ წოდებულ „ვირონცოვკის“ ქუჩით გადადის გზატკეცილზედ, მთავარ ციხეს მარჯვნივ სტოვებს და თელეთის მთას უზღვევს; სადგ. სოღანლულთან გზა ორი მიმართულებით იყრება: მარცხნივ მიდის ურმის გზა, მარჯვნივ კი გზატკეცილი აღბულაღისკენ მიემართება. ეს უკანასკნელი მარჯვნივ სტოვებს სოფლებს პატარა და დიდ სოღანლულს, შეენაბადას, თელეთს, წალასყურს და აქვეა ფართო კუმისის ვაკე; მარჯვნივ სოფ. კუმისი გვრჩება და მარცხნივ ჩაურბის მოკლე გზა კუმისის ტბისკენ.

ეს მიდამო გარშემორტყმულია მთებით. კუმისის ვაკეს შუაგულში, იაღლუშის მთის კალთებზე მდებარეობს კუმისის ტბა. მისი ირგვლივი სიგრძე 9—10 ვერსს უდრის; გარეგნობით მოგძობ ფორმისაა კვერცხივით. კუმისის ტბა საქართველოს ტბის კვალობაზე, საკმაოდ დიდია და ამასთანავე ლამაზიც.

კუმისის ტბას პირველად ბატონიშვილი ვახუშტი იხსენიებს თავის გეოგრაფიაში: „იაღლუჯის მთის დასავლით, ხოშაგერმის იქით, არის ობის ციხე, ველსა ზედა, და აწ შემუსკრილი. და ამის ჩრდილოთ კერძ არს ტბა კუმისისა, მლაშე, შესდის წყარო კოდისა, კვალად ერთვის კოჯრისა და გუდელოსის ხევის წყალი. ამ წყლის დასავლით არს კუმისი, დაბა დიდი, ვენახოვანი, ლეღვიანი, ბროწეულიანი, ხილიანი. ამის მინდორსა შინა მოვალს ყოველნი თესლნი, ბრინჯბამბის გარდა; კანაფი უმუშაკოთ სცენდების. კუმისის თავს, კლდესა შინა არს გამოკეთილნი ქვანბნი. კუმისის აღმოსავლით, მტკვრისაკენ, არს თელეთები და ეკლესია წმიდისა გიორგისა სასწაულთ-მოქმედი“. მტკვრის კიდებზედ არის ქალაქურყუთა, და აწ სოღანლული წოდვილი, ნაყოფიერი ყოველთავე. ამ ქალიდან იაღლუჯამდე და კუმისის ტბამდე არს მინდორი დიდი, აწ წოდებული სარვანისა, მეფეთა აქლემთა დგომისათვის, უწყლობით უნაყოფო“.

ძველად, ტფილისის გარემო მთლად შემოსილი იყო ტყით, რასაც ადასტურებს ისტორიული ცნობები. მაგალითად, ავლაბარს XVII—XVIII საუკ. ერქვა „ფაითარაქანი“ (ტყუთა ქვეყანა), სადაც ვაჭრობდნენ ადგილობრივი ტყის მასალით. „ფაითარაქანს“ მე-XVIII საუკ. მცხეთის ტაძრის გუჯარი იხსენიებს, რო-

გორც ტაძრის საკუთრებას—მის ტყეს. მე-XIX საუკ. პირველ წლებში მამა-და-ვითის მთა (მთა წმინდა) მთლად შემოსილი იყო ტყით, რომელსაც სამი წლის განმავლობაში ანადგურებდნენ და მაინც ძლივს გაჩეხეს.

ამჟამად ტყე არც ტფილისის მიდამოებში სჩანს სრულიად და არც მის ფარგლების გარეთ არის.

ტყის გაჩეხამ, რასაკვირველია, განდევნა ადგილობრივი ცხოველები. ცნობილია, რომ ვერის ვაკეზე, ქალაქის საზღვრად, ირმებზე ნადირობდნენ; მახათის მთის იქით ტბებთან მრავლად მოიპოვებოდა ფრთხალი ჯეირანის ჯოგი (*Gazella Subgutturosa*), კუმისის ტბასთან შეხვედბოლით ვეფხსაც და უხანბარსაც (*Hiena vulgaris*).

პართალია, საკმაო ხანმა გაიარა, ბევრი რამ შეიცვალა, მაგრამ ბუნება არც ისე ადვილად ურიგდება ადამიანს, ძნელად ემორჩილება მას და თუ დედა-ქალაქ ტფილისის გავცდებით, კიდევ მრავალ ისეთ რამეებს ვნახავთ, რომელიც გამოუკვლეველია და პირველ ყოფილ მდგომარეობაშია.

ამგვარ გამოუკვლეველ საგანთა რიცხვს უნდა მიეკუთვნოს ტფილისის ირგვლივ გაფანტული ათიოდე ტბა, რომლებიც არ არის შესწავლილი და გამოკვლეული.

თითქმის ყველა ეს ტბები მწარე-მლაშე წყლიანია, გამოსავალი არა აქვთ, ორმოს მსგავსნი არიან; მათი ნიადაგი, შესაძლებელია, ტექტონური წარმოშობისა იყოს და, როგორც აკადემიკოსი აბირი მოგვითხრობს, მათი სიმაღლე წარმოსდგება ნიადაგ-ქვეშა მდებარე წყლებისაგან.

რკ. გზის სადგური „კუმისი“-დან ტბამდის  $\frac{3}{4}$ —1 ვერსის მანძილია. ურმის გზა სწორედ სადგურსა და ტბის შუა გადის. ტბის გამოღმა, სადგურის გარდა, რკ. გზის მუშა-მოსამსახურეებისათვის ერთი შენობაა. ტბის გაღმა დასავლით, 5 ვერსის მანძილზე მდებარეობს სოფ. კოდა; სადგურის პირდაპირ, გაღმა ჩრდილოეთით ფერდობში—სოფ. კუმისია 3—4 ვერსის მანძილზე; მის ზემოთ დასავლეთიდან აღმოსავლეთისაკენ მოსდევს სოფ. ვაშლოვანი, წალასყური, თელეთები და სხვა. ტბიდან სჩანს კოვრის გამოწაპირი და „ქოროლის“ მთა.

სოფ. კუმისის მცხოვრებთა უმრავლესობას შეადგენს სომხები, რომელთაც ყოველდღე შემოაქვთ ტფილისში გასაყიდად მაწონი და სოფლის მეურნეობის სხვადასხვა ნაწარმოები.

1909—11 წლებში შემოდგომით და გაზაფხულზე კუმისის ტბის გაღმა, დასავლეთით, ხშირად მინახავს კოჯორის, გუდელახევის და გეგერისწყლის ხევის წყლის ტბის ნაპირში ქაობათ ქცევა, რომელნიც ტბაში ჩამოდიოდნენ. იმ დროს აქ ლერწამოვანი ადგილი იყო, სადაც დღისით მგლები აფარებდნენ თავს და ონაგვარ ფრინველთაგან თავის დასაღწევათ იხევიც აქეთვე შესტურდებოდნენ ხოლმე. ამჟამად აქ ლერწამს კი არა, ბალახსაც იშვიათად დანახავთ.

ტბის კალაპოტის გარემო ნაპირებში და თვით ტბაშიც მკენარე ბალახში აუარებელია კასპიის კუ (*Clemmis caspia*); ნაპირებზე მომეტებულ წილად ვნახულობთ ქართულ კუს (*Testudo Ibera*).

შემოდგომაზე, ზამთარში და გაზაფხულში ტბა სავსეა გარეული იხვებით, ბატებით, ტყის ქათმით, შავი იხვით (нырки); აქა-იქ ლამაზი და მშვენიერი

გრძელ-კისერა ვედიც დასცურავს; ზოგი ფრინველი ნაპირზე გამოდის და იქ დასეირნობს—ბალახს სძოვს, ზოგი ლამაზად დასცურავს ტბაზე; აქა-იქ გაისმის მათი ხიხინი და სიცოცხლით ავსებს არე-მარეს.

ამაოდ დადიან აქ მონადირეები, რადგან მათი თავშესაფარი ლერწამი დღეს არსადა სჩანს და შორეული თოვის სროლა მხოლოდ აწიოკებს ფრინველს.

სამაგიეროდ, ხანგამოშვებით, აქა-იქ გამოჩნდება ხოლმე ქორი ან ძერა, დაედევნება და ჩაექანება იხვების დასაქერად, რომლებიც სწრაფად ჩაიყურქუმე-ლავებენ ტბაში და ემალებიან მტერს.

გაზაფხულზე ხშირია ტბის მიდამოებში ბაყაყი.

შიგ ტბაში იშვიათად მოიპოვება არა სასიამოვნო სტუმარი—წურბელა, რომელიც ათასში ერთხელ მიეკვრება წყალში ადამიანს და მით აცნობებს, რომ ისიც აქ არის.

გაზაფხულზე ტბის მიდამოები იმოსება მრავალფეროვან ბალახით და ყვავილით, რომელიც მეტად ამშვენებს აქაურობას.

გალმა ტრიალ მინდორზე მენახირე საქონელს აძოვებს, სალამურს უკრავს და მისი ტკბილი და ნაზი ხმა გამოლობა მოაქვს წყალს.

ხანდახან სადგურისკენ შხელით მოჰქრის მატარებელი, ოდნავ შესდგება და ისევ გაექანება ყვირილით ტფილისის ან ბორჩალოსაკენ.

სიცოცხლით სავსეა ტბა და მისი მიდამოები.

ზაფხულში კუმისის ტბის ნაპირები აქა-იქ შრება და ბრჭყვიალი გააქვს შემწრალი ტბის მარისს და თვალს სჭრის ადამიანს.

ზამთარში ტბა იშვიათად იყინება. 1924 წ. დეკემბერში და იანვარში შეჰყინა მხოლოდ ტბის  $\frac{1}{8}$ . ასეთი მოვლენა არ ახსოვთ ადგილობრივ სოფლელებს უკვე 20—30 წელიწადი.

საერთოდ კუმისის ტბის მიდამოებში ველის ზომიერ—ცხელი, მშრალი ჰავაა; ქარიანი, მოღრუბლული ან წვიმიანი დღეები ზაფხულში იშვიათია; ქვიშიანი მიწა ნესტს უკარგავს ნიადაგს.

კუმისის ტბის და მისი მიდამოების „ეხლანდელი“ კლიმატიური პირობები სავსებით შესაფერისია მომავალი კურორტისთვის. ვამბობ „ეხლანდელი“ იმიტომ, რომ 1909—11 წ. წ., მახსოვს, ტბის ნაპირები ს. ს. კოდის და კუმისის მხრით მთლად შემოსილი იყო ლერწამით და ქილით, რაც საუკეთესო თავშესაფარს წარმოადგენდა კოლოებისათვის, რომლებიც ასეთს ხელის შემწყობ პირობებში მრავლდებოდნენ კიდევ. ამჟამად კი არამც თუ ლერწამის ან ქილის, არამედ აღარც ქაობის ნასახი და აღარც ბალახია ამ ადგილებში, და მწერთა (კოლოების) კვერცხის მოშენებაც მოისპო. ნიაფი და ქარი თავისუფლად უვლის ტბას და მის მიდამოებს, რას გამო იქ კოლო ველარ ჩერდება.

გარდა ამისა, დიდი სარგებლობა მოაქვს საღამოს სტუმარს-ლამურას, რომელიც ადვილად იჭერს კოლოებს და იჭვე ყლაპავს.

არა ნაკლები სარგებლობა მოაქვს ტბის ადგილობრივ ფრინველებს: იხვს, ბატს და სხ., რომელთაც მთლად გაანადგურეს მწერთა კვერცხი ტბაში.

ამის გამო, მალარია, რომელსაც წინად ეპიდემიური ხასიათი ჰქონდა, ამჟამად იშვიათია და ისიც მეტ წილად ძვილად ნაავადმყოფართ შერჩა.



საერთოდ კი რომ ვსთქვათ, სად არ არის მალარია?

ერთად ერთი დამახასიათებელი თვისება შევნიშნე კუმისის ტბას იქ არა ერთხელ ჩემი ყოფნის დროს. ეს თვისება არის ამ სიწყნარით სავსე ტბის დრო-გამოშვებით აშფოთება, უმეტეს წილად წვიმიან ან ქარიან დღეებში; ტბა უც-ბად დიწყებს ხოლმე ღელვას; ანკარა წყალი ჯერ აიძვრევა და მალე სავსებით შავდება; ტბის დონე ზემოთ იწევს, თითქო წყალი ვერ ეტევა თავის კალაპოტ-შიო; მიეხეთქ-მოეხეთქება თავის ნაპირებს, შუილი მოისმის; ადიდებული ტბის წყალი ნაპირებსა ჰფარავს და მიდამოებს რცხავს. ტბის ფრინველი ღელვის დროს შუა ტბაში შეიკრიფება ხოლმე და იქ ელოდება ტბის დამშვიდებას.

ვერც ერთი მონადირე ვერ ბედავს ტბის ღელვის დროს ნავში ჩაჯდომას და ტბაში გასვლას.

ჩადგება თუ არა ქარი, ტბაც თანდათან დაწყნარდება; ორიოდ საათის შემდეგ ტბაზე ისეთი სიწყნარე მყარდება, თითქოს ღელვა არც კი ყოფილიყოს. ამდგურული წყალი იღექება და ისევ ანკარათ იქცევა.

ადგილობრივ მცხოვრებთა ლაპარაკიდან სჩანს, რომ კუმისის ტბის კალაპოტი ამ ათიოდე წლის განმავლობაში შევიწროვდა 2—3 მეტრით. ამის სინამდვილეში ადვილად დარწმუნდება ადამიანი, თუ დაუკვირდება ტბის ნაპირებს.

ტბის წყალი, მის მყუდროების დროს, გამჭირვალე ანკარაა, არაფერი არ მიტიტტივებს ზედ, და შიგ კი ადგილობრივი ტბის მცენარე-ბალახის (водоросли) გარდა არაფერს ხედავს თვალი; ამ მცენარეების ფესვები კი შეიძლება თვალით დაინახოთ 2—3 მეტრის საღრმეზე-ფსკერზე მიკრულ ხეივანივით გადაბმული.

ადგილობრივ მოხუცთა სიტყვით, უკვე რამოდენიმე ათეული წელიწადია, რაც კუმისის ტბას მკურნალობითი თვისება აქვს. ამბობენ, რომ მათი მამებიც სარგებლობდნენ ტბით, როდესაც ადამიანს ან ცხოველს გაუჩნდებოდა ქავანა, ქერტლი, ქარები და სხ. ამგვარი ავადმყოფობა. ზაფხულობით ავადმყოფს ჩასვამდნენ ხოლმე ტბაში, ტალახს უსვამდნენ, ტალახიან ავადმყოფს მზეზე აშრობდნენ რამოდენიმე ხანს და შემდეგ ჰბანდნენ ტანს იმავე ტბის წყლით. მათი სიტყვით, რამოდენიმე ბანაობის შემდეგ ავადმყოფი კაცი თუ ცხოველი არა ერთხელ განუჯურნავს ტბას.

ძველი თქმულებაც ამბობს, ვითომ ერთ გლეხკაცს ქარებით ავად გაუხდა კამეჩები, რომლებიც დასაკლავდაც კი არ ვარგოდნენ. პატრონმა ძლივს ჩარეკა ეს კამეჩები ტბაზედ და იქ დასტოვა. ერთი კვირის შემდეგ იმავე სოფლის გლეხმა შენიშნა, რომ მისი მეზობლის კამეჩები არხეინათ დადიან ტბასთან და, შავ ტალახში ამოსვრილნი; ბალახსა სძოვენ. ამის შემდეგ ტბის ტალახის ძალა ყველამ სცნო და ხალხმაც დაიწყო წამლობა.

ღღემდის ჯრავის ახსოვს, რომ ტბაზე ვინმე ექიმი მოსულიყო ავადმყოფთან ერთად. უკანასკნელნი დადიან მხოლოდ ზაფხულობით, როგორც ახლო მახლო სოფლებიდან, აგრეთვე ბორჩალოს მხრიდან თათრები, გერმანელები და იშვიათად რკ. გზის მუშა-მოსამსახურეებიც. ავადმყოფთა უმეტესი ნაწილი კმაყოფილია ტბაზედ წამლობის შედეგებით. ამ ტბის მკურნალობითი თვისება განთქმულია სოფლის მცხოვრებთა შორის.



კუმისის ტბის კალაპოტი ნაპირებში თანასწორი და ვაკეა, გარდა აღმოსავლეთით მხარესი, სადაც რკ. ზღის ხიდთან ჩაქანება მთის ფერდობი და სწორედ აქ ტბის სიღრმე, რომელიც საერთოდ ერთ მეტრს არ აღემატება, 6-7 მეტრს აღწევს.

ტბის ფსკერი მთლად გადაკრულია ფრიად თხელი ნაცრისფერი ფენით და მის ქვეშ, ოდნავ მიკარებისთანავე მოსჩანს მუქი-მოლურჯო, თითქმის შავი ტალახი.

ამ ტალახის ფენა  $1\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  მეტრის სიღრმეს აღწევს; მის ქვეშ კი იწყება ნაცრის ფერი შემკვრივებული ტალახის ფენა.

ტბიდან ახლად ამოღებულ შავ ტალახს თითქმის არა აქვს სასიამოვნო სუნი, სანამ მას არ გასრესავთ ხელის გულზედ; თუ გასრესავთ მაშინ ოდნავ შეამჩნევთ გოგირდწყალბადის სუნს.

ტბიდან ამოღებულ შავ ტალახს რამოდენიმე წუთის შემდეგ ხელახლად გადაეკვრის ხოლმე ნაცრისფერი ფენა და მთლად ეკარგება გოგირდწყალბადის სუნი.

ბანაობის დროს ადამიანი ადვილად ჩაიფლობა ტალახში მუხლებამდე. ამგვარ ვაკე ადგილს, სადაც ადამიანს შეუძლიან უშიშრად იაროს შიგ ტბაში და იბანაოს დაახლოებით  $1\frac{1}{2}$ —2 კვ. ვერსი უჭირავს.

შავი ტალახი გაფენილია მთელი კუმისის ტბის სივრცეზედ, როგორც წყლის ქვემოთ, აგრეთვე სველ ნაპირებზე, რომელსაც ღელვის დროს წყალი ხვდება.

კუმისის ტალახი მიემსგავსება ლიმანის ტალახებს და მეტად წააგავს ეგრედწოდებულ ტამბუკანის ტბის ტალახს (პიატიგორსკის ახლოა). უკანასკნელს არამც თუ არ ჩამორჩება ღირსებით, არამედ ერთი თვისებით კუმისის ტბის ტალახი კიდევ აჯობებს მას. ეს თვისება გამოიხატება იმაში, რომ კუმისის ტბის ტალახი ერთგვაროვანი მასაა და შიგ არ ურევია, როგორც ტამბუკანის ტბის ტალახს, ნიჟარა არბაკოვანი მცირე ნამტვრევები (галъки), რომელიც ადამიანის სხეულის კანს ასე თუ ისე მაინც აწუხებს.

კუმისის ტბის ტალახი, როგორც ზემოდ იყო მოხსენებული, ერთგვაროვანი, სქელი, ნაზი, ცხიმოვანი, ბრჭყვიალა და პლასტიური მასაა; ადვილად ეკრობა ტანს, ადვილად და ჩქარა თბება, შეშრობის დროს არა სკდება; ფერად მუქი-მოლურჯოა, თითქმის შავი; არა სასიამოვნო სუნი არ ასდის, გემოდ მწარე-მლაშეა.

საქართველოს ჯანსაღკომისარიატის ლაბორატორიუმის გამგემ ქიშიკოსმა რ. დ. კუბცისმა გამოიკვლია კუმისის ტბის ტალახი და წყალი („რაპა“) და შემდეგი აღმოაჩინა:

10/XI 1925 წ. № 90 ოქმის ასლი: კუმისის ტბის ტალახის ანალიზისთვის აღებულია ნიმუში 20/IX 1925 წ. ნიმუშათ აღებული ტალახი შავი ფერის ცხიმოვანი, ბრჭყვიალა, ერთგვაროვანი, პლასტიური მასაა. ჰაერზედ ზედა პირს ნაცრის ფერი ედება.

## ქიმიური ანალიზი.

## ა. ტალახის საერთო შემადგენლობა.

შემადგენელი ნაწილების დასახელება.	100 გრამ ნედლ ტალახ- ში.	C-ს 105° კვებ გამომზრალ 100 გრამ ტა- ლახში.
C-ს 105° კვებ განდევნილი წყალი H <sub>2</sub> O . . . . .	49, 49%	—
ამონიაკი NH <sub>3</sub> . . . . .	0,0051%	0,0100%
კალიუმის და ნატრიუმის ქანგი K <sub>2</sub> O + Na <sub>2</sub> O . . . . .	0,8084%	1,6000%
კალციუმის ქანგი CaO . . . . .	0,9080%	1,8000%
მაგნიუმის „ MgO . . . . .	0,2720%	0,5400%
ალიუმინის „ Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	7,4003%	14,8500%
რკინის ქანგულა FeO . . . . .	4,8410%	9,7710%
რკინა Fe . . . . .	0,1100%	0,2179%
ქლორი Cl . . . . .	0,0754%	0,1492%
ბრომი Br . . . . .	0,0032%	0,0063%
გოგირდი S . . . . .	0,0629%	0,1245%
გოგირდის მჟავა SO <sub>3</sub> . . . . .	1,3498%	2,7472%
ტიტანის „ TiO <sub>2</sub> . . . . .	მ ც ი რ გ	კ ვ ა ლ ი
ფოსფორის „ H <sub>3</sub> PO <sub>4</sub> . . . . .	0,0445%	0,0882%
ნახშირმჟავე შვკრული CO <sub>2</sub> . . . . .	0,2370%	0,4700%
კაჟირი SiO <sub>2</sub> . . . . .	29,1385%	57, 700%
ამქროლადი თავისუფალ ორგანიულ მჟავები გადარიცხულია კიანჭველას მჟავაში . . . . .	0,0331%	—
ამქროლადი შვკრული ორგანიული მჟავები გადარიცხულია კიანჭველას მჟავაში . . . . .	0,0605%	0,1200%
ორგანიული ნივთიერებანი . . . . .	5,1746%	10,1240%
წყალში გახსნილი ნივთიერებანი . . . . .	50,7846%	2,5635%
წყალში გაუხსნელი „ . . . . .	(იმავე რიცხვ- ში წყალია).	
წყალში გაუხსნელი „ . . . . .	49,2154%	97,4365%
125 გრამ ტალახის რადიოაქტივობა მახეს ერთეულში გამო- იხატება: ახალ ამოღებულ ტალახში . . . . .	24,37 E. M.	—
50 დღის შემდეგ . . . . .	0,27 E. M.	—

## ბ. წყალში გახსნილი ნივთიერებანი.

შემადგენელი ნაწილების დასახელება.	100 გრამ ნედლ ტალახ- ში.	C-ს 105° კვებ გამომშრალ 100 გრამ ტა- ლახში.
C-ს 110° t კვებ გამოშრობილი მცერივი ნივთიერებანი. . . . .	1,2946%	2,5635%
ამონიაკი NH <sub>3</sub> . . . . .	0,0051%	0,0100%
ნატრიუმი Na . . . . .	0,0349%	0,0847%
ნატრიუმის უანგი Na <sub>2</sub> O . . . . .	0,2486%	0,4756%
კალიუმის „ K <sub>2</sub> O . . . . .	0,0059%	0,0116%
კალციუმის „ CaO . . . . .	0,1007%	0,2033%
მაგნიუმის „ MgO . . . . .	0,0565%	0,1118%
ალიუმინის „ Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	0,0060%	0,0138%
რკინის უანგულა FeO . . . . .	კ ვ ა ლ ი	
ქლორი Cl . . . . .	0,0754%	0,1492%
ბრომი Br . . . . .	0,0032%	0,0063%
გოგირდის მუევა SO <sub>3</sub> . . . . .	0,5727%	1,1340%
კაჟირი SiO <sub>2</sub> . . . . .	0,1192%	0,2756%
ორგანიული ნივთიერებანი . . . . .	0,0078%	0,0154%

ნივთიერებათა წარმოდგენილი შემადგენლობა, რომელნიც წყალში გაიხსნებიან:

შემადგენელ ნივთიერებათა დასახელება.	100 გრამ ნედლ ტალახში.	C-ს 105° t კვებ გამოშრალ 100 გრამ ტალახში.
ბრომოვანი ნატრიუმი Na Br . . . . .	0,0041%	0,0081%
ქლოროვანი ამონიუმი NH <sub>4</sub> Cl . . . . .	0,0160%	0,0314%
„ ნატრიუმი NaCl . . . . .	0,0988%	0,2108%
გოგირდმევა ნატრიუმი Na <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> . . . . .	0,5694%	1,0854%
„ კალიუმი K <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> . . . . .	0,0110%	0,0215%
„ კალციუმი Ca SO <sub>4</sub> . . . . .	0,2447%	0,4940%
„ მაგნიუმი Mg SO <sub>4</sub> . . . . .	0,1695%	0,3354%
ალიუმინის ქანგი Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	0,0069%	0,0138%
კაჟირი SiO <sub>2</sub> . . . . .	0,1392%	0,2756%
ორგანიული ნივთიერებანი . . . . .	0,0078%	0,0154%

3. №/0 მარილის მჟავაში გახსნილი ნივთიერებანი:

შემადგენელ ნივთიერების დასახელება.	100 გრამ ნედლ ტალახში რომლიდანაც წინასწარ არის მოშორებული ყველა წყალში გახსნილი ნივთიერებანი.
C-ს 105° t კვებ გამოშრობილი მკვრივი ნივთიერებანი .	4,252 გრმ.
კალიუმის და ნატრიუმის ქანგი K <sub>2</sub> O + Na <sub>2</sub> O . . . . .	0,4480 „
კალციუმის ქანგი CaO . . . . .	0,6240 „
მაგნიუმის „ MgO . . . . .	0,1715 „
ალიუმინის „ Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	0,1730 „
რკინის „ Fe <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	0,3694 „
გოგირდოვანი რკინა Fe <sub>2</sub> S . . . . .	0,1729 „
გოგირდის მევა SO <sub>2</sub> . . . . .	0,2733 „
ნახშირის მევა შეკრული CO <sub>2</sub> . . . . .	0,2370 „
თხზა (კაჟირი) SiO <sub>2</sub> . . . . .	0,1260 „
ორგანიული ნივთიერებანი . . . . .	1,6580 „



შემადგენელ ნივთიერების დასახელება.	100 გრამ ნედლ ტალახში რომ-ლიდანაც წინასწარ არის მოშორებული ყველა წყალში გახსნილი ნივთიერებანი.
მკვრივა ნივთიერებანი C. 120° t. ქვეშ გამშრალი	28,188 გრმ.
გახურების დროს დანაკლისა . . . . .	1,000 ”
რადიოაქტივობა მაზეს ერთეულში გამოზატული	8, 6 E. M.
” ” ” ” 10 დლის	
შემდეგ . . . . .	0,948 E. M.

გამოკვლევისათვის ხმარებული წყალი დაახლოვებით ისეთ ხსნარს ეთანაბრება, რომლის ერთი ლიტრი შეიცავს:

შემადგენელ ნივთიერების დასახელება.	100 გრამ ნედლ ტალახში რომ-ლიდანაც წინასწარ არის მოშორებული ყველა წყალში გახსნილი ნივთიერებანი.
ქლოროვანი ნატრიუმი NaCl . . . . .	3,3767 გრმ.
ბრომოვანი ” NaBr . . . . .	1,3302 ”
გოგირდმჟავე ” Na <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> . . . . .	14,4630 ”
” მაგნიუმი MgSO <sub>4</sub> . . . . .	3,0801 ”
” კალციუმი CaSO <sub>4</sub> . . . . .	4,8794 ”
” რკინის ქვეჟანგი FeSO <sub>4</sub> . . . . .	კ ვ ა ლ ი
ალიუმინის ჟანგი Al <sub>2</sub> O <sub>3</sub> . . . . .	0,2800 ”
თიხა (კაჟარი) SiO <sub>2</sub> . . . . .	0,0120 ”
ს უ ლ . . . . .	27,1588 გრმ.

ზემოაღნიშნული ანალიზით მიღებული შედეგები ამტკიცებენ, რომ კუმისის ტბის წყალი მწარე-წყალთა რიგს ეკუთვნის, რომელიც უფრო მეტ რაოდენობით გლაუბერის მარილს შეიცავს ხოლმე.

შესაძლებელია რომ ეს წყალი გამოყენებული იქნას სამკურნალო მიზნებისათვის“.

ყოველივე ზემოხსენებულიდან ცხადია, რომ კუმისის ტბის წყალი მიეკუთვნება ევრედწოდებულ ქიმიურად მინერალურ ცივ წყლების კატეგორიას და როგორც ასეთს განსაზღვრულ ქიმიური დამუშავების შემდეგ შეიძლება საეკი-ფიური გავლენა იქონიოს ადამიანის ორგანიზმზე.

ჰიგიენური თვალსაზრისით კუმისის ტბის წყალი საბანებლად უნაკლებოდ და უებრად უნდა ჩაითვალოს.

კუმისის ტბის ტალახის ქიმიურმა გამოკვლევამ დაგვანახა, რომ ეს ტალახი შემადგენლობით ნაკლებად განსხვავდება საზოგადოთ ყველა და კერძოდ ტაზ-ბუჯანის ტბის ტალახიდან, რომლებსაც იყენებენ თერაპიული მიზნით და რომ-ლების შესახებ ბევრი რამ დაწერილა მედიკო ქიმიურ ლიტერატურაში.

თერაპიული მხრივ ფრიად მნიშვნელოვან გოგირდმჟავე ნატრიუმის რაოდენობა 14,4630 გრმ. ერთ ლიტრ წყალზე საკმაო დიდია კუმისის ტბის წყალში, რომელსაც ეწოდება მწარე-მლაშე წყარო.

არა ნაკლებ მნიშვნელოვანია აგრეთვე ამ ტბის წყალში ბრომოვანი ნატრიუმის რაოდენობა-ერთ ლიტრ წყალზე 1,3302 გრმ.

ტბის უღრმეს ადგილების სალა და ევრედ წოდებულ სამკურნალო შავი ტალახის სილა შემადგენლობით ერთგვაროვანია თუ არა, ამის თქმა გადაწყვეტი-ტით არ შეგვიძლიან, რადგან სიღრმეში მდებარე ფენის ანალიზი ჯერ-ჯერო-ბით არა გვაქვს. არ არის აგრეთვე ტბის სხვა მისადგომ ადგილებიდან ამოღე-ბული ტალახის საკონტროლო ანალიზები.

ტალახით და წყლით მკურნალობა დროს მოტანილი საქმე არ არის; ის დამყარებულია ბალნეოთერაპიული დახმარების საჭიროებაზედ, რომელიც დღი-თი-დღე იზრდება და აგრეთვე იმ დაკვირვებაზე, რომ წყლით და ტალახით მკურნალობა ხშირად უკეთეს შედეგებს იძლევა, ვიდრე ჩვეულებრივი მედიკა-მენტებით წამლობა. ამასთანავე, რასაკვირველია, მხედველობაში მისაღება ავა-დ-მყოფების რწმენა რომელიმე წყლის ან ტალახის სამკურნალო თვისებისადმი, რაც ასე თუ ისე ნაწილობრივ ხელს უწყობს თერაპიულ უკეთეს ეფექტებს, რო-გორც ცხოვრების, პირობების, წრის, ჰავის და სხვ. გამოცვლა.

იმ გარემოებას, რომ წამლობა შეფარდებულია ზაფხულის თბილ დროს-თან, თავის უპირატესობა და სასარგებლო მხარე აქვს, რადგან თვით ზაფხული კარგად მოქმედობს ადამიანის ორგანიზმზე.

დასასრულ უნდა აღვნიშნო, რომ კუმისის ტბა საქართველოსთვის წარ-მოადგენს დიდს ბუნებრივ სიმდიდრეს, რომლის მკურნალობითი თვისებაში, ვგო-ნებ, სულ მოკლე ხანში სამკურნალოებშიაც დაერწმუნდებით.

კუმისის მომავალი კურორტი განსაკუთრებულ ადგილს დაიჭერს ჩვენს კუ-რორტებში, რასაც ხელს უწყობს მისი სიახლოვე ტფილისთან და ჭიმოსვლის კარგი პირობები, და თუ საკურორტო სამმართველო მუყაითად მოჰკვიდებს ხელს მის მოწყობას, იმედი უნდა ვიქონიოთ, რომ უახლოეს მომავალში ამ ადგილს აყვავდება ფიზიო თერაპიული მკურნალობა.



## 6. გეგმვაჟორი.

ცემის სანატორიუმის გამგე.

