

39/3
1926

საქმ. ფაქტები



გამოცემის წელი მესამე.

თანამედროვე

№ 674

მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

№ 11—12

ნოემბერი—დეკემბერი.

1926



ჯეორჯიის უნივერსიტეტის უმცბბს მასწავლებლთა კალუგიუბის კაბბბბ

ტ ფ ი ლ ი ს ი

მიიღება ხალის მოწერა 1927 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამედროვე მედიცინა“

ჟურნალი გამოვა იმავე პროგრამით, როგორც
გამოდებდა 1926 წ. განმავლობაში.

ჟურნალში შემდეგი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საზოგადოებრი-
ვი მედიცინა, მიმოხილვები, კორესპონდენციები, რეფე-
რატები, ბიბლიოგრაფია და ძრონიკა.

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

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

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

გამოცემის წელი მესამე.

61(05)
თ-20

თანამედროვე მედიცინა

ყოველთვიური სამედიცინო სამეცნიერო ჟურნალი

№ II—12

ნოემბერი — დეკემბერი.

1926

199



ცვილისის უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა კლუბიდან გამოსცემს

ტფილისი

შ ი ნ ა ა რ ს ი

23

1. თეორიული და კლინიკური მედიცინა:
1. დოც. შ. შიქელაძე. შინაგანი პათოლოგიის და თერაპიის საგანი და მისი თანამედროვე მიმართულებანი 753
2. პროფ. ვ. მოსეშვილი და ასისტ. გ. ცქიშანაური: ქლოროფორმის ადგილობრივი მოქმედება ცივისისხლიან ცხოველთა გამოცალკეებულ გულზე და ჩონჩხის კუნთებზე. 769
3. ექ. ე. ზაქარაია. სპონდილიტების მკურნალობის საკითხისათვის . . . 775
4. ექ. მ. ტყაჯაძე. მუცლის კედლის კუნთოვანი პლასტიკის საკითხისათვის 779
5. პროფ. ივ. თიკანაძე. აბორტი სახელმწიფოებრივი თვალსაზრისით . . 794
6. ქირ. დოქ. მ. მგალობლიშვილი. ზოგიერთი მოსაზრებანი ხელოვნური აბორტისა და მის ჩვენებათა შესახებ 811
7. ექ. მუჯირი. აბორტი სოფლად 823
8. ექ. ს. ლაშაშიძე. მელოგინეთა შარდის შეხუთვა და მისი წამლობა გოგირდ-მყავა მაგნეზიუმით ($MgSO_4$) 830
9. ექ. ი. ჩარკვიანი. Atresia portionis vaginalis et Haematometro-haemato salpynx bilateralis 836
10. ექ. ლ. ფირცხალავა. ახალი სეროლოგიური დაღეჭითი რეაქციები (Sachs-Georgi, Meinike, Dold და Kahn-ი) Wassermann-ის რეაქციასთან შედარებით 840
11. ქართველ ექიმთა საზოგადოების სხდომის ოქმი 858
12. რეფერატები 865

ТАНАМЕДРОВЕ МЕДИЦИНА

Содержание 11 -- 12 номеров.

1. Доц. Ш. Микеладзе. Предмет внутренней патологии и терапии и современные течения в ней. Вступительная лекция. 753
2. Проф. В. Мосешвили и ассист. Г. Циманаури. Местное действие хлороформа на остановленное лигатурой Stannius-a, изолированное сердце и скелетную мышцу хладнокровных животных. 769
3. Е. Закарая. К вопросу о спондилитах 775
4. М. Ткавадзе. К вопросу о мышечной пластике брюшной стенки . . . 779
5. Проф. И. Тиканадзе. Аборт с государственной точки зрения 794
6. Докт. мед. М. Мгалоблишвили. Некоторые соображения об искусственном аборте и показания к нему 811
7. Муджири. Аборт в деревне 823
8. С. Гамбашидзе. Послеродовая задержка мочи и ее лечение 25%₀ Mg SO₄ 830
9. И. Чарквиани. Atresia portionis vaginalis et haematometro-hamatosalpynx bilateralis 836
- 10 Л. Пирцхалава. Сравнительная оценка реакции Wassermann-a с новейшими серологическими осад. реакциями Sachs-Georgi, Meini-ke, Kahn и Dold 840

THANAMEDROVÉ MEDICINA.

Sommaire

(Médecine contemporaine № 11 — 12)

1. Ch. Mikeladzé. Le sujet du pathologie médicale et son évolution contemporaine 753
 2. Prof. V. Mossechvili et. G. Tskimanaouri. Action locale du chloroforme sur le coeur isolé, arrêté par la ligature de Stannius et sur les muscles du squelette des animaux à sang froid. 769
 3. Dr. E. Zacharaja. A propos du traitement des spondylites 775
 4. Dr. M. Tkavadzé. A propos de la plastique musculaire de la paroi abdominale 779
 5. Prof. Tikanadzé. L'avortement au point de vue de l'Etat 794
 6. Dr. Mgaloblichvili. Certaines considerations sur l'avortement artificiel et ses indications. 811
 7. Dr. Moudjiri. L'avortement à la campagne 823
 8. Dr. S. Hambahidzé. Retention d'urine après les couches et son traitement par le $Mg SO_4$ à 25% 830
 9. Dr. Tcharkviani. Atresia portionis vaginalis et haematometro-haematosalpynx bilateralis 836
 10. Dr. L. Pirzhalava. La réaction de Wassermann, comparée aux nouvelles réactions sérologiques précipitantes de Sachs-Georgi, Meinike, Kahn et Dold 840
-

დოკუმენტი შ. მიქელაძე.

(შინაგან სწეულებათა კერძო პათოლოგიის და თერაპიის კათედრის და პროპედევტიული თერაპიული კლინიკის გამგე).

შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის საგანი და მისი თანამედროვე მიმართულებანი*).

ბატონებო! დიდის კრძალვით და მორიდებით და არაჩვეულებრივის აღლევებით გამოვდივარ მე დღეს თქვენს წინაშე ჩემი შესავალი ლექციით.

თუ მოიგონებთ, რომ ყოველი აკადემიური მუშაკისათვის ის დღე, როდესაც იგი თავის შესავალ ლექციას კითხულობს, მის ცხოვრებაში უდიდესსა და უბედნიერესს დღეს წარმოადგენს, თქვენთვის გასაგები იქნება ის ძლიერი აღლევება, რომელსაც მე დღეს განვიცდი.

ჩემი კრძალვა და მორიდება კი აიხსნება იმ მძიმე მოვალეობით, რომელიც მე მაქვს დაკისრებული უნივერსიტეტის მიერ, იმ დიდის პასუხისმგებლობით, რომელიც მე მაწევს თქვენს წინაშე, — წაგიკითხოთ სამკურნალო მეცნიერების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი და უძნელესი დარგი — შინაგან სწეულებათა სისტემატიური კურსი.

ჩემს წინ ამ კათედრიდან გიკითხავდენ თქვენ იმ საგანს, რომელიც ამ უამად მე მაქვს მონდობილი, ის სამი პროფესორი, რომელნიც დღეს ჩვენს უნივერსიტეტში სამს დანარჩენს თერაპიულს კლინიკას განაგებენ. თქვენ გახსოვთ პროფ. ს. ვირსალაძის მეცნიერულად დასაბუთებული ლექციები, თქვენ გაგონდებათ პროფ. ალ. ალადაშვილის სწეულებათა ბრწყინვალე დასურათება, დიდი ხანი არ არის რაც თქვენ ისმენდით პროფ. შ. წინამძღვარიშვილის ნამდვილი პედაგოგიური ნიჭით დასაბუთებულს კურსს. თქვენ მიხვდებით, რომ ჩემთვის ძნელი იქნება მათ მაგივრობის გაწევა.

არის კიდევ ერთი ფრიალ მნიშვნელოვანი გარემოება, რომელიც ჩემს მძიმე მოვალეობას კიდევ უფრო მძიმედ ხდის და ამით ჩემს კრძალვას და მღელვარებას კიდევ უფრო აძლიერებს. შინაგან სწეულებათა კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის კათედრა 1919 წელსა დაარსებული, მაგრამ იგი სხვადასხვა მიზეზის გამო აქამდის სრულიად მოუწყობელი იყო. იმ სამს პროფესორში, რომელნიც ამ საგანს კითხულობდენ, მხოლოდ ერთი — ბ.ნი სპ. ვირსალაძე განაგებდა ამ კათედრას, როგორც მისი მუდმივი ხელმძღვანელი, და ისიც ძლიერ ცოტა

* შინაგან სწეულებათა კერძო პათოლოგიისა და თერაპიის კურსის შესავალი ლექცია წაკითხული 1926 წ. 12 ნოემბერს ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში.

ხანს, ვინაიდან სხვა კათედრაზე იყო გადაყვანილი. ორი დანარჩენი კი — ბ-ნნი ალ. ალადაშვილი და მ. წინამძღვრის შვილი მხოლოდ დროებით კითხულობდნენ ამ საგნის ლექციებს კათედრის დაობლების დროს. ამიტომ მე მივიღე კათედრა, რომელიც სრულიად მოუწყობელი იყო. მას არ ქონდა, სხვადასხვა მიზეზების გამო, არა თუ კარგად მოწყობილი კლინიკა სათანადო ხელსაწყობით დიაგნოსტიკისა და თერაპიისათვის, არამედ მას არა ქონდა არც ლაბორატორიუმი, არც წიგნთსაცავი, არც სასწავლო მოწყობილობა და სხვა ამ გვარი. ჩვეულებრივად ახალ მასწავლებელს უხდება უკვე არსებული კათედრის და მიღებული კლინიკის სამეცნიერო და სასწავლო ტრადიციების გაგრძელება, ჩვენ კი ყველაფერი თავიდან უნდა დავიწყოთ, როგორც ამბობენ, ab ovo, ყველაფერი ახლად უნდა შევქმნათ. ჩვენს მძიმე პირობებში ეს, რა თქმა უნდა, ფრიალ ძნელი საქმეა და ამიტომ არის დღეს ჩემი აღელვებაც არა ჩვეულებრივი და ჩემი კრძალვა და მორიდება საბუთიანი. მიუხედავად ამისა, მე მაინც იმედით ვუყურებ მომავალს, მე მაინც ვფიქრობ, რომ ჩვენი ფაკულტეტისა და უნივერსიტეტის გამგეობის და აგრეთვე სათანადო უწყებების ხელშეწყობით და ჩვენი კათედრის თანამშრომლების მუყაითობით და ბეჯითი მუშაობით, ჩვენ თანდათან ვსძლევეთ ჩვენს წინ გადაშლილ დაბრკოლებებს და ვეცდებით ჩვენს მსმენელებს ნაწილობრივ მაინც მივცეთ ის, რასაც ისინი ჩვენგან მოელოდნენ.

პატონებო! იმ საგანს, რომელიც მე თქვენთან ერთად უნდა გავიარო, შინაგან სწეულებათა კერძო პათოლოგიას და თერაპიას უწოდებენ ანუ მოკლედ შინაგან პათოლოგიას. მე ვფიქრობ, ზედმეტია იმის მტკიცება, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია შინაგან სწეულებათა პათოლოგიის ცოდნა საერთოდ ყოველი ექიმისათვის და არა მარტო სპეციალისტისათვის.

მე მხოლოდ რამდენიმე პატარა მაგალითს მოვიყვან.

განა შეიძლება ვინმეს ექიმის სახელი ეწოდოს, რა სპეციალობისაც არ უნდა იყოს იგი, თუ მას არ შეუძლიან გულის დაავადება გამოიცნოს, თუნდაც არა ზედმიწევნით, არამედ მხოლოდ ზოგადად?

როგორი იქნება ან არის ის დასტაქარი ან გინეკოლოგი ან კიდევ სხვა სპეციალობის ქირურგი, რომელიც ოპერაციის გაკეთებას აპირებს, ავადმყოფს ნარკოზს აძლევს და ამავე დროს წარმოდგენაც კი არა აქვს ამ ავადმყოფის გულის მდგომარეობაზე? იგი ხომ საშინელ საფრთხეს უშაბდებს მისდამი მინდობილ ავადმყოფს?

როგორია ის უროლოგი, რომელსაც თირკმლების ფუნქციის გამოკვება არ შეუძლია და რომელიც თირკმლების დაავადებებს არ იცნობს? თირკმლების სწეულებათა გამოსარკვევად ხომ გულის მდგომარეობის გამოკვებაცაა საჭირო?

თვით დერმატოლოგიც, სპეციალისტი, რომელსაც თითქოს არაფერი საერთო არა აქვს შინაგან მედიცინასთან, იძულებულია კარგად გაერკვიოს ნაწლავთა და ნივთიერებათა ცვლის სწეულებებში. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი რაციონალურად ვერც უწამლებს მთელს რიგს კანის სწეულებებს, რომელნიც ავტონტოქსიკაციისა ან ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიური დარღვევის შედეგია.

როგორი იქნება ან არის ის მეანი, რომელმაც არ იცის მნიშვნელობა ორსულობის დროს სისხლის წნევის მომატების და შარდში ცილის გაჩენისა, როგორც ეკლამპსიის წინამორბედ მოვლენის, და რომელსაც სათანადო გამოკვლევების წარმოება არ შეუძლია, ან ის გინეკოლოგი, რომელიც შინავანი სეკრეციის ორგანოთა დაავადებებს არ იცნობს, ან ვენეროლოგი, რომელიც შინავან ორგანოთა სიფილისში ვერ გაერკვევა და სხვა და სხვა.

მე არას ვიტყვი ნევროპათოლოგებზე, რომელთა სპეციალობაც ძლიერ ახლო სდგას შინავან მედიცინასთან, ან პედიატრებზე, რომელნიც თავის დარგის მიუღს რიგს სნეულებებში შინავანი მედიცინის დიაგნოსტიკისა და თერაპიის მეთოდებით სარგებლობენ.

მე მგონია, საკმაოა ეს მოკლე დასაბუთებაც იმ დიდი მნიშვნელობის აღსანიშნავად, რომელიც შინავან მედიცინას ეკუთვნის, და ამიტომ ძლიერ გასაგებია, თუ რად აქვს დათმობილი ასეთი დიდი ადგილი მის სწავლებას სამკურნალო ფაკულტეტზე. იგი გაყოფილია ოთხ საგნად, უკანასკნელი გვემით მისი სწავლება ოთხი წელი გრძელდება და მას აქვს დათმობილი ოთხი კლინიკა.

ამ საგნებში ორი საგანი — პროპედევტიულია, ორიც — შინდა კლინიკური. შინავანი მედიცინის პირველი საგანი, რომელსაც თქვენ ეცნობით, — ეს დიაგნოსტიკაა. იგი თქვენ გასწავლით ავადმყოფის გამოკვლევის მეთოდებს, როგორც ფიზიკურს, აგრეთვე ინსტრუმენტალურსა და ლაბორატორიულს (ქიმიურს, მიკროსკოპიულსა და ბაქტერიოლოგიურს). ეს საგანი თქვენ გამზადებთ ავადმყოფობის გამოცნობისათვის, გამზადებთ კლინიკისათვის.

მეგრამ გარდა გამოკვლევებისა და მისი ტენიკისა, თქვენ უნდა იცნობდეთ თვით სნეულებებს, მათ გამოხატულებას, მათ ნიშნებს, მათ მიმდინარეობას. უამისოთ თქვენ სნეულებას ვერ გამოიცნობთ, მის მიმდინარეობაში ვერ გაერკვევით და ავადმყოფს ვერ დაეხმარებით. აი სწორედ, შინავან სნეულებათა პათოლოგიისა და თერაპიის საგანია სისტემატიურად გაგაცნოთ თქვენ შინავანი ორგანოების დაავადებებს, მათ ნიშნებს, ამ ნიშნების ურთიერთ დამოკიდებულებას ე. ი. სნეულების სიმპტომატოლოგიას, გაგირკვიოთ მათი ფიზიოლოგიური წარმოშობა და პათოლოგიური მნიშვნელობა და ამით გაგიადვილოთ და შესაძლებლად გაგებინათ სნეულების დიაგნოზი და ამ სნეულებასთან დაკავშირებული წამლობა.

კლინიკას საქმე სნეულებასთან კი არა აქვს, არამედ მხოლოდ ავადმყოფთან, რომელსაც შესაძლებელია ერთი კი არა, არამედ რამოდენიმე სნეულებაც კი სჭირდეს. ყოველი ავადმყოფის ორგანიზმში, მისი ფიზიოლოგიური ინდივიდუულობის მიხედვით, ერთი და იგივე სნეულება შესაძლებელია სულ სხვადასხვა გვარად იქნეს გამოხატული. კლინიკას ავადმყოფ ინდივიდუმთან აქვს საქმე, შინავან პათოლოგიას კი ავადმყოფობასთან, მის ჩვეულებრივ კლასიკურ გამოხატულებასთან, მასთან, რაც ამ სნეულებაში ყველა ავადმყოფისათვის საერთო და აუცილებელია, მასთან, რაც ამ სნეულებაში უმთავრესსა და უმნიშვნელოვანესს წარმოადგენს. ამიტომ შეუძლებელია კლინიკაში ნაყოფიერი მუშაობა, თუ სტუდენტს, ერთის მხრით, არა აქვს შესწავლილი კლინიკური გამოკვლევების მეთოდები ე. ი. შინავან სნეულებათა დიაგნოსტიკა და, მეორეს მხრით, თუ მან

ბეჯითად არ იცის შინაგან სნეულებათა სიმპტომოტოლოგია, თუ მას ამ სნეულებათა სისტემატიური კურსი არ მოუსმენია და თუ მას ამ კურსის მოსმენის დროს ლექციაზე, თუ პრაქტიკულ ვარჯიშობაზე შემოვლებისა და დემონსტრაციების დროს, სათანადო ავადმყოფობა არ უნახავს, მისი კლასიკური სიმპტომები არ შეუმჩნევია. თუ კლინიკა, და ეს ასეა, ავადმყოფ ადამიანს არჩევს, ნახულობს. მასში სნეულების ინდივიდუალურ გამოხატულებას, ეძებს მასში იმას, რაც თავისებურია, რაც განირჩევა სათანადო ავადმყოფობის ჩვეულებრივი ტიპიდან, როგორ უნდა გაერკვიოს სტუდენტი ამ თავისებურობაში, თუ მას კარგად არა აქვს შესწავლილი და თვითონ არ უნახავს ამ ავადმყოფობის ჩვეულებრივი, კლასიკური ფორმა, მისი კლასიკური სიმპტომებით.

ამ გვარად ჩვენ ვხედავთ, რომ შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის საგანია უპირველესად ყოვლისა—გასწავლოთ სნეულების ნიშნები და მათი ურთიერთ დამოკიდებულება ე. ი. სნეულებათა სემიოტიკა ანუ სიმპტომატოლოგია, გასწავლოთ ის, რაც სამკურნალო მეცნიერებას და შინაგან მედიცინას მრავალი საუკუნოების განმავლობაში დაუგროვებია ხანგრძლივი და ბეჯითი დაკვირვებით. სნეულებების ყოველი ნიშანი, რომელიც დღეს-დღეობით ყველა ექიმის მიერ კარგად არის ცნობილი, ხშირად დიდის სიძნელით იქნა აღმოჩენილი და კიდევ უფრო დიდის სიძნელით მიღებული ყველას მიერ. სამკურნალო მეცნიერება და კლინიკა ჯერ კიდევ განაგრძობს ამ მხრივ მუშაობას და დაკვირვებას და სნეულებათა ახალსა და ახალს სიმპტომებს იძენს.

უნდა გამოტეხილად ვთქვათ, რომ წინანდელ ექიმებს ამ მხრივ მეტი კლინიკური დაკვირვება ემჩნეოდათ, ვინაიდან მაშინ კიდევ არ არსებობდა მთელი რიგი დღეს უკვე არსებული ინსტრუმენტალური და ლაბორატორიული გამოკვლევებისა, რომლებიც ბევრს შემთხვევაში ძლიერ აადვილებს სნეულების დიაგნოზს და ამით აჩვენებს ექიმს იოლად შეხედოს სნეულებათა სიმპტომების დაკვირვებასა და აღმოჩენას. ეს, რა თქმა უნდა, სამუშაოა, რადგან კლინიკური დაკვირვების მაგივრობას ლაბორატორიული ვერ გასწევს, რა რიგაც არ უნდა დაწინაურდეს იგი. იგი მხოლოდ კლინიკური დაკვირვების დამხმარე ელემენტია და არა მისი შემცვლელი. რაც უნდა მოხდეს, მაინც სნეულებათა სიმპტომატოლოგიაზე იქნება და არის დამყარებული უმთავრესად სნეულებების გამოცნობა, მისი კლინიკური დიაგნოზი. თუ თქვენ ამა თუ იმ სნეულების სიმპტომატოლოგია არ იცით, თქვენ ამ სნეულებას ვერც გამოიცნობთ. ვიტყვი კიდევ მეტს—არა თუ ვერ გამოიცნობთ, დიაგნოზისაკენ მიმართულს სწორე გზასაც კი ვერ დაადგებთ და ისიც სწორედ არ გეცოდინებათ, თუ როგორს ლაბორატორიულს გამოკვლევას უნდა მიმართოთ, რომ შესაფერი პასუხი მიიღოთ, თქვენთვის საჭირო და გამოსადეგი.

ბატონებო! უძველეს დროიდან სამკურნალო აზროვნება დანტერესებული იყო გამოერკვია, თუ რა უდევს საფუძვლად ამა თუ იმ სნეულებას, ამა თუ იმ სიმპტომოკომპლექსს. სამკურნალო მეცნიერებაში მრავალი ახსნა-განმარტება და მიმართულება გამოიცვალა სნეულებათა წარმოშობის ასახსნელად. მე მათ ჩამოთვლას აქ არ გამოვუდგები. ვიტყვი მხოლოდ, რომ მეცნიერული საფუძვლილი ჩაეყარა სნეულებათა და მათი სიმპტომების გარკვევას მას შემდეგ, რაც მე-XIX

საუკუნის ნახევარში გამოჩენილმა გერმანელმა მეცნიერმა R. Virchow-მა გამოაქვეყნა თავისი შესამჩნევი თხზულება—ცელულარული პათოლოგია. Virchow-ი ამტკიცებდა, რომ პათოლოგიური მოვლენების მიზეზი უჯრედების ის მორფოლოგიური ცვლილებებია, რომელთაც განიცდის ესა თუ ის ორგანო, ესა თუ ის ქსოვილი გადავარების, ანთების ან კიდევ სხვა რომელიმე პათოლოგიური მოვლენის სახით. Virchow-ი ამტკიცებდა, რომ განსაზღვრულს სნეულებას, ამ სნეულების განსაზღვრულს სიმპტომებს, საფუძვლად ყოველთვის განსაზღვრული ერთი და იგივე პათოლოგ-ანატომიური მორფოლოგიური ცვლილება უდევს და სწორედ ეს ცვლილება არის მიზეზი მისი არა ნორმალური მდგომარეობისა და ამ არანორმალური მდგომარეობის გარეგნული გამოხატულებისა.

Virchow-ის შეხედულება ნახევარ საუკუნეზე მეტი მეფობდა სამკურნალო მეცნიერებაში. სნეულებათა პათოლოგ-ანატომიურმა შესწავლამ ნათელი გახადა მთელი რიგი სნეულებებისა და მათი სიმპტომებისა. ასეთი შესწავლა ძლიერი სისწრაფით მიდიოდა წინ და უნდა ითქვას უდიდესი შედეგებიც მოგვცა: პათოლოგიურმა ანატომიამ გააშუქა სნეულებათა მთელი რიგი, გაგვაგებინა მათი სიმპტომების წარმოშობა, ამ სიმპტომების ცვალებადობა, მოკლედ რომ ესთქვათ, მეცნიერული საფუძველი ჩაუყარა და მისცა ჩვენს კლინიკურს დაკვირვებას.

მოვიყვან მაგალითს.

ყველა იცნობს იმ სნეულებას, რომელსაც ფილტვების კრუბოზულს ანუ ფიბრინოზულს ანთებას უწოდებენ. მისი სიმპტომები დიდს უმეტესს შემთხვევებში, ისე მკაფიოდ არის ხოლმე გამოხატული, რომ ამ სნეულების გამოცნობა სიძნელეს არ წარმოადგენს. ჩვენ ვიცით, რომ იგი იწყება უცერად შემეცივნებით, ქვალით გვერდში და მშრალი შემაწუხებელი ხველით. შემდეგ ამას მოჰყვება სისხლიანი ნახველი. გასინჯვის დროს ჩვენ ვნახულობთ ჯერ პერკუტორულს ტონს ტიმპანიური ელფერით, შემდეგ მოყრუებას; მოსმენის დროს ჯერ კრეპიტაციას, შემდეგ ბრონქიალურ სუნთქვას და სხვა და სხვა. მე არ გამოვუდგები აქ ამ სნეულების ნიშნების ჩამოთვლას და მათ განვითარებას. ვიტყვი მხოლოდ, რომ ჩვენ კარგად შეგვიძლია ავხსნათ ყველა ზემოდ ჩამოთვლილი სიმპტომი იმ პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებებით, რომელსაც ავადმყოფის ფილტვი განიცდის განსაკუთრებულს თავის დაავადებულს ნაწილში.

ქვალი აქვს ავადმყოფს გვერდში, ვინაიდან მას ფილტვის ანთებასთან ერთად ყოველთვის აქვს აგრეთვე სათანადო ადგილს პლევრის ნაწილის ანთებაც. იგივე მიზეზია უმთავრესად გამომწვევი სნეულების დასაწყისში მშრალი შემაწუხებელი ხველისა. სისხლიანი ნახველის ამოღება შედეგია ფილტვების ალვეოლებში ჰემორაგიული ექსუდატის გამოყოფისა. ტიმპანიური ელფერი პერკუსიის დროს გამოწვეულია დაავადებული ფილტვის ელასტიურობის დაკარგვით. შემდეგ ამისა მოყრუება კი გამოწვეულია ფილტვის ალვეოლებში გამონაჟონის შედეგებით და ამის გამო ფილტვის ამ ნაწილის უჭაეროთ ვახლოებით. კრეპიტაცია გამოწვეულია იმ გარემოებით, რომ ჩასუნთქვის დროს ავადმყოფის ფილტვის ალვეოლების შეწებებული კედლები ერთმანერთს შორდება; ბრონქიალური სუნთქვა კი ფილტვის გამკვირვების შედეგია.

თქვენ ხედავთ, რომ კრუპოზული პნემონიის ყველა სიმპტომი, რომელიც მე ჩამოგივალეთ, შეიძლება საესებით აფხნათ იმ პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებებით, რომელსაც ამ სნეულების დროს განიცდის დაავადებული ფილტვი განსაზღვრულს თავის ნაწილში. ეს ახსნა აუცილებელია იმის გასაგებად, თუ რა ხდება ორგანიზმში და რა მოვლენებს აქვს ადგილი ავადმყოფობის დროს, ამ შემთხვევაში ფილტვების ანთების დროს.

როგორც ზემოდ მოვიხსენიეთ, სნეულებათა პათოლოგ-ანატომიურმა შესწავლამ უდიდესი სამსახური გაუწია კლინიკას და მეცნიერული საფუძველი მისცა ჩვენს კლინიკურს დაკვირვებას. პათოლოგ-ანატომიური მიმართულება იმდენად განმტკიცდა შინაგან მედიცინაში, რომ თვით სნეულებათა კლასიფიკაცია პათოლოგ-ანატომიურ საფუძველზეა დამყარებული.

მაგრამ ხანგრძლივი დაკვირვებისა და გამოკვლევების შემდეგ გამოირკვა რომ მთელ რიგ სნეულებათა დროს ჩვენ ვერ ვნახულობთ შესამჩნევ ანატომიურს ცვლილებებს და ამიტომ მარტო პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებებით ჩვენ არ შეგვიძლია აფხნათ ამ სნეულების სიმპტომები და მიმდინარეობა ან იმიტომ, რომ ასეთი ცვლილებები არ არსებობს, ან იმიტომ, რომ ჩვენი გამოკვლევის მეთოდები არ არის საესებით სრული და შესაფერი. თვით დიდებული R. Wirschow-ი, ცელსულარული პათოლოგიისა და თანამედროვე პათოლოგიური ანატომიის შემქმნელი, იძულებული იყო 1894 წ. ექიმთა კონგრესზე განეცხადებინა, რომ მარტო პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებებით შეუძლებელია ყველა პათოლოგიური მოვლენების ახსნა, ვინაიდან ზოგი სნეულების დროს ჩვენ ვერ ვპოულობთ რაიმე შესამჩნევს მორფოლოგიურს ცვლილებებს და, რაც უფრო მნიშვნელოვანია, მთელ რიგ სულ სხვადასხვა სნეულების დროს ჩვენ ვნახულობთ, ერთსა და იმავეს პათოლოგ-ანატომიურს ცვლილებებს, სნეულების გამოხატულება კი შეიძლება სულ სხვადასხვა გვარი იყოს.

ეს იყო მიზეზი, რომ შინაგან მედიცინაში მეორე მიმართულება დაიბადა — პათოლოგ-ფიზიოლოგიური, რომელიც ანგარიშს უწევს არა იმას, თუ რა მორფოლოგიური, პათოლოგ-ანატომიური და პათოლოგ-ჰისტოლოგიური, ცვლილებები უდევს ამა თუ იმ სნეულებას საფუძვლად ან და სნეულების ამა თუ იმ გამოხატულებას და სიმპტომს, არამედ უნდა გაიგოს დაავადებული ორგანიზმის რა ფუნქცია და რამდენად არის შეცვლილი და საერთოდ როგორია სხვადასხვა ორგანოების მოქმედება ამა თუ იმ სნეულების დროს. თუ პათოლოგიურ ანატომიას ავადმყოფის სტატიკასთან აქვს საქმე, პათოლოგ-ფიზიოლოგიურ მიმართულებას ავადმყოფის ორგანიზმის დინამიკა აინტერესებს. ამისათვის იგი სარგებლობს თავის გამოკვლევებში განსაკუთრებით ფიზიოლოგიური მეთოდიკით და ხელსაწყოებით და აგრეთვე თანამედროვე ბიოლოგიური და კოლოიდალური ქიმიების შენაძენებით.

მოვიყვან მაგალითს.

1827 წ. ინგლისელმა ექიმმა Richard Bright-მა პირველმა გვიჩვენა, რომ იმ პირთ, რომელთაც სიცოცხლეში ქრონიკული ალბუმინურია აქვთ, შემუშებები და წყალმანკი, სიკვდილის შემდეგ თირკმელებში აღმოჩნდათ მთელი რიგი ცვლილებების: ხან თირკმელი დიდია და მოთეთრო ან მოყვითალო ფერისა, ხან

კიდევ პატარა, მაგარი და შექმუხნული. ამ ხნიდან იწყება თირკმლების ანთების, რომელსაც სამართლიანად Bright-ის სნეულებას უწოდებენ, პათოლოგ-ანატომიური შესწავლა, რომელიც დღემდისაც არ არის კიდევ დამთავრებული. ჯერ კიდევ Reyer-მა 1840 წ. ის აზრი გამოსთქვა, რომ ის სხვადასხვა პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები, რომელთაც ჩვენ თირკმლების ამ სნეულების დროს ვნახულობთ, არსებითად ერთსა და იმავე ანთებითი პროცესის სხვადასხვა სტადიუმია: ჯერ თირკმელი განიცდის ჰიპერემიას და ზომაში მატულობს, შემდეგ კი იგი თანდათან ანემიური ხდება და ატროფიული. დიდებული R. Wirchow-იც ასეთი უნიტარული თეორიის მომხრე იყო და იგიც იმ აზრს იზიარებდა, რომ Bright-ის სნეულების დროს ჩვენ საქმე გვაქვს ერთს პათოლოგიურ პროცესთან, რომლის ზეგავლენით თირკმელებში თანდათანობით ჯერ ჰიპერტროფიული და შემდეგ ატროფიული მოვლენებია.

ამ უნიტარულ თეორიასთან პარალელურად დაიბადა დუალისტური თეორია, რომელსაც განსაკუთრებით იცავდნენ გამოჩენილი ფრანგი კლინიკისტები Lanceraux და Charcot. ეს უკანასკნელი არა მარტო გენიალური ნევრო-პათოლოგი იყო, არამედ შესამჩნევი თერაპევტი და პათოლოგ-ანატომიც.

მათი აზრით, Bright-ის სნეულების დროს ორი, სულ სხვადასხვაგვარი პროცესი არსებობს: ერთს შემთხვევაში დაზიანებულია თირკმლების პარენქიმა და მაშინ ჩვენა გვაქვს პარენქიმატოზული ნეფრიტი, რომელიც განსაზღვრულს კლინიკურს სურათს იძლევა, და ხან კიდევ დაზიანებულია ინტერსტიციალური ქსოვილი და ამას კი სულ სხვა კლინიკური სურათი შეეფერება. ამგვარად, მათი აზრით, რომელიც შემდეგ ყველას მიერ იყო გაზიარებული, განსაკუთრებით გერმანიაში და რუსეთში, არსებობს Bright-ის სნეულების ორი ფორმა პარენქიმატოზული და ინტერსტიციალური ნეფრიტები.

ასეთი იყო შეხედულება თირკმლების ანთების შესახებ მეოცე საუკუნის დასაწყისამდე. ამ ხნის განმავლობაში დიდძალი ფაქტები დაგროვდა ასეთი სქემათიური კლასიფიკაციის წინააღმდეგ. პათოლოგ-ანატომიურმა და პათოლოგ-ჰისტოლოგიურმა გამოკვლევებმა კიდევ უფრო მეტი გართულებები შეიტანეს ნეფრიტების საკითხში. გამოირკვა, რომ არის ფორმები გარდამავალი პარენქიმატოზულიდან ინტერსტიციალურზე. გამოირკვა აგრეთვე, რომ ხან გლომერულებია უფრო დაზიანებული, ხან მილაკები, ხან სისხლის ძარღვები, ხან ინტერსტიციალური ქსოვილი და ხან კიდევ ყველა ეს ერთად. მაგრამ, რაც განსაკუთრებით აღსანიშნავია, გამოირკვა, რომ ერთსა და იმავე პათოლოგ-ანატომიურს სურათს ხანდახან სულ სხვადასხვაგვარი კლინიკური გამოხატულება აქვს ხოლმე. მოკლედ რომ ვთქვათ, სულ უფრო და უფრო ნათელი შეიქნა, რომ მარტო პათოლოგ-ანატომიურ ცვლილებებით შეუძლებელია ავხსნათ ყველა ნეფრიტები, რომ საქიროა კიდევ რაღაც სხვა, რაც ნეფრიტების კლინიკური სურათის გაგებას გაგვიადილებს და ნათელჰყოფს.

Achard-ი და Castaigne-ი იყვნენ პირველნი, რომელთაც მოინდომეს თირკმელების ფუნქციის გამოკვლევა და ამ მიზნით მეთილენის ლილა იხმარეს. ამას მოჰყვა მთელი რიგი გამოკვლევებისა თირკმლების ფუნქციის გამოსარკვევად სულ სხვადასხვა მეთოდით. განსაკუთრებით აღსანიშნავია Albarran-ის მიერ

შემოღებული წყლის ცდა, შემდეგ Widal-ის შესამჩნევი შრომები, რომელთაც ნათელაყვეს და გააშუქეს მთელი რიგი კლინიკური მოვლენებისა ნეფრიტების დროს და Ambard-ის გამოკვლევანი, რომელმაც სცადა თირკმლების მიერ გამოყოფის კანონები გამოერკვია.

Widal-მა სრულიად უარაყო თირკმლების სნეულებათა პათოლოგ-ანატომიური გამოკვლევის მეთოდები და დაიწყო თირკმლების ფუნქციის გამოკვლევა ქლორიდებზე და შარდივანზე. ამ მიზნით იგი იკვლევდა სისხლსა და შარდში ამ ორ ნივთიერებათა რაოდენობას, ე. ი. მან Bright-ის სნეულების კლინიკის გასაგებად და შესასწავლად მიმართა არა პათოლოგიურ ანატომიას, არამედ ქიმიასა და ექსპერიმენტს. მის მიერ მიღებული შედეგები შესამჩნევი იყო. მან გამოარკვია, რომ ზოგიერთი ნეფრიტების დროს დარღვეულია ორგანიზმის ფუნქცია იმგვარად, რომ გაძნელებულია ქლორიდების გამოყოფა. ამ შემთხვევაში, თუ ჩვენ ავადმყოფს საკმელში იმაზე მეტს ქლორიდებს მივცემთ, რამდენის გამოყოფაც მას შეუძლია, ორგანიზმში ხდება ქლორიდების დაგროვება, რასაც მოჰყვება ხოლმე აგრეთვე წყლის დაგროვება და შეშუპებების გაჩენა. თავის კლასიკურ ექსპერიმენტებში, შესაფერი დიეტის შერჩევით, Widal-ი იწვევდა ისეთი ავადმყოფის ორგანიზმში, რომელსაც ქლორიდების გამოყოფის უნარი დაქვეითებული ჰქონდა, შეშუპებების გაჩენას და წონის მომატებას, ანდა, პირიქით, შეშუპებების გაქრობას და წონაში დაკლებას. ამ გამოკვლევებს შესამჩნევი თერაპიული შედეგი მოჰყვა. Widal-ის აქლორიდული დიეტა დღეს ყველას მიერ არის ცნობილი, და მე მასზე არ შეგჩერდები. ვიტყვი მხოლოდ, რომ ძველი შეხედულება თვით რძეზე, საკვებ ნივთიერებაზე, რომელსაც ესე ჭარბად აძლევდნენ წინეთ თირკმლების სნეულების დროს და რომელიც თითქმის ამ სნეულების სპეციფიურ წამლადაც კი იყო მიჩნეული, ამ ჟამად სრულიად უკუვადებულია. დღეს ჩვენ კარგად ვიცით, რომ რძე შეიძლება ძლიერ სასარგებლო იყოს ნეფრიტების ზოგიერთი ფორმების დროს, სრულიად უსარგებლო ზოგიერთ შემთხვევებში და პირდაპირ მავნებელიც ზოგიერთი ფორმების დროს. გამოირკვა, რომ ასეთ შემთხვევებში იგი უფრო მავნებელია, ვიდრე მთელი რიგი სხვა საკვები ნივთიერებებისა, რომელთაც წინეთ ასეთ ავადმყოფთ უკრძალავდნენ, და მათ შორის თვით ძროხის ხორცსაც, თუ მას მარილი არა აქვს წაყრილი.

იმავე Widal-მა გვიჩვენა, რომ ნეფრიტების ზოგიერთი ფორმების დროს, როდესაც ავადმყოფს შეშუპებები არა აქვს, სულ სხვა პათოლოგიურ მოვლენასთან გვაქვს საქმე. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია დარღვეული იყოს აზოტოვანი ნივთიერებათა და მათ შორის შარდივანის გამოყოფის უნარი. ამის გამო სისხლში გროვდება ამ ნივთიერებათა ორჯერ, სამჯერ და ოთხჯერაც მეტი რაოდენობა, რასაც სულ სხვაგვარი სიმპტომოკომპლექსი და კლინიკური სურათი მოჰყვება, რომლის სწორე გაგება და ახსნა-განმარტება წინეთ შეუძლებელი იყო და რომელიც მხოლოდ ეხლა შეიქნა ნათელი და აშკარა. ეს არის მოვლენები ურემიისა ან ნამდვილი ურემიული შეტევის სახით ან იმგვარად გამოხატული, რასაც ფრანგები ურემიის მცირე ნიშნებს უწოდებენ და რაც ეს შესამჩნევად იყო აღწერილი Dieulafoy-ს მიერ.



თქვენ ხედავთ, რომ პათოლოგ-ფიზიოლოგიურმა შეხედულებამ ბევრი რამ ნათელი გახადა თირკმელების სნეულებებში, როგორც სნეულების სიმპტომებისა და კლინიკური სურათის ასახსნელად, აგრეთვე უდიდესი შედეგები მოგვცა ნეფრიტების თერაპიაში და თვით პროგნოზის საკითხებშიაც. ამ ჟამად ჩვენ, თანახმად Widal-ის მიერ შემუშავებული სქემისა, შეგვიძლია ქრონიკული ნეფრიტების ზოგიერთი ფორმების დროს მარტო სისხლში შარდღიანის გამოკვლევით ავადმყოფის პროგნოზი დიდის სისწორით წარმოვთქვათ.

ფიზიოლოგიურმა მიმართულებამ და ორგანოების ფუნქციათა დიაგნოსტიკამ დღეს უდიდეს განვითარება მიიღო. არ დარჩენილა არც ერთი ორგანო, რომლის ფუნქციის გამორკვევას დღეს შინაგანი პათოლოგია არ ეწეოდეს. ახალი ფიზიოლოგიური ხელსაწყოების შემოღება, ფიზიოლოგიური და განსაკუთრებით კოლოიდალური ქიმიის განვითარება, ქიმიური მიკრომეთოდის დაწინაურება, ექსპერიმენტები ცხოველებზე, რენტგენის სხივების მეთოდის უალრესი განვითარება ხელს უწყობს ასეთ მიმართულებას.

კუჭის სეკრეტორული ფუნქციის გამორკვევა უკვე დიდი ხანია მიღებულია შინაგან მედიცინაში. მისი მოტორული ფუნქციის გამოკვლევის მეთოდები, წინეთ შედარებით არა სავსებით სრული, დღეს შეცვლილია რენტგენის სხივებით დიაგნოსტიკით. ამ ჟამად R. Gaultier-ის მიერ შემოღებული ახალი ხელსაწყო-გასტროტონომეტრი—საშუალებას გვაძლევს გამოვარკვიოთ კუჭის კუნთის ნამდვილი ძალა და კუჭის ნამდვილი ტევალობა.

Einhorn-ის მიერ შემოღებული თორმეტგოჯა ნაწლავის ზონდაჟი საშუალებას გვაძლევს გამოვარკვიოთ დუოდენალური სითხის—ფიზიკური, ქიმიური და ბიოლოგიური თვისებანი. ამაზე დართული Meltzer—Lyon-ის, Stepp-ისა და Katsch-ის პროვოკაციული ცდები საშუალებას გვაძლევს, ერთის მხრით, მივიღოთ ნალველის ბუშტიდან — ნალველი და გამოვარკვიოთ იგი და, მეორეს, მხრით მივიღოთ პანკრეასის წმინდა წვენი და მასში არსებული ფერმენტები გამოვიკვლიოთ.

ღვიძლის ფუნქციონალურმა დიაგნოსტიკამ ამ ჟამად უდიდესი განვითარება მიიღო. დღეს უკვე უარყოფილია ძველი შეხედულება, თითქოს ერთი რაიმე მეთოდით შესაძლებელი იყოს ღვიძლის ფუნქციის გამორკვევა. ღვიძლის ფუნქცია—ერთი კი არ არის, არამედ მრავალია. მას აქვს ფუნქცია ექზოკრინული—ნალველის გამოყოფა ნალველის სამი უმთავრესი შემადგენელი ელემენტით—ნალველის პიგმენტებით, ნალველის მარილებით და ხოლესტერინით; მეორეს მხრით, მასა აქვს ენდოკრინული ფუნქცია, რომელიც ფრიად რთულია და მრავალფეროვანი. ცნობილია მისი გლიკოგენური ფუნქცია, მისი საქმელის მონელების შემდეგ წარმოშობილ ნივთიერებათა გარდამქნელი ფუნქცია, მისი პროტეოპექსიული ფუნქცია, მისი ანტიტოქსიური და თერმოგენული ფუნქციები, მისი მოქმედება სისხლის შედედების პროცესებზე და მისი გავლენა ცხიმების ცვლაზე. ყველა ამ ფუნქციათა გამოსარკვევად ამ ჟამად განსაკუთრებული მეთოდები არსებობს. ზოგი მათგანი ჯერ კიდევ არ შეიძლება სრულად ჩავთვალოთ, ზოგი კი—შესამჩნევია.

ბაზალური მეტაბოლიზმის გამოკვლევა შესამჩნევ შედეგებს გვაძლევს შინაგანი სეკრეციის ორგანოების ზოგი დაავადების გამოურკვეველი ფორმების გა-

მოსაცნობად, სისხლში სათადარიგო ტუტინობის გამოკვლევა კი შეძლებას გადაძღვეს—ძლიერ ადრე გამოვიცნოთ დიაბეტის კომის წარმოშობის შესაძლებლობა და მაშასადამე შესაფერი ზომებიც მივიღოთ.

თქვენ ხედავთ რა განვითარება მიიღო შინაგან მედიცინაში ფიზიოლოგიურმა და ქიმიურმა მეთოდებმა.

თვით გულისა და სისხლის მიმოქცევის ორგანოების სნეულებებში, სადაც პათოლოგიურ ანატომიას მტკიცე საფუძველი ჰქონდა მოპოვებული, პათოლოგ-ფიზიოლოგიურმა მიმართულებამ ძლიერი იერიშები მიიტანა და ზოგჯერ საბუთიანადაც. რომელ ექიმს არ შეხვედრია მისი მოღვაწეობის დროს ისეთი შემთხვევები, რომ გულის მანქანას ავადმყოფს, რომელსაც სარქველების ნაკლოვანება ჰქონდა, რა თქმა უნდა, კომპენსაციის დაურღვეველად, შედარებით ადვილად გადაუტანია ისეთი სნეულება, როგორც არის ფილტვების ანთება, რომელიც გულისაგან დიდს მუშაობას მოითხოვს, და ამავე დროს კი არ მოკვდიოდა გულის სისუსტის გამო იმავე ფილტვების ანთებისაგან სრულიად ახალგაზრდა ავადმყოფი, რომლის გულში არც სიცოცხლის დროს არ იყო აღმოჩენილი ობიექტიურად გულის რაიმე ორგანიული დაავადება და არც სიკვდილის შემდეგ იყო ნაპოვნი რაიმე სერიოზული პათოლოგ-ანატომიური ანდა პათოლოგ-ჰისტოლოგიური ცვლილებები გულში. ასეთ შემთხვევებს განსაკუთრებული ყურადღება მიაქცია ცნობილმა კარდიოლოგმა Laubry-მ და მიოკარდიების სახელით აღწერა გულის ასეთი ფუნქციონალური სისუსტე. მრავალი მაგალითით და პათოლოგ-ანატომიური და პათოლოგ-ჰისტოლოგიური გამოკვლევებით მან დაამტკიცა, რომ ასეთ შემთხვევებში ჩვენ საქმე გვაქვს მიოკარდიუმის არა რაიმე სერიოზულ ორგანიულ დაზიანებასთან, არამედ გულის თანდაყოლილ სისუსტესთან, გულის ტონუსის მოღუწებასთან, მისი ნეგრო-მუსკულარული აპარატის ფუნქციონალურ ნაკლოვანობასთან. ზოგი ფიქრობს (Ribierre), რომ სისხლის მიმოქცევის ორგანოების ასეთი ფუნქციონალური სისუსტე დამოკიდებულია ენდოკრინული ჯირკვლების და განსაკუთრებით თირკმლების ზედა ჯირკვლის ფუნქციის ნაკლოვანობისაგან. ამ გვარად, ამ ქამად გულის სნეულებების განხილვის დროსაც უმთავრესს ყურადღებას უკვე არა მის ანატომიურ ცვლილებებს აქცევენ, არამედ მის ფუნქციონალურ სიძლიერეს.

თქვენ ხედავთ, როგორი დიდი განვითარება მიიღო პათოლოგ ფიზიოლოგიურმა შეხედულებამ შინაგან მედიცინაში და რა დიდი სარგებლობა მოუტანა მას მთელს რიგ დარგებში. ასეთი განვითარება არის მიზეზი, რომ ზოგი კლინიციისტი-პათოლოგი ამ ქამად აცხადებს:—რას დავსდევ, თუ როგორი პათოლოგ-ანატომიური ან პათოლოგ-ჰისტოლოგიური ცვლილებებია ამა თუ იმ ორგანოში; ამას კი არა აქვს მნიშვნელობა, არამედ იმას, თუ რომელი ორგანოს ფუნქცია, როგორ და რამდენად არის შეცვლილი, რომ სათანადო ზომები მივიღოთ და სათანადო წამლობა გავატაროთ.

ეს უკვე მეორე უკიდურესობას წარმოადგენს, რომელსაც ჩვენ არ შეგვიძლია დავეთანხმეთ. შინაგანი მედიცინისათვის ერთგვარად საჭიროა, როგორც პათოლოგიური ანატომია და ჰისტოლოგია, ისე პათოლოგიური ფიზიოლოგია და ბიოლოგიური ქიმია. ჩვენ უნდა ვიცოდეთ, როგორც ორგანოთა ფუნქციის

დარღვევა, აგრეთვე ის ორგანიული ცვლილებები, რომელიც მათშია ამა თუ იმ სნეულების დროს. უამისოთ მარტო სნეულებათა აღწერა სრულიად უნაყოფო იქნებოდა. ჩვენ გვჭირია არა მარტო ის, რომ სნეულებები კარგად აღვწერთ და მათი სიმპტომები კარგად აღვნიშნოთ, არამედ ჩვენ უნდა შევგნებულად გავერკვიოთ იმ რთულ პათოლოგიურ მოვლენებში, რომელთაც ადგილი აქვს ამა თუ იმ სნეულების დროს. ამიტომ შინაგანმა პათოლოგიამ უნდა თანაბრად ისარგებლოს, როგორც პათოლოგიური ფიზიოლოგიისა და ქიმიის შენაძენებით, ისე პათოლოგ-ანატომიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევებით.

თუ როგორ დაკავშირებულია კლინიკური დაკვირვება და შინაგანი მედიცინა პათოლოგიურ ანატომიასთან, ჰისტოლოგიასთან, ქიმიასთან, ფიზიოლოგიასთან და ფიზიოლოგიურ ექსპერიმენტებთან—საუკეთესო მაგალითს დიაბეტისა, მისი პათოგენეზის და მკურნალობის ისტორია იძლევა.

1877 წ. გამოჩენილმა ფრამგმა კლინიკისტმა Lanceraux-მ კლინიკური და პათოლოგ-ანატომიური დაკვირვებების მიხედვით გამოჰყო დიაბეტის ერთი ფორმა, რომელსაც მან პანკრეატიული დიაბეტი უწოდა.

1889 წ. გერმანელმა მეცნიერებმა Mering-მა და Minkowski-მ შესამჩნევი ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტი მოახდინეს: მათ ამოუკვეთეს ძალღს მთლიანად პანკრეასი და შედეგად ტიპიური პანკრეატიული დიაბეტი მიიღეს. ამგვარად ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტით დამტკიცდა Lanceraux-ის კლინიკური დაკვირვება.

1891 წ. Lepine-მ ძალღს ამოუკვეთა პანკრეასი და ამგვარად მან მისი გარეგანი სეკრეცია მოსპო და შემდეგ იგი ჩაუკერა იმავე ძალღს სხვა ადგილას—კანქვეშ. შედეგად მან უკვე ექსპერიმენტალური დიაბეტი აღარ მიიღო. აქედან ცხადი შეიქნა, რომ დიაბეტის წარმოშობაში პანკრეასის გარეგან სეკრეციას არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს.

ამის შემდეგ Hédon-მა ფრიად საინტერესო ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტებით დაამტკიცა, რომ დიაბეტის წარმოშობაში პანკრეასის შინაგან სეკრეციის შეზღუდვას აქვს მნიშვნელობა, Laguesse-მა კი ჰისტოლოგიური დაკვირვებების მიხედვით იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ პანკრეასის შინაგანი სეკრეცია ე. წ. Langerhans-ის კუნძულებში სწარმოებს.

პათოლოგ-ანატომებმა Heiberg-მა, Cecil-მა და განსაკუთრებით კი Weichselbaum-მა დიდ მასალაზე ნათლად აღნიშნეს ყველა ის ფრიად მნიშვნელოვანი პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებანი პანკრეასში, რომელთაც ადგილი აქვს ადამიანის ორგანიზმში დიაბეტის დროს.

ყველა ამ გამოკვლევების შედეგად Banting-მა და Best-მა 1920 წ. ქიმიური საშუალებით მიიღეს პანკრეასის შინაგანი სეკრეტი ე. წ. ინსულინი და ამით დიაბეტის თერაპიის უდიდესი და უძლიერესი საშუალება შესძინეს.

თქვენ ხედავთ, თუ რაოდენად არის ერთი-ერთმანეთისაგან დაკავშირებული კლინიკური დაკვირვება, ჰისტოლოგია, პათოლოგიური ანატომია, ქიმია და ფიზიოლოგია მისი ექსპერიმენტებით და რაოდენად საჭიროა შინაგანი პათოლოგიისათვის ამ დარგებით სარგებლობა სხვადასხვა საკითხების და კლინიკური მოვლენების გასაშუქებლად.

მაგრამ თუ კლინიკა საერთოდ და შინაგანი მედიცინა კერძოთ სარგებლობს პათოლოგ-ანატომიური დაკვირვებით და ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტების საშუალებით მოპოვებული ფაქტებით კლინიკური საკითხების გასარკვევად, იგივე კლინიკა და შინაგანი პათოლოგია პათოლოგიური მოვლენებისა და სიმპტომების დაკვირვებით და აღმოჩენით ხშირად აშუქებს და ცხადადაც ჰყოფს ფიზიოლოგიის საკითხებს, რომელნიც წინეთ უცნობი იყო. ეს შედეგია იმ გარემოების, რომ პათოლოგია ხშირად გაცილებით უფრო საინტერესო ექსპერიმენტს ახდენს, ვიდრე ეს ადამიანს ან მეცნიერს შეუძლია მოაწყოს.

აქ ბევრი მაგალითის მოყვანა შეიძლებოდა განსაკუთრებით ნაგროპათოლოგიის დარგიდან. მაგრამ ეს ჩემს საგანს არ შეადგენს. მე მოვიყვანთ რამოდენიმე მაგალითს შინაგანი პათოლოგიიდან. შინაგანი პათოლოგიამ და კლინიკამ გვაჩვენა პირველად შინაგანი სეკრეციის არსებობა, შინაგანი სეკრეციის ორგანოთა დაავადებით: Adisson-მა—თირკმლის ზედა ჯირკვალის ფუნქციაზე მიგვიოთთა ადამიანის სნეულების დროს, Kocher-მა კლინიკური დაკვირვებით გამოარკვია ფარისებრი ჯირკვლის შინაგანი სეკრეცია, P. Marie-მ აკრომეგალიის აღწერით საფუძველი ჩაუყარა ტენის დანამატის მნიშვნელობის გამოარკვევას. ბერი-ბერიის დაკვირვებამ და სიმპტომატოლოგიის შესწავლამ სათანადო ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტები გამოიწვიეს და საფუძველი ჩაუყარეს ვიტამინების საკითხის გამოარკვევას. იმავე კლინიკურმა დაკვირვებამ დიაბეტის დროს ნათლად გვიჩვენა, რომ შაქრის წარმოშობა შეიძლება არა მარტო ნახშირწყლებიდან, არამედ ცილებისა და ცხიმებისაგანაც. ფიზიოლოგიურ ქიმიურმა ცდებმა ეს დღემდისაც ვერ დაამტკიცეს. მე კიდევ ბევრი მაგალითის მოყვანა შემეძლო, მაგრამ მათ აღარ გამოუდგები, ვიტყვი მხოლოდ, რომ, თუ შინაგანი პათოლოგია სარგებლობს ანატომიურისა და ფიზიოლოგიური ფაქტებით, იგი ვალში არ რჩება ამ მეცნიერებათა წინაშე და ხშირად მათ საბაზს აძლევს ახალი საკითხების გამოსარკვევად და არა იშვიათად აშუქებს მთელს რიგს ისეთს საკითხებს, რომელნიც წინეთ უცნობი იყო.

ბატონებო! ჩვენთვის საკმარისი არ არის მხოლოდ ვიცოდეთ სხეულების სიმპტომები და მათი გამომწვევი პათოლოგ-ფიზიოლოგიური მოვლენები ანდა პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებები. სნეულების არსების გასაგებად და მკურნალობის სწორე გზაზე დასაყენებლად ჩვენ უნდა ვიცოდეთ ის მიზეზები, რომლებიც იწვევს ამა თუ იმ სნეულებას, ამა თუ იმ კლინიკურ სინდრომს, კლინიკურ სიმპტომოკომპლექსს. სნეულების გამომწვევი მიზეზების ასეთს ცოდნას უღარესი მნიშვნელობა აქვს არა მარტო სნეულების არსების გასაგებად, არამედ კიდევ უფრო ამ სნეულების გასაფრთხილებლად—პროფილაქტიკისათვის და ამ სნეულების სწორე წამლობის გასატარებლად—თერაპიისათვის.

თქვენ იცით უკვე ზოგადი პათოლოგიის კურსიდან, რომ სნეულებათა მიზეზები მრავალია, რომ მათი გაცოფა შეიძლება ორ დიდ ჯგუფად. პირველ ჯგუფში შედის სნეულებათა წარმოშობი მიზეზები, მეორეში კი ისეთები, რომელნიც ხელს უწყობენ სნეულების ჩანერგვას ადამიანის ორგანიზმში და მის განვითარებას. ორთავე ამ მიზეზების ცოდნა აუცილებლად საჭიროა შინაგანი პათოლოგიისათვის. პირველი მიზეზთა შორის უდიდესი ადგილი ინფექციას უკა-

ვია, ინფექციას როგორც ბაქტერიებით, ისე პარაზიტებით ცხოველთა სამედიცინო-დან. როდესაც ეს ინფექცია მწვავედ მიმდინარეობს, მაშინ მისი მნიშვნელობა ყველასათვის ცხადი და ნათელია. მაგრამ ზოგი ინფექციური სნეულება თავიდანვე ქრონიკულ მიმდინარეობას იღებს და ადამიანის ორგანიზმში ისეთ მრავალფეროვან კლინიკურ გამოხატულებას იძლევა, რომ ინფექციის მნიშვნელობა ხშირად ასეთ შემთხვევებში ჰკარგავს თავის სიცხადეს. ასეთი ქრონიკული ინფექციის გამორკვევა არა ნაკლებ მნიშვნელოვანია, ვიდრე მწვავე ინფექციებისა. ხშირად ასეთი გამოურკვევლობა ავადმყოფისათვის საბედისწერო ხდება. ყველამ იცის, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს შინაგანი ორგანოების სიფილიტიური დაავადების დროზე გამოცნობას ავადმყოფისათვის, მისი სათანადო მკურნალობისა და მისი სნეულების პროგნოზისათვის.

მე მინდა ერთი მაგალითი მოგიყვანოთ, მაგალითი, აღებული ჩვენი სოფლის ცხოვრებიდან. დასავლეთ საქართველოში, განსაკუთრებით გურიასა, სამეგრელოსა და ქვემო იმერეთში, ძლიერ გავრცელებულია მალარია და მალარიის ნიადაგზე წარმოშობილი სისხნაკლებობა. მაგრამ საინტერესო იყო ის ვარემოება, რომ იქ ასეთი სისხნაკლებობის ორი სხვადასხვა ფორმა იყო, სხვადასხვა ფორმა არა კლინიკური გამოხატულებით, არამედ მისი მიმდინარეობით და მისი დამოკიდებულებით მალარიის სპეციფიურ წამალთან—ქინაქინასთან. ზოგს შემთხვევებში ასეთი სისხნაკლებობა ქინაქინით წამლობის შემდეგ ადვილად რჩებოდა, ზოგს შემთხვევებში კი ქინაქინა სრულიად უძლური იყო. სისხნაკლებობა პროგრესიულად მიმდინარეობდა მიუხედავად მიღებულ ყოველგვარ ზომებისა. ამ რამდენიმე წლის წინთ ნ. მახვილაძისა და გ. დიდებულოძის მიერ გამორკვეული იქნა, რომ ასეთი სისხნაკლებობა მალარიის შედეგი კი არ არის, არამედ სულ სხვა დაავადებას წარმოადგენს, გამოწვეულს ნაწლავების ერთგვარი პარაზიტის—ქიის მიერ, რომელსაც *Anchylostomum duodenale* ეწოდება და რომელიც დიდხანია უკვე ცნობილია სხვა ქვეყნებში და ჩვენში კი პირველად ამ ავტორების მიერ იქნა აღმოჩენილი.

სათანადო წამლობით თქვენ ადვილად შეგიძლიათ ეს ქია ადამიანის სხეულიდან გამოდენოთ და მაშინ თქვენ შესაძრწევ შედეგებს მიიღებთ. ავადმყოფი, რომელიც წლობით ავად იყო სისხნაკლებობით, რომელიც სულ უფრო და უფრო ვითარდება მიუხედავად ყოველგვარი წამლობისა, ქიების გამოდენის შემდეგ სულ მოკლე ხანში რჩება და ჯანსაღი ხდება.

თქვენ ხედავთ, თუ რა დიდი მნიშვნელობა აქვს სნეულების პათოგენეზის ცოდნისათვის და მისი წამლობისათვის სნეულების მიზეზის გამორკვევას, მის ეტიოლოგიას. ამ შემთხვევაში მე სნეულების წარმოშობი მიზეზებზე მოგახსენებ, მაგრამ, გარდა წარმოშობი მიზეზებისა, არსებობს კიდევ მიზეზები სნეულების განვითარების ხელშემწყობი და ასეთი მიზეზების ცოდნაც აუცილებლად საჭიროა შინაგან პათოლოგიისათვის. ასეთ მიზეზებს წარმოადგენს მემკვიდრეობა და თანდაყოლილი კონსტიტუციონალური თვისებანი, ერთის მხრით და, მეორეს მხრით, ის გარეშე პირობები, რომელნიც ხელს უწყობენ ამა თუ იმ სნეულების გაჩენას ან და განვითარებას. ყველა ეს მიზეზები შესაძლებელია იყოს გეოგრაფიული ან და კლიმატიური, შესაძლებელია იყოს სოციალური და შესა-

ძღვებელი პროფესიონალური იყოს. ამიტომ ზოგჯერ ჩვენ დაგვრჩება ზოგად, სოციალურსა და პროფესიონალურს ჰიგიენის სამფლობელოშიაც ვავაკეთოთ ექსკურსიები სნეულების გასაშუქებლად.

ბატონებო! სნეულებათა სიმპტომატოლოგია, პათოლოგიური ანატომია, პათოლოგიური ფიზიოლოგია და პათოგენეზი და ეტიოლოგია ჩვენ საშვალებას გვაძლევს სნეულების გამოცნობის, მისი დიაგნოსტიკის. ყველა ეს კი საჭიროა უმთავრესად იმისათვის, რომ ავადმყოფს სათანადოთ ვუმკურნალოთ, რომ მას სათანადო დახმარება აღმოუჩინოთ, მას ტანჯვა გაუადვილოთ და იგი სნეულებისაგან მოვარჩინოთ.

თერაპიის ძირითადი დებულება—ეს სასტიკი ინდივიდუალიზაციაა. ნამდვილი ექიმი მკურნალობს არა ავადმყოფობას, არამედ ავადმყოფს, რომლის ორგანიზმში ყოველი სნეულება მისი ინდივიდუალობის მიხედვით სრულიად თავისებურად, სხვებისაგან განსხვავებულად, შეიძლება იქნეს წარმოდგენილი. ასეთი ინდივიდუალიზაცია—კლინიკური სწავლების საქმეა, შინაგანი პათოლოგია და თერაპია გვასწავლის მხოლოდ ამა თუ იმ სნეულების მკურნალობის ზოგად პრინციპებს. თუ როგორ უნდა მოიხმაროთ ეს ზოგადი პრინციპები ყოველ კერძო შემთხვევაში—ეს უკვე კლინიკის საგანია.

დღითი-დღე თერაპია სულ უფრო და უფრო ვითარდება, მაგრამ მისი ძირითადი პრინციპები მაინც ძველი რჩება.

ძველად თერაპიას ოთხ დიდ დარგად ყოფდნენ.

პირველი ეს კაუზალური თერაპია იყო—*therapia causalis* ე. ი. მკურნალობა და მოშორება იმ მიზეზის, რომელიც იწვევს სნეულების განვითარებას. მაგალითად, ჩვენ ვიცით, რომ არის ფორმები ბრონქიალური ასთმის, რომელიც შედეგია ცხვირის დაავადების მიერ გამოწვეული რეფლექსის. თუ ჩვენ ამ შემთხვევაში ცხვირის დაავადებას ვუწამლებთ და მოვარჩენთ, რეფლექსის მიზეზს მოვსპობთ, და თვით ბრონქიალური ასთმის შეტევებიც მოისპობა. კაუზალური თერაპიის კარგს მაგალითს წარმოადგენს ჩემ მიერ ზემოდ აღნიშნული წამლობა ანკილოსტომიაზის მიერ გამოწვეული სისხლნაკლებობისა.

მეორე—ეს სპეციფიური თერაპიაა—*therapia specifica*. ასეთია, მაგალითად, ქინაქინა მალარიისათვის, ემეტინი ტროპიკულ დიზენტერიისათვის, სინდიყი, დარიშხანა და ბისმუთი—სიფილისისათვის. ამ დარგშივე შედის სპეციფიური შრატები, რომელთაც ცხლა ესე ფართოთ ვხმარობთ ხოლმე მთელ რიგ ინფექტიურ სნეულებათა დროს.