### Weisz-ის უროქრომოგენური რეაქციის და Matefy-ის რეაქციის შედარებითი შეფასების საკითხისათვის ტუბერკულოზურ ავადმყოფებზე.

ყოველ ფიზიოლოგისათვის კარგადაა ცნობილი თუ რა სიძნელეს წარმოადგენს აქტიურ ტუბერკულოზის განსხვავება არა აქტიურისაგან, განსაკუთრებულ ღირებულებას იგი იძენს ეხლანდელ დროში, როდესაც არის ავადმყოფთა ძლიერი მისწრაფება სამკურნალოდ სანატორიუმებში მოხვდეს. სანატორიუმებში, როგორც ეს ცნობილია განსაკუთრებით ტუბერკულოზის დარგში მომუშავე მკურნალთათვის, ხედებიან ხოლმე ავადმყოფნი უმთავრესად ტუბერკულოზის კომპენსირ სახით და მათ მსვლელობის აქტიურობის ნასახიც კი არა აქვთ. კლინიკისათვის აგრეთვე დიდ სიძნელეს წარმოადგენს ფილტვების ტუბერკულოზის დროს სწორ პროგნოზის დასმა. ძლიერ ბევრნი, ტუბერკულოზის დიდი მკოდნენიც კი ავადმყოფობის შორეულ მსვლელობის ხასიათის წინასწარ თქმაში თავს იკავებენ. ჩვენ ხშირად ვხვდებით ქრონიკულ ტუბერკულოზს დეკომპენსაციის ხანაში და როდესაც შესაძლებლობაც კი არ არის ავადმყოფის მომავალ არსებობაზე, ასეთი ავადმყოფები ცოცხლობენ მრავალ თვეებს ჩვენი პროგნოზის გაუმართლებლად.

არიან გამოცდილებით აღჭურვილი ისეთი სპეციალისტ-ფიზიოლოგებიც კი, რომელნიც სწორ პროგნოზის დასმას არ ურჩევენ რათა არ დასცენ თავიანთი ავტორიტეტი როგორც ავადმყოფთა წინაშე, აგრეთვე ირგვლივ მყოფთ წინაშეც. აქედან ნათელია კლინიკისტების გულმოდგინება, რომელიც მიმართული იყო ტუბერკულოზურ პროცესის დინამიკისაკენ საიმედო ბიოლოგიურ რეაქციების ძიების სახით.

უკანასკნელ წლებში ფართოდ იხმარება ტუბერკულოზურ ავადმყოფთა შარდის უროქრომოგენური რეაქცია. Weisz-ის ძირითადი ჰაზნიკი შემდგენიარად კეთდება: შარდის 5 კუბ. სტმ. უმატებენ 10 კუბ. სტმ. წყალს; შეზავებულ შარდს თანაბრად ორ სინჯარაში ასხამენ; ერთ-ერთ სინჯარაში უმატებენ 1, 2 ან 3 წვეთ  $KMgO_4$  (1 : 1000.0) და მეორეს —საწესთვალო სინჯარას ადარებენ და ყვითლად შეღებვის გამოჩენის შემთხვევაში რეაქცია დადებითად ითვლება. მრავალ დაკვირვებათა მიხედვით (Guth, Gottschal', Зелькина, Бейлина და სხ.) Weisz-ის ნათლად დადებით რეაქციის გამოჩენას პროგნოზის მიხედვით არაკეთილ სასია-



მოენო მსვლელობა აქვს, და რომ ამ რეაქციის საშუალებით შესაძლებელიცაა პროდუქტიული სახე ექსუდატიურიდან გაირჩეს.

**Matefy**-ს რეაქცია დაფუძნებულია ტუბერკულოზის დროს სისხლის შრატში ალბუმინსა და გლობულინის შორის ფარდების ცვლილებაზე. გლობულინი ქსოვილების ძლიერ დაშლისას დაკვინდება. გლობულინის დალექვისათვის **Matefy** იღებს გოგირდმეყვა ალუმინიუმს  $1/2\%$  ხსნარში. უქანასკნელი ყოველთვის მზადდება ძირითად  $1/2\%$  ხსნარიდან 1 კ. ს. რაოდენობით სისხლის შრატის 0,2 კ. ს-ს მიემატება. ამ ნარევის პატარა სინჯარებში ხმარებული ერიტროციტების დალექვის რეაქციისათვის, რამოდენიმეჯერ შეინჯღრევა და  $1 1/2$  საათის განმავლობაში ოთახის ტემპერატურაში უჭირავთ; ნორმალი შრატი ამ ხნის განმავლობაში თანაბარ ღვრიეს იძლევა, მაშინ როდესაც პათოლოგიური შრატი თენთოვან ნალექს იძლევა. **Krömecke—Beekman**-ის დაკვირვებით **Matefy**-ს რეაქცია, თუ იგი 20 წამზე ადრე გამოჩნდება, მას შეუძლია ცუდი პროგნოზული მნიშვნელობა იქონიოს.

მე დავისაზე ამოცანად ა. კ რკინის გზების ცემის სანატორიუმის 40 ავადმყოფზე გამეინჯა **Weisz** ის უროქრომოგენურ რეაქციის და **Matefy**-ს რეაქციის ერთდროული გამოჩენა ერთ და იმავე ავადმყოფზე.

ქვემოლ მოყვანილი ცხრილი ამ რეაქციებზე ერთგვარ სინათლეს ფენს:

ცხრილი № 1.

ფილტვების ტუბერკულოზის კლასიფიკაცია კროფცის მიხედვით.	შემთხვევათა რაოდენობა.	Weisz-ის და Matefy-ს რეაქციების ერთდროული თანხვედრა.	Weisz-ის და Matefy-ს რეაქციების განშლა.	Matefy-ს რეაქციით შემთხვევათა რაოდენობა.	Weisz-ის რეაქციით შემთხვევათა რაოდენობა.
A,	22	16 უარყოფითი	6	4	2
A,,	4	2 „	1	1	1
B,	8	4 დადებითი	4	2	2
B,,	6	4 „	2	—	—
C,,	6	6 „	—	6	6

ამასთანავე აღმოჩნდა, რომ დიდ უმრავლეს შემთხვევებში ტუბერკულოზის კომპესიურ სახეებში როგორც **Weisz**-ის უროქრომოგენური რეაქცია, აგრეთვე **Matefy**-ს რეაქცია უარყოფითია, წინააღმდეგ არაკომპესიურ და სუბკომპესიურ სახეებისას (კლასიფიკაცია პროფ. **შტერნბერგით**) დადებითი აღმოჩნდა.

განშლისას **Matefy**-ს რეაქცია კომპესიურ სახეების დროს უფრო გრძნობიერი აღმოჩნდა, დეკომპესიურ სახეების დროს კი ერთდროულად უფრო **Weisz**-ის უროქრომოგენურ რეაქციასთან.



ალინიშნებოდა ისეთი შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფთა მოკეთების სა-  
ერთო მდგომარეობასთან მათი სანატორიუმში ყოფნის განმავლობაში ტოქსემი-  
ის შენელების მხრივ რეაქციები უარყოფითი ხდებოდენ. ყოველ ექვს გარეშეა,  
რომ ამ ორ რეაქციას არ შეუძლიან შეუწყვეელი ღირებულების დაჩემება, მაგრამ  
კლინიკურ გამოკვლევათა თანაბრად ეს რეაქციები თავიანთი სიმარტივით ყუ-  
რადღებას იმსახურებენ.

ლიტერატურისა და საკუთარ დაკვირვებათა შედეგების მიხედვით ჩვენ შემ-  
დეგ დებულებებს ვაყენებთ:

I. **Matefy-ს** რეაქცია და **Weisz-ის** უროქრომოგენური რეაქცია შეიძლება  
ხმარებულ იქნეს სრულიად პრიმიტიულ პირობებში,

II. **Matefy-ს** რეაქცია **Weisz-ის** უროქრომოგენურ რეაქციაზე უფრო  
მკრძნობიერია.

III. ეს რეაქციები შეიძლება ხმარებულ იქნეს აქტიურ პროცესების გასარ-  
ჩევად არააქტიურიდან. უმრავლეს შემთხვევაში იგი ხდება ტუბერკულოზის ექ-  
სლდატიურ და დეკომპესიურ სახეების დროს.

ლიტერატურა.

1. E. Guth Beitr. Z. Kl. d. Tbc Bd 45, 1920.
2. A. Gottschalk ibidem Bd. 51 1922.
- 3 Weisz Kl. Woch. № 14, 1922.
4. Matefy Med. Klin. № 21, 1923.
5. Krömecke. Deutsche medicin. Wochenschr. № 8, 1924.
6. Eeekman " " " " № 45, 1924.
7. И. Б. Бейлина. Опыт госпитализации туберкулезных больных в со-  
временных условиях. „Вопросы туберкулеза“. Т. III, № 2, 1925.
8. О. В. Зелькина. Клиническое и прогностическое значение урохром-  
генной реакции мочи у больных туберкулезом легких. „Врачебное дело“  
№ 5, 1925.



### 3. ნაწილობრივი.

## ნაწილობრივი ხონდროდისტროფიის (Chondrodystrophia partialis) აბაზისტიკისათვის.

(ტფილისის სახ. უნივერსიტეტის ბავშვთა სნეულების კლინიკიდან. გამგე—პროფ სვ. გოგიტიძე).

პედიატრიულ კლინიკებში მომუშავე ექიმებს, რომელთა დაკვირვების და შესწავლის საგანს შეადგენს ადამიანის ორგანიზმში, პირველ დღეებიდან სქესობრივ მომწიფებამდე, ბუნებრივად უფრო ხშირად ეძლევა შემთხვევად საშუალება თანდაყოლილ სნეულებათა უფრო სუფთა ფორმების ნახვის და შესწავლის. ჩვენს ქვეყანაში, სადაც სათანადო მასალის დაგროვება და შესწავლა თითქმის არ დაწყებულა ჯერ, საბავშვო კლინიკის და საავადმყოფოს უქონლობის გამო, უკანასკნელ ხანამდე, განსაკუთრებული ყურადღებას ღირსია ამგვარი კლინიკური მასალა, მისი რეგისტრაცია და შესწავლა შეძლებისდაგვარად. ამიტომ ზედმეტი არ იქნება გამოკვლევა თანშობილი დისტროფიის ქვემო აღწერილი შემთხვევის, რომლის მსგავსი არა თუ ჩვენში არასოდეს არ ყოფილა აღნიშნული, არამედ უფრო მდიდარ ლიტერატურებშიაც (ფრანგულში, გერმანულში და რუსულში) იშვიათობას წარმოადგენს და იმავე დროს არ არის მოკლებულა თავისებურებას ეტიოლოგიის მხრივ. ჩვენ ვვულისხმობთ ნაწილობრივი ხონდროდისტროფიის შემთხვევას (Chondrodystrophia partialis congenita), რომელიც ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საბავშვო კლინიკაში იმყოფებოდა ჩვენს დაკვირვების ქვეშ 1923 წლის 18/IV დან 12/V-მდე და რომელიც შეეხება 3 წლის ქართველ ქალს მარგარიტა შ-ძეს.

კლინიკაში შემოსვლისას ბავშვის დედის საჩივარს შეადგენდა სიკოკლე მარცხენა ფეხის სიმოკლის გამო. ეს ნაკლი დედამ შეამჩნია მაშინ, როდესაც ბავშვმა სიარული იწყო. კოქლობა, დედის დაკვირვებით, თანდათან მატულობს, რადგან მარცხენა ფეხი ნაკლებ იზრდება, ვიდრე მარჯვენა.

Anamnesis aegroti: ბავშვი დაიბადა თავის დროზედ მესამე ორსულობიდან; როგორც ორსულობა, ისე მშობიარობა კარგად ჩატარებულა, მხოლოდ ბავშვი დაბადებულა ასფიქსიაში (მარტო 20 წუთის შემდეგ დაუწყია სუნთქვა). ბავშვი დაბადებისას კარგი ყოფილა, მხოლოდ პირველ თვეში დასჩენია გაძნელებული სუნთქვა ცხვირით ისე, რომ ძუძუს წოვას უშლიდაო. ამას ვიღაც ფერშალის წამლობით გაუვლია. 8 თვემდე ბავშვი მარტო დედის ძუძუზე ყოფილა, რომელსაც ღებულობდა უწესრიგოდ. 8 თვიდან დაუწყიათ დამატებითი კვება.

1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> წლის სულ მოუშორებიათ ძუძუდან. პირველი სარძეო კბილი 7 თვისას ამოსვლია. კბილების ამოსვლისას ბავშვს ხანმოკლე ფალარათი ემჩნეოდა. ჯდობა ბავშვს დაუწყია 6 თვისას, სიარული 1 წლისას. პირველი ღიმილი აღუნიშნავთ 5 თვისას, ამ დროსვე ეტყობოდა, რომ დედას სცნობს. პირველი სიტყვა რომ წარმოსთქვა, 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> წლის იყო. 1 წლამდე ბავშვს გადაუტანია ყვიანა ხველა, 2 წლისას 2—3 ჯერ გაუტყულებია.

მამა ბავშვის 45 წლისაა, დედა—23. მამას მუხლები სტკივა, აძლევს სიცხეს, მაგრამ არ ახველებს. დედა ჯანმრთელი ქალია, მხოლოდ ემჩნევა ჩიყვი (ფარისებრი ჯირკველის ჰიპერტროფია), მაგრამ ეს მას არ აწუხებს. პირველი ორსულობისას 3 თვის მუცელი წახდენია, მისი აზრით, სიმძიმის აწევის გამო. უფროსი ქალი 5 წლისა ჰყავს, სალი ბავშვია, მხოლოდ არც ერთ ფეხის თითებზე, გარდა მარჯვენა ცერისა, ფრჩხილი არა აქვს სრულებით.

St. praesens: ტანის წონა—13,4 kgr. ვინაიდან ბავშვს მარცხენა ფეხი თვალსაჩინოდ უფრო მოკლე აქვს, უფრო სწორი ციფრის მისაღებად, მისი ტანის სიმაღლე გავზომეთ გორიზონტალურ მდებარეობაში განსაკუთრებული კონსტრუქციის საზომ დაფაზე, რომელზედაც მიმაგრებულია 2 პერპენდიკულარული პატარა დაფები; ერთი მათგანი სათავეშია უმოძრაოდ, მეორე მოძრავია (ფეხებისაკენ). როცა ბავშვი ამგვარ დაფაზე დავაწვინეთ ისე, რომ თავი მიბჯენილი იყო სათავეში, მაშინ ბავშვის მთლიანი სიგრძე (სიმაღლე) თხემის მწვერვალოდან მარჯვენა ფეხის გულამდე გამოდგა 92,5 სანტ., მხოლოდ მარცხენა ფეხი 3,5 სანტ. არ მისწვდა საზომის მოძრავ ფირფიტას. გავზომეთ აგრეთვე მანძილი თხემის სიპრტყიდან ბოქვენის ძვალის ზევითა კიდემდე და მივიღეთ 53 სანტიმეტრი.

ტანის ზევითა და ქვევითა ნაწილების ზომითი დამოკიდებულების გამო. სარკვევად, ჩვენ ცალკე გავზომეთ ეს ნაწილები, მათ შორის საზღვრად მივიღეთ ბოქვენის ძვლის ზედა კიდე, და შედარების დროს მთლიანი ტანის სიგრძე (სიმაღლე) 1.000-დ აღუნიშნეთ ისე, როგორც Landerer ი იტყუვა. (Гундобии. Особенности детского возраста. С-Пб. 1906 г. стр. 36).

მაგრამ რადგან ქვევითა ნაწილის სიგრძე არ არის ერთნაირი მარცხენა ფეხის სიმოკლის გამო, ჩვენ დაგვიჭირდა ორი დამოკიდებულების გამორკვევა—ცალკე მარჯვენა და ცალკე მარცხენა ფეხისათვის.

$$(მარცხენა ფ.) \quad \frac{53}{92,5-53} = \frac{573}{427} \quad (მარჯვენა ფ.); \quad \frac{53}{(92,5-3,5)-53} = \frac{595}{405}$$

თავის გარშემოწერილობა უდრის 49 სანტ. მარცხენა შუბლის ბორცვი თითქოს უფრო გამოზნექილია. ცხვირის ძირი ოდნავ ჩაზნექილია (Zattelnase), გულმკერდის გარშემოწერილობა—53 სანტ. მარცხნივ ზოგიერთ ნეკნებზე (II, IV, VI, VIII და VI) ემჩნევა ე. წ. კრილოსანი. ემჩნევა აგრეთვე მეტად გამოხატული წელის ლორღოზი. ხელების ზომა: ხელები გაიზომა acromionი-დან შუა თითის ბოლომდე. მივიღეთ მარჯვენა ხელისთვის 35 სანტ. მარცხენასთვის 34 სანტ. მარცხენა წინამხარის ქვევითა ნაწილი უფრო შემსხვილებულია. გავზომეთ—გარშემოწერილობა ამ ადგილას მარჯვნივ 12 სანტ., მარცხნივ—13 სანტ. მარცხენა ხელის მაჩვენებელი თითის I და II ფალანგის პროქსიმალური ბოლოები

თვალსაჩინოდ არიან შემსხვილებული. ეს მოვლენა ნაკლებად ემჩნევა უსახელო თითის ფალანგებზე და ოდნავად ამავე ხელის სხვა თითებზეც.

სიგრძე ხელების ცალკე ძვლებისა:

	მარცხენა	მარჯვენა
Humerus . . . . .	12 სანტ.	12 სანტ.
Rad. . . . .	12 "	13 "
Ulna . . . . .	12 "	14 "
ბრაზიალური index-ი		
$\frac{R. 100}{h} = \frac{12.100}{12} = 100$		$\frac{13.100}{12} = 108.$

თუ როგორ იანგარიშება ბრაზიალური index-ი, ჩანს ფორმულიდან  $\frac{R. 100}{h}$

რომელშიაც R—Radius-ის სიგრძეა, h—humerus-ის.

მარჯვენა humerus-ის ზევითა ნახევარზე აღმოჩნდა შეხებუთ უსწორობა, არაჩვეულებრივი ქედის სახით.

### უხეხვის ზომა.

ფეხები გაიზომა spina ilei sup. antnr-დან maleol. exern-მდე. მარცხენა ფეხი—42,5 სანტ., მარჯვენა—46,5.

სიგრძე ფეხების ცალკე ძვლებისა:

	მარცხენა	მარჯვენა.
Femor (troch. m. epic. lat.) . . . . .	16,5 . . . . .	18,5 სანტ.
Tibia . . . . .	14 . . . . .	17 "
Fibula . . . . .	15 . . . . .	18 "

მარცხენა ბარდაყის ქვევითა ბოლო მარჯვენასთან შედარებით და წვივს ორივე ბოლოები იმავე ფეხზედ შემსხვილებულია.

### ბარშემოწერილობა ამ აღზიდუბაზე:

	მარცხნივ	მარჯვნივ
ბარდაყის ქვევითა ბოლო . . . . .	22,5 . . . . .	21,5 სანტ.
წვივის ზევითა " . . . . .	20,5 . . . . .	19,5 "
" ქვევითა " . . . . .	16,5 . . . . .	14,5 "

მარცხნივ ხელით შეხებით გამოვარკვეეთ, რომ fibula-ს თავი შედის მუხლის სახსარში და tibia-ს სახსარის ზედაპირის დონეზე დგას. ეს დამტკიცდა Röntgen-ოგრაფიით (\*), ემჩნევა უსწორობა მარჯვენა tibia-ს წინა ქედზე. (იხილეთ სურათი № 1).

როგორც დაინახეთ ამ ციფრებიდან ტანის მოყვანილობა ვერ არის სწორი, საზრდოობა კი დამაკმაყოფილებელი აქვს. თვალსაჩინო ლორწოვანი გარსებს ისე, როგორც კანს, სისხლსავსეობა ეტყობა. კანის მოქნილობა ნორმალურია

\*) ექ. მ. ნემსაძეს, ქლაქის, I საავადმყოფოს რენტგენოლოგს, ამხანაგური მადლობა რენტგენოგრაფის გადაღებისათვის.



სურათი № 1.

სურათზე ნათლად ჩანს, რომ fibula-ს თავი შედის მუხლის სახსარში და დგას tibia-ს სასახსრე ზედაპირის დონეზე.





კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი საკმარისად აქვს განვითარებული. კუნთები კარგათ არიან განვითარებული. ლიმფატიური ჯირკვლები ბლომათ აქვს—კისრის მარცხნივ, ილიის ორივე მხარეზედ, კუბიტალური მარჯვნივ და საზარდულის ფეტვის მარცვლის ოდენა არიან, მოძრავი, მაგარი და შეუზრდელნი.

ყველა სახსრებში მოძრაობა ნორმის ფარგლებშია, მხოლოდ მარცხენა მუხლს აქვს Genu valgum-ის ფორმა (ბლაგი კუთხით გარეთ, ბავშვის ფეხზედ დგომის დროს). მხოლოდ გორიზონტალურ მდგომარეობაში სახსარი ლეზულობს ნორმალურ ფორმას და ყველა მოძრაობაც მასში თავისუფლად ხდება. მყესების რეფლექსები ოდნავ აწეულია.

სხვა ორგანოებში არაფერი შესანიშნავი არ ჰქონია. 25/IV 1923 წ. სისხლი იყო გასინჯული Wasserman-ის რეაქციით. შედეგი დადებითი გამოდგა. (+ + +). 27/IV. დაენიშნა ანტილუეტური ექიმობა Rp. Ung. Hydrarg. ciner. 1,0. S. ყოველ დღე თითო პაკეტი.

დედამ იქარა და წამლობის დამთავრებამდე ბავშვი წაიყვანა კლინიკიდან 12/V 1923 წ.

ანამნეზიდან და ობიექტური გასინჯვიდან ირკვევა, რომ ჩვენს პატარა მარგარიტას უბედურება, რომელმაც ის ჩვენ კლინიკაში მოიყვანა, მდგომარეობს კოქლობაში. ეს კოქლობა გამოწვეულია მარცხენა ფეხის სიმოკლით. დედას ეს ნაკლი შეუმჩნევია პირველად, როცა ბავშვმა ფეხი აიდგა და მის შემდეგ ეს კოქლობა თანდათან უფრო თვალსაჩინო შექმნილა. იბადება საკითხი, რამ გამოიწვია ასეთი ჩამორჩენა მარცხენა ფეხისა. მართლაც ეს ფეხი არ იზრდება რაიმე მიზეზის გამო, ან იქნებ ჩვენ საქმე გვაქვს რომელიმე სახსრის დაავადებასთან, როგორც არის, მაგალითად, osteoarthritis deformans endemica, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს ფეხის ასეთი დამოკლება. (Marfan, Шенк, Еек).

ეს უკანასკნელი აზრი თითქოს ლეზულობს ერთგვარ დადასტურებას, თუ ჩვენ მივაქცევთ ყურადღებას, რომ მარცხენა ფეხის მუხლის ფორმა ვერ არის სწორი. ის წარმოადგენს ბავშვის ვერტიკალურ მდგომარეობაში კარგად გამოხატულ genu valgum-ს. მაგრამ თუ ბავშვს გავსინჯავთ გორიზონტალურ მდგომარეობაში, ჩვენ დავრწმუნდებით, რომ ამ სახსარში არცერთი მოძრაობა არ არის შეზღუდული და ის სრულიად საღი არის. ჩვენ აგრეთვე ვხედავთ, რომ აქ ჩამორჩენა არ არის გამოწვეული ნერვული სისტემის დაავადების გამო, როცა კუნთების ადრე განვითარებული დამბლის (მაგალ. polymielitis anter.) გამოკიდური უმოძრაობის გამო განიცდის თანდათანობით ატროფიას და ზრდაში ჩამორჩენას. მაგრამ ჩვენ ბავშვს არავითარი ნიშანი კუნთების პარალიტიკურ მდგომარეობაში ყოფნისა არა აქვს. ამნაირად ჩვენ იძულებული ვხდებით მივიღოთ, რომ აქ ფეხის სიმოკლე განვითარებულია არა სახსრის, ან კუნთების დაავადების გამო, არამედ ბავშვის უბედურების მიზეზი თვით ძვლებში უნდა იყოს.

ჩვენ ვიცით, რომ უბრალო მოტეხილობას და მასთან დაკავშირებულს ნატეხების უსწორო შეზრდასაც შეუძლია მოგვცეს ფეხის ასეთი დამოკლება, მაგრამ არც ანამნეზი და არც ობიექტური გასინჯვა არ გვაძლევს უფლებას დაუშვათ ასეთი შესაძლებლობა ჩვენს შემთხვევაში. ჩვენ არ უნდა დაგვაიწყყდეს, რომ ბავშვის ფეხის სიმოკლე თანდაყოლილია, რადგან ის შემჩნეული იქნა პირ-



ველადვე, როცა ბავშვა ფეხი აიდგა და აგრეთვე ისიც, რომ ეს სიმოკლე პროგრესიულია, თუ დაუჯერებთ დედას, რომ ფეხის სიმოკლე თანდათან იზრდება. რასაკვირველია, წარმოუდგენელია, რომ ტრავმატიულ (დაბადების შემდეგ) მოტეხილობის გამო ფეხის სიმოკლეს პროგრესიული ხასიათი მიეღოს, მაგრამ შეიძლება დაუშვათ, რომ იქნება ბავშვს აქვს რაიმე ისეთი თანდაყოლილი სნეულება, რომელიც იწვევს ძვლების სისუსტეს, რომლის გამო ხდება ახალი მოტეხილობები და ამის გამო ჩვენ ავადმყოფს თანდათან ემატება ფეხის სიმოკლეც.

აქ საფიქრებელია, მაგალ., Durante-ის მიერ აწერილი Dysplasie periostale. ეს ავადმყოფობა იწვევს გრძელი ძვლების დიდ დამოკლებას. ისინი შემსხვილებულიც არიან. მაგრამ უკვე ხელით შეხებით, ამ ავადმყოფობის დროს, შეიძლება დაერწმუნდეთ, რომ აქ შემსხვილება გამოწვეულია ძვლის როკის (callus) განვითარებით ძველი, ყოფილი გადატეხილობის ადგილებზე. როკების შორის ძვალი ძლიერ დავიწროვებული (aminci) და სუსტიც არის. ამავე დროს ავადმყოფს შეიძლება ახალი შეუზრდელი მოტეხილობანიც კი ქონდეს. გარდა ამისა, რადგან სენის მიზეზი პერიოსტალურ ოსიფიკაციის აშლილობაშია, (ეპიფიზარული ბრტლები სრულიად შეუცვლელი და ნორმალური არიან). ჩვენ ვნახულობთ, რომ თავის ქალას სარქველი არ არის მთლიანად გაძვლებული. აქ ჩვენ ხელის შეხებით ვამჩნევთ სრულიად გაუძვლებელ მემბრან. სებრ კუნძულებს. ნათქვამს თუ დაუმატებთ იმ გარემოებას, რომ დაბადების შემდეგ ასეთი ავადმყოფები ძალიან იშვიათად ცხოვრობენ რამოდენიმე კვირაზე მეტს და აგრეთვე იმას, რომ არც ერთი ძვალი არ რჩება სალი და შეუცვლელი, ჩვენთვის სრულიად ნათელი იქნება, რომ ჩვენ შემთხვევაში Durante-ის სნეულებაში არ უნდა იყოს საქმე. არც Ollier-ის dyschondroplasia-ს შეიძლება ადვილთ ბრალი ჩვენი მარგარიტას უბედურებაში, რადგან ამ სენს ახასიათებს Röntgen-ით ადვილათ დასანახი ძვლებში აქა იქ გაფანტული რბტილის კუნძულები, რის გამო ისინი სუსტნი არიან და ადვილათ ტყდებიან. ჩვენი ბავშვის ძვლების Röntgen-ოგრაფია არ გვაძლევს არავითარ საბუთს ვიფიქროთ ამ ავადმყოფობაზე.

ცნობილია, რომ რახიტსაც შეუძლია ხანდახან გამოიწვიოს ძვლების დამოკლება, მაგრამ რომ დავივიწყოთ, რომ ჩვენი მარგარიტა არ არის ისე ევრმიხდილი, სუსტი და გამხდარი გოგო, როგორც ეს რახიტს ჩვევია, ჩვენ უნდა გვახსოვდეს, რომ რახიტის დროს ძვლების დამოკლება გამოწვეულია მათი სირბილით. რის გამო ისინი ვერ იტანენ ტანის ტვირთს და ადვილათ იღუნებიან, ხანდახან ტყდებიან კიდევაც. გარდა ამისა რახიტი უფრო ნივთიერებათა გაცვლა გამოცვლის ავადმყოფობაა და ამიტომ თითქმის ერთნაირად აზიანებს ყველა ძვლებს. თუმცა ჩვენ შემთხვევაში სხვა ძვლებიც კი არ არიან სრულიად ზელულებელნი, მაგრამ უმთავრესად კი მარკხენა ფეხი და ხელის ძვლები არიან დაზიანებულნი. ცვლილებების ამგვარი ლოკალიზაცია ერთ მხარეზედ — ძნელად უკავშირდება ჩვენს წარმოდგენას რახიტზედ.

ეს უკანასკნელი გარემოება უარყოფს ჩვენ შემთხვევაში შესაძლებლობას კონგენიტალური მიკსედემასაც, მით უმეტეს, რომ ჩვენ ბავშვს არავითარი ნიშანი ე. წ. ლორწოვანი შეშუპებისა (მიკსედემის) და არც პსიქიური განვითარების ჩამორჩენის (იდიოტიის) არ ემჩნევა. ამნაირად ირკვევა, რომ ვერც ერთი ზე-

მოთმყოფანილი ავადმყოფობა ვერ აგვისხნის ჩენი მარგარიტას მარცხენა ფეხის სიმოკლეს. მაგრამ, ჩვენ თუ დაეაკვირდებით ამ ფეხის Röntgen-ოგრაამს, ჩვენ დაინახავთ ერთ გარემოებას, რომელიც თავის არა ჩვეულებრივობით იპყრობს ჩენს ყურადღებას.

ჩვენ ვამჩნევთ, რომ მცირე წვივის თავი არ ძვეს მუხლის სახსრის გარე, როგორც ეს ნორმალურად უნდა იყოს, არამედ შედის ამ სახსრის შემადგენლობაში და დიდი წვივის ზემო სასახსრე ზედაპირის ერთ ღონეზე დგას.

ამ გარემოებას ჩვენ ვამჩნევდით ხელით შეხებითაც; Röntgen-ოგრაამამ ფაქტი მხოლოდ თვალსაჩინოთ დაგვიდასტურა. სამწუხაროდ ფირფიტანების უქონლობის გამო შეუძლებელი გახდა მარჯვენა ზუსხის გადაღება, მაგრამ აქ განმეორებითმა გამოკვლევამ კლინიკის ხელმძღვანელის დასწრებით და მონაწილეობით საკმარისად დაადასტურა, რომ აქ სრულიად ნორმალურ დამოკიდებულებას ჰქონდა ადგილი, როგორც შეხებით, ისე რენტგენოსკოპით.

ჩვენ ვიცით, რომ ნორმალურად მცირე წვივის ზევითა თავი მარტო ემბრიონალურ განვითარების მერვე კვირემდე შედის მუხლის სახსარში tibia-სთან ერთად, მხოლოდ მერე tibia უფრო სწრაფად იზრდება და თავისი თავით თანდათან იკავებს ადგილს ბარძაყის epicondilus lateralis და fibula-ს შუა და ამნაირად Marfan-ის სიტყვით, თითქოს ავლებს ამ უკანასკნელს მუხლის სახსრის გარეთ. ჩვენ მარგარიტას, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, დარღვეული აქვს მარცხენა მუხლის ნორმალური განვითარება და ეს გარემოება კიდევ ერთხელ ამტკიცებს, რომ ავადმყოფობის განვითარება კიდევ დედის მუცელშია დაწყებული. და აი სწორედ ამ გარემოებაში ვხედავთ ჩვენ ერთგვარ კლიტეს ზაფხვის მდგომარეობის გასაგებად, რადგან ჩვენ ვიცით, რომ ამგვარი დამოკიდებულება fibula-ს მზრივ ძალიან პატოგენომიურია ძვლების ერთ ავადმყოფობისათვის, რომელსაც Chondrodystrophia-ს უწოდებენ, ფრანგები კი პირველად ამ ავადმყოფობის ამწერის Parrot (1878 წ.) მიერ შემოღებულ სახელს--achondroplasię.

ეს ავადმყოფობა მდგომარეობს, როგორც მისი სახელწოდებიდან ჩანს, ძვლის განვითარების ნორმალური მსვლელობის აშლილობაში ეპიფიზარული ხრტილის ადგილას. (Marfan).

ამიტომ ადვალნი ვასაგებია, რომ ის იწვევს ძვლების დიდ დამოკლებას. პერიოსტარული ძვლის განვითარება სრულებით არ არის აშლილი ამ ავადმყოფობის დროს. გაძვლების საზღვარზე ეპიფიზარული ხრტილის არეში ოსტეოიდური ქსოვილის განვითარებაც და მისი კირით გამაგრებაც, რახიტის საწინააღმდეგოთ სრულიად ნორმალურად მიმდინარეობს. მხოლოდ თვით ეპიფიზარული ხრტილი არ იზრდება ისეთი სისწორით, (ხრტილის უჯრედების რიგებათ დალაგება) როგორც ამას ნორმალური ძვლის ზრდის დროს ვხედავთ. ძვლის ზრდა კი სრულებით დამოკიდებულია ამ ეპიფიზარულ ხრტილის სწორ ზრდაზე, რომელიც (ბრტული) თავის ზრდის დროს, Rauber-ის თქმით, „словно бежит впереди прелледающей его об'извествленной границы окостенения, пытаясь сохранить себя и предоставляя ей в погоне лишь то, что он не в состоянии отнять у нея“. ამიტომ არის, რომ ამ ავადმყოფობას პირველად ყოვლისა ახასიათებს მიკრომელია, ე. ი. კიდურების თვალსაჩინო სიმოკლე, რომელსაც ამ ავად-

მყოფობის დროს რიზომელიული ხასიათი აქვს, ე. ი. პრაქსიმალური ძვლები უფრო მოკლენი არიან, ვიდრე დისტალური (მაგ. humerus-ი შედარებით უფრო მოკლეა, ვიდრე წინა მხარის ძვლები). თუ ჩვენ ვისარგებლებთ ანტროპოლოგების მიერ მიღებული ბრაზილური index-ით, რომელიც გვიჩვენებს დამოკიდებულებას humerus-ის და radius-ის სიგრძის შორის და რომელიც მიიღება  $\frac{\text{სიგრძე R. 100}}{\text{სიგრძე h}}$

ჩვენ დავინახავთ, რომ ნორმალურად, Бондырев-ის ციფრების მახევედით, ეს ინდექსი უნდა იყოს 100-ზედ ნაკლები და არ უნდა აღემატებოდეს ჩვენი სამი წლის ბავშვისათვის (83—88). (Бондырев). მარგარიტას კი ეს ინდექსი მარცხენა ხელისთვის აქვს 100 და მარჯვენასთვის კი 108. ამნაირად ჩვენ მარგარიტას ორივე ხელზე ემჩნევა ახონდროპლაზიისათვის ასე დამახასიათებელი რიზომელია. მაგრამ აქვე უნდა დაუმატოთ, რომ მარცხენა ხელი ჩვენ ბავშვს, გაზომილი acromion-იდან შუა თითამდე, ერთი სანტიმეტრით უფრო მოკლე აქვს მარჯვენა ხელზე, გარდა ამ რიზომელიისა ჩვენ არავითარი სხვა ცვლილება არ აღკვენიშნავს, მაშინ როცა მარცხენა ხელის ძვლების ეპიფიზები არიან თვალსაჩინოთ შემსხვილებულნი, რაც მტკიცდება St. praesens-ში მოყვანილი სათანადო ციფრებიდან. მარჯვენა ფეხიც ჩვენი გამოკვლევით სრულიად სალი უნდა იყოს. უმთავრესი უბედურება ჩვენი ავადმყოფისა, როგორც უკვე ვთქვით, მდგომარეობს მარცხენა ფეხის სიმოკლეში, რომელზედაც გარდა ამისა femor-ის ქვედა ბოლოს და წვივის ორივე ბოლოების შემსხვილება ემჩნევა. (სათანადო ციფრები st. pr.)

ამგვარი შემსხვილება, როგორც აღნიშნავს Siegert-ი, Marfan-ი და Apert-ი, დამოკიდებულია კუნთების მეტ განვითარებაზე, რომლებსაც ესაჭიროება უფრო მაგარი მისაპარებელი როკები.

კუნთების მეტი განვითარება კი არის შედეგი ძვლების დამოკლების, რადგან როგორც ვიცით, უფრო მოკლე მხარიათი წოწინარის მოქმედებისათვის საჭიროა უფრო მეტი ძალის, ენერჯის დახარჯვა.

ფეხების გრძელი ძვლების დამოკლების შედეგია აგრეთვე ის გარემოება, რომ ირღვევა ნორმალური დამოკიდებულება ტანის ზევითა და ქვევითა ნაწილთა შორის. ახალშობილს ფეხები ბევრათ მოკლე აქვს, ვიდრე მოზრდილს, რის გამო თუ მთელი ტანის სიგრძეს 100-ად მივიღებთ, os pubis-ზევითა კიდეს, როგორც ამას Landerer-ი შერება, მივიღებთ ზევითა და ქვევითა ტანის ნაწილების საზღვრად, მაშინ დამოკიდებულება ამ ორ ნაწილთა შორის ახალშობილისათვის იქნება  $\frac{619}{381}$ , მერე ფეხების ზრდა გაცილებით მეტია, ვინემ თვით ტანის (ხერ-

ხემლის სვეტის) და ეს დამოკიდებულება ლებულობს შემდეგ სახეს 494 : 506 მოზრდილის ასაკში. სამი წლის ბავშვისათვის იმავე Landerer-ის ანგარიშით ნორმალური დამოკიდებულებად უნდა ჩაითვალოს 574 : 426.

თუ ჩვენ ავიღებთ სათანადო ციფრებს st. pr. ჩვენი ავადმყოფისა, ჩვენ ვნახავთ, რომ მაშინ როცა მარჯვენა ფეხისთვის ჩვენ ვღებულობთ ნორმალურ დამოკიდებულებას, მარცხენა ფეხი კი იძლევა ნორმიდან ძალიან დაშორებულ

დამოკიდებულებას 595 : 405 და ეს უკანასკნელი ძალიან დამახასიათებელი ხონდროდისტროფიისათვის, რადგან ამ ავადმყოფობის დროს მთელი ტანის სიმაღლის ჩამოქვეითება ვითარდება მხოლოდ ფეხების დამოკლების გამო. ამ ავადმყოფობის დროს ჩვენ წინ არის ადამიანი სრული განვითარებული ტანით, რომელიც დგას შეუფერებელ მოკლე ფეხებზე.

გრძელი ძვლების დაზიანების გარდა ჩვენს ავადმყოფს ემჩნევა მარცხენა ნეკნებზედ ე. წ. კრიალოსანი, რომელიც ამ შემთხვევაში რახიტის შედეგი არ უნდა იყოს, როგორც ეს ჩვეულებრივით არის, რადგან ეს კრიალოსანი არა თუ ორივე მხარის ნეკნებზედ, არამედ მარცხენა ყველა ნეკნებზედაც კი არ არის. ამნაირი კრიალოსანი ავტორების მიერ აღწერილია ხონდროდისტროფიის დროსაც და ის ამ შემთხვევაში შეიძლება იყოს შედეგი ნეკნის ძვლოვან და ხრტილოვან ნაწილებთან შორის დარღვეულ დამოკიდებულებისა.

ძვლოვანი მეტაფიზი მის მაგიერ, რომ პირდაპირ შეუმჩნეველად გადადიოდეს ხრტილში, მუფტასავით ეხვევა მას და ამნაირად ვითარდება ეს კრიალოსანი, რომელსაც რახიტის კრიალოსანიდან გასარჩევად პსევდოკრიალოსანს უწოდებენ.

თავის ქალას მხრივ აქ აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ფუძეს ძვლები ნაადრევად შეიზრდებიან, ტვინის ნორმალური განვითარება კი იწვევს სამაგიეროთ საჩქველის მომეტებულ განვითარებას. აქედან წარმოიშობა Chondrodystrophia-სათვის დამახასიათებელი დიდ თავიანობა. ჩვენი ბავშვის თავის გარემოწერილობა არ აღემატება ნორმას—3 წლის ბავშვისათვის 49 სანტ., მაგრამ ჩვენ ვღებულობდით შთაბეჭდილებას თითქოს მარცხენა შუბლის ბორცვი მეტად გამოზნექილი იყო, ვიდრე მარჯვნივ.

ძალიან ხშირია chondrodystrophia-სთვის ერთგვარი ცხვირის ჩაქყენტა (Sattelnase), რაიც შეიძლება იყოს შედეგი როგორც სარქველის მეტი განვითარების, ისე ზევითა ყბის შუბლის მორჩის ნაკლები განვითარების. მარგარიტასაც ოდნავ ემჩნეოდა ცხვირის ჩაზნექვა. აგრეთვე აღნიშნულია წელის არეში ლორღოზი (ensellure lombaire ფრანგი ავტორების), რის მიზეზი Porak-ის აზრით საღმრთო ძვლის გორიზონტალური მდგომარეობისადმი მიდრეკილება უნდა იყოს. ამის გამო კონცხი (promontorium) ნამეტანი გამოზნექილია მენჯში, რომელიც chondrodystrophia-ს დროს მეტად ვიწრო არის.

ამნაირად ჩვენ გავარჩიეთ st. pr.-ში აღნიშნული ჩონჩხის თითქმის ყველა ცვლილებები და დაეინახეთ, რომ ისინი სრულიად თავსდებიან ხონდროდისტროფიის სურათში, როგორც ამ ავადმყოფობას ავციწერენ ავტორები. არის მხოლოდ ერთი გარემოება, რომელზედაც არ შეიძლება არ შევჩერდეთ, სანამ სავსებით გადაწყვეტდეთ, თუ რომელ სნეულებასთან გვაქვს საქმე ჩვენს შემთხვევაში. ეს არის ის, რომ თუ არ მივიღებთ მხედველობაში უკვე აღნიშნულ რიზომელიას მარჯვენა ხელისა, თითქმის ყველა ცვლილებები ჩვენ შემთხვევაში მარცხნით არიან მოთავსებულნი.

ხონდროდისტროფია არის ცნობილი, როგორც საერთო ავადმყოფობა და იწვევს სიმეტრიულ ცვლილებებს ორივე მხარეზე. მაგრამ ჩვენი ავადმყოფის ძვლების ცვლილებების ხასიათი იმდენათ პატოგნომიური არიან ხონდროდისტროფიისათვის, რომ ცალმხრივობა ამ ცვლილებებისა ვერ არის საკმარისი.

სი საბუთი, რომ უკუვადლოთ ჩვენ შემთხვევაში ამ სენის დიაგნოზი. Fibula ს თავის დარჩენა მუხლის სახსარში, რომელიც კარგად ჩანს მარცხენა მუხლის რენტგენოგრაფიაზე, ისეთი მუდმივი და უტყუარი სიმპტომია ხონდროდისტროფიისათვის, რომ ის კარგად ჩანს ამ სენით შეპყრობილი ცხოველების ჩონჩხზედაც კი (Apert.). ჩვენ მით უფრო მეტი სიმპტივით ვჩერდებით ამ დიაგნოზზე რომ Siegert-ი თავის წერილში გაკვრით იხსენიებს ერთ შემთხვევას ამნაირი ცალმხრივი ხონდროდისტროფიისა, რომელიც მას ჰქონია და რომლის შესახებ ის გვიბრძანებს, რომ მას სადმე სხვა ადგილას უფრო ვრცლათ აგვიწერს „Dieser bisher nie beobachtete Krankheitsfall wird anderweitig ausführlich veröffentlicht“. თუმცა ჩვენ ეს დაწვრილებითი აწერა Siegert-ის linsitige Chondrodystrophia-სი არსად არ შეგვხვედრია, მაგრამ ჩვენთვის მარტო ეს განცხადებაც ასეთი ავტორიტეტისა, როგორცაა Siegert-ი, რომ მას ჰქონდა ამნაირი შემთხვევა, სხვა მოყვანილ მოსაზრებასთან ერთად, სრულიად საკმარისად უნდა ჩაითვალოს, რომ ჩვენ შემთხვევაშიც უყოყმანოთ დავსვათ დიაგნოზი ცალმხრივი ხონდროდისტროფიისა (einseitige Chondrodystrophia). როგორც ჩანს ამნაირი შემთხვევა ძალიან იშვიათი უნდა იყოს და ამ გარემოებაში სხვათა შორის უნდა ვხედავდეთ ჩვენი შემთხვევის დიდ ინტერესს.

რაც შეეხება ავადმყოფობის განვითარებას, მის ეტიოლოგიას, არაფერი არ არის ჯერჯერობით სავსებით გამოჩვენებული; გამოთქმულია მხოლოდ რამოდენიმე ჰიპოთეზა, მაგრამ ჯერჯერობით არც ერთი მათგანი არ არის მიღებული. ასე, მაგალითად, ზოგიერთ შემთხვევაში მეტეკვიდრობის გავლენა დამტკიცებულათ უნდა ჩაითვალოს, (Apert, Launois, Marfan, Franchini, Zanati).

მაგრამ შემთხვევების დიდი ხაწილი არავითარ საბუთს არ იძლევა ვიფიქროთ მეტეკვიდრობაზე (Marfan). ჩვენი ბავშვის დედა და მამაც მალალი ტანის არიან და სრულიად არ წააგავენ ხონდროდისტროფიკებს.

ის აზრი, ვითომც ავადმყოფობის წარმოშობაში რაიმე მნიშვნელობა ჰქონდეს ფარისებრი ჯირკვლის დისტროფიას, ეხლა საყსებით დატოვებულად უნდა ჩაითვალოს. (Apert, Marfan, Siegert, Dyeterle). უკანასკნელმა ავტორმა წამოაყენა ჯერჯერობით ურყველი დებულება „Keine Form von fötaler Skeletterkrankungen kaun auf Störung des Schilddrüsenfunkrien zurückgeführt werden“ ლიტერატურაში არის მხოლოდ განყენებულად Cawazzini-ს მიერ გამოქვეყნებული ერთ შემთხვევა, რომელშიაც თითქოს მნიშვნელობა უნდა ჰქონოდა დედის GI. thyreoid-ის ფუნქციის აშლას ხონდროდისტროფიკური ნაყოფის განვითარებისათვის. ერთი მსუქანი ქალი, რომელსაც 2 სალი ბავშვი უშობნია, მესამე ორსულობის დროს დიდხანს დებულობდა თურმე ტირეოიდინის დიდ დოზებს იმისათვის, რომ გამხდარიყო. ამ აქიმობის შედეგად მას დაბადებია ხონდროდისტროფიკი. მაგრამ post hoc კიდევ არ ნიშნავს propter hoc-ს და ყოველ შემთხვევაში დაუმტკიცებლად უნდა ჩაითვალოს მიზეზობრივი კავშირი დედის მიერ მიღებული ტირეოიდინის და ხონდროდისტროფიკის განვითარების შორის.

ამიტომაც არის, რომ თუმცა ჩვენი მარგარიტას დედასაც ემჩნეოდა ჩიყვი. ჩვენ მაინც არ შეგვიძლია მარტო ამ საბუთით დავადისტროფოთ ამ უკანასკნელი ფაქტის ეტიოლოგიური მნიშვნელობა.

უფრო დასაბუთებულად მიგვაჩნია Gerich-ის არზი, რომ წინააღმდეგ გიგანტიზმისა, ხონდროდისტროფიის დროს მიზეზი სასქესო ჯირკვლების ჰიპერფუნქციაში უნდა იმყოფებოდეს. სქესობრივი ტემპერამენტს ხონდროდისტროფიებისას ხომ ხშირად აღნიშნავენ ავტორები. Dor et Maisonneuve-ს ცხოველებსათვის სათესლე ჯირკვლის ექსტრაქტი შეუშაბუნებიათ და მიუღიათ ეპიფიზარული ხრტილის სტერილიზაცია და ტანის ზრდის შეჩერება.

ზოგიერთი ფიქრობს, რომ ხონდროდისტროფიის განვითარებისათვის შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელობა საკვრცხე ჯირკვლების გაძლიერებულ ფუნქციას ორსულობის დროს, როდესაც ის სრულიად არ უნდა სწარმოებდეს. (Slanda et Zalpacuta).

არიან აგრეთვე ავტორები, რომლებიც ხონდროდისტროფიის წარმოშობაში უმთავრეს მნიშვნელობას hypophysis-ს ჰიპოფუნქციას აწერენ (Marie, Ewans, Burnier, Российский, Сурков). მაგრამ მთელ რიგში აწერილ შემთხვევების არავითარი საშუაო არ არის ვიფიქროთ hypophysis-ის ამა თუ იმ დაავადებაზე. თვით Сурков-ის შემთხვევაში არ ყოფილა აღნიშნული რაიმე ანომალობა sella turcica-ს მხრივ.

გარდა ამ თეორიებისა, სადაც ავტორები შინაგანი სეკრეციით ცდილობენ ახსნან ხონდროდისტროფიის წარმოშობა, წამოყენებული იყო კიდევ სხვაგვარი განმარტება ამ სენის განვითარების შესახებ.

ლიონის პროფ. Poncet-ი ძველი ძეგლების შესწავლით ფიქრობს, რომ ეგვიპტელების ღმერთები Ptah და Bes ნამდვილი ხონდროდისტროფიები უნდა ყოფილიყვნენ. ამასთან ერთად, მითოლოგიის მრავალ თქმულებათა მიხედვით პიგმეების და ლილიპუტების შესახებ, Poncet-ს დასაშვებლად მიაჩნია, რომ ძველ დროში უნდა ყოფილიყო ადამიანთა მოდგმა, რომელიც ძალიან მოგვაგონებს აწინდელ ხონდროდისტროფიებს. ეს უკანასკნელნი ამ ავტორის აზრით წარმოადგენენ ოდესღაც არსებული ფორმების გაცხოველყოფებას (reviviscence par atavisme).

Apert-ს კი ძლიერ საეჭვოდ მიაჩნია ასეთი ხალხის როდისმე ყოფნა, რადგან ხონდროდისტროფიების გამრავლება ძალიან შეფერხებულია მათი ქალების მენჯის სივიწროვის გამო. ისინი მოკლებულნი არიან საშუალებას დაბადონ ბავშვი ისე, რომ კეისრის გაკვეთა არ დაინშარონ. მერე კიდევ ასეთი ხალხი რომ ყოფილიყო, ამბობს Apert-ი, მაშინ ჩვენ ამ ხონდროდისტროფიებს უნდა ვხედავდეთ სადმე ერთ გარკვეულ მხარეში, სადაც ეს ხალხი ცხოვრობდა, და არა მთელ დედამიწის ზურგზე, როგორც ეს მართლა არისო. ამანიჩრად, Apert-ს ეს ატავიზმას თეორია არ მიაჩნია მისაღებად და მის მაგიერად მან წამოაყენა ხონდროდისტროფიის წარმოშობის ასახსნელათ ბიოლოგიაში მიღებული, ცნობილი გოლლანდელი ბოტანიკოსის de Vries-ის მუტაციის თეორია ცხოველების და მცენარეების სახეების განვითარების შესახებ. ის გამოდის იმ ფაქტიდან, რომ ჩვენს თვალის წინ განვითარდა ცხვრებში (moutons ancons) და რქოვან საქონელში (race nata d'espece bovine) მოდგმა, რომელიც ძალიან მოგვაგონებს ადამიანების ხონდროდისტროფიებს. Colonel David Humphreys მოგვითხრობს, თუ როგორ ერთ მეცხვარეს დაებადა პირველად ამნიჩრი mouton ancon სრუ-



ლიად სალი დედ-მამიდან და მერე, როცა მეზობლების რჩევით ძველი ვერძი და-  
ჰკლა და ეს mouton ancon-ი გაუშვა ვერძათ ფარაში, მალე გამოეყო მისი ფა-  
რიდან მამის მსგავსი მოდგმა დიდ თავა, მოკლე ფეხებიანი mouton ancon-ები-  
სა-ო. Apert-ი ფიქრობს, რომ ხონდროდისტროფიის სრულიად ჯანმრთელ დედ-  
მამისაგან დაბადება არის ადამიანის ჩვეულებრივი სახის მუტაციის საშუალებით  
ამნაირივე შეცვლა. მაგრამ კიდევაც, რომ მივიღოთ ეს მუტაციის თეორია,  
მინც ღიათ რჩება საკითხი იმის შესახებ, თუ რა იწვევს ამ მუტაციას, ან უკეთ  
რომ ვსთქვათ, ადამიანის მაღალი ჯიშის უფრო მახინჯ და მომაველს მოკლებულ  
ჯიშზედ გადასვლას.

ჩვენ ვიცით, რომ მონგოლოიდური იდიოტიის შესახებ არსებობს აზრი,  
რომ ამგვარ იდიოტის დაბადებას ხელს უწყობს მშობლების შემოქმედებითი ძა-  
ლების განლევა, მათი მოლაღვა. ასეთი იდიოტი ჩვეულებრივად ხანში შესულ  
დედ-მამის უკანასკნელი შვილია. მე ვაძლევ ნებას ჩემს თავს ვიფიქრო, რომ ამ  
შემოქმედებითი ძალების განლევას ხონდროდისტროფიის წარმოშობაშიაც უნდა  
ქონდეს მნიშვნელობა, და სწორედ ჩვენი ბავშვის ანამნეზიც გვაძლევს საბუთს  
ასეთი ფიქრისათვის. ჩვენი ავადმყოფის დედა თუმცა 23 წლისაა, მაგრამ მამა  
კი 45 წლისაა. ასეთი განსხვავება ცოლ-ქმარის ასაკში ვერ ჩაითვლება კარგ პი-  
რობად სალი შვილების ყოლისათვის (Siebert, Ченотаревская და სხვები) და თუ  
ამას დაუმატებთ, რომ მათ lues-იც გადასცეს თავის მემკვიდრებს, (მარგარი-  
ტას W. R + + +) ჩვენთვის ნათელი იქნება, რომ ჩვენი მარგარიტა არის ნა-  
ყოფი მშობლების განლუული ქრონიკული ინფექციით მოწამლული ძალების მო-  
ქმედებისა. პირველი ბავშვიც ვერ გამოვიდა მთლად კარგი, თუმცა ის დედის  
სიტყვით 5 წლისაა და სალია, მაგრამ არც ერთ ფეხს თითზე, გარდა მარჯვე-  
ნა ცერისა, მას ფრჩხილი დაბადებისას არ დაჰყოლია. ეს გარემოებაც არ ჩაი-  
თვლება, რასაკვირველია, მაჩვენებლათ დედის მუცელში შემოქმედებითი ძალე-  
ბის ნორმალურათ წარმოებისა.

თუმცა ბევრი ავტორი უარყოფს lues-ის მნიშვნელობას ხონდროდის-  
ტროფიის ეტიოლოგიაში, მაგრამ Шенк-თან ერთად ჩვენ ვფიქრობთ, რომ მარ-  
გარიტას მემკვიდრეობითი lues-ს არა უკანასკნელი როლი უნდა ეთამაშა დედ-  
მამის შემოქმედებითი ძალების დასუსტებაში. ჩვენ ვიცით, რომ ცხოველებშიც,  
რომლებმაც lues-ი არ იციან, იბადებიან ხონდროდისტროფიით შეპყრობილი  
ინდივიდუუმები და ამიტომ ჩვენ არ ვფიქრობთ, რომ დედმამის lues-ი ერთად-  
ერთი აუცილებელი პირობაა ადამიანის ხონდროდისტროფიული ნაყოფის წარ-  
მოშობისათვის, მაგრამ წარმოდგენილი გვაქვს მისი გავლენა, როგორც ერთი  
მაგნი მომენტის, რომელსაც ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლია ხელი შეუწყოს დედ-  
მამის შემოქმედებითი ძალების განლევას, დასუსტებას, ე. ი. მომზადებას იმ ნია-  
დავისა, რომელზედაც ნაკვალად ნორმალური ფორმების საღად დაბადებული ბავ-  
შვისა, აღმოცენდება შეცვლილი, დაავადებული ფორმები ამა თუ იმ სიმახინჯი-  
სა. აი ასე, არა პირდაპირათ, გვაქვს ჩვენ წარმოდგენილი მემკვიდრეობითი  
lues-ის გავლენა ჩვენ შემთხვევაში. იყო თუ არა სპეციფიური პროცესი ბავშვის  
ხრტილებში, რაც შესაძლებლათ მიიჩნია Шенк-ს, ჩვენ არ ვიცით. ამის გამოსა-  
რკვევად ჩვენ გვქონდა ერთად ერთი გზა-ცდა ანტილუეტური წამლობის გავლენ-

ნისა ჩვენ ავადმყოფზე, მაგრამ სამწუხაროდ დედამ არ დავაცალა: მისე მით ხოვნიტ ბავშვი გაწერილ იქნა კლინიკიდან წამლობის დასაწყისივე.

ყველა ზემოთ ნათქვამის მიხედვით ჩვენ შეგვიძლია გამოვიტანოთ შემდეგი დასკვნები:

1) უსათუოდ დამტკიცებულად უნდა ჩაითვალოს, რომ ჩვენ მარგარიტას ქონდა ძალიან იშვიათი ფორმა ე. წოდ. პარციალური მარცხენა მხარის ხონდროდისტროფიისა.

2) ძალიან საფიქრებელია, რომ ეს ხონდროდისტროფია იყო დედ-მამის შემოქმედებითი ენერჯის დასუსტების, განლევის შედეგი.

3) საფიქრებელია ისიც, რომ ეს უკანასკნელი გარემოება თვით უნდა იყოს შედეგი მათი (დედ-მამის) ლუეტითი ინფექციით მოწამელისა.

დასასრულ დიდ მადლობას ვუძღვნი ჩემს მასწავლებელს პროფ. სვ. გოგიტიძეს ამ შემთხვევის შესწავლის დროს ხელმძღვანელობისათვის.

### ლიტერატურა.

1. Раубер. Анатомия человека. Т. II.
2. Siegert. „Der Chondrodystrophische Zwergwuchs (Mikromelie)“. Ergebnisse der inner. Med. und Kinderheilkunde. VIII Band. 1912.
3. Шенк. „Ахондроплазия у человека“. Диссертация С. Петербург. 1910 г. цит. по реферату в Мед. обозр. № 5. 1911 г.
4. Marfan et Apert „Achondroplasia“ Nouveau Traité de médecine et de therapeutique. Giebert-Thoinot f. XXXIX №. 1912. „Maladies des os“ par Marfan.
5. Apert „Achondroplasia“ Les Maladies Congenitales et familiales. 1907.
6. Бондырев. „Материалы к измерению роста и отдельных частей у детей. Дисс. С. Петербург. 1902 г.
7. Проф. Российский. „Болезнь Parrot-Marie (Achondroplasia) и эндокринные железы.
8. Сурков. „К клинике и патогенезу врожденной ахондроплазии. ორივე ეს უკანასკნელი წერილი მოთავსებულია ჟურნალ Русская клиника № 3. 1924 №.
9. Siegert. „Der Mongolismus“ Ergeb. der inneren Medizin und Kinderheilkunde B. VI. 1910 №.
10. Д-р. Чеботаревская „О монголизме“ Педиатрия 1913 г. № 8.



დოც. სვ. ყიფშიძე და მკ. ალ. რუხაძე.

ნერვულ სნეულ. კლინ. გამგე. კლინ. ორდინატორი

## ზედა კიდურის სიმპატიკური ნერვული სისტემის სპაზმის სინდრომი და LERICHE-ის ოპერაციის შედეგი ამ სინდრო- მის დროს\*)

ჩვენი ავადმყოფი (მათე კალ—ძე, 33 წლის) წარდგენილი იყო ქართველ ექიმთა საზოგადოებაში პირველად საოპერაციო ჩარევამდე. მაშინ ჩვენ მიერ გამოცნობილი იყო მარჯვენა ზედა კიდურის სიმპატიკური ნერვული სისტემის გალიზიანების—სპაზმის სინდრომი და ამიტომ გამოთქმული იყო აზრი, რომ ამ შემთხვევაში ნაჩვენებია პერი-არტერიალური სიმპატიკტომია, ე. ი. Leriche-ის ოპერაცია. ჩვენ მაშინ დავპირდით საზოგადოებას, რომ ოპერაციის შემდეგ ხელახლად წარმოვადგენთ ავადმყოფს.

ჩვენი მოსაზრებანი ოპერაციის გავლენის შესახებ საესებით გამართლდა და ავადმყოფს, რომელსაც მაშინ ჰქონდა მარჯვენა ხელის მტეგნის კუნთების კონტრაქტურა, გაშეშებული თითები, კანის ზედაპირი ციანოტიური და ცივი, რომლის ძარჯვენა ხელი ფუნქციონალურად არაერთარ ღირებულებას არ წარმოადგენდა და ტკივილების გამო ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზედაც მოქმედობდა,--დღეს შეუძლიან ეს დაავადებული ხელი იხმაროს ისე, როგორც სალი და არაერთარ ტკივილებს მასში არ უჩივის.

ჩვენი განმარტება პათოლოგიურ ნიშნებისა მართალი გამოდგა, რასაც ავადმყოფის ისტორიის განხილვა ნათლად გვიჩვენებს.

ავადმყოფი ავად არის მის შემდეგ, რაც ის ელექტრული ნაკადით ტრაუმის საგანი გახდა. 27 ნოემბერს 1925 წ. როდესაც ჩვენი ავადმყოფი სამსახურში მიდიოდა, მან შემთხვევით დაადგა ფეხი ელექტრონის მავთულს და იმ წამსვე წაიქცა, გრძნობა დაჰკარგა; მას სრულიად არაფერი ახსოვს თუ რა მოხდა შემდეგ. მხოლოდ ორი საათის შემდეგ ავადმყოფი მოსულა გონზე, როდესაც იგი ახლობელ დუქანში შეუყვანიათ და ექიმი გამოუწვევიათ. აქ უნახავთ, რომ მას ქვედა კიდურები სრულებით გაშეშებული აქვს და მარჯვენა ხელის გული დამწვარი და თითებ მოხრილი. გარდა ამისა მას უგრძენია ტკივილები იმავე მარჯვენა ხელში. როდესაც ავადმყოფი სამკურნალოში მიუყვანიათ, ფეხების გაშეშებას მალე გაუვლია, მარჯვენა ხელის მდგომარეობა კი უცვლელად დარჩენილა.

\*) მოხსენდა ქართველ ექიმთა საზოგადოებას 25 მარტს 1926 წ.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაც მალე გამოკეთებულა, მაგრამ ხელის მდგომარეობა კი თითქმის უცვლელი დარჩენილა და ამის გამო განუძრავათ ავადმყოფის ტუჩილისში გადმოგზავნა სპეციალური მკურნალობისათვის.

ჩვენს კლინიკაში იგი 25 იანვარს შემოვიდა. კლინიკაში შემოსვლისას ჩვენ ვნახეთ შემდეგი: ავადმყოფი სრულიად ვერ ხმარობს მარჯვენა ხელის მტევანს. ხელის მტევანი ოდნავ მოხრილია ხელის ზურვისაკენ, ხელის თითები კი მოხრილია ძირითად ფალანგებით ხელის გულისაკენ, (იხ. სურ. 1) თითები ოდნავ მოხრილია ფალანგთა შუა სახსრებში. გარდა ამისა თითები მიკრულია ერთმანეთზე. ყოველივე პასიური მოძრაობა თითებისა, რომელმაც უნდა შესცვალოს ასეთი მათი მდებარეობა, მიზანს ვერ აღწევს, რადგანაც უპირველესად ყოვლისა იწვევს ტკივილებს და თუ თითები ძალდატანებით გავშალეთ ან ერთმანეთს დავაცილებთ, ისინი მაინც პირვანდელი კონტრაქტურის მდებარეობას უბრუნდებიან; დიდი თითი გაშლილია, ხელის მტევანი ციანოტიურია და უფრო ცივია მარცხენასთან შედარებით.

როდესაც ვცდილობთ თითების გაშლას ან მათი ერთმანეთისაგან დაცილებას, ავადმყოფი პროტესტს აცხადებს ტკივილების გამო. გარდა ამისა ამ ძალდატანებითი მოძრაობის დროს ვგრძნობთ საწინააღმდეგო ხასიათის თითქოს ნებისყოფითი მოძრაობას, ვითომდა კონტრაქტურა ნამდვილი კი არა, მოგონილი, ე. ი. სიმულიაციის შედეგი იყოს.

მარჯვენა ხელის ზურგზე თმა ბევრად უფრო ხშირი და გრძელია, ვიდრე მარცხნივ. თმების სიგრძე მარჯვნივ 4 mm., მარცხნივ 1,5 mm. უდრის. მარჯვენა ხელის გულის კანი უფრო სქელია და ზოგან ეპიდერმისი მისი აქერწლილია. იმავე ხელის ზურვის კანი ნაკლებ ნაოქებია და თითქოს გადაქიშულია სახსრებზე და ძვლებზე. არც რეფლექსებისა ცვლილებას და არც მგრძობელობის მოშლას ადგილი არ აქვს.

ელექტრო-ალზნებულება წვირლ კუნთებისა დაავადებულ მხარეზე გამოცვლილია იმ მიმართულებით, რომ შეკუმშვა ოდნავ გაქიანურებულია. ალზნებულება კი ოდნობითი თვალსაზრისით ცვალებადობას არ განიცდის.

თვალის გუგები თანასწორი არ არის: მარცხენა მეტია მარჯვენაზე. რეაქცია სინათლეზე ცოცხალია, აკომოდაციაზე შენახულია. მარცხენა თვალის ნაპრალი უფრო ფართოა ვიდრე მარჯვენასი. ანამნეზი წმინდა. Wassermann-ის რეაქცია უარყოფითია სისხლში და ზურვის ტვინის სითხეში.

რათა გავვეტარებია დიფერენციალური ფუნქციონალური (ჰისტერიული) და ორგანიულ კონტრაქტურებს შორის, ავადმყოფს მივეცი საერთო ნარკოზი. კონტრაქტურა მხოლოდ ღრმა ნარკოზის დროს მოისპო, რაც ორგანიულ კონტრაქტურის მაჩვენებელია. კვლავ განახლდა იგი ავადმყოფის სრული გაღვიძებამდე.

ყოველივე ზემოაღნიშნულ მოვლენათა გათვალისწინების შემდეგ სპეციალური ყურადღება იყო მიპყრობილი ჩვენი ავადმყოფის ორგანო-ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მდგომარეობის შესწავლაზე.

ამ მიზნით გამოკვლეული იყო მრავალჯერ სისხლის მაქსიმალური, მინიმალური წნევა და ინდექსი Pachon-ის აპარატით; სიმპატიკური ნერვული სისტე-

მის რეფლექსები. წარმოებული იყო აგრეთვე ფარმაკო დინამიური გამოკვლევა-ნი და განსაზღვრული იყო კანის ტემპერატურა Tétai-ს ტერმომეტრით.

**ორგანო-ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გამოკვლევის შედეგად:**

მაჯა რითმიული, კარგი ავსების, 72 წამში; ორტოსტატიზმი 18; Aschner-ის რეფლექსი ინვერტიული (72—76).