ეს ორი მკურნალობა—კაუზალური და სპეციფიური—იდეალური მკურნალობაა და სამკურნალო მეცნიერება მათკენ მიიღტვის. იგი სცილობს ყოველი სნეულებისათვის ასეთი საშუალებები იპოვოს. საუბედუროთ, მიუხედავად ჩვენი მეცნიერების დიდი პროგრესისა, ჯერ კიდევ შორსა ვართ ასეთი იდეალური მკურნალობისაგან ყველა სნეულებების დროს და ამიტომ იძულებული ვართ მივმართოთ თერაპიის მესამე ტიპს—სიმპტომატიურ თერაპიას—*therapia symptomata*—სნეულების სიმპტომების წამლობას. ასეთი წამლობით ჩვენ ვერ ვსპობთ თვით ავადმყოფობის გამომწვევე მიზეზს, მაგრამ ვხმარებით ავადმყოფის ორგანიზმს სნეულების გადატანაში: ჩვენ ვუამებთ და ვუადვილებთ მის

ტივილებს, ჩვენ ვუმსუბუქებთ მის ტანჯვას, ჩვენ ვეხმარებით ავადმყოფის იმ ორგანოს, რომელიც სნეულების დროს სუსტდება და დეფექტს იჩენს და სხვა ამგვარი. უნდა მოგახსენოთ, რომ სიმპტომატიურ წამლობას ამ ჟამად უდიდესი მნიშვნელობა აქვს და ხშირად ისეთ შემთხვევებშიაც, სადაც სპეციფიური წამლობაც შესაძლებელია. მორფიუმი, რომელიც აყუჩებს ტივილებს, ბრომი რომელიც საშუალებას აძლევს აღუღებულ ავადმყოფს დაიძინოს, ქაფური და დიგიტალისი, რომელნიც გულის მუშაობას აძლიერებენ და მრავალი კიდევ სხვა— უდიდესი და უძლიერესი იარაღი ექიმის ხელში ავადმყოფის ტანჯვის შესამსუბუქებლად და ხშირად მისი სიცოცხლის გადასარჩენად.

არის კიდევ თერაპიის ერთი დარგი, რომელსაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფისათვის— ეს დიეტა ანუ დიეტეტიური თერაპია—therapia dietetica. დიეტეტიური წამლობა, სწორი და სათანადო დიეტის დანიშვნა მთელ რიგ სნეულებათა დროს, უდიდესი სამკურნალო საშუალებაა. ასეთია თირკმლების, ნივთიერებათა ცვლის, საკმლის მომწელებელი ორგანოების სნეულებების დიეტეტიური წამლობა. მაგრამ არა მარტო ამ ორგანოების სნეულებების დროს, არამედ ყველა სნეულებების დროსაც სათანადო დიეტის შერჩევას და დანიშვნას ძლიერ დიდი მნიშვნელობა აქვს. იგი უდიდესად უწყობს ხელს სნეულების მკურნალობას და კეთილად გათავებს.

ბატონებო! ამ ჟამად სამკურნალო მეცნიერება თერაპიის მრავალი მეთოდით სარგებლობს. სეროთერაპია, ბაქტერიოთერაპია, ვაქცინოთერაპია, პროტეინოთერაპია, ელექტროთერაპია, რენტგენოთერაპია, რადიოთერაპია, მექანოთერაპია, ჰიდრო თერაპია და ბალნეოთერაპია, კლიმატოთერაპია და ბევრს კიდევ სხვა სახელს შეხვდებით თქვენ თქვენს მომავალ მოღვაწეობაში. მე მინდა მხოლოდ გითხრათ, რომ ყველა ეს მეთოდები ზემოდ აღნიშნულ 3 პრინციპში გამოიხატება: ყოველი მათგანი ამა თუ იმ შემთხვევის მიხედვით იქნება—ან სნეულების მიზეზის წინააღმდეგ მიმართული ან მისი სპეციფიური წამალი ან კიდევ სიმპტომატიური. ამიტომ შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის კურსის დროს თქვენ მათ გაეცნობით არა ზოგადად, არამედ ცალკეაქვს ამა თუ იმ ავადმყოფობის მკურნალობის განხილვის დროს. ზოგადად მათი გაცნობა ზოგადი თერაპიის საგანს შეადგენს და იმ ახალი კათედრის, რომელიც წელს დაარსდა ჩვენს უნივერსიტეტში და რომელსაც ფიზიატრიას ანუ ფიზიოთერაპიას უწოდებენ.

მე დამრჩა კიდევ ერთი დარგის განხილვა, რომელიც, ჩემის აზრით, შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის საგანს შეადგენს. ეს შინაგან სნეულებათა პროფილაქტიკაა. ზოგი ფიქრობს, რომ მკურნალი მედიცინისა და პროფილაქტიკურ მედიცინის შორის წინააღმდეგობა არსებობს, რომ მედიცინის ეს ორი დარგი ერთი მეორის ანტიპოდებია. მე ამ საკითხის დაწვრილებით გარჩევას დღეს არ შევუღლები, ვიტყვი მხოლოდ, რომ შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიისათვის, შინაგანი მედიცინისათვის, პროფილაქტიკას უაღრესი და უდიდესი მნიშვნელობა აქვს, პროფილაქტიკას, როგორც ინდივიდუალურს, აგრეთვე სოციალურს. ის მკურნალი ექიმი, რომელიც პროფილაქტიკის პრინციპებს არ იცნობს და მათ ცხოვრებაში და თავის მოღვაწეობაში არ ატარებს, ნამდვილი

ეკიმი კი არ არის და არც შეიძლება იქნეს, იგი მხოლოდ თავის სპეციალობის ხელოსანია.

თქვენ ხედავთ, ბატონებო, თუ რაოდენად რთული და სერიოზულია შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის საგანი. იგი თქვენ გასწავლით შინაგან სნეულებათა სემიოტიკას, დიაგნოსტიკას, პათოლოგიურ ანატომიას, პათოგენეზს და პათოლოგიურ ფიზიოლოგიას, ეტიოლოგიას, პროფილაქტიკას და მკურნალობას (თერაპიას). თუ ამას დავუმატებთ, რომ ამ დისციპლინის სწავლების საგანს ისეთი უმნიშვნელოვანესი და უსათუთესი ორგანოების დაავადებანი წარმოადგენენ, როგორც არის სასუნთქი, სისხლის მიმოქცევის, საჭმლის მომნელებელი და საშარდე ორგანოები, როგორც არის სისხლი, ნივთიერებათა ცვლა და კვება და შინაგანი სეკრეცია, თქვენთვის ნათელი იქნება შინაგანი პათოლოგიისა და თერაპიის მნიშვნელობა.

ზოგი ფიქრობს, რომ შინაგანი პათოლოგია და თერაპია თეორიული საგანია. ნაწილობრივ ეს შესაძლებელია მართალიც იყოს. იგი იმდენად არის თეორიული საგანი, რამდენად იგი შინაგან სნეულებათა ყველა კლინიკებისათვის ზოგადია, რამდენად იგი თავის ფარგლებში აერთიანებს ყველა იმას და სისტემაში მოჰყავს ყველა ის, რაც სხვადასხვა დროს და სხვადასხვა ადგილას უნახავს და გაუგონია ანდა ნახავს და გაიგონებს ყოველი სტუდენტი—ეკიმი და რაც მის მეხსიერებაში სისტემაში მოყვანილი არ არის, მაგრამ იმავე დროს იგი უეჭველად პრაქტიკულია, ვინაიდან შეუძლებელია სნეულებათა და მათი ნიშნების თეორიული სწავლება. ყოველმა სტუდენტმა თავის თვალთ უნდა ნახოს სათანადოდ სნეულებანი მათ წმინდა გამოხატულებაში და გაეცნოს მათ სიმპტომებს. და ამგვარად თავის გონებაში და მეხსიერებაში ჩაიბეჭდოს ამა თუ იმ სნეულების ჩვეულებრივი ფორმა.

შინაგანი პათოლოგია და თერაპია, Rénon-ის თქმით, კლინიკის აუცილებელი პრელიუდიაა (prélude indispensable de la clinique) და მეც მოგიწოდებთ თქვენ, ამხანაგებო, ამ საგნის ბეჯით შესწავლისაკენ კლინიკებში მუშაობისათვის მოსამზადებლად. მომავალს თქვენს პრაქტიკულს მოღვაწეობაში თქვენ მრავალჯერ დარწმუნდებით ამ საგნის ასეთი შესწავლის დიდ პრაქტიკულ საჭიროებაში და ჩემი სიტყვების სიმართლეში.

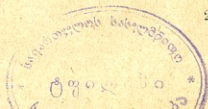
პროფ. ვ. მოსევილი და ასისტ. ვ. შვიმანაშვილი.

ქლოროფორმის ადგილობრივი მოქმედება ცივისსვლიან ცხოველთა გამოსალკმევებულ გულზე და ჩონჩხის კუნ- თებზე.

(ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფარმაკოლოგიის ლაბორატორია
გამგე—პროფ. ვ. ვ. მოსევილი.

როგორც ცნობილია ფარმაკოლოგიაში ქლოროფორმს მხოლოდ დამბლი-
თი მოქმედება აქვს ცოცხალ ქსოვილებზედ. მისი პატარა დოზებიც კი ასუსტე-
ბენ სასიცოცხლო ფუნქციებს ცოცხალ ქსოვილებში და დიდი დოზები კი სწრა-
ფად სპობენ მათ. ი. დოგელმა¹, პირველმა მოახდინა დაკვირვება ქლოროფორ-
მის გავლენისა ადამიანის და ცხოველების გულზედ 1866 წ. მან აღნიშნა, რომ
ქლოროფორმი, ნარკოზის დასაწყისში, შესუნთქვით, ჯერ გაანელებს ან შეაკა-
ვებს კიდევაც გულის მუშაობას. ამის შემდგომ, თუ შესუნთქვა ქლოროფორმისა
გრძელდება, გულის მუშაობა ისევ აჩქარდება და ბოლოს, თანდათან, ისევ, გა-
ნელებს, ვიდრე გაჩერდება შედეგად გულის დამბლისა. ამ სამს მომდევნო ფა-
ზას ქლოროფორმით ნარკოზის დროს დოგელი ხსნის ასე: ნარკოზის დასაწყის-
ში, გულის მუშაობის განელება გამოწვეულია რეფლექტორულათ, სასუნთქავ
ორგანოებიდან, N. N. Trigeminus და Vagus-ის დაბოლოვებათა გაღიზიანე-
ბით. ნარკოზის მეორე ფაზაში გულის პულსაციის აჩქარება ხდება შედეგათ დი-
დი ტვინის სასიცოცხლო ცენტრების გაყუჩებისა და მათ შორის Vagus-ის
ცენტრისიც, რომლის შემკავებელი ტონუსი გულის მიმართ ისპობა და ამი-
ტომ გულის პულსაცია ჩქარდება. მესამე ფაზაში კი, გულის მუშაობის ხელა-
ხლად განელების და სრული გაჩერების მიზეზად ი. დოგელი სთვლის უკვე გუ-
ლის საკუთარი ნერვული ელემენტების და კუნთის ქლოროფორმით მოწამ-
ვლას. ასეთივე სურათი ქლოროფორმის მოქმედებისა, როგორც გულზედ, აგრე-
თვე სასუნთქავ ორგანოებზე, (ფილტვებზე) აღწერეს შემდგ მთელ რიგმა ავტო-
რებისა (Holmgren-მა² 1867 წ., სერაგეემა³ 1895 წ. კრაკოვმა⁴ და სხვებმა.).

ამგვარად, როგორც აღწერილ სურათიდან სჩანს, ქლოროფორმი, ნარკო-
ზის დასაწყისში, იწვევს გულის პულსაციის აჩქარებას, ესე იგი, თითქოს, აღ-
გზნებითი ხასიათის მოვლენას. როგორც ცნობილია ფარმაკოლოგიაში, ასეთსავე
აღგზნებითი მოვლენებს ქლოროფორმი იწვევს ნარკოზის დასაწყისში სხვა ორ-
განოების მხრივაც, მაგალითად, სუნთქვის გახშირებას, მამოძრავებელი ორგანო-



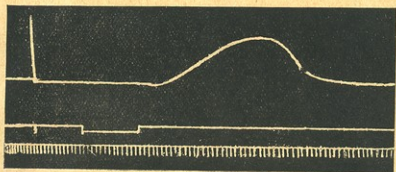
თა ფუნქციის გაძლიერებას და სხვა., მაგრამ ამ მოვლენებსაც ხსნიან შედეგათ ქლოროფორმის მიერ დიდი ტვინის ცენტროების გაყუჩებისა, იმ ცენტროების, რომელთაც ნორმალურ პირობებში შეკავებითი გავლენა აქვთ პერიფერიულ ორგანოთა ფუნქციებზედ.

ასეთივე დამასუსტებელი გავლენა აქვს ქლოროფორმს გამოცალკეებულ ორგანოებზედაც. თანახმად კრაკოვის *) დაკვირვებისა, ბაქიის გულში რომ გავატაროთ სისხლის მიღებით ქლოროფორმ-ლოკის ხსნარი 1:2500, თავიდანვე მივიღებთ გულის მუშაობის დასუსტებას: სისტოლის ამპლიტუდა მცირდება, რითმი იშვიათდება. უფრო დამასუსტებლათ მოქმედობს ქლოროფორმი, პროფ. კრაკოვის დაკვირვებით, გამოყოფილ ორგანოებზედ და ქსოვილებზედ ადგილობრივი მოქმედების დროს: გულზედ, ნერვ-კუნთის პრეპარატზედ და სხვა. კანზედ და ლორწოვან გარსზედ ქლოროფორმი იწვევს ნარკოზის დროს, შედეგათ ადგილობრივი მოქმედებისა, მთელ რიგ მოვლენებს, თითქოს ალგზნებითი ხასიათისა, როგორც მაგალითათ: გიპერემიას, ლორწოს და ცრემლის დენას, ნერწყვის გამოყოფას და სხვა. მაგრამ პროფ. კრაკოვის აზრით ეს მოვლენები არ არიან გამოწვეულნი ქლოროფორმის სპეციფიური ალგზნებითი თვისებებით. ასეთივე მოვლენებს ვიღებთ ჩვენ სხვა მქროლავი ნივთიერებათა გავლენის შედეგათაც, მაგალითად: ძმრის მუკის, გოგირდოვანი ვაზის, თამბაქოს ბოლის და სხვანი. ამგვარად, საკითხი ქლოროფორმის ცოცხალ ქსოვილებზე მოქმედების შესახებ შეიძლება ჩაგვეთვალა გადაწყვეტილათ და გვეცნო, რომ იგი თავიდანვე მხოლოდ დამასუსტებლად მოქმედობს ქსოვილების სასიცოცხლო ფუნქციებზედ. მაგრამ ქლოროფორმის მოქმედება ცოცხალ ქსოვილებზედ შესწავლილია ცდების მოწყობით ან მთელ ცხოველზედ, ნარკოზის დროს, ან ცხოველის გამოყოფილ გულზედ, მუშაობის დროს, ქლოროფორმის, საკვებ, რინგერ-ლოკის ხსნართან ერთათ შეყვანით გულში. გამოყოფილ ცოცხალ ქსოვილებზე კი ქლოროფორმის უშუალოდ მოქმედების საკითხი არ არის ღრმად შესწავლილი და გაუშუქებული. დასკვნა იმის შესახებ თუ როგორ მოქმედობს ესა თუ ის ნივთიერება ცოცხალ ქსოვილზედ შეიძლება მხოლოდ ამ ქსოვილის ძირითადი ფიზიოლოგიური თვისებების გამოკვლევით ამ ნივთიერებების უშუალო მოქმედების დროს. მაგალითათ, როგორც გამოკვლეულია ნერვ-კუნთზედ ამ ქსოვილების ძირითადი ფიზიოლოგიური თვისებები, სახელდობრ ალგზნებულება, რეფრაქტორული ფაზა, კუნთის შეკუმშვის ფარული პერიოდი, ხანგრძლივობა და ინტენსივობა ცვალებადობენ შეფარდებულათ: თუ ქსოვილის ფუნქციური მდგომარეობა ნივთიერების გავლენით უმჯობესდება, შედეგათ ამისა—ალგზნებლობა მატულობს, რეფრაქტორული ფაზა მცირდება, კუნთის შეკუმშვის ფარული პერიოდი და ხანგრძლივობა მოკლდება და ინტენსივობა მატულობს. წინააღმდეგ შემთხვევაში კი ყველა ეს ფიზიოლოგიური თვისებები უკუღმა ცვალებადობენ. ამგვარი გეგმით იყო გამოკვლეული ქლოროფორმის გავლენა გამოცალკეებულ და Stanius-ის ლიგატურის დადებით შეჩერებული ბაყაყის გულზედ ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფიზიოლოგიურ ლაბორატორიაში 1924 წ. (5—6.) ამ გამოკვლევის შედეგები სრულიად ეწინააღმდეგებიან ფარმაკოლოგიაში მიღებულს იმ შეხედულებას, რომ ქლოროფორმი მხოლოდ დამასუსტებლად მოქმე-

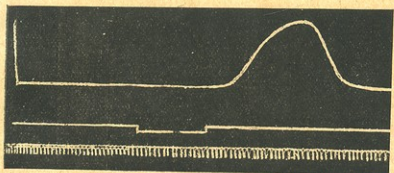
დებს ცოცხალ ქსოვილებზედ. როგორც ამ გამოკვლევებიდან აღმოჩნდა, ქლოროფორმი, მოწამვლის დასაწყისში, პატარა დოზებით, გულის კუნთის აღზნებულობას ადიდებს, რეფრაქტორული ფაზა და შეკუმშვის ფარული პერიოდი მოკლდება. კუმშვადობის ცვალებადობა ამ გამოკვლევაში არ იყო შესწავლილი, მაგრამ ამგვარი ცვლილებანი, ფიზიოლოგიურად, აიხსნება როგორც შედეგი ნივთიერების აღზნებითი გავლენისა. აქედან ცხადია, რომ ამ საკითხს ესაჭიროება დამატებითი გამოკვლევა და უფრო ფართო და ღრმად შესწავლა. აი სწორედ ამ მიზნით ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფარმაკოლოგიის ლაბორატორიაში ჩვენ მოვახდინეთ მთელი რიგი ცდებისა ბაყაყის (*Rana Esculenta*) შეჩერებულ Stanius-ის ლიგატურით და გამოცალკეებულ გულზედ და ჩონჩხის კუნთზე პარალელურად. ჩვენს ამოცანას შეადგენდა გამოკვლევა ამ ორგანოების ძირითადი ფიზიოლოგიური თვისებების ცვალებადობისა ქლოროფორმის პატარა დოზების გავლენით მოწამვლის დასაწყისში.

გამოკვლევის მეთოდი იყო შემდეგი: შუშის კამერაში, რომლის მოცულობა იყო 250 კ. ს. (სიმალით 9,5 ს.) გამაგრებულ იყო ხის ჩარჩო, რომლის ძირში პატარა ფოლადის საჭერით ვამაგრებდით ან ბაყაყის *m. gastrocnemius*-სა, ან კიდევ გამოცალკეებულ გულს ფუძის მხრით, კუნთის მეორე ბოლოს, ან გულის წვეროს მეორე პინცეტის საშუალებით მივაბამდით ძაფით მიოგრაფს, რომელიც სწერდა პრეპარატის ყოველ მოძრაობას კიმოგრაფის მოტრიალე ბორბალზედ. (კიმოგრაფი—Ludwig-ის სისტემა). ეს ფოლადის საჭერები, რომელთა შუა იყო გამაგრებული პრეპარატი, ცდის დროს თამაშობდნენ იმავე დროს ელექტროდების როლსაც და ამათი საშუალებით ჩვენ ვატარებდით პრეპარატში საჭიროებისამებრ ელექტრონის ნაკადს გასალიზიანებლათ. ვალიზიანებას ვაწარმოებდით დიუ-ბუა-რაიმონდის ინდუქტორიუმით, აკუმულატორით, და ელექტრომაგნიტური სიგნალით პირველ წრეში, ვალიზიანების დაწყების და გათავების აღსანიშნავად. ცალკე წრე იყო გამართული, ელექტრო-მაგნიტური სიგნალით, კიმოგრაფზედ დროს აღსანიშნავად. პრეპარატის აღწერილ კამერაში გამაგრების შემდეგ ცდას ვიწყებდით პრეპარატის აღზნებულების ზღურბლის პოვნით. ამის შემდგომ პრეპარატს დავაწერინებდით მოტრიალე კიმოგრაფზედ მარტივ შეკუმშვის ეფექტს, გამოწვეულს ერთხელობრივი ზღურბლოვანი ვალიზიანებით, ინდუქციური ვალებითი კვებითი. ამის შემდეგ კიდევ გამოვიკვლევდით პრეპარატის აღზნებულობის ზღურბლს და მოვწამლავდით ქლოროფორმის ორთქლით. პრეპარატის მოსაწამლავათ ქლოროფორმი შეგვქონდა კამერაში პატარა შუშის კოლბით 5-6 წვეთის რაოდენობით. ამ კოლბას ქლოროფორმით ვათავსებდით კამერის ძირში მუდამ ერთ და იმავე ადგილას. კამერას მუდამ ესტოვებდით თავლიას ცდის დროს, რომ ქლოროფორმის ორთქლი ბევრი არ დავმოვილიყო კამერაში და არ გამოეწვია დამბლითი მოქმედება საცდელ ობიექტებზე. ერთი წამის შემდეგ მოწამვლისა ისევ ვპოულობდით აღზნებულობის ზღურბლს და ხელ-ახლად დავაწერინებდით მოტრიალე კიმოგრაფზედ მარტივ შეკუმშვის ეფექტს გამოწვეულს ერთხელობრივი ზღურბლოვანი ვალიზიანებით.

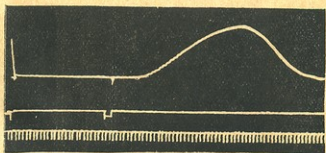
გამოკვლევის შედეგებიდან აღმოჩნდა, რომ ქლოროფორმით მოწამვლის პროცესი მიმდინარეობდა მუდამ ერთი და იმავე გზით, სახელობრ: 1) მოწამვლის დასაწყისიდან, უკვე ნახევარი წამის შემდეგ აღვზნებულობა მატულობდა და მეორე-მესამე წამის განმავლობაში აღწევდა 2-3 სანტიმეტრს (დიუ-ბუა-რაი-მონდის ინდუქტორიუმის კოქთა შუა მანძილისა). 2) შეკუმშვის ფარული პერიოდი და შეკუმშვის ხანგრძლივობა მოკლდებოდნენ და 3) შეკუმშვის ამპლიტუდა იზრდებოდა. თუ მოწამვლა სწარმოებდა უფრო ხანგრძლივ (5 წამი და მეტიც), მაშინ იწყებდა განვითარებას უკვე ქლოროფორმის დაბლითი მოქმედების ნიშნები: აღვზნებულობის დაცემა, შეკუმშვის ხანგრძლივობის გადიდება და ამპლიტუდის შემცირება. რადგანაც ჩვენი გამოკვლევის მიზანს ამ შემთხვევაში შეადგენს ქლოროფორმის პატარა დოზების გავლენის შესწავლა და მხოლოდ და მხოლოდ ქსოვილის მოწამვლის დასაწყისში, ამიტომ ჩვენ ავწერამთ გამოკვლევის შედეგებს მხოლოდ ამ ფარგლებში. კარდიოგრამები 1a, 1b მიღებულია 1926 წ. 23 თებერვალს. კარდიოგრამა 1a წარმოადგენს Stanius-ის I ლივატურით შეყენებულ და გამოცალკეებულ გულზედ ცდის ეფექტს მოწამვლის წინ. გალიზიანების ზღურბლი უდრის 14 სანტ. (ინდუქტორიუმის კოქთა შუა მანძილი); შეკუმშვის ფარული პერიოდი = 0,1 წუთისას; სისტოლის ხანგრძლივობა = 0,46 წუთ. (სისტოლის ხანგრძლივობა იზომებოდა მრუდის წვეროს დაშვებამდე); სისტოლის ამპლიტუდა = 11 მილმ. ზევითა სიგნალი აღნიშნავს ხაზის დაწევით, ჩაკეტვითი ინდუქციურ კვეთებას და ხაზის აწევით — გაღებით კვეთებას. აქ ჩვენ ვსარგებლობდით მხოლოდ გაღებითი კვეთებით. ქვეითა სიგნალი უჩვენებს დროს 0,02 წთ. თითო რხევით. კარდიოგრამმა 1b წარმოადგენს იმავე პრეპარატს 1 წამით მოწამვლის შემდეგ. გალიზიანების ზღურბლმა იმატა და უდრის 17 მილმ. შეკუმშვის ფარულმა პერიოდმა იკლო = 0,06 წთ.; სისტოლის ხანგრძლივობამაც იკლო და = 0,36 წთ., სისტოლის სიმაღლემ მოიმატა = 15 მილმ. ამგვარათვე იყო ჩატარებული ცდა მეორე პრეპარატზედ 2 III 1926 წ. შედეგები იხილე ცხრილი № 1. ამავე წესით იყო ჩატარებული ცდები ჩონჩხის კუნთზედ. იხილე მიოგრამები I A., I B, II A., II B. მიოგრამა I A მიღებულია 1926 წ. 14 II. ბაყაის m. gastrocnemius-ი გამოცალკეებულია და მოთავსებული ზემოაღნიშნულ კამერაში. გალიზიანების ზღურბლი გამოკვლეული იყო ამ შემთხვევაში როგორც გაღებითი ისე ჩაკეტვითი ინდუქციური კვეთებით. გაღების კვეთებით გალიზიანების ზღურბლი უდრის = 26,5 სანტ. და ჩაკეტვის კვეთებით 18 სანტ.; შეკუმშვის ფარული პერიოდი = 0,012 წთ. შეკუმშვის ხანგრძლივობა = 0,07 წთ.; ამაველი მუხლი შეკუმშვისა = 0,03 წთ., ჩამავალი = 0,04 წთ.; შეკუმშვის სიმაღლე = 15,5 მილ. მიოგრამმა I B. წარმოადგენს იმავე პრეპარატს ქლოროფორმით I წამით მოწამვლის შემდეგ. გალიზიანების ზღურბლმა იმატა = 30 — 19 სანტ., შეკუმშვის ფარული პერიოდი = 0,005 წთ. (შემოკლდა 60%/); შეკუმშვის ხანგრძლივობაც შემოკლდა = 0,05 წთ. ამაველი მუხლი = 0,015 წთ. ჩამავალი = 0,035 წთ.; შეკუმშვის სიმაღლე = 18,5 მილმ. ამგვარათვე იყო ჩატარებული ცდა მეორე პრეპარატზედ 19. II. 1926 წ. შედეგები იხილე სავითო ცხრილში № 2.



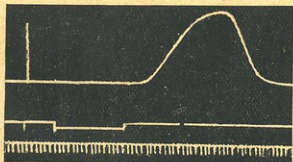
1 a. 1926. 23. II.



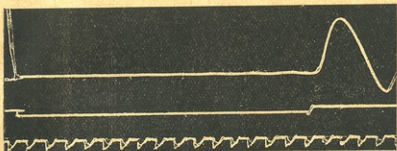
1 b. 1926. 23. II.



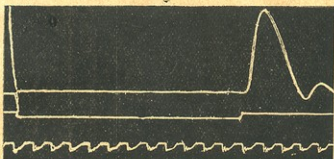
2 a. 1926. 2. III.



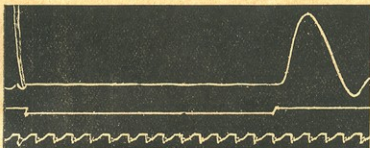
2 b. 1926. 2. III.



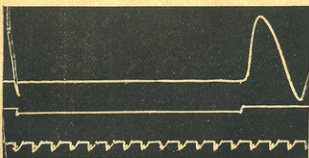
1 A. 1926. 14. II.



1 B. 1926. 14. II.



2 A. 1926. 19. II.



2 B. 1926. 19. II.



ცხრილი № 1.

ქლოროფორით მოწამვლის გავლენა ბაყაყის ფიკარეაზულ და გამოცალკეებულ გულჯად.

თარიღი ცდის ჩატარებისას	სურათის შიფრი	პრეპარატის მდგომარეობა	გაღიზიანების ზღვრული სანტიმეტრებით	შეკუმშვის ფარული პერიოდი წუთობით	სისტიოლის ხანგრძლივობა წუთობით	სისტიოლის სიმაღლე მილიმეტრებით
19 ²³ _{II} 26	1a.	ნორმა	14	0,1	0,46	11
"	1b.	1 წუთით მოწამვლა	17	0,06	0,36	15
19 ² _{III} 26	2a.	ნორმა	15	0,1	0,48	12
"	2b.	1 წუთით მოწამვლა	18	0,05	0,36	16

შენიშვნები: გაღიზიანების ძალა იზომება სანტიმეტრებით დიუ — ბუა — რაიმონგის ინდუქტორიუმის კოქტა შუა მანძილი.

ცხრილი № 2

ქლოროფორით მოწამვლის გავლენა ბაყაყის ჩონჩხის კუნთჯად m. Gastrocnemius-ზედ.

თარიღი ცდის ჩატარებისას	სურათის შიფრი	პრეპარატის მდგომარეობა	გაღიზიანების ზღვრული		შეკუმშვის ფარული პერიოდი წუთობით	შეკუმშვის ხანგრძლივობა წუთობით	შეკუმშვის		შეკუმშვის სიმაღლე მილიმეტრებით
			გაღების კენთებით, სანტიმეტრებით	ჩაქეტვის კენთებით, სანტიმეტრებით			ამავალი მუხლი წუთობით	ჩამავალი მუხლი წუთობით	
19 ¹⁴ _{II} 26	1A.	ნორმა	26,5	18	0,012	0,07	0,03	0,04	15,5
"	1B.	1 წუთით მოწამვლა	30	19	0,005	0,05	0,015	0,035	18,5
19 ¹⁹ _{II} 26	2A.	ნორმა	23	18	0,01	0,062	0,03	0,032	12
"	2B.	1 წუთით მოწამვლა	26	19	0,005	0,042	0,015	0,027	14,5

ჩვენი გამოკვლევის შედეგებს რომ გადავავლოთ თვალი შრომაში მოყვანილ საერთო ცხრილებზედ, დავინახავთ, რომ ქლოროფორმის პატარა დოზები, მოწამვლის დასაწყისში საგრძნობლათ ადიდებს ალგუნებულობას როგორც გამოცალკეებულ ბაყაყის გულისა აგრეთვე ჩონჩხის კუნთისას. ამასთან ერთად შეკუმშვის ფარული პერიოდი და შეკუმშვის ხანგრძლივობაც მოკლდება და შეკუმშვის ამპლიტუდა მატულობს. ამისთანა ცვალებადობა და ასე შეფარდებულია ქსოვილის ამ ძირითადი ფიზიოლოგიური თვისებებისა ამა თუ იმ გამლიზიანებელი აგენტის გავლენით მაჩვენებელია იმის, რომ ეს აგენტი აძლიერებს ამ ქსოვილის ფუნქციურ მდგომარეობას. მაშასადამე, ჩვენი ცდების შედეგები გვაძლევს ჩვენ უფლებას დავასკვნათ, რომ ქლოროფორმი, პატარა დოზებით, ადგილობრივი მოქმედებით და მოწამვლის დასაწყისში აძლიერებს ბაყაყის გულის კუნთის და ჩონჩხის კუნთის ფუნქციურ მოქმედებას. ჩვენი გამოკვლევის შედეგები გვაძლევს ჩვენ აგრეთვე უფლებას ვიფიქროთ, რომ ქლოროფორმის ალგუნებითი მოქმედება ქსოვილებზედ შეიძლება დამტკიცებული იყოს ცდის მოწყობით მთელ ცხოველზედაც, ქლოროფორმის შეტანით პირდაპირ ცხოველის სისხლის კალაპოტში, თუ შეურჩევთ ამისათვის საჭირო პატარა დოზებს ამ ნივთიერებისას. ჩვენ გადავწყვიტეთ ამ საკითხის გამოკვლევის გაგრძელება სრული და ვადამწყვეტი შედეგების მიღებამდე.

ლიტერატურა:

1. И. Догель, Анатомия, Физиология и Фармакология сердца, 1895 г.
2. Holmgren, 1867 წ., ცნობა მოყვანილია ზემოდ აღნიშნული შრომიდან И. Догель, Анат. Физ. и Фармакол. сердца.
3. М. Сергеев, Диссертация, Казань 1895 г.
4. Проф. Кравков, Основы фармакологии, 1917 г.
5. ი. ბერიტაშვილი და გ. ცქიმანაური, „ნარკოტიულ ნივთიერებათა გავლენა გულის ფუნქციურ მდგომარეობაზედ“, ტფილისის უნივერსიტეტის მოამბე 15, VII 1925 წ.
6. U. Beritoff. u. G. Tskimauri, „Über den Einfluss einiger chemischer Agenzien auf den funktionellen Zustand des Herzens“. Zeitschrift f. Biologie Bd 82, 1924.

მ. ზაქარაია.

კლინიკის ასისტენტი.

სპონდილიტების მკურნალობის საკითხისათვის *).

(პროპედევტიული ქირურგიული კლინიკიდან. გამგე — პროფ. ნ. კახიანი).

სპონდილიტების მკურნალობაში გულმკერდის დონე ქეშმარიტად უძნელესად ითვლება, რა გზითაც არ უნდა ტარდებოდეს ეს მკურნალობა. თუ ყოველი სახსრის ტუბერკულოზის მკურნალობის მიუცილებელ პირობად მივიღებთ უძრავობას და ამ უძრავობისაგან მიმართულ ღონისძიებებს, — მაშინ უნდა ვაღიაროთ რომ გულ-მკერდის დონეზე ეს უძრავობა წმინდა იდეალია, მაშასადამე — მიუწვდომელი. ამოცანა ამ შემთხვევაში უფრო ძნელი, მძიმე და რთულია ვიდრე სხვა სახსრების დაავადების დროს.

ეს გარემოება, ეს მიზეზი ჩამალულია იმ ანატომიურ შენობაში რომელსაც წარმოადგენს ხერხემლის სვეტი მთლიანად და კერძოდ კი ცალ-ცალკე მალეები, განსაკუთრებით გულმკერდის დონეზე. ანატომიური აგებულობა, მისი არქიტექტურა მიმართულია იმისკენ, რომ ხერხემლის სვეტის სიმაგრე — მჭიდროებასთან ერთად შეინარჩუნოს ელასტივობა, მოძრაობის სიმდიდრე და მრავალფეროვანება.

სხვადასხვა დონეზე მალეებს სხვადასხვა კონტურები აქვთ: მაგალითად კისრის მალეები, თავის მსუბუქი კონსტრუქციით, არტიკულაციის სიმდიდრით, საგრძნობლად განირჩევიან სხვა დონის მალეებისაგან. არქიტექტურის ცვლილებებს ვხედავთ გულმკერდის მიდამოში. მოძრაობის მექანიკაში აქ თვალსაჩინო წვლილი შეაქვთ ნეკნებს ცალმხრივ მალეებთან შეერთებულთ, მეორე მხრივ კი გულმკერდის ძვალთან. მოძრაობა აქ უფრო შეზღუდულია. ამისდა მიხედვით შეიძლება ვიფიქროთ, რომ ხერხემლის სვეტის იმობილიზაცია გულმკერდის დონეზე იოლად და ადვილად მიიღწევა. ცხადია, რომ ასეთი სიმართლე აქ არ არსებობს და ამას მოწმობს ყოველდღიური გამოცდილება.

სწორედ გულმკერდის დონეზე თავს იჩენს სხვა ფაქტორი-სუნთქვის ფასქცია, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც დაავადებულ მალეებთან ან მალთან ვგაქს საქმე. სუნთქვას თან ჰყვება მუდმივ შეუჩერებელი ლექვისმაგვარი პროცესი, რაიც გამოიწვევს მალთაშუა არეს ხან შევიწროებას, ხან გაფართოვებას ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის მიხედვით. ეს გარემოება ნათელჰყოფს ამ მიდამოს იმობილიზაციის სიძნელეს და თვალსაჩინო როლს თამაშობს გულმკერდის დონის სპონდილიტების პესიმისტურ პროგნოზზე.

*) მოხსენებული საქართველოს ექიმთა მე-IV კონგრესზე 1926 წ.

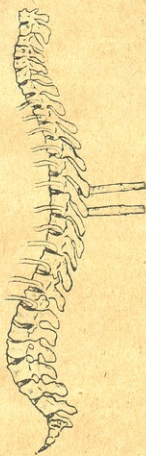
ამეამათ უკვე კანონის ძალა არა აქვს Calvet-ს დებულებას, რომელიც სპონდილიტების მკურნალობისათვის მიუცილებელ საჭირო დროთ ოთხ წელს სთვლიდა; არც Hoftis და Duram-ის გამოცდილებას, ვინაიდან მათ ეს ვადა გააორკეცეს (7 წელი). თანამედროვე ორტოპედიული მასალა, დამუშავებული ყოველმხრივ დეტალურად, შესწავლილი პირდაპირი და პროფილური რენტგენოგრაფიებით ამ ვადას ამოკლებს 16-დან 17 $\frac{1}{2}$ თვემდე.

ეს მხოლოდ სტაციონალურ, სპეციალურ საავადმყოფოებში შესწავლილ შემთხვევებს ეხება და არა საერთოთ ყველა სპონდილიტიანებს, ვინაიდან თვით ამერიკაც თავის სიმდიდრით და მორთულობით სპეციალ ინსტიტუტ-დაწესებულებებში ათავსებს ამ დაავადებით შეპყრობილების მხოლოდ ათ პროცენტს (10%). თუ რაოდენ გამახალისებელ შედეგებს იძლევა სწორი ორტოპედიული მკურნალობა ამაზე მეტყველობს Eugen Kisch-ის პირადი მასალა Hochenlychen-ში. ეს მასალა იძლევა—64,7% სრული კლინიკური და რენტგენოლოგიური გაჯანსაღებას; 6% გაჯანსაღების გზისკენ მდგომით (Vom der Ausheilung stehend); 22,4%—გაუმჯობესებას; უცვლელად 5,4%-ს, გარდაცვალება კი—3,4%—შემთხვევებში. ამ რიცხვში 49 ფისტულებით ვართულებულიც კი არის.

მაშასადამე—წმინდა ორტოპედიული მკურნალობა, განსაკუთრებით სანატორიულ პირობებში, მთელი ანტიფტიზიატრული მექანიზმის ამუშავებით შესაძლოა ხდის ამ სენთან წარჩინებულ ბრძოლას. მაგრამ ამ აზრის ორტოდოქსალურად მიმდევარნი არ არიან თავისუფალი დოქტორინისაგან, რადგან უმეტეს შემთხვევების სანატორიულ—ორტოპედულ მკურნალობას ვერ შევსძლებთ კიდევ დიდხანს მაინც და ხშირად მოგვიხდება სხვა საშუალებების დახმარებაც, მათ შორის ოპერატიულიც.

მე მინდა შევეხო კერძოთ Albe-ს ოპერაციას. ხსენებული ოპერაცია მიღებულია, ის კეთდება და თვით უკიდურესი კონსერვატორებიც მიმართვენ მას, თუნდ იმ სოციალურ მიზეზით და ჩვენებით, რომლის გვერდის ახვევა შეუძლებელი ხდება. ვინც ზოგადათ ოპერაციას უარყოფს—ცხადია მას სხვა საშუალება უნდა ჰქონდეს ავადმყოფის განსაკურნებლად; ეს საშუალება კი ჯერჯერობით ერთად ერთია: სწორი და უმწიკვლო სანატორიული ორტოპედია, დიდი მატერიალური სახსარი და სულ მცირე—ორი წელი.

ოპერაცია კეთდება, მაგრამ როდის და სად? რა შემთხვევებში. გატაცების ხანამ განვლო და შესაძლებელია სხვების და პირადი გამოცდილებით რაციონალური სარგებლობა და მათი გამოყენება. გამოქვეყნებული მასალის ანალიზი გვიკარნახებს რომ Albe-ს ოპერაცია არ უნდა კეთდებოდეს ბავშვებზე, მით უმეტეს მაშინ როდესაც კუზი უკვე გამოხატულია. ამ შემთხვევებში ხერხემლის ოპერატიული ფიქსაცია ნიშნავს, ჩვენის აზრით, არა რადიკალობას, არა აქტივობას—არამედ სრულ პასივობას. ეს არ არის პარადოქსი, ვინაიდან საკმაოდ ვიცით, რომ მრავალი კუზის გასწორება ორტოპედიულადაა შესაძლებელი. ოპერაცია კი კუზზე, ასე ვსთქვათ, მუდმივობის ბეჭედს ასვამს და ამით დასტაქარი თვითვე მოწმობს თავისი დარგის უძლურობას და ხელს იღებს მძიმე სიმპინჯესთან ბრძოლაზე. მაშასადამე ოპერაცია დასაშვებია დასაწყის ფორმებისთვის უფრო, ვიდრე შორს წასულ შემთხვევებზე.



სურ. 1.



სურ. 2.

აქამდე გამოკვეყნებული მასალა თითქმის ერთხმად მოწმობს, რომ გულ-მკერდის დონეზე გატარებული წარმოებული Albe-ს ოპერაცია, გაცილებით, მეტ ცუდ შედეგებს იძლევა. რატომ? ჩვენ ზემოთ მოკლედ შევხებით გულმკერდის დონეზე ხერხემლის სვეტის თავისებურობას და ამ მიდამოს იმობილიზაციის სიძნელეს—ორტოპედიულად. თუ ასეთი სიძნელე გველობება ორტოპედიულ მკურნალობის დროს, მაშინ, ჩვენის ფიქრით, სწორედ გულმკერდის დონე უნდა იქნეს არჩეული საოპერაციო დონით, ვინაიდან რაც არ ხერხდება ან ძნელია ორტოპედიულად, შეიძლება მოხერხდეს და გაადვილდეს ოპერატიულად. ამას ხომ არავინ უარყოფს რომ ოპერატიული წესით—ფიქსაცია მისაღწევია

თუ ბევრნი ოპერაციის წინააღმდეგი არიან არა იმიტომ, რომ უარყოფდნენ ფიქსაციის მიღწევას; მათის აზრით ორტოპედიული გზა უფრო მრუდ და ხანგრძლივია, მაგრამ მეტადაც შემნახველია.

მაშასადამე ჩვენ უფრო მართებულად მიგვაჩნია, წინააღმდეგ უმრავლესობის, რომ გულმკერდის დონეზე Albe-ს ოპერაცია უფრო დასაშვებია ვიდრე წელის დონეზე.

მაგრამ ესეც ხომ ცხადია, რომ გულმკერდის დონეზე Albe-ს ოპერაციის უარყოფითი-გაცუდებითი პროცენტი მეტია სხვა ადგილთან შედარებით. აქაც (გულმკერდის დონეზე) ხომ ხდება, თითქმის, 100%-ში ტრანსპლანტანტის შეთვისება, მაგრამ მიუხედავად ამისა დაავადება წარმატებით წინსვლას განიცდის. რაში მდგომარეობს ეს მიზეზი?—თუ საფიქსაციო მალეები ცუდათ არის არჩეული, ან ნაკლები მალეების რიცხვია აღებული, ან ტრანსპლანტანტი შეუფერებელია—ესევე უნდა შეეხებოდეს სხვა დონეს, ვსთქვათ—წელის მალეებს.

შესაძლებელია აქ ბევრ სხვა ფაქტორებსაც ჰქონდეს ადგილი და თვისი მნიშვნელობაც, მაგრამ უდიდესი ყურადღება უნდა მიექცეს ოპერაციის ზუსტად გატარებას, ვინაიდან ოპერაციის მიზანი მხოლოდ და სწორედ მექანიკურია (ფიქსაცია), ამიტომ ოპერაციის მექანიკას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ყველა ოპერატორები ერთხმად ლაღადებენ, რომ Albe-ს ოპერაცია მარტივია, სადა და იოლია. Турнер-მა ის ღურჯლის ხელობათაც მონათლა. შეიძლება ეს ასედაც იყოს წელის დონეზე, სადაც ყველა ხუთივე წვეტიანი მორჩი ერთი-ჰეორესაგან ძნელადაა გასარჩევი, მაგრამ სწორედ გულმკერდის მიდამოს ყოველ წვეტიან მორჩს, როგორც სიდიდით, სივანით, ისე დაქანებით—თავისებურობა აქვს. ყველა ეს (გულმკერდის) მორჩები საერთოდ ქვევით არიან დახრილნი, მაგრამ ამ დახრილობის, ასე ვსთქვათ, ხარისხი, მისი მათემატიკური კუთხე თუ გრადუსი ინდივიდუალური და თავისებურია. ავიღოთ მხოლოდ ერთი—დახრის საკითხი. ოპერატორს ნათლად უნდა ჰქონდეს წარმოდგენილი მისი ხარისხი. ცხადი უნდა იყოს—რომ ესევე შეეხება მორჩის სიგრძეს, სისქეს, სივანეს. ცხადია, რომ ყოველი მორჩის გაპობა წარმოადგენს სახელსაქმო თავისებურობას; ოპერაციის დროს კი ზშირად გვხვდება რომ მორჩები იპობა en masse, ზემოხსენებული თავისებურობის მხედველობაში მიუღებლად. სიძნელე და არსებით სიძნელე აქ იმაშია, რომ ბევრი მოსაზრების გამო—მორჩის გაჩინჩხვა დაუშვებელია, მაშასადამე ოპერაცია, ნამდვილი საოპერაციო არე ნათელი არ არის. ჩვენ ვხედავთ მხოლოდ მორჩის მწვერვალს; დანარჩენი ნაწილი კი, კეშმარტივად,

მხოლოდ უნდა წარმოვიდგინოთ და იარაღიც (სატეხი) ამ წარმოდგენილ გზით ვატაროთ.

რა დიდი მნიშვნელობა აქვს წმინდა ტენიკური მხარეს გასაგები ხდება ორი თანდართული სურათით. ავიღოთ მხოლოდ ერთი, მეტად მარტივი საკითხი—სატეხის მიმართულება. თუ ლაკონიზმი სიტყვაში საჭიროა—ის ზედმეტად საჭიროა საქმეში, კერძოთ კი დასტაქრობაში. თუ სატეხი პერპენდიკულიარულად არის მიმართული (სურათი № 1) და არა ირიბათ (სურათი № 2) რას ვღებულობთ ამ შემთხვევაში? იპობა მწვერვალო ზევით მდებარე მორჩისა და ფუძე (რკალთან) ქვემდებარისა.

უკეთეს შემთხვევაში მივიღებთ გაპობილ არეს და ხაზის სრული უსწორ-მასწორობას, უარეს შემთხვევაში კი—წმინდა ტენიკური აბსურდს, ვინაიდან ერთ და იმავე მორჩს გაპობილი ექნება მწვერვალი და ფუძე; შუა ნაწილი კი ხელუხლებელი რჩება. ტრანსპლანტანტის ჩანერგვა ამგვარად მომზადებულ ბუდეში სწყვეტს ფიქსაციის ბედ-იღბალს, განსაკუთრებით კი მაშინ, თუ ეს ბუდე სრული სისწორით არ არის მომზადებული ორ ზედა და ორ ქვედა მორჩებზე, რადგან ბოლოს და ბოლოს ფიქსაციის მთელი სიმძიმის მატარებელნი ეს მორჩები არიან.

ასე რომ Albe-ს ოპერაცია სწორედ გულმკერდის მიდამოზე სასურველი და სასარგებლოა, მაგრამ ნამდვილად ამ მიდამოზე მისი სისწორით ჩატარება ადვილი კი არ არის, არამედ ძნელი.

მ. მ. ტყეშელაშვილი.

კლინიკის ორდინატორი.

მუცლის კედლის კუნთოვანი პლასტიკის საკითხი- სათვის*).

(ტფილ. სახ. უნივ. პროპედ. ქირ. კლინიკიდან. გამეგ.—პროფ. ნ. ს. კახიანი).

კუნთოვანი პლასტიკის იდეას ჯერ კიდევ 1844 წელს ჩაეყარა საძირკველი როცა Blandin-მა ერთ ავადმყოფზე ხელოვნური ქუთუთოს შექმნის დროს, სრულიად შემთხვევით მოაყოლა რა ნაკერში წარბის კუნთი, აღმოაჩინა, რომ ხელოვნურად გაკეთებულმა ქუთუთომ შესდევში შეკუმშვითი უნარი გამოიჩინა.

მიუხედავად ამისა იგი თითქო ჯერ კიდევ ვერ შემოსილა სრული მოქალაქობრივი უფლებებით და მაშინ, როცა კანის პლასტიკა, ძელოვანი ქსოვილებისა, ნერვებისა და თვით სისხლის ძარღვებისაც კი, შედარებით, გაბედულად იხმარება თანამედროვე პრაქტიკულ ქირურგიაში, როცა მყესების პლასტიკა (მაშასადამე, იმავე კუნთების ორგანიული ნაწილის) მთელი საუკუნის ისტორიას ატარებს (ტენატომიას აკეთებდა ჯერ კიდევ Lorenz-ი 1784 წელში, Sartorius-ი 1813 წელში, Duval-ი 1835 წელში)—კუნთოვანი პლასტიკა ლაბორატორიულ თუ გასცილებია და პრაქტიკაში მეტად ნელი ნაბიჯით მიიწევს წინ. იმავე დროს მისი საჭიროება ქირურგიაში ფრიად დიდია და ზოგჯერ, პირდაპირ, არსებითი ხასიათის მოთხოვნილებას წარმოადგენს. ამიტომ ჩვენ ვიჩქარით რამდენიმე შემთხვევაც კი ამ სფეროდან ჩვენს უფროს ამხანაგებს გავაცნოთ.

კუნთოვანი პლასტიკა ნაჩვენებია ყველა იმ შემთხვევაში, როცა არსებობს დეფექტი ანა თუ იმ კუნთოვან ფენაში, ან როცა კუნთი არის, მაგრამ ამა თუ იმ პათოლოგიური პროცესების გამო იგი გადაგვარებულია და ფუნქცია აქვს დაკარგული. პირველი სახის პათოლოგიას ადგილი აქვს, უმთავრეს შემთხვევაში, მუცლის წინა და გვერდითი კედლების ფარგლებში, სადაც ასეთი დეფექტი არა ერთხელ განვითარებულა, როგორც შედეგი სხვადასხვა ტრავმიული დაზიანებისა, ანთებითი პროცესებისა და თვით ოპერაციული ჩარევებისა. ასეთებია საზარდულის თიაქრები, თეთრი ხაზის თიაქრები, თიაქრები inscriptions tendinae და სხვ. არა იშვიათია აგრეთვე იმავე მიდამოს თანდაყოლილი დეფექტებიც. რაც შეეხება მეორეს—მას უფრო კიდურებზე აქვს ადგილი და წარმოშობილია,

*) მოხსენადა 1925 წელში: ტფ. სახელ. უნივ. დასტაქართა კონფერენციას, საქართ. ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა საზოგადოებას ტფილისში, და ამიერკავკასიის დასტაქართა I ყრილობას ბაქოში (რუსულ ენაზე).

უფრო ხშირად, საერთო ხასიათის მძიმე დაავადებასთან. ასეთებია ბავშვთა დამბ-
ლები, *Pes aequinus*, *Pes valgus*, Little-ის ავადმყოფობა და სხვა.

ჩემი მოხსენება შეეხება კუნთოვანი პლასტიკის საკითხს მხოლოდ პირველი
სახის დაავადების დროს.

მუცლის კედლის დეფექტებს წინეთ ებრძოდენ დაზიანებულ არეში სხვადა-
სხვა ხელოვნური ფირფიტის ჩადგმით. ასე, მაგალითად, Burtlet-ი იძლეოდა
წინადადებას დეფექტის სივრცეში ჩაყენებული ყოფილიყო ვერცხლის ბადე;
Isnardi ამავე მიზნისათვის რბილ ნივთიერებისაგან (პარაფინი) დამზადებულ,
დაუტყრილველ ფირფიტებს ხმარობდა და სხვა. მაგრამ, ჩვენი ფიქრით ბევრი
შრომა არაა საჭირო, რომ დავამტკიცოთ ამ მეთოდის მიზანშეუწონლობა.
თავი რომ დავანებოთ იმ გარემოებას, რომ ასეთი ფირფიტები მალე ფუჭდება
(ზოგი ღლეება)—ჯერ ერთი, ეს არის, ფაქტიურად, იგივე პროთეზი, მოთავსე-
ბული მხოლოდ ადამიანის სხეულის ისეთ სათუთ ადგილში, რომელსაც ცოცხა-
ლი ორგანიზმი, საბოლოოდ, ვერასოდეს შეურიგდება. მეორე, იგი, როგორც გა-
რეშე სხეული თვით იწვევს ქსოვილების ტრავმას, გალიზიანებას და ამ ნიადაგზე
დეფექტის სივრცის კიდევ მეტ გაფართოებას. და მესამე, მუცლის კედელი ერთ-
გვარი ელასტიური პრესია, რომელიც, საჭიროების და მიხედვით, იკუმშება და
იშლება, რასაც ვერასგზით ვერ შეასრულებს მექანიკურად ჩაყენებული, ესა თუ
ის ფირფიტა, როგორი რბილი ნივთიერებისაგანაც არ იყოს იგი დამზადებული.

ყველაზე უფრო რაციონალი გზა მუცლის კუნთოვან ფენაში განვითარებულ
დეფექტის დახურვისა, ჩვეულებრივი გზაწესების უშედეგობის შემდეგ, არის
ისევ კუნთის გადმონერგვა, კუნთოვანი პლასტიკა.

მაგრამ კუნთოვანი პლასტიკა, როგორც ყოველი სხვა პლასტიკა, ორგვა-
რია: თავისუფალი და ფეხიანი.

თავისუფალმა მოიპლასტიკამ, როგორც ეს Riedinger-ისა, Capurro-სა
და Hildebrand-ის შრომებიდან გარკვევით სჩანს, ვერ გაამართლა, ჯერ-ჯე-
რობით მაინც, იმედები. გადატანილი კუნთის ნაჭერი მოკვდა, როგორც კუნთო-
ვანი ბოქკოების მატარებელი ელემენტი, ან, უკეთეს შემთხვევაში, ნაწიბუროვან
ქსოვილათ გარდიქმნა. Glück-ისა, Дешин-ისა და Helferich-ის მდიდარმა
ექსპერიმენტალმა ცდებმაც ამ მხრივ სანუგეშო ვერაფერი მოგვცა. Покотило-მ
1908 წელს, თავის ვრცელ სადისერტაციო შრომაში—„Общие методы пласти-
ческой хирургии“—უკანასკნელი დებულება კიდევ უფრო მეტის სიცხადით და-
ასაბუთა. სხვანაირად არც იყო მოსალოდნელი. კუნთი ერთსა და იმავე დროს
ჩვეულებრივი ქსოვილიცაა და დამთავრებული, განსაზღვრული დანიშნულების
მატარებელი ორგანოც. უკანასკნელის შემეცნებაში კი შედის მისი ინერჯაცია,
კვება (სისხლის ძარღვები) და ფუნქცია, რომლებიც მისთვის სიცოცხლის ინ-
ტერესებს შეიცავენ. მისი გადატანის დროს, ერთი ადგილიდან მეორეზე, ჩვენ
მხედველობაში უნდა გვქონდეს კუნთი, სწორედ როგორც, ორგანი და, მასასა-
დამე, არ უნდა დარღვეულ იქნას, უპირველესად ყოვლისა, ეს მისი საარსებო
მნიშვნელობის ატრიბუტები. ეს კი, თავისუფალი მოიპლასტიკის დროს, არ შე-
იძლება არ მოხდეს ყოველივე ჩვენი კეთილი სურვილების წინააღმდეგ და, ცხა-
დია, ოპერაცია მიზანს ვერ მიაღწევს. გერჩება ფეხიანი მოიპლასტიკა.

ფეხიან კუნთოვან პლასტიკას მე-90 წლებში მიმართეს მაშინდელმა ცნობილმა ქირურგებმა სხვადასხვა თიაქრების დროს, ასე, მაგალითად, Lotheisen-ი, Watson-cheyne, Stonham-ი (1892 წ.) და Прокунин-ი (1898 წ.) ამ მეთოდს ხმარობდნენ ბარძაყის თიაქრების დროს. Dauriac-ი (1894 წ.), Дьяконов-ი და Старков-ი (1898 წ.) — ქიპისა და თეთრი ხაზის მყესოვანი ნაქდევეების თიაქრების დროს და სხვ. 1897 წელს, მოსკოვის საერთაშორისო სამკურნალო კონგრესზე ამავე საკითხზე ვრცელი მოხსენებით გამოვიდა Riedinger-ი, რომელმაც წარმოადგინა მთელი რიგი საკუთარი ექსპერიმენტული ცდებისა და დაასაბუთა ფეხიანი მიოპლასტიკის შესაძლებლობა და მიზანშეწონილობა. იმავე დროს, ამგვარი პლასტიკის დადებითი შედეგებისათვის Riedinger-მა შემდეგი აუცილებელი პირობები წამოაყენა: 1) მკაცრი ასეპტიკა, 2) კანის განაკვეთი (მაშასადამე გარეთა ნაკერიც) არ უნდა ხვდებოდეს გადანერგილი კუნთის პირდაპირ (წინ), 3) ფეხი არ უნდა იქნას ძლიერ შემოტრიალებული და გადაგრებილი, 4) უკანასკნელი უნდა შექმნილ იქნას კუნთის იმ თავში, საიდანაც კუნთს ეჭრება მისი მკვებავი სისხლის ძარღვები და ნერვები, 5) გადასანერგ კუნთს, ოპერაციის დროს, უნდა მოვექცეთ დიდი სიფრთხილით, რისთვისაც საჭიროა ისეთი კუნთოვანი კონის არჩევა, რომელიც იოლათ ნაწილდება მისი ბუნებრივი შემაერთებელ-ქსოვილოვანი შუალედებით და 6) ფასცია, რომელიც კუნთს ფარავს, უნდა შენარჩუნებულ იქნას მის გადასანერგ ნაწილზე.

1900 წელს ამავე საკითხზე კიდევ ერთი დიდი შრომა გამოაქვეყნა Capurro-მ. იგი შეიცავს აგრეთვე მდიდარ ექსპერიმენტულ მასალას, რომელიც, ბოლოს და ბოლოს, იმასვე ამტკიცებს, მიუხედავად იმისა, რომ ამ გამოკვლევებით, გადანერგილი კუნთის ის ნაწილები, რომელიც პერიფერიაშია და ნაკერს ესაზღვრება, პირველ ხანებში მაინც, შემაერთებელ-ქსოვილოვან გადაგვარებას განიცდის.

რუსი ავტორებიდან ამ-საკითხზე ექსპერიმენტალ მუშაობას აწარმოებდა Дешин-ი, Дьяконов-ი, Старков-ი და Бакунин-ი. პირველი ძაღლებზე აწარმოებდა მუცლის წინა კედლის დეფექტების დახურვას მეზობელ მიდამოდან ფეხზე გადმონერგილი კუნთოვანი ნაკეთებით და, მიუხედავად იმისა, რომ, თითქმის, ყველა პრილობის შეხორცება დაჩირქებით მიმდინარეობდა, ყველა ამ შემთხვევაში გადატანილმა ნაჭრებმა კუნთის თვისებები შეინარჩუნა. Дьяконов-ი და Старков-ი გადასანერგ ნაჭრებს მუცლის სწორი კუნთებიდან იღებდნენ. ახდან 4 ცდაში მათ მიიღეს სრული შეხორცება, ერთში კი — შემაერთებელ-ქსოვილოვანი გადაგვარება. ამავე დროს აქ შემჩნეულ იქნა ერთი ფრიად საგულისხმო მოვლენა: იმ ადგილებში, საიდანაც გადატანილი იყო კუნთის ნაჭრები, დარჩენილმა ნაწილებმა რეგენერაცია აწარმოვა და პირველ ხანებში წარმოშობილი ჩაღრმავებანი ამოავსო. Бакунин-მა თავისი ცდები აწარმოვა 1908 წელს და მივიდა ანალოგიურ დასკვნამდე: **ფეხზე გადმოტანილი კუნთი არ კვდება ახალ ბინაზე და არც გვარდება, თუ დაცული იყო ოპერაციის დროს ყველა აუცილებელი ტექნიკური და პრინციპიული პირობა.**

როგორია ახლა ამ პროცესის ჰისტოლოგიური მხარე? აქ ჩვენ უნდა დავყარდნოთ, უმთავრესად, Capurro-ს ცდებს. ამ ცდების მიხედვით ჰისტოლო-

ლოგიური სურათი უახლოვდება იმას, რაც ჩვენ ვვაქვს, საერთოდ, კუნთის კრილოზების შეხორცების დროს: ერთდროულად ხდება დეგენერაციული და რეგენერაციული ცვლილებანი. დეგენერაციულ პროცესს განიცდის განაპირა ადგილებსა და განაკვეთის სივრცეში მოხვედრილი კუნთოვანი ბოჭკოები. ისინი კვდება და მათ ნაცვლათ წარმოიქმნება *perimisium internum* და *externum*-ისაგან მრავალი შემეერთებელ ქსოვილოვანი უჯრედი, რომელიც შემდეგ თავის მხრივ შემაკავშირებელ ნაწიბურათ იქცევა. ქსოვილის სივრცეში დეგენერაციულ პროცესში ჩათრეულია მხოლოდ გარდიგარდმო ზოლები. ბოჭკოთა გულგულო და მის ირგვლივ მოთავსებული უდიფერენციო სარკოპლაზმა ჯერ უცვლელი რჩება, შემდეგ კი ნაწილდება და მრავლდება, ჩნდება ახალგაზრდა უჯრედები. უკანასკნელები ჯერ მრგვალი მოყვანილობისაა, მერე ოვალური, შემდეგ თანდათან გრძელდება, იღებს თითისტარისებურ მოყვანილობას და იქცევა ბოჭკოებათ, რომლებზედაც, რამდენიმე ხნის შემდეგ გარდიგარდმო ზოლებიც წარმოიქმნება. ამრიგათ, ამ ორი, ერთი მეორის მოპირდაპირე, პროცესიდან, რომელიც პარალელურათ მიმდინარეობს, საბოლოო გამარჯვება რეგენერაციის რჩება.

აი, ეს უნარი კუნთოვანი ქსოვილების რეგენერაციისა არასოდეს უნდა დაგვაიწყდეს კუნთოვანი პლასტიკის დროს. ამას ის დიდი მნიშვნელობა აქვს, რომ გადანერგული კუნთის სიცოცხლე პირველ ხანებში რომ კიდევ შეფერხდეს ახალი ბინის მიჩენით, თუ კი მას ნერვები და მკვებავი სისხლის ძარღვები არ დაჰლუბა, ნაადრევი იქნება ფიქრი მისი საბოლოო სიკვდილის შესახებ. ამ მხრივ *Capurro*-ს შრომებს განსაკუთრებული ღირებულება აქვს.

გადავიდეთ კლინიკურ დაკვირვებებზე.

უნდა მოგახსენოთ, რომ კლინიკურმა შემოქმედებამ ფეხიანი კუნთოვანი პლასტიკის საქმეში, როგორც ეს ზევითაც სჩანდა, წინ გაუსწრო ექსპერიმენტალ ცდებს, მაგრამ მისი შედეგები სავსებით ეთანხმება დასკვნებს, ამ ცდებზე რომ შემუშავდა. ეს ერთი. მეორე, თუ საკითხის ექსპერიმენტალ ნაწილში დიდი ღვაწლი ევროპის დასტაქრებსა და ფიზიოლოგებს მიუძღვით, კლინიკურ ნაწილში, ოპერაციებისა თუ ლიტერატურული შრომების სახით, რამდენიმე შემთხვევის გარდა, პიონერობა რუს აშხანაგებს ეკუთვნის. *Дьяконов-ი*, *Чиж-ი*, *Спичарный*, *Салищев-ი*, *Греков-ი*, *Напалков-ი*, *Петерсон-ი* *Прокунин-ი* *), *Григорович-ი*, და სხვა—აი მთელი პლეადა იმ დასტაქართა და სამკურნალო მეცნიერების მოაზროვნეთა, რომელთა მუშაობამ კუნთოვანი პლასტიკის საკითხი, განსაკუთრებით მუცლის კედლის დეფექტების დროს, ექსპერიმენტალ არტანებიდან დაადგინა და პრაქტიკულ-კლინიკური შემოქმედების ცოცხალ ნაკადს მისცა. მართალია, *de Garay*-მ და *Cordero*-მ რუს ავტორებზე ხუთიოდე წლით ადრე იხმარეს იგივე მეთოდი, იმავე პათოლოგიურ მომენტებში, მაგრამ, ჯერ ერთი, მათ ოპერაციებს მაშინ არ მიუღიათ საზოგადოებრივი ხასიათი და, მეორეც, ეს მოხდა ერთი მეორის სრულიად დამოუკიდებლათ.

* ითვლება პირველ ავტორათ *m. pectineus*-ის გადანერგვისა ბარძაყის თიაქრების დროს ექ. ტ-მ.

თვითეული დასახელებული ავტორის შრომებსა და ოპერაციებს, ცხადია, აქ ჩვენ ვერ მოვიყვანთ. ვიტყვი მხოლოდ, რომ ისინი, იმისდა მიხედვით თუ რომელ კუნთს ხმარობენ გადმოსანერგათ მუცლის დეფექტების დროს, სამ ჯგუფათ იყოფა. პირველი ჯგუფი სწორ კუნთებს მიმართავს (Салищев-ი, Дьяконов-ი), მეორე—მუცლის გარეთა ირიბ კუნთებს (Спичарный*, Греков-ი, Напалков-ი), ხოლო მესამე ჯგუფი თერძის კუნთიდან (m. sartorius) იღებს გადასანერგ ნაქერს (პროფ. Чиж-ი, იგივე Дьяконов-ი და Греков-ი).