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	28,5	28,0	-0,5
წინა მზარზე . . . . .	31,8	31,5	-0,3
ფეხის ტერფის ზურგზე . . . . .	29,0	29,0	0
<b>სისხლის წნევა Pachon-ით:</b>			
Maxima . . . . .	14,5	13,5	-1,0
Minima . . . . .	9,0	8,0	-1,0
Index . . . . .	2,5	2,0	-0,5

Resumé: ადგილი აქვს ნათლად გამოხატულ სისხლის წნევის და თერმიულ ასიმეტრიას (hypothermia, hypotensia).

პილომოტორული რეფლექსები უფრო გამოხატულია მარჯვნივ. თეთრ ლა-ქათა ხანგრძლივობა მარჯვნივ 7" მარცხნივ 5" უდრის.

**1. შარმაკო-დინამიური გამოკვლევა.**

**ა. Pilocarpinum-ით ცდა.**

ინექციამდე: მაჯა 72; Aschner-ის რეფლექსი უარყოფითი (72—70); ორ-ტოსტატიზმი 18.

კანის ტემპერატურა	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	28,5	27,6	-0,9
წინა მზარზე . . . . .	31,5	30,7	-0,8
ფეხის ტერფის ზურგზე . . . . .	29,1	29,1	0
<b>სისხლის წნევა Pachon-ით:</b>			
Maxima . . . . .	15,0	14,0	-1,0
Minima . . . . .	9,0	8,5	-0,5
Index . . . . .	2,8	2,0	-0,8

პილომოტორული რეფლექსები უფრო გამოხატულია მარჯვნივ. თეთრ ლა-ქათა ხანგრძლივობა მარჯვნივ 7", მარცხნივ 5" უდრის.

15 წამი შემდეგ ინექციისა: მაჯა 88; Aschner-ის რეფლექსი სუსტად და-  
 დებითი (88 — 82).

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	29,3	29,0	-0,3
წინა მზარზე . . . . .	31,8	31,6	-0,2
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima . . . . .	15,0	15,0	0
Minima . . . . .	9,0	9,0	0
Index . . . . .	3,0	3,5	+0,5

30 წამი შემდეგ ინექციისა: მაჯა 72; Aschner-ის რეფლექსი დადებითი  
 (72 — 64); აღინიშნება სახის შეწითლება, ოფლის და ნერწყვის ღენა.

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	29,5	29,4	-0,1
წინა მზარზე . . . . .	31,9	31,8	-0,1
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima . . . . .	14,0	14,5	+0,5
Minima . . . . .	9,0	9,0	0
Index . . . . .	3,0	3,5	+0,5

პილომოტორული რეფლ. არ იწევა. თეთრ ლაქათა ხანგრძლივობა მარ-  
 ჯენივ 5" მარცხნივ 4". ავადმყოფი შედარებით ოდნავ უკეთ ამოძრავებს თი-  
 თებს; ძალდატანებითი მოძრაობისას თითები უკეთ იშლება და არც ძლიერ ტკი-  
 ვილებს აქვს ადგილი.

ერთი საათი შემდეგ ინექციისა: მაჯა 72; Aschner-ის რეფლექსი უარყო-  
 ფითი (72 — 70). ოფლის და ნერწყვის ღენა შეწყდა.

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	28,3	27,6	-0,7
წინა მზარზე . . . . .	30,4	29,9	-0,5
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima . . . . .	14,5	14,0	-0,5
Minima . . . . .	9,0	8,5	-0,5
Index . . . . .	3,0	3,0	0

Resümé: პილოკარპინის ზეგავლენით არსებული ასიმეტრია საგრძნობლად შემცირდა.

### ბ. Adrenalinum-ით ცდა.

ინექციამდე: მაჯა 70; Aschner-ის რეფლექსი უარყოფითი (70—70); ორტოსტატიზმი 18.

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარეზე.	დაავადებულ მზარეზე.	განსხვავება.
ზელის მტევანის ზურგზე . . . . .	25,2	23,1	—2,1
წინა მზარზე . . . . .	26,8	25,4	—1,4
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima. . . . .	13,5	13,0	—0,5
Minima. . . . .	8,5	8,0	—0,5
Index. . . . .	2,8	2,0	—0,8

პილომოტორული რეფლექსი უფრო გამოხატულია მარჯვნივ. თეთრ ლაქა-თა ხანგრძლივობა მარჯვნივ 7", მარცხნივ 5" უდრის.

15 წამი შემდეგ ინექციისა: მაჯა 80; Aschner-ის რეფლექსი ინვერტიული (80—84).

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარეზე.	დაავადებულ მზარეზე.	განსხვავება.
ზელის მტევანის ზურგზე . . . . .	23,0	20,2	—2,8
წინა მზარზე . . . . .	24,4	22,5	—1,9
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima. . . . .	17,0	16,0	—1,0
Minima. . . . .	8,0	8,0	0
Index. . . . .	3,5	2,0	—1,5

30 წამი შემდეგ ინექციისა: მაჯა 86; Aschner-ის რეფლექსი ინვერტიული (86—90).

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარეზე.	დაავადებულ მზარეზე.	განსხვავება.
ზელის მტევანის ზურგზე . . . . .	22,0	19,0	—3,0
წინა მზარზე . . . . .	23,5	21,1	—2,4
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima . . . . .	17,0	16,0	—1,0
Minima . . . . .	8,0	7,5	—0,5
Index . . . . .	3,0	1,5	—1,5



კანის ტემპერატურა.	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	33,3	33,1	-0,2
წინა მზარზე . . . . .	34,5	34,2	-0,3
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima . . . . .	13,0	12,5	-0,5
Minima . . . . .	8,5	8,5	0
Index . . . . .	3,0	3,0	0

Resumè: თვით აბაზანას ზეგავლენით არსებული ასიმეტრია საგრძნობლად შემცირდა.

**ბ. ცივ აბაზანას ((10° R) საშუალებით:**

აბაზანამდე: მაჯა 72; Aschner-ის რეფლექსი უარყოფითი (72—70).

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	24,2	22,8	-1,4
წინა მზარზე . . . . .	24,8	23,7	-1,1
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima . . . . .	13,0	12,0	-1,0
Minima . . . . .	8,5	8,0	-0,5
Index . . . . .	3,0	2,5	-0,5

აბაზანას შემდეგ: მაჯა 78; Aschner-ის რეფლექსი ინვერტიული (78—80).

კანის ტემპერატურა.	სალ მზარზე.	დაავადებულ მზარზე.	განსხვავება.
ხელის მტევანის ზურგზე . . . . .	22,1	19,3	-2,8
წინა მზარზე . . . . .	23,3	21,5	-1,8
<b>სისხლის წნევა:</b>			
Maxima . . . . .	14,0	13,0	-1,0
Minima . . . . .	9,0	7,5	-1,5
Index . . . . .	3,0	2,0	-1,0

ავადმყოფი პასიურ მოძრაობისას დაავადებულ ხელის მტევანის სახსრებში სასტიკ ტკივილებს გრძნობს; კონტრაქტურამ იმატა.

Resumè: ცივ აბაზანას ზეგავლენით არსებულ ასიმეტრიამ საგრძნობლად იმატა.

ზემოაღნიშნული ცდები. ამრიგად განმეორებით ბევრჯერ იყო წარმოებული და ასიმეტრია ორგანო-ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის მოვლენებისა უწყე-

	სპონტანური ასიმეტრია.					Pilocarpinum-ი			Adrenalinum-ი			აბაზანა.				ოპერაციის შემდეგ							
	25-1	30-1	5-11	10-11	15-11	ინტენსივ.	ინტენსივ. შემდეგ.		ინტენსივ.	ინტენსივ. შემდეგ.		ინტენსივ.	აბაზანა.		ოპერაციის შემდეგ.	3 საათის შემდეგ.	3 საათის შემდეგ.	3 საათის შემდეგ.	3 საათის შემდეგ.				
							15 წახ.	30 წახ.		1 საათი.	15 წახ.		30 წახ.	1 საათი.						წინ.	შემდეგ.	წინ.	შემდეგ.
<b>კანის ტემპერატურა.</b>																							
ზელის ზერვზე . . . . .	-0,5	-1,1	-1,4	-2,1	-2,4	-0,9	-0,3	-0,1	-0,7	-2,1	-2,8	-3,0	-1,5	-2,4	-0,2	-1,4	-2,8	-2,3	+0,4	+0,6	+1,7	-0,1	0
წინა შარზე . . . . .	-0,3	-0,8	-1,1	-1,2	-2,0	-0,8	-0,2	-0,1	-0,5	-1,2	-1,9	-2,4	-1,0	-2,0	-0,3	-1,1	-1,8	-1,9					0
ფეხის ზერვზე . . . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
<b>სისხლის წნევა.</b>																							
maxima . . . . .	-1,0	-0,5	-1,0	-0,5	-1,0	-1,0	0	+0,5	-0,5	-0,5	-1,0	-1,0	-0,5	-1,0	-0,5	-1,0	-1,0	-1,0					-0,5
minima . . . . .	-1,0	0	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	0	0	-0,5	-0,5	0	-0,5	0	-0,5	0	-0,5	-1,5	-0,5					0
index . . . . .	-0,5	-0,8	-0,5	-0,8	-0,5	-0,8	+0,5	+0,5	0	-0,8	-1,5	-1,5	-1,0	-0,5	-0,5	-0,5	-1,0	-0,5					-0,5
<b>ვენეპატორი რეფლ.</b>																							
მაჯა . . . . .	72	70	72	70	72	70	88	72	72	70	80	86	78	72	60	72	78	70					
პოლიმიტირისილი . . . . .	>	>	>	>	>	>	-	-	-	>	>	>	>	>	-	>	>	>					
Aschner-ის . . . . .	ინტენსივ.	0	ინტენსივ.	0	ინტენსივ.	0	+	+	0	0	ინტენსივ.	ინტენსივ.	ინტენსივ.	ინტენსივ.	0	ინტენსივ.	ინტენსივ.	0					
თვითი რაქა . . . . .	+2'	+1'	+2'	+2'	+2'	+2'	+1'	=	+2'	2'	+3'	+3'	+3'	+2'	-1'	+2'	+3'	+2'					





ბულ თავისებურებით დღითი დღე აშკარავდებოდა. ამ ასიმეტრიის შედეგი წარმოდგენილია შემდეგ ტაბულაზე:

ოპერაციის შემდეგ არსებული ასიმეტრია შეიცვალა საწინააღმდეგო მიმართულებით. ამ შემთხვევაში სისხლის წნევის გასინჯვა უკვე ძნელი იყო, რადგან არტერია ნახვევის ქვეშ იყო; მაგრამ ის, რაც შესაძლებელი იყო გამოგვეკვლია, გვარწმუნებს, რომ ასიმეტრია არსებობს, მხოლოდ ეხლა საღი ხელი ასრულებს დაჩაგრულის როლს.

ოპერაციის მეთუხმებზე დღეზე ეს ასიმეტრიაც მოიხპო, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ინდექსის დაწვეას დაავადებულ მხარეზე, რაც არტერიის პოსტ-ოპერატიული მდგომარეობას უნდა მიეწეროს.

**კლინიკურ მოვლენათა ინტერკამბასია ოპერაციამდე.**

კანის ტემპერატურა იცვლება იმისდა მიხედვით თუ როგორია სისხლის მიმოქცევა კიდურში. რაც უკურო მეტი სისხლი გაივლის კანის ქვეშ, მით უფრო თბილია კანი. ეს დამტკიცებულია პირდაპირი ცდებით ბაჰიას სიმპატიკური ნერვის გადაჭრით და ყურის სისხლის ძარღვების დაკვირვებით (Claude Bernard). სისხლის მიმოქცევის გაუარესებამ კი, რაც შეიძლება მოხდეს სისხლის ძარღვების სანათურის დავიწროვების გამო, შეიძლება გამოიწვიოს ტემპერატურის დაწვეა-ჰიპოტერმია. ჩვენს შემთხვევაში სწორედ სისხლის ძარღვების სანათურის დავიწროვებით ავხსენით ჩვენ ჰიპოტერმია დაავადებულ მხარეზე. ამისათვის ჩვენ გვქონდა შემდეგი საბუთი. Pachon-ის აპარატი გვიჩვენებდა ყოველთვის დაავადებულ მხარეზე წნევის დაწვეას და ინდექსის დაკლებას. ინდექსის დაკლება თავის მხრივ ნიშნავს სისხლის ძარღვების კედლის ამპლიტუდის შემოკლებას და ეს უკანასკნელი კი ნიშნავს სისხლ-ძარღვთა ან სკლეროტიულ მდგომარეობას ან და მისი კედლის სპაზმს. სკლეროტიულ მოვლენებისათვის საბუთი არ იყო. მაშასადამე ჩვენ ვიგულისხმებთ არტერიის კედლის სპასტიური მდგომარეობა. ამ პირობებში სისხლის წნევა დაწვეული იქნება და ინდექსიც დაქვეითებული.

ფარმაკო-დინამიური ცდებიც ამაშივე გვარწმუნებს; როდესაც ჩვენ Adrenalinum-ით ვიწვევთ სისხლ-ძარღვთა სანათურის დავიწროვებას, დაავადებულ მხარეზე ეს ძარღვები უფრო ვიწროვდება, ვიდრე საღ მხარეზე. ეს ასეც უნდა ყოფილიყო, თუ ჩვენ უკვე გვქონდა დაავადებულ მხარეზე სისხლის ძარღვთა სპასტიური მდგომარეობა. სკლეროტიული არტერია ამ მოვლენებს ვერ მოგვეკმდა. Pilocarpinum-ით ცდაც ამავე ადასტურებს: დაავადებული მხარეზე სისხლის ძარღვები ნაკლებ ფართოვდება, ვიდრე საღ მხარეზე.

აგრეთვე თბილ აბაზანით გამოწვეული გაფართოვება და ცივით გამოწვეული დავიწროვება სისხლ-ძარღვებისა რჩება ასიმეტრიული, რის შესახებ ჩვენ შეგვისძლიან ვითიქროთ, რადგან წნევამ და ტემპერატურამაც არასიმეტრიულად აიწია პირველ შემთხვევაში და დაიწია მეორე შემთხვევაში.

ამრიგად სითბო და Pilocarpinum-ი უფრო აფართოვებს საღ მხარეს, რადგანაც დაავადებულ მხარეს სისხლის ძარღვები ცდამდე უკვე სპასტიურ მდგომარეობაშია.

სიცივე და Adrenalinum-ი უფრო ავიწროვებს დაავადებულ მხარეს, რადგანაც მისი სისხლის ძარღვები ცდამდე უკვე სპასტიურ მდგომარეობაშია.

მაშასადამე ყველა მოვლენები ჩვენ მიერ მიღებული აიხსნება დაავადებულ მხარეს არტერიების სპასტიურ მდგომარეობით; ეს უკანასკნელი კი შედეგია უნდა იყოს სიმპატიკური ნერვული სისტემის გალიზიანებისა (hypersympathicotonia). რაც შეეხება არსებულ ჰიპერტრიქოზს და კუნთების კონტრაქტურას, ჩვენ გვინდოდა ეს მოვლენებიც მიგვეწერა იმავე სიმპატიკურ ნერვულ სისტემის გალიზიანებისაჟვის. მაგრამ ლიტერატურა სიმპატიკურ ნერვულ სისტემის ტროფიული და ტონური გავლენის შესახებ არ იძლევა ისეთ განსაზღვრულ აზრს, რომელზედაც შეიძლებოდა დაგვეყარებინა ჩვენი ინტერპრეტაცია. მაგრამ, რადგანაც ჩვენ უკვე გამოვიცანით მარჯვენა ხელის სიმპატიკური ძაფების გალიზიანება, უნდა ვიფიქროთ, რომ როგორც ჰიპერტრიქოზი ისე კონტრაქტურა კუნთებისა ამ ძაფების გალიზიანების შედეგია.

სიმპატიკური ნერვული სისტემის გავლენა ნივთიერებათა გაცვლა-გამოცვლის ინტენსივობაზე ნაგულისხმევია, მაგალ., basedovismus-ის დროს.

კუნთების ტონური ინერვაციის შესახებაც გამოთქმულა აზრი, მაგრამ ეს ყველა სათუთა და ჯერჯერობით საბოლოოდ მიღებული არ არის.

მიუხედავად ამისა ჩვენ მაინც ამ აზრს დავადექით. ავადმყოფის პირველ დემონსტრაციის დროს ნათქვამი იყო, რომ შესაძლოა კონტრაქტურა და ჰიპერტრიქოზიც იმავე სიმპატიკური ძაფების გალიზიანებით აიხსნას.

ამ მოსაზრებით ჩვენ გვაკეთეთ შემდეგი ცდა (იხ. სურ. 3): ორთავე მხარეების ერთ ერთ თითზე ავადმყოფს მოვბარსეთ თმა. იმ თითზე (ამ შემთხვევაში დაავადებულ მხარეს თითზე), რომელზედაც იყო ჰიპერტრიქოზი, თმა უფრო ჩქარა გაიზარდა, ვიდრე მეორეზედ. ეს იმას ნიშნავს, რომ ის მიზეზი, რომელმაც გამოიწვია ეს ჰიპერტრიქოზი, ისევ არსებობს. შეიძლება ეს იყოს ვენური სტაზის შედეგი, რადგანაც ჩვენ ვიცით, რომ ტრომბოფლებიტების დროს ხდება ქსოვილების ჰიპერტროფია; ან ეს მოვლენა შედეგია სიმპატიკურ ძაფების ტროფიული გავლენისა. ამიტომ საინტერესო იქნებოდა გვეჩანა, როგორ გაიზარებოდა თმა ოპერაციის შემდეგ.

ოპერაციის შემდეგ, რომელიც ქირურგიის დოქტორმა ალექსანდრე წულუკიძემ ჰოსპიტალურ ქირურგიულ კლინიკაში (გამგე პროფ. მუხაძე) აწარმოვა და გამოისატებოდა მხარის არტერიის სიმპატიკურ ძაფებიდან განთავისუფლებაში, კუნთების კონტრაქტურა სრულებით მოისპო, ხელს დაუბრუნდა თავისი ფუნქცია, ტკივილებიც გაჰქარა. (იხ. სურ. 2).

ასეთი გავლენა შეიძლება აეხსნათ იმით, რომ იმ კიდურზე, რომელზედაც შეკუმშული და დავიწროვებული იყო სისხლის მილები და ამიტომ კუნთები ცუდად იკვებებოდნენ, მოხდა ოპერაციის შემდეგ ისეთი ცვლილება, რომელმაც გამოიწვია სისხლის ძარღვების გაფართოვება და ამიტომ კვების გაუმჯობესობა. ჩვენს შემთხვევაში კონტრაქტურის მოსპობა არ აიხსნება სისხლის ძარღვების გაფართოვებით. მართლაც რომ ეს ასე იყოს, თბილი ხანგრძლივი აბაზანაც, რომელიც სპობს სისხლის ძარღვების სპაზმს და აფართოვებს მათ, ამავე დროს გამოიწვევდა კუნთების კონტრაქტურის მოსპობას. მაგრამ ასეთმა აბაზანამ მხო-



სურათი № 1.

Fig. № 1. მარჯვენა ხელის თითების კონტრაქტურა: თითები მოღუნულია ყველა სახსრებში და შეერთებულია. ზევით—მარცხენა სალი ხელი.



სურათი № 2.

Fig. № 2. ქვევით მარჯვენა ხელი ოპერაციის შემდეგ: თითები მოღუნული არ არის. მათი გაშლა—მოხვრა, ადღუქცია—აბღუქცია შესაძლებელია თავისუფლად.

A.

B.



სურათი № 3.

Fig. № 3. A—მარჯვენა ხელი, B—მარცხენა ხელი. ნათლად მოსმანს მტვერზე ჰიპერტრიქოზი, თუ შევადარებთ ხელის მტვერის ტანს მარჯვნივ და მარცხნივ. ასეთივე ჰიპერტრიქოზი მოსმანს მარჯვენა ნეკზე და იმავე მხარეს საჩვენებელ თითზე. შუა თითზე თმა იყო მოპარსული ოპერაციამდე (ჭედა ნაბეგარი) და ოპერაციის შემდეგ (ხედა ნაბეგარი). უსახელი თითზე თმა იყო მოპარსული მხოლოდ ოპერაციის შემდეგ. შედეგი: თმის ჭჭარი ზრდა—ოპერაციამდე დაავადებულ მხარეზე (1—ჭედა ნაბეგარი), ოპერაციის შემდეგ საღ მხარეზე (2—ხედა ნაბეგარი და 4).



ლოდ კონტრაქტურის ოდნავი დარბილება გამოიწვია და მისი მოსპობა კი ვერა-  
სოდეს ვერ მოხერხდა. ოპერაციამ კი კონტრაქტურა სრულიად მოსპო.

მაშასადამე აქ გარდა სისხლის ძარღვების გაფართოვებისა კიდევ ერთი  
რამ მოხდა; და ეს ერთი რამ შეიძლება იყოს მხოლოდ სიმპატიკური ძაფების პირ-  
დაპირი ტონური გავლენის მოსპობა კუთვებზე.

რაც თმის ზრდას შეეხება აქ გარკვეულად უნდა ითქვას, რომ იგი შედე-  
გია სიმპატიკური ძაფების გალიზიანების პირდაპირი გავლენისა. ამას შემდეგი  
ცდა ამტკიცებს: ოპერაციამდე მოპარსული თმა უფრო ჩქარა გაიზარდა დაავა-  
დებულ მხარეზედ; ოპერაციის შემდეგ კი მოპარსული თმა უფრო ჩქარა გაიზარ-  
და სალ მხარეზედ. რომ თმის ზრდა დაპოკიდებული ყოფილაყო სისხლის მიმოქ-  
ცევის გაუმჯობესებაზედ, როგორც ეს წინედ ეგონათ, მაშინ ოპერაციის შემდეგ  
თმა უფრო ჩქარა გაიზარდებოდა დაავადებულ მხარეზედ. მაგრამ ეს ასე არ მოხდა.

აქედან ჩვენ შეგვიძლია დავაცენათ, რომ იმ შემთხვევაში როდესაც შეიძლე-  
ბა დამტკიცება სისხლის ძარღვების სპასტიური მდგომარეობისა, ნაჩვენებია Leri-  
che-ის ოპერაცია, ე. წ. პერი-არტერიალური სიმპატიკტომია. აქ ის ფრიად კარგ  
შედეგს მოგვცემს. რადგანაც ეს ოპერაცია იწვევს სისხლის ძარღვების გაფართო-  
ვებას, მაგრამ ამავე დროს სიმპატიკური ძაფების ტროფიული გავლენაც ისპობა.

იმ შემთხვევაში კი, როდესაც სისხლის ძარღვების სპაზში დამტკიცებული  
არ არის, შეიძლება ოპერაციამ ზიანიც მიაყენოს სხეულს, რომელსაც მოაკლდება  
სიმპატიკური ძაფების ტროფიული გავლენა და მიმატებით კი არა მიემატება რა.

მეორე დასკვნა შეეხება სიმპატიკურ ძაფების პირდაპირი ტროფიული გავ-  
ლენისა ქსოვილებზედ. ამ ძაფებს გავლენა აქვთ თმის ზრდაზე და ამგვარი მნი-  
შვნელობის ძაფები პერი-არტერიალური ქსელში იმყოფებიან.

პირდაპირი ტონური გავლენა კუნთებზედ მისაღებია, მაგრამ ჩვენი შემთ-  
ხვევა ამის პირდაპირ და საბოლოო დამტკიცებას არ წარმოადგენს.

ჩვენ შემთხვევაში სიმპატიკური ნერვული სისტემის პარციალური ჰიპერტო-  
ნიის ცენტრალური თუ პერიფერიული ხასიათი - გამოსარკვევია.

ამრიგად სიმპატიკური ნერვული სისტემის ადგილობრივ ჰიპერტონიის სინ-  
დრომს ეკუთვნის:

ა) კანის ტემპერატურის დაწევა — ჰიპოტერმია,

ბ) სისხლის წნევის დაწევა — ჰიპოტენზია,

გ) ოსცილაციის ანუ ინდექსის დაქვეითება,

დ) ჰიპერტრიქოზი და

ე) კუნთების კონტრაქტურა.

კუნთების ატროფიას კი ამ შემთხვევაში ადგილი არ აქვს.

## ა გოცირიძე.

ასისტენტი.

### სრულიად საკავშირო უსიქიატრთა და ნევროპათოლოგთა პირველი კონფერენციის შედეგები\*).

(ფსიქიატრიული კლინიკიდან. გაზეე—პროფ. მ. მ. ასათიანი).

წარსულ წლის 10—15 ოქტომბერს შესდგა მოსკოვში ფსიქიატრთა და ნევროპათოლოგთა ყრილობა. ყრილობა განზრახული იყო მხოლოდ რუსეთის ფარგლებში, მაგრამ, ვინაიდან მას დაესწრენ კავშირის სხვა რესპუბლიკების წარმომადგენლებიც (უკრაინა, საქართველო, ბელორუსია, აზერბეიჯანი და სხვა), რომელთაც ფრიად აქტიური მონაწილეობა მიიღეს ყრილობის საქმიანობაში, ყრილობა ოფიციალურად გამოცხადდა როგორც „ფსიქიატრთა და ნევროპათოლოგთა 1-ლი საკავშირო კონფერენცია“.

კონფერენციას დაესწრო 249 კაცი, აქედან: 187 ფსიქიატრი და 62 ნევროპათოლოგი; 132 ადგილობრივი და 117 მოსული, 222 მამაკაცი და 27 ქალი. დელეგატთა შორის იყო 30-ზე მეტი პროფესორი, მათ რიცხვში ყველა ცნობილი პირები (პროფ. ბეხტერევი, პროფ. როზილიმი და სხვა). კონფერენციას ჰქონდა ერთდროულად საადმინისტრაციო-საორგანიზაციო და სამეცნიერო ხასიათი. წაითხულ იქნა 50 საორგანიზაციო და 20 სამეცნიერო მოხსენება. ყრილობამ განიხილა თითქმის ყველა აქტუალური საკითხები ფსიქიატრიის და ნევროპათოლოგიისა. აქედან უმთავრესი მოხსენებები იყო: საანგარიშო-საერთო-საორგანიზაციო, პროფილაქტიკური მიმართულება და დისპანსერიზაცია, საავადმყოფოს გარეშე დახმარება (პატრონაჟი და სხვა), ფსიქონევროლოგიური სანიტარული განათლება, ბავშვთა დახმარება, ფსიქონევროზები, ტრავმატიული ნევროზები და ომის ინვალიდობის საკითხები, ალკოჰოლიზმის და ნარკომანიები, ფსიქიატრიული ექსპერტიზა და საექიმო პერსონალის საკითხები.

#### 1. საორგანიზაციო მოხსენებები.

რუსეთის ს. ფ. ს. რესპუბლიკა: ამჟამად არის 16,000 საწოლი, აქედან 5.500 საწოლი სახელმწიფო ხარჯზეა, დანარჩენი ადგილობრივ ხარჯზე. მცხოვ-

\*) ამ მოხსენებაში განხილული არის უმთავრესათ ფსიქიატრიული ნაწილი კონფერენციისა. მოხსენებულთა ჯანსაზღოვის ფსიქო-ნევროლოგიურ ინსტიტუტის და სახ. უნივერსიტეტის ფსიქიატრ. კლინიკის ექიმების კონფერენციაზე (მარტი 1926 წ.) და საქართველოს ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოების კრებაზე (1926 წ. მაისი).

რებთა რიცხვის და სულით ავადმყოფთა რაოდენობის შეფარდებით გამოდის, რომ უკანასკნელთაგან თავშეფარებულია სამკურნალო დაწესებულებებში მხოლოდ 5%, 95%-ი სულით ავადმყოფთა დარჩენილია მოუვლელად მოსახლეობაში. თავშეფარებულ ავადმყოფებში არის 50% გლეხობა, 30% დაზღვეულნი და 20% დანარჩენი მცხოვრებნი. საშუალო რიცხვი ავადმყოფების მიერ საავადმყოფოში გატარებული დღეებისა უდრის 119 (ომამდე იყო 200 დღე). სიკვდილიანობამ იკლო უკანასკნელი ოთხი წლის განმავლობაში: 31%, 25%, 16%, 7%. (ომამდე იყო 13%).

საერთო პირობები ფსიქიატრიულ დაწესებულებების ცხოვრებისა მეტად მძიმეა. პირველი—მოუწყობლობა, მეორე—მიმდინარე საჭიროებების დაუკმაყოფილებლობა, მესამე—საწოლების რიცხვის და შტატის სიმცირე. საავადმყოფოები არ შეეკეთებულან და არ გადაუხალისებიათ ქონება, ცოტა გამონაკლისის გარდა დაწყებული ომის წინა ხანებიდან. ამის გამო ფრიად ცულ მდგომარეობაში იმყოფება შენობები, დგამები, თეთრეული და ჭურჭელი. ყოველ დღიური მოთხოვნილებები: კვების, მედიკამენტების და სხვა სამეურნეო ხარჯები ფრიალ შეკვეცილია ყოველგან. სადილების ნაკლულეგანება ჰქმნის საავადმყოფოების შინა ცხოვრების არეც დარეცას. პირველად ყოვლისა—გადამეტებანი ავადმყოფებისა 80-დან 100%-მდე ყოველ საავადმყოფოში. შემდეგ: ნადრევი გაწერა, უარი მიღებაზე და სხვადასხვა. ყოველივე ეს მძიმე ტვირთად აწევდა ისედაც მცირე პერსონალს. მაგალითად, მოსკოვის ერთ უმთავრეს საავადმყოფოში: (პროფ. ბრაჟენსკის) საწოლების რიცხვი უდრის 580, პერსონალის 573. ავადმყოფები საერთოდ ირიცხება იმავე პერსონალის ხელზე 800—900 კაცი.

სამედიცინო მხარე: საერთოდ რესპუბლიკაში ბევრი უარყოფითი მოვლენას აქვს ადგილი: აკლიათ სპეციალისტი ექიმები, არ ტარდება წყლით ექიმობა, საწოლის რეჟიმი, ფსიქოთერაპია და სხვა აქტიური თერაპია.

არის ქალაქები, სადაც ტარდება დისპანსერული მეთოდები, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს.

**უკრაინის ს. ს. რესპ.** იგივე მოვლენებია, რაც რუსეთში, მხოლოდ მდგომარეობა კიდევ მეტად უფრო მწვევე. პერსონალის ნაკლოვანება ფრიად დიდი. საწოლებიდან 70% სახელმწიფოსი არის, 30% ადგილობრივი. იქაც არის დაარსებული რამოდენიმე დისპანსერი, რომელნიც პროფილაქტიურ მუშაობას ეწევიან.

**ციმბირი:** 8 მილიონ მცხოვრებზე არის სულ 540 საწოლი.

**ურალი:** 6,5 მილიონ მცხოვრებზე არის 720 საწოლი.

**ბელორუსიაში:** არავითარი განსხვავება არ არის სხვა კუთხეებიდან.

**საქართველო:** სულ არის 230 საწოლი. დაწესებულებების მუშაობის პირობები მეტად მძიმეა. პროფილაქტიური დაწესებულებები არ არის. პატრონაჟი არ ხორციელდება.

ამგვარად, საერთო მდგომარეობა ფსიქიატრიული საქმისა კავშირში გვესახება ფრიად სამუშაო სურათებში. რიცხვი დაწესებულებების და საწოლებისა ოდნავათ, ერთი ათადაც, არ შეეფერება საჭიროებას. ხარისხი, კვალიფიკაცია დახმარებისა დამაკმაყოფილებელია მხოლოდ დიდ ცენტრებში. დაწესე-

ბულებები ყველგან განიციდიან მომარაგების, კვების და საერთო საექიმო და სამეურნეო საჭიროებების დანაკლისს.

საექიმო პერსონალი მცირეა რაოდენობით, და ხარისხით დაბალი. მისი მიძიე ეკონომიური პირობები არამც თუ არ იძლევა შეძლებას შეიმოსოს კადრი კვალიფიციური პერსონალისა, პირიქით ზოგან მრავალ წლობით ფსიქიატრიაში მომუშავე პერსონალიც სტოვეს ამ სპეციალობას და გადადის სხვაზე. ასეთია მდგომარეობა დღევანდელ დღისა, რაიც შედეგია ომის და რევოლუციის ქართველილსა. მაგრამ იგივე მდგომარეობაში ჩვენ ვხედავთ სიმპტომებს სწრაფი ზრდისა. შედარებით წარსულთან ჩვენ ყოველ წელს ვიზრდებით. ყოველი წელი გვაძლევს საწოლების შესამჩნევ მომატებას და ხარისხის გაუმჯობესებას. მრავალი კუთხეები, სადაც უწინ სულაც არ იყო დენ ფსიქიატრიული დახმარება, ეხლა აწყობენ მას. თავს იჩენს უფრო და უფრო საგრძნობლად ფსიქიატრიული დახმარების ახალი ფორმები, დისპანსერიზაცია იხვეკს ფართო პოპულაციობას. სპეციალური დახმარებანი (ბავშვებს, ნარკომანებს და სხვა) დღითი დღე ვითარდებიან. ყველა ეს მოვლენები ჩვენ გვაძლევს საფუძველს ვიყოთ კმაყოფილი არსებული მოვლენებით იმ იმედით, რომ ზემოდღნიშნული ტენდენცია ჩქარი ზრდისა კიდევ უფრო გაძლიერდება.