ყველა ამ ავტორმა, გარდა დიაკონოვისა, მიიღო ოპერაციის სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგები, რომელთა საფუძვლებზედაც მათ შემოქმედებს კიდევ ოპერაციის ტექნიკისათვის ერთგვარი modus-ი. უკანასკნელი ეთანხმება ექსპერიმენტალ მასალებზე მიღებულ დასკვნებს და, თითქმის სავსებით შედის მოხსენების საბოლოო დებულებებში. ამიტომ აქ მას აღარ მოვიყვან და აღვნიშნავ მხოლოდ იმ ზოგიერთ დამატებას, რომელთა ჩვენს საბოლოო დასკვნებში შეტანა საჭიროთ არ მივიჩნევთ. ასეთია, მაგალითად, Петерсон-ის პირობა, ოპერაციის მოხდენამდე, წინასწარ, მუცლის მაგარი ბანდჟევის წარმოების შესახებ. ეს, მისი აზრით, ხელს უწყობს, ერთი მხრივ, ორგანოების ერთგვარ კალაპოტში ჩაყენებას, ხოლო, მეორე მხრივ, სხეულის საერთო კვებითი პირობების აწევას. შემდეგ, პროფ. Греков-ის დებულება ავადმყოფის მთელი თვით ლოგინში დატოვების შესახებ, ოპერაციის შემდეგ, ან კიდევ, მისივე და Streissler-ის პირობა, ოპერაციის პირველ ხანებში გადანერგული კუნთის ყოველდღიური ფარადიზაციის შესახებ. მათი აზრით ეს საჭიროა აგრეთვე კვებითი პირობების აწვევისათვის.

ჩვენი პროპედევტიული ჭირურგიული კლინიკა მე III ჯგუფს მიეკუთვნება, იგნაიდან ყველა მისი ოპერაცია და დაკვირვება ამ სფეროში ნაწარმოებია მხოლოდ თერძის კუნთის გადანერგვაზე.

იღეა თერძის კუნთის (m. sartorius.) გადმონერგვისა მუცლის დეფექტების დროს ეკუთვნის რუსეთში პროფ. Чиж-ს, ხოლო ევროპაში—de Garay-ს. უკანასკნელმა მიმართა ამ მეთოდს 1896 წელს როცა მით დახურა საზარდულის დიდი თიაქარი და გამოსთქვა ისეთი აზრით კი, რომ შესაძლებელია, საერთოდ, თიაქარების დროს Bassini ამ წესით იქნას შეცვლილი. მაგრამ მაშინ de Garay-მ ვერ ჰპოვა გამოხმაურება და მხოლოდ 1902 წელსი С. Ф. Чиж-მა აწარმოვა იგივე ოპერაცია რუსეთში პირველისაგან სრულიად დამოუკიდებლათ. მან იხპარა ეს მეთოდი ერთ ახალგაზრდა ქალზე, რომელსაც appendicitis შემდეგ მუცლის წინა კედლის მარჯვენა ქვედა ნაწილში გასჩენდა დეფექტი და საზარდულის დიდი თიაქარი, როცა ჩვეულებრივი თიაქარაკვეთის ოპერაცია საკმარისი ვერ გამოდგა. მან აქ გადანერგა Sartorius-ის, თითქმის, ორი მესამედი და, როგორც ეს აწერილია მის, „Пересадка мышцы для закрытия из'яна стенки живота“-ში, ოპერაციამ ოპერატორის ყველა მოლოდინს გადააქარბა, მიუხედავად იმისა, რომ პირველ ხანებში სერიოზულ გართულებებს ქონდა ადგილი

*) Спичарный უნდა ჩაითვალოს პირველ ავტორათ გარეთა ირიბი კუნთის გადანერგვისა.

(კრილობის დაჩირქება, ფილტვების ანთება.): ავადმყოფს ხვრელი დაეხურა და თიაქარი მოესპო; ამოღებული კუნთის მხარეზე, სიარულისა და სხევაგარი მოქმედების დროს იგი ცვლილებას ვერაფერს ამჩნევს, გარდა კანის ერთგვარი ანესტეზიისა ბარძაყის შუანაწილში, რომელიც აგრეთვე, როგორც ამაში დარწმუნდა ავტორი, ავადმყოფის 3 თვის შემდეგ გასინჯვით, თანდათან რეგრესის გზას დაადგა: გადანერგილი კუნთი ინდუქტიურ ნაკადს გარკვევით უპასუხებს, მისი შეკუმშვითი უნარი ხელითაც ისინჯება მარჯვენა თეძო-ბარძაყის მიდამოს აქტიური მოქმედების დროს და სხვა. Чиж-ი ამ შემთხვევაზე მოხსენებით გამოვიდა რუსეთის დასტაქართა მე III ყრილობაზე, რომელმაც დიდი ინტერესი და აზრთა გაცვლა-გამოცვლა გამოიწვია.

მაღე ამის შემდეგ ეს ოპერაცია განმეორებულ იქნა Дьяконов-ის კლინიკაში 4 შემთხვევაზე, მუცლის წინა კედლის სხვა და სხვა დეფექტის გამო და ისინიც, მიუხედავად იმისა, რომ ისეთივე დამაკმაყოფილებელი შედეგები ვერ მოგვცა დეფექტების სრული დახურვის მხრივ, მეტათ მნიშვნელოვანია და დამახასიათებელი, განსაკუთრებით, იმ მხრივ, რომ აქ ერთ შემთხვევაში ნათლად დამტკიცდა გადატანილი თერძის კუნთის სიცოცხლე და აქტიუობა ოპერაციის მოხდენიდან, თითქმის, 3 წლის გასვლის შემდეგ.

1909 წელს, პიროგოვის რუს დასტაქართა საზოგადოებაში ამავე საკითხზე მოხსენებით გამოვიდა პროფ. Греков-ი, რომელმაც წარმოადგინა თავისი ერთი მეტად იშვიათი და საინტერესო შემთხვევა ორთავე თერძის კუნთის გადანერგვისა, რომელიც მან აწარმოვა მე-10-ე და მე-11-ე ოპერაციით ერთი, 56 წლის, თერძმეტი მშობიარობა განვლილი ქალის მიმართ, ბავშვის თავის ოდენა თიაქრის გამო მუცლის შუა ხაზზე. (უკანასკნელი გასჩენოდა ავადმყოფს საკვერცხის წყალ-ბუშტოვანი სიმსივნის შუა ხაზით ამოკვეთის შემდეგ. მისთვის ამის გამო უკვე 9 ჯერ გაეკეთებიათ ოპერაცია სხვადასხვა საავადმყოფოში, მათ შორის, რამდენჯერმე მუცლის სწორი კუნთების გადმონერგვითაც, მაგრამ საქმეს არაფერი შევლენია და პირიქით დეფექტი კიდევ უფრო განიერდებოდა). ტეხნიკურად ოპერაციები სწორეთ ისე იყო შესრულებული, როგორც ეს Чиж-ს აქვს ნაჩვენები. დავსძენ მხოლოდ, რომ ავტორი აქ მიმართავდა გადანერგილი კუნთების თითქმის ყოველდღიურ ფარადიზაციას. შედეგი მიიღო შესანიშნავი, რომელიც შემოწმებულ იქნა აგრეთვე ოპერაციიდან 5 თვის განვლის შემდეგ.

ევროპის ავტორებიდან de-Garay-ს შემდეგ, 1905 წელს Polya-მ და Pfann-მა გაიმეორეს ეს ოპერაციები, მხოლოდ ბარძაყის თიაქრების დროს, ხოლო 1907 წელს Streissler-მა Hacker-ის კლინიკაში თერძის კუნთით დახურა რამდენჯერმე გამეორებული საზარდულის თიაქარი, რომლის 2 წლის შემდეგ გასინჯვამ ცხადყო, ოპერაციის მშვენიერი და ხანგრძლივი შედეგი.

ესლა ნება მომეცით თერძის კუნთის ფიზიოლოგიასა და ტოპოგრაფიულ ანატომიას შევხეხო და ამ თვალსაზრისით მივუღდე საკითხს, ვინაიდან, როგორც მოგახსენეთ, მიოპლასტიკის უმთავრეს პირობათ უნდა ჩაითვალოს დაურღველობა კუნთის ფუნქციისა, ინერვაციისა და კვებისა.

აქ ჩვენ შეგვეძლო პირდაპირ Чиж-ისა, Волк-ისა და Григорович-ის საკუთარ გამოკვლევებს დავყრდნობოდით, მაგრამ პრ. კახიანის ასისტენტის, პა-

ტივეციმული ექიმი **ნ. დემეტრაძის** დახმარებით უშუალოდ გავეცანი საკითხს გვამებზე. თერძის კუნთი (*m. sartorius*) გაქიმულია ბარძაყის წინა და რამდენიმე შიგნი ზედაპირზე, ყველა სხვა კუნთებზე უფრო ზერეღით და ირიბათ, თქმოს ძლის წინა ზედა წვეტიდან (*spina iliaca anter. super.*) ვიდრე დიდი წვივის ძლის ხორკლამდი (*tuberositas tibiae*) და მოთავსებულია მთელ თავის სიგრძეზე *fascia lata*-საგან წარმოქმნილ, მკიდრო შემაერთებელ-ქსოვილოვან ბუდეში. უკანასკნელისაგან იგი კიდევ ისაზღვრება შიგნი საკუთარი ნაზი ფასციური გარსით და, იმისდა მიხედვით თუ როგორ განვითარებულ ორგანიზმთან გვაქვს საქმე, გამოხატულია მძლავრად ან სუსტად. საშუალოდ იგი სიგრძით 50 სანტიმეტრია, სიფართოთ: თავ-ბოლოში—1 სანტიმეტრი, ზევითა პირველ მეოთხედში—3,5 სმ. მეორე მეოთხედში—4 სანტ., მესამეში—4,5 სანტ., საიდანაც მერე ისევ ვიწროვდება თანდათან; სისქით — 1 სანტიმეტრი. მარჯვნივ, საერთოდ, იგი უფრო ენერგიულადაა გამოსახული, ვიდრე მარცხნივ. ინერვაციას იგი იღებს ბარძაყის ნერვისაგან გამოყოფილი, კუნთთათვის მიჩნეული ერთი ტოტთაგანით—*rami muscularis n-vi cruralis*, — როგორც ეს პირველად ასწერეს *Poirier*-მა, *Henle*-მ და *Debierre*-მ. ეს ტოტი, გამოდის რა ბარძაყის ნერვის დედა ტანიდან, თითქმის, პუპარტის იოგის დონეზე, მიემართება თერძის კუნთისაკენ, მისი უკანა ზედაპირის გასწვრივ, სადაც აძლევს მას, თავის მხრივ, რამდენიმე წვრილ ტოტს. ერთი უკანასკნელი ტოტთაგანი, უფრო თვალსაჩინო, გაჰყვება ამ უკანა ზედაპირს კუნთის შუა მესამედამდე. ზოგჯერ შუანახევრამდისაც, სადაც ეკრება კუნთს და ტოტიანდება მის სიღრმეში. რაც შეეხება კუნთის ქვედა ნაწილს, ჩვენ ვერ ვიპოვეთ ცალკე ნერვი, ვერ ნახა იგი თვით *Чиж-მაც*, მაგრამ მოსკოვის უნივერსიტეტის ანატომის *Алтухов*-ის ცნობით ასეთი არსებობს და წარმოქმნილია იგი იმავე ბარძაყის ნერვებისაგან. გარდა ამისა, როგორც ეს პროფ. **ნათი შვილმა** შენიშნა ამ მოხსენების წაკითხვის დროს საქართველოს ექიმთა საზოგადოებაში, ეს ნაწილი დანერვიანდება კიდევ *Ner. saphenus*-ის ტოტით და ეს ტოტი *Ner. cruralis*-ის უკანასკნელ ტოტათ ითვლება ბარძაყზე. მთელი დანარჩენი ქვევით მდებარე ნაწილი *Ner. saphenus*-ისა წმიდა კანის მგრძნობიარე ნაწილია, იმავე დროს თერძის კუნთს ხვრეტს კანისთვის მიჩნეული ორი წვრილი ტოტი—*Ner. cutaneus femoris anterior seu medius* და *Ner. cutaneus femoris internus seu medialis*,—რომლებიც, გამოეყოფა რა იმავე ბარძაყის ნერვს, მიემართება კუნთის უკანა ზედაპირისაკენ, ხვრეტს ამ ზედაპირის დამფარველ *fascia lata*-ს ღრმა ფიოფიტას, შედის კუნთის სიღრმეში, განივლის მას და *fascia lata*-ს ზერეღე ფიოფიტას და იფანტება კანის სისქეში.

კვების მხრივ თერძის კუნთი უზრუნველყოფილია ბარძაყის არტერიის—*art. femoralis*—მეოხებით, რომელსაც იგი ეჯვარედინება თავის მანძილზე წინიდან, მიმართულებით გარედან შიგნი. ამ ტოპოგრაფიული ურთიერთობის მიხედვით თერძის კუნთი შესაძლოა 3 ნაწილად გაიყოს: ზედა, შუა და ქვედა მესამედები. პირველი მესამედის დასაწყისს კვებავს ბარძაყის არტერიის პირველი ტოტთაგანის, *art. circumflexa ilei externa seu superficialis*-ის ტოტი, რომელიც შედის კუნთის სათავეში მედიალური კიდედან, მიმართულებით ქვევიდან და შიგნიდან ზევით და გარედ. შემდეგ ნაწილს კი კვებავს *ramus ascendens arteriae*

circumflexae] femoris lateralis, რომელიც შედის ამ მესამედის ქვედაბოლოში ისევე მედიალური კიდედან, მიმართულებით შიგნიდან გარეთ. შუა მესამედში m. sartorius-ს კვებავენ ბარძაყის არტერიის წინა ზედაპირიდან გამოსული, კუნთთათვის მიჩნეული ტოტები—rami musculares, რომლებიც შედიან კუნთის სისქეში მისი უკანა ზედაპირიდან, მიმართულებით უკანიდან წინ. უკანასკნელი მესამედი იკვებება მუხლის სახსრის ზედა არტერიით—art. articulationis genu supra—, რომელიც გამოდის ბარძაყის არტერიისაგან Hunter-ის მილის წინა-კედლის შუა დონეზე და შედის კუნთში, მიმართულებით გარედან და წინიდან შიგნიდან და უკან.

რაც შეეხება თერძის კუნთის დანიშნულებას, იგი იმაში მდგომარეობს, რომ, Hyrtl-ისა და Зернов-ის გამოკვლევების თანახმად, იგი ხრის წვივს მუხლის სახსარში, ხოლო ბარძაყს—მენჯ. ბარძაყის სახსარში და ამ მდგომარეობაში რამდენიმედ აბრუნებს კიდევ მთელ კიდურს თავის დერძზე შიგნიდან გარედ.

ჩვენ ვიცი, რომ ამ დანიშნულებას ასრულებენ ბარძაყის სხვა კუნთებიც და უფრო მეტის ენერჯითაც. მეორე მხრივ, მასა თერძის კუნთისა არ არის დიდი და, მაშასადამე, მისი მოცილება ჩვეულებრივი ბინიდან ქვედა კიდურის მოქმედებაში ვერაფერს მნიშვნელოვან ცვლილებას ვერ შეიტანს. გარდა ამისა მისი ბოქოები გასწვრივათაა დაწყობილი (არა ფრთისებრ, როგორც ესა აქვს მაგ. mus. quadriceps femoris) და შეესაბამება მუცლის წინა კედლის კუნთებს. აქვე უნდა დავუმატო კიდევ ერთი ფრიად საყურადღებო გარემოება: როგორც პროფ. ბერიტაშვილისა და ექ. იაშვილის უკანასკნელი ხანების ექსპერიმენტალმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა m. sartorius-ი (m. semitendinosus-თან ერთად) ჩონჩხის, თითქმის, ყველა სხვა კუნთზე უფრო მეტი შეკუმშვითი უნარიანობითაა დაჯილდოებული. ეს კი, ჩვენი ფიქრით, მის მეტ სიცოცხლიანობაზეც ლაპარაკობს, რაც ასე საფასურია კუნთისთვის ახალ ბინაზე გადაწვრვის დროს. რა დასკვნები შეგვიძლია გამოვიყვანოთ ყველა აქედან? 1) თერძის კუნთის გადაჭრა მისი $1/2$ -ისა და მით უფრო $2/3$ -ის დონეზე და ამ ზევითა ნაწილის სხვაგან გადაწვრვა ფეხზე, სათანადო სიფრთხილისა და ასეპტიკის დაცვით, არავითარ ნეკროზს არ გამოიწვევს არც გადანერვილი და არც დარჩენილი ნაწილისას. 2) ტენიკურად, ამ კუნთის ამოღება თავის ადგილიდან და განთავისუფლება სხვა ქსოვილებისაგან სიმძნელეს არ წარმოადგენს. 3) მისგან შექმნილი ნაჭერი საკმაო სიდიდისაა და სისქის, რომ დახუროს საშუალო სივრცის დეფექტი. 4) კუნთის ბოქოების დალაგება შეესაბამება მუცლის კედლის კუნთებს და 5) მისი მოცილება ბარძაყის მიდამოდან ქვედა კიდურის მოქმედებაში მნიშვნელოვან ცვლილებას არ შეიტანს, მით უფრო თუ დარჩენილ ნაწილს კუნთისას fascia lata-ს ფურცლებს მივამაგრებთ, როგორც ამას პროფ. კახიანი აწარმოებს—რაზედაც ქვევით გვექნება ლაპარაკი—და ასე შევუნარჩუნებთ მას ერთგვარი ტონუსის მდგომარეობას. ერთად-ერთი ნაკლი, რომელიც არ შეიძლება არ წარმოიშვას თერძის კუნთის გადაჭრითა და გადანერგვით—ეს არის ბარძაყის წინა ზედაპირის კანის ანესტეზია, გამოწვეული კანისათვის მიჩნეული 2 წვრილი ნერვიული ტოტის უმკველი დაზიანებით. მაგრამ, ჯერ ერთი, ეს მეტად უმნიშვნელო მსხვერპლია იმ გამარჯვებასთან, რომელსაც აღწევს ეს ოპერაცია და, მეორე, ჩვენ ვიცი, რომ თუ

ნერვის პერიფერიული ნაწილია მხოლოდ დაზიანებული, ცენტრალური ნაწილი-საგან კიდევ შესაძლოა მისი რეგენერაცია განვითარდეს. ყველა ამ მოსაზრების გამართლება ჩვენ უკვე ვიხილეთ ლიტერატურიდან და ახლა დაგვრჩენია მხოლოდ ჩვენს საკუთარ დაკვირვებებზე შევამოწმოთ ისინი.

ჩვენი დაკვირვებანი შეიცავს სულ რვა შემთხვევას. აქედან პირველი ორი უშუალოდ კლინიკიდან გამომდინარეობს, დანარჩენი ექვსი კი ეკუთვნის პროფ. კახიანიას ასისტენტს, ექიმ ნ. ი. დემეტრაძეს, რომელმაც ჩაატარა ისინი ტფილ. საგუბერნიო ციხის საავადმყოფოში, სადაც ერთდროულად იგი იყო მისი ქირურგ. განყოფილების გამგეთ. ავადმყოფობის მხრივ ყველა შენთხვევა წარმოადგენს საზარდულის მიდამოს რამდენიმეჯერ განმეორებულ თიაქრებსა და დეფექტებს, რომელთა მიმართ წარმოებული იქნა მიოპლასტიკა (თიაქართვეთასთან ერთად) თერძის კუნთის გადანერგვით. ტენიკურად ოპერაციები ყველგან ერთგვარი იყო, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ზოგიერთ მეორე ხარისხოვან წვრილმანს. კუნთი იღებოდა მთელი სისქით და სიფართით, სიგრძეზე არა ნაკლები მისი ჩვეულებრივი ნახევრისა. მუცლის ბანდხვევას ოპერაციის წინა ხანებში, Петрович-ი რომ ვვირჩევს, არ ვაწარმოებდით. არ ვაწარმოებდით აგრეთვე არც ყოველდღიურ ფარადიზაციას გადანერგილი კუნთისას, რომელსაც Греков-ი და Streissler-ი მიმართავდნენ. ავადმყოფებს ცოტა მეტხანს ვტოვებდით ლოგინათ ოპერაციის შემდგომ, ვინემ ეს ჩვეულებრივი თიაქართვეთის დროსა მიღებული. ისინი დგებოდნენ მე-12-15-ე დღეს, თუ რასაკვირველია რაიმე გართულებას არ ჰქონდა ადგილი, როცა ეს პერიოდი, იძულებული ვიყავით გაგვეგრძელებინა საჭიროებისდა მიხედვით. სპირტისა და იოდის ხმარება გადასანერგ ან უკვე გადანერგილ კუნთზე უარყოფითად იყო მიჩნეული.

შემახვევა 1.

კობ-ე. ლ. 45 წლის, ქართველი, ზენკალი. შემოვიდა კლინიკაში 20/II 24 წ. უჩივის სიმსივნეს მარჯვენა საზარდულის არეში, რომელიც მას შეუმჩნევია რამდენიმე თვის წინად, მძიმე ტერორის აწევის შემდეგ. ამას რამდენიმე წლის წინად წინ უძღვოდა კიდევ ერთი საყურადღებო მომენტი: ავადმყოფს მუცლის მარჯვენა ქვედა ნაწილში დასცემია ხის ბოძი. ობიექტური გასინჯვის დროს გამოირკვა, რომ ეს სიმსივნე საზარდულის თიაქარია, რომელსაც თანახლავს მუცლის ამ კედლის საკმაო სიგრძის დეფექტიც კუნთების ატროფიის ნივთადაც. უკანასკნელი ქვედა ბოლოში გაშლილია და თიაქარში გადადის, ზევით კი თანდათან ვიწროვდება და ერთგვარ სამკუთხედის მოყვანილობას იღებს. პალპაციის დროს დეფექტის ფარგლებში ისეთი შთაბეჭდილება რჩება, თითქო აქ ორგანოები მარტო კანითაა დაფარული. სხვა მხრივ ავადმყოფი ყოველ მხრივ დამაკმაყოფილებელ შთაბეჭდილებას სტოვებს, თუ არ მივიღებთ მხედველობაში მის საერთო სივამხდრეს. საშუალოზე მაღალი ტანისაა და გამართული მოყვანილობის. შინაგანი ორგანოების მხრივ არაფერია მნიშვნელოვანი. Diagnosis: Hernia inguin. dextra. Atrophia muscul. abdomini.

4/III 24 წ., ერთი დღის მზადების შემდეგ, ქლოროფორმის ზოგადი ნარკოზის ქვეშ o p e r a t i o პროფ. კახიანიას მიერ; Herniotomia cum myoplastica მარჯვენა თერძის კუნთის გადანერგვით. ოპერაციის ტენიკა Чиж-ის ოპერაციის ასლს წარმოადგენს: თიაქრის პარკის ჩვეულებრივი ამოკვეთის შემდეგ, ოპერატორმა, spina iliaca anter. superior-იდან 5 სანტიმეტრის დაცილებით, გაიყვანა მარჯვენა ბარძაყის წინა ზედაპირზე, თერძის კუნთის გასწვრივ კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ირიბი განაკვეთი, დაახლოვებით, 20—25 სანტიმეტრის

მანძილზე, გაკეთა ამავე მანძილზე გამოჩენილი lamina superficialis fasciae latae, რომელიც აქ თერძის კუნთის ბუდის წინა ფურცელს წარმოადგენს, განათვისუფლა sartorius-ის ეს ცენტრალი ნაწილი შემავრთებელ-ქსოვილოვან შენაზარდებისაგან, უშთავრესად, ჩლუნგად, გამოიყოფრთხილად იგი და მერმე განაკეთის ქვედაბოლოში გადაკეთა მთელ სისქე-სიფ.რთხივზე, შეუბარჩუნა რა საკუთარი ნაზი ფსკიურთი გარსი. ამის შემდეგ შემოაბრუნა კუნთი ზევით, ისე, რომ მისი უკანა ზედაპირი ეხლა წინ მოექცა, ხოლო, წინა—უკან. მერმე განაკეთის ზევითა თავიდან კანსა და მუც. გარე ირიბი კუნთის აპონევროზის ქვეშ შექმნა ერთჯვარი ირიბი გვირაბი, მიმართულებით გარედან და ქვევიდან შიგინ და ზევით, სადაც ფრთხილად გაატარა კუნთის ნაკვეთი და მოათავსა იგი დეფექტის ადგილში ისე, რომ რამდენიმედ კუნთი კიდევ სცილდებოდა დეფექტის საზღვრებს. აქ კუნთი მიაკერა აბრეშუმის ძაფით ახლომდებარე მუსკოვან-კუნთოვან რკალს. უნდა ითქვას, გაკვირვებულა გადანერგული კუნთის ყველგან ერთნაირი არ დარჩა. ზევით, საცა დეფექტი უფრო ვიწრო იყო, მას ზომიერი გაკვირვებულა ჰქონდა, ქვედა ნაწილში კი, საცა დეფექტი გაშლილი იყო და ყოფილ თიქარაში გადადიოდა—საქირა შეიქნა კუნთის ზედმეტი გაჭიმვა სიფართხზე, რომ მას დაეხურა მთელი სიგრეცე. ბარძახზე დატოვებული ნაწილი sartorius-ისა თერატორმა რამდენიმე კვანძოვანი ნაკვითი მიამაგრა fascia lata-საგან წარმოქმნილ, დაკვირვებულ ბუდეს, მისწია რა ერთმანეთთან მისი გამობოლი წინა ფურცელი და შარ შემავრთებელ ქსოვილებთან ერთად. ორივე განაკვეთი ყრუთ დახურა, მუცელზე კვანძოვანი, ბარძახზე განუწყვეტელი ნაკვებით. თერატორა 33 წამი გაკრეფილა და რაიმე გართულებას აღვილი არ ჰქონია *)

ოპერაციის შემდეგი ხანა ვერ იყო მთლად დამაკმაყოფილებელი. ჯერ ერთი, ორთავე განაკვეთში ჩირქნარევი სითხე ჩადგა, რის გამოც იძულებული ვიყავით ტრილობები გაგვეხსნა და ტამპონაციისათვის მიგვემართა. მეორე, სწორედ მაშინ როცა, როგორც იყო, ტრილობები დაიხურა და შეხორცდა, ავადმყოფს აღმოაჩნდა მარჯვენა ექსულატორი პლევრიტი, რის გამოც ავადმყოფი დიაგნოსტიურ კლნიკაში (იმავე საავადმყოფოში) გადავიყვანეთ, სადაც მან მთელი თვე დაჰყო. მოუხდავად ყველა ამის ბოლოს კ—დე მაინც განმომივლიდა და იმავე წლის მაისის რიცხვებში გაიკურნებულ იქნა საავადმყოფოდან. გაწერისას მას ორივე განაკვეთის შეხორცება დამთავრებული ჰქონდა, რომლებიც სწორხაზიან ნაწილებით იყო გამოხატული. ყოფილი დეფექტი მკერდის კუნთოვანი კედლით ჰქონდა დახურული; უკანასკნელი ამ მიდამოს ცოტა შემალღების სახეს აძლევდა. თიქარა აღარ ჰქონდა აღვილი. ნათერაციები ქვედა კიდურის მოქმედებაში ავადმყოფი მინუნელოვანი ცვლილებას ვერაფერს ამჩნევდა. ვარდა ბარძახის შუა ნაწილის კანის ერთგვარი გაჭეუბება, თუ შეიძლება ასე ითქვას. ოპერაციით იგი კმაყოფილი იყო.

31/X—24-ს, მაშასადამე, 8 თვის შემდეგ ოპერაციის მოხდენიდან ჩვენ დავიბარეთ ავადმყოფი კლნიკაში ოპერაციის შედეგის შემოწმების მიზნით. აღმოჩნდა, რომ, მოუხდავად მშვენივრად შეხორცებული განაკვეთისა, უკანასკნელის ქვედა 1/4-ში (მუცლის განაკვეთი) მას ახალი პატარა გამოდრეკილობა განვითარებოდა. როგორც ეტყობოდა აქ აღვილი ჰქონდა კუნთის ნაკერის გახსნას, ვინაიდან თვით გადმოტანილი კუნთი ცოცხალი იყო და მთელ სიგრძეზე ელექტრონულ გალიზინებას (ფარადიული ნაჯიდი) კარგი შეკუმშვით უპასუხებდა. მართალია, რაოდენობის მხრივ, ეს შეკუმშვა მარცხენა საზარდულის მიდამოსთან შედარებით უფრო პატარა იყო; ვარდა ამისა, თვით გადმონერგული კუნთის მთელ სიგრძეზე იგი ერთნაირი არ იყო: ქვედა 1/2-ში იგი უფრო ენერგიულად იყო გამოსახული, ვიდრე ზედა 1/4-ში. გაწერის დროს არსებული შემალღება ამ მიდამოს ეხლა დაცემული იყო და ნორმალ სივაცეს უახლოვდებოდა. ბარძახის კანის ანესტეზია თვალსაჩინოდ შესუსტებულიყო. ტკივილებს, ან სხვა რაიმე უზერზულობას ავადმყოფი არ უჩიოდა. მუცლის ორგანოების მოქმედება ნორმალი ჰქონდა.

ყველა აქედან ერთად ერთი დასკვნის გამოყვანა შეიძლება: გადანერგული კუნთი ცოცხალია, როგორც განსაზღვრული დანიშნულების ორგანო, რითაც

*) აქვე მომყავს ამ ოპერაციის სქემატიური სურათი, რომელიც 4 ი ახ-ის შრომიდანაა ამოღებული ცოტა გადიდებით, რაკი პრ. კახიანი საცხებით ეთანხმება მას.

აღდგენილია, თუმცა ნაწილობრივ, მუცლის პრესის დარღვეული ფიზიოლოგია. რაც შეეხება ახალ გამოდრეკილებას, ეს არ იყო მოულოდნელო თუ გავიხსენებთ, რომ დეფექტის ქვედა ნაწილი უფრო გაგანიერებული იყო, რომელსაც, ოპერაციის დროს გადანერგული კუნთის ნაჭერი ხეირიანად ვერ ყოფნიდა, თუ არა ზედმეტი გაჭიმვით. (აქ მეორე ოპერაციის მოხდენა გვინდოდა და მეორე sartorius-ის გადმოიწერვით, მაგრამ ავადმყოფი იმ ხანებში დაპატიმრებული იქნა რაღაც მიზეზების გამო და კლინიკაში აღარ შემოსულა). რაც შეეხება გადანერგული კუნთის ზედა მესამედის უფრო ნაკლებ აქტიობას ქვედა $\frac{2}{3}$ -თან შედარებით, ესეც ასახსნელია ჩვენ მიერ ზევით წარმოდგენილი ცნობების შემდეგ. მხედველობაში გვაქვს გადანერგვის ჰისტოლოგია Capurro-ის ექსპერიმენტალ ცდებს რომ ემყარება, შემდეგში ეს განსხვავებაც, იმავე ცნობების მიხედვით, უნდა თანდათან შემცირდეს.

შემაჯავებელი 2.

ნარ.—ივ ვ., 51 წლისა, რუსი რკინის გზელი. შემოვიდა კლინიკაში 21/XI—24-ს. უჩივის მარცხენა სახარდულის თიაჭარს, რომელიც გამოსწვნია მიმავალ მატარებელზე შეხტომის შემდეგ 1919 წელს. ამავე წლიდან—ვიდრე 1923 წლამდე მისთვის მ-ჯგერ გაუკეთებიათ ჩვეულებრივი თიაჭართკვეთის ოპერაციები ბაქოსა თუ ტფილისის საავადმყოფოებში, ყოველთვის ჭრილობა დასწორებულია და მეორე-მესამე თვეზე თიაჭარი განმეორდება. 1923 წელში იგი წოლილა ჩვენსადმი კლინიკაში, სადაც მისთვის მე-4-ე ოპერაცია გაუკეთებიათ თიაჭართკვეთისა. ჭრილობა პირველადი შეზორცებით დამთავრებულია და მე-18-ე დღეზე გაწერილა კლინიკიდან განკურნებული, მაგრამ 4 თვის შემდეგ მას კვლავ მოსვლია რეციდივი. 1924 წელში ჩვენსადმი კლინიკაში მე-5-ე თიაჭართკვეთა გაუკეთებიათ Bassini-თ (სათანადო წიგნებში გამოირკვა), მაგრამ სამი თვის გავლის შემდეგ მას კვლავ მოსვლია რეციდივი, მიუხედავად იმისა, რომ ჭრილობა ესლაც პირველადით შეზორცებია. ეხლა მესამეთ წება ავადმყოფი კლინიკაში. ტკივილებს არაფერს უჩივის. შთამომავლობაში პათოლოგიური არაფერია. გადატანილ ავადმყოფობებში აღსანიშნავია მალარია, სახსრების რევმატიზმი და სუსუნატი. გარეგნულად იგი საშუალოზე მაღალია, სწორი მოყვანილობის, მაგრამ მეტათ სუსტათ განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილებით და, აგრეთვე, მთელი კუნთოვანი სისტემით. დასაწანი ლორწოვანი გარსები ანემიური. შინაგანი ორგანოების მხრივ აღინიშნება გულის ტონების მოყრუება და ბრონქიალური სუნთქვა. ადგილობრივმა რბივქტიურმა გასინჯვამ გამოარკვია *Hernia inguinalis sin. recidiva cum atrophia musc. abdominis* და *Hydrocele testis sinistra*. 6/XII—24-ს, 2 დღის მზადების შემდეგ, ქლოროფორმ-ეთერის ქვეშ პროფ. კახიანიის მიერ ავადმყოფს გაუკეთდა ოპერაცია: *Herniotomia cum myoplastica* მარცხენა თერძის კუნთის გადაწერვით. ტენიკა ოპერაციისა იგივეა, მხოლოდ აქ კუნთის მარტო ნაწევარი იქნა გადატანილი და, კიდევ, კანქვეშ გვირავი არ ყოფილა გაკეთებული. ერთდროულათ ავადმყოფს შ ტ ე ი ა ს. *Vasectomy* გაუკეთდა იმავე მარცხენა მხარეზე სახარდულის მიდამოში.

ოპერაციის შემდეგი ხანა აქაც კანქვეშ დასწორებით (მუცლის ჭრილობაში) მიმდინარეობდა, რის გამოც ტამპონაციას ვაწარმოებდით. ამ გარემოებამ ერთმა გააკეთებულა შეზორცების საქმე, მაგრამ ბოლოს 2 თვის შემდეგ, ჭრილობა მაინც დაიხურა და თიაჭარი მოისპო. ადგილი აქვს, მართალია, ერთგვარ უსწორ-მასწორობას ამ მიდამოში, მაგრამ იგი სრულიად მისაჩვედრი უნდა იყოს აშდენი გადატანილი ოპერაციებისა და განვითარებული ნაწიბურების შემდეგ ამ ადგილში. სიარულის დროს ავადმყოფი მარცხენა მხარეზე რაიმე ცვლილებას ვერ აჩვენებს, გარდა კანის მგრძნობიარობის შესუსტებისა ამავე ბარძაყის წინა და ზედა ნახევარში, რომელიც მისივე განმარტებით თანდათან კლებულობს.

17/I—25-ს ავადმყოფს ვისინჯავთ ელექტრონაკადით. გადატანილი კუნთი უპასუხებს გაღვაწიურ ნაკადს Pantostat-დან 40 მილიამპერზე, მაშინ როცა ხელუხლებელი sartorius-ი ანგვარივ

შეცუშვით უპასუხებს უკვე 10 მილიამბერზე. ხოლო მარცხენა Sartorius-ის დატოვებული ნაწილი—20 მილიამბერზე. ფარადიულ ნაკადზე გადანერგილი კუნთი სრულიად ყრუ აღმოჩნდა.

20/1—25-ს ხელახლა გავსინჯეთ ავადმყოფი ელექტრონაკადით და მივიღეთ სხვა შედეგი: გადანერგილი კუნთი გაღვანიურ ნაკადს უპასუხებს უკვე 32 მილიამბერზე, დატოვებული ნაწილი—16 მილიამბერზე, მარჯვენა Sartorius-ი კი—ისევ 10 მილიამბერზე. შემდეგ, გადანერგილი კუნთი უპასუხებს აგრეთვე ფარადიულ ნაკადს და უპასუხებს 10 სანტიმეტრის ძალაზე, მაშინ, როცა მარჯვენა Sartorius-ის ასეთივე შეცუშვისათვის ნაკადის 5 სანტიმეტრის ძალა საჭირო.

3/III—25-ს ავადმყოფს უკეთდება Winkelmann-ის ოპერაცია სათვისლე ჯირკვლის წყალმანკის გამო, რომელიც პირველადი შეზორცებით მთავრდება.

2/V—25-ს, ე. ი., მიოპლასტიკის მოზღვნიდან 5 თვის გავლის შემდეგ კიდევ ვსინჯავთ ავადმყოფს ელექტრონაკადით. აღმოჩნდა, რომ გადანერგილი კუნთი ახლა უკვე 8 სანტიმეტრის ძალის ფარადიულ ნაკადს უპასუხებს, ხელუხლებელი Sartorius-ი კი ისევ 5 სანტიმეტრის ძალაზე უპასუხებს*). მაგრამ, ამავ დროს, მუცლის განაკეთის ქვედა ნაწილში შემჩნეული იქნა ნიშნები თიაქრის ახალი რეციდივისა. კანის ანესტეზიას ავადმყოფი ეხლა სრულიად აღარ უჩივის.

მიუხედავად აღნიშნულისა დასკვნა აქ შემთხვევიდანაც პირველი შემთხვევის თანაბარი არ უნდა იყოს. ამის საბუთს გვაძლევს, პირველად ყოვლისა, გადანერგილი კუნთის თანდათანობითი შეზორცება და სიცოცხლიანობის შენარჩუნება, შემდეგ, მრავალჯერ განმეორებული დეფექტისა და თიაქრის, მართალია ნაწილობრივ, დახურვა საკმაოდ მკვერივი კუნთოვანი კედლით, პირველ ხანებში შექმნილი კანის ანესტეზიის გავლა და სხვა. მართალია, ყველა ეს მიმდინარეობდა ძლიერ ნელა და აზიზად. მართალია ისიც, რომ ჩვენ თვალწინ სჩანს ახალი რეციდივი, მაგრამ თუ მივიღებთ მხედველობაში ავადმყოფის ხნოვანობას, ექსპერტ მოხდენილ ოპერაციას ერთსა და იმავე მიდამოში (Steinach-ისა და Winkelmann-ის ოპერაციებს გარდა) და მათ მიერ განვითარებულ ნაწიბურებს, რაც, ცხადია, ასე აფერხებდა კუნთის შეზრდას სხვა ქსოვილებთან და აქტიობის დაბრუნებას, შემდეგ, ავადმყოფის საერთო სისუსტეს, სისხლ-ნაკლულობას, მუცლის კუნთების ატროფიულ მდგომარეობას და აგრეთვე დაჩირქებას კრილობაში, რომელიც მთელი 2 თვე მიმდინარეობდა—უნდა ვთქვათ, რომ უკეთესი შედეგის მიღება ძნელი იყო.

შემაჯავებ 3.

ავადმყოფი ს. 26 წლის, სომეხი, მკვდელი, 1924 წლამდე სამჯერ გაუჯეთდა ჩვეულებრივი ოპერაცია თიაქართვეთისა მარჯვენა სახარდულის მხარეზე, მაგრამ ამოდ, სამივეჯერ დაინებით მისდევდა ერთიმეორეს რეციდივები. 1924 წლის დასასრულში ავადმყოფი მიხვდა ტულისის გამასწორებელი სახლის საადმყოფოში, სადაც, ავდილობრივი ანესტეზიის ქვეშ, მას უკეთდება მეოთხეჯერ თიაქართვეთის ოპერაცია, მაგრამ ეხლა უკვე მიოპლასტიკის დამატებით მარჯვენა თერძის კუნთის მეოხებით. ოპერაციის მეორე დღეს ავადმყოფი, თავისი სურვილით წამოდგა რა ლოგინიდან, დაეცა იატაკზე და მიიღო კრილობათა მიდამოებში მნიშვნელოვანი ტრავმა კანის ნაკერების გავლევით და კრილობის კედლების გახსნით პლასტიკის ფარგლებში, რამაც, შემდეგში, დაჩირქება გამოიწვია. ყველა აქედან 4 დღის განვლის შემდეგ ავადმყოფი განთავისუფლებულ იქნა საპატიმროდან და ისიც კრილობებ შეუზორცებელი გაეწერა საავად-

*) გამოკვლევებს კუნთის აქტიობისა ელექტრონაკადზე აწარმოებდნენ ჩემი თანდასწრებით რკინ. გზის საავადმყოფოს ნევროპათოლოგები — ექიმები პ. მ. სარაჯიშვილი და ნ. ა. ფოფხაძე, რომელთაც აქვე ვუცხადებთ გულთიად მადლობას. ექ. ტყავაძე.

მყოფოდან. სწორედ ერთი წლის შემდეგ ს—ს. ხელმოვრედ აბატიმრებენ და, ენლა უკვე მარცხენა მხარის საზარდულის თიაქრის გამო, იგი კვლავ თავსდება საავადმყოფოში, სადაც მას უკეთდება კიდეც Bassini-ის ჩვეულებრივი თიაქართვეთა.

ჩვენ ამ შემთხვევაში უფრო გვაინტერესებდა წლის წინეთ მოხდენილი ოპერაციის შედეგი და, ამ მხრივ, აღმოჩნდა, რომ უკანასკნელ დღეებამდე ავადმყოფს ახალი რეციდივი აღარ გასჩენია, რომელიც წინა წლებში ისე დატინებით მეორდებოდა. და ეს მიუხედავად იმ დაჩირქებისა, რომელსაც ადგილი ჰქონდა ოპერაციის შემდეგ და აგრეთვე იმისა, რომ მთელი ამ პერიოდის განმავლობაში ავადმყოფი, როგორც თვით გვარწმუნებდა, მკედლის ჩვეულებრივ მძიმე სამუშაოს ასრულებდა. დანარჩენი ჩვენებები მისი, სხვა საერთო მდგომარეობის შესახებ, ნაწარმოებ ოპერაციასთან დამოკიდებულებით, ანალოგურია წინა ავადმყოფობის ამგვარ ჩვენებასთან.

შემთხვევა 4.

ავადმყოფი ჯაფარ ოლი, შუახნის, თურქი, დაბალი მონამსახურე. შეპყრობილია ორმხრივი დიდი (მარცხნივ უფრო დიდია) საზარდულ-სათესლე პარკის თიაქრით. 1925 წლის დასაწყისში იმავე საავადმყოფოში უკეთდება, ადგილობრივი ანესტეზიის ქვეშ, მარცხენა მხარის Herniotomia მუცლის კედლის დეფექტის დახურვით მარცხენა Sartorius-ის გადმონერგვით. პლასტიკის ფარგლებში კრილობა დაჩირქდა—ჩვენი ფიქრით, ოპერაციის დროს გაუფრთხილებლობით სპირტის ხმარების გამო—რომელიც თვენახევარს გაგრძელდა. ამისდა მიუხედავად გადანერგული კუნთის სიკვდილი არ მიგვიღია და პლასტიკამ თავის მიზანს მიაღწია, რასაც მოწმობდა ჩვენი ამ ავადმყოფზე 5 თვის თვალ-ყურის დევნება. მეექვსე თვეზე პირველი ოპერაციიდან ავადმყოფს უკეთდება მარჯვენა მხარის Herniotomia, ჩვეულებრივი Bassini-Венгловский-ს გზა-წყისით. ოპერაციის შემდეგი ხანა ნორმალურად მიმდინარეობს და კრილობა პირველადათ ხორცდება, მაგრამ, სამი კვირის შემდეგ ჯაფარ-ოლი ავად ხდება ინფლუენციით და გრაიმოზული პნევმონიით იღუპება. სამწუხაროდ, ჩქარა დამარხვის გამო, ვერ მოხერხდა გვამზე გადანერგული კუნთის ნაწილაკის ამოკვეთა, რათა მისი მიკროსკოპიული გასინჯვა მოგვეხდინა.

დანარჩენ 4 შემთხვევას, რომლებიც აგრეთვე საზარდულის განმეორებულ თიაქრებს ეხება, სათითაოდ აღარ ავსწერ, რადგან ისინი, ფაქტიურად, ერთგვარია. ყველგან კრილობები პირველადათ შეხორცდა და შედეგად დეფექტების სრული დახურვა მივიღეთ ახალი, მკვრივი კუნთოვანი კედლით. ერთი ამ ოთხთაგანი—ავადმყოფი ს—ძე, 53 წლისა, კოპოერაციის თანამშრომელი, რომელსაც იმავე დროს ფიზიკური შრომის წვევაც უხდება—ჩვენი თვალყურის დევნების ქვეშ არის, აგერ, ერთი წელი და სამი თვეა და ამ ხნის განმავლობაში მას არავითარი რეციდივის ახალი ნიშნები არ ემჩნევა. რაც შეეხება დანარჩენ 3 ავადმყოფს, მათზე ჩვენი თვალყურის დევნება გრძელდება არა უმეტესი 3 თვისა, მაგრამ ამ პერიოდში კი მათაც არავითარი რეციდივის ნიშნები გამოსჩენიათ.

მოხსენება სრული არ იქნება თუ არ მოვიხსენიე კიდეც ერთი ამგვარივე ოპერაცია საქართველოში, რომელიც უწარმოებია პროფ. გ. მ. მუხაძეს 1925 წელში, როგორც ეს აღნიშნული აქვს ექიმ გაცუას თავის ჰოსპიტალ. ქირურგიული კლინიკის 6 წლის თიაქრების სტატისტიკაში („თანამედროვე მედიცინა“ № 8—1925 წ.). მას უხმარია მიოპლასტიკის ასეთივე მეთოდი თერძის კუნთის გადანერგვით ერთ შემთხვევაში, ორჯერ განმეორებული საზარდულის დიდი

თიაქრის გამო, და მიუღია სრულიად დამაკმაყოფილებელი შედეგი. ოპერაციის ტენიკაზე და მის კონკრეტული დეტალებზე, სამწუხაროდ, არაფერი ვიცით, რადგან დასახელებულ შრომაში ისინი აწერილი არ არის. ექ. გაგუა ერთ თავის ცხრილში, სადაც თიაქარკვეთის მეთოდებზეა ლაპარაკი, აღნიშნავს კიდევ 16 herniotomia plastica-ს, მაგრამ ჩვენ არ ვიცით რა პლასტიკაზეა აქ ლაპარაკი, ცხრილს უფრო ვრცელი განმარტებები არ ახლავს. ვფიქრობთ, ისინი ჩვენ მიოპლასტიკას არ შეიცავს.

დასკვნები:

1. მუცლის კედლის დეფექტების დროს ხელოვნური ფირფიტები და, აგრეთვე, თავისუფალი მიოპლასტიკა მიზანშეუწონელია.

2. მუცლის კედლის ისეთი დეფექტების დროს, რომელიც ჩვეულებრივი გზა-წესებით არ იხურება, საუკეთესო რაციონალ მეთოდით ფეხიანი მიოპლასტიკა უნდა ჩაითვალოს.

3. ფეხიანი მიოპლასტიკის მეთოდის წარმოებას, მუცლის კედლის დეფექტების დროს, უდაო სახელმძღვანელოდ უნდა დედევას:

ა) მკაცრი ასეპტიკა და Haemortaris-ი.

ბ) კუნთის სასიცოცხლო ორგანოების—ინერვაციისა და სისხლძარღვების მთლიანობის შენარჩუნება.

გ) მისი საშუალო ზომის მოჭიმულობა, ვინაიდან, როგორც ზედმეტი გაქაჩვა, ისე ზედმეტი მოშვებულობა ხელს უწყობს კუნთის სიკვდილს.

დ) მისი სანდო ქსოვილებზე მიკერება² სიმაგრის მხრივ.

ე) მისი, რამდენიმედ, ზედმეტობა დეფექტის სივრცესთან შედარებით და

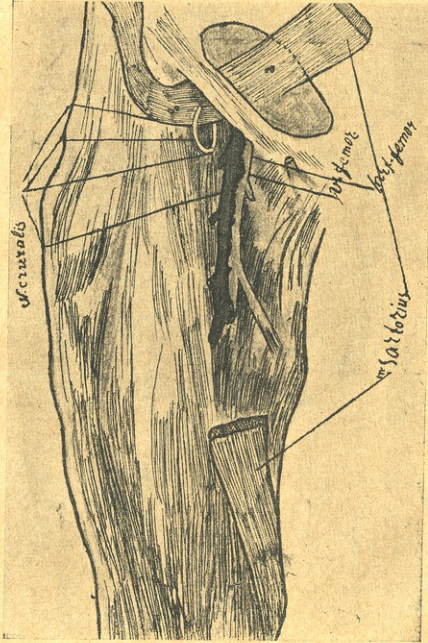
ვ) მისი, შედარებით, პატარა თიზიოლოგიური დანიშნულება თავის ბუნებრივ ადგილზე.

4. საზარდულის მიდამოს საშუალო დეფექტების დროს, ყველა სხვა ჩვეულებრივი გზა-წესის ამოწურვის შემდეგ, მიზანშეწონილია და მისაღები ფეხიანი მიოპლასტიკა თერძის კუნთის გადაწერვით.

5. მიოპლასტიკას თერძის კუნთის გადაწერვით, გარდა ზევით ჩამოთვლილთა, სახელმძღვანელო პირობათ უნდა დაედევას კუნთის გადაკვეთა არა ნაკლებ მისი სიგრძის შუის დონისა და დატოვებული sartorius-ის ნაწილის fascia lata-ს ფირფიტებზე მიმაგრება.

6. ღრმა მოხუცებულობა, ზედმეტი სისუსტე, კუნთების საერთო მოთენთილობა და რაიმე სერიოზული ხასიათის საერთო ავადმყოფობა ოპერაციის საწინააღმდეგო ჩვენებებათ უნდა ჩაითვალოს.

დასასრულ, სასიამოვნო მოვალეობად მიმაჩნია, უღრმესი მადლობა გამოვუცხადო ჩემს მასწავლებელს—პროფ. ნ. ს. კახიანს—ამ მეტად საინტერესო თემის დამუშავების მონდობისათვის და, აგრეთვე დიდად პატივცემულ ექიმთ—**ნ. ნ. ვესელოვს** და **ნ. ი. დემეტრაძეს**, პირველს—თითქმის მთელი რუსული ლიტერატურის დათმობისათვის ამ საკითხზე, ხოლო მეორეს—უშუალო ხელმძღვანელობისათვის გვამებზე მუშაობის დროს, თერძის კუნთის ანატომიისა



და ფიზიოლოგიის შესასწავლად და მასთან ზევით დასახელებულ შემთხვევათა ნაწილის გადმოცემისათვის.

ლიტერატურა:

Веденский: Пластические операции на мышцах и сухожилиях в соврем. хирургии. „Мед. Обзор.“ 1899 წ.

2. Прокунин А. П.: О лечении бедренных грыж по предложенному мною способу. „Раб. госп. хир. кл. пр. Дьяконова П. Н.“. ტომი III.

3. Дешин А. А.: Коренная операция бедренной грыжи по способу Прокунина. „Хирургия“. ტომი V. 1899 წ.

4. Дешин А. А.: К вопросу о мышечной пластике. „Хирургия“. ტომი VIII 1900 წ.

5. Григорович Л. А.: К вопросу о пересадке мышц. „Работы госп. хир. кл. проф. П. Н. Дьяконова. ტომი III. „Хирургия“ ტომი XIV. 1903 წ.

6. Чиж С. Ф.: Пересадка мышцы для закрытия изъяна в стенке живота. „Хирургия“ ტომი XIV. 1903 წ.

7. Покотило В. Л.: Общие методы пластической хирургии. „Работы гос. хир. кл. проф. П. Н. Дьяконова“. ტომი XII. (დისერტაცია).

8. Спичарный И. К.: О мышечной пластике при недостатках брюшного пресса. „Русский врач“. ტომი V. 1909 წ.

9. Греков И. Н.: Пересадка мышцы при недостатках брюшных покровов. „Отдельн. оттиски из Русск. врач“ № 34. 1909 წ.

10. Петерсен А. А.: К вопросу о закрытии изъянов передней брюш. стенки лоскутом наруж. косой мышцы. „Хирургия“. ტომი XXVII. 1910 წ.

11. ბერიტაშვილი.: კუნთის შეკუმშვა და მისი წარმოშობა. „თანამედროვე მედიცინა“ № 1—2. 1924 წ.

12. ბერიტაშვილი და ექ. დ. იაშვილი: ჩონჩხის კუნთის შემოკლების უნარის გამოკვლევა. „ტფ. უნივ. მოამბე“. ტომი V. 1925 წ.

13. ექ. დ. იაშვილი: ჩონჩხის კუნთების შეკუმშვის შესახებ. „თანამედროვე მედიცინა“ № 8, 1925 წ.

14. ექ. გ. გაგუა: თიაქრები და მათი წამლობა ჰოსპიტალ. ქირ. კლინიკის მასალების მიხედვით 1919—1925 წ-დღე. „თანამედროვე მედიცინა“ № 8. 1925 წ.



პროფ. ივ. თიხანაძე.

აბორტი სახელმწიფოებრივი თვალსაზრისით *).

ბნებო, ამ ერთი წლის წინეთ მე არა ერთხელ მქონდა შემთხვევა გამოვსულიყავ მოხსენებით მუცლის მოწყვეტის შესახებ. პირველად მე გავაკეთე მოხსენება იურიდიულ საზოგადოებაში: „აბორტი საზოგადოებრივი თვალსაზრისით“, მეორედ ქართველ ექიმთა საზოგადოებაში: „აბორტი სამკურნალო და საზოგადოებრივ თვალსაზრისით“. ეს მოხსენება დაბეჭდილია ჟურნალ „თანამედროვე მედიცინაში“ და ცალკე წიგნაკათაც კი გამოიცა. ამის შემდეგ ჩემი მოხსენება კიდევ ამ თემაზე, მე მგონია, ზედმეტიც უნდა იყოს, მაგრამ თუ მაინც ვაკეთებ მოხსენებას ამით მიინდა შევასრულო თქვენი (ივლისისხმეთ მე-III კონგრესის) დავალება, ვინაიდან მრწამს, რომ როცა თქვენ აბორტის საკითხი დასვით მე-IV კონგრესის საპროგრამო საკითხად, თქვენ **სახეში გქონდათ ამ მოვლენის სიღაღდე და სიშწაფე, ამ მოვლენის გავრცელება, რომელმაც ებიდემიური ხასიათი მიიღო, და რომელიც სხვა მომხვედელ სენებთან ერთად გადაშენების გზისაკენ მიგვაქანებს, და ჩვენი, ექიმების მოვალეობაა შევებრძოლოთ ამ სოციალურ ბოროტებას.** მართალია ამ მოვლენის მიზეზები ბევრ შემთხვევაში ექიმების კომპეტენციის გარეშეა, მაგრამ ნუ დაგაფიწყდებთ რომ ჩვენ არა ვართ მარტო ვიწრო პროფესიონალური მუშაკები-მკურნალები, არამედ საზოგადოებრივი მუშაკებიც ვართ და ჩვენი ზნეობრივი მოვალეობაა შეძლებისადაგვარად, შევერთებული ძალებით გამოვეხმავიოთ ყველა იმ მოვლენას, რომელიც ჩვენი ერის სიძლიერეს აფერხებს და აქვეითებს. ცნობილი გერმანელი გინეკოლოგი Löhne ერის თავის შრომაში: „Das Problem der Fruchtabtreibung (1924) ამბობს: Ein Volk besteht aber weder aus Guttern noch aus Landereien sondern aus Menschen“. მართლაც და რა მნიშვნელობა და ღირებულება უნდა ჰქონდეს ამა თუ იმ ქვეყნის ბუნებრივ სიმდიდრეს და მის კულტურას, თუ მისი მოსახლეობა კნინდება და კლებულობს. შემწინეულია, რომ წარსულ საუკუნის მეორე ნახევრიდან კულტურის, მედიცინის და განსაკუთრებით პროფილაქტიკურ მედიცინის და ჰიგიენის განვითარების წყალობით სიკვდილიანობამ ყველგან თვალსაჩინოდ იკლო და ცხადია, რომ თუ ამ მოვლენასთან ერთად ყრმათაშობილობას ნორმალური ტემპით ექნებოდა მსვლელობა, მოსახლეობის რიცხვი საგრძნობლად მოიმატებდა, მაგრამ სამწუხაროდ ეს ასე არ მომხდარა და ბევრგან სიკვდილიანობის შემცირებასთან ერთად დაეტყო ყრმათაშობილობის სისტემატიური დაცემა.

Wolf-ის, Grothiahn-ის, Gruber-ის და სხვა სტატისტიკა გვიჩვენებს, თუ როგორ დაეცა შობილობის პროცენტი სხვადასხვა ქვეყნებში უკანასკნელ 30 წლის განმავლობაში:

*) მოხსენებულია სრულიად საქართველოს ექიმთა მე-IV კონგრესზე 1926 წ.

ტაბულა № 1.

სახელმწიფოები		ლ ე ნ ი ნ გ რ ა დ შ ი .						
		1880	85	1890	95	900	905	909
შვედიაში	12 ⁰ / ₀	30,2 ⁰ / ₀	30,9 ⁰ / ₀	31,4 ⁰ / ₀	23,0 ⁰ / ₀	29,8 ⁰ / ₀	29 ⁰ / ₀	27,3 ⁰ / ₀
იტალიაში	13 „							
ავსტრიაში	13 „							
გერმანიაში	18 „							
საფრანგეთში	21 „							
ინგლისში	25 „	36,8	38,2	38	31,4	33,6	33,7	31,8

მ ო ს კ ო ვ შ ი .

აი კიდევ მეორე ცხრილი, რომელიც გვიჩვენებს თუ როგორც შეცვლილა შობილობა სხვადასხვა სახელმწიფოში: 1876--1885 და 1885--1905 წლებში 1000 ქმრიან ქალზე დაბადებულა:

ტაბულა № 2.

ს ა ხ ე ლ მ წ ი ფ ო ე ბ ი	1876--1885	1895--1905
ჰოლანდიაში	293	372
გერმანიაში	268	243
იტალიაში	248	231
ინგლისში	250	202
საფრანგეთში	167	134
დანიაში	244	217
ბელგიაში	269	213

იმ მრავალნაირ მიზეზთა შორის, რომელნიც ხელს უწყობენ შობილობის შემცირებას მუცლის მოწყვეტას თვალსაჩინო ადგილი უჭირავს.

ბ-ბო! ჩვენ სპეციალობაში, მე მგონია, არ მოიძებნება ბევრი ისეთი საკითხი, რომელიც ისე მძიმე და რთული იყოს როგორც მუცლის მოწყვეტის საკითხია. ეს საკითხი ძველი საკითხია, მაგრამ მასთანავე მუდამ ახალი. იგი დიდი ხანია აინტერესებდა კაცობრიობას, აინტერესებს დღესაც, მაგრამ მიუხედავად ამისა

მას დღემდე ვერ გამოუმუშავებია გარკვეული დამოკიდებულება ამ მოვლენასთან, ვერ აულია, ასე ვთქვათ, მიზანშეწონილი გეზი ამ ფრიად მნიშვნელოვან სოციალურ ბოროტების მიმართ.

აბორტი ძველი დროიდანვე ცნობილი სენია, ის ისეთივე ხნიერია, როგორც თვით ადამის ტომი. მუცლის მოწყვეტას აქვს თავისი ისტორია. უნდა ვიფიქროთ, რომ დედაკაცმა პირველად კაცობრიობის ისტორიის პირველ გარიჟრაჟზე შეეხო და აწიო მის მუცელში ჩასახულ სიცოცხლეს.

ჰიპოკრატის თხზულებაში საკმაოდ ბევრა ცნობებია, საიდგანაც სჩანს, რომ მის დროინდელ ექიმებს მშვენიერად სცოდნიათ ნაყოფის გამოძევების ხელობა, თუ ჰიპოკრატი თავის „ფიცში“ (ჰიპოკრატის ფიცი) უკრძალავს ექიმებს მუცლის მოსაწყვეტი საშუალების მიცემას, იგივე ჰიპოკრატი თავის „de natura pueri“ დიდის სიამოვნებით აცხადებს, რომ მისი რჩევით ერთმა მონა-ქალმა თავის ღირებულების მოსამატებლად მუცელი წაიხდინა ძალზე ხტუნვით. Ovidius, უჩივის, რომ რომში ქალიშვილები დიდის უღმობლობით სწამლავენ თავის ჯერ უშობელ ბავშვებს, იგივე ამბობს, ქალიშვილები, რომ ტანადობა არ დაჰკარგონ სამარცხვინოდ აწებენ თავიანთ საშვილოსნოს; მინუცი ფელიქსი — რომელიც ქ. შ. შ. მე-III საუკუნეში ცხოვრობდა, ძალიან უსაყვედურებს ქალებს ბავშვის მკვლელობას და მუცლის მოწყვეტას: „მე ვხედავ, თუ როგორ ზოგიერთი თქვენთაგანი ჯერ კიდევ დაბადებამდე სამარცხვინოდ იშლის მუცელს და დედის მუცელში სპობს ადამიანის ჩანასახს“-ო. ებრაელი ქალები როგორც სჩანს მუცელს არ იფუჭებდნენ, თითქოს იმიტომ რომ თვითთელი ებრაელის ოჯახი მოელოდა, რომ მესია ქვეყნად მათი გვარიდან მოევლინებოდა. **სპარსეთში და ოსმალეთში** — მუცლის მოწყვეტა ძველთაგანვე გავრცელებულია, განსაკუთრებით გაუთხოვარ და ქვრივ ქალთა შორის. აქ ქალები მუცელს, ექიმი **Поллак**-ის სიტყვით, იფუჭებენ განსაკუთრებული კაცვით, რომლითაც ხევენ კვერცხის გარსებს. მუსულმანთა ქვეყნებში როგორც **პიცოის ბეი** აღნიშნავს უკვე 1858 წელში ბევრი ყოფილა საჯარო დაწესებულებები, სადაც ორსულ ქალებს მუცელს უხდენდენ, **თუმცა ყურანი** სასტიკად სჯის ქალს მუცლის მოწყვეტისათვის, მუსულმანი-ქალები მუცელს იხდენდენ, რომ ძუძუების სიმკვრივე და სილამაზე შეინარჩუნონ“-ო.

აბორტი ველურ ხალხთა შორისაც ძალიან გავრცელებულია, ამისათვის მრავალგვარ ბარბაროსულ ხერხებს ხმარობენ, ამის გამო **მრავალი დედა** სიკვდილის მსხვერპლი ხდება. **ქრისტეს მოძღვრებაში** ნაყოფის გამოძევება თითქოს არ არის აკრძალული. ეს საკითხი წამოაყენეს და შეიმუშავეს **ეკლესიის წმინდა მამებმა კანონიურ უფლების** (каноническое право) ხანაში. აქ წამოყენებულია დებულება, რომელიც განმარტავს: „homo est et qui est futurus ე. ი. კაცია ისიც, რომელიც უნდა იშვას“ და ამის მიხედვით **ჩანასახის (გმბრიონის) მოკვლა** დანაშაულად იქნა ცნობილი, დამნაშავეს სიკვდილით დასჯა მოელოდა. საშინლად გავრცელდა მუცლის მოწყვეტა საშუალო საუკუნეში. ძველ **გერმანეთში** ამ მოვლენამ ისეთი ფართო ხასიათი მიიღო, რომ მთავრობა იძულებული იყო ამ საქმეში ჩარეოდა. მე-VII საუკუნეში მუცლის მოწყვეტისათვის — მათრახს დაჰკრავდნენ: ვინაიდან მაშინდელ დროში, როცა ხალხთა შორის მუდმივი ომი

სწარმოება, ის ხალხი უფრო იყო ძლიერი, რომელიც იყო უფრო მრავალრიცხოვანი. **საფრანგეთშიაც** აბორტი ძალიან ხშირი იყო, აქაც ძველი კანონები აბორტისათვის სიკვდილით სჯიდა; შემდეგში 1560 წლებში უოველი მოქმედობისათვის, რომელიც მიმართული იყო ნაყოფის სიცოცხლის მოსასპობად, დამნაშავეს ჩამოხრჩობა მოელოდა. ინგლისში მე XIII საუკუნეში მუცლის მოწყვეტა სახელმწიფოსთვის მავნე მოქმედებად ითვლებოდა—დამნაშავეს სიკვდილით სჯიდნენ. აქ მე მოკლეთ დაგინახისათვის აბორტის საკითხის მდგომარეობა შორეულ წარსულში; რას ვხედავთ ეხლა? ეხლაც თითქმის ყველა კულტურულ ქვეყნებში ხელოვნური მუცლის მოწყვეტა დანაშაულად ითვლება და დამნაშავენი არსებულ კანონის ძალით ისჯებიან.

საფრანგეთში, სადაც აბორტი ძალიან გავრცელებულია, 1923 წელში გამოცემულ კანონის ძალით დედას, თუ მან თავისით წახიბინა მუცელი მოელის 6 თვიდან 2 წლამდე ციხე, ხოლო აბორტის გამკეთებელ გარეშე პირს კანონი საპყრობილეში ატუსაღებს 1—5 წლამდე, ამის გარდა თუ მომქმედი პირი ექიმია მას დროებით დიპლომიც წაერთმევა ხოლმე. ტრიბუნალს უფლება აქვს აგრეთვე დამნაშავე გადაასახლოს 2—10 წლამდე.

ინგლისში მუცლის მომწყვეტი დიდ დანაშაულობის (felony) ჩამდენათ ითვლება და მას ექსორია მოელის 15 წლიდან—სამუდამოდ. გერმანიის კანონმდებლობით—ქალი მუცლის წახდენისათვის ისჯება გამასწორებელ სახლში დამწყვედვით 5 წლის ვადით, ზოგიერთს პატივსადებელ გარემოების მიხედვით, შესაძლებელია სასჯელი შეუმსუბუქდეს, მაგრამ არა ნაკლებ 6 თვემდე (§ 6218). ამ საქმეში ხელის შემწყობს, რომელმაც ფული აიღო, ათი წლის გამასწორებელი სახლი მოელის, ხოლო აქტიურად მომქმედ პირს ციხე არა ნაკლებ ორი წლისა.