## II. პროფილაქტიური მიმართულება ფსიქიატრიაში.

როგორც ვიცით, მედიცინაში არსებობს ორი მთავარი მიმართულება: წმინდა სამკურნალო და პროფილაქტიური. სამკურნალო მედიცინის ამოცანაა შეებრძოლოს უკვე არსებულ დაავადებას და აღუდგინოს პიროვნებას დაავადებით დარღვეული ფუნქციები. პროფილაქტიური მედიცინა ისახავს ფართე ამოცანებს: მისი მიზანია საერთოთ მოსპობა ავადმყოფობის წარმოშობ მიზეზებისა, შექმნა ისეთი პირობების, როდესაც შეუძლებელი ვახდება თვით ავადმყოფობის წარმოშობა. ვინაიდან ავადმყოფობის მიზეზები ბუდობენ ყოფა-ცხოვრების და შრომის პირობებში, პროფილაქტიური მედიცინის მიზანია გააჯანსაღოს ეს პირობები.

ასეთი ფართო ამოცანების განხორციელება, რასაკვირველია, მოითხოვს მთელი მოსახლეობის აქტიური მოქმედებას და მისი შეგნებული განწყობილებას საკითხისადმი. ამის გამო ფართე მასების სანიტარული განათლება და მისი აქტიური მონაწილეობა მუშაობაში იგულისხმება როგორც მეთოდი და საფუძველი პროფილაქტიური მედიცინისა. ეს მიმართულება ძალიან ვითარდება საკავშირო რესპუბლიკებში. ფსიქიატრიაშიაც დღის წესრიგათ არის მიჩნეული ფსიქო-პიკიენის და ფსიქო-პროფილაქტიკის განვითარება. ამიტომ მეტად გაცხოველებულად იყო განხილული ეს საკითხი ყრილობაზე. როგორც სხვა დარგებში, ისე აქაც მკაფიოდ გამოიხატა ორი აზრი; ერთი ჯგუფი ფსიქიატრებისა და ნევროპათოლოგებისა ძალიან გატაცებულია პროფილაქტიკით და მოითხოვენ ყველა ძალების და სახსრების აქეთ მიმართვას: დაარსებას დისპანსერებისა, შრომის და ყოფა-ცხოვრების პირობების შესწავლას, გამოკვლევას, სოციალური თერაპიას და სხვა. მეორენი აფრთხილებენ ყრილობას ამ გატაცებისაგან და მიუთითებენ, რომ ჯერ უნდა ძირითადი სამკურნალო ქსელი გავამაგროთ და უზრუნველყოთ მოსახლე-



ობა ავადმყოფობისაგან განთავისუფლებით. პროფ. **ოხიპოვი** აღნიშნავს, რომ მოსახლეობის გაწმენდა სულთ ავადმყოფთაგან, იგივე პროფილაქტიკაა. პროფ. **ხოროშია** მიუთითებს იმაზე, თუ რამდენათ უქმყოფილო არის მოსახლეობა, როცა სოციალურ გამოკვლევებს თან არ მისდევს სოციალური დახმარება. (მაგ. თუ აღმოაჩინეს ოჯახში ქლექიანი და არ აღმოაჩინეს მას დახმარება) მას მოკყავს ერთი მუშის სიტყვები: „ჩემი გაშინჯვის დროს ყოველი ბუზი სპილოთ აქციეს, ხოლო როცა ჯერი დახმარებაზე მიდგა—ყოველი სპილო ბუზათ“—ო.

ყრილობამ კმაყოფილებით აღნიშნა რომ პროფილაქტიკური მიმართულება საბჭოთა კავშირში, მიუხედავად იმისა, რომ მას ბევრათ ხანმოკლე ისტორია აქვს დასავლეთ ევროპასთან შედარებით, მიიღო განსაკუთრებული გამოხატულება და თავისი ფორმებით და შესაძლებლობით წინ უსწრებს სხვა ერების მუშაობას ამ სუეროში.

### III. სანიტარული განათლება.

სანიტარული განათლება არის საფუძველი და უმთავრესი საშეალება პროფილაქტიკური შედეგისა. ფსიქიატრიის დარგში არ ყოფილა ამ სახის მუშაობა წარსულში. არც პიროგოვის ყრილობების მასალები გვიჩვენებენ სპეციალური ფსიქო-ჰიგიენის პოპულარიზაციას, იმ დროს როდესაც საერთო ჰიგიენის საკითხები ფართოთ იდგენ ამ ყრილობებზედ. ბოლო წლებში მუშაობა ვითარდება, თუმცა დიდის სიძნელით. პროფ. **კუტანიანი** (სარატოვიდან) აღნიშნავს, რომ პირველ ყოვლისა გველობება წინ თვით ექიმების ფართო მასების დაზოგება ფსიქიატრიის საკითხებისაგან და ცრუ წარმოდგენებიც მასზე. ფსიქიატრია ყველას ეჩვენება რალაც გამოურკვეველ, ბნელ და საიდუმლოებრივ საგნათ. ამიტომ პირველი ამოცანაა: გაიფანტოს ეს შეხედულება საზოგადოებაში. ფსიქიატრია ყველა თავისი მეთოდებით (ამ რიცხვში გიპნოზიც) ისეთივე მეცნიერებაა, როგორც სხვა დარგები, ხოლო სულით ავადმყოფობა ისეთივე დაავადებაა, როგორც სხვა რომელიმე ორგანოს დაზიანება და. ფუნქციების შეცვლა. ამ მიზნისთვის უნდა ფართოთ იქნეს გამოყენებული ყველა საშუალებები: ბასი, ლექციები, ლიტერატურა, კინო და სხვა. ყრილობაზე ფართოთ იქნა გაშუქებული სპეციალურათ კინოს როლი ჩვენს სინამდვილეში.

კინო ერთის მხრით არის დიადი კულტურული ფაქტორი, რომლის გამოყენება მრავალფრათ შეიძლება ყოველ დარგში, მაგრამ ამავე დროს მას შეუძლია ითამაშოს ფრიად მანეჯ როლიც, თუ იგი იქნება უაზროთ ნახმარი. პროფ. **კუტანიანის** სტატისტიკით მარტო მოსკოვში ერთი წლის განმავლობაში კინო-წარმოდგენებს ესწრება 50 მილიონი მნახველი. აქედან გამოდის, რომ ყოველი მოსკოვის მცხოვრები 30 ცალიმოს სწირავს კინოს. რამდენია აქედან ბავშვი? კინოს სენსების გავლენა მძლავრია მაყურებელზე. ამას ხელს უწყობს სიბნელე დარბაზში, მუსიკა, აპარატის ერთი და იგივე რიტმის ხმაურობა, ეკრანის... და სხვა. იქმნება ერთგვარი გიპნოტიური განწყობილება, რომლის დროსაც კინო სურათის შთავგონებითი უნარი ადვილდება. ამიტომ აქვს დიდი მნიშვნელობა, როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი კინო სურათების შინაარსს. სამწუხაროდ ეს

შინაარსი არ არის დამაკმაყოფილებელი. რუსეთის პრაქტიკიდან მიუღიებდნენ ერთი დროის რალაც სიკვდილის საკითხის ეპიდემიას კინოში, — მაგალითად, გვიჩვენებდნენ სურათებს: სიკვდილის კლდე, სიკვდილის მინარეთი, სიკვდილის ნავთსადგური, სიკვდილის შიშის ქვეშ და სხვა.

გერმანელ პროფ. გაუპს მოჰყავს შემდეგი სტატისტიკა: 250 ცალი შემთხვევითათ აღებული ფილმის მთავარი პერსონაჟებიდან აღმოჩნდა: 176 ქორდი, 25 მეძაღვი, 35 ლოთი და მთელი არმია პოლიციელებისა, მძებნელების და სხვადასხვა ჯურის ოინბაზებისა. მათ მოიმოქმედეს: 97 მკვლელობა, 48 თავის მოკვლა, 50 ოჯახის დარღვევა, 49 პროსტიტუციაში ჩათრევა და სხვა ამგვარი. რას უნდა მოველოდეთ ჩვენ ასეთი კინოსაგან? იმას, რომ იგი იქცევა, ექ. სპასოკოკოცკის სიტყვით, ბოროტმოქმედების უნივერსიტეტათ. ყრილობა მიუთითებს საზოგადოებას ამ ფრიად მნიშვნელოვან საკითხზედ.

#### IV. საბავაღმოფოს გარეშე დახმარება.

გარდა ცნობილი პატრონაჟული სისტემისა საგულისხმოა საერთო დისპანსერული მეთოდების გატარება სულით ავადმყოფთა დახმარების საკითხში საავადმყოფოს გარეშე. მოსკოვს უყვე აქვს საკმაო პრაქტიკა და გამოცდილება ამ მხრივ და ეს მიმართულება უფრო და უფრო ფართოვდება. პატრონაჟის შესახებ ყრილობამ აღნიშნა მისი აუცილებლობა, როგორც ეკონომიური, ისე სამკურნალო თვალსაზრისით და მოუწოდა ჯანმრთელობის ორგანოებს ყურადღებით მოეპყრან ამ საკითხს. დღეს პატრონაჟი არ არის მთელ რიგ რესპუბლიკაში — მხოლოდ მოსკოვს აქვს 600 საწოლი და უკრაინას. როგორც გარდამავალი ფორმა, ეკონომიურად უფრო ხელსაყრელი, ყრილობამ დასაშვებათ მიიჩნია ავადმყოფების თავისივე ოჯახებში დატოვება იმ პირობით, თუ მათ პატრონს მიეცემა ყოველ თვიური განსაზღვრული თანხა და ექნება მუდმივი თვალყური ექიმისა. განსაკუთრებულად უნდა გაძლიერდეს ექიმების თვალყური სოფლის მოსახლეობაში დატოვებულ ავადმყოფებზე.

#### V. ბავშვების მკურნალობა და მკარუნელობა.

ბავშთა შორის ნერვული და სულის დაავადებანი მეტად მატულობენ მათ გარშემო შექმნილ პირობების გამო, (ომები, რევოლიუცია).

საერთო პროცენტი დაავადებისა უდრის 12--30. ფორმები აღინიშნება ყოველნაირი: ფსიქოზები და ფსიქონევროზები, ნარკომაწური. მზრუნველობა ვერ არის შესაფერისი. უმეტესობა შკოლებში არეულია ჯანსაღ ბავშვებში და მათზე უარყოფითი გავლენას ახდენენ. სრულიად უპატრონო ბავშვების რიცხვი 300 ათასს უდრის. ისინი ქუჩის ჰაერით იზრდებიან, ეჩვევიან ყოველ ცუდს და მომავალში ბოროტმოქმედთა კადრს ჰქმნიან. ბავშვების მიმართ მხოლოდ პროფილაქტიური ღონისძიებებს შეუძლიათ ნაყოფის გამოღება. ფსიქიატრები და ნევროპათოლოგები უნდა გახდნენ ამ საქმის ხელმძღვანელები ყოველგან: სკოლაში ოჯახში, სასამართლოში და სხვა. სპეციალური დაწესებულებები: სკოლა-საავადმყოფოები უნდა იქნენ გამოყოფილი სათანადო ბავშვებისათვის ფსიქიატრების

გამგეობით (ჩამორჩენილთათვის, ეპილეპტიკებისათვის). სულთ ავადმყოფთათვის უნდა დაარსდეს სპეციალური დაწესებულებები (გამოყოფილი და არა მობრძლილთან ერთად).

მოსკოვს აქვს ასეთი დაწესებულებები და საკმაო გამოცდილებაც. ამ ზომამ მოაწესრიგა სკოლების საკითხი, რომლებსაც არღვევდებ ფსიქოპათიური მოწაფენი. მცირეწლოვანი ბოროტმომქმენი ფსიქიატრთა ხელმძღვანელობის ქვეშ არიან. საქართველოში სამწუხაროდ, ჯერ არც ერთი ასეთი საკითხი არ არის მოგვარებული. ფრიალ მნიშვნელოვანი იქნება მომავალში შეერთებული მუშაობა ჯანმრთელობის, სახ. განათლების და იუსტიციის ორგანოებისა ამ საერთო საქმეში, რომელსაც გადაშქრელი ხასიათი აქვს მომავალი თაობის ბედისათვის.

იგივე მოსკოვის პრაქტიკიდან საინტერესოა ერთი ცდა ქუჩის ბავშვების მიმართ. ამ ბავშვებში ფართეთ გავრცელებულია ნარკომანობა. მათში შესამჩნევი პროცენტია ფსიქოპათებისა. ქუჩის აღზრდა ხომ ყველა მათგანს ზარმაცს, მორალურათ დაქვეითებულ და აგრესიულ პიროვნებათ ჰქმნის. და აი ასეთი ბავშვებისათვის მოსკოვში იყო დაარსებული ერთი ორგანიზაცია ორი ნაწილისაგან შემდგარი: 1. ქალაქში—დახურული დაწესებულება ფსიქიატრიული ტიპისა და 2. ქალაქგარეთ—კოლონია, ახალშენის სახისა სამეურნეო და სახელოსნო მუშაობით. ბავშვები თავსდებოდნენ პირველში და შემდეგ მდგომარეობის მიხედვით გადაჰყავდათ მეორეში. გამოცდილება: პირველ ხანებში ბავშვები ისე იქერდნენ თავს როგორც მტრის ბანაკში. არ არსებობს ფორმა აგრესივობისა, რომელსაც ბავშვები არ გამოიჩენდნენ პერსონალისადმი: ცემა, ფურთხი, პუკენა (ჩქმეტა), კბენა, წყლის შესხმა, მელნის შესხმა და სხვა. მაგრამ ტკბილი მოპყრობა და რაციონალური აღზრდის მეთოდები იპყრობდნენ ბავშვებს, რომელთაც სიძულვილი სიყვარულათ ეცვლებათ თავისი მზრუნველთა მიმართ. შემდეგში ასეთი ბავშვები თავისუფლად მუშაობდნენ ახალშენში.

## VI. ალკოჰოლ ალკოჰოლიზმის წინააღმდეგ.

ყრილობამ აღნიშნა, რომ როგორც ალკოჰოლიზმი, ისე სხვა ნარკოტიზმები ყოველწლიურად მატულობენ. ალკოჰოლიზმი იზრდება გლეხობაში და მუშებში, კოკაინი—ბავშვებში, მოწაფეობაში, მორფინიზმი—უმთავრესად მედიცინის მუშაკებში და ნიკოტინი—ბავშვებში და ქალებში.

ალკოჰოლიზმის გავრცელებამ უკვე საგრძნობლად გააფართოვა სულთ დაავადება: 1922 წელში თუ იყო 2%—1923 წ. შეიქნა 4% და 1924 წ. არის 6%. ყველა რესპუბლიკებში (ამ რიცხვში საქართველოც) მეტად გავრცელებულია პრიმიტიული შინაური სპირტეულობის გამოხდა. ციმბირში მთელი ტრესტებიც არის ე. წ. „სამოგონჩიკების“. მარტო ერთ ტომსკის გუბერნიაში ერთ წელს არაყისთვის დაუხარჯავთ ერთი მილიონი ფუთი ხორბალი. მიუხედავად ამისა, როცა საქემო პერსონალის თაობით ატარდა ანკეტა მოსახლეობაში. შინაური გამოხდის სასარგებლოდ მოვიდა 67% პასუხებისა. ამ მიზეზით ხსნის რუსეთის მთავრობა არყის მონოპოლიას. მთავრობას უნდა მოჰქლას „სამიგონი“ და შემდეგ მოსპოს არაყიც.

ამჟამად ყრილობამ დაადგინა ბრძოლა ორივეს წინააღმდეგ სანიტარული ვანათლების სახით დისპანსერების საშუალებით. განსაკუთრებით უნდა იქნენ გამოყენებული ამ ბრძოლისათვის სკოლები. რუსეთში აცხადებენ ბრძოლას ე. წ. „მცირე დოზების“ წინააღმდეგ. ალკოჰოლი სულ უნდა იქნეს განდევნილი ყოფაცხოვრებიდან და დარჩეს მხოლოდ აუთიაქებში. მოსკოვი აწარმოებს ასეთ ბრძოლას მუშებთა შორის და აქვს დადებითი შედეგები. საინტერესოა, რომ იქაური დისპანსერი მკიდრო კავშირს იკავებს იქაურ ლოთებთან სტუდენტების საშუალებით (რომელნიც უსასყიდლოთ მუშაობენ). ისინი ნახულობენ მთვრალებს ბინაზე, მილიციაში და სხვაგან და უწევენ მათ დახმარებას და მფარველობას; სტუდენტები ატარებენ ე. წ. „ბინაზე კულტურას“. ლოთებში ატარებენ აგრეთვე (ძულებითი თერაპიას).

### VII. უსიძონეობა.

ყრილობამ აღნიშნა ზედმიწევნითი გამრავლება ფსიქონევროტიული დაავადებისა ომებისა და რევოლუციის ნიადაგზე. მდგომარეობა ამგვარი ავადმყოფებისა დაუკმაყოფილებელია. სპეციალური დაწესებულებები ძალიან მცირეა, საერთო საავადმყოფოებში კი მათი მოთავსება დაუშვებელია. ექიმობის მხრივ ეს დარგი უფრო და უფრო იზრდება, ერთის მხრით ის ეყოფა წმინდა ნევროპათოლოგიას და მეორე მხრით ფორმალური სულით დაავადებებს და იქმნება სპეციალურ დარგად. ყრილობამ მოისმინა სამეცნიერო მოხსენებები პროფ. კანაბინის, პროფ. შ. ასათიანის და ექ. ზალკინდისა ფსიქო-ნევროზებზე და იქონია მათზე გაცხოველებული კამათი. იყო აღნიშნული გარკვეული ტენდენცია ბოლო ხანებისა განიხილონ ფსიქონევროზები პირობითი რეფლექსების თვალსაზრისით. ეს აზრი თანდათანობით იხვეჭს მომხრეებს, როგორც რუსეთის, ისე კავშირის მეცნიერებაში. საგულისხმოა, რომ პრიორიტეტი ამ ფრიად მნიშვნელოვანი სამეცნიერო საკითხში—პირობითი რეფლექსების თვალსაზრისით მიდგომა ფსიქონევროზებისადმი, ეკუთვნის ტფილისის უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის კათედრის გამგე პროფ. შ. შ. ასათიანს. ამაზედ არის მისი შრომა 1913 წლისა. პროფ. კანაბინმა, რომელიც შეეხა ყრილობაზე ამ საკითხს, განაცხადა: „ის, რაც სთქვა შ. შ. ასათიანმა 1913 წელში, გაიმეორეს ევროპის სკოლებმა 1925 წელში“-ო.

### ომის ინვალიდები.

ფსიქონევროტიკებიდან სპეციალურად მსჯელობის საგნათ იყენენ ყრილობაზე ე. წ. ომის ინვალიდები.

ესენი არიან ისტერიული კონსტიტუციის მქონე პიროვნებები, რომელთაც მიიღეს დაავადება ომის ტრავმის ნიადაგზე და რომელნიც უეჭიმობის გამო ქრონიკებათ იქცენ. ისინი საერთოდ გაჯავრებულნი არიან ბედზე, საზოგადოებაზე და მათი მოქმედება, ყოფა-ქცევა აგრესიულია, რასაც კიდევ უფრო აძლიერებს უპასუხისმგებლობის წარმოდგენა. ყრილობამ აღნიშნა ერთათ ერთი მისაღები თერაპიული ღონისძიება მათ მიმართ: სპეციალური დაწესებულებების

საშუალებით გატარებული შრომის რეჟიმი, შრომაზე მიჩვევა მათი. გარეშე ამისა საშუალება არ არსებობს, როგორც ეს დაგვიმტკიცა მოსკოვის პირწმინდა „სლავიანურმა“ ცდამ. მოსკოვის საექიმო ორგანიზაციამ დაისვა შემდეგი საკითხი: ინვალიდების უკმაყოფილება იწვევს მათ აგრესივობას; რა იქნება თუ ჩვენ მოუხსნობთ მათ უკმაყოფილებების საბაზს? ამ მიზნით გაიღეს დიდი თანხები და მოაწვეეს ინვალიდების სახლი: მშენიერი შენობა, საუცხოო მოწყობილობა, კვება, ტანსაცმელი. მართლაც, ინვალიდები სავსებით დაკმაყოფილდნენ, დამშვიდდნენ, ზრდილობიანათ გარდაიქცნენ. ამგვარად შედეგები ყოველ მხრივ დადებითი გამოდგენ გარდა ერთისა: ინვალიდები არასოდეს არა ფიქრობენ ამ სახლიდან ფეხის მოცვლას და მთელი თავისი ძველი აგრესივობით გამოჩნდებოდნენ, როგორც კი მათ სიტყვას ჩამოუკლებდნენ, რომ „დაისვენეს და დროა ეხლა სხვას დაუთმონ ადგილი“. მხოლოდ რაციონალური შრომის რეჟიმი აბრუნებს ომის ინვალიდებს საზოგადოებაში, როგორც სასარგებლო წევრებს. ამას, რასაკვირველია, თან უნდა ახლდეს ის აქტიური თერაპია (შთავგნებითი მეოდი რეპროდუქტული განცდებისა), რომელიც ზედმიწევნით არის განვითარებული პროფ. მ. ასათიანის მიერ, და რომელიც მაგ., ტფილისის ფსიქ. კლინიკის პრაქტიკაში სასწაული-სებრივი დადებითი შედეგებს იძლევა.

ომის ტრავმატიკების იურიდიული პასუხისმგებლობის შესახებ ყრილობამ გამოსთქვა აზრი, რომ მათ მოეთხოვებათ პასუხი ისე, როგორც საერთოდ კრიმინალურ ფსიქოპათებს.

ომის ინვალიდების მიმართ-ყრილობის დადგენილებით უნდა იქნეს გატარებული იძულებითი სახის ექიმობაც, თუ ნება-ყოფლობას ვერ ვხვდებით.

### ენა-ბორძიკობის მაჟანალობა.

ფსიქონევროზების დარგიდან საინტერესოა მოსკოვში დაწყებული თერაპია ენა-ბორძიკობისა.

ის შემთხვევები, სადაც ორგანიული დაავადებებს არ აქვთ ადგილი, განიხილებიან როგორც ფსიქონევროზები, როგორც ფსიქასტენია და მათ მიმართ ტარდება ფსიქოტერაპია, დიუბუას რაციონალური მეთოდით. მიღებული წესი ჯგუფობრივი მაცადინეობისა, ჯგუფი 8—10 კაციდან. ჯგუფებს უშუალოდ განაგებენ ყოფილი და განკურნებული ავადმყოფები. ხელმძღვანელობს ექიმი ფსიქოტერაპევტი. ექიმობის კურსი უდრის 2 თვეს, შემდეგ კავშირი წლობით არ წყდება დაწესებულებასთან და ერთი მეორესთან. დაარსებულია ე. წ. „ენა-ბორძიკების ასსოციაცია“. ექიმობის მეთოდი, როგორც ითქვა: დიუბუას რაციონალური ფსიქოტერაპია. ავადმყოფებს უხსნიან დაავადების მიზეზებს, გამოხატულობას და ასწავლიან მათ, როგორ უნდა დაიკავონ თავი მალა. ამას თან ერთვის მექანიკური ვარჯიშობაც: ნელი, გადამშული კითხვა.

ავადმყოფები იღებენ მონაწილეობას საერთო საზოგადოებრივი ცხოვრებაში. სკოლებში ცალკე გამოჰყოფენ ენა-ბორძიკებს. მოსკოვის ორი წლის მუშაობა მეტად ნაყოფიერი გამოდგა.

### VIII. ფსიქიატრიული მკურნალობა.

ყრილობამ სრულიად ახალი მცნებები აღიარა ექსპერტიზის სფეროში. მან სცნო, რომ ძველი ცნება ე. წ. „ჩარიცხულობის“ შესახებ, როგორც დაყრდნობილი მეორე ყალბი ცნებაზე—„თავისუფალ ნებისყოფაზე“—უნდა იქნეს უკუგდებული. არ არსებობს საკითხი ჩარიცხულობისა, არამედ არსებობს საკითხი იმის შესახებ თუ რამდენად არის ესა თუ ის პიროვნება საშიში საზოგადოებისათვის და რა ზომები არის მისაღები მის მიერ მავნებლობის შესაძლებლობის აღსაკვეცათ. ე. წ. „ზომები სოციალური დაცვისა“.

რამოდენიმე ადგილას კავშირში (ამ რიცხვში საქართველოშიც) არსებობენ სპეციალური საექსპერტიზო დაწესებულებები. წარმოებს შესწავლა ბოროტ-მომქმედი პირებისა. საინტერესოა ფსიქიატრების მუშაობა სამოსამართლო მუშაკებთან შორის, მათი ფსიქიატრიული განვითარებისათვის. ასეთი მუშაობა შესაძლებელია ლინინგრადში, გატარდა ტფილისშიაც. აღსანიშნავია ახალი მეთოდი ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დროს: ბინაზე გამოკვლევა ბრალდებულის ცხოვრების პირობებისა.

### IX. საქიმიო პერსონალის დახმარება.

დღევანდელი მდგომარება პერსონალისა ყრილობამ სცნო ფრიად დაუკმაყოფილებლად, როგორც რაოდენობით, ისე ხარისხით. ეს ეხება ყველა კათეგორიებს. კვალიფიციური პერსონალი ცოტა არის, ექიმები განსაკუთრებით. კადრი არამც თუ არ ივსება, პირიქით მცირდება. ამის მიზეზი არის—მუშაობის მძიმე პირობები და ეკონომიური დაუკმაყოფილება.

საქიმიო პერსონალი მუშაობის ზეგავლენით თვითონ იცვლება, ხასიათის დეფორმაცია ხდება, გრძნობა გონების დაჩლუნგება. ასეთი აზრი იყო გამოთქმული. ხშირია ტრავმატიზმი პერსონალისა. ავადმყოფები აღელვების დროს წარმოადგენენ მანქანათქცეულ ადამიანებს, რომლებშიაც იღვიძებენ ყველა მარაგი ძალებისა. ისინი ყოველნაირ ზიანს აყენებენ პერსონალს: კბენენ, სცემენ ყოველ ადგილს. ყოფილან შემთხვევები პირის გახლეჩისა, ენის დაზიანებისა, ძუძუს მოკბებისა, ნეკნებისა და სხვა ძვლების დამტკრევისა და სხვა. ხშირად ამ ტრავმებს მოჰყვება მუცლის წახდენა, ანთებები და სხვა.

ყრილობამ დ ადგინა, რომ ფსიქიატრიული პერსონალი სრულიად განსაკუთრებულ პირობებში უნდა იქნეს ჩაყენებული. პირველი-პერსონალის დანიშვნა უნდა ხდებოდეს საგანგებო ამორჩევით, რომ არ მოხდნენ ნევროტიკები: მეორე—ჯამაგირი უნდა იქნეს ორმაგი; მესამე—შეებულება წელიწადში ორჯერ უსათუთო ცალ ცალკე თითო თვით. შემდეგ დაზღვევა დასახიჩრება—სიკვდილისაგან, პენსია, წ საათის სამუშაო დღე, ყოველწლიური ფიზიკური და ფსიქიური შემოწმება და სხვადასხვა.

სპეციალური კურსები უნდა ამზადებდნენ ყოველ კათეგორიის საქიმიო პერსონალს დაწესებული ექიმებიდან და გათავებული მომვლელიებით.

დასკვნა.

ამგვარად, კავშირის ფსიქიატრთა და ნევროპათოლოგთა პირველი კონფერენციამ განიხილა თავისი დარგის ყველა აქტუალური საკითხები. კონფერენციის მუშაობა გაცხოველებული იყო. მან გამოიტანა თავისი შეხედულება ყოველ დარგში და დაისახა მუშაობის გეგმა მომავლისათვის. მან აღნიშნა წარსულის განვითარება და მასში სწორობა მომავალი წინსვლის იმედი. კონფერენციამ წარმოადგინა მთავარი ლოზუნგი: „პირი ვიბრუნოთ ფსიქო-ნევროლოგიურ დახმარებისაკენ“.

კონფერენციამ გამოსახა მთავარი ამოცანები:

1. გაფართოვება, გაუმჯობესება სამკურნალო ქსელისა და
2. გაძლიერება და შესისხლბორცება პროფილაქტიური მიმართულებისა.

მიხეილ შარცვანიძე.

**Piroplasmosis caprae და pleuro-pneumonia infectiosa caprae საქართველოში.**

(ლაბორატორიული გამოკვლევა).

როგორც ვიცით, ჩვენში თხა ფართოთ არის გავრცელებული შედარებით უფრო მაღლობებზე, მაგრამ დაბლობებშიაც ცალ-ცალკე ოჯახები ეწევიან მის მოშენებას, უმთავრესად, როგორც მეწველი ცხოველისა და ამ მხრივ თხას აქვს სოფლის და ქალაქის ვაწრო მეურნეობაში სათანადო, რასაკვირველია, მნიშვნელობა.

I.

1924 და 1926 წ. ზაფხულის დასაწყისში მე მქონდა ორი შემთხვევა თხის პიროპლაზმოზისა.

1926 წლის შემთხვევა—ერთი წლის დედალი თხა, დადის საძოვარზე, საიდანაც ბლომით მოაქვს ხოლმე ტკიპი, *Rhipic. bursa* \*), ჩემს მიერ პირველად შემჩნეული კავკასიის ფარგლებში. 20/IV წ. 26 თხა იყო მოყვანილი ჩემთან ჯ. კ. ტროპიკულ სნეულებათა ინსტიტუტში ავადმყოფობის გამო: მას ემჩნევა ძლიერი სისუსტე; ტემპერატურა—42, 2<sup>0</sup>, მადა და ცოხნის უნარი დაკარგული აქვს, მუცელში შეკრულია, ემჩნევა სისხლიანი შარდი (ჰემოგლობინურია). პერიფერიულ სისხლის ნაცხებებში აღმოჩენილია უხვად პიროპლაზმები.

მიკროსკოპიული გამოკვლევის შედეგი (პრეპარატები—ჩვეულებრივი ნაცხებები და სქელი წვეთები შეღებილი იყო Giemsa ს მეთოდით). ნორმალური ერიტროციტების ზომები მერყეობს 2,5 $\mu$ —3,07 $\mu$ -დე (ოკ. 12, ობ.  $\frac{1}{12}$ , ტუბ. 145). არსებობს ანიზოციტოზი: მაკროციტების ზომა—4,1 $\mu$ . ზოგიერთ ერიტროციტებში მოთავსებულია პარაზიტები *Piroplasma bigeminum*-ის ტიპისა, რომლებსაც უფრო აქვს გამონატული ჩრდილოეთის ნაირსახეობის ნიშნები. ძირითადი ფორმა პარაზიტისა—რგოლია, რომლის ნახევარს და უფრო სქელ ნაწილს შეადგენს ბირთვი (მის და პროტოპლაზმის შუა ნათლად მოსჩანს ვაკუოლა). შემდეგ

\*) აქამდე მთელ კავკასიაში იყო შემჩნეული ზურნაბადის საშრატე სადგურის მიერ 7 გვარი ტკიპებისა: *G. Argas persicus*, *G. Ornith. Tholozani*, *G. Hyal. aegypt.*, *G. Rhipicephalus* (sp. *R. sanguineus*), *G. Boophilus* (sp. *R. calcaratus*), *G. Dermacentor* (sp. *D. retic.*), *G. Haemaphysalis* (sp. *H. punct.*, sp. *H. inerm.* და ჩემ მიერ აღმოჩენილი ახალი var. *H. iberica*), იხ. Труды XIII съезда врачей и естествоиспыт. в Тифлисе, 1913 г., катало экспон. по секции научной ветеринарии.



გვებდება წყილათ დალაგებული მსხლისებრივი პარაზიტები, ხან გადაბმული ყირწებით, ხან თავისუფალნი, რომელთა დაშორებას კუთხე უდრის  $45^{\circ}$ ,  $90^{\circ}$  და ხანდისხან— $180^{\circ}$ -საც. ზომები: რგოლისებრი პარაზიტისა— $1.025\mu$ , მსხლისებრივსა— $1.54\mu \times 1.025\mu$ .



Original. Zeich.—app-ით გადაღებულია საქ. პრეპარატიდან.

ლიეოკოციტარული ფორმულა:

ნეიტროფილები სეგმ.	60 %
„ ჩხირ.	2 %
მონონუკლეარები	3 %
დიდი ლიმფოციტები	19 %
პატარა	9 %
ეოზინოფილები	3 %
ტიურკის გალ. უჯრედები	2 %
გუმბარებტის უჯრედები	2 %
ერიტროციტების რაოდენობა 1 კუბ. მილ.	1.050.000
ლიეოკოციტების	9.000
ჰემოგლობინი	20 %
ფერადი ინდექსი	1

ავადმყოფი თხის წამლობა ქემოთერაპევტიული პრეპარატებით ვერ მოხდა თხის იმ დღესვე, მოულოდნელად, სიკვდილის გამო.

ვერც ლეშის გაკვეთა მოხდა ჩვენგან დამოუკიდებელ მიზეზების გამო.

ეხლა საჭიროა ითქვას ორიოდ სიტყვა იმის შესახებ, თუ რამ გამოიწვია ჩემ მიერ ამ შემთხვევის აღწერა.