მიუხედავად ყველა ამ სასტიკი რეპრესიული ზომებისა აბორტი იზრდება, კეთდება ფარულად, შეუფერებელ პირობებში და ხშირად უფიცი პირების მიერ, რის გამოც ერთის მხრივ მსხვერპლად იწირება მრავალი მომავალი ნორჩი თაობა და მეორეს მხრივ ბევრი დედა სამუდამოდ დასახიჩრებული ხდება და ზოგიც წუთისოუფელს ესალმება.

ქალების დიდი უმრავლესობა ხელოვნურ აბორტის გაკეთების შემდეგ (resp. დაუსრულებელი აბორტის შემთხვევები) კლინიკაში, სამშობიარო სახლებში და საავადმყოფოში მიდის; იშვიათია ისეთი შემთხვევა, რომ ვინმე მათგანი გამოტყდეს და დავისახელოს ნამდვილი მიზეზი მუცლის მოშლისა, უმეტეს წილ შემთხვევაში სიმძიმის აწევაზე ან დაცემა-ჩამოვარდნაზე მიგვითითებენ; ჩვენ, ექიმები შეჩვეული ვართ ასეთ პასუხებს და ვიცით მათა ღირებულება. ძალიან იშვიათ შემთხვევაში, როცა ქალი საშიშ მდგომარეობაშია ან სიკვდილის პირას სდგას, დავისახელებს აქტიურ მომქმედ პირს; ზოგჯერ ექიმისათვის კრიმინალურ აბორტის ობიექტიური ნიშნებიც ცხადზე უცხადესია, მაგრამ ამნაირი შემთხვევები სასამართლომდის არ მიდის, ვინაიდან ექიმი სდუმს, იმიტომ, რომ კარგად იცის, თუ საქმე სასამართლოში გადავიდა, ის რამდენიმე დღეს დაჰკარგავს. ეს რასაკვირველია სამწუხარო და მეტხაც ვიტყვი, უოველის მხრივ შეუწყნარებელი მოვლენაა, მაგრამ ნამდვილი ფაქტია. უნდა ვსთქვათ რომ კლინიკაში უმთავრ-

სად შემოდინან ისეთები, რომელთაც რაიმე გართულება დაჰყვა, უფრო ადვილი და გაურთულებელი შემთხვევები კლინიკის გარეთ, კერძო ბინებზე რჩება, მათი აღრიცხვა ყოვლად შეუძლებელია. ზოგი გამონაკლისი შემთხვევები, როცა ოპერაცია ავადმყოფის სიკვდილით დამთავრდება, სასამართლოს კარამდე მიახწევს, **ჩინდინი**-ის მოწმობით ასეთი შემთხვევები იშვიათია, ათასში ერთი; გერმანიაში სადაც ყოველ წლებით 500.000 აბორტი კეთდება, და ამათში 80%—90% კრიმინალურია. პასუხისგებაში მიუტიათ (1901 წ.) 306, აქედან სასჯელი 74 პირთათვის მიუსჯიათ (Prinzing). ყველა ამ გარემოების გამო აბორტის ნამდვილი და სწორი სტატისტიკის შედგენა შეუძლებელია, მაგრამ ის სტატისტიკური ცნობები რომელიც მოიპოვება მაინც საკმარისია, რომ ამ ბოროტების გავრცელებაზე წარმოადგენა ვიქონიოთ: Boissard-ი აღნიშნავს, რომ საფრანგეთში 1898 წ. აბორტი შეადგენდა მშობიარეთა 5,5%, 1904—15%, 1907—25%, Bertillon-ის ცნობით პარიზში 1910 წ. აბორტთა რიცხვი=50.000. იმისივე სიტყვით, პარიზში 300 ექიმს და ბებია ქალს ფარულად მუცლის მოწყვეტა თავის სპეციალობათ გაუხდიათ. ერთი საუკეთესო სასამართლოს ექიმის რწმუნებით პარიზში არსებობს მშვენივრად მოწყობილი დაწესებულებანი აბორტის გასაკეთებლად, სადაც მუცლის მოწყვეტით სხვა ქალაქებიდანაც მოდიან, უმთავრესად ინგლისიდან, ლონდონიდან. Grotin-ის მოწმობით ლიონში აბორტთა რიცხვი ბევრად აღემატება მშობიარობის რიცხვს. Doléris et Guillemeau-ს გამონაკრისებით პარიზში ყველა ორსულ ქალთა 35%—40% მუცელს იფუჭებს, მთელ საფრანგეთში აბორტთა საერთო რიცხვი პროფ. ლაკასანის აღრიცხვით=500.000; გერმანიაში Bumm-ის კლინიკის ცნობით, ბერლინში აბორტთა რიცხვი ომიანობამდე იყო 10%, 1915 წ. ის უკვე 20% ავიდა, ე. ი. ყოველ 4 მშობიარეზე ერთი აბორტიანი მოდის. იმავე Bumm-ის მოწმობით გერმანიაში 75.000 ქალი დაავადებულია სასქესო ორგანოების სხვადასხვა სნეულებით, კვდება ამათგან 7.500, ყველა ეს პირდაპირი შედეგია არალეგალურ აბორტებისა.

იტალიაში ბევრი აბორტის გასაკეთებელი დაწესებულებაა. სასამართლო ექიმს **Дзидიო**-ს აქ უნახია ბევრი სამშობიარო სახლი, სადაც რეკლამის მიზნით გამოკიდებულია მშვენიერი ვიტრინები, რომელშიაც თავმოყრილია სპირტში ჩაწყობილი ჩანასახთა და ნაყოფთა კოლექციები.

ნიუორკში, ამერიკაში Grandt-ის მოწმობით ორსულ ქალთა 35% მუცელს იფუჭებს; მუცლის გაფუჭების შემთხვევები შუათანა რიცხვით აქ უდრის 80.000; აქაც ბევრია მუცლის გასაცულებლად გამართული დაწესებულებანი. „ამერიკული ექიმებია“-ო, ამბობს Fabrice „კარგათ არიან გაცნობილი ამ ხელობას, მათ შორის ბევრი მატყუარაა, რომელთათვის მუცლის მოწყვეტა დიდ შემოსავლიან წყაროს შეადგენს“-ო.

ინგლისში, სადაც აბორტს კანონი სასტიკათ სდევნის, ტაილორის მოწმობით აბორტი საშინლად გავრცელებულია და საგრძნობლად მატულობს. სხვა პატარა სახელმწიფოებზეც არ ჩამორჩებიან ამ საერთო სამწუხარო საქმეში თავიანთ მეზობლებს, **ჰოლანდიაში** მაგ., 1913 წელს ხელოვნურ აბორტთა რიცხვი=13%.

მეფის რუსეთშიაც აბორტის საკითხი უნუგეშო მდგომარეობაში იყო. აქაც აბორტი ხშირად კეთდებოდა; ამ მოვლენას კანონი დანაშაულად სთვლიდა და

სასტიკად სჯიდა; ეს დანაშაული გათვალისწინებული იყო მაშინდელ დროის სასჯელთა დებულების 1462 და 1463 მუხლით; პირველი მუხლის ძალით ისჯებოდა, როგორც თვითონ ორსული, თუ მან თავისით ნოივნო მუცელი, ისე ის პირიც, რომელმაც ხელი შეუწყო ან წაუხდინა მუცელი; სასჯელი დიდი იყო: ყოველივე უფლებების აყრა და ციხეში ჩასმა 4—6 წლამდე; თუ აბორტის ჩამდენი იყო ექიმი ან ბეზია, 1463 მ. ძალით სასჯელი უფრო მეტი იყო. მიუხედავად ასეთი რეპრესიებისა აბორტი, განსაკუთრებით ფარული აბორტი, ვრცელდებოდა თავისი საშიში შედეგებით. ლენინგრადის ქალთა სამკურნალო ინსტიტუტში 1896 წ. აბორტით შემოსულა ყველა ავადმყოფთა 12%, 1907 წ.—17%, 1908 წ.—18%, 1909 წ.—30%. ლენინგრადის კლინიკურ სამედიცინო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტში 1893—1911 აბორტიანები შეადგენდა შემოსულ ავადმყოფთა შემდეგ %-ს:

ტაბულა № 3.

	წ ე წ ი												
	1883—1886	1886—1887	1887—1889	1900—1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1906	1910	1911
აბორტი შეადგენდა ყოველ შემოსულ ავადმყოფთა %.	2,6%	3,7%	5,2%	6,8%	8,5%	8,4%	10%	12%	12,8%	16,05%	16,05%	20,7%	19,5%

მოსკოვში ლეგენინის სახელობის სამშობიარო თავშესაფარში აბორტი შეადგენდა: 1908 წ.—3,4%, 1909 წ.—5,3%, 1910 წ.—6,7%, 1911 წ.—11,6%, 1912 წ.—11%, 1913 წ.—13,5%, ამავე მოსკოვში ტიმისტერის სახელობის საავადმყოფოში აბორტის შემდეგ დაავადებულთა რიცხვი შეადგენდა: 1910 წ.—17,9%, 1911 წ.—20%, 1912 წ.—30,9%, 1913—41,8%. ეს სატახტო ქალაქებში. გადავავლოთ თვალი პროვინციალურ ქალაქებს: მაგ. ეკატერინობურგში: აქ აბორტის მსვლელობა იყო შემდეგი: (ნახ. ტაბულა № 4).

განსაკუთრებული ყურადღება აბორტის საკითხმა მიიპყრო მსოფლიო ომის შემდეგ, როცა დაიწყო მოსახლეობის დიდი შემცირება; ამ გარემოებამ და მასთან ერთად შობილობის შემცირებამ და აბორტის ყველგან აშკარად გავრცელებამ მთელი კულტურული მსოფლიო დიდ საგონებელში ჩააჯდო. მოწვეული იყო მრავალი კრებები ექიმთა, იურისტთა და საზოგადო მოღვაწეთა—საფრანგეთში, გერმანიაში და სხვ. საფრანგეთში Pinard-ის და Richet-ს თაოსნობით მიღებული იყო დებულება—აბორტისათვის დამსჯელ კანონმდებლობის შენარჩუნებისა. ჯერ კიდევ ომის დაწყებამდის გერმანიაში Winter, Doderlein, Krohne და სხვ.

ეკატერინებურსკი.

	წ ე ლ ი											
	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922
აბორტთა რიცხვი	89	127	139	124	164	192	172	222	323	395	518	749
‰/‰	5,4	7	7,2	5,8	7,3	8,4	7,6	8,5	14,4	20,2	25	50,8
იმავე ეკატერინებურსკის საგზოგზიარო დაწესებულებათა ანგარიშით.												
	წ ე ლ ი											
	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922
ხელოვნური აბორტი	1	0	1	2	4	5	105	900	110	835	200	405
დაუმთავრებელი	88	127	138	122	160	187	162	213	312	365	318	341

მონაწილეობით ირკვეოდა ეს საკითხი და მივიდნენ იმ დასკვნამდის, რომ რეპრესიული ზომები უნდა დარჩეს. მეფის რუსეთშიაც ჯერ კიდევ მსოფლიო ომამდე აბორტის საკითხი რამდენჯერ იყო დასმული ექიმთა კრებებზე საპროგრამო საკითხად, და უკანასკნელად 1914 წ. ექიმთა და კრიმინალისტთა კონგრესზე დადგენილი იყო, რომ მუცლის მოწვევთა სრულიად გამორიცხული ყოფილიყო სადანაშაულო მოქმედებათა რიცხვიდან. მაგრამ იმ დროს ე. ი. მეფის მთავრობის დროს ეს დადგენილება ცხოვრებაში გატარებული არ იყო. გერმანიაშიაც ჯერ 1910 წ. და 1919 წ. ეროვნულ კრებაზე შეტანილი იყო პეტიციები, სადაც თხოულობდნენ სამ თვემდე ორსულობის მოხსპობისთვის ყოველივე სასჯელის მოსპობას და შესაფერი კანონის გაუქმებას. ეს პეტიცია, რომელსაც მხარს უჭერდნენ მემარცხენე და დემოკრატიული ფრაქციები (Грос, Норм, Раудых,) უარყოფილ იქმნა.

ამგვარად დარჩა რეპრესიული ზომები, მაგრამ მიუხედავად ამისა აბორტი არამც თუ შემცირდა, უფრო და უფრო იმატა; ცხოვრებას და ზნე-ჩვეულებას თავისი გააქვს, ის ყოველ კანონზე უფრო ძლიერი აღმოჩნდა.

ოქტომბრის დიდმა რევოლუციამ სრულიად შესცვალა და გადაატრიალა რუსეთის პოლიტიკურ-ეკონომიური ცხოვრება. ამ ეკონომიურ ცვლილებასთან თანვლევად ხდებდა დიდი გარდატეხა ოჯახის ყოფა-ცხოვრებაში, ირლევვა ოჯახის სარწმუნოებწივი წყობილება, სანაცლოდ ჩნდებდა ახალი ოჯახი, შენდებდა ახალი

ცხოვრება, ახალი ყოფა; **საბჭოთა** ხელისუფლებამ, მიიღო რა მხედველობაში ის გარემოება, რომ აბორტის საწინააღმდეგო რეპრესიული ზომები სრულიად უნაყოფო რჩება, რომ მას არავითარი კარგი შედეგი არ მოაქვს, განიზრახა აბორტის გამოყენა ბნელ სარდაფიდან სინათლეზე, რომ გამოეგლჯა ორსული ქალები უმეცარ ბებია ქალების და გამოუცდელ სპეციალისტების ხელებიდან და ამ მხრივ მიზანშეწონილად დაინახა აბორტის გაკეთების გამო ყოველივე სასჯელის გაუქმება. აბორტის გაკეთება ნებადართულია, ექიმებს უფლება ეძლევა ქალს მუცელი მოუშალოს, **სათანადო პირობებში**. აბორტის ნებართვის შესახებ გამოქვეყნებული იყო დეკრეტი 1920 წ. 20 ნოემბერს.

ნებას მიეცემ ჩემს თავს მოვიყვანო დაწვრილებით დებულებების ტექსტი: „უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში როგორც დასავლეთში, ისე ჩვენში მატულობს ქალთა რიცხვი, რომლებიც მუცელს იფუჭებენ. ყველა ქვეყნების კანონმდებლობა ამ ბოროტებას ებრძვის სასჯელით, რომელიც ვრცელდება, როგორც ქალზე, თუ მან თავისით წაიხდინა მუცელი, ისე ექიმზე, რომელმაც აბორტი გაუკეთა. ამ მეთოდმა დადებითი შედეგი არ მოიტანა, ხოლო ეს ოპერაცია სარდაფებში გადაიტანეს და ქალი გახდა მსხვერპლად ანგარებისა და უფიც აბორტბაშებისა, რომელთაც ეს საიდუმლო ხელობად გაიხადეს. შედეგად ამისა—50% ქალი ავად ხდება დასნებოვანებით და ამათგან 4% კვდება“.

„მუშათა და გლეხთა მთავრობა ამ მოვლენას სთვლის მავნებლად კოლექტივისთვის. **სოციალისტურ წყობილების განმტკიცებით და ქალთა მოსახლეობის ფართო მასებში აბორტის საწინააღმდეგო აგიტაციის გაწვევით ის ებრძვის ამ ბოროტებას და ანხორციელებს რა ფართოდ დედის და ბავშვის დაცვის პრინციპებს, წინასწარვე გრძნობს, რომ ეს მოვლენა თანდათანობით მოიხსობა.** მაგრამ სანამ წარსულის მორალური ნაშთები და აწმყოს მძიმე ეკონომიური პირობები კიდევ აიძულებენ ქალებს გაიკეთონ ეს ოპერაცია, ჯანსაჩქომი და სახკომიუსტი იცავენ რა ქალის **ჯანმრთელობას და ჩახის ინტერესებს უმეცარი და მოანგარე მკრეხელთაგან და სთვლიან რა, რომ რეპრესიული მეთოდები ამ შემთხვევაში მიზანს სრულიად ვერ აღწევენ, ადგენენ“.** კანონი თქვენ უკვე მოგეხსენებათ. შინაარსი ამ კანონის ის არის, რომ **მხოლოდ ექიმს, ეძლევა უფლება ქალს გაუკეთოს აბორტი საბჭოთა საავადმყოფოში უფასოდ. ექიმს, რომელიც კერძო პრაქტიკაში ანგარების მიზნით აკეთებს აბორტს, მიეცემა პასუხისმგებლობა.**

რადგან შემდეგ გამოირკვა, რომ აბორტის მსურველნი ბევრი იყო, და საბჭოთა საავადმყოფოები ვერ აკმაყოფილებდნენ მოთხოვნილებას, ნებადართული იყო ერთის მხრივ აბორტის გაკეთებისა კერძო საავადმყოფოშიაც, სადაც რასაკვირველია დადესძენ მე **უხასყიდელობაზე ლაპარაკი ზედმეტია და ცოტა გაუგებრობა შეაქვს კანონის მიერ გათვალისწინებულ აბორტის უფადოდ გაკეთებაში** *). თავის კაბინეტში აბორტის გაკეთება ექიმს ეკრძალება. **მეორეს მხრივ შექმნილი იყო კომისიები 1924 წ. თებერვალში: ექიმის, დედის და ბავშვის დაცვის წარმომადგენლის ქალთა განყოფილება, რომელიც ანაწილებდა საავადმყოფოებში**

*) უკრაინაში კერძო ბინაზედაც ნებადართულია.

საწოლებს მუცელის გაცულების მსურველ ქალთათვის, დაწესებული იყო რიგი: 1) ხელმართ უმუშევარი ქალები, რომელიც ბირჟიდან იღებს დახმარებას, 2) მარტოხელა მუშა ერთი ბავშვით, 3) ბევრ-შვილიანი, რომელიც რომელიმე წარმოებაში მუშაობს, 4) ბევრშვილებიანი მუშის ცოლები, 5) დანარჩენი კატეგორიის დაზღვეულნი, 6) შემდეგ დანარჩენი არადაზღვეულნი მოქალაქენი. **გლახების ცოლები ამ რიგში გათანაბრებულნი არიან მუშათა ცოლებთან. ეს კომიხია*) აგრეთვე ნებასაც რთავს აბორტის გაკეთებისათვის: ამ ნებართვისთვის საჭიროა: 1) მოწმობა ორსულობისა საავადმყოფოდან, ამბულატორიიდან ან ორსულთა კონსულტაციიდან, 2) მოწმობა ავადმყოფობის შესახებ იმავე დაწესებულებიდან ან დისპანსერიდან, 3) მოწმობა ჯამაგირის რაოდენობისა და საბინადრო კომიტეტის ოჯახურ მდგომარეობის შესახებ. სხვა წვრილმანებზე არ შეეჩერდები, აღენიშნავ მხოლოდ, რომ როგორც უკანასკნელი ცნობებიდან **სჩანს ხელოვნური მუცლის მოშლა სამთვეზე მეტ ორსულობისა**, აკრძალულია, თუ რასაკვირველია ორსულობის გამო ქალს რაიმე შიში არ მოეღოს (Бр. Газ. 1926 წ. № 6. გვ. 322).**

აი, ბატონებო, ჩენი კანონმდებლობა აბორტის შესახებ, გადმოცემული სახელმძღვანელოდ. ამ კანონში ზოგიერთი გაუგებრობაა, მაგრამ მე ამას არ შეგეხებები, **აღენიშნავ მხოლოდ რომ ეს კანონი ესარჩლება და იცავს მხოლოდ დედას, როგორც დღევანდელ წვერს კოლექტივისა, ხოლო ჯერ არ მოვლენილ, მაგრამ ბიოლოგიურად არსებული სიცოცხლის დაცვას ის არ კისრულობს. თუ კანონმა მუცლის მოწყვეტა სამი თვის ფაზლებით განსაზღვრა, აქ მას სახეში აქვს არა ნაყოფის ინტერესი, არამედ დედისა, ვინაიდან უფრო ხნიერი ორსულობის მოსპობა დედისათვის უფრო საშიშია. უნდა აღენიშნოთ ისიც, რომ ეს კანონი კანონმდებელს მიაჩნია დროებით ზომად და ფიქრობს, რომ ეს ბოროტება თავისთავად თანდათანობით მოისპობა, როცა შესაძლებელი გახდება დედის და ბავშვის დაცვის პრინციპების საფუძველზე განხორციელება, გაძლიერებული იქნება აგიტაცია აბორტის წინააღმდეგ და გაუმჯობესდება სახელმწიფოს ეკონომიური მდგომარეობა. მანამდე უნდა ვიზრუნოთ დედაზე და ორი ქირიდან უმცირესი ქირი უნდა ავირჩიოთ. ესლა შევხედოთ იმ მიღწევებს რომელიც მოგვცა აბორტის ლეგალიზაციამ:**

მოსკოვში სამშობიარო სახლში (Грауерман-ის) 1922 წელში აბორტიანები შეადგენდნენ ყველა შემოსულ მშობიარეთა 43⁰/₁₀₀; ეკატერინებურგში 1911 წ. აბორტიანების რიცხვი უდრიდა 11⁰/₁₀₀, ხოლო 1922 წ. 50,8⁰/₁₀₀, ტამბოვში (Орлова) 1919 წ. აბორტიანები შეადგენდნენ 5,1⁰/₁₀₀, ყველა შემოსულ ავადმყოფებისა, 1921—21,1⁰/₁₀₀, 1922—25,8⁰/₁₀₀, 1923—12,3⁰/₁₀₀. ამ უკანასკნელ წელში აბორტთა შემცირება მით აიხსნება, რომ ტამბოვში ამ წელში გაიხსნა განსაკუთრებული განყოფილება აბორტიანებისა და საავადმყოფოში აბორტიანების მიღებას გაუმჯობესდნენ.

აქ მე მივაქცევ თქვენს ყურადღებას შემდეგ ცხრილს: (ნახ. ტაბ. № 5).

*) ჩვენში ასეთი კომისიები რამდენათაც მე ვიცი არ მუშაობენ.

ტაბულა № 5.

	წ ლ ე ბ ი						
	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
ეკატერინებურგი							
შობილობა	1922	1567	2066	1474			
აბორტი { ხელოვნური . .	11	35	200	408			
{ დაუმთავრებელი	312	360	318	341			
ტამბოვი { ავადმყოფი სულ . .	719	897	1099	1015			
{ აბორტი სულ	37	56	332	362			
ქ. უნ. სამეანო კლინიკა							
შემოვიდა სულ	"	804	596	1134	1538	1734	2136
მშობიარე } —		660	461	840	1153	1287	1501
% } —		82%	77,3%	74%	74,9%	74,2%	70%
აბორტი სულ	—	144	135	294	385	447	635
% —		17,9%	22,6%	22,39%	25%	25,7%	29%
ხელოვნური აბორტი	—	16	25	65	94	129	207
დაუმთავრებელი	—	128%	110	225	291	318	430

ამ ცხრილების ციფრები ნათლად გვეუბნება, რომ შობილობამ იკლო, მასთან იმატა აბორტთა რიცხვმა, სჩანს აგრეთვე, რომ დაუმთავრებელი აბორტის შემთხვევები, ე. ი. კერძო ბინაზე გაკეთებული გაცილებით უფრო მეტია, ვიდრე ხელოვნურის, რომელიც გაკეთებული იყო საავადმყოფოში ამა თუ იმ ჩვენებით; 608 ხელოვნურ აბორტში ეკატერინებურგში ექიმი პერეტცის მოწმობით 459 გაკეთებულა სოციალური ჩვენებით, ხოლო 149 სამკურნალო ჩვენებით. ეს დიდი ციფრები ხელოვნური აბორტისა, როგორც სამართლიანად შენიშნავს პერეტცი პირდაპირი შედეგია აბორტის ლეგალიზაციისა. მოსკოვის ჯანსახეომის დაწესებულებაში 1913 წელს ხელოვნური აბორტი თითო-ორიოჯას უდრიდა, დაუსრულებელი შეადგენდა 10,4%; აქ. 1922 წ. გაკეთებულა 7959 აბორტი, რაც შეადგენს 25%; ლენინგრადში 1923 გაკეთებულა 2300 აბორტი, 1924 — 6700, 1925-ორი თვის განმავლობაში 5000. იმავე ლენინგრადში ნადეჟდის სამშობიაროში 1912 აბორტიანები შეადგენდნენ ყველა შემოსულთა 17% 1923—22%.

ესლა გადავხედოთ თუ რა ხდება სოფელში. მე ხელთა მაქვს ექიმი Fenc-ის შრომა: „აბორტი სოფლად“. (გამოცემა მოსკოვის დედის და ბავშვის დაცვის განყოფილების 1926 ს.) აქ ჩვენ ვკითხულობთ, რომ 904 უბანის საავადმყოფოში გაკეთებულა 1922-24 წელს 55,532 ლეგალური აბორტი. აქედან მარტო

364 უბანში ლეგალური აბორტი 1922-10.060, 1923—13.997, 1924 — 16771. საავადმყოფოს გარეშე არა ლეგალური 1658 უბანში გაკეთებულია 66,375, აქედან მარტო 618 უბანში—1922-10.676, 1923-14.296, 1924-16.712. ირკვევა, რომ არა ლეგალურმა აბორტმა სოფლებშიაც მოიკიდა ფეხი. სოფლებში რომ სწარმოებს არალეგალური აბორტი ეს ჩვენთვის უფრო **თვალსაჩინო გახდება თუ ჩვენ თანახმად ექიმი Геч-ისა გამოვეყოთ ისეთ ჯგუფს (უბნებს), სადაც აბორტთა რიცხვი განსაზღვრულ წლების მანძილზე ცალ-ცალკე აღნიშნულია.**

საავადმყოფოში ლეგალური	საავადმყოფოს გარეშე არალეგალური	სულ
1922—10060	106.76	20.736
1923—13.997	14.296	28.293
1924—16.771	16.712	33,483
სულ 363 უბანი	სულ 618 უბანი	სულ 82.512

ამ ცნობებიდან ნათლად სჩანს, რომ სოფლებში როგორც ლეგალური, ისე არა ლეგალური აბორტი იზრდება. ავტორთან ერთად უნდა ვაღიარო, რომ არ იქნება შეცდომა თუ ვიტყვი, რომ **სოფლად საავადმყოფოს გარეშე გაკეთებულ აბორტთა რიცხვი 2 ჯერ მეტია (140.000) საავადმყოფოში გაკეთებულზე;** აღნიშნულია აგრეთვე რომ აბორტები უმეტესად კრიმინალურია და სოფლის ბებების მიერ გაკეთებული. ამ მოვლენას ავტორი საერთოდ მიაწერს იმ გარემოებას, რომ სოფლის ამბულატორიებში აბორტს ექიმები არ აკეთებენ და ამიტომ გლეხის ცოლები ან თვითონ იხდენენ მუცელს, ან ბებებს მიმართავენ: მეორე მიზეზად სთვლის იმას, რომ ქალები გაურბიან კონისიებს; უნდათ უფრო ფარულად მოაწყონ საქმე; აგრეთვე მიზეზია საავადმყოფოების სიმორე რამდენიმე ვერსის მანძილზე. უმაჯარესად როგორც ექიმების მიერ გამოგზავნილ ანკეტებიდან სჩანს ორი გარემოებაა აღნიშნული, რომლის გამო გლეხის ცოლები იფუჭებენ მუცელს: 1) მატერიალური გაჭირვება და ბევრი ბავშები, 2) ახალი ზნე-ჩვეულების შექრა სოფელში და მათი ოჯახის დანგრევა. არის აღნიშნული სიკვდილის შემთხვევები არალეგალურ აბორტის დროს, სულ 1922—24: 2207 უბანში ყოფილა 1700 სიკვდილის შემთხვევა. ეს ციფრები, როგორც სამართლიანად შენიშნავს ექიმი Геч-ი სინამდვილესთან ძალიან შორს არის, რადგან, თუ აბორტი გართულდა მძიმე ავადმყოფთან გახმაურების და ძიების შიშით ექიმს არ მოიყვანენ, დამნაშავე პირებს, ბებებს არ გასცემენ. ისინი „შუპყრობელი ბებები, მათ უჩინ-მაჩინის ქული ხურავთ“, სწერს ანკეტაში ერთი ექიმი.

ამ გვარად როგორც ვხედავთ ლეგალიზაციის შემდეგ აბორტმა საშინლად იმატა, კრიმინალურ აბორტს ჯერჯერობით არ დაუკლია, შეიძლება იმის მოწამე შემდეგში ვახედეთ, როცა სამეანო-გინეკოლოგიური დახმარება დაუახლოვდება მოსახლეობას და გადიდება სპეციალურ საავადმყოფოთა რიცხვი. ერთია რაც ზავგანმით უნდა აღინიშნოს, ეს ის, რომ იკლო აბორტის შემდეგ გართულებამ და სიკვდილიანობამ. თუ წინეთ აბორტის გამო ციფრი სიკვდი-

ლის შემთხვევებისა— 4% , ეხლა ლეგალიზაციის შემდეგ ეს ციფრი სააქადემყოფოში— $0,28\%$, (რაც დიდ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს), გართულების რიცხვი შესაფერ პირობებში აბორტის გაკეთების შემდეგაც კი $1,25\%$ მიაღწევს. გართულებები საერთოდ მრავალნაირია. **სეპსისი** ხომ საყოველთაოდ ცნობილია და საშიში, მაგრამ არა ნაკლებ საშიშია დაზიანება საშვილოსნოსი და შინაგანი ორგანოებისა, საშიშია აგრეთვე ეგრედწოდებული *abortus provocandus*, როცა შეცდომით საშვილოსნოს ორსულობა გვეგონია, და სინამდვილეში, მის გარეშე ორსულობასთან გვაქვს საქმე, ვაწარმოებთ საშვილოსნოს ღრუში ამა თუ იმ მანიპულაციას და ამის მიზეზით ირღვევა ფალოპიის ლუღაში არსებული ორსულობა, რაც შესაძლებელია **კატახტროფით** დამთავრდეს. **შემჩნევა და აღრიცხვა იმ გართულებების**, რომელიც ოპერაციის წარმოების პროცესში, ხდება და იმ ახლო-მახლო დღეებში, როცა ჯერ ავადმყოფი სააქადემყოფოში წევს შედარებით ადვილია, მაგრამ გართულებები აბორტის შემდეგ უფრო გვიან იჩენს თავს. მე აქ ამ გვარ გართულებებზე არ შეგჩერდები ვინაიდან დღეს ამის შესახებ ცალკე მოხსენებას მოისმენთ (ექიმი ლორთქიფანიძის) ვიტყვი მხოლოდ, რომ არა იშვიათ შემთხვევაში აბორტის მიერ გამოწვეული გართულებანი და ცვლილებანი დედის ორგანიზმში საერთოდ და კერძოდ სასქესო სფეროში ხდება მიზეზად ქალის მიერ შვილის ყოლის უნარიანობის საშუალოდ დაკარგვისა.

OTT-ი ამობს, რომ „არც ერთი მოვლენა ისე დამლუპველად არ მოქმედობს ქალის ორგანიზმზე როგორც ნაადრევად მუცლის მოშლა ან მუცლის მოწყვეტაო, მართალია ჩვენ გვიხდება კანონიერი, ხელოვნური მუცლის მოშლის წარმოება დედის გადასარჩენად, მაგრამ ეს ხომ გარემოებით გამოწვეული აუცილებელი ბოროტებაა“. Franque-ს ცნობით 75% მოშობის შემდეგ დაყოლია ყველა სატიკვარი აღმოცენებულია ხელოვნურ აბორტის ნიადაგზე, რის შემდეგ ქალი დიდხანს ღოგინად ჩავარდება და არაიშვიათად რჩება დასახიჩრებული, მოკლებული შრომის უნარსა და საშუალოდ დედობას გამოთხოვებული. თუ მივიღებთ მხედველობაში ყველა ზემოდ ნათქვამს, ჩვენთვის ცხადი იქნება რომ მუცლის მოწყვეტა დიდი საზოგადოებრივი უბედურებაა, ის სახელმწიფოს და ერს დიდს განსაცდელს უქადის; აბორტის ლეგალიზაციამ ვერ გადასჭრა აბორტის საკითხი, ეს საკითხი სოციალური საკითხია, ხოლო სოციალური საკითხი, როგორც სრულიად სამართლიანად შენიშნავს ცნობილი გინეკოლოგი Bossi მკვლევლობით არ გადაიჭრება. მართლა ლეგალიზაციის შემდეგ კლინიკების და საავადმყოფოების კარები უფრო ფართოდ გაიღო, აბორტებისათვის ჩვენებანი უფრო გაფართოვდა და ამით ძალზედ შემცირდა აბორტის შემდეგ დაავადება და სიკვდილიანობა, მაგრამ ამასთან ერთად შემცირდა შობილობა; საბჭოთა რუსეთში (ბელორუსიის, უკრაინის, თურქესტანის, ჩრდილო და ამიერ კავკასიის გამოკლებით), ГЕИС-ის მიერ შეკრებილი ანკეტის მიხედვით გაკეთებულა 1922—1924წ.—120,000, რომელიც გატარებულია რეგისტრაციაში. რაც რეგისტრაციას გამორჩა ის ხომ სხვა ზედმეტი იქნება; ეს ციფრები არის გამოყვანილი ყველა დარიგებულ ანკეტის 58% -დან, დანარჩენ 48% -ანკ. პასუხი არ არის მიღებული. თუ ანკეტების ამ დანაკლისს ვივარაუდებთ სამი წლის განმავლობაში უდრის 100,000 აბორტს, მაშინ მივიღებთ, რომ რუსეთში

ზემოთ ჩამოთვლილ სახელმწიფო ერთეულების გამოკლებით 220,000 აბორტს, კეთდება ე. ი. ყოველ წლობით ის 73,000 და მაშასადამე ყოველ წლობით ამდენივე მომავალი თაობა იღუპება; დამეთანხმებით რომ, ეს ცოცხალი ციფრები სახელმწიფოსათვის დიდი დანაკლისია და თუ სახეში გვაქვს და ვიცავთ ინტერესს არსებული თაობისა (დედების) ამავე დროს უნდა ვიცავდეთ მომავალი თაობის ინტერესს. დღეს ჩვენ ერთის ინტერესს მსხვერპლად ვწირავთ მეორის ინტერესს.

ჩვენ გავაფართოვეთ აბორტის ჩვენებანი, მივეციით სრული თავისუფლება ქალის ნებისყოფას, მაგრამ ვერ მოვსპეტე კერძო ბინებზე აბორტის კეთება და მგონია რომ არა თუ ახლობელ, შორეულ მომავალშიაც ვერ მოვსპობთ, ვინაიდან აბორტში, მუცლის მოწყვეტაში, ჩაქსოვილია მრავალნაირი გარემოებანი და გადულახავი მიზეზები—სირცხვილი, შიმშილი, ხელმოკლეობა, ანგარება, კოპწიობა, წამხედურობა, ოჯახის და ზნეობის დაცემა. არ შეიძლება არ აღვნიშნოთ ერთი ფრიად საგულისხმო ფაქტი, რომელზედაც ექიმი Генс-ი მიმიგვითითებს, აქ მე ვგულისხმობ აბორტის იმეიათობას კირგიზებში, ბურიატებში, მდინარე ვოლგის განაპირა მცხოვრებ ნემცებში. ერთი ექიმი სწერს „12 წელიწადია კალმიკებში ვმუშაობ და ერთ ქალსაც არ მოუმართავს აბორტის გასაკეთებლათაო; ბურიატებში უშვილობა დიდ სირცხვილად ითვლება; ნემცების მოსახლეობა სასტიკად იცავს ძველ რელიგიურ ტრადიციებს, ამიტომ აქაურ მეურნე გლეხთა მასებში აბორტმა ფეხი ვერ მოიკიდა. შესაძლებელია ამ გარემოების მიზეზს აქაურ ნემცების მკვიდრ ეკონომიურ მდგომარეობასთანაც ჰქონდეს კავშირი“. მართალია ეკონომიურ და სოციალურ პირობებს დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის ცხოვრებაში, მეტადრე ეხლა როცა დედაკაცი მამაკაცთან ერთად ჩამუღლია ყოველგვარ მუშაობაში, ეკონომიური პირობები მას იძულებულჰყოფს მოიშალოს მუცელი, რადგან ორსულობა ხელს უშლის საცხოვრებელ სარჩოს შოვნაში; ზოგჯერ მისი შემოსავალი იმდენად მცირეა, რომ ძლივს ჰყოფნის ერთი ან ორი შვილის დასაპურებლად და ამიტომ ის ცდილობს ძირიან-ფესვიან მოსპოს ყოველი ნიშან წყალი ოჯახის ახალი წევრისა და ზოგჯერ ის მოწადინებული არის მსხვერპლად შესწიროს და უარყოს ის რაც ბუნებას მისთვის ყველაზე უფრო ძვირფასი მიუციაო, ე. ი. დედათ ვახდომის უფლება, რომელიც ადამიანის წარმოდგენაში ყოველთვის დიდების გვირგვინით იყო გარემოცულიო, ამობს პროფ. Окинчиш-ი. Кауцкий შობილობის მემკვირვებას და მუცლის მოშლას ეკონომიურ პირობებს უკავშირებს, ის ამობს: თანამედროვე სახელმწიფოებმა უნდა აღიარონ თავიანთი უძღურება შობილობის მემკვირვებასთან და აბორტის გახშირებასთან ბრძოლაში, ვინაიდან უკანასკნელი შედეგებია სოციალურ უთანასწორობისა, მძიმე ეკონომიურ პირობებისა, ქორწინების უწყესო მდგომარეობისა, დედაზე და ბავშვზე ზრუნვის უქონლობისა და სხვ. მომავალ სახელმწიფოებში, სადაც ეს პირობები მოისპობა, აბორტები გაქრება და მის სანაცვლოთ ბავშვთა შობილობა მოწინააღმდეგეული იქნება საზოგადოებრივი აზრით და სახელმწიფოს საქიროებით. რასაკვირველია, აბორტის საკითხში ეკონომიურ პირობების სრულიად უარყოფა შეუძლებელია, მაგრამ საყოველთაოდ მისგან საზოგადოებრივობაც დაუშვებელია, ვინა-

ნაიდან სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ მდიდრებში უფრო ხშირია აბორტი, მაგ. პარიზში მდიდრების უბანში ქალთა ნაყოფიერება თითქმის ორჯერ უფრო შემცირებულია, ვიდრე განაპირა უბნებში, სადაც უფრო ღარიბნი ხელმოკლენი ცხოვრობენ; აგრეთვე დაკვირვებაც გვიჩვენებს, რომ არა უზრუნველ ყოფილ პროლეტარიატის ოჯახი უფრო მეტი ბავშებისაგან შესდგება, ვიდრე, მაზე შეუდარებლად უფრო შეძლებული მუშაკის. აგრეთვე სტატისტიკური და ეკონომიური გამოკვლევანი გვიჩვენებენ, რომ მუშა ეხლა შედარებით უფრო უზრუნველყოფილია, მისმა სამუშაო ხელუფასმა მოიმატა არა აბსოლიტურად, არამედ სარჩო სანოვავის ღირებულობის მიხედვითაც. ასე რომ აბორტის და ბავშთაყოლის შეზღუდვის მიზეზი უნდა ვეძიოთ სხვა სუბექტიურ ხასიათის პირობებშიაც. მასსა ეხლანდელ დროში ცხოვრობ უფრო მაღალ მოთხოვნილებას უყენებს. ის ისწრაფის თავის ერთად ერთი შვილი უფრო უკეთ აღზარდოს, მეტი განათლება მისცეს და მით მისცეს მეტი შესაძლებლობა, რომ არსებობისათვის ბრძოლაში გამარჯვებული დარჩეს. მაგრამ, როგორც დაკვირვება გვიჩვენებს ეს სურვილი ყოველთვის მიზანს ვერ აღწევს. Grothian-ის დაკვირვებით პირშო შვილი ჩვეულებრივ ბევრად ჩამორჩება თავის უმცროს ძმებს, როგორც ფიზიკურად ისე გონებრივად. მესამე და ჩეთხე შვილი უფრო მეტ ღირებულებას წარმოადგენს, თუმცა ისიც შემწეულია რომ ერთშვილიან მშობლებს ეზრდება 76% ბავშვი, ოთხშვილიანს 69%, შვიდშვილიანს 54—.

Löve Hanssen-ს მოჰყავს სტატისტიკური ცნობები საიდანაც სჩანს, რომ 234 პირშო ავადმყოფ შვილზე მოიღ 167 მშობიარობის შემდეგ დაბადებულნი; Fridiung-ის გამოკვლევით 100 პირშოთა შორის (2—10 წ. ჰასაკამდე) ყოფილა ჯანსალი 13,18 მძიმე ნევროპატი და 69 მსუბუქი ნევროპატი, ხოლო 100 პირველ ორსულობის შემდეგ დაბადებულ ბავშთა შორის 63 იყო ჯანსალი, და 31 ნევროპატი; ეს ფაქტები ცხადათ გვიმტკიცებს, თუ რა დიდ და გაუსწორებელ შეცდომაში შედიან მშობლები და ზიანს აყენებენ საერთოდ თავის თავს, ისე სახელმწიფოს, როცა ოჯახს ერთი შვილით ზღუდავენ, ამ გარემოებას თან მოჰყვება შემცირება, როგორც რაოდენობით, ისე ღირსებით იმ ერის მოსახლეობის შემადგენლობისა სადაც ბავშთა ყოლის შეზღუდვა ჩვეულებრივს მოვლენას წარმოადგენს.

ამგვარად როგორც ვხედავთ აბორტი ვერ შეანელა ვერც რეპრესიულმა და ვერც მის თავისუფლად წარმოებამ, ის ისევ დარჩა სოციალურ ავადმყოფობად, სოციალურ უბედურებად, ის მატულობს და მასთან ერთად მცირდება ყრმათა შობილობა, კლებულობს მოსახლეობის ზრდა-მატება, რაც მომასწავებელია ხალხის ძლიერების დაცემისა. ანტიური სახელმწიფოები დალუპა არა მტრის მახვილმა, არამედ ახალთაობის უყოლობამო ამოზს Seek-ი. Беш-ის აზრით პროლეტარიატის ძალა ეყრდნობა ოდენობაზე, მასსაზე, ამ მიზნით ის უარყოფს სქესობრივ ცხოვრების რაციონალიზაციას, რომელზედაც მიგვითითებს Каутский, და წინააღმდეგა და მავნებლად სთვლის ჯანმრთელობისათვის როგორც სქესობრივ თავშეკავებას და დაორსულების საწინააღმდეგო საშუალებებს. ყველა ეს ამცირებს შობილობას და მასის, ხალხის სიძლიერეს ასუსტებს; ბავშთა ყოლის შეზღუდვა, რომელმაც თავი იჩინა და ვრცელდება გერმანიის მშრომელთა შორის, ამოზს Max Hirsch-ი, სამარეს უთხრის მუშათა კლასსო, სწო-

რედ იმის მგზავსად, როგორც ამ გარემოებას (ბავშთა ყოლის შეზღუდვას) ადგილი აქვს ბურჟუაზიულ კლასთა შორისო და მას განადგურებით ემუქრებაო.

ბ-ნებო, როგორც ზემოდ ნათქვამიდან დაინახეთ, აბორტის საკითხი ვერ არის სასურველად გადაჭრილი ვერც დასავლეთ ევროპაში, ვერც საბჭოთა რუსეთში; იგი ისევ სოციალურ ბოროტებათ რჩება. პროფ. Кривский ამბობს აბორტის რიკხვის მომატებას და მის ზედმეტად გავრცელებას მე ვუყურებ როგორც სოციალურ უბედურებას, როგორც ეპიდემიურ სენს, რომელიც ამ წუთში მატების ხანაშია, ის მიიღწევს თავის „acme“-ს მაგრამ როდის მიიღწევს ამას და როდის დაიწყება მის stadium decrementi ამის თქმა არ შეგვიძლიანო. პროფ. Строганов-ი აბორტის ვაკეთებას ამორალურ (უზნეო) მოქმედებად სთვლის; აქომამდე ქალს სცხვენოდა მუცლის მოწყვეტაო ამბობს იგი, ეხლა კი მას ისე უყურებს როგორც მის კანონიერ უფლებასო და ამას მე დავსძენდი, რომ ქალმა დღეს დედობრივი გრძნობა დაჰკარგა, ჩვენ დღეს ვეღარა ვხედავთ ისეთ დედებს, რომელნიც როგორც ამბობს პოეტი გურამიშვილი ძის შობის შემდეგ ქირს აღარ გაიხსენებდა და ძის შობის სიხარულით ილაოს მზგავს სენებსაც კი დაჰკარგავდა. ზოგიერთი აბორტის მოსარჩლენი ხშირად გაიძახიან, თითქოს მუცლის მოწყვეტა პროლეტარული მისის მოთხოვნილება იყოს, ეს სინამდვილეს არ შეეფერება, ვინაიდან პროლეტარიატის ქალთა მისსა ერთ ღმთავრეს თავის ლოზუნგად ისახავს „დედობის უფლებას“ და არაოდეს მას არ მოუთხოვნიდა დაუსჯელად მუცლის მოწყვეტის წარმოება.

ამით ვათავებ ჩემს მოხსენებას და ბოდიშს ვითხოვ, რომ ვერ მოვიყვანე ცნობები აბორტის გავრცელების შესახებ, ჩვენ სამაზრო ქალაქებში და საზოგადოთ მაზრებში, ვფიქრობდი, რომ ქუთაისი და ბათომი სადაც საავადმყოფოებია მაინც მომაწვდენდენ ამის შესახებ მასალას, მაგრამ სამწუხაროდ ვერ მივიღე; მართალია ზოგიერთ ამხანაგებმა მაზრებიდან მოგვაწოდეს ანკეტები, მაგრამ ვერ გამოვიყენე, რადგანაც სრული პასუხი შეკითხვებზე ვერ მივიღე, სჩანს, რომ შობილობის და აბორტის შესახებ მაზრებში სტატისტიკა ძლიერ მოიკოჭლებს, მაგრამ მაინც, თუ იმას დავეყრდნობი, რაც მივიღე და აგრედვე მივიღებ მხედველობაში საერთო შთაბეჭდილებას, რომელიც ამ ბოროტების შესახებ მაზრებში მომუშავე ამხანაგებს მიუღიათ და მე მათგან მსმენია, შემძლიან ვსთქვა რომ აბორტი მაზრებშიაც, გლეხების ოჯახებშიაც შეიქრა.

ბატონებო, თანამედროვე პენობა გვასწავლის, რომ დედა და შვილი ორივე თანასწორი ფასიანი არიან, მაგრამ როცა ორივეს სიცოცხლე სასწოროზე დევს, მაშინ სასწორი დედისაკენ უნდა გავსწოთ: ასე უნდა უტკეპროდეთ ორსულ ქალს; მის მდგომარეობას ჩვენ ყოველ მხრივ ანგარიში უნდა გავუწოთ, მხოლოდ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ყველას მივცეთ ხელში „carte blanche“ მუცლის მოწყვეტად, რომ მას ესაპიროება თუ არა ეს ოპერაცია, ესე ვთქვათ, განცხადებითი წესით გაიკეთოს. არის ერთი ქართული ანდაზა, რომლის აქ თქვენს წინაშე მოყვანა შეძლებდა: „აქლემი ისე არ დაძაბუნდება, რომ მან.... ტვირთი ვერ აიკიდოსო“.

დიდს, მრავალ რიცხოვან ერს აბორტის მიერ მიყენებული დანაკლისი იმდენად არ დაემჩნევა, ჩვენ კი პატარა ერი ვართ, სხვადასხვა სენი ჩუმუმად

მუსრს გვადენს, ამას აბორტის ეპიდემიაც ემატება და თუ ამას რაიმე წამალი არ მოუწახვით—ფიზიკურად დაეუძღურდებით; ყველა ერისათვის, ამბობს Zohne, ნაციონალ ბიოლოგიური სიმდიდრე უფრო ძვირფასია, ვიდრე ნაციონალურ ეკონომიური. სახელმწიფოს აყვავებისა და ძლევა მოსილობისათვის სალი ნაციონალ-ბიოლოგიური სიმდიდრე აუცილებელი პირობას წარმოადგენს.

ყველა ზემოდ ნათქვამი მაძლევს საბუთს გამოვიტანო შემდეგი დასკვნა: ვერც რეპრესიულმა ზომებმა და ვერც ლეგალიზაციამ ვერ შესძლეს აბორტის რიცხვის შემცირება. **ლეგალიზაციის შემდეგ შემცირდა აბორტის სექტიური ფორმები და მით სიკვდილიანობა აბორტის შემდეგ.** მაგრამ საერთო რიცხვმა ხელოვნური აბორტისა და განსაკუთრებით კრიმინალურ აბორტთა (კერძო ბინებზე) რიცხვმა არა თუ იკლო, პირიქით იმატა კიდევ და თუ კრიმ. აბორტთა მომატებასთან ერთად მხედველობაში მივიღებთ იმ გარემოებას, რომ სექტიურმა ფორმებმა აბორტისა დაიკლო, ეს იმის მაჩვენებელია, რომ აბორტი ამოდის ხარდაფებიდან და გადადის სუფთა კაბინეტში, უფრო მცოდნე პირების ხელში, ვიდრე ეს წინედ იყო. აბორტი, რომელიც უმთავრესად ქალაქებში კეთდება და კეთდებოდა დღესაც, ესლა სოფლად გლეხების ოჯახშიაც შეიჭრა, რაც ერს და სახელმწიფოს დიდს უბედურებას უქადის.

დასასრულ მე მსურს წარმოვადგინო შემდეგი დებულებანი:

1. მუცლის მოწყვეტა (აბორტი), რომელმაც უკანასკნელ ხანებში ფართო ხასიათი მიიღო, წარმოადგენს საშიშ სოციალურ უბედურებას და ჩათვლილ უნდა იქნას ხალხთა მოსახლეობის პროგრესიულად შემცირების ერთ ერთ მიზეზად.

2. აბორტის მიზეზები მრავალფეროვანია, ის ფართო ფარგლებშია მომწყვდეული, მისი საზღვარი იწყება ქალის კოპწიაობა-წინდაუხედაობის და წამხედურებისაგან და თავდება უკიდურესი გაჭირვების პირობებით.

3. ქალის მუცელში მყოფი ჩანასახი არ შეადგენს ქალის სხეულის ნაწილს და არც მის საკუთრებას, იგი ცალკე არსებაა და წარმოადგენს სახელმწიფოებრივ ღირებულების საგანძურს და მოითხოვს შესაფერ მფარველობას.

4. მუცლის მოწყვეტის ოპერაცია უნდა კეთდებოდეს უფასოდ სახელმწიფო და საზოგადოებრივ სამშობიარო სახლებში, კლინიკებში და საავადმყოფოებში.

5. თუმცა მუცლის მოსაწყვეტი ოპერაცია ტექნიკურად ადვილია, მაგრამ ამ დროს მძიმე საბედისწერო გართულებანიც არა იშვიათია და გარდა ამისა მუცლის მოწყვეტას, თუნდაც იგი დიდის წარმატებით იყოს ჩატარებული, მაინც ცუდი გავლენა აქვს ქალის ორგანიზმზე და უქადის მას მერმისში სრულ უნაყოფობას.

6. მუცლის მოწყვეტა კანონით დაშვებულ უნდა იქნას სამკურნალო თვალსაზრისით, როცა დედას ორსულობა საშიშროებას უქადის.

7. მუცლის მოწყვეტა სამკურნალო ჩვენებით უნდა დადასტურებულ იქნას ექიმების მიერ.

8. კერძო სამკურნალო დაწესებულებაში, და სამშობიარო თავშესაფარებში, რომელნიც უმთავრესად კომერციული მიზნით არიან დაარსებული აბორტი არ უნდა კეთდებოდეს.

9. მუცლის მოწყვეტა უნდა აღიარებულ იქმნას უზნეო და დანაშაულ მოქმედებად და რადგან სოციალურ პირობების ჩვენებით უფრო ბევრი აბორტი კეთდება, ვიდრე სამკურნალო, ამ ჩვენებით აბორტის გაკეთება უარყოფილ იქმნას და ამისათვის სახელმწიფოს მიერ სხვა საშუალება უნდა იქმნას გამომუშავებული და შემოღებული.

10. გაძლიერებულ უნდა იქმნას რეპრესიული ზომები იმ პირთა მიმართ (ექიმები და ბებები) რომელნიც კერძო პრაქტიკის სახით აბორტბაშობას ეწევიან. ამ მხრივ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს კერძო ბინებს და სამშობიარო თავშესაფარებს.

11. მუცლის მოწყვეტის საუკეთესო შემამცირებელ საშუალებად უნდა ჩაითვალოს ახალი სოციალური აღმშენებლობის რაც შეიძლება მალე და გონივრულად ფართო პასტაბით გატარება და არა მახვილი კოვზით საშვილოსნოს გამოფხეკა.

12. დედობა უნდა აღიარებულ იქმნას როგორც სოციალური ფუნქცია და სოციალური დახმარება დედის და მრავალბავშვებიან ოჯახისადმი უნდა მიჩნეულ იქმნას სახელმწიფოს ერთ უმთავრეს ამოცანად.

დახმარება უნდა მიეცეს არა დაზღვეულსაც; სამ შვილზე მეტი ოჯახის პატრონს უნდა ეძლეოდეს განსაკუთრებული პრემიები.

13. უნდა გაძლიერებულ იქმნას სამშობიარო დახმარება სოფლად, რისთვისაც საჭიროა სამშობიარო თავშესაფარების და საავადმყოფოების ქსელის გაფართოება.

14. უნდა მოეწყოს ორსულთათვის კონსულტაციები, სადაც უნდა ტარდებოდეს ფართო პროპაგანდა აბორტის მავნებლობის შესახებ.

15. სასანიტარო განმანათლებელი პროპაგანდის საშუალებით ქალთა ფართო მასას უნდა შეევაგნებინოთ, რომ მუცლის მოწყვეტა მისთვის მავნებელია, რომ ორსულობა, მშობიარობა და ძუძუს წოვება მისი ბუნებრივი დანიშნულებაა, რომლის შეუსრულებლობა როგორც მისთვის ისე სახელმწიფოსათვის დიდად საზარალოა. რომ ახალი არსების წარმოქმნაზე დამოკიდებულია, მისი ოჯახის და სამშობლოს მომავალი.

ქირ. ღოქ. მ. მხალაშვილი.

ზოგიერთი მოსაზრებანი ხელოვნური აბორტისა და მის ჩვენებათა შესახებ*).

ხელოვნური მუცლის მოწყვეტა—ეს ცოცხალი არსების შეგნებული მკვლელობა—შეიძლება ითქვას, ხალხის ავადმყოფობაა, რომელსაც მოსახლეობის მომატებასა და მის ზრდა-განვითარებაზე არა ნაკლები გავლენა აქვს, ვიდრე სხვა სოციალურ ავადმყოფობათ. მეტად სავალალო და ჩამაფიქრებელია ის გარემოება, რომ დღესაც კულტურულ ხალხთა შორის ხელოვნური მუცლის მოწყვეტა შეუჩერებელი საგრძნობლად მატულობს და უქადის მთელ ერებს გადაგვარება—გაქრობას ისე, როგორც ამას ძველ დროშიაც ძლევა მოსილ და მდიდარ ხალხებში ქონდა ადგილი.

რა არის მიზეზი ასეთ მოვლენისა? აი კითხვა, რომლის გადაჭრა არც ისე ადვილია, რადგან არა ერთი რომელიმე ფაქტორია ამის გამომწვევი, არამედ მრავალი, ერთმანეთზე მჭიდროდ გადახლართული, რომლის შორის ზოგი მნიშვნელოვანია და ყურადსაღებია, ზოგი-კი არა. ამ ფაქტორებში დღესაც პირველი ადგილი უნდა დაეთმოს სოციალური პირობებით გამოწვეულს, რომელიც დაყენებით ითხოვს დედ-მამისაგან იმდენი შვილის ყოლას, რამდენის აღზრდა და მოვლა-პატრონობა მათ შეუძლიანთ. მაგ., ჩვენს ქვეყანაში დღეს მუცლის მოწყვეტას მოჰკიდა ხელი ისეთ ელემენტებმაც, რომლებიც წინეთ ამას არავითარ შემთხვევაში არ ჩაიდენდა.

საგულისხმოა, რომ ქალის ასეთ გადაწყვეტილებას მხარს უჭერს მეტ შემთხვევაში მამაკაციც, რომელიც გამსჭვალულია არა იმ აზრით, რომ ცოლი მისი „კოპწია ქალად დარჩეს“, არამედ მით, რომ ახალი წევრის მომატებით არ აიღოს თავის თავზე ისეთი დაუძლეველი რამ ტვირთი. როგორც ჩვენი, ისე სხვების დაკვირვებიდან სჩანს, რომ მუცლის მოწყვეტას მიმართავენ მეტწილად ერთი, ორი ან მეტ შვილიანები, რასაც ადგილი არ ექნებოდა იმ შემთხვევაში, რომ სოციალური პირობები ამას ხელს არ უწყობდენ.

სახელმწიფო უნივერსიტეტის გინეკოლოგიური კლინიკისა და სამედიცინო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტის მასალიდან ირკვევა, რომ მუცლის მოწყვეტა პირველ ორსულებში 17% ყოფილა, მაშინ როდესაც ერთ და მეტ შვილიანებში ის წარმოებულა 83%¹/₀-ში (სულ 1050 შემთხვევა); ამითში ქართველი—43%¹/₀, სომეხი—25%¹/₀, რუსი—22¹/₂, და სხვა ეროვნების—15%¹/₀.

*) მოხსენებული საქართველოს ექიმთა მე-IV ყრილობაზე 1926 წ.

წლოვანების მიხედვით.

15—20	წლამდე ყოფილა	11 ⁰ / ₀
20—30	„ „	58 ⁰ / ₀
30—მეტ	„ „	32 ⁰ / ₀

M. Hirsch-ის სტატისტიკაც ასეთივეა. ნაყოფიერ კოლ ქმრიანობის ყოველ 100 შემთხვევაში 31—36 წლიანების აბორტი სამჯერ მეტი ყოფილა, ვიდრე 19—24 წლიანებისა. საინტერესოა, რომ კრიმინალური მუცლის მოწყვეტის რაოდენობაც მატულობს თურმე გათხოვილთა ხნოვანობასთან. ავსტრიის მასალის მიხედვითაც კრიმინალური აბორტი სწორედ მრავალ-მშობიარებში ხვდება მომეტებულად. საერთოდ ევროპაში მიღებულია, რომ დიდ ქალაქებში აბორტების 75—80⁰/₀ კრიმინალურია.

სოციალურ მდგომარეობის მიხედვით საყურადღებო ციფრებს გვაწვდის Якинич-ი (ლენინგრადის სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტის მასალა).

1893—1911 წ. მუცლის მოწყვეტილთა შორის ყოფილა:

დიასახლისები	60 ⁰ / ₀
შინა მოსამსახურენი	15 ⁰ / ₀
ინტელ. მშრომელი	13 ⁰ / ₀
მოხელე	8 ⁰ / ₀
შავი მუშა	4 ⁰ / ₀

ამ ცნობიდან სჩანს, რომ 1911 წლამდე მუცლის მოწყვეტას მიმართავდა მეტწილად სწორედ მოსახლეობის ის ელემენტი, რომელიც თუმცა კულტურულ ცხოვრებას ეწეოდა, მაგრამ მთლად უზრუნველყოფილი მატერიალურად არ იყო. რუსეთში მაშინ დიასახლისები წარმოადგენდა საშუალო შეძლების ნაწილს მოსახლეობისა, რომელიც თავისი პატიოსანი შრომით ცხოვრებას მისდევდა და იმავე დროს ითვალისწინებდა ყოველივე მოვალეობას ოჯახისადმი. შავი მუშებში მუცლის მოწყვეტის ასეთი მცირე ⁰/₀ მიეწერა არა მატერიალურ სიმდიერეს და მორალურ სიმადლეს, არამედ შეუძლებლობას აბორტისათვის საჭირო პირობების შექმნისა და აგრეთვე ნაკლებ შეგნებას, კულტურულად დაქვეითებას, რაც იწვევს როგორც სხვადასხვა გადამდებ სნეულების გაჩენით გამოწვეულ უშვილობას, ისე უკვე შეძენილ ბავშვების უბატრონო, მოუვლელად ქუჩაში დაყრა-გაშვებას ყველა ცუდი მხარეებით—პროსტიტუცია, კრიმინალობა და სხვა. რომ ეს მოსახრება სწორეა, სჩანს იქიდან, რომ მაგ. საბჭოთა კავშირში მუცლის მოწყვეტის ლეგალიზაციის შემოღების შემდეგ, ეს ციფრები ⁰/₀ გამოანგარიშებული საგრძნობლად შეიცვალა. ეკატერინებურგის სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტის და ურალსკის სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტის მასალებიდან აშკარადვდება, რომ ლეგალიზაციის შემდეგ პროფესიის მიხედვით აბორტიანები თურმე შემდეგად განისაზღვრებოდნენ:

მოსამსახურენი	22,5 ⁰ / ₀
შინა მოსამსახურენი	20 ⁰ / ₀
ქარხნის მუშები	19 ⁰ / ₀

რადგან ხელისუფლებამ მუშებსაც მიანიჭა უფლება სახელმწიფო დაწესებულებებში უფასოდ წამლობისა და რადგან ამ კატეგორიის მდგომარეობა, მისი კულტურული და გონებრივი შესაძლებლობა აიწია, ამიტომ ისიც მიმართავს მუცლის მოწყვეტას, როგორც საშუალებას არსებულ ოჯახის მომავალში უზრუნველსაყოფად; ისიც გრძნობს უკვე მთელ სიმძიმეს ახალი წვევრის მომბრუნებისას, რის გამოც ძალაუნებურად მიმართავს ისეთ ბოროტ საქმეს, როგორიც არის მუცლად მყოფ ცოცხალ ადამიანის მკვლელობა.

ორივე ცხრილში აღნიშნული აბორტების შედარებით დიდი $\%$ შინა მოსახლესურეებში აღვილად გასაგებია. ამ უკანასკნელთა შრომის პირობები პირდაპირ ითხოვენ მათგან თავისუფალნი იყვნენ ყოველივე დატვირთვისაგან, რადგან უამისოდ აღვილის შენარჩუნება შეუძლებელია.

რაც შეეხება მოხელეთა წრის აბორტების მცირე $\%$, ეს აიხსნება მით, რომ ძველ რუსეთში მათი მდგომარეობა სხვებთან შედარებით გაცილებით უკეთესი იყო.

ამ რიგად, თუ ომამდე არა უზრუნველყოფილი პროლეტარის ოჯახი უფრო მეტ ბავშვებისაგან შესდგებოდა, ვიდრე შედარებით უფრო უზრუნველყოფილი (კვალიფიკაციით) მუშაკის, ეს სრულიადაც არ უარყოფს სოციალურ პირობების მნიშვნელობას, როგორც აბორტის გამომწვევ უმთავრეს ფაქტორს; პირიქით მტკიცდება, რომ ამა თუ იმ ოჯახის ცოტათი გამავრება, მის მიერ კულტურულ ცხოვრების ავ-კარგის გაღწობა, აყენებს მის წინაშე საკითხს ოჯახის ახალი წვევრის ყოლის თუ არ ყოლის შესახებ.

სოციალურ პირობებთან მჭიდრო კავშირშია, ზოგჯერ პირდაპირ მისგან დამოკიდებულიც საზოგადოების და მათ წვევრთა ზნეობრივი და მორალური თვისებებიც, განსაკუთრებით სქესობრივი ურთიერთობის ხასიათისა. თანამედროვე კულტურული და სულიერი ცხოვრება ქმნის შემცდარ მსოფლმხედველობას, უბასუხისმგებლო გრძნობას სქესობრივ ცხოვრების აღრიანად დაწყებისა და ფართოდ სარგებლობის. ამ ნიადაგზე წარმოშობილი მუცლის მოწყვეტა გარეგნულად მრავალფეროვანია, რისიც გამოორკევეა და აღნუსხვა ეხლა ზედმეტად მიმზინია. ბოროტების ასეთი ჩამდენად ფეტუსი წარმოდგენილი აქვთ, როგორც დედის სხეულის ნაწილი (pars ventris matris), რომელსაც შეუძლიათ მოექცენ ისე, როგორც სურთ. მათთვის უცხოა მეცნიერული შეხედულება, რომ დედა აწვიდის მხოლოდ შენების მასალას ცხოველ ძალას, რომელიც ჩასახულია ისე, როგორ ამას შევბა მის დაბადების შემდეგაც.

ექიმისათვის სოციალური ჩვენება არ უნდა არსებობდეს, რადგან ეს არ შედის სრულიად მის სამოქმედო ვეგემაში. მხოლოდ და მხოლოდ სამკურნალო თვალსაზრისით წამომდგარი ჩვენება უნდა ამოქმედდებდეს, რადგან მას არ ძალუძს მოსახლეობის ქონებრივი მდგომარეობის გამორკვევა და არც ამისათვის არის ის მოწვეული. ექვი არ არის, მუცლის მოწყვეტა სოციალური პირობებით ნაკარნახევი საბოლოოდ მოისპობა მაშინ, როდესაც ერის ეკონომიური მდგომარეობა სავსებით გამოსწორდება და მისი მოლარული მხარეები გაჯანსაღდება; მაშინ, უნდა ველოდეთ, ხალხის გულის სიღრმიდან აღმოცენდება წმინდა გრძნობა ცოცხალი არსების უსაზღვრო სიყვარულისა და შეუჩერებელი სურვილი მეგვიდრეე-

ბის შექმნისა. სანამ ეს არ მომხდარა ექიმებსაც, როგორც კულტურულ ადამიანებს. ვალად ადევს ამ ბოროტების წინააღმდეგ ხმა აღამაღლოს და თავისი დამოკიდებულება გამოააშკარავოს.