საქმე იმაშია, რომ თხების პიროპლაზმოზი იყო აღნიშნული ჩვენს განიერებში განჯის ახლოს ჯერ კიდევ 1909 წ. ჯუჯუკოვსკის და ლუსის მიერ ორ შემთხვევაში და 1920 წ. იაკიმოვის მიერ ტაშკენტში — ერთ შემთხვევაში. ჩვენში-კი შემთხვეულია პირველად ჩემს მიერ 1924 წ. პირველი ავტორების მიერ პარაზიტი იყო აღწერილი Piroplasma hirci-ს (Gonderia hirci -Knuth u. du Toit, 1921, Tropen-Krankh., B. VI, Mense) სახელწოდებით, Якимов-ის მიერ-კი Piropl. caprae, 1920. უკანასკნელი ავტორის დაკვირვებას ჰქონდა სრულიად შემთხვევითი ხასიათი, რადგანაც ნას ჰქონდა ხელთ სახსლის მხოლოდ ერთი ნაცხები, გადაგზავნილი ტაშკენტიდან ლენინგრადში. პრეპარატში, ერთ-ერთს ერიტროციტში, იყო ნაპოვნი, „მხოლოდ ერთი კენტი და დიდი ზომის მსხლისებრივი პარაზიტი“.

უკანასკნელი ფაქტის გამო პროფ. Якимов-ი აცხადებს თავის „Protozoa“-ში, 1924, „Уч. о микроорганизмах под р. Златогорова“, რომ ჯუჯუკოვსკის და ლუ-

სის მიერ აღწერილი პარაზიტი პიროპლაზმა-კი არ არისო, არამედ-ტეილერია (resp. გონდერია).

ვიღებ რა მხედველობაში ზემოთ მოყვანილ ცნობებს, მე სრულიად ვეთანხმები Якимов-ის აზრს და, ჩემი მასალების მიხედვით (კლინიკური ნიშნები—ჰემოგლობინურია, პარაზიტების განსაკუთრებული ფორმები და ზომები), აღვნიშნავ, რომ საქართველოში არსებობს და უნდა იყვეს მეტად გავრცელებული თხის პიროპლაზმოზი, გამოწვეული *Piroplasma caprae jakimowi*, 1920.

## II.

ეს ორი წელიწადია, რაც აღმოსავლეთ საქართველოში შემჩნეულია თხებზე ფილტვების ანთების ეპიზოოტია, რამაც საგრძნობლად ზარალი მიაყენა მესაქონლეებს.

ასეთი ფილტვების პრეპარატება იყო ჩემ მიერ შესწავლილი პათოლოგ-ანატომიურად და ბაქტერიოლოგიურად, ჰისტოლოგიურად-კი - სახელმწიფო უნივერსიტეტის პათოლოგ-ანატომიურ ინსტიტუტში (გამგე პროფ. ვლ. ჟღერტი).

ფილტვებს ემჩნევა ცალმხრივი ჰეპატიზაცია ქვედა ნაწილებსა, ასე რომ ხანდისხან თითქმის ნახევარი ნაწილი ფილტვისა წარმოადგენს ძლიერ ფართო და ჰაპერტროფიულ სიმკვრივეს, რომლის გარდანაკვეთ ზედაპირს ემჩნევა ნამდვილი მარმარილოსებრივი, მოწითალო რუხი ფერისა, სახე და ძარღვიანობა. აქვე აღსანიშნავია თვალსაჩინო გაფართოება წილებშუა შემაერთებელ-ქსოვილოვან ძვიდეებისა და სხვადასხვა ფერის ანთებითი არეები ფილტვის თვით ჰაეროვან წილებში. არსებობს აგრეთვე პლევრის ანთებითი მოვლენები. ბრონქიალური ლიმფატიური ჯირკვლები ოდნავ შეშუპებულია. სისხლის მიკროსკოპიამ მოგვცა უარყოფითი შედეგი. ფილტვის გადაგვარებული ქსოვილის წვნის მიკროსკოპიულად გასინჯვის დროს-კი შემჩნეულია აქა-ჩქ კოკები, გრამ-ნეგატიური, რის კულტურით იყო აცრილი თავგები, ბაქიები და მტრედები—უარყოფითი შედეგებით.

რაც შეეხება პათოლოგ-ჰისტოლოგიურ გამოკვლევას, იყო მიღებული შემდეგი სურათი.

ფილტვის ალვეოლების ღრუები გაგანიერებულია და ამოვსებულია ექსუდატით, რომელიც შესდგება თითქმის მარტო გრანულოციტების ტიპის უჯრედებისაგან; ამ უჯრედებს შორის იშვიათად აღინიშნება ეპითელიური ტიპის უჯრედებიც - ნათელი ბირთვით და შედარებით დიდი პროტოპლაზმით. ექსუდატის უჯრედოვანი ელემენტების მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია მკვეთრად გამოხატული კარიორექსისი.

ექსუდატში ფიბრინის (შეღებვა Weigert-ით) მხოლოდ ძლიერ მცირე რაოდენობაა, და ისიც ზოგიერთ ალვეოლის ღრუში; იქა-აქ ალვეოლების ღრუებში აღინიშნება სისხლის ჩაქცევები.

წვირლ ბრონქების სანათურებში უჯრედოვანი და წვირლ მარცვლიანი ექსუდატი; უჯრედები უმთავრესად გრანულოციტებს წარმოადგენენ. იქა-აქ ბრონქების ლორწოვანის მფარავი ეპითელიუმში ჩამოფცქვნილია. ზოგ ადგილას ბრონ-

ქის კედლის სისქეში და აგრეთვე ბრონქის კედლის ირგვლივ მკვრალუჯრედოვანი ინფილტრაცია, შემდგარი უმთავრესად გრანულოციტებისაგან.

სისხლის მიღები, განსაკუთრებით კაპილარული ტიპის, ჰიპერემიულია; ზოგიერთი სისხლის კედელი და აგრეთვე კედლის ირგვლივ მყოფი ქსოვილი, განიცდის მკვრალუჯრედოვან ინფილტრაციას.

პლევრა გასქელებულია, ჰიპერემიულია, იქა-იქ პლევრაში მრავალუჯრედოვანი ინფილტრაცია და სისხლის ჩაქცევებიც. პლევრის ზედაპირზე უჯრედოვან მარცვლოვან ექსუდატის ძლიერ თხელი ფენა.

აღვეოლების ღრუებში ცილინდრული ფორმის, ზოგჯერ სპირალურად დაკლანილი ქიის (ფილარიის?) ლარვები. ბაქტერიოსკოპულად (შეღებვა ბაქტერიებზე Weigert-ით) ანათლებში ნახულია უმთავრესად ექსუდატში საშუალო ოდენობის კოკები, რომელნიც ზოგჯერ ორ-ორად ლავდება.

როგორც ცნობილია, არსებობს თხების ფილტვების სამი ინფექციური ავადმყოფობა. პირველი, Nicolle და Refik-Bey-ს მიერ 1886 წ. აღწერილი ე. წ. თხების ფილტვების გადამდები ანთება, რაც გამოწვეულია სპეციფური ბიპოლიარებით. მეორე, ანგორის თხების Mohler და Washburn-ის ე. წ. Takosis (გამომწვევი მიზეზი გრამ პოზიტივური, პათოგენური საცდელ პიოტუკყათათვის, Micrococcus caprinus) მესამე, თხის ინფექციური პლევრო-პნეიმონია, შემჩნეული და შესწავლილი პირველად Pusch-ის მიერ გერმანეთში, 1894. აღმძვრელად ცნობილია ულტრა-მიკროსკოპიული არსება (Hutyra u. Mareck, გამოც. 1910 B. I).

ამრიგად ჩვენ მივიდით იმ დასკვნამდე, რომ ჩვენში არსებული თხების ეპიზოოტია წარმოადგენს Pusch-ის მიერ აღწერილ ავადმყოფობას, მიუხედავად იმისა, რომ ფილტვის წენის ნაცხებებში და ჰისტოლოგიურ პრეპარატებში იყო ნაპოვნი გრამ-ნეგატივური კოკები, რომლებიც უნდა ჩაითვალოს, ამ შემთხვევაში, როგორც ჩვეულებრივი საპროფიტები.

М. И. Парцванидзе.

#### Piroplasmosis caprae и Pleuro-pneumonia infect. caprae в Грузии.

Автор имел два случая пироплазмоза коз. Судя по клинической картине болезни, форме и размерам паразитов крови, паразиты признаны за *Piroplasma caprae* Iakimowii, 1920. На больных козах автором обнаружены впервые на Кавказе клещи *Rhipicephalus bursa*.

Последние два года в Восточн. Грузии наблюдается эпизоотия на козах причем главным патолого-анатомическим признаком является сильная гепатизация нижней половины одного или обоих легких. Путем бактериологических и патолого-гистологических исследований автор приходит к заключению, что существующая эпизоотия является *Pleuro-pneumonia infectiosa caprae*, впервые описанная Pusch-ем в 1894 году.

## 6. ანთელავა.

### ფილტვების ზღვიან ქირურგიული წამლობის საკითხის თანამედროვე მდგომარეობა. \*)

(ზუგდიდის მაზრის მთავარი საავადმყოფო).

ფილტვების ქლექის ქირურგიული წამლობა შედარებით სხვა სასიცოცხლო ორგანოების ქირურგიასთან, სადაც გადადგმულია დიდი ნაბიჯები განსაკუთრებით ანტისეპტიკის და ასეპტიკის შემოღების შემდეგ, დიდხანს დარჩა განუვითარებლად. ეს აიხსნება იმ მრავალ სიძნელით და დაბრკოლებებით, რომელთაც ადგილი ჰქონდა ფილტვების და გულმკერდის ოპერაციის დროს მათი თავისებური ანატომიური აგებულების გამო.

ერთი რამ არის აღსანიშნავი, მიუხედავად იმისა, რომ ქრონიკულად მიმდინარე ფილტვის ქლექი იძლეოდა დადებითი განკურნებითი შედეგებს ჩვეულებრივი წამლობით, უკანასკნელ ხანებში ეს დარგიც გადავიდა ქირურგ. სამკ. სფეროში. რადიკალური ცვლილება, რომელმაც მისცა ერთგვარი წინსვლა, როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკულის მხრივ ქლექის ქირურგიული წამლობას, მოხდა მას შემდეგ რაც წამოიჭრა სამი ორიგინალური იდეა. პირველი იდეა—საშუალება წნეგის სხვადასხვაობისა, მეორე—ფილტვების მკურნალობა მისი შეკუმშვით და უძრავყოფით და მესამე—Freund-ის მოძღვრება გულმკერდის ოპერაციის შესახებ სუნთქვის ტიპის შესაცვლელად.

ეს მეთოდები შეერთებული პროგრესიულად წინ მსვლელ დიაგნოსტიკურ პრინციპებთან, როგორც განსაკუთრებით არის რენტგენოდიაგნოსტიკა, შეადგენენ იმ საფუძველს, რომელზედაც მოიპოვა თავის შემდეგი განვითარება ფილტვების ქლექის ქირურგიულმა წამლობამ. უნდა აღვნიშნო დიდი ინტერესი ამ საქმისადმი უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში; არ ხდება არც ერთი ექიმთა კონგრესი, რომ ამ საკითხზე არ იყოს მოხსენებები და ავადმყოფთა დემონსტრაცია. ამ განსაკუთრებულ ინტერესით აიხსნება ის გარემოება, რომ წასულ წლის ქირურგიულმა კონგრესმა, როგორც გერმანიაში, ისე რუსეთში დასვეს საპროგრამო საკითხად ფილტვების ქირურგია.

48 ქირურგიულ კონგრესზე ბერლინში 1924 წ. პროფესორმა Sauerbruch-მა ვაკეთა ვრცელი მოხსენება ქლექის ქირურგიული წამლობის შესახებ და მის პროგრესზე უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში. მან თავისი მოხსენება დაავირო-

\*) მოხსენებულია ქართველ ექიმთა მე-3 კონგრესზე.



გვინა აუარებელი რენტგენის სუათებით და ტორაკოპლასტიკით მორჩენილი ავადმყოფების დემონსტრაციით.

ფილტვების ქლექის წამლობა ქირურგიული მეთოდით არ არის ახალი. ჯერ კიდევ 1873 წელს **Moslers**-მა სცადა შეშაპუნება კარბოლისა და სალიცილის მჟავებისა ფილტვებში. რასაკვირველია, ეს მეთოდი უშედეგო აღმოჩნდა და სრულიად უკუგდებულ იქნა.

ამის შემდგომ შეუდგნენ ჯერ ცხოველებზე და მერე ადამიანებზე ქლექის მიერ დაზიანებულ ფილტვების რეზერვაციების, მხოლოდ ზოგჯერ მისი მთელი ნაწილის ამოჭრას. ამ მეთოდს მიმართავენ **Glück**-ი (1881), **Tüffier** (1891) და **Doyen**-ი. თუმცა ზოგიერთი შემთხვევაში მათი ოპერაციებმა დროებითი სარგებლობა მოიტანეს, მაგრამ მომეტებული ნაწილი ავადმყოფებისა დაიხოცნენ ოპერაციის შემდეგ, ვინაიდან ტუბერკულოზის ბუდე ფილტვების სხვა ადგილებზე გამოუჩნდათ. 27 ოპერაციიდან, რომელიც გააკეთა გამოჩენილმა ფრანგ ქირურგმა **Tüffier**-მ მხოლოდ ერთ შემთხვევაში გადაარჩა ავადმყოფი.

ამ შიგაღვერალო ქირურგიული ოპერაციის საწინააღმდეგოდ, რომლებმაც სასარგებლო შედეგები ვერ მოიტანა, წამოყენებული იქნა ექსტრაპლევრალური ოპერაცია, რომელსაც საბოლოო მიზნად აქვს ფილტვების იმობილიზაცია—შეკუმშვა. ამ უკანასკნელ ოპერაციასთან დაკავშირებულია გერმანელი ცნობილი დოსტაქრების სახელები. ესენი გამოდიოდნენ იმ დაკვირვებიდან რომ ზოგიერთ შემთხვევაში ფილტვების ერთი მხრით ქლექი მიმდინარეობს ნაკლები ზიანით და ზოგჯერ კი გამრთელებას აქვს ადგილი, როდესაც ჩვენ მივიღებთ შეკუმშვას თანახმად **Quinque**-ს (1888) და **Spengler**-ის (1890) მიერ წარმოდგენილ მეთოდისა, რომელიც მდგომარეობს ნეკნების ამოჭრაში პლევრის ღრუს გაუხსნელად.

აქ დასახელებული დოსტაქრები დაადგენ ამ გზას და მათი წყალობით წარმოიშვა ახალი მეთოდები—ექსტრაპლევრალური გულმკერდის პლასტიკური ოპერაცია, რომელიც დღეს მეცნიერებაში არის ვაბატონებული. იდეა, რომელიც საფუძვლად უდევს ქირურგიულ წამლობას ძველია. მთელი ამოცანა ამ შემთხვევაში მდგომარეობს იმაში, რომ დაზიანებულ ორგანოს მიეცეს სრული მყუდროება. ამ მიზნისაკენ ისწრაფოდნენ ექიმები წინედაც, როდესაც ქლექის ავადმყოფებს უნიშნავდნენ ხანგრძლივ და უძრავ წოლას.

არსებითი განსხვავება არის იმაში მხოლოდ, რომ როდესაც ერთი ფილტვის გამო განსაკუთრებით მთელი სხეული იძულებული იყო უძრავად ყოფილიყო, ეხლა ქირურგიულ საშუალებით მყუდროება ეძლევა მხოლოდ დაზიანებულ ორგანოს და მით დანარჩენ სხეულის მუშაობა არ ბრკოლდება. ეს კი ძლიერ მნიშვნელოვანია, რადგანაც, როგორც დაკვირვებანი გვიჩვენებენ და როგორც თვითონ მე დავრწმუნდი **Sauerbruch**-ის კლინიკაში, ავადმყოფებს ოპერაციის გაკეთების შემდეგ მუშაობის შედარებითი უნარი ეძლევათ იმ დროს, როდესაც საერთო წოლის მეთოდის მიხედვით ავადმყოფი იძულებული ხდება ხანგრძლივ იმყოფებოდეს სპეციალური სანატორიუმში და მით უმწყო ხდება.

ფსიქიური ზეგავლენის გარდა ამ საკითხს აქვს მატერიალური მნიშვნელობა უმთავრესად იმ ავადმყოფებისათვის, რომელნიც შეუძლებლობის გამო იძუ-

ლებულნი არიან ამა თუ იმ დარგში იმუშაონ. უნდა აღვნიშნოთ, ქირურგიული წამლობა შესაძლებელი ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ დაზიანებული არის მხოლოდ ერთი ფილტვი, მეორე ფილტვი უნდა იყოს საღი ან მხოლოდ ოდნავ დაზიანებული.

ქირურგიულ ოპერაციაში პირველი ადგილი უჭირავს ხელოვნურ პნევმოტორაქს, რომლის გაკეთების ტექნიკა ამჟამად მეტად გაადვილებულია. ხელოვნური პნევმატორაქსით წამლობა მდგომარეობს იმაში, რომ გულმკერდის ერთს ნახევარში, სადაც დაზიანებული ფილტვია ოპერაციის საშუალებით შეგვყავს ჰაერი, რომელიც კუმშავს ფილტვს და ამრიგად უკანასკნელი გამოირიცხული ხდება სუნთქვის პროცესიდან. შეკუმშულ ფილტვში მყავბადი ცოტადდება, ხოლო ემატება ნახშირბადი, რაც გაცილებით ხელს უშლის ტუბერკულოზის ბაცილების. არსებობას და განვითარებას, რადგანაც უკანასკნელნი საჭიროებენ მკვებადს. ფილტვთან ერთად ცხადია, იკუმშება კავერნა და სასუნთქვის შტოები, ამით კი მცირდება ბაცილიანი ნახველის შემზადება, ხოლო ის მცირე ნაწილი, რომელიც შესაძლებელია მაინც შემზადდეს, აღარ ვრცელდება სუნთქვის დროს სასუნთქ შტოების ღრმა ნაწილებში.

ამგვარად ძნელდება ავადმყოფობის მექანიკური გავრცელება.

შემდგომ ფილტვის შეკუმშვის თანავე ხდება შენელება და გაძნელება სისხლისა და ლიმფის ცირკულიაციისა, მაშასადამე ძნელდება ტუბერკულოზის ბაცილების გავრცელება და ტოქსინების შესვლა სისხლისა და ლიმფის მატარებელ მილებში. გარდა ამისა, შეკუმშული ფილტვის შიგნით ხდება გაძლიერებული გავრცელება შემაერთებული ქსოვილისა, რის გამო ფილტვი მრთელდება. ეს უკანასკნელი ფაქტი ყოველ ექვს გარეშე დამტკიცებული არის ტუბერკულოზით გარდაცვალებულ ადამიანის სხეულის გაკვეთის დროს თუ ავადმყოფს წინასწარ კნეუმატორაქსი ქონდა გაკეთებული.

პროფ. Jessen-მა ამ გვარი გავრცელება შემაერთებული ქსოვილისა აღმოაჩინა ხელოვნური პნევმატორაქსის გაკეთების 4 თვის შემდეგ.

პროფ. Leschke-ს თავის ცნობილი მონოგრაფიაში „კლექის ქირურგიული წამლობა“ მოყავს არა ერთი მაგალითი, როდესაც ის იძულებული იყო სხვადასხვა მიზეზის გამო შეეწყვიტა პნევმატორაქსით აქიმობა სამი-ოთხი წლის შემდეგ და ამ შემთხვევაშიაც მან მიიღო კარგი შედეგები, მაგრამ ეს უკანასკნელი გამონაკლისად უნდა ჩაითვალოს. საერთოდ ეჭიშობა გრძელდება ერთი-ორი წელიწადი. უმეტეს შემთხვევაში ეს ვადა საკმარისია. თუ ხელოვნურ პნევმატორაქსი ხმარებულ იქნა მეცნიერულად დაყენებულ ჩვენების თანახმად და ტექნიკურად უმწიკლოდ, ამ შემთხვევაში უმაღლე თან მოყვება შემდეგი კლინიკური ეფექტი:

ხველება პირველად მცირდება, შემდეგ თანდათანობით ისპობა; ნახველის რაოდენობა პირველ დღეებში შეიძლება გადიდდეს, შემდეგ კი ისიც მცირდება და ისპობა; სიცხე ეცემა ნორმამდე. ავადმყოფის დამასუსტებელი და უსიამოვნო ღამის ოფლიც წყდება. საერთოდ თვითგრძნობა უმჯობესდება. წონა ტანის ემატება. მე მქონდა საშუალება მენახა ავადმყოფები, რომლებმაც ერთი წლის განმავლობაში მოიმატენ 15 კილოგრამამდე.

ხელოვნური პნევმატორაქსით აქიმობა შესაძლებელია შემდეგი ავადმყოფებისათვის:

1. არა მძიმე ფორმის ერთი მხრის ფილტვის ქლექი.
2. მძიმე ფორმის ერთი მხრის ფილტვის ქლექი სხვადასხვა ხასიათის როგორც არის ულცეროზიული, ექსუდატიური და სხვა.
3. ხშირი და მძიმე ფორმის ფილტვიდან სისხლის დენა. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ხელოვნური პნევმატორაქსი პირდაპირ იხსნის ავადმყოფს სიკვდილისაგან. პროფ. Bier-ის ასისტენტი H. Pribram-ი იხსენიებს თავისი წიგნში „ხელოვნური პნევმატორაქსი და მისი ინდიკაცია“ ავადმყოფების არა ერთ ათეულს, რომლებიც მან პნევმატორაქსის საშუალებით სიკვდილს გადაარჩინა.
4. ტუბერკულოზური ხასიათის ექსუდატიური პლევრიტი და ემპიემა ამ შემთხვევაში ექსუდატის და ჩირქის მაგივრად ჩვენ გულმკერდის ღრუში ჰაერი შეგვყავს.
5. სპონტანიური პნევმატორაქსის დროს, როდესაც შიგაპლევრალური წნევა ნოლის ქვემოდაა. ამ შემთხვევაში წნევის გამოსწორებას აქვს ის მნიშვნელობა, რომ ფისტულა მალე ხორცილება და მთელდება.

კონტრიდიკაციად უნდა ჩაითვალოს:

1. გავრცელებული პროცესი მეორე ფილტვისა. ინკაფსულარული ბუდე მეორე ფილტვის მწერვალოში არ შეადგენს კონტრიდიკაციას.
2. კახეოზური პნევმონია, ვინაიდან ამ შემთხვევაში ფილტვის ქსოვილში იმდენად არის გავრცელებული ინფილტრაცია და თვით ქსოვილი იმდენად დაზიანებული, რომ ლაპარაკი ხედმეტია ამისთანა ფილტვში შემაერთებელი ქსოვილის გავრცელებაზე.
3. ქრონიკული არა ტუბერკულოზური ხასიათის მეორე ფილტვის დაზიანება. აქ მე მაქვს სახეში ქრონიკული ბრონხიტები, ემფიზემა და ასთმა.
4. მძიმე ფორმის გულის ავადმყოფობა.
5. ნაწლავების, ჭაჭის და ხერხემლის ტუბერკულოზი. ყელის ტუბერკულოზი არ შეადგენს კონტრიდიკაციას, ვინაიდან ხელოვნური პნევმატორაქსის გაკეთების შემდეგ მცირდება და ისპობა ბაცილიანი ნახველი და ეს კი ყელის პროცესზე შესაძრწევად მოქმედებს.

6. მძიმე ფორმის ალბუმინურია, თირკმლის ანთება და დიაბეტი.

ხელოვნური პნევმატორაქსის ტენიკაზე მე აქ არ შევჩერდები. ვიტყვი მხოლოდ, რომ გერმანიაში ამ უკანასკნელ დროს განმავლობაში არის დამზადებული ბევრი აპარატები, რომლებიც ტენიკის უკანასკნელ სიტყვად უნდა ჩაითვალოს და რომელთა მეოხებით ოპერაციის საშიშროება ნოლაშვდ აღწევს.

პროფ. Kohler-ის აპარატი არის ნამდვილად ტენიკის უკანასკნელი სიტყვა. რაც შეეხება გაზს, რომელიც ჩვენ შეგვყავს პლევრის ღრუში, უნდა ვსთქვა ეხლა ყველგან ხმარებაშია უბრალო წმინდა ჰაერი. ხელოვნური პნევმატორაქსის გაკეთება ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ფილტვი არ არის შეზრდილი გულმკერდთან ან და როდესაც შეზრდა არის უმნიშვნელო და მცირედი, თუ შეზრდა არის მთლიანი და დიდი, ამ შემთხვევაში მოსვენება და ავადმყოფ ფილტვის შეკუმშვა შესაძლებელი ხდება მეორე ოპერაციის საშუალებით, რომელსაც თო-

რაკო—პლასტიკა ეწოდება და რომელიც მდგომარეობს იმაში, რომ ნექნებს ანორებენ გულმკერდის ღრუს გაუხსნელად. უკანასკნელი ოპერაციის შემდეგ გულმკერდი იხევა ფილტვისაკენ, აწვება მას და იწვევს ფილტვის შეკუმშვას.

გერმანიაში არსებობს სამი ქირურგიული სკოლა: ვილმსის, ფრიდრიხის და ზაუერბრუხის. ყველა მათგანს შემუშავებული აქვს საკუთარი ტექნიკა. პროფ. ვილმსი თორაკოპლასტიკისათვის სკრის მე-2/II ნიქს სიგრძით 8—10 სანტიმეტ. უკანა ნაწილში და 4—5 წინანაწილში.

პროფ. ფრიდრიხი ერთი დიდი ამოჭრით აშორებს ნექნებს მთელ მანძილზე.

პროფ. ზაუერბრუხის მეთოდს ამ შემთხვევაში უჭირავს საშვალო ადგილი მათ შორის. ის ჯერ ერთი სკრის ნექნებს, ხოლო უკან და გარდა ამისა მთელს ოპერაციას აწარმოებს რამოდენიმე აქტით, ავადმყოფის მდგომარეობის მახედვით. უკანასკნელი ოპერაცია წარმოადგენს დიდ მიღწევას, ვინაიდან ავადმყოფი მთელ ოპერაციას კარგად იტანს. შედეგები და მოქმედება თორაკოპლასტიკის იგივეა, რაც ხელოვნური პნევმატორაქსის გაკეთების შემდეგ.

აქ ადგილი აქვს დაზიანებული ფილტვის მოსვენებას და მის შეკუმშვას ყოველივე მისგან გამომდინარე შედეგებით.

მე-3 ლონისძიება, რომელითაც მისაღწევი ხდება ფილტვის დასვენება, არის დიაფრაგმის ნერვის გადაჭრა და დიაფრაგმის ხელოვნური დამბლა. ასეთი ოპერაცია პირველად 1911 წ. იქნა პროფ. Stürtz-ის მიერ წამოყენებული ფილტვის ქვედანაწილის ერთის მხრის ფილტვის ქვედა ნაწილის დაზიანების შემდეგ. ამ უბრალო ოპერაციით ჩვენ ვაღწევთ იმას, რომ დიაფრაგმის იმ ნახევარს, სადაც იმყოფება დაზიანებული ფილტვი, ეცემა დამბლა, რის გამო დიაფრაგმა იწვევა ზევით, პლევრის ღრუს სიდიდე მცირდება და ფილტვი იკუმშება და მას ენიჭება მყუდროება.

პროფ. Stürtz-მა ცხოველებზე ცდით დაამტკიცა, რომ დიაფრაგმის ნერვის გადაჭრას სხვა არა სასურველი შედეგები არ მოსდევს, როგორც სხვა ორგანოებზე, ისე სუნთქვის პროცესზე. 1912 წ. პროფ. Bardenheuer-მა გააკეთა პირველად phrenicotomy ბრონხიექტაზიის საწინააღმდეგოდ კარგი შედეგით. ამავე დროს მასიური ექსპერიმენტებს აწარმოებდნენ შემდეგი მეცნიერები: Hellin, Carl, Spelermanი და Oehelker-ი. ყველა მათგანი მივიდა იმ დასკვნამდე, რაც პროფ. Stürtz-მა. პროფ. Sauerbruch-ი, რომელიც ითვლება ქლექის ქირურგიული წამლობის საუკეთესო სპეციალისტად, იყო პირველი რომელმაც ფართოდ შემოიღო ეს ოპერაცია და მისცა მას პრაქტიკული განხორციელება. ჯერ კიდევ 1914 წ. ციურინის დოსტაქართა კონგრესზე მან გააკეთა მოხსენება ამ საშვალეობით წამლობაზე ფილტვების ქლექისა. განკურნების ყველა შემთხვევები იქნა დადასტურებული რენტგენის სურათებით მისი ასისტენტის Walter-ის მიერ.

ამ წლიდან ჩვენ ვხედავთ, რომ phrenicotomy-ს მიმართავენ სხვადასხვა დოსტაქრები კარგი შედეგებით. უკვე ვრცელი ლიტერატურა არსებობს ამ საკითხის შესახებ, (Saugmann-ის, Sauerbruch-ის, Brunner-ის და Korbant-ის საზღვარგარედ და Dumpux-ის, Купманов ის რუსეთში). აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ პროფ. Willy Felix-ს მიუძღვის დიდივე ღვაწლი დიაფრაგმის ნერვის ანატომიის და საერთო დიაფრაგმის ინერვაციის გამოკვლევაში. პროფ.



**Felix**-ის გამოკვლევით 20—25% არსებობს მთავარი ნერვის გვერდით მეორე ნერვი, რომელსაც მან უწოდა სახელი *Nebenphenicus* და ამიტომ ნერვის უბრალო გადაჭრას ამ შემთხვევაში არ მოაქვს დიაფრაგმის ნერვის საცსებით დამბლა, ამიტომ პროფ. **Felix**-ი ურჩევს დოსტაქრებს *phreniocomi*-ის მაგივრად *phrenicoexairese*-ს, ე. ი. ნერვის პერიფერიული ნაწილის ამოგლეჯას. მართლაც მისი რჩევა იქნა მიღებული და ეხლა ფართე ხმარებაშია *phrenicoexairese*.

ეს მეთოდი განსაკუთრებით იხმარება, როდესაც ადგილი აქვს ფილტვის ქვედა ნაწილის ერთ მხრის დაზიანებას.

დიაფრაგმის ნერვის გადაჭრას ჩვეულებრივად აკავშირებენ ხელოვნური პნევმატორაქსთან ან თორაკოპლასტიკასთან. პროფ. **Sauerbruch**-ის კლინიკაში სამივე მეთოდი ქლექის ქირურგიულ წამლობისა ხმარებაშია ან ერთად ან ცალ-ცალკე ყოველი კერძო შემთხვევების მიხედვით.

ოპერაციის შედეგები **Gravesen**-ის, **Saugmann**-ის, **Sauerbruch**-ის და სხვების სტატისტიკის მიხედვით შემდეგია: ფილტვის სრული შეკუმშვის შემდეგ 45, 65% კლინიკური მორჩენისა და მუშაობის უნარის აღდგენისა. ფილტვისა და გულ-მკერდის შეზღუდვის და თორაკოპლასტიკის ხმარების შემდეგ 35%. უნდა აღვნიშნოთ, რომ პროფ. **Sauerbruch** ის კლინიკაში ოპერაციას აკეთებენ ისე მძიმე შემთხვევებში, როდესაც საკლინიკო ობიექტად წამოყენებულია ავადმყოფები, რომელზედაც წინადა ხმარებულ იყო ყველა მიღებული საექიმო ზომები, მაგრამ უშედეგოდ. ამ შემთხვევაშიაც ოპერაცია დამთავრდა ავადმყოფის განკურნებით. პროფ. **Sauerbruch**-ის სიტყვები, რომ ვიხმაროთ ეს შემთხვევები წმინდა პლიუსად უნდა ვაღიაროთ.

ქირურგიული ზომების დანარჩენ მეთოდებზე მე აქ არ ვეჭვებები, რადგანაც ისინი იშვიათად არიან მიღებული.

დასასრულ ჩვენ ჩვენი 25 შემთხვევის მიხედვით უერთდებით ექიმების საერთო აზრს, რომ ფილტვების ქლექის ქირურგიული წამლობა არის ერთ-ერთი საიმედო საშუალებათაგანი ამ სახალხო უბედურების საწინააღმდეგო ბრძოლის რიგში და იმ შემთხვევებშიაც, როდესაც სხვა საშუალებები უძლური არიან.

ამ საშუალებას აქვს ის უპირატესობა სხვა მეთოდებთან შედარებით, რომ მისი ხმარება შესაძლებელია ცხოვრების ჩვეულებრივი პირობებში და აძლევს საშუალებას ავადმყოფს დაუბრუნდეს თავის ყოველ დღიურ მუშაობას, რომელიც შესაძლებელია შეადგენდა მისი არსებობის ერთად-ერთ სახსარს.

ამ საკითხის საერთო მოკლე განხილვის შემდეგ მე უფლებები აღწერას პირადი ჩემი 25 ავადმყოფებისა, რომლებსაც მე გაუწიე ქირურგიული დახმარება. ავადმყოფები იყვნენ ფილტვის ქლექით დაავადებულნი სხვადასხვა სტადიებში, მოკლედ განვიხილავ შემდეგებს ჩემ მიერ ხმარებულ მეთოდებისა, დამატებით გიჩვენებთ ახალ ხუთ ავადმყოფს, ოთხი ამას წინედ მე მქონდა საშვალეა მეჩვენებინა ა. /წ. 7 მაისს ქართულ ექიმთა საზოგადოების სხდომაზე.

როგორც ზემოთ მოგახსენეთ მქონდა 25 შემთხვევა: ერთს გაუკეთდა *Phrenicoexairese*, 7—*Phrenicoexairese*+*pneumothorax* და დანარჩენ 17 ხელოვნური პნევმატორაქსი.

სქემატურად მოგახსენებთ ამ შემთხვევების შედეგებს.

თანამედროვე მედიცინა № 8—1926.



1. t. b. c. pulm. bilateralic fibrosa-oxudativa (Turban III) decompensata გაუკეთდა პირადი დაჟინებითი თხოვნის და ექიმი Brunner-ის ჩვენების III მუხლის მიხედვით Phrenico-exairese, დროებითი გაუმჯობესება; რვა თვის შემდეგ გარდაიცვალა.

2. შვიდი შემთხვევა შეერთებულ წამლობისა Phrenicoexairese+Pneumothorax ავადმყოფი 2—3 სტადიაში; 4—subcompensata 3 - decompensata. შედეგები—გაუმჯობესება ყველა შემთხვევებისა, მხოლოდ ერთი decompensata გარდაიცვალა.

3. წმინდა Pneumothorax-ი ავადმყოფი 2—3 სტადიაში Compensata 3, subcompensata 4, და decompensata 5.

ყველა მათგანში მივიღეთ გაუმჯობესება. წამლობა, რასაკვირველია, არ არის დამთავრებული. მაგრამ საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ 3 compensata და 6 subcompensata-ს შემთხვევებში მივიღეთ სრული კლინიკური განკურნება.



## ი. ერქომაიშვილი.

ორდინატორი.

### Leriché-ს ოპერაციის შედეგი კლინიკის მასალის მიხედვით\*).

(ტფილისის უნივერსიტეტის ჰოსპიტალურ ქირურგიული კლინიკიდან.

გამგე—პროფ. გ. მუხაძე).

პერიარტერიალური სიმპატექტომიის შემოღება ქირურგიაში ეკუთვნის Jaboulay-ს, რომელიც უკვე 1899 წელს ტროფიულ დაავადების დროს ქვედა კიდურებზე ფართოდ აწარმოებდა ხსენებულ ოპერაციას. პირველ ხანებში ამ ოპერაციის მიმდევარი მცირე აღმოჩნდა და თითქმის სრულ დაიწყებასაც მიეცა. ხოლო, როდესაც 1917 წ. Leriché-მა გამოაქვეყნა სიმპატექტომიის მშვენიერი შედეგი, მიღებული კავალგიის დროს, მიმბაძველთა რიცხვმა იმატა და უკანასკნელ წლებში გაცხოველებული მუშაობა სწარმოებს ამ საკითხის ირგვლივ. მიუხედავად მრავალ გამოკვლევათა, როგორც ექსპერიმენტალურ, ისე კლინიკურის, საკითხის გადაწყვეტაში ერთ აზროვნებას ვერ ვპოულობთ. ზოგი ავტორი თუ ხშირად აწარმოებს სიმპატექტომიის და ოპერაციის ჩვენებას აფართოებს და კარგ შედეგებზედაც მიგვიითხებს, პირიქით ზოგი სკეპტიურად უცქერის წამოჭრილ საკითხს და ოპერაციის ნაკლებ დამაკმაყოფილებელ შედეგებსაც აღნიშნავს. სიმპატექტომიის საკითხის სისწორით გამოსარკვევად ჩვენ საჭიროდ მიგვაჩნია ოდნავ შევჩერდეთ თუ რას წარმოადგენს სიმპატიკური ნერვული სისტემა და რა დამოკიდებულობა აქვს სისხლის ძარღვებთან. სიმპატიკური ნერვული სისტემა წარმოადგენს მეტად მნიშვნელოვან ნაწილს ცენტრალურ ნერვულ სისტემისას ამისთვის მის შესწავლას აქვს უაღრესი მნიშვნელობა, როგორც პრაქტიკულ, ისე თეორიულ თვალსაზრისით. სიმპატიკური ნერვული სისტემა შეიცავს მრავალს საიდუმლოებას, რომლის გამოკვლევამაც მეცნიერებას სასურველი შედეგი ვერ მისცა. ცნობილია, რომ მისი ფუნქციის დაწვევა ახდენს, როგორც დაღებიტს, ისე უარყოფით გავლენას სხვადასხვა ორგანოებზე.

მაგალითად, თუ გავიხსენებთ Claud—Bernard-ის ცდებს, რაც გამოიხატება კისრის მიდამოში სიმპატიკური კვანძების გაღიზიანებასა ან მის გადაკვეთაში, დაეინახავთ, რომ პირველ შემთხვევაში ნაოპერაციებ მხარეზე ვიღებთ სისხლის

\* მოხსენდა ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას 1926 წ. 25 აპრილის სხდომაზე

მიღების შევიწროვებას,  $t^{\circ}$  დაწვეას, ეგზოფტალმუს და გუგის გაგანიერებას. (მაგ. ჩიყვის დროს). მეორე შემთხვევაში კი ადგილი აქვს სისხლის მიღების გაგანიერებას,  $t^{\circ}$  აწვევას, გაძლიერებული სისხლის დენას და იმავე მხარეზე თმის ზედმეტ ზრდას Hypertrichosis. ეს მოვლენები გვიმტკიცებენ, რომ სიმპატიკურ ნერვულ სისტემაში იმყოფება ვაზოკონსტრიქტორები, რომლის გალიზიანება იწვევს სისხლის მიღების შევიწროვებას, ხოლო მათი სიდაბლე იმავე მიღების გაგანიერებას. რაც შეეხება პარასიმპატიკურ ნერვულ სისტემას, ამის შესახებ დიდი ხანია ფიზიოლოგებმა დამტკიცეს, რომ გარდა ვაზოკონსტრიქტორებისა არსებობს აგრეთვე ვაზოდילიატატორები, რომლის გალიზიანებაც იწვევს სათანადო სისხლის მიღების გაგანიერებას (Claud - Bernard). მაგალითად, თუ გავაღიზიანებთ chorda tympani (n. facialis ტოტი) მივიღებთ ყბის-ქვეშა ჯირკვლების კაპილარების და სისხლის ძარღვების გაგანიერებას. ასეთივე სურათს იძლევა Laphone-ს ცდა ზედა ყბის ნერვის გალიზიანების დროს (რბილი და მაგარი სასის ჰიპერემია,  $t^{\circ}$  მომეტება) ყველა ზემოაღნიშნული ცდებიდან სჩანს, რომ ვაზოკონსტრიქტორები—თავის პირისახის, ცხვირის ლორწოიანი გარსისა და პირის ღრუსი კისრის სიმპატიკურ კვანძებში გადის, ხოლო მისი ანტაგონისტები კი სამწვერა ნერვში. რაც შეეხება დანარჩენ სისხლის მიღების ინერვაციას, გარკვეულად უნდა ჩაითვალოს, რომ მათ განაგებს ორგვარი ფუნქციის ნერვული ბოჭკოები, ვაზოკონსტრიქტორები სიმპატიკურ სისტემიდან და ვაზოდილიატატორები პარასიმპატიკურ სისტემიდან. აქვე აღვნიშნავთ, რომ დღემდის მთლიანად არ არის გამოკვლეული, თუ სად არის გამტარებელი გზები ამ ფრიად მნიშვნელოვან ნერვულ სისტემისა. ექსპერიმენტალური ცდების და დაკვირვებების მიხედვით დაახლოვებით დამტკიცდა, რომ დასაწყისი ვეგეტატიური ნერვული სისტემისა არის უმთავრესად მოგრძო ტვინი, საიდანაც გზები ეშვება ქვემოდ ზურგის ტვინის გვერდითი სვეტების საშუალებით და უერთდება მის რუხოვან ნაწილში ზურგის ტვინის ვეგეტატიურ ცენტრებს. შემდეგ ვაზოკონსტრიქტორები სტოვენენ გვერდითი სიმპატიკურ კვანძებს და მიემართებიან სისხლის მიღებისაკენ, სადაც მის ირგვლივ ადვენტიციაში წარმოშობენ ქსელს. რაც შეეხება ვაზოდილიატატორებს, რომელნიც აძლევენ ბოჭკოებს მთელ არტერიებს, გარდა თავის და პირისახისა, გამოდიან ზურგის ტვინის მგრძობიარე ნერვებთან ერთად. (Striker—Baylis-ს ცდა). ამგვარად ჩვენ ხაზს ვუსვამთ იმ გარემოებას, რომ ვეგეტატიური ნერვული სისტემა მთლიანად გამორკვეული არ არის, ის დღემდე კვლევადიების ხანას შეადგენს, მაგრამ მათი მნიშვნელობა ცხადია. თუ ვეგეტატიური ნერვული სისტემა ფიზიოლოგიურ პირობებში იმუშავებს, მაშინ სწარმოებს სათანადო ორგანოს ნორმალური ფუნქცია. და თუ ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემის რომელიმე ნაწილი განიცდის პათოლოგიურ ცვლილებას, სათანადო არტერია შესაფერის მდგომარეობას მიიღებს, რომლის სურათიც ნათლად გამოაშკარავდება იმ ორგანოზედ, რომელსაც ის კვებავს.

აი მთავარი დასკვნები, რომელზედაც აღმოცენდა პირიარტერიოლოგიური სიმპატექტომია. სწორეთ ამ დასკვნებით ხელმძღვანელობდენ Jaboulay, Leriche და Bruning-ი, როდესაც მათ მიმართეს ხსენებულ ოპერაციას და ზოგიერთ შემთხვევაში, როგორც მათ, ისე სხვა ავტორებმა კარგი შედეგებიც მიიღეს. თვით

ოპერაცია შემდეგ წესით სწარმოვებს. აღმოაჩენენ დაავადებულ ორგანოს არტერიას, მოაცილიან ფრთხილად ადვენტიციას კლთოვან შრემდის და ირგვლივ მდებარე ბაღურს, რის შემდეგ დღემდის არსებულ დაკვირვებების მიხედვით ვიღებთ ცვლილებას, სისხლის მიმოქცევის მხრივ. ადვენტიციის შემოცილების უმაღლეს სისხლის მილი შევიწროვდება დაახლოვებით ნახევარი მისი სანათურისა და გრძელდება ასეთი მდგომარეობა 2—3 საათი. შემდეგ იწყება მეორე ხანა—ჰაპერემია, კაპილარების და წვრილი სისხლის მილების გაგანიერება ნაოპერაციებ არტერიისა, სისხლის მიმოქცევა მათში აჩქარდება, კიდური წითლდება. საკმარისია ერთ და იმავე დროს შევეხოთ ხელით ორთავე კიდურს, რომ შევნიშნოთ სითბოს განსხვავება. თვით ავადმყოფიც ხშირად აღნიშნავს ნაოპერაციებ მხარეზე სიმზურვალეს. I<sup>o</sup> მომატება არ აღემატება 2—4 ს. სისხლის მილის შევიწროვებას Leriche და Bruning-ი ხსნიან ოპერაციით გამოწვეულ გალიზიანებით, თუ კი მილები წინასწარ რაიმე გადაგვარებას არ განიცდიან, როგორც მაგალითად სკლეროტიულ მდგომარეობის დროს, და შევიწროვება მით უფრო ძლიერი იქნება, რამდენადაც მეტად გალიზიანებულია სიმპატიკური სისტემა. პირველ 17 შემთხვევაში Leriche-მა მიიღო შემდეგი ცვლილება: საგრძნობი გაგანიერება არტერიისა და I<sup>o</sup> მომატება 3—4<sup>o</sup>-მდე 13 შემთხვევაში, ორ შემთხვევაში გამოუჩვენებელი მდგომარეობა და ორში ცვლილება არ ყოფილა, რასაც ხსნის სისხლის მილების ნაადრევი დაავადებით. ასეთი შედეგები მიიღეს Bruning-მა, Stahl-მა და სხვებმაც, რომელნიც ამასთანავე ამტკიცებენ, რომ სისხლის მომატება პერიფერიაზედ თავის მაქსიმუმს აღწევს ოპერაციის შემდეგ 4—5 დღეს; 3—4 კვირის განმავლობაში დგას ერთ დონეზედ, შემდეგ ღვება ნორმაზე და უთანასწოროდება ჯანმრთელი კიდურის არტერიის წნევას. ერთ ჩვენ შემთხვევაში ავადმყოფს ჰქონდა წნევის მომატება და გაკრძელდა ასეთი მდგომარეობა მხოლოდ ცხრა საათის განმავლობაში, შემდეგ კი წნევა და სითბოც გათანასწოროდა ნაოპერაციებ და ჯანმრთელ კიდურებზედ. აქვე უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ ოპერაციის დროს ჩვენ სამ შემთხვევაში არტერია შევიწროვდა დაახლოვებით ნახევარი სანათურით, და მის ირგვლივ არავითარი ცვლილებანი არ აღინიშნებოდა. სამივე იყო მამაკაცი, არა უმეტეს 30 წლის (26—28 და 30 წლის) დანარჩენ ოთხ შემთხვევაში პულსაცია თითქმის არ აღინიშნებოდა; და ოპერაციის შემდეგაც ცვლილება არ მომხდარა. ასეთივე შედეგები მიიღო პროფ. Федоров-მა თავის პირველ ჯგუფის 28 ავადმყოფიდან სამ შემთხვევაში, სადაც პულსაცია ოპერაციამდისაც შენახული იყო, ოდნავი განსხვავებით. მიუხედავად ზემოაღნიშნულ დაკვირვებისა მთელი რიგი ავტორებისა, და მათ შორის Kirnchner-ი ამტკიცებენ, რომ პერიარტერიალური სიმპატიკტომია არ ახდენს მუდმივ და შესამჩნევ ფიქტს არტერიალური წნევის მომატების მხრივ, მაგალითად, Cullemin, Kirnchner-ი აღნიშნავენ თავის შემთხვევებში წნევის დაწევას ოპერაციის შემდეგ 7 დღის განმავლობაში, ამისთვის შეიძლება ითქვას, რომ თუმცა ოპერაციის შემდეგ არის ტენდენცია წნევის მომატების მხრივ, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში ეს ცვლილება სუსტადაა გამოხატული. ზემოაღნიშნულ დაკვირვებების შემდეგ საინტერესოა გამოვარკვიოთ თუ რა დაავადების დროს არის ნაწარმოები სიმპატიკტომია და როგორ შედეგს იძლევა ეს ოპერაცია. პირველი

ცდა თვით Bruning-მა აწარმოვა. ავადმყოფს ტყვიით ქრილობის შემდეგ გაუჩნდა ღრმა ტროფიული წყლული მარჯვენა ქუსლის მიდამოში, 4 წლის კონსერვატიულ უშედეგო წამლობის შემდეგ ავადმყოფი უბრუნდება ისევ მუშაობას. სამი თვის შემდეგ ავადმყოფი იძულებული შეიქნა მიემართა საჭირო დახმარებისათვის და მოთავსდა Bruning-თან კლინიკაში, სადაც პერიარტერიალურ სიმპატექტომიის შემდეგ წყლული დაეხურა არა უგვიანეს 35 დღისა. რუსეთში პირველი დაკვირვება აწარმოვა 1917 წელს პროფ. Федоров-მა. მან გაატარა 6 ჯგუფი ავადმყოფისა. 1-ლი ჯგუფიდან 13 განგრენოზული წყლულით გაეწერა უკეთესობით (წყლული იხურებოდა), 12-ს დასჭირდა კიდურის მოკვეთა. მაჯა შენარჩუნებული იყო 3 შემთხვევაში, დანარჩენებს არ აღენიშნებოდა. ხნოვანების მიხედვით ყველაზე მეტი მოდის 40 წ., შემდეგ 28 და 56 წ. საავადმყოფოში იმყოფებოდნენ საშუალოდ 4 თვე. მე-2 ჯგუფი—24 შემთხვევა. ყველა შემთხვევაში გაკეთებულია ამპუტაცია; აღსანიშნავია ის, რომ მაჯა არც ერთ შემთხვევაში არ აღენიშნებოდა. მე-3 ჯგუფი—13 ავადმყოფი სადაც ნაწარმოებია კონსერვატიული წამლობა, 2 შემთხვევაში იოდინი კალუმში per os და ვენაში შეშხაპუნება  $2\frac{1}{2}\%$  ლიმონმევა ნატრიუმის ხსნარის, ავადმყოფები 2— $2\frac{1}{2}$  თვის შემდეგ გაეწერნენ განკურნებულნი, დანარჩენი 11 ავადმყოფი გაეწერა უკეთესობით. ტკივილები დაუყურდათ, გააგრენოზული პროცესი შეუჩერდათ. მე-4 ჯგუფიდან—4 ავადმყოფი გაეწერა თავის სურვილით, მე 5 და მე 6 ჯგუფიდან განგრენოზული წყლულებით, სადაც ნაწარმოებია კონსერვატიული წამლობა—იოდი per os, ალკოჰოლის და ადრენალინის შეშხაპუნება, მაჯა დაავადებულ კიდურზედ შენარჩუნებულია. 1-მა ავადმყოფმა მიიღო ადრენალინის ჩვეულებრივი ხსნარის 5-თი შეშხაპუნება. მე-2-რეს უშხაპუნებდნენ ალკოჰოლის ხსნარს, ორთავენი გაეწერნენ განკურნებულნი. დაახლოვებით ასეთივე შედეგები მიიღეს სხვა ავტორებმაც. პერიარტერიალურ სიმპატექტომიის მოკლე ლიტერატურულ ცნობების აღწუსების შემდეგ გადავიდვართ კლინიკის საკუთარი მასალის განხილვაზედ.

ჩვენს კლინიკაში ერთი წლის განმავლობაში პერიარტერიალური სიმპატექტომია ნაწარმოებია სულ რვა ავადმყოფზედ. მათ შორის 6 მამაკაცი და ორი ქალი. წლოვანების მიხედვით 17—53 წ. 5 შემთხვევა, 35—50 წლ. 3 შემთხვევა. დიაგნოზის მიხედვით 5 შემთხვევაში კიდურის ტროფიული წყლული, ორთავე კიდურის ერთ შემთხვევაში; მარჯვენასი 5 შემთხვევაში, დანარჩენ 2—შემთხვევიდან 1-ლი მარჯვენა კიდურის (ხემო და ქვემო) სიდაბლით და ეპილეპსიით, 2-რე კი მარჯვენა წინა მხარის და მტეგის Sympaticotonia-თი მხარის ნერვის არეში. არტერიის წნევა შენარჩუნებული იყო ოდნავი განსხვავებით სამ შემთხვევაში. სამ შემთხვევაში ოდნავად აღენიშნებოდა, ორში კი წნევა სრულეობით არ ყოფილა. ოპერაცია გაუკეთდა ბარძაყის არტერიაზედ 6—შემთხვევაში; ერთი მარცხენა საძილე არტერიაზედ და ერთი მარჯვენა მხარის არტერიაზედ. სრული განკურნება მივიღეთ ორ შემთხვევაში. (წყლულის დახურვა ერთ შემთხვევაში 35 დღის შემდეგ) მეორე-მარჯვენა მხარის ხელის ფუნქციის აღდგენა ოპერაციის გათავებისთანავე. დანარჩენ 6—შემთხვევაში სამი გაეწერა ოდნავი უკეთესობით. (ტკივილები შეუმცირდა და განგრენოზული პროცესი შეჩერებული იქნა), 3 კი იმავე მდგომარეობაში. თვითიველ ავადმყოფზედ სამკურნალო

დახმარების დროს უდრის საშუალოდ 47—დღეს. 8 ავადმყოფიდან მეტად საინტერესოა 2 შემთხვევა. 1-ლი ავადმყოფი (გამოკვლეული ნერვულ სნეულებათა კლინიკაში ორდ. ალ. რუხაძის მიერ) კალანდაძე მათე ეპიფანეს ძე, 35 წლის, ქართველი, მოსამსახურე, ჩამოსული ქიათურიდან. გადმოყვანილია ნერვულ სნეულებათა კლინიკიდან ქირურგიულ კლინიკაში 22 თებერვალს 1926 წ.

უჩივის მარჯვენა ზედა კიდურის წინა მხარის და თვით მტევნის კონტრაქტურას. დაავადება მოსვლია 4 თვის წინად ქიათურაში ელექტრონის მავთულის ფეხით შეხების შემდეგ. ავადმყოფს მაშინვე გული წასვლია და გრძნობა დაუკარგავს. ნაკადიანი მავთულების მოცილების 10—15 წუთის შემდეგ ავადმყოფი გონს მოსულა, მაგრამ ქვედა კიდურებს და მარჯვენა წინა მხარს ვერ ამოძრავებდა. იმავე დღეს მოთავსებულა ადგილობრივ საავადმყოფოში. მკურნალობდნენ თბილი აბაზანებით და დაზღვევით, ორი დღის შემდეგ ქვედა კიდური ამოძრავებულა, ხოლო მარჯვენა წინა მხარზედ უკეთესობას ვერ ამჩნევდა. საავადმყოფოში დარჩენილა 15 დღე. საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ამბულატორიული მკურნალობა გაუტარებია 35 დღე უშედეგოთ. მდგომარეობა თანდათან რთულდებოდა. (ტკივილები მოემატა, ხელი გაულურჯდა, აუტანელ სიცივეს გრძნობდა). ვინაიდან ავადმყოფი სიმულიანტად იყო ცნობილი, იგი იძულებული გახდა მოთავსებულიყო ცენტრალურ კლინიკურ ინსტიტუტის ნერვულ განყოფილებაში. წარსულში არავითარ ვადამდებ სნეულებას არ აღნიშნავს. 1922 წ. დაავადებულა სუსუნატით. ათაშანგს უარყოფს. ცხოვრების პირობები საშველო. მაგარ სასმელებს ეტანებოდა 20 წლიდან ზედმეტად. თამბაქოს არ ეწევა, ჩამომავლობით ჯანმრთელია.

Status praesens: საშუალო ტანის და ზომიერი აგებულობის, კუნთოვანი და ძვლოვანი სისტემა კარგადაა განვითარებული. გულმკერდის და მუცლის ორგანოების მხრივ ცვლილება არ ემჩნევა. მარჯვენა ზედა კიდურის მტევნის არეში ემჩნევა თითების მოხრილი უმოძრაო მდგომარეობა. მტევანი ძალზე გალურჯებულია და სიცივის დროს მტკივნეულია. პულსაცია, როგორც სხივის, ისე იდაყვის არტერიაზედ შენახულია, ოდნავი განსხვავებით.  $t^{\circ}$  მარჯვენა მტევნის არეში 21,3, მარცხნივ  $t^{\circ}$  22,5, წნევა მარჯვენა სხივის და იდაყვის არტერიაზედ max. 8, min 6. მარცხენაზედ max. 10, min. 7.

აღრენალინის ჩვეულებრივი ხსნარის 1:1000 შემზაპუნებამ გამოიწვია მომატებითი კრუნჩხვა და ტკივილები. პილოკარპინის შემზაპუნებამ, პირიქით ტკივილები დაუკარგა. აგრეთვე ვაკეთებული ჰქონდა თბილი და ცივი აბაზანები.

აღნიშნულ ცდებმა დაამტკიცა დაახლოებით Sympathicotonia მარჯვენა მხარის სხივის ნერვის არეში. გამოკვლევების შემდეგ ავადმყოფი გადმოყვანილია ქირურგიულ განყოფილებაში ოპერაციისათვის.

ასისტენტ ა. წულიკიძის მიერ 22/4—26 წ. საერთო ნარკოზის ქვეშ (ეთერი 140,0) გაუკეთდა Sympahietomia მარჯვენა მხარის არტერიაზედ დაახლოებით 8 სანტ. მანძილზედ. მხარის არტერია ოდნავ შევიწროებული აღმოჩნდა, კედლები საგრძნობ ცვლილებას გარეგნულად არ განიცდიდა. ოპერაციის წარმოების დროს არტერია შევიწროვდა დაახლოებით ნახევარი სანთურით. ადვენტიციის

მოცილების შემდეგ კრილობა დაიხურა ყრუთ კვანძოვანი ნაკერით. ოპერაციის გათავების შემდეგ თითები თავისუფლად ამუშავდა, სილურჯემ გაუარა და ხელი გაუხურდა.

### 3 საათის შემდეგ ოპერაციისა:

მარჯვენა მტევანზედ 1<sup>o</sup> 32,9. (ოპერაციამდის 21 3).

მარცხენა მტევანზედ 1<sup>o</sup> 22,5.

მარჯვენა თითის მწვერვალოზედ 1<sup>o</sup> 35,1.

მარცხენა თითის მწვერვალოზედ 35,1.

წნევა სხივის და იდაყვის არტერიაზედ.

მარჯვნივ max. 10, min. 8, ind 1/4.

მარცხნივ max. 10, min. 7.

### 24 საათის შემდეგ:

მარჯვენა მტევანზედ 1<sup>o</sup> 33,8.

მარცხენა მტევანზედ 1<sup>o</sup> 33,2.

წნევა იდაყვის და სხივის არტერიაზედ.

მარჯვენაზედ max. 15, min 10.

მარცხენაზედ max .13, min 8.

ასეთ მდგომარეობაში იყო 6 დღეს. მე-7 და მე-8 დღეს 1<sup>o</sup> და წნევა გაუსწორდა ჯანმრთელ კიდურს, რაც დღემდისაც აღენიშნება. მე-8 დღეს ძაფნაკერები მოეხსნა, კრილობა დაეხურა პირველადი შეხორცებით, ავადმყოფს აღდგენილი აქვს სრული ფუნქცია კიდურის. გაეწერა სრული განკურნებული ოპერაციის 12 დღის შემდეგ.

ავადმყოფი მეორე. როსტიაშვილი ნიკოლოზი დიმიტრის-ძე, 35 წ., ქართველი, შემოვიდა კლინიკაში 18 სექ. 1925 წ. უჩივის მარჯვენა ტერფის მე-5-თე თითის არეში განგრენოზულ წყლულის განვითარებას და ტკივილებს. ავადმყოფი სწორი აგებულობისაა და კარგი კვების. შინაგანი ორგანოების მხრივ ცვლილება არ ემჩნევა. რეაქცია Wassermann-ის უარყოფითია. ხსენებული დაავადება მას დაეწყო 1 წლის წინად ფეხსაცმელის სიფიროვის გამო, თანდათანობით ტკივილებით და სიცივის გრძნობის გაძლიერებით. 2 თვის შემდეგ გაუკეთებიათ პირველი ფალანგის ამოსასხერა, რის შემდეგ კრილობა არ დახურულა. წინა ტერფის არტერიაზედ პულსაცია არ ემჩნევა. სათანადო გამოკვლევის შემდეგ პროფესორ მუხაძის მიერ, ზურგის ტენის ანესტეზიის ქვეშ გაუკეთდა Sympathectomia მარჯვენა ბარძაყის არტერიაზედ 10 სანტ. სიგრძით. არტერია შევიწროვებულია. ადვენტიციის შემოცლის შემდეგ ძარღვს დაეტო კრიალოსანი-სებური ვაგანიერება. თვით კედლები არტერიისა გასქელებულია. კრილობა დაიხურა ყრუთ. ოპერაციის შემდეგ ტკივილებმა უკლო. წყლულის მხრივ არავითარი ცვლილება არ ემჩნევა. 45 დღის შემდეგ გაეწერა ოდნავი უკეთობით. ავადმყოფი ერთი თვის შემდეგ იმავე მდგომარეობაში დაბრუნდა საავადმყოფოში.



პულსაცია წინა წვივის არტერიაზედ არ ისინჯება. ზურგის ტვინის ანესტეზიის ქვეშ გაუკეთდა კიდურის მოკვეთა. არტერია განიცდის სრული შემაერთებელ ქსოვილოვან ობლიტერაციას და ტრომბის ორგანიზაციას. განაკვეთი ადგილი არ ხორცდება და ხელმეორედ დაენიშნა კიდურის მოკვეთა ბარძაყის ქვედა მესამედში. ასეთია მოკლეთ ჩვენი კლინიკური დაკვირვებანი პერიარტერიალურ სიმპატექტომიის შემდეგ ზემოდანნიშნულ სნეულების დროს. დაბოლოს საინტერესოა ორი საკათხის დაახლოებით განხილვა. 1—არტერიის ჰისტოლოგიური შენობა ოპერაციამდის და მის შემდეგ. ამის შესახებ პირველი დაკვირვება აწარმოვა Боголюбов-მა, Страдин-მა. პირველმა აწარმოვა დაკვირვება 44 შემთხვევაში, 1—დღიდან 74 დღემდის, და მიკროსკოპიულ პრეპარატში ნახულობდა სისხლის ჩაქცევას, ინფილტრაციას და შემაერთებელ ქსოვილოვან გადაგვარებას, კუნთოვან შრეში შიგნითა შრის გასქელებას და სხვ.

ყოველივე ასეთ მოვლენას Боголюбов-ი ხსნის ოპერაციის დროს არტერიაზედ ტრავმის მიყენებით. რის გამო ის ამტკიცებს, რომ კედლების ჰისტოლოგიური შენობის ცვალებადობის სიძლიერე დამოკიდებულია ოპერაციის დროს მიყენებულ ტრავმაზედ. Страдин-ი კი აღნიშნავს თავის 13 შემთხვევაში 2,5 კვირის განმავლობაში არტერიის შუა შრეზედ უმნიშვნელო ცვლილებას, რომელიც 5,5 კვირის განმავლობაში ისპობა და ნაოპერაციები არტერია ისეთივე ჰისტოლოგიურ სტრუქტურას იღებს, როგორც ოპერაციამდე.

მეტად საინტერესოა უკანასკნელი დაკვირვება Ершов-ის, მოსკოვის უნივერსიტეტის ოპერატიულ ქირურგიულ ინსტიტუტიდან. მას ქონდა 11 შემთხვევა და აღმოუჩინია დროთა მიხედვით შემდეგი ცვლილება.

პირველი დღე: ცვლილება არავითარი. მე-2-6 დღეს—ემჩნევა შიგნითა შრის ენდოტელიარულ უჯრედების ბირთვების გადიდება. შიგნითა ელასტიური აპკი ალაგ-ალაგ დაჟლეთილია. შუა შრე უცვლელია. ადვენტიცია განიცდის ინფილტრაციას, სისხლის ჩაქცევას და სავსეა ლეიკოციტებით.

მე-15 დღე: შიგნითა შრეში ენდოტელიალური უჯრედები ადგილ-ადგილ გამრავლებულია. შიგნითა ელასტიური აპკი უსწორ-მასწორია. აქა-იქ მის ქვეშ შემაერთებელ ქსოვილის განვითარება ეტყობა. კუნთოვანი შრეს უჯრედები არ იღებება. ემჩნევა შემაერთებელ ქსოვილის განვითარება. ადვენტიცია მდიდარია სისხლის მილებით და ახალი შემაერთებელ ქსოვილით.

მე-30-თე დღე: სიძლიერე არტერიაზედ ელასტიური აპკი შიგნითა შრისა უსწორმასწორია, კუნთოვან შრეს ემჩნევა შემაერთებელ ქსოვილის განვითარება ადვენტიცია სავსეა ახალი სისხლის ძარღვებით და კაპილარებით. ელასტიური ბოჭკოები ნორმაზედ ნაკლები.

მე-40 დღე: არტერიის შინაგან აპკში ემჩნევა შემაერთებელ ქსოვილის განვითარება. ელასტიური აპკი მომეტებულად არ არსებობს. შიგნითა შრე თითქმის დაკერილია შემაერთებელი ქსოვილით. კუნთოვანი შრე გადაგვარებულია, მათი ბირთვები არ იღებებიან, ადვენტიცია განიცდის შემაერთებელ ქსოვილოვან გადაგვარებას.

მე-100 დღე: არტერიის სანათური შევიწროებულია, შინაგანი შრე განიცდის ნაწიბუროვან გადაგვარებას. ემჩნევა აგრეთვე ცხიმოვანი გადაგვარება.

შუა შრე საესეა შემაერთებელ ქსოვილით. აღენტიცია ნაწიბუროვან გადაგვარებას განიცდის.

ჩვენს შემთხვევაში სამწუხაროდ გვაქვს მართო ერთი დაკვირვება არტერიის ჰისტოლოგიური სტრუქტურის შესახებ. ეს არის ავადმყოფ როსტიაშვილის წინა წვივის არტერია. ოპერაციის 35 დღის შემდეგ აღმოჩნდა მთელი სანათურის დახურვა და კედლების შემაერთებელ ქსოვილოვანი გადაგვარება ნაოპერაციებ ადგილას. მეორე არა ნაკლებ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს თვით ოპერაციის დროს გართულებანი, რომლებიც თითქმის ყველა ავტორების მიერ არის აღწერილი. ყველაზე ხშირი გართულება ოპერაციის დროს არის არტერიის გასქდომბა, როგორც წინასწარი კედლების გადაგვარების, ისე ოპერაციულ ტრავმის შემდეგ \*) დაზიანება არტერიისა, ანევრიზმის განვითარება ოპერაციის შემდეგ და არტერიის შეხორცება ირგვლივ მდებარე ქსოვილთან. ყოველივე მოსალოდნელ გართულების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა მომეტებულად პატარა მახვილ წვერიანი მაკრატელი, პინცეტი და ლარიანი ზონდი, რის საშუალებით ადვილად შეიძლება ადვენტიციის გამოყოფა და მისი მოცილება. უკანასკნელად, გავითვალისწინებთ რა ევგეტატიური ნერვული სისტემის მნიშვნელობას სხვადასხვა ორგანოების დაავადების დროს და მათ ურთიერთს შორის დამოკიდებულებას, და მივიღებთ რა სახეში სხვა ავტორების დაკვირვებასაც ნებას მივცემ ჩვენ თავს გამოვთქვათ შემდეგი დებულებანი.