გერმანეთში, საერთოდ ევროპაში დღესაც ძალაშია 1878 წელში გამოცემული, მეტად მკაცრი კანონი, რომლის დედა-აზრი მდგომარეობს იმაში, რომ ხელოვნური აბორტი, როგორც შეგნებული მკვლელობა შემდეგში ეკსტრატერინურ ცხოვრებისათვის უნარ მოსილ ადამიანისა, დაუშვებელი და პასუხსაგებია. ეს კანონი უკანასკნელ დრომდე არ იღებდა სახეში სამკურნალო თვალსაზრისით ნაჩვენებ გარემოებასაც. მეტია იმაზე ლაპარაკი, რომ არსებობენ მიწვეული რიგი სამკურნალო ჩვენებებისა, რომელნიც შეეხებიან ორსულობით გამოწვეულ საშიშ მდგომარეობას ან შშობიარობის შემდგომ მოსალოდნელ გართულებას, რაიც აუცილებლად ითხოვს ასეთ ჩარევას. ერთად-ერთ ჩვენებად აღნიშნულ კანონში აღიარებული იყო ვიწრო მენჯი. თუ არ ყოფილა შემთხვევა დასჯისა იმ გერმანელ ექიმის. რომელიც მეცნიერების მიხედვით მუცლის მოწყვეტას აწარმოებდა, ეს მიეწერება იმას, რომ მოსამართლე მკურნალობის მოტივს უფრო მალა აყენებდა, ვიდრე კანონის უსიცოცხლო სიტყვებს. მაგრამ თუ მოსამართლე ვიწრომხედავი და ბოროტის მსურველი იქნებოდა. მაშინ, რა თქმა უნდა, შესაძლებელი იყო ასეთი ექიმის სამართალში მიცემა და მისი დასჯაც. ამ გარემოებას კარგა ხანია გერმანეთში ექიმთა წრეებმა და საზოგადოებებმა მიაქციეს ყურადღება და მათი პირდაპირი ჩარევით მოხდა ის, რომ არსებულ კანონში 1925 წელს შესწორება იყო შეტანილი (მეცნიერთა სპეციალური დეპუტაცია).

კანონის ახალი მუხლი თუმცა ანთავისუფლებს ექიმს სასჯელისაგან, თუ აბორტი გაკეთებულია მეცნიერების მოთხოვნილებების თანახმად, მაგრამ ამ ჩვენების დამტკიცებამდე დღესაც შესაძლებელია ყოველგვარი გაუგებრობა და უსიამოვნება ექიმის მიმართ. გარდა ამისა ეს მუხლი არ იღებს სახეში აგრეთვე ჩვენებებს, რომლებიც შეეხებიან მოსალოდნელ გართულებას ორსულობით, რაც დიდ ნაკლად უნდა ჩაითვალოს. ჩვენის აზრით, ექიმი სრულიად უნდა იყოს განთავისუფლებული ყოველივე პასუხისმგებლობისაგან იმ შემთხვევაში, როდესაც ის მეცნიერების მიერ მიღებულ მტკიცე პრინციპების მიხედვით აწარმოებს ხელოვნურ მუცლის მოწყვეტას.

უფრო მეტი სიმკაცრეა გატარებული შვეიცარიის და ავსტრიის კანონმდებლობაში: იქ სასჯელი მესამე პირს შემცდნენლსაც ხვდება. მაგ., შვეიცარიის კანონმდებლობის 141 მუხლში სწერია: „ვინც მიატოვებს გაჭირვებაში ჩავარდნილ ორსულ ქალს, უნდა ექნეს დატუსაღებული“. ავსტრიის კან. კრებ. 257 მუხლი ამბობს: „ვინც დახმარებას არ აღმოუჩენს იმ ქალს, რომელსაც არა აქვს საშუალება ორსულ. თუ ლოგინ. დროს თავი ირჩინოს, დაისჯება სატუსაღოში ჩამწყვდევით 3 დღიდან 6 თვემდე“. მიუხედავად ასეთი კანონის სიმკაცრისა ევროპაში მაინც მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი არ არის, რადგან, როგორც ზემოთ გვქონდა ლაპარაკი, მუცლის მოწყვეტა სწორედ კრიმინალური ხასიათისა იქ დღითიდღე მატულობს. ეს შეუჩერებელი მომატება ყველას აღელვებს და საგონებელში ავდებს. ამ ბოლო დროს მეცნიერთა შორის პრესაშიაც გაიმართა კამათი, თუ როგორი გზა უნდა ექნეს არჩეული ამ სენის წინააღმდეგ საბრძოლველად. R. Jaschke-ს წინადადება შემოაქვს დასჯილი იყოს მხოლოდ აბორტის მკეთებელი, თვის:

ქალი კი ყოველივე სასჯელისაგან თავისუფალი; მისი აზრით, მაშინ ადვილად შეიძლება დამნაშავეს აღმოჩენა, რადგან ავადმყოფი ან ქირისუფალი მისი არ დაერიდება გამხელასო. მოთხოვნილია შემულღებელის დასჯაც, რადგან მაშინ ქალის მოტყუებას ადვილი არ ექნება და მუცლის მოწყვეტის გადაწყვეტაში ქალს ერთი მრჩეველით ნაკლები ეყოლება.

ყველაფერი ეს პალიატივია და მით არ შეიძლება სასურველ მიზნის მიღწევა. ქალი აბორტის მკეთებელს არ გაამხელს, რადგან ბოროტების გამოქვეყნებისასაც ეშინია. შემდეგ, ხშირად თვით ქალი სხვის დაუხმარებლად აწარმოებს მუცლის მოწყვეტას. მაშინ ვინ უნდა დაისაჯოს? მაგ., Söhne-მ ნახა, რომ აბორტი 70—80 %-ში თვით ორსულებს გაუკეთებიათ (ცხელი პეურება წყლის ძლიერი ნაკადით, ირიგატორის მაღლა ატანა და სხვა). Lochte-მ, Haberba-მ და სხვებმაც დაადასტურეს ასეთი რამ. გარდა ამისა ქალის პასუხისმგებლობიდან განთავისუფლებისას, უნდა ვიფიქროთ, ძლიერ იმატებს „თავისუფალი სიყვარული“-ს შემთხვევები, რადგან ორსულად გახდომის შიში აღარ ექნება; ცხადია, ასეთი ქალები არასოდეს აბორტისტს არ გაცემენ. ესეც რომ არ იყოს, ქალის განთავისუფლება იქნებოდა უფლებრივ პრინციპების დამახინჯება. კანონმდებელს არ შეუძლია ერთი და იგივე დანაშაულობისათვის ერთი მომქმედი პირი დასაჯოს, მეორე კი — არა; მას არ შეუძლია ქალის სრულიად განთავისუფლება მით უმეტეს. რომ ქალს ეკუთვნის ინიციატივა ბოროტების ჩადენის საქმეში. რაც შეეხება შემცდენელის დასჯის შემოღებას, ასეთი რამ, როგორც აღნიშნული იყო, კიდევ შემოღებულია შვეიცარიასა და ავსტრიაში, მაგრამ ბევრს არ შევლის — ეს Hirschi-ის თქმის არ იყოს „ერთი წვეთია ცხელ ქვაზე დასხმული“.

ამ რიგად მკაცრ ზომებსაც არ ძალუძს ამ მუცლის მოწყვეტის საქმის მოსპობა და რაც ყველაზე უარესია მის მომატებასთან ერთად კრიმინალობაც მატულობს. ცხადია, მალვით ოპერაციის კეთება დედისთვისაც დიდ საშიშროებას წარმოადგენს, რადგან გართულებანი უფრო ხშირი და უფრო შესაძლებელია.

ამ მხრივ საბჭოთა კავშირში მოხდენილი ცდა აბორტების ლეგალიზაციის ბევრს რამეს გვიმტკიცებს. 1920 წლის ნოემბერში გამოცემული დეკრეტი ნებას აძლევს ექიმს თავისუფლად აწარმოოს მუცლის მოწყვეტა. მხოლოდ უფასოდ სახელმწიფო სამკურნალო დაწესებულებებში იმ მოსაზრებით, რომ რეპრესიების გზამ არამც თუ არ შეამცირა რიცხვი აბორტებისა, არამედ დამატებით ამასთან გააძლია დასწეულების და სიკვდილიანობის პროცენტი. მართლაც, თანახმად კავშირის დიდი საავადმყოფოების სტატისტიკისა ლეგალიზაციის შემდეგ სეპტიურ აბორტების რიცხვი საგრძნობლად შემცირდა. მაგ., M Karlin-ის ცნობით (დაუკითხავს 1368 ქალი) 1912—1916 წლამდე სეპტიური აბორტების რაოდენობა ექიმების მიერ წარმოებული უდრიდა 9 %, ბებია ქალებისა კი — 18 %; სამაგიეროდ 1921—1923 წლამდე ის დავიდა პირველთა ხელში — 4.75 %-მდე, მეორეთა კი — 11.1 %.

ამ რიგად ლეგალიზაციამ, როგორც მოსალოდნელი იყო, შეამცირა სეპტიურ აბორტების რიცხვი, მაგრამ სამაგიეროდ მას თან დაერთო მეტად საშიშო მოვლენა — ეს საზოგადოთ აბორტების რაოდენობის საგრძნობლად მომატება. ტფილისის სამედიცინო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტის სტატისტიკა შემდეგია:

წლები	რაოდენობა აბორტისა	სიკვდილიანობა
1916—1920	2541	28(1.1%)
1921—1925	2646	12(0.45%)

უნდა აღინიშნოს, რომ 1921 წლიდან ინსტიტუტის საწოლები ნახევარზე იყო შემცირებული, რადგან ერთი ნახევარი გადაეცა სამეანო კლინიკას. მიუხედავად ამისა რიცხვი აბორტებისა მაინც მომატებულია. უნდა ვიანგარიშოთ, რომ ამდენივე რიცხვი კლინიკასაც ეყოლება გატარებული. სიკვდილიანობის % საგრძნობლად დაწეულია, რადგან მეტ წილად ხელოვნური აბორტებია ნაწარმოები. სიკვდილის 12 შემთხვევიდან 10 გადმოცემულია ინსტიტუტზე, როგორც სექტიური აბორტი ძლიერ მძიმე კლინიკური მოვლენებით, რის გამოც შეუძლებელი იყო რაიმე ოპერატიული დახმარების აღმოჩენა. დაუმატებთ, რომ 1925 წელში გავილლ ავადმყოფთა საერთო რიცხვი უდრიდა 2771, აქედან აბორტიანი იყო 961, ე. ი. 35%. ასეთივეა M. Karlin-ის შიერ 1924 წ. გამოქვეყნებული ცნობები სამეანო-გინეკოლოგიური ინსტიტუტიდან: ძველ დროში აბორტების რაოდენობა თურმე შეადგენდა 3 — 15%. უკანასკნელ წელში კი აიწია 30 — 40%-მდე. ლენინგრადის სამშობიარო სახლის (Окинчиц) მასალის მიხედვით 1907 — 1909 წ. აბორტების რიცხვი ყოფილა 20%, ბოლო წლებში კი გამხდარა 50%. ექვს გარეშეა, რომ რეგისტრაცია საყოველთაო და სრული იყოს, ეს ციფრები გაცილებით მეტი იქნებოდა.

სწორედ ამ გარემოების გამო საჭირო შეიქნა დასახელებულ დეკრეტში 2 შესწორების შეტანა. 1924 წელში გამოცემული დებულება ნებადართულად აცხადებს აბორტის კეთებას კერძო სამკურნალოებში და სოციალურ ჩვენებებსაც ცოტაოდნავ ზღუდავს. სოციალურ მდგომარეობის გამოკვლევა ენდობა განსაკუთრებულ ორგანიზაციას, ე. წ. „დედობის და ბავშვობის დაცვის კომისიას“, რომლის მოვალეობაა გარდა ნებართვის გაცემისა აგრეთვე დეტალური გაცნობა საქმისა, დარიგება და ფართო პროპაგანდა. ჩვენ გვგონია, რომ სახელმწიფოში, სადაც კანონით დატულია დედობა, პირველ ყოვლისა მიქცეული უნდა იყოს ყურადღება მრავალშვილებიანის სოციალურ მდგომარეობას. უნდა გაკეთდეს ის, რაც ამ დედობას მართლაც დაიცავს. რაც შეეხება ბავშვობის დაცვას, რომელიც აგრეთვე სახელმწიფოს პირდაპირ მოვალეობას უნდა შეადგენდეს, ის შეიძლება შეიწიროს მხოლოდ სამკურნალო ინდიკაციის არსებობის დროს. აშკარა უნდა იქმნეს ყველასათვის ის ქეშმარიტება, რომ ფეტუსი თავის განვითარების პირველ საფეხურიდანვე უფლება მოსილია არსებობისათვის და ამის გამო ის დატული უნდა იყოს კანონით. თუ ასეთი შეხედულება განმტკიცდა, მაშინ უდავო იქნება ისიც, რომ ამისათვის საჭიროა ფართო დახმარების მოწყობა გაჭირვებულ ოჯახებისათვის, აწევა მათი შრომის უნარისა, ეკონომიურ მდგომარეობის, თვითცნობიერების, მორალის და სხვ. ამ თავში პირველ რიგში უნდა დაისვას საკითხი სხვადასხვა სახელმწიფო დაწესებულებათა გახსნის შესახებ, რომელთა მიზანი იქნება შებრძოლება დაღარიბებულთა მრავალშვილიან ოჯახებისა. ასეთ პირობებში, ცხადია,

აბორტების ლეგალიზაცია მიუღებელი იქნებოდა. რადგან საშუალებას მისცემდა მორალურად დაცემულ. არა სინდისიერ და ეგოიზმით გაკლენილ ქალებს აწარმოოს საზიზღარი მკვლევლობა და მით ერის მოღალატის როლი ითამაშოს.

სანამ სოციალური ჩვენებით აბორტის წარმოება არ მოსპობილა საქორაო. რომ იმ ორგანიზებმა, რომლებიც დღეს კავშირში ამ საქმეს უვლიან. გულდასმით. სინდისიერად და მეტი სისასტიკით მოკიდოს ხელი ამ საქმეს და ასე ვთქვათ „დაკანონებული“ მკვლევლობის ნებართვის გაცემა მინიმუმამდე დაიყვანოს. სამწუხაროდ დღეს ეს ასე არ ხდება. მაგ., მოსკოვში ჯანსახკომის დედის და ბავშვის დაცვის განყოფილება მუშაობს და მოსამსახურეთა ცოლებს აძლევდა აბორტის გასაკეთებლად თვეში 800 ნებართვას. აბრიკოსოვის სამშობიარო სახლში 1919 — 1921 წლამდე სამკურნალო თვალსაზრისით გაკეთებულა 19 აბორტი. სოციალური ჩვენებით კი — 553. აშკარაა. ამ მხრივ ბევრია კიდევ გასაკეთებელი.

ექიმისათვის სოციალური პირობები მხოლოდ მაშინ არის მისაღები. თუ ის დაკავშირებულია სამკურნალო ჩვენებებთან. არსებობს მთელი რიგი ავადმყოფობისა. რომლებიც ორსულობაში რთულდებიან. თუ ავადმყოფი არ იქნება შესაფერ პირობებში ჩაყენებული. როგორც შრომისა. ისე ცხოვრების მხრივ. მაგ., თუ გულის მანკით და ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებული ორსულობის დროს მძიმე ფიზიკურ მუშაობას და აღელვებას აცდენილია, თუ ის კვების და ჰაერის მხრივ უზრუნველყოფილია. მაშინ ორსულობა არა მთლად მძიმე შემთხვევებში შეიძლება დატოვებული იყოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში საქირო ხდება მუცლის მოწყვეტით ავადმყოფის გადაარჩენა. მეტია იმაზე ლაპარაკი. რომ ექიმა არც ისე მაღლა უნდა ასწიოს ასეთი ჩვენება და აქტიურად ჩაერიოს მაშინ. როდესაც ამაში ღრმად დარწმუნდება. რა თქმა უნდა. ასეთი გარემოების ბოროტად გამოყენება შესაძლებელია და ამიტომ კანონის სისასტიკე ამის წინააღმდეგ უნდა იქნეს მიმართული.

კაც შეეხება წმინდა სამკურნალო ხასიათის ჩვენებათ. რომლებსაც ექიმი ყოველთვის უნდა ეყრდნობოდეს. ისიც ზოგჯერ სადაოა. ამის გამო მეან-გინეკოლოგმა თავის თავზე მარტო არ უნდა აიღოს საბოლოოდ საკითხის გადაჭრა. თუ რამდენად ამ თუ იმ შემთხვევაში ნაჩვენებია მუცლის მოწყვეტა. ასეთი გადაწყვეტილება უნდა მიენდოს კონსილიუმს 2 — 3 ექიმისაგან შემდგარს.

როგორც ვიცით. სამკურნალო ჩვენებებმა ექიმთა წრეში თავისი მოქალაქობრივი უფლებები მოიპოვეს უკანასკნელ ორი ათეული წლებში ძლიერ ნელი და თანდათანობით პროცესით. რა დიდი ბრძოლა დასჭირდათ მეცნიერთ. რომ საყოველთაოდ მისაღებათ გაეხადათ ვიწრო მენჯის დროს საკეისრო გაკეთების გარდა მუცლის მოწყვეტის შემოღება. ამის შემდგომ პირველად ყურადღება იყო მიქცეული დედის სიცოცხლისათვის საშიშო მდგომარეობებზე. რომელთა კავშირა ორსულობასთან ზედმიწევნით აშკარა და ნათელი იყო. მაგ., უკან გადაღუნულ ნეფროზისათვის ინკარცერაცია და შეუწყვეტელი პირის ღებინება. ცოტა მოგვიანებით ალიარებული იყო ორსულ ქალის შინაგანი სნეულებანიც. როგორც ჩვენება მუცლის მოწყვეტისათვის; ამ მხრივ პირველი ადგილი დაეთმო თირკმლების დაავადებას. რადგან ამის დამოკიდებულება ორსულობაზე უდაო იყო. შემდეგ ფილტვების ტუბერკულოზს და გულის ავადმყოფობას. რომლებიც შედარებით ხშირად ორსულობაში რთულდებოდა. ფსიქიატრის და ნევროპათოლოგიის შეს-

წავლამ ცხადყო აგრეთვე ორსულობით გამოწვეულ ზოგიერთი ფსიქოზების გა-
მოჩენას შესაძლებლობა. შინაგან სეკრეციის მოძღვრების განვითარებამ გამოყო
ენდოკრინულ ჯირკველთა ზოგიერთი დაავადებანიც, რომლებიც საჭიროდ ხდი-
დნ ორსულობის შეწყვეტას, მაგ. Mnrbus Basedowi, tetania, დიაბეტი და სხვა.
უნდა ვადაპკრით ითქვას, რომ მედიცინაში აბსოლიუტური წესები არ არსებობენ
და ამის გამო ყოველი ცალკე შემთხვევა განსაკუთრებით უნდა იქნეს ვარჩეული.
დღემდე ევროპაშიაც სამკურნალო ჩვენებებს კრიტიკულად არკვევდა მხოლოდ
კლინიკები და დიდი საავადმყოფოები, ისიც არა ყველგან. კერძო ექიმის პრაქ-
ტიკაში ასეთ რამეს ადგილი არ ქონია. მისთვის საკმაო იყო მხოლოდ დადასტურე-
ბა რომელიმე ავადმყოფობისა, რომ აბორტი გაეკეთებია თითქოს სამკურნალო
ჩვენების მიხედვით. ფილტვის ტუბერკულოზი, ორსულობის რომელიმე ტოქსი-
კოზი და სხვა მიუხედავად ავადმყოფის საერთო მდგომარეობისა წარმოადგენდა
მისთვის უეჭველ ჩვენებას აბორტის გასაკეთებლად. რა თქმა უნდა, ასეთი შეხე-
დულება ინდიკაციებზე შემცდარია. ექიმმა მართლაც რომ შესძლოს სწორი ვზის
არჩევა, საჭიროა პირველ ყოვლისა ავადმყოფობის სწორედ გამოცნობა, რაც მის-
გან მოითხოვს აუცილებლად გამოკვლევის ყველა მეთოდების ხმარებას. ეს ყო-
ველთვის შესაძლებელი არ არის, მით უმეტეს სპეციალურ დარგში, რადგან ით-
ხოვს ხანგრძლივ დაკვირვებას და სპეციალისტის მიერ ავადმყოფობის შესწავლას.
გარდა დიაგნოზისა არა ნაკლები მნიშვნელობისაა საკითხის გადასაჭრელად სნეუ-
ლების პროგნოზის გამორკვევა. არ კმარა მარტო ავადმყოფობის დადასტურება.
საჭიროა დამტკიცება მისიც, რომ აღნიშნული სნეულება ორსულობის ზეგავლენ-
ით უფრო უარესდება. თუ გაუარესება სწრაფად ჩნდება, მაშინ ჩარევაც სწრა-
ფი უნდა იყოს. მაგ. hyperemesis-ით გამოწვეული ტოქსიური მოვლენანი, ურემია,
გუბის მანკის დროს ინსუფიციენცია და სხვა. არის სნეულებანი, რომლებიც წინ-
დაწინვე ცხადყოფენ მოსალოდნელ გართულებებს და ასეთ შემთხვევებში ზომა
დროზე უნდა იყოს მიღებული. არის ისეთებიც, რომლებიც მიღებულ საშუალებე-
ბათა გამო ნელდებიან და ორსულთათვის უშიშრო ხდებიან. სწორედ ამ უქანას-
კნელ გარემოებას უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება; უნდა დამტკიცდეს, რომ ნახ-
მარი ყველა წამლობის მეთოდები უშედეგო გამოდგენ. არ უნდა იქნეს დაეიწყე-
ბული, რომ მუტლის მოწყვეტით ძირითად სნეულების მოსპობა არ შეიძლება, რომ
სნეულების საწინააღმდეგოდ მოიპოვებიან განსაკუთრებული საშუალებები, რო-
მელთა ხმარება შესაძლებელია ორსულობის დროსაც.

თუ ყველაფერი ეს იქნება ვათვალისწინებელი, მაშინ, ექვს გარეშეა, მუტ-
ლის მოწყვეტის რიცხვი სამკურნალო თვალსაზრისის მიხედვითაც ძლიერ შემ-
ცირდება.

თუ რამდენად ბეჯითად ტარდება ცხოვრებაში ეს პრინციპი ცხადყოფს
შემდეგი ტაბულა, რომელიც ჩვენ მიერ არის შედგენილი გერმანელ კლინიკის
გამგებების ვადმოცემის მიხედვით.

ექიმების მოწმობებით ვადმოგზავნილ რიცხვიდან ვაკეთებულა ოპერაცია.

ამ ცხრილიდან სჩანს, თუ როგორ ხშირად ცდებიან ექიმები ჩვენების გა-
მორკვევაში.

ჩვენში, სამწუხაროთ, ყალბი და არა მეცნიერული თვალსაზრისით მუშაობენ
არა მარტო ექიმები, არამედ სამკურნალო დაწესებულებებიც. ხშირად ხდება,



	Bummi-ის კლინიკაში	Winter-ის კლინიკაში	V. Jaschke's კლინიკაში	Doderlein-ის კლინიკაში	Krönig-ის კლინიკაში
დრო	1910—1915 წ.	1910—1915 წ.	1912—1918 წ.		
საოპერაციოდ გად- მოიგზავნა	202	72	385		
ოპერაცია გაუტედა	59 (29.2%)	30 (41.6%)	102 (26.4%)	25%	27%

რომ მუცლის მოწყვეტას სამკურნალო აწარმოებს მხოლოდ ერთი ექიმის მოწმობით; ხშირად ისიც, რომ კერძო ექიმები მოწმობის გასაცემად კმაყოფილდებიან მხოლოდ ავადმყოფის ერთი გასინჯვით და სრულიად არ ითვალისწინებენ ავადმყოფობის პროგნოზს. წინეთ ზოგჯერ ისიც ხდებოდა, რომ დაწესებულება არ ეთანხმებოდა ექიმის მოწმობაში აღნიშნულ ინდიკაციას და ამ ნიადაგზე დიდ უკმაყოფილებას და გაუგებრობას ქონდა ადგლი.

საქმის მიზანშეწონილად მოსაწესრიგებლად აუცილებლად საჭიროა აბორტების გაკეთება ხდებოდეს ყველგან კონსილიუმის გადაწყვეტილებით. კონსილიუმში უნდა იღებდეს მონაწილეობას პირველ ყოვლისა ექიმი — სპეციალისტი, რომელიც თავის დარგის მიხედვით ჩვენებას აღნიშნავს, შემდეგ მენ-გინეკოლოგი, რომელსაც დაეკისრება აბორტის წარმოება და ბოლოს, თუ შესაძლებელია, ექიმი-თერაპევტი ანუ სახლის ექიმი, რომელიც კონსილიუმს მიაწვდის საჭირო ცნობებს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის შესახებ.

მენ-გინეკოლოგის კონსილიუმში მონაწილეობა მით არის აუცილებელი, რომ მას, როგორც მომქმედ პირს ეკისრება ტენიკურად აბორტის ჩატარება და შეუძლია მიუთითოს კონსილიუმს იმ საშიშროებაზე, რომელსაც არსებულ ავადმყოფობის გამო შესაძლებელია ადგილი ექნეს მუცლის მოწყვეტის კეთების დროს ან მის შემდეგ.

მიღებულია მენ-გინეკოლოგის მხოლოდ ტენიკურ ამსრულებელ პირის როლში გამოხსლა, მის უბრალოდ აბორტისტად გამოცხადება, ეს ძლიერ ამცირებს მის პიროვნებას საზოგადოების თვალში და ზოგჯერ ბადებს არა სასიამოვნო და დაუმსახურებელ მითქმა-მოთქმას, კონსილიუმი კი ანთავისუფლებს გინეკოლოგს პირადი პასუხისმგებლობისაგან და აძლევს მას საშუალებას საქმის ობიექტიურად გადაწყვეტისათვის დამოუკიდებელი გარეშე გავლენის და პირადი მოტივისაგან.

გარდა წმინდა სამკურნალო ჩვენებისა სახეშია მისაღები კიდევ ორი ინდიკაცია. ერთი — ე. წ. ევგენიური და მეორე — ძალმომრეობითი. მეცნიერთა შეხედულება ამ ჩვენებების შესახებ მათი გამოურკვევლობის გამო არ არის ერთნაირი, უმთავრესად პირველში.

ევგენიური ინდიკაცია შეეხება დედ-მამის ისეთ დაავადებას, რომელიც იძლევა დასწეულბულ შვილს, ე. ი. ისეთ პირს, რომელსაც არ ძალუძს დამოუკიდებელი და ხალხისათვის სასარგებლო ცხოვრების გაწევა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ჩვენებას დღეს დღეობით მეცნიერულ საფუძველს არ აკუთვნებენ, რადგან დანამდვილებით არ შეიძლება დამტკიცება შემკვიდრეობით გადაცემის შესაძლებლობისა. დღეს არ არის გამორკვეული, თუ როგორი იქნება პროგნოზი ბავშვის ჯანმრთელობის შესახებ მისი დროულად დაბადების შემდეგ. Winter-ის აზრით, მენდელის კანონი შემკვიდრეობით გადაცემის შესახებ, თუმცა მცენარეებსა და ცხოველებზე შეიძლება ჩაითვალოს ექსპერიმენტალურად დამტკიცებული. მაგრამ ის ადამიანებზე არ გავრცელდება: საჭიროა შემდგომი გამომუშავება მთელი რიგი რთული ცხრილებისა შემკვიდრეობით გადაცემის საკითხის გამოსარკვევად, რაც პრაქტიკულად განუხორციელებელია. ყოველ შემთხვევაში პრაქტიკულად შეიძლება აქ საქმე ეხებოდეს მხოლოდ სულით ავადმყოფობის გადაცემას, მაშინ ჩანასახოვან პლანტის შეცვლა უნდა გადადიოდეს მთელ რიგ გენერაციებზე და არა უახლოეს პირზე.

რაც შეეხება ტუბერკულოზის ან სიფილისის გადაცემას, ეს სახეში მისაღები არ არის, რადგან ტუბერკულოზის გადაცემა პლაცენტის საშუალებით ძლიერ იშვიათია. სიფილისი კი როგორც ფეტალურ ცხოვრების, ისე დაბადების შემდგომ, შეიძლება სათანადო ზომების მიღებით მორჩენილი იქნეს. მიუხედავად ამისა გერმანეთში 1924 წელს მაინც გამოიკა კანონი, რომელიც ამ ჩვენების მიხედვით მუცლის მოწყვეტას ნებადართულად აცხადებს.

მეორე ჩვენება ეხება ქალის სურვილის წინააღმდეგ ძალდატანებით შექცნილ ორსულობას. აქ სამი შესაძლებლობაა: ნამდვილი ძალმომრეობა, ბანჯის მიცემით ვატარებული ძალმომრეობა და ძალდატანება სულით ავადმყოფზე. აბორტის გასაკეთებელი მოტივი აქ მხოლოდ ქალის სირცხვილია. გარდა სულით ავადმყოფზე ნამოქმედებ ძალდატანებისა, სხვა არც ერთის დამტკიცება ადვილი საქმე არ არის; ყოველ შემთხვევაში ეს ექიმის მოვალეობას არ წარმოადგენს. ექვს გარეშეა ეს ჩვენებაც ზოგჯერ ყურადღების ღირსია.

ამრიგად სოციალურ ინდიკაციის გარეშეც, რომელიც ჯერ-ჯერობით არ შეიძლება მთლად უკუგდებული იყოს, მაინც ექიმს სხვა მოსაზრებითაც მოუხდება მუცლის მოწყვეტის წარმოება.

ცხადია, აბორტის კეთება ყოველთვის არ ხდება სათანადო პირობებში, როდესაც ყველაფერი ხელთ არის და ოპერაციის დროს მომხდარ გართულების სასწრაფოდ გაქარწყლება უფრო მიზანშეწონილად შესაძლებელია. თუ აუცილებლად მოსათხოვია აბორტის ვაკეთებისათვის ცოდნა-გამოცდილება ქალაქელ ექიმისა, მით უფრო ის აუცილებელია პროვინციაში მომუშავეისაგან. დიდი ხანია კლინიკები ყურადღებას აქცევენ იმ გარემოებას, რომ ექიმები ნაკლებად მომზადდებიან არიან მეანობაში. განსაკუთრებით აბორტის წამლობაში, რასაც შედეგით აქვს ძლიერ მძიმე, ზოგჯერ სასიკვდილო დაზიანებანი. Stockel-თან ერთად ჩვენ მოვითხოვდით, რომ მომავალში ექიმს არ მიეცეს უფლება ამ დარგში მოღვაწეობისა, თუ არ ექნება ვატარებული პრაქტიკული მუშაობა რომელიმე სამეანო ინსტიტუტში 3 თვე მაინც, რომ მომზადება სრული არ აქვთ. ამას თვით ექიმებიც არ უარყოფენ. მაგ. Engelmann-ის ექიმთა საზოგადოების წევრთა შორის დაგზავნილ ანკეტების საშუალებით, გამოურკვევია, რომ მათ დაზიანება მოუხდენიათ 387 შემთხვევაში, აქედან მძიმე 118 ჯერ, 90 სიკვდილის შემთხვევით; ომის შემდეგ დაზიანებას უმატია ორჯერ, თუ ასეთი მდგომარეობა ევროპაში, უნდა

ვიფიქროთ ჩვენში უკეთესი არ იქნება. ამიტომ ვიმეორებთ. უნდა აღიარებულ იქნეს აუცილებელ საჭიროებად მენაზობის სწავლის საქმის გაუმჯობესება და, რაც უმთავრესია, ამ ცოდნის შესაძენად პრაქტიკულად მისი შესწავლა რომელიმე დიდ სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტში.

დასაშვებია თუ არა კერძო სამკურნალოებში მუცლის მოწყვეტის წარმო-
მოება, თუგინდ ერთგვარი საფასურის მიღებით? სანამ სრულიად არ მოსპობილა
ექიმის კერძო პრაქტიკა. მანამდე მუან-გინეკოლოგის შრომაც კერძო სამკურნა-
ლოში არ უნდა იყოს სამარცხვინოთ მიჩნეული. მართლაც თუ შესაძლებელია სხვა
და სხვა სამკურნალო ჩვენების მიხედვით კერძო ბინაზე ქალის განთავისუფლება
ბავშვის თავის პერფორაციით, რატომ არ შეიძლება კერძო სამკურნალოებში კონ-
სილიუმის გადაწყვეტილებით აბორტის გაკეთება. არსებული სახელმწიფო სამ-
კურნალოები ხშირად ვერ აკმაყოფილებენ მოთხოვნილებას. ამის გარდა უნდა
გვახსოვდეს ისიც, რომ ჯერ კიდევ მრავლად მოიპოვება სხვა და სხვა წრეში ქალები,
რომელთაც არ სურს სახელმწიფო დაწესებულებებში მუცლის მოწყვეტისა-
თვის დაწოლა და მოითხოვენ კერძო საავადმყოფოში მათ მიერ ნდობით აღჭურ-
ვილ ექიმმა გაუკეთოს ის. რა მოსაზრებით უნდა მოვუსპოთ მათ სა-
შუალებად ისარგებლონ გამოცილილ ექიმის ცოდნით და ავამოროთ თავიდან ის
საფრთხე, რომელიც ჩნდება არა შესაფერ პირობებში და არა სპეციალისტისაგან
მიღებულ დახმარების დროს. კონსილიუმის დასტურით აბორტის გაკეთება სრუ-
ლიად ანთავისუფლებს ექიმს კულ ეკვებისაგან და „აბორტისტი“ სახელწოდებით
აჩიათვლს უცუძლებლად ზღის.

მონათვლას შეუძლებლად ხდის.

წარმოდგენილ მასალის მიხედვით შეიძლება გამოვიტანოთ შემდეგი დე-
ბულებანი.

1. ამ ბოლო დროს ხელოვნური მუცლის მოწყვეტის საზღაპრო ვავრცელება
აუცილებლად ითხოვს მის საწინააღმდეგო ზომების გამომუშავებას. არც კანო-
ნის სიმკაცრეს და არც მის ლეგალიზაციას არ ძალუძს ხელოვნური აბორტის
არა თუ მოსპობა, არამედ შემცირებაც კი.

2. როგორც დედობის, ისე ბავშვის დაცვა სახელმწიფო საქმედ უნდა ჩაი-
თვალოს; მათ დასაცავად უნდა არსებობდეს კანონის მტკიცე ნორმები.

3. სოციალური ჩვენებებით მუცლის მოწყვეტის შესამცირებლად და მის მოსა-
სპობად საჭიროა შეზღობილება დაღარიბებასთან მრავალშვილიან ოჯახებისა. მათი
შრომის უნარის აწევა, ფართო მატერიალური დახმარება და მორალურად გაჯან-
სილება. სანამ ეს სავესებით არ განხორციელებულა, საჭიროა მუცლის მოწყვეტის
ნებართვის გაცემა სოციალური ჩვენებით მინიმუმადე იყოს დატანილი; მაშინ
ზნეობრივად დაქვეითებულ და არა სინიდისიერ პირებს მოესპობათ საშუალება
აწარმოონ დაუსჯელად ასეთი საზიზღარი მკვლელობა.

4. ექიმისათვის არსებობს მხოლოდ სამკურნალო ჩვენება, რომლის განსაზ-
ღვრა 2—3 პირისაგან შემდგარ კონსილიუმს უნდა მიენდოს. ამ კონსილიუმში
მუან-გინეკოლოგის მონაწილეობა აუცილებელია, რადგან მას შეუძლია კარგად
წარმოიდგინოს ის საშიშროება, რომელიც ზოგჯერ მოსალოდნელია აბორტის
კეთების დროს ან მის შემდეგ. ამ მონაწილეობით გინეკოლოგი თავის მხრივ თა-

ვისუფლდება პირადი პასუხისმგებლობისაგან და მასვე საშუალება ეძლევა საკითხი გადაჭრას დამოუკიდებელი გარეშე გავლენისა და პირადი მოტივებისაგან.

5. ოპერაციის დროს შესაძლებელ დაზიანებათა შესამცირებლად და თავიდან ასაშორებლად საჭიროა აბორტის და საზოგადოთ მეანობის საქმე უკეთეს ნიადაგზე იყოს დაყენებული. მუშაობის უფლების ამ დარგში მოსაპოვებლად ექიმს უნდა მოეთხოვოს პრაქტიკული სტაჟი სამი თვისა მინც, რომელიმე დიდ სამეანო-გინეკოლოგიურ ინსტიტუტში.

6. მუცლის მოწყვეტის წარმოება კერძო სამკურნალო დაწესებულებებში ნებადართული უნდა იქნეს, თუ შესრულებული იქნება ზემოთ დასახელებული მოთხოვნანი.

მძ. ი. მუჯირი.

აბორტი სოფლად*).

ერის კეთილდღეობა, როგორც ვიცით, დამოკიდებულია მის ჯანმრთელობაზე. თუ ერი საღია, იგი ყოველივე მხრივ ჰყვავის, მის წინსვლას და ბედნიერებას საზღვარი არა აქვს.

საუბედუროდ ხალხის ჯანმრთელობის საქმეს სხვათა შორის წინ ეღობება ოჯახის სხვა და სხვა უკუღმართობა, განსაკუთრებით ოჯახის დედების ან მომწიფებულ ქალების გატაცებული სურვილი უნაყოფოთ დაარჩინისა, რომლის განსახორციელებლად ქალები ხშირად მიმართავენ ნაყოფის მონელებას, რითაც აუძლურებენ თავიანთ სხეულს და ამზადებენ ნიადაგს ძაბუნნი შთამომავლობის შექმნისა.

ნება მიბოძეთ შევაჩერო თქვენი ყურადღება სოფლად აბორტის წარმოებაზე, რომელიც ძირს უთხრის ჩვენი ერის კეთილდღეობას და ჯანმრთელობის საქმის მტკიცე საფუძველზე დამყარებას.

აბორტი-მუცლის მოწყვეტა—ფრიალ ვაგრცელებულია როგორც ქალაქად ისე სოფლად.

ქალაქში მცხოვრები ქალები, როგორც ვაგიგონიათ, მუცლის მოსაწყვეტად უმეტესად მიმართავენ მეცნიერული თვალსაზრისით დასაშვებ საშუალებებს, როგორც არის ცხელი წყლით საშოს გამოორეცხა, საშვილოსნოს ყელის გაფართოვება, გამოფხეკა და სხვა...

სოფლად მუცლის მოსაწყვეტად საერთოდ შემოღებულია მეტად ორიგინალური და მეცნიერული თვალსაზრისით დაუშვებელი მანიპულიაციები და საშუალებები.

ამ მხრივ საყურადღებოა ზუგდიდის მაზრა, სადაც მქონდა საშუალება რამდენიმე წლის განმავლობაში თვალყური მედევნა იმ საშინელ ზომებზე, რომელსაც მიმართავენ შვილოსნობის უნარ-მეჭონე ქალები აბორტის საწარმოებლად.

სოფლად სამი ჯგუფის ღონისძიებაა გამეფებული ნაყოფის მოსანელებლად: მექანიკური, ტრავმატიული, და მექანიკურ-ქიმიური.

პირველ ჯგუფს ეკუთვნიან საერთოდ ჩხირის მაგვარად დაწვრილებული საგნები, დამზადებული საშვილოსნოს ყელში ღრმად ჩასადებად, საშვილოსნოს გაღიზიანების და შეკუმშვის გამოწვევის მიზნით. ასეთია ასანთის (წუმწუმის) ღერი, სხვა და სხვა ხის ტოტის ღერები, განსაკუთრებით ატმის, წვრილი მავთული და სხვა...

*) მოხსენებული საქ. ეჭიმთა მე-IV ყრილობაზე 1926 წ.

წერილი ჩხირები და მათეულეები ღრმად შეტანილი საშვილოსნოს ყელში იწვევენ საშვილოსნოს გაღიზიანებას, ტკივილებს, სისხლის დენას და ნაყოფის მოწყვეტას.

ხშირად ამ წესით ვაკეთებული აბორტი იწვევს სასქესო ორგანოების ანთებას, არის შემთხვევები სიკვდილისა. მაგალითად: 1923 წელს ზუგდიდის საავადმყოფოში გარდაიცვალა ქალი, ჩხირით ვაკეთებულ აბორტის შემდეგ თანდართულ საშვილოსნოს ანთებით, ზუგდიდის მაზრის სხვა და სხვა უბნებში მცხოვრებმა ქალებმა მიამბეს, რომ მათ რამდენჯერმე უწარმოებიათ აბორტი ჩხირის საშუალებით. მუცელი მოეშალათ, მაგრამ განიცდიდნენ ჯანმრთელოაის მხრივ საშინელ მდგომარეობას: სამი კვირა სიტყვში იწვოდნენ, სისხლი საშინლად სდიოდათ, რამაც მეტად დაასუსტა ისინი, სიკვდილს კი ვაღარჩენ.

მეორე ჯგუფს სოფლად მუცლის მოწყვეტის წესისას ეკუთვნიან სხვა და სხვა ვარჯიშობანი ტანისა და მუცლის შესანძრევით: ჯირითობა ცხენით, ცხენის ჩქარი ნაბიჯით ან პირდაპირ სირბილით წაყვანა შორს მანძილზე, მომალლო ადგილიდან გადმოვარდნა, გადმოხტობა მაღალი მაგიდიდან ჭკიბიდან. მიღებული ნაყოფის მოსანელებლად მძიმე ტვირთის ძალდატანებით აწევა და საკმაოდ შორს მანძილზე წაღება, წაქცევა გვერდით ან მუცლით მიწაზე და სხვა...

სოფლის ქალები ასეთ დაუშვებელ ტან-ვარჯიშობას ჩადიან იმ მოსაზრებით, რომ დარწმუნებული არიან ტანისა და განსაკუთრებით მუცლის შენძრევა გამოიწვევს საშვილოსნოს შენძრევას, ტკივილებს და ნაყოფის მოცილებას. ხშირად სწორედ ასეც ხდება.

შეუფრებელ ტანვარჯიშობას სოფლის ქალები ჩადიან ორსულობის როგორც პირველ თვეებში, ისე მეორე საფეხურშიაც, განსაკუთრებით მეექვსე და მეშვიდე თვეში.

ტრავმატიული მიზეზით ნაყოფის მოშორების შემთხვევაში ავადმყოფი ქალები რამდენიმე დღის განმავლობაში ნაყოფის მოშორების შემდეგ მომყოლის ჩარჩენისა და სისხლის დენის გამო საშინლად იტანჯებიან.

ერთ შემთხვევაში ორი თვის ორსული ქალი ქორწილში შორეულ სოფელში ცხენით წასულა და განგებ მაყრად გამოყოლია თავის მეგობარ ქალს, ცხენით სირბილს იმდენად შეუძნრევია ორსული ქალის ტანი და მუცელი, რომ სახლში დაბრუნებისას მას ასტეხია საშვილოსნოს ტკივილი, სისხლის დენა და ნაყოფი მოშორებია. ქალი რამოდენიმე კვირას მძიმე ავად იყო თანდართულ საშვილოსნოს ანთებით.

მესამე ჯგუფს მუცლის მოწყვეტის საშუალებათა ეკუთვნიან ქიმიური ნივთიერებანი, რომელნიც გარდა თავისი ქიმიური თვისებისა მოქმედებენ საშვილოსნოზე მექანიკურადაც, იწვევენ მუცლის საშინელ ტკივილებს და მის მოშლას. ასეთია ქინა-ქინა, რომელსაც ღებულობენ სისტემატიურად საშვილოსნოს შეკუმშვის და ტკივილების გამოსაწვევად.

მიღებულია ნაყოფის მოსანელებლად T—rae Jodi. მიმართავენ მის შემზაპუნებას საშვილოსნოში, ზოგიერთი ქალი სისტემატიურად იზხაპუნებს საშვილოსნოში იოდის ნაყენს, სახელდობრ, ყოველ იმ შემთხვევაში, როცა თვიური არ ემართება და ორსულობაზე ეჭვი შეაქვს. ამ წესით ქალები მიზანს აღწევენ, ნა-

ყოფს ინფლებენ, მაგრამ ზოგჯერ უჩნდებათ საშვილოსნოს მწვავე ანთება, ძალზე სუსტდება და ხანგრძლივი სისხლ-ნაკლებობით იტანჯებიან.

ამ გჯუფის დასახასიათებლად მეტად საყურადღებოა ერთგვარი საშუალება, რომელსაც ქალები ნაყოფის მოსანელებლად ფართოდ ხმარობენ სამეგრელოში, განსაკუთრებით ზუგდიდის მაზრაში. ეს საშუალება ერთგვარი მცენარე — *Helieborus niger*, რომელსაც ქართულად ეწოდება ხარისძირა, აპუტარაკი, ხარძენი (მეგრულად), — კირზილ (სევანურად) — ალყიკვა (აფხაზურათ), — Чемерица черная (რუსულად).

ხარისძირა მრავალწლოვანი ბალახია რომელიც იზრდება ევროპის მთებ-სა და ტყეებში. ჩვენში იგი ხარობს აფხაზეთსა და სამეგრელოში; მეტად შხამიანი და ეს შხამიანობა გამოიწვეულია გლიუკოზიდებით — გელებორინით — $C_{26}H_{42}O_6$ და გელებორენით — $C_{27}H_{44}O_{18}$, რომელთაც შეიცავს ხარისძირა. გელებორენი გულის მომშხამველი ნივთიერებაა და ისეთი თვისება აქვს, როგორც დიგიტალისის. გელებორინი აღიზიანებს ლორწოვან გარსს და აღუწებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას წინასწარი გალიზიანების შემდეგ. ხარისძირას სოფლები ხმარობენ ცხოველებზე, ამათი სხეულის რომელიმე ადგილას დაჩირქიანების გამოსაწვევად.

მუცლის მოსაწყვეტად ხმარებაშია ამ ბალახის ძირი, რომელიც საშინლად ალბობს და არღვევს ცოცხალ ქსოვილებს. ძირს სწმენდენ ქერქისაგან, გული კი ჩხირის მსგავსად დაქნილი და დამხადებული, წვერამდი ბამბით შემოვლებული ღრმად შეაქვთ საშვილოსნოში. ცდილობენ ხარისძირას გულის უბამბო, დაშიშვლებული წვერი მოახვედრონ ნაყოფის ბუდეს და თვით ნაყოფს, რომ მან თავისი მწველი თვისებით დასწვას ბუდე, ნაყოფი და შემდეგ საშვილოსნოს მექანიკური გალიზიანებით გამოიწვიოს მუცლის მოშლა. ბამბას ავლებენ წვერამდი ხარისძირას გულს იმ მოსაზრებით, რომ მან ზიანი არ მიაყენოს საშვილოსნოს ყელს და საშვილოსნოს, არ დასწვას და არ დაალობს სასქესო ორგანოები რომ ბალახის ძირი არ ჩარჩეს საშვილოსნოში. მას აბამენ მოგრძო ძაფს და ძაფით ამავრებენ მუცელზე.

ხარისძირა ღრმად შეშვებული საშვილოსნოში სწრაფათ, ხუთი წუთის განმავლობაში, მოქმედებს, სწვავს და ალბობს იმ ნაწილს სასქესო ორგანოებისა და ნაყოფისა, სადაც იგი ხვდება, იწვევს სისხლის დენას და ქალი რამდენიმე საათში თავისუფლდება ნაყოფისაგან.

მართალია ქალი ხარისძირას საშუალებით ნაყოფს იშორებს, მაგრამ ხშირია მისგან უბედური შემთხვევები: ხანგრძლივი დასნეულება სასქესო ორგანოების ან სრულიად სიცოცხლის მოსპობა, სიკვდილი.

არის შემთხვევა, როცა მუცელზე მიმაგრებული ბალახის ძირი ძაფის მოწყვეტისა გამო საშვილოსნოში რჩება, ამ ორგანოს, საშინელ ანთებას აჩენს; იწვევს მთლიანად თუ არა ნაწილობრივ მის დაჩირქებას, სწამლავს სხეულს და უფუნურებისაგან განწირული ქალი სიცოცხლეს ესალმება, კვდება.

ჩემს პრაქტიკაში მქონდა ათამდე შემთხვევა ხარისძირას მიზეზით შვილოსნობის უნარ მქონე ქალების გარდაცვალებისა; ატეხილ საჩივრისა გამო, სამი გვამი ვაკვეთილი იქნა ჩემს მიერ. გვამების გახსნისას აღმოჩნდა, რომ ხარის-

ძირას სრულიად დაერჩიებება საშვილოსნოს შიგა არე, აქ დაგროვილი იყო ჩიროქოვანი სისხლ-ნარევი სითხე.

თუ ქალი სიკვდილს გადარჩა ხარისძირას ხმარების შემდეგ, იგი ხანგრძლივად სნეულდება: სასქესო ორგანოების ტკივილი არ ეშვება, სისხლ-ნაკლებობა სტანჯავს და დიდხანს ძალზე სუსტია.

მიუხედავად იმისა რომ ხარისძირა ახდენს ცუდ გავლენას ქალის ორგანიზმზე, რაც კარვად იციან დედა-კაცებმა, ქალები მაინც განაგრძობენ მის ხმარებას და ფართოდ სარგებლობენ ამ ბალახით მუცლის მოსაწყვეტად.

შევეცადე შემიერთება ცნობები იმის შესახებ, თუ რამდენად გავრცელებულია სოფლად აბორტის წარმოება ხარისძირას საშუალებით.

ერთმა ქალმა მიაპო, რომ ხუთჯერ უხმარია ხარისძირა და მიზანს მიუღწევია, ე. ი. მუცელი მოშლია და სიკვდილს გადარჩენილა. მეორე ქალმა განაცხადა, რომ მას ხარისძირა თერთმეტჯერ უხმარია მუცლის მოსაწყვეტად, მუცელი მოეშალა, მაგრამ ყოველ მუცლის მოწყვეტის შემდეგ რამდენიმე თვეს განიცდიდა საშვილოსნოს ტკივილებს და საერთო უძლურებას. გამორჩევა რომ იმ სოფელში, რომელსაც ეს მანდილოსანი ეკუთვნოდა, თითქმის ყველა მომწიფებული ქალები აწარმოებდნენ აბორტს ხარისძირას საშუალებით.

მთელ რიგ სოფლებში ქალები პირზე ღიმილით აღიარებდნენ, რომ მათ ხშირად უხმარიათ ხარისძირა ნაყოფის მოსანელებლად.

ერთ სოფელში გადმომცეს, რომ ერთ მანდილოსანს მუცლის მოშლის მიზნით მოუხარშავს ხარისძირა და ამ ბალახის ძირის ნახარში ერთი ჩაის ქიქა დაუღვავია. ორი-სამი საათის შემდეგ წაშლის მიღებისა დედა-კაცს ასტეხია პირის ღემა, მუცლის წვა, გული ძალზე დასუსტებია და გარდაცვლილა.

როგორც სჩანს, სამივე ჯგუფის მუცლის მოსაწყვეტი სოფლური საშუალებანი იწვევენ დიდ გართულებებს დედა-კაცის ორგანიზმში: საშვილოსნოსა და მის დანამატთა ანთებას; ზოგჯერ კი ავადმყოფის სხეული სრულიად იწამლება და კვდება.

ამასთან მუცლის მოშლა სოფლური წესით ლებულობს ისე ფართე ხასიათს, რომ თითქმის 50% ქალებისა ამას ჩადის და თავის სიცოცხლეში, როგორც აღვნიშნე, მუცელს იშლის—არა ერთხელ და ორხელ, არამედ მრავალ ჯერ. ასეთი მდგომარეობა აყენებს ჩვენს ხალხს უზნეო, მრუდე გზაზე და უქადის, როგორც ფიზიკურ დასახიჩრებას, ისე ფიზიკურ განადგურებას და გაქარწყლებას.

აქ მოვიყვანთ ცხრილს, რომელიც ცოტად თუ ბევრად გვისურათებს მუცლის მოწყვეტის გავრცელების სიძლიერეს სოფლად, (იხ. გვ. 827).

როგორც ცხრილიდან სჩანს 50% დედა-კაცის იშლის მუცელს; ამის გამო რიგი მათგანის კვდება, რიგი სახიჩრდება.

რა არის ამის მიზეზი? რა აიძულებს სოფლის დედა-კაცს შეუფერებელ საშუალებებს მიმართოს მუცლის მოსაწყვეტად?

მიზეზი ბევრგვარია, მაგრამ, თუ არ ვცდები, მთავარი მიზეზი შემდეგია: სოფლური წესით, ყოველივე სისუფთავის დაუცველად სოფლის ქალების მიერ ნაყოფის მონელება შედეგია ჩვენი საზოგადოების შეუფერებლობის და უკულტურობის. უკოდინარ სოფლის ქალს ჯერ კიდევ არ გაეგება, რა უბედურებას

1910—1926 წლამდე დაბრკვილ მასალის მიხედვით.

ზ უ გ დ ი დ ი ს მ ა ზ რ ა.			
	ქალაქი	მაზრა	თემი
რიცხვი კვადრატ. ვერსის	13	2400	28
მცხოვრებთა რაოდენობა: ორთავე სქესის საერთო რიცხვი	4525	116.432	2328
შვიდოსნობის უნარის მქონე ქალთა რიცხვი. (14—45 წლ.)	1090	28764	586

ამათში აბორტი უწყალოებით საშუალებებით:

მექან.	ტრავმატ.	მექან-ქიმიური.	ს უ ლ	მექან.	ტრავმატ.	მექან-ქიმიური.	ს უ ლ	მექან.	ტრავმატ.	მექან-ქიმიური.	ს უ ლ
180	220	100	500	3920	5880	3675	13475	80	120	75	275

მოახვევს თავზე არა მეცნიერულად, ყოვლად უსუფთაოდ, შეუფერებელი წესით წარმოებული აბორტი.

შემდეგ გაუთხოვარი ქალები ხშირად იშლიან მუცელს სირცხვილის მიზეზით, მათ რცხენიანთ ორსულობის, სიციცხლეს არ ზოგავენ, ოღონდ მოიშორონ ნაყოფი, რომ სოფლად ქალწულების ღირსება და სახელი არ დაკარგონ. აბორტის საწარმოებლად სოფლის ქალები არ მიმართავენ ექიმებს სირცხვილის გამო, განსაკუთრებით იმიტომ, რომ იციან სინდისიერი ექიმები უმიზეზოდ, თუ საამისო მეცნიერული ჩვენება არ არის, მათ მუცელს არ მოუშლიან. ისინი უფრო თამამად მიმართავენ და მიენდობიან უვიც სოფლის დედა-კაცებს და მუცლის მოსაწყვეტად სცილიან ერთ-ერთ სოფლურ საშუალებას.

ზოგჯერ გაუთხოვარ ქალებს ორსულობის დროს აქვს შიში თავის ოჯახის მახლობელ ნათესაების: ძმების, დების, მშობლების და სხვა, და ამ მიზეზით მალულად იშლიან მუცელს. მქონდა შემთხვევები, როცა გაბრაზებულ ძმას მოჰყავდა თავისი ახალგაზოდა გაუთხოვარი და შესამოწმებლად, იმის გამოსარკვევად ორსული იყო, თუ არა. ძმას ეჭვი ჰქონდა აღებულ დანებ ორსულობის შესახებ,

რადგან უკანასკნელს რამდენიმე თვე თვიური გაუკავდა. ქალი ადასტურებდა, რომ ის ორსულად არ იყო, შემოწმებისას აღმოჩნდა ნამდვილი ორსული, მაგრამ ქალი მემუდარებოდა ძმისთვის არ გამეზილა. რადგან ძმა სიკვდილით ემუქრებოდა იძულებული ვიყავი დამეთმო, რომ ძმის წყრომას ქალი გადაემჩინა. იმ შემთხვევაში, როცა არ შემეძლო სხვადასხვა საპატიო მიზეზით დამეძალა ნათესავებისათვის ქალის ორსულობა, ქალი გულწასული შიშის გამო იატაკზე ეცემოდა და გონზე მოსაყვანად საეჭიმო დახმარებას საჭიროებდა.

სირცხვილისა და ქმრის შიშის გამო ასეთ შეუფერებელ სოფლური წესით მუცლის მოშლას მიმართავს ხოლმე ქმრიანი ქალიც, თუ ქმარი დიდი ხნით შორს წასულია და არ სურს როსკიობა თავს დაატყდეს.

გარდა ამისა ხშირად ქმრიანი ქალები სოფლად ქმრის ნებართვითაც მიმართავენ მუცლის მოწყვეტას სიღარიბისა გამო. ბევრი შვილის ყოლას, — ამბობს სოფლის დედაკაცი, „მოვკვდე სჯობიაო“ და ცდის სხვადასხვა სოფლურ საშუალებებს მუცლის მოსაშლელად.

ზოგ ქმრიან ქალებს სიღარიბე მაინცა და მაინც არ აწუხებს, მაგრამ ბევრი შვილის ყოლა არ უნდათ, რადგანაც ორსულობაში ხედავს ერთგვარ ტანჯვას, თავისუფლების შეკეცას; გათვალისწინება მშობიარობის ქამს აუცილებელი ტკივილებისა წვალებისა და ზოგჯერ მოსალოდნელი საშიშროებისა, ქალს უკარგავს ყოველივე ხალისს ნაყოფის ტარებისა და ინსტიქტიურად ჩადის შეუფერებელ საქციელს, როგორც არის მუცლის მოშლა და ისიც სოფლური წესით.

უეცობა, სირცხვილი, სიღარიბე, შიში ნათესავების ან შორს წასულის ქმრის, ორსულობისაგან გამოწვეულ ტანჯვის გათვალისწინება და სურვილი მისგან თავისუფლად ყოფნისა — აი მიზეზნი, რომელნიც საფუძვლად ედებიან მუცლის მოშლის გავრცელებას და გაძლიერებას სოფლად.

დასაშვებია თუ არა ნაყოფის მონელება?

საერთოდ მუცლის მოწყვეტა, განსაკუთრებით იმ წესით, რა წესით ამორტს აწარმოებენ სოფლად, დასაშვები არ არის შემდეგი მოსაზრებებით:

1) მუცლის მოწყვეტას, თუნდაც იგი შესაფერად იყოს შესრულებული, ცუდი გავლენა აქვს დედა-კაცის ორგანიზმზე.

2) სოფლური წესით ჩატარებული ამორტი ხშირად სწამლავს ქალის აგებულებას და ასალმებს წუთი სოფელს. ცოცხლად დარჩენილი სოფლის ქალი ამორტის შემდეგ საუკუნოდ სახიჩრდება, მისი აგებულება სწამლამოდ უძლურდება.

3) დედის მუცელში ჩასახული ნაყოფი იგივე ცოცხალი არსებაა. რომელიც ზრდის და განვითარების პროცესს განიცდის, ისე როგორც დედაშიწის სინათლეზე გამოსული მოზარდი. იგი არსებითად წარმოადგენს საზოგადოებრივ ღირებულებას, ამიტომ მისი სიცოცხლის მოსპობა იურიდიულ-ზნეობრივ თვალსაზრისით დაუშვებელია.

საჭიროა ბრძოლა მუცლის მოწყვეტის წინააღმდეგ. ამ მიზნით უნდა მივიღოთ შემდეგი დებულებები:

1) მეტი კულტურის, შეგნების, განსაკუთრებით საეჭიმო ცოდნის შეტანა ფართე მასაში, ხალხის ზნეობრივად ამაღლება, გაფაქიზება.

2) მშრომელი მასის ნივთიერად უზრუნველყოფისა და ეკონომიურად აღორძინებაზე ზრუნვა.

3) სანამ კულტურის, ქეშმარიტი ცოდნის სხივები სავსებით შეაშუქებდეს ჩვენი საზოგადოების სხედასხვა წრეებში, სანამ ეკონომიურად აღორძინების საქმეს მტკიცე საფუძველი ჩაეყრებოდეს ქალაქად და განსაკუთრებით სოფლად, საჭიროა, როგორც პალიატივი, მუცლის მოშლას ხელს უშლიდეს არსებული კანონმდებლობა, რომ ერთგვარი შიში კანონისა ჰქონდეს მომწიფებულ ქალს და გრძნობდეს მუცლის მოწყვეტისთვის პასუხისმგებლობას კანონის წინაშე. თუ აბორტს ახდენს დედაკაცი ნება დაურთველად. მეცნიერული თვალსაზრისით დაუშვებელ შემთხვევებში, ისიც სოფლური წესით, უნდა იყოს პასუხის მგებელი; თავ-აშვეზულება, სრული თავისუფლება აქ, ამ შემთხვევაში, დღევანდელ ცხოვრების პირობების მიხედვით, საქმეს ავნებს და ერს აყენებს გადაგვარებისა და სრული ფიზიკურად განადგურების გზაზე.!

სარა ლაგბაშიძე.

ორდინატორი.

მელოგინეთა შარდის შეხუთვა და მისი წამლობა გოგირდშავა მანგანოვით $Mg SO_4$.

(სამეანო კლინიკიდან. გამგე—პროფ. ივ. თიკანაძე.).

შარდის შეხუთვა მშობიარობის შემდგომ ე. ი. ლოგინობის ხანაში შედარებით ხშირ მოვლენას წარმოადგენს, მაგრამ მიზეზი ამ გართულებისა ჯერ საცხებით არ არის გამოკვლეული. ზოგი შარდის შეხუთვის მიზეზად სთვლის დეტრუზორის ატონიას, მის სიღუნეს, ზოგი სფინქტერის სპაზმს, ზოგი კი ამ გართულებას ფსიქიურ მომენტს მიაწერს. Oishansenn და Mattes შარდის შეხუთვას შარდსადენ მილის გადაღუნვას უკავშირებენ. Schröder-ის აზრით ორსულობის დროს შარდის ბუშტის კედლები თანდათანობით იწვევა, განივრდება და ქალს შარდზე გასვლის სურვილი გვიან მოსდის. Stocckel-ი ამ მოვლენის მიზეზად დეტრუზორის ტრავმას და ლორწოვან გარსში სისხლის ჩაქცევას სთვლის.

ამ აზრის არის აგრეთვე Bumm'-იც. როგორც სჩანს, შეთანხმებული და გარკვეული აზრი ამ გართულების შესახებ ჯერჯერობით არ არის გამოთქმული. დღემდის ისიც კი არ ვიცით, თუ როგორ უნდა დავეხმაროთ ასეთ შემთხვევაში მელოგინეს; კატეტერით შარდის გამოშვება მაინც და მაინც არ არის სასურველი, სხვა ღონისძიებანიც, რომელთაც ასეთ შემთხვევებში მიმართავენ, ვერ იძლევა დამაკმაყოფილებელ შედეგს. უკანასკნელ ხანებში ზოგიერთ ავტორს კარგი შედეგი მიუღიათ გოგირდშავა მანგანოვით სხნარის კანქვეშ შეშხაპუნებით. ჩვენც ვცადეთ ეს საშუალება სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეანო კლინიკაში მელოგინე ქალებზე. მაგრამ ვიდრე მოგახსენებდეთ ამ წამლობით მიღებულ შედეგებს, საჭიროთ მიმაჩნია მოკლედ შევეხო შარდბუშტის ინერვაციას და კერძოთ მის ანატომიურ შენებასაც. თვით აქტი შარდის გამოსავლისა ნორმალურ პირობებში, როგორც ვიცით, ხდება ორი მომენტის ზეგავლენით: დეტრუზორის შეკუმშვა და სფინქტერის გაშლა. კედლები შარდის ბუშტისა შესდგება სადა კუნთოვან ბოჭკოებისაგან, რომელნიც იყოფა ორ ნაწილათ: პიველი — *musc. detrusor urinae* და მეორე *m. Sphincter vesicae internus*. პირველის შეკუმშვით იცლება შარდის ბუშტი, მეორის შეკუმშვით კი იხურება შარდის გამოსავალი ხვრელი; ამ ორგვარ ფუნქციებში უმეტესი მნიშვნელობა აქვს ნერვულ სისტემას, ნერვულ ბოჭკოებს, რომელნიც Reifisch-ის გამოკვლევით ორ ჯგუფად იყოფა და დაქსაქსულია შარდ-ბუშტის ქსოვილთა კედლებში. პირვე-

ლი ჯგუფის ნერვიული ბოჭკოები გამოდიან წელის წინა ნერვებიდან, აქედან კი ისინი rami communicantes საშუალებით მიემართებიან სიმპატიურ ნერვის წელის მოსაზღვრე სეკტამდე და შემრგე სამი საჯორჯლე ნერვების საშუალებით მიდიან ქვედა საჯორჯლე წნულამდე (კენძამდე), სადაც უკვე თავდებიან.

Ganglion mesentericum inferius-დან გამოდიან n.n. hypogastrici. რომელნიც გაივლიან რა plexus hypogastricus, შედიან შარდის ბუშტში. შარდის ბუშტის ბოჭკოებში n. n. hypogastrici უმთავრესად ნაწილდებიან შარდ-ბუშტის შიგთია დამხველ კუნთში (m. sphincter vesicae internus-ში) და ნაწილობრივ tritgonum vesicae-ს კუნთოვან შრეში. მეორე ჯგუფი წარმოიშობა I, II და III საუფლო როგორც წინა, ისე უკანა ფესვებიდან და ჰქმნიან შარდ-ბუშტისათ- nervus Sacralis რომელსაც Eckhard-ი უწოდებს nervus erigens. ეს ნერვი შედის hypogastricus-ის წნულში და აქ დაიტოტება სიმპატიურ წნულის უჯრედში და გამოდის რა ამ წნულიდან პირდაპირ შედის შარდის ბუშტში და აქ ნაწილ- დება უმთავრესად m. detrusror urinae-ში და ნაწილობრივ m. sphincter vesicae internus-ის ირგვლივ შრეში.

Zeissl-ის, Власов-ის, Elliot-ის და სხვ. გამოკვლევით n. erigens ფა- რადიული ნაკადით გალიზიანებას მოყვებე შარდ-ბუშტის კედლების შეკუმშვა და სფინქტერის გახსნა დეტრუზორის დამოუკიდებლივ და როგორც ამის შემ- დევი შარდის დაცლა. მაშასადამე n. erigens არის ამამოდრავებელი (მოტორული) ნერვი დეტრუზორისა, მხოლოთ სფინქტურთან მისი და დამოკიდებულება შეუმ- ჩერებელია (დებრესორული).

N. hypogastrici-ს ასეთივე გალიზიანება პირიქით იწვევს სფინქტურის და შარდ ბუშტის ქვემო ნაწილის მოკუმშვას, რასაც მოყვება შარდის გამოსავალ ხერილის დახშვა, ასე რომ ეს ნერვი შირდ-ბუშტის დამხვეველი აპარატის ამა- მოძრავებელია. გარდა ამისა ამ ორივე ნერვთა ინერვაციიაში ზოგიერთების აზ- რით აღდილი უნდა ჰქონდეს ე. წ. ჯვარედინ ინერვაციის კანონს. N. erigens-ში ჩაქსოვილია დეტრუზორის ამამოდრავებელი ბოჭკოები (სიგრძივი კუნთეულობის) და შემჩერებელი—სფინქტერისათვის (ირგვლივი კუნთეულობის). N. hypogast- rici-ში არის სფინქტერის ამამოდრავებელი და დეტრუზორის შემჩერებელი ბო- ჰკოები. Квартен-მა მოსკოვას პატოლოგიურ ინსტიტუტში განიმეორა ცდები შარდ-ბუშტის ინერვაციის შესამოწმებლად და საესვბით დადასტურა Zeissl-ის ამ მხრივ გამოკვლევანი N. hypogastrici-ს ელექტრონის ნაკადით თვითეულ გა- ლიზიანების 5—7 წუთის შემდეგ მან მიილო სფინქტერის სპაზმი, რომელიც გა- ლიზიანების მიხედვით 10—15 წუთი გრძელდებოდა. მანვე შეამჩნია, რომ n. hy- pogastrici-ს მოკლე ხნით გალიზიანება იწვევს სფინქტერას სპაზმს და რამდენა- დაც გალიზიანება ხანგრძლივია, იმდენათ სპაზმი უფრო ძლიერი და მედგარი, ასეთი მუდმივი გალიზიანება შესაძლებელია მიყენებული იყოს სხვადასხვა ტრავ- მით იმ მიდამოში, რომელიც ტოპოგრაფიულათ დაკავშირებულია ზემოაღნიშ- ნულ ნერვებიან. სფინქტერის სპარზმთან თანვლივად ამავე დროს თანახმათ ზე- მოაღნიშნულ ჯვარედინა ინერვაციის კანონისა ხდება ატონია დეტრუზორისა. სწორეთ ასე უნდა ხდებოდეს მშობიარობის დროსაც, როდესაც მაგარი ნაწილე- ბი ნაყოფის თავისა აწეება რბილ ნაწილებს, სადაც მოთავსებულია ნერვები და

წნულეები, აწეება და სკყელტს მათ სიმფისზე ერთის მხრივ და პრომონტორი-უმზე ვერეს მხრივ. აი სწორეთ ნაყოფის თავი უნდა იყოს ხანგრძლივი გამაღი-ზიანებელი საგანი ნერვებისა და წნულეებისა და ლოგინობის ხანაში შარდის შე-ხუთვის მიზეზიც აქ უნდა ვეძიოთ. ამ აზრს რამდენადმე ადასტურებს ოპერა-ციის შემდეგ იშურიის თერაპია; თბილი წყლით გაბანვა სასქესო ორგანოები-სა, ილიცერინის შეტანა შარდის ბუშტში, სითბოს დადება პატარა მუცელზე, — ყველა ეს საშუალებანი მიმართულია მისკენ, რომ მოხდეს გაღიზიანებული *n. hypogastrici*-ს მოღუნება, რასაც მოყვება სფინქტერის მოშეება და შემდეგში მოშარდვა.

რას უნდა მივაწეროთ $MgSO_4$ სასარგებლო მოქმედება და საზოგადოთ კარგი შედეგი მელოგინეთა იშურიის დროს. *Кватер*-ის აზრით ეს ნივთიერება აღუნებს სფინქტერს, მოყავს ის დებრესიულ მდგომარეობაში ე. ი. მისი მოქმედება გამოიხატებ სფინქტერის სპაზმის დასუსტებაში (*угнетение*). ავტორმა ბაჭიებს ელექტრონის ნაკადით გაუღიზიანა *n. hypogastrici* და მიიღო სპაზმი სფინქტუ-რისა, ხოლო $MgSO_4$ შეშაპუნების შემდეგ ამ მოვლენას ადიოთ აღარ ჰქონდა.

$MgSO_4$ — ფარმოკოლოგიაში დიდი ხანია ცნობილია, როგორც საფარალა-თო. უკანასკნელ ხანებში მას ხმარობენ როგორც ნერვულ საშუალებას.

Meltzer-მა 1905 წ. პირველად აღნიშნა მისი ანტი-სპაზმატური, ანესტეტიუ-რი და ჰიპნოტიური მოქმედება. აღნიშნულა მისი დადებითი მოქმედება ქო-რის დროს. *Marinesco*-მ, *Galcaterra Franke*-მ, *Kocher*-მა და *Parker*-მა სცადეს იგი *tetanus*-ის დროს და მიიღეს კარგი შედეგი.

პროფ. ოიკანაძემ ექიმ მელიქიშვილის საავადმყოფოში ერთ ტეტანუსიან ავადმყოფს შეუშაპუნა ზურგის ტვინის არეში 25% $MgSO_4$ -ს 5 კ. ს. მაგრამ სა-სურველი შედეგი ვერ მიიღო. უხმარიათ ეს საშუალება ეკლამსიის დროსაც, (*Eiuar*, *Rissman*, *Gugissberg*), მაგრამ უშედეგოთ. *Войташевский*-მ ახმარა $Mg SO_4$ ერთ ავადმყოფს, რომელსაც ტრამვატიულ ლემოტომიელის ნიადაგზე შარდი ჰქონდა შეხუთული და კარგი შედეგი მიიღო. *Файн* — ოპერაციის შემდეგ შარდის შეხუთვის 5 შემთხვევაში ძალიან კმაყოფილი დარჩა $MgSO_4$ ხმარებით.

Кватер-მა მოსკოვის I უნივერსიტეტის სამედიკალინური კლინიკაში 21 შარდ-შე-ხუთულ მელოგინეზე იხმარა $MgSO_4$, ის უშაპუნებდა კანქვეშ 1—2 კ. ს. 25% სხნარს და დამაკმაყოფილებელი შედეგი მიიღო. *Никалаев*-მა 25 შარდ-შეხუთულ მელოგინეზე სცადა ეს საშუალება და შედეგით ძალიან კმაყოფილი დარჩა. იმავე *Кватер*-მა იხმარა $MgSO_4$ პროფილაქტიურ მიზნით ბანგის ხმარების დროს. 110 ამგვარ შემთხვევიდან მან უშედეგობა მიიღო მხოლოდ 10 შემთხვევაში, რაც შეადგენს 9,09% მასინ როდესაც ნორმალურ ოპერაციის შემდეგ იშურიას ად-გილი აქვს ყველა ოპერაცია გაკეთებულ ავადმყოფთა 50% ს; უფრო მეტი უარ-ყოფითი შედეგი (25% — 27%) მიიღო ისეთ ოპერაციების შემდეგ, რომელიც შარდ-ბუშტის ახლო-მახლო არეში კეთდებოდა.

ურთოტრობინიც, როგორც ვიცით, (*Weintere*) *Wertheim*-ის ოპერაციის შემ-დეგ იშურიის დროს 29,36% შემთხვევაში გვალატობს.

ჩვენ ვსცადეთ წამლობა მელოგინეებზე გოგირდმჟავა მავნეზიუმით; ამ სა-შუალებას ჩვენ მივმართავდით, თუ ისინი მშობიარობის შემდეგ 12—14 საათს

ვერ მოშარდადენენ და სხვა ჩვეულებრივი საშუალება არ მოქმედებდა. უშხაპუნებლით კანქვეშ 25% MgSO₄-ს 1,5 კ. ს. თუ პირველი შეშხაპუნება უშედევო რჩებოდა 4 საათის შემდეგ უკეთებლით განმეორებით იმავე რაოდენობას, თუ არც მეორეთ მივიღებლით დადებით შედეგს, კიდევ 4 საათის შემდეგ უშხაპუნებლით 1.0 იმავე ხსნარისას. ჩვენ 25 მელოგინეტედ ვინმარეთ ეს საშუალება და არც ერთ შემთხვევაში დღის განმავლობაში ორჯერ მეტათ ამ საშუალებისთვის არ მიგვიმართავს, უფრო ხშირად კი პირველ შეშხაპუნების შემდეგ მელოგინე თავისთავად შარდავდა; შარდზე გავსელის დროს არავითარ არასასიამოვნო შეგრძნებას არ გრძნობდენ.

ეს 25 შემთხვევა მშობიარობის და წლოვანობის მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდებინ.

რიცხვი მშობიარობის	რიცხვი შემთხვ.	მელოგინეთა წლოვანობა	რიცხვი შემთხვ.
I para	14 ქალი	17 წლისა	3 ქალი
II "	3 "	19 "	5 "
III "	1 "	20 "	4 "
IV "	3 "	21 "	3 "
V "	1 "	24 "	2 "
VI "	1 "	25 "	2 "
VII "	1 "	27 "	1 "
XII "	1 "	28 "	2 "
		30 "	1 "
		35 "	1 *
		39 "	1 "

ამ რიცხვიდან მხოლოდ 10 ავადმყოფს ორჯერ გაუკეთდა MgSO₄ კანქვეშ დღის განმავლობაში, დანარჩენებს კი ერთჯერ. ამ რიცხვიდან განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს 5-თი შემთხვევა.

I. მშობიარე N. I para; საერთო მდგომარეობა და მენჯის ზომები—Norma. მშობიარობა გრძელდებოდა 50 საათ. 10 წ. მშობიარობის შემდეგ არ მოუშარდავს ორი დღე. მესამე დღეს გამოშვებული იყო შარდი კატეტერის საშუალებით (MgSO₄-ს უქონლობის გამო) და შემდეგ მელოგინეს შარდი ისევ შეეზუთა. კატეტერით გამოშვების 18 საათის შემდეგ გაუკეთდა 1.5 კ. ს. 25% MgSO₄-ს ხსნარი. ერთ საათის შემდეგ მოშარდა თავისით.

II. მშობიარე A. I para; საერთო მდგომარეობა და მენჯის ზომები—ნორმა. მშობიარობა გრძელდებოდა 57 საათ. 30 წ. ნაყოფი გამოყვანილი იქნა მაშებით; სამშობიარო ტკივილების სისუსტის გამო შორისის გახვევა მეორე ხარისხისა, რაზედაც დაედო ნაკერი. 16 საათის

განმავლობაში მელიოგინეს არ მოუშარდავს; კანქვეშ გაუკეთეთ გოგირდმევა მაგნეზიუმის ხსნარის 1,5 კ. ს. 35 წუთის შემდეგ მოშარდა და შემდეგ ისევ შეუწყდა. სამი დღის განმავლობაში ყოველ დღე უკეთებდით 1,5 გ. ხსნარს; მეოთხე დღეს თავისთავად მოშარდა.

III. მშობიარე X. II para. საერთო მდგომარეობა და მენჯის ზომები—Norma) მშობიარობის ხანგრძლივობა. 24 საათ. 15 წ. 18 საათის შემდეგ გაუქვდა კანქვეშ $MgSO_4$ -ს ხსნარი, ერთი საათის შემდეგ მოშარდა. შემდეგ ისევ შეუდგა.

ორი დღის განმავლობაში ყოველ დღე უკეთებდით კანქვეშ 1,5 კ. ს. ხსნარს. მესამე დღეს თავისით მოშარდა.

IV. მშობიარე Y. I para. საერთო მდგომარეობა და მენჯის ზომები—Norma მშობიარობა გაგრძელდება 22 საათ. 40 წ. შორისის გახვევა პირველი ხარისხი, რაზედაც დაედო ნაკერი. მშობიარობიდან 24 საათის განმავლობაში არ მოუშარდავს. კანქვეშ გაუკეთდა 1,5 კ. ს. $MgSO_4$ -ს ხსნარი, ერთი საათის შემდეგ მოშარდა.

V. მშობიარე Z. I para. საერთო მდგომარეობა და მენჯის ზომები—Norma. მშობიარობა გაგრძელდა 18 საათ. 10 წ. 24 საათის განმავლობაში არ მოუშარდავს. გაუკეთდა ამასაც კანქვეშ $MgSO_4$ -ს ხსნარი 1,5 კ. ს. 30 წუთის შემდეგ მოშარდა. მეორე დღეს ისევ შეუდგა და $MgSO_4$ უქონლობის გამო კატეტერით იქმნა გამოშვებული შარდი. შემდეგ ისევ შეუდგა. მესამე, მეოთხე და მეხუთე დღეს, ყოველ დღეს თითოჯერ უკეთებდით 1,5 კ. ს. ხსნარს, მეექვსე დღეს თავისით მოშარდა.

როგორც აღენიშნეთ ჩვენ შემთხვევებში უფრო ხანგრძლივი იშურია ჰქონდა იმ მელიოგინეთ, რომელთა მშობიარობა შედარებით უფრო ხანგრძლივი და თბივად გართულებული იყო. ეს გართულებანი უფრო ტრამვატიულ ხასიათისა იყვნენ, რასაც თავის თავად ცხადია უნდა მოყოლოდა ზედმეტი გალიზიანება სამშობიარო ნაწილებთან ტოპოგრაფიულად დაკავშირებულ ნერვული სისტემისა, ამის და მიხედვით შარდის შეხუთვა შეიძლება ტრამვას დაუკავშიროდ. ასეთ შემთხვევაში Николаев-ი იშურის სხვათა შორის უკავშირებს ქალის მშობიარობის დროს ფსიქიურ აგზნებას, რის გამოც მისი აზრით ორგანიზმში ხდება ზედმეტი Ca დაგროვება, რომელიც ორგანიზმის ქსოვილების ჩვეულებრივი შემადგენელი ნაწილია.

Ca ითვლება ნერვულ სისტემის აგზნებისა და მისი ტონუსის ამწვე საშვალებად, მისი წვეგაველენით სფინქტერი სპაზმატური მდგომარეობაში მოდის. Mg კი Calcium-ის ანტოგონისტია, ე. ი. იწვევს ნერვ-კუნთოვან აპარატის მოღუნებას და ამიტომ მისი შეტანა ორგანიზმში იწვევს წონასწორობის აღდგენას, რომელიც დარღვეული იყო Ca-ს მომატებით.

ზოგიერთების მგ. Reimer-ი ოპერაციების შემდეგ იშურის დეტრუზორის სიღამბლეს მიაწერს და იმ მოვლენის გასაქარწყლებად ხმარობენ კალიუმის მარლებს, როგორც შარდ-ბუშტის სადა მუსკულატურის გამაღიზიანებულ ნივთიერებას; Reimer-ს 49 ასეთ შემთხვევაში მიუმაართავს ამ საშუალებისათვის (Sol. kalii acetici 20,0:300) საკმარისი ყოფილა 1—2 სლორის კოვზის ამ ხსნარის მიღება, რომ $1/2$ საათის შემდეგ ავადმყოფთ მოეშა დათ. მხოლოდ ზოგიერთ სუსტ ნერვების მქონე ავადმყოფზედ ეს საშუალება უფრო გვიან მოქმედობს.

ჩვენი კლინიკის დაკვირვება გოგირდმევა მაგნეზიუმის ხსნარის გამოყენების შესახებ მელიოგინეთა შარდის შეხუთვის დროს, საცხებით ეთანხმება იმ დაკვირვებას და შედეგს, რომელიც ამ მხრივ სხვებს მგ. Кватер-ს და Николаев-ს მიუღია. მართლაც თუ გავითვალისწინებთ ზემო აღნიშნულ შემთხვევებს, აქე-



დან ნათლად სჩანს, რომ ამ საშუალებას შარდის შეხუთვის დროს სხვა საშუალებებთან შედარებით უპირატესობა უნდა მიენიჭოს.

ჩვენს კლინიკაში კალიუმის ხსნარი არ გვიხმარია. ორი საშუალება, MgSO₄ და კალიუმის ხსნარი, ერთ და იგივე მიზანს აღწევს, მაგრამ სხვადასხვა გზით.

სასურველია, რომ ეს საშუალებანი, იყოს ნახშიარი უფრო დიდ მასალაზედ და აგრეთვე ექსპერიმენტალურადაც დამუშავებული.

დასასრულ უღრმეს მათლობას ვუძღვნი ბ-ნ მასწავლებელს პროფ. ივ. თიკა-ნაძეს ხელმძღვანელობისთვის და კლინიკურ მასალით სარგებლობის ნება დართვისთვის.

ლიტერატურა.

1. Е. И. Квартер. Гинекология и Акушерство 1924. г.
2. Кавказский медицинский журнал 1924 г. № 8. реф.
3. Врачебная газета № 19.—1925 г.
4. " " " № 23.— " "
5. Acta medica; выпуск 6-ой стр. 40.
6. Нервная система—Даркшевич.
7. Врачебная газета № 14 1925 г.



მძ. ი. ჩარკვიანი.

Atresia portionis vaginalis et haematometro — haematosalpynx bilateralis.

ჩვენი მოხსენება შეეხება საშვილოსნოსა და საშოს განვითარების სიმბინჯეს. მათ შორის კავშირი არ არსებობს. ასეთი მოვლენა კი არის შედეგი ამ ორგანოების ემბრიონალურ პერიოდში ერთი მეორედან—განცალკევებული განვითარების. აღნიშნულმა სიმბინჯემ საშვილოსნოში მენსტრუალური სისხლის დაგროვება გამოიწვია, ე. წ.—Hamatometra; და ამასთან დაკავშირებით იგივე მოვლენა ორივე ფალოპიის მილებში—Haematosalpynx bilateralis.

ავადმყოფი ო. მ. 27 წ., თურქის ქალი—მეოჯახე, შემოვიდა საავადმყოფოში 13 მარტს 1925 წ. უჩივის—თვიურის უქონლობას, მუცლის გადიდებას და ხან-გამოშვებით ტკივილებს მუცლის ქვედა ნაწილში; ეს უმეორდება ყოველ თვეში და გრძელდება ერთი კვირის განმავლობაში. ამასთანავე ავადმყოფი გრძნობს საერთო სისუსტეს, მადის უქონლობას, სიმძიმეს მენჯში და თავის ტკივილებს. გათხოვდა 15 წლისა. ქმართან იცხოვრა ოთხ წელს, შემდეგ დაქვრივდა. თვიური არასოდეს არ ქონია, არც ორსულად ყოფილა. სთელის თავის თავს ავად 14 წელიწადია. სწორედ მაშინ მოუარა მას პირველად ზემოაღნიშნულმა ტკივილებმა. 1921 წლიდან მან შენიშნა მუცლის სიდიდე, რამაც შემდეგ თანდათანობით იმატა. ქვრივობის დროს სქესობრივი ცხოვრებით არ უცხოვრია.

მუცლის ქვედა ნაწილში ემჩნევა გაზოგადებული, რომელიც მიიპართება და თავდება კიბს ზევით ორ თითზე. მუცლის სადარი რბილია.

გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმალურია. საშო ნორმალური შესავლით წარმოადგენს ბრმა, ელასტიურ წარმოქმნას, რომლის სიგრძე უდრის 8 სმ. მისი ძრო შეხეტილია ზევით, ლორწოვანი გარსი სწორი და მკრთალი ფერისაა. საშოს ძროს ლორწო სწორია. ნაწიბურები მაზედ არ ემჩნევა. Portio vaginalis არ არსებობს.

საშვილოსნოს ალაგას ისინჯება მკვრივი წარმოშობა, მსხალის ფორმის, ნაკლებად მოძრავი, სწორი წინა ზედაპირით და ნათლად გამოხატული საზღვრებით, რომელიც ალწესს კიბს ზევით ორ თითამდე. ეს წარმოშობა მდებარეობს თავის სიგრძისით მუცლის შუა ხაზზე. მისი სიგანე უდრის 8 თითის ოდენობას. ეს სიგანე ქვეითკენ თანდათან კლებულობს; წარმოშობა ვიწროვდება და ბოქვენის თავზე უდრის 3 თითის ოდენობას. Per vaginam: წარმოშობის მოძრავი ქვედა ბოლო ფაშარად დაკავშირებულია საშოს ზევით შექმნილ ძროსთან. ამ წარმოშობის ორივე მხრით და მასთან დაკავშირებით ისინჯება ორივე მხრივ, ძებვის მაგვარი დანამატი, მოძრავი და ელასტიური. დიაგნოზი: Haematometra.

18 მარტს ქლოროფორმის ნარკოზის ქვეშ Laparatomia აწარმოვა ექ. შუშანიამ. გაკეთდა თვით ხაზზე. აღმოჩნდა სიმსივნე, სწორი ზედაპირით, დაფარული პერიტონეუმით, ნათლად გამოხატული სეროზქვეშა სისხლის ძარღვებით.

წარმონაქმნის ძრო ამოყვანილია მუცლის ღრუს კრილობაში. მისი ძროს გვერდებიდან, ორივე მხრით დაბერილი, მობრილი და ძლიერ დაკიმული ფალოპიის მილები, რომლებიც ბრმათ

ბოლოვდებიან. ეს ბრმა ბოლოები მიზრდილი არიან ორივე მხრით გადიდებულ საკვერცხებთან იმ ალაგის ქვევით საიდანაც გადიან ფალოპიის მილები, ამ წარმონაქმნიდან ორივე მხრით გადიან მრგვალი იოგები, რომლებიც ფალოპიის მილებთან ერთად მოთავსებული არიან ფართო იოგებში.

მრგვალი იოგების გადაკერისა და გადაკერის შემდეგ ფალოპიის მილები გამოყოფილია ფართო იოგებიდან ორივე მხრით. ისინი მოშორებულია აგრეთვე საკვერცხებიდან. მარცხენა ფალოპიის მილს გამოყვანა მასთან მიზრდილი—საკვერცხის პატარა ნაკერი, შემდეგ გამოყოფილი იქნა თვით წარმონაქმნი სწორი ნაწლავიდან და შარდ-სადენიდან, რომლებთან იგი მჭიდროდ იყო შეხორკებული.

საყურადღებოა ის, რომ წარმონაქმნის ქვედა ბოლო, სრულიად ადვილად მოსცილდა საშოს. ოპერაციის შემდეგ მიმდინარეობა ნორმალური. მერვე დღეს მოხსნა ნაკერიც. შეხორცება პირველი დაკმევით. ავადმყოფი გაეწეოდა სრულიად ჯანმრთელად თუთხმეტი დღის იქით—ოპერაციის შემდეგ. სისხლის ანალიზმა Vassermann-ის რეაქციით მოგვცა სამი ჯგრაი.

გადავდივართ ამოკვეთილ საშვილოსნოს აღწერაზე: საშვილოსნო გადიდებულია რამდენჯერმე ნორმასთან შედარებით. მას შენარჩუნებული აქვს თავისი მსხალისებური ფორმა, მხოლოდ მისი ყელის ქვედა ნაწილი ცოტა მომრგვალოა. მას ემჩნევა პერიტონეუმის ნაოკით განსახლურა საშვილოსნოს ტანიდან ამ უკანასკნელის წინა ზედაპირზე.

საშვილოსნო ნაწილობრივად გადაღუნულია მარცხნით, მას არა აქვს გარეთა ზერელი და ამ უკანასკნელის ალაგას არ ემჩნევა არავითარი ნაწიბურები.—ამის გამო ყელი ბრმა ბოლოთი თავდება, რომელსაც აქვს სწორი და მომრგვალო ზედაპირი.

საშვილოსნოს სიდიდე უდრის სიგრძით 20 სანტიმეტრს, სიგანე და სისქე ძირის უდრის 12×8 სტ.

ქვედა ნაწილი ყელისა—სიფართოთ უდრის 7 სანტიმეტრს, სისქით $4\frac{1}{2}$ სანტიმეტრს.

კვერცხსავლები, ძხვების მაგვრად გაჭიმული და მოხრილი, წარმოადგენენ ერთმანეთ შორის შეხორცებულ ყულფებს. აბდომინალურ მათ ზერელებს შეერთებული აქვსთ კიდებები ნაწიბურებით. ამასთან ერთ კვერცხსავლებთან მიზრდილია ამოკვეთილი საკვერცხის ნაწილი. მეორე კვერცხსავლის აბდომინალურ ნაპირთან არის პატარა ჰემატომა.

კვერცხსავლების საშვილოსნოს წილის მიღები—გამავალია. საშვილოსნოსა და მილების შიგთავსი წარმოადგენს—შავს წებოს მზავს სისხლს.

ამასთან საშვილოსნოს კედლებს გაჭიმულობა ყველგან ერთი არაა. სისქე საშვილოსნოს ფუძისა და რქების უდრის 3 სტ.; დანარჩენი სხეულის ნაწილის კი $3\frac{1}{2}$ სტ. ყელზე, ბრმა ბოლოსკენ მიმართულებით კედლის სისქე თანდათან ეღებულობს, და იქ სადაც იწყება შედუმეტი გაჭიმულობა უდრის $1\frac{1}{2}$ სტ. თვით ამჟღის კედლის სისქე კი უდრის 7—5 მილიმეტრს. საშვილოსნოს კედელი უმთავრესად შეიცავს გასქელებულ კუნთოვან შრეს, მდიდარს შემავრთებელი ქსოვილით, ადგილობრივ სკლეროტიულ ნაწილებით. ყელის გაჭიმულ ნაწილის—კედლის გათხვლევა წარმოიშევა კუნთოვან შრის ნაწილობრივ დაკარგვით, ვინაიდან კუნთოვანი შრე ამ ადგილას ფიბროზული ქსოვილით შეიცვალა.—იმ ადგილას, სადაც საშვილოსნოს გარეთა ზერელი უნდა იყოს, შრეების შორის ცვალებადობა არ ეტყობა. არსად არ ხანას ნაწიბურთვანი შეერთებანი. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი წარმოშობს მრავალ ნაოკებს, უმთავრესად ტანის ნაწილში. ყელზედა გაფართოებულ მის ნაწილში კი ნაოკები თანდათანობით სწორდებიან და ადგილობრივ შემოფარგულულ ჩაღრმავებას წარმოადგენენ.

როგორც ხანას აქ საქმე გვაქვს იშვიათ სიმბინჯესთან: საშვილოსნოს გამოყოფა-განცალკევება საშოდან, რომელიც მოხდა ემბრიონალურ პერიოდში.

ზემო-აღნიშნული გამოყოფა-განცალკევება საშვილოსნოსი საშოსგან უნდა ეკუთვნის მხოლოდ წარმოიშევა მიულერის მილების უჯრედების განვითარების შეფერხების გამო, რომლებიდანაც ნორმალურად უნდა წარმოშობილიყო თალები და Portio vaginalis uteri.—ამნაირად ჩვენ მივიღეთ ქალის სასქესო აპარატში ორი ანატომიური ნაწილის ჩაგარდნა ემბრიონალურ პერიოდში—Portio vagina-

lis, რომელიც ჩვენს ავადმყოფს არ ესინჯება, და თაღების, რომელთა განუვითარებლობის გამო ავადმყოფს ქონდა მოკლე vagina.

საერთოდ სიმახინჯეთა რიცხვთა შორის, რომლებიც წარმოიშობიან სიგარძის ხაზით ან ატრეზიით სასქესო მილის სხვადასხვა სიმაღლეზე, იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს სიმახინჯე გარდიგარდმო მიმართულებით,—ესე იგი სრული განცალკევება საშვილოსნოსა და საშოს შორის, როგორც არის ჩვენს შემთხვევაში.

ამნაირი სიმახინჯე, გარდიგარდმო მიმართულებით, შეიძლება შეეთანასოვნოს სასქესო მილის, კერძოდ კი მარტო საშვილოსნოს გაორმაგებას და საშოს დამოკლებას თითის $1\frac{1}{2}$ ფალანგამდე. ამნაირი შემთხვევა აღწერილი აქვს Küstner-ს. მას მოყვანილი აქვს სურათი, სადაც ატრეზიული საშვილოსნო ორმაგია, კომპაქტური წარმოქმნისა და გასქელებული, როგორც პერიფერიულ ბოლოებში, ისე ცენტრალურ ნაწილში. ყელი არ არსებობს. ამასთანავე ამნაირი საშვილოსნო სრულიად განყოფილია ძალზედ მოკლე საშოდან. ეს რთული სიმახინჯის შემთხვევაა. ამისაგან ჩვენი შემთხვევა განირჩევა იმით, რომ ჩვენ გვაქვს საშვილოსნოს ტანი ანატომიურად ნორმალურად განვითარებული, საერთო აქვს მხოლოდ ის, რომ არსებობს სრული განყოფა—დამოკლებულ საშოსა და საშვილოსნოს შორის, იმ დროს, როცა Vulva ნორმალური აგებულობისა არის.

სასქესო მილის გაუვალობა შეიძლება არა ჩანასახოვან პერიოდშიც წარმოიშვას. ამნაირ შემთხვევებში მიზეზი ადგილობრივი ანთებითი პროცესია, და მათი შედეგი კი—სტენოზებია.

შექნილ სტენოზების გამოწვევაში, უმთავრეს როლს, ანთებითი პროცესები ასრულებენ.

Eberlin-ის სტატისტიკით შექნილ სტენოზების ეტიოლოგიაში პირველი ადგილი შობიარობის პროცესს უჭირავს; შემდეგ კი—ბავშვა ინფექციურ ავადმყოფობას, როგორც არის: წითელა, დიფტერიტი, ყვავილი, ქუნთრუშა და სხ. და, ბოლოს მომწიფებული ასაკის ავადმყოფობანი, რომელთა შორისაც ტიფი, დიზენტერია და ხოლერა გვადლევს სტენოზების უდიდეს პროცენტს.

Nogel-ის, Meyer-ის და Veit-ის აზრით ანთებითი პროცესები შეიძლება წარმოიშვეს ნაყოფის მუცლად ყოფნის დროს და გამოიწვიოს სასქესო ორგანოების დეფექტი, რომელიც თანდაყოლილი ატრეზიის შთაბეჭდილებას მოახდენს.

ჩვენს შემთხვევაში ნაწიბურების ნიშნები სრულიად არ არსებობს.

გამოჩენილი ზეკლევარნი—Nogel-ი, Meyer-ი და Veit-ი ჩანასახოვან პერიოდის ამნაირი სიმახინჯეს განსაკუთრებით ინფექციით ხსნიან. ჩვენც ვფიქრობთ, რომ ჩვენი სიმახინჯის შემთხვევაც დედის ინფექციურ ნიადაგზე წარმოშობილი უნდა იყოს.

რადგანაც მძიმე სიმახინჯე სასქესო სფეროსი ჩვენდამი ხელმისაწვდომი ლიტერატურით უმთავრესად სიფილიტიურ ჩანასახოვან წარმოშობისაა, ამიტომ დასაშვებია, რომ ჩვენი შემთხვევის ეტიოლოგიური მომენტი—შთამომავლობითი L. u. e. s-ია, მართალია, სხვა რაიმე დისტროფიული ცვლილებების აღმოჩენა, გარდა აღნიშნულ დეფექტისა ჩვენ ვერ შევსძელით; შესაძლებელია მათ ალაგი ქონდათ სხვა ორგანოებში და ჩვენ კლინიკური დაკვირვებიდან გავვისხლტდენ.



ჩენი ავადმყოფი შეხედულობით სწორი აგებულობისა და ჯანსაღია, მაგრამ ეს კიდევ არ ამტკიცებს, რომ მას შთამომავლობითი Lues-ი არა აქვს.

პროფესორი **მეზნერსკი** ამბობს, რომ საერთო ფიზიკური განუვითარებლობა ყველა შთამომავლობითი სიფილიტიკის ხვედრი როდი არისო! პირიქით ამბობს ის, ხშირად გასაკვირველია კონტრასტი სენის მძვინვარებასა და ბავშვის ორგანიზმის დამაკმაყოფილებელი კვების შორისო. კიდევ მეტი, არა იშვიათია შთამომავლობითი სიფილიტიკები, მეტად ლამაზი და მძლავრი აგებულობის, ზოგჯერ ზედმეტი კვების, რაც ბევრი დედების ბედნიერებას და სიამაყეს შეადგენსო.

ზემოაღნიშნულ ავტორს მოყავს სასქესო სფეროს სიმახინჯის შემთხვევა შთამომავლობითი სიფილისთან დაკავშირებული. ეს არის Ganceraux ს შემთხვევა, სადაც საქმე ეხებოდა ორმოცდაერთი წლის ქალს, რომელსაც ძუძუს ჯირკვლები სრულებით არ ემჩნეოდა, და მოზარდის პერიოდისას გავდა, მენსტრუაცია არ ქონია, ბოქვენი შეუმოსავი, Vulva ძალზედ პატარა, საშოში კი გაჭირვებით ნეკის შეყვანა შეიძლებოდა. აუტოპსიამ აღმოაჩინა განუვითარებელი საშვილოსნო, რომელიც 8-10 წლის ბავშვისას შეეფერებოდა, რუდიმენტალური საკვერცხეები, რომელშიც არც ერთი გრააფის ბუშტუკები არ მოიპოვებოდა. იმავე ავტორით Flechi აღნიშნავს არა იშვიათ შემთხვევას სიფილიტიკების საშვილოსნოსა და საკვერცხეების ჰიპოპლაზიისას.

Furnier მიგვითითებს პროფესორ Julius Erosis შთამომავლობითი სიფილიტიკის გადატვირთულ საშვილოსნოს შემთხვევაზე; თუმცა ავტორი ტიხარის მიმართულებას არ აღნიშნავს.

დასკვნა:

1. ჩენი შემთხვევა ძლიერ იშვიათი სიმახინჯეა ქალთა სასქესო ორგანოების სიმახინჯეთა შორის.
2. აღნიშნული სიმახინჯის ძირითად მიზეზად უნდა ჩაითვალოს მუცლად ყოფნის დროს ინფექცია, და დასაშვებია, რომ ინფექცია სიფილიტიურია.
3. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ყველა დედაკაცს, სასქესო ორგანოების სიმახინჯით შეპყრობილს საავადმყოფოში შემოსვლის დროს, აუცილებლად Vas-sermann-ის რეაქციით სისხლი გაესინჯოს.

ლიტერატურა.

1. Проф. Г. Мещерский. Врожденный сифилис, как фактор деформации и вырождения. Медич. журнал. 1922 г. № 10—12.
2. Судаков. Гинекология. (общ. часть) Изд. 1925 г.
3. Проф. Küstner. Краткий учебник гинекологии. 1912 г.
4. Проф. Alfred Fournier—Учение о сифилисе. 1899 г.

ლაპრანტი ვირცხალავა.

კლინიკის ასისტენტი.

ახალი სეროლოგიური დაღეძიტი რეაქციები (Sachs— Seorgi, Meinicke, Dold და Kahn-ი) Wassermann-ის რეაქციასთან შედარებით*).

(სახელმწიფო უნივერსიტეტის კანის და ვენერიული კლინიკა.

გამგე—პროფ. გ. მ. მუხაძე).

ნაწილი პირველი.

ჩვენს მცირე შრომას ერთის მხრით მიზნად აქვს მოკლედ დაასურაოთ ის მიმართულება, რომელიც დაიბადა ამ ჯიანასკნელ წლებში გერმანიაში Wassermann-ის რეაქციის ჩატარების და მისი ფიზიკო ქიმიური თვალსაზრისით შემადგენლობის გარშემო, ხოლო მეორეს მხრით მიზნად დავისახეთ გავვეტარებინა Wassermann-ის რეაქციასთან იმავე წლებში საექიმო სამეცნიერო ასპარეზზე გამოჩენით შედარებითი ახალი სეროლოგიური დაღეძიტი რეაქციებისა, დამყარებული კლინიკურ მასალებზე.

საზღვარ გარეთელ საექიმო ჟურნალებმა მოგვაწოდეს ცნობა ფრიად სერიოზული სეროლოგიური მუშაობის შესახებ, გატარებული როგორც თვით Wassermann-ის ლაბორატორიაში, ისე სხვა მნიშვნელოვან ლაბორატორიებშიაც. ყველა ეს მუშაობა ტარდებოდა კლინიკურ მასალებზე და დეე იმ განცვიფრებას, რომ ზემოხსენებულ ავტორებმა მიიღეს, მათი დამტკიცებით, ისეთი შედეგი ახალი რეაქციებისა, რომ არამც თუ ჩამოუვარდებიან Wassermann-ის რეაქციას, არამედ ზოგიერთ შემთხვევაშიც იძლევიან გაცილებითი ბევრით შედეგებსაც, ვიდრე პირველი, ასე რომ ახალი რეაქციების ქიმიურად შემადგენლობითი პროცესს გაშლილი აქვს გზა და ამის მეოხებით გაადვილებულია ვაგება ვასერმანის რეაქციის მიმდინარეობაში იმ ინტიმიური ბიოლოგიური მხარისა, რომელიც ჩვენთვის დღეის დღემდე რჩებოდა გაუგებარი და ბურუსით იყო მოცული და, აი სწორედ, ამისდა მიხედვით უკვე დაწყებულია იერიშის მიტანა Wassermann-ის რეაქციაზე და თვალსაჩინოდ ხდება მათი შეჯიბრება ამ უკანასკნელთან. ამ ახალი კვლევა-ძიების მეოხებით ბევრი ის, რაც დღემდე წარმოადგენდა ინტიმიურ ბიოლოგიურ საიდუმლოებას ამ რეაქციებისა გარდაიქცა უკვე ნიმუშად ქიმი-

* მოხსენებული სრულიად საქართველოს ექიმთა მე III-მე სამეცნიერო კონგრესზე. 1925 წ. 26 მაისი.

ური რეაქციისა და მისი განყენებითი თვისება უფრო მეტად გარდავიდა კონკრეტულ ერთეულზე.

1910 წლამდე WR-ია მიმდინარეობდა მარტო ბიოლოგიური ხასიათით და მისი თეორეტიული მხარე ვითომდა დაყრდნობილი იყო მტკიცე ნიადაგზე. Ehrlich-ის გამოკვლევით ამ რეაქციაში არის კომბინაცია ორი ამბოცეპტორული სისტემისა: სპიროხეტული და გემოლიტიური, რომელშიაც შეერთებულია განსაზღვრული რაოდენობა კომპლემენტისა, რომლის მეოხებით იხურება ერთი რომელიმე მათგანი; ამით იქნა განმარტებული სიფილისის სეროდიագნოსტიკისთვის კომპლემენტის ფიქსაცია. მაგრამ დრომ და ვითარებამ გვაჩვენა, რომ თუმცაღა ამ რეაქციაში მოთავსებული ინგრედიენტები ბიოლოგიურათ დანიშნულებას თვით ასრულებენ, მაგრამ მეცნიერებს მაინც ეჭვი დაებადათ მისი მარტო ბიოლოგიური მხარის არსებობისა: პირველივე თვეში WR-ის გამოქვეყნებისა ჯერ Michaelis-და შემდეგ Jacobstall—მა უჩვენეს ამ რეაქციაში (შრატის და ანტიგენის შეერთებით) ნამდვილი პრეციპიტაცია.—ამით განიმარტა, რომ ამ უკანასკნელის პროცესის დროს ხდება ადსორბცია (შთანთქვა) კომპლემენტისა, რომლის თვისება იძლევა რეაქციის შედეგს. Bruck-ი ამ პრეციპიტაციის მოვლენას ხსნის შრატის კერძო კომპლემენტის მოქმედებით, რომელიც აწებებს ლიპოიდების ნაწილებს და როდესაც ხდება ეს შეწყობება, მაშინ მექანიკურად იძლევა დალექს.

ბევრი ავტორები ამ კომპლემენტს უწოდებენ გლობულინებს.

ასეთი შედეგები მიიღეს Landsteine-მა, Marie-მ და სხვ. WR-ის დროს პრეციპიტაციას აღნიშნავენ Stürmann-ი, Landau, Müller-ი, Klausner-ი, Porše, Meier-ი, Neübaer-ი, Elias-სი და სხვები. აგრეთვე WR-ის ადვილად ჩასატარებლად და მისი გასაადვილებლად წარმოადგინეს სხვა და სხვა მოდიფიკაციები, მაგრამ მიუხედავად ამისა მთელი ქიმიური სტრუქტურა მაინც არ იყო გამოხატული. შემდეგ წლებში მუშაობამ მიიღო უფრო ვრცლად გამოკვლევის ხასიათი თვით Wassermann-ის მონაწილეობით.

მოკლედ რომ ვსთქვათ ამ მუშაობამ გამოიკვლია, რომ სიფილისიან შრატის რეაქტიულ თვისებებს ქმნის ანტიგენური იმუნზაცია სხეულისა არა ორგანიული ანტიგენით, რომელიც წარმოადგენს შედეგს ქსოვილის ლიპოიდური დაშლისა და რომელიც შეიქმნება ხოლმე, როგორც შედეგი უჯრედების დარღვევისა მასზე Virus-ის მოქმედების მეოხებით. ეს აზრი დამტკიცებულია როგორც Wassermann-ის, ისე Gitron-ის, Landsteiner-ის და Seligmann-ის მიერ. ამ უკანასკნელთა გამოკვლევამ დაამტკიცა, რომ სიფილისიან შრატში არის ნივთიერება, ეგრედ წოდებული, **ვასერმანის სუბსტანცია**, რომელსაც აქვს ისეთივე მნიშვნელობა, როგორც ნამდვილ ამბოცეპტორს, რომელიც შვევა თუ არა ანტიგენის ლიპოიდიან რეაქციაში, მაშინ ქმნის კომპლექსს, ეგრედ წოდებულ, **ვასერმანის აგრეგატს**. ვასერმანის ქიმიურ ცდებიდან სჩანს, რომ არის დალექა მაშინ, როდესაც ხდება შეერთება ლიპოიდებისა Luesserum ის სპიროხეტულ ამბოცეპტორთან.

(ამ Luesserum-ის ამბოცეპტორს ის უწოდებს „ვასერმანის სუბსტანციას“, ხოლო შეერთებას ლიპოიდებისა ლუესსერუმის ამბოცეპტორთან — „ვასერმანის აგრეგატს“).

ამ გვარ გამოკვლევამ თვით რეაქციის აღმოჩენიდან მიიპყრო მთელი საექიმო მეცნიერების ყურადღება. ამათში ღირსშესანიშნავი არიან: Weidenz-ი, Wechselmann-ი, Bauer-ი, Bieger-ი, Binz-ი, Hecht-ი, Margareta Stern-ი, Nogsch-ი, Dunger-ი, Маслокевев-ი, De-Kastelle, Liebermann-ი და სხვა, რომლებიც დიდად იყვნენ დაინტერესებულნი WR-ის შინაარსის გაგებით, მისი მიმდინარეობით, მისი გრძნობიერების აწევით და ადვილათ ჩატარებით ისე, რომ ეს რეაქცია ყოფილიყო ყველასათვის ხელმისაწვდომი და ადვილად ასასრულებელი. მიუხედავად ამის შესახებ ყველივე ცდისა, მუშაობა უნაყოფოდ ჩატარდა, მაგრამ შრომა მაინც არ შეწყვეტილა და რაც დრო მიდის, მით უფრო ვგებულობთ მეტის მეტ სერიოზულ კვლევა-ძიებას ამის შესახებ.

ნაწილი მეორე.

ამ უკანასკნელ წლებში ე. ი. 1918 წლიდან გამოქვეყნდა რამოდენიმე შრომა ეგრედ წოდებულ Ausflockungsreaction (დალექითი რეაქციები), გატარებული სიფილისიანი შრატებზე. ეს მუშაობა ყოველივე ექვს გარეშე წარმოადგენს მეტის მეტ საინტერესო მიმართულებას როგორც თეორეტიულად, ისე კლინიკურის მხრითაც. რა უნდა გამოიხატებოდეს სიფილისის დროს ამ დალექითი რეაქციებში, რა არის მათი დედააზრი, წარმოადგენენ თუ არა ესენი თავისი შემადგენლობით რაიმე შეთანხმებას ან, უკეთ ვთქვათ, გრძნობიერებას WR-ისთან? ამის შესახებ ავტორები იძლევიან სრულებით დასაბუთებულ პასუხს, რომლის ვრცლად მოყვანა აქ სრულებით შეუძლებელია. უკანასკნელი წლების ლიტერატურული მიმოხილვიდან სჩანს, რომ მთავარი მნიშვნელობა ამ რეაქციებისა გამოიხატება გაზომიითი პროპორციით ანტიგენ-ლიპოიდების მიმატებით (ქიმიურად კი შეერთებით) სიფილისის შრატის გლობულინებისა, რომლის შედეგი არის დალექა. უკეთ რომ ვთქვათ ეს სერორეაქციები წარმოადგენენ ურთიერთობრივი დალექის შედეგს ორი კოლოიდალური სხეულისა: სიფილისიანი შრატის გლობულინებისა და სპირტის ექსტრაქტების ლიპოიდებისა. ძირითადი თვისება, რომელიც განიმარტება ხსნარში კოლოიდალურ სხეულის სიმაგრით, გამოიხატება ამ სხეულის გამხსნელის მიმართ ქიმიური თვისტომობაში. რაც შეეხება გლობულინურ შრატს Weisbach-ის გამოკვლევით ხასიათდება მისი შეურყევლობის თვისებების დაკლებით ან დასუსტებით (სიფილისიანი შრატში) და, სწორედ ამისდა მიხედვით, იძლევა ნალექს ლიპოიდურ ექსტრაქტთან, მიუხედავად იმისა არის თუ არა ეს უკანესკნელი სპირტის ან წყალის. მაგრამ უფრო საინტერესო მდგომარეობაა მეორე კოლოიდალურ სხეულისა, ეგრედ წოდებული, ექსტრაქტის ლიპოიდისა. ამ უკანასკნელის გამხსნელი არის სპირტი, ამისთვის ესენი (ლიპოიდები) იძლევიან სპირტთან ერთად სრულებით გამსჭვირვალე ხსნარს. დალექითი რეაქციების სიმაგრის შემცირების შემდეგ ამ ლიპოიდებს შეუძლიათ იქნენ რეაქტივად ამ რეაქციაში მიმატებით წყლის ან მარილის ხსნარისა, რომელთან ერთად იძლევიან მღვრიე სუსპენზიას. თუ კი ამ უკანასკნელში არის ცოტაოდენი სპირტი, მაშინ ეს რეაქცია იძლევა სუსტ დალექას.



დალექითი რეაქციების თეორეტიული საფუძველი იყო წამოყენებული პირველად Meinicke-ს და შემდეგ Sachs—Georgi-ის მიერ. ამ უკანასკნელის რეაქციამ განიცადა შემდეგ განსხვავება Dold-ის, Hechtis და Bruck-ის მიერ. მათი გამოკვლევის მეოხებით ნათლად არის განმარტებული პროცესი დალექითი რეაქციის მიმდინარეობაში. შრატს და ექსტრაქტს აქვს კოლოიდალური ხასიათი. მათი ერთმანეთთან შერთვის დროს ხდება ორი ფაზა: პირველ ფაზაში ე. ი შერევის დროს ვამჩნევთ ხსნარის უცვლელობას 1—2 სათში, მეორე ფაზაში კი 16—24 საათში ან ლუბით ან აღუქურველი თვალით- ნამდვილ დალექას. სიფილისიან შრატის ექსტრაქტის ხსნარში, როგორც კოლოიდალურ ხსნარში, ვითარდება საბალაო შედეგი დისპერსიის საერთო მოვლენების განსხვავებისა (Сквирицкий). სხვა და სხვაობა, რეაქციებისა დაწყებული Wassermann-იდან თვით დალექითი სეროლოგიურ რეაქციებამდის, წარმოადგენს ერთს და იმავე პროცესს სხვა და სხვა ინდიკატორით. აი ეს არის მოკლედ თეორეტიული დახასიათება დალექითი რეაქციებისა. საერთოდ ყველა დალექითი სეროლოგიურ რეაქციების პრეციპიტაციის ფენომენი უსათუოდ არის დამოკიდებული ანტიგენის ვითარებისაგან ერთის მხრით, მეორეს მხრით კი-მარლის კონცენტრაციისაგან.

გადავდივართ პრაქტიკულად ამ რეაქციების გატარებაზე ისე, როგორც ავტორები გვიჩვენებენ: ვიწყებთ Sachs—Georgi-ის რეაქციიდან (1918 წელს.) თეორეტიული საფუძველი ამ რეაქციისა მდგომარეობს სიფილისიან შრატის სპეციფიკურად გამოცვილ გლობულინებისა და ექსტრაქტის ლიპოიდებისა ურთიერთ მოქმედებაში. ამ რეაქციის პირველ ფაზაში არის უხილავი პრეციპიტაცია, რომელიც შემდეგ ფაზაში უფრო ძლიერდება და იქცევა ხილული დალექით. ამ პროცესს აღიერებს 1 % ხოლესტერინის ხსნარის მიმატება. SGR-ს საფუძველად უდევს German Perutz-ის მოდიფიკაცია.

ექსტრაქტის მომზადება: ავტორის წინადადებით იღებენ ხარის, ან ცხენის ან და კაცის გულს. წინასწარ აშორებენ ცხიმოვანი გარსს, პერიკარდიუმს, ძარღვებს და აჭრილ სისხლს. ეს ცარიელი კუნთი შემდეგ ტარდება საკატლეტო მანქანაში. ამ ქაშის ერთ ნაწილს უმატებენ 5 ნაწილს 96° სპირტისა, აქანქყარებენ 5-6 საათით Schüttel apparat-ში ან ხელით-24 საათის განმავლობაში. 3-4 დღის შემდეგ ატარებენ ფილტრში. მიღებული ფილტრრატი არის ძირითადი ექსტრაქტი ან ნედლი ექსტრაქტი (Rochenertxact). ეს იდგმება სამი დღით საყინულეში. შემდეგ მიღის ექსტრაქტის განხვავება და მისი ხოლესტერინისაცია. ვიღებთ სამ რიგს სინჯარისა: 1)-5 კუბ. სანტ. ანტიგენ. უმატებთ 5 კუბ. სანტ. სპირტისა 2)-5 კუბ. სანტ.+10 კუბ. სანტ. სპირტისა. 3)-5 კ. სანტ. ანტიგენ+15 კ. სანტიმეტრ სპირტისა. შემდეგ I-II-III რიგის პირველ სინჯარაში უმატებთ 0,3-0,3-1 % ხოლესტერინის ხსნარისა. მეორე სინჯარაში ისეთივე რიგის სინჯარისა უმატებთ 0,45- 1% ხოლესტ. ხსნარს. მესამე რიგის სინჯარისა უმატებთ 0,6 და მეოთხეს-0,75. შემდეგ ვაჩვენებთ ანტიგენის გრძნობილობას სიფილისიან შრატში-. დადებითში უნდა მივიღოთ ნალექი. კონტროლი კი ამდროს იქნება სრულებით წმინდა.

მთავარი ცდა: ვიღებთ 0,5 განმზადებულ ანტიგენს. ვასხამთ სინჯარში, ვხსნით ინაქტ. გატარებულ შრატს 1:9 ფიზიოლ. ხსნარში. ამ 0,5 ანტიგენს+1 კ.

ს. შრატს. ვდამთ ტერმოსტატში 18-20-24 საათი. ამით ვარჩევთ ანტიგენს. ჩვენთვის იქნა გამოსადეგარი 0,3 1% ხსნარი ხოლესტერიინისა და 0,45, რომლით გავატარეთ მუშაობა.

რეაქცია E. Meinicke-სი. მის მიერ იყო გამოქვეყნებული სამი რეაქცია: I-Wassermethode, II-Kochsalzmethode და III Dritte modification. პირველ ორი რეაქციამ პრაქტიკულად ვერ იარსება. გამოსადეგარი შეიქნა მესამე მოდიფიკაცია, რომელიც მოკლედ ხასიათდება გლობულინების დალექით მარილის მალალი კონცენტრაციის მიმატებით. აქ გამოიხატება დამჭერი ან დამკავებელი მოქმედება მარილის ხსნარისა შრატის გლობულინებზე და ძლიერი გავლენა მარილისა ექსტრაქტის გლობულინების დალექაზე.

ავტორის წინადადებით თვით ექსტრაქტი მზადდება ასე: იღებენ ცხენის გულს ან ზღვის გოჭის გულს. გული უნდა იყოს ახალი. ამას აშორებენ ცხიმოვან გარს, პერიკარდიუმს, აკრილ სისხლს და სისხლის მიღებს. პატარა-პატარად დაჭირის და წმინდა წყალში გავლებულს გულის კუნთს ატარებენ საკატლეტო მანქანაში. ამ რიგად ორჯერ მიღებულ ქაშს ფენენ პეტრის ლამბაქზე თხელ შრეთიან ფენით, რომელსაც ახმობენ 55° თერმოსტატის სითბოში. ამ გამხმარ მასას უნდა ჰქონდეს კაკაოს ფერი. შემდეგ ამისა ამ უკანასკნელს ფხვნიან. ხუთ გრამს ამ ფხვნილისას უმატებენ ორმოცდა ათ გრამ ეთერს და ერთი საათის განმავლობაში კანჭყარის შემდეგ სტოვებენ ოთახის t°-ში მეორე დღემდე. საჭიროა ამისი ორმაგ ფილტრში გატარება. ამ ფილტრატს უმატებენ იმდენ სპირტს, რამდენიც მოანდომეს ეთერი. ამასვე აკანჭყარებენ 24 საათით ხელით ან Schüttelapparat-ით (ჩვენ კი ვაკანჭყარებთ ხელით, რადგანაც მოხსენებული აპარატი არ გვაქვს). ამ ხსნარს ისევ სტოვებენ ოთახის t°-ში სამი დღით, რომლის შემდეგ უნდა იქნეს გატარებული ხელმეორედ ორმაგ ფილტრში. შემდეგ იწყება ამ ძირითადი ექსტრაქტის ტიტრაცია, რომელიც მოყვანილია ცალკე ფურცელზე (ბოლოში).

ჩვენი ცდებისათვის გამოსადეგარი შეიქნა მეხუთე რიგი მოყვანილი ტიტრაციისა. აქ უნდა აუცილებლად აღინიშნოს ის, რომ თუ კი შევამჩნიეთ დალექა შუშის ფსკერზე, ხელახლად უნდა გატარდეს ფილტრში. ეს მომზადებული ექსტრაქტი უნდა ინახებოდეს ბნელ ოთახში.

შემდეგ იწყება მთავარი ცდა. იღებენ 0,2 ინაკტ. გატარებულ შრატს და უმატებენ განმზავებელ ძირითად ექსტრაქტს (1:7,5) 0,8. ამას სდგამენ თერმოსტატში 18—24 საათით, რომლის შემდეგ ამჩნევენ დალექას.

Dold-ის რეაქცია (Trübungsreaction) ამ ოქაქციის მთავარი დახასიათება მდგომარეობს ოპტიკური თვისებების შეცვლაში შრატის და ექსტრაქტის შერევის შემდეგ, რომელიც დამოკიდებულია დადებით და ნორმალურ შრატებში დისპერსიულ ხარისხის გავლენაზე. ეს რეაქცია შესდგება ორი ნაწილისაგან: 1—4 საათში ვღებულობთ სიმღვრივეს, ხოლო 16—20—24 საათის შემდეგ კი-დალექას, სიმღვრივე არ უნდა იყოს კანტროლში.

ექსტრაქტის მომზადება: ექსტრაქტი წარმოადგენს S. G-ს რეაქციის ხოლესტერიინულ ხსნარს. აქაც საჭიროა ტიტრაცია. ერთი ნაწილი ექსტრაქტისას უმატებენ 10 ნაწილს ფიზიოლოგიურ ხსნარისა. აქ უნდა იქნეს მსუბუქი ოპო-

ლესტენცია და არა სიმღვრივე. Erleimeir-ის კოლბაში ასხამენ 5,0 ხოლესტერინულ ექსტრაქტს, ამას უმატებენ 10-ჯერ მეტ (50,0) წმინდა ფიზიოლოგიურ ხსნარს (0,85%)¹. შემდეგ Dold-იმ გამოსცვალა თავისი რეაქცია ფორმალინის მიმატებით (35%)² წვეთისა, გამზავებულ (1:3) მთავარი ცლაში. კანტროლს კი—ფიზიოლოგიურ ხსნარის 2 წვეთი. ამ რეაქციის უპირატესობა გამოიხატება დროს ეკონომიაში და ადვილად მაკროსკოპიულად გარჩევაში. აქ ვხედავთ ნამდვილ სიმღვრივეს.

ძირითადი ცლა: 0,4 შრატს, ინაქტივაციაში გატარებულს, უმატებენ 2 კ. სანტ. ხოლესტერინულ ექსტრაქტს. კანტროლი: 0,4 ფიზიოლოგიურ ხსნარს უმატებენ 2 კ. სანტიმ. ექსტრაქტის (1:2) ხსნარს.

აქ საკიროა მოვიყვანოთ საკუთარი ჩვენი დაკვირვება:

Dold-ი უმატებს ფორმალინის იმისთვის, რომ შრატის და ექსტრაქტის შეხვედრის დროს არ მოხდეს უეცარი დაღეჭა.

ჩვენ მოვამზადეთ ფორმალინის 35% ხსნარი და შევეურიეთ ისე, როგორც ავტორი გვიჩვენებს, მაგრამ დაღეჭა ვერ მივიღეთ. აქ უნდა დაუმატოთ, რომ უფორმალინო შრატებშიაც ჩვენ არ მიგვიღია არა სპეციფიკური შედეგი.

Dold-ის რეაქციის დროს წარმოიშობა ისეთი ნამქვრები, რომელიც ცუდად ან ჩამოკიდებულ არიან სითხეში. ამის შემჩნევა შეიძლება მაკროსკოპიულად, როდესაც შრატში უმატებთ ექსტრაქტს, რომელიც წინეთ იყო სრულებით გამსჭვირვალე.

დავგრაჟა უკანასკნელი რეაქცია, რომლის ავტორი Kahn-ია რეფერატიული მოხსენება H. Kiem და U. Wille-ს სათაურით „დაღეჭითი რეაქცია სიფილისის დიაგნოზისათვის“ (J. Americ. Mediz. 1922 წ.) სხვადასხვა ავტორების აზრით ეს რეაქცია უფრო სწორეა და პრაქტიკულის მხრივ ადვილად განსახორციელებელია.

აქ მოვიყვანთ ანტიგენის მომზადების მოკლე აღწერას. ავტორი იღებს ძროხის ახალ ნელს გულს წინასწარ გაწმენდით იმ ნივთიერებისაგან, რომლებიც უშლიან ნამდვილ წმინდა კუნთის მიღებას, ამ უკანასკნელს ატარებენ ხორცის სანაყ მანქანაში, შემდეგ მას ახმობენ მბრუნავი „მაროს“ დახმარებით. ამ გამზარ მასალას ამტვრევენ პატარ-პატარა ნაწილებათ და ატარებენ ყავის საფუკვავ მანქანაში. აქედან იღებენ 50,0 გრამ გულის ფხვნილს და ათავსებენ 50,0 გრამ Erleimeir-ის კოლბაში. ამას უმატებენ ეთერს იმდენს, რომ ამ მასას ერთი დიუმით ადგეს ზემოდან. შემდეგ ამ კოლბას დგამენ საყინულეში 24 საათის განმავლობაში, მერე აშორებენ ეთერს და ასხამენ შიგ ისევ ახალ ეთერს 24 საათით, ამ პროცედურას იმეორებენ სამჯერ. მეოთხე დღეს ამას ფილტრში ატარებენ. ამ უკანასკნელზე დაღეჭითი მასას ახმობენ ოთახის ტემპერატურაში მანამ, სანამ ეთერის სუნი მოშორდებოდეს, რასაც თითქმის ოთხი საათი უნდება. ამ მასალის 20,0 დაღეჭითი ფხვნილს 100,0 ობსოლუტურ ალკოგოლს და ცხრა დღის განმავლობაში ხდება ექსტრაქტის მომზადება. ეს ექსტრაქტი საყინულე შკაფში უნდა იდგეს; შემდეგ სტოვებენ ერთი დღის განმავლობაში ოთახის ტემპერატურაში. ამ მასალას უკანასკნელად ატარებენ ფილტრში, და იღებენ თითქმის 70,0 ანტიგენს. ამის ნახევარ ნაწილს უმატებენ 0,14 ხოლ-

სტერინს, რომელიც იხსნება კოლბის ნძრევით, დანარჩენი 35,0 რჩება საკონტროლო უხლოესტერინო ანტიგენად.

ანტიგენის განჯავება და რეაქციის წარმოება. (Kahn).

რეაქციის დაწყების ერთი საათის წინად მზადდება ანტიგენის განჯავება. იღებენ ანტიგენის 0,5 პიპეტით, ასხამენ სააგლიუტინაციო შუშაში, რომლის შინაგანი ზომა უნდა იყოს $\frac{3}{8}$ დიუმიისა (10,5 mm.), სამი ნაწილი ფიზიოლოგიურ ხსნარისა სწრაფად უნდა ჩაისხას ამ შუშაში: ძლიერ მაგრად ქანქყარის შემდეგ ვიწყებთ არა ხოლესტერინულ ანტიგენის განჯავებას, მხოლოდ სამი ნაწილი ფიზიოლოგიური ხსნარის მაგივრად ვიღებთ ორმაგ ნაწილს.

სისხლის შრავი მზადდება ცენტროფუგაში ტარებით და შემდეგ ინაქტივაციით $\frac{1}{2}$ საათის განმავლობაში 5°C.

შემდეგ იღებენ თითო 0,3 კ. ს. შრავისას და ასხამენ სააგლიუტინაციო სინჯარში. ერთში ასხამენ 0,05 კ. ს. ხოლესტერინის ექსტრაქტის ხსნარს, მეორეში იმდენსავე ექსტრაქტს არა ხოლესტერინისას, დანარჩენი შრავი მესამე შუშაში იხახება საკონტროლოდ. (სულ უნდა სამი სინჯარი).

როდესაც სინჯარში არის საჭირო სითხე, ამ უკანასკნელს ძლიერ აქანქყარებენ 3 წუთის განმავლობაში. ამის შემდეგ მგრძნობიერ შრავში ვამჩნევთ ნამდვილ დალექას, განსაკუთრებით ხოლესტინური ანტიგენით, რომელთა აღნიშვნა შეგვიძლიან როგორც თვითნებობით დალექა. შემდეგ ამისა შუშებს ტერმოსტატში სდგამენ ერთი ლამით და ბოლოს იწყებენ შედეგის აღნუსხვას. არ უნდა იქნეს შუშები გაქანქყარებული, ვინაიდან დასალექი ნივთიერება ჩამოკიდებულია სითხეში, ამისთვის მისი შემჩნევა და გარჩევა ადვილია.

აქ ჩამოკიდებულ ნივთიერებას ვარჩევთ იმ სახით, რა სახითაც ავტორი იძლევა წინადადებას: 1) ერთი დიდი სქელი ნამქერი ინიშნება ოთხი ჯვარით (+ + + +), 2) მსხვილი ნამქერი პირველზე ცოტა ნაკლები სამი ჯვარით (+ + +) 3) მეორეზე ნაკლები ნამქერი-ორი ჯვარით (+ +), 4) მესამეზე ნაკლები ნამქერი ან მარცვლები (+) ერთი ჯვარით, 5) სულ თხელი ნამქერი ან მარცვლები (+ - -), უარყოფითი შედეგი ნალექისა (-). ავტორებმა აწარმოეს ეს რეაქცია 350 კლინიკურად განმარტებული (+) დიაგნოზით შემთხვევებში, როგორც პირველადი, მეორადი და მესამადი ხანების სიფილისისა, თანდაყოლილი, ფარული და 157 არა სიფილისიანი კანის ავადმყოფობაზე. ამავე დროს სისხლი ავადმყოფისა ისინჯებოდა სხვადასხვა ლაბორატორიებში WR კანტროლით. მიღებული შედეგები თითქმის სრულებით შეეთანხმენ WR-ს. Kahn-ის—რეაქცია ხასიათდება მისი სიადვილით, სულ უბრალო შესრულებით, შედეგების ადრე მიღებით და ფრიად მნიშვნელოვანი არის ისა, რომ აქაც არ არის (როგორც სხვა დალექითი რეაქციებში) გემოლიტიური სისტემა, რომელიც ძლიერ ართულებს საქმეს.

*) აქ უნდა მოვიხსენიოთ, რომ ყველა ზემო მოყვანილი ავტორების რეაქციებისთვის (S. Georgi, Meineke, Dold-ი და Kahn-ი) მომზადდება ანტიგენისა და მათი ტიტრაცია საკუთრად ჩვენ მიერ იყო ნაწარმოები. სახლვარ გარეთელ „დამზადებულ ანტიგენით“ ჩვენ არ გვისარგებლია, რადგანაც გვიან გავიგეთ; ჩენი შრომა უკვე იყო დამთავრებული მაშინ.

ჩვენ მიერ ზემო მოყვანილმა დალექითი რეაქციებმა, უნდა დაუთმონ ადგილი ამ რეაქციას, რადგანაც იქ უმეტეს შემთხვევაში, შედეგების გამოცნობა გვიხდება ავლიუტრინოსკოპით, ლუბით და სხვა. Kahn-ის რეაქციაში კი ყველაფერი თვალსაჩინოა.

ნაწილი მესამე.