1. პერიარტერიალური სიმპატექტომია Leriche ს არ შეიძლება გაკეთდეს იქ, სადაც პულსაცია დაავადებულ კიდურზე არ აღენიშნება.

2. პერიარტერიალური სიმპატექტომიის წარმოება იქ, სადაც არის დიფუზიური გადაგვარება სისხლის მიღების მისი ელასტიობის დაკარგვით სასურველ შედეგს ვერ მოგვცემს.

3. პერიარტერიალური სიმპატექტომიის საკითხის საბოლოო გამოსარკვავად საჭიროა ექსპერიმენტალური და კლინიკური დაკვირვებანი.

დასასრულ დიდ მადლობას მოვახსენებ ჩემს მასწავლებელს პროფ. გ. მუხაძეს თემის მოციმისათვის და ხელმძღვანელობისათვის და კლინიკის ასისტენტს ილ. ახმეტელს შრომის დამუშავების დროს დახმარებისათვის.

### ლიტერატურა:

1. М. Т. Фридман. Периартериальная симпатэктомия. Случай повторных операций. Русская клиника 1924 г. Москва.
2. Шамов. XV съезд русских хирургов. 1925 г.
3. Страдин. Новый хирургический архив № 13. 1925 г.
4. Егоров Б. Г. Гистологические изменения в стенке артерий после периа­ртериальной симпатэктомии по Leriche. Русская клиника т. 11. 1924 г.

\*) ასეთ შემთხვევას ქონდა ადგილი ჩვენს კლინიკაში, ავადმყოფს ოპერაციის მე-7-დღე დღეს დაწყო ძლიერი სისხლის დენა ბარძაყის არტერიიდან. დასჭირდა ბარძაყის არტერიის გადასკვნა პუპარტის იოჯის დონეზედ და შემდეგ ბარძაყის ამპუტაცია. შრომა უკვე დაწერილი იყო და ამისათვის ეს შემთხვევა ჩვენს მასალაში არ შევიდა.

5. Проф. Федоров С. П. Хирургия периферической вегетативной нервной системы. VII съезд российских хирургов Ленинграда.
  6. Монашкин, К клиника периартериальной симпатэктомии. Врачебное дело № 18. 1924. г.
  7. Пр. Святухин. Лекции по клинической хирургии 1924.
-

### 3. ოთხმეზური.

კლინიკის ორდინატორი.

## Gastroenterostomia-ს უმრავლესი შემთხვევის შესახებ \*).

(ფაკულტეტის ქირურგიული კლინიკიდან. გამეგ—პროფ. ალ. მაჭავარიანი).

ავადმყოფს, რომელიც ამ ჟამად თქვენს წინაშეა, 1 წლის და 8 თვის წინად გაუკეთდა ოპერაცია Gastroenterostomia. დღეს ესარგებლობთ შემთხვევით გააცნობთ ამ ოპერაციის ერთი შორეული შედეგთაგანი.

ავადმყოფი ზ. მ., ქართველი, მიწის მუშა, 43 წლის, მიღებულია კლინიკაში მუცლის არეში ტკივილების გამო; ავად არის 20 წელია. თუ როგორ დაეწყო მას ტკივილები არ ახსოვს. ავადმყოფს აწუხებდა გულმძარბვა, ბოყინი და წვა საყლაპავი მილის და კუჭის მიდამოში.

საჭმლის მიღების 2--3 საათის შემდეგ ეწყობოდა ტკივილები, რომლებიც თანდათანობით ძლიერდებოდა ასეთი ტკივილები ქონდა მას დაახლოებით 6--7 საათის განმავლობაში, შემდეგ კი, უმრავლეს შემთხვევაში, ტკივილები თავისთავად ცხრებოდნენ, ზოგიერთ შემთხვევაში კი, როცა ტკივილები ავადმყოფს ძლიერ შეაწუხებდნენ, ის ხელოვნურად იწვევდა პირისღებინებას, რის შემდეგ ავადმყოფს ტკივილები არ აწუხებდა. ტლანქი საჭმელი, როგორც არის ხორცი, ლობიო, მჭადი, ღვინო ძალიან სწყენდა ავადმყოფს; როცა კი ის მსუბუქ საჭმელს სჭამდა, მაგ. რძეს, ბულიონს. ტკივილები არ ქონდა. მუცლის არეში ტკივილები უზმოზედაც აქვს ავადმყოფს, თუ მაშინ ის ქიქა რძეს დაღევდა ტკივილები უწყნარდებოდა. ავადმყოფი გრძნობდა პირში სიმწარეს, გემო ცუდი ქონდა, ყლაპვა თავისუფალი. საჭმლის მიღების შემდეგ მას შეებერებოდა ხოლმე მუცელი და უყურყურებდა, გარედ გადიოდა ჩვეულებრივად. განავალი ჩვეულებრივი ფერის იყო, განავალში სისხლი მას არ შეუშინებია, განავალს ხშირად გამოყოფილია მრგვალი ქიები.

ავადმყოფი არის მცხოვრები სოფ. ურავისა (რაჭის მაზრა), ბინა და ქამასმა არ აქვს დამაკმაყოფილებელი, თამბაქოს არ ეწევა, ღვინოა წინედ სვამდა კოტ-ცოტას, 12 წელია, რაც არ დაუღევია. ბავშობის სნეულებანი არ ახსოვს. 15 წლის წინად ერთი წლის განმავლობაში მას აციებდა; ავადმყოფს ყავის ცოლი და შვილი, ყველანი ჯანსაღებია, ცოლს ერთხელ ქონია უმიზეზო მუცლის მოწყვეტა.

\* მონაგნა დასტაქართა კონფერენციას ავადმყოფის დემონსტრაციით 16 იანვარს 1925 წ.

ზემოაღნიშნული ტკივილების გამო 1923 წელს 22 მარტს მოთავსებულ იქნა ფაკ. თერაპიულ კლინიკაში, სადაც სათანადო გამოკვლევას შემდეგ დასმული იქნა დიაგნოზი: Stenosis pylori post ulcera, ptosis et dilatatio ventriculi და იმავე წლის 15 აპრილს გადმოყვანილ იქნა ჩვენს კლინიკაში ოპერატიული დახმარების აღმოსაჩინად.

კლინიკაში დიაგნოზის დადასტურების და სათანადო მომზადების შემდეგ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია Gastroenterostomia retrocolica posterior longitudinalis. მუცლის გაკვეთის დროს აღმოჩნდა შემდეგი: ნაწიბური კუჭის გასავალთან, რის გამოც კუჭის გასავალი ძლიერ შევიწროვებული იყო, თვით კუჭი გაგანეირებული და ქვემოდ დაწეული აღმოჩნდა. ოპერაცია Petersen-ის წესით იქნა გაკეთებული ზოგადი ბანგის ქვეშ (ქლოროფ. 34,0) პროფ. ფედოროვის მიერ. ოპერაციის დროს ავადმყოფს მშვიდად ეძინა, ნაოპერაციევს ქონდა სამჯერ პირის ღებინება. ოპერაციის შემდეგ მიმდინარეობაში არავითარ გართულებას და სიცხის აწევას არ ქონია ადგილი. მერვე დღეს მოეხსნა კანიდან ნაკერები, შეხორცება იყო პირველადი, მე-15 დღეს ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან განკურნებული.

ოპერაციის შემდეგ ერთი წლის განმავლობაში ავადმყოფი თავს კარგად გრძობდა; ტკივილები, მუცლის ბერვა, გულძმარება მას არ აწუხებდა, პირღებინება არ ქონია. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფი მხოლოდ მსუბუქი საკმლით იკვებებოდა და მძიმე მუშაობასაც არ ეწეოდა.

ოპერაციის ერთი წლის შემდეგ, როცა ავადმყოფმა დაიწყო ჩვეულებრივი საკმლით კვება და სოფლურ მძიმე მუშაობასაც მოკიდა ხელი, მას ისევ დაეწყო მუცლის არეში ტკივილები. მუცლის ბერვა ქამის შემდეგ თითქმის უფრო გაუძლიერდა, ვიდრე ოპერაციამდე. ტკივილები აქვს მთელი მუცლის არეში. 5-6-ჯერ ქონდა პირისღებინება; პირნასაქმებას სისხლი არ გამოყოლია, ლორწო კი ბლომად მოყვებოდა, ტკივილები უფრო ღამ ღამობით აწუხებდა, ვინემ დღისით. ვახშ-მობის 3-4 საათის შემდეგ ავადმყოფს დაეწყებოდა ტკივილები და დილაზე აწუხებდა, დილით ტკივილები ან თავისთავად წყნარდებოდენ ან კიქა ცხელი რძის მიღების შემდეგ ცხრებოდენ. ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფი მიმართავდა ხელოვნურად პირღებინების გამოწვევას, რის შემდეგ თავს კარგად გრძობდა. ბოლო დროს ტკივილებმა და მუცლის ბერვამ ძლიერ შეაწუხეს ავადმყოფი და ის იძულებული გახდა მოსულიყო ისევ ჩვენს კლინიკაში გასული წლის 5 დეკემბერს.

**St. praesens:** ავადმყოფი საშუალო ტანის, სწორე აგებულობის, მისი მდებარეობა ლოგინში აქტიური, სახის გამომეტყველება მშვიდი, ძვალკუნთოვანი სისტემა საშუალოდ განვითარებული, კანქვეშა ცხიმი სუსტად განვითარებული, კანი ელასტიური, პირისახე ვარდის ფერის. ლორწოვანი გარსები თვალსაჩინოდ აღვილებზე ვარდის ფერის. კანზე ნაოპერაციევ მიდამოში ამჩნევია 6 st. სიგრძის, გამაგრებული ნაწიბური, შეშუბება, ნაწოლები და პარტახტი არ ამჩნევია, ლიმფატიური ჯირკვლები არ იშინჯებიან.

გულის საზღვრები ნორმა, ტონები სუფთა, გულის საძგერი მოთავსებულია მე-5-თე ნეკნთა შუა სივრცეში მარცხენა ძუძუს ხაზზე. მაჯის ცემა რიტმიული,



საშუალო მოცულობის, წუთში 64, ერთდროული ორთავე მხარეზე და სინქრონიული გულის ძეგრასთან. პერიფერიული სისხლის ძარღვები ოდნავ სკლეროტიული. გულმკერდის ორთავე მხარე სიმეტრიულად განვითარებული, ლევიწ-ზემო და ქვემო ფოსოები საკვაოდ გამოხატული; სუნთქვის დროს გულმკერდის ორთავე ნახევარი სიმეტრიულად მოძრაობს. ფილტვების საზღვრები ნორმა, პერკულტორულად ყველგან წმინდა ფილტვის ხმა-აუქულტაციით ყველგან ვეზიკულური სუნთქვა.

ენა თეთრად შეღესილი, კბილები ყველა აქვს, ნუშის მაგვარი ჯირკვლები ნორმალური ფერის და სიდიდის, ყლაპვა თავისუფალი. მუცელი ოვალური ფორმის, ნეკნებს ზევით ამოდის, შებერილი. მუცლის არეს პალპაცია იძლევა მტკივარობას მახვილისებრი მორჩის 2 st. ქვემოდ, ნაოპერაციებ ნაწიბურის ზემო ბოლოსთან, სიმსიენე არ ისინჯება. ელენტა და ლეიძლი ნეკნების ქვემოდ არ გამოდის. პერკუსია იძლევა ტიმპანიურ ხმას კუჭის არეში. სხვა შინაგანი ორგანოები პათოლოგიურ ცვლილებას არ განიცდის. კუჭის გაბერვამ მოგვცა შემდეგი: ქვემო საზღვარი მითავსებულია ერთი თითის დადებით ჰიპის ქვემოდ; მარჯვნივ და მარცხნივ საზღვრები ძუძუს ხაზებს ახწყვენ.

#### კუჭის წვენი ანალიზი საცდელი საუჯის შამდე:

მიღებულია 100 კ. ს. რუხ—მოთეთრო ფერის სითხე, მთავე რეაქციისა, პურის ნაშთები კარგად არის გადამუშავებული, ლორწო მცირეოდენი, სისხლი არ არის, საერთო სიმეავე 45. თავისუფალი HCL-ი 0.11%, რძის მთავა არ არის.

#### Röntgen-ით გაუქამის შედეგი ბისმუთის ფაფის მიცამის შამდე.

ბისმუთის ფაფა სწრაფად ჩადის კუჭში და აესებს მის პირველ ნახევარს, რამოდენიმე წუთის შემდეგ ფაფა აქედან გადადის მეორე ნახევარში; კუჭის ორთავე ნახევარი აშკარათ განცალკევებულნი არიან. მხოლოდ ფაფის პირველი ნახევრიდან მეორეში გადასვლისას ირკვევა, რომ ეს მეორე ნახევარიც კუჭს ეკუთვნის. ამრიგად კუჭი მოგვაგონებს ჰორიზონტალურათ მდებარე სილის საათს (Ventriculus bilocularis). შუა ალაგას დიდი სიმრუდე შეზნექილია; მტკივანი წერტილი შეეფარდება სწორედ ამ შეზნექილ ადგილს, ენტეროსტომაოზის მოქმედება არა სჩანს. ფაფის მიცემის დაახლოებით ერთი საათის შემდეგ ის გადადიოდა 12 გოჯა ნაწლაჟში pylorus-ის საშუალებით, მთელი კუჭი ზემოთ აწეულია, მისი ქვემო საზღვარი ჰიპის დონეზე სდვას, ის აგრეთვე მარჯვნივ არის გადაზნექილი და შეხოორცებებია ლვიძლთან.

#### სისხლის ანალიზი.

ერიტროციტები—5.200.000  
 ლეუკოციტები 5.800  
 HB = 74.  
 სისხლის პარაზიტები არ აღმოჩნდა.

#### განავლის ანალიზი.

კონსისტენცია—საშუალო.  
 ფერი—ჩვეულებრივი.  
 ჩირქი, სისხლი, ლორწო—არ არის.  
 კვერცხები Ascaris lumbricoides.

**შარდის ანალიზი.**

როოდენობა . . . . .	1300.0	ცილა . . . . .	} არ არის.
ხვედრი წონა . . . . .	1016.	შაქარი . . . . .	
რეაქცია . . . . .	მეავე.	ნალველის და სის-	} არ არის.
ფერი . . . . .	გალა ჩაის.	ხლის პიგმეო	
გამსჭვირვ. . . . .	სრული.	დიაზორეაქცია—ურყოფითი	

**ნალექში.** ფოსფორმეავე და შარდმეავე მარილების კრისტალები, თითო, ოროლა პრტყელი ეპიტელიუმში.

13/1. მიეცა საფალარათო, გაუკეთდა ოენა, საღამოთი კუჭის ამორეცხვა. სრული უქმელ-უსმელობა.

14/1. ისევ საფალარათო (ol. ricini 30.0), საღამოთი კუჭის ამორეცხვა, სა-  
 ოპერაციო არეს გაპარსვა, მიიღო აბაზანა.

15/1. გაუკეთდა ოპერაცია. ოპერაციის წინ კანქვეშ მორფიუმი (S. Mor-  
 phi mur. 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub>—1,0). გაკვეთილ იქნა მუცლის ღრუ იმ მიზნით, რომ გაკეთებუ-  
 ლიყო ოპერაცია gastro-gastro-anastomosis. კრილი გაყვანილ იქნა მახვილისებრ  
 მორჩიდან ჰიპამდე ძველი ნაოპერაციევ ნაწიბურის ორთავე მხარეზე და ერთი  
 სანტიმეტრის სიფართის ნაწიბური ამოიკვეთა. შემდეგ თანდათანობით გაიკვე-  
 თა მუცლის კედლის ყველა შრეები. მუცლის აპკი აღმოჩნდა მეტად გათხელე-  
 ლებული. მუცლის აპკის გახსნისას პარველი შეხედვით კუჭს ვერ ვარჩევდით. აღ-  
 მოჩნდა, რომ ის სავსებით შეხორცებებში იყო ჩაფლული და ზემოდ ამოწეული.  
 შეხორცებებისაგან თანდათანობით განთავისუფლებულ იქნა ერთი მყესის მაგვარ-  
 ი ზონარი, რომელიც გადაჭრილი იყო კუჭის შუა ადგილზე და ყოფდა მას  
 თითქმის ორ თანასწორ ნაწილებათ gastroenterostomosis—ადგილი (ხერელიც)  
 ძლიერ შევიწროებული აღმოჩნდა, შევიწროებული იყო აგრეთვე პილორუსიც.  
 შუაზე გადაჭიმულ ზონარის ორ ლიგატურის შარი გადაკვეთისას კუჭმა თავისი  
 ნორმალური ფორმა და მოყვანილობა მიიღო. ამრიგად ჩვენ დავკმაყოფილდით  
 gastolisis. ოპერაციით. ოპერაცია სწარმოებდა ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ.  
 (ქლოროფორმი 32.0), ოპერატორი პროფ. მაქავარიანი. ოპერაციის დროს მა-  
 ჯის დაცემა, რის გამოც კანქვეშ ქაფური და ენის ტრაქცია L'Abord-ის წესით  
 მცირეოდენი ასფიქსიის გამო. ოპერაცია გაგრძელდა საათი 10 და წუთი. კრი-  
 ლობა შეიკვრა ყრუთ.

ოპერაციის შემდეგი მიმდინარეობა კრილობის მხრით წესიერი, პირველა-  
 დი შეხორცება, მხოლოდ ავადმყოფს თან დაყვა მარცხენა ფილტვის ანთება, რის  
 გამო ავადმყოფი პირველადი შეხორცებით გადაყვანილ იქნა თერაპიულ კლინი-  
 კაში შემდეგი მკურნალობისათვის.

ეს შემთხვევა საინტერესოა მით, რომ იგი გვაძლევს ტიპიურ სურათს იმ  
 გართულებებისა, რომლებსაც ხშირად იძლევა ეს ოპერაცია. საერთოდ აღნიშ-  
 ნულია საზღვარ-გარეთის და რუსეთის ლიტერატურაში, რომ ეს ოპერაცია იძ-  
 ლევა 20<sup>o</sup>/<sub>100</sub>-ს სიკვდილიანობისას. მისი შორეული შედეგიც მაინც და მაინც და-  
 მაკმაყოფილებელი არ არის. პროფ. შამოვმა კარგი შორეული შედეგით აღნიშ-

ნა. 28<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ეს ოპერაცია იძლევა გართულებებს ოპერაციის ერთი ან რამოდენიმე წლის შემდეგ. ამ გართულებებიდან აღსანიშნავია პერიგასტრიტის ნიადაგზე *ventriculus bilocularis* განვითარება. ამ შემთხვევაში კუჭის კედლის მიმართულ ლეზით ვითარდება ნაწიბურისებრი ზონარი, რომელიც გადახნექს კუჭის კედელს. შექმნის კუჭის კედელზე ლარს. ზოგჯერ იმდენათ გამოხატულს, რომ მთელი კუჭი შემდგარია ორი ნახევრისაგან, შეერთებული მხოლოდ ვიწრო სანათურით. კლინიკური სურათი ამ დაავადებისა მეტად ბუნდოვანია. ამ შემთხვევაში რენტგენოგრაფია თუ დაგვეხმარება, შესაძლებელია აგრეთვე მეორადი წყლულის გაჩენა *gastroenterostomis* ადგილას. ამის მიზეზია უმთავრესად ის ცვლილება, რომელიც იქნება ოპერაციის შემდეგ ნაოპერაციებ ადგილას, კუჭ ნაწლავის კედლებში, რის შედეგათ მივიღებთ მათ კვების მოშლილობას, ეს კი თავის მხრით გამოიწვევს იმავე მოვლენას, რასაც საზოგადოთ წყლული იწვევს. ოპერაციული ტენიკის მხრივ ამჟამად არ არის მოსალოდნელი გართულებები, მაგრამ მიუხედავად ამისა ის ცხელილებები და ტრავმა, რომლებსაც განიცდიან კუჭ-ნაწლავები მაინც დიდ <sup>0</sup>/<sub>100</sub> იძლევიან შორეულ გართულებებისა. საერთოდ ეს ოპერაცია ჩვენის აზრით უნდა ჩაითვალოს პალიატივად, რადგან ამ ოპერაციით არ ისპობა დაავადების მიზეზი.

უკრაინის დასტაქართა ყრილობაზე 1925 წ. პროფ. შამოგმა გააკეთა მოხსენება — „გასტროენტეროსტომიის ფიზიოლოგიური, ანატომიური საფუძვლების და ტენიკის შესახებ“, სადაც ის აღნიშნავდა, რომ ეს ოპერაცია გაკეთებული არა საკმარისი ჩვენებების მიხედვით, შეიძლება მოგვცეს სხვადასხვა გართულებები და ისეთი საშიში დაავადებაც კი, როგორც არის *ulcus pepticum jeuni*.

ამ ოპერაციის გასაკეთებლათ, მისი აზრით, მტკიცე ჩვენებებია საჭირო, სახელდობრ: *pylorus* ის ავთვისებიანი, კეთილთვისებიანი სტენოზები და პილორული ნაწილის წყლულები.

ჩვენი შემთხვევის აღწერით, რასაკვირველია, რაიმე დასკვნის გამოტანა არ შეიძლება. მაგრამ ამ შემთხვევის აღწერით ჩვენ გვსურდა გამოგვექვეყნებინა მხოლოდ ამ ოპერაციის ერთი შორეული ტიპური გართულებათაგანი, რასაც ხშირად აქვს ადგილი.



## ქ რ ო ნ ი კ ა.

ჯანმრთელობის სახალხო კომისარიატთან არსებულმა საგანგებო კომისიამ სამკურნალო ფაკულტეტის რეორგანიზაციის შესახებ დაამთავრა თავისი მუშაობა. სამკურნალო ფაკულტეტზე სწავლა გრძელდება 5 წელი, რის შემდეგ სტუდენტები აბარებენ სახელმწიფო გამოცდას თეორიულ საგნებში, მაგრამ მათ არა აქვთ პრაქტიკის უფლება და არ ენიჭებათ ექიმის ხარისხი. ისინი ვალდებული არიან მეექვსე წელი იმუშაონ ჰოსპიტალურ კლინიკებში (თერაპიული, ქირურგიული, სამეანო, კანისა და ვენერიული) სტაჟის მისაღებად სუბორდინატორების სახით, რის შემდეგ აბარებენ გამოცდებს კლინიკურ საგნებში და მათ ეძლევათ ექიმის ხარისხი და პრაქტიკის უფლება. სამკურნალო ფაკულტეტზედ შემოღებულია შემდეგი ახალი საგნები: სოციალური ჰიგიენა მე-1 კურსზედ, კურორტოლოგია და ფიზიატრია მე-4 კურსზედ; კერძო პათოლოგიასთან და თერაპიასთან ინფექციური სნეულებებით უნდა დაარსებული იქნას კლინიკა. სამოსწავლო გეგმა შედგენილია იმ სახით, რომ გაძლიერებულია საათები პრაქტიკული მუშაობისა და შემცირებული დოზები ლექციებისა. კლინიკური საგნების სწავლა განაწილებულია იმ გვარად, რომ სტუდენტი კლინიკებში შედის მას შემდეგ, რაც ის აბარებს სისტემატიურ კურსს ამავე საგნის. ამგვარად, კლინიკებში სტუდენტები გადადის უკვე მომზადებული თეორიულად სათანადო საგანში კლინიკისათვის. სადოქტორანტო გამოცდები არსებული სახით მოსაბილ იქნა. სამეცნიერო ხარისხის მისაღებად სავალდებულოა დისერტაციის დაცვა. დისერტაციებს ევალებათ გარდა დისერტაციისა ორი დაბეჭდილი შრომის წარდგენა, ერთ-ერთი ეგროპული ენის ცოდნა და გამოცდის ჩაბარება თავის სპეციალურ საგანში.

კერძო კურსების შემოღება. სამკურნალო ფაკულტეტზედ ზემოთაღნიშნულმა საგანგებო კომისიამ საჭიროად სცნო შემოიღოს კერძო კურსები, არა სავალდებულო სტუდენტთათვის, ტუბერკულოზისა და მალარიის შესახებ.

ექიმთა დ. 5. ქბანკოვმა გამოაქვეყნა საინტერესო სტატისტიკური ცნობები ექიმთა სიკვდილიანობის შესახებ რუსეთში 1914—25 წ.წ. 1890—1902 წ. რუსეთში გარდაიცვალა 3588 ექიმი, საშუალოდ ყოველწლივ 276; 1903—1909 წ.—1386, საშუალოდ ყოველწლივ—198; 1914 (აგვისტოდან) 1922 წ. გარდაიცვალა 3254 ექიმი, საშუალოდ ყოველწლივ—390; ეს უკანასკნელი ციფრები არ არის სავსებით სრული, ამიტომ უნდა ვიფიქროთ, რომ მათი რიცხვი იყო უფრო დიდი: 1919 წ. პარტახტიანი ტიფის ეპიდემიის დროს გარდაიცვალა 615 ექიმი, 1920 წ. 597 ექიმი. ამ სტატისტიკის მიხედვით საშუალოდ ექიმი-მამაკაცი ცოცხლობს 49,2 წელიწადს, ექიმი-ქალი 40 წელს. 55,3% ექიმებისა გარდაიცვალა 24—50 ასაკისა. 1914—1922 წ. მხოლოდ პარტახტიანი ტიფით გარდაიცვალა 1460 ექიმი (60%), სხვა ინფექციური სნეულებებით—164, დანარჩენი ავადმყოფობიდან 810; მოკლული იყო ოშში—62, თავი მოკლა—59, დახვრეტილი იყო—48, სხვადასხვა აჯანყების დროს დაიღუპა—43, ბანდიტების მიერ იყო მოკლული 36 ექიმი. თვითმკვლელობა ექიმ-ქალთა შორის იყო სამჯერ მეტი, ვიდრე ექიმ-გაყთა. მხოლოდ მოსკოვში ამ ხნის განმავლობაში გარდაიცვალა 357 ექიმი, ლენინგრადში—222.

რუსეთში ჯანმრთელობის კომისარმა იუსტიციის კომისართან შეთანხმებით გამოცდა ცირკულარი, რომლითაც განმარტავს, რომ ექიმი, რომელიც იმყოფება საბჭოთა სამსახურში და თავისუფალ საათებში დახმარებას უწევს კერძო პრაქტიკის სახით ავადმყოფებს, ქრთამს კი არ იღებს (114 მუხლი), თავის შრომის გასამჯელოს იღებს. ყველა გაუგებრობა ამ საკითხის შესახებ უნდა იყოს გარჩეული ადმინისტრაციული წესით.

რუსეთში ამჟამად ითვლება 30,000 ექიმი. ეს რიცხვი ექიმებისა ასეა განაწილებული: საგუბერნიო ქალაქებში იმყოფება 18,000 ექ., სამაზრო ქალაქებში და სოფლად 12,000 ექ. ამ რიგად სოფელი საესკებში არ არის უზრუნველყოფილი სვეტიმო დახმარებით. ამის გამოსას-



წორებლად ჯანსახეთის სემავოს მიაჩნია საეკიმო პერსონალის უზრუნველყოფა მატერიალურად და უსფლებრივი მდგომარეობის გაუმჯობესება სოფლის ეკიპისა.

■ როსტოვში უკანასკნელ დროს იმატა მუცლას ტიფით ავადმყოფთა რიცხვმა. ივნისში იყო 1500 შემთხვევა.

■ ეკატერინოსლავში აღნიშნულია ორი საეკიმო შემთხვევა ხოლერისა.

■ 1925 წელს გერმანიაში იყო 23 შემთხვევა ყველისა. 1924 წ.—16; 1923 წ.—17.

■ იაპონიაში ამჟამად ითვლება 16,201 ავადმყოფი კეთროვნებით. ამ რიცხვიდან 10,000 არ ლებულობს საეკიმო დახმარებას.

■ ნიუ-იორკში 1925 წ. ცოფიანი ძაღლებით ნაკებნთა რიცხვი უდრიდა 7030. 1921 წ. გი—3049.

■ ბერლინში ხელოვნური აბორტების რიცხვი უკანასკნელ წლებში ძლიერ მატულობს. ომის წინ აბორტთა რიცხვი შეადგენდა  $\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{4}$ -დის ყველა ორსულობისა; ომის დროს— $\frac{1}{4}$ , უკანასკნელ წელს— $\frac{1}{3}$ .

■ პრუსიის უნივერსიტეტებში სულ სწავლობენ საეკიმო ფაკულტეტებზე 4046 სტუდენტი; ამ რიცხვიდან 3387 ვაჟი და 659 ქალი. ბერლინის მცხოვრებნი სწავლობენ მხოლოდ 387 (312 ვაჟი და 75 ქალი), ებრაელები 530 (412 ვაჟი და 118 ქალი). სოციალური მდგომარეობა მათი შემდეგია: მუშების შვილები 18, მოსამსახურეები—737, ვაჭრების—1084. უნივერსიტეტში შესვლამდის გიმნაზია აქვთ გათავებული—1988, რეალური გიმნაზია—1490, დანარჩენს სხვა საშუალო სასწავლებლები. ყველაზე მეტი სტუდენტები ირიცხებიან 2, 8 და 10 სემესტრზე.

■ ინგლისი არის ძირეულ მდიდარი ეკიპებით. უკანასკნელი წლის სტატისტიკით 48 მილიონ მცხოვრებზედ არის 49,958 ეკიმი. ამათში უმთავრესად მატულობს ახალგაზრდა ეკიპთა რიცხვი. 1925 წელს მხოლოდ ეკიპის ხარისხი მიიღო 2,796, მათ შორის ქალები შეადგენენ უმრავლესობას.

■ 1 ოქტომბრიდან დეკემბრის დამლევამდე 1926 წ. ბერლინში „რობერტ კოხ“-ის ინფექციურ სნეულებათა ინსტიტუტთან იხსნება კურსები მიკრობიოლოგიაში, პროტოზოულ დაავადებაში, ქემოთერაპიაში, ბიოლოგიურ ქიმიასში და მიკროფოტოგრაფიაში. ლექციებს წაითხიან პროფესორები: ბეკერ, გინზ, კინე, კობ, ბრუნო, ლანე, ლოკმან, ოტო, შიპან, კლაუს, შილინგ, ცეტნოე—ი. მეცადინეობა იქნება ყოველდღე 10—საათი, გერმანულ ენაზედ. მსმენელთა რიცხვი შეზღუდულია 25-ით. განცხადებები მიიღება 15 ენკენისთვემდის შემდეგი მისამართით: ბერლინი. № 39, Führerstr. 2. „რობერტ კოხ“-ის ინსტიტუტი. ვიზას ალების ნებართვას ინსტიტუტი კისრულობს.

■ ინგლისის ჯანმრთელობის სამინისტროს ცნობებით ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში 1923—24 წ.წ. მშობიარობა ყოველ 100 მცხოვრებზედ გამოიხატებოდა შემდეგ რიცხვებში: ინგლისი 1,88; საფრანგეთი—1,89; შვეიცია—1,81, ფინლიანდია—2,24, გერმანია—2,04, შვეიცარია—1,87; ჰოლანდია—2,52; ბელგია—1,99; ისპანია—2,99; ჰუნგრეთი—2,68; ჩეხო-სლოვაკია—1,95; ავსტრია—2,25; იტალია—2,93.

■ ვენაში თვითმკვლელობა ომის შემდეგ თანდათან მატულობს. 1914 წელს—1286 შემთხვევა იყო თვითმკვლელობისა. 1923 წ.—1458; 1924 წ.—1870; 1925 წ.—2259. ამავე დროს მცხოვრებთა რიცხვი ვენაში კლებულობს 1914 წ. იყო 2,120,000; 1920 წ.—1,806,000; 1924 წ.—1,801,000. თვითმკვლელობა უმთავრესად იყო მოწამელის სახით.

■ საფრანგეთში 1924 წ. ავტომობილთა კატასტროფის დროს დაიღუპა 1,594 ადამიანი, იმავე დროს დასახიჩრდა 1,142 ადამიანი.

■ გერმანულ ორტოპედიულ საზოგადოების კონგრესი შესდგება კელნში 13—15 ენკენისთვეს.

■ მე-18 საერთაშორისო კონგრესი ალკოჰოლიზმთან ბრძოლისა შესდგება დერპტში (იურევი) 22—28 ივლისს. საპროგრამო საკითხებათ იყო გამოცხადებული: ალკოჰოლის ფსიქოფიზიოლოგიური გავლენა; ალკოჰოლი და სიკვდილიანობა; ალკოჰოლი როგორც მიზეზი უბედური შემთხვევისა; ალკოჰოლიზმის წამლობა გიპნოზით.

■ გერმანულ პედატრთა კონგრესი შესდგება დუსელდორფში 15—19 სექტემბერს.



ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА  
**„КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“**  
**в 1926 г.**

(XXII год издания)

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

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

Отв. Редактор проф. *В. С. Груздев.*

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

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

**Требования и деньги направлять по  
адресу редакции**

Г. Казань, Акушерско-Гинекологическая Клиника Университета.  
Проспекты высылаются по требованию бесплатно.

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

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

ორიგინალური წერილების ავტორებს მიეცემათ მათი ნაშრომების ცალკე ამონაბეჭდი.

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

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

რედაქციის მდივანი—ექიმი პ. ჭავჭავაძე—(ყორღანოვის ქუჩა № 20), რომელსაც უნდა მიმართოს ყველამ, ვისაც სურს რედაქციის და ქურნალის შესახებ რაიმე განმარტება ან ცნობა მიიღოს.

ქურნალის სექტემბრის ნომერი უკვე იბეჭდება.

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