როგორც დავინახეთ პირველი და მეორე ნაწილი ჩვენის შრომისა სრულებით დამყარებულია თეორეტიულად ზემოყვანილი რეაქციების ფიზიკო-ქიმიური მხარეების გაცნობაზე, სხვადასხვა ავტორების შეხედულებით მათ შესახებ, ამ რეაქციების თეორეტიულად და პრაქტიკულად ერთი ერთმანეთისაგან გარჩევაზე და მათი შინაარსის გაგებაზე. ღრმად დარწმუნებული ვიყავით, რომ ყოველივე ბედ-იღბალი რეაქციების სწორად და მართლად გატარებისა, დამოკიდებულია მხოლოდ და მხოლოდ ანტიგენების მომზადებაზე, რომელიც წინააღმდეგ შემთხვევაში მთელს ჩვენს შრომას ისეთ ფარგალში ჩააყენებდა, რომ იქიდან გამოსვლა ყოვლად შეუძლებელი იქნებოდა. ამიტომ ყოველივე ჩვენი მუშაობის უნარი, ყოველივე ჩვენი ყურადღება მიქცეული იყო იმაზე, რომ ანტიგენების მომზადების პროცესი გაგვევო, შიგვეთვისებინა და ამრიგად გადავსულიყავით ნამდვილ პრაქტიკულ მხარეზე. დიდი დრო მოვანდომეთ ჩვენ ქვემო მოყვანილ ცდებს, ანტიგენის შესწავლას და მომზადებას, მაგრამ არა ნეკლები დრო დავგვირდა პრაქტიკული მხარეების განხორციელებისათვის.

ჩვენი შრომის საცდელი მასალების ნაწილი მივიღეთ იმ ლაბორატორიაში, სადაც ვაწარმოეთ ყველა ეს ცდები. ეს არის ლაბორატორია ამერიკის კომიტეტისა.

რეაქციების პრაქტიკულად შესწავლისათვის ჩვენ ვისარგებლეთ იმ აუარებელი შრატების მასალით, რომელიც იყო ხსენებული ლაბორატორიაში. თვითეული ზემო მოყვანილი ავტორების რეაქცია ტარდებოდა პარალელურად Wassermann-ის რეაქციასთან. ყოველივე დაშვებული შეცდომა ჩვენ მიერ დალექითი რეაქციების დროს მეორდებოდა მანამდე, სანამ არ დავრწმუნდებოდით, რომ რეაქციები სწორად იყო გატარებული.

ჩვენი ცდების უფრო მეტი რიცხვი უდიაგნოზო შრატებს წარმოადგენს, მაგრამ გამოგზავნილს WR-იაზე გამოსაკვლევად. კლინიკურ მასალებზე შემდეგ გადავედით, ესე იგი, დიაგნოზიან შრატებზე, რადგანაც ჩვენი მიზანი იყო გაგვეტარებინა შედარება სხვადასხვა ფორმის სიფილისით ავადმყოფობის შრატებზე. რიცხვი კლინიკურ მასალებისა ბევრი არ არის, მაგრამ იმედი გვაქვს მუშაობა განვაგრძოთ, რიცხვი გავამრავლოთ და ეს შედარებითი მუშაობა უფრო ღრმად დაუკავშიროთ მეცნიერულ კვლევა-ძიებას, რომელიც შეადგენს მთავარ მიზანს სამედიცინო ჩვენი მუშაობისას.

ჩვენ მიერ ნასარგებელი შრატები განიყოფებიან ორ ჯგუფად:

პირველ ჯგუფს ეკუთვნის უდიაგნოზო შრატი, რიცხვით 275, ხოლო მეორე ჯგუფს დიაგნოზიანი შრატები, რიცხვით—208, სულ 483.

56-ს დალექითი რეაქცია ჩაეატარეთ 148 შრატით. ამათში 92 შრატი იყო უდიაგნოზო, ხოლო დიაგნოზიანი—56.

Meinicke-ეს III მოდიფიკაციის მოვანდომეთ 142 შრატი. ამათში 90 იყო უდიანგოზო, ხოლო დიანგოზიანი—52 შრატი.

Doid-ის რეაქციის მოვანდომეთ მხოლოდ 90 შრატი. ამათში უდიანგოზო იყო 30, დიანგოზით კი—60.

Kahn-ის რეაქციისათვის იყო სულ 103 შრატი, აქედან 63 შრატი—უდიანგოზო და დიანგოზიანი—40.

ყველა მოხსენებულ უდიანგოზო შრატები მოსდიოდა ლაბორატორიის სხვადასხვა ადგილებიდან: ალექსანდროპოლიდან, თფილისის სამხედრო ჰოსპიტლის ვენერიული განყოფილებიდან და გერმანულ ლაზარეთიდან. დიანგოზიანი შრატი კი ნაწილი მოგვეპოვნა ჩვენი კლინიკიდან და ნაწილი კი იყო ჩვენი კერძო პრაქტიკიდან. განსაკუთრებით ჩვენ ვეძებდით ისეთ ავადმყოფებს, რომელთაც უმეტეს შემთხვევაში ქონდათ ცხადი გამოაშვარება ავადმყოფობისა. უფრო საინტერესო იქნებოდა, რასაკვირველია, რომ ერთის და იმავე ავადმყოფობის შრატი რამოდენიმეჯერ გივესინჯა და გვეჩვენებინა შედეგი რეაქციებისა მათი ავადმყოფობაზე თანდათანობითი აქტივობის გავლენის მიხედვით, მაგრამ ეს ჩვენთვის შეუძლებელი იყო დაახლოებით ორი მიზეზის გამო.

პირველი ისა, რომ ჩვენ სტაციონალური განყოფილება არ გვაქვს*, ხოლო ამბულატორიული ავადმყოფები აქტივობის კურსის ჩატარების შემდეგ არ გამოცხადებულან.

WR-ის დადგმის შემდეგ, ჩვენ ვარჩევდით დადებით რეაქციის შრატებს და ვატარებდით მუშაობას იმ მიზნით, თუ რამდენათ ეთანხმებოდა ან არ ეთანხმებოდა დალექითი რეაქცია ვასერმანის რეაქციას. შემდეგ ვიღებდით არამც თუ დადებით WR-ის შრატებს, არამედ უარყოფითაც, ვინაიდან გვინდოდა შეგვეტყო, მოგვეცემდა თუ არა ეს დალექითი რეაქცია ან დადებითს ან უარყოფითს შედეგებს. როდესაც ჩვენ ცოტათ თუ ბევრად შევეჩვიეთ ამ ახალ რეაქციაზე მუშაობას, მაშინ კი დავიწყეთ დიანგოზიან შრატებზე პარალელურად WR-ასთან დალექითი რეაქციების დადგმა.

საქიროდ ვთვლით აქ მოვისხენით ის, რომ WR-სთან პარალელურად არ დაგვიდგამს ყველა ავტორების რეაქციები ერთად, ესე იგი ერთსა და იმავე დროს, ეს ჩვენთვის შეუძლებელი იყო მრავლის მხრით. ჩვენ ჯერ ვიღებდით ერთ ავტორის რეაქციას, ვანდომებდით ამას საქირო დროს, შემდეგ გადავიდოდით მეორე ავტორის რეაქციაზე და სხვა.

გადავიდვართ ჩვენი ცდების შედეგებზე.

შედეგი Sachs-Georgi-ის რეაქციისა.

როგორც სხვა ავტორები, ისე ჩვენც დავიწყეთ აღნუსხვა ამ რეაქციის შედეგისა. სრული დადებითი იყო მაშინ, როდესაც ნალექს ვხედავდით შეუიარაღებელი თვალით. ამას ჩვენ ვნიშნავდით როგორც ექიმი ნათიძე და Свѣтак-ი ოთხი ჯვრით ++++ ან და შებენლებითი ეკრანით +++ (სამი ჯვარით). როდესაც იხედებოდა ნალექი მხოლოდ აღჭურვილი თვალით, ამას ვნიშნავდით ++ (ორი ჯვარით). ეს უნდა აღგვენიშნა ავლიუტინოსკოპით, მაგრამ

*) ამ ქამად სტაციონალური განყოფილება მამაკაცების და დედაკაცებისთვის უკვე არის.

ჩვენ ეს იარაღი ვერსად ვიშოვნეთ, ამის მაგივრად ვხმარობდით ან ლუპას და ან მიკროსკოპის ოკულიარს. (ეს უკანასკნელი ჩვენი მეთოდია), როდესაც ნალექის შემწნევა შეიძლებოდა მხოლოდ დიდის სიძნელით და ისიც ეკრანით, ეს ინიზნებოდა +, უარყოფითი შედეგი კი წარმოადგენდა უიარაღო თვალისათვის თანასწორ აბოლსცენციას, ასეთი ნიშნებით მიმდინარეობდა ყველა ჩვენი ცდები. ამ რეაქციას მოვანდომეთ, როგორც მოვიხსენიეთ, სულ 148 შრატის. ამათში 92 შრატი იყო უდიაგნოზო, ხოლო დიაგნოზიანი 56.

ამ უდიაგნოზო შრატებმა WR-ით მოგვცა დადებითი 62 და აქიდან S. G-ით—46. უდიაგნოზო შრატში აღმოჩნდა გრძნობელობა უფრო მეტი WR-ისა 19,9⁰/₀, ვიდრე SG-ისა.

დიაგნოზიანი შრატები წარმოადგენენ შემდეგის ფორმის ავადმყოფებას:

Syphil. I. უექიმაო. გრძნობელობა S. G. R-ის მეტია 20⁰/₀, ვიდრე WR-ისა; Syphil II recens უწყესოდ. ნეექიმაო. აქ მივიღეთ WR და SG-საში სრული შეთანხმება 100⁰/₀. Syphil II latens: ნეექიმაო, აქ გრძნობელობა უფრო მეტია SGR-ისა (87,5⁰/₀), ვიდრე Wassermann-ისა Syphil gummos, აქ სრული შეთანხმებაა W და S. G. რეაქციების=100⁰/₀. Par. progress. აქ გრძნობელობა WR-ისა გამოხატება 100⁰/₀. Sachs-ის და Georgi-ს კი სრული უარყოფითი. საერთო გრძნობელობა S. GR-ისა შედარებით WR-სთან უდრის 97,8⁰/₀-ს*).

რამდენიმე სიტყვა უნდა ითქვას ზემოხსენებული ანტიგენის შესახებ, რომლით ვაწარმოეთ S. G-ის რეაქცია, ჩვენ მიერ მომზადებული სამი რიგი ანტიგენისა ვაწარმოეთ რამდენიმე ათეულ შრატზე, გამოსაკვლევად იმისა, თუ რომელი ჯგუფის ტიტრაციაში გატარებული ანტიგენი იძლევა გარკვევითი შედეგებს; ამან, რა საკვირველია, მოინდომა დიდი დრო. ხანგრძლივი და ერთი და იგივე უტყუარი შედეგის ანტიგენი გამოდგა დოზა 0,3 ე. ი. სამი ნაწილიანი სპირტისა 1⁰/₀, ხოლესტერინის სხნარის მომატებით.

ხოლო რაც შეეხება სხვა ანტიგენებს, ზოგიერთი მათგანი თუმცაღა იძლეოდა შედარებით მისაღებ შედეგებს, მაგრამ დაყრდნობა მათზე უიმედო იყო, ვინაიდან ორი სამი კვირის შემდეგ დაიწყეს არეული შედეგების მოცემა. მაგალითად ასეთს წარმოადგენს დოზა 0,45 და 0,6, პირველი წარმოადგენს ორი ნაწილი სპირტის და მეორე სამი ნაწილიანი სპირტის 1⁰/₀, ხოლესტერინის მიმატებით. შეიძლება და კიდევაც, როგორც აღნიშნული გვაქვს, შრატების სიძველეს ჰქონდა აქ ადგილი. ეს ჩვენ გამოვცადეთ და ბოლოს დავადექით მხოლოდ 0,3 დოზის ანტიგენს და ამასთანავე დრო გამოშვებით ვსარგებლობდით უფრო ახალ შრატებზე 0,45, ორი ნაწილიანი სპირტისა.

Доц. Сквирский და Проф. Нешадименко მუშაობას აწარმოებდნენ ანტიგენით 0,45 და 0,6 სპირტის ორი ნაწილიანი სხნარისა.

გადავდივართ Menicke-ს III მოდიფიკაციაზე.

ამით ვაწარმოეთ ჩვენ 142 შრატი. ამათში უდიაგნოზო იყო 90, დიაგნოზიანი კი 52 შრატი. უდიაგნოზო შრატებმა WR-ით მოგვცეს დადებითი შედეგი 36, ხოლო MR-მ 23.

* უფრო ვრცელი ახსნა ყველა რეაქციების შეთანხმებისა და გრძნობელობისა პროცენტულად იხილეთ საერთო ცხრილში (ბოლოში).

უღიაგნოზო შრატების გრძნობელობა WR ით გამოიხატა 14,5%-ით მეტი, ვიდრე Meinicke-ესი. დიაგნოზიანი შრატები წარმოადგენდნენ შემდეგ ფორმას ავადმყოფობისას:

Syph I. უეკიმარი. აქ გრძნობელობა WR-ისა უფრო მეტია 30%-ით ვიდრე Meinicke-სი.

Syph. II recens. უეკიმარი. ორივე რეაქციამ W-ისა და Meihicke-სი მოგვცა სრული შეთანხმება 100%.

Syph. II latens. უწესოდ ნაეკიმარი. აქ Meinicke-ეს რეაქციამ მოგვცა ცოტა მეტი გრძნობელობა ვიდრე Wassermann-ისამ, 0,1%.

Syph. gumm. აქ ვასერმანის რეაქციამ მოგვცა მეტი გრძნობელობა 50%-ით.

Syph. nerv. opt. სრული შეთანხმება 100%.

საერთო გრძნობილობა Meinicke-ეს რეაქციისა შედარებით WR-თან მივლით 77,7%.

აქ უნდა აღვნიშნოთ ის საერთო მოვლენა, რასაც ჰქონდა ადგილი Meinicke-ს რეაქციაში. ეს ის არის, რომ ყველა დადებითი რეაქცია ამ ავტორებისა არ იყო ისეთი თვალსაჩინო, როგორც მაგალითად, სკვირსკი უჩვენებს. ეს რეაქცია ჩვენთან იძლეოდა დადებითს შედეგს, მაგრამ სუსტს.

საკვიროდ მიგვაჩნია, ჩვენ მიერ ნაწარმოებ ამ ორ რეაქციას S. G. და Meinicke-ს შევადაროთ ის შედეგები, რომელიც გამოიტანა Финкельштейн-მა და გვაცნობა ამ უკანასკნელი წლების ავტორების მუშაობიდან გერმანიაში, აგრეთვე ის შედეგები პროცენტით, რომელიც აქვს აღნიშნული პრიატ-დოცენტს Сквирский-ს.

Финкельштейн-ის ცნობა:

1) ავტორის მიერ გამოკვლეული შრატი Meinicke-ს რეაქციისა არის 41000 შრატი; აქედან შეთანხმებით პროცენტი გამოიხატა 85—98%-ში.

2) 40 ავტორის მიერ გამოკვლეული 62,000 შრატი Sachs—Georgi-ს რეაქციისა.

აქედან პროცენტი—75—93%-ით შეთანხმება.

Сквирский-ის ცნობა:

მისი საკუთარი ცდა ორივე რეაქციაზე S. G-ს და Meinicke-სი არის 440 შრატი. სხვა დანარჩენი 19 ავტორის მიერ გამოკვლეული შრატების რაოდენობა ამ ორ რეაქციისათვის უდრის 17,328.

ხოლო სკვირსკისთან ერთად შეადგენს—17,768 შრატს. შუა პროცენტით შეთანხმებანი 92%.

პროფესორი Нещадименко და ეკიმ Сысак-ის გამოკვლევა 102 შრატისა როგორც დიაგნოზიანი, ისე უღიაგნოზო S. G-ს რეაქციაზე მიუღიათ WR-სთან შეთანხმება მხოლოდ 78%.

ეკიმი Ермилов-ი და ა. ვ. ნათიძეს გამოუკვლევიათ 1627 შრატი.

როგორც დიაგნოზიანი, ისე, უღიაგნოზო შრატში მიუღიათ შეთანხმება S. G-ს რეაქციისა WR-ასთან 82—84,6%.

Сквирский-ის მოყვანილი ცნობიდან სჩანს, რომ ყველაზე უფრო პატარა რიცხვი გამოსაკვლევი შრატებისა ეკუთვნის Mandelbaum-ს—102. ორი რეაქციით

სათვის S. G-ს და Meinicke-სი, სადაც მიუღია 93,2% შეთანხმებისა. და სხვაზე უფრო მეტი გამოსაკვლევ შრატები ეკუთვნის თვით ავტორებს S. G-ს და Meinicke-ს რიცხვით 2770, რომლებსაც მიუღიათ WR-სთან შეთანხმება 96,9%.

ამ რეაქციის პროცენტების შედარება იწყება იმავე ავტორების, ცნობით ექიმ Ермилов-ის და ნათიძის 77,79% და აღის მაღალ ციფრზე—98-ზე. პირველი ეკუთვნის Hübsmman-ს, მეორე კი Blumenthal-ს (400 შრატი).

ჩვენი გამოკვლევის შეთანხმება S. G-ის WR-სთან უდრის 97,8% ხოლო MR-სი 77,7%. ნაკლები რიცხვი შრატებისა იწყება 102-დან (S. Georgi-ს და Meinicke-ს), რომელიც ეკუთვნის Mandelbaum-ს და დიდის რიცხვით თავდება 2770, რომელიც ეკუთვნის Sachs-ს და Georgi-ს.

ჩვენი გამოკვლევის რიცხვი შრატებისა Sachs-Georgi-ს რეაქციისათვის, როგორც მოვიხსენიეთ, არის 148, ხოლო Meinicke-სი 142.

აქედან ჩვენი ცდების რიცხვი უფრო მეტია, ვიდრე Mandelbaum-ისა, პროფ. Нещадименко-ს და Сысак-ის. რაც შეეხება შეთანხმების პროცენტებს სხვა ავტორებისას აქაც არ ჩამოუვარდებათ.

Dold-ის სიმღვრივეთი რეაქცია (Trübungsreaction).

ამ უდიაგნოზო შრატებში გრძნობელობა WR-ისა შედარებით Dold-ის რეაქციისთან გამოხატა 26,1%.

დიაგნოზიანი შრატები წარმოადგენენ შემდეგ ფორმას ავადმყოფობისას:

Syph. II recid. უწყსოდ ნაექიმარი. აქ გრძნობელობა WR-სა გამოიხატა 12,5% მეტი, ვიდრე Dold-ისა,

Syph gumm. მგრძნობილობა WR-ისა მეტია 30,8%-ით ვიდრე დოლდისა.

Syph II latens — უწყსოდ ნაექიმარი. გრძნობელობა WR-სა მეტია ვიდრე Dold-ისა — 14,4%.

Syph. Congen. გრძნობელობა WR-სა მეტია 10%-ით.

Syph. Nerv. opt. უწყსოდ ნაექიმარი: გრძნობელობა WR-სა მეტია 12,5%-ით.

სიერთოდ Dold-ის რეაქციის შეუთანხმობა WR-სთან მივიღეთ 64,6%.

თუმცა Dold-ის სიმღვრივეთი რეაქცია წარმოადგენს S. G-ის რეაქციის მოდიფიკაციას, მაგრამ აქ ვადაპრით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ მისი დადებითი შედეგები უფრო თვალსაჩინო იყო, ვიდრე Sachs-Georgi-ს და Meinicke-ს რეაქციები.

დავგრა პრაქტიკული მხარე Kahn-ის რეაქციის ჩატარებისა, რომელსაც მოვანდომეთ 103 შრატი. ამათში უდიაგნოზო იყო 63, ხოლო დიაგნოზიანი 40.

უდიაგნოზო შერეულ შრატებში უფრო გრძნობელობა გამოიჩინა WR-იამ: 1,6%.

დიაგნოზიანი შრატები წარმოადგენდნ შემდეგ ფორმას ავადმყოფობისას:

I. Syph. უექიმარი. სრული შეთანხმება WR-სთან გამოიხატა 100%-ით.

II. Syph. უექიმარი სრული შეთანხმება WR-სთან 100%-ით.

S. larvata უწყსოდ ნაექიმარი Kahn-ის რეაქციამ მგრძნობელობა გამოიჩინა 8,3% მეტი, ვიდრე WR-ამ.

Paral. progr. აქ სრული შეთანხმებაა ორივე რეაქციის W-ის და Kahn-ისა 100%-ით.

Normalserum—აქ უარყობითადაც შეთანხმებაა ორივე მეთოდების რეკტივის 100%-ით.

საერთო შეთანხმება Kahn-ის და NK-ს გამოიხატა 100%-ით.

რაც შეეხება ამ რეექციის შესახებ ლიტერატურულ ცნობას, უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამის შესახებ ცოტა იწერება*.

ოკროდე სიტყვაც Kahn-ის რეაქციის შედეგების შესახებ ჩვენი დაკვირვებებიდან.

დიდის მოწიწებით ვეპყრობით ამ ზემოთ მოყვანილ დალექიით რეაქციების ავტორებს: Sachs-Georgi-ს, Meinicke-ს და Dold-ს, მაგრამ ეს რეაქციები, ვიმეორებ, არ იძლევიან ისეთ თვალსაჩინო დალექას, როგორსაც იძლევა Kahn-ის რეაქცია. სინჯარის გახედვა დაგვიმტკიცებს, რომ ეს ასეა.

ეს უკანასკნელი (Kahn-ის რეაქცია) პირადად ჩვენთვის დიდად სასიამოვნოა და სრულებით არ ვწუხვართ იმ დროს დახარჯვისათვის, რაც მოვანდომეთ მის გასატარებლათ.

ჩვენ უარს არ ვყოფთ იმას, რომ ყველა ზემოხსენებულ რეაქციებს აქვსთ თავისი დიდი და ფართე მომავალი, მაგრამ ამ უკანასკნელის განხორციელებას მოუნდება დიდი დრო, ხოლო, რაც შეეხება Kahn-ის რეაქციას, ამას დალექიით რეაქციებში აუცილებლად დიდი ადგილი აქვს დაკავებული და უსათუოდ გაუწევს ამ ახლო მომავალში WR-ის სულ დიდ მეტოქეობას და შეიძლება მისი ადგილიც კი დაიკავოს. ეს ჩვენი მხრით არ არის უნიადაგო გატაცება. ამას გვეუბნება ის შედეგი, რომელიც ჩვენ მივიღეთ. რასაკვირველია ამასაც აქვს თავისი უსპეციფიკობა, მაგრამ ეს რომელ რეაქციას არა აქვს?

ყველა ის მუშაობა, რაც დაწყებულია ამ ახალი დალექიით რეაქციების შესახებ, დამამტკიცებელია იმისა, თუ რამდენად რთულია ბიოლოგიური მხარე WR-ისა. ტექნიკურად უპირატესობა დალექიით რეაქციებისა შედარებით ამ უკანასკნელთან გამოიხატება იმით, რომ, WR-ს ართულებს გემოლიტიური სისტემა, რომლისთვის საჭიროა მთელი რიგი ცხოველებისა და რომლის ასრულება თხოულობს ლაბორატორიის რივიანაჲ მოწყობას. პრაქტიკული ექიმისათვის და ისიც სადმე მივარდნილ ადგილში, ეს რეაქცია ხელმიუწოდომელია. ეს დანიშნულია მხოლოდ იმ პირთათვის, რომლებსაც სერიოზული სეროლოგიური მომზადება აქვსთ, ხოლო დალექიით რეაქციებს ამ შემთხვევაში უკავიათ სასიამოვნო ადგილი. აქ საჭიროა მხოლოდ ანტიგენის მომზადება და მისი ტიტრაცია. ხელსაწყობები თვით რეაქციებისთვის გაცილებით ნაკლები საჭირდება ვიდრე WR-ს.

მათთვის არავითარი ცხოველება საჭირო და არც გემოლიტიური სისტემათუ კი ეს დალექიით რეაქციები მეცნიერულად დამყარებულნი იქმნენ სრულ უტყუარ ნიადაგზე, მაშინ შესაძლებელი იქნება ამ რეაქციებით იხელმძღვანელონ

* ამ უკანასკნელ წელში როგორც ლიტერატურიდან სჩანს სახელმძღვანელო ავტორები დიდი დაინტერესებულნი არიან Kahn-ის რეაქციის შესახებ და ლიტერატურაც ამის შესახებ (უფრო ამერიკელების) გაცილებით უფრო მეტი მდიდარია, ვიდრე 1925 წელში.

არა მარტო სეროლოგებმა, არამედ ყველა პრაქტიკულ ექიმებმაც და ისეთ მივარდნილ კუთხეებში, სადაც მოკლებულნი არიან მეცნიერულად საექიმო მოღვაწეობას. აი სწორედ ეს იქნება ნამდვილი ბედნიერება.

აი ამით თავდება ჯერჯერობით ჩვენი შედარებითი ცდა.

ჩვენი დასკვნა ახალი სეროლოგიურ დაღმართი რეაქციების შესახებ.

1) ამ რეაქციების ჩატარებისათვის დიდათ საჭიროა შესწავლა თეორეტიულად მათი ფიზიკო-ქიმიური მხარეებისა.

2) არა ნაკლებ საჭიროა ანტიგენების სწორად მომზადება და მათი ტიტრაცია, ვინაიდან ამ რეაქციების ნამდვილი შედეგები დამოკიდებულია ამ უკანასკნელისაგან.

3) ვინაიდან დაღმართი რეაქციების შედეგები მრავალ სახეობანია და ზოგიერთ შემთხვევაში საჭიროა ინდივიდუალიზაცია, ამისათვის აუცილებელია, რომ დაღმართი და უარყოფითი შედეგების გასარჩევად თვალი უნდა იქნეს შეჩვეული.

4) უნდა იქნეს დაცული ის კანონები, რომლებიც ზევით მოვიხსენიეთ ესე იგი, გავლენა ოთახის ტემპერატურისა და აგრეთვე ტერმოსტატისა შრატის შედეგებზე. ამისათვის დანიშნულს დროს არ უნდა გადავაცილოთ.

5) ნამდვილი და სწორი შედეგების მისაღებათ აუცილებლად საჭიროა შრატის სიახლე, ვინაიდან ამ უკანასკნელის სიძველემ ბევრჯერ დაგვიმტყცა შეცდომები იქ, სადაც ჩვენ ეს ერთსადაიმევე შრატზე (ახალი და ძველი) შევამჩნიეთ, როგორც WR-ში ის დაღმართი რეაქციებშიაც.

6) ვინაიდან დაღმართი რეაქციები ხასიათდება იმით, რომ მათში არ არის გემოლიტიური სისტემა, როგორც WR-ში, ამიტომ დაღმართი რეაქციების ჩატარება გაცილებით ადვილია შედარებით ვასერმანისაზე.

7) ყველა ავტორები, ვისაც გავეცანით, მიგვითითებენ იმაზე, რომ, როგორც S. G-ის ისე Meinicke-ს რეაქცია იჩენდა მგრძობელობას იქ, სადაც WR-ია დაღმართულია. დიან, ეს ჩვენც შევამჩნიეთ. პირველმა გამოიჩინა დაღმართი შედეგი ფარული მეორე ხანის სიფილისით ავადმყოფის შრატში (ნაექიმარი), სადაც W-R-ია იყო უარყოფითი. Meinicke-მაც ამავე ფორმის უწყესოდ ნაექიმარ ავადმყოფის შრატში მოგვცა ცოტა მეტი დაღმართი ვიდრე WR-მ.

სწორედ იქ, სადაც WR არის უარყოფითი ნაექიმარი სიფილისის დროს და დაღმართი რეაქციები ამ დროს იძლევიან დაღმართის, ამას უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება და უნდა იქნეს გატარებული დიდძალი რიცხვებზე, რომ იქნეს გარდაწყვეტილი უპირატესობის მიცემა ან ერთზე ან მეორეზე.

8) თუმცაღა რეაქციების შედეგებს ჩვენ ვარჩევდით ლუპით, ოკულარით (ავლიტინოსკოპი ვერ ვიშოვეთ) და პირდაპირ თვალებით (ეს ეხება უფრო SG რეაქციას), მაგრამ ჩვენი საერთო შეხედულება მაინც ისეთია, რომ ამ ორ რეაქციის დაღმართი შედეგები არ არის ისეთი თვალსაჩინო, როგორც თვით WR-ს Dold-ის და Kahn-ის დაღმართი რეაქციები.

9) Sachs-Gergi-ს და Meinicke-ს რეაქციას სკირდება დიდი მუშაობა, რომ მათი რეაქციის დადებითი შედეგი იყვნენ უფრო მკაფიოთ გამოაშკარავებულნი.

S. G-ს და Meinicke-ს რეაქციები ჩვენთან თუმცა დადებით შედეგს იძლეოდენ, მაგრამ ეს უკანასკნელი მუდამ სუსტი იყო.

10) Dold-ის რეაქციის დადებით შედეგის გამოცნობა ძნელი არ არის და ჩენი რწმენით, წინააღმდეგ Сквирикий-სა, საჭირო არ არის ვიმეორებთ მის სითხეში ფორმალინის მიმატება, ვითომდა „ოპტიკური გამოხატულების დიდი ხნით შესანახად“.

11) ვიმეორებთ დალექითი რეაქციების გასატარებლად, და სწორი შედეგის მისაღებად საჭიროა, ანტიგენის მომზადება და მისი ტიტრაცია და მათი გამოცდა ბევრჯელ შრატებზე, რომ გვკონდეს ნამდვილი უტყუარი ანტიგენი, ეს ერთის მხრით.

მეორეს მხრით, შრატი უსათუოდ უნდა იყოს არა უძველეს სამი დღისა.

12) აუცილებელ საჭიროებას მოითხოვს მრავალ რიცხოვან სიფილისიან სხედასხვა სახით ავადმყოფების შრატებზე მეცადინეობა და საექვო შემთხვევებში რეაქციების განმეორება. მხოლოდ ამ გვარი მუშაობა მოგვეცემს უტყუარ შედეგს და ადვილად გავგვიკაფავს გზას მათი (დალექითი რეაქციების) ინტიმიური ბიოლოგიური მსვლელობის გასაგებად.

თ ი ზ ი ს ე ბ ი.

1) როგორც სჩანს ამ უკანასკნელი წლების ლიტერატურული წყაროებიდან Wassermann-ის რეაქციის შემადგენლობა და მიმდინარეობა იქნა გამოკვლევული ფიზიკო-ქიმიურად და ამის მიხედვით ნათლად შეირაყა მისი ინტიმური ბიოლოგიური მხარე.

2) ამის დამამტიცებელია ამავე დროში ზემომოყვანილი ახალი სეროლოგიური დალექითი რეაქციების წარმოშობა, რომლის შემადგენლობა, მიმდინარეობა და შეთანხმება WR-სთან იმავე ფიზიკო-ქიმიურად გამოკვლევის პროცესით იდენტიურია ამ უკანასკნელთან.

3) როგორც WR-ია, ისე ახალი დალექითი რეაქციები ექვემდებარებიან ერთდამივე ქიმიურ კანონებს, ე. ი., შრატის გლობულინების და ანტიგენის ლიპოიდების ურთიერთობრივი მოქმედებას და შემდეგ შეერთებას.

4) თვისი დიავნოსტიკური შედეგით, მარტივი შემადგენლობით და ადვილად გასატარებლად, რომლის მეოხებით ხელმისაწვდომია იმ ექიმებისათვის, რომლებსაც ცოტად თუ ბევრად აქვსთ გაცნობა ლაბორატორიულ მუშაობასთან, ეს ახალი დალექითი რეაქციები დიდ მეტოქეობას უწევენ ვასერმანის რეაქციას და ადრე თუ გვიან ზოგიერთი მათგანი აუცილებლად დაიკავენ მის ადგილს.

5) დალექითი რეაქციების ხმარება კლინიკური თვალსაზრისით დამოუკიდებლად ვასერმანის რეაქციისა ჯერჯერობით შეუძლებელია, ვინაიდან მათი რიცხვი დაყრდნობილია მცირე კლინიკურ მასალებზე, როდესაც კი ვასერმანის



რეაქციას აქვს თავისი წარსული თითქმის 22 წელიწადი და გამოკვლევითი მასალები ირიცხება 45—50 მილიონამდე.

6) ეს ახალი სეროლოგიური დალექითი რეაქციები, როგორც ამტკიცებენ თითქმის ყველა საზღვარგარეთელი ავტორები და ჩვენც მათ უერთდებით, არიან მხოლოდ დამხმარე და ამისათვის უნდა იყვნენ Wassermann-ის რეაქციის კანტროლის ქვეშ.

7) პირადათ ჩვენ ამ დალექითი რეაქციებთა შორის უპირატესობას ვაძლევთ, პირველად Kahn-ის და შემდეგ Dold-ის რეაქციებს, ვინაიდან ესენი როგორც სიმარტივით, ისე მუდმივობით ხასიათდებიან.

დასასრულ ჩვენ უნდა აღვნიშნოთ ის, რომ ამ გვარი მუშაობით, რომელსაც გვაწვდნენ ავტორები, სიფილისის დიაგნოზი უფრო დაქვემდებარებული იქნება. ამ უკანასკნელის ბევრი გაუგებარი მხარეები შეიქმნებიან ადვილად მისადგომი, და ამის მეოხებით თვით წამლობა ავადმყოფებისა იქნება დამყარებული სწორ და სრულ უტყუარ ნიადაგზე, და ამ გვარად მიეცემა შეველა არა მარტო იმათ, ვინც სქესობრივად შეიქმნენ მსხვერპლნი ამ ცბიერ და საშიშ ავადმყოფობისა, არამედ მიიღებენ შეველას და ხსნას ისინიც, ვინც იძულებულნი არიან დაბადების დღიდან ატარონ თავიანთ ზურგზედ მძიმე ჯვარი, როგორც გამომხატველი უდანაშაულოდ დასჯისა მათი მშობლებთა მიერ უნებლიეთ „კოდვის“ ჩადენის მეოხებით.

ჩვენ ღრმად დარწმუნებული ვართ, რომ ამ დალექითი რეაქციებს მიეცემა თავიანთი შესაფერი ადგილი, რადგანაც უკვე იქნა დამსხვრეული ის კედელი, რომლის მეოხებით იფარებოდა სინამდვილე შრატის, ანტიგენის და კომპლემენტის ურთიერთთან დამოკიდებულება. აქ ჩვენც Сквирский-სთან ერთად თამამად შეგვიძლია გავიმეოროთ H. Schade-ს სიტყვები: „Wir Stehen an der Schwelle einer neuen, einer physiko—chemischer Aera aller Biologie“.

დასასრულ მოვალედ ვთვლით ჩვენს თავს უღრმესი მადლობა გამოუცხადოთ ბ-ნ პროფესორ სიმონ სარდიონისძე ამირეჯიბს, რომელიც დიდის ინტერესით მოეპყრო ჩვენს მუშაობას და არ დაზოგა დრო ამ მუშაობის გადახედვისთვის და აგრეთვე რამდენიმეჯერ მოგვცა სათანადო რჩევა მუშაობის სწორად გატარებისათვის.

უღრმეს მადლობას ვუცხადებთ ბ-ნ ექიმ ისააკ ანდრიასძეს ხათრიძეს, რომელიც მისი ამერიკულ ლაბორატორიაში მუშაობის დროს ამ მუშაობის გატარებას დიდი ინტერესით ეპყრობოდა და თვალყურს ადევნებდა მის ყველა მხარეს მართლად და სწორად აღსრულებისათვის და აგრეთვე მუდამ მზად იყო მოეცა ჩემთვის შესაფერისი რჩევა და ეჩვენებინა ლიტერატურული წყაროებიც.

ჩემს უღრმეს მადლობას ვუცხადებ ამერიკელ ლაბორატორიის გამგეს ბ-ნ ალექსი ალექსისძე ბელვესკი-ჟუკოვსკის, რომელმაც ფართოდ გამიღო ლაბორატორიის კარები და სრულებით უსასყიდლოდ მითავაზა ის აუარებელი მასალები, რაც იყო საჭირო ამ ათი თვის განმავლობაში, ჩემი შრომის განსახორციელებლად.

აგრეთვე მადლობას ვუძღვნი ბ-ნ ექ. სერგეი მიხეილისძე ლუნკევიჩს, რომელიც ხელს მიწყობდა როგორც ტექნიკურად, ისე ლიტერატურულ წყაროების შოვნაში.

Meinicke-ს რეაქციისთვის ძირითადი ემსტრაქტის ტიტრაცია („სკვორსკილა“).

სინჯარების №№	1	2	3	4	5	6
ძირითადი ემსტრაქტი	0,5	0,45	0,4	0,35	0,3	0,25
Alkohol 96% ₀	0,0	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25
Aq. destil.	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
წყალის მიმატების შემდეგ ჩქარი შედეგი სიმღვრივესი.	გაუმკვირვლო მძლავრი რისკებრივი ამღვრივე	გაუმკვირ. რისკებრივი ამღვრივე	საკმაო გამკვირვალ ამღვრივე	საკმაო გამკვირვალ ამღვრივე	სუსტი ამღვრივე	მსუბუქი ამღვრივე
ერთი საათით 37° სითბოში (ტერმოსტატიში).						
სიმღვრივეს შედეგი.	მძლავრი რისკებრივი გამკვირვლო სიმღვრ.	მძლავრი რისკებრივი გამკვირვლო სიმღვრ.	რისკებრივი გამკვირვლო მძლავრი სიმღვრივე	რისკებრივი გამკვირვლო მძლავრი სიმღვრივე	საკმაო სიმღვრივე	მსუბუქი სიმღვრივე
თითო სინჯარაში მიმატება 3,5 ცთ. aq. destillata-სი.						
დასრულებითი შედეგი სიმღვრივესი (მეორეჯერ წყალის მიმატების შემდეგ).	სუსტი ძლიერა შესაბამისი გამკვირვალობა	სუსტი გამკვირვალობა	მძლავრი გამკვირვალობითი სიმღვრივე	საკმაო გამკვირვალობითი სიმღვრივე	საშუალო გამკვირვალობითი სიმღვრივე	მსუბუქი რაოდენობით

შესამე მოდიფიკაცია Meinicke-ს რეაქციასი. (პრაქტიკული ცდა Скворский-სა).

აეადმყოფობის შრატი.	A		B		C		D		E		ნამდვილი სიფილიტი.		ნამდვ. შარფ.		ემსტრაქტის კანტრ.
	მოვარი ცდა	შრატი. კანტ.	მოვარი ცდა	შრატი. კანტ.	მოვ. ცდა	შრატი. კანტ.	მოვ. ცდა	შრატი. კანტ.	მოვარი ცდა	შრატი. კანტ.	მოვარი ცდა	შრატი. კანტ.	მოვ. ცდა	შრატი. კანტ.	
1) ინაქტივაციაში გატარებული შრატი	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	—
2) ფიზიოლოგიური ხსნარი (0,85% ₀)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2
3) განზავება (ტიტრაციაში გატარებული ძირითადი ემსტრაქტისა (1:7,5)	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,2
4) განზავება 96% ₀ სპირტის (1:7,5)	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—	0,8	—
შედეგი 18-30 ს. შემდეგ	++	—	++	—	—	—	+	—	++	—	++	—	—	—	—



დიდ ზადლობას ვუცხადებ ინჟინერ-ქიმიკოს სოლომონ მიხეილისძე ამბარ-დანოვს, რომელმაც არ დაიხარა და მომიზადა ფრიად საჭირო მასალა ხო-ლესტერინი, რომლის შოვნა ტფილისში ჩემთვის ყოველად შეუძლებელი იყო და აგრეთვე დახმარება გამიწია საჭირო ნივთების ქიმიურ გამოკვლევისა და ტეხ-ნიკურ მასალების მომზადებისთვის.

ჩემს ზადლობას ვუცხადებ ლაბორატორიაში ჩვენთან ერთად მომუშავეს პა-ტივცემულ ამხანაგს ექიმ სერგეი ასლანისძე ბუტულაშვილს, რომელმაც საჭირო მასალები მოშოვნა და მუდამ ცდილობდა ჩემთან ერთად მუშაობის რი-გიანად ჩატარებისათვის.

ლიტერატურა.

1. Über die von Dold Vorgeschlagene Modification der Sachs-Georgi -- Reaction. Von Gutteld and S. Prag. (M. K. 1922. № 43 S. 1379 — 1380).
2. V. H. Bering. Vergl. Untersuch. Über die Serodiagn. der Lues mittels der Wasserm. und der dritten Modification der Meinikeschen Reaction. Hyg. Institut. Jena (M. kl. 1922. № 32 S. 1022 — 1032).
3. Holiänder. Brauchbarkeit der Sachs-Georgischen Ausflockung und der einfachsten Doldschen Trübungsreaction für den Internisten. (kl. Woch. 1923. № 7. S. 302).
4. Erfahrungen mit der Doldschen Trübungsreaction. Von Hedvig Ziskoven. (M. kl. 1922 № 42 S. 134 — 1350).
5. C. C. Jung-Lansing-Mich. (Wert der Kahnschen Syphilisprobe für der öffentliche Gesundheit). Public Health Value of the Kahn Test for Syphilis a Preliminary Report Based on Five Thousand Examination (J. Am. med. Assoc. Bd. 79, № 20 S. 1674 — 1676).
6. Проф. М. П. Нешадименко и д-р И. С. Сысак. „Реакция Wassermann und S. Georgi“. Доклад 15 мая 1921 года в мед. секции Украинск. Научного Общества в Киеве.
7. Др. А. П. Ермилов и д-р Л. В. Натидзе: Материалы к оценке Серодиадност. Сифилиса по методу S. Georgi. (Обе статьи из сборника по микробиологии посвященной светлой памяти проф. П. И. Шатилова. Директор проф. Коршун).
8. Приват-доцент П. В. Сквирский. „Теория и практика новейших серологических реакций на Сифилис. (Из Бактер. Лаборатории Госуд. Клинического Института. Зав. Проф. Беленовский. Петроград).
9. В. Д. Штибен. (Сренбург) К вопросу об осадочных реакциях при серодиогистике сифилиса. Реакция Kahn-а. Врачебное дело № 10. 1924 г.
19. Финкельштейн. „Сущность Вассермановской реакции. Журнал № 1. „Дерматология“ 1924 г.

ქართველ ეპიმთა საზოგადოების მიხედვით სხდომის ოქმი (18/II 1926 წ.)

დაესწრო 48 წევრი და 30 სტუმარი. თავჯდომარეობს პროფ. ა. ალადა-შვილი. წინა სხდომის ოქმის დამტკიცების შემდეგ მოხსენებას კითხულობს ექ. ილ. ლორთქიფანიძე „Gastrolithon-ის კაზუსტიკისათვის“

„Gastrolithon“-ი საზოგადოთ იშვიათი ავადმყოფობაა. ზოგიერთი ნივთიერება, როგორცაა მატყლი, თმა და სხვა გადაეხლართებიან ერთმანეთს და განსაზღვრულ დროს გასვლის შემდეგ შეიძლება მოგვცენ კუჭში ან ნაწლავში მდებარე ქვები—ბეზოიარები. მომხსენებლის შემთხვევა ეკუთვნის 4¹/₂ წლის ბავშვს რომელსაც ხურმის უხეიროდ ქამის და შეიძლება ყლაპვის გამო გაჩენია რაღაც სიმსივნე მუცელში. რადგან თერაპიულ ზომებმა არ გასჭრეს, ამისათვის გაკეთებული იყო gastrotomia და კუჭიდან ამოღებული ორი ქვის კონსისტენციის, ერთმანეთზე მიკედლებული სხეული. სხეული შესდგებოდა ხურმის ნივთიერებისა და კურკებისაგან. ავადმყოფი სრულიად განკურნებული გაეწერა.

ექ. ტყეშელაშვილი.—რამდენი დრო გავიდა ხურმის ქამის და ქვის ამოღების შორის?

პროფ. ქლენტი.—სასურველი იყო, რომ უფრო დაწვრილებით ყოფილიყო გამოკვლეული ქვის ინკრუსტაცია, მაშინ შეიძლებოდა კიდევ რამეს გამოვკვება—შესაძლებელია სხვა რამაც გარდა ხურმისა ხელს უწყობდა ქვის გაჩენას

პროფ. თიკანაძე.—სანამ ოპერაციას გადაწყვეტილით, არ გიფიქრიათ გამოვრეცხვით ამ სხეულების გამოდენა?

ექ. კონსტ. ლორთქიფანიძე.—მოუთხოვრებს კრებას ერთ შემთხვევაზე, სადაც ოპერაციამდე არ იყო გამოცნობილი სწორედ დიაგნოზი. ამოღებული იქნა ბატის კვერცხის ოდენა ქვა, რომელიც შესდგებოდა ლობიოს და მჭადისაგან.

ექ. გ. მუხვანაძე: ჩვენც გვქონდა ერთი შემთხვევა—ახალგაზრდა ქალი, ორი თვის განმავლობაში პირისღებინება, კუჭის მიდამოში სიმსივნე. მეზობლების გადმოცემით ავადმყოფი ქამდა მიწას. დაენიშნა B—naphtholi და Extr. Bellad; რაზედაც ის კარგად გახდა.

პროფ. გოგითძე. იძლევა დამატებით განმარტებას მომხსენებლის მიერ აღწერილ შემთხვევის შესახებ. ის აცხადებს სხვათა შორის, რომ კუჭის პალპაციის დროს სიმსივნე ზევით იწევდა, წყალი და საცდელათ მიცემული ბისმუტის ქაში კი დაბლა რჩებოდა; სწანს, სიმსივნე მჩატე იყო. სოფლათ მას ქონია შემთხვევა კუჭის ქვისა, საოპერაციოდ ავადმყოფი არ გამოცხადდა და როგორც შემდეგში გაიგო, ის მორჩენილა. ამ რიგად შესაძლებელია ქვის თავისთავად დაშლა და აქ ჩემის აზრით, დიდი მნიშვნელობა უნდა ქონდეს კუჭის წვენი მდგომარეობას და თვისებას ქვის გაჩენის და არსებობის დროს.

ექ. ცხაკაია. — კუჭის გარეშე მდებარე სხეულების დიაგნოსტიკისათვის გასტროსკოპიას უნდა დაეთმოს სათანადო ადგილი.

მომხს. ილ. როთქვანიძე. — ხურმის ქამის და ქვის ამოღების შორის გავიდა სამი თვე, ავამყოფს ბორჯომის წყალს ვაძლევდით. კუჭს ვურეცხდით მაგრამ ვერას ვავხდით, ვაძლევდით აგრეთვე ac. bicarbon., ac. tartar. და სხვას. ჩვენ გვქონდა მზგავსი შემთხვევა ხურმის ქამის შემდეგ გაჩენილ ქვისა; აქ სიმსივნე თავისთავად დაიკარგა.

თავმჯდომარე **პროფ. ალადაშვილი** აღნიშნავს შემთხვევის იშვიათობას. ამიერიდან ჩვენი აზროვნება იმ მხრითაც უნდა იყოს მიმართული, რომ ქვის გაჩენა შეიძლება არა მარტო ხურმის არამედ ლობიოს და მჭადის ქამის შემდეგ კრების სახელით მომხსენებელს გამოეცხადა მაღლობა.

დაგვიანების გამო ახალი წესდების პროექტის განხილვა გადაიდო მეორე სხდომისათვის, რომელიც უნდა იქნეს სპეციალურად ამისათვის მოწვეული. წაკითხულ იქნა ექიმთა ერთი ჯგუფის განცხადება ვაზ. „რაბოჩაია პრავდა“-ს 6/II ნომერში მოკ. მეგრებიანცის მოთავსებულ წერილის გამო საზოგადოების წევრის დოქტ. ი. აბაკელიას შესახებ. კამათის შემდეგ უმრავლესობით გადაწყდა პასუხის გაცემა, რომელიც დამყარებული იქნება მხოლოდ და მხოლოდ ფაქტიურ მასალაზე. რეზოლიუციის შედგენა დაევალა გამგეობას.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მეექვსე სხდომის ოქმი (2 მარტი 1926 წ.)

დაესწრო 41 წევრი და 35 სტუმარი. თავმჯდომარეობს **პროფ. ალადაშვილი**. დღის წესრიგის საკითხად გამოცხადებულია ახალი წესდების პროექტის განხილვა. წევრთა შედარებით სიმცირის გამო ზოგიერთის მიერ შემოტანილი იყო წინადადება კრების გადადებისა, რაც უმრავლესობამ არ შეიწყნარა.

წაკითხული იქნა წესდების პროექტი. ზოგიერთ მუხლებში შეტანილი იქნა მნიშვნელოვანი ცვლილებანი. კამათში მონაწილეობა მიიღეს ი. ლორთქიფანიძემ, ტყეშელაშვილმა, პროფ. ნათიშვილმა, მგალობლიშვილმა, მეუნარგიამ, პროფ. გოგიტიძემ, პროფ. ალადაშვილმა, მელიქიშვილმა, მთაწანაძემ და სხვებმა — გადაწყდა მიენდოს იმავე კომისიას დაამუშავოს პროექტის რედაქცია რუსული ტექსტის დამოუკიდებლად, შეიტანოს საჭირო ცვლილებანი, შეიმუშავოს მუხლები ფილიალურ განყოფილებათა დაარსების და მათთან ურთიერთ დამოკიდებულების შექმნის შესახებ და ყველა ეს მომავალში მოწვეულ კრებას წარმოუდგინოს.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მეშვიდე სხდომის ოქმი (25 მარტი 1926 წ.)

დაესწრო 70 წევრი და 45 სტუმარი. თავმჯდომარეობს **პროფ. ალადაშვილი**. წინა სხდომის ოქმის დამტკიცების შემდეგ დოც. ს. ყიფშიძე და ექ. ა. რუხაძე აკეთებენ მოხსენებას საკითხზე „ზედაკიდურის სიმპატიურ ნერვიული სის-

ტემის სპაზმის სინდრომი და Leriche-ს ოპერაციის შედეგი ამ სინდრომის დროს“ (ავადმყოფის წარდგენით).

მომხსენებლებს ოპერაციამდე გამოუკვლევიათ ავადმყოფის ვეგეტატიური ნერვიული სისტემა და იმ დასკვნამდე მისულან, რომ ამ შემთხვევაში საქმე ეხება სიმპ.—ნერვიულ სისტემის სპაზმს (ჰიპოტერმია, ჰიპოტონია, დაკლებული ინდექსი, ჰიპერტრიხოზი, კუნთების ქონტრაქტურა და სხვა). ოპერაციის შემდეგ ყველა მოვლენებს გაუვლია. ცალკე ფიზიოლოგიურ ახსნა-განმარტების ნიშნებისთვის მიცემის შემდეგ გამოაქვთ შემდეგი დებულებანი; Leriche-ს ოპერაცია ნაჩვენებია სისხლის ძარღვების სპასტიური მდგომარეობის დამტკიცებისას სხვა შემთხვევაში სათუთა; სიმპატიურ ძაფებს პირდაპირი გავლენა აქვს თმის ზრდაზე, მას გავლენა უნდა ქონდეს კუნთების ტონუსზე, თუმცა წარმოდგენილი შემთხვევა ამის პირდაპირ და საბოლოო დამტკიცებას არ წარმოადგენს.

ექ. ტყეშელაშვილი.—ოპერაციის შემდეგ საბოლოოდ არის მოსპობილი კიდურებზე სიმპატიურ ნერვიულ სისტემის სპაზმი თუ არა და განმეორდება თუ არა ჰიპერტრიხოზი?

ექ. ზაქარაია.—როგორ ხსნიდა ძველი კლინიკა იმ მოვლენას, რომელსაც ეხება სიმპატიურ ნერვიულ ზეგავლენას ვაწერთ?

ექ. თოღაძე.—რა და რა შრეში გადის სიმპატიური ძაფები და Leriche-ს ოპერაციის დროს adventitia-ც უნდა იქნეს ამოღებული თუ არა? თქვენს შემთხვევაში adventitia ნაწილობრივ იყო ამოღებული, ნაწილობრივ ამოიკვეთა სიმპატიურ ძაფებიც, მიუხედავად ამისა შედეგი მაინც კარგი მივიღეთ.

ექ. ფოფხაძე.—როგორია პროგნოზი რეციდივის მხრივ.

ექ. სარაჯიშვილი. ასახელებს შემთხვევას ფრჩხილების უიშვიათეს დაავადებისა, რომელიც რვა თვის წინედ ექ. ტყეშელაშვილის მიერ იყო საზოგადოებაში წარმოდგენილი და ფიქრობს, იქაც სიმპატიურ ნერვიულ სისტემის სინდრომთან უნდა გვეკონოდა საქმე. ავადმყოფი თურმე განიკურნა ადრენალინის ხმარების შემდეგ.

დოც. ს. ყიფშიძე.—ნაოპერაციებ შემთხვევის რეციდივების გამოჩენის შესახებ ეხლა არაფერი თითქმის, საჭიროა ხანგრძლივი დაკვირვება. ძველად მზგავს შემთხვევებს ისტერიულ კონტრაქტურებს აწერდნენ, ან და სიმულაციებს. რადგან სიმპატიური ძაფები adventitia-ში გადიან ამიტომ, საჭიროა ამ უკანასკნელის ამოღებაც. საზოგადოთ უნდა ითქვას სიმპატიური ნერვიული სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია ჯერ კიდევ ნათლათ არ არის წარმოდგენილი,—ის კიდევ ბუნდოვანია.

თავმჯდომარე **პროფ. ალადაშვილი.** ფიქრობს, რომ მოხსენება ფრიალ საინტერესოა, როგორც კლინიკური შედეგებით, ისე ექსპერიმენტალური მხრით. არ შეიძლება მისი თქმა, თუ რამდენად ხანგრძლივი იქნება მიღებული შედეგი. მომხსენებლებს მაღლობა გამოეცხადა. მეორე მოხსენება **ექ. ერქომაიშვილის** თემაზე „Leriche-ის ოპერაცია (აუტორაფერატი არ წარმოუდგენია).

პროფ. გ. მუხაძე. Leriche-ის ოპერაციით ერთ დროს დასტაქრები ძლიერ გატაცებული იყვნენ. საკითხი თუ რას განიცდის არტერია ოპერაციას შემდეგ—გაგანიერებას, თუ შევიწროვებას, საბოლოოდ არ არის გამოკვლეული. ჩვენი და-

კვირება გვიჩვენებს, რომ მუდმივი რეგენერაცია არ უნდა ხდებოდეს, შესაძლებელია—ნაწიბურების გაჩენა; რეციდივები ხშირია, რის გამო საჭირო ხდება ოპერაციის განმეორება.

პროფ. ალადაშვილი ეკითხება იყო თუ არა რაიმე ვართულება.

ექ. იოხელიანი. არესის მოდიფიკაციას ზოგიერთ შემთხვევაში ანიჭებს უპირატესობას.

ექ. ზაქარაია. დიდ მნიშვნელობას აწერს სწორ დიაგნოზს და სასურველად სცნობს კერძო შემთხვევაში ნერვო-პატოლოგიის დახმარებას

ექ თოდაძე. სიმპატიურ ნერვული სისტემის გავლენის შესწავლაში ბევრ გაუგებრობას და წინააღმდეგობას ხედავს და რჩევას იძლევა დღეს დღეობით უარი ვსთქვათ ამ ოპერაციაზე.

პროფ. უდენტი.—ერთ შემთხვევაში მომხსენებელს მიუღია სისხლის მილის გაუვლელობა. აქ მიზეზი შეიძლება სამგვარი ყოფილიყოს: ტრომბოზი, სისხლის მილის კედლის მწვავე ანთება ან და ქრონიკული პროლიფერირული ენდოვასკულოტი. მიზეზის გამოკვლევა მიტომ არის საჭირო, რომ თუ, მართლაც, ტრომბოზს ქონდა ადგილი, მაშინ Leriche-ს ოპერაცია სახიფათო იქნებოდა; თუ ქრონიკული ენდარტერიტი იყო, მაშინ ოპერაცია არ ყოფილა საჭირო და ნაჩვენები.

მომხს. ერკომაიშვილი. როგორც ვართულების მაგალითს ასახელებს ერთ შემთხვევას, როდესაც ოპერაციის მე 10 დღეზე განგრენამ იჩინა თავი.

თაემჯღ. პროფ. ალადაშვილი ფიქრობს, რომ როგორც სჩანს, Leriche-ს ოპერაცია მიუღებელი ყოფილა იქ, სადაც სისხლის მიღებია დაზიანებული (არტერიოსკლეროზი, ტრომბოზი და სხვ.) კარგი შედეგების მიღება შესაძლებელია, თუ დაავადება მხოლოდ სიმპატიური ნერვული სისტემის ზეგავლენით არის გამოწვეული. მომხსენებელს გამოეცხადა მადლობა.

მეორე მოხსენებას აკეთებს **ექ. ფარცვანიძე** საკითხზე: „ჩვენებური ღორის Gongylonema pulchrum, მისის და საზოგადოთ, გონგილონემის შესაძლებელი როლი ადამიანის პათოლოგიაში ჩვენში“.

საქართველოში ძლიერ გავრცელებულია ყველა შინაურ პირუტყვთა შორის ჭია gongylonema. ეს ჭია 1916 წ. ამერიკაში იყო ნაპოვნი ადამიანის ქვედა ტუჩის ლორწოვან გარსის ეპიტელიუმის ქვეშ. მომხსენებელმა განიზრახა შესწავლა ჩვენებურ ღორის ნამდვილი gang. pulchrum-ის. მან აღმოაჩინა ჭიაში სხვების მიერ შეუმჩნეველი ახალი ორგანოები და თავისებურებანი უკვე ცნობილ ორგანოებისა, მას მოყავს სამეგრელოს სამალარიო ექსპედიციის დროიდან ერთი შემთხვევა, რომელიც ძლიერ წაავადდა ადამიანის გონგილონემოზი. ის დარწმუნებულია, რომ ეს ჭია ჩვენშიაც უნდა იყოს გავრცელებული, სხვათა შორის მიუთითებს ავთვისებიან სიმსივნეების პარაზიტარულ თეორიებს.

ექ. ნ. ყიფშიძე. ადამიანის და ღორის gongylonema ერთი და იგივეა თუ არა? როგორია კლინიკური მოვლენები ამ დაავადების დროს?

პროფ. ალადაშვილი.—მომხსენებიდან სჩანს, რომ ეს ავადმყოფობა ცხვრებს და კამეჩებს ხშირად ემართებათ, რატომ აწარმოეთ გამოკვლევა მხოლოდ ღორებზე?

პროფ. უდენტი. აკრიტიკებს პარაზიტარულ თეორიას სიმსივნეთა ეტიოლოგიაში, საკმაოდ ვრცლად ეხება თანამედროვე შეხედულებას სიმსივნეების ეტიოლოგიაზე და დიდ მნიშვნელობას აკუთნებს გალიზიანებას.

მომხს. ფარცვანიძე.—*gongyionema pulchrum* ადამიანის და ღორის ერთი და იგივეა თუ არა,—ეს ჩვენ არ ვიცით, ადამიანს დაავადების დროს აქვს პირისღებინება, ანემია და სისხლის დენა. ღორის *gongyionema*-ზე შევჩერდით მიტომ, რომ ის სხვა ხასიათისაა ვიდრე კაჟჩის ანუ ცხვრის გონგილონემა.

დასასრულ დოქტ. მ. მაგლობელი (პრეზიდენტის წევრი) კითხულობს დადგენილების ტექსტს. რომელიც საზოგადო კრების დავალებით შემუშავებული იყო გამგეობის მიერ მოქ. მეგობრიანის ექიმ აბაკელიას წინააღმდეგ გამოსვლის გამო.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მერვე სხდომის ოქმი (15 აპრილი 1926 წ.)

დაესწრო წევრი 45, სტუმარი 28. თავმჯდომარეობს **პროფ. ალადაშვილი**. წინა სხდომის ოქმის დამტკიცების შემდეგ მოხსენებას აკეთებს **ტატიშვილი** საკითხზე „**აორტის და გულის ტერატოლოგიისთვის**“. მოხსენების საგანს შეადგენს აორტის განვითარების ზედმიწევნით იშვიათი მანკი—*atresia ostii aortae et stenosis aortae ascendens* A *arcus aortae*. შემთხვევა ეკუთვნის მამრობითი სქესის 4 დღის დროულ ახალშობილს.

ექ. კილოხანიძე.—მოხსენებაში ნათქვამია, რომ ვაჟები უფრო ხშირად არიან მახინჯები, ვიდრე ქალები: სინამდვილეში ჩვენ უფრო ხშირად ვხვდებით ქალების ისეთ სიმახინჯეებს, როგორცაა—ტუჩის გაყოფა, პოლიდაქტილია და სხვა.

მომხს. ტატიშვილი.—სიმახინჯე ორგანოა; მხოლოდობითი და მრავლობითი; პირველი ხშირია მამაკაცებში, ვინემ ქალებში. ეს დებულება მიღებულია საოველთაოდ.

პროფ. უდენტი.—მომხსენებელი მართალია, როდესაც ამბობს, რომ სიმახინჯეები მამრობითი სქესში უფრო ხშირია, ვიდრე დედრობითში. ცნობილია, რომ ვაჟები საერთოდ მეტი იბადება, მკვდრად დაბადებულებშიაც ვაჟები უმრავლესობს და სხვათა შორის დაბადების შემდეგაც ვაჟები მეტი კვდება, ვიდრე ქალები.

თავჯდ, **პროფ. ალადაშვილი** მოხსენებას ფრიად საინტერესოდ რაცხს როგორც პრაქტიკული, ისე მეცნიერული თვალსაზრისით და გამოსთქვამს მწუხარებას, რომ კლინიკური მოვლენები არ არის მოყვანილი. შემდეგ იკითხება საზოგადოების ახალი წესდების პროექტი, პირველად მთლიანად და შემდეგ მუხლობრივ. კრებას ხმის უმეტესობით შეაქვს შესწორებები შემდეგ მუხლებში: 1, 2, 8, 14 და 13. შეტანილია ახალი მუხლა, რომელიც სარევიზიო კომისიის დაარსებას და მის უფლებამოვალეობას ეხება.

ქართველ ექიმთა საზოგადოების მეცხრე სხდომის ოქმი (22 აპრილი 1926 წ.)

თავჯდომარეობს **პროფ. ალადაშვილი**. დაესწრო 52 წევრი და 30 სტუ მარი. წინა ოქმის დამტკიცების შემდეგ სიტყვა ეკუთვნის დოქტ. ი. აბაკელიას შემდეგი მოხსენებისათვის: „შერეული ინფექცია ფილტვის ქრონიკული ტუბერკულოზის დროს“.

ეს საკითხი ძველია, ია სხვა და სხვა დროს სხვა და სხვა გვარად იყო გაშუქებული. შერეული ინფექციის დიაგნოზი მაშინ შეიძლება დაისვას, როდესაც კლინიკური და ბაქტერიოლოგიური ცდები არის გატარებული. მომხსენებელს გაუსინჯავეს სისხლი 71 ავადმყოფზე და აქედან 41 ჯერ მიუღია დადებითი შედეგი. ნახველი გამოკვლევა 61 ავადმყოფზე. თითქმის ყველა შემთხვევაში, როდესაც სისხლი და ნახველი ერთ და იმავე დროს გასინჯულა, ერთი და იგივე შედეგისა ყოფილა, ე. ი. თუ ნახველში ნახავდა რაიმე მიკრობს, იგივე მიკრობი სისხლში დასტურდებოდა. უმეტეს ნაწილად სისხლში ხვდებოდა *Staphylococcus aureus* შემდეგ, *staphylococcus alb.* *staphyl. citr.* და *streptococcus*. უმრავლესობა ამ მიკრობებისა ჰემოლიტიური იყო. წარმოებულ ცდებისა და მიღებულ შედეგების მიხედვით მომხსენებელი შემდეგ დასკვნამდე მისულა:

1. ფილტვის ქრონიკულ ტუბერკულოზს უმეტეს შემთხვევაში თან სდევს შერეული ინფექცია.

2. ფილტვის ქრონიკული ტუბერკულოზის არც ერთი ფორმა არ უარყოფს შერეული ინფექციის თანაზიარობის შესაძლებლობას. ექსტრატური ფორმა განსაკუთრებით ხშირად იძლევა ასეთ ინფექციას.

3. შერეული ინფექციის დიაგნოზის დასამტკიცებლად საკმაო არ არის მხოლოდ ერთი რომელიმე სიმპტომი. ამისათვის საჭიროა კლინიკურ სურათთან ერთად ნახველის და სისხლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევაც.

4. ნახველის გამოკვლევას უაღრესი მნიშვნელობა აქვს დიაგნოზისათვის მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ წინასწარ იქნება მიღებული ზომები, რომ უნაკლო ტეხნიკის შემწეობით ავადინოთ გამოსაკვლევ ნახველს გარეშე ინფექციის შერევა.

5. დიაგნოზისათვის საკმაო არ არის სისხლში და ნახველში მიკრობების აღმოჩენა, საჭიროა მათი ვირულენტობის დამტკიცება, აგრეთვე ავადმყოფის სისხლის შრატის ბაქტერიოციდობის დადასტურება აღმოჩენილი მიკრობის მიმართ.

ექ. ტყეშელაშვილი.—რა აზრი არსებობს მეცნიერებაში ტუბერკულოზის დროს მალარიის ან ათაშანგის შერეულ ინფექციაზე?

ექ. მ. მგალობლიშვილი.—თქვენი ცდები მართო ცხელებიან ავადმყოფებზე იყო ნაწარმოები, თუ არა ცხელებიანებზედაც?

ექ. ი. ელიაშვილი.—როგორია ტუბერკულოზის ჩხირებსა და სტრეპტოკოკებს შორის ურთიერთობა?

პროფ. თიკანაძე.—სტრეპტოკოკების ნახვა და გემოლიზი კიდევ არ კმარა პროცესის პათოგენური ხასიათის დამტკიცებისათვის.

პროფ. ჟღენტო.—მეორადი შერეული ინფექცია ფილტვების ქრონ. ტუბერკულოზის დროს ხშირია, ტუბერკულოზური პროცესის გარჩევა სხვა აგენტებით გამოწვეულ პროცესისაგან, რასაკვირველია, შესაძლებელია. ეს გარჩევა შესაძლებელია, როგორც პროლიფერირულ, ისე ექსუდატიურ ფორმის დროს. შერეულ ინფექციის არსებობის დროს გამოჩენილი ცვლილებები შეუძლებელია განდეს ავადმყოფის სიკვდილის შემდეგ. ცვლილებები ამ დროს ანთებით ხასიათისაა და როგორც ასეთი შეძლება მხოლოდ ქსოვილების სიცოცხლის დროს განვითარდეს. სიკვდილის შემდეგ შეიძლება ზოგიერთი დეგენერატიული პროცესები დალპობა, რომლისათვის არ არის საჭირო არც სტრუბტო—და არც სტაფილოკოკი. კავერნის განვითარებისათვის არ არის საჭირო შერეული ინფექცია, აქ მნიშვნელობა აქვს კაზეოზურად დაშლილ მასის ტოპოგრაფიას.

მომხს. აბაკელია.—მაღარიას და ათაშანგს წინედ აქცევდენ დიდ ყურადღებას, ეხლა ისინი ითვლებიან ზედდართულ ავადმყოფობათ და არ შედიან შერეულ ინფექციის მცნებაში. შერეული ინფექცია ცდების დროს მივიღეთ როგორც სიცხიან, ისე უსიცხო ავადმყოფებზე. ძნელია გადაჭრით თქვა, თუ რა ურთ-ერთი დამოკიდებულებაა სხვა და სხვა მიკრობთა შორის შერეული ინფექციის დროს, ვინაიდან შეუძლებელია ავადმყოფის სიცოცხლეში გამოვარკვიოთ ის ცვლილებები, რომლებსაც სტრუბტოკოკები ახდენენ ქსოვილზე. მართალია პროფ. თიკანაძეს შენიშვნა შესახებ ჰემოლიტიური თვისებების მნიშვნელობისა, მხოლოდ თუ ერთ და იგივე დროს მიკრობს აღმოვაჩინოთ სისხლში და ნახველში, და იმავე დროს დავამტკიცებთ მათ ჰემოლიტიურ თვისებას და შრატის ბაქტერიციდობას, მაშინ შეგვიძლია დაუშვათ შერეული ინფექციის არსებობა.

თავმჯ. პროფ. ალადაშვილი აღნიშნავს, რომ მოხსენება კლინიკისტიკათვის განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს. დღემდე ყველა მოვლენებს ტუბერკულოზურ ჩხირებს ვაწერდით, სჩანს, აქ სხვა მიკრობებს ქონია მნიშვნელობა. მაღლობასთან ერთად გამოსთქვამს სურვილს, უფრო ფართედ ცნების დაყენებისა ამ საკითხის საბოლოოდ გამოსარკვევად.

კრების ხუთი წუთით შეწყვეტის შემდეგ გრძელდება ახალი წესდების განხილვის გაგრძელება. განსაკუთრებულ ყურადღებას იწვევს მუხლი 30. რომელიც ეხება ნაციონალურ სექციების უფლებას. შეტანილი იქნა შესწორება მე 32 და 42 მუხლებში.

იკითხება საზოგადოების ყოფილ პირველ თავმჯდომარის განსვენებული გრიგოლ მაღალაშვილის ასულის, ბარბალე მაღალაშვილის მომართვა მამიდან შემოწირულ წიგნების ჩაბარების შესახებ. მას მაღლობა გამოეცხადა.

წაკითხულია აგრეთვე კავკასიის საზოგადოების მომართვა ტფილისში თერაპევტთა ყრილობის მოწვევის შესახებ და გამგეობის პასუხი ამ მომართვაზე.

მ. მ—ლი.

რ ე ზ ე რ ა ს ტ ე ბ ი.

შინაბანი სნაულაბანი.

Dumitresco--Mante et Alexandresco. სისხლის წებოვნობა ფილტვების ტუბერკულოზის დროს. Paris médical. № 39. 1926.

ავტორებმა შეისწავლეს სისხლის წებოვნობა ხ.ც. დროს. მათი გამოკვლევებით ფილტვების ხ.ც. დროს სისხლის წებოვნობა ნორმალურზე ნაკლებია და ქანაობს 3,8-დან 4,2-მდე ნაკვალად 4, 0 და 4, 5. პარალელში, რომელიც არსებობს სისხლის წითელი ბურთულებისა და სისხლის წებოვნობის შუა, შენარჩუნებულია ფილტვების ხ.ც. დროსაც. ავტორებმა ვერ აღმოაჩინეს ევრაეითარი დამოკიდებულება სისხლის წებოვნობის შუა, ერთის მხრით, და, მეორეს მხრით, ლევკოციტების რიცხვის, Hb. რაოდენობის, ცილების რაოდენობის სისხლში და რეფრაქტომეტრიულ მაჩვენებლის შუა. დიდი უმეტეს შემთხვევებში ავტორებმა აღმოაჩინეს, რომ Martinet-ს სფიგმოვისკოზიმეტრიული კოფიციენტი ან ნორმალურია ანდა ნორმაზე ნაკლები, რაც ამტკიცებს, რომ ფილტვების ხ.ც. დროს ავადმყოფებში ჰოპოსექსიის მდგომარეობაა.

შ. შ.

6. რუხაძე. მალარიის პარაზიტოლოგია და ეპიდემიოლოგია აფხაზეთში.

(Bullet. de la Société de Pathologie exotique № 4. 1925).

ავტორი თავისი ჩანაწერი დაკვირებისა და გამოკვლევების მიხედვით შემდეგ დასკვნამდე მიდის: 1) მალარია აფხაზეთში მთელი წლის განმავლობაში გავრცელებული; 2) პირვანდელ ინფექციას ადგილი აქვს 4-5 თვეს, დანარჩენ 7-8 თვეში მხოლოდ რეციდივებია; 3) მალარია აფხაზეთში შესაძლებელია 3 პერიოდად გავყოს: პერიოდი ეპიდემიური, პერიოდი ზამთრის რეციდივებისა და პერიოდი გაზაფხულის რეციდივებისა; 4) ეპიდემიური პერიოდის დროს ჩვენ ვხვდებით ავადმყოფების სისხლში, როგორც plasmidium vivax-ს, ისე praecox-ს; ზამთრის რეციდივების დროს უმეტეს შემთხვევებში Pl. malariae-ს და გაზაფხულის კი Pl. vivax-ს. 5) ეპიდემიური პერიოდი იწყება ივნისში და თავდება ოქტომბერში. 6) რეციდივებს ეხვებით არა ნაკლებ 50% იხს. 7) რაც შეეხება პარაზიტებს, აფხაზეთში არსებობს სამივე პარაზიტი—vivax, praecox და pl. malariae. 7) ზღვის ნაპირებზე კოლოების ფრენა იწყება მარტის პირველ ნახევარში, მთებში კი მაისის პირველ ნახევარში. კოლო ზამთრობას იწყებს ზღვის ნაპირას შუა-ნოემბერში და მთებში კი შუა სექტემბერში; 9) კოლო Anopheles-ი იძლევა აფხაზეთში ზღვის პირად 6 მოდგმას და მთებში მხოლოდ 3 მოდგმას. 10) ანოფელუსი აფხაზეთში ზღვის ნაპირებზე ზამთრობს უმოკრესად საცხოვრებელ ბინებში. 11) Anopheles bifurcatus, თუ იგი მოთავსებულია ნორმალურ პირობებში, ზამთარშიაც სდებს კვერცხებს და განიცდის ტრანსფორმაციას.

შ. შ.

Кобелев. Об эритремии (Журнал для усовершенств. врачей.)

ერთრემიის ყველა შემთხვევებს, რომელნიც ამ დრომდე აღწერილი იყო ავტორი ჰყვას 4 დიდ ჯგუფად:

თანამედროვე მედიცინა № 11—12 1926.

I. Polycythaemia ელენთის გადიდებით და ციანოზით. Polycythaemia megaloplastica ანუ Vaquez-ის სნეულება.

II. Polycythaemia ციანოზით და სისხლის წნევის აწევით. Polycythaemia hypertonica ანუ Geissböck-ის ფორმა.

ეს ჯგუფი შეიძლება ორ გვარად იქნეს გამოხატული:

ა.) როდესაც ავადმყოფობა მიმდინარეობს ელენთის გაუდიდებლათ და სისხლის წნევის გაძლიერებით (Geissböck და ორლოვსკი).

ბ.) როდესაც ელენთა გადიდებულია და სისხლის წნევაც აწეულია. (Rosengart, Osler, Preiss, Köster და Bence).

III. Polycythaemia pallida, რომელიც აღწერილი იყო Stern-ის და Стражесკო-ის მიერ, სადაც ერთროციტების რაოდენობა 8 მილ. უდრის, Hb. 70% და, მიუხედავად ამისა ლორწოვანი გარსები და კანი ძლიერ მკრთალი იყო.

IV. Polycythaemia ელენთის გადიდებით, სიყვითლით და ლეიძლის ციროზით (Moss).

ავტორი იზიარებს Rosengart-ს, Bence და Орловский-ს აზრს და ამბობს, რომ Geissböck-ის ფორმის დროს სისხლის წნევის აწევა შეიძლება დამოკიდებული იყოს სხვა და სხვა მიზეზებისაგან. მაგ., თირკმლების არტერიოსკლეროტიკულ ან და მათ ქრონიკულ დაავადებისაგან. ზოგი ავტორი სისხლის წნევის აწევის მიზეზად სისხლის ზედ-მეტ წებოვნობას სთვლის, ზოგი სისხლის რაოდენობის გადიდებას. ავტორის აზრით სისხლის წნევა კომპენსატორულად დიდდება, რომ გულს გაუადვილოს მუშაობა მომეტებული სისხლის გადასარღლაში.

ერთიერთების მთავარ დამახასიათებელ სიმპტომებად უნდა ჩაითვალოს: 1) ერთროციტების რაოდენობის გადიდება, 2) ციანოზი და 3) ელენთის გადიდება.

აღწერილ შემთხვევებში ერთროციტების საშუალო რიცხვი 8-9 მილ. უდრის; არის შემთხვევები, როდესაც ერთროციტების რაოდენობა 15 მილ. აღწევს, ნორმოზლასტების არსებობას ბევრი ავტორები აღნიშნავენ, მაგრამ ზოგს ისინი არც უნახავს. Hb-ს საშუალო რიცხვი 140-130-150% უდრის, Hb და წითელი ბურთულების შორის არ არსებობს პარალელობა, F. I. მეტ წილად 0,5-0,6 უდრის.

მეორე მთავარი სიმპტომი ერთიერთებისა არის ციანოზი. ციანოზის წარმოშობას სხვა და სხვა ნაირად ხსნიან. Bence — როგორც Hb ფერის ცვლილებას C-ის ინტოქსიკაციის გამო. Türck-ი როგორც სქელი სისხლის შეწელებულ მიმოქცევას გაფართოებულ სისხლის მარღვებში, Osler-ი კი ციანოზს უკავშირებს სისხლის განაწილებას და მისი ნაკლის სიჭარბეს.

მესამე სიმპტომი — ელენთის გადიდება — არ შეიძლება ჩაითვალოს აუცილებელ სიმპტომად. ბევრ ავტორს გადიდებული ელენთა არ უნახავს, პირიქით სექციაზე ელენთა დაბატარაებულიც კი აღმოჩენილა. გარდა ზემოაღმოვლილ მთავარ სიმპტომებისა ერთიერთებისა ზშირად სდევს ქოშინი, თავბრუს ხვევა, თავის ტკივილი, ყურში შეილი, ზედმეტე ძილი ან უძილობა. თავში სისხლის მოწოლა, დრო გამოშვებით სიცივის და სიცხის გრძობა და საერთო ნერვიანობა. ყველა ამ მოვლენების მიზეზი სისხლის მიმოქცევის აშლილობაში უნდა ვეძიოთ. Geissböck-ი სიღამბლავესაც აღწერს, რომელიც ტრომბის გაჩენას უნდა მიეწეროს. ჰემორაგიული დიატეზი, რომელსაც ზშირად აქვს ადგილი ერთიერთების დროს, დამოკიდებულია სისხლის მარღვების კედლების გადაგვარებაზე სისხლის დიდი რაოდენობის გამო. ზოგჯერ აღინიშნება ლეიძლის გადიდება. აღწერილია ლეიძლის ციროტიული გადაგვარება (Moss). უფრო ზშირად ლეიძლი მცირედაა გადიდებული, რბილია და უმტკიანო. არც თირკმლები რჩება უცვლელად: ცილა, ცილინდრები და ხედიოთი წონის დაცემა ზშირი მოვლენაა. გულის ზარივ ზშირად გადიდება აღინიშნება. ავტორის აზრით ჯგუფებად დაყოფა ერთიერთებისა ხელოვნურია და ესა თუ ის სიმპტომი ერთიერთების ვითარდება იმის და მიხედვით. თუ როგორი კონსტიტუციის პატრონია ორგანიზმი. (Locus minoris resists).

რაც შეეხება ეთიოლოგიას, ამის შესახებ ავტორს მრავალი სხვა და სხვა ავტორების მიერ წარმოთქმული ჰიპოთეზები მოჰყავს:

საინტერესოა Ollers-ის აზრი, რომელიც ჰიქტოზს, რომ ლეკემიის და ერთიერთების წყარო ერთი დი იგივეა — ძვლის ტენი — და თუ ერთიერთების დროს ახალგაზრდა ფორმები მცირეა და ლეკემიის დროს კი ბევრია — ეს იმით აიხსნება რომ ერთიერთების დროს ერთროციტების ევოლუცია ჩქარი ტემპით ხდება.

ერთერთების დროს ზოგიერთი ავტორი აღნიშნავს ლევიკოციტების რაოდენობის გადიდებ-
 ბას. არის შემთხვევა, რადესაც ლევიკოციტების რაოდენობა 200.000 აღწევს. რაც შეეხება ლევი-
 კოციტარულ ფორმულას, აქ ჩვენ ვხვდებით ნეიტროფილების გადიდებებს. ავტორი ნეიტროფი-
 ლების გადიდებას კომპესტორულ მოვლენად სთვლის წითელ ბურთულების დასაშლელად
 წარმოქმნილ (პერნიციოზულ ანემიის დროს ლიმფოციტოზია). წებოვნება მეტ წილად გადიდებ-
 ბულია, ხვედრითი წონა გადიდებულია 1023—1028 მაგივრად 1072. ხვედრითი წონა არ მის
 პარალელურად ერთერთობების რაოდენობასთან.

სისხლის შედეგება მიუხედავად ჰემოლიტიურ დიატეზისა აწეულია (Gordon). წითელ ბურ-
 თულების გამძლეობა ცვალებადია, ურობილინურია არ არის მუდმივი. ერთერთების პათოლო-
 გო-ანატომიური სურათი შემდეგში მდგომარეობას: ძვლის ტვინი სავსეა სისხლით მოშავო-მოწი-
 თალო ფერის, უგულგულა-წითელი ბურთულებით, ნორმოალასტები მცირედ. ლიმფაციურ
 უცირველებს დიდი ცვლილება არ ეტყობა, ელენთა სისხლის წარმოქმნაში მცირედ ლებტობს
 მონაწილეობას, ხოლო ის გადიდებულია სისხლის ძარღვების სისხლით გავსების გამო. ტვინში—
 სისხლის ძარღვების გავსება, ალაგ-ალაგ სისხლის ჩაქცევა, შეშუბება. გული ჰიპერტროფიის
 განიცდის და გაფართოებულია. თირკმლები პარენქიმატოზულა და შეშუბებითი მოვლენებს
 განიცდიან.

ავტორს მოჰყავს თავის ერთი ახალი შემთხვევა, სადაც 52 წლის ქალს ჰქონია ტკივილ-
 ბი მუცლის მიდამოში და წელში. პირსაქმება (ერთხელ სისხლით), თავში მოწოლა. თავბრუსხვე-
 ვა, სიცივის და სიცხის გრძობა. ქოშინი, სახის ჰიპერემია, ხელ — ფეხის კანი ღვინის ფერის,
 შეხებით ხელი და ფეხი ცივია, გუგები ვიწრო, რეაქცია სინათლეზე სუსტად; თავის სისხლის
 ძარღვების ინექცია. ტუნები ციანოტიური, ენა სველი და ისფერი. სისხლ. წით. ბურთულები
 8.390.000, Hb. 117—130% Fi 0.69, N 80,5—89%, L. 15%—8%, ნორმოზლ. არ იყო. Eos.
 1% Mon. 3.5%. პოიკლოციტოზი და ანიზოციტოზი. ხვედ. წონა 1075 ოსმიტ. გამძლეობა
 0,52%, ტუტინაზობა Engcl-ით=ნ წვეთი, სისხლის წნევა Korotkov-ით—142—80 m. თირკმ-
 ლის ფუნქცია დაქვეითებულია.

რაც შეეხება წამლოზბას 1914 წელს Parkinson-ის მიერ ნაბმარები ექნა რენტგენის
 სხივები, რომელმაც თვალსაჩინო ცვლილება მოიტანა, მაგრამ რადიკალურ საშუალებად არც
 ის შეიძლება ჩაეთვალოს. თავის ავადმყოფზე ავტორი ხმარობდა ბენზოლის 60 წვევამდე
 დღეში, ენგზადს და Leinin-ს, მაგრამ შედეგი არ მიუღია. —

ი. ც—ძე.

Башня. О колебаниях липолитического показателя крови при туберкулезе лег-
 ких. (Врачебное Дело № 1. 1927)

ლიპოლიტიურ ფერმენტს დიდი მნიშვნელობა აქვს ტუბერკულოზის პათოლოგიისათვის,
 ვინაიდან იგი ხსნის Koch-ის ჩხირის ვარსს და აფერხებს მის გამრავლებას. ამისთვის მის
 რაოდენობას ტუბერკულოზის სხვა და სხვა ფორმებში უნდა ჰქონდეს დიდი მნიშვნელობა ორ-
 განიზომისთვის. ტუბერკულოზის დასაწყისში და ძველ ფობოზულ ფორმებში ლიპოლიტიური
 ფერმენტი არის ნორმის ქვევით, ხოლო იგი მკაფიოდ მატულობს და ნორმაზე ზევით ადის, თუ
 პოციუსს გააქტივების ტენდენცია აქვს. ექსუდატიურ ტუბერკულოზის დროს კი, როგორც სუბ-
 ისე დეკომპენსაციის დროს ლიპაზა ზოგიერთ ავადმყოფებს ნორმაზე მეტი აქვს, ზოგიერთს კი
 ძლიერ დაწეულია. ეს მოვლენები აიხსნება იმითი, რომ ორგანიზმი უპასუხებს ძლიერ მძიმე ინ-
 ფექციას ლიპოლიტიური ფერმენტების გამოყოფით, რაც ამტკიცებს მის ბრძოლის უნარს ავად-
 მყოფობის წინააღმდეგ. ამიტომ ავადმყოფები, რომელთაც ლიპოლიტიური ფერმენტი ნორმაზე
 ძლიერ მეტი ჰქონდათ, ხდებოდნენ უკეთ თბექტიურად და სუბექტიურად, ზოგიერთ შემთხვევაში
 მათ ნაწილობრივ უბრუნდებოდათ მეშუაობის უნარი, ხოლო იმ ავადმყოფებს, რომელთაც ეს
 ფერმენტი ნორმაზე ნაკლები ჰქონდათ, ინტოქსიკაციის მოვლენები პროგრესიულად უძვიერ-
 დებოდათ. მილიარულ ტუბერკულოზის ორ შემთხვევაში კი, პირველ ხანაში ფერმენტი ძლიერ
 მატულობდა, ბოლოს კი ძლიერ დაიკლო.

ვინაიდან ლიპოლიტიური ფერმენტის გამოყოფა დამოკიდებულია ერთის მხრივ ტუბერ-
 კულოზის ფორმის განვითარების, მეორე მხრივ კი ორგანიზმის უნარისაგან ინფექციის წი-

ნალმდეგ ბრძოლისა, ამისთვის მის გამოკვლევას აქვს დიდი მნიშვნელობა დიაგნოზისთვის და პროგნოზისთვის. ამ გვარად ავტორი იმ დასკვნამდე მიდის, რომ ტუბერკულოზის დასაწვისში და ძველ ფიბროზულ პროცესებში ლიპოლიტიური ფერმენტი დაკლებულია, ხოლო მისი გადიდება დამოკიდებულია პროცესის აქტივისხაიისაგან. აქტიურ, კომპენსიურ და ექსუდატიურ ფორმებში ლიპაზა მეტ შემთხვევაში გადიდებულია. აქტიურ სუბ და დეკომპენსატორულ ტუბერკულოზის დროს ფერმენტი დაქვეითებულია, მისი მომატება იძლევა საბუთს კარგი პროგნოზის დასმისთვის. დიაგნოსტიკაში და პროგნოზისთვის ფერმენტის გამოკვლევას აქვს სათანადო ღირებულება.

მ. ალადაშვილი.

Танамедрове Медицина.

(Современная медицина № 11—12).

РЕФЕРАТЫ.

Проф. В. П. Мосешвили и ассистент. Г. А. Цкиманаури. Местное действие хлороформа на остановленное лигатурой Stannius-a, изолированное сердце и скелетную мышцу хладнокровных животных.

Согласно существующим данным фармакологии, хлороформ оказывает на живые ткани и органы животных только парализующее влияние. Но действие хлороформа на живые ткани изучалось в сложных условиях опыта — на целом животном или на изолированном сердце теплокровных животных, путем введения хлороформа вместе с питательной жидкостью Ringer-Locce'a. Местное действие хлороформа на отдельные, изолированные, живые ткани, животных изучено мало. Такое исследование, на остановленное лигатурой Stannius-a и изолированное сердце лягушки, было произведено в физиологической лаборатории Тифлисского Государственного университета в 1924 году (I. Beritoff и G. Tskimanauri, „Über der Einfluss einiger chemischer Agentien auf den funktionellen Zustand des Herzens“ Zeitschrift f. Biologie. Bd. 82, 1924 г.). Данные этого исследования показали, что хлороформ в малых дозах, в начале отравления, оказывает возбуждающее действие на сердечную мышцу: возбудимость препарата увеличивается; скрытый период сокращения сердца, абсолютная рефракторная фаза и продолжительность систолы уменьшаются.

С целью выяснения противоречия между этими данными и, принятыми в фармакологии, противоположными данными других авторов и было принято в фармакологической лаборатории Тифлисского Государственного университета исследование влияния малых доз хлороформа на основные физиологические свойства изолированных тканей. Приведенные в этой статье данные наших опытов (Рис. 1а, 1б, 2а, 2б и IА, IВ, IIА, IIВ и табл. № 1 и № 2) дают нам право заключить, что хлороформ в малых дозах и в начале отравления, при прямом воздействии его на отдельные, изолированные ткани, оказывает возбуждающее влияние на них, вызывая в них следующие, характерные для возбуждения, как принято считать в физиологии, изменения основных физиологических свойств. Возбудимость тканей повышается, скрытый период сокращения и продолжительность сокращения укорачиваются, амплитуда сокращения увеличивается.

Д-р. Е. Закарая. Спондилиты грудной области в смысле лечения наименее благоприятны. Причина кроется в дыхательных движениях исключающих возможность безукоризненной фиксации в данной области. Поэтому, что недостижимо ортопедически, необходимо достигнуть оперативно. Операция Albe главным образом должна применяться именно в грудной области, но операция на грудных позвонках технически трудна в виду своеобразного строения и направления остистых отростков.

Д-р М. Ткавадзе. К вопросу о мышечной пластике брюшной стенки.

(Из Пропед. Хир. клиники Тиф. Гос. Ун-та. Заведыв.—пр. Н. Хахиани).

Автор знакомит, первым делом, с теми мерами, которые раньше применялись в хирургии при дефектах брюшной стенки (вставление инородных пластинок и др.) и доказывает нецелесообразность их. Далее, доказывая также несостоятельность свободной миопластики, базируясь на экспериментальных и гистологических данных Riedinger-а, Саринго, Дешна, Дьяконова, Старкова, и Вакунина, а также на клинических наблюдениях de-Garaу-я, Чизка, Спичариного, Грекова, Прокупина, Шокатило и др., выставляет положение полной возможности и целесообразности мышечной пластики на ножке при подобных патологических изменениях.

С этой целью, д-р Ткавадзе описывает, после этого, 8 случаев пересадки портняжной мышцы по Чижу и de-Garaу—из Пропед. Хирург. Клиники Тиф. Гос. Ун-та, которые были применены проф. Н. С. Бахиани и его ассистентом д-ром Н. И. Деметрадзе по поводу неоднократно повторяющихся грыж и дефектов паховой области и которые дали удовлетворительные результаты, подтверждая еще раз состоятельность и рациональность метода.

Освещая вопрос пересадки портняжной мышцы (m. sartorius) также с точки зрения ее топографической анатомии и физиологии автор делает в заключении следующие выводы:

1. При дефектах стенок живота применение искусственных пластинок, а также, свободной миопластики нецелесообразно.

2. При таких дефектах брюшной стенки, которые обычными путями не закрываются, лучшим рациональным методом надо признать миопластику на ножке.

3. В основе применения метода миопластики на ножке бесспорным условием должны лечь следующие шесть положений:

а. Строжайшая асептика и haemostasis.

в. Сохранение целостности нервов и сосудов мышцы.

с. Средняя растяжимость ее, ибо как чрезмерная напряженность, так и чрезмерная вялость способствуют некрозу мышцы.

д. Благонадежность, в смысле крепкости, места, к которому пришивается пересаженная мышца.

- г. Превосходство ее, по величине, над пространством дефекта.
- е. Сравнительно небольшое физиологическое назначение ее на своем обычном месте,

4. При средних дефектах в паховой области, после того, как другие обычные пути оказались несовершенными, целесообразны и применимы мио-гопластика на ножке посредством пересадки *m. sartorius-a*.

5. При применении миопластики посредством пересадки *m. sartorius-a*, кроме вышеперечисленных обязательных условий, желательны еще:

- а. Перезрезка мышцы на уровне ее середины (не менее).
- в. Прикрепление оставшейся ее части к пластинкам широкой фасции бедра.

6. Глубокая старость, чрезмерная общая слабость, общая атрофия мышц и какое либо общее заболевание серьезного характера должны считаться противопоказателями операции.

Проф. И. Тиканадзе. Аборт с государственной точки зрения. Статистические данные показывают, что аборт во всех странах, несмотря на репрессивные меры все растет. Не мало матерей вследствие инфицированных выкидышей погибают. Причины склоняющие женщин на производство выкидыша многообразны. В советской России производство аборта разрешено особым декретом в условиях больничной обстановки и только врачам. Благодаря легализации уменьшилось число септических абортов, уменьшилась и смертность до 0,28%, но число производимых абортов значительно возросло, аборт проник в деревню в крестьянские семьи. Увеличилось число как искусственных легальных абортов, так и в особенности нелегальных, недоконченных. Более значительное число абортов делается по социальным показаниям. Эпидемия аборта сильно повлияла на рождаемость, что ставит народ перед опасностью вырождения. Легализация аборта не разрешила вполне вопроса об аборте. Необходимо в существующее законодательство внести некоторые поправки в смысле ограничения производства абортов по социальным показаниям.

Д-р хирургии М. Мглоблишвили. „Некоторые соображения об искусственном аборте и показаниях к нему“.

Автор пользуется материалом Гинекологической клиники Тиф. Гос. Ун-та и Акуш.-Гинеколог. Института за 1921—25 годы включительно. Всего было 1050 искусственных абортов, из коих первая беременность была у 17%, а остальные — были многоплодные. Грузинок — 43%, армянок 25%, русских 27,5 и т. д. Служащих 22,5%, прислуг — 20%, рабочих 19%. После легализации абортов процент их вырос среди рабочих (в 1893—1911 годах их было 4%) и прислуг. Это объясняется тем, что среди них (рабочих) уменьшился криминальный аборт после его легализации. Кроме того, со-

гласно статистике крупных больниц союза, после легализации значительно уменьшилось количество септических аборт. Зато общее количество аборт. на многое увеличилось. Из всего числа больных по материалам автора число аборт. составляет 35%, у Окинчица 50% (а за 1909 год у последнего было 20%). Уменьшился процент смертности с 28% до 12%.

Увеличению числа аборт. значительно благоприятствует то, что разрешения на аборт по социальным условиям выдаются в большом количестве. В Москве напр. о-во защ. мат. и ребенка выдавало ежемесячно 800 разрешений. Заключение:

1. Необыкновенно быстрое распространение искусственных аборт. требует мер по борьбе с ними. Ни строгость закона и ни легализация аборта не в состоянии не только уничтожить это явление, но даже уменьшить.

2. Защита матери и ребенка должно считаться госуд. делом и по этому вопросу должны существовать твердые нормы закона.

3. Чтобы уменьшить число аборт. по социальным признакам необходимо бороться с обеднением семей, имеющих много детей, поднять их трудоспособность, оказать им широкое содействие в деле морального и материального оздоровления, а до осуществления всего этого, необходимо довести до минимума показания к абарту по социальным признакам; тогда у лиц с низким нравственным уровнем отнята будет возможность производить безнаказанно это гнусное убийство.

4. Для врача существуют только показания по болезни, что должно определяться консилиумом из 2—3 лиц. В этом консилиуме необходимо участие акушера гинеколога, т. к. последний вполне ясно будет представлять те осложнения, каковые могут последовать за абарт. Это же участие в консилиуме освобождает его от личной ответственности и дает ему возможность решить вопрос не поддаваясь влиянию личных мотивов или извне.

5. Чтобы уменьшить или избежать повреждений во время операции— необходимо улучшить положение акушерского дела вообще и аборт в частности. Для получения права работать по этой специальности необходимо требовать от врача по крайней мере 3-х месячный стаж в каком-нибудь ак.-гинек. институте.

6. Искусственный аборт должен быть разрешен и в частных лечебницах в случае, если вышеозначенные требования будут удовлетворены.

Д-р Муджири. Аборт в деревне.

Автор описывает способы, применяемые деревенскими бабками для изгнания плода. Существуют 3 группы таких мероприятий: 1) механический способ 2) травматический и 3) механо-травматический. В первую группу входят всевозможные предметы, вводимые в шейку матки, как-то: спички, сучки деревьев, тонкая проволока и т. д. К травматическим способам относятся:

скачки на лошадях, падение с высоты, поднимание тяжести и т. д. Из химических мероприятий в большом применении—хинин, *t-rae jodi* и наконец очень распространено применение корней растения *Helleboris niger*. Последнее средство обладает весьма большими разрушительными свойствами, оно всегда достигает цели, но вызывает сильное повреждение матки и общее отравление организма. Для борьбы с указанными варварскими способами изгнания плода автор считает нужным распространение санпросветительных знаний среди деревенской массы и, как паллиатив, ограничение существующим законодательством производства аборт.

Сара Гамбашидзе. (Из акушерской клиники. Зав. проф. И. Тиканадзе). „Послеродовая задержка мочи и ее лечение 25⁰/₀—м MgSO⁴“.

Отмечая сравнительную частоту задержки мочи в послеродовом периоде, автор объясняет это явление механическим сдавлением нервов мочевого пузыря твердыми частями плода во время родов, вследствие чего происходит спазм сфинктера и атония депрессоров. MgS O⁴ расслабляющим образом действует на сфинктер мочевого пузыря. Автором приводится 25 случаев применения означенного препарата при послеродовой ишурии. Во всех 25 случаях введение под кожу 25⁰/₀-го MgSO⁴ дало положительные результаты. Причем 10 больным пришлось впрыснуть препарат повторно, на остальных 15 больных положит. эффект получен сразу, в первые часы после впрыскивания.

Д-р. Чарквиани „Atresia portionis vaginalis et haematometro — haemato salpynx bilateralis“.

Автор описывает один из очень редких пороков развития женских половых органов — атрезию влагалищной части матки и последующее скопление менструальной крови в полости матки и в фаллопиевых трубах. Означенная аномалия относится к женщине 27 лет, которая поступила в больницу с жалобами на полное отсутствие менструации, увеличение живота и периодические боли в области матки и ее придатков. При исследовании оказалось: влагалище длиной 8 сант. представляет собой слепо кончающееся куполообразное образование, причем влагалищная часть матки отсутствует. В области матки прощупывается плотная, неподвижная опухоль грушевидной формы; верхняя граница ее лежит на два пальца ниже пупка. Под хлороформным наркозом произведена операция — *Laparatomia*—по белой линии живота. По вскрытии брюшной полости оказалось, что матка сильно увеличена и резко отграничена от влагалищной части, полость матки, а также фаллопиевых труб наполнена черной клеобразной кровью.

Касаясь этиологии описываемой аномалии, автор главную роль в происхождении ее приписывает сифилитической инфекции, вероятно имевшейся во время внутриутробной жизни.

Л. Пирцхалава ассистент кожно-венер. клиники Государственного Университета. Сравнительная реакция Wassermann-а с новейшими серологическими осад. реакциями Sachs-Georgi, Meinicke, Kahn и Dold.

Автор на материале 483 сывороток сравнил вышеуказанные реакции с реакцией Wassermann-а на совпадение, чувствительность и клиническую специфичность при разнообразных формах сифилиса. В смысле рельефности результатов наилучший эффект дают реакции Kahn-а и Dold-а, а в процентном отношении с реакцией Вассермана совпадают: реакция Kahn-а 100%, Sachs-Georgi—в 97,8%, Meinicke—в 77,7% и Dold—64,6%.

Весь материал автора 483 сыворотки делится на две части: сыворотки без диагноза и с диагнозом.

По Sachs-Georgi в сыворотках без диагноза дало положит. результатов 46 (50%), а по Wassermann-у—62 (69,9%).

В сыворотках же с диагнозом по чувствительности и клинической специфичности R. S. G. сравнительно с другими реакциями дала более преимущество, так например:

При Syph. I (не леченный) Sachs Georgi дает положительные результаты в 80%, тогда как Вассерман—такой же результат в 60%. Как видно чувствительность реакции S. G. выразилась на 20% больше, чем у Вассермана.

При Syph. II. (latens) (леченный) 16 случаев: R. S. G. дает положит. результат в 87,5%, а Wassermann в 12,5%. При этой форме заболевания чувствительность S. G. выразилась в 87,5%.

При Syph. II recens. (неправильно леченный) R. S. G. положит. результат равен 66,5% также и Wassermann-а.

При Syph gummosa. Положит. результат по S. G. выразился в 92,3%, а в р. Wassermann-а столько же.

По Kahn-у и Wassermann-у было исследовано 40 сывороток с диагнозом, а без диагноза—63. В этом последнем р. Wassermann-а дала 17 положит. результатов (26,9%), а р. Kahn-а—16 таких же результатов (25,5%).

Сыворотки с диагнозами по Kahn-у распределяются так: Syph. I (не леченный) положит. результат выразился в 80%, такой же результат дал и Вассерман. Syph. larvata (12 случаев неправильно леченный) здесь положит. результат по Kahn-у выразился в 7 случаях (58,3%), а по Wassermann-у в 6 случаях (50%). Syph. II не леченный, Iritis Syph. не леченный. Paralyt. progress. здесь обе реакции Kahn-а и Вассермана совпали в 100%.

По Meinicke и Wassermann-у было исследовано с диагнозом 52 сыворотки, а без диагноза 90. В этом последнем Meinicke дал положит. 23 (25,5%), а Wassermann—36 (40%).

Диагностич. сыворотки по Meinicke. Syph. II (latens) 17 случаев, неправильно леченных. Реакция Meinicke дала здесь 13 положит. результатов (70,6%), а р. Wassermann-а—12 положит. результатов (70,6%).

Syph. II recens (18 случаев не леченных), S. N. optici неправильно леченный один случай, здесь имеем полное совпадение обеих реакций 100%.

По Dold-у и Wassermann-у было исследовано с диагнозом 60 сывороток, а без диагноза 30. В сыворотках без диагноза R. W. дала 12 полож. результатов (40%), а р. Dold-а 4 положит.—(13,3%)

Реакция Dold-а, при формах заболеваний, **обследованных** автором, оказалось менее чувствительной, чем реакция Wassermann-а.

Автор считает из всех реакций наилучшей в смысле чувствительности и **клинической специфичности** реакцию Sachs Georgi, давшую высокий % чувствительности, и затем реакцию Kahn-а, а в смысле совпадения с реакцией Wassermann-а — реакцию Kahn-а. Однако эти новейшие серол. **осадочные** реакции не могут еще заменить реакцию Wassermann-а, за которой числится свыше 20 лет давности и **более 50 млт.** исследованных случаев. За этими новыми сер. реакциями можно признать при реакции Wassermann-а роль только вспомогательную.

Thanamedrové Medicina.

(Médecine contemporaine № 11—12).

RESUMÉ.

Professeur V. Mossékhvili et G. Tzchimanaouri, chef de laboratoire. „Action locale du chloroforme sur le coeur isolé, arrêté par la ligature de Stannius et sur les muscles de squelette des animaux à sang froid“.

D'après les données existant en pharmacologie, le chloroforme n'a qu'une action paralysante sur les tissus vivants et les organes des animaux. L'action du chloroforme sur les tissus vivants n'a été acquise toutefois que par des expériences compliquées—sur l'animal entier ou sur le coeur isolé des animaux à sang chaud par l'introduction du chloroforme conjointement avec le liquide nutritif de Ringer-Lock. On a peu étudié l'action locale du chloroforme sur les tissus vivants et isolés des animaux. Une expérience de ce genre a été faite, en 1924, au laboratoire physiologique de l'Université de Tiflis, sur le coeur isolé d'une grenouille, arrêté per la ligature de Stannius (J. Beritoff et G. Tskimanauri, „Über der Einfluss einiger chemischer Agentien auf den funktionellen Zustand des Herzens“. Zeitschrift für Biologie Bd. 82, 1924). Les données de cet examen ont démontré que le chloroforme, à petites doses, a une action excitante au début de l'empoisonnement: l'excitabilité de la préparation augmente, le période latente de la contraction du coeur, la phase réfractaire absolue et la durée de la systole diminuent.

C'est pour éclaircir les contradictions entre ces données et les données opposées d'autres auteurs, admises en pharmacologie, qu'on a entrepris, au laboratoire pharmacologique de l'Université de Tiflis, l'examen de l'action du chloroforme à petites doses, sur les propriétés physiologiques fondamentales des tissus isolés. Les données de nos expériences, mentionnées dans cet article (Dess. 1 a, 1 b, 2 a, 2 b, et Ia, Ib, II A, II B, et tabl. № 1 A № 2), nous permettent de conclure que le chloroforme à petites doses au début de l'empoisonnement, a une influence excitante, dans son action directe, sur les tissus séparés et isolés, provoquant les changements suivants des propriétés physiologiques fondamentales, qui sont considérées en physiologie comme caractéristiques pour l'excitation. L'action stimulante des tissus augmente, la période latente de la contraction et la durée de la contraction diminuent, l'amplitude de la contraction augmente.

D-r E. Zacharaia. Les spondylites de la région de la poitrine sont les plus difficiles à traiter. La raison en est dans les mouvements respiratoires, excluant la possibilité d'une fixation impeccable dans la région donnée. C'est pourquoi il est indispensable d'arriver par une opération à ce qu'on ne peut atteindre par la voie orthopédique. L'opération d'Albe doit être pratiquée précisément dans la région pectorale, mais l'opération sur les vertèbres pectoraux est techniquement difficile, vu la structure particulière et la direction des apophyses épineuses

Dr. M. Tkavadsé. A propos de la plastique musculaire de la paroi abdominale. Clinique Chirurgicale propédeutique de l'Université de Tiflis. Médecin en chef, professeur N. Kahiani.

L'auteur fait connaître en premier lieu, les moyens employés autrefois en chirurgie, en présence des défauts de la paroi abdominale (insération de lamelles étrangères, etc.) et prouve leur inutilité. Prouvant aussi plus loin l'insuffisance d'une myoplastique libre, en se basant sur les données expérimentales et histologiques de Riedinger, Capurro, Dechiue, Diakonoff, Starkoff et Bakomine et sur les observations cliniques de de Garay, Tchij, Spijarny, Grekoff, Prokomine, Pokatillo et autres, il démontre la possibilité et l'utilité de la plastique musculaire avec pédicel dans les états pathologiques semblables. C'est dans ce but que le d-r Tkavadsé décrit ensuite 8 cas de transplantation du m. sartorius par la méthode Tchij et de Garay, — (clinique chirurgicale propédeutique de l'Université de Tiflis), qui ont été opérés par le prof. N. Kahiani et son chef de clinique le docteur N. Démétradzé, à l'occasion d'hernies fréquemment récidivante et de défauts de la région de l'aîne, et qui ont donné des résultats satisfaisants, confirmant une fois de plus l'utilité et la raison d'être de cette méthode.

L'auteur, analysant la question de la transplantation du muscle des tailleurs (m. sartorius) au point de vue de son anatomie topographique et de sa physiologie, tire les conclusions suivantes:

1. Dans les défauts des parois abdominales l'emploi de lamelles artificielles et de la myoplastique libre, n'est pas utile.

2. Dans les défauts de la paroi abdominale qui ne se ferment pas par les moyens habituels, il faut reconnaître comme la meilleure méthode la myoplastique avec pédicel.

3. Les six positions suivantes doivent être prises indubitablement pour base de l'emploi de la myoplastique avec pédicel.

a. l'asepsie rigoureuse et l'hémostase absolue

b. Conservation de l'intégrité des nerfs et des vaisseaux musculaires.

c. La tension moyen du muscle, car une tension extrême, ainsi qu'un relâchement excessif contribuent à la nécrose musculaire.

d. La certitude concernant la solidité de l'endroit, auquel on coud la muscle transplanté.

e. Les dimensions doivent être supérieures à celles du défaut à combler.

f. Le transplantat doit avoir un rôle physiologique insignifiant, sur son lieu d'insertion habituel.

4. Dans les défauts de dimensions moyennes de la région de l'aîne, lorsque les autres voies se sont montrées insuffisantes, il est utile de recourir à la myoplastique avec pédicule en employant la transplantation de m. sartorius.

5. En dehors de ces considérations, il faut, dans ce cas :

a. Sectionner le muscle au niveau de son milieu (pas moins).

b. Fixer le lamelle restant sur place à l'aponévrose large de la cuisse.

c. Une vieillesse avancée, une faiblesse générale extrême, une atrophie générale des muscles et une maladie quelconque de caractère grave, doivent être considérées comme incompatibles avec de l'opération.

Prof. Tikanadzé. L'avortement au point de vue de l'Etat.

Les données statistiques montrent que, malgré les mesures répressives les cas d'avortement augmentent dans tous les pays et que beaucoup de mères périssent par la suite de fausses couches infectieuses. Les causes, poussant les femmes à se faire une fausse couche, sont multiples. Dans la Russie Soviétique, les médecins seuls sont autorisés, par un décret spécial, à faire des avortements, et exclusivement dans les services hospitaliers. Grâce à la légalisation, le nombre des avortements septiques a diminué, la mortalité aussi a diminuée de 0,28‰, mais le nombre absolu des avortements a considérablement augmenté : l'avortement a pénétré dans les campagnes, dans les maisons des paysans. Le nombre des avortements artificiels légaux et surtout des avortements illégaux, défectueusement pratiqués, a pris de l'importance. Le plus grand nombre des avortements est dû aux circonstances sociales. Cette épidémie d'avortement a considérablement influé sur le nombre des naissances, ce qui constitue une menace de dépopulation. La légalisation des avortement n'a pas complètement tranché cette question. Il est indispensable d'introduire quelques changements dans la légalisation existante pour limiter les avortements, pratiqués pour des raisons d'ordre social.

M. Mgalioblichvili, docteur en chirurgie. „Quelques considérations sur l'avortement artificiel et ses indications

L'auteur se sert du matériel de la clinique Gynécologique de l'Université de Tiflis et de l'Institut de Gynécologie et d'obstétrique dans le courant des années 1921 — 1925 inclusivement. Il y a eu en tout 1050 avortements artificiels, dont 17‰ de malades étaient primipares, et dont le reste avait accouché plusieurs fois. Parmi eux : Géorgiennes — 43‰, Arméniennes — 25‰, Russes — 22,5, etc. Employées — 22,5‰, domestiques — 20‰, ouvrières — 19‰. Le ‰ des avortements, après leur légalisation, a augmenté parmi les ouvrières (4‰ dans les années 1892 — 1911) et parmi les domestiques. Cela s'explique par le fait

que l'avortement criminel a diminué parmi les ouvrières après sa légalisation. En outre, conformément à la statistique des grands hôpitaux de l'Union la quantité des avortements septiques a considérablement diminuée après la légalisation des avortements. Mais en revanche les avortements, pris en général, ont considérablement augmenté. D'après le matériel de l'auteur, le $\frac{0}{10}$ des avortements parmi les malades présente 35 $\frac{0}{10}$, d'après Okintchitz 50 $\frac{0}{10}$, (pendant les années 1909, d'après ce dernier il y avait 20 $\frac{0}{10}$). Le $\frac{0}{10}$ de la mortalité est descendu de 28 $\frac{0}{10}$ à 12 $\frac{0}{10}$. L'autorisation large des avortements pour des raisons sociales, favorisent considérablement leur augmentation en nombre. A Moscou, par exemple, la „Société de la Protection de la Mère et de l'Enfant“, délivrait mensuellement 600 autorisations.

Conclusions:

1. L'extension extraordinairement rapide des avortements artificiels, exige des mesures préventives. Ni les rigueurs de la loi, ni la légalisation de l'avortement, ne peuvent ni détruire ce phénomène, ni même le diminuer.

2. La protection de la mère et de l'enfant doit être considérée du domaine de l'Etat, et des lois fermes doivent sévir à ce sujet.

3. Pour diminuer le nombre des avortements pour causes sociales, il est indispensable de lutter contre l'indigence des familles, ayant beaucoup d'enfants, élever leur capacité de travail, leur venir largement en aide au point de vue de la santé morale et matérielle, mais il est surtout nécessaire, avant de procéder à tout ceci, d'amener au minimum, les raisons des avortements pour causes sociales; et c'est alors que les personnes, au niveau moral peu élevé, n'auront pas la possibilité d'accomplir ce vil homicide.

4. Le médecin ne peut se baser que sur la maladie, reconnue dans une consultation de 2 ou 3 collègues. La présence d'un accoucheur-gynécologue est indispensable à cette consultation, ce dernier étant en mesure de démontrer avec la plus grande clarté, les complications qui peuvent suivre l'avortement. Son rôle comme consultant, le libère de toute responsabilité personnelle, et lui donne la possibilité de trancher la question, sans être influencé ni par des motifs personnels, ni par des motifs étrangers.

5. Pour diminuer ou éviter les chances de lésions pendant l'opération — il est indispensable d'améliorer l'organisation de l'obstétrique, en général, et celle des avortements, en particulier. Pour obtenir le droit de travailler dans cette spécialité, il est indispensable d'exiger du médecin un stage de 3 mois, pour le moins, dans un Institut obstétrico-gynécologique quelconque.

6. Si les exigences ci-dessus mentionnées reçoivent satisfaction, l'avortement artificiel doit être également autorisé dans les Hôpitaux privés.

D-r. Moudjiri. „L'avortement à la campagne“.

L'auteur décrit les moyens, employés par les accoucheuses de village pour l'extraction du germe.

Il existe 3 groupes de ce genre: 1) moyen mécanique, 2) moyen traumatique, et 3) moyen mecanotraumatique. Le premier groupe comprend tous les objets introduits dans le col de la matrice: des allumettes, des brins de bois fil, de fer fin etc. Les moyens traumatiques comprennent: des courses à cheval, des chutes d'une grande hauteur, le souèvement des poids etc. Les moyens chimiques comprennent l'usage considérable de quinine, de teinture d'iode et de racines de *Helleboris niger*. Ce dernier moyen a de fortes propriétés destructives, il atteint toujours son but, mais provoque de grands troubles de la matrice et l'empoisonnement général de l'organisme. L'auteur trouve nécessaire pour lutter avec ces moyens barbares de la destruction du germe, de répandre dans la population des villages des connaissances sanitaires, et de prendre comme palliatif la limitation des avortements par les lois existantes.

— — —
Sara Hambachidze. „Retention d'urine après les couches et son traitement—par le Mg SO 4 à 25%”

En notant la retention relativement fréquente de l'urine dans la période qui suit les couches, l'auteur explique ce phénomène par la pression mécanique des nerfs de la vessie par les parties dures de l'**embryon**, pendant les couches, ce qui provoque un spasme du sphincter et l'atonie des **detrusors**, le Mg SO 4 agissant de façon débilitante sur le sphinter de la vessie. L'auteur présente 25 cas d'emploi de ladite préparation dans l'ischurie qui suit les couches. Dans tous ces 25 cas l'**introduction** souscutanée de Mg SO 4 à 25%, a donné des résultats positifs, une injection secondaire ayant été cependant nécessaire pour 10 malades. Pour les autres 15 malades l'effet positif a été immédiat, dès les premières heures suivant l'injection.

— — —
D-r Tcharkviani. „Atresia portionis vaginalis et haematometro-haematosalpynx bilateralis“.

L'auteur décrit un défaut extrêmement rare du développement des organes sexuels de la femme—atrésie du vagin, et par suite l'agglomération du sang menstruel dans la cavité de la matrice et dans les trompes de Fallope. L'anomalie indiquée se rapporte à une jeune femme de 27 ans, qui entrée à l'hôpital, se plaignait d'un manque absolu de menstruations, de l'augmentation du volume et de douleurs périodiques dans la région de la matrice et de ses attributs. On a trouvé à l'examen que le vagin, d'une longueur de 8 centimètres, présente une formation en cul de sac ayant la forme de coupole, la partie vaginale de la matrice faisant tout à fait défaut. Dans la région de la matrice, on sent par palpation une tumeur épaisse, immobile, en forme de poire; sa limite supérieure se trouve à 2 doigts au-dessus du nombril. La laparotomie, a été faite sous chloroforme sur la ligne blanche de l'abdomen. La section de la cavité du abdominale a montré une forte augmentation de volume de la matrice qui est distinctement séparée de la partie vaginale; la cavité de

la matrice et des trompes fallopiennes est remplie d'un sang noir, visqueux. Quent à l'étiologie de l'anomalie, décrite ci-dessus, l'auteur attribue la principale raison de son origine à une infection syphilitique, survenue pendant la vie ultra-utérine.

S. Pirzhalava, La réaction de Wassermann, comparée aux nouvelles réactions sérologiques précipitantes de Sachs Georgi, Meinike, Kahn et Dold.

La réaction de Wassermann, était pratiquée par l'auteur comparativement aux nouvelles réactions sérologiques précipitantes de Sachs-Georgi, Meinike, Kahn et Dold.

L'auteur compare, sur 483 sérums, les réactions ci-dessus mentionnées à la réaction de Wassermann au point de vue de la coïncidence, de la sensibilité et de la spécificité clinique dans les différentes formes de la Syphilis.

la netteté le meilleur effet est donnée par les réactions de Kahn et de Dold, au point de vue de la coïncidence avec la réaction de Wassermann, nous avons: la réaction de Kahn — 100%, de Sachs-Georgi — 97,8%, Meinike — 77,7%, et Dold — 64,6%.

L'auteur divise en deux parties les 483 sérums: sérums avec diagnostic clinique et sérums sans diagnostic.

La réaction de Sachs-Georgi, comparée aux autres réactions, a donné le meilleur résultat, dans les sérums avec diagnostic par sa sensibilité et par sa spécificité. Par ex: dans la Syphilis I (non traitée), la réaction de Sachs-Georgi donne 80% de résultats positifs, tandis que celle de Wassermann n'en donne que 60%.

Ainsi, la réaction de Sachs-Georgi est de 20% plus sensible que celle de Wassermann.

Les 16 cas de Syphilis II (latens), d'après la réaction de Sachs-Georgi, donnèrent 87,5% de résultats positifs, et d'après celle de Wassermann — 12,5%.

Dans cette forme de la maladie, la sensibilité de la réaction Sachs-Georgi s'exprime par 87,5%.

Dans la Syphilis II (recens, défectueusement traitée) le résultat positif des réactions de Sachs-Georgi et de Wassermann égale 66,5%.

Dans la Syphilis gummosa, le résultat positif des réactions de Sachs-Georgi et de Wassermann égale 92,3%.

Il a été examiné 40 sérums avec diagnostic et 63 sans diagnostic, d'après Kahn et Wassermann. Dans ce dernier cas la réaction de Wassermann donna 17 résultats positifs (26,9%) et celle de Kahn — 16 (25,5%).

D'après Kahn, les sérums avec diagnostic se divisent de la façon suivante: Syphilis I (sans traitement préalable), le résultat positif est de 80%, le même résultat ayant été donné par la réaction de Wassermann.

Syphilis larvata (12 cas défectueusement traitées), positifs dans 7 cas (58,3%), d'après Kahn, et dans 6 cas (50%), d'après Wassermann. Dans la syphilis II et Iritis Syphilitica, non traitées, et Paralysis progressiva, les deux réactions (Kahn et Wassermann) coïncidèrent (100%).

D'après Meinike et Wassermann, il a été examiné 52 sérums avec diagnostic et 90 sans diagnostic.

Dans ce dernier cas, Meinike donna 23 (25,5%), et Wassermann 36 (40%) de résultats positifs.

Dans les sérums examinés d'après Meinike : pour 17 cas (défectueusement traitées), la réaction de Meinike a donné 13 résultats positifs (70,6%), et celle de Wassermann — 12 (70,6%).

Syphilis II recens (18 cas sans traitement préalable) S. n. opt. défectueusement traitées — un cas, donnant la coïncidence parfaite des deux réactions (100%).

D'après Dold et Wassermann il a été examiné : 60 sérums avec diagnostic et 30 sans diagnostic.

Dans les sérums sans diagnostic, la réaction de Wassermann donna 12 cas positifs — 40%, et la réaction de Dold 4 résultats positifs — 13,3%.

La réaction de Dold, dans les formes, étudiées par l'auteur, se montra moins sensible que la réaction de Wassermann.

L'auteur trouve que la R. de Sachs-Georgi est la meilleure dans le sens de la sensibilité et de coïncidence avec la clinique, puisque elle a donné le plus grand % de sensibilité, la R. de Kahn ne venant qu'après, mais étant la meilleure pour la coïncidence avec la réaction de Wassermann.

Néanmoins, ces nouvelles réactions sérologiques précipitantes ne peuvent remplacer celle de Wassermann, qui existe depuis plus de 20 ans et qui compte plus de 50 mil. de cas examinés. Ces nouvelles réactions sérologiques peuvent être considérées seulement comme auxiliaires de la réaction de Wassermann.

1926 წ. სარჩევი.

თეორიული და კლინიკური მედიცინა.

	ჟურნ. №.	გვ.
ანდრეევა ბ. კურორტი მაცესა	1	1
„ ბუნებრივი და ხელოვნური მზით წამლობის პრობ- ლემა	5	380
ანთელავა ნ. ფილტვების ქლექტის ქირურგიული წამლობის საკით- ხის თანამედროვე მდგომარეობა	8	636
არჯევანიძე მ. მომყოლის გამოძევება ექ. დ. აბულაძის წესით .	5	438
ბერეჟიანი დ. შემთხვევა პილორუსის შევიწროების და კუჭის გა- ვანიერების, როგორც საერთო ენტეროპტოზის ნაწილობრივი გამოხატვა	5	419
გაჩეჩილაძე გ. ჭიაყელა ნაწლავის დაავადების ზოგიერთი მასა- ლები ფაკულტეტის ქირურგიულ კლინიკის 1923—1925 წ. მასალის მიხედვით	6—7	515
გვიგინიშვილი ი. და კობიაშვილი თ. მასალები მალარიის გავ- რცელების შესახებ დასავლეთ გურიაში	3	119
გეგეპკორი ნ. ტუბერკულოზის პრობლემა საქართველოში	3	99
„ ტუბერკულოზით დაავადებულთა სისხლში ლიმო- ლიტიური ფერმენტის ურთიერთობა ლიმფოცი- ტებთან და Pirquet-ს რეაქციასთან	6—7	489
„ Weisz-ის უროქრომოგენური რეაქციის და Matefy-ს რეაქციის შედარებითი შეფასების საკითხისა- თვის ტუბერკულოზურ ავადმყოფებზე	8	597
„ პროტეინოთერაპია საერთოდ და მით ამების დი- ზენტერიის წამლობა	9—10	669
გრიგორაშვილი გ. Acromegalia-ს სამი შემთხვევა	5	368
დეკანოზიშვილი მ. კუმისის ტბის სამკურნალო ტალახი	8	586
დემეტრაძე ნ. N. depressor cordis ტოპოგრაფია და მისი ამო- კვეთის ტენიკა	5	357
ელიავა გ. Koch-ის ბაცილის ფილტრში გატარების შესახებ	9—10	659
ელიაშვილი ლ. წყალტუბოს აკროტერმების მნიშვნელობისათვის გინეკოლოგიაში	1—2	31
ერისთავი კ. ცხიმოვან ემბოლიაზე	1—2.	53

ერკომაიშვილი ი. Leriche-ს ოპერაციის შედეგი კლინიკის მასა- ლის მიხედვით	8 643
ზაქარაია ე. სპონდილიტების მკურნალობის საკითხისათვის . .	11—12 775
თიკანაძე ი. სიფილისი და ორსულობა	1—2 59
„ აბორტი სახელმწიფოებრივი თვალსაზრისით	11—12 794
კანდელაკი ვ. საშვილოსნოს ადგილობრივი ანესტეზია	6—7 521
კახიანი ნ. ქირურგიული ტუბერკულოზის იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობა	4 307
კილოსანიძე მ. არტროდების საკითხისათვის	4 318
კუპციხი რ. სასმელი წყლების რადიო-აქტივობა, როგორც შე- საძლებელი ეთიოლოგიური მომენტი ენდემიურ ჩიყვის წარმოშობაში	5 393
ლორთქიფანიძე ი. მალარიის დროს სისხლის ძარღვების ცვლი- ლებათა შესახებ ბავშვის ჰასაკში	9—10 675
მაისურაძე ზ. ლეიძლის არტერიის იშვიათი ვარიანტი	1—2 1
მამალაძე თ. Ankylostomiasis-ი საქართველოში კლინიკური მასა- ლების მიხედვით	1—2 20
„ ანხილოსტომის წინააღმდეგ მეტროქოლ ექსპედიციის მუშაობის მოკლე ანგარიში	5 444
მგალობლიშვილი მ. საშვილოსნოს ფიბრომიომა, როგორც კონ- სტიტუციონალური ანომალია	1—2 68
„ საშვილოსნოს სუბრავაგინალური ამპუტაცია თუ მისი სრული ამოკვეთა მიომების და სხვა დაავადების დროს	4 335
„ ზოგიერთი მოსაზრებანი ხელოვნურ აბორ- ტისა და მის ჩვენებათა შესახებ	11, 12 811
მიქელაძე შ. შინაგანი პათოლოგიის და თერაპიის საგანი და მი- სი თანამედროვე მიმართულებანი	11—12 768
მოსეშვილი ვ. და ცქიშანაური ვ. ქლოროფორმის ადგილობრივი მოქმედება ცივისსხლიან ცხოველთა გამოცალკეე- ბულ გულზე	11—12 759
მუავანაძე გ. ბრონქიალური ასთმის ქირურგიული მკურნალობა პროფ. Kummel-ის წესით	5 401
მკედლიშვილი ი. პერივასტრიტის დიაგნოსტიკისათვის	6—7 504
მუჯირი ი. აბორტი სოფლად	11—12 823
ნანეიშვილი პ. ნაწილობრივი ხონდროდისტროფიის (chondrodis- trophia partialis) კაზუსტიკისათვის	8 600
ოთრხეზური ვ. Gastroenterostomia-ს შორეული შედეგის შესახებ „ აპენდიციტი და კოლიტი	9—10 692
ტატიშვილი ირ. გულის და დიდი სისხლის მილების ტერატოლო- გიისათვის Atresia ostii aortae et stenosis aor-	

	4 241
ტურიაშვილი ნ. გლიკოგენის არსებობა საშოს კედელში	3 146
ტყავაძე ნ. იდიოსინკრაზიის იშვიათი შემთხვევა	3 139
„ მუცლის კედლის კუნთოვანი პლასტიკის საკითხისათვის	11—12 779
ფავლენიშვილი გ. საღსრების ათაშანგის საკითხისათვის	3 165
ფირცხალავა ლ. ახალი სეროლოგიური დაღეჭითი რეაქციები (Sachs Georgi, Meinike, Dold და Kahn) Wassermann-ის რეაქციასთან შედარებით	11—12 840
ფარცვანიძე მ. Piroplamosis caprae და pleuropneumonia infectiosa caprae საქართველოში	8 632
„ ტკიპა Hyalomma aegyptium-ის (Rineé, 1758) ახალი ვარიანტი ჩვენში	9—10 719
„ როგორ უნდა სწარმოებდეს მალარიასთან ბრძოლა სოფლად	5 179
ფურცელაძე მ. ქირურგიული ტუბერკულოზის, მალარიის და ათაშანგის შეერთებული შემთხვევები	4 330
ფხალაძე გ. „Sclerodermia centrifuga“	9—10 712
„ კაცის სუსუნატის თანამედროვე წამლობის შესახებ	7—7 526
ღამბარაშვილი გ. რენტგენის სხივების ბიოლოგიური მოქმედების შესახებ	1—2 6
„ სამი იშვიათი შემთხვევის შესახებ	9—10 708
ყიფშიძე სვ. და რუხაძე ა. ზედაკიდურის სიმპატიური ნერვული სისტემის სპაზმის სინდრომი და Leriche-ოპერაციის შედეგი ამ სინდრომის დროს	8 612
ყიფშიძე ნ. ტუბერკულოზის კალციფერაპია	4 275
ყურაშვილი კ. Exsotoses multiplex cartilaginea-ს საკითხისათვის	9—10 698
შალამბერიძე ევგ. მასალები ქართველ ქალის მენჯის მკოდნობისათვის	5 427
შუბლაძე ნ. ტფილისის გოგირდის წყლები და მათი სამკურნალო მნიშვნელობა და ტფილისი, როგორც კლიმატიური საბალნეოლოგიო მნიშვნელობის ადგილი	8 561
ჩარკვიანი ი. საშვილოსნოს პერფორაციის ოთხი შემთხვევა	3 156
„ Atresia portionis vaginalis et Haematometro-haematosalpyx bilateralis	11—12 836
ცეცხლაძე ვ. რამოდენიმე ცდა ცხოველების დიდ ბადექონზე	6—7 477
წინამძღვრიშვილი მ. ორტოსტატიკური ალბუმინურიის პრობლემისათვის	4 264

წულუკიძე ა. ცისტო-ურეტრო-პიელოგრაფია, როგორც დიაგნოსტიკური მეთოდი შარდ-სასქესო ორგანოების დაავადების დროს	4	324
„ თირკმელების ქლეჩის დიაგნოსტიკისათვის	6—7	510
ხათრიძე ი. და ყიფშიძე ნ. ადამიანის კოკციდიოზის შემთხვევა Species isospora hominis	6—7	428
ხეჩინაშვილი გ. ელენთის ელასტიურ ბოჭკოების მდგომარეობის შესახებ ქრონიკულ მალარიის დროს	3	99
ჯავახიშვილი იოს. სისხლის მორფოლოგიური და ფიზიკური თვისებების საკითხისათვის ოსტეომალაციის დროს	4	287
„ ტუბერკულოზური ლიმფადენიტების იოდ-იოდოფორმის ემულსიით მკურნალობა და პემატოლოგიური ცვლილებანი ამ მკურნალობის დროს	3	125

საზოგადოებრივი მედიცინა.

ახვლედიანი დ. ბოროტმოქმედების საკითხისათვის	3	187
გოცირიძე ა. სრულიად საკავშირო ფსიქიატრთა და ნეოვო-პათოლოგთა პირველი კონფერენციის შედეგები	8	622
იორდანიშვილი ვ. ევკალიპტის ხე და მისი გაშენების მნიშვნელობა საქართველოში	9—10	721
ლორთქიფანიძე ი. ექიმები საქართველოში	6—7	537



მიიღება ხალის მოწარა 1927 წლისათვის

ყოველთვიურ სამკურნალო სამეცნიერო ჟურნალზე

„თანამეფრობე მედიცინა“

ტფილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის უმცროს მასწავლებელთა
კოლეგიუმის გამოცემა

ქუჩნაღში შექმნილი განყოფილებებია:

თეორიული და კლინიკური მედიცინა, საოჯადოაგ-
რივი მედიცინა, პრაქტიკული მედიცინა, მიმოხილვები,
კორესპონდენციები, რეფერატები, ბიბლიოგრაფია და
ჰრონიკა

ჟურნალში მუდმივად თანამშრომლობენ ტფილისის სახელმწი-
ფო უნივერსიტეტის პროფესორები, ასისტენტები, ორდინატო-
რები, პროვინციელი ექიმები და აგრეთვე მონაწილეობას
მიიღებენ საბჭოთა კავშირის და უცხოეთის ექიმ-მეცნიერნი.

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

პასუხისმგებელი რედაქტორები: ივ. ლორთქიფანიძე.
პ. ჯავთარაძე. მ. ცხაკაია.
მდივანი ალ. რუხაძე.

რედაქციის მისამართი: ტფილისი. პლენანოვის გამზირი № 58.
ცენტრალური კლინიკური ინსტიტუტი — ნერვიულ სნეულ. კლინიკა